Javno privatno partnerstvo u sektoru zdravstva u Republici Hrvatskoj - analiza stanja i perspektiva

Sokol, Ines

Master's thesis / Specijalistički diplomski stručni

2017

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:124:806833

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

REFST - Repository of Economics faculty in Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar

DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

EKONOMSKI FAKULTET SVEUČILIŠTA

U SPLITU

ZAVRŠNI RAD

Javno privatno partnerstvo u sektoru zdravstva u Republici Hrvatskoj - analiza stanja i perspektiva

Mentorica: **Studentica:**

Marina Lovrinčević **Ines Sokol**

Split, Lipanj 2017.

SADRŽAJ:

1. UVOD 4

1.1. Definicija predmeta istraživanja 4

1.2. Cilj rada 4

1.3. Metoda rada 4

1.4. Struktura rada 5

2. JAVNO-PRIVATNO PARTNERSTVO – TEORIJSKE ODREDNICE .. 7

2.1. Povijest javno-privatnog partnerstva 7

2.2. Temeljna obilježja javno-privatnog partnerstva 8

2.2.1. Sadržaj javno-privatnog partnerstva 9

2.3. Prednosti i nedostaci javno-privatnog partnerstva 10

2.3.1. Prednosti javno-privatnog partnerstva 10

2.3.2. Nedostaci/ograničenja javno-privatnog partnerstva 11

2.4. Rizici i upravljanje rizicima 12

2.4.1. Pojam i definicija rizika 12

2.4.2. Upravljanje rizicima 14

3. ZDRAVSTVO – TEORIJSKE ODREDNICE 17

3.1. Povijest zdravstva 17

3.2. Temeljna obilježja zdravstva 18

3.2.1. Organizacija zdravstva u Republici Hrvatskoj 20

3.3. Financiranje zdravstva 22

4. PRIMJENA JAVNO-PRIVATNOG PARTNERSTVA U SEKTORU ZDRAVSTVA REPUBLIKE HRVATSKE 24

4.1. Odnos javno-privatnog partnerstva i zdravstva 24

4.2. Odnos javno-privatnog partnerstva i zdravstva u Republici Hrvatskoj 29

4.3. Trendovi financiranja zdravstvene potrošnje u Republici Hrvatskoj 30

4.4. Primjeri javno-privatnog partnerstva u zdravstvu u Republici Hrvatskoj 32

4.4.1. Neuropsihijatrijska bolnica “dr. Ivan Barbot” Popovača (odobreni projekt) 34

4.4.2. Opća bolnica Varaždin (odobreni projekt) 36

4.4.3. Klinički bolnički centar Rijeka (namjera provedbe) 37

4.4.4. Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Lipik (namjera provedbe) 41

5. ZAKLJUČAK 43
LITERATURA 45
POPIS SLIKA 47

1. UVOD

1.1. Definicija predmeta istraživanja

Predmet istraživanja ovog rada jeste analiziranje suradnje javnog i privatnog sektora kroz oblik zdravstvenog modela javno-privatnog partnerstva, koja je posebno značajna za realizaciju kompleksnog projekta u području kapitalne infrastrukture i pružanja javnih usluga. Stoga se kao problem istraživanja ovog završnog rada postavlja analiza primjene modela zdravstva javno-privatnog partnerstva u Republici Hrvatskoj kao i analiza razvojnih perspektiva i mogućnosti za primjenu zdravstvenog modela javno-privatnog partnerstva u Republici Hrvatskoj u budućnosti. Zbog ukupnog doprinosa javno-privatnog partnerstva rastu nacionalne ekonomije, važno je i razumjevanje temeljnih odrednica poslovanja javno privatnog partnerstva.

1.2. Cilj rada

Temeljni ciljevi rada su analiziranje javno-privatnog partnerstva kroz primjer zdravstva na teorijskoj bazi. Prikazivanje suradnje javnog i privatnog sektora, utvrđivanje razine primjene javno-privatnog partnerstva u zdravstvu te analizu mogućnosti i perspektive za daljnu primjenu modela zdravstva javno-privatnog partnerstva u Republici Hrvatskoj. Uz to, potrebno je dati odgovore na važna pitanja vezana uz poslovanje i specifičnosti poslovanja javno-privatnog partnerstva.

1.3. Metoda rada

Metode korištene za uspješnu realizaciju ovog rada su :

Metoda deskripcije – primjenjuje se u početnoj fazi znanstvenog istraživanja, ima veću vrijednost ako je jednostavno opisivanje povezano s objašnjenjima o uočenim važnijim obilježjima opisivanih činjenica, predmeta i procesa, njihovih zakonitosti i uzročnih veza i odnosa. Metoda deskripcije je postupak jednostavnog opisivanja ili očitavanja činjenica,

procesa i predmeta u prirodi i društvu te njihovih empirijskih potvrđivanja odnosa i veza, ali bez znanstvenog tumačenja i objašnjavanja.
Metoda analize - postupak znanstvenog istraživanja raščlanjivanjem složenih pojmova, sudova i zaključaka na njihove jednostavnije sastavne dijelove i elemente. Analiza je proces redukcije nejednakoga na sve veću jednakost. Prema Hegelu, analiza je postupak mišljenja u kretanju od posebnoga k općem ili izvođenje teorema iz aksioma po utvrđenim pravilima.

Metoda klasifikacije - najstarija je i najjednostavnija znanstvena metoda. Klasifikacija je sistematska i potpuna podjela općeg pojma na posebne, u okviru opsega pojma. Na temelju spoznaja o prirodi stvari, klasifikacija predstavlja sustave skupina predmeta, ili raspodjele niza srodnih pojava. Tako se, na primjer, pojam znanosti klasificira na pojedinačne i univerzalne znanosti. Pojedinačne se klasificiraju u realne i formalne. Znanost zapravo počinje klasifikacijom.

Metoda sinteze - način sistematiziranja znanja po zakonitostima formalne logike, kao proces izgradnje teorijskog znanja u pravcu od posebnog ka općem, odnosno od vrste prema rodu. To je postupak znanstvenog istraživanja i objašnjavanja stvarnosti putem sinteze jednostavnih sudova u složenije.

Induktivna metoda - sustavna primjena induktivnog načina zaključivanja kojim se na temelju analize pojedinačnih činjenica dolazi do zaključka o općem sudu, od zapažanja konkretnih pojedinačnih slučajeva dolazi do općih zaključaka. Pouzdanost induktivnog zaključka izravno ovisi o: broju istraženih činjenica i slučajeva, reprezentativnosti analiziranih činjenica za određenu pojavu i stupnju pouzdanosti značenja činjenica.[1]

1.4. Struktura rada

Struktura rada se sastoji od četiri osnovna dijela od kojih se svaki dio sastoji od određenog broja užih cjelina. Prvi dio rada čini uvod u samu tematiku gdje se razrađuje predmet, objekt i svrha istraživanja te metoda i struktura rada. Nakon uvodnog dijela daje se prikaz temeljnih

[1] http://www.unizd.hr/portals/4/nastavni_mat/1_godina/metodologija/METODE_ZNANSTVENIH_ISTRAZIVANJA.pdf

odrednica javno-privatnog partnerstva kao što su povijest, temeljna obilježja, prednosti, nedostatci i rizici javno-privatnog partnerstva. U trećem dijelu prelazimo na pojam zdravstva i njenih teorijskih odrednica. Također se osvrćemo na prvu pojavu pojma zdravstva, načinu financiranja te njene organizacije u Republici Hrvatskoj. Posljednji dio spada na primjenu javno-privatnog partnerstva u sektoru zdravstva Republike Hrvatske. Tu se pobliže objašnjava odnos javno-privatnog partnerstva i zdravstva, njena pojava i financiranje u Hrvatskoj. Na kraju se izlaže zaključak, koji sažima cjelokupni rad kroz nekoliko crta.

2. JAVNO-PRIVATNO PARTNERSTVO – TEORIJSKE ODREDNICE

2.1. Povijest javno-privatnog partnerstva

Partnerstvo privatnog i javnog sektora u isporuci javnih dobara i usluga sežu daleko u povijest ljudskih gospodarskih aktivnosti. S obzirom da je poznavanje razvoja partnerstva između javnog i privatnog sektora u povijesti od velikog značaja za razumijevanje i opravdanje današnjeg oblika prvo kreće osvrt na njegov nastanak.

Povijest utjecaja privatnog sektora na razvoj javne infrastrukture i njegova povezanost s javnim sektorom, onako kako se to danas razumije, ima korijene u Europi i vezana je za početak razvoja potražnje za masovnim potrebama prijevoza robe i putnika na duže udaljenosti u drugoj polovini šesnaestog stoljeća. Privatni utjecaj na javnu infrastrukturu u Velikoj Britaniji započinje davne 1660. prvim udruženjima privatnog sektora u izgradnji cesta, a daljnji razvoj bilježi izgradnjom plovidbenih puteva (kanala) i željeznice. Vrhunac utjecaja privatnog poduzetnišva u izgradnji javne infrastrukture bilježi se u devedesetim godinama osamnaestog stoljeća procvatom industrijske revolucije.[2]

Sljedeći primjer kombiniranja javnog i privatnog partnerstva javlja se u 19.stoljeću kada je nastao problem opsrbe pitkom vodom gdje su se stanovnici opskrbljivali pitkom vodom iz javnih pumpi koristivši privatne izvore financiranja. Osim toga sudjelovanje privatnog poduzetništva u izgradnji javne infrastrukture u kontinentalnoj Europi se temeljilo na davanju koncesija poduzetništvu na temelju kojih bi poduzetnik dobio pravo na razvoj i implementaciju objekata za pružanje javnih usluga u određenom razdoblju.[3]

Ovaj kratki povijesni pregled odnosa javnog i privatnog sektora upućuje na nekoliko bitnih značajki koje su obilježile gotovo sve projekte od najranijeg nastanka u drugoj polovini sedamnaestog stoljeća pa sve do okončanja drugog svjetskog rata, a koje imaju veliko značenje za uspješno partnerstvo u suvremenim projektima. Iskazano suvremenim riječnikom javno-privatnog partnerstva, projekti javne infrastrukture izloženi su političkom riziku. Taj je rizik tim veći što je koncesijsko razdoblje duže, projekt složeniji, a i investicija se provodi u drugoj zemlji. Neuspjesi privatno financiranih projekata rezultirali su opadanjem interesa

[2] Jurčić D.: Osnove javno-privatnog partnerstva i projektnog financiranja, RRiF plus, Zagreb, 2011., str. 3
[3] Jurčić D.: Osnove javno-privatnog partnerstva i projektnog financiranja, RRiF plus, Zagreb, 2011., str. 4

privatnog sektora u izgradnji javne infrastrukture, posebice cesta i željeznice, a nezadovoljstvo dioničara takvih tvrtki rezultiralo je zahtjevima veće kontrole i nadzora u provedbi javnih projekata u koje su uključeni privatni poduzetnici. No bitan razlog nezadovoljavajućih rezultata privatno financirane javne infrastrukture je taj da javni sektor nije uspio formulirati i provesti zakone koji se uređuju ponajviše u odnosu na takve projekte, kao i jasnu strategiju razvoja javnog transporta. Analize učinkovitosti javnog i privatnog sektora u isporuci javne infrastrukture upućuju na činjenicu da javni sektor nije učinkovit u izgradnji i upravljanju javnim građevinama i da sudjelovanje privatnog sektora može smanjiti ukupne troškove javne infrastrukture, a s njima i izvore financiranja, što doprinosi općoj učinkovitosti javnog sektora.[4]

2.2. Temeljna obilježja javno-privatnog partnerstva

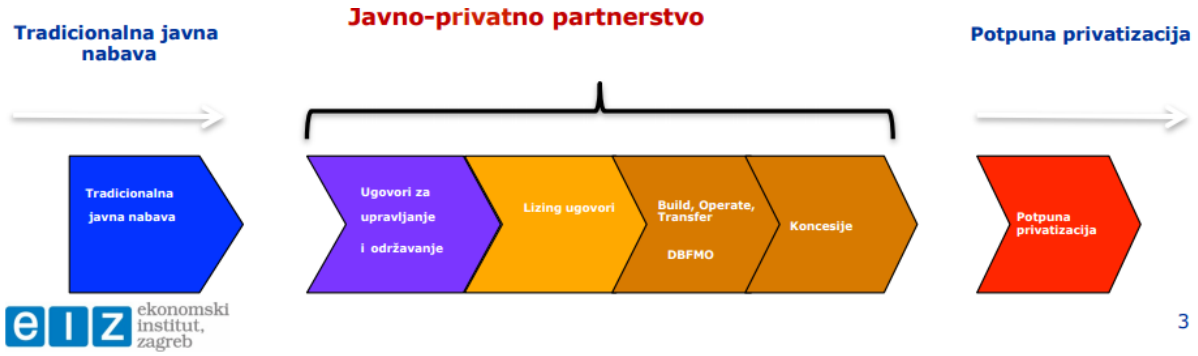
U širem smislu, javno-privatno partnerstvo se može odrediti kao skupina zajedničkih inicijativa javnog i privatnog sektora gdje svaki od subjekata pridonosi određene resurse te sudjeluje u planiranju i odlučivanju. U užem smislu javno-privatno partnerstvo predstavlja suradnju javnog i privatnog partnera (sektora) kroz udruženje znanja i resursa kako bi zadovoljii neku javnu potrebu. Stoga se da zaključiti da se kod javno-privatnog partnerstva radi o zadovoljenju javne potrebe koja za konačni cilj ima isporuku kvalitetnije i učinkovitije javne usluge.

Partnerstvo javnog i privatnog sektora općenit je naziv za moguće različite oblike povezanosti i suradnje tijela javne vlasti i poslovnih subjekata čiji je cilj osigurati financiranje, izgradnju, obnovu, upravljanje ili održavanje infrastrukturnih objekata ili osigurati financiranje i pružanje usluga od javnog interesa. Svrha javno-privatnog partnerstva je uključivanje privatnog financiranja razvoja infrastrukture, umjesto tradicionalnog financiranja iz javnog proračuna. Tijekom posljednjih desetak godina fenomen javno-privatnog partnerstva se razvio u brojnim područjima djelovanja javnog sektora. Različiti čimbenici objašnjavaju povećano pribjegavanje javno-privatnim partnerstvima. Prvo, u situacijama proračunskog ograničenja države, javno-privatno partnerstvo udovoljava potrebi privatnog financiranja javnog sektora. Zatim, obično se ističe veća korist u javnom životu koji pružaju know-how i radne metode

[4] Jurčić D.: Osnove javno-privatnog partnerstva i projektnog financiranja, RRiF plus, Zagreb, 2011., str. 5-6

privatnog sektora. Na kraju, razvoj javno-privatnog partnerstva je dio šire primjene uloge javnog sektora u pružanju javnih usluga, koji se iz uloge izravnog subjekta mijenja u ulogu organizatora, regulatora i kontrolora.

Dva su temeljna modela javno-privatnog partnerstva: takozvani čisti ugovorni model i institucionalni model. Kod čisto ugovornog modela, partnerstvo je osnovano isključivo na ugovoru dok institucionalni modeli javno-privatnog partnerstva uključuju osnivanje tijela koje bi zajednički držali javni i privatni partner. Kod ugovornog modela javno-privatnog partnerstva, čin dodjele ugovora o javno-privatnom partnerstvu odabranom privatnom partneru određen je kao javni ugovor. Dva su najznačajnija modela: BOT (Build – Operate – Transfer; izgradi – upravljaj – prenesi), te PFI (Private Finance Initative, privatna financijska inicijativa).[5]



Slika 1: Javno-privatno partnerstvo
Izvor: https://kohompgz.files.wordpress.com/2012/06/jurlina-alibegovic_2012-06-04.pdf

2.2.1. Sadržaj javno-privatnog partnerstva

Težnje za bržim lokalnim razvojem u stalnom je porastu, što nije moguće realizirati obzirom na ograničene financijske, materijalne i kadrovske resurse javnog sektora. Stoga, javno-privatno partnerstvo predstavlja suvremeni način suradnje javnog i privatnog sektora u kojoj javna vlast prevladava jaz u nedostajućim resursima (materijalnim, ljudskim, financijskim, vještinama, znanju i sl.) uz pomoć privatnog partnera za realizaciju kapitalnih ulaganja. Osnova ovakvog partnerstva na kojoj počiva javno-privatno partnerstvo nije privatizacija, već se ogleda u tome što imaju zajedničke ciljeve koje ostvaruju kroz zajednički nastup u

[5] Aviani D.: Pravna zaštita u postupku dodjele javnih ugovora - harmonizacija hrvatskog prava s acquis communautaire, Zbornik radova pravnog fakulteta u Splitu, Split, 2008., str. 182

investiranju, zajedničku alokaciju rizika te podjelu odgovornosti za funkcioniranje gdje javni sektor i dalje zadržava kontrolu nad kvalitetom, cijenom i dostupnošću javne usluge/infrastrukture. U ovakvoj suradnji pojavljuju se različiti modeli partnerstva od čega financiranje javnog sektora uključivanjem privatnog predstavlja tek jedan dio, dok ostali dijelovi na kojima počiva javno-privatno partnerstvo čine projektiranje, izgradnja, korištenje, upravljanje i održavanje javne infrastrukture i usluga, kojima i javni i privatni sektor žele potaknuti ekonomski rast i realizirati svoje ciljeve.[6]

2.3. Prednosti i nedostaci javno-privatnog partnerstva

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, u pogledu strukture izvora financiranja te roka povrata uloga i sl.[7]

2.3.1. Prednosti javno-privatnog partnerstva

Praksa je potvrdila da javno-privatno partnerstvo može podizati razinu kvalitete pružanja javnih usluga, ubrzati gospodarski rast i razvoj i omogućiti reformu javne uprave prijenosom znanja i vještina u upravljanju javno-privatnim projektima, sa privatnog na javni sektor. Javni partner ulaskom u partnerstvo sa privatnim, dolazi do novih izvora financiranja, što vodi smanjenju proračunskih manjkova javnog sektora. Glavni ekonomski razlog primjene partnerstva je trenutno rasterećenje zaduživanja državne i lokalnih vlasti kao investitora. Budući da su njihovi proračuni preopterećeni za financiranje kapitalnih projekata, dodatna financijska sredstva privatnog partnera jednostavniji su put k izgradnji projekta od primjerice kreditnog zaduživanja ili izdavanja municipalnih obveznica. Nadalje, privatni partner može bolje procijeniti rizike, što rezultira manjim troškovima, a većoj kvaliteti usluga.

Javno-privatnim partnerstvima postiže se bolji makroekonomski položaj zemlje, zbog poboljšanog pristupa međunarodnim financijskim tržištima putem kojih se privlači

[6] http://moj.efst.hr/nastava/oglasi/73919_1.-POJAM-OBILJEZJA-I-SADRZAJ-JPP.pdf
[7] Jurčić D.: Osnove javno-privatnog partnerstva i projektnog financiranja, RRiF plus, Zagreb, 2011., str. 59

međunarodni kapital. Javno-privatno partnerstvo je odgovor države na potrebu za efikasnošću koju posjeduje privatni sektor, pružajući javne usluge uz manju javnu potrošnju. Od ostalih brojnih prednosti najčešće se uočava da privatni partner financira projektiranje izgradnju, opremanje i uređenje objekata kao i njihovo održavanje, da javni partner rizike (ne)kvalitete prenosi na privatnog, da se naplata za usluge počinje realizirati tek kad je objekt u funkciji, da javni partner ne mora osigurati značajna financijska sredstva za realiziranje investicije dok privatni partner odgovara za performanse i funkcionalnost objekata tj. da javni partner dobiva kvalitetu za plaćenu uslugu (value for money-VfM). U konačnici, uspješno provedeno javno-privatno partnerstvo može pružiti vrijednost za uložen novac, na obostrano zadovoljstvo privatnog i javnog partnera.[8]

2.3.2. Nedostaci/ograničenja javno-privatnog partnerstva

Najveći nedostatak koji se uočava kod realizacija javno-privatnog partnerstva je kompleksnost procesa koji traje duže od tradicionalnog načina, zbog čega su inicijalni troškovi veći za javni i za privatni sektor. Osim kompleksnosti, najčešća ograničenja u primjeni javno-privatnog partnerstva smatraju se dugotrajnost procesa odabira partnera, složenost procedure i nepostojanje standardnih uvjeta ugovora. Ostvarivanje većeg profita i troškovi nadzora mogu utjecati na povećanje cijene usluge, dok motivacija za stjecanjem profita i sniženjem troškova može utjecati na smanjenje kvalitete usluge. Konkurentska borba za dobivanje ugovora može dovesti do korupcije. Poboljšanje razine usluge ili brze reakcije na promijenjenu potražnju mogu biti usporene ili čak onemogućene zbog ugovornih ograničenja. Zbog toga je nužno kontrolirati aktivnosti da bi se osiguralo dosljedno poštivanje ugovora između partnera. Zbog neadekvatnog sustava planiranja može se pojaviti rizik neodgovarajućeg alociranja resursa i rizik stvaranja viška kapaciteta na neprimjerenim mjestima u sustavu koji mogu dovesti do neracionalnosti i nepotrebnog trošenja resursa.[9]

Nedostaci se mogu očitovati i u postojanju nepovjerenja među partnerima, nerazumijevanja za obostrane interese te nepostojanja iskustva u kreiranju uspješnih partnerskih odnosa. Navedeno, uzrokuje dugotrajna pregovaranja, povećane troškove pa manji projekti i nisu atraktivni za potencijalne investitore. Nadalje, javna vlast koja ovisi o privatnom partneru, može izgubiti mogućnost demokratske kontrole nad projektom. Privatni partner ima za cilj

[8] http://moj.efst.hr/nastava/oglasi/74106_3.-MODELI-I-TIPOLOGIJA-JPP.pdf
[9] Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str. 350

povećati dobit i tržišni udio radi opstanka, što nerijetko dolazi u konflikt sa politikom javnog partnera koja je usmjerena na opće dobro. To može rezultirati da se javna sredstva ne koriste u općem interesu, već za potrebe privatnog partnera. Javni sektor je, često, izložen političkim pritiscima da sklopi ugovor sa najjeftinijim investitorom, ne uzimajući u obzir njegovu realnu mogućnost pružanja ugovorenih usluga. Još je veća opasnost da privatni partner odustane od ulaganja tijekom realizacije projekta. Neprocjenjiva je uloga javnog sektora koji neprestano mora nadzirati provedbu javno-privatnog partnerstva.[10]

2.4. Rizici i upravljanje rizicima

Jedan od najbitnijih i najskupljih dijelova analize i pripreme projekta u javno-privatnom patnerstvu je analiza rizika kojima je projekt izložen od faze projektiranja i izgradnje, preko faze eksploatacije pa sve do faze prijenosa vlasništva na javnog partnera. Zbog toga je je od osobitog značenja razlučiti investiciju koja predstavlja određeno ulaganje vrijednosti u sadašnjosti kako bi se postigli ekonomski učinci u budućnostina rizike kojima je izložena, opisati učinke njihove materijalizacije, kvantificirati ih, odrediti nositelja rizika te utvrditi mjere i instrumente za osiguranje od potencijalne materijalizacije rizika.[11]

2.4.1. Pojam i definicija rizika

Prije svakog ulaganja nužno je prirediti analizu rizika. Rizik predstavlja pojavu koja se može, ali i ne mora dogoditi, a koja nepovoljno utječe na ostvarivanje ciljeva projekta. Rizik znači loš utjecaj, gubitak, štetu, koji bi mogli nastati kao posljedica rizičnog događaja. U praksi se pod rizikom često podrazumjeva vjerojatnost nastupa neželjenih događaja u budućnosti.[12] Javni i privatni partner imaju različite percepcije određenih vrsta rizika, te na taj način preuzimaju pojedine rizike, a upravljajući s njima vjeruju da će ostvariti vlastitu korist. Kako javni i privatni partner ne snose jednaku odgovornost za rizike, krucijalno je za kvalitetno partnerstvo utvrditi raspodjelu odgovornosti među njima.

[10] http://moj.efst.hr/nastava/oglasi/74106_3.-MODELI-I-TIPOLOGIJA-JPP.pdf
[11] Jurčić D.: Osnove javno-privatnog partnerstva i projektnog financiranja, RRiF plus, Zagreb, 2011., str. 123
[12] Jurčić D.: Osnove javno-privatnog partnerstva i projektnog financiranja, RRiF plus, Zagreb, 2011., str. 124-125

Javni sektor nije sklon većem riziku te nastoji odabrati onaj model realizacije projekta koji će minimalizirati vjerojatnost negativnih događaja, dok je privatni sektor skloniji preuzimanju dodatnog rizika i bolje sa njim upravlja od javnog. Općento, rizici se mog klasificirati u dvije osnovne grupe, a to su sistemski rizici (na njih se ne može utjecati – politički, pravni, ekološki rizici i sl.) i nesistemski rizici (na njih se može utjecati tj. može ih se smanjiti – logistika pri izgradnji projekta, materijali koji se ugrađuju u projekt, održavanje projekta i sl.)[13]

Osnovne logične grupe rizika kod projekta u javno-privatnom partnerstvu mogu biti:

1. Rizici vezani za proces izgradnje javnog objekta
   - Rizik projektiranja - javni sektor definira izlazne parametre kako bi se postigla optimizacija parametra, te u konačnici dobile izlazne veličine uz najmanje troškove. Rizik preuzima javni partner
   - Rizik troškova(budžetea) izgradnje – vjerojanost da će stvarni troškovi izgradnje premašiti planirane zbog kalkuliranja novih vrsta troškova ili promjene cijena pojedinih (vrste tehnologija, stupanj složenosti projekta, varijabilnost cijena i sl.)
   - Rizik završetka izgradnje – vjerojatnost da se projekt neće završiti u planiranom roku, što znači manju neto sadašnju vrijednost projekta i veće troškove kamata. Ovaj rizik snosi privatni partner

2. Rizici vezani za proces održavanja u zamjene javnog objekta
   - Tehnološki rizik – rizik uvođenja u proizvodni procves zastarjele tehnologije ili mogućnosti da će tijekom izgradnje zastarijeti
   - Rizik nabave sirovina
   - Operativni rizik – vjerojatnost da će se promjeniti parametri koji određuju proces upravljanja javnim objektom u toj mjeri da se javna usluga neće moći isporučiti po ugovorenim standardima. Rizik snosi privatni partner

3. Rizici vezani za ostvarivanje prihoda od prodaje javnih usluga
   - Rizik potražnje – vjerojatnost da će potražnja za javnim uslugama biti manja od očekivane, što može smanjiti prihode iz kojih se podmiruju troškovi projekta

[13] http://moj.efst.hr/nastava/oglasi/74852_11.-JPP-RIZICI.pdf

- Rizik cijena – vjerojatnost promjene prodajnih ili nabavnih cijena u odnosu na ugovorne, koje mogu snositi ili privatni ili javni partner, ili krajnji korisnici djelomično ili u cijelosti

4. Rizici vezani za izvore financiranja projekta u javno-privatnom partnerstvu
   - Financijski rizik - povećana promjenjivost stope prinosa na kapital zbog povećanog udjela duga u ukupnim izvorima financiranja. Analiza financijskog rizika je sublimat analize svih ostalih rizika, o čijem stupnju ovisi odluka investitora o ulaganju u projekt
   - Rizik kamatne stope - vjerojatnost njezine promijene u budućnosti u odnosu na planiranu
   - Valutni rizik - Projekti mogu imati prihode i rashode izražene u različitim valutama, pa njihova promjena tečaja uzrokuje dodatne koristi ili troškove

5. Ostali rizici projekta u javno-privatnom partnerstvu
   - Politički rizik
   - Ekološki rizik
   - Rizik sudionika
   - Rizik više sile[14]

2.4.2. Upravljanje rizicima

Upravljanje rizicima projekta označava organizacijsku jedinicu kod privatnog ili javnog partnera koja je zadužena za poslove upravljanja rizicima, ali i sam proces upravljanja rizicima projekta. Taj proces uključuje tri osnovne grupe radnji, a to su:

- Identifikacija rizika projekta
- Postupak vrednovanja tj. nihovu klasifikaciju (procjena rizika)
- Postupak ublažavanja ili osigranja od nastupajućih rizika (alokacija rizika)

Identifikacija rizika projekta

Proces identifikacije rizika započinje javni partner. Ovaj proces je opisan takozvanom matricom rizika koju je priredio javni partner uz pomoć konzulanata i predstavlja osnovna

[14] http://moj.efst.hr/nastava/oglasi/74852_11.-JPP-RIZICI.pdf

načela podjele rizika između dvaju partnera. U okviru matrice određuju se oni rizici kojima će upravljati javni partner, oni koji će se u cijelosti prenijeti na privatnog partnera i oni čije će se upravljanje podijeliti između partnera.[15] Kod javno-privatnog partnerstva identifikacija rizika fokusira se na: političke rizike, komercijalne, pravne, rizike građenja, budžeta i završetka izgradnje, rizike prihoda, ekološke rizike, potražnje, više sile te rizike izvora financiranja.

Rizike direktno vezane za projekt možemo razvrstati na:

1. Rizike koji nastaju od početka projekta do završetka faze građenja (vezani za vremenski period, koji u financijskom smislu predstavlja „negativni novčani tijek" jer nema ostvarivanja prihoda već samo izdaci koje zahtijeva realizacija projekta)
2. Rizike koji nastaju od početka faze operativnog rada i održavaju se do kraja projekta (vezani za „pozitivni novčani tijek" jer se u ovom periodu stječu prihodi, kojima se podmiruju obveze i ostvaruje profit)[16]

Postupak vrednovanja tj. klasifikacija (procjena rizika)

Svaki identificirani rizik može se materijalizirati tj. može nastati štetna posljedica za projekt. Sama priroda rizika koja je određena izvjesnom vjerojatnošću, znači da rizik ne treba nužno nastupiti. Zbog toga je smisao kvantifikacije (procjene) utvrđivanje materijalne (financijske) svote potencijalne štete ako rizik nastupi. Postupak kvantifikacije rizika određen je dvjema značajkama a to su vjerojatnost nastupa i utjecaj i svota štete ako rizik nastupi. Za uspjeh projekta u javno-privatnom partnerstvu od posebne je važnosti da se što točnije u pouzdanije procijene ove dvije značajke. Procjena je bitna jer se na temelju ove analize donose konačne odluke o sudjelovanju u projektu tj. o cijenama koje je potrebno odreditikako bi se pokrio trošak možebitne materijalizacije pojedinog rizika.[17]

Javnom partneru nije moguće predati realnu konačnu ponudu, bez da su kvantificirani svi identificirani rizici projekta. U praksi se rizici mogu kvantificirati na tri osnovna načina:

1. Kvalitativan način (koristi se u situacijama kada se i vjerojatnost i utjecaj rizika, zbog nepostojanja pouzdanih podataka, procjenjuju subjektivno)

[15] Jurčić D.: Osnove javno-privatnog partnerstva i projektnog financiranja, RRiF plus, Zagreb, 2011., str. 145-146
[16] http://moj.efst.hr/nastava/oglasi/74852_11.-JPP-RIZICI.pdf
[17] Jurčić D.: Osnove javno-privatnog partnerstva i projektnog financiranja, RRiF plus, Zagreb, 2011., str. 147

2. Polu kvantitativan način (kada je vjerojatnost nastupa manje poznata, ali utjecaj i iznos štete ako se rizik dogodi poznata je)
3. Čist, kvantitativan način (koristiti se kada se raspolaže sa dovoljno pouzdanih informacija i o vjerojatnosti i o utjecaju pojedinog rizika

Nakon što su rizici kvantificirani, tj. odredila su se njihova očekivanja, metodom diskontiranja ukupni troškovi građenja i održavanja svode se na sadašnju vrijednost. Tako dobiveni ukupni životni troškovi projekta se uspoređuju sa ponudama privatnih partnera[18]

Postupak ublažavanja ili osigranja od nastupajućih rizika (alokacija rizika)

Alokacija rizika je jedan od najvažnijih i najkarakterističnijih segmenta postupka pripreme projekta javno-privatnog partnerstva. Dodana vrijednost za javno tijelo ostvaruje se prenošenjem rizika kojima neefikasno upravlja na privatnog partnera koji je svojim referencama dokazao da je sposoban prenesenim rizicima efikasnije upravljati. Cilj alokacije rizika je prenijeti one rizike kojima privatni partner objektivno može upravljati efikasnije zbog svojih vještina i znanja. Ukoliko javni partner dio takvih rizika zadrži, javno-privatno partnerstvo projektom neće ostvariti najveću vrijednost za novac. Ukoliko javni partner nastoji prenijeti i rizike koje privatni partner ne može kontrolirati, vrijednost tih rizika će se vratiti kroz naknadu javnom partneru što ponovno smanjuje učinak vrijednosti za novac. Proces alokacije rizika predstavlja se tzv. matricom alokacije rizika u okviru koje se rizici identificiraju, opisuju i alociraju na partnere. 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 na javnog ili privatnog partnera. Neki su rizici podijeljeni.[19]

[18] http://moj.efst.hr/nastava/oglasi/74852_11.-JPP-RIZICI.pdf
[19] http://moj.efst.hr/nastava/oglasi/74852_11.-JPP-RIZICI.pdf

3. ZDRAVSTVO – TEORIJSKE ODREDNICE

Pojam „public health“ pojavljuje se sredinom 19.stoljeća u SAD-u. Striktno prevedeno na naš jezik to bi značilo „javno zdravlje“, međutim kod nas je ovaj pojam preveden i tako se udomaćio kao javno zdravstvo. U osnovi svjesni smo činjenice da „zdravlje“ i „zdravstvo“ nemaju isto značenje, ali svakako stupanj razvijenosti i sveobuhvatnosti zdravstvene zaštite (u najširem smislu ove riječi) podrazumijeva u svojoj osnovi pojam zdravlja. Zapravo, javno zdravlje je zdravlje svakog pojedinca, a javno zdravstvo daje institucionalni okvir za postizanje tog nedostižnog ideala. Ljudi moraju biti svjesni činjenice da je javno zdravstvo sve ono što može imati utjecaja na njihov svakodnevni život.

3.1. Povijest zdravstva

Po vremenu nastanka ideje javno zdravstvo je moderan koncept u zaštiti i unapređenju zdravlja ljudi, premda svoje korijene vuče iz davne prošlosti. Još je Hipokrat postavio teoriju širenja bolesti pomoću mijazama (štetna isparavanja) prije 2400 godina. Njegovo učenje o mijazmima prihvatio je najveći grčki liječnk Galen pa se ova teorija zadržala sve do 16.stoljeća. Potom Girolamo Fracastoro uvodi pojam zaraze i zarazne bolesti. Dakle, liječnici su već odavno shvatili značaj ispravne vode i pravilnog uklanjanja otpadnih tvari, te njihovu povezanost sa širenjem zaraznih bolesti.

Nekada se općenito smatralo da je svaki čovjek sam odgovoran za svoje zdravlje te da zajednica (država) s tim nema nikakve veze. Napretkom znanosti sve više se razvija svijest o međuovisnosti zdravlja i ekonomskih prilika, zdravlja i životnih uvjeta stanovništva, zdravlja i radnih uvjeta, te o mogućnosti i efikasnosti primjene preventivnih mjera za suzbijanje bolesti. Dakle, postalo je jasno da za svoje zdravlje nisu zaduženi i odgovorni samo pojedinci već da značajnu ulogu u tome ima država. Sredinom 19. stoljeća javnozdravstveno promišljanje najrazvijenije je u Velikoj Britaniji. Tamo je već 1848. godine donesen prvi zakon o javnom zdravstvu. Nakon toga počinje se razvijati i struka istog naziva. Ideja javnog zdravstva, za ukupno zdravlje populacije, provodi se putem edukacije. Tako je prvi tečaj iz javnog zdravstva održan u Engleskoj 1856. godine.

Prvu definiciju javnog zdravstva (zdravlja) dao je još 1920. godine Winslow. Prema toj definiciji javno zdravstvo je znanost i umijeće spriječavanja bolesti, produžetka života i promicanja zdravlja kroz organizirane napore i informirani izbor društva, javnih i privatnih organizacija, zajednice i pojedinaca. Ono se bavi prijetnjama po zdravlje zajednice. Razotkrivanje stvarne opasnosti po zdravlje pojedinca i čitave populacije zasniva se na analizi zdravlja dotične populacije. Pri tome je posve svejedno radi li se o maloj populaciji (poput izoliranih malih otočnih skupina) ili o populaciji više kontinenata (kakav je slučaj u vrijeme izbijanja pandemije neke zarazne bolesti).

Svoju definiciju javnog zdravstva Winslow je proširio i doradio 1923.godine. Po toj definiciji javno zdravstvo je znanost i umijeće sprječavanja bolesti, produženja života i unapređenje fizičkog zdravlja i uspješnosti putem organiziranih napora zajednice u sanaciji okoliša, na suzbijanje zaraze u zajednici odgoju pojedinaca na načelima osobne higijene, organiziranju medicinske i sestrinske službe za ranu dijagnozu i preventivno liječenje bolesti, te razvoj društvenog mehanizma koji će osigurati svakom pojedincu u zajednici životni standard dostatan za održavanje zdravlja.[20]

3.2. Temeljna obilježja zdravstva

Javno zdravstvo je znanost i vještina preveniranja bolesti, produženja života i promocije zdravlja kroz organizirane napore društva. Ono je odgovornost za zdravlje definirane populacije. Javno zdravstvo tradicionalno uključuje tri osnovne discipline:

- socijalna medicina
- higijena / zdravstvena ekologija
- epidemiologija[21]

Potrebno je uočiti dvije osobine javnog zdravstva. Prva je da se bavi preventivnim, a ne kurativnim aspektom zdravstvene zaštite, a druga je da se bavi zdravstvenim pitanjima na razini zajednice, a ne pojedinca. Stoga je žiža javno-zdravstvene intervencije prevencija, a ne

[20] Ropac D.: Javno zdravstvo, INTER-ING, Zagreb, 2011., str. 13-16
[21] http://med.mefmo.ba/eucenje/claroline/backends/download.php?url=L1NvY2lqYWxuYV9tZWRpY2luYS8xLlBvamFtX2lfZGplbG9rcnVnX3NvY2lqYWxuZV9tZWRpY2luZS5wZGY%3D&cidReset=true&cidReq=SMIMZ

liječenje bolesti, što se ostvaruje kroz nadzor nad oboljelima i promociju zdravog životnog ponašanja. Mnoge se bolesti mogu prevenirati jednostavnim, nemedicinskim mjerama. U tom smislu su značajne jednostavne javno-zdravstvene mjere poput pranja ruku i distribucija sterilnih šprica i igala. Među aktivnostima za sprječavanje bolesti važno mjesto ima specifična prevencija poput cijepljenja protiv zaraznih bolesti. Ovakav koncept javnoga zdravstva bio je važan za daljnji razvitak socijalno-medicinske misli, prevenciju bolesti kao i za odgovornost zajednice za zdravlje građana. Glavne misli tog koncepta nalazimo i u definiciji zdravlja (Ustav SZO-a iz 1946.) kao stanja potpunog tjelesnog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo kao odsutnost bolesti ili slabosti.

Kako bi pojedina država ostvarila svoju ulogu u javnom zdravstvu osnivaju se vladine agencije sa zadatkom da pronađu primjerene odgovore na domaće zdravstvene probleme. Zbog razlike u zdravstvenoj problematici postoji velika razlika u pristupu zdravstvenoj zaštiti i javno-zdravstvenom pristupu između razvijenih zemalja i onih u razvoju. U zemljama u razvoju, koje su najčešće i siromašnije, javno-zdravstvena infrastruktura nije razvijena. Obično nedostaju dobro obrazovani zdravstveni radnici ili pak mala novčana sredstva ne omogućuju čak niti osnovnu medicinsku skrb i prevenciju bolesti. Kao rezultat takvog stanja je najveći dio bolesti i smrtnosti u tim zemljama povezan sa siromaštvom. Kao ilustracija enormnih razlika u izdvajanju za zdravstvo može poslužiti podatak da neke afričke države izdvajaju godišnje jedva 100 dolara po stanovniku, dok primjerice SAD izdvaja približno 4.500 dolara (1:45). Zbog toga je još veća važnost jednostavnih i jeftinih preventivnih mjera kojima se može znatno smanjiti broj oboljelih i umrlih, a time umanjiti ukupna zdravstvena potrošnja, koja je najveća u području kurativne medicine (osobito bolničko liječenje).

Danas pojam javnoga zdravstva označava sadržaje i zadatke koje bi u zaštiti zdravlja morala osigurati država. Prvobitno je država bila odgovorna samo za prevenciju bolesti, za skrb o siromašnima i nemoćnima, da bi se danas odgovornost odnosila i na organiziranje zdravstvene službe i ukupnu zdravstvenu zaštitu. Danas odgovorne vlade razvijaju javno-zdravstvenu politiku i programe u nakani da se bolje razumiju uzroci bolesti, da se osigura socijalna stabilnost i prosperitet te održi red.[22]

[22]Ropac D.: Javno zdravstvo, INTER-ING, Zagreb, 2011., str. 14-15

3.2.1. Organizacija zdravstva u Republici Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj se zdravstvena zaštita osniva na načelima dostupnosti, pravičnosti, učinkovitosti, kvaliteti te na načelu osiguravanja sigurnosti građana pri korištenju zdravstvene zaštite. Organizirana je kroz primarnu zdravstvenu zaštitu koju provodi opća medicina hitnu medicinsku pomoć te sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu koju predstavljaju bolnice i poliklinike. Broj jedinica primarne zdravstvene zaštite naglo se povećao u zadnjem desetljeću prošloga stoljeća. Takvo kretanje broja jedinica primarne zdravstvene zaštite posljedica je tranzicije sustava domova zdravlja u privatne jedinice primarne zdravstvene zaštite i to kroz zakup, ugovaranje zdravstvenih usluga liječnika opće medicine i usluga liječnika u privatnoj praksi koji nisu ugovorni subjekti Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO).

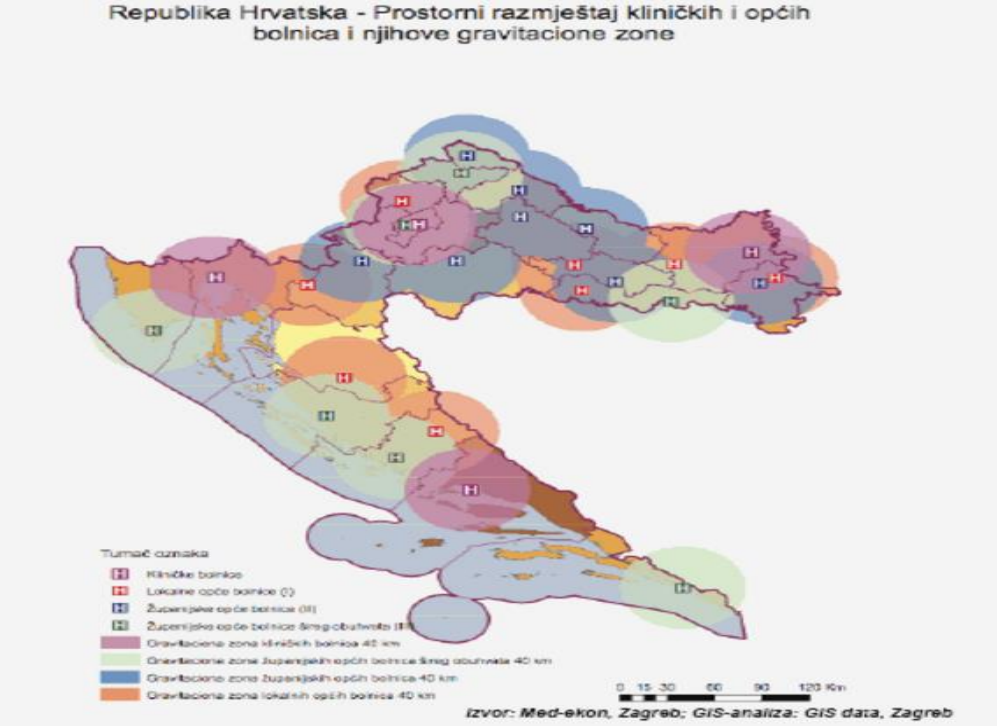
Sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita pokazuju jednu specificnost koja se često spominje, a to je izražena gravitacija u kliničke bolnice koja na državnoj razini iznosi 49 posto, prema 43 posto za opće bolnice. Takva gravitacija uvjetovana je teritorijalnim rasporedom bolnica po skupinama, jer oko polovice stanovništva Republike Hrvatske živi ne samo u neposrednoj gravitacijskoj zoni neke od kliničkih bolnica, nego i predaleko od prve opće bolnice te time niti nema izbora.

Jedan od važnih čimbenika pri ocjeni učinkovitosti zdravstvene zaštite je broj bolesničkih postelja, koji u Republici Hrvatskoj prati smjer smanjenja prosjeka EU, te je za 2004. godinu iznosio 5,53 na 1000 stanovnika što je najbliže prosjeku EU (6,07) dosad. Prosječan broj dana bolničkog liječenja u Republici Hrvatskoj konstantno se smanjuje, ali se zadržava uvijek za oko 2 dana više od prosjeka EU. Zauzetost postelja u kliničkim i općim bolnicama za 2004. godinu u Republici Hrvatskoj iznosi 86,54 posto bez značajnog trenda dok je prosjek EU već 20 godina između 76,31 i 77,39 posto.[23]

Što se tiče medicinskog osoblja, broj lječnika na 1000 stanovnika u Hrvatskoj također prati europski smjer razvoja, koji je u porastu. Tako Hrvatska i tu bilježi zdrav i konstantan trend tijekom posljednjih 20 godina. No, budući da u 2004. u Republici Hrvatskoj djeluje 2,63 liječnika na 1000 stanovnika, što je oko 1 liječnik na 1000 stanovnika manje nego u EU, trend porasta mora biti u pozitivnoj divergenciji s europskim, tj. mora još strmije rasti kako bi Republika Hrvatska dostigla EU prosjek. Znakovit je podatak o broju sestara kao sve

[23] https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//Sjednice/Arhiva//1a-149.pdf

važnijem čimbeniku pri pružanju zdravstvene zaštite i njezi pacijenata, ponaosob u uvjetima starenja populacije koje se događa u Republici Hrvatskoj. Republika Hrvatska po broju sestara na 1000 stanovnika od samo 5,2 u 2004. godini zaostaje za standardima EU za gotovo 60 posto, uz zabrinjavajuće negativno odstupanje, tj. udaljavanje od prosjeka EU. Osim medicinskog osoblja još jedan bitan čimbenik za razmatranje vezan uz zdravstvo je teritorijalna pokrivenost bolnicama. Primjenom GlS-analiza pokazalo se kako postoje područja u Republici Hrvatskoj s veoma slabom teritorijalnom dostupnošću bolnica, a za koja se donedavno, jer se baratalo samo uobičajenim indikatorima na razini županije, smatralo kako su čak dobro pokrivena. Najočevidniji primjer je kopneni dio južne Dalmacije između Dubrovnika i Splita gdje živi oko 140.000 stanovnika na zračnoj udaljenosti većoj od 40 km do najbliže bolnice, tako da najveći dio tog broja stanovnika putuje dulje od sat vremena do prve opće ili kliničke bolnice, a više od polovice tog broja mora putovati dva sata ili više. Kod otočnih dijelova cijele južne Dalmacije ta je pojava još izraženija. Uz Splitsko-dalmatinsku i Dubrovačko-neretvansku županiju, županije s velikim brojem stanovnika koji su udaljeniji više od 40 km zračne linije do najbliže bolnice, još su Istarska, Primorsko-goranska, Ličko-senjska i Vukovarsko-srijemska.[24]



Slika 2: Prikaz prostornog razmještaja kliničkih i općih bolnica RH
Izvor: http://www.hdfrm.com/zakoni/2006-05-01-zakon-nacrt-strategije-razvoja-zdravstva-2006-2011.htm

[24] https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//Sjednice/Arhiva//1a-149.pdf

3.3. Financiranje zdravstva

Mnoge zemlje svijeta nastoje javne zdravstvene usluge učiniti dostupnima što većem dijelu stanovnika, a po mogućnosti i ukupnom stanovništvu. To iziskuje velik i rasprostranjen sustav zdravstva koji troši mnogo javnog novca, a zbog problema u upravljanju takvim sustavom javljaju se neučinkovitosti. Stoga se često provode reforme kako bi zdravstveni sustav postao učinkovitiji. Hrvatska u tome nije iznimka. U Hrvatskoj su se provodile zdravstvene reforme kako bi se smanjili troškovi zdravstva i povećala njegova učinkovitost te poboljšali zdravstveni ishodi. Unatoč reformskim naporima zdravstveni sustav i dalje troši velik dio ukupnih javnih izdataka. [25]

Financijske reforme u zdravstvu nužne su jer se najveći dio zdravstvene potrošnje financira iz javnih proračuna, a od izbijanja svjetske financijske krize većina razvijenih država prisiljena je smanjivati proračunske deficite kako javne financije ne bi produbile nestabilnost i time produljile ekonomsku stagnaciju. Pritisci na kontrolu troškova i poboljšanje efikasnosti u zdravstvu dodatno će porasti zbog ubrzanog starenja stanovništva, koje već nepovoljno utječe na ekonomska kretanja kroz smanjenje potencijalnog rasta. Iako makroekonomisti već godinama upozoravaju na ta kretanja, političari ih skoro posvuda više-manje ignoriraju zbog kratkovidnog horizonta odlučivanja. Sadašnja kriza javnih financija i proces fiskalne konsolidacije jedinstvena su prilika da se mobiliziraju politička i javna podrška kako bi se istovremeno počeli rješavati i kratkoročni i dugoročni problemi financiranja zdravstva.

Iskustva zdravstvenih reformi u razvijenim ekonomijama pokazuju da je moguće na određeno vrijeme zaustaviti rast troškova u zdravstvu bez ograničavanja pristupa zdravstvenoj zaštiti i smanjenja kvalitete usluga. Iako se zdravstveni sustavi značajno razlikuju od zemlje do zemlje, ta se iskustva uz odgovarajuće prilagodbe mogu primijeniti i u drugim sredinama, ako za to postoji volja u struci i politici.

Sustavi financiranja zdravstva u visokorazvijenim gospodarstvima mogu se podijeliti u tri osnovne skupne: sustavi s pretežno privatnim financiranjem; sustavi s financiranjem pretežno iz državnog proračuna i sustavi s financiranjem pretežno iz izvanproračunskih fondova, tzv. fondova socijalnog osiguranja. U SAD-u se preko 50 posto zdravstvene potrošnje financira iz privatnih zdravstvenih osiguranja koja ugovaraju poslodavci za svoje zaposlenike te iz

[25] Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str. 51

vlastitih sredstava građana, tzv. "plaćanja iz džepa". 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.

Glavne razlike između financiranja zdravstva iz proračuna i putem fonda socijalnog osiguranja mogu 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. Iz perspektive ministra zdravstva u državi poput Italije ili Velike Britanije to znači da se glavni pregovori s drugim članovima vlade vode o razini zdravstvene potrošnje na godišnjoj odnosno srednjoročnoj razini, dok je financiranje manjkova u zdravstvenoj potrošnji više-manje automatsko. Nasuprot tome, u zemljama sa sustavom socijalnog osiguranja zdravstvo se financira iz namjenskih poreza, tzv. obveznih doprinosa za zdravstveno osiguranje čiju osnovicu čine plaće zaposlenih. Radi se o posebnim porezima koji se ne slijevaju u državni proračun zajedno s drugim izvorima prihoda, nego su namijenjeni isključivo financiranju fonda socijalnog osiguranja. To znači da ministar zdravstva u državi poput Francuske ili Njemačke može više-manje samostalno odlučivati o zdravstvenoj potrošnji u okviru raspoloživih sredstava fonda, ali mora pregovarati s ministrom financija o godišnjem doprinosu proračuna za pokrivanje eventualnih manjkova u fondu socijalnog osiguranja. Većina zemalja koristi neku kombinaciju ovih oblika financiranja.[26]

Financiranje zdravstva je suočeno s velikim izazovima zbog stalnog rasta izdataka i ograničenih resursa. Najvažniji razlozi rasta izdataka za zdravstvo 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 u sektoru zdravstva.[27]

[26]Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str. 30-32
[27] Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str. 339

4. PRIMJENA JAVNO-PRIVATNOG PARTNERSTVA U SEKTORU ZDRAVSTVA REPUBLIKE HRVATSKE

Zašto je sektor zdravstva poseban u odnosu na ostali dio javnog sektora?

Potrebe u zdravstvu se vrlo brzo mijenjaju, kao rezultat promjena u demografskim trendovima, tehnološkom razvoju i razvoju novih tretmana u zdravstvu. Pružanje zdravstvene zaštite je mnogo složenije i osjetljivije u odnosu na druge javne usluge (npr. pružanje usluga javnog prijevoza). Osim toga bolesnici su najčešće ranjivi i traže poseban i individualiziran pristup. Opći strateški ciljevi i prioriteti u zdravstvenom sektoru uvijek se odnose na kvalitetu zdravlja, pokrivenost, pristup i dostupnost javne zdravstvene usluge svim građanima. Upravo iz tog razloga sektor zdravstva ima velike potrebe za različitim investicijskim ulaganjima (zgrade, oprema), traži efikasne i sigurne lijekove te treba efikasno upravljanje i kvalitetan nadzor u kojem mu može pomoći privatni sektor.[28]

4.1. Odnos javno-privatnog partnerstva i zdravstva

Javno-privatna partnerstva u zdravstvu su 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 (WHO, 2000). Istovremeno se privatni sektor i u razvijenom i u nerazvijenom dijelu svijeta sve češće uključuje u ponudu javnih zdravstvenih usluga, održavanje bolničke opreme te izgradnju i održavanje zdravstvene infrastrukture. Zbog sve veće razvijenosti i povezanosti tržišta kapitala, potencijalnim privatnim ulagačima u zdravstvenu infrastrukturu znatno je olakšan pristup međunarodnom kapitalu. Budući da su za ulaganja u izgradnju zdravstvene infrastrukture potrebna velika financijska sredstva, koja prelaze mogućnosti samo jednog ulagača (npr. jedne banke), ulagači se nužno udružuju u konzorcije. Usto, svaki ulagač svoju poslovnu strategiju temelji na diversifikaciji plasmana, pri čemu plasmani u infrastrukturne investicije, pa i one u zdravstvo, postaju sve zastupljeniji. Uz nedostatak investicijskih sredstava iz državnog proračuna i iz proračuna lokalnih jedinica, prekapacitiranost i niska

[28] https://kohompgz.files.wordpress.com/2012/06/jurlina-alibegovic_2012-06-04.pdf

produktivnost kapitalno intenzivnih objekata u sektoru zdravstva, koji su uglavnom u državnom vlasništvu, nedostatak sredstava za njihovo održavanje i neučinkovito javno upravljanje zdravstvenim objektima također su razlozi sve većeg uključivanja privatnog sektora u izgradnju i održavanje zdravstvene infrastrukture.

Iako postoje brojne prednosti partnerstva javnog i privatnog sektora u zdravstvu, treba ukazati i na nedostatke i potencijalne izazove pred kojima su ta partnerstva. Oni se svode na iste nedostatke koji su svojstveni javno-privatnim partnerstvima u svim sektorima, od toga da želja privatnog partnera za većim profitom može utjecati na neopravdano povećanje cijene i smanjenje kvalitete zdravstvene usluge ili da ugovorna ograničenja mogu sprečavati poboljšanje razine usluge, pa sve do toga da se može povećati korupcija zbog snažne konkurentske borbe za sklapanjem ugovora.[29]

Do partnerstva u sektoru zdravstva, prema praksama zemalja koje imaju više iskustava u partnerstvu javnog i privatnog sektora, osim zbog nedostatka financijskih sredstava dolazi i zbog razvoja novog proizvoda ili usluge, kontrole i sprečavanja širenja bolesti, poboljšanja zdravstvene usluge, povećanja razine obrazovanja stanovništva o bolestima i njihovom sprečavanju, unapređenja kvalitete zdravstvenih usluga i sličnih razloga.

Zadovoljavanje interesa **javnosti**	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
Zadovoljavanje interesa **javnog sektora**	Podjela rizika
	Ublažavanje pritisaka na državni proračun
	Smanjenje potrebe za zaduživanjem države
Zadovoljavanje interesa **privatnog sektora**	Podrška poslovnom sektoru u teškim tržišnim okolnostima
	Poboljšanje pouzdanja javnog sektora
	Stvaranje prilike za konkuriranje na natječajima

eIZ ekonomski institut, zagreb

Slika 3: Ciljevi javno-privatnog partnerstva u sektoru zdravstva u RH
Izvor: https://kohompgz.files.wordpress.com/2012/06/jurlina-alibegovic_2012-06-04.pdf

[29] Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str. 340-341

Zdravstvene ustanove obavljaju svoju osnovnu djelatnost i niz pratećih poslova kako bi pružile zdravstvene usluge. Postavlja se pitanje može li i na koji način javno-privatno partnerstvo pomoći u pružanju zdravstvenih usluga i može li privatni sektor obavljati osnovnu djelatnost ili sudjelovati u obavljanju dijela osnovne djelatnosti tj. preuzeti dio ili sve prateće poslove. Pojednostavljeno, pitanje se svodi na to koju razinu suradnje može obuhvati javno-privatno partnerstvo. Tri su mogućnosti sudjelovanja privatnog partnera i to:

- obavljanje pomoćnih poslova (pružanje pomoćnih usluga)
- isključivo izgradnja zdravstvenih ustanova (bolnica)
- izgradnja zdravstvenih ustanova (bolnica) te, potom, pružanje medicinskih usluga u izgrađenoj ustanovi (bolnici)[30]

Javno-privatno partnerstvo se javlja u različitim područjima javnog djelovanja, u različitim oblicima, s različitim rokom trajanja i s različitim intenzitetom, a najčešće u slučajevima kada javna uprava ne može sama obavljati javne poslove zbog nedovoljne stručnosti djelatnika zaposlenih u javnoj upravi, naročito kada se radi o stručnim poslovima u području zdravstvene zaštite te kada postoje veliki troškovi provedbe javnih poslova. Iz iskustava uglavnom nerazvijenih zemalja u modelima javno-privatnog partnerstva u zdravstvu uočava se da se dodatni trošak pružanja zdravstvene usluge prebacuje na same zdravstvene usluge u obliku smanjivanja kvalitete usluge ili dolazi do preusmjeravanja sredstava od javnih potreba prema privatnom sektoru i ostvarivanju ekstra profita. Stoga se rizik o kojem javni sektor treba najviše voditi računa kod partnerstva s privatnim sektorom u pružanju usluga u zdravstvu odnosi na nužnost dodjeljivanja kontrolne funkcije javnom sektoru. Razlog je jednostavan: zdravlje stanovništva je javno dobro i o njemu brigu vodi javni sektor.

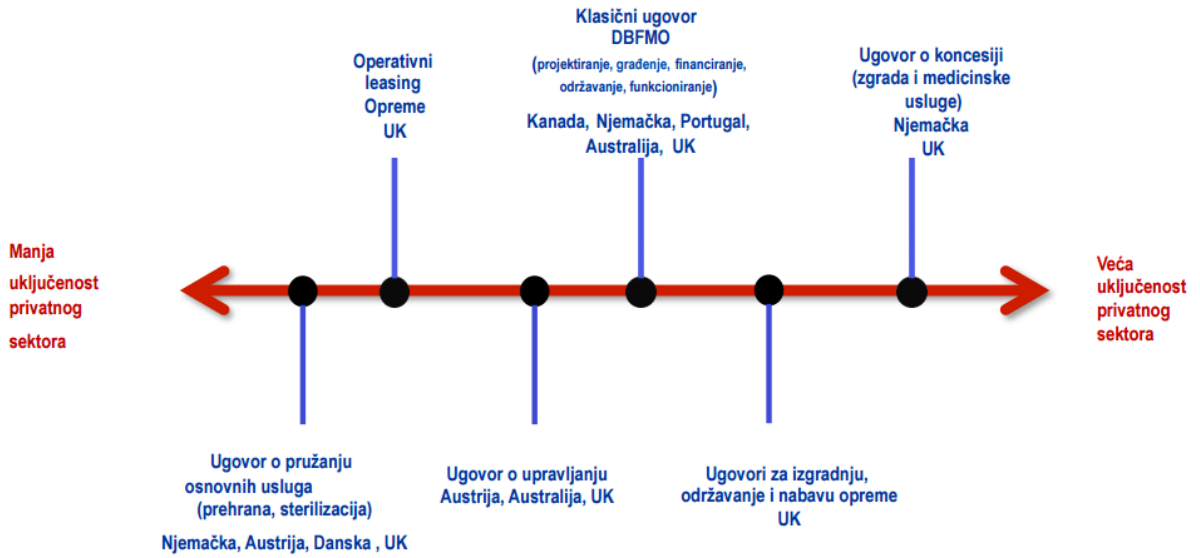
Za sprečavanje, smanjivanje i, konačno, otklanjanje svih financijskih i fiskalnih rizika važno je poštivanje načela transparentnosti ugovaranja projekata javno-privatnog partnerstva, pri čemu transparentnost označava jasan sustav odabira privatnih partnera (javni natječaj) temeljen na unaprijed definiranim preciznim i nedvosmislenim kriterijima odabira, opisanoj kvaliteti pružanja zdravstvene usluge i iskustvu u sličnim projektima.[31]

[30] Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str. 345
[31] Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str. 349-350

Glavni izazov u sektoru zdravstva je u tome da se osigura način da korisnik javne zdravstvene usluge bude siguran da će sada i u budućnosti dobiti kvalitetnu zdravstvenu uslugu uz razumnu cijenu. Drugim riječima, privatni sektor se uključuje u pružanje zdravstvenih usluga uz uvjet da pruži usluge upravo onakve razine kako bi to želio javni sektor, pa se postavlja pitanje kako osigurati da stanovnici dobiju sada i u budućnosti dostupnu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu uz prihvatljivu cijenu. Potrebno je, naime, pronaći pravu ravnotežu te s jedne strane omogućiti privatnom partneru da pronađe inovativna, kreativna i troškovno učinkovita rješenja, a s druge strane treba osigurati uvjete da korisnici mogu ostvariti željene zdravstvene usluge. Stoga je važno da ugovor o suradnji između javnog i privatnog sektora bude kvalitetno pripremljen, da ima jednostavne formulacije prava i obveza javnog i privatnog partnera, uključujući podjelu profita odnosno gubitka između javnog i privatnog partnera, da inzistira na dobivanju najpovoljnijih cijena u skladu s fleksibilnim pristupom koji podrazumijeva prilagođavanje na promjenu uvjeta u cilju dobivanja najbolje vrijednosti za novac u pružanju zdravstvene usluge. Pri tome je važno voditi računa o snižavanju troškova financiranja pružanja zdravstvene usluge koliko god je to moguće, ali dajući privatnom partneru poticaje kako bi i sam bio motiviran pružiti dogovorenu razinu zdravstvene usluge.[32]

U ekonomskoj situaciji u uvjetima globalne gospodarske krize ne može se očekivati da se značajna proračunska sredstva izdvajaju za kapitalne rashode/investicije u izgradnju zdravstvene infrastrukture i kupovinu skupe medicinske opreme. Trend je u zdravstvenom sektoru da se sve više privatni sektor uključuje u obavljanje funkcija javnog servisa za državu, odnosno da država kupuje zdravstvene usluge od privatnog sektora koji je motiviran ponuditi višu razinu kvalitete usluga. Na javnom je sektoru da definira uvjete ulaska privatnog sektora u javno-privatna partnerstva (poticanje konkurencije nasuprot ograničavanju monopolističkog ponašanja). Razlog tome je što država (javni sektor) ne upravlja efikasno javnim dobrima pa bi država trebala provoditi kvalitetan nadzor javne potrošnje, rezultata i učinaka (ishoda) u sustavu zdravstva. [33]

[3232] Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str. 346
[33] Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str.351



Slika 4: Primjeri različitih vrsta javno-privatnog partnerstva u sektoru zdravsta u drugim zemljama
Izvor: https://kohompgz.files.wordpress.com/2012/06/jurlina-alibegovic_2012-06-04.pdf

Za poticanje projekata javno-privatnog partnerstva traži se stabilno političko i gospodarsko okruženje, uključujući stabilan porezni sustav i pravni okvir za ulaganja privatnog sektora. S obzirom na potrebu racionalnog korištenja resursa, preporuke za kvalitetno korištenje suradnje privatnog i javnog sektora u zdravstvu su sljedeće:

- Javni sektor treba definirati uvjete ulaska privatnog sektora u projekte javno-privatnog partnerstva u zdravstvu
- Ključan dio u projektima javno-privatnog partnerstva u zdravstvu je definiranje projekta koji mora stvoriti novu vrijednost
- Ugovori o javno-privatnom partnerstvu u zdravstvu trebaju biti pažljivo sastavljeni u skladu s konkretnim projektom, utvrđenim potrebama i ciljevima uključivanja privatnog partnera
- Treba provesti neovisnu stručnu analizu koja će dati odgovor na ključno pitanje omogućuje li projekt javno-privatnog partnerstva pružanje zdravstvene usluge u cijelom ugovornom razdoblju po većoj "vrijednosti za novac" nego u slučaju kada javni sektor izravno pruža zdravstvene usluge
- Potrebna je jasna podjela uloga i odgovornosti, rizika i koristi od projekta javno-privatnog partnerstva u zdravstvu među partnerima
- Treba osigurati transparentnost u definiranju kriterija izbora privatnog partnera
- Potrebno je provoditi kontinuirani monitoring i evaluaciju kvalitete i rezultata u pružanju zdravstvene usluge

- Pokazatelji rezultata kojima se prati ostvarivanje rezultata u pružanju zdravstvene usluge i ciljeva u zdravstvenoj zaštiti trebaju biti unaprijed utvrđeni i ugrađeni u ugovore o javno-privatnom partnerstvu te, po mogućnosti, testirani u pilot-fazi projekta[34]

4.2. Odnos javno-privatnog partnerstva i zdravstva u Republici Hrvatskoj

Za provedbu projekata javno-privatnog partnerstva u zdravstvu potrebna su znanja o javno-privatnom partnerstvu. Ta specifična znanja nedostaju zaposlenima u javnom sektoru pa tako i zaposlenima u sektoru zdravstva. U Hrvatskoj nedostaju specijalizirane edukacije na temu javno-privatnog partnerstva u zdravstvu. Poseban nedostatak je nepostojanje znanja o važnosti jasnih kriterija za sklapanje ugovora o javno-privatnom partnerstvu (kada, zašto, kako, kakvi se rezultati i ishodi očekuju, raspodjela odgovornosti i financijskih rizika između partnera).[35]

Dosadašnja iskustva u Hrvatskoj u području javno-privatnog partnerstva su ograničena. Do sada nisu javno prezentirani ugovori s privatnim sektorom u zdravstvu, niti su javnosti prezentirane dosadašnje državne obveze iz takvih ugovora. Uz to, sam koncept partnerstva u zdravstvu u hrvatskoj praksi nedovoljno je jasno definiran te je, zbog loše sastavljenih ugovora, visoko rizičan za javnog partnera ili je riječ o ugovornim obvezama koje su protivne etičkim normama ili čak protivne javnom interesu.[36]

Usprkos tome što u Hrvatskoj postoje ograničena iskustva u sektoru zdravstva u suradnji javnog i privatnog sektora, politika Vlade Republike Hrvatske prema javno-privatnom partnerstvu 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 kapitalnih investicija u svim sektorima, od obrazovanja i zdravstva pa do energetike. 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.

[34] Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str. 352-353
[35] Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str. 351
[36] Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str. 348

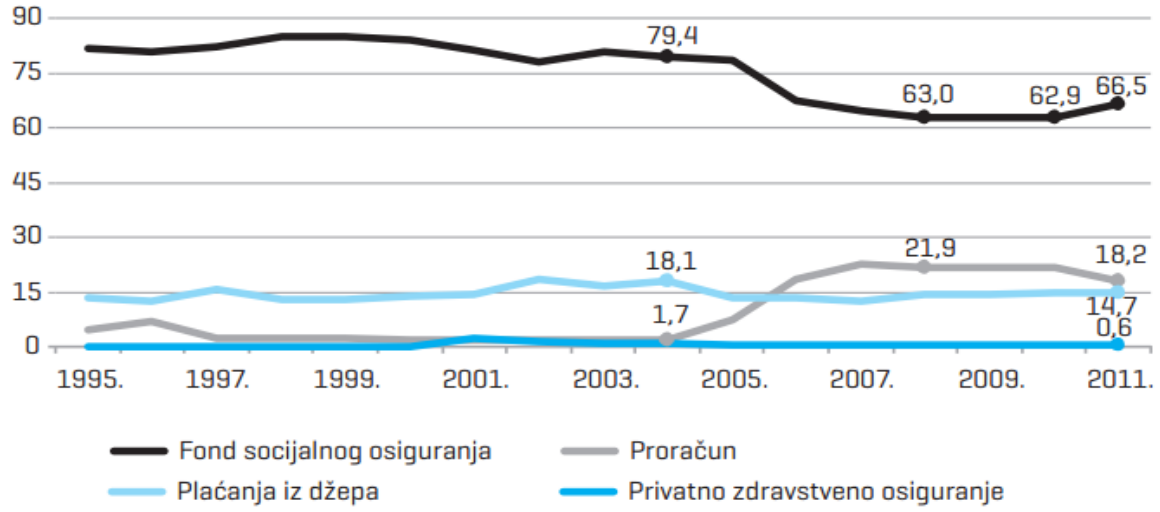
Stalno je prisutno i pitanje mogu li se uključivanjem privatnog sektora ostvariti goleme uštede u zdravstvu u Hrvatskoj, koje bi se računale doslovno u milijunima kuna koje država trenutno troši u nabavi skupe opreme, te koji bi bili mogući projekti javno-privatnog partnerstva u zdravstvu. Privatni sektor je iskazao svoj interes u organizaciji pružanja zdravstvene zaštite roniocima, racionalizaciji potrošnje vode u bolničkim ustanovama, projektima supstitucije postojećih energenata solarnom energijom i u drugim projektima energetske učinkovitosti u zdravstvu (zamjena prozora, fasada, sustava grijanja i hlađenja, rasvjete i sl.).[37]

U budućnosti se očekuju jasni ciljevi javno-privatnog partnerstva u sektoru zdravstva u Hrvatskoj koji bi trebali biti usmjereni na zadovoljavanje interesa javnosti, bolju kvalitetu zdravstvenih usluga, modernizaciju zdravstvenog sektora, pružanje veće "vrijednosti za novac", povećanje odgovornosti zdravstvenog sektora, izgradnju i rekonstrukciju zdravstvenih ustanova u roku i u skladu s proračunskim mogućnostima uz korištenje inovativnih rješenja.[38]

4.3. Trendovi financiranja zdravstvene potrošnje u Republici Hrvatskoj

Hrvatska se prema metodologiji Svjetske zdravstvene organizacije svrstava u visokorazvijene zemlje, ali odskače po tome što je država zadržala natprosječno visok udio od 85 posto ukupne zdravstvene potrošnje. Unatoč tome Hrvatska se uklapa u trend povećanja izdataka za zdravstvo u odnosu na druge proračunske stavke, ali pri tome bilježi nešto brži porast izdataka nego druge zemlje: s 14,5 posto ukupnih izdataka opće države u 2000. na 17,7 posto u 2010. Valja istaknuti da je u drugim europskim zemljama zdravstvena potrošnja niža proračunska stavka nego u Hrvatskoj – u prosjeku za dva postotna boda u Zapadnoj i čak pet postotnih bodova u Središnjoj i Istočnoj Europi. Unutar skupine zemalja s dominantnim sustavom državnog zdravstvenog osiguranja, može se uočiti i velika razlika između Hrvatske i drugih visokorazvijenih zemalja u promjeni udjela financiranja zdravstva iz fonda socijalnog osiguranja s jedne te državnog proračuna s druge strane.[39]

[37] Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str. 348-349
[38] Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str. 352
[39] Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str. 35-36



Slika 5:Struktura financiranja zdravstva u RH

Izvor: Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str. 38)

Iz grafa je vidljivo da u najvećem dijelu financiranja zdravstva sudjeluje fond socijalnog osiguranja koji je devedesetih godina prošlog stoljeća bio glavni izvori financiranja s oko 80%. Od 2006. godine uočen je pad sa 80% do 60-ak % no bez obzira na pad i danas je zadržao prvu poziciju financiranja zdravstva. Sljedeći izvor vrijedan spomena je plaćanje „iz džepa“ na koji otpada 15-ak % financiranja kroz cijelo razdoblje promatranja. Taj postotak se održao od 90-ih pa sve do danas. Sljedeći izvor , financiranje iz proračuna, koji je nekoć jedva zamjetno financirao zdravstvo, danas se popeo na 15-20%. Zadnji, no i ne najmanje bitan izvor je privatno zdravstveno osiguranje, sa svega 0,6% izvora financiranja.

Hrvatska ima univerzalan sustav zdravstvene zaštite. Zdravstveni sektor pokazuje relativno dobre zdravstvene rezultate, no stavlja značajan pritisak na opću potrošnju. 2012. Hrvatska je potrošila 7,8 % svog BDP-a na zdravstveni sustav u čemu je pri vrhu među novim članicama EU-a. Poput većine drugih europskih zemalja, Hrvatska očekuje značajne promjene u strukturi stanovništva u narednih 50 godina, jer će porasti stanovništvo starije dobi i povećat će se potreba za zdravstvenim uslugama i dugotrajnom skrbi. Izazov predstavlja pružanje boljih zdravstvenih usluga i poboljšanje učinkovitosti uz istovremeno smanjenje javne potrošnje za zdravstvo, te povećanje transparentnosti potrošnje zdravstvenog sustava i jačanje mehanizama kontrole. U pogledu povećanja troškovne učinkovitosti zdravstvenog sektora, također sukladno preporukama Vijeća EU-a, predviđeni su provedba analize potrošnje (dugova) zdravstvenog sustava i postojećih mehanizama financijske kontrole, reorganizacija

bolničkog sustava, novi modeli upućivanja u sekundarnu/tercijarnu zdravstvenu skrb, analiza trenutnog stanja i mogućnosti izdvajanja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) iz državne riznice, javno nadmetanje za utvrđivanje referentnih cijena lijekova i daljnji razvoj e-Zdravstva. Europskim strukturnim i investicijskim (ESI) fondovima podržat će se neke od navedenih mjera (npr. razvoj statistike i pouzdanih računovodstvenih sustava u skladu sa standardima EU-a, poboljšanje fiskalnog okvira, troškovna učinkovitost zdravstvene skrbi itd.). Konsolidacijske mjere trebaju biti osmišljene tako da zadrže troškove i ulaganja koji poboljšavaju rast te pružaju dostatan fiskalni manevarski prostor za sufinanciranje projekata u skladu sa strategijom Europa 2020, koju se podržava ESI fondovima.[40]

4.4. Primjeri javno-privatnog partnerstva u zdravstvu u Republici Hrvatskoj

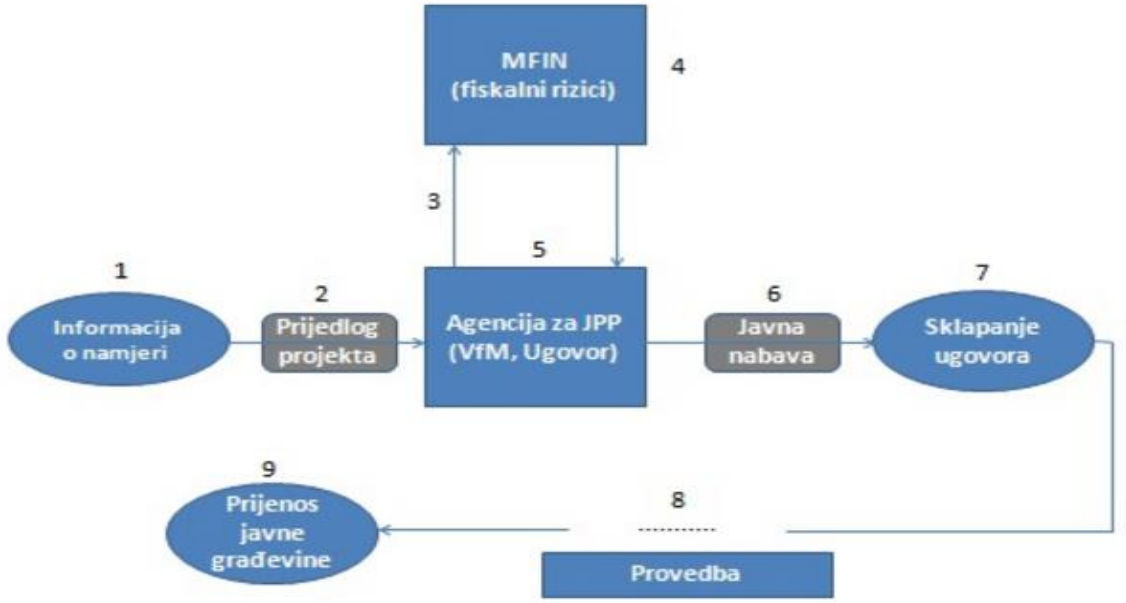
Hrvatska se uspješno uključila u proces investicija javno-privatnog partnerstva zahvaljujući Agenciji za investicije i konkurentnost koja pruža mogućnost (su)financiranja izgradnje/obnove raznih građevina u Republici Hrvatskoj.

Proces započinje tako što javno tijelo izrađuje program javnih investicija za razdoblje od tri do pet godina. Kada krene pripremy konkretnog projekta iz programa javnih investicija tada javno tijelo Agenciji za javno-privatno partnerstvo dostavlja informaciju o namjeri provedbe projekta. Odmah po dostavi informacije, javno tijelo može odabrati savjetnika za pripremu projekta i s njim u suradnji pripremiti tzv. prijedlog projekta koji mora minimalno sadržavati komparator troškova javnog sektora i prijedlog ugovora javno-privatnog partnerstva i ostalu dokumentaciju. Prijedlog projekta dostavlja se Agenciji u dva primjerka od kojih jedan primjerak Agencija dostavlja Ministarstvu financija na prethodnu suglasnost. Ministarstvo financija, ukoliko ocijeni pozitivnim, izdaje suglasnost na prijedlog projekta u odnosu na sukladnost predviđenih neposrednih financijskih obveza javnog tijela s proračunskim planovima i projekcijama.

Agencija odobrava prijedlog projekta javno-privatnog partnerstva za koji ocijeni da ispunjava kriterije za odobrenje prijedloga projekta javno-privatnog partnerstva i za koji je dobivena prethodna suglasnost Ministarstva financija. Agencija izdaje odobrenje u roku 5 dana od dana

[40] http://www.esf.hr/wordpress/wp-content/uploads/2015/02/GLAVNI-DOKUMENT_Sporazum_o_partnerstvu_HR.pdf

zaprimanja suglasnosti Ministarstva financija. Nakon dobivenog odobrenja od Agencije, tj. nakon što je projekt dobio status JPP projekta, javno tijelo može započeti s postupkom javne nabave, tj. izborom privatnog partnera. Nakon provedenog postupka javne nabave, sa izabranim najpovoljnijim partnerom sklapa se ugovor o javno-privatnom partnerstvu. Nakon stupanja na snagu sklopljenog ugovora javno-privatnog partnerstva (obično nakon sklapanja svih ugovora o financiranju) započinje razdoblje eksploatacije, tj. provedbe projekta. Po dospijeću JPP ugovora javnu građevinu privatni partner prenosi u vlasništvo javnom partneru bez naknade.[41] Dole umetnuta slika vizualno prikazuje prethodno pojašnjeni tekst:



Slika 6: Proces provedbe javno-privatnog partnerstva
Izvor: http://www.aik-invest.hr/jpp/proces-jpp-a/

Ukoliko se dogodi da je prijedlog projekta javno-privatnog partnerstva nepotpun, Agencija će zaključkom na to upozoriti javno tijelo i odrediti rok od 15 dana za otklanjanje nedostataka, uz upozorenje na pravne posljedice ako to u određenom roku ne učini. Ako javno tijelo u roku od 15 dana ne dopuni dokumentaciju Agencija će dostavljeni prijedlog projekta javno-privatnog partnerstva odbaciti.

Sukladno članku 18. Zakona o javno-privatnom partnerstvu javni partner dužan je u roku od 6 mjeseci od dana upisa ugovora o javno-privatnom partnerstvu u Registar ugovora o javno-privatnom partnerstvu, Agenciji dostaviti prvo izvješće o provedbi projekta javno-privatnog

[41] http://www.aik-invest.hr/jpp/proces-jpp-a/

partnerstva, koje mora biti potpisano i ovjereno službenim pečatom od strane javnog i privatnog partnera. Sadržaj izvješća je propisan člankom 11. i Prilogom III. uredbe o provedbi projekata javno-privatnog partnerstva. Agencija je predložila, a Upravljačko tijelo prihvatilo proceduru kombiniranog financiranja JPP-a i ESI fondova.

4.4.1. Neuropsihijatrijska bolnica "dr. Ivan Barbot" Popovača (odobreni projekt)

Neuropsihijatrijska bolnica dr. Ivan Barbot u Popovači danas zauzima značajno mjesto u sustavu zdravstvene zaštite RH. Iako ima status županijske bolnice zbrinjava bolesnike širokog područja – od ruba zagrebačkog prstena do istočne granice Hrvatske, ali i iz Zagreba i drugih krajeva Hrvatske. U Zavodu za forenzičku psihijatriju liječe se forenzični bolesnici iz cijele Hrvatske. Bolnica raspolaže kapacitetima od 44 akutne, 655 kroničnih, 200 forenzičnih postelja te 60 stolaca u Dnevnoj bolnici. Stručno medicinski rad odvija se u okviru bolničkih odjela – za akutnu i subakutnu psihijatriju, forenzičku psihijatriju, gerontopsihijatriju, produženo liječenje, dnevne bolnice, ambulante, internističko - neurološku dijagnostiku, radno okupacijsku i ostale djelatnosti.

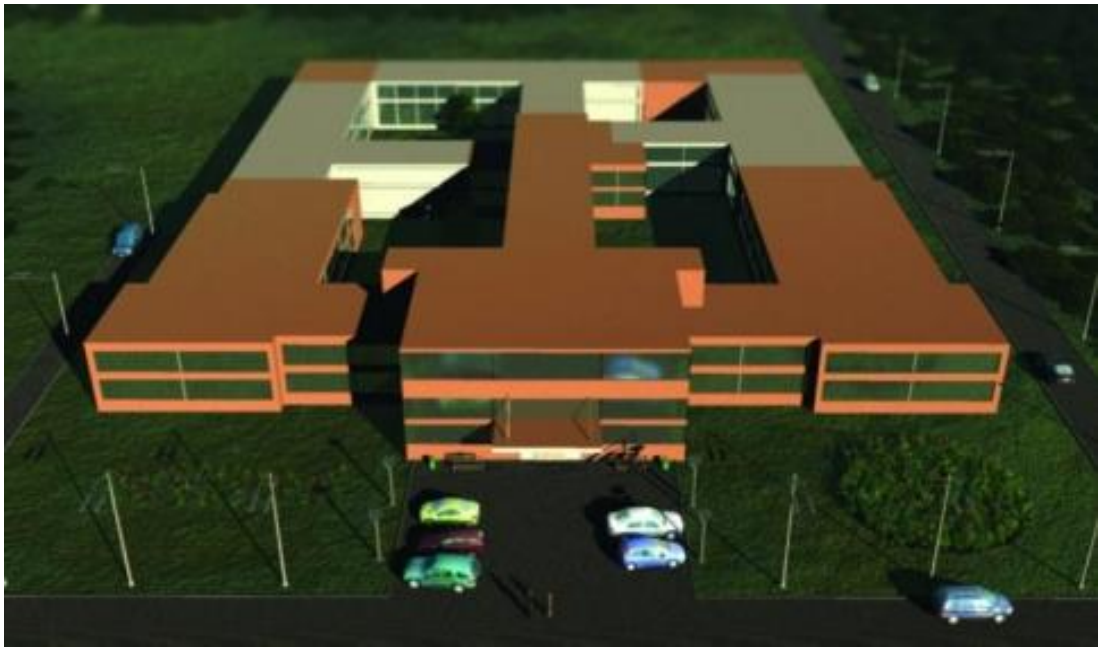
U Bolnici se obavljaju vježbe za studente Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Osijeku, Zdravstvenog veleučilišta iz Zagreba, Policijske akademije iz Zagreba, Srednjih medicinskih škola iz Siska i Pakraca te mnogi drugi, a razvijene su i znanstvena i nakladnička aktivnost.U Bolnici je zaposleno 650 djelatnika, od toga 60 liječnika u širokom rasponu stečene izobrazbe, od liječnika pripravnika do specijalista i subspecijalista, primariusa, magistara i doktora znanosti, te značajan broj stručnih suradnika (psihologa, defektologa, socijalnih radnika, radnih terapeuta, farmaceuta, biokemičara), 230 medicinskih sestara srednje, više stručne spreme i stručnih prvostupnika te ostalih profila djelatnika nužnih za funkcioniranje ovog velikog i zahtjevnog sustava.[42]

Agencija za javno-privatno partnerstvo je dana 23. svibnja 2013. dala odobrenje na prijedlog projekta javno-privatnog partnerstva za rekonstrukciju i dogradnju postojećih građevina Zavoda za forenzičnu psihijatriju Neuropsihijatrijske bolnice "dr. Ivan Barbot" u Popovači. Svrha projekta je poboljšavanje zdravstvenih usluga stvaranjem dodatnog prostora za

[42] https://npbp.hr/o-nama/povijest-bolnice

pacijente i osoblje rekonstrukcijom i dogradnjom objekata bolnice, primjerenim funkcioniranjem zdravstvenog prostora, boljom i kvalitetnijom zdravstvenom skrbi kao i povećanjem konkurentnosti u tehnološki novijim i opremljenijim prostorima.[43]

Nakon provedbe projekta, bolnica će biti u stanju pružati veću kvalitetu zdravstvenih usluga, i povećat će svoju konkurentnost u tehnološki novijim i opremljenijim prostorima. Projektom je predviđena rekonstrukcija Zavoda za forenzičku psihijatriju ukupne bruto razvijene površine zahvaćene projektom javno-privatnog patnerstva u iznosu od 16.357,00 m². Prema ugovoru o javno-privatnom partnerstvu, privatni partner će preuzeti obvezu financiranja, projektiranja, rekonstrukcije, izgradnje, dogradnje, opremanja, održavanja i upravljanja Neuropsihijatrijskom bolnicom „Dr. Ivan Barbot“ u Popovači. Trajanje ugovora iznosi 27 godina, uključujući 2 godine pripreme i građenja, te 25 godina upravljanja i održavanja objekata.[44]



Slika 7: Projekt Neuropsihijatrijska bolnica “dr. Ivan Barbot” Popovača
Izvor: http://cei.hr/upload/2015/03/20150305_popovaca_hrv_54f83cec6d3c6.pdf

[43] http://www.aik-invest.hr/jpp-project/neuropsihijatrijska-bolnica-dr-ivan-barbot-popovaca/
[44] http://cei.hr/upload/2015/03/20150305_popovaca_hrv_54f83cec6d3c6.pdf

4.4.2. Opća bolnica Varaždin (odobreni projekt)

Zgrada prve bolnice u Varaždinu se i danas nalazi u ulici Baruna Trenka br. 8. Vladinom dozvolom 16.08.1859, društvo "Varaždinska dobročinstva složnost", otvara bolnicu upravo u toj zgradi. Time je bilo omogućeno besplatno liječenje sirotinji, dok su oni malo imućniji plaćali. Imala je najviše 20 postelja. I zgrada javne sveopće bolnice još uvijek postoji, a nalazi se na uglu Vrazove i Hinkovićeve ulice. Otvorena je 1866. godine. Sadržavala je do 70 postelja. Nije odgovarala za bolnicu, nikada nije bila opskrbljena potrebnim, pa čak niti instrumentarijama za operacije ili preglede. Nije bilo čak niti odgovarajućeg školovanog bolničkog kadra. Godine 1895. vojska otvara svoju bolnicu. Nalazila se, i još se uvijek nalazi, ali napuštena i neiskorištena u Optujskoj ulici. U podrumu su bile sobe za čistačice, garderoba za bolesnike, dvije sobe s dezinfektorom, a i svi poslovi vezani uz rublje obavljali su se u podrumu. U prizemlju se nalazila kupaona za obradu bolesnika kod prijema, sobe I., II. i III. razreda, 6 zahoda i 2 operacione dvorane. Na katu su bile sobe za milosrdne sestre, sobe za bolesnike kapelica, bolničko rublje, još 2 kupaonice i 6 zahoda. Zarazni odjel bio je prizemnica, odjeljen od glavne zgrade. Imao je 5 soba, malu kuhinju, kupaonicu, zahod i hodnik. Broj postelja iznosio je 10, a u nuždi do 14. Ta zgrada je više puta nadograđivana i proširivana, pa se više ne razabire njezin prvobitni izgled. Glavna je zgrada bila prema dvorištu povezana pokrivenim hodnikom s ekonomskom zgradom. Bila je to visoka prizemnica s velikim podrumom za smještaj drva i povrća, a iznad toga je bila je kuhinja, soba za pranje suđa mala blagovaonica za sestre, i još 2 sobe: jedna za duševne bolesnike,a druga za oboljele od svraba. Ta je zgrada poslije podignuta na kat, s današnjim izgledom (urologija). Prvobitna zgrada zaraze, najprije je dograđena i podignuta na kat. Poslije je ponovo dograđivana i sada se u njoj nalazi Uprava Opće bolnice Varaždin.[45]

Dana 5. veljače 2015.g. Agencija za javno-privatno partnerstvo dala je odobrenje na prijedlog projekta javno-privatnog partnerstva, koji je dostavio Centar za praćenje poslovanja energetskog sektora i investicija, za projektiranje, rekonstrukciju, dogradnju, financiranje, opremanje, održavanje i upravljanje Općom bolnicom u Varaždinu, po ugovornom modelu javno-privatnog partnerstva.[46]

[45] http://www.obv.hr/povijest/g5
[46] http://www.aik-invest.hr/jpp-project/opca-bolnica-varazdin/

Projektom javno-privatnog partnerstva predviđena je dogradnja zgrade kirurgije Opće bolnica Varaždin, kao i adaptacija, te sanacija i dogradnja spojnog hodnika između četiri objekta. Privatni partner opremiti će bolnicu sukladno projektu opreme i troškovnicima, a ukupna bruto površina zahvaćena projektom iznosi 24 573 kvadratna metra. Procijenjena kapitalna vrijednost projekta „Opća bolnica Varaždin“ vrijedan je gotovo 370 milijuna kuna.[47] Razdoblje trajanja ugovora iznosi 27 godina (2 godine pripreme i građenja te 25 godina održavanja i pružanja usluga).[48]



Slika 8: Dogradnja zgrade kirurgije Opće bolnice Varaždin
Izvor: http://cei.hr/novosti/priopcenje-povodom-skorog-raspisa-javnog-nadmetanja-opca-bolnica-varazdin-82/

4.4.3. Klinički bolnički centar Rijeka (namjera provedbe)

Klinički bolnički centar Rijeka utemeljen je 3. rujna 1984., naime toga je dana upisan u sudski registar. Garancija za opstanak i uspjeh jedne tako velike ustanove, i prije 30 godina jedne od najvećih u zemlji, bila je bogata i plodonosna povijest njezinih pet „sastavnica“: Kliničke bolnice Braća dr. Sobol, Kliničke bolnice Dr. Zdravko Kučić, Dječje bolnice Kantrida, Ortopedske bolnice Kraljevica i Bolnice za tuberkulozu pluća i plućne bolesti Ičići. No, isto tako začetnike te ideje ujedinjenja bolničkog zdravstva na širem području grada Rijeke, kao i sve ostale koji su je tijekom godina provodili u djelo, vodila je težnja da se bolničko zdravstvo unaprijedi, poboljša, ujedini u zbližavanju i suradnji različitih specijalnosti, da se razviju

[47] http://www.radiomegaton.hr/novosti/regija/item/1315-predstavljanje-jpp-projekta-opca-bolnica-varazdin.html
[48] http://cei.hr/novosti/priopcenje-povodom-skorog-raspisa-javnog-nadmetanja-opca-bolnica-varazdin-82/

supspecijalnosti te da Klinički bolnički centar postigne visoke domete priznate zdravstvene i nastavne ustanove.

Danas je Klinički bolnički centar Rijeka jedan od pet kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj i centralna je bolnička ustanova ovog dijela Republike Hrvatske. Regionalni je bolnički centar za tri županije, koji medicinski skrbi za oko 600000 stanovnika. Istovremeno, Klinički bolnički centar Rijeka nastavna je i znanstveno-istraživačka baza Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. Uz upravu i administrativno-tehničke službe, sastoji se od 17 klinika, 5 kliničkih zavoda, 6 centara, 4 samostalna zavoda, jednog samostalnog odjela i bolničke ljekarne. Ukupni kapacitet iznosi 1069 bolesničkih postelja, a zaposleno je 3067 djelatnika. U Kliničkom bolničkom centru Rijeka godišnje se hospitalizira više od 45 tisuća bolesnika i ostvari oko 300 tisuća bolesničkih dana. Učini se oko tri milijuna ambulantnih usluga i oko 600 tisuća ambulantnih pregleda, dok se u dnevnoj bolnici učini oko 160 tisuća bolničkih usluga.

Klinički bolnički centar Rijeka smješten je na trima lokalitetima (Rijeka, Sušak i Kantrida) i teži se njegovom razvojnom putu – združivanju „pod jednim krovom“, u novosagrađenoj bolnici na Sušaku. To zaslužuju ljudi ovoga grada na Rječini, ovoga kraja i cijele Hrvatske. Tijekom svih ovih godina učinilo se mnogo kako bi se dijagnostika i terapija usavršile, kadrovi bili visoko educirani, a oprema nova i suvremena. Izgradili su se novi objekti, obnovile mnoge zgrade, klinike, zavodi i uprava.

Uprave KBC-a Rijeka i Medicinskog fakulteta u Rijeci jasno su prepoznale važnost suradnje i taj se proces sve više intenzivira u težnji integracije bolničkog zdravstva, visokog školstva i znanstveno-istraživačkog rada. Izgradnja sveučilišne bolnice na Sušaku istinska je paradigma nedjeljivosti struke, obrazovanja i istraživanja. Bit će to bolnica s bitno manjim brojem postelja i bitno kraćom duljinom liječenja, ispravnim odnosima u kapacitetu i vrsti specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite, dijagnostičko-terapijskim sadržajima i prilagodbom sadržaja opskrbi – što su preduvjeti za potpuno zadovoljavajuće učinke u liječenju bolesnika.[49]

[49] http://kbc-rijeka.hr/profil/

Osnovni razlog pristupa izradi ovog projekta je objediniti tri nefunkcionalne lokacije sa 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.
Temeljem važećih Zakona u području zaštite zdravlja, Klinički bolnički centar Rijeka (u nastavku: KBC Rijeka) organiziran je i djeluje kao jedan od pet kliničkih bolničkih centara u Republici Hrvatskoj. Kao takav, KBC Rijeka predstavlja zdravstvenu ustanovu najviše, tercijarne razine zdravstvene djelatnosti koja pruža zdravstvene usluge pacijentima s područja Sjevernog Jadrana, Primorsko-goranske županije i šire.

KBC Rijeka smještena je na tri lokacije u gradu Rijeci:

1. lokacija Rijeka, smještena na rubu užeg gradskog središta
2. lokacija Sušak, smještena u neposrednoj blizini Sveučilišnog kampusa na Trsatu
3. lokacija Kantrida, smještena na zapadnom dijelu grada, samo kao Dječja bolnica

Budući da lokacijska rascjepkanost KBC Rijeka bitno utječe na racionalnost i ekonomičnost poslovanja i stvara prepreku daljnjem razvoju, smještaj KBC-a određen je Generalnim urbanističkim planom grada Rijeke i planom uređenja Sveučilišnog kampusa i Kliničkog bolničkog centra na Trsatu. Lokacija Sušak, zauzima površinu od 8,4 hektara, koja obuhvaća postojeći bolnički kompleks i dio površine bivše vojarne Trsat namijenjene razvoju KBC-a. Planirana bruto površina izgradnje bolničkih građevina kompleksa iznosi 147.000 m² (bez podzemnih garaža), u cijelosti prema suvremenim standardima i uz rekonstrukcijske zahvate na postojećoj Glavnoj zgradi koja je zaštićena kao kulturno dobro, građevine Poliklinike i građevine HMS, koje se privode novoj namjeni.

Na ovaj način, osim podizanja kvalitete zdravstvene usluge, novi KBC Rijeka izravno se povezuje s kompleksom Sveučilišnog kampusa što je izuzetno važno budući KBC Rijeka predstavlja i nastavnu bazu medicinskog fakulteta. Temeljem projektne dokumentacije, novi kompleks KBC Rijeka gradit će se u fazama koje obuhvaćaju sljedeće funkcionalne i graditeljske cjeline:

1. građevina termoenergetskog bloka, centralne kuhinje i servisnog pogona te višekatno nadzemno parkiralište,
2. zgrada Dječje bolnice i Klinike za ginekologiju i porodništvo,
3. Centralna bolnička građevina (poliklinika, stacionar i dr.),
4. rekonstrukcija postojeće Glavne zgrade bolnice za potrebe nastave, uprave, medicinske opskrbe, ljekarne, klinike za psihijatriju i dr.

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.[50]



Slika 9: Projekt preuređenja bolnice u Rijeci
Izvor: http://kbc-rijeka.hr/projekt-nove-bolnice/

[50] http://www.aik-invest.hr/jpp-project/klinicki-bolnicki-centar-rijeka/

4.4.4. Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Lipik (namjera provedbe)

Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Lipik jedan je od najstarijih gospodarskih subjekata u Lipiku, a svoju višestoljetnu tradiciju ima zahvaliti prije svega prirodnim ljekovitim pogodnostima područja u kojem je smješten Lipik, isto kao i svojim izvrsnim stručnjacima, koji znaju spojiti prirodne izvore i najbolja medicinska dostignuća u kombinaciju koja je velikom broju ljudi donijela ozdravljenje. Ljekovita mineralna voda ima stalnu temperaturu izvorišta od 62°C, a u kemijskom sastavu najviše su zastupljeni fluor, natrij, kalcij, kalij i hidro-karbonat.

U današnjem obliku bolnica radi od 1971. godine, nastavljajući tradiciju Lječilišta Lipik staru koliko i samo naselje - preko dva stoljeća. U Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Lipik provodi se rehabilitacija neuroloških stanja i bolesti, reumatskih bolesti, posttraumatskih stanja, postoperativna rehabilitacija, smetnje kontrole mokraćnog mjehura, te se provodi preventivno liječenje i prakticira zdravstveni turizam. O liječenju se brinu liječnici specijalisti - 7 fizijatara, 2 neurologa, 1 internista, te logoped-defektolog, fizioterapeuti, radni terapeuti, medicinske sestre i drugi djelatnici (oko 200 djelatnika). U sastavu Bolnice je EKG i EMNG kabinet, kuhinja s restoranom i dr. Duljina tretmana u Bolnici ovisi o vrsti i težini oboljenja i traje od dva do šest tjedana (prosječno 3 tjedna).[51]

Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Lipik je u posjedu građevinskog objekta "Hotel fontana" koji se nalazi unutar jedinstvene cjeline Specialne bolnice Lipik i koji je potrebno obnoviti, podići razinu i kvalitetu smještajnih kapaciteta i usluga u cilju osiguranja pretpostavki za jaču orijentaciju prema emitivnim tržištima zdravstvenog turizma (prevencija i medicinska rehabilitacija) i domaćim i inozemnim turistima kojima su motivi putovanja odmor i rekreacija (wellness, lovni turizam) te uživanje u prirodnim ljepotama (park prirode) i lokalnoj eno-gastro ponudi, kao i poboljšanje kvalitete ponude hotelskih kapaciteta u turističkoj regiji kontinentalne Hrvatske koja višestruko zaostaje za ponudom u regiji jadranske Hrvatske i grada Zagreba.

Hotel Fontana, kao smještajni objekt u sklopu Specijalne bolnice Lipik, povezan je toplom vezom s drugim objektima u kojima Specijalna bolnica Lipik pruža usluge medicinske rehabilitacije i zdravstvene njege, a koji se sastoji od prizemlja i 2 kata, 59 soba, ambulante za

[51] http://www.bolnica-lipik.hr/?vrsta=3&lang=1&id=1

pregled pacijenata, kapele i pratećih sadržaja. Projekt obnove uključuje kompletno preuređenje postojećih soba i dogradnju novih 28 soba čime će se podići razina smještajnih kapaciteta na 87 soba uz restoran sa 200 sjedećih mjesta i dopunske sadržaje koji se odnose na bazen, trim kabinet, wellness, fitness. Za sve dopunske i rekonstruirane postojeće sadržaje, predviđena je i kompletna nova tehnička infrastrutkura. Rekonstrukcijom i dogradnjom javne građevine predviđa se korištenje obnovljivih izvora energije visokog stupnja korisnosti u cjelogodišnjem pogonu s ciljem smanjenja eksploatacijskih troškova primarne energije što će uz obnovu građevinskim materijalima, toplinskim zaštitama i primjenom štednih i termoenergetskih uređaja, rezultirati statusom niskoenergetske zgrade s energetskim certifikatom klase B. Očekivano razdoblje trajanja ugovora je provedbe ovog projekta je 17 godina te je očekivana procijena vrijednosti projekta 55.300.000 HRK.[52]



Slika 10: Lipičke toplice
Izvor: http://www.034portal.hr/clanak.php?id=20775&naslov=lipicke-toplice-u-pregovorima-s-privatnim-investitorom-za-obnovu-fontane-vrijedne-50-milijuna-kuna

[52] http://www.aik-invest.hr/jpp-project/specijalna-bolnica-za-medicinsku-rehabilitaciju-lipik/

5. ZAKLJUČAK

Vidljivo je da suradnja javnog i privatnog sektora postoji još od davnina kada se pojavio problem potražnje za prijevozom robe i putnika, opskrbe pitkom vodom, izgradnje javne infrastrukture i sl. Javno-privatno partnerstvo predstavlja model suradnje dvaju sektora kako bi udruženjem znanja i resursa zadovoljili javnu potrebu te isporučili kvalitetniju i učinkovitiju uslugu. To partnerstvo općenit je naziv za različite oblike povezanosti i suradnje javnih tijela i poslovnih subjkata čiji je cilj osigurati financiranje, izgradnju, obnovu, upravljanje ili održavanje infrastrukturnih objekata ili osigurati financiranje i pružanje usluga od javnog interesa. Model javno-privatnog partnerstva se pojavljuje kadajavnom sektoru nedostaju financijski ili pak neki drugi resursi.

Prednosti koje se javljaju korištenjem ovog modela se primjećuju ulaskom novih partnera koji imaju inovativne ideje i rješenja za pružanje usluga kako bi se bolje zadovoljili javni ciljevi i interesi, a pritom koristeći manji rok donošenja odluka i same izgradnje. Glavni ekonomski razlog primjene je trenutno rasterećenje zaduženja državnih i lokalnih vlasti kao investitora. No, kao i svaki model, i javno-privatno partnerstvo ima neke nedostatke koje ga sputavaju. Najveći uočeni problem je kompleksnost samog procesa koji traje duže od tradicionalnog načina,čemu je rezultat povećanje inicijalnih troškova za javni i za privatni sektor. Osim kompleksnosti, najčešća ograničenja u primjeni javno-privatnog partnerstva smatraju se dugotrajnost procesa odabira partnera, složenost procedure i nepostojanje standardnih uvjeta ugovora.

No, osvrnuvši se na projekte javno-privatnog partnerstva u sektoru zdravstva, vidljivo je da su se pojavile potrebe koje zahtjevaju posebna znanja od javnog, ali i privatnog sektora. Tako zdravstveni sektor zahtjeva određene investicije, izgradnje, obnove koje nisu moguće bez uključivanja privatnog sektora zbog pojave financijskih nedostataka. Tu javni sektor definira uvjete realizacije projekta, a privatni ih sektor prihvaća sudjelujući u projektu ulažući svoje resurse. Opći ciljevi i prioriteti u zdravstvenom sektoru su se oduvijek odnosili na kvalitetu zdravlja, pristup i dostupnost javne zdravstvene usluge svim građanima te su se zadržali i do danas. Upravo iz tog razloga sektor zdravstva ima velike potrebe za različitim investicijskim ulaganjima u kojima mu može pomoći privatni sektor.

S obzirom da financiranje zdravstva i njenih usluga predstavlja velik izazov zbog stalnog rasta izdataka i ograničenih resursa, zdravstvo se susreće sa mnogim izazovima vezanim uz promicanje i zaštitu sektora. Gledajući zdravstvo u odnosu na druge javne usluge, vidljiva je veća kompliciranost i složenost s obzirom da ih koristi većina stanovnika kojima je svakom naposeb potreban individualan pristup i pažnja. Upravo iz tog razloga je potrebna konstantna inovativnost (nova tehnologija i lijekovi) i dostupnost usluge, uz održavanje kvalitete kako bi krajnjim korisnicima bila dostupna što bolja zdravstvena pomoć.

Danas u Republici Hrvatskoj postoji četiri projekta odobrenih za provedbu od strane Agencije za investicije i konkurentnost, a to su Neuropsihijatrijska bolnica "dr. Ivan Barbot" Popovača, Opća bolnica Varaždin, Klinički bolnički centar Rijeka te Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Lipik. Kroz zadnjih nekoliko godina se može uočiti povećan broj projekata javno-privatnog partnerstva u Hrvatskoj, a najviše na područjima obnova prometnica, zdravstvenih i školskih ustanova.

Treba vjerovati da će budućnost modelu javno-privatnog partnerstva donjeti pozitivne promjene te da će nastaviti s evolucijom nudeći različite varijante modela kako bi se održali u korak sa različitim potrebama javnog sektora i na taj način omogućili dodatne koristi. S obzirom da je spomen javno-privatnog partnerstva tek „odnedavno" dao jeka u Hrvatskoj treba vidjeti hoće li razne pogodnosti ovog modela doći do punog izražaja s obzirom da zahtjeva detaljne analize i razne usporedbe projekata javno-privatnog partnerstva sa sličnim projektima ostvarenim putem tradicionalnog načina. Te analize bi nam trebale dati smjernice za daljnja riješavanja prepreka i poteškoća pri budućem korištenju ovog modela.

LITERATURA

Knjiga:

1. Aviani D.: Pravna zaštita u postupku dodjele javnih ugovora - harmonizacija hrvatskog prava s acquis communautaire, Zbornik radova pravnog fakulteta u Splitu, Split, 2008.
2. Jurčić D.: Osnove javno-privatnog partnerstva i projektnog financiranja, RRiF plus, Zagreb, 2011.
3. Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014.
4. Ropac D.: Javno zdravstvo, INTER-ING, Zagreb, 2011.

Internet:

1. http://www.unizd.hr/portals/4/nastavni_mat/1_godina/metodologija/METODE_ZNANSTVENIH_ISTRAZIVANJA.pdf
2. https://kohompgz.files.wordpress.com/2012/06/jurlina-alibegovic_2012-06-04.pdf
3. http://moj.efst.hr/nastava/oglasi/73919_1.-POJAM-OBILJEZJA-I-SADRZAJ-JPP.pdf
4. http://moj.efst.hr/nastava/oglasi/74106_3.-MODELI-I-TIPOLOGIJA-JPP.pdf
5. http://moj.efst.hr/nastava/oglasi/74852_11.-JPP-RIZICI.pdf
6. https://www.scribd.com/doc/191138329/JAVNO-ZDRAVSTVO
7. https://hr.wikipedia.org/wiki/Zdravstvo
8. http://med.mefmo.ba/eucenje/claroline/backends/download.php?url=L1NvY2lqYWxuYV9tZWRpY2luYS8xLlBvamFtX2lfZGplbG9rcnVnX3NvY2lqYWxuZV9tZWRpY2luZS5wZGY%3D&cidReset=true&cidReq=SMIMZ
9. https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//Sjednice/Arhiva//1a-149.pdf
10. http://www.hdfrm.com/zakoni/2006-05-01-zakon-nacrt-strategije-razvoja-zdravstva-2006-2011.htm
11. http://www.esf.hr/wordpress/wp-content/uploads/2015/02/GLAVNI-DOKUMENT_Sporazum_o_partnerstvu_HR.pdf
12. http://www.aik-invest.hr/jpp/proces-jpp-a/
13. https://npbp.hr/o-nama/povijest-bolnice
14. http://www.aik-invest.hr/jpp-project/neuropsihijatrijska-bolnica-dr-ivan-barbot-popovaca/

15. http://cei.hr/upload/2015/03/20150305_popovaca_hrv_54f83cec6d3c6.pdf
16. http://www.obv.hr/povijest/g5
17. http://www.aik-invest.hr/jpp-project/opca-bolnica-varazdin/
18. http://www.radiomegaton.hr/novosti/regija/item/1315-predstavljanje-jpp-projekta-opca-bolnica-varazdin.html
19. http://cei.hr/novosti/priopcenje-povodom-skorog-raspisa-javnog-nadmetanja-opca-bolnica-varazdin-82/
20. http://kbc-rijeka.hr/profil/
21. http://www.aik-invest.hr/jpp-project/klinicki-bolnicki-centar-rijeka/
22. http://www.bolnica-lipik.hr/?vrsta=3&lang=1&id=1
23. http://www.aik-invest.hr/jpp-project/specijalna-bolnica-za-medicinsku-rehabilitaciju-lipik/
24. http://www.034portal.hr/clanak.php?id=20775&naslov=lipicke-toplice-u-pregovorima-s-privatnim-investitorom-za-obnovu-fontane-vrijedne-50-milijuna-kuna

POPIS SLIKA

Red br.	Naziv slike	Strana
1.	Javno-privatno partnerstvo (Izvor: https://kohompgz.files.wordpress.com/2012/06/jurlina-alibegovic_2012-06-04.pdf)	9
2.	Prikaz prostornog razmještaja kliničkih i općih bolnica RH (Izvor: http://www.hdfrm.com/zakoni/2006-05-01-zakon-nacrt-strategije-razvoja-zdravstva-2006-2011.htm)	21
3.	Ciljevi javno-privatnog partnerstva u sektoru zdravstva u RH (Izvor: https://kohompgz.files.wordpress.com/2012/06/jurlina-alibegovic_2012-06-04.pdf)	25
4.	Primjeri različitih vrsta javno-privatnog partnerstva u sektoru zdravsta u drugim zemljama (Izvor: https://kohompgz.files.wordpress.com/2012/06/jurlina-alibegovic_2012-06-04.pdf)	28
5.	Struktura financiranja zdravstva u RH (Izvor: Jurlina Alibegović D.: O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski Institut, Zagreb, 2014., str. 38)	31
6.	Proces provedbe javno-privatnog partnerstva (Izvor: http://www.aik-invest.hr/jpp/proces-jpp-a/)	33
7.	Projekt Neuropsihijatrijska bolnica “dr. Ivan Barbot” Popovača (Izvor: http://cei.hr/upload/2015/03/20150305_popovaca_hrv_54f83cec6d3c6.pdf)	35
8.	Dogradnja zgrade kirurgije Opće bolnice Varaždin (Izvor: http://cei.hr/novosti/priopcenje-povodom-skorog-raspisa-javnog-nadmetanja-opca-bolnica-varazdin-82/)	37
9.	Projekt preuređenja bolnice u Rijeci (Izvor: http://kbc-rijeka.hr/projekt-nove-bolnice/)	40
10.	Lipičke toplice (Izvor: http://www.034portal.hr/clanak.php?id=20775&naslov=lipicke-toplice-u-pregovorima-s-privatnim-investitorom-za-obnovu-fontane-vrijedne-50-milijuna-kuna)	42