

Financijsko poslovanje kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj

Grubišić, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Economics and Business / Sveučilište u Zagrebu, Ekonomski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:148:080157>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-22**



Repository / Repozitorij:

[REPEFZG - Digital Repository - Faculty of Economics & Business Zagreb](#)



Sveučilište u Zagrebu
Ekonomski fakultet
Diplomski studij: Financije

**FINANCIJSKO POSLOVANJE KLINIČKIH BOLNIČKIH
CENTARA U HRVATSKOJ**

Diplomski rad

Ana Grubišić

Zagreb, rujan, 2020.

Sveučilište u Zagrebu

Ekonomski fakultet

Diplomski studij: Financije

**FINANCIJSKO POSLOVANJE KLINIČKIH BOLNIČKIH
CENTARA U HRVATSKOJ**

**FINANCIAL ANALYSIS OF CLINICAL HOSPITAL CENTRES
IN CROATIA**

Diplomski rad

Ana Grubišić, 0067524200

Mentor: Doc. dr. sc. Marko Primorac

Zagreb, rujan, 2020.



Sveučilište u Zagrebu
Ekonomski fakultet



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

- Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je diplomski rad isključivo rezultat mog vlastitog rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja se na objavljenu literaturu, a što pokazuju korištene bilješke i bibliografija.

Izjavljujem da nijedan dio rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz necitiranog rada, te da nijedan dio rada ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za bilo koji drugi rad u bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili obrazovnoj ustanovi.

Zagreb, rujan, 2020.

(mjesto i datum)

Ana Grunskić

(vlastoručni potpis studenta)

Sažetak i ključne riječi

Predmet rada jest utvrditi teorijski pregled zdravstvenih sustava unutar kojih značajnu ulogu, kao najviši stupanj zdravstvene skrbi, imaju klinički bolnički centri čije će se financijsko poslovanje analizirati. U Hrvatskoj postoji deset različitih tipova zdravstvenih ustanova, od kojih su klinički bolnički centri najveći, pružajući sveobuhvatnu uslugu koja uključuje dijagnostičke metode, pretrage i terapijske zahvate. Glavni cilj rada je analiza poslovanja kliničkih bolničkih centara u Republici Hrvatskoj (KBC – ovi Zagreb, Sestre milosrdnice, Split, Rijeka i Osijek). Analiza je provedena na temelju podataka dobivenih iz računa dobiti i gubitka i bilanci za navedene kliničke bolničke centre u 2018. i 2019. godini, preciznije, analizirali su se prihodi i rashodi, imovina i obveze te financijski pokazatelji. Rezultati analize pokazali su postojanje značajnih pritisaka na likvidnost KBC – ova, što utječe na sigurnost poslovanja. Također, pokazatelji profitabilnosti, koji sugeriraju na uspješnost poslovanja, pokazali su negativne trendove.

Ključne riječi: klinički bolnički centar, zdravstveni sustav, zdravstvena zaštita, analiza poslovanja, Hrvatska

Summary and key words

The subject of this thesis is to establish a theoretical overview of health system within which a significant role, as the highest level of health care, have clinical hospital centres whose financial analysis will be presented. There are ten different types of health care facilities in Croatia, of which clinical hospital centres are the largest, providing a comprehensive service that includes diagnostic methods, tests and therapeutic procedures. The main goal of this thesis is to provide financial analysis of clinical hospital centres in the Republic of Croatia (clinical hospital centre Sestre milosrdnice, Zagreb, Split, Rijeka and Osijek). The analysis was conducted on the basis of the data from profit and loss accounts and the balance sheets for these clinical hospital centres in 2018 and 2019, more precisely, revenues and expenditures, assets and liabilities and financial indicators were analyzed. The results of the analysis showed the existence of significant pressures on the liquidity of clinical hospital centres which affects the security of business. Also, profitability indicators, which suggest business performance, showed negative trends.

Key words: clinical hospital centre, health care system, health care, financial analysis, Croatia

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Predmet i cilj rada.....	1
1.2. Izvori podataka i metode prikupljanja.....	1
1.3. Sadržaj i struktura rada.....	1
2. KARAKTERISTIKE SUSTAVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	3
2.1. Posebnosti usluga zdravstvene zaštite	3
2.2. Troškovi ostvarivanja zdravstvene zaštite.....	5
2.3. Uloga javnog sektora u pružanju usluga zdravstvene zaštite	12
3. FINANCIRANJE ZDRAVSTVENOG SUSTAVA	16
3.1. Financiranje zdravstvenog sustava u Europskoj uniji	17
3.2. Posebnosti financiranja zdravstva u Hrvatskoj.....	24
3.3. Fiskalni rizici zdravstvenog sustava u Hrvatskoj	29
4. ANALIZA POSLOVANJA KLINIČKIH BOLNIČKIH CENTARA U HRVATSKOJ	32
4.1. Analiza prihoda i rashoda, primitaka i izdataka	32
4.2. Analiza imovine, obveza i vlastitih izvora financiranja	41
4.3. Analiza financijskih pokazatelja.....	44
5. ZAKLJUČAK	50
POPIS TABLICA	52
POPIS GRAFIKONA	53
POPIS SLIKA	53
LITERATURA	54
ŽIVOTOPIS	57

1. UVOD

U ovom poglavlju bit će predstavljeni predmet i glavni ciljevi rada, kao i metode i izvori podataka koji će se koristiti. Na kraju uvodnog poglavlja bit će ukratko opisana struktura rada sa sadržajem.

1.1. Predmet i cilj rada

Predmet rada jest utvrditi teorijski pregled zdravstvenih sustava unutar kojih značajnu ulogu, kao najviši stupanj zdravstvene skrbi, imaju klinički bolnički centri čije će se financijsko poslovanje analizirati. Cilj rada je utvrditi kako klinički bolnički centri koji predstavljaju najviše bolničke institucije u Hrvatskoj posluju te analizirati njihove prihode, rashode, imovinu i obveze kako bi se utvrdila povezanost strukture navedenoga s efikasnošću djelovanja.

1.2. Izvori podataka i metode prikupljanja

U pisanju rada koristit će se metode prikupljanja sekundarnih podataka iz različitih statističkih izvora (OECD, Svjetska zdravstvena organizacija, Ujedinjeni narodi, HZZO), metode deskriptivne statistike kao i metode usporedbe. Analizom podataka iz različitih izvora, dobit će se cjelovita slika financijskog poslovanja kliničkih bolničkih centara u Republici Hrvatskoj.

1.3. Sadržaj i struktura rada

U svrhu prikaza glavnog cilja, rad je podijeljen u pet dijelova. U uvodnom dijelu bit će predstavljeni glavni ciljevi i metode koje će biti korištene u radu, potom će u drugom tematskom dijelu biti prikazan teorijski okvir sustava zdravstvene zaštite. U trećem tematskom dijelu bit će prikazano financiranje zdravstvenih sustava na razini Europske unije i na primjeru Hrvatske. U ovom poglavlju bit će prikazane i potencijalne koristi od javno – privatnog partnerstva u sektoru zdravstva, s osvrtom na reforme zdravstvenog sustava od osamostaljenja Republike Hrvatske. U četvrtom tematskom dijelu analizirat će se poslovanje kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj, kroz analizu financijskih izvještaja,

odnosno pregled stanja imovine, obveza, prihoda, rashoda i financijskih pokazatelja kroz dvije referentne godine (2018. i 2019.). U petom dijelu bit će prikazani zaključci rada.

2. KARAKTERISTIKE SUSTAVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Primarna namjena zdravstvenog sustava neke zemlje predstavlja zdravstvenu zaštitu stanovništva pa se tako prioriteta i glavni ciljevi u zdravstvu vežu uz kvalitetu zdravstva i dostupnost javnih zdravstvenih usluga svim građanima. Kako bi ti ciljevi bili ispunjeni, potrebna su značajna financijska sredstva i stalna ulaganja. Međutim, zdravstveni sustav često nema adekvatna financijska sredstva kojima bi se financirale brzo rastuće i sve skuplje zdravstvene tehnologije (zahvaljujući proračunskim ograničenjima) pa će u ovom tematskom dijelu naglasak biti na troškovima ostvarivanja zdravstvene zaštite i izvorima financiranja istih. Na samom početku poglavlja bit će prikazane najznačajnije karakteristike i specifičnosti usluga zdravstvene zaštite i zdravstva, a na kraju poglavlja važnost uključivanja javnog sektora u pružanje usluga zdravstvene zaštite.

2.1. Posebnosti usluga zdravstvene zaštite

Zdravstvo treba razlikovati od zdravstvene zaštite jer zdravstvo predstavlja javnu službu od posebnog društvenog značaja, koja djeluje organizirano u praksama i zdravstvenim ustanovama, dok zdravstvena zaštita, uz aktivnosti koje se odvijaju u zdravstvenim ustanovama, obuhvaća i sve mjere koje nastoje unaprijediti i očuvati zdravlje te koje provode svi ostali sektori. Nadalje, kako bi se moglo govoriti o karakteristikama i posebnostima usluga zdravstvene zaštite, važno je napomenuti da zdravlje ne predstavlja robu u ekonomskom smislu, na koju bi mogli djelovati tržišni mehanizmi te dovesti do efikasne alokacije resursa u zdravstvu, odnosno, kao potrošno dobro, zdravlje ima direktan utjecaj na pojedince jer bi svi htjeli očuvati zdravlje (i biti zdravi), a kao kapitalno dobro, ima utjecaj i na čitavo tržište jer to podrazumijeva da su ljudi više sposobni za rad kojim se povećava dohodak i zadovoljstvo.¹ Posebnosti usluga zdravstvene zaštite i zdravstva uključuju:

- 1) Neregularnosti i nepredvidivost oboljenja,
- 2) Postojanje vanjskih učinaka (eksternalija),

¹ Jurković, P. (1986) Osnove ekonomike društvenih djelatnosti, Ekonomski institut Zagreb: Zagreb.

- 3) Nemogućnost pojedinca u procjenjivanju svoga zdravstvenog stanja te posljedično iznimno značajnu ulogu medicinskih stručnjaka u prosuđivanju načina i opsega medicinskog tretmana,
- 4) Dvostruki karakter izdataka za zdravstvenu zaštitu – uvijek su potrošnja, ali u velikom broju slučajeva su i investicija,
- 5) Zdravstveno područje intenzivno je i radom i kapitalom (po jedinici outputa zahtijeva visoko angažiranje rada i kapitala),
- 6) Povezanost i međuovisnost osnovne djelatnosti (pružanje zdravstvenih usluga) s procesom obrazovanja novih kadrova te
- 7) Netečevinski karakter zdravstvenih djelatnosti.²

Zbog svega navedenoga, u zdravstvu se može primijetiti nedjelotvornost tržišnih zakonitosti. U svijetu postoje različiti modeli zdravstvenih sustava, primjerice, u SAD – u zdravstveni sustav predstavlja čisti profitni sustav, dok se u većini europskih zemalja može govoriti o neprofitnom sustavu u smislu da glavni cilj nije ostvarivanje profita već nekih drugih vrijednosti, odnosno promicanja i očuvanja zdravlja. Neki od razloga zbog kojih bi zdravstveni sustav temeljen na profitnim načelima bio neodrživ uključuju:

- 1) Temelj svakog društva (koje teži pravednim odnosima) podrazumijeva jednaku dostupnost zdravstvenoj zaštiti svih stanovnika,
- 2) Zdravstvene se usluge proizvode kao i ostale robe, ali se ne mogu skladištiti, preprodavati, uvoziti, izvoziti niti stavljati na rasprodaju,
- 3) Kupac zdravstvenih usluga nije uvijek siguran što kupuje jer je kraj služenja zdravstvenom zaštitom neizvjestan,
- 4) Otežano vrednovanje krajnjeg ishoda liječenja,
- 5) Bolest, zdravlje i ozdravljenje nisu isključivo povezani s djelovanjem zdravstvenog sustava, već ovise i o genetici, društvenim uvjetima i životnim stilom pojedinca
- 6) Potreba za zdravstvenim uslugama pojavljuje se tek kada se osoba zatekne u bolesnom stanju (zdrave osobe neće željeti koristiti zdravstvene usluge) što dovodi do toga da se potreba za medicinskom uslugom javlja samo kod bolesnih pa tako medicinski postupci nemaju vrijednost sami za sebe već su vezani uz bolesnike,

² Vašiček, V., Dražić Lutilsky Ivana, Dragija, M., Bertoni, M., De Rossa, B., Grisi, G., Rebelli, A., Osmančević, J., Juroš, L. (2016) Procesni pristup obračunu troškova u sustavu zdravstva, Tim4Pin d.o.o. za savjetovanje: Zagreb

- 7) Ista medicinska usluga za istog pacijenta imat će, ovisno o stanju bolesti, različite vrijednosti
- 8) Potražnja za medicinskom uslugom raste s njezinom stvarnom ili obećanom djelotvornošću,
- 9) Kupac zdravstvene usluge ne zna što treba te će učiniti sve što mu liječnik savjetuje kako bi ozdravio,
- 10) Uvođenje privatnog zdravstvenog osiguranja koje potvrđuje neodrživost tržišnih mehanizama u zdravstvu, odnosno stvara se nepravda u zdravstvenom sustavu – „moralni hazard“ (profitno usmjerena zdravstvena osiguranja određuju iznos osiguranja za svaku osobu pojedinačno pa će tako osobi koja ima velike sklonosti obolijevanju osiguranje biti jako skupo pa ga neće moći niti priuštiti, dok će mlađim i zdravijim pojedincima, biti jeftinije te će ga upravo oni ugovarati i plaćati),
- 11) Raspodjela zdravstvenih dobara u tržišno usmjerenom zdravstvenom sustava odvijat će se načelom potražnje, a ne načelom pravednosti.³

2.2. Troškovi ostvarivanja zdravstvene zaštite

Sustav financiranja zdravstvene zaštite podrazumijeva pravila, načela, instrumente, mehanizme i metode kojima se prikupljaju sredstva zdravstvene zaštite te se omogućuje njihova distribucija pružateljima zdravstvene zaštite.⁴ Prema izvješću Svjetske zdravstvene organizacije, izdatci za zdravstvo bilježe ubrzani rast. Prosječni izdatci za zdravstvo na globalnoj razini iznosili su 7,8 trilijuna američkih dolara u 2017. godini (oko 10% svjetskog BDP – a), dok su isti u 2016. godini iznosili oko 7,6 trilijuna američkih dolara.⁵ U izvješću su zemlje podijeljene prema dohotku (s niskim dohotkom, sa srednjim i sa visokim). Zdravstveni sektor i izdatci za zdravstvo povećavaju se po većoj stopi od rasta BDP – a. Tako za zemlje sa srednjim dohotkom, prosječni izdatci za zdravstvo rasli su između 2000. i 2017. godine za 6,3% godišnje, dok je BDP u istom razdoblju rastao za 5,9%. U zemljama niskog dohotka, zdravstveni izdatci rasli su po godišnjoj stopi od 7,8%. Prosječni izdatci u zemljama niskog dohotka iznosili su 41 američki dolar po stanovniku u 2017. godini, dok su isti, za usporedbu, u zemljama visokog dohotka bili

³ Gorjanski, D. (2009) Je li hrvatski zdravstveni sustav – sustav?: Nedjelotvornost tržišnih zakonitosti u zdravstvu. Osijek: Matica hrvatska Ogranak Osijek

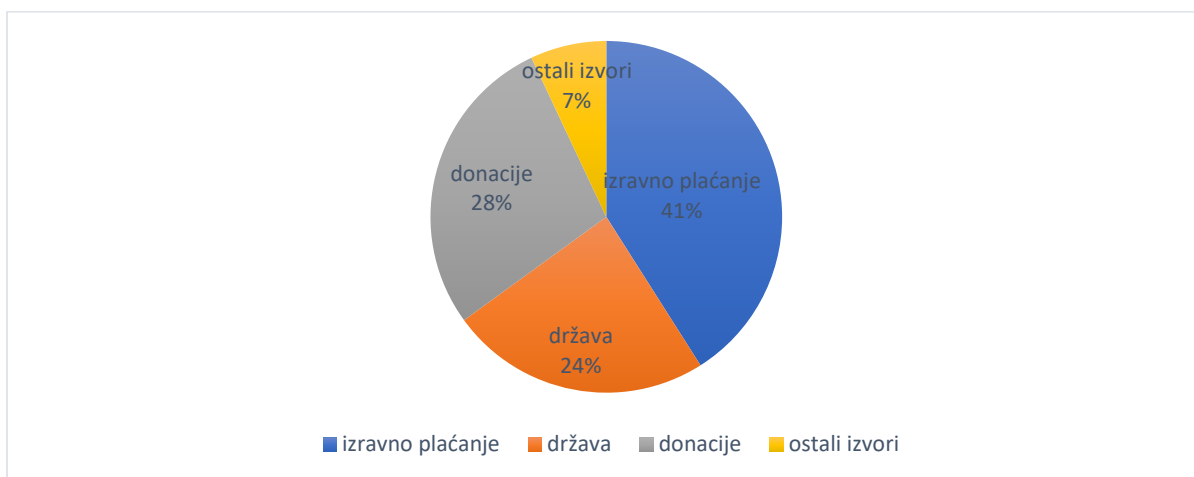
⁴ Letica, S. (1984). Kriza i zdravstvo. Zagreb: Stvarnost

⁵ Svjetska zdravstvena organizacija (2019). Global spending on health: A world in transition. Geneva: Svjetska zdravstvena organizacija

2.937 američkih dolara po stanovniku. Zemlje s visokim dohotkom činile su oko 80% globalne potrošnje, dok se udio u potrošnji zemalja sa srednjim dohotkom između 2000. i 2017. godine povećao s 13% na 19%.

Na grafikonima 1, 2 i 3 prikazani su izvori financiranja zdravstva u zemljama niskog, srednjeg i visokog dohotka. U zemljama niskog dohotka (grafikon 1) najveći dio izdataka za zdravstvo financira se izravnim plaćanjem (41%), potom putem države (24%), iz donacija (28%) te iz ostalih izvora (7%).

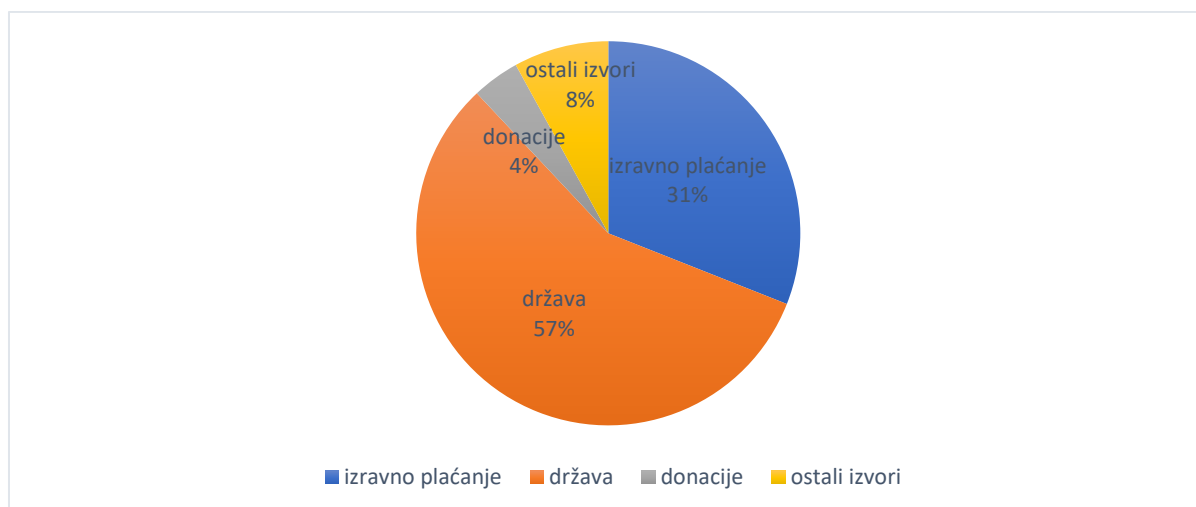
Grafikon 1. Izvori financiranja zdravstva u zemljama niskog dohotka (2000. – 2017. godina)



Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija

Javni izdatci za zdravstvo predstavljaju oko 60% ukupnih zdravstvenih izdataka, a isti su imali trend pada u razdoblju od 2010. do 2017. godine, s 4,9% na 3,4%. Također, kako se zdravstveni sustav širi i razvija, postaje manje ovisan o izravnom plaćanju usluga („plaćanje iz džepa“). No, u periodu 2000. – 2017. godine, izravno plaćanje usluga u zemljama niskog i srednjeg dohotka udvostručilo se, dok se u zemljama visokog dohotka povećalo za gotovo 50%. Financiranje zdravstvenih izdataka donacijama predstavlja svega 0,2% na globalnoj razini, a ovaj izvor nastavlja biti značajan u zemljama niskog dohotka gdje čini oko 28% ukupne zdravstvene potrošnje (grafikon 1). U zemljama srednjeg dohotka (grafikon 2), najveći dio izdataka financira država (57%), 31 % financiran je izravnim plaćanjem usluga, donacijama 4% i ostalim izvorima 8%.

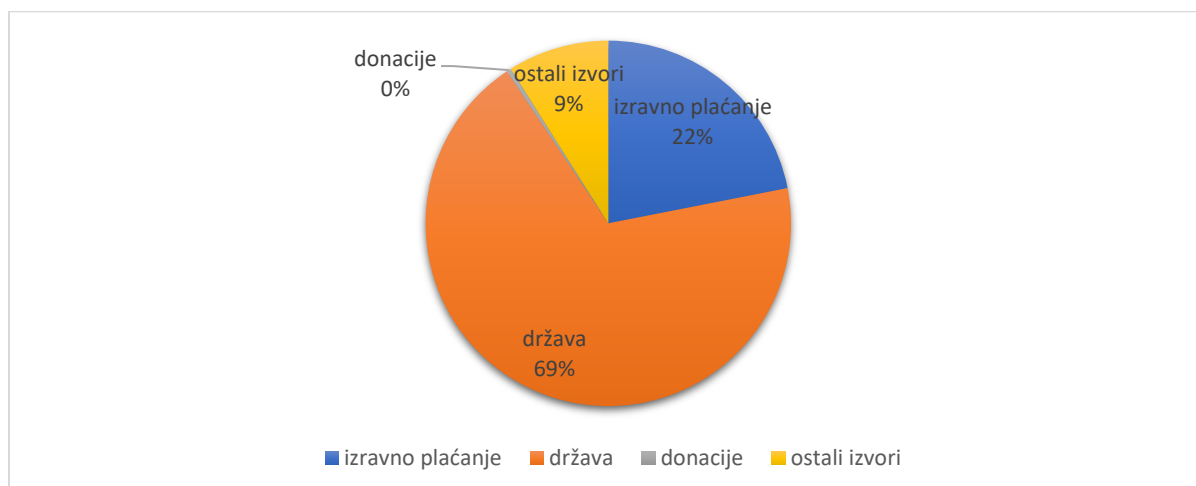
Grafikon 2. Izvori financiranja zdravstva u zemljama srednjeg dohotka (2000. – 2017. godina)



Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija

U zemljama visokog dohotka (grafikon 3), država financira 69% zdravstvenih izdataka, izravnim plaćanjem usluga financirano je 22% zdravstvenih izdataka, donacijama svega 0,2%, a ostalim izvorima 9%.

Grafikon 3. Izvori financiranja zdravstva u zemljama visokog dohotka (2000. – 2017. godina)



Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija

U tablici 1 prikazani su nacionalni izdatci za zdravstvo u odabranim zemljama za 2000., 2010. te 2017. godinu.

Tablica 1. Izdatci za zdravstvo, u milijunima US dolara

	2000.	2010.	2017.
Kanada	1.999	5.044	4.755
Kuba	180	607	988
SAD	4.560	7.957	10.246
Hrvatska	371	1.126	902
Njemačka	2.335	4.597	5.033
Japan	2.740	4.060	4.169

Izvor: World Health Organization, Global Health Expenditure Database

Iz tablice 1 može se primijetiti jedinstveno obilježje zdravstvene zaštite, odnosno način na koji se razvija, a to je da se u svim zemljama izdatci za zdravstvo povećavaju iz godine u godinu. U SAD – u, kao jednoj od vodećih svjetskih ekonomija, za koju je karakteristično privatno pribavljanje zdravstvenog osiguranja, izdatci za zdravstvo iznosili su 2000. godine 4.560 milijuna američkih dolara, odnosno 13% BDP – a, od kojih je država financirala svega 44%. Izdatci za zdravstvo u 2010. godini gotovo su se udvostručili te je i dalje vidljiv trend rasta izdataka za zdravstvo koji su u 2017. godini iznosili 10.246 milijuna američkih dolara, odnosno 17% BDP – a. Što se tiče privatnog zdravstvenog osiguranja, u SAD – u većinu (oko 90%) osiguravaju poslodavci za svoje zaposlenike, čija je posljedica gubitak zdravstvenog osiguranja uslijed gubitka posla.⁶ Također, javlja se i problem nepovoljnog izbora jer poslodavac kupuje osiguranje u ime skupine zaposlenih, a ne pojedinca, što osigurateljima predstavlja manje prosječne troškove osiguranja. Do 80 – ih godina prošlog stoljeća, uglavnom se koristio sustav nadoknade prema troškovima (plaćanje ustanovama zdravstvene zaštite na temelju stvarnih troškova), ali kako se tim sustavom nije moglo poticati značajno smanjenje troškova, počeo se primjenjivati sustav nadoknade prema korisniku (pružatelji zdravstvenih usluga primaju godišnji iznos po pacijentu bez obzira na usluge koje isti koristi).⁷ Medicare i Medicaid dva su glavna tipa organizacije javnog zdravstvenog osiguranja u SAD – u kojima se nastoji povećati pristup zdravstvenoj zaštiti starijih i nepokretnih pojedinaca kao i siromašnih te se njihovi troškovi uglavnom plaćaju iz poreza, doprinosa, oporezivanja naknada socijalnog osiguranja i

⁶ Rosen, H. S. (1999.) Javne financije: Socijalno osiguranje II: Zdravstvo. 5. izdanje. The McGraw – Hill Companies, Inc.

⁷ Rosen, H. S. (1999.) Javne financije: Socijalno osiguranje II: Zdravstvo. 5. izdanje. The McGraw – Hill Companies, Inc.

općih prihoda.⁸ Kao posljedica troškovnog pristupa zdravstvene zaštite u SAD – u, otežano je korištenje zdravstvene zaštite te postoji veliki broj neosiguranih građana.

U Kanadi su izdatci za zdravstvo u 2000. godini iznosili gotovo 2.000 milijuna američkih dolara, odnosno 8% BDP – a, a javni dio ukupnih izdataka za zdravstvo iznosio je 73%. Javno financirana zdravstvena zaštita u Kanadi se financira iz općih prihoda prikupljenih saveznim, pokrajinskim i teritorijalnim oporezivanjem, a provincije mogu naplatiti zdravstvenu premiju svojim stanovnicima kako bi pomogle u plaćanju javno financiranih zdravstvenih usluga.⁹

Kubu, kao socijalističku (slabije razvijenu) zemlju karakterizira nacionalizirani javni program zdravstvene zaštite (u 2010. godini javni dio ukupnih izdataka za zdravstvo iznosio je 91%). Izdatci za zdravstvo u 2000. godini iznosili su 180 milijuna američkih dolara, dok su u 2017. godini isti iznosili gotovo milijardu američkih dolara. Zdravstvena zaštita na Kubi je besplatna, međutim, lijekovi nisu, pa tako nisu ni dostupni svim građanima. Ipak, naglasak na preventivnoj zdravstvenoj zaštiti na Kubi rezultirao je da kubanski zdravstveni sustav ima niske troškove.

U Hrvatskoj su izdatci za zdravstvo u 2000. godini iznosili 371 milijun američkih dolara, odnosno 8% BDP – a, a javni dio ukupnih izdataka za zdravstvo iznosio je 85% (zdravstvena zaštita uglavnom se financira od prihoda od doprinosa). I u Hrvatskoj je vidljiv trend rasta zdravstvenih izdataka pa su isti u 2017. godini iznosili nešto više od 900 milijuna američkih dolara. U Hrvatskoj se novčana sredstva za zdravstvenu zaštitu utvrđuju svake godine putem proračuna kako bi se osigurala učinkovitost uz zadržavanje kvalitete pruženih zdravstvenih usluga. Tako su u primarnoj zdravstvenoj zaštiti timovi u djelatnosti opće medicine plaćeni iznosom po osiguranoj osobi (glavarini), ali i imaju mogućnost dobivanja dodatnih sredstava ukoliko provode određene dijagnostičko – terapijske postupke ili putem sklapanja ugovora s domom zdravlja i provođenje preventivnih programa.¹⁰ Na sekundarnoj razini (specijalističko – konzilijarna i bolnička zdravstvena zaštita) utvrđuju se maksimalni iznosi za provođenje zdravstvene zaštite (limiti) iznad kojih zdravstvene ustanove ili privatni zdravstveni radnici ne mogu HZZO – u ispostavljati račune za provedenu zaštitu.¹¹

⁸ Audretsch, D., Lehmann, E., Richardson, A., Vismara, S. (2015). *Globalization and public policy: A Cross Comparative Analysis of the U.S., German and Italian Healthcare System*. Švicarska: Springer International Publishing Switzerland 2015.

⁹ Government of Canada. *Canada's Health Care System: The Role of Government* [online]. Canada: Government of Canada. Dostupno na: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html#a1> [20. srpnja 2020.]

¹⁰ Strizrep, T. et. al. (2011). *Jačanje zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj: Usklađivanje troškova zdravstvene zaštite s osiguranim sredstvima*. Zagreb: TEB – Poslovno savjetovanje d.o.o.

¹¹ Strizrep, T. et. al. (2011). *Jačanje zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj: Usklađivanje troškova zdravstvene zaštite s osiguranim sredstvima*. Zagreb: TEB – Poslovno savjetovanje d.o.o.

U Njemačkoj su zdravstveni izdatci također rasli, u 2000. iznosili su 2.740 milijuna američkih dolara (10 % BDP – a) dok su u 2017. godini isti iznosili 5.033 milijuna američkih dolara (11% BDP – a) te je javni dio ukupnih izdataka za zdravstvo iznosio 78%.

U Japanu su izdatci za zdravstvo također značajno rasli, od 2.740 milijuna američkih dolara (7% BDP – a) u 2000. godini do 4.169 milijuna američkih dolara u 2017. godini (11% BDP – a).

Sve navedene zemlje imaju različite sustave financiranja zdravstva, ali je u svima prisutan trend porasta izdataka za zdravstvo.

Primarna zdravstvena zaštita predstavlja put kojim bi financijska tranzicija trebala osigurati jedinstveno zdravstveno pokriće.¹² Izdatci, odnosno troškovi ostvarivanja primarne zdravstvene zaštite variraju između zemalja, od 30% do 88% ukupnih zdravstvenih izdataka (veći udio izdataka na primarnu zdravstvenu zaštitu vidljiv je u zemljama nižeg dohotka). Ipak, samo trećinu troškova primarne zdravstvene zaštite pokriva država, dok se u zemljama nižeg dohotka gotovo 50% troškova primarne zdravstvene zaštite pokriva iz privatnih izvora.

Dok su sve brzorastuće ekonomije povećavale stvarni trošak za zdravstvo po stanovniku u razdoblju od 2000. do 2017. godine, najefikasnije je započeo prijelaz financiranja zdravstvenih izdataka na način da se povećavao udio države te su se počele osnivati i jačati udružene institucije.¹³

Izdatci za primarnu zdravstvenu zaštitu variraju od zemlje do zemlje, čineći između 33% i 88% ukupnih zdravstvenih izdataka. Isti su po stanovniku viši u zemljama visokog dohotka, dok čine veći udio u ukupnim zdravstvenim izdancima u zemljama srednjeg i nižeg dohotka. Oko trećine izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu financira država, a sredstva za financiranje izdataka za lijekove i medicinska pomagala (od strane države) u svim su zemljama ograničena.

Prema Sustavu zdravstvenih računa, troškovi ostvarivanja zdravstvene zaštite uključuju:

- Troškove za izvanbolničko liječenje koji uključuju: opću ambulantnu kurativnu skrb, zubnu ambulantnu kurativnu skrb, ambulantnu skrb koja nije drugdje svrstana, kućnu kurativnu njegu i dugotrajnu kućnu i ambulantnu njegu,
- Troškove preventivne zaštite,

¹² WHO (2019). Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Geneva: WHO. Dostupno na: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf. [26. kolovoza 2020.]

¹³ Ibid

- Troškove medicinske robe i usluga osiguranih izvan zdravstvenog sustava, koji se uglavnom sastoje od lijekova kupljenih izvan domene pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem,
- Troškovi upravljanja i administracije.¹⁴

Prema izvješću Svjetske zdravstvene organizacije, zemlje s višim dohotkom troše više na primarnu zdravstvenu zaštitu od zemalja s niskim dohotkom. Izdatci za lijekove pokazuju velike razlike među zemljama s istim dohotkom te tako ukazuju na važnost određivanja cijena lijekova i sposobnost vlade u tom segmentu (podjela troškova kojom bi se utjecalo na izravnu potrošnju za lijekove). U nekim zemljama, većinu ili gotovo sve lijekove pokriva sustav, dok se u nekim lijekovi plaćaju odvojeno u ljekarnama ili pak pacijenti u potpunosti moraju platiti iz džepa (sustav uopće ne pokriva ove troškove).

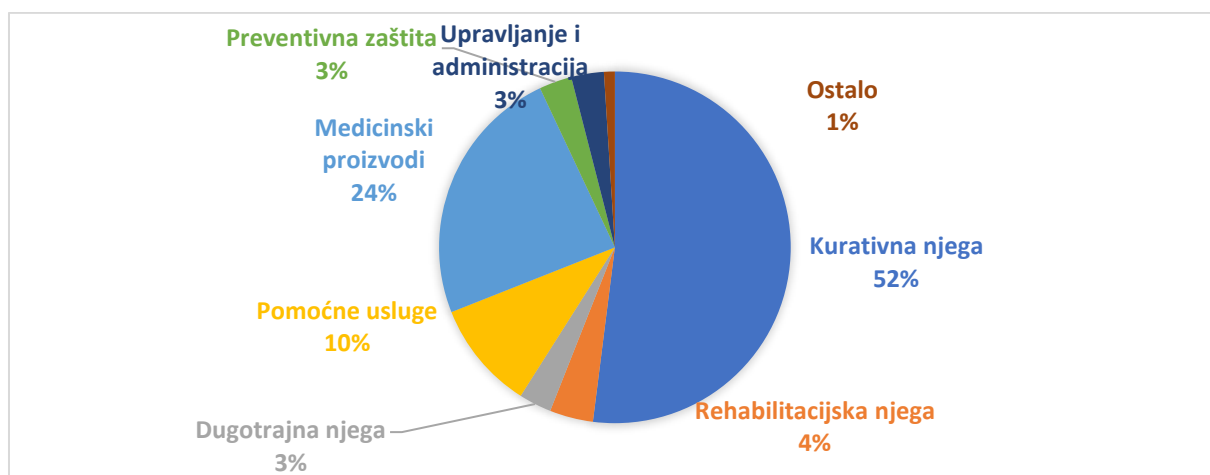
Zemlje s nižim dohotkom imaju tendenciju izdvajati najveći dio zdravstvenih izdataka na preventivnu zaštitu s obzirom da je ona najjeftinija pa i troškovno najefikasnija. Zemlje s višim dohotkom više izdvajaju za ambulantno kurativno liječenje i medicinsku robu i usluge. Prema Izvješću, u prosjeku samo trećinu troškova za preventivnu zdravstvenu zaštitu financiraju vlade (i taj udio pada što zemlja ima niži dohodak), a gdje je taj udio viši, bolja je pokrivenost uslugom jer država osigurava pravednost u zdravstvenom sustavu (što će biti prikazano u narednom poglavlju). U zemljama s nižim dohotkom oko polovine troškova preventivne zaštite financirano je iz privatnih izvora, a vanjski izvori imaju veliku ulogu u financiranju kategoričkih preventivnih programa. U zemljama srednjeg dohotka, veće sudjelovanje države u financiranju troškova preventivne zaštite, ne znači i bolju pokrivenost uslugama jer u ovim zemljama pokrivenost je visoka, ali utječe na bolju kvalitetu pruženih usluga kao i na veću financijsku zaštitu i proširuju prostor za istraživanje i razvoj. Svakako nema univerzalnog pravila kako bi troškovi ostvarivanja zdravstvene zaštite bili najniži, a pružena zdravstvena zaštita najefikasnija te je potrebna dodatna analiza kako bi zemlje mogle pružiti adekvatnu financijsku pomoć za ostvarivanje i ispunjenje optimalne zdravstvene zaštite.¹⁵

¹⁴ Svjetska zdravstvena organizacija. Health Accounts: Health Accounts Methodology [online]. Geneva: Svjetska zdravstvena organizacija. Dostupno na: <https://www.who.int/health-accounts/methodology/en/> [20. kolovoza 2020.]

¹⁵ United Nations (2019). Political Declaration of the Highlevel Meeting on Universal Health Coverage: Universal health coverage: moving together to build a healthier world [online]. New York: United Nations. Dostupno na: <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/05/UHC-Political-Declaration-zero-draft.pdf> [20. kolovoza 2020.]

Iz grafikona 4 može se vidjeti struktura troškova ostvarivanja zdravstvene zaštite prema funkcijama za Hrvatsku, u 2017. godini. Najveći dio ukupnih zdravstvenih izdataka otpada na troškove kurativne njege (52%) te na troškove medicinskih proizvoda (24%).

Grafikon 4. Troškovi ostvarivanja zdravstvene zaštite prema funkcijama, izraženi u % ukupnih zdravstvenih izdataka u Hrvatskoj



Izvor: izrada autora prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije iz baze podataka za 2017. godinu

Prema radu Newhouse – a (1992), sljedeći čimbenici pridonose stopi porasta izdataka za zdravstvo: starenje stanovništva koje rezultira povećanom potražnjom za zdravstvenom zaštitom, pa i povećanjem troškova, porast dohotka koji povećava potražnju za zdravstvenim uslugama, zdravstvena osiguranja koja plaćaju dio troškova što također povećava potražnju za zdravstvenim uslugama i tehnološki napredak (poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite).¹⁶

2.3. Uloga javnog sektora u pružanju usluga zdravstvene zaštite

Zdravstveno osiguranje jedan je od sustava socijalne skrbi koji generalno pridonose poboljšanju socijalne slike cjelokupnog društva. Isto tako, zdravstvo je važna odrednica osobnog i društvenog blagostanja tako da se veliki broj zemalja trudi što učinkovitije upravljati zdravstvenim sustavom koji će u konačnici omogućiti dostupnost što većem broju stanovnika. Kao što je prethodno rečeno, zdravstveni sustav ne uklapa se u tržišne modele poslovanja, stoga

¹⁶ Rosen, H. S. (1999.) Javne financije: Socijalno osiguranje II: Zdravstvo. 5. izdanje. The McGraw – Hill Companies, Inc.

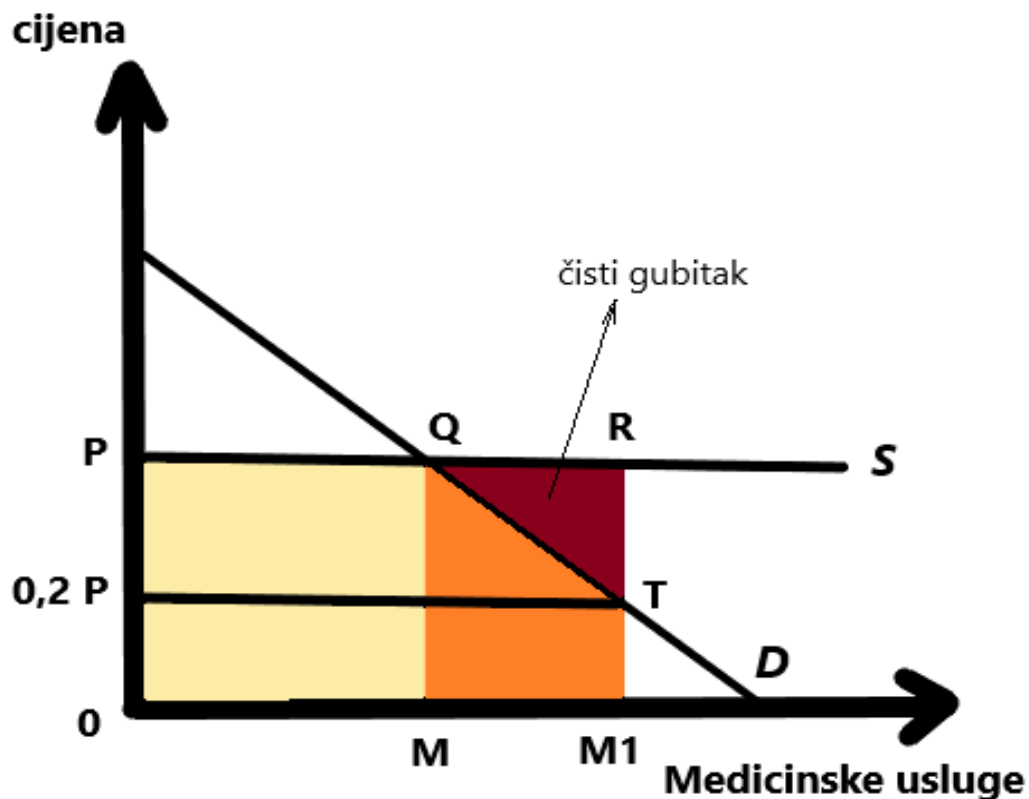
država treba biti uključena u pružanje usluga zdravstvene zaštite. Neki od razloga bit će prikazani u nastavku.

Nedovoljne informacije i asimetričnost informacija karakteristika su zdravstvenih usluga jer kupac zdravstvenih usluga ne zna što mu zapravo treba i što kupuje. Također, ni prodavatelj medicinske usluge ne zna kakav će ishod biti, ali s obzirom na asimetričnost informacija, zdravstveni djelatnici mogu iskorištavati „monopolističku poziciju“ te tako utjecati na povećanje potražnje za uslugama što će voditi do rasta troškova, ali i smanjenju kvalitete usluge.

Nepovoljan izbor odnosi se na činjenicu da prosječni uzimatelj osiguranja ima veći rizik nego pojedinac u skupini. Osiguravajuće društvo može namjerno povećati premije za grupno osiguranje skupine koja je izloženija riziku upravo zbog činjenice da pojedinac bolje poznaje svoje zdravstveno stanje. Država taj problem može riješiti uvođenjem obveznog zdravstvenog osiguranja te na taj način prisiliti sve članove na plaćanje.

Uključivanjem javnog sektora u pružanje zdravstvene zaštite može se ublažiti moralni hazard koji se vidi na slici 1.

Slika 1. Moralni hazard na tržištu zdravstvenih usluga



Izvor: izrada autora

Slika 1 prikazuje moralni hazard na tržištu zdravstvenih usluga koji predstavlja situaciju u kojoj osoba koja je osigurana od nekog štetnog događaja mijenja ponašanje na način da poveća vjerojatnost nastupanja štetnog događaja. Kako bi se osigurali od neočekivanih i velikih troškova, pojedinci ugovaraju osiguranja koja utvrđuju cijene za skupine ljudi, pa će tako zaštitu kupiti najvjerojatnije oni kojima prijeti najveći rizik što znači da prosječni kupac osiguranja ima veći rizik nego prosječni pojedinac u skupini. Kako osiguranje ublažava i smanjuje posljedice štetnog ponašanja, ljudi su skloni prekomjerno koristiti zdravstvenu njegu jer osiguranje pokriva dio troškova. Na slici 1 prikazane su tržišne krivulje ponude (S) i potražnje za medicinskim uslugama (D). Krivulja ponude zdravstvenih usluga je vodoravna pri cijeni P. Ravnoteža na tržištu postiže se u točki „Q“, a ukupni izdatci za medicinske usluge prikazani su pravokutnikom „PQM0“. Ukoliko se uvede osiguranje, pacijent više neće plaćati cijenu P, već petinu cijene P (pod pretpostavkom da osiguranje pokriva 80% zdravstvenih troškova, a pacijent 20%). Uz nižu cijenu (0.2 P) raste količina tražene zdravstvene zaštite (M1) što znači da sada pacijent na zdravstvene usluge troši manje, a to je prikazano pravokutnikom

„0.2PTM10“. U novoj ravnoteži, iako pacijent plaća nižu cijenu (0.2P), trošak zdravstvenih usluga još je uvijek P, a ostalu razliku plaća zdravstveno osiguranje. Ukupni izdatci prikazani su pravokutnikom „P R M1 0“, a dio koji osiguranje plaća dijelom „P Q T 0,2P“. U konačnici, zbog osiguranja, ukupni izdatci veći su za dio „Q R T“, što znači da pojedinci koji su osigurani ne snose ukupni granični trošak svoje zdravstvene potrošnje, a to omogućuje preveliku potrošnju.¹⁷ Potražnja za javnim zdravstvenim uslugama mogla bi se umanjiti plaćanjem zdravstvenih usluga.

Paternalističke teze zašto bi se država trebala uključiti u pružanje usluga zdravstvene zaštite obuhvaćaju činjenice da ljude treba natjerati na osiguranje radi njihova vlastita dobra, s obzirom da pojedinci ne razumiju kako osiguranje djeluje pa ga ne žele niti platiti, a države su uvele i ustrojile zdravstvene sustave kako bi očuvale i unaprijedile zdravlje svog stanovništva te povećanje socijalnog blagostanja.

¹⁷ Rosen, H. S. (1999.) Javne financije: Socijalno osiguranje II: Zdravstvo. 5. izdanje. The McGraw – Hill Companies, Inc.

3. FINANCIRANJE ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

Suvremeni sustavi zdravstvene zaštite razlikuju se po izvorima financiranja, kao i načinima plaćanja davatelja usluga u zdravstvu. Posljedično, troškovi koje pojedina zemlja izdvaja za zdravstvenu zaštitu, razlikuju se od zemlje do zemlje, ovisno o stupnju razvijenosti. Neki od mogućih izvora financiranja podrazumijevaju: državni proračun, osigurateljni fond (doprinosi obveznog zdravstvenog osiguranja), dobrovoljno/privatno osiguranje, participacije zdravstvenih osiguranika u troškovima korištenja zdravstvenih usluga, donacije, prilozi različitih udruga, institucija i pojedinaca. U ovom poglavlju bit će prikazano financiranje zdravstvenog sustava na razini Europske unije, modeli financiranja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, s posebnim osvrtom na fiskalne rizike zdravstvenog sustava u Hrvatskoj.

Tablica 2. Karakteristike modela financiranja zdravstva

Model	Pokrivenost	Financiranje	Kontrola	Status
Bismarckov	Univerzalna	Socijalno osiguranje	Kombinirana	Socijalno pravo
Beveridgeov	Univerzalna	Porezno	Javna	Socijalna usluga
Tržišni	Djelomična	Privatno osiguranje	Privatna	Osigurani rizici

Izvor: Kovač, N. (2013) Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj [online]. Zabok: Specijalna bolnica sv. Katarina. Dostupno na: file:///C:/Users/Korisnik/Downloads/nevenka_kovac%20(1).pdf [17. svibnja 2020.]

U tablici 2 prikazano je nekoliko modela financiranja zdravstvenog sustava te većina zemalja koristi upravno neki od tih modela ili kombinaciju. Karakteristike Bismarckovog modela su funkcioniranje na načelima solidarnosti i uzajamnosti, odnosno doprinosi za zdravstveno osiguranje plaćaju se na osnovi rada, a javno zdravstvo financira se iz fonda za zdravstveno osiguranje, odnosno novca dobivenog od poreza koje plaća radno aktivno stanovništvo.¹⁸ U Beveridgeovom modelu, zdravstvo se financira iz poreza koje plaćaju svi građani, a država odlučuje koliki dio novca će otići na financiranje zdravstvenog sustava. Tržišni model odnosi se na privatno financiranje kod kojeg se pojedinci plaćajući premije, osiguravaju za određeni period.

¹⁸ Kovač, N. (2013) Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj [online]. Zabok: Specijalna bolnica sv. Katarina. Dostupno na: file:///C:/Users/Korisnik/Downloads/nevenka_kovac%20(1).pdf [17. svibnja 2020.]

3.1. Financiranje zdravstvenog sustava u Europskoj uniji

Financiranje zdravstvenog sustava na razini Europske unije razlikuje se od članice do članice, pa se zapravo ne može govoriti o posebnom zdravstvenom sustavu Europske unije, već o zdravstvenim politikama jer preko njih EU djeluje na zdravlje svojih građana, ostalog stanovništva te pripomaže financijski, u manjim ili većim iznosima. Kada je riječ o zdravstvenoj politici Europske unije, razlikuju se sljedeći segmenti: namjera i cilj koji se želi postići, administrativna organizacija i zakonska baza, odnosno regulativa.¹⁹ To obuhvaća namjere i postupke koji se poduzimaju s ciljem izbjegavanja izbjeglih bolesti i smrti, bilo kroz osiguranje sigurnosti krvnih proizvoda, razvojem dodatnog epidemiološkog kapaciteta preko Europskog centra za prevenciju i kontrolu bolesti, prikupljanjem podataka i njihovom obradom ili investicijskim podrškama u zdravstvenu infrastrukturu.²⁰ Ovo predstavlja područje gdje EU direktno utječe na zdravstvenu zaštitu stanovništva. Međutim, ovo je i područje s najslabijim instrumentima zdravstvene politike jer je utemeljeno na članku koji ograničava djelovanje EU naglašavajući da su organizacija i financiranje zdravstvenih usluga u nadležnosti svake članice zasebno.²¹ EU indirektno utječe na zdravlje svojih građana preko tržišne integracije i regulacije, a to uključuje razne politike i zakonske regulative koje se tiču zdravlja, primjerice standardi koje medicinski i farmaceutski proizvodi moraju zadovoljiti, regulative koje utječu na cijene duhanskih proizvoda, norme za sigurnost hrane i ostalo. Mogućnosti EU da djeluje na zdravlje svojih građana puno su veće u segmentu zakonske regulative, dok su u segmentu financiranja ili izravnog pružanja usluga podosta ograničene.

Financiranje zdravstvenog sustava ovisi o mnogo čimbenika, kako društvenih i ekonomskih, tako i o samoj organizaciji zdravstvenog sustava i financiranju istoga. Ipak, postoji snažna veza između BDP – a zemlje i izdataka koje zemlja troši na zdravstvenu zaštitu. U pravilu, što je veći BDP, viši su i izdaci za zdravstvenu zaštitu. U ovom poglavlju korišteni su podatci prikupljeni s OECD – a, Svjetske zdravstvene organizacije i Eurostata te su u skladu s međunarodno standardiziranim definicijama zdravstvenih izdataka u Okviru sustava zdravstvenih računa.

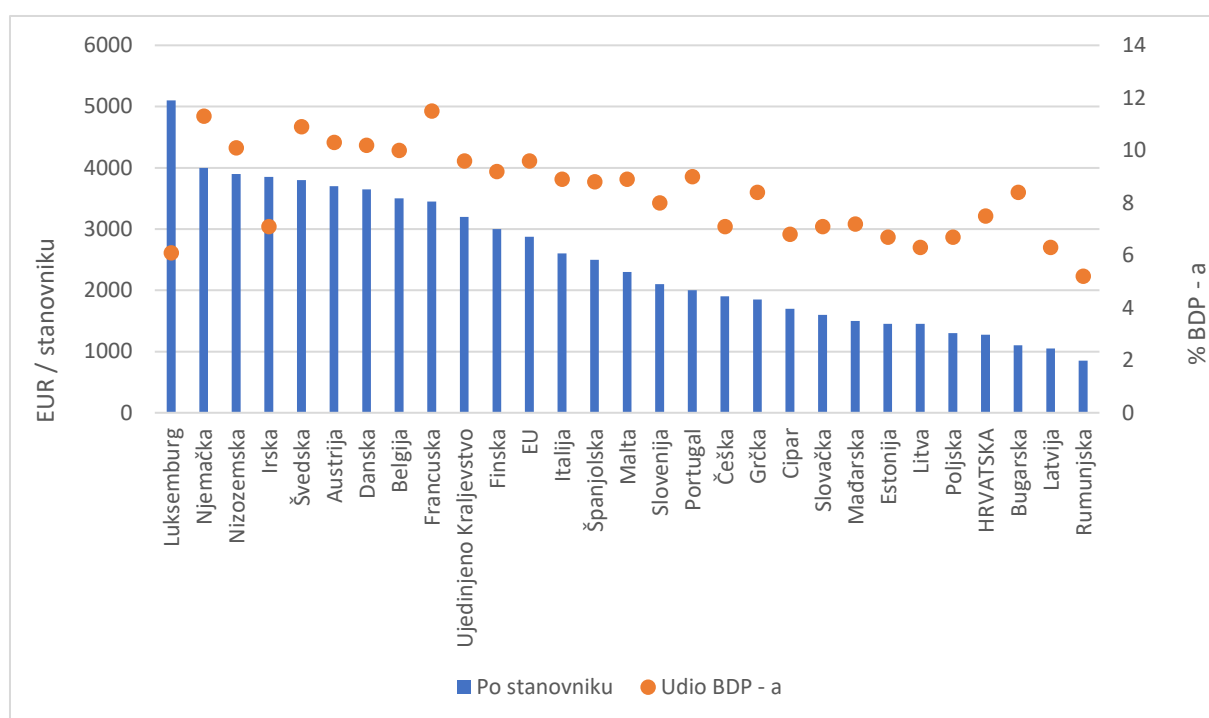
¹⁹ Greer, S. L., Fahy, N., Rozenblum S., Jarman, H., Palm, W., Elliot, H. A., Wismar M. (2018) Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask: Introduction. 2. revidirano izdanje. Brisel: European Observatory on Health Systems and Policies.

²⁰ European Centre for Disease Prevention and Control: ECDC's mission and main activities [online]. Brisel: ECDC. Dostupno na: <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/ecdc-mission-and-main-activities> [11. lipnja 2020.]

²¹ Ibid

Na grafikonu 5 prikazana je potrošnja za zdravstvene usluge u zemljama Europske unije (po stanovniku i kao % BDP – a). U EU je prosječna potrošnja za zdravstvene usluge po stanovniku iznosila nešto više od 4000 eura, odnosno 9,6 % BDP – a. Najviša je bila u visoko razvijenim zemljama poput Luksemburga, Francuske i Njemačke, gdje je iznosila gotovo 12% BDP - a, dok je u Rumunjskoj gotovo upola manja, te je iznosila oko 6% BDP -a. Što se tiče financiranja zdravstvene zaštite, obvezni programi (financirani od strane države ili kao obvezno javno ili privatno zdravstveno osiguranje) bili su dominantna metoda financiranja pa je oko tri četvrtine zdravstvenih troškova financirano upravo iz njih.

Grafikon 5. Potrošnja za zdravstvene usluge u EU za 2017. godinu



Izvor: izrada autora prema podacima OECD – a o zdravstvu, baze podataka WHO – a o izdatcima za zdravstvo, Eurostata

Izdatci za zdravstvo mjere ukupnu potrošnju na zdravstvene usluge i proizvode (kako je definirano u Sustavu zdravstvenih računa), a to se odnosi na izdatke za medicinske usluge i proizvode, javne zdravstvene i preventivne programe te na administrativne troškove.²² Iz grafikona 5 mogu se vidjeti i razlike između potrošnje na zdravstvene usluge po stanovniku u odnosu na ukupnu potrošnju za zdravstvo, izraženu u postotku BDP – a. Visoko razvijene zemlje imaju tendenciju izdvajati više sredstava za financiranje zdravstvenog sustava, međutim

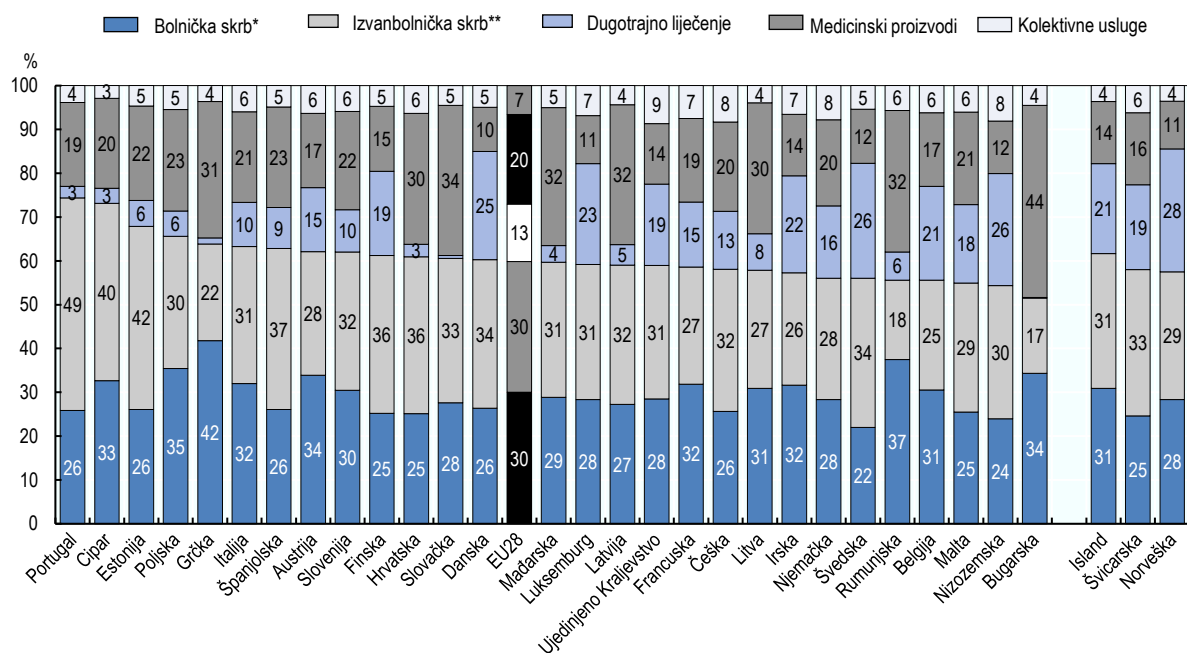
²² OECD/Eurostat/WHO (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition [online]. OECD Publishing: Paris. Dostupno na: [http:// dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en](http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en). [06. lipnja 2020.]

neke zemlje mogu imati visoku potrošnju za zdravstvene usluge po stanovniku, dok ukupna potrošnja izražena kao udio BDP – a može biti relativno niska, i obratno. Primjerice, Slovenija, Grčka i Bugarska trošile su isti udio BDP – a na financiranje zdravstvenog sustava, dok je potrošnja za zdravstvene usluge po stanovniku u Sloveniji bila čak 64% viša u odnosu na onu u Bugarskoj, odnosno 20% viša u odnosu na Grčku. Luksemburg, kao jedna od najrazvijenijih članica Europske unije ima najvišu potrošnju po stanovniku, ali i najnižu ukupnu potrošnju za zdravstvenu zaštitu izraženu kao udio BDP – a, što je još jedan pokazatelj bogatstva ove zemlje. Koliko će iznositi izdatci za financiranje zdravstvenog sustava zemlje ovisi o mnoštvu čimbenika. U 2016. godini, članice Europske unije čak su tri petine ukupnih sredstava za financiranje zdravstva trošile na programe liječenja i rehabilitacije, 20% na medicinske proizvode (uglavnom lijekove), 13% na dugotrajnu njegu vezanu uz zdravlje te preostalih 7% na kolektivne usluge, odnosno na prevenciju i javno zdravlje te upravljanje zdravstvenim sustavom i administraciju.²³ Na grafikonu 6 prikazani su izdatci za zdravstvo prema funkciji. Zemlje su rangirane prema zbroju bolničke i izvanbolničke skrbi kao udjelu u tekućim izdatcima za zdravstvo. Izdatci za bolničku skrb kretali su se od 22% ukupnih izdataka za zdravstvo u Švedskoj, pa do 42% u Grčkoj, koja je imala najveći postotak izdataka za bolničku skrb u EU. Izdatci za izvanbolničku skrb (koji uključuju kućnu njegu i pomoćne poslove) kretali su se između 17%, koliko su iznosili u Bugarskoj, i čak 49% ukupnih izdataka za zdravstvo, koliko su iznosili u Portugalu. U većini zemalja izdatci za izvanbolničku skrb bili su veći od izdataka za bolničku skrb. Sljedeću kategoriju zdravstvenih izdataka predstavljaju izdatci za medicinske proizvode koji se primjenjuju u izvanbolničkoj skrbi, a oni ovise o mnoštvu čimbenika, distribucijskim kanalima, prevalenciji generičkih lijekova, različitim relativnim cijenama u zemljama i slično.²⁴ Izdatci za medicinske proizvode u ukupnim izdatcima za zdravstvo, bili su najviši u Bugarskoj, gdje su iznosili 44% ukupnih izdataka, dok su u Švedskoj i Nizozemskoj isti iznosili svega 12% ukupnih izdataka za zdravstvo. Izdatci vezani uz dugotrajno liječenje i njegu među najvišima su u ukupnim izdatcima za zdravstvo u skandinavskim zemljama (u Švedskoj 26% ukupnih izdataka, u Danskoj 25%, u Finskoj 19%), što je i logično s obzirom da te zemlje imaju uspostavljene i dobro organizirane programe za skrb o starijim i uzdržavanim skupinama stanovništva. U ostalim zemljama, ova kategorija izdataka uglavnom ne čini neki značajan udio u ukupnim izdatcima.

²³ OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle [online]. OECD Publishing, Paris. Dostupno na: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en [07. lipnja 2020.]

²⁴ Ibid

Grafikon 6. Izdatci za zdravstvo prema funkciji (EU28 i odabrane zemlje), 2016. godina



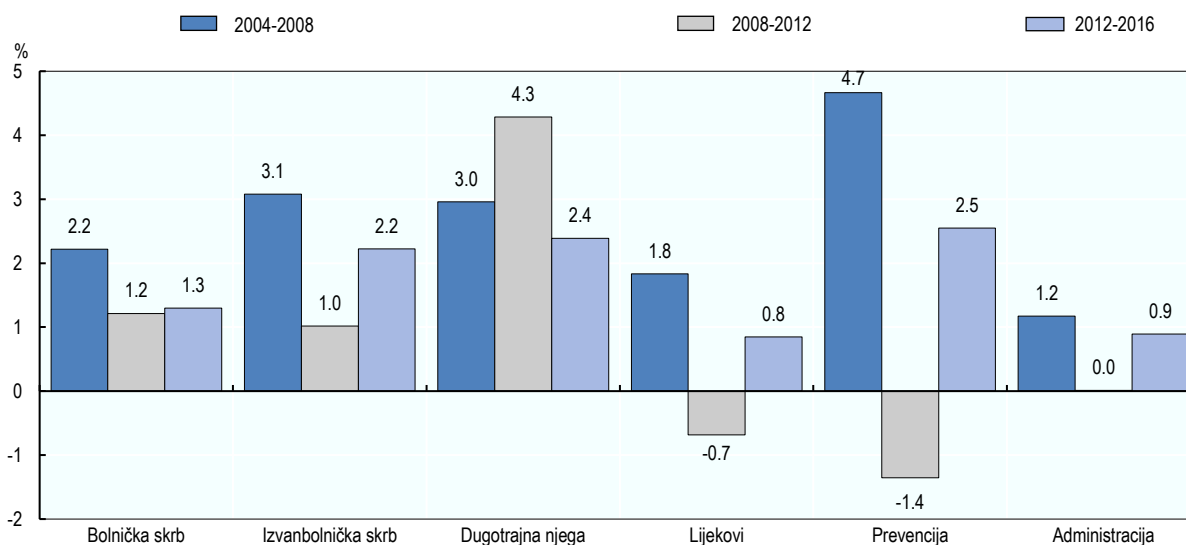
*Odnosi se na kurativno - rehabilitacijsku njegu u bolničkim i dnevnim ustanovama.

** Uključuje kućnu njegu i pomoćne usluge.

Izvor: Health at a Glance: Europe 2018 - © OECD; Eurostat Database.

Na grafikonu 7 prikazane su prosječne stope rasta zdravstvenih izdataka po stanovniku za EU, prema odabranim funkcijama kroz tri razdoblja: prije financijske krize (2004. – 2008. godine), tijekom i neposredno nakon financijske krize (2008. – 2012. godine) i period nakon financijske krize (2012. – 2016. godine).

Grafikon 7. Stope rasta zdravstvenih izdataka po stanovniku za Europsku uniju prema odabranim funkcijama, 2004. – 2016. godine

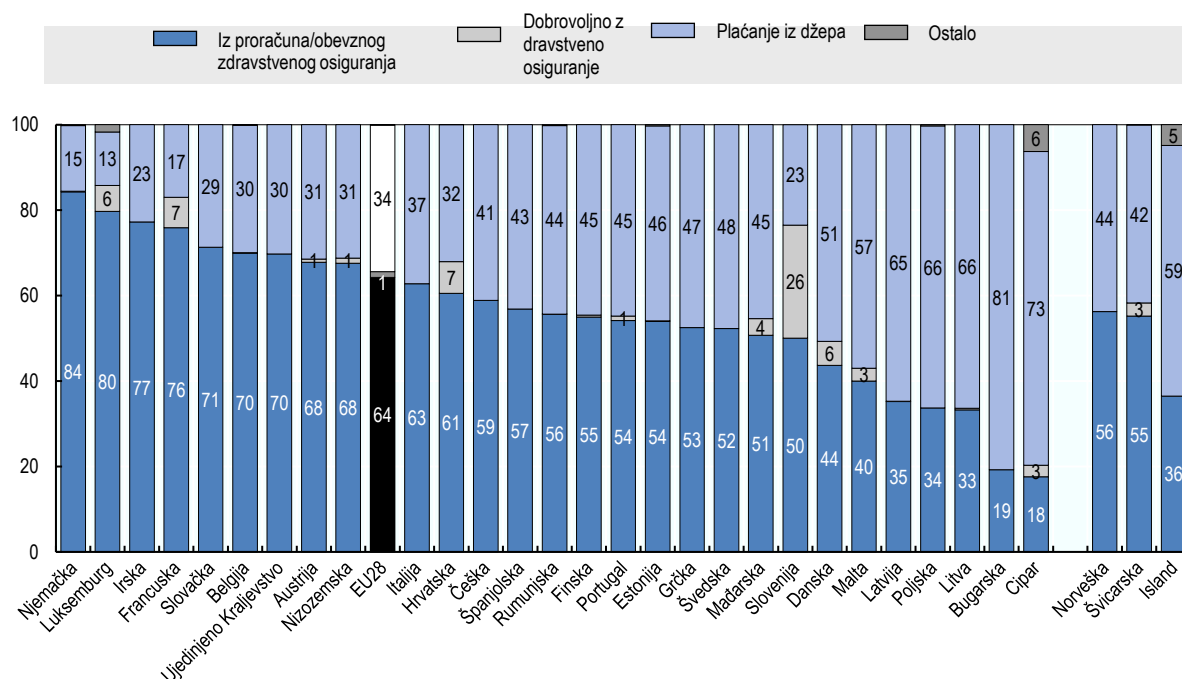


Izvor: OECD Health Statistics 2018; Eurostat Database

Iz grafikona 7 može se vidjeti da su se zdravstveni izdatci prema svim funkcijama tijekom financijske krize i neposredno nakon (u periodu od 2008. do 2012. godine) smanjili. Štoviše, izdatci za lijekove i izdatci za prevenciju u istom su periodu imali negativne stope rasta. Razlike u izdatcima za lijekove variraju od zemlje do zemlje, a odražavaju razlike u cijenama lijekova, njihovoj potrošnji, načinu njihova izdavanja kao i o prodoru generičkih proizvoda na tržište. U EU, Njemačka je imala najveće izdatke za lijekove po stanovniku te su oni iznosili 572 € po stanovniku (što je za oko 40% više od prosjeka EU koji je oko 400 € po stanovniku).²⁵ Dominantan izvor financiranja lijekova jest iz državnog proračuna i/ili iz obveznog zdravstvenog osiguranja, što se može vidjeti iz grafikona 8. U Europskoj uniji u prosjeku je 64% svih izdataka za lijekove pokriveno iz proračuna, 34% financira se izravnim plaćanjem usluga, tzv. „plaćanjem iz džepa“, dok se preostalih 1% financira iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. U Njemačkoj i Luksemburgu se čak oko 80% izdataka za lijekove financira iz proračuna, dok se u Cipru i u Bugarskoj manje od 20% ukupnih izdataka za lijekove pokriva iz proračuna, što ukazuje na značajne razlike među članicama Europske unije.

²⁵ Belloni, A., D. Morgan and V. Paris (2016), “Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges [online], OECD Health Working Papers, No. 87, OECD Publishing, Paris. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en> [07. lipnja 2020.]

Grafikon 8. Zdravstveni izdatci za lijekove prema tipu financiranja (EU28 i odabrane zemlje), 2016. godina



Izvor: OECD Health Statistics 2018; Eurostat Database.

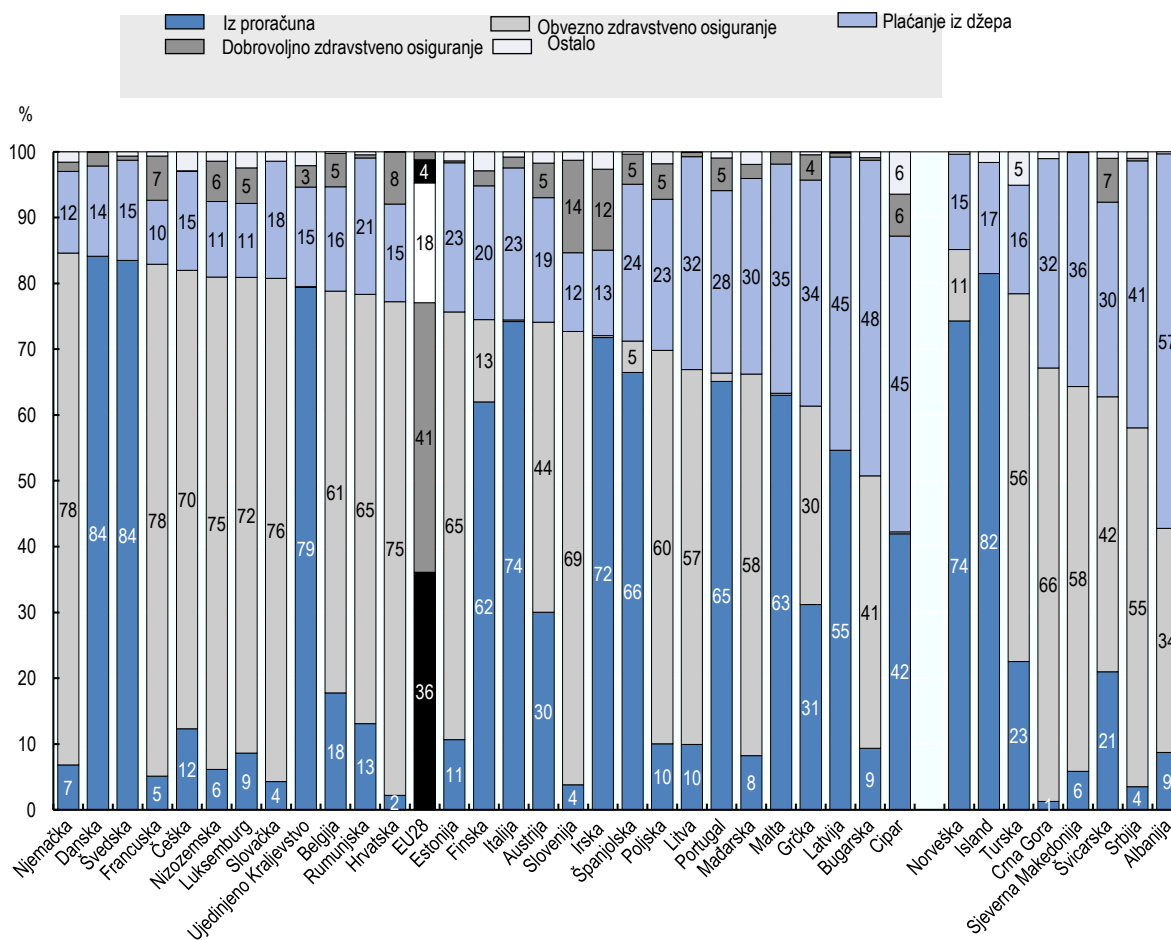
Na grafikonu 9 prikazani su izdatci za zdravstvo prema izvoru financiranja u EU28 i drugim europskim državama za 2016. godinu. I u ovom segmentu vidljive su razlike između zemalja. U prosjeku Europske unije, 36% izdataka za zdravstvo financirano je iz proračuna, 41% iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, 18% iz ostalih izvora te 4% plaćanjem iz džepa. U državama u kojima pojedinci imaju pravo na zdravstvene usluge temeljene na, primjerice prebivalištu, financiranje zdravstvenih izdataka uglavnom je pokriveno iz proračuna ili različitih vladinih programa (skandinavske zemlje, Ujedinjeno Kraljevstvo, Italija, Irska, Španjolska).²⁶ U ostatku članica EU, dominantno je financiranje iz obveznog zdravstvenog osiguranja (socijalno zdravstveno osiguranje ili osiguranje gdje je pokriveno organizirano preko privatnih osiguratelja).²⁷ Spomenuta dva načina financiranja dominantna su u svim navedenim zemljama pa je tako u EU28 oko 77% svih zdravstvenih izdataka financirano iz proračuna i obveznog zdravstvenog osiguranja. Izdatci se pokrivaju iz različitih vrsta prihoda. Javni prihodi podrazumijevaju vladine transfere (uglavnom prihodi od poreza) i doprinose za socijalno osiguranje koje plaćaju zaposlenici, poslodavci i drugi dok privatni prihodi obuhvaćaju premije koje se plaćaju osigurateljima u okviru obveznog ili dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

²⁶ OECD/Eurostat/WHO (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

²⁷ Ibid.

te ostale izvore koji dolaze direktno od kućanstava ili korporacija.²⁸ U većini zemalja vladina uloga je uglavnom veća od toga da je samo običan kupac zdravstvenih usluga, ali je važno naglasiti da vlade financiraju različite javne usluge iz svog proračuna (obrazovanje, obrana, infrastruktura i slično) pa su i izvori sredstava kojima se financiraju izdatci za zdravstvo ograničeni.²⁹

Grafikon 9. Izdatci za zdravstvo prema izvoru financiranja (EU28 i odabrane zemlje), 2016. godina



Izvor: OECD Health Statistics 2018; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

²⁸ Mueller, M. and D. Morgan (2017), “New insights into health financing: First results of the international data collection under the System of Health Accounts 2011 framework”, Health Policy, Vol. 121/7, pp. 764-769, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.008>.

²⁹ Ibid.

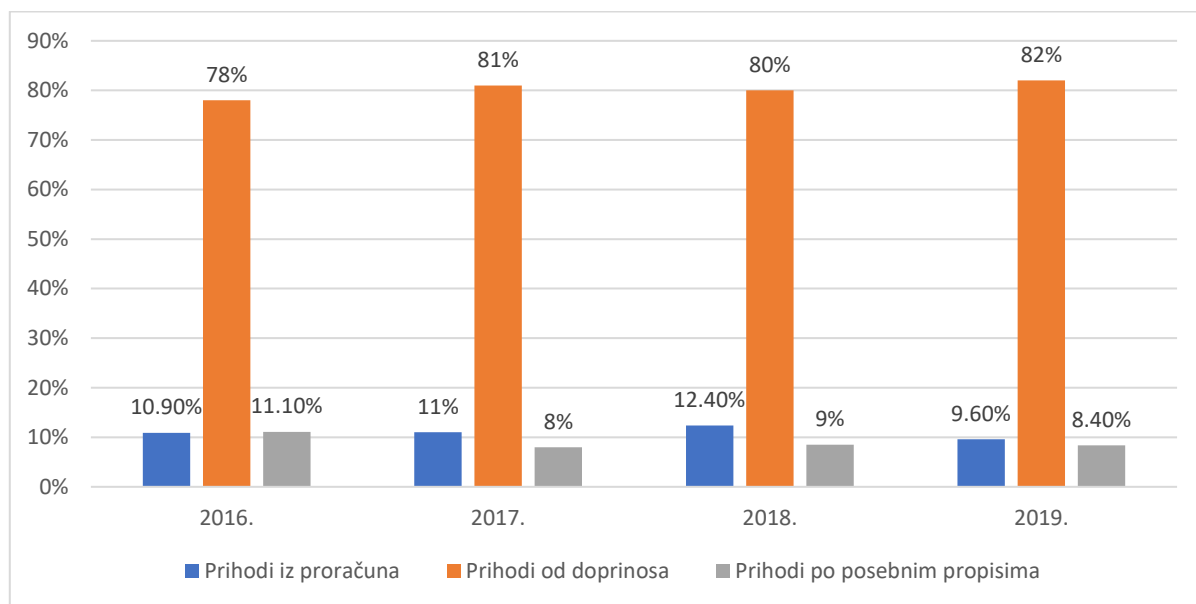
3.2. Posebnosti financiranja zdravstva u Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj, zdravstveni sustav nije financiran isključivo po jednom modelu financiranja, nego je kombinacija Beveridgeovog i Bismarckovog modela koji se temelje na proračunskim prihodima i prihodima od doprinosa. Glavne razlike između financiranja zdravstvenog sustava iz navedenih prihoda su u izvorima prihoda (proračunski prihodi od različitih poreznih i drugih izvora, dok se u sustavu socijalnog osiguranja zdravstvo financira iz namjenskih poreza, točnije iz doprinosa na plaće zaposlenih) i upravljanju potrošnjom (proračunski prihodi raspodjeljuju se prema godišnjim i srednjoročnim proračunskim zakonima na resore od kojih je zdravstvo samo jedan, pa je glavno odrediti razinu zdravstvene potrošnje dok se prihodi od doprinosa ne ulijevaju u državni proračun s ostalim izvorima prihoda, već su isključivo namijenjeni financiranju fonda socijalnog osiguranja).³⁰ Jedini hrvatski osiguravatelj je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, a kako je ujedno i glavni kupac usluga zdravstvene zaštite, ima značajnu ulogu u funkcioniranju zdravstvenog sustava Hrvatske. HZZO određuje cijene za usluge, a pokriva čak 80% troškova zdravstvenih rizika u okviru usluga obuhvaćenih u obveznom zdravstvenom osiguranju (pravo na primarnu zaštitu, specijalističko – konzilijarnu, bolničku zaštitu, upotrebu lijekova koji su na listi HZZO – a, korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, stomatološko – protetske usluge, nadomjeske te ortopedska i ostala pomagala).³¹ Na grafikonu 10 prikazana je struktura prihoda HZZO – a prema izvorima financiranja za 2016., 2017. i 2018. godinu. Korišteni su podatci iz Izvješća o poslovanju HZZO – a u referentnim godinama.

³⁰ Vehovec, M. (2014.) O zdravstvu iz ekonomske perspektive: Kako se financira zdravstvena potrošnja. Zagreb: Ekonomski institut.

³¹ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2013) *Zdravstvena zaštita: Financiranje zdravstvene zaštite* [online]. Zagreb: HZZO. Dostupno na: <https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/financiranje-zdravstvene-zastite/> [17. svibnja 2020.]

Grafikon 10. Struktura prihoda HZZO – a, 2016. – 2019. godine

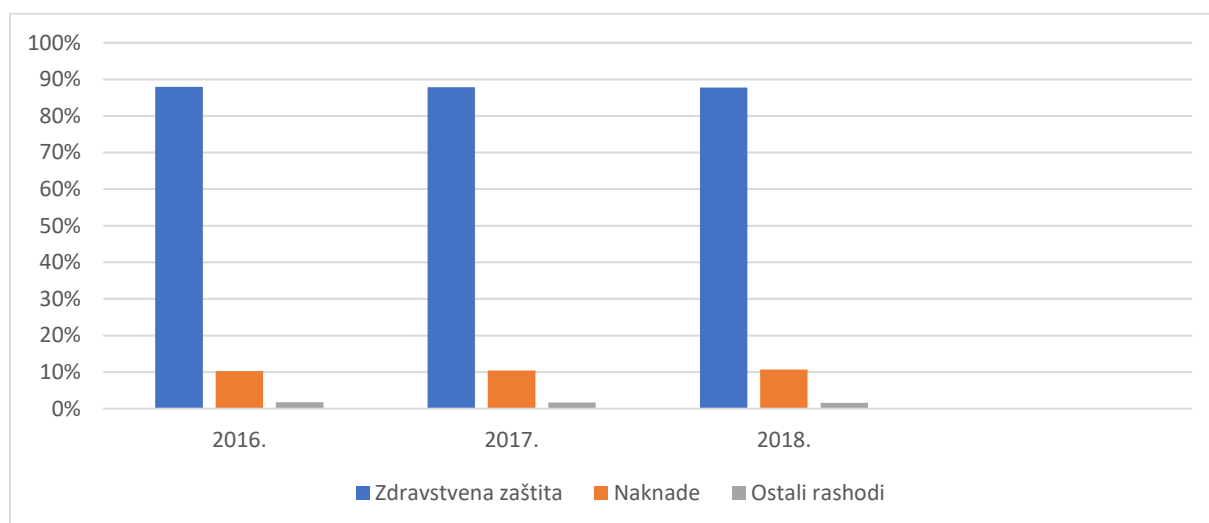


Izvor: izrada autora prema podacima iz Izvješća o poslovanju HZZO – a

Većina prihoda HZZO – a dolazi od doprinosa, oko 80%, zatim od prihoda iz proračuna, oko 10% te od prihoda po posebnim propisima, nešto manje od 10%.

Što se tiče rashoda, na grafikonu 11 prikazana je struktura rashoda HZZO – a u 2016., 2017. i 2018. godini. Najveći dio rashoda, gotovo 90%, odnosi se na izdatke za zdravstvenu zaštitu, odnosno zdravstvenu zaštitu obveznog i dopunskog zdravstvenog osiguranja te na zdravstvenu zaštitu na radu i profesionalne bolesti (specifična zdravstvena zaštita). Sljedeća stavka u rashodima su naknade, koje iznose oko 10% ukupnih rashoda, a obuhvaćaju rashode za zaposlene, materijalne, financijske, ostale rashode, rashode za nabavu nefinancijske imovine i rashode po projektima EU. Što se tiče strukture izdataka za zdravstvenu zaštitu, najveći dio otpada na bolničku zdravstvenu zaštitu (oko 44%), zatim na lijekove na recept (16%) i primarnu zdravstvenu zaštitu (15%).

Grafikon 11. Struktura rashoda HZZO – a, 2016. – 2018. godine



Izvor: HZZO

U tablici 3 prikazane su vrste doprinosa i obračunske stope za obvezno zdravstveno osiguranje. Doprinosi su obvezni za sve zaposlene osobe i poslodavce, a osjetljive skupine stanovništva (umirovljenici, osobe s niskim prihodima) oslobođene su plaćanja doprinosa.³²

Tablica 3. Vrste doprinosa i obračunske stope za obvezno zdravstveno osiguranje u RH

Doprinos za zdravstveno osiguranje	16,5%
Posebni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu	10%
Dodatni doprinos za zdravstveno osiguranje*	1%, 3%, 5%
Posebni doprinos za zdravstveno osiguranje za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti	0,5%

* Za osiguranika čiji je mjesečni iznos mirovine manji od iznosa prosječne neto plaće – 1%

Za osiguranika čiji je mjesečni iznos mirovine viši od iznosa prosječne neto plaće – 3%

Za osiguranika po osnovi nezaposlene osobe i za osiguranika po osnovi osobe kojoj je oduzeta sloboda – 5%

Izvor: NN 106/2018

Hrvatski zdravstveni sustav prije osamostaljenja bio je decentraliziran i neučinkovit te su jedinice lokalne samouprave imale visok stupanj autonomije, odluke su se donosile na političkoj razini, a nadzor nad utrošenim sredstvima i zdravstvenim uslugama bio je

³² Narodne novine (2019), Zakon o doprinosima, Zagreb: Narodne novine d.d., NN 84/08, 152/08, 94/09, 18/11, 22/12, 144/12, 148/13, 41/14, 143/14, 115/16, 106/18.

zanemariv.³³ Zbog svega toga, uslijedile su reforme kojima se nastojalo riješiti financijske probleme i reorganizirati zdravstveni sustav. Reformom iz 1993. osnovan je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje koji je postao središnja ustanova za financiranje zdravstva.³⁴ Također, uvedeni su pružatelji zdravstvenih usluga koji nisu bili pokriveni obveznim zdravstvenim osiguranjem te su na taj način stvoreni temelji za privatno zdravstveno osiguranje. Sredinom 2000. godine provedena je nova reforma te je uveden novi Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju.³⁵ Novim zakonom uvedeno je dopunsko zdravstveno osiguranje čija je svrha bila pokriti razliku između pune cijene zdravstvene usluge i cijene koju podmiruje HZZO te na taj način utjecati na povećanje prihoda HZZO – a. Drugim riječima, cilj reforme bio je uključiti dodatne izvore financiranja s tim da su problemi visoke zdravstvene potrošnje i neučinkovitosti zdravstvenog sustava ostali neriješeni.³⁶ U 2006. godini donesena je nova Nacionalna strategija razvitka zdravstva.³⁷ Javni izvori nisu i dalje bili dovoljni da bi pokrili financijske izdatke zdravstvenog sustava i prihodi su još uvijek bili manji od rashoda. Ovom reformom uvedene su dvije liste lijekova te se na taj način nastojalo utjecati na smanjenje javnih troškova, prvenstveno lijekova. Neučinkovitosti na strani ponude uključivale su: veliki broj zdravstvenih ustanova, decentraliziranu nabavu lijekova i medicinske opreme, neprimjeren sustav financiranja bolničke zaštite koji je poticao dugotrajan boravak pacijenata u bolnicama i brojne druge.³⁸ Sljedeća reforma uslijedila je 2008. godine te je ona bila usmjerena na financijsku stabilizaciju zdravstvenog sustava. Uvela je nove i ojačala postojeće izvore financiranja, a namjera je bila i stroži nadzor nad izvorima troškova. Reforma je povećala obvezna izravna plaćanja građana za zdravstvene usluge („plaćanje iz džepa“) što je dovelo do porasta ugovaranja dopunskog zdravstvenog osiguranja što je u konačnici utjecalo na rast prihoda od dopunskog osiguranja, odnosno na rast ukupnih prihoda. Također, proširio se obuhvat obveznika za plaćanje doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje (uključeni su umirovljenici čije su mirovine bile veće od prosječnih mjesečnih neto plaća). U Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012. – 2020. godine najavljeno je restrukturiranje bolnica čime bi se racionalizirao

³³ Vončina, L., N. Jemai, S. Merkur, C. Golna, A. Maeda, S. Chao i A. Džakula, 2006, Croatia: Health System Review, Health Systems in Transition, 8(7), Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

³⁴ Zakon o zdravstvenom osiguranju, Narodne novine, br. 75/1993.

³⁵ Zakon o obveznom osiguranju, Narodne novine, br. 94/2001.

³⁶ Vončina, L., A. Džakula i M. Mastilica, 2007, “Health Care Funding Reforms in Croatia: A Case of Mistaken Priorities”, Health Policy, 80(1), str. 144-157.

³⁷ Narodne novine, br. 72/2006

³⁸ Vehovec, M. (2014). O zdravstvu iz ekonomske perspektive: Financiranje zdravstva u Hrvatskoj: od reforme do reforme. Zagreb: Ekonomski institut Zagreb

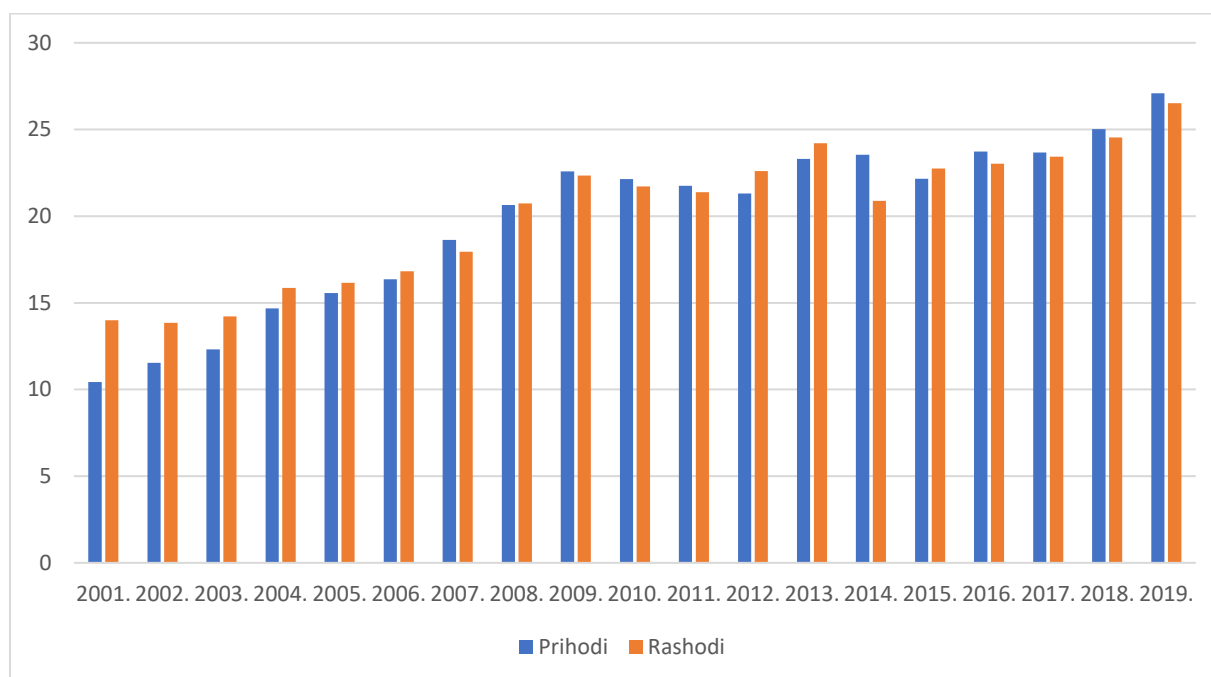
bolnički sustav i povećala sama učinkovitost bolnica. Planirano je i smanjenje izdataka za lijekove na recept.

Na grafikonu 12 prikazani su ukupni prihodi i rashodi HZZO – a od 2001. do 2018. godine u mlrd. kuna. Prihodi i rashodi HZZO – a imaju trend porasta, iako su u 2010., 2011. i 2012. godini prihodi imali blagi pad u odnosu godinu prije. U 2008. godini vidljiv je značajan porast prihoda zahvaljujući spomenutoj reformi iz 2008. godine i proširenju izvora prihoda. U 2008. godini ukupni prihodi iznosili su 20,6 milijardi kuna, dok su isti u 2007. godini iznosili 18,6 milijardi kuna, što predstavlja povećanje od 11%. Međutim, u 2008. godini i rashodi su se povećali. Uz financijsku krizu, pao je broj aktivnih osiguranika, a kako doprinosi aktivnih osiguranika predstavljaju najveći izvor prihoda za zdravstveni sustav, isti je samim time teže mogao podmirivati troškove, pa se dodatno financiranje povlačilo iz proračuna. U 2009. godini, unatoč financijskoj krizi, prihodi su i dalje rasli, kao rezultat reforme iz 2008. godine. Naime, broj osiguranika dopunskog zdravstvenog osiguranja u 2008. godini iznosio je 710 tisuća osiguranika, a u 2009. se povećao na 2,7 milijuna osiguranika, što predstavlja povećanje od 380%, odnosno prihodi od dopunskog osiguranja povećali su se s 501 milijun kuna na 1,7 milijardi kuna (oko 230%) pa su se samim time povećali i ukupni prihodi.³⁹ Ukupni prihodi bili su od 2008. do 2012. godine veći od ukupnih rashoda. U 2012. godini ostvaren je negativan financijski rezultat. U 2014. godini prihodi su bili značajno veći od rashoda, iznosili su 23,5 mlrd. kuna dok su rashodi iznosili 20,8 mlrd. kuna. U 2014. godini donesena je odluka o izlasku HZZO – a iz državne riznice, što je i ostvareno 1. siječnja 2015. godine. Time se htjelo postići vraćanje pacijenata u središte zdravstvenog sustava. Naime, dok je HZZO bio u sustavu državne riznice, nije mogao raspolagati svim sredstvima koja su mu definirana kao izvor prihoda Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, što osim namjenskih doprinosa, obuhvaća i sredstva koja bi državna riznica trebala uplaćivati za troškove zdravstvene zaštite ugroženih skupina.⁴⁰ Time su se prepoznale realne potrebe zdravstvenog sustava.

³⁹ HZZO: Izvješća: Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2009. godinu [online]. Zagreb: HZZO, Dostupno na: http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2016/10/Izvjesce_o_financijskom_poslovanju.pdf [13. lipnja 2020.]

⁴⁰ HZZO: Izlazak HZZO – a iz državne riznice 1. siječnja 2015. godine [online]. Dostupno na: <https://www.hzzo.hr/izlazak-hzzo-a-iz-drzavne-riznice-nuzan-je-preduvjet-stvaranja-boljeg-odgovornijeg-pametnijeg-i-odrzivog-zdravstvenog-sustava-za-sve-nas/> [13. lipnja 2020.]

Grafikon 12. Prihodi i rashodi HZZO – a u mlrd. kn, 2001. – 2019. godine



Izvor: izrada autora prema podacima iz Izvješća o poslovanju HZZO – a

3.3. Fiskalni rizici zdravstvenog sustava u Hrvatskoj

Od stjecanja neovisnosti i uspostavljanja države, hrvatski zdravstveni sustav karakterizira neujednačenost između (dostupnih) resursa i (stalno rastućih) troškova. Naslijeđeni zdravstveni sustav iz socijalističkog razdoblja i Domovinski rat (koji je doveo do značajnog uništenja infrastrukture, kao i do potrebe kasnijeg značajnog izdvajanja iz proračuna za obnovu i sanaciju uništenoga, ali i izdvajanja za skrb o socijalno i zdravstveno ugroženima, čiji se broj nakon rata posebno povećao) doveli su do brojnih reformi u zdravstvu. U početku su reforme bile usmjerene centralizaciji prijašnje decentraliziranog načina prikupljanja sredstava. Potom su se reforme usmjerile na ograničenje troškova što se nastojalo postići smanjenjem opsega besplatnih zdravstvenih usluga pa su tako postavljeni temelji privatnog zdravstvenog osiguranja.⁴¹ Unatoč reformama, kriza hrvatskog zdravstvenog sustava nije riješena. Prema popisu stanovništva iz 2011. godine, Hrvatska je imala nešto više od 17% starijih osoba koje zahtijevaju povećanu skrb što vodi i povećanju troškova zdravstvene zaštite. Također, globalna recesija rezultirala je porastom nezaposlenosti što je dovelo do smanjenja broja radno aktivnog

⁴¹ Zrinščak, S. (2007) Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova. Znanstveni rad. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

stanovništva i poreznih obveznika što je dalje vodilo radu na crno i sve većeg broja poduzetnika čija su plaćanja državi neuredna (a to je dodatno umanjilo priljeve u državni proračun pa tako i u zdravstveni sustav).⁴² Kako je u svijetu, pa i u Hrvatskoj, prisutan trend povećanja cijena zdravstvenih usluga, postoji i povećana potražnja za modernijim dijagnostičkim i drugim metodama (pa se javljaju duge liste čekanja) kao i pritisak vlade na smanjenje troškova u zdravstvu. Daljnji problemi hrvatskog zdravstvenog sustava uključuju: opću financijsku nelikvidnost HZZO – a, nepostojanje odgovarajućeg sustava upravljanja, koncentracija specijalističke medicine u velikim gradovima, nedostatak liječnika i medicinskog osoblja, neracionalno korištenje zdravstvene zaštite, nezdravi stil života, nezadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga i ostalo.⁴³

Iz državnog proračuna za zdravstveni sustav izdvaja se oko 9% BDP – a, ali kako je hrvatski BDP znatno niži od drugih razvijenih ekonomija tako su i manji udjeli u izdvajanju u razvijenim zemljama značajno viši „po glavi stanovnika“ nego u Hrvatskoj. Pad BDP – a dodatno pritišće i osiromašuje prinose za zdravstveni sustav. Doprinosi na plaće drugi su izvor financiranja, ali uz to, osiguranici moraju dodatno izdvajati za nadoplatu pojedinog lijeka ili usluge. Također, doprinose na zdravstveno osiguranje plaća oko trećine stanovništva, dok ostatak, na koji otpada većina zdravstvenih troškova, ne plaća doprinose. Na to posebno utječe činjenica nepovoljne demografske situacije u Hrvatskoj, odnosno starenje stanovništva, ali i iseljavanja radno sposobnog mladog stanovništva. Sve ovo dovodi u pitanje održivost hrvatskog sustava zdravstvenog osiguranja koji je iz svega navedenoga, visoko ovisan o situacija na tržištu radne snage, koja nije najpovoljnija. Isto tako, pritisci vlade na smanjenje troškova preko poticanja privatnog financiranja zdravstvenog sustava dovode u pitanje osnovni cilj zdravstvenog sustava koji bi trebao biti očuvanje i unaprjeđenje zdravlja.⁴⁴

Dodatni izvori financiranja zdravstvenog sustava financiranja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj su izravna plaćanja usluga u privatnim zdravstvenim ustanovama, dopunsko zdravstveno osiguranje, donacije, sponzorstva i drugi izvori.

Međutim, vidljivo je da Hrvatska ima velike problemu u pronalasku sredstava za nesmetano funkcioniranje zdravstvenog sustava pa je Ministarstvo zdravlja objavilo da bi se financiranje

⁴² Puntarić, D., Ropac, D., Jurčev Savičević, A. i suradnici (2015) Javno zdravstvo: Financiranje sustava zdravstvene zaštite. Zagreb: Medicinska naklada.

⁴³ Barić, V., Smolić, Š. (2011) Stabilnost zdravstvenog sustava u recesiji. Znanstveni rad. Zagreb: Biblioteka Ekonomika i razvoj

⁴⁴ Vončina, L., Džakula, A., Mastilica, M. (2007) Health care funding reforms in Croatia: A case of mistaken priorities. Znanstveni rad. Zagreb: Medicinski fakultet.

djelatnosti javnoga zdravstva i ulaganje za zdravlje trebalo ostvarivati uz postojeće izvore i dodatno, novim oblicima partnerstava, čime bi isplativo ulaganje u zdravlje umjesto samo u liječenje, rezultiralo općim napretkom cijelog društva.⁴⁵

⁴⁵ Puntarić, D., Ropac, D., Jurčev Savičević, A. i suradnici (2015) Javno zdravstvo: Financiranje sustava zdravstvene zaštite. Zagreb: Medicinska naklada.

4. ANALIZA POSLOVANJA KLINIČKIH BOLNIČKIH CENTARA U HRVATSKOJ

U ovom tematskom dijelu analizirat će se poslovanje pet kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj, a to su: KBC Sestre milosrdnice, KBC Zagreb, KBC Split, KBC Rijeka i KBC Osijek, kroz analizu, prihoda i rashoda, imovine i obveza te financijskih pokazatelja. Klinički bolnički centar obuhvaća sve dijagnostičke i terapijske metode i zahvate te je kao takav najveći tip bolničke ustanove u Republici Hrvatskoj.

Financijska analiza posebno je bitna za proces upravljanja te prethodi procesu planiranja, a s obzirom da klinički bolnički centri, kao tercijarna zdravstvena zaštita, troše najviše sredstava za zdravstvenu zaštitu, bitno je da se djelatnost bolničkog sustava optimizira, omogućavajući organiziranu, koordiniranu i učinkovitu provedbu zdravstvene zaštite na ovoj razini.

4.1. Analiza prihoda i rashoda, primitaka i izdataka

KBC Sestre milosrdnice je zdravstvena ustanova koja obavlja stacionarnu zdravstvenu zaštitu, polikliničko – konzilijarnu zaštitu te dijagnostičke i ostale metode iz područja medicine. Od 2018. godine KBC Sestre milosrdnice uključen je na jedinstveni račun državnog proračuna pa je tako postao dio novčanog toka Državne riznice.⁴⁶

U tablici 4 prikazani su ostvareni prihodi prema funkcijskoj klasifikaciji za Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, u 2018. i 2019. godini. Najznačajniji prihodi bili su prihodi od poslovanja, u 2018. godini iznosili su nešto više od milijardu kuna, dok su u 2019. godini povećali za 15% te su iznosili gotovo 1,3 milijarde kuna. Najznačajnija stavka u prihodima poslovanja su prihodi iz nadležnog proračuna i od HZZO – a na temelju ugovornih obveza, a isti su se u 2019. godini povećali za 22%. To je rezultat većeg limita HZZO – a za provođenje bolničke i specijalističko – konzilijarne zdravstvene zaštite kao i dodatno uplaćena sredstva u iznosu od 61 milijun kuna. Unutar prihoda od poslovanja, najveće smanjenje imali su prihodi od pomoći od inozemstva i od subjekata unutar općeg proračuna (smanjenje za 62% u odnosu na 2018. godinu), a to je rezultat nekoliko promjena: pomoći od izvanproračunskih korisnika

⁴⁶ Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice (2018). Financijski izvještaji: referentna stranica za 2019. godinu [online]. Zagreb: KBC Sestre milosrdnice. Dostupno na: <https://www.kbcm.hr/sektori-i-sluzbe/sektor-ekonomsko-financijskih-poslova/financijski-izvjestaji/> [20. kolovoza 2020.]

koje su se smanjile oko 40% (odnosi se na doznačena sredstva HZZ – a za pripravnike na stručnom osposobljavanju za rad bez zasnivanja radnog odnosa) te prihodi od imovine koji su se smanjili za oko 70% što je bilo vezano uz, prethodno spomenuti, prelazak u Državnu riznicu i smanjenja kamata od poslovnih banaka. Prihodi od prodaje nefinancijske imovine smanjili su se u 2019. godini za 6%, a ukupni prihodi su se povećali za 15% u 2019. godini.

Tablica 4. Prihodi prema funkcijskoj klasifikaciji za KBC Sestre milosrdnice u 2018. i 2019. godini, u kunama

	2018.	2019.	Indeks
PRIHODI OD POSLOVANJA	1.093.114.178	1.263.874.179	115,00
-porezi	0	0	-
-doprinosi	0	0	-
-pomoći od inozemstva i subjekata unutar općeg proračuna	63.718.902	23.574.294	37,00
-prihodi od imovine	54.957	42.214	77,00
-prihodi od upravnih i administrativnih pristojbi i pristojbi po posebnim propisima	79.626.545	87.520.482	109,00
-prihodi od prodaje proizvoda i roba te pruženih usluga i prihodi od donacija	30.721.752	28.083.886	92,00
-prihodi iz nadležnog proračuna i od HZZO – a na temelju ugovornih obveza	916.922.099	1.120.894.988	122,00
-kazne, upravne pristojbe i ostali prihodi	2.069.923	2.758.315	133,00
PRIHODI OD PRODAJE NEFINANCIJSKE IMOVINE	38.953	36.380	94,00
UKUPNI PRIHODI	1.093.153.131	1.263.910.559	115,00

Izvor: Financijska agencija

U ukupnim rashodima, najznačajniji su bili rashodi od poslovanja, koji su u KBC – u Sestre milosrdnice u 2018. godini iznosili oko 1,1 milijardu kuna te su se isti povećali za 13% pa su u 2019. godini iznosili oko 1,3 milijarde kuna (tablica 5). Unutar rashoda od poslovanja najznačajnije stavke predstavljaju rashodi za zaposlene i materijalni rashodi. Materijalni rashodi povećali su se za gotovo 30% u 2019. godini u odnosu na 2018., a to se najviše odnosi na materijal i sirovine, posebno skupe lijekove za koje je odobren veći limit od strane HZZO – a. Rashodi za nabavu nefinancijske imovine povećali su se za 15%. Ukupni rashodi u 2019. godini bili su za 13% veći od ukupnih rashoda u 2018. godini i iznosili su oko 1,3 milijarde kuna.

Tablica 5. Rashodi prema funkcijskoj klasifikaciji za KBC Sestre milosrdnice u 2018. i 2019. godini, u kunama

	2018.	2019.	Indeks
RASHODI OD POSLOVANJA	1.156.963.626	1.317.033.738	113,00
-rashodi za zaposlene	557.293.671	594.074.989	106,00
-materijalni rashodi	595.775.391	771.634.371	129,00
-financijski rashodi	1.164.977	2.936.043	252,00
-subvencije	0	0	-
-pomoći dane u inozemstvo i unutar općeg proračuna	0	0	-
-naknade građanima i kućanstvima na temelju osiguranja i druge naknade	0	0	-
-ostali rashodi	2.729.587	2.388.335	88,00
RASHODI ZA NABAVU NEFINANCIJSKE IMOVINE	28.613.421	33.157.205	115,00
UKUPNI RASHODI	1.185.577.047	1.350.190.943	113,00

Izvor: Financijska agencija

Sučeljavanje prihoda od poslovanja sa rashodima od poslovanja, za KBC Sestre milosrdnice rezultiralo je manjkom prihoda poslovanja u iznosu oko 53 milijuna kuna. Također, sučeljavanje prihoda od prodaje nefinancijske imovine sa rashodima za nabavu nefinancijske imovine rezultiralo je manjkom u iznosu od 33 milijuna kuna. Iz toga proizlazi i ukupan manjak prihoda i primitaka u iznosu od 86 milijuna kuna.

KBC Zagreb najveća je bolnička ustanova u Republici Hrvatskoj te ima status Središnje nacionalne bolnice, a kao takva pruža najveći broj usluga koje su dostupne svim građanima Republike Hrvatske. Osim osnovne zdravstvene skrbi, istražuje i najnovije metode liječenja i bavi se praćenjem i promicanjem raznih područja medicine na razini čitave države.⁴⁷

U tablici 6 prikazani su ostvareni prihodi prema funkcijskoj klasifikaciji u 2018. i 2019. godini. Prihodi od poslovanja čine 99% ukupnih prihoda. Isti su u 2018. godini iznosili oko 2,2 milijarde kuna te su se povećali u 2019. godini za 9% i iznosili su 2,4 milijarde kuna. Najznačajnija stavka u prihodima od poslovanja, prihodi su iz nadležnog proračuna i od HZZO – a na temelju ugovornih obveza koji su se u 2019. godini povećali za 20% i iznosili su 2,1 milijardu kuna. Sastoje se od: prihoda od HZZO – a za zdravstveno osiguranje prema Ugovoru o provođenju bolničke i specijalističko – konzilijarne zdravstvene zaštite, prihoda za aktivnosti

⁴⁷ KBC Zagreb: O nama: Statut i opći akti KBC Zagreb [online]. Zagreb: KBC Zagreb. Dostupno na: <https://www.kbc-zagreb.hr/o-nama/> [20. kolovoza 2020.]

izvan ugovorenog maksimalnog iznosa sredstava i mjesečnih dodatnih prihoda koji se ostvaruju prema pokazateljima rada u bolničkim zdravstvenim ustanovama.⁴⁸

Tablica 6. Prihodi prema funkcijskoj klasifikaciji za KBC Zagreb u 2018. i 2019. godini, u kunama

	2018.	2019.	Indeks
PRIHODI OD POSLOVANJA	2.225.896.375	2.439.519.942	109,60
-prihodi od poreza	0	0	-
-doprinosi	0	0	-
-pomoći od inozemstva i od subjekata unutar općeg proračuna	161.784.399	41.288.725	25,5
-prihodi od imovine	178.537	427.943	239,7
-prihodi od upravnih i administrativnih pristojbi i pristojbi po posebnim propisima	111.261.632	126.025.951	113,3
-prihodi od prodaje proizvoda i robe te pruženih usluga i prihodi od donacija	201.750.432	166.698.391	82,6
-prihodi iz nadležnog proračuna i od HZZO – a na temelju ugovornih obveza	1.744.789.158	2.100.389.809	120,4
-kazne, upravne mjere i ostali prihodi	6.132.217	4.689.129	76,5
PRIHODI OD PRODAJE NEFINANCIJSKE IMOVINE	165.929	154.413	93,1
UKUPNO PRIHODI	2.226.062.304	2.439.674.355	109,6

Izvor: Financijska agencija

U rashodima KBC – a Zagreb (tablica 7) dominiraju rashodi od poslovanja (povećanje od 14,7% u 2019. godini) u kojima najveći dio otpada na materijalne rashode, oko 65% rashoda od poslovanja. Najveći udio u materijalnim rashodima odnosi se na potrošnju lijekova, medicinskog potrošnog materijala i krvi te krvnih pripravaka. Ostali rashodi u 2019. godini iznosili su oko 1,7 milijardi kuna, što predstavlja povećanje od 111,4% u odnosu na 2018. godinu. Na ovo povećanje utjecala je isplata naknade šteta, zakonskih zatezних kamata i parničnih troškova. Ukupni rashodi u 2019. godini iznosili su oko 2,7 milijardi kuna što predstavlja povećanje od 13% u odnosu na 2018. godinu.

⁴⁸ KBC Zagreb: O nama: Statut i opći akti KBC Zagreb [online]. Zagreb: KBC Zagreb. Dostupno na: <https://www.kbc-zagreb.hr/o-nama/> [20. kolovoza 2020.]

Tablica 7. Rashodi prema funkcijskoj klasifikaciji za KBC Zagreb u 2018. i 2019. godini, u kunama

	2018.	2019.	Indeks
RASHODI OD POSLOVANJA	2.284.850.184	2.620.393.278	114,7
-rashodi za zaposlene	831.924.320	899.238.831	108,1
-materijalni rashodi	1.450.929.537	1.718.266.158	118,4
-financijski rashodi	300.966	218.232	72,5
-subvencije	0	0	-
-pomoći dane u inozemstvo i unutar općeg proračuna	0	0	-
-naknade građanima i kućanstvima na temelju osiguranja i druge naknade	872.336	930.187	106,6
-ostali rashodi	823.025	1.739.870	211,4
RASHODI ZA NABAVU NEFINANCIJSKE IMOVINE	109.819.379	94.521.989	86,1
UKUPNI RASHODI	2.394.669.563	2.714.915.267	113,4

Izvor: Financijska agencija

Što se tiče primitaka i izdataka, KBC Zagreb se u 2019. godini zadužio (od kreditnih i drugih institucija izvan javnog sektora) u iznosu od 2,1 milijuna kuna što predstavlja povećanje primitaka. Istodobno su se izdatci za financijsku imovinu i otplatu zajmova smanjili za 93% (u 2019. godini iznosili su oko 318 tisuća kuna).

Sučeljavanjem prihoda i rashoda i primitaka i izdataka iskazan je manjak prihoda i primitaka. U 2018. godini taj je manjak iznosio oko 173 milijuna kuna, dok se u 2019. godini dodatno povećao te je iznosio 273 milijuna kuna (porast za 58%). Manjak bi bio i veći da nije bilo uplaćenih dodatnih sredstava sanacije. Ipak, uzroci ostvarenog rezultata poslovanja više su objektivne prirode jer KBC Zagreb nije mogao utjecati na kretanje najvećeg dijela prihoda i rashoda koji su uvjetovani vanjskim čimbenicima.⁴⁹

KBC Split najveći je klinički bolnički centar u Dalmaciji i najmlađi u državi. Uz specijalističko – konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, obavlja i istraživačku i bolničku zdravstvenu zaštitu.

Iz tablice 8 može se vidjeti da su se ukupni prihodi u 2019. godini povećali za 11,9% u odnosu na 2018. godinu te su iznosili oko 1,2 milijarde kuna. Prihodi od poslovanja čine preko 99% ukupnih prihoda, a unutar prihoda od poslovanja, najznačajniji su prihodi iz nadležnog proračuna i od HZZO – a na temelju ugovornih obveza, koji su u 2019. godini iznosili nešto više od milijardu kuna, a u odnosu na 2018. godinu, povećali su se za 14%. Ovi prihodi se najvećim dijelom odnose na izravna kapitalna ulaganja Ministarstva zdravstva, točnije za

⁴⁹ KBC Zagreb. Poslovne informacije: Izvješća o poslovanju [online]. Zagreb: KBC Zagreb. Dostupno na: <https://www.kbc-zagreb.hr/wp-content/uploads/2020/05/Bilje%C5%A1ke-uz-financijske-izvje%C5%A1taje-2019.-sa%C5%BEetak.pdf> [20. kolovoza 2020]

adaptaciju novog operacijskog bloka Klinike za kirurgiju i nabavku razne medicinske opreme.⁵⁰ Sljedeća najznačajnija stavka u prihodima od poslovanja su prihodi od upravnih i administrativnih pristojbi i pristojbi po posebnim propisima i naknadama. Oni su u 2019. godini iznosili oko 85 milijuna kuna, što je povećanje od 9% u odnosu na 2018. godinu, do kojega je došlo zbog povećanja participacije od fizičkih osoba i privatnih osiguravajućih društava te veće naplate dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Tablica 8. Prihodi prema funkcijskoj klasifikaciji u KBC – u Split za 2018. i 2019. godinu, u kunama

	2018.	2019.	Indeks
PRIHODI OD POSLOVANJA	1.099.267.420	1.229.628.781	111,9
-prihodi od poreza	0	0	-
-doprinosi	0	0	-
-pomoći od inozemstva i od subjekata unutar općeg proračuna	70.047.060	60.107.520	109,9
-prihodi od imovine	68.639	75.465	109,3
-prihodi od upravnih i administrativnih pristojbi i pristojbi po posebnim propisima	78.240.929	85.498.948	109,3
-prihodi od prodaje proizvoda i robe te pruženih usluga i prihodi od donacija	21.164.257	24.104.536	113,9
-prihodi iz nadležnog proračuna i od HZZO – a na temelju ugovornih obveza	924.310.785	1.056.467.300	114,3
-kazne, upravne mjere i ostali prihodi	5.435.750	3.374.992	62,1
PRIHODI OD PRODAJE NEFINANCIJSKE IMOVINE	95.974	75.302	78,5
UKUPNO PRIHODI	1.099.363.394	1.229.704.083	111,9

Izvor: Financijska agencija

Najznačajniji rashodi od poslovanja u KBC – u Split (tablica 9) su materijalni rashodi i rashodi za zaposlene. Materijalni rashodi povećali su se u 2019. godini za 17%, a to se najvećim dijelom odnosi na povećanu potrošnju lijekova i medicinskog materijala. Rashodi za zaposlene obuhvaćaju bruto plaće, doprinose na plaće i naknade, a 6,5% - tno povećanje u 2019. godini nastalo je zbog povećanja bruto osnovice i ukupnog broja djelatnika za 60.⁵¹

⁵⁰ KBC Split: Obavijesti i dokumenti: Bilješke uz financijske izvještaje 2019. godina [online]. Split: KBC Split. Dostupno na: http://www.kbsplit.hr/sites/default/files//KBC%20SPLIT_Bilje%C5%A1ke_2019_FINAL.pdf [20. kolovoza 2020.]

⁵¹ KBC Split: Obavijesti i dokumenti: Bilješke uz financijske izvještaje 2019. godina [online]. Split: KBC Split. Dostupno na: http://www.kbsplit.hr/sites/default/files//KBC%20SPLIT_Bilje%C5%A1ke_2019_FINAL.pdf [20. kolovoza 2020.]

Tablica 9. Rashodi prema funkcijskoj klasifikaciji u KBC - u Split za 2018. i 2019. godinu, u kunama

	2018.	2019.	Indeks
RASHODI OD POSLOVANJA	1.132.516.776	1.274.954.351	112,6
-rashodi za zaposlene	540.735.401	576.397.436	106,5
-materijalni rashodi	589.177.356	693.293.512	117,7
-financijski rashodi	868.943	3.850.514	443,1
-subvencije	0	0	-
-pomoći dane u inozemstvo i unutar općeg proračuna	0	0	-
-naknade građanima i kućanstvima na temelju osiguranja i druge naknade	0	0	-
-ostali rashodi	1.735.076	1.412.889	81,4
RASHODI ZA NABAVU NEFINANCIJSKE IMOVINE	35.545.548	64.777.261	182,2
UKUPNI RASHODI	1.168.062.324	1.339.731.612	114,7

Izvor: Financijska agencija

Sučeljavanjem prihoda i rashoda te primitaka i izdataka dobije se manjak prihoda i primitaka za pokriće u sljedećem razdoblju. Taj je manjak u 2018. godini iznosio oko 370 milijuna, a u 2019. se dodatno povećao i iznosio je oko 420 milijuna kuna.

Klinički bolnički centar Rijeka centralna je bolnička ustanova na području Istre. Iz tablice 10 može se vidjeti da su se ukupni prihodi KBC – a Rijeka povećali za 8% u 2019. godini u odnosu na prethodnu godinu i iznosili su nešto više od milijardu kuna. U prihodima od poslovanja najznačajniji su prihodi iz nadležnog proračuna i od HZZO – a na temelju ugovornih obveza (92% ukupnih prihoda). Isti su se u 2019. godini povećali za 14% i iznosili su gotovo 900 milijuna kuna. Odlukom Vlade o davanju suglasnosti KBC – u Rijeka za preuzimanje obveza na teret sredstava državnog proračuna RH za razdoblje od 2018. do 2033. godine, za sklapanje ugovora o kreditu između HBOR – a i KBC – a Rijeka, za kreditno zaduženje radi financiranja izgradnje objekata i nabave opreme za novu bolnicu, KBC Rijeka ostvario je u 2019. godini primitak od financijske imovine u iznosu od gotovo 39 milijuna kuna.⁵²

⁵² KBC Rijeka: Informacije: Godišnji financijski izvještaj KBC – a Rijeka za 2019. godinu [online]. Rijeka: KBC Rijeka. Dostupno na: <http://kbc-rijeka.hr/pravo-na-pristup-informacijama/> [21. kolovoza 2020.]

Tablica 10. Prihodi prema funkcijskoj klasifikaciji za KBC Rijeka u 2018. i 2019. godini, u kunama

	2018.	2019.	Indeks
PRIHODI OD POSLOVANJA	972.873.795	1.052.232.190	108,2
-prihodi od poreza	0	0	-
-doprinosi	0	0	-
-pomoći od inozemstva i od subjekata unutar općeg proračuna	74.320.971	34.799.692	46,7
-prihodi od imovine	161.039	127.056	78,9
-prihodi od upravnih i administrativnih pristojbi i pristojbi po posebnim propisima	74.983.566	83.074.496	110,8
-prihodi od prodaje proizvoda i robe te pruženih usluga i prihodi od donacija	46.916.724	46.248.448	98,6
-prihodi iz nadležnog proračuna i od HZZO – a na temelju ugovornih obveza	774.319.328	885.268.522	114,3
-kazne, upravne mjere i ostali prihodi	2.172.167	2.773.976	127,7
PRIHODI OD PRODAJE NEFINANCIJSKE IMOVINE	117.030	167.703	143,3
UKUPNO PRIHODI	972.990.825	1.052.399.893	108,2

Izvor: Financijska agencija

U tablici 11 prikazani su rashodi KBC – a Rijeka u 2018. i 2019. godini. Ukupni rashodi u 2019. godini iznosili su 1,1 milijardu kuna što je za 11% više od prethodne godine. Unutar rashoda od poslovanja, najznačajnije stavke predstavljaju materijalni rashodi i rashodi za zaposlene. Materijalni rashodi povećali su se za 16% u 2019. godini u odnosu na 2018. godinu te su iznosili 530 milijuna kuna. Na povećanje materijalnih rashoda utjecalo je povećanje troškova lijekova i potrošnog materijala. Rashodi za zaposlene povećali su se u 2019. godini za 5% i iznosili su nešto manje od 500 milijuna kuna.

Tablica 11. Rashodi prema funkcijskoj klasifikaciji za KBC Rijeka u 2018. i 2019. godini, u kunama

	2018.	2019.	Indeks
RASHODI OD POSLOVANJA	929.012.202	1.036.341.515	111,6
-rashodi za zaposlene	468.771.299	493.325.169	105,2
-materijalni rashodi	455.355.589	530.904.476	116,6
-financijski rashodi	1.900.336	7.344.164	386,5
-subvencije	0	0	-
-pomoći dane u inozemstvo i unutar općeg proračuna	0	0	-
-naknade građanima i kućanstvima na temelju osiguranja i druge naknade	502.260	462.619	92,1
-ostali rashodi	2.482.718	4.305.087	173,4
RASHODI ZA NABAVU NEFINANCIJSKE IMOVINE	78.416.079	90.451.622	115,3
UKUPNI RASHODI	1.007.428.281	1.126.793.137	111,8

Izvor: Financijska agencija

Sučeljavanjem prihoda i primitaka i rashoda i izdataka vidljiv je manjak prihoda i primitaka u iznosu od 145 milijuna kuna u 2018. godini, a taj se manjak dodatno povećao za 20% te je u 2019. godini iznosio 180 milijuna kuna.

KBC Osijek središnja je bolnička i zdravstvena ustanova u Istočnoj Hrvatskoj. Ukupni prihodi u 2019. godini iznosili su nešto više od 900 milijuna kuna, što je povećanje od 7% u odnosu na 2018. godinu (tablica 12). Prihodi od poslovanja veći su za 7% u 2019. godini kao posljedica povećanja limita bolnica odobrenog od strane HZZO – a.⁵³ I ovdje su najznačajniji prihodi iz nadležnog proračuna i od HZZO – a na temelju ugovornih obveza, koji su se u 2019. godini povećali za 11%, a iznosili su nešto manje od 800 milijuna kuna. Prihodi od prodaje nefinancijske imovine bilježe ogroman porast zbog prodaje poslovnog objekta u iznosu od 5 milijuna kuna.⁵⁴

Tablica 12. Prihodi prema funkcijskoj klasifikaciji za KBC Osijek u 2018. i 2019. godini, u kunama

	2018.	2019.	Indeks
PRIHODI OD POSLOVANJA	857.297.846	917.548.673	107
-prihodi od poreza	0	0	-
-doprinosi	0	0	-
-pomoći od inozemstva i od subjekata unutar općeg proračuna	60.984.971	31.161.627	51,1
-prihodi od imovine	10.610	8.470	79,8
-prihodi od upravnih i administrativnih pristojbi i pristojbi po posebnim propisima	64.819.112	72.118.798	111,3
-prihodi od prodaje proizvoda i robe te pruženih usluga i prihodi od donacija	14.670.631	15.393.245	104,9
-prihodi iz nadležnog proračuna i od HZZO – a na temelju ugovornih obveza	712.387.959	796.275.479	111,8
-kazne, upravne mjere i ostali prihodi	4.424.563	2.591.054	58,6
PRIHODI OD PRODAJE NEFINANCIJSKE IMOVINE	82.901	5.367.457	6.474,5
UKUPNO PRIHODI	857.380.747	922.916.130	107,6

Izvor: Financijska agencija

Ukupni rashodi KBC – a Osijek (tablica 13) povećali su se za 10% u 2019. godini u odnosu na godinu prije, iznosili su gotovo milijardu kuna. Najznačajniji rashodi poslovanja bili su rashodi

⁵³ KBC Osijek. Unutarnja revizija: Godišnje financijsko izvješće – PR – RAS za 2019. godinu [online]. Osijek: KBC Osijek. Dostupno na: <http://www.kbco.hr/wp-content/uploads/2020/03/Godi%C5%A1nje-financijsko-izvje%C5%A1%C4%87e-PR-RAS-za-2019.-godinu-1.pdf> [21. kolovoza 2020.]

⁵⁴ Ibid

za zaposlene i materijalni rashodi. Materijalni rashodi povećali su se u 2019. godini za 11%, a rashodi za zaposlene za 6,9%.

Tablica 13. Rashodi prema funkcijskoj klasifikaciji za KBC Osijek u 2018. i 2019. godini, u kunama

	2018.	2019.	Indeks
RASHODI OD POSLOVANJA	867.922.850	951.932.944	109,7
-rashodi za zaposlene	462.433.057	494.284.328	106,9
-materijalni rashodi	404.306.071	451.014.457	111,6
-financijski rashodi	528.446	1.154.885	218,5
-subvencije	0	0	-
-pomoći dane u inozemstvo i unutar općeg proračuna	0	0	-
-naknade građanima i kućanstvima na temelju osiguranja i druge naknade	290.028	545.714	188,2
-ostali rashodi	365.248	4.933.560	1.350,7
RASHODI ZA NABAVU NEFINANCIJSKE IMOVINE	31.820.384	41.185.472	129,4
UKUPNI RASHODI	899.743.234	993.118.416	110,4

Izvor: Financijska agencija

Sučeljavanjem prihoda i rashoda i primitaka i izdataka evidentan je manjak prihoda i primitaka u iznosu od 316 milijuna kuna u 2018. godini, odnosno 386 milijuna kuna u 2019. godini, što predstavlja povećanje manjka za 22%.

4.2. Analiza imovine, obveza i vlastitih izvora financiranja

U tablici 14 prikazano je stanje financijske, nefinancijske imovine, obveza i vlastitih izvora financiranja za KBC Sestre milosrdnice. Ukupna imovina smanjila se za 17,6% u 2019. godini u odnosu na 2018. godinu, iznosila je oko 405 milijuna kuna. Najznačajnija stavka unutar nefinancijske imovine je proizvedena dugotrajna imovina, odnosno građevinski objekti i postrojenja i oprema, koji čine gotovo 65% ukupne imovine. Od financijske imovine, najznačajnija su potraživanja za prihode poslovanja (čine preko 90% ukupne financijske imovine). Obveze KBC – a Sestre milosrdnice u 2019. godini iznosile su 512 milijuna kuna što predstavlja povećanje od 22% u odnosu na 2018. godinu koje je nastalo zbog nedovoljno financijskih sredstava za redovno podmirivanje dospjelih obveza.

Tablica 14. Stanje imovine, obveza i vlastitih izvora financiranja za KBC Sestre milosrdnice, 2018. i 2019. godina, u kunama

	2018.	2019.	Indeks
Imovina	491.835.667	405.507.596	82,4
Nefinancijska imovina	316.969.334	311.791.924	98,4
Financijska imovina	174.866.333	93.715.672	53,6
Obveze	419.941.430	512.757.484	122,1
Vlastiti izvori financiranja	71.894.237	-107.249.888	-149,2

Izvor: Financijska agencija

U KBC – u Zagreb (tablica 15), ukupna imovina u 2019. godini smanjila se za 7,5% u odnosu na 2018. godinu te je ista iznosila nešto manje od 1,5 milijuna kuna. Najveći dio imovine (73%) odnosi se na nefinancijsku imovinu, i to na proizvedenu dugotrajnu imovinu, točnije medicinsku i laboratorijsku opremu koja čini 98% ukupne nefinancijske imovine. Od financijske imovine najznačajnija su potraživanja za prihode poslovanja i to potraživanja za prihode iz proračuna. Obveze su se u 2019. godini povećale za 16% i iznosile su oko 1,6 milijardi kuna. Najznačajnija stavka su obveze za rashode poslovanja (73% ukupnih obveza), i to obveze za materijalne rashode. Vlastiti izvori financiranja povećali su se za 6% u 2019. godini u odnosu na prethodnu te su iznosili 841 milijun kuna.

Tablica 15. Stanje imovine, obveza i vlastitih izvora financiranja za KBC Zagreb, 2018. i 2019. godina, u kunama

	2018.	2019.	Indeks
Imovina	1.564.735.721	1.446.774.805	92,5
Nefinancijska imovina	1.156.828.307	1.177.916.921	101,8
Financijska imovina	407.907.414	268.857.884	65,9
Obveze	1.379.365.465	1.605.861.067	116,4
Vlastiti izvori financiranja	789.226.488	841.207.020	106,6

Izvor: Financijska agencija

Tablica 16 prikazuje stanje imovine, obveza i vlastitih izvora financiranja za KBC Split u 2018. i 2019. godini. Ukupna imovina u 2019. godini povećala se za 4%. Nefinancijska imovina (koja čini oko 90% ukupne imovine) povećala se u istom razdoblju za 6% dok se financijska imovina smanjila za 15%. Obveze su se u navedenom razdoblju povećale za 26% te su u 2019. godini iznosile oko 811 milijuna kuna. Vlastiti izvori financiranja smanjili su se za 25% te su isti u 2019. godini iznosili oko 239 milijuna kuna. Na to smanjenje utjecao je porast manjka prihoda od poslovanja (što je posljedica manje doznačenih sredstava od strane Ministarstva zdravstva

temeljem odluke Vlade, u 2018. godini doznačeno je oko 56 milijuna kuna za podmirenje obveza prema dobavljačima lijekova i medicinskog materijala, dok je u 2019. godini za te svrhe doznačeno svega 17 milijuna kuna).⁵⁵

Tablica 16. Stanje imovine, obveza i vlastitih izvora financiranja za KBC Split, 2018. i 2019. godina, u kunama

	2018.	2019.	Indeks
Imovina	721.105.352	750.601.615	104,1
Nefinancijska imovina	648.114.092	688.788.506	106,3
Financijska imovina	72.991.260	61.813.109	84,7
Obveze	403.788.396	811.017.257	126,6
Vlastiti izvori financiranja	317.316.955	239.584.358	75,5

Izvor: Financijska agencija

U tablici 17 prikazano je stanje imovine, obveza i vlastitih izvora financiranja za KBC Rijeka u 2018. i 2019. godini. Ukupna imovina iznosila je u 2019. godini oko 774 milijuna kuna što predstavlja povećanje od 1,6% u odnosu na 2018. godinu. Nefinancijska imovina (koja čini 87% ukupne imovine) povećala se za gotovo 10% u 2019. godini, dok se financijska imovina smanjila za 58%. Obveze su se povećale za 32,4%, a vlastiti izvori financiranja smanjili su se za 13%.

Tablica 17. Stanje imovine, obveza i vlastitih izvora financiranja za KBC Rijeka, 2018. i 2019. godina, u kunama

	2018.	2019.	Indeks
Imovina	762.026.799	774.396.943	101,6
Nefinancijska imovina	668.565.120	734.623.446	109,9
Financijska imovina	93.461.679	39.773.497	42,6
Obveze	241.855.537	320.333.150	132,4
Vlastiti izvori financiranja	520.171.261	454.063.793	87,3

Izvor: Financijska agencija

U KBC – u Osijek (tablica 18) ukupna imovina povećala se za 1,4% u 2019. godini u odnosu na 2018. godinu, od čega se nefinancijska imovina (koja čini gotovo 90% ukupne imovine)

⁵⁵ KBC Split: Obavijesti i dokumenti: KBC Split bilješke 2019 Final [online]. Split: KBC Split. Dostupno na: http://www.kbsplit.hr/sites/default/files//KBC%20SPLIT_Bilje%C5%A1ke_2019_FINAL.pdf

povećala za 3,8% dok se financijska imovina smanjila za gotovo 20%. Obveze su se u ovom razdoblju povećale za 23,3%, a vlastiti izvori financiranja smanjili su se za 54%.

Tablica 18. Stanje imovine, obveza i vlastitih izvora financiranja za KBC Osijek, 2018. i 2019. godina, u kunama

	2018.	2019.	Indeks
Imovina	477.323.178	483.798.559	101,4
Nefinancijska imovina	426.821.111	443.154.866	103,8
Financijska imovina	50.502.067	40.643.693	80,5
Obveze	341.510.705	421.148.976	123,3
Vlastiti izvori financiranja	135.812.474	62.649.582	46,1

Izvor: Financijska agencija

4.3. Analiza financijskih pokazatelja

Analiza financijskih pokazatelja dio je ukupne analize poslovanja, a financijski pokazatelji formiraju se kako bi se stvorila što bolja financijska podloga za odlučivanje i planiranje. U svakom poduzeću, cilj menadžmenta jest osigurati i kratkoročnu i dugoročnu stabilnost i profitabilnost poslovanja, uz što manje troškove. Razlikuje se nekoliko skupina financijskih pokazatelja:

- Pokazatelji likvidnosti koji mjere sposobnost poduzeća da podmiri kratkoročne obveze,
- Pokazatelji zaduženosti koji mjere financiranje poduzeća iz tuđih izvora,
- Pokazatelji aktivnosti koji mjere efikasnost upotrebe resursa poduzeća,
- Pokazatelji profitabilnosti koji mjere odnos prihoda i rashoda i
- Pokazatelji investiranja koji mjere uspješnost ulaganja u dionice.⁵⁶

U poslovanju se razlikuju kriterij sigurnosti i kriterij uspješnosti te dobro upravljanje poduzećem pretpostavlja da su oba kriterija zadovoljena. Kriterij sigurnosti odnosi se na likvidnost, zaduženost i financijsku stabilnost, pa se u okviru toga pokazatelji likvidnosti i zaduženosti mogu koristiti kako bi se prikazao financijski položaj poduzeća. Kriterij uspješnosti odnosi se na profitabilnost koju pobliže mjere pokazatelji ekonomičnosti, profitabilnosti i investiranja.

U tablici 19 prikazani su neki od pokazatelja likvidnosti (i postupak njihova izračuna) za kliničke bolničke centre u Hrvatskoj u 2019. godini. Koeficijent trenutne likvidnosti mjeri

⁵⁶ Žager, K., Mamić Sačec, I. et al (2008). Analiza financijskih izvještaja: Analiza financijskih pokazatelja. 2. prošireno izdanje. Zagreb: Masmedia

sposobnost poduzeća za trenutno podmirenje obveza te bi njegova vrijednost trebala biti veća od 1 ukoliko poduzeće želi održavati normalnu likvidnost jer bi to značilo da poduzeće ima barem onoliko brzo unovčive imovine koliko ima kratkoročnih obveza. Iz tablice je vidljivo da je vrijednost ovog pokazatelja za sve KBC – ove dosta niska (za KBC Zagreb je najveća te iznosi 0,024 što znači da KBC Zagreb može pokriti svega 2,4% svojih kratkoročnih obveza novcem). Međutim, kako klinički bolnički centri predstavljaju proizvodni tip poduzeća, u kojima najveći dio imovine predstavlja dugotrajna imovina, i to postrojenja, oprema i materijal (90% i više), za očekivati je da novac kao stavka kratkotrajne imovine, neće imati veliku vrijednost pa posljedično, koeficijent trenutne likvidnosti poprma navedene niske vrijednosti. Najznačajniji pokazatelji likvidnosti su koeficijent tekuće likvidnosti i koeficijent financijske stabilnosti. Bilo bi poželjno da je koeficijent tekuće likvidnosti veći od 1, a koeficijent financijske stabilnosti manji od 1 jer bi likvidnosti i financijska stabilnost bile veće. Kako je u svim KBC – ovima upravo suprotno, to ipak ne mora ukazivati na nelikvidnost jer treba uzeti u obzir djelatnost kojom se poduzeće bavi, kao i pokazatelje aktivnosti (obrtaj ukupne imovine) koji će biti prikazani u nastavku. Prema zlatnim pravilima financiranja, ako je kratkotrajna imovina manja od kratkoročnih obveza, dugotrajna imovina trebala bi biti veća od zbroja kapitala i dugoročnih obveza, a to je slučaj u svim KBC – ovima. U KBC – u Zagreb vrijednost koeficijenta tekuće likvidnosti najveća je, iznosi 0,98, što znači da KBC Zagreb 98% kratkoročnih obveza može pokriti kratkotrajnom imovinom, a preostala 2% kratkoročnih obveza pokriva dugotrajnom imovinom. Koeficijent financijske stabilnosti veći je od 1 što znači da je dio dugotrajne imovine financiran iz kratkoročnih obveza (postoji deficit obrtnog kapitala). U KBC – u Osijek svega 15% kratkoročnih obveza može se pokriti kratkotrajnom imovinom, dok koeficijent financijske stabilnosti ukazuje da se značajan dio dugotrajne imovine financira iz kratkoročnih obveza. U KBC – u Sestre milosrdnice 20% kratkoročnih obveza pokriveno je kratkotrajnom imovinom, u KBC – u Split 35% te u KBC – u Rijeka 34%.

Tablica 19. Pokazatelji likvidnosti kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj, u 2019. godini

Pokazatelj	KBC Sestre m.	KBC Zagreb	KBC Split	KBC Rijeka	KBC Osijek
koeficijent trenutne likvidnosti = $\frac{\text{novac}}{\text{kratkoročne obveze}}$	0,0015	0,024	0,0019	0,0003	0,0015
koeficijent tekuće likvidnosti $= \frac{\text{kratkotrajna imovina}}{\text{kratkoročne obveze}}$	0,2	0,98	0,35	0,34	0,15
koeficijent financijske stabilnosti $= \frac{\text{dugotrajna imovina}}{\text{kapital} + \text{dugoročne obveze}}$	1,67	1,005	2,00	1,26	6,57

Izvor: izračun autora prema podacima s FINE

U tablici 20 prikazani su pokazatelji zaduženosti koji prikazuju strukturu kapitala i putove kojima poduzeće financira svoju imovinu, kao i stupanj korištenja financijskih sredstava za koje se poduzeće zadužilo.⁵⁷ U KBC – ovima Sestre milosrdnice i Zagreb, ukupne obveze nadilaze ukupnu imovinu što ukazuje da će i koeficijent zaduženosti biti veći od 1, odnosno da je sva imovina nabavljena zaduživanjem. U KBC – u Split 43% imovine nabavljeno je zaduživanjem, u KBC – u Rijeka 41% i u KBC – u Osijek 99%. Iz odnosa duga i kapitala, vidi se da su ukupne obveze veće od kapitala u svim KBC – ovima osim u KBC – u Osijek. Stupanj pokrića 1 i 2 pokazuju koliki je dio dugotrajne imovine pokriven kapitalom, odnosno kapitalom i dugoročnim obvezama. U KBC – u Sestre milosrdnice 56% dugotrajne imovine pokriveno je kapitalom, odnosno 60% kapitalom i dugoročnim obvezama. U KBC – u Osijek kapitalom je pokrivena čitava dugotrajna imovina, u KBC – u Rijeka svega 9%, u KBC – u Split 50% te u KBC – u Zagreb 42%.

⁵⁷ Mesarić, P. (2009). Temeljni pokazatelji analize financijskih izvještaja: Pokazatelji zaduženosti [online]. Zagreb: Financijski klub. Dostupno na: <http://www.finance.hr/wp-content/uploads/2009/11/mp14112010.pdf> [25. kolovoza 2020.]

Tablica 20. Pokazatelji zaduženosti kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj, u 2019. godini

Pokazatelj	KBC Sestre m.	KBC Zagreb	KBC Split	KBC Rijeka	KBC Osijek
koeficijent zaduženosti $= \frac{\text{ukupne obveze}}{\text{ukupna imovina}}$	1,26	1,11	0,43	0,41	0,87
odnos duga i kapitala $= \frac{\text{ukupne obveze}}{\text{kapital}}$	2,96	3,27	1,34	5,11	0,99
stupanj pokrića 1 $= \frac{\text{kapital}}{\text{dugotajna imovina}}$	0,56	0,42	0,36	0,09	1,004
stupanj pokrića 2 $= \frac{\text{kapital} + \text{dugor. obveze}}{\text{dugotrajna imovina}}$	0,60	1,55	0,50	0,25	1,008

Izvor: izračun autora prema podacima s FINE

Tablica 21 prikazuje neke od pokazatelja aktivnosti kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj u 2019. godini. Pokazatelji aktivnosti mjere brzinu obrtaja imovine u poslovnom procesu. Koeficijent obrtaja ukupne imovine ukazuje na uspješnost poduzeća u korištenju imovine s ciljem stvaranja prihoda. Najviši je za KBC Sestre milosrdnice gdje iznosi 3,12 što znači da je KBC Sestre milosrdnice na 1 kunu uložene ukupne imovine ostvario 3,12 kn ukupnih prihoda. KBC Zagreb je na 1 kn uložene ukupne imovine ostvario 1,67 kn ukupnih prihoda, KBC Split 1,40 kn, KBC Rijeka 1,36 te KBC Osijek 1,91 kn. Koeficijent obrtaja kratkotrajne imovine pokazuje koliko je puta poduzeće obrnulo svoju kratkotrajnu imovinu. U 2019. godini KBC Sestre milosrdnice obrnuo je više od 12 puta svoju kratkotrajnu imovinu, KBC Zagreb više od 8 puta, KBC Split i KBC Rijeka više od 13 puta, a KBC Osijek gotovo 15 puta. Koeficijent obrtaja dugotrajne imovine najviše je za KBC Sestre milosrdnice, iznosi 4,13 što znači da je KBC Sestre milosrdnice obrnuo dugotrajnu imovinu 4,13 puta u 2019. godini.

Tablica 21. Pokazatelji aktivnosti kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj, u 2019. godini

Pokazatelj	KBC Sestre m.	KBC Zagreb	KBC Split	KBC Rijeka	KBC Osijek
koef. obrtaja ukupne imovine $= \frac{\text{ukupni prihodi}}{\text{ukuona imovina}}$	3,12	1,67	1,40	1,36	1,91
koef. obrtaja kratkotrajne imovine $= \frac{\text{ukupni prihodi}}{\text{kratkotrajna imovina}}$	12,68	8,65	13,48	13,88	14,87
koeficijent obrtaja dugotrajne imovine $= \frac{\text{ukupni prihodi}}{\text{dugotrajna imovina}}$	4,13	2,09	1,56	1,51	2,19

Izvor: izračun autora prema podacima s FINE

U tablici 22 prikazani su pokazatelji ekonomičnosti koji mjere odnos prihoda i rashoda. Također, pokazuju koliko se prihoda ostvari po jedinici ukupnih rashoda. S obzirom da prihodi od poslovanja predstavljaju najveći dio ukupnih prihoda, može se zaključiti da na temelju poslovne aktivnosti, klinički bolnički centri u Hrvatskoj generiraju najviše prihoda. Točnije, KBC Sestre milosrdnice na 1 kn ukupnih rashoda ostvario je 94 lipe ukupnih prihoda, KBC Zagreb 90 lipa ukupnih prihoda, a KBC – ovi Split, Rijeka i Osijek 93 lipe ukupnih prihoda. Jedino su u KBC – u Rijeka prihodi od poslovanja bili veći od rashoda od poslovanja pa je to rezultiralo da je ekonomičnost poslovnih aktivnosti veća od 1, odnosno na 1 kn rashoda od poslovanja, KBC Rijeka ostvario je 1,02 kn prihoda od poslovanja.

Tablica 22. Pokazatelji ekonomičnosti kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj, u 2019. godini

Pokazatelj	KBC Sestre m.	KBC Zagreb	KBC Split	KBC Rijeka	KBC Osijek
ekonomičnost ukupnog poslovanja $= \frac{\text{ukupni prihodi}}{\text{ukupni rashodi}}$	0,94	0,90	0,93	0,93	0,93
ekonomičnost poslovnih aktivnosti $= \frac{\text{prihodi od poslovanja}}{\text{rashodi od poslovanja}}$	0,96	0,93	0,96	1,02	0,96

Izvor: izračun autora prema podacima s FINE

Bruto marža profita i bruto rentabilnost imovine su pokazatelji profitabilnosti koji su prikazani u tablici 23. Pokazatelji profitabilnosti ocjenjuju sposobnost stvaranja prihoda s obzirom na raspoložive izvore, preciznije bruto marža profita predstavlja sposobnost poduzeća na

zadržavanje ostvarenih prihoda u obliku dobiti uvećane za rashode od kamata⁵⁸. S obzirom da svi KBC – ovi bilježe manjak prihoda nad rashodima, koji je znatno veći od iznosa kamata koje bi ga potencijalno mogle smanjiti, bruto marža profita i bruto rentabilnost imovine za sve KBC – ove negativne su što ukazuje na činjenicu da niti jedan od KBC – ova u Hrvatskoj nema dovoljno prihoda na raspolaganju za pokrivanje poslovnih i drugih troškova.

Tablica 23. Pokazatelji profitabilnosti kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj, u 2019. godini

Pokazatelj	KBC Sestre milosrdnice	KBC Zagreb	KBC Split	KBC Rijeka	KBC Osijek
bruto marža profita $= \frac{\text{bruto dobit} + \text{kamate}}{\text{ukupni prihodi}}$	-0,45	-0,53	--0,45	-0,17	-0,42
bruto rentabilnost imovine $= \frac{\text{bruto dobit} + \text{kamate}}{\text{ukupna imovina}}$	-0,61	-0,89	-0,64	-0,23	-0,80

Izvor: izračun autora prema podacima s FINE

S obzirom da klinički bolnički centri ne kotiraju na burzi, ne računaju se pokazatelji investiranja.

⁵⁸ Ježovita, A. (2009). Analiza marže profita kao odrednice profitabilnosti poslovanja poduzeća: Marža profita. Zagreb: Ekonomski fakultet Zagreb

5. ZAKLJUČAK

Iz danog prikaza sustava zdravstvene zaštite i analize poslovanja kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj, može se primijetiti da zdravstveni sustavi funkcioniraju različito u različitim državama, od same organizacije zdravstvenog sustava, preko financiranja sustava zdravstvene zaštite do pružanja usluga. Ipak, zajednička karakteristika svim sustavima jest da su pod izuzetnim pritiskom za smanjivanje troškova pa se iz toga može uočiti potreba za konstantnim reformama koje bi trebale omogućiti najveću efikasnost na način da zadovolje rastuće potrebe korisnika, uz što niži rizik i što manje troškove koji će omogućiti jednaki pristup uslugama svim skupinama. Ovo je posebno izazovno za zdravstvene sustave s obzirom da je povećanje zdravstvene učinkovitosti vezano uz nove, tehnološki intenzivnije, i posljedično skuplje mogućnosti dijagnostike i liječenja. Što se tiče samog zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, dodatni problem predstavljaju dugovi iz prethodnih godina, i troškovi sanacija istih. Također, u situaciji rasta nezaposlenosti, javlja se i problem održivosti trenutne razine zdravstvene zaštite (i količine i pružene kvalitete). Ovom problemu bi se moglo pristupiti povećanjem privatne zdravstvene potrošnje i boljom kontrolom zdravstvenog sustava, a kako se u Hrvatskoj za zdravstvenu zaštitu izdvaja svega 8% BDP – a te je oko 16% osigurano iz privatnih izvora, jasno je da ovdje ima prostora za povećanjem privatne zdravstvene potrošnje, s tim da se ovdje javlja problem kod korisnika vezan uz stav da zdravstvena zaštita mora biti svima dostupna i jeftina, ako ne i besplatna. Dodatno, omjer između radno aktivnog stanovništva koje plaća doprinose (koji su glavni izvor prihoda HZZO – a kao glavnog kupca usluga zdravstvene zaštite) i onog dijela stanovništva koji ne plaća doprinose (a u potrošnji usluga zdravstvene zaštite sudjeluje najviše) izuzetno je nepovoljan. Iz svega toga, ne čude nepovoljni rezultati vidljivi iz analize poslovanja kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj. Iz analize prihoda i rashoda KBC – ova u Hrvatskoj, vidi se da najveći dio prihoda dolazi od prihoda iz nadležnog proračuna i od HZZO – a na temelju ugovornih obveza, što opet ukazuje na preveliku ovisnost o proračunu. S druge strane, najveći dio rashoda odnosi se na rashode za zaposlene i materijalne rashode, od kojih se najveći udio odnosi na troškove za lijekove i medicinsku robu. Iz analize imovine i obveza, vide se također nepovoljni trendovi, s obzirom da se ukupna imovina smanjuje, a obveze rastu (izuzetak KBC Split, Rijeka i Osijek gdje je ukupna imovina bilježila porast, ali po znatno manjoj stopi nego što su ukupne obveze porasle). Analiza financijskih pokazatelja ukazuje na činjenicu da u svim KBC – ovima postoje značajni pritisci na likvidnost, a koeficijent financijske stabilnosti ukazuje da se dio dugotrajne imovine financira iz kratkoročnih obveza, što ukazuje na deficit obrtnog kapitala. Nadalje, iz pokazatelja

zaduženosti za KBC Sestre milosrdnice i Zagreb, vidljivo je da su ukupne obveze veće od ukupne imovine. Ipak, pokazatelji aktivnosti pokazali su da se najviše obrće kratkotrajna imovina. U svim kliničkim bolničkim centrima ukupni prihodi niži su od ukupnih rashoda što pokazuje da na jedinicu ukupnih rashoda klinički bolnički centri ostvaruju manje od 1 jedinice prihoda. Također, pokazatelji profitabilnosti, koji sugeriraju na uspješnost poslovanja, pokazuju negativne trendove. Ipak, rezultati analize ne iznenađuju jer cilj poslovanja KBC – ova nije profitabilnost već opće korisno djelovanje čija je usmjerenost na širu javnost pa su tako i rezultati djelovanja najviše društveni zbog čega financijski rezultat koji ukazuje na ekonomske rezultate nije u tolikoj mjeri zabrinjavajući. Potrebno je provesti dodatna istraživanja s fokusom na analizu učinkovitosti poslovanja KBC – ova što nadilazi obuhvat ovoga rada i zahtijeva još detaljnije podatke o poslovanju pojedinih KBC – ova.

S obzirom na ukupnu analizu, može se reći da ne postoji jedinstveno rješenje za najuspješnije funkcioniranje svih zdravstvenih sustava, ali svakako je potrebno pronaći najbolje rješenje koje će omogućiti najefikasniju zdravstvenu zaštitu (jednaki pristup svim skupinama stanovništva uz što niže troškove i povećanje općeg blagostanja).

POPIS TABLICA

Tablica 1. Izdatci za zdravstvo, u milijunima US dolara.....	8
Tablica 2. Karakteristike modela financiranja zdravstva	16
Tablica 3. Vrste doprinosa i obračunske stope za obvezno zdravstveno osiguranje u RH.....	26
Tablica 4. Prihodi prema funkcijskoj klasifikaciji za KBC Sestre milosrdnice u 2018. i 2019. godini, u kunama	33
Tablica 5. Rashodi prema funkcijskoj klasifikaciji za KBC Sestre milosrdnice u 2018. i 2019. godini, u kunama	34
Tablica 6. Prihodi prema funkcijskoj klasifikaciji za KBC Zagreb u 2018. i 2019. godini, u kunama.	35
Tablica 7. Rashodi prema funkcijskoj klasifikaciji za KBC Zagreb u 2018. i 2019. godini, u kunama	36
Tablica 8. Prihodi prema funkcijskoj klasifikaciji u KBC – u Split za 2018. i 2019. godinu, u kunama	37
Tablica 9. Rashodi prema funkcijskoj klasifikaciji u KBC - u Split za 2018. i 2019. godinu, u kunama	38
Tablica 10. Prihodi prema funkcijskoj klasifikaciji za KBC Rijeka u 2018. i 2019. godini, u kunama	39
Tablica 11. Rashodi prema funkcijskoj klasifikaciji za KBC Rijeka u 2018. i 2019. godini, u kunama	39
Tablica 12. Prihodi prema funkcijskoj klasifikaciji za KBC Osijek u 2018. i 2019. godini, u kunama	40
Tablica 13. Rashodi prema funkcijskoj klasifikaciji za KBC Osijek u 2018. i 2019. godini, u kunama	41
Tablica 14. Stanje imovine, obveza i vlastitih izvora financiranja za KBC Sestre milosrdnice, 2018. i 2019. godina, u kunama	42
Tablica 15. Stanje imovine, obveza i vlastitih izvora financiranja za KBC Zagreb, 2018. i 2019. godina, u kunama	42
Tablica 16. Stanje imovine, obveza i vlastitih izvora financiranja za KBC Split, 2018. i 2019. godina, u kunama	43
Tablica 17. Stanje imovine, obveza i vlastitih izvora financiranja za KBC Rijeka, 2018. i 2019. godina, u kunama	43
Tablica 18. Stanje imovine, obveza i vlastitih izvora financiranja za KBC Osijek, 2018. i 2019. godina, u kunama	44
Tablica 19. Pokazatelji likvidnosti kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj, u 2019. godini.....	46
Tablica 20. Pokazatelji zaduženosti kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj, u 2019. godini.....	47
Tablica 21. Pokazatelji aktivnosti kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj, u 2019. godini	48
Tablica 22. Pokazatelji ekonomičnosti kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj, u 2019. godini	48
Tablica 23. Pokazatelji profitabilnosti kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj, u 2019. godini	49

POPIS GRAFIKONA

Grafikon 1. Izvori financiranja zdravstva u zemljama niskog dohotka (2000. – 2017. godina)	6
Grafikon 2. Izvori financiranja zdravstva u zemljama srednjeg dohotka (2000. – 2017. godina)	7
Grafikon 3. Izvori financiranja zdravstva u zemljama visokog dohotka (2000. – 2017. godina)	7
Grafikon 4. Troškovi ostvarivanja zdravstvene zaštite prema funkcijama, izraženi u % ukupnih zdravstvenih izdataka u Hrvatskoj.....	12
Grafikon 5. Potrošnja za zdravstvene usluge u EU za 2017. godinu.....	18
Grafikon 6. Izdatci za zdravstvo prema funkciji (EU28 i odabrane zemlje), 2016. godina	20
Grafikon 7. Stope rasta zdravstvenih izdataka po stanovniku za Europsku uniju prema odabranim funkcijama, 2004. – 2016. godine	21
Grafikon 8. Zdravstveni izdatci za lijekove prema tipu financiranja (EU28 i odabrane zemlje), 2016. godina	22
Grafikon 9. Izdatci za zdravstvo prema izvoru financiranja (EU28 i odabrane zemlje), 2016. godina	23
Grafikon 10. Struktura prihoda HZZO – a, 2016. – 2019. godine	25
Grafikon 11. Struktura rashoda HZZO – a, 2016. – 2018. godine	26
Grafikon 12. Prihodi i rashodi HZZO – a u mlrd. kn, 2001. – 2019. godine	29

POPIS SLIKA

Slika 1. Moralni hazard na tržištu zdravstvenih usluga.....	14
---	----

LITERATURA

1. Audretsch, D., Lehmann, E., Richardson, A., Vismara, S. (2015). Globalization and public policy: A Cross Comparative Analysis of the U.S., German and Italian Healthcare System. Švicarska: Springer International Publishing Switzerland 2015.
2. Barić, V., Smolić, Š. (2011) Stabilnost zdravstvenog sustava u recesiji. Znanstveni rad. Zagreb: Biblioteka Ekonomika i razvoj
3. Belloni, A., D. Morgan and V. Paris (2016), "Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges [online], OECD Health Working Papers, No. 87, OECD Publishing, Paris. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en> [07. lipnja 2020.]
4. Ekonomski fakultet Beograd
5. European Centre for Disease Prevention and Control: ECDC's mission and main activities [online]. Brisel: ECDC. Dostupno na: <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/ecdc-mission-and-main-activities> [11. lipnja 2020.]
6. Greer, S. L., Fahy, N., Rozenblum S., Jarman, H., Palm, W., Elliot, H. A., Wismar M. (2018) Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask: Introduction. 2. revidirano izdanje. Brisel: European Observatory on Health Systems and Policies.
7. Gorjanski, D. (2009) Je li hrvatski zdravstveni sustav – sustav?: Nedjelotvornost tržišnih zakonitosti u zdravstvu. Osijek: Matica hrvatska Ogranak Osijek
8. Government of Canada. Canada's Health Care System: The Role of Government [online]. Canada: Government of Canada. Dostupno na: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html#a1> [20. srpnja 2020.]
9. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2013) Zdravstvena zaštita: Financiranje zdravstvene zaštite [online]. Zagreb: HZZO. Dostupno na: <https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/financiranje-zdravstvene-zastite/> [17. svibnja 2020.]
10. Ježovita, A. (2009). Analiza marže profita kao odrednice profitabilnosti poslovanja poduzeća: Marža profita. Zagreb: Ekonomski fakultet Zagreb
11. Jurković, P. (1986) Osnove ekonomike društvenih djelatnosti, Ekonomski institut Zagreb: Zagreb.

12. KBC Osijek. Unutarnja revizija: Godišnje financijsko izvješće – PR – RAS za 2019. godinu [online]. Osijek: KBC Osijek. Dostupno na: <http://www.kbco.hr/wp-content/uploads/2020/03/Godi%C5%A1nje-financijsko-izvje%C5%A1%C4%87e-PR-RAS-za-2019.-godinu-1.pdf> [21. kolovoza 2020.]
13. KBC Rijeka: Informacije: Godišnji financijski izvještaj KBC – a Rijeka za 2019. godinu [online]. Rijeka: KBC Rijeka. Dostupno na: <http://kbc-rijeka.hr/pravo-na-pristup-informacijama/> [21. kolovoza 2020.]
14. Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice (2018). Financijski izvještaji: referentna stranica za 2019. godinu [online]. Zagreb: KBC Sestre milosrdnice. Dostupno na: <https://www.kbcm.hr/sektori-i-sluzbe/sektor-ekonomsko-financijskih-poslova/financijski-izvjestaji/> [20. kolovoza 2020.]
15. KBC Split: Obavijesti i dokumenti: Bilješke uz financijske izvještaje 2019. godina [online]. Split: KBC Split. Dostupno na: http://www.kbsplit.hr/sites/default/files//KBC%20SPLIT_Bilje%C5%A1ke_2019_FINAL.pdf [20. kolovoza 2020.]
16. KBC Zagreb. Poslovne informacije: Izvješća o poslovanju [online]. Zagreb: KBC Zagreb. Dostupno na: <https://www.kbc-zagreb.hr/wp-content/uploads/2020/05/Bilje%C5%A1ke-uz-financijske-izvje%C5%A1taje-2019.-sa%C5%BEetak.pdf> [20. kolovoza 2020.]
17. Kovač, N. (2013) Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj [online]. Zabok: Specijalna bolnica sv. Katarina. Dostupno na: [file:///C:/Users/Korisnik/Downloads/nevenka_kovac%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Korisnik/Downloads/nevenka_kovac%20(1).pdf) [17. svibnja 2020.]
18. Letica, S. (1984). Kriza i zdravstvo. Zagreb: Stvarnost
19. Mesarić, P. (2009). Temeljni pokazatelji analize financijskih izvještaja: Pokazatelji zaduženosti [online]. Zagreb: Financijski klub. Dostupno na: <http://www.finance.hr/wp-content/uploads/2009/11/mp14112010.pdf> [25. kolovoza 2020.]
20. Mueller, M. and D. Morgan (2017), “New insights into health financing: First results of the international data collection under the System of Health Accounts 2011 framework”, Health Policy, Vol. 121/7, pp. 764-769, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.008>.
21. Narodne novine (2019), Zakon o doprinosima, Zagreb: Narodne novine d.d., NN 84/08, 152/08, 94/09, 18/11, 22/12, 144/12, 148/13, 41/14, 143/14, 115/16, 106/18.
22. Newhouse, Joseph P. 1992. "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?" Journal of Economic Perspectives, 6 (3): 3-21.

23. OECD/Eurostat/WHO (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition [online]. OECD Publishing: Paris. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>. [06. lipnja 2020.]
24. Puntarić, D., Ropac, D., Jurčev Savičević, A. i suradnici (2015) Javno zdravstvo: Financiranje sustava zdravstvene zaštite. Zagreb: Medicinska naklada.
25. Rosen, H. S. (1999.) Javne financije: Socijalno osiguranje II: Zdravstvo. 5. izdanje. The McGraw – Hill Companies, Inc.
26. Svjetska zdravstvena organizacija (2019). Global spending on health: A world in transition. Geneva: Svjetska zdravstvena organizacija
27. Strizrep, T. et. al. (2011). Jačanje zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj: Usklađivanje troškova zdravstvene zaštite s osiguranim sredstvima. Zagreb: TEB – Poslovno savjetovanje d.o.o.
28. United Nations (2019). Political Declaration of the Highlevel Meeting on Universal Health Coverage: Universal health coverage: moving together to build a healthier world [online]. New York: United Nations. Dostupno na: <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/05/UHC-Political-Declaration-zero-draft.pdf> [20. kolovoza 2020.]
29. Vašiček, V., Dražić Lutilsky Ivana, Dragija, M., Bertoni, M., De Rossa, B., Grisi, G., Rebelli, A., Osmančević, J., Juroš, L. (2016) Procesni pristup obračunu troškova u sustavu zdravstva, Tim4Pin d.o.o. za savjetovanje: Zagreb
30. Vehovec, M. (2014.) O zdravstvu iz ekonomske perspektive: Kako se financira zdravstvena potrošnja. Zagreb: Ekonomski institut.
31. Vončina, L., Džakula, A., Mastilica, M. (2007) Health care funding reforms in Croatia: A case of mistaken priorities. Znanstveni rad. Zagreb: Medicinski fakultet.
32. WHO (2019). Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Geneva: WHO. Dostupno na: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf.
33. Zakon o zdravstvenom osiguranju, Narodne novine, br. 75/1993.
34. Zakon o obveznom osiguranju, Narodne novine, br. 94/2001.
35. Zrinščak, S. (2007) Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova. Znanstveni rad. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
36. Žager, K., Mamić Sačer, I. et al (2008). Analiza financijskih izvještaja: Analiza financijskih pokazatelja. 2. prošireno izdanje. Zagreb: Masmedia

ŽIVOTOPIS

OSOBNJE INFORMACIJE Ana Grubišić

📍 Triglavska 6, Šibenik, 22000, Republika Hrvatska

☎ 022 330 758 📠 099 55 44 666

✉ ana.grubisic110@gmail.com

Spol: ženski Datum rođenja: 11.02.1996. Državljanstvo: hrvatsko

RADNO ISKUSTVO

Studeni 2019. – do danas Adriatic osiguranje

OBRAZOVANJE I OSPOSOBLJAVANJE

2018. – do danas Ekonomski fakultet,
Zagreb,
Diplomski studij Poslovne
ekonomije, smjer: Financije

veljača 2019. – srpanj.2019. Stručna praksa u Palermu,
Italija

2018. Završen preddiplomski studij Poslovne ekonomije,

2014. Ekonomski fakultet, Zagreb,
preddiplomski studij, smjer: Poslovna ekonomija
Stečen uvid i teorijske osnove o gospodarstvu i financijama

2010. – 2014. Gimnazija Antuna Vrančića, Šibenik
Jezično usmjerenje

OSOBNJE VJEŠTINE

Komunikativna, savjesna, strpljiva, kooperativna, dobro snalaženje u timskom i samostalnom radu

Materinski jezik Hrvatski

Ostali jezici

	RAZUMIJEVANJE		GOVOR		PISANJE
	Slušanje	Čitanje	Interakcija	Produkcija	
Engleski	B1	C1	C1	C1	C1
Talijanski	B1	B2	B1	B1	C1
Ruski	A1	A1	A1	A1	A1

Stupnjevi: A1/2: Temeljni korisnik - B1/B2: Samostalni korisnik - C1/C2 Iskusni korisnik
Zajednički europski referentni okvir za jezike

Komunikacijske vještine Dobre komunikacijske vještine

Poslovne vještine Samodisciplinirana i odgovorna u obavljanju posla

Digitalna kompetencija

SAMOPROCJENA				
Obrada informacija	Komunikacija	Stvaranje sadržaja	Sigurnost	Rješavanje problema
samostalni	Iskusni	samostalni	Samostalni	samostalni

Stupnjevi: Temeljni korisnik - Samostalni korisnik - Iskusni korisnik
Informacijsko-komunikacijske tehnologije - tablica za samoprocjenu

Ostale vještine ▪ rad u MS Office-u (Word, PowerPoint, Excel)

Vozačka dozvola B