

# STABILNOST ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U RECESIJI

Vinko Barić

Šime Smolić

Ekonomski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Katedra za makroekonomiju i gospodarski razvoj

---

## UVOD

Zdravstvenu zaštitu u RH financiraju HZZO, županije i Grad Zagreb te korisnici. Oko 80% zdravstvene potrošnje financira se putem doprinosa za zdravstveno osiguranje koje plaćaju poslodavci u iznosu od 15% bruto plaće radno aktivnog stanovništva. Iz državnog proračuna dolazi oko 12% prihoda od premija dopunskog zdravstvenog osiguranja, participacije i administrativnih pristojbi. U zadnjih nekoliko godina za zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj izdvaja se otprilike 8% BDP-a, a tek 16% zdravstvene potrošnje osigurava iz privatnih izvora. Omjer između stanovništva, koje ne plaća doprinose u sustavu zdravstvenog osiguranja, i zaposlenih iznimno je nepovoljan, otprilike 2:1, s tendencijom pogoršanja u 2011. godini. Gospodarska kriza najteže je pogodila tržište rada, a pad ukupnog broja zaposlenih povezan je sa smanjenjem ukupnih prihoda zdravstvenog osiguranja. Dodatan uteg zdravstvenom sustavu predstavljaju nagomilani dugovi iz prethodnih godina koji bi se mogli povećati. U situaciji rastuće nezaposlenosti pojavljuje se problem održivosti trenutne razine zdravstvene skrbi – i što se tiče količine i kvalitete zdravstvenih usluga. Dio problema riješit će se kroz povećanje privatne zdravstvene potrošnje, zahtjevima za većim stupnjem unutrašnje i vanjske kontrole zdravstvenih organizacija tj. povećanjem stupnja odgovornosti u trošenju oskudnih resursa, dok će za oporavak tržišta rada trebati nekoliko godina.

### *Financiranje i potrošnja zdravstvenog sustava RH*

U Republici Hrvatskoj zdravstvena zaštita se zasniva na načelima dostupnosti, pravičnosti, učinkovitosti, kvaliteti te na načelu osiguravanja sigurnosti građana pri korištenju zdravstvene zaštite. Zdravstvena zaštita stanovništva provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.<sup>1</sup> Krovnu instituciju u financiranju zdravstvene skrbi predstavlja Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). HZZO je osnovan

---

<sup>1</sup> Članak 11. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine br. 150/08.

radi provođenja osnovnog zdravstvenog osiguranja „*Zakonom o zdravstvenoj zaštiti*“ 1993. godine (Brinar, 2004.). Kao hrvatska nacionalna agencija socijalnog zdravstvenog osiguranja, HZZO nosi veliku odgovornost upravljanja najvećim zdravstvenim fondom u ime hrvatskih građana. U pravom smislu te riječi, financiranje zdravstvene skrbi (oko 80% ukupnog iznosa) ostvaruje se obveznim doprinosima osiguranika pa se Hrvatska smješta na listu zemalja s Bismarckovim modelom (mješoviti model) financiranja (Zrinščak, 2007.).

Zdravstveni sustav Hrvatske ima jedan od najvećih udjela javne zdravstvene potrošnje. Zaključak je to koji proizlazi nakon usporedbe s ostalim tranzicijskim, ali i razvijenim europskim zemljama. Isto tako, s relativnom zdravstvenom potrošnjom od 8,4% BDP-a u 2007. i 7,8% BDP-a u 2008. godini, Hrvatska pripada skupini zemalja s najvišom zdravstvenom potrošnjom u Europi.<sup>2</sup> (Barić i Smolić, 2008.). „U mješovitom modelu financiranja, osnovni izvori sredstava su doprinosi, sredstva državnog proračuna, sredstva županija, lokalnih jedinica i djelomična participacija korisnika do iznosa pune cijene zdravstvenih usluga od 2002. godine“ (Brinar, 2004., str. 16.). Stopa zdravstvenog doprinosa obračunava se na plaću i iznosi 15%. Isti iznos stope bio je i početkom 90-ih, ali se tada dijelio između radnika i poslodavaca, tj. obračunavao se iz plaće i na plaću. Kasnijih godina dolazi do povisivanja stope (npr. na 18% 1998. godine), a onda ponovno do snižavanja te preraspodjele plaćanja doprinosa između zaposlenih i poslodavaca. Također, od 2002. godine doprinose više ne prikuplja autonomno HZZO, već se oni prikupljaju putem državnog proračuna i potom prosljeđuju u HZZO, što dijelom mijenja izvorni karakter autonomnog sustava socijalnog osiguranja.

Pokriće troškova u primarnoj zdravstvenoj skrbi osigurava sustav glavarina, a od 2004. godine uveden je i mehanizam plaćanja prema usluzi, najprije za preventivne, a potom i za kurativne programe i postupke. Od 2005. godine uveden je i mehanizam plaćanja po terapijskom postupku (ili tzv. sustav dijagnostičkih skupina engl. *DRG*). Bolničke zdravstvene ustanove financiraju se putem mjesečnih proračuna-limita koji ustanove pravdaju ispostavljenim računima za izvršeni rad. I ovdje se, uz definiranje ukupnog proračuna, bolnička zdravstvena zaštita financira mehanizmom plaćanja prema usluzi te plaćanja po terapijskom postupku. Kapitalne investicije financiraju se sredstvima HZZO-a, ministarstva, decentraliziranih sredstva kojima raspoložu regionalna i lokalna samouprava te putem donacija. Državni proračun, također, ima važnu ulogu u financiranju javne zdravstvene zaštite, istraživanja i razvoja, školovanja zdravstvenih radnika, deficita fondova socijalnog osiguranja i zdravstvenog osiguranja nezaposlenih.

U tablici 1. prikazana je struktura planiranih ukupnih izdataka državnog proračuna za zdravstvenu zaštitu. Na temelju prijedloga izdataka za 2011. i 2012. godinu zaključujemo da su stope rasta ukupne potrošnje relativno stabilne, a jedini segment, koji bilježi rast potrošnje, su primarna zdravstvena zaštita i određeni zdravstveni programi.

<sup>2</sup> Prosječna zdravstvena potrošnja EU8 (nove članice EU) u 2007. iznosila je 6,9% BDP-a, a u EU15 8,8% BDP-a.

**Tablica 1.** Planirani izdaci iz državnoga proračuna za potrebe zdravstva (milijuni HRK)

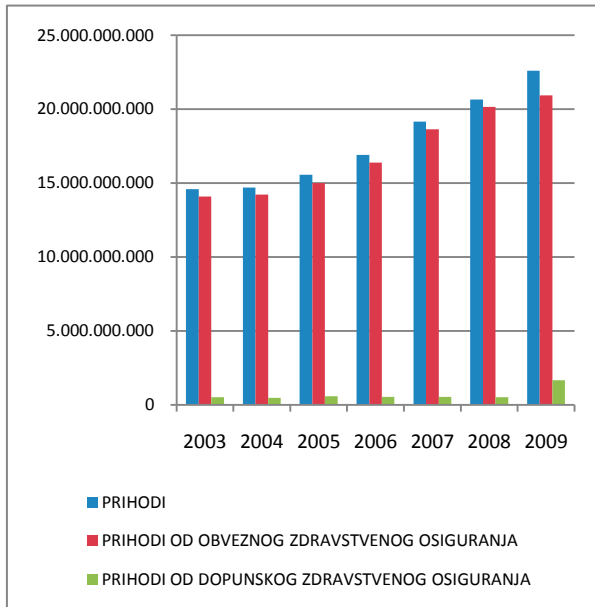
Godina	2009.	2010.	prijedlog 2011.	prijedlog 2012.
Prevenција i posebni zdravstveni programi	499.991,7	450.256,0	549.567,2	526.428,2
Lijekovi na recepte	3.302.946,3	3.100.000,0	3.100.000,0	3.100.000,0
Ortopedski uređaji i pomagala	564.596,7	510.000,0	512.300,0	513.000,0
Primarna zdravstvena zaštita	3.688.976,7	3.984.000,0	4.013.500,0	4.068.700,0
Sekundarna zdravstvena zaštita	10.175.379,0	9.864.350,4	9.898.850,4	9.970.150,4
Naknade za bolovanja	2.029.128,0	1.931.435,6	1.939.567,3	1.944.667,0
Ostali programi	1.151.122,3	1.797.534,0	1.870.315,3	1.958.937,1
<b>Ukupno</b>	<b>21.412.140,6</b>	<b>21.637.576,0</b>	<b>21.884.100,3</b>	<b>22.081.882,7</b>

Izvor: Ministarstvo Financija (2010.)

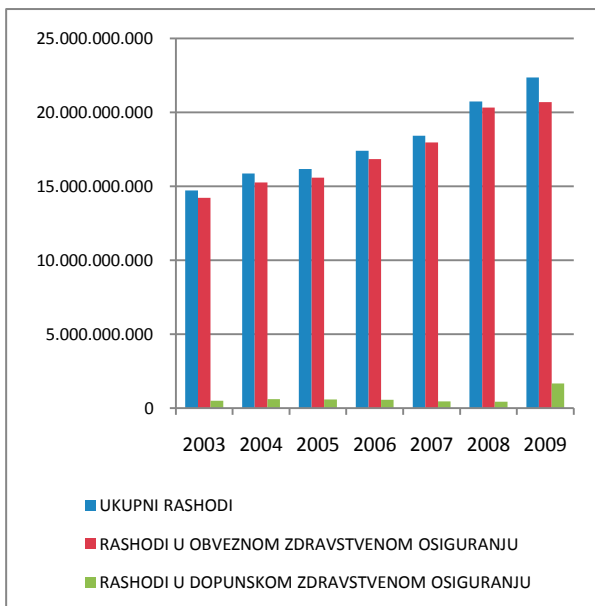
### Struktura prihoda i rashoda HZZO-a

Obvezni doprinosi pokrivaju većinu zdravstvene potrošnje. Ukupni prihodi obveznog zdravstvenog osiguranja ostvareni su 2009. u iznosu od 20.972.109.306 kuna, povećani su za 3,89% u odnosu na prethodnu godinu, kada su iznosili 20.143.278.605 kuna. Međutim, potrebno je napomenuti da su u prihodima ostvarenim u 2008. godini, iskazani i prihodi koji su po rebalansu državnog proračuna osigurani za podmirenje dospjelih obveza bolničkih zdravstvenih ustanova u iznosu od 495.374.447 kn. Isključimo li te prihode iz 2008. godine, tada su ostvareni prihodi obveznog zdravstvenog osiguranja u 2009. godini veći za 6,51%. Ukupni prihodi dopunskog zdravstvenog osiguranja u 2009. godini ostvareni su u iznosu od 1.654.941.744 kn i veći su za 230,22% od istih prihoda ostvarenih u prethodnoj godini, kada su iznosili 501.159.596 kn. Razlog tako velikom povećanju prihoda je povećani broj osiguranika, kako onih koji sami plaćaju policu dopunskog zdravstvenog osiguranja, tako i zbog izmjene Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju po kojem za osobe oslobođene sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, policu dopunskog zdravstvenog osiguranja plaća proračun (HZZO, 2008., 2009., 2010.).

**Grafikon 1.** Ukupni prihodi HZZO-a 2003.-2009. godine



**Grafikon 2.** Ukupni rashodi HZZO-a od 2003.-2009. godine



Izvor: HZZO (2010.)

## Struktura osiguranika

Promjene, koje nastaju u strukturi korisnika, uvelike utječu na financijske tokove sustava zdravstvenog osiguranja, a to će do izražaja doći u godinama koje slijede. Naime, nakon 2010. godine očekuje se značajan priljev radno aktivnog stanovništva u postradni kontingent (tzv. brojnijih poslijeratnih generacija). Dok se postotak aktivne radne snage koja plaća doprinose HZZO-u kreće oko jedne trećine od ukupnog broja osiguranika, broj korisnika koji spadaju pod kategoriju “nezaposleni” ili “umirovljenici” tijekom posljednjih nekoliko godina bilježi sve brži rast. Kako te dvije skupine pridonose najmanje, a umirovljenici će vjerojatno biti među najčešćim korisnicima zdravstvenih usluga, promjene u profilu korisnika HZZO-a vjerojatno će imati za posljedicu veće troškove i manje prihode u budućnosti (Svjetska banka, 2003.)

U razdoblju siječanj-prosinac 2009. godine, na Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje evidentirano je prosječno 4.343.476 osoba, što je 0,50% ili 21.749 osoba manje u odnosu na isto razdoblje prethodne godine, kada je prosječno evidentirano 4.365.225 osiguranika.

Aktivnih osiguranika je evidentirano 1.546.484, što je za 2,26% ili za 35.777 osiguranika manje u odnosu na razdoblje siječanj-prosinac 2008. godine (u 2008. godini prosječan broj aktivnih osiguranika bio je 1.582.261). Broj osiguranih osoba na dan 31.7.2010. godine iznosio je 4.317.198 (HZZO, 2008., 2009., 2010.).

**Tablica 2.** Osigurane osobe u Republici Hrvatskoj 2008. i 2009. godine<sup>3</sup>

Osiguranici	Prosječan broj		Indeks
	I.-XII. 2008.	I.-XII. 2009.	2009./2008.
Aktivni radnici	1.582.261	1.546.484	97,74
Aktivni poljoprivrednici	52.685	46.732	88,70
Umirovljenici	1.034.635	1.030.736	99,62
Članovi obitelji	1.190.489	1.173.818	98,60
Ostali	505.155	545.706	108,03
Ukupno	4.365.225	4.343.476	99,50

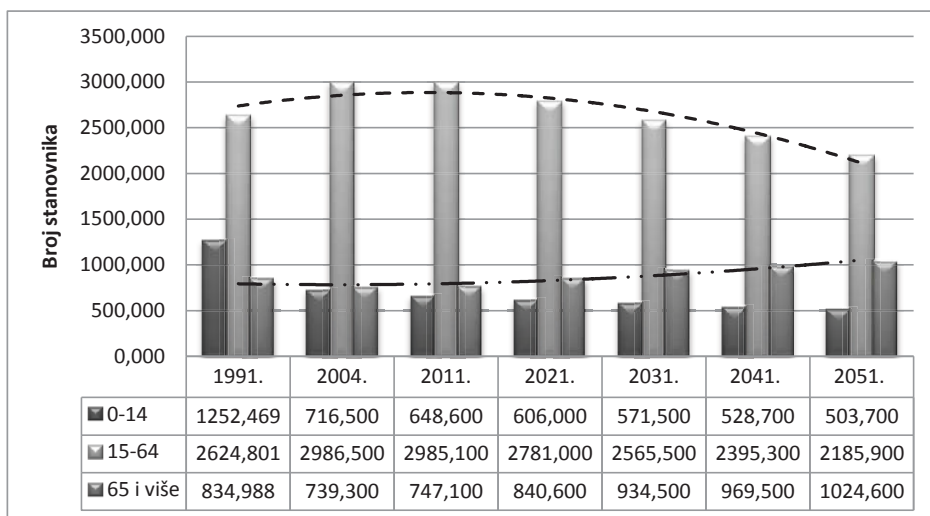
Izvor:Financijska izvješća HZZO-a (2008., 2009., 2010.)

Broj aktivnih osiguranika u odnosu na one koji samostalno ne plaćaju zdravstveno osiguranje se smanjuje. U 2009. godini odnos broja aktivnih radnika po umirovljeniku iznosio je 1,50 uz trend pogoršanja tog odnosa. Ovakav trend smanjenja aktivnih osiguranika jedan je od važnijih čimbenika koji utječe na smanjenje prihoda i povezan je s problemom demografskog starenja stanovništva.

<sup>3</sup> Za 2010. godinu još nema potpunih podataka. Podaci su dostupni za I. polugodište 2010.

Starenje stanovništva u duljem razdoblju izaziva starenje fertilnog kontingenta (smanjuje se udjel stanovništva u mlađim dobnim skupinama), što utječe na pad opće stope nataliteta, čime se demografsko starenje ubrzava. Starenje ima i svoje brojne socio-ekonomske posljedice. Povećanjem obujma staračkog, uglavnom ekonomski neaktivnog stanovništva, povećava se javna potrošnja u Hrvatskoj, napose u domeni izdvajanja sredstava za zdravstveno, socijalno i mirovinsko zbrinjavanje starih osoba (Živić, 2003.). Na sljedećem grafikonu prikazujemo stanovništvo RH prema dobnim skupinama s obzirom na aktivnost od 1991. do 2051. godine. Jasno se nazire sve veći pritisak stanovništva starije životne dobi na zdravstveni sustav jer je zdravstvena potrošnja u tim dobnim skupinama u pravilu najveća. Očekuje se nastavak trenda pogoršanja omjera radno sposobnog stanovništva i stanovništva koje ne radi. U vrlo skoroj budućnosti postaviti će se pitanje održivosti financiranja sustava zdravstvene skrbi kakav postoji danas.

**Grafikon 3.** Stanovništvo Hrvatske prema velikim dobnim skupinama od 2004. do 2051. godine (u 000)



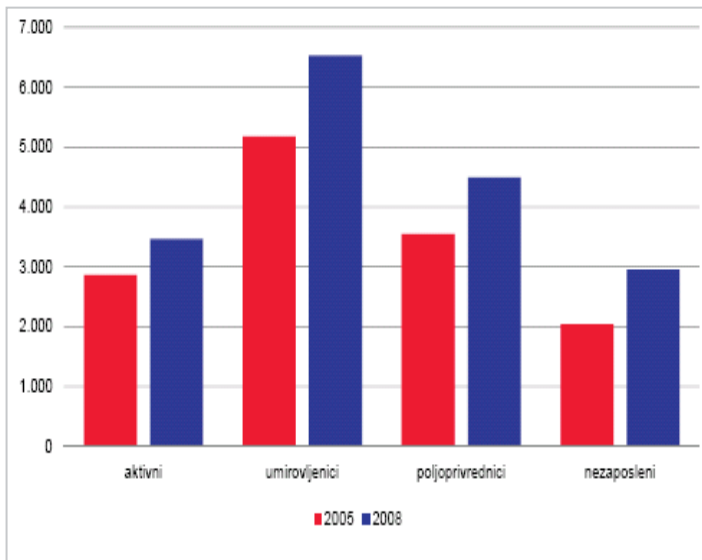
Izvor: Statistički ljetopis Republike Hrvatske (2001.)

Sve starije stanovništvo ne samo da povećava troškove za zdravstvo, već i povećava stopu ovisnog stanovništva (odnos između ekonomski aktivnog i neaktivnog stanovništva). Drugi veliki izvor porasta troškova nastat će zbog naglog razvoja medicinske znanosti i tehnologije, koji neprekidno proširuje opseg i troškove zdravstvenih usluga širom svijeta. Štoviše, izgledi za ulazak u Europsku uniju, uz očekivano povećano kretanje ljudi, roba i usluga unutar članica Unije, povećat će očekivanja od zdravstvenih usluga i potražnju za njima. U takvim okolnostima, Hrvatska će se suočiti s neprekidnim pritiskom za povećanjem zdravstvenih troškova (Svjetska banka, 2003.)

### *Nepovoljni trendovi u zdravstvenom sustavu povezani s recesijom*

Troškovi zdravstvene zaštite rastu iz godine u godinu pa se tako, prema podacima HZZO-a prikazanim na grafikonu 4., može vidjeti da troškovi rastu u svim skupinama stanovništva. Najveći porast troškova zdravstvene zaštite od 2005. godine do 2008. godine zabilježen je kod umirovljenika gdje je zdravstvena zaštita porasla s prosječnih 5100 kn na 6500 kn po umirovljeniku, a to je još više povećalo razliku troškova zdravstvene zaštite umirovljenika u odnosu na druge skupine „poljoprivrednici“ ili „nezaposleni“. Iz grafikona je vidljivo da se najmanji porast troškova zdravstvene zaštite dogodio u skupini radno aktivnog stanovništva.

**Grafikon 4.** Troškovi zdravstvene zaštite po korisniku u HRK



Izvor: HZZO (2010.)

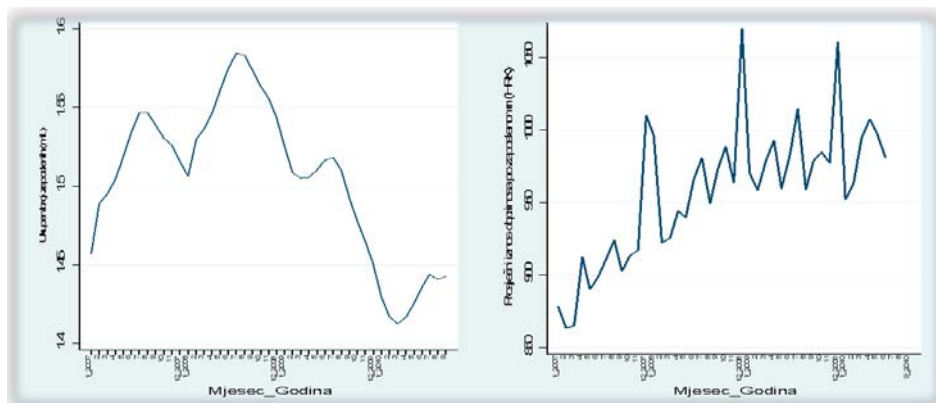
### Posljedice pada prihoda HZZO-a na razinu zdravstvene zaštite

Na slijedećem grafikonu prikazali smo kretanje ukupnog broja zaposlenih u Hrvatskoj u razdoblju od siječnja 2007. do rujna 2010. godine u odnosu na prosječan iznos doprinosa po zaposlenom. Broj zaposlenih započeo je pad u drugoj polovici 2008. godine s prvim naznakama recesije gospodarstva. Takva situacija produljila se i intenzivirala u 2009. i 2010. godini<sup>4</sup>, a vrlo je vjerojatno da do poboljšanja na tržištu rada neće doći niti 2011. godine.

<sup>4</sup> Uz postojanje sezonskog utjecaja turizma.

Prema podacima DZS-a, posao je u razdoblju VIII. 2008. – VIII. 2010. godine izgubilo oko 143 tisuće radnika što je utjecalo na pad mjesečnih i ukupnih prihoda od doprinosa. Usporedimo li mjesečnu razinu uplaćenih doprinosa u 2009. i prvoj polovici 2010. godine vidimo kako su uplate bile manje u gotovo svim mjesecima (osim prosinca) u odnosu na prosječen mjesečne uplate 2008. godine.

**Slika 1.** Ukupan broj zaposlenih i prosječan iznos doprinosa po zaposlenom I. 2007. – IX. 2010. godine



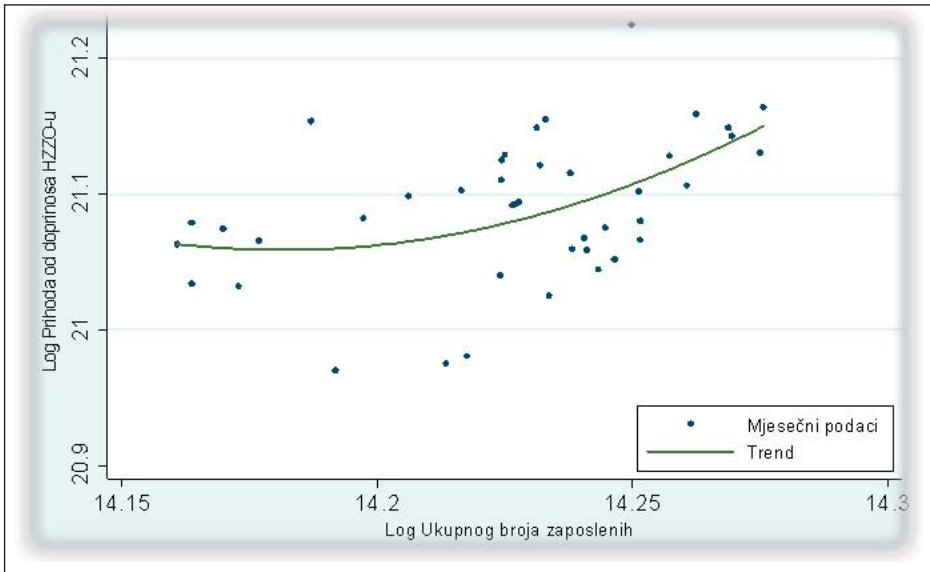
Izvor: Izrada autora prema HZZO (2008., 2009., 2010.)

S obzirom na organizaciju financiranja zdravstvenog sustava, broj pojedina, koji su zaposleni, glavni je čimbenik ukupnih prihoda socijalnog zdravstvenog osiguranja. Porast nezaposlenosti odrazit će se preko smanjenja potražnje za privatnim zdravstvenim uslugama i još većeg pritiska na javni zdravstveni sektor – smanjenje raspoloživog dohotka primorat će jedan dio stanovništva na supstituciju privatnih javnim zdravstvenim uslugama. Velik broj zaposlenih, koji ne primaju plaću i kojima poslodavci ne uplaćuju doprinose, dodatno pogoršava situaciju s prikupljanjem sredstava. Na temelju nekih procjena o broju radnika u tom statusu, stvaran broj zaposlenih koji plaća doprinose potkraj 2010. godine iznosio bi svega 1,35 milijuna.<sup>5</sup>

Koliko je zaposlenost zaista važna za stabilnost financiranja sustava zdravstvene skrbi pokazujemo slijedećim prikazom pozitivne korelacije ukupnog broja zaposlenih i prihoda HZZO-a.

<sup>5</sup> Procjene od oko 70 000 radnika koji rade, a ne primaju plaću i uz stopu nezaposlenosti od 18,7% krajem 2010. godine.



**Slika 2.** Povezanost ukupnog broja zaposlenih i ukupnih prihoda HZZO-a

Izvor: Izrada autora prema HZZO (2008., 2009., 2010.)

Positivnu korelaciju nije potrebno detaljnije objašnjavati, a financijske posljedice po prihode HZZO-a zbog daljnje nestabilnosti na tržištu rada sasvim su predvidljive. Kada smo spomenuli stabilnost financiranja zdravstvene skrbi u RH, onda moramo istaknuti kako se samo oko 10% sredstava osigurava iz dopunskog osiguranja, privatnog zdravstvenog osiguranja i plaćanja iz džepa. Prihodi od obveznih doprinosa, osim iznimno visokog relativnog udjela, često su pod utjecajem rasta sive ekonomije i rasta udjela pojedinaca koji doprinose plaćaju u najmanjem mogućem iznosu ili su potpuno izuzeti od plaćanja.<sup>6</sup> Vladini transferi, drugi najvažniji izvor financiranja, usmjereni su uglavnom na pokriće izdašnih socijalnih programa poput produženog porodiljinog dopusta, zdravstvenog osiguranja nezaposlenih, poljoprivrednika i neosiguranih kao i na određene investicije u opremu. Uloga vlade očituje se i u pokriću dugova zdravstvenog sektora prema dobavljačima<sup>7</sup> (Svjetska banka, 2007.). Zakon iz 2002. bio je prvi značajniji korak u racionalizaciji sustava financiranja zdravstva, ali ima svojih nedostatka. Nedostaci se očituju u prevelikom izuzeću iz sustava participacije određenih skupina populacije i negativnoj selekciji (eng. *adverse selection*) tj. podrazumijeva da će dobrovoljno zdravstveno osiguranje kupovati oni najbolesniji i pacijenti visokog rizika.

<sup>6</sup> Umirovljenici, nezaposleni, djeca i studenti.

<sup>7</sup> Već smo spomenuli ulogu sredstava nakon rebalansa proračuna 2008. u pokrivanju dugova zdravstvenog sustava.

Sumarni prikaz kretanja na hrvatskom tržištu rada i doprinosa zdravstvenog osiguranja dajemo na slici 3. Još jednom se ističe 2008. godina kao razdjelnica potpuno suprotnih trendova u hrvatskom gospodarstvu.

**Slika 3.** Sumarni prikaz stanja na tržištu rada i doprinosa zdravstvenog osiguranja I. 2007. – IX. 2010. godine



Izvor: Izrada autora prema HZZO (2008., 2009., 2010.)

Kako se ukupno stanje gospodarstva direktno odražava na zdravstveni sustav vidljivo je iz dva grafikona na desnoj strani slike 3. Rast nezaposlenosti, pad bruto plaća zbog uvođenja novih poreza, sve veća izdvajanja za nezaposlene, odrazili su se na ukupne prihode HZZO-a temeljem doprinosa. Postavlja se s razlogom pitanje kakve će biti posljedice smanjenja financijskih resursa na kvantitetu i kvalitetu zdravstvene skrbi i općenito ukupne stabilnosti zdravstvenog sustava.

## ZAKLJUČAK

Kada govorimo o izdacima za javno zdravstvo, oni u Hrvatskoj obuhvaćaju izdatke HZZO-a, te državne izdatke za javno zdravstvo, istraživanja i zdravstvenu administraciju. Dio javnih izdataka za zdravstvo otpada na lokalne jedinice, koji bilježe stalan rast. Što se tiče privatne potrošnje, ona iznosi oko 2% BDP-a tj. oko 20% ukupnih izdataka za zdravstvo.

Glavni subjekt koji upravlja fondom socijalnog osiguranja, HZZO, ima udio od 94% u ukupnim javnim izdacima za zdravstvo te oko 80% od ukupne zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj. Stopa doprinosa HZZO-u trenutno je postavljena na razinu od 15 % bruto plaće koju plaćaju poslodavci. Važno je napomenuti da samo 30% stanovništva plaća doprinose (oko 1,35 milijuna zaposlenih) za 4,3 milijuna osiguranika, a samo 55% stanovništva podliježe dopunskim plaćanjima zdravstvenih usluga, dakle struktura osiguranika je izrazito nepovoljna.

Neefikasnosti na strani potražnje i ponude najveći su teret hrvatskog zdravstvenog sustava. Dodatna plaćanja koja u Hrvatskoj iznose samo 1% ukupne zdravstvene potrošnje među najmanjima su u Europi. Slijedeći problem je izuzeće brojnih skupina stanovništva od dodatnih plaćanja (nezaposleni, studenti do dobi od 26 godina, ratni veterani itd.). Visoko pokriće lijekova na recept (95%) od strane HZZO-a, pokriće troškova za visoke stope bolovanja samo su neki od značajnijih problema zdravstvene potrošnje. Na strani ponude ističu se neefikasnosti bolnica u malim gradskim centrima i preopterećenost bolnica u nekoliko velikih gradova. Svi navedeni čimbenici idu u prilog kompleksnosti problema zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj i upućuju na potrebu daljnjeg provođenja reformi.

Svjetska financijska kriza samo je dodatno pogoršala situaciju u zdravstvenom sustavu, primarno preko smanjenih prihoda. Rast broja nezaposlenih u sustavu socijalnog zdravstvenog osiguranja automatski se odrazio na prihode od doprinosa. Bez pojačanog zapošljavanja stanovništva neće biti moguće održati stabilnost zdravstvenog sustava. Posljedice bi mogle biti smanjenje opsega i kvalitete zdravstvene skrbi, ali i povećanje plaćanja iz džepa za zdravstvene usluge kao i porast neformalnih plaćanja u zdravstvu.

Eventualni budući porast dohotka (BDP-a) trebao bi biti veći od porasta zdravstvene potrošnje što proteklih nekoliko godina nije bio slučaj. Samo višim stopama rasta BDP-a moguće je kompenzirati efekte porasta očekivanog trajanja života, intenziviranje procesa starenja i porasta dobne ovisnosti populacije. Održavanje visoke efikasnosti i učinkovitost zdravstvene skrbi treba postaviti na vrh liste prioriteta našeg društva. Problem financiranja, nažalost, ne može se riješiti samo u okvirima zdravstvene politike, već ovisi o rješavanju nagomilanih problema u realnom sektoru. Valja još jednom spomenuti da je zdravstveni kapital sastavnica ljudskog kapitala i jedan od nužnih čimbenika rasta produktivnosti i preduvjet gospodarskog rasta.

## LITERATURA

- Barić, V., & Smolić, Š. (2008.) Mogućnosti kontrole zdravstvene potrošnje - primjer Hrvatske, *Zbornik radove Ekonomskog fakulteta u Zafrebu*, 303.-314.
- Brinar, P. (2004.) Novi izvor financiranja zdravstvene usluge, *Svijet osiguranja* (3)
- Brinar, P. (2004.) Osiguravajuća društva i sustav zdravstva, *Svijet osiguranja* (1)
- HZZO (2008., 2009., 2010.) *Financijsko izvješće HZZO-a*, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Ministarstvo financija. (2010.) *Minsitarstvo financija RH*, preuzeto 12. veljače 2011. iz [http://www.mfin.hr/adminmax/docs/Strategija\\_Vladinih\\_programa\\_i\\_Drzavni\\_proracun\\_za\\_razdoblje\\_2010\\_2012%5B1%5D.pdf](http://www.mfin.hr/adminmax/docs/Strategija_Vladinih_programa_i_Drzavni_proracun_za_razdoblje_2010_2012%5B1%5D.pdf): www.mfin.hr
- Svjetska banka (2007.) *Health Insurance in Croatia*, Svjetska banka
- Svjetska banka (2003.) *Studija o financiranju zdravstva u Hrvatskoj*, Svjetska banka
- Zrinščak, S. (2007.) Zdravstvena politika Hrvatske, *Rev. soc. polit.*, 14 (2), str. 193.-220.
- Živić, D. (2003.) Demografske odrednice i posljedice starenja stanovništva Hrvatske, *Revija za socijalnu politiku, Rev. soc. polit.*, 10 (3), str. 307.-319.