

Makroekonomska konsolidacija, digitalna asimilacija i regulacija dualne prakse: Prospektivna policy-analiza strukturnih reformi zdravstvenog sustava Republike Hrvatske (2025. – 2026.)

Autor: Davor Moravek

Sažetak

Ovaj članak donosi sveobuhvatnu prospektivnu *policy*-analizu nadolazećega reformskog ciklusa zdravstvenog sustava Republike Hrvatske (2025. – 2026.). Primjenom narativnoga pregleda integriranog s metodologijom procjene sistemskih rizika i SWOT analizom, rad kritički dekonstruira četiri stupa najavljenih reformi. Prvi stup analizira obveznu digitalnu integraciju (CEZIH, EHDS) uz kvantifikaciju kibernetičkih tereta (NIS2) i bioetičkih rizika implementacije umjetne inteligencije (AI). Drugi stup evaluira regulaciju ljudskih resursa kroz „pravilo 150 dana” primjenom Teorije uskih grla (*Bottleneck Theory*). Treći stup obrađuje centralizaciju osnivačkih prava bolnica kroz komparativnu vizuru skandinavskih modela. Četvrti stup locira deficite financiranja vremenski intenzivnih specijalizacija (DTP/DRG modeli), objašnjavajući suodnos s općom financijalizacijom zdravstva i ekspanzijom *private equity* fondova. Kvantifikacija ukazuje na to da optimizacija interoperabilnosti generira do 7,5 milijuna eura godišnjih ušteda, dok rad zaključno nudi operativne javnopolitičke preporuke (npr. NPOO vaučere za malo gospodarstvo) temeljene na paradigmi zdravstva temeljenoga na vrijednosti (*Value-Based Healthcare*).

Ključne riječi: *zdravstvene politike, CEZIH, dualna praksa, private equity, Value-Based Healthcare, umjetna inteligencija (AI), zdravstvena ekonomika, Republika Hrvatska*

Uvod i metodologija

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske (RH) nalazi se u kritičnoj tranzicijskoj fazi. Ovu prekretnicu determinira konvergencija ubrzanoga demografskog starenja (više od 22 % populacije starije je od 65 godina), rastuće prevalencije kroničnih nezaraznih bolesti i narušene financijske održivosti bolničkoga sektora. S ukupnim izdvajanjem od približno 7,5 % do 8 % BDP-a za zdravstvo, RH znatno zaostaje za prosjekom Europske unije koji iznosi 10,4 % (OECD/EU, 2024). Kao odgovor na te makroekonomske i demografske pritiske, izvršna je vlast kreirala opsežan reformski paket čija se puna implementacija očekuje tijekom 2025. i 2026. godine.

Temeljna **teorija promjene** (*Theory of Change*) kreatora politika počiva na premisi da će prisilna digitalna integracija cjelokupnoga tržišta te vlasnička centralizacija upravljanja i javne nabave stvoriti prijeko potreban fiskalni prostor za ulaganje u prevenciju i rješavanje kadrovskih deficita (Vlada Republike Hrvatske, 2025).

Metodološki pristup i vremenska referentnost

Važno je na samome početku jasno definirati vremenski i metodološki status ovoga rada. Riječ je o **prospektivnoj policy-analizi i narativnom pregledu s elementima SWOT analize**. Značajan dio propisa i smjernica na koje se rad referira (poput punoga opsega novoga Pravilnika o

dopunskom radu ili konačnih tehničkih rokova integracije privatnoga sektora u CEZIH do svibnja 2026.) u trenutku izrade ove analize predstavlja usvojene zakonske okvire u ranoj fazi provedbe, nacрте propisa ili službene javnopolitičke najave resornoga ministarstva.

Cilj rada nije evaluacija dovršenih procesa, već anticipacija i dekonstrukcija potencijalnih učinaka najavljenih mjera. Tekst je strukturiran oko četiri glavna reformska stupa, dopunjen vizualnim konceptualizacijama, a završava integrativnom SWOT matricom i konkretnim preporukama.

Stup 1: Digitalna integracija i interoperabilnost (CEZIH, EHDS, AI)

Zakon o podacima i informacijama u zdravstvu (2024) predstavlja pravni presedan koji obvezuje apsolutno sve pružatelje usluga – javne i privatne – na punu tehničku integraciju u Centralni zdravstveni informacijski sustav (CEZIH) do proljeća 2026. godine. Nepoštivanje ove zakonske odredbe povlači drakonske kazne koje sežu i do 13.200 eura za pravne subjekte. Temeljni je cilj ostvarivanje interoperabilnosti i usklađivanje s Europskim prostorom zdravstvenih podataka (EHDS).

Financijski učinak na mikro i male pružatelje (NIS2)

Iako je klinička opravdanost objedinjavanja fragmentirane dokumentacije neupitna, provedba nailazi na ozbiljne financijske zapreke. Europska regulatorna literatura te izvješća Agencije Europske unije za kibersigurnost (ENISA) sustavno upozoravaju na asimetričan financijski učinak koji obveza kibernetičke usklađenosti s direktivom NIS2 ostavlja na mikro i male pružatelje usluga (ENISA, 2023; Bhatia & Arora, 2022). Provođenje rigoroznih mjera mrežne zaštite (kapitalni i operativni troškovi – CAPEX/OPEX) de facto funkcionira kao alat koji male ordinacije financijski iscrpljuje, potencijalno ih prisiljavajući na integraciju s velikim korporativnim mrežama koje jedine posjeduju kapital za apsorpciju takvih IT investicija.

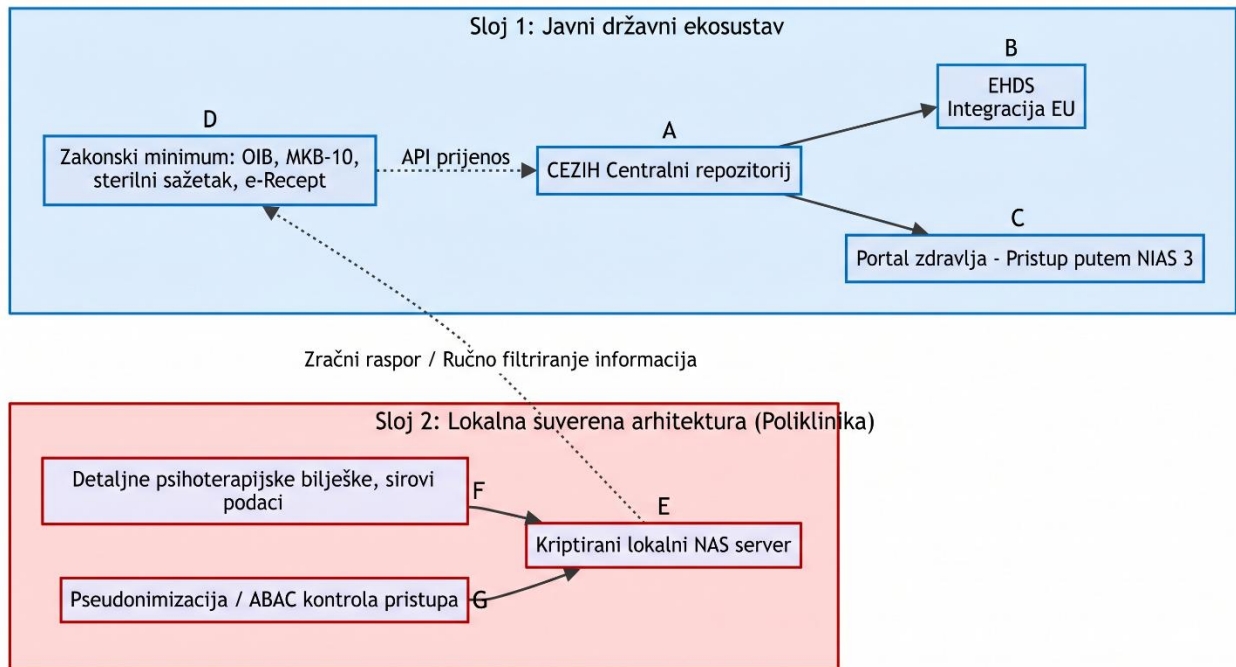
Integracija umjetne inteligencije (AI): Potencijali i dokazani rizici

CEZIH se strateški priprema kao baza za implementaciju alata umjetne inteligencije (prediktivna analitika, automatizirana trijaža, obrada prirodnoga jezika). Unatoč prednostima, međunarodna iskustva upozoravaju na kritičan rizik **algoritamske pristranosti** (*algorithmic bias*).

Studija slučaja algoritma *Optum* (korištenoga na milijunima pacijenata u SAD-u za trijažu) pokazala je snažnu sistemsku pristranost jer je kao *proxy* za zdravlje koristila povijesne podatke o zdravstvenoj potrošnji, potcjenjujući stvarne rizike kod manjina (Obermeyer i sur., 2019). Slični problemi s alatima poput *Babylon Health* u UK-u potvrđuju nužnost striktno primjene načela stalnoga ljudskog nadzora (*human-in-the-loop*), kako to propisuje europski Akt o umjetnoj inteligenciji.

Dvoslojna tehnološka arhitektura u praksi

Gubitak kliničke anonimnosti nenamjerna je kolateralna žrtva digitalizacije. Kako bi zaštitile visokosenzitivne podatke poput psihoterapijskih bilješki (*psychotherapy notes*), napredne privatne prakse ubrzano razvijaju **dvoslojnu tehnološku arhitekturu**.



Slika 1. Prikaz dvoslojne arhitekture razdvajanja administrativnih (CEZIH) od senzitivnih kliničkih podataka radi usklađivanja s GDPR načelom minimizacije.

Stup 2: Regulacija ljudskih resursa i dualna praksa

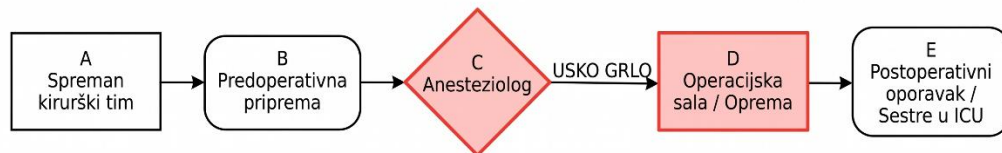
Nacrt novoga Pravilnika o dopunskom radu (Ministarstvo zdravstva RH, 2025) radikalno redefinira uvjete pod kojima bolnički liječnici mogu raditi u privatnoj praksi. Od ukupno 9.812 liječnika zaposlenih u nacionalnom bolničkom sustavu, njih 1.586 (oko 16 %) posjeduje formalnu dopusnicu. Analiza ukazuje na snažnu koncentraciju u KBC-ovima (npr. KBC Zagreb sa 193 dopusnice od 1.288 liječnika te KBC Split sa 196 od 943 liječnika). Čak 30 % dopusnica otpada na rad u drugim javnim ustanovama radi dežurstava (Hrvatska liječnička komora, 2025).

Najkontroverznija najavljena odredba jest „**pravilo 150 dana**” – automatsko oduzimanje dopusnice liječniku ukoliko pacijenti na preglede u njegovoj bolnici čekaju dulje od toga administrativnog roka.

Teorija uskih grla (*Bottleneck Theory*)

Vežanje prava na rad uz KPI (listu čekanja) kosi se s operacijskim menadžmentom. Prema **Teoriji uskih grla**, liste čekanja u kirurgiji rijetko su funkcija dostupnosti kirurga, već infrastrukturnih ograničenja na koja on ne može utjecati.

graph LR



Slika 2. Prikaz „uskoga grla” u operacijskom menadžmentu: kažnjavanje kirurga zbog deficita kapaciteta u segmentima C i D potiče odljev kadra.

Irski paradoks: *Sláintecare*

Reforma *Sláintecare* u Irskoj pokušala je ugovorom *Public-Only Consultant Contract 2023* prisiliti specijaliste isključivo na rad u javnim bolnicama. Rezultat je bio otpor sindikata, neuspješno popunjavanje novih radnih mjesta i usporavanje reformi (Thomas, Burke, & Barry, 2021). Hrvatsko uvođenje restrikcija bez paralelnoga značajnog poboljšanja bolničke infrastrukture moglo bi destabilizirati javni sektor po identičnom obrascu.

Stup 3: Centralizacija osnivačkih prava bolnica

Prijenos osnivačkih prava općih bolnica s jedinica područne (regionalne) samouprave na Republiku Hrvatsku predstavlja operativno najsloženiji ustrojbeni korak.

Fiskalna racionalizacija naspram ustavnih rizika

Država centralizaciju opravdava potrebom za provedbom **objedinjene javne nabave**. Ekonomija razmjera ostvarena centralnom nabavom visokodiferenciranih lijekova i materijala na razini više od 40 bolnica jedini je matematički dokazani alat za smanjenje akumuliranja dugova prema veletrgovnicama. Ipak, pojedine su županije pokrenule postupke ocjene ustavnosti pozivajući se na povredu načela supsidijarnosti i vlasničkih prava (Međimurska županija, 2023).

Komparativna iskustva: Finska i Norveška

Slične procese provele su Norveška (2002.) i Finska, koja je SOTE reformom (2023.) prenijela ovlasti na goleme „županije za usluge dobrobiti“. Dok je ostvarena djelomična troškovna stabilizacija, evaluacije upozoravaju na trajnu nuspojavu **demokratskoga deficita** (Magnussen, Hagen, & Kaarboe, 2007). Tehnokratsko zatvaranje lokalnih odjela na temelju centralnih proračunskih matrica dovodi do otuđenosti građana. Centralizacija vlasništva stoga ne dokida politizaciju zdravstva, već ju samo seli na državnu razinu.

Stup 4: Financiranje vremenski intenzivnih specijalizacija i tržišna konsolidacija

Dominantni model financiranja ambulantne skrbi putem Dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP) i srodnih DRG mehanizama u startu favorizira kratke, proceduralno guste intervencije.

Paradoks mentalnoga zdravlja i cijena neliječenja

Vremenski intenzivne grane poput psihijatrije odlikuju se niskom proceduralnom gustoćom. Modeli plaćanja po epizodi stimuliraju brzu farmakoterapiju nauštrb dubinske psihoterapije. Prema procjenama OECD-a (2023), neliječeni mentalni poremećaji uzrokuju gubitak BDP-a država članica EU-a od prosječno 1,7 % godišnje, odnosno ukupno **313 milijardi eura** kroz smanjenu produktivnost, apsentizam i komorbiditete. Psihijatrija više nije trošak, već esencijalna obrana nacionalnoga tržišta rada (McDaid, Park, & Wahlbeck, 2019).

Razdvajanje tržišnih fenomena: Osobna plaćanja vs. *Private Equity*

Važno je jasno razlučiti dva paralelna tržišna procesa koja se često pogrešno poistovjećuju:

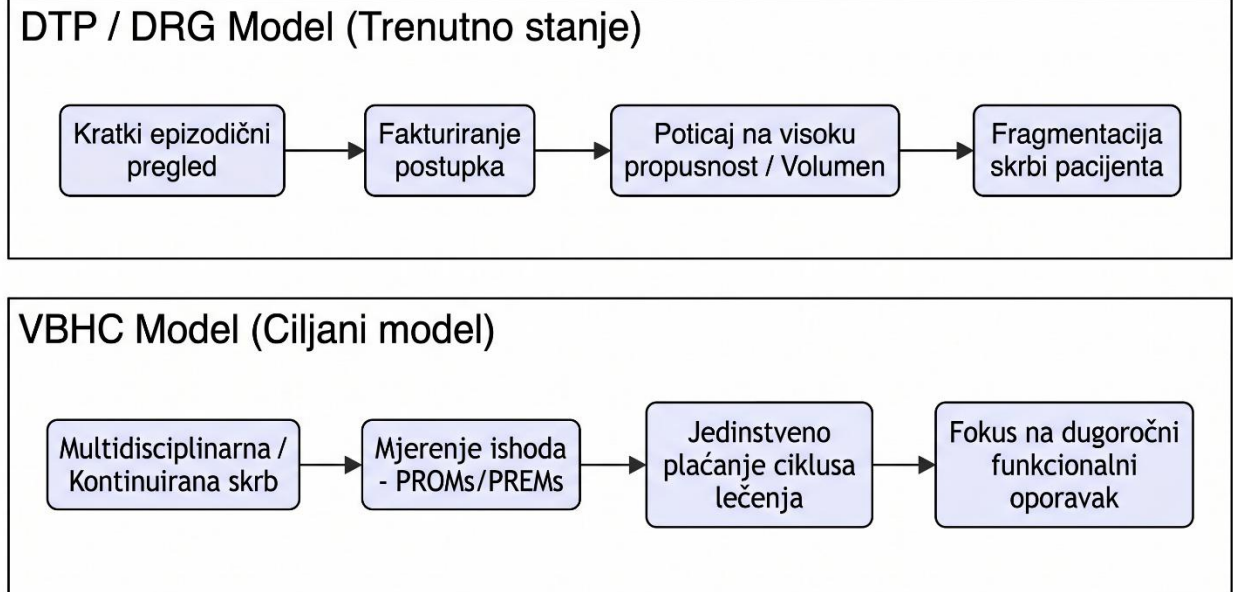
Rast *out-of-pocket* individualnih praksi: Uzrokovan listama čekanja, ovaj proces generira mikro-ordinacije u kojima pacijenti (npr. u psihoterapiji) plaćaju izravno iz vlastitoga džepa radi osiguravanja termina i diskrecije.

Ulazak *Private Equity* (PE) fondova: Podkapitaliziranost sustava privukla je veliki kapital (npr. *Arsano Medical Group*, *Adria Dental Group*, *Klinika Svjetlost*). Međutim, PE fondovi **ne ulažu** u vremenski zahtjevnu psihijatriju. Oni agregiraju strojno intenzivne, proceduralno guste niše (radiologija, oftalmologija). Unatoč vrhunskoj optimizaciji, PE modeli nose rizik povećanja broja procedura (*billing intensity*) nauštrb kvalitete zbog pritiska brzoga ROI-ja (Bruch, Zeltzer, & Song, 2020; Rechel, Maresso, & Sagan, 2023).

Prijelaz na *Value-Based Healthcare* (VBHC)

Kao strukturni odgovor, nužan je prijelaz na zdravstvo temeljeno na vrijednosti, gdje se financijski nagrađuje ishod (oporavak), a ne volumen (broj pregleda).

Graph TD (Top-Down)



Slika 3. Usporedba DTP i VBHC arhitekture financiranja zdravstvenih usluga.

Integrativna SWOT matrica i osjetljivostna analiza

Tablica 1. Prospektivna SWOT analiza reformskih politika (2025. – 2026.)

Snage (Strengths)	Slabosti (Weaknesses)
<p>Usklađenost s EU standardima (EHDS) te modernizacija privatne IT infrastrukture.</p> <p>Središnja javna nabava za bolnice (potencijal višemilijunskih ušteda).</p> <p>- CEZIH predstavlja jedinstven repozitorij i temelj za <i>Big Data</i> / AI istraživanja u RH.</p>	<p>Visoki inicijalni troškovi (CAPEX) digitalne prilagodbe za javni i privatni sektor.</p> <p>Metodološka nedosljednost vezanja prava na dopunski rad uz infrastrukturu matične bolnice.</p> <p>- Digitalni jaz: znatan dio starije populacije nema znanja (NIAS 3) za pristup Portalu zdravlja.</p>
Prilike (Opportunities)	Prijetnje (Threats)
<p>Prijelaz na sustav nagrađivanja prema pacijentovim ishodima liječenja (VBHC / PROMs).</p> <p>Dokidanje paralelnoga vođenja medicinskih kartona i bolji kontinuitet skrbi.</p> <p>- Financijske uštede zbog neizvođenja dvostruke napredne dijagnostike (Tablica 2).</p>	<p>Smanjenje kliničke produktivnosti uslijed nezadovoljstva radnim uvjetima i odljev kadra.</p> <p>Korporativna oligopolizacija privatnoga tržišta ako mala poduzeća (MSP) ne prežive financijski udar NIS2 direktive.</p> <p>- Algoritamska pristranost pri ranoj implementaciji AI-ja.</p>

Analiza osjetljivosti (*Sensitivity Analysis*) ušteda od interoperabilnosti

Jedan od temeljnih ciljeva integracije CEZIH-a jest dokidanje nepotrebnoga dupliranja dijagnostike. Pretpostavka se izvodi na temelju izvješća OECD-a (*Wasteful clinical care*) koje procjenjuje stopu redundantne dijagnostike u sličnim tranzicijskim sustavima na 15 do 20 % (OECD, 2017).

Simulacija se temelji na 300.000 naprednih slikovnih obrada (MR i CT) godišnje, uz pretpostavljeni prosječni trošak ponovljene pretrage od 100 EUR (što konzervativno aproksimira važeće HZZO tarife za nativne pretrage).

Tablica 2. Scenariji osjetljivosti ušteda uslijed smanjenja dupliranja MR/CT pretraga

Scenarij učinkovitosti	Broj izbjegnutih pretraga	Očekivane izravne financijske uštede	Operativni učinak i procjena ROI-ja
Konzervativni (-5 %)	15.000	1.500.000 €	Uštede pokrivaju tek bazne operativne (OPEX) troškove državne IT infrastrukture.
Umjereni (-15 %)	45.000	4.500.000 €	Značajan utjecaj na stabilizaciju materijalnih troškova te fizičko rasterećenje radioloških sala.
Optimistični (-25 %)	75.000	7.500.000 €	Snažan pozitivan ROI u trećoj do četvrtoj godini (nakon amortizacije višemilijunskoga CAPEX-a opreme).

Zaključak i javnopolitičke preporuke

Najavljeni reformski okvir (2025. – 2026.) najambiciozniji je pokušaj restrukturiranja hrvatskoga zdravstva. Digitalna asimilacija tržišta i usklađivanje s EHDS-om civilizacijski su iskorak. Ipak, analiza jasno ukazuje da administrativno upravljanje složenim ljudskim resursima („pravilo 150 dana“) može potaknuti kontraproduktivne *push* faktore i trajno destabilizirati javni sektor. Integracija umjetne inteligencije predstavlja potencijalni *game changer* za efikasnost sustava, no zahtijeva dubok oprez kako se tehnološki zanos (*hype*) ne bi pretvorio u eroziju kliničke etike.

U svrhu ublažavanja sistemskih rizika, donositeljima odluka preporučuju se četiri ciljne intervencije:

Infrastrukturni audit kao preduvjet „Pravila 150 dana“: Oduzimanje dopusnice za rad liječnicima mora biti pauzirano u ustanovama gdje neovisna revizija dokaže manjak operacijskih sala ili anesteziologa, kako bi se spriječilo kažnjavanje kliničara za organizacijske propuste uprave.

Aktivacija NPOO mikrovaučera za mala poduzeća (MSP): Preporučuje se lansiranje ciljne linije vaučera iz Nacionalnoga plana oporavka i otpornosti u rasponu od 2.000 do 5.000 eura po ordinaciji, namijenjenih strogo za usklađivanje malih praksi s kibernetičkim smjernicama (NIS2/CEZIH). Programom bi trebala upravljati SAFU u suradnji s Ministarstvom zdravstva, ciljajući obuhvat od 1.000 malih praksi uz nacionalni budžet od 3 do 5 milijuna eura.

Pilotiranje Value-Based Healthcare sustava: Posebice u mentalnom zdravlju, nužno je hitno započeti prijelaz s DTP modela na *bundled* plaćanja vezana uz ishode prijavljene od strane samih pacijenata (PROMs).

Izrada AI etičkoga okvira i nadzora: Prije pune integracije algoritama u CEZIH trijažu, uspostaviti nacionalno nadzorno tijelo sukladno EU Aktu o umjetnoj inteligenciji radi redovite evaluacije modela na prisutnost algoritamskih pristranosti.

Popis literature

Znanstveni i stručni izvori

Bhatia, A., & Arora, M. (2022). *Cybersecurity in Healthcare: A Review of the Impact of Policy and Legislation*. Springer.

Bruch, J. D., Zeltzer, D., & Song, Z. (2020). Characteristics of private equity–owned hospitals in 2018. *Annals of Internal Medicine*, *174*(2), 277–279. <https://doi.org/10.7326/M20-1361>

Dorr Goold, S., & Lipkin, M. (1999). The doctor-patient relationship: Challenges, opportunities, and strategies. *Journal of General Internal Medicine*, *14*(S1), S26–S33. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.00267.x>

ENISA (European Union Agency for Cybersecurity). (2023). *Cybersecurity and Privacy in Healthcare: Challenges and Guidelines for SMEs*. Atena: ENISA.

European Observatory on Health Systems and Policies. (2024). *Croatia: Health System Review* (Health Systems in Transition). World Health Organization. Regional Office for Europe.

Ferrinho, P., Lerberghe, W. V., Fronteira, I., Hipólito, F., & Biscaia, A. (2004). Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Human Resources for Health*, *2*(14). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-14>

Gerke, S., Minssen, T., & Cohen, G. (2020). Ethical and legal challenges of artificial intelligence-driven healthcare. U *Artificial Intelligence in Healthcare* (str. 295–336). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818438-7.00012-5>

Gostin, L. O., Halabi, S. F., & Wilson, K. (2019). Health data and privacy in the digital era. *JAMA*, *320*(3), 233–234. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.8374>

Hoffman, S., & Podgurski, A. (2013). Big bad data: Law, public health, and biomedical databases. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, *41*(S1), 56–60. <https://doi.org/10.1111/jlme.12040>

Magnussen, J., Hagen, T. P., & Kaarboe, O. M. (2007). Centralizing health care: the Norwegian hospital reform. *Health Policy*, *81*(1), 34–45. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.05.011>

McDaid, D., Park, A. L., & Wahlbeck, K. (2019). The economic case for the prevention of mental illness. *Annual Review of Public Health*, *40*, 373–389. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013629>

Obermeyer, Z., Powers, B., Vogeli, C., & Mullainathan, S. (2019). Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science*, *366*(6464), 447–453. <https://doi.org/10.1126/science.aax2342>

OECD. (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>

OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

OECD/EU. (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing.

<https://doi.org/10.1787/ba9dd216-en>

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business Review Press.

Rechel, B., Maresso, A., & Sagan, A. (2023). Private equity investment in Europe's primary care and specialized clinics. *The Lancet Regional Health - Europe*, 28, 100615. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100615>

Scheffler, R. M., Alexander, L. M., & Godwin, J. R. (2021). *Soaring private equity investment in the healthcare sector: Consolidation accelerated, competition undermined, and patients at risk*. American Antitrust Institute.

Terry, N. P. (2012). Protecting patient privacy in the age of big data. *UMKC Law Review*, 81, 385–415.

Thomas, S., Burke, S., & Barry, S. (2021). Sláintecare implementation: The Irish health reform paradox. *Health Policy*, 125(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.009>

Vončina, L., Strizrep, T., Bagat, M., Pezelj-Duliba, D., Pavić, N., & Polašek, O. (2012). Croatian 2008–2010 health insurance reform: Hard choices toward financial sustainability and efficiency. *Croatian Medical Journal*, 53(1), 66–76. <https://doi.org/10.3325/cmj.2012.53.66>

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva: WHO.

Prijedlozi propisa i policy dokumenti (Prospektivni izvori)

Europska komisija. (2022). *Direktiva (EU) 2022/2555 Europskog parlamenta i Vijeća od 14. prosinca 2022. o mjerama za visoku zajedničku razinu kibernetičke sigurnosti širom Unije (NIS2)*. Službeni list Europske unije.

Europska komisija. (2024). *Digital Economy and Society Index (DESI) - Profil za Hrvatsku*. Bruxelles: Europska komisija.

Europska komisija. (2024). *European Health Data Space (EHDS): Prijedlog Uredbe o Europskom prostoru zdravstvenih podataka*. Bruxelles: Europska komisija.

Hrvatska liječnička komora [HLK]. (2025). *Novi pravilnik o dopunskom radu liječnika (Komentari na nacrt)*. Zagreb: HLK.

Međimurska županija. (2023., 24. ožujka). *Prijedlog za ocjenu suglasnosti s Ustavom – Prijenos osnivačkih prava općih bolnica*. Službeni glasnik Međimurske županije.

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. (2025). *Nacrt Pravilnika o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za rad izvan punoga radnog vremena*. Prijedlog u javnom savjetovanju.

Vlada Republike Hrvatske. (2025., 12. lipnja). *Hrstić: CEZIH se širi na privatni sektor*. Službena priopćenja Vlade RH.

Zakon o podacima i informacijama u zdravstvu. (2024). *Narodne novine*, br. 14/2024.

Literatura za daljnje proučavanje

Barasa, E., Mathauer, I., & Kutzin, J. (2021). *Assessing the impact of health financing mechanisms on provider behaviour: a conceptual framework*. World Health Organization. (Temeljni teorijski okvir za razumijevanje načina na koji načini plaćanja, poput DTP-a, oblikuju dugoročno kliničko postupanje).

Bhatia, A., & Arora, M. (2022). *Cybersecurity in Healthcare: A Review of the Impact of Policy and Legislation*. Springer. (Izvrstan resurs za dublje razumijevanje tehničkih zahtjeva EHDS-a i utjecaja NIS2 direktive na zdravstveni ekosustav i malo gospodarstvo).

European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Croatia: Health System Review* (Health Systems in Transition, Vol. 23 No. 2). (Sveobuhvatna neovisna analiza hrvatskoga zdravstvenog sustava u desetljeću koje je neposredno prethodilo uvođenju novoga ciklusa zdravstvenih reformi).

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business Review Press. (Krucijalno djelo za razumijevanje koncepta zdravstva temeljenog na vrijednosti na koji se oslanjaju završne preporuke ovoga članka).

Saltman, R. B., Busse, R., & Figueras, J. (Ur.). (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. Open University Press / WHO Regional Office for Europe. (Temeljna literatura za komparativnu analizu Bismarckovih socijalnih modela s tržišnim mehanizmima, ključno za analizu hrvatskoga monopsonističkoga sustava osiguranja).