

# ULOGA JAVNO-PRIVATNO PARTNERSTVO U HRVATSKOM ZDRAVSTVENOM SUSTAVU

---

**Kaleb, Lea**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2018**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:124:568567>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-08-16**

*Repository / Repozitorij:*

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



UNIVERSITY OF SPLIT



**SVEUČILIŠTE U SPLITU  
EKONOMSKI FAKULTET**

**ZAVRŠNI RAD**

**ULOGA JAVNO-PRIVATNO PARTNERSTVO U  
HRVATSKOM ZDRAVSTVENOM SUSTAVU**

**Mentor:**

**doc. dr. sc. Lana Kordić**

**Student:**

**Lea Kaleb**

**Split, srpanj 2018.**

## Sadržaj

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. UVOD .....</b>  | <b>3</b>  |
| 1.1. Definiranje problema istraživanja .....  | 3         |
| 1.2. Ciljevi rada .....   | 3         |
| 1.3. Metode rada.....   | 3         |
| 1.4. Struktura rada .....   | 3         |
| <b>2. SEKTOR ZDRAVSTVA U REPUBLICI HRVATSKOJ .....</b>  | <b>4</b>  |
| 2.1. Zdravstveni sustav Republike Hrvatske .....  | 4         |
| 2.2. Financiranje zdravstvenog sustava .....  | 7         |
| 2.3. Međunarodna usporedba .....  | 8         |
| <b>3. TEORIJSKE ODREDNICE JAVNO-PRIVATNOG PARTNERSTVA. 11</b>   |           |
| 3.1. Definicija i ciljevi javno-privatnog partnerstva.....  | 11        |
| 3.2. Modeli javno-privatnog partnerstva .....   | 12        |
| 3.3. Prednosti i nedostaci javno-privatnog partnerstva.....   | 14        |
| 3.4. Upravljanje rizicima u JPP-u.....  | 15        |
| <b>4. JAVNO PRIVATNO PARTNERSTVO U SEKTORU ZDRAVSTVA U REPUBLICI HRVATSKOJ.....</b>                           | <b>19</b> |
| 4.1. Pravni i institucionalni okvir javno-privatnog partnerstva u Republici Hrvatskoj.....                    | 19        |
| 4.2. Mogućnosti i primjene javno-privatnog partnerstva u segmentima odvijanja zdravstvene zaštite u RH .....  | 20        |
| 4.2.1. Primarna razina zdravstvene zaštite .....  | 21        |
| 4.2.2. Sekundarna razina zdravstvene zaštite .....  | 23        |
| 4.3.3. Tercijarna razina zdravstvene zaštite.....   | 24        |
| 4.3. Određivanje konkretnih rezultata kao orijentir definiranja traženih vrijednosti u sektoru zdravstva..... | 26        |
| <b>5.ZAKLJUČAK.....</b>   | <b>27</b> |
| <b>LITERATURA .....</b>   | <b>29</b> |
| <b>POPIS TABLICA .....</b>  | <b>31</b> |
| <b>SAŽETAK.....</b>   | <b>32</b> |

# **1. UVOD**

## **1.1. Definiranje problema istraživanja**

Ključan problem u sektoru zdravstva je način njegova financiranja. Širok spektar primjene javno-privatnog partnerstva, kao relativno novog oblika financiranja u zdravstvu, ukazuje na njegov značaj za brojne vrste projekata u sustavu zdravstvene zaštite. Analizirajući primjenu ovog modela u Republici Hrvatskoj ukazat će se na njegovu važnost kako za sektor zdravstva, tako i za cjelokupan gospodarski rast.

## **1.2. Ciljevi rada**

Temeljni ciljevi ovog rada su upoznavanje s javno-privatnim partnerstvom kao oblikom financiranja, analiza sektora zdravstva te analiza konkretne primjene ovog načina financiranja u zdravstvu u Republici Hrvatskoj.

## **1.3. Metode rada**

U ovom radu koristit će se induktivna metoda, metoda analize i sinteze te metoda dedukcije.

## **1.4. Struktura rada**

U prvom, uvodnom dijelu, definiran je problem istraživanja, ciljevi i metode korištene u izradi rada. U drugom dijelu orijentacija je na analizi stanja sektora zdravstva u Republici Hrvatskoj. Treći se dio bazira na teorijskom aspektu i odrednicama javno-privatnog partnerstva. U četvrtom dijelu analizirat će se primjena i uloga javno-privatnog partnerstva u sektoru zdravstva. Peti dio je zaključak kroz koji su prikazani rezultati ovog rada.

## **2. SEKTOR ZDRAVTSVA U REPUBLICI HRVATSKOJ**

### **2.1. Zdravstveni sustav Republike Hrvatske**

Zdravstveni sustav jedan je od mnogobrojnih javnih sustava (poput mirovinskog, obrazovnog, stambenog), ali ipak, zdravstveni sustav smatran je neprijeporno važnim i predmet je brojnih javnih rasprava.

Prema Puljizu (2007.), tri su ključna faktora koja utječu na važnost zdravstvenog sustava:

1. Riječ je o vrlo osjetljivom ljudskom pitanju zdravlja i bolesti radi čega se mogućnosti uspješnog liječenja te svi drugi vidovi zdravstvene zaštite promatraju s povećanom pozornošću, kao što i moguće pogreške u ovom području mogu imati nezanemarive društvene posljedice,
2. Zdravstveni sustavi su vrlo skupi, bilo da je riječ o javnom ili privatnom financiranju. Uobičajena je činjenica da je zdravstveni sustav, uz mirovinski, onaj koji konzumira najveći dio društvenog bogatstva,
3. Zdravstveni su sustavi u današnjim suvremenim društvima uglavnom socijalizirani te čine jedan od glavnih stupova socijalnih država.

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (2015.), 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.

Jukić (2016.) u svom izlaganju zdravstveni sustav Hrvatske naziva neodrživim. Dokaz za ovu tvrdnju je gubitak od jedne milijarde do 1,5 milijardi kuna godišnje, duge liste čekanja, neadekvatni radni prostori, nezadovoljni korisnici usluga i nezadovoljni zdravstveni radnici. Periodične sanacije (svako 3 do 4 godine) zdravstvenoga sustava, a bilo ih je barem deset u zadnjih 40 godina, nisu dale rezultata pa je nužno cijeli sustav postaviti na realnije temelje.

Karakteristike hrvatskog zdravstvenog sustava prema Jukiću (2016.) su:

1. sustav nije informatički povezan na razini države, ima previše nepotrebnog administriranja koje ničemu ne služi. Zbog nemogućnosti kontrole pojedini korisnici dupliraju pretrage i preglede u zdravstvenim ustanovama.
2. svi građani po zakonu o zdravstvenoj zaštiti imaju ista prava bez obzira da li i koliko doprinose sustavu.
3. odgovornosti svih čimbenika je nedostatna.
4. treba razmotriti odgovornost: Ministarstva zdravstva, uprava zdravstvenih ustanova, liječnika pojedinačno i pacijenata kao korisnika usluga. Pojedini radni prostori su ispod propisanog standarda, dio opreme je zastario, u sustavu zdravstva nedostaje (prema procjenama) 2.500 liječnika i 8.000 medicinskih sestara.

Vlado Puljiz (2008.) u svom osvrtu polazi od teze da su rat i tranzicija presudno utjecali na gospodarske i socijalne procese RH, a samim tim i na zdravstveni sustav, koji je dospio u duboku financijsku i koncepcijsku krizu jer Hrvatska izdvaja oko 8 posto BDP-a za zdravstvenu potrošnju, a javni udio izdataka je 85 posto što je više od prosjeka članica EU (72 posto).

Od stjecanja neovisnosti 1992. Hrvatska provodi značajne zdravstvene reforme, od kojih je najnovija i najznačajnija za unaprjeđenje zdravstvene zaštite, Nacionalna strategija razvoja zdravstvene zaštite 2012. - 2020. donešena 2012. godine.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) objašnjava Nacionalnu strategiju razvoja zdravstvene zaštite kao sveobuhvatni dokumentu koji govori u kojem pravcu se želi razvijati zdravstvo Republike Hrvatske u narednom desetljeću.

Temeljni prioriteti koje Nacionalna strategija razvoja zdravstvene zaštite donosi su:

1. Razvoj informatizacije i eZdravstva,
2. Jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa u zdravstvu,
3. Jačanje upravljačkih kapaciteta u zdravstvu,
4. Reorganizacija ustroja i djelovanja zdravstvenih ustanova,
5. Poticanje kvalitete u zdravstvenoj zaštiti,
6. Jačanje preventivnih aktivnosti,
7. Očuvanje financijske stabilnosti zdravstva,
8. Suradnja s drugim resorima i društvom u cjelini;

Operativni planovi koji će se donositi temeljem Strategije trebali bi poboljšati financiranje zdravstvenog sektora i pomoći u izradi učinkovitijeg i pravičnijeg zdravstvenog sustava.

Zdravstvena zaštita u Republici Hrvatskoj provodi se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te putem posebnih programa

Na svojim stranicama, HZZO navodi da je **primarna** razina zdravstvene zaštite ona koja se pruža na mjestu gdje ljudi žive, rade ili se školuju, a provodi se kroz usluge:

1. opća/obiteljska medicina
2. zdravstvena zaštita predškolske djece
3. zdravstvena zaštita žena
4. patronažna zdravstvena zaštita
5. zdravstvenu njegu u kući bolesnika
6. stomatološku zdravstvenu zaštitu (polivalentnu)
7. higijensko-epidemiološku zdravstvenu zaštitu
8. preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata
9. laboratorijsku dijagnostiku
10. ljekarništvo
11. hitnu medicinsku pomoć

**Sekundarna** zdravstvena zaštita usmjerena je na dijagnostiku i liječenje. Liječnici specijalisti samostalno obavljaju poslove više razine zdravstvene zaštite kao što su;

1. ciljani tretman bolesnika, provođenje traženog dijagnostičkog, terapijskog ili rehabilitacijskog zahvata,
2. obavljanje diferencijarnijih dijagnostičkih postupaka,
3. konzultantska sinergija sa liječnicima primarne zdravstvene zaštite.

**Tercijarna** razina zdravstvene zaštite služi za obavljanje visoko diferenciranih pretraga i terapijskih zahvata s kojima se rješavaju kompleksne, rijetke i teške bolesti čije liječenje nije moguće na općinskoj ili županijskoj razini. Ova razina zaštite pruža se u klinikama, kliničkim bolničkim centrima te državnim zdravstvenim zavodima.

S osvrtnom na budućnost, temeljni ciljevi sektora zdravstva su zaštita, unapređenje i očuvanje zdravlja koje će se ostvariti kroz posebne ciljeve a to su: dostupnija zdravstvena zaštita,

razvijen sustav kvalitete zdravstvene zaštite, zaštita javnozdravstvenog interesa te učinkovitije upravljanje financijskim resursima u zdravstvu.

## **2.2. Financiranje zdravstvenog sustava**

HZZO navodi da se zdravstveni sustav Republike Hrvatske ne financira se isključivo po jednom modelu, već je kombinacija Bismarckovog modela koji je temeljen na socijalnom osiguranju, odnosno doprinosima koje građani izdvajaju iz plaće, te Beveridgeovog modela koji se temelji na proračunskim prihodima, a sve zbog manjka prihoda.

Unatoč brojnim reformama zadnjih 20 godina, koje su za cilj imale smanjenje troškova zdravstvenih usluga te povećanja učinkovitosti zdravstvenog sustava i dalje se troši velik dio ukupnih javnih izdataka, u što se ubrajaju izdaci za zdravstvo središnje i lokalne države, zaduženja i donacije te obvezno zdravstveno osiguranje. Javni izdaci za zdravstvo su 2014. godine iznosili 7,8 posto BDP-a kako navode Nestić i Rubil (2014.)

HZZO navodi da se doprinosi za osnovno zdravstveno osiguranje od 2001. uplaćuju se na jedinstven račun Državne riznice, a kompenzacija sredstava za obavljene zdravstvene usluge doznaju se iz proračuna na temelju ugovora sklopljenog s HZZO-om.

Plaćanje doprinosa za zdravstveno osiguranje zaposlenih obavlja poslodavac u iznosu 15 posto za osnovno zdravstveno osiguranje i 0,5 posto kao poseban doprinos za ozljede na radu. Ovisni članovi obitelji osigurani su putem članova svog kućanstva koji su u redovnom radnom odnosu. Osobno uplaćivanje doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje obavljaju samozaposleni, a osjetljive skupine stanovništva poput umirovljenika te osoba sa niskim prihodima, na koje otpada dvije trećine ukupnih troškova, oslobođene su plaćanja doprinosa. Od siječnja 2002. godine HZZO obavlja i dopunsko osiguranje, tzv. dobrovoljno osiguranje. Hrvatski građani koji nemaju dopunsko zdravstveno osiguranje (2014. oko 1,9 milijuna) prilikom bolničkog liječenja te prilikom odlaska obiteljskom liječniku ili stomatologu dužni su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20%.pune cijene zdravstvene zaštite tvrdi HZZO na službenim stranicama



### 2.3. Međunarodna usporedba

U svojim razmatranjima, Mihaljek (2014.) dolazi do zaključka da se financiranje zdravstva u visokorazvijenim zemljama može podijeliti na tri sustava: sustavi s pretežno privatnim financiranjem; sustavi financiranjem pretežno iz državnog proračuna i sustavi s financiranjem pretežno iz izvanproračunskih fondova, tzv. fondova socijalnog osiguranja.

U anglosaksonskim, nordijskim i južnoeuropskim zemljama najveći dio zdravstvene potrošnje financira se izravno iz državnog proračuna, dok u kontinentalnoj Europi i Japanu dominira financiranje iz državnih fondova socijalnog osiguranja. Po odrednicama WHO-a Hrvatska pripada u visokorazvijene zemlje.

**Tablica 1: Glavni sustavi financiranja zdravstva u visokorazvijenim zemljama, u postotku ukupne zdravstvene potrošnje za 2010. godinu**

| Privatno financiranje |    | Državni proračun |    | Fond socijalnog osiguranja |    | Kombinirano | Priv. | Pror. | Soc. |
|-----------------------|----|------------------|----|----------------------------|----|-------------|-------|-------|------|
| SAD                   | 52 | Danska           | 85 | Češka                      | 76 | Bugarska    | 44    | 18    | 38   |
|                       |    | Velika Britanija | 83 | Francuska                  | 73 | Grčka       | 38    | 30    | 32   |
|                       |    | Švedska          | 81 | Nizozemska                 | 71 | Švicarska   | 35    | 19    | 46   |
|                       |    | Italija          | 77 | Japan                      | 70 | Austrija    | 24    | 34    | 42   |
|                       |    | Norveška         | 74 | Estonija                   | 68 |             |       |       |      |
|                       |    | Kanada           | 70 | Njemačka                   | 68 |             |       |       |      |
|                       |    | Španjolska       | 70 | Slovenija                  | 68 |             |       |       |      |
|                       |    | Irska            | 69 | Belgija                    | 65 |             |       |       |      |
|                       |    | Australija       | 69 | Rumunjska                  | 64 |             |       |       |      |
|                       |    | Portugal         | 65 | Hrvatska                   | 63 |             |       |       |      |
|                       |    | Latvija          | 61 | Poljska                    | 62 |             |       |       |      |
|                       |    | Finska           | 60 | Litva                      | 61 |             |       |       |      |
|                       |    |                  |    | Slovačka                   | 58 |             |       |       |      |
|                       |    |                  |    | Mađarska                   | 54 |             |       |       |      |

Izvor: World Health Statistics (WHO) 2013. u Mihaljek 2014.

Iz Tablice 1. vidljivo je da se Hrvatska, kao i većina srednjoeuropskih zemalja većinom financira iz fonda socijalnog osiguranja odnosno iz namjenskih poreza tzv. obveznih prinosa za zdravstveno osiguranje. Ti porezi su posebni po tome što se ne slijevaju u državni proračun zajedno s drugim izvorima prihoda, nego su namijenjeni isključivo financiranju fonda socijalnog osiguranja.

S druge strane, u zapadnoeuropskim te sjevernoeuropskim zemljama prisutno je financiranje iz državnog proračuna. Glavna razlika prema Mihaljek(2014.) tog načina financiranja od financiranja iz fonda socijalnog osiguranja može se pronaći u izvorima prihoda i upravljanju potrošnjom. U proračun se slijevaju prihodi iz svih poreznih i neporeznih izvora te se raspodjeljuju na temelju godišnjih i srednjoročnih proračunskih zakona na pojedine resore, uključujući zdravstvo. Zatim se raspodjeljuju na pojedine sektore, samim time i na zdravstvo. Situacija u SAD-u bitno se razlikuje od Europe, gdje se zdravstveni sustav financira iz privatnih izvora. Osim privatnih izvora, postoji program zdravstvene zaštite za siromašne Medicaid koji je jedan od najvećih sustava socijalnog osiguranja u svijetu.

Moguć je i kombiniran način financiranja, koji je prisutan u Bugarskoj, Grčkoj, Švicarskoj i Austriji koje imaju različite udjele privatnog, proračunskog i financiranja iz socijalnog fonda.

Od 2000. do 2010. trend u zdravstvenoj potrošnji visokorazvijenih zemalja je značajan porast ukupne potrošnje za zdravstvo, koji se očitovao u bržem rastu zdravstvene potrošnje od rasta cjelokupne ekonomije

**Tablica 2: Zdravstvena potrošnja**

|                         | Ukupna potrošnja za zdravstvo |       | Potrošnja opće države za zdravstvo |       | Privatna potrošnja za zdravstvo   |       | Ukupna potrošnja po stanovniku |       |
|-------------------------|-------------------------------|-------|------------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|--------------------------------|-------|
|                         | (%BDP-a)                      |       | (% ukupne potrošnje za zdravstvo)  |       | (% ukupne potrošnje za zdravstvo) |       | USD                            |       |
|                         | 2000.                         | 2010. | 2000.                              | 2010. | 2000.                             | 2010. | 2000.                          | 2010. |
| <b>Austrija</b>         | 10,0                          | 11,0  | 75,6                               | 76,2  | 24,4                              | 23,8  | 2403                           | 4964  |
| <b>Francuska</b>        | 10,1                          | 11,7  | 79,4                               | 76,9  | 20,6                              | 23,1  | 2203                           | 4618  |
| <b>Italija</b>          | 8,0                           | 9,5   | 72,5                               | 77,6  | 27,5                              | 22,4  | 1554                           | 3247  |
| <b>Njemačka</b>         | 10,4                          | 11,5  | 79,5                               | 76,8  | 20,5                              | 23,2  | 2386                           | 4654  |
| <b>Švicarska</b>        | 9,9                           | 10,9  | 55,4                               | 65,2  | 44,6                              | 34,8  | 3519                           | 7699  |
| <b>SAD</b>              | 13,4                          | 17,6  | 43,2                               | 49,2  | 56,8                              | 51,8  | 4703                           | 8233  |
| <b>Velika Britanija</b> | 7,0                           | 9,6   | 78,8                               | 83,2  | 21,2                              | 16,8  | 1765                           | 3495  |
| <b>Hrvatska</b>         | 7,8                           | 7,8   | 66,1                               | 84,8  | 13,9                              | 15,2  | 377                            | 1051  |

|                               |     |      |      |      |      |      |      |      |
|-------------------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Češka</b>                  | 6,3 | 7,5  | 90,3 | 83,8 | 9,7  | 16,2 | 361  | 1403 |
| <b>Mađarska</b>               | 7,2 | 7,8  | 70,7 | 64,8 | 29,3 | 35,2 | 326  | 1002 |
| <b>Poljska</b>                | 5,5 | 7,0  | 70,0 | 71,7 | 30,0 | 27,8 | 247  | 851  |
| <b>Slovačka</b>               | 5,5 | 9,0  | 89,4 | 64,5 | 10,6 | 35,5 | 209  | 1445 |
| <b>Slovenija</b>              | 8,3 | 9,0  | 74,0 | 72,8 | 26,0 | 27,2 | 830  | 2064 |
| <b>Visoko razvijeni</b>       | 9,9 | 12,4 | 59,5 | 61,9 | 40,5 | 39,2 | 2567 | 4928 |
| <b>Zapadna Europa</b>         | 8,4 | 10,4 | 73,4 | 75,8 | 26,6 | 24,2 | 1935 | 3652 |
| <b>Središnja./ist. Europa</b> | 6,3 | 7,4  | 75,0 | 71,9 | 25,0 | 29,0 | 349  | 1070 |

Izvor: WHO, World Health Statistics, 2013. u Mihaljek (2014.)

Iz Tablice 2. vidljivo je da je zdravstvena potrošnja u visokorazvijenim zemljama porasla sa 9,9 posto BDP-a u 2000. na 12,4 posto BDP-a u 2010. godini. Hrvatska je prema kriterijima Svjetske zdravstvene organizacije svrstana u visokorazvijene zemlje, te za razliku od ostalih visokorazvijenih zemalja u proteklom desetljeću, jedina ne ostvaruje porast ukupne zdravstvene potrošnje u odnosu na BDP (ukupna zdravstvena potrošnja stagnira na razini od 7,8% BDP-a). U svom radu Mihaljek (2014.) tvrdi: "Aritmetički gledano, razlog tome jest taj da je zdravstvena potrošnja po stanovniku povećana u istom iznosu kao i nominalni BDP, tj. 2,7 puta (s 380 dolara u 2000. na 1.050 dolara u 2010. godini), dok se broj stanovnika blago smanjio (s 4,38 na 4,29 milijuna). Broj stanovnika smanjio se u promatranom razdoblju i u mnogim drugim razvijenim ekonomijama, ali je per capita zdravstvena potrošnja u njima rasla znatno brže od nominalnog BDP-a, tako da je, osim u Hrvatskoj i Islandu, posvuda zabilježen porast zdravstvene potrošnje u odnosu na BDP".

Osim toga, Hrvatska se razlikuje od ostalih visokorazvijenih zemalja i po tome što država financira visokih 85 posto ukupne zdravstvene potrošnje. U Zapadnoj Europi je u proteklom desetljeću došlo do blagog povećanja udjela državnog financiranja sa 73 posto na 76 posto i do smanjenja udjela privatnog sektora. Trend Središnje i Istočne Europe, kojeg prati i Hrvatska, a gdje je udio države u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji smanjen sa 75 na 72 posto.

Sveukupno gledajući, Republika Hrvatska ima vrlo visok udio državne potrošnje u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji te rast privatne potrošnje u iznosu od 1,3 postotna poena nakon kojeg u 2010. godini iznosi 15,2 posto.

### **3. TEORIJSKE ODREDNICE JAVNO-PRIVATNOG PARTNERSTVA**

#### **3.1. Definicija i ciljevi javno-privatnog partnerstva**

Sukladno Zakonu o javno-privatnom partnerstvu (2012.), javno-privatno partnerstvo se definira kao obostrani ugovorni odnos između javnog i privatnog sektora, predmet kojeg je izgradnja i/ili rekonstrukcija i održavanje javne građevine, u svrhu pružanja javnih usluga iz okvira nadležnosti javnog partnera. JPP se u užem smislu pod javno-privatnim partnerstvom podrazumijevaju zajednički poduhvati u okviru kojih javni i privatni sektor udružuju resurse i stručna znanja kako bi, kroz prikladne alokacije resursa, rizika i nagrada, zadovoljili neku javnu potrebu. Primjenom različitih metoda privatni sektor može uposliti svoje resurse i vještine u osiguranju dobara i pružanju usluga koje tradicionalno osiguravaju javne službe. Europska komisija (2004.) definira JPP u širem smislu kao suradnju javnih i privatnih partnera koja može osigurati efikasan način isporuke različitih infrastrukturnih projekata i pružanje javnih usluga stanovništvu te financirati inovacije, a time i pridonositi ekonomskom rastu i stvaranju radnih mjesta.

Jurlina Alibegović (2011.) objašnjava kako je javno-privatno partnerstvo odgovor je na rastuće javne potrebe, čije je financiranje ograničeno državnim proračunom ili proračunima jedinica regionalne i lokalne samouprave. Projekt se može smatrati javno-privatnim partnerstvom onda kada postoji raspodjela rizika između javnog i privatnog sektora i kada je ugovoren na srednji ili dugi rok. Složenost ovog modela ogleda se u različitosti očekivanja od projekta, motiva i ciljeva pri udruživanju javnog i privatnog sektora.

Kačer, Kružić i Perković (2008.) navode tri glavna cilja javno-privatnog partnerstva kao oblika financiranja

1. povećanje kvalitete i opsega pružanja usluga internim korisnicima,
2. oslobađanje sredstava javnog sektora, uključivanje business principa i potvrđivanje bolje vrijednosti za porezne obveznike,
3. uključivanje sudionika u fer i korektnu raspodjelu koristi i dobitka;

Kačer, Kružić i Perković (2008.) tvrde da je za uspjeh u realizaciji JPP važno suglasje partnera pri utvrđivanju svih rizika (financijski rizici, rizici koji nastaju u projektiranju i

izgradnji objekata, rizici uporabe i upravljanja, rizici održavanja, tehnološki rizici, politički rizici, rizici zaštite okoliša) povezanih sa svakom od faza realizacije projekta te njihovo alociranje tako da ravnoteža osigura zainteresiranost ,partnera, koji preuzimanjem rizika razvijaju svoje strategije upravljanja rizicima, nastojeći minimalizirati ukupne troškove.

### **3.2. Modeli javno-privatnog partnerstva**

Javno-privatno partnerstvo može poprimiti različite oblike. Kačer, Kružić i Perković (2008.) u radu navode sljedeće pojavne oblike JPP-a.:

1. Privatno-Financiranje (FO: Finance Only):

Privatni sektor, najčešće banke i fondovi, neposredno financiraju izgradnju javne infrastrukture. Svi troškovi financiranja idu na teret javnog sektora, koji snosi i sve rizike izgradnje i eksploatacije.

2. Projektiraj-Pobjedi u nadmetanju-Izgradi (DBB: Design-Bid-Build):

Javni partner određuje zahtjeve projekta, osigurava njegovo financiranje i projektiranje. Postupkom javne nabave odabire najpovoljnijeg privatnog ponuđača, koji je odgovoran za izgradnju. Javni partner pruža uslugu, održava objekt i vlasnik je izgrađenog objekta.

3. Projektiraj-Izgradi-Održavaj (DBM: Design-Build-Maintain)

Privatni sektor po zahtjevima i specifikacijama javnog sektora, projektira, gradi i održava infrastrukturu, najčešće uz unaprijed ugovorenu fiksnu cijenu, čime se troškovni rizik i rizik kvalitete i održavanja izgrađenog, prenosi na privatni sektor.

4. Izvedi-Održavaj (OM: Operate-Maintain):

Privatni sektor temeljem ugovorenih uvjeta, pruža uslugu koristeći javna dobra ili javnu imovinu, pri čemu vlasništvo ostaje u rukama javnog sektora. Po svojoj naravi, OM modeli predstavljaju tzv. outsourcing ugovore.

5. Operativna licenca (OL: Operation License):

Privatni sektor dobiva dozvolu od javnog sektora da pruža javnu uslugu, najčešće ograničenog trajanja.

6. Projektiraj-Izgradi-Izvedi (DBO: Design-Build-Operate):

Privatni sektor, po zahtjevima i specifikacijama javnog sektora, projektira i gradi javno dobro, najčešće po fiksnoj cijeni. Po završetku gradnje, privatni partner uzima objekt u dugoročan zakup i koristeći ga pruža uslugu.

7. Izgradi-Izvedi-Prenesi (BOT: Build-Operate-Transfer)

Privatni sektor, po projektima javnog sektora, gradi javno dobro i koristeći ga pruža uslugu. Privatni partner kao pružatelj usluge (pod kontrolom javnog sektora) naknadu za pruženu uslugu naplaćuje od javnog sektora i/ili krajnjih korisnika. Istekom koncesijskog razdoblja, javno se dobro vraća javnom partneru

8. Projektiraj-Izgradi-Financiraj-Izvedi (DBFO: Design-Build-Finance-Operate):

Privatni sektor projektira, osmišljava, gradi i financira realizaciju javnog dobra i eksploatira javni objekt. Upravlja pružanjem usluge i koristi javno dobro ugovoreni broj godina.

9. Izgradi-Posjeduj-Izvedi-Prenesi (BOOT: Build-Own-Operate Transfer):

Privatni sektor, po projektima javnog sektora, gradi javno dobro, zadržava ga u vlasništvu i posjedu za ugovoreno vrijeme trajanja aranžmana i koristeći ga pruža uslugu. Privatni partner kao pružatelj usluge naknadu za pruženu uslugu naplaćuje od javnog sektora i/ili krajnjih korisnika. Istekom ugovorenog roka, vlasništvo nad javnim dobrom se prenosi javnom partneru bez naknade.

10. Zakupi-Razvij-Izvedi (LDO: Lease-Develop-Operate):

Privatni partner javno dobro uzima u zakup, tehnološki i funkcionalno ga razvija i unapređuje, i upravlja njegovim korištenjem.

11. Izgradi-Zakupi-Izvedi-Prenesi (BLOT: Build-Lease-Operate-Transfer):

Privatni partner gradi javno dobro i uzima ga u zakupi. Vlasništvo ostaje u javnom sektoru a privatni sektor koristeći zakupljeni javni objekt pruža uslugu. Istekom ugovorenog roka, posjed nad javnim dobrom se vraća javnom partneru.

12. Kupi-Posjeduj-Izvedi-Prenesi (BUYOOT: Buy-Own-Operate-Transfer):

Privatni sektor kupuje javno dobro, koristi ga ugovoreni broj godina i pruža uslugu. Istekom ugovorenog roka vlasništvo se bez naknade prenosi na javni sektor.

13. Projektiraj-Izgradi-Financiraj-Posjeduj-Izvedi-Prenesi(DBFOOT:Design-Build-Finance-Own-Operate-Transfer):

Privatni sektor projektira, osmišljava, gradi i financira realizaciju javnog projekta, upravlja pružanjem usluge i koristi javno dobro, koje je njegovo vlasništvo, ugovoreni broj godina. Istekom ugovorenog roka, vlasništvo nad javnim dobrom se prenosi javnom partneru bez naknade

#### 14. Izgradi-Posjeduj-Izvedi (BOO: Build-Own-Operate):

Privatni sektor gradi i upravlja javnim dobrom u svom vlasništvu, bez obveze da se imovina transferira javnom sektoru. Kontrola nad uslugama privatnog sektor najčešće se provodi i regulira od strane javnih vlasti. U ovom obliku privatni partner nema striktnu obvezu vraćanja javnog objekta u vlasništvo javnom partneru. Istekom koncesijskog razdoblja partneri razmatraju jednu od sljedećih mogućnosti: a.) produljenje koncesijskog ugovora, b.) produljenje koncesijskog ugovora uz izmjene na javnom objektu (renoviranje), c.) prodaju javnog objekta javnom partneru ili d.) uklanjanje javnog objekta.

#### 15. Kupi-Izgradi-Izvedi (BBO: Buy-Build-Operate):

Privatni sektor kupuje javno dobro, unapređuje ga i njime upravlja, pružajući usluge javnom sektoru ili krajnjim korisnicima. Istekom ugovorenog roka, privatni sektor zadržava svoja vlasnička prava nad dobrom javne namjene.

### **3.3. Prednosti i nedostaci javno-privatnog partnerstva**

Juričić (2011.) donosi zaključak da svaki oblik financiranja ima svoje prednosti i nedostatke s obzirom na interesne odnose kreditora, investitora i javnog sektora, zakonitosti funkcioniranja poslovnog sustava i njegove specifičnosti u odnosu na druge poslovne sustave.

Ovaj oblik partnerstva olakšava financiranje projekata zbog podjele troškova interesnih strana, što vodi smanjenju proračunskih manjkova javnog sektora. Primjena javno-privatnog partnerstva rasterećuje zaduživanja državne i lokalnih vlasti. Optimiziranje rizika kojeg nosi projekt glavna je prednost javno-privatnog partnerstva.

Nadalje, javno-privatnim partnerstvima postiže se bolji makroekonomski položaj zemlje, zbog poboljšanog pristupa međunarodnim financijskim tržištima putem kojih se privlači međunarodni kapital. Isto tako, prednost ugovora o javno-privatnom partnerstvu je njihova dugoročnost u odnosu na političke mandate.

Ukratko, glavne prednosti prema Kačer, Kružić i Perković (2008.) su:

1. podizati razinu kvalitete pružanja javnih usluga,
2. ubrzati gospodarski rast i razvoj, (i)

3. omogućiti reformu javne uprave prijenosom znanja i vještina uupravljanju JPP projektima, sa privatnog na javni sektor

Kompleksnost javno-privatnog partnerstva očituje se u nedostatku povjerenja među partnerima, sukobu ciljeva, očekivanja i interesa. Privatni partner ima za cilj povećati dobit i tržišni udio radi opstanka, što dovodi do konflikta s politikom javnog partnera koja je usmjerena na opće dobro. Postoji opasnost od mogućeg odustajanja privatnog partnera od ulaganja u projekt u tijeku realizacije projekta.

Kao najčešća ograničenja Kačer, Kružić i Perković (2008.) navode:

1. dugotrajnost procesa odabira partnera,
2. složenost procedure, (i)
3. nepostojanje standardnih uvjeta ugovora.

### **3.4. Upravljanje rizicima u JPP-u**

Juričić (2011.) definira rizik kao vjerojatnost da će se poslovni parametri projekta u budućnosti razlikovati od njihovih vrijednosti u fazi definiranja i planiranja projekta, tj. rizik je bilo koji faktor koji mijenja očekivani novčani tok projekta. U praksi se pod rizikom često podrazumijeva vjerojatnost nastupa (neželjenog) događaja u budućnosti.

Analiza rizika smatra se najvažnijim i najkompleksnijim dijelom pripreme projekta javno-privatnog partnerstva. Izloženost projekta riziku je prisutna u svim faza projektnog procesa.

U projektnom procesu, sektor koji je skloniji riziku je privatni jer investirajući u brojne projekte formira baze podataka o prihodima i troškovima, koji mu pomažu kod procjene rizika. S druge strane, javni sektor nastoji odabrati onaj model realizacije projekta koji će minimizirati vjerojatnost negativnih događaja.

Kačer, Kružić i Perković (2008.) klasificiraju rizike na sljedeći način:

- sistemski na njih se ne može utjecati ili to zahtijeva neproporcionalno visoke troškove. To su politički, pravni, ekološki rizici, inflacija i slično



- nesistemske rizici mogu se smanjiti tj. diversificirati akcijama menadžmenta. To su logistika pri izgradnji projekta, materijali koji se ugrađuju u projekt, održavanje projekta, upravljanje radnom snagom i slično

Vrste rizika projekta javno-privatnog partnerstva prema Juričiću (2011.) su:

1. rizici vezani za proces izgradnje javnog objekta
2. rizici vezani za proces održavanja i zamjene javnog objekta
3. rizici vezani za ostvarivanje prihoda od prodaje javnih usluga
4. rizici vezani za izvore financiranja projekta u JPP
5. ostali rizici projekta u JPP- u

**Rizici vezani za proces izgradnje javnog objekta** odnose se na karakteristike objekta i proces gradnje. Privatni partner koji je izgradio više projekata, može bolje i preciznije predvidjeti troškove i potrebno vrijeme građenja.

Izgradnja kapitalno velikih i složenih javnih objekata rizičan je pothvat. Netočna je svaka tvrdnja da će se proces izgradnje i održavanja javnog objekta provesti bez ikakvog problema. Pretpostavljajući da se realizacija projekta neće odvijati na planirani način, započinje proces mjerenja i upravljanja rizicima.

Rizici vezani za proces izgradnje javnog objekta:

1. rizik projektiranja,
2. rizik troškova izgradnje,
3. rizik završetka izgradnje;

**Rizici vezani za proces održavanja i zamjene javnog objekta** odnose se na poznavanje materijala koji će se ugraditi u objekt.

U grupu rizika vezanih za proces održavanja i zamjene ubrajamo:

1. tehnološki rizik
2. rizik nabave sirovina
3. rizik operativnih troškova

**Rizici vezani za ostvarivanje prihoda od prodaje javnih usluga** odnose se na:

1. rizik potražnje
2. rizik cijena

**Rizici vezani za izvore financiranja projekta u JPP** odnose se na promjenjivost njihovih komponenti, primjerice, kamatne stope, tečaja, stope prinosa na vlastite izvore

1. financijski rizik
2. rizik kamatne stope
3. valutni rizik

Određivanje alokacije rizika je jedan od najznačajnijih segmenata procesa pripreme projekta javno-privatnog partnerstva.

Važno pitanje u postupku alokacije rizika je stupanj njegove alokacije. Ako se rizik alocira u manjem opsegu ili pogrešno, projekt se neće rezultirati najvećom vrijednošću za javnog partnera u odnosu na tradicionalni model. Međutim, prenesu li se rizici u potpunosti na privatnog partnera, one rizike kojima privatni partner objektivno ne može upravljati prenijeti će se povratno javnom partneru kroz uvećanu naknadu.

| <b>Rizik</b>              | <b>Opis</b>  | <b>Alokacija</b>   |
|---------------------------|--|--|
| Rizik projektiranja       | Vjerojatnost da se projektiranjem od strane privatnog partnera neće postići zadovoljenje definiranih izlaznih karakteristika projekta.   | Privatni partner.  |
| Rizik završetka izgradnje | Vjerojatnost da radovi na javnoj građevini neće biti završeni u ugovorenom roku.   | Privatni partner osim probijanja rokova uzrokovanih javnim partnerom.  |
| Rizik budžeta izgradnje   | Vjerojatnost da će stvarni troškovi projekta biti veći od planiranih.  | Privatni partner.  |
| Ekološki rizik            | Vjerojatnost nastanka gubitaka ili štete po ekološki sustav uzrokovanih (i) izgradnjom i/ili održavanjem, (ii) predprojektiranih ili pripremnih aktivnosti javnog partnera ili trećih osoba. | Za (i) privatni partner, za (ii) javni partner.  |
| Rizik raspoloživosti      | Vjerojatnost da usluge koje isporučuje privatni partner neće biti u skladu s definiranim izlaznim karakteristikama projekta.   | Privatni partner   |
| Valutni rizik             | Vjerojatnost da će promjena tečaja valute u kojoj su denominirani troškovi inputa prouzročiti gubitak na projektu u fazi eksploatacije.  | Privatni partner.  |
| Rizik inflacije           | Vjerojatnost da će stvarna inflacija biti veća od planirane.   | Javni partner za slučaj ukoliko stvarna inflacija bude veća od projicirane na temelju utvrđenih indeksa.                                 |
| Rizik više sile           | Vjerojatnost nastupa neočekivanih šteta ili gubitaka uzrokovanih od strane trećih osoba (prirodnih ili ljudskih).  | Za rizike koji se mogu osigurati – privatni partner. Rizici koji se ne mogu osigurati dijele se između partnera po posebnim kriterijima. |
| Rizik potražnje           | Vjerojatnost da će potražnja za javnim uslugama koje isporučuje projekt biti manja od planirane.   | Dijele se između partnera s obzirom na uzroke oscilacija u potražnji.  |

**Tablica 3: Primjer indikativne skraćene matrice alokacije rizika**

Izvor: <http://www.aik-invest.hr/wp-content/uploads/2015/10/p8-v2-rizici-kod-jpp-projekata-final-za-objavu.pdf>, str. 30.

Tablica 3 prikazuje alokaciju rizika prema pojedinim vrstama rizika. Prema Agenciji za investicije i konkurentnost, kod pripreme matrice alokacije rizika važno je prezentirati identificirane rizike s njihovim opisom. Također, potrebno je navesti na koji će se način rizici alocirati. Ovdje je potrebno skrenuti pozornost na činjenicu da nije moguće sve rizike alocirati u cijelosti, već su neki rizici podijeljeni.

## **4. JAVNO PRIVATNO PARTNERSTVO U SEKTORU ZDRAVSTVA U REPUBLICI HRVATSKOJ**

### **4.1. Pravni i institucionalni okvir javno-privatnog partnerstva u Republici Hrvatskoj**

Regulaciju javno-privatnog partnerstva u Republici Hrvatskoj reguliraju:

1. Zakon o JPP-u (NN 78/12 i NN 152/2014) i Uredba o provedbi projekata javno-privatnog partnerstva (NN 88/12 i 15/15),
2. Zakon o koncesijama (NN 143/12), te
3. Zakon o javnoj nabavi (NN 90/11, 83/13 i 143/13) vezano na postupke dodjele ugovora o javnoj nabavi i ugovora o koncesijama.

Temeljem Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o javno-privatnom partnerstvu (JPP) iz 2008. g. ustrojena je Agencija za javno-privatno partnerstvo (JPP) kao središnje nacionalno tijelo i centar znanja zadužena za ocjenu, odobravanje i praćenje provedbe projekata JPP-a, vođenje Registra ugovora o javno-privatnom partnerstvu te primjenu najbolje međunarodne prakse i uspostavljanje sustava izobrazbe u području JPP-a.

U procesu pripremanja projekta, significantnu ulogu ima Centar za praćenje poslovanja energetskog sektora i investicija (CEI) osnovan 2012. Njegova uloga u JPP-u je u identifikaciji, izradi i provedbi projekata po ugovornom obliku javno-privatnog partnerstva. Centar izrađuje dokumentaciju za odabir partnera u javnom nadmetanju putem komunikacije sa jedinicama lokalne i regionalne samouprave.

Osim Agencije za investicije i konkurentnost i Centra za praćenje poslovanja energetskog sektora i investicija u pripremanju projekata javno-privatnog partnerstva sudjeluje i Ministarstvo financija. Samim time, Agencija i Ministarstvo financija čine funkcionalnu cjelinu. Ministarstvo financija daje suglasnost za projekte javno-privatnog partnerstva u vezi njihove usklađenosti s proračunskim projekcijama i planovima te fiskalnim rizicima i ograničenjima propisanim posebnim propisima, kao i o financijskoj i fiskalnoj održivosti prijedloga projekta.

Pri odabiru privatnog partnera, važan naglasak je na Ministarstvu gospodarstva, poduzetništva i obrta koje je u ulozi izobrazbe, nadzora postupaka dodjele i provedbe ugovora o javnoj nabavi, te Državnoj komisiji za kontrolu postupaka javne nabave koja je nadležna za rješavanje žalbi u procesu javne nabave, davanja koncesija i odabira privatnog partnera u projektima javno-privatnog partnerstva kao prvostupanjsko tijelo, te Upravni sud kao drugostupanjsko tijelo nadležno za rješavanje u istim postupcima

Svjetska zdravstvena organizacija (2000.) donosi zaključak da su javno-privatna partnerstva u zdravstvu oblici suradnje između javnog i privatnog sektora koji su motivirani zajedničkim ciljem poboljšanja zdravlja ljudi, a temeljeni na ugovorenim načelima i ulogama pri čemu za oba partnera vrijedi načelo jednakosti, imaju ugovorom definirane obveze, a zajednički ciljevi partnerstva nužno nose koristi za oba partnera

#### **4.2. Mogućnosti i primjene javno-privatnog partnerstva u segmentima odvijanja zdravstvene zaštite u RH**

Financiranje zdravstva suočeno je s velikim izazovima zbog stalnog rasta izdataka i ograničenih resursa. Najvažniji razlozi rasta izdataka za zdravstvo prema Jurlina Alibegović (2011.) su sljedeći: starenje stanovništva, porast kroničnih bolesti, razvoj tehnoloških inovacija u sektoru zdravstva, rastuća javna očekivanja korisnika zdravstvenih usluga, pružanje zdravstvene zaštite koja je radno intenzivna djelatnost i postojanje pritiska pružatelja usluga.

Ulazak privatnog partnera u financiranje segmenta odvijanja zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj čini se kao dobro rješenje na povećano opterećenje proračuna opće države.

Jurlina Alibegović (2011.) u svom radu navodi da su u Hrvatskoj projekti javno-privatnog partnerstva u području zdravstva koji udovoljavaju zakonskim uvjetima tek u začetku, a cilj im treba biti postizanje kvalitetnije i efikasnije zdravstvene usluge.

#### 4.2.1. Primarna razina zdravstvene zaštite

Katić (2009.) u svom djelu navodi da je primarna zdravstvena zaštita vrlo značajan dio cjelokupnog zdravstvenog sustava i prvi je dio zdravstvenog sustava u kojem je provedena privatizacija. Do 1997. nositelji organizacije i provedbe primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj bili su domovi zdravlja.

Ostojić (2009.) objašnjava kako je započeta privatizacija primarne zdravstvene zaštite dovela do slabljenja uloge doma zdravlja kao temeljnog nositelja primarne zdravstvene zaštite te partikularizacije primarne zdravstvene zaštite koja je pretvorena u niz malih nepovezanih jedinica. To je za posljedicu imalo neprepoznavanje potreba stanovništva, dostupnosti zaštite te kao rezultat svega slabljenje pozicije primarne zdravstvene zaštite. Provedbom reforme 2008. tek je deklarativno redefiniran status i položaj doma zdravlja s ciljem očuvanja zdravlja stanovništva.

Vehovec (2014.) navodi da se organizirana, koordinirana i učinkovita provedba primarne zdravstvene zaštite pozitivno odražava na funkcioniranje svih ostalih razina zdravstvenog sustava. Značajno smanjenje u zdravstvenoj potrošnji se može postići kroz dobro organiziranu primarnu zdravstvenu zaštitu jer liječnici čuvaju ulazak pacijenta u zdravstveni sustav upućujući ih na specijalističke preglede i bolničko liječenje te propisujući lijekove.

Na primjeru domova zdravlja, opisan će se primjena modela javno-privatnog partnerstva.

Katić (2009.) navodi da temeljne djelatnosti primarne zdravstvene zaštite funkcioniraju na dva modela:

##### 1. javni model 2. privatni koncesijski model

Javni model u domovima zdravlja je klasičan ili standardan model javnog financiranja primarne zdravstvene zaštite. No, javni model nije bio fiskalno održiv kao isključivi model primarne zdravstvene zaštite te je već u prvoj polovini 1990-ih provedena privatizacija.

Drugi, privatni model primarne zdravstvene zaštite funkcionira u dvije varijante:

a) privatni model pod koncesijom u javnom prostoru domova zdravlja i

b) privatni model pod koncesijom u privatnim prostorijama.

Katić (2009.) navodi da privatni zdravstveni radnici tzv. koncesionari rade na temelju koncesije sa županijom i ugovora s HZZO-om iz kojeg primaju fiksne mjesečne glavarine. Privatni model primarne zdravstvene zaštite pod koncesijom u javnom prostoru domova zdravlja ima mnogo ograničenja zbog čega se može reći da nije pravi privatizacijski model, zbog činjenice da koncesionari u domovima zdravlja ne mogu slobodno upravljati troškovima, što se od privatnika očekuje, jer dio troškova zajedničkih prostora, vode, struje, grijanja i sl. ovisi o funkcionalnom stanju zgrada i ponašanju drugih unutar iste zgrade. Također, on je usprkos privatizaciji prakse još uvijek u državnoj službi jer ne radi po principu profita i ima jednostrano obvezujući ugovor s HZZO-om kao neprofitnom proračunskom ustanovom. Problem koji se pojavljuje u ovom modelu je da ordinacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koja se nalazi pod koncesijom, sa standardnom količinom od 1.700 pacijenata dobije od HZZO-a oko 40 tisuća kuna, a liječnici koncesionari značajan dio tog novca, iznose koji uvelike premašuju plaće liječnika u domovima zdravlja, pa i u bolnicama, isplaćuju u svoje privatne džepove.

Liječnici svoju praksu mogu obavljati i u privatnim prostorima. Katić (2009.) objašnjava kako u ekonomskom smislu, najveću razliku između privatiziranog modela pod koncesijom u javnom prostoru i privatiziranog modela pod koncesijom u privatnim prostorijama čini mogućnost upravljanja režijskim troškovima i privatno vlasništvo prostora i opreme. Ostali troškovi su fiksni ili ovise o pojedinačnom ulaganju u opremu i materija

U 2018. važno je pitanje oko kojeg se svakodnevno polemizira prijedlog novog zakona koji predviđa opsežnu privatizaciju primarne zdravstvene zaštite. Ako se usvoji novi zakon o zdravstvenoj zaštiti, domovi zdravlja kakve poznajemo prestat će postojati. Kako objašnjava Katić (2009.) potpuna privatizacija ima za posljedicu narušavanje dostupnosti zaštite, nedostatak koordinacije djelatnosti primarne zaštite, nedostatan prepoznavanje lokalnih potreba stanovništva i gubitak uvida u zdravstveno stanje stanovništva, s nedostatnim prikupljanjem i korištenjem epidemioloških podataka. Osnovna djelatnost domova zdravlja-primarna zdravstvena zaštita pučanstva, prijeći će u privatne ruke, odnosno koncesije, pa će građani i za najmanju sitnicu odlaziti privatniku na liječenje.

U 2018. godini Hrvatskoj nedostaje 42 posto obiteljskih liječnika, 38 posto pedijatar, 40 posto ginekologa, broj osiguranika se povećava i liječnici se ne mogu posvetiti kvalitetno

pacijentu. Liječnici se nalaze u velikoj dilemi, da li ostati zaposlenik doma zdravlja ili postati privatnik.

Prema novom zakonu, upitna je i daljnja edukacija specijalizanata. Naime, koncesije na zdravstvenu ordinaciju bit će prenosive. Drugim riječima, liječnik koncesionar nakon odlaska u mirovinu, ordinaciju će moći prepustiti komu hoće. Tu se postavlja otvoreno pitanje specijalizanata, koji su s domovima zdravlja potpisali ugovore o specijalizacijama, a koju, usvoji li se novi zakon, više neće moći obavljati.

Zaključno, primarna zdravstvena zaštita nalazi se u financijskoj, kadrovskoj i organizacijskoj krizi, a prijedlog novog zakona o privatizaciji zasigurno ne pomaže njegovu oporavku. Protivnici privatizacije stava su da je javno dostupna primarna zdravstvena zaštita u interesu svih stanovnika Republike Hrvatske jer je, smatraju, to najbolji i najnapredniji oblik liječenja, naglašavajući da danas liječnici, ukoliko ne žele biti zaposlenici doma zdravlja, imaju pravo izbora osnivanja privatne prakse i izlaska na tržište.

#### 4.2.2. Sekundarna razina zdravstvene zaštite

Zdravstvena zaštita na sekundarnoj razini usmjerena je na dijagnostiku i liječenje, organizirana u obliku poliklinika i bolnica.

Sekundarna razina zdravstvene zaštite može funkcionirati na temelju javnih usluga u poliklinikama i bolnicama gdje se liječenje obavlja na račun HZZO-a i korištenja usluga u privatnim praksama. Liste čekanja u javnim bolnicama za usluge poput magnetske rezonance sežu i do dvije godine, a čekanje za neke pacijente nije opcija. Upravo liste čekanja pogoduju privatnim zdravstvenim ustanovama, kamo se često usmjerava pacijenta. Zbog niske razine životnog standarda i visokih cijena privatnih usluga pacijenti često nisu u mogućnosti korištenja usluga privatnika.

Rješenje tog problema je primjena modela javno-privatnog partnerstva na sekundarnoj razini zdravstvene, odnosno sklapanje ugovora između države, tj. HZZO-a i privatnika, koji za cilj ima brži dolazak na pregled, trošak kojeg snosi HZZO. Pregled magnetskom rezonancom jedan je od najučinkovitijih načina dijagnosticiranja zdravstvenih problema. Dakle, s izdanom uputnicom pacijenti mogu ovaj dijagnostički postupak obaviti kod privatnog liječnika u kratkom vremenskom roku i ne snositi njegove troškove.



Tablica 4 pokazuje da je HZZO za 2018. sklopio ugovor o obavljanju magnetske rezonance s pet privatnih klinika u Zagrebu, jednom u Zaboku, Čakovcu, Karlovcu, Puli, Šibeniku i dvije u Splitu.

**Tablica 4: Ugovori HZZO-a i privatnika**

| <b>Ustanova/privatna praksa</b>                               | <b>Lokacija rada</b> |
|---|----------------------|
| Poliklinika "Medikol"   | Čakovec              |
| Poliklinika "Medikol"   | Split                |
| Poliklinika "Medikol"   | Zagreb               |
| Specijalna bolnica Sv. Katarina                               | Zabok                |
| Poliklinika dr. Ivan Drinković                                | Zagreb               |
| Poliklinika "Vita"  | Šibenik              |
| Poliklinika VURA  | Karlovac             |
| Poliklinika Maja i Krešimir Čavka                             | Zagreb               |
| Poliklinika Aviva   | Zagreb               |
| Poliklinika za radiologiju i neurologiju<br>Dijagnostika 2000 | Zagreb               |
| Poliklinika dr. Kalajžić                                      | Split                |
| Poliklinika Croatia zdravstveno<br>osiguranje<br>Ars Croatia  | Pula                 |

Izvor: HZZO (2018.)

Još jedan od problema na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite je prijedlog novog zakona, kojim će biti dopušteno primanje privatnih pacijenata na dijagnostičke postupke u javne zdravstvene ustanove od strane zaposlenih liječnika, a unutar pacijenata koji su na listama čekanja. Takav zakon ide na štetu kako i pacijentima koji se nalaze na listama čekanja, tako i javnim djelatnicima zdravstvenih ustanova.

#### 4.3.3. Tercijarna razina zdravstvene zaštite

Tercijarna zdravstvena zaštita služi za obavljanje visokodiferenciranih pretraga i terapijskih zahvata s kojima se rješavaju kompleksne, rijetke i teške bolesti, čije liječenje nije moguće na općinskoj ili županijskoj razini. Provodi se u klinikama, kliničkim bolnicama i u kliničkim bolničkim centrima.

Prema Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva, 2012. godine u mreži javne zdravstvene službe u Hrvatskoj je bilo pet kliničkih bolničkih centara, tri kliničke bolnice, pet klinika, 22 opće bolnice, 26 specijalnih bolnica i tri lječilišta.

U svom osvrtu Jurlina Alibegović (2011.) navodi kako je bolnicama osnovna djelatnost liječenje ljudi, a projektiranje, izgradnja i održavanje bolničkih zgrada ne spada u osnovnu djelatnost. Uključivanje privatnog partnera u obavljanje, upravljanje i nadzor poslova koji ne spadaju u osnovnu djelatnost dovodi do racionalizacije u upravljanju i odlučivanju, usmjeravanja na postizanje rezultata u pružanju zdravstvenih usluga, korištenja ekonomije obujma u pružanju zdravstvenih usluga, boljeg korištenja postojećih i usavršavanja stručnih znanja u obavljanju osnovne djelatnosti u bolnicama, veće kreativnosti i inovativnosti u obavljanju pratećih poslova, prenošenja vještina upravljanja svojstvenih privatnom sektoru na upravljanje javnim sektorom (upravljanje bolnicama) i smanjenja troškova.

Na tercijarnoj razini zdravstvene zaštite od 2012. godine Vlada Republike Hrvatske sustavno pristupa pokretanju investicijskog ciklusa i identificirano je nekoliko investicijskih projekata na osnovi kvalitativnih i kvantitativnih kriterija koji udovoljavaju uvjetima za kvalificiranje za projekte javno-privatnog partnerstva.

Jedan od ugovorenih projekata između javnog i privatnog partnera je KBC Rijeka. Kako predstavlja AIK, svrha i cilj projekta KBC Rijeka je objedinavanje tri nefunkcionalne lokacije s dotrajalim, derutnim građevinama, u kojima djeluje KBC Rijeka, na jednu lokaciju, lokaciju Sušak, radi postizanja znatne uštede, jednostavne i lakše komunikacije, brze intervencije, naročito u cilju funkcionalne povezanosti i veće učinkovitosti u žurnom pružanju zdravstvenih usluga. U navedenim građevinama planira se smještaj cca 1.000 bolesničkih postelja, organizacija polikliničkih, dijagnostičkih i terapijskih sadržaja. Predviđena je dnevna bolnica s jednodnevnom kirurgijom, centralni OP blok sa 12 OP dvorana i 9 OP dvorana u okviru zasebnih funkcionalnih cjelina, centralna jedinica intenzivnog liječenja (JIL), hitna medicinska služba, laboratorijska dijagnostika, sadržaji medicinske opskrbe: ljekarna, transfuzija, bolnička kuhinja i praonica rublja, sadržaji uprave, nastave i istraživanja. Očekivano razdoblje trajanja ugovora je 30-35 godina. Privatni partner ima obavezu održavanja svih objekata na katastarskim česticama zone obuhvata. Prilikom provedbe projekta JPP-a, privatni partner od javnog partnera preuzima obvezu i rizike vezane uz financiranje i proces gradnje te rizik raspoloživosti javne građevine. Procjenjena kapitalna vrijednost iznosi oko 2.572.144.000 HRK (bez PDV-a).

Politika Vlade Republike Hrvatske (2011.) prema javno-privatnom partnerstvu u vidu kapitalnih investicija je izrazito pozitivna jer se od javno-privatnog partnerstva očekuje poticanje novih investicija te će se javno-privatno partnerstvo poticati kao ravnopravan model u financiranju na tercijarnoj razini zdravstvene zaštite.

### **4.3. Određivanje konkretnih rezultata kao orijentir definiranja traženih vrijednosti u sektoru zdravstva**

Kao i u ostalim sektorima, u sektoru zdravstva prisutno je praćenje, izvještavanje i vrednovanje ostvarenja postavljenih ciljeva. Da bi se pojedini ciljevi realizirali nužno je i planiranje i nadzor trošenja proračunskih sredstava.

Inputi su sredstva upotrijebljena za obavljanje aktivnosti u svrhu ostvarivanja postavljenih ciljeva u zdravstvenoj zaštiti. Obuhvaćaju sve potrebne resurse, od rada, financijskih sredstava, kapitala, tehnologije, do opreme, kako bi se mogle obaviti sve aktivnosti za ostvarivanje postavljenih ciljeva u području zdravstvene zaštite. Outputi su količina pruženih javnih usluga u zdravstvenoj zaštiti kojima se realiziraju posebni ciljevi utvrđeni u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020.

Jurlina Alibegović (2011.) na primjeru prikazuje da su inputi u pružanju zdravstvenih usluga u bolnici sljedeći: podovi se trebaju čistiti dva puta dnevno, svaka soba treba imati klima uređaj, bolnica treba imati četiri vozila hitne pomoći. To znači da se pružatelju usluga u bolnici (bilo iz javnog, bilo iz privatnog sektora) daju jasni naputci i traže inovativna rješenja, dok se istovremeno daju jasna ograničenja za bilo koja druga rješenja i propisuje se samo jedan pristup u pružanju zdravstvene usluge. Potrebno je definirati i konkretne rezultate u pružanju zdravstvenih usluga. Primjeri određivanja rezultata su sljedeći: podovi u bolnici trebaju biti bakteriološki čisti, temperature u sobama trebaju biti između 20 i 23 stupnja celzijusa, vozilo hitne pomoći s liječničkom ekipom treba odgovoriti na poziv u roku od petnaest minuta. Tako definiranim rezultatima u pružanju zdravstvenih usluga potiču se inovativna rješenja, dopuštaju se i druga bolja rješenja i to je upravo ono što se želi postići omogućavanjem privatnom sektoru da sudjeluje u pružanju zdravstvenih usluga.

## 5.ZAKLJUČAK

Važnost sektora zdravstva proizlazi iz njegove osjetljivosti, odnosno utjecaja kojeg on ima na krajnje korisnike. Hrvatski zdravstveni sustav nalazi se u kadrovskoj, organizacijskoj i financijskoj krizi.

Dosadašnji modeli financiranja koji su se proveli kroz brojne reforme od osnivanja države nisu urodili plodom. Relativno nov oblik financiranja, javno-privatno partnerstvo ima za cilj rasterećenje javnog sektora u vidu financijskih i ostalih resursa, pravednu alokaciju rizika između javnog i privatnog sektora te unošenje novih znanja, tehnologija i postupaka od strane privatnog sektora.

Bolja kvaliteta zdravstvenih u usluga, modernizacija zdravstvenog sektora, pružanje veće “vrijednosti za novac”, povećanje odgovornosti zdravstvenog sektora, izgradnja i rekonstrukcija zdravstvenih ustanova u roku i u skladu s proračunom uz korištenje inovativnih rješenja ciljevi su provedbe javno-privatnog partnerstva u zdravstvu u Hrvatskoj.

Javno-privatno partnerstvo u sektoru zdravstva prvi se put javlja na razini primarne zdravstvene zaštite kada liječnici opće obiteljske medicine odlučuju sklopiti ugovor s HZZO-m i raditi na temelju koncesije sa županijom, drugim riječima, zakupljuju prostor u domovima zdravlja i postaju privatni zdravstveni radnici, primajući fiksne mjesečne glavarine od HZZO-a. Čest je problem njihova zloupotrebljavanja položaja koncesionara. Nakon opće obiteljske medicine, parcijalna privatizacija odnosno javno-privatno partnerstvo se pojavljuje i u specijalističko-konzolijarnim djelatnostima kada HZZO sklapa ugovore s određenim privatnim poliklinikama koje će na temelju izdane uputnice primati pacijente javnih zdravstvenih ustanova. To je rezultat sve dubljih organizacijskih i kadrovskih kriza koje pogađaju sustav zdravstva. Projekti javno-privatnog partnerstva koji su tek u začetku u sektoru zdravstva su oni kapitalnog karaktera, izgradnja, rekonstrukcija i adaptacija specijalnih bolnica i kliničkih bolničkih centara.

O rezultatima koje je javno-privatno partnerstvo dalo teško je govoriti jer je njegova primjena u sektoru zdravstva u Hrvatskoj tek u početnoj fazi i konkretniji projekti još nisu u potpunosti realizirani. Ono što treba pozdraviti je optimizam Vlade Republike Hrvatske prema ovom načinu financiranja i sama činjenica da su određeni ugovori između javnog sektora i privatnih partnera na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite sklopljeni.

U budućnosti se očekuju jasni ciljevi javno-privatnog partnerstva u sektoru zdravstva u Hrvatskoj koji bi trebali biti usmjereni na zadovoljavanje interesa javnosti.

## LITERATURA

1. Juričić, D. (2011.): Osnove javno-privatnog partnerstva i projektnog financiranja. Zagreb: RRiF-plus d.o.o.
2. Jurlina Alibegvić D. (2014.): Uloga javno-privatnog partnerstva u ekonomskoj procjeni racionalnog korištenja resursa u zdravstvu u Vehovec M. (urednik) (2014.): O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Zagreb: Ekonomski institut
3. Kačer, H., Kružić, D., Perkušić, A. (2008.): Javno-privatno partnerstvo: Atraktivnost DBFOOT modela, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, god. 45, 3/2008.
4. Katić, M., (2004.): Family Medicine in Croatia: Past, Present, and Forthcoming Challenges, Croatian Medical Journal, 45(5), str. 43-549.
5. Mihaljek D. (2014.): Kako financirati zdravstvo u doba financijske krize? u Vehovec M. (urednik) (2014.): O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Zagreb: Ekonomski institut
6. Narodne novine (2008.), Zakon o javno – privatnom partnerstvu, Narodne novine d.d., broj 129
7. Puljiz V. (2007.): Revija za socijalnu politiku, 14(2), str. 163-192
8. Vehovec, M. (2014.): O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Zagreb: Ekonomski institut
9. Agencija za investicije i konkurentnost, Institucionalni okvir javno-privatnog partnerstva, dostupno na: <http://www.aik-invest.hr/jpp/institucionalni-okvir/>, (18.lipnja 2018.)
10. Agencija za investicije i konkurentnost, Projekti JPP-a, dostupno na: <http://www.aik-invest.hr/jpp/projekti/>, (18.lipnja 2018.)
11. Hrvatska udruga Benedikt, dr. Marko Jukić, Je li zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj održiv?, dostupno na <http://hu-benedikt.hr/?p=59020>, (4. srpnja 2018.)
12. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2018.): Opis zdravstvenog sustava, HZZO, dostupno na: <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/opis-zdravstvenog-sustava/>, (12.lipnja 2018.)

13. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2018.): Financiranje zdravstvenog sustava, HZZO, dostupno na: <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/financiranje-zdravstvene-zastite/>, (11. lipnja 2018.)
14. Bejaković, P.: Zdravstveni sustav, Institut za javne financije, dostupno na: <http://www.ijf.hr/rosen/rosenic/zdravstveni.pdf>, (25. lipnja 2018.)
15. Ministarstvo zdravstva, O Ministarstvu, dostupno na <https://zdravstvo.gov.hr/o-ministarstvu/9>, (12. lipnja 2018.)

## POPIS TABLICA

|  |    |
|--|----|
| Tablica 1: Glavni sustavi financiranja zdravstva u visokorazvijenim zemljama, u postotku ukupne zdravstvene potrošnje za 2010. godinu..... | 8  |
| Tablica 2: Zdravstvena potrošnja.....  | 9  |
| Tablica 3: Primjer indikativne skraćene matrice alokacije rizika.....  | 19 |
| Tablica 4: Ugovori HZZO-a i privatnika.....  | 25 |



## SAŽETAK

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske javni je sustav koji zadovoljava potrebe građana u vidu pružanja zdravstvenih usluga. Njegova važnost proizlazi iz njegova utjecaja na zdravlje korisnika te bi potencijalne greške imale velike društvene posljedice.

U 2018. godini sustav zdravstvene zaštite nalazi se u velikim problemima, neki od kojih su godišnji gubitci od 1,5 mlrd. HRK godišnje, duge liste korisnika, manjak liječničkog kadra i nezadovoljni korisnici. Na godišnjoj razini, Hrvatska izdvaja oko 8 posto BDP-a za zdravstvenu potrošnju te godišnji udio ukupnih javnih izdataka za zdravstvo iznosi 85 posto. Zdravstvena zaštita u Hrvatskoj provodi se na tri razine: primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj. Javno-privatno partnerstvo u zdravstvu je uglavnom nov i nepoznat oblik financiranja i odgovor je na rastuće javne zdravstvene potrebe. JPP se u užem smislu definira kao zajednički poduhvat u okviru kojeg javni i privatni sektor udružuju resurse i znanja te raspodjeljuju rizik kojeg projekt nosi.

Ulazak privatnog partnera u javni sektor zdravstva moguć je sve tri razine odvijanja zdravstvene zaštite. Na primarnoj razini, javno-privatno partnerstvo je ostvareno kroz privatni model primarne zdravstvene zaštite pod koncesijom u javnim prostorima, što znači da se liječnici koncesionari opće medicine ponašaju kao privatnici, a rad njihovih ordinacija financira javni osiguravatelj – HZZO. Problemi na primarnoj razini očituju se u postojanju zloupotrebljavanja položaja od strane liječnika koncesionara, kao i prijedlog novog zakona o potpunoj privatizaciji primarne zdravstvene zaštite.

Duge liste čekanja, manjak liječničkih kadrova i nezadovoljstvo pacijenata na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite rezultiralo je primjenom JPP-a na način da je sklopljen ugovor HZZO-a i privatnih poliklinika za dijagnostički postupak magnetske rezonance s ciljem smanjenja lista čekanja i efikasnijeg funkcioniranja organizacije dijagnostičkih postupaka. Ulazak JPP-a u tercijarnu razinu pružanja zdravstvene zaštite rezultirano je odobrenim kapitalnim projektima čija je svrha poboljšanje infrastrukture bolnica i kliničkih bolničkih centara. Ti su projekti tek u začetku i rano je govoriti o njihovoj uspješnosti, već je potrebno njihovo praćenje u narednim desetljećima.

Pri provedbi projekta neophodno je praćenje, izvještavanje, vrednovanje ostvarenja postavljenih ciljeva te planiranje i nadzor trošenja proračunskih sredstava. Osim toga, važno je i davanje jasnih naputaka pri pružanju zdravstvene usluge, kako javnom, tako i privatnom

partneru, postavljanje ograničenja i određivanje konkretnih rezultata kao preduvjet za uspjeh provedenog projekta.

**Ključne riječi:** zdravstveni sustav, održivost, javno-privatno partnerstvo;

## **SUMMARY**

The health system of the Republic of Croatia is a public system that meets the needs of citizens in terms of providing health services. Health care system has a big impact on its users and potential mistakes can cause major social consequences. In 2018, the health care system is facing major problems, some of which are annual losses of 1.5 billion HRK per year, long lists of users, lack of medical staff and dissatisfied users.

On an annual level, Croatia allocates about 8 percent of GDP for health care and annual share of total public expenditures for health is 85 percent.

Health care in Croatia is carried out at three levels: primary, secondary and tertiary. Public-private partnerships are generally a new and unknown form of financing and respond to a growing public health needs. Public-private partnership in the narrower sense is defined as a joint venture in which public and private sectors combine resources and knowledge and allocate the risk that project carries.

The entry of a private partner into the public health sector is possible at all three levels of health care. At the primary level, the public-private partnership is realized through a private primary healthcare model under concession, which means that doctors behave as a private individuals whilst their work is funded by a public insurer - HZZO. Problems at the primary level are reflected in the existence of misuse of doctor's position, as well as the proposal of a new law on the complete privatization of primary health care.

Long waiting lists, lack of medical staff and dissatisfaction of secondary health care patients resulted in the use of PPPs where HZZO and private polyclinics are under contract for the magnetic resonance diagnosis procedure with the aim of reducing waiting lists and more efficient functioning of the organization of diagnostic procedures.

The entry of the PPP into the tertiary level of health care has resulted in approved capital projects designed to improve the infrastructure of hospital. These projects are only in the beginning and is still early to talk about their efficiency.

While the project is impletatating it is necessary to monitor, report, evaluate the achievement of the set goals and plan and monitor all the costs. In addition, it is also important to provide clear guidance in providing health services to both public and private partners, setting limitations, and determining concrete results as a base for the success of a project.

**Key words:** health system, sustainability, public-private partnership