

ANALIZA FINANCIJSKE USPJEŠNOSTI DOMOVA ZDRAVLJA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Soudek, Branka

Professional thesis / Završni specijalistički

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Economics in Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Ekonomski fakultet u Osijeku**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:145:048730>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-21**



Repository / Repozitorij:

[EFOS REPOSITORY - Repository of the Faculty of Economics in Osijek](#)



Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku
Ekonomski fakultet u Osijeku
Poslijediplomski studij Računovodstvo, revizija i analiza

Branka Soudek

**ANALIZA FINANCIJSKE USPJEŠNOSTI DOMOVA
ZDRAVLJA U REPUBLICI HRVATSKOJ**

Završni rad poslijediplomskog specijalističkog studija

Osijek, 2021.

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku
Ekonomski fakultet u Osijeku
Poslijediplomski studij Računovodstvo, revizija i analiza

Branka Soudek

**ANALIZA FINANCIJSKE USPJEŠNOSTI DOMOVA
ZDRAVLJA U REPUBLICI HRVATSKOJ**

Završni rad poslijediplomskog specijalističkog studija

JMBAG: 1250

e-mail: soudek@efos.hr

Mentor: prof.dr.sc. Ivo Mijoč

Osijek, 2021.

Josip Juraj Strossmayer University of Osijek
Faculty of Economics in Osijek
Postgraduate study of Accounting, Auditing and Analysis

Branka Soudek


**ANALYSIS OF FINANCIAL PERFORMANCE OF HEALTH
CENTERS IN THE REPUBLIC OF CROATIA**

Postgraduate final paper

Osijek, 2021.

IZJAVA

O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI, PRAVU PRIJENOSA INTELEKTUALNOG VLASNIŠTVA, SUGLASNOSTI ZA OBJAVU U INSTITUCIJSKIM REPOZITORIJIMA I ISTOVJETNOSTI DIGITALNE I TISKANE VERZIJE RADA

1. Kojom izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je _____
(navesti vrstu rada: završni / diplomski / specijalistički / doktorski) rad isključivo rezultat osobnoga rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja se na objavljenu literaturu. Potvrđujem poštivanje nepovredivosti autorstva te točno citiranje radova drugih autora i referiranje na njih.
2. Kojom izjavljujem da je Ekonomski fakultet u Osijeku, bez naknade u vremenski i teritorijalno neograničenom opsegu, nositelj svih prava intelektualnoga vlasništva u odnosu na navedeni rad pod licencom *Creative Commons Imenovanje – Nekomercijalno – Dijeli pod istim uvjetima 3.0 Hrvatska*. 
3. Kojom izjavljujem da sam suglasan/suglasna da se trajno pohrani i objavi moj rad u institucijskom digitalnom repozitoriju Ekonomskoga fakulteta u Osijeku, repozitoriju Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku te javno dostupnom repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, NN br. 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15).
4. Izjavljujem da sam autor/autorica predanog rada i da je sadržaj predane elektroničke datoteke u potpunosti istovjetan sa dovršenom tiskanom verzijom rada predanom u svrhu obrane istog.

Ime i prezime studenta/studentice: BRANKA SOUDEK

Matični broj studenta: 1250

OIB: 64884840654

E-mail za kontakt: brsarić@gmail.com

Naziv studija: POSUJEDIPLOMSKI SPECIJALISTIČKI STUDIJ "RAČUNOVODSTVO,

Naslov rada: REVIZIJA I ANALIZA

ANALIZA FINANCIJSKE USPJEŠNOSTI TOKOVA ZDRAVJA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Mentor/mentorica rada: prof. dr. sc. IVO MIJOČIĆ

U Osijeku, 14.01. 2022. godine

Potpis Soudek Branka

SAŽETAK

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20) definirani su: svrha zdravstvenog sustava, ciljevi, mjere za njihovo provođenje, dionici zdravstvenog sustava, te organizacijski i pravni oblici provoditelja zdravstvene skrbi. Uz temeljnu, primarnu zdravstvenu zaštitu, sekundarna i tercijarna čine cjelovit skup okruženja, kadra, ustanova, metoda liječenja, zdravstvenog odgoja i promoviranja zdravlja, koji služe pružanju zdravstvene skrbi svoj populaciji. Domovi zdravlja prvi su kontakt pacijenta i zdravstvenog sustava, no osim prioriteta u pružanju zdravstvene zaštite u okviru djelatnosti koje ugovaraju s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, svakodnevno se bore za financijski opstanak ili održavanje financijske stabilnosti. Ovim radom prikazani su različiti strukturni i prihodovni utjecaji na financijsku stabilnost domova zdravlja, a temeljem zaključaka istraživanja dane su preporuke za unaprjeđenje internih podatkovnih podloga za donošenje odluka i sustava za financijsko upravljanje, za postupanje prema nepovoljnim utjecajima na financijske rezultate, te za nastavak istraživanja tema opisanih u ovom radu.

Od 44 doma zdravlja koji djeluju na području Republike Hrvatske, ukupno 15 ih je promatrano u ovom radu, no obuhvat je korigiran pri testiranju svake pretpostavljene hipoteze ovisno o dostupnosti podataka. Za odabrane domove zdravlja, promatrani su financijski izvještaji za 2018. i 2019. godinu, te drugi elementi: broj osiguranika, stupanj razvijenosti lokalne (područne) i regionalne samouprave, broj ugovorenih ordinacija s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje prema vrsti pravnog statusa. Odabrani elementi korišteni su kao varijable u analizama jer su osnovni kriteriji za određivanje maksimalne visine prihoda koju ordinacija ili tim mogu ostvariti iz ugovornog odnosa s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje.

Rezultati istraživanja ukazuju kako djelatnosti opće/obiteljske medicine, dentalne medicine, zdravstvene zaštite žena i zdravstvene zaštite predškolske djece, kao četiri temeljene djelatnosti primarne zdravstvene zaštite, održavaju financijski rezultat domova zdravlja pozitivnim. Zaključeno je kako specifičnost domova zdravlja zahtijeva financijsku uključenost lokalne (područne) i regionalne samouprave, kako bi uopće opstali, obzirom da namjenska sredstva od HZZO-a uopće ne financiraju kapitalne investicije, a često su nedostatna i za redovno poslovanje. Nepovoljan omjer broja ordinacija za domove zdravlja na području na kojem se pruža zdravstvena zaštita opće/obiteljske medicine u korist privatnih zdravstvenih radnika, narušava financijsku stabilnost domova zdravlja.

Unatoč prikazanim financijskim problemima i prijedlozima za ublažavanje njihova utjecaja ili potpuno uklanjanje, zdravstvena zaštita mora biti pružena bez obzira generira li financijske manjkove domu zdravlja ili ne. Socijalna i humana dimenzija zdravstva opovrgavaju sve izračune financijske (ne)uspješnosti, jer pružanje sveobuhvatne i kvalitetne zdravstvene skrbi svakom pojedincu prioritet su i svrha postojanja dionika zdravstvenog sustava.

Ključne riječi: dom zdravlja, HZZO, financiranje zdravstva, lokalna samouprava, financijski rezultat, decentralizirana sredstva, izvještavanje

ABSTRACT

The Health Care Act (NN 100/18, 125/19, 147/20) defines the purpose of the health care system, goals, measures for their implementation, stakeholders of the health care system, and organizational and legal forms of health care providers. Primary, secondary and tertiary health care are set of environment, staff, institutions, methods of treatment, health education and health promotion, which serves to provide health care for its population. Health centers are the first contact between patients and health systems. Their priority is providing health care within the activities that are contract signed with the Croatian Health Insurance and struggling every day for financial survival or maintaining financial stability. This paper presents various structural and revenue impacts on the financial stability of health centers, recommends advancement of inter-data bases for decision-making and financial management systems, gives recommendations for acting on negative influence on financial results, and offers expansion of research topics described in this paper.

There are 44 health centers operating in the Republic of Croatia, a total of 15 were observed in this paper, but the volume of sample was adjusted when testing each hypothesis depending on the availability of data. For selected health centers, the financial reports for 2018 and 2019 were observed, as well as other elements: number of insured persons, level of development of regional self-government, number of contracted practices with the Croatian Health Insurance Institute by type of legal status. Selected elements were used as variables in the analyzes because they are the basic criteria for determining the maximum amount of income that a practice or team can generate from a contractual relationship with the Croatian Health Insurance Institute.

The results of the research indicate that the activities of general/family medicine, dental medicine, women's health care and preschool children's health care, as four basic activities of primary health care, keep the financial result of health centers positive. It was concluded that the specificity of health centers requires financial involvement of local self-government in order to survive at all, because HZZO funds do not finance capital investments and often are insufficient for regular business. The unfavorable number of generale medicine practices ratio in favour of private health workers, violates the financial stability of health centers.

Despite the financial problems presented and proposals to mitigate their impact or eliminate them altogether, health care must be provided regardless of whether it generates financial deficits for the health center or not. The social and human dimension of health care

refutes all calculations of financial (un)success, because providing comprehensive and quality health care to each individual are priority and purpose of the existence of stakeholders in the health system.

Key words: health center, Croatian Health Insurance Institute, health financing, local self-government, financial result, decentralized funds, reporting

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	5
1. UVOD.....	10
1.1. Predmet i problem istraživanja.....	10
1.2. Ciljevi i istraživačke hipoteze	10
1.3. Metodologija rada.....	11
2. ZAKONSKI OKVIR ZA PROVOĐENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI HRVATSKOJ.....	13
2.1. Pravno-organizacijski oblici nositelja zdravstvene zaštite	18
2.2. Financiranje zdravstvene zaštite	24
3. PRAVNA I ORGANIZACIJSKA STRUKTURA NOSITELJA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	41
4. METODOLOGIJA RADA.....	46
5. ANALIZA FINANCIJSKOG POLOŽAJA, PRAVA I OBVEZA DOMOVA ZDRAVLJA	48
5.1. Doprinos ugovorenih djelatnosti u ukupnim prihodima	48
5.2. Obvezno i interno izvještavanje	58
5.3. Gospodarsko okruženje u kojem djeluju javne ustanove.....	68
5.4. Utjecaj privatnih usluga u ukupnoj djelatnosti i profitabilnosti domova zdravlja	82
6. RASPRAVA.....	94
7. ZAKLJUČAK.....	98
LITERATURA	102
POPIS TABLICA.....	104
POPIS SLIKA.....	105
POPIS GRAFIKONA	105
POPIS KRATICA	107

1. UVOD

Primarna zdravstvena zaštita poluga je zdravstvenog sustava Republike Hrvatske. Među zdravstvenim ustanovama u javnom vlasništvu koje pružaju zdravstvenu skrb djelatnostima na primarnoj razini, domovi zdravlja najčešći su oblik pravnog ustrojstva. Njihovo osnivanje i djelovanje doprinosi ispunjavanju osnovnih načela zdravstvene zaštite: sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Upravo su domovi zdravlja prva stepenica u održavanju zdravlja stanovništva. Preduvjet njihova postojanja su stručno i kvalificirano zdravstveno osoblje, a zaslugu za održivost provođenja zdravstvene djelatnosti ima i pravilno upravljanje ustanovama iz ekonomske perspektive. Financijska stabilnost omogućava kvalitetnu zdravstvenu zaštitu, a ovim je radom analizirana financijska uspješnost domova zdravlja u Republici Hrvatskoj, te predstavljena poveznica njihova financijskog položaja i djelatnosti koje obavljaju.

1.1. Predmet i problem istraživanja

U radu je promatran zdravstveni sustav RH s fokusom na primarnu zdravstvenu zaštitu koja se provodi u domovima zdravlja i istražena je poveznica financijskog uspjeha ustanova s kvalitetom provođenja zdravstvene zaštite. Problemi istraživanja su kako slijedi:

- nedostatnost financijskih sredstava u financiranju zdravstvene zaštite u domovima zdravlja,
- nedostatak decentraliziranih sredstava za financiranje investicija i tekućeg poslovanja,
- neusklađenost financijske vrijednosti ugovora s HZZO-m s rastućim potrebama (prvenstveno za financiranje plaća i ostalih prava radnika),
- nepovoljan omjer ordinacija u privatnom obliku i ordinacija koje pripadaju javnim službama.

1.2. Ciljevi i istraživačke hipoteze

Cilj specijalističkog rada jest uvodno informirati čitatelje o pravnom okviru primarne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, te ispitati utjecaj zakonske regulative na obuhvat djelatnosti domova zdravlja. Glavni praktični cilj jest usporediti poslovanje i financijsku

uspješnost domova zdravlja u Republici Hrvatskoj, a analizom i usporedbom ponuditi čitatelju detaljniji pogled na zdravstveni sustav sljedećim ciljevima:

- istražiti optimalan omjer zdravstvenih usluga koje pružaju domovi zdravlja i usluga koje pružaju privatni zdravstveni radnici u cilju postizanja financijske stabilnosti domova zdravlja u RH,
- povezati stupanj gospodarskog razvoja s financijskim stanjem domova zdravlja u okruženju u kojem provode zdravstvenu zaštitu,
- objasniti jačinu utjecaja obveza po kolektivnim ugovorima na financijsko planiranje i financijski rezultat domova zdravlja,
- ispitati doprinos obveznog financijskog izvještavanja u upravljanju domovima zdravlja.

Hipoteze ovog rada su:

H1: Temeljne djelatnosti primarne zdravstvene zaštite ugovorene prema dostupnosti Mreže javne zdravstvene zaštite dovoljne su za pozitivno financijsko poslovanje domova zdravlja.

H2: Obvezni financijski izvještaji proračunskih korisnika ne zadovoljavaju potrebu za podacima ključnim za pravilno upravljanje ustanovom.

H3: Lokalna samouprava izravno utječe na financijski rezultat domova zdravlja.

H4: Postoji povezanost udjela privatnih usluga u ukupnoj djelatnosti i profitabilnosti domova zdravlja.

1.3. Metodologija rada

Istraživanje je provedeno analiziranjem domova zdravlja u Republici Hrvatskoj, te privatnih zdravstvenih radnika radi istraživanja udjela u ukupnoj zdravstvenoj djelatnosti i mogućeg utjecaja na financijsko poslovanje domova zdravlja. U radu je primijenjena kvantitativna metodologija i to nad podacima prikupljenim vlastitim istraživanjem mrežnih stranica i direktnim kontaktom s voditeljima računovodstva ustanova u odabranom uzorku. Uzorak je odabran prema geografskoj raspršenosti ustanova i prema obilježju sličnosti ustanova po broju zaposlenika i broju ugovorenih djelatnosti. U radu su promatrani financijski izvještaji za dva izvještajna razdoblja, 2018. i 2019. godinu, s ciljem otkrivanja trenda u postavljenim hipotezama.

Za teorijsku podlogu korišteni su javno dostupni elektronički izvori podataka.

Rad se sastoji od teorijskog i empirijskog dijela. Rad je strukturiran u 7 poglavlja. Nakon predavljanja teme, sadržaja rada i uvodne rasprave, u drugom poglavlju donesen je zakonski okvir za provođenje zdravstvene zaštite u Hrvatskoj i obveznog zdravstvenog osiguranja. U trećem poglavlju razrađuju se pravna i organizacijska struktura nositelja primarne zdravstvene zaštite. U petom poglavlju predstavljeno je istraživanje i dobiveni rezultati. Slijedi rasprava u šestom poglavlju, odnosno predavka mogućeg nastavka istraživanja, te zaključak rada.

Lekturu specijalističkog rada izvršila je Marija John Ament, mag. educ. philol. croat..

2. ZAKONSKI OKVIR ZA PROVOĐENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI HRVATSKOJ

„Zdravstvena zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 100/18, 125/19, 147/20; dalje u tekstu: Zakon o zdravstvenoj zaštiti). Zakon o zdravstvenoj zaštiti, uključujući podzakonske akte, definira obuhvat zdravstvene zaštite, mjere kojima se provodi zdravstvena zaštita i pravo pojedinca na zdravstvenu zaštitu. Zakonom su definirane i obveze Republike Hrvatske u definiranju zakonske osnove i strategije razvoja zdravstvene zaštite, financijske obveze Republike Hrvatske u ostvarenju ciljeva zdravstvene zaštite, kao i financijske i druge obveze jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave u osiguranju uvjeta za zaštitu, očuvanje i poboljšanje zdravlja stanovništva, te organiziranja zdravstvene zaštite na području svoga djelovanja. Politika razvoja zdravstvenog sustava, osiguranje društvenih i gospodarskih okolnosti, obrazovnog sustava za zdravstvene radnike, skrb za stanovništvo uokvirene su Planom zdravstvene zaštite kojim se utvrđuje Mreža javne zdravstvene službe (u daljnjem tekstu: Mreža).

Plan zdravstvene zaštite (NN 19/20) nositeljima zadaća, definiranih Planom: Republici Hrvatskoj, jedinicama područne (regionalne) i lokalne samouprave i Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje, te pružateljima zdravstvene zaštite na svim razinama, određuje ciljeve i zadaće zdravstvene zaštite (unapređenje zdravlja stanovništva u cjelini; koji su mjereni smanjenjem smrtnosti i povećanjem broja godina života bez bolesti), prioritetna razvojna područja, osnove razvoja sustava zdravstvene zaštite, zdravstvene potrebe stanovništva od posebnoga interesa za Republiku Hrvatsku (osiguranje zdravog okoliša stanovništvu; prevencija, rano otkrivanje, dijagnostika, liječenje, zdravstvena njega te rehabilitacija kroničnih nezaraznih bolesti, cijepljenje, suzbijanje zaraznih bolesti; reproduktivno, oralno, tjelesno i mentalno zdravlje stanovništva), specifične potrebe i mogućnosti ostvarivanja zdravstvene zaštite na potpomognutim područjima ili područjima s razvojnim posebnostima (otočna medicina, demografski ugrožena područja), rokove za ostvarivanje Plana, osnove razvoja zdravstvene djelatnosti po razinama, uključujući izobrazbu i usavršavanje radnika u sustavu zdravstva, mjerila za određivanje mreže javne zdravstvene službe uzimajući u obzir dostupnost zdravstvene zaštite po područjima. Istovremeno, Planom zdravstvene zaštite (NN 19/20) definirana je Mreža javne zdravstvene službe za područje Republike Hrvatske, odnosno jedinice područne (regionalne) samouprave te Grada Zagreba, odnosno potreban broj zdravstvenih

ustanova, broj postelja po djelatnostima, broj zdravstvenih timova te privatnih zdravstvenih radnika s kojima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje sklapa ugovor o provođenju zdravstvene zaštite. Mjerila kojim se kreira mreža javne zdravstvene zaštite, odnosno definira maksimalno moguć broj timova/ordinacija koji pokrivaju određeno područje po županijama i gradovima/općinama, složena su kombinacija različitih kvantitativnih i kvalitativnih pokazatelja. U definiranju Mreže uzima se u obzir broj stanovnika; broj osiguranika; demografska struktura, pri čemu je poseban naglasak na praćenju osjetljivih dobnih skupina: osoba starijih od 65 godina i osoba mlađih od 14 godina; zatim zdravstveno stanje stanovništva mjereno morbiditetom, mortalitetom, te rizicima za zdravlje poput pušenja, alkoholizma i pretilosti; socijalna struktura stanovništva mjerena stupnjem obrazovanja stanovništva, vrstom zaposlenja, stopom nezaposlenosti, odnosom broja umirovljenika i radno aktivnog stanovništva; gravitirajući broj stanovnika prema stacionarnim ustanovama; karakteristike pojedinih područja uključujući naseljenost odnosno broj stanovnika po km², prometnu povezanost do najbliže bolnice, broj stanovnika i timova na otocima i na područjima gdje prevladava stanovništvo starije od 65 godina; kadrovska struktura zdravstvenih djelatnika te kapaciteti zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava i privatnih zdravstvenih radnika; utjecaj okoliša na zdravlje stanovništva te gospodarske mogućnosti pojedinih područja, koje su mjerene udjelom zdravstvene potrošnje u ukupnom bruto domaćem proizvodu, te zdravstvenom potrošnjom po glavi stanovnika. Za desetogodišnje razdoblje Planom zdravstvene zaštite (NN 19/20) definirani su pokazatelji učinkovitosti izvršenja zadaća i ciljeva: smanjenje bolesti u odnosu na razdoblje zdravog života, smanjenje smrtnosti, te produljenje očekivanog trajanja života na 80 godina.

S ciljem da se poštuju „načela sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa, specijaliziranog pristupa, načela supsidijarnosti i funkcionalne integracije zdravstvene zaštite“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti), zdravstvena djelatnost obavlja se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda. Razinama zdravstvene djelatnosti određen je stupanj složenosti provođenja zdravstvene zaštite, strukturirane su aktivnosti prevencije, liječenja, savjetovanja, dijagnostike, promicanja svijesti o zdravlju, specijalistički i drugi složeni postupci u medicini, uokvireni po skupinama stanovnika gdje se u posebne djelatnosti grupiraju posebno rizične skupine (primjerice, djelatnost zdravstvene zaštite predškolske djece).

Slijedom navedenog, „zdravstvena zaštita na primarnoj razini obuhvaća:

- praćenje zdravstvenog stanja stanovnika i predlaganje mjera za zaštitu i unaprjeđenje zdravlja stanovnika,
- sprječavanje bolesti i otkrivanje bolesti, dijagnostiku, liječenje, zdravstvenu njegu i rehabilitaciju,
- preventivnu i specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu djece i mladeži, osobito u osnovnim i srednjim školama te visokim učilištima na svom području,
- zdravstvenu zaštitu osoba starijih od 65 godina,
- zdravstvenu zaštitu hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata,
- zdravstvenu zaštitu žena,
- zdravstvenu zaštitu osoba s invaliditetom,
- preventivnu zdravstvenu zaštitu rizičnih skupina i ostalih stanovnika u skladu s programima preventivne zdravstvene zaštite i organiziranjem obveznih preventivnih pregleda,
- savjetovanje, zdravstveno prosvjeđivanje i promicanje zdravlja radi njegova očuvanja i unaprjeđenja,
- higijensko-epidemiološku zaštitu,
- sanitarnu zaštitu,
- sprječavanje, otkrivanje i liječenje bolesti zubi i usta s rehabilitacijom,
- zdravstvenu rehabilitaciju djece i mladeži s poremećajima u tjelesnom i mentalnom razvoju,
- radnu terapiju,
- patronažne posjete,
- zdravstvenu njegu u kući,
- medicinu rada/medicinu rada i sporta,
- hitnu medicinu,
- palijativnu skrb,

– zaštitu mentalnoga zdravlja, izvanbolničko liječenje mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti,

– opskrbu lijekovima, medicinskim proizvodima i magistralnim/galenskim pripravcima,

– sanitetski prijevoz,

– telemedicinu,

– zdravstvenu ekologiju“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti).

„Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se unutar djelatnosti:

– obiteljske (opće) medicine,

– zdravstvene zaštite predškolske djece,

– školske i adolescentne medicine u vidu preventivno-odgojnih i specifičnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata,

– javnog zdravstva,

– zdravstvene zaštite žena,

– dentalne zdravstvene zaštite,

– dentalnih laboratorija,

– higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite,

– medicine rada/medicine rada i sporta,

– zaštite mentalnoga zdravlja, izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti,

– logopedije,

– patronažne zdravstvene zaštite,

– zdravstvene njege u kući,

– primaljske skrbi,

– fizikalne terapije,

- radne terapije,
- hitne medicine,
- sanitetskog prijevoza,
- palijativne skrbi,
- ljekarništva,
- radiološke dijagnostike,
- laboratorijske dijagnostike,
- telemedicine,
- zdravstvene ekologije,
- sanitarnog inženjerstva“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti).

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite provode se specijalističko-konzilijarna i bolnička zdravstvena zaštita, sa složenijim postupcima u liječenju, dijagnostici i rehabilitaciji u odnosu na primarnu zdravstvenu zaštitu. Na tercijarnoj razini zdravstvena zaštita se provodi u klinikama i kliničkim centrima, a u zdravstvenim zavodima, koji djeluju na sve tri razine zdravstvene djelatnosti, provode se javnozdravstvena djelatnost, djelatnost transfuzijske medicine, djelatnost medicine rada, djelatnost zaštite mentalnog zdravlja, djelatnost toksikologije i djelatnost hitne medicine.

Zdravstvenu djelatnost mogu obavljati različiti pravno-organizacijski oblici vlasništva: „zdravstvene ustanove, trgovačka društva ili privatni zdravstveni radnici“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti). Do 2018. godine, privatni zdravstveni radnici mogli su obavljati zdravstvenu djelatnost temeljem dodijeljene koncesije. No, novim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, taj je oblik poslovanja ukinut i trebao bi iščeznuti iz sustava zdravstva do 2022. godine. Sva tri oblika vlasništva provode zdravstvenu djelatnost sklapanjem ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, a izvori financiranja osim HZZO-a, mogu im biti i jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave (dalje u tekstu: lokalna samouprava), korisnici zdravstvene zaštite izvan osnovnog zdravstvenog osiguranja, osiguravajuća društva i drugi.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje javna je ustanova koja provodi obvezno zdravstveno osiguranje na kojem je fokus ovog rada, te dodatno i dopunsko zdravstveno

osiguranje. Središnje je tijelo, osnovano Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 150/08), koje objavljuje natječaje za ugovaranje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja te provodi samo ugovaranje sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima uključenim u Mrežu; prema sklopljenim ugovorima obavlja plaćanja za izvršene usluge zdravstvene zaštite prema osiguranicima, nadzire ispunjavanje ugovornih obveza; utvrđuje način ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu na teret sredstava Zavoda; daje mišljenje o osnivanju i odobrenju rada zdravstvenih ustanova i odobrenju rada zdravstvenih radnika u privatnoj praksi radi uključenja u Mrežu; utvrđuje osnovice, način obračuna i plaćanja, visinu, te obveznike (sve zaposlene građane i poslodavce) obračunavanja i plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, što čini glavni izvor prihoda u financijskom planu HZZO-a; te obavlja druge poslove¹. Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13, 137/13, 98/19) i njegovim izmjenama i dopunama regulirana su prava i obveze osiguranih osoba koji to postaju po raznim osnovama (npr. radni odnos, dijete mlađe od 18 godina), a one uključuju pravo na zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini i slobodnim izborom doktora (dentalne) medicine, sekundarnoj i tercijarnoj razini na koje se osiguranik upućuje od odabranog doktora putem uputnica, lijekove, dentalna i ortopedska pomagala, te pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu, odnosno zaštitu u drugim zemljama članicama EU, kao i pravo na novčane naknade (za bolovanje, za rodiljni i roditeljski dopust i sl.).

2.1. Pravno-organizacijski oblici nositelja zdravstvene zaštite

Zdravstvena djelatnost u privatnoj praksi se obavlja u organizacijskom obliku ordinacije u čijem su timu zdravstveni radnici s propisanim stupnjem obrazovanja, važećim odobrenjem za rad nadležne komore, poslovnih sposobnosti i ostalim uvjetima za samostalnu djelatnost. Zdravstvene ustanove koje obavljaju zdravstvenu djelatnost osnovane su kao bolnice (opće, specijalne, kliničke), klinike i klinički bolnički centri, državni zdravstveni zavodi, domovi zdravlja, zavodi za hitnu medicinu, zavodi za javno zdravstvo, poliklinike, lječilišta, ustanove za zdravstvenu njegu, palijativnu skrb i ljekarničke ustanove. Trgovačka društva treći su mogući oblik pravnog ustrojstva za obavljanje zdravstvene djelatnosti, koje ne djeluje unutar Mreže. Najčešće su to poliklinike koje nude specijalističke usluge, prema cjeniku određenom tržištem. Prema Državnom zavodu za statistiku², temeljem podataka na 31. 12. 2019., od

¹ <https://hzzo.hr/o-nama/pravni-okvir> (pristupljeno 16. 3. 2021.)

² https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2019/11-01-01_04_2019.htm (pristupljeno 18. 2. 2021.)

ukupno registriranih 280.017 poslovnih subjekata u Republici Hrvatskoj, 206.228 su po pravnom obliku trgovačka društva, 3.539 su zadruge, a 70.250 registrirane ustanove, tijela, udruge i organizacije. Udio zdravstvenih ustanova u ukupnim pravnim subjektima u Republici Hrvatskoj prikazan je u Tablici 1.

Tablica 1.: Struktura pravnih subjekata u RH na 31. 12. 2019. godine

	Ukupno pravnih subjekata	Udio djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi	Udio djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi %
Trgovačka društva	206.228	1.123	0,54454 %
Registrirane ustanove, tijela, udruge i organizacije	70.250	3617	5,14875 %
Zadruge	3.539	-	-
Subjekti u obrtu i slobodnim zanimanjima	83.811	5085	6,06722 %

Izvor: izrada autorice prema Statističkim priopćenjima 11.1.1/4 (2020.)

Prema navedenim podacima, u djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, u najvećoj mjeri djeluju subjekti u obrtu i slobodnim zanimanjima, dakle privatni zdravstveni radnici koji zauzimaju 6 % u toj strukturi pravnih subjekata. Slijede javne ustanove (domovi zdravlja, bolnice, socijalni centri) koje djeluju u zdravstvu i zauzimaju 5 % od ukupno registriranih subjekata javnih ustanova i tijela, a najmanji je udio trgovačkih društava koji djeluju u djelatnosti zdravstva i socijalne skrbi (0,5 %).

Zakonskim okvirom definirani su kadrovski normativi zdravstvenih radnika u ustanovama ili drugim organizacijskim oblicima pravnih osoba koji obavljaju zdravstvenu djelatnost. Zdravstveni radnici su radnici zdravstvenog usmjerenja obrazovanja, stečenog na propisanim sveučilištima, veleučilištima ili srednjim strukovnim školama. Dio zdravstvenih radnika, obvezan je nakon završetka formalnog obrazovanja i stjecanja stručne kvalifikacije, prije sklapanja radnog odnosa, odraditi pripravnički staž u propisanom trajanju. „Odobrenje za samostalan rad je javna isprava koju prema posebnom zakonu izdaje nadležna komora nakon stečene stručne kvalifikacije odnosno dobivenog uvjerenja zdravstvenog radnika o položenom

stručnom ispitu. Odobrenjem za samostalan rad zdravstveni radnik stječe pravo samostalno obavljati poslove u svojoj struci“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti). Osim stručnog usavršavanja zdravstvenih radnika u cilju podizanja kvalitete zdravstvene zaštite i unapređenja pristupa u liječenju, dijagnostici, preventivnim i kurativnim postupcima, specijalističkim metodama temeljem novih saznanja u grani medicinske znanosti, zdravstveni radnici specijaliziraju određene grane zdravstvene djelatnosti ili grane uže specijalizacije. Zdravstveni djelatnik s odobrenjem za samostalni rad koji je upućen na specijalizaciju, dugoročno zdravstvenoj ustanovi, privatnoj zdravstvenoj praksi ili trgovačkom društvu, osigurava višu razinu kvalitete pružene zdravstvene zaštite. No, trajanje specijalizacije za ustanovu koja upućuje zdravstvenog radnika, znači višegodišnje razdoblje dvostrukog troška kako bi se osigurao kontinuitet rada određene ordinacije. Zdravstvene ustanove primorane su pronaći dodatne izvore financiranja kako bi se premostilo razdoblje odsutnosti zdravstvenog radnika u svakodnevnom radu pružanja zdravstvene zaštite.

„Mrežom se određuje za područje Republike Hrvatske, za područja jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno za područja jedinica lokalne samouprave potreban broj zdravstvenih ustanova, privatnih zdravstvenih radnika, odnosno potreban broj timova primarne zdravstvene djelatnosti, medicinskih sestara, broj timova specijalističko-konzilijarne zdravstvene djelatnosti i specijalističke dijagnostike po djelatnostima, potreban broj fizioterapeuta, potreban broj postelja po djelatnostima i po vrstama bolničkih zdravstvenih ustanova, te potreban broj postelja po stacionarima domova zdravlja“ (Mreža javne zdravstvene službe, NN 101/12, 31/13, 113/15, 20/18). Popunjenost mreže javne zdravstvene službe za četiri temeljne djelatnosti primarne zdravstvene zaštite po županijama u ožujku 2021. godine prikazana je u Tablici 2.

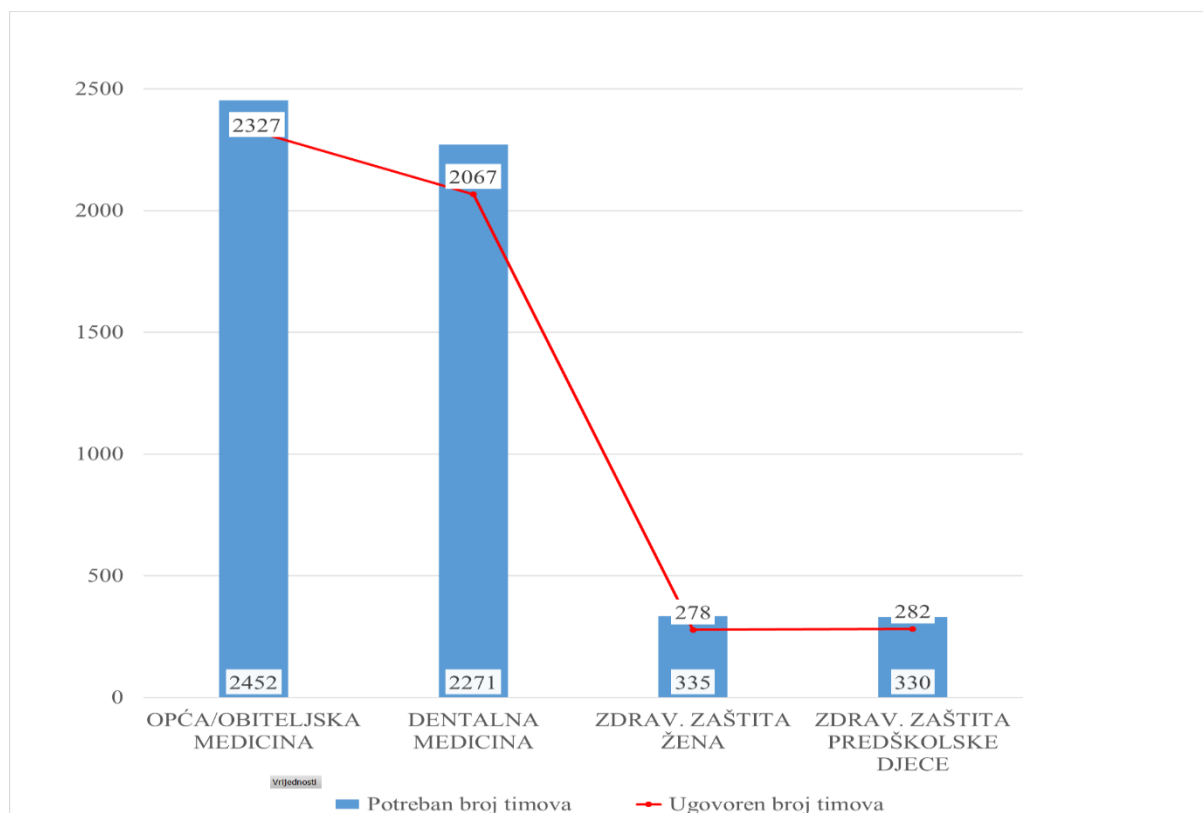
Tablica 2.: Popunjenost Mreže javne zdravstvene službe u RH u ožujku 2021. godine

Županija/Grad Zagreb	OPĆA/OBITELJSKA MEDICINA			DENTALNA MEDICINA			ZDRAV.ZAŠTITA ŽENA			ZDRAV. ZAŠT. PREDŠKOLSKE DJECE		
	Potreban broj timova	Ugovoren broj timova	Popunjenost mreže javne zdravstvene službe	Potreban broj timova	Ugovoren broj timova	Popunjenost mreže javne zdravstvene službe	Potreban broj timova	Ugovoren broj timova	Popunjenost mreže javne zdravstvene službe	Potreban broj timova	Ugovoren broj timova	Popunjenost mreže javne zdravstvene službe
BJELOVARSKO-BILOGORSKA	67	65	↑ 97%	61	56	↑ 92%	9	7	→ 78%	8	8	↑ 100%
BRODSKO-POSAVSKA	92	74	↓ 80%	84	69	→ 82%	12	8	↓ 67%	11	7	↓ 64%
DUBROVAČKO-NERETVANSKA	83	78	↑ 94%	67	62	↑ 93%	10	10	↑ 100%	12	11	↑ 92%
ISTARSKA	117	114	↑ 97%	111	98	→ 88%	16	14	→ 88%	15	12	→ 80%
KARLOVAČKA	76	75	↑ 99%	69	66	↑ 96%	10	10	↑ 100%	8	8	↑ 100%
KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKA	66	58	→ 88%	61	44	↓ 72%	8	7	→ 88%	8	6	→ 75%
KRAPINSKO-ZAGORSKA	75	74	↑ 99%	67	56	→ 84%	10	10	↑ 100%	8	5	↓ 63%
LIČKO-SENJSKA	33	32	↑ 97%	27	25	↑ 93%	6	5	→ 83%	5	3	↓ 60%
MEĐIMURSKA	59	55	↑ 93%	57	52	↑ 91%	8	6	↓ 75%	9	5	↓ 56%
OSJEČKO-BARANJSKA	178	170	↑ 96%	159	135	→ 85%	23	19	→ 83%	23	19	→ 83%
POŽEŠKO-SLAVONSKA	42	37	→ 88%	41	35	→ 85%	6	5	→ 83%	6	4	↓ 67%
PRIMORSKO-GORANSKA	175	166	↑ 95%	161	155	↑ 96%	23	20	→ 87%	22	22	↑ 100%
SISAČKO-MOSLAVAČKA	98	93	↑ 95%	91	82	↑ 90%	14	13	↑ 93%	12	12	↑ 100%
SPLITSKO-DALMATINSKA	268	264	↑ 99%	246	231	↑ 94%	35	32	↑ 91%	36	33	↑ 92%
ŠIBENSKO-KNINSKA	66	62	↑ 94%	58	56	↑ 97%	8	6	↓ 75%	7	7	↑ 100%
VARAŽDINSKA	99	85	↓ 86%	90	81	↑ 90%	13	9	↓ 69%	13	9	↓ 69%
VIROVITIČKO-PODRAVSKA	47	44	↑ 94%	45	39	→ 87%	7	6	→ 86%	6	5	→ 83%
VUKOVARSKO-SRIJEMSKA	98	92	↑ 94%	95	74	↓ 78%	13	9	↓ 69%	14	10	→ 71%
ZADARSKA	101	96	↑ 95%	90	80	↑ 89%	13	11	→ 85%	14	10	→ 71%
ZAGREBAČKA i GRAD ZAGREB	612	593	↑ 97%	591	571	↑ 97%	91	71	→ 78%	93	86	↑ 92%
UKUPNO U RH	2452	2327		2271	2067		335	278		330	282	

Izvor: izrada autorice prema Mreži javne zdravstvene službe (NN 101/12, 31/13, 113/15, 20/18) i <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni> (pristupljeno 18. 3. 2021.)

Timovi odnosno ordinacije prikazane u Tablici 2. uvjetno su oblikovani temeljem raspona vrijednosti za pojedinu djelatnost, uz napomenu kako su podaci za Zagrebačku županiju i Grad Zagreb pripojeni u jednu vrijednost, kako bi podaci o ugovorenim i potrebnim timovima bili usporedivi. U djelatnosti opće/obiteljske medicine, dvije su županije, Brodsko-posavska i Varaždinska, potkapacitirane, što znači da nema dovoljnog broja ordinacija za određeni broj pacijenata. U djelatnosti dentalne medicine, to je slučaj sa županijama Koprivničko-križevačkom i Vukovarsko-srijemskom. U djelatnosti zdravstvene zaštite žena, nema dovoljnog broja ordinacija u Brodsko-posavskoj, Međimurskoj, Šibensko-kninskoj, Varaždinskoj i Vukovarsko-srijemskoj županiji. U djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece nedostaje timova u Brodsko-posavskoj, Krapinsko-zagorskoj, Ličko-senjskoj, Međimurskoj, Požeško-slavonskoj i Virovitičko-podravskoj županiji. Varaždinska, Međimurska, Brodsko-posavska i Vukovarsko-srijemska u više od jedne od četiri temeljne djelatnosti, više od 33 %, imaju smanjenu popunjenost Mreže. Županije koje više od 90 % ispunjavaju popisane Mrežu su Dubrovačko-neretvanska, Karlovačka, Sisačko-moslavačka i Splitsko-dalmatinska. Ukupno promatrano na razini Republike Hrvatske, najbolja popunjenost mreže jest u djelatnosti opće/obiteljske medicine, odnosno 94 %, što je prikazano na Grafikonu 1. Šaroliko oblikovanje prikaza po županijama upućuje na teškoće u ostvarivanju temeljnog načela dostatnosti zdravstvene zaštite.

Grafikon 1.: Potreban i ugovoren broj timova u mreži javne zdravstvene službe u RH u ožujku 2021. godine



Izvor: izrada autorice prema Mreži javne zdravstvene službe (NN 101/12, 31/13, 113/15, 20/18) i <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni> (pristupljeno 18. 3. 2021.)

Značaj primarne zdravstvene zaštite naglašava i Bakarić (2016), navodeći kako bi primarna zdravstvena zaštita trebala rješavati 80 % zdravstvenih slučajeva, a tek 20 % usmjeravati na liječenje prema višim razinama sustava. „U Hrvatskoj, međutim, subjekti iz primarne zdravstvene zaštite rješavaju tek 50 % zdravstvenih problema pacijenata, dok se u većini zemalja EU-a putem primarne zdravstvene zaštite riješi od 70 do 80 % zdravstvenih problema“, naglašava Bakarić (2016). Nepopunjenost Mreže do punog kapaciteta može utjecati na udio rješavanja zdravstvenih slučajeva na primarnoj razini zdravstvene zaštite.

2.2. Financiranje zdravstvene zaštite

U suvremenim zemljama primjenjuju se različiti sustavi financiranja zdravstvene zaštite sa zajedničkim ciljem: osigurati dovoljno financijskih sredstava za pokriće brzorastućih troškova zdravstvene potrošnje uzrokovane tehnološkim napretkom medicine, pronalaskom novih metoda liječenja i općim starenjem stanovništva, uz istovremeno zadovoljenje osnovnih načela zdravstvene zaštite: da stanovništvo ima osiguranu kontinuiranu i dostupnu zdravstvenu skrb. Najčešće primijenjeni oblici financiranja, prema Sabolski i Sokol (2007), su Beveridgeov model koji je obilježen državnim financiranjem zdravstva općim oporezivanjem, Bismarckov model sa socijalnom dimenzijom temeljen na uplaćivanju doprinosa za zdravstveno osiguranje na osnovi rada, te tržišnom modelu koji nije socijalno osjetljiv i oslanja se na privatno financiranje zdravstvene skrbi svakog pojedinca za sebe³.

Ulogu administrativnog tijela koje upravlja prihodima od doprinosa od zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj ima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu: HZZO). Izvanproračunski je korisnik državnog proračuna, upravo jer direktno prihoduje udio na plaće radno aktivnog stanovništva koji se ne uplaćuju u državni proračun, ali ipak pod kontrolom i nadzorom Vlade, odnosno Ministarstva zdravstva. Ministarstvo jest krovna institucija za osmišljavanje zdravstvene politike, definiranje zakonske regulative, organizaciju zdravstvenog sustava i općenito brige o zdravlju stanovništva. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj temelji se na mješovitom modelu s prevladavajućim obilježjima Beveridgeovog modela, jer se nedostatak prikupljenih obveznih doprinosa za zdravstvo prema Beveridgeovom modelu, financira iz proračunskih prihoda države prema Bismarckovom modelu, što potvrđuju i Vašiček, Dražić Lutitsky, Dragija, Bertoni, De Rosa, Grisi, Rebelli, Osmančević i Juroš (2016). To je dokazano strukturom prihoda u godišnjim financijskim izvještajima HZZO-a prikazanom u Tablici 3.

³ Sabolski A., Sokol V. (2007), „Financiranje sustava zdravstva“, <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjLgfPd9bbvAhUQ3BoKHVHVAYoQFjAAegQIARAD&url=http%3A%2F%2Fdiagonal.mef.hr%2Fmeddb%2Fslike%2Fpisac39%2Ffile482p39.pdf&usg=AOvVaw3K09vJOn2Q3QgpWI7JrTd1> (pristupljeno 27. 3. 2021.)

Tablica 3.: Pokazatelji financijskog poslovanja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

Red. br.	Pokazatelji	I - XII. 2019.	I - XII. 2020.	Indeks
	PRIHODI - PRIMICI			
1	Prihodi od doprinosa	22.188.019.518	21.042.813.887	94,84
2	Prihodi od proračuna	2.600.000.000	3.769.214.996	144,97
3	Prihodi po posebnim propisima	2.291.699.194	2.451.009.246	106,95
4	Prihodi od financijske imovine (kamate)	12.529.591	7.756.756	61,91
5	Prihodi od projekata EU	2.866.674	797.177	27,81
6	Prihodi od pruženih usluga	1.303.314	1.978.297	151,79
7	Kazne, upravne mjere i ostali prihodi	441.467	253.178	57,35
8	Prihodi od prodaje nefinancijske imovine	1.896.374	3.109.964	164,00
	UKUPNI PRIHODI (1-8)	27.098.756.132	27.276.933.501	100,66
	Primici od zaduživanja	0	1.077.577.956	
	Sveukupno prihodi i primici (1-8)	27.098.756.132	28.354.511.457	104,63
	RASHODI - IZDACI			
1	PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	4.146.816.276	4.255.343.278	102,62
	Primarna zdravstvena zaštita-ugovori	3.146.933.815	3.191.400.724	101,41
	HMP i sanitetski prijevoz	841.641.210	896.527.449	106,52
	Zdravstvena njega u kući	158.241.251	166.523.733	105,23
	Posebna nagrada zdr. radnicim za vrijeme trajanja posebnih okolnosti	0	891.372	
2	LIJEKOVI NA RECEPTE	3.688.996.647	4.130.795.015	111,98
3	ORTOPEDSKI UREĐAJI I POMAGALA	844.835.748	853.589.002	101
	Ortopedski uređaji i pomagala	843.479.599	852.315.879	101,05
	Inzulinske pumpe	1.356.149	1.273.123	93,88
4	BOLNIČKA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	9.435.685.607	8.782.200.150	93,05
	Bolnička zdravstvena zaštita	9.175.841.604	8.473.924.311	92,35
	Eksplanacije u bolnicama	1.929.415	3.788.076	76,85
	Transplantacije u bolnicama	101.190.910	104.378.936	103,15
	Intervencijska kardiologija	57.787.656	76.134.187	131,75
	Intervencijska neurologija i neuroradiologija	35.194.953	41.953.307	119,20
	Medicinska oplodnja	31.752.781	26.519.075	83,52
	Umjetne pužnice	2.986.562	0	0,00

	Trošak posebnih materijala	29.001.726	49.463.572	170,55
	Intervencijska gastroenterologija	0	1.304.086	
	Posebna nagrada zdr. radnicim za vrijeme trajanja posebnih okolnosti	0	4.734.600	
5	SPECIJALISTIČKO-KONZILJARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA IZVANBOLNIČKA	797.930.881	1.244.517.656	155,97
	Spec. - konz. zdr. zašt.	783.182.206	1.230.231.804	157,08
	Pružanje toksikoloških informacija	197.000	197.000	100,00
	Programi vezani za zdrav. zaštitu djece i mladeži	544.800	544.800	100,00
	Programi vezani za unapređenje zdravstvene zaštite	14.006.875	12.692.169	90,61
	Posebna nagrada zdr. radnicima za vrijeme trajanja posebnih okolnosti	0	851.883	
6	POSEBNO SKUPI LIJEKOVI	1.913.820.039	2.219.344.031	115,96
7	OSTALA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	665.185.904	664.047.398	99,83
	Liječenje u inozemstvu za osiguranike RH	323.538.127	321.619.050	99,41
	Cjepivo	98.742.466	122.782.671	124,35
	Rano otkrivanje zloćudnih bolesti	31.199.296	28.286.772	90,66
	Dobrovoljno davalaštvo krvi	13.620.644	12.396.695	91,01
	Hitna pomoć na državnim cestama	7.656.018	6.468.657	84,49
	Zdr. zašt. osoba čije prebivalište nije poznat	645.869	627.560	97,17
	Krv i krvni pripravci (transfuzijska medicina)	173.728.814	158.844.915	91,43
	Zdr. zašt. hrv. državljana sa prebivalištem u BIH	16.054.670	13.021.078	81,10
8	ZDRAVSTVENA ZAŠTITA INO OSIGURANIK U RH ZA VRIJEME PRIREVEM. BORA VKA U RH	488.576.571	475.388.704	97,30
9	ZDRAVSTVENA ZAŠTITA DOPUNSKOG OSIGURANJA	1.275.566.247	1.027.255.885	80,53
10	ZRAV. ZAŠTITA NA RADU - SPECIFIČNA ZDR. ZAŠTITA	93.867.970	92.145.424	98,16
	Ukupna zdravstvena zaštita (1-10)	23.353.981.890	23.744.626.543	101,67
11	Naknade zbog bolesti i invalidnosti	1.314.910.336	1.440.957.559	109,59
12	Rodiljne naknade - obvezni rodiljni dopust	1.011.166.499	1.101.901.449	108,97
13	Naknade plaća hrvatskim braniteljima	12.891.183	12.755.431	98,95
14	Ostale naknade	198623548	157.524.601	79,31

15	Specijalizacije, pripravnici i rad pod nadzorom bez specijalizacije	26.784.404	24.066.082	89,85
16	Naknade za bol. i isplate osig.-za ozlj. na radu i prof. bolesti	186.400.318	174.189.883	93,45
	Ukupno naknade (11 - 16)	2.750.776.288	2.911.395.005	105,84
17	Rashodi za zaposlene	250.307.228	276.527.508	110,48
18	Materijalni izdaci	104.509.087	88.454.327	84,73
19	Financijski rashodi	19.983.913	28.052.931	140,38
20	Rashodi po projektima EU	2.213.234	946.785	42,78
21	Ostali rashodi - naknade štete	12.276.768	4.352.694	35,45
22	Rashodi za nabavu nefinancijske imovine	32.402.164	40.019.671	123,51
	Ukupno (17-22)	421.692.394	438.444.916	103,97
	Sveukupni rashodi (1-22)	26.526.450.572	27.094.466.464	102,14
	Višak prihoda i primitaka	572.305.560	1.260.044.993	220,17
	Manjak prihodi i primitaka - preneseni	1.232.516.395	658.233.463	53,41
	Višak prihodi i primitaka raspoloživ u sljedećem razdoblju		601.811.530	
	Manjak prih. i prim. za pokriće u sljedećem razdoblju	660.210.835		

Izvor: Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2020.g., <https://hzzo.hr/o-nama/izvjesca> (pristupljeno 17. 6. 2021.)

Financijski izvještaji za 2020. godinu svih poslovnih subjekata, pa tako i HZZO-a, značajno su promijenjeni zbog proglašenja pandemije bolesti COVID-19 i primijenjenih epidemioloških mjera s ciljem sprječavanja širenja zaraze. U sljedećem tumačenju financijskih pokazatelja, cilj je prikazati strukturu financiranja zdravstvene zaštite, stoga će navedeni učinak biti zanemaren. Stopa doprinosa na plaće za zdravstveno osiguranje temeljem dohotka zaposlenog stanovništva od 2003. iznosila je 15 %, odnosno 13 % u razdoblju od 1. 5. 2012. do 31. 3. 2014., a od 2019. do danas iznosi 16,5 %. 2020. godine u ukupnim prihodima od 27.276.933.501 kn, prihodi od doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje iznosili su 21.042.813.887 kn odnosno 77 % ukupnih prihoda, dok su prihodi od proračuna i proračunskih korisnika, dakle države, (doprinosi za nezaposlene osobe, za osobe kojima je odlukom nadležnog suda oduzeta sloboda, dodatni doprinos za osiguranike korisnike mirovina, prihodi od posebnog poreza na duhanske prerađevine, prihodi na ime premija za police dopunskog zdravstvenog osiguranja za osiguranike kojima se policia pokriva na teret Državnog proračuna, te za pokriće troškova zdravstvene zaštite osiguranika koji su to pravo ostvarili na teret državnog proračuna) iznosili 3.769.214.996 kn, odnosno 13 %. Slijedom navedenog, prihodi od doprinosa glavni su izvor

financiranja HZZO-a, a time je financijska i platežna moć HZZO-a izravno povezana sa stupnjem razvijenosti gospodarstva čiji je glavni pokazatelj bruto domaći proizvod po glavi stanovnika, sadržan od osobne potrošnje koja je ovisna o zaposlenosti i primanjima ukupne populacije. Veća stopa zaposlenosti generira više osobnih dohodaka koji podliježu plaćanju doprinosa za zdravstveno osiguranje. Barić i Smolić (2011) u svom radu dokazuju pozitivnu korelaciju zaposlenosti i stabilnosti financiranja sustava zdravstvene skrbi, odnosno prihoda HZZO-a: „Bez pojačanog zapošljavanja stanovništva neće biti moguće održati stabilnost zdravstvenog sustava. Posljedice bi mogle biti smanjenje opsega i kvalitete zdravstvene skrbi, ali i povećanje plaćanja iz džepa za zdravstvene usluge kao i porast neformalnih plaćanja u zdravstvu“. Ostale prihode čine prihodi po posebnim propisima (prihodi od sufinanciranja cijene usluge, odnosno participacije koji plaćaju osiguranici zdravstvenog osiguranja koji nemaju ugovoreno dopunsko osiguranje, prihodi od premija dopunskog osiguranja HZZO-a, prihodi od inozemnih osiguranja temeljem sklopljenih međunarodnih ugovora, prihodi od premije obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti), prihodi od financijske i nefinancijske imovine, prihodi od projekata EU, prihodi od pruženih usluga, prihodi od kazni i upravnih mjera, te primici od zaduživanja. U strukturi rashoda, najveći udio u ukupnim rashodima koji iznose 27.094.466.464 kn čine rashodi za financiranje zdravstvene zaštite u iznosu 23.744.626.543 kn odnosno 87 %, a ostalih 13 % su rashodi za zaposlenike, financijski rashodi, kapitalna ulaganja, rashodi po projektima EU, te ostali rashodi. Rashodi za financiranje zdravstvene zaštite promatrani po razinama djelatnosti prikazani su u Tablici 4.

Tablica 4.: Struktura rashoda HZZO-a po djelatnostima zdravstvene zaštite za 2019. i 2020.

RASHODI - IZDACI	2019.	2020.	% 2019.	% 2020.
Primarna zdravstvena zaštita	4.144.876.276	4.255.343.278	18 %	18 %
<i>Primarna zdravstvena zaštita - ugovori</i>	3.146.993.815	3.191.400.724	76 %	75 %
<i>HMP i sanitetski prijevoz</i>	841.641.210	896.527.449	20 %	21 %
<i>Zdravstvena njega u kući</i>	156.241.251	166.523.733	4 %	4 %
<i>Posebna nagrada radnicima zbog COVID-19</i>	0	891.372	0 %	0 %
Lijekovi na recepte	3.688.996.647	4.130.795.015	16 %	18 %
Ortopedski uređaji i pomagala	844.835.748	863.689.002	4 %	4 %
Bolnička zdravstvena zaštita	9.438.325.607	8.782.200.150	40 %	36 %
Specijali. konzilijarna zdrav. zašt. izvanbolnička	797.930.881	1.244.517.656	3 %	5 %
Posebno skupi lijekovi	1.913.820.039	2.219.344.031	8 %	10 %
Ostala zdravstvena zaštita	665.185.904	664.047.398	3 %	3 %
Zdravstvena zaštita INO osiguranika	488.576.571	475.388.704	2 %	2 %
Zdravstvena zaštita dopunskog osiguranja	1.275.566.247	1.027.255.885	5 %	4 %
Zdravstvena zaštita na radu	93.867.970	92.145.424	0 %	0 %
UKUPNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	23.351.981.890	23.754.726.543	100 %	100 %

Izvor: Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2020. godinu, <https://hzzo.hr/o-nama/izvjesca> (pristupljeno 26. 6. 2021.)

Rashodi HZZO-a prihodi su zdravstvenim ustanovama koje obavljaju zdravstvenu djelatnost temeljem sklopljenih ugovora i izdanih računa za obavljene zdravstvene postupke i preglede. Sekundarna i tercijarna razina pokrivena grupom rashoda i bolnička zdravstvena zaštita crpe najviše financijskih resursa, 36 % od ukupnih rashoda za zdravstvenu zaštitu. Za primarnu zdravstvenu zaštitu izdvaja se 18 % rashoda. Uobičajene djelatnosti domova zdravlja su osim ugovora za timove/ordinacije i sanitetski prijevoz, zdravstvena njega u kući, specijalističko-konzilijarna izvanbolnička zdravstvena zaštita, zdravstvena zaštita na radu (medicina rada), a samim provođenjem zdravstvene zaštite ostvaruju i prihode od lijekova na recepte. Stoga, točan

udio rashoda izdvojen za pojedine zdravstvene ustanove, posebice nam zanimljive, domove zdravlja, iz financijskih izvještaja HZZO-a nije poznat.

U strukturi osiguranika koji ostvaruju pravo na osnovno zdravstveno osiguranje, osim aktivnih radnika i umirovljenika, su i nezaposleni, članovi obitelji zaposlenih osoba, djeca do 18. godine, učenici srednjih škola i redovni studenti i drugi, koji nemaju obvezu plaćanja doprinosa za zdravstveno osiguranje, ali su korisnici osiguranja, a financira ih državni proračun. U tome se ogleda socijalni element mješovitog zdravstvenog sustava, a njihov udio u strukturi osiguranika je značajan: 1.113.322 osiguranika, odnosno 26 % od ukupnog broja osiguranika u RH. U strukturi osiguranika, kako je prikazano Tablicom 5., najveći udio ima radno aktivno stanovništvo (1.575.192 osiguranika u 2020. godini), ali s negativnom trendom opadanja, što je pokazatelj slabljenja gospodarske aktivnosti.

Tablica 5.: Struktura osiguranika u Republici Hrvatskoj po godinama

Osiguranici	Prosječan broj				Indeks 2020./ 2019.	Učešće %	
	2017.	2018.	2019.	2020.		2019.	2020.
- aktivni radnici	1.522.335	1.564.677	1.599.311	1.575.192	98,49	38,18	37,85
- aktivni poljoprivrednici	16.429	14.155	12.272	10.746	87,57	0,29	0,26
- umirovljenici	1.058.838	1.057.951	1.059.765	1.058.945	99,92	25,30	25,45
- članovi obitelji	605.325	525.135	458.512	103.423	87,99	10,95	9,69
- ostali	1.041.305	1.041.464	1.058.798	1.113.322	105,15	25,28	26,75
Ukupno Republika Hrvatska	4.244.232	4.203.382	2.788.658	3.861.628	99,35	100,00	100,00

Izvor: Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2020.g., <https://hzzo.hr/o-nama/izvjescia> (pristupljeno 17. 6. 2021.)

Značajan broj osiguranika su umirovljenici, koji čine 25 % ukupnog broja osiguranika u 2020. godini. Osim aktivnih radnika, umirovljenici čija je mirovina veća od prosječne mjesečne neto plaće u Hrvatskoj, koja u 2020. godini iznos 6.863 kn, obvezno uplaćuju doprinose za zdravstveno osiguranje i to po stopi od 3 %. U Tablici 4. prikazan je broj korisnika mirovina po platnim razredima visine mirovine. Ako prosječan iznos mirovine za dani platni razred prihvatimo kao osnovu za usporedbu s visinom prosječne neto plaće u RH, zaključujemo kako 15.055 osiguranika (platni razred od 7.000 – 8.000 kn i više od 8.000 kn) umirovljenika uplaćuje doprinos za zdravstveno osiguranje, odnosno 0,01 % umirovljenika doprinosi

održivosti zdravstvenog sustava. Uz to, nepovoljan je omjer aktivnih radnika i umirovljenika. U 2020. godini prosječan broj aktivnih radnika po umirovljeniku iznosi 1:1,49. Jasan je to pokazatelj poveznice zdravstvenog i mirovinskog sustava, te nedostatnosti financijskih sredstava za dugoročnu održivost istih⁴.

⁴ HZZO, Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2020. g, <https://hzzo.hr/o-nama/izvjesca> (pristupljeno 18. 6. 2021.)

Tablica 6.: Korisnici mirovina prema svotama, vrstama i prosječnim mirovinama koji su pravo na mirovinu ostvarili prema Zakonu o mirovinskom osiguranju na 31. 12. 2020.g.

Svote mirovina	M I R O V I N E							
	UKUPNO		STAROSNA		INVALIDSKA		OBITELJSKA	
	Broj korisnika	Prosječna mirovina	Broj korisnika	Prosječna mirovina	Broj korisnika	Prosječna mirovina	Broj korisnika	Prosječna mirovina
0	1	2	3	4	5	6	7	8
do - 500,00	91.909	234,18	66.574	233,51	5.699	279,08	19.636	223,43
500,01 - 1.000,00	63.359	753,74	41.877	745,05	5.728	783,95	15.754	765,88
1.000,01 - 1.500,00	109.884	1.244,33	62.522	1.243,62	13.561	1.297,43	33.801	1.224,33
1.500,01 - 2.000,00	154.193	1.768,10	94.432	1.771,14	27.984	1.779,11	31.777	1.749,35
2.000,01 - 2.500,00	204.221	2.245,57	130.076	2.250,75	25.762	2.252,82	48.383	2.227,80
2.500,01 - 3.000,00	153.717	2.765,16	111.481	2.774,81	14.189	2.767,55	28.047	2.725,56
3.000,01 - 3.500,00	114.245	3.231,18	90.027	3.234,94	8.118	3.194,71	16.100	3.228,59
3.500,01 - 4.000,00	79.836	3.735,12	67.860	3.736,76	3.219	3.714,96	8.757	3.729,88
4.000,01 - 4.500,00	62.766	4.231,25	55.139	4.233,88	1.521	4.205,79	6.106	4.213,83
4.500,01 - 5.000,00	39.621	4.729,65	35.940	4.730,02	611	4.726,66	3.070	4.725,91
5.000,01 - 6.000,00	40.323	5.429,60	36.308	5.429,26	604	5.411,09	3.411	5.436,44
6.000,01 - 7.000,00	18.281	6.367,69	16.782	6.373,58	255	6.383,99	1.244	6.284,84
7.000,01 - 8.000,00	7.146	7.430,61	6.791	7.430,74	73	7.467,59	282	7.417,82
veće od - 8.000,00	7.909	9.338,35	7.733	9.338,38	33	9.221,47	143	9.363,70
UKUPNO	1.147.410	2.566,56	823.542	2.755,03	107.357	2.083,63	216.511	2.089,18

Izvor: <https://www.mirovinsko.hr/hr/2020-890/890> (pristupljeno 18. 6. 2021.)

U složenom sustavu financiranja zdravstva, Kovač (2013) navodi nekoliko modela plaćanja zdravstvenih usluga: „cijena x usluga – besplatna usluga (fee for service), proračun, plaćanje po glavarini, plaćanje po danu hospitalizacije, prospektivno plaćanje po kliničkom slučaju – DTS/DTP (dijagnostičko-terapijske skupine/postupci).“ Ugovaranje zdravstvenih usluga s HZZO-om ostvaruje se ponudom pružatelja zdravstvene zaštite zdravstvenih usluga iz određene djelatnosti temeljem javnog poziva/natječaja za sklapanjem ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja. Osnova za sklapanje ugovora za djelatnosti opće/obiteljske medicine, dentalne zdravstvene zaštite, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene njege u kući i sanitetskog prijevoza su nepopunjena mjesta u Mreži javne zdravstvene službe, odnosno utvrđen broj timova sanitetskog prijevoza županijama, a za patronažnu zdravstvenu zaštitu osnova za ugovaranje jest broj stanovnika na području nadležnog doma zdravlja. Prihvatanjem ponude, uz prikupljen propisan minimalni broj pacijenata upisanih kod liječnika nositelja buduće ordinacije, te sklapanjem ugovora određena je cijena zdravstvene zaštite i maksimalni prihod koji ugovorni partner ili dom zdravlja ostvaruje. Od 2013. g. u primjeni je model prihodovanja koji u četiri temeljne djelatnosti PZZ (opća/obiteljska, dentalna medicina, zdravstvena zaštita žena i zdravstvena zaštita predškolske djece) definira vrijednost standardnog tima:

- osnovni prihod:
 - prihod od glavarine,
 - hladni pogon,
 - dijagnostičko-terapijski postupci (DTP),
 - učinkovito izvršavanje ugovornih obveza (KPI),
 - ostvarena kvaliteta pružene zdravstvene zaštite (QI);
- dodatne mogućnosti prihodovanja:
 - skupna praksa,
 - preventivni programi,
 - 5 zvjezdica.

Tim kao definicija ordinacije propisan je kadrovskim normativima i u četiri temeljne djelatnosti sastoji se od jednog doktora i jedne medicinske sestre/medicinskog tehničara. Ovisno o vrsti djelatnosti, doktori su opće/obiteljske specijalizacije, bez specijalizacije, specijalisti pedijatrije, specijalisti ginekologije i doktori dentalne medicine. Propisana je veličina standardnog tima mjerena brojem osiguranika, tj. pacijenata koji su slobodnim izborom odabrali doktora

medicine i doktora dentalne medicine primarne zdravstvene zaštite, te je prikazana u sljedećoj tablici.

Tablica 7.: Standardni broj osiguranih osoba po djelatnostima

Vrsta zdravstvene djelatnosti	Standardni broj osiguranika
Opća/obiteljska medicina	1.700
Dentalna zdravstvena zaštita	1.900
Zdravstvena zaštita žena	6.000
Zdravstvena zaštita pred. djece	950

Izvor: Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN56/17, 73/17, 30/18, 35/18, 119/18, 32/19, 62/19, 94/19, 104/19, 22/20, 84/20, 123/20, 147/20, 12/21, 45/21)

Glavarina je prihod koji tim ostvaruje prema broju osiguranika i osnova je za izračun ostalih prihoda. Odstupanje od standarda, u smislu opredijeljenih pacijenata upisanih u ordinaciju, odražava se na cijenu glavarine. Također, cijena glavarine ovisi o dobnoj strukturi pacijenata, jer je za svaku djelatnost Odlukom o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (dalje u tekstu: Odluka) propisan iznos sredstava po osiguranoj osobi, te dodatno po stupnju obrazovanja doktora (doktor medicine ili specijalist), kako je prikazano u Tablici 8.

Tablica 8.: Godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi i djelatnosti u kunama

Djelatnost zdravstvene zaštite	Dobna skupina	dr. med. spec./dr. med. dent.	dr. med.
Djelatnost opće/obiteljske medicine	0-7	107,02	98,99
	7 - 18	46,65	36,53
	18 - 45	52,92	47,56
	45 - 65	71,56	64,31
	> 65	90,73	81,54
Zdravstvena zaštita predškolske djece	0 - 7	122,52	-
	7 - 14	46,53	-
Zdravstvena zaštita žena	> 12	17,42	-
Dentalna zdravstvena zaštita (polivalentna)	0 - 3	20,09	-
	3 - 18	47,07	-
	> 18	43,36	-

Izvor: Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN56/17, 73/17, 30/18, 35/18, 119/18, 32/19, 62/19, 94/19, 104/19, 22/20, 84/20, 123/20, 147/20, 12/21, 45/21)

Tako izračunata glavarina za ordinaciju, osnova je za daljnje izračunavanje ostalih prihoda. Na mjesečnoj bazi provjerava se fluktuacija kretanja pacijenata i prema opredijeljenom broju i navedenim parametrima, HZZO obavlja plaćanje. Hladni pogon prihod je za troškove ordinacije i sadržava: plaću doktora i plaću medicinske sestre/medicinskog tehničara; režijske troškove, troškove zbrinjavanja medicinskog i komunalnog otpada, troškove održavanja opreme, telefonske usluge, troškove čišćenja, troškove zakupa, troškove administrativnog i tehničkog osoblja, troškove polica osiguranja i ostale troškove. Broj pacijenata opredijeljenih za ordinaciju utječe na iznos hladnog pogona. Ako se broj osiguranika smanji za više od 25 % od standarda, tim ostvaruje 50 % prihoda hladnog pogona. Hladni pogon za 2020. godinu u fiksnom iznosu prikazan je u Tablici 9.

Tablica 9.: Vrijednost hladnog pogona za standardne timove po djelatnostima u 2020. g.

Djelatnost zdravstvene zaštite	Hladni pogon - godišnji iznos	Hladni pogon - mjesečni iznos
Djelatnost opće/obiteljske medicine	218.298,00	18.191,50
Zdravstvena zaštita predškolske djece	221.330,00	18.444,17
Zdravstvena zaštita žena	222.779,00	18.564,92
Dentalna zdravstvena zaštita (polivalentna)	221.409,00	18.450,75

Izvor: Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN56/17, 73/17, 30/18, 35/18, 119/18, 32/19, 62/19, 94/19, 104/19, 22/20, 84/20, 123/20, 147/20, 12/21, 45/21)

Prihod od dijagnostičko-terapijskih postupaka (dalje u tekstu: DTP) ostvaruje se ispostavljanjem računa za obavljene usluge zdravstvene zaštite prema svakom pacijentu. DTP postupci podijeljeni su u 4 razine:

- DTP nulte razine: najosnovniji postupci liječnika – njima se prati svakodnevni rad ordinacije i ne plaćaju se dodatno.
- DTP prve razine: postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili edukacija. Postupci su dio i slijed aktivnosti iz nulte razine, a obuhvaćaju specifične vještine i znanja liječnika obiteljske medicine u holističkom pristupu bolesniku kako u dijagnostičko-

terapijskom procesu tako i u preventivnom radu. Navedena razina je dio svakodnevnog osnovnog rada liječnika obiteljske medicine.

- DTP druge razine: postupci za koje je potrebna dodatna oprema, uobičajeno trajno obnavljanje stečenih vještina i znanja te dodatno uvjerenje o stručnoj osposobljenosti za pojedine postupke, primjerice za postupak OM218⁵.
- DTP treće razine: potrebna značajnija ulaganja i edukacija (dodatno uvjerenje o stručnoj osposobljenosti).

Postupci prve, druge i treće razine plaćaju se prema izvršenju sukladno važećim aktima, a prema izraženoj vrijednosti koeficijenta⁶. Propisani su DTP postupci za svaku djelatnost, koeficijenti i njihova trenutna vrijednost u iznosu 52,00 kn, koja je na ukupnoj godišnjoj razini limitirana. Maksimalno izvršenje DTP postupaka za timove od 1275 do 1700 osiguranika limitirano je do iznosa 160 % od glavarine. Za standardne i velike timove (1701 – 2125 osiguranika) izvršenje je limitirano do iznosa 140 % od glavarine. Primjerice, vrsta DTP postupka u dentalnoj zdravstvenoj zaštiti DM203⁷, vrednovana je koeficijentom 0,3 što znači da će za pruženu uslugu biti plaćeno 10,40 kn. Obzirom na definirane limite izvršenja DTP-a, odnosno mogućeg fakturiranja usluga iz spektra zdravstvene zaštite koja se upućuje HZZO-u, moguće je premašiti iznos i broj pruženih postupaka – ovisno o strukturi pacijenata, učestalosti dolazaka u ordinaciju i općenito potrebi za liječenjem koju je vrlo teško planirati. Moguće je da dio pruženih zdravstvenih usluga ne bude naplaćen i financijski je teret za ustanovu koji ih mora pokriti iz vlastitih izvora financiranja.

KPI - indikator učinkovitosti mjeren je stopom propisivanja lijekova na recept, stopom bolovanja, brojem upućivanja pacijenata na usluge specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite, te brojem upućivanja pacijenata u laboratorij primarne zdravstvene zaštite. Plaća se u iznosu 7,5 % od zbroja prihoda glavarine + DTP. QI - indikator kvalitete mjeren je brojem vođenja panela kroničnih bolesnika, vođenjem „peer“ grupe, te brojem propisivanja antibiotika

⁵ Jednokratna aplikacija akupunkturne terapije ili laser - akupunkture s helium laserom

⁶ HZZO, HZZO_Vodic_kroz_ponudu_NM_za_OM_v19012013.pdf, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjNx52KwqDxAhUNhv0HHZCLAy4QFjAAegQIBhAF&url=https%3A%2F%2Fhzzo.hr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2FPrezentacija-PZZ_novi_model_ugovaranja_verzija_18102012.pdf&usg=AOvVaw3rH40vGK-42aeZoS014aeh (pristupljeno 18. 6. 2021.)

⁷ Provjera higijene usta, motiviranje i davanje uputa za održavanje higijene usta (5 min). Savjetovanje, motiviranje bolesnika, uz obvezno pokazivanje i vježbanje tehnike pravilnog čišćenja zuba.

temeljem broja pakiranja i iznosa, što se vrednuje tromjesečno prema dobnoj strukturi realiziranih lijekova. Plaća se u iznosu 7,5 % od zbroja prihoda glavarine + DTP. Za navedene kategorije, iznos je propisan Odlukom o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN56/17, 73/17, 30/18, 35/18, 119/18, 32/19, 62/19, 94/19, 104/19, 22/20). Dio stimulativnog dijela prihoda plaća pružanjem dodatnih usluga putem preventivnih pregleda (radi prevencije i evidencije rizičnih ponašanja kao i komplikacija novootkrivenih kroničnih bolesti), grupnom praksom (interni ugovor sklopljen između liječnika koji se u grupnu praksu udružuju radi kvalitete zdravstvene zaštite) i ordinacijama s pet zvjezdica (savjetovalište pacijenata, vađenje krvi u ordinaciji, telefonske konzultacije, naručivanje pacijenata) i to u iznosu od 5 % od iznosa glavarine. Na osnovi Odluke, osim financijskih sredstava, ugovorom su određeni i ostali važni elementi ugovornog odnosa: vrsta djelatnosti koja se provodi, stupanj kvalitete zdravstvene zaštite, način provođenja uz obvezu nositelja djelatnosti da osigura lijekove, potrošni medicinski i ostali materijal i pomagala, rokovi ispostavljanja računa i njihova plaćanja, početak i trajanje provođenja zdravstvene zaštite unutar obveznog zdravstvenog osiguranja, nadzor i kazne za nepoštivanje ugovornih obveza.

Patronažnom zdravstvenom zaštitom omogućena je zdravstvena zaštita korisnicima izvan zdravstvenih ustanova. Tijekom rada na terenu potiče se očuvanje i unapređenje vlastitog zdravlja, posebno u najosjetljivijim razdobljima života (npr. trudnoća, babinje) i u posebnim stanjima i okolnostima kao što su kronična bolest, invaliditet, starost ili loša socijalna (materijalna) situacija. Ugovara se s nositeljem stručnim prvostupnikom/prvostupnicom sestrištva prema popisu stanovništva važećem iz 2011. godine i standardno pokriva 5.100 stanovnika. Iznimna je od ostalih, kao i hitna medicinska pomoć i higijensko-epidemiološka zdravstvena zaštita, jer se ugovara prema broju stanovnika, a ne prema broju osiguranika. Cijena VSS zaposlenika medicinske struke iznosi 31,57 kn za 2020. godinu, što na godišnjoj razini, uz uvjet zadovoljenja broja stanovnika, znači prihodovanje 161.002,45 kn. Sanitetski prijevoz je prijevoz bolesnika u svrhu pružanja zdravstvenih usluga specijaliziranim i medicinsko-tehničkim opremljenim vozilom. Tim za sanitetski prijevoz ugovora se u sastavu 2 vozača i 2 medicinska tehničara/medicinske sestre i godišnje prihoduje od HZZO-a 601.321,00 kn. Uz obvezno mjesečno izvještavanje pruženih usluga prijevoza uz pripadajuću dokumentaciju (nalog liječnika koji upućuje pacijenta na sanitetski prijevoz i putni nalog o relaciji prijevoza), ostvaruje se i prihod od 1,50 kn po prijeđenom kilometru. Palijativna skrb oblik je zdravstvene zaštite u kojoj se pruža zdravstvena, psihološka, socijalna i duhovna njega pacijentu s neizlječivom bolešću, uz nastojanje ublažavanja boli i podizanja kvalitete preostalog

životnog vijeka. Ugovara se s koordinatorom za palijativu stupnja obrazovanja prvostupnika/prvostupnice sestrinstva i mobilnim palijativnim timom stupnja obrazovanja doktora medicine specijalista. Ugovoreni kadrovi obvezni su se posebno educirati za pružanje palijativne njege, propisima koje definira Ministarstvo zdravstva. Kao i sanitetski prijevoz, i palijativna zdravstvena zaštita je terenska djelatnost. Radi praćenja rada palijativnog tima, definirani su DTP postupci koji se mjesečno izvještavaju HZZO-u, no oni nisu osnova za plaćanja, niti se broj prijeđenih kilometara kalkulira u cijeni prihoda. Broj timova koji se mogu ugovoriti u određenoj jedinici lokalne samouprave definiran je Mrežom i vrijednost ugovora je fiksna: za 2020. godinu iznosila je za mobilni palijativni tim 486.375,51 kn, a za koordinatora za palijativnu skrb 168.302,76 kn. Zdravstvena njega u kući terenska je djelatnost koju provodi medicinska sestra/medicinski tehničar samostalno, a po preporuci i nalogu liječnika, i uključuje brigu o nepokretnim i teško pokretnim pacijentima neovisno radi li se o stanju uzrokovano kroničnim bolestima, trenutnim zdravstvenim stanjima ili postoperativnim stanjima. Često su primijenjeni postupci previjanje rana, osobna higijena, primjena terapije, edukacija članova obitelji. Ugovorna sestra/tehničar prema standardu pokriva 3.500 osiguranika, a obavljenju djelatnost mjesečno izvještava HZZO-u sukladno definiranim DTP postupcima. Sklapanjem ugovora određen je maksimalni godišnji iznos sredstava iskazan za izvršenu zdravstvenu njegu po medicinskoj sestri/medicinskom tehničaru koji je u 2020. godini iznosio 137.172,78 kn. U praksi, čest je slučaj premašenja definiranog limita zbog velikih potreba osiguranika za ovom vrstom njege, koji također postaju financijski teret za dom zdravlja ili zdravstvenu ustanovu koja ju pruža.

Prikaz mogućeg prihodovanja nasumično odabranog doma zdravlja, sa specifičnostima po kojima su djelatnosti i timovi ugovoreni vidljiv je u Tablici 10.

Tablica 10.: Iznos sredstava XY zdravstvene ustanove za ugovorene timove u djelatnostima opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena, dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne)

	Raspon broja opred. osoba po timu	Br. tim.	Broj osig. osoba na dan XY	Hladni pogon	Glavarina	DTP	KPI (max 7,5 % od zbroja iznosa redovne glavarine i DTP)	QI (max 7,5 % od zbroja iznosa redovne glavarine i DTP)	Savjetov. (5 % od iznosa glavarine)	Preven. prog.(5 % od iznosa redovne glavarine)	5* (1 % od iznosa redovne glavarine za svaku *)	UKUPNO
	0	1	2	3	5	7	10	11	12	14	15	17
Opća	do 1.700	8	10.096	1.528.086,00	636.854,01	999.998,64	121.874,88	121.874,88	63.212,52	31.250,04	31.250,04	3.534.401,01
	1.701-1.900	2	3.515	436.596,00	235.112,62	352.668,95	44.083,56	44.083,56	11.755,68	11.755,68	11.755,68	1.147.811,84
Ped.	do 950	1	885	221.330,04	84.702,60	110.113,44	10.714,92	14.611,20	31.690,92	4.235,16	4.235,16	481.633,44
	> 950	1	1.235	221.330,04	116.812,74	128.493,96	13.491,84	18.398,04	5.840,64	5.840,64	5.840,64	516.048,54
Grin.	do 6.000	3	12.642	556.947,60	220.223,64	308.313,12	39.640,32	39.640,32	93.295,32	11.011,20	11.011,20	1.280.082,72
Dent.	do 1.900	1	15.809	2.103.385,68	708.482,97	1.246.791,60	145.459,08	145.459,08	160.565,04	34.633,20	34.633,20	4.579.409,85
Ukupno				5.067.675,36	2.002.188,58	3.146.379,71	375.264,60	384.067,08	366.360,12	98.728,92	98.725,92	11.539.387,30

Izvor.: Prikupljeni podaci iz interne dokumentacije nasumično odabranih domova zdravlja u RH

Iako je obvezno zdravstveno osiguranje zapravo osnovno zdravstveno osiguranje i obvezno je za sve osobe s prebivalištem na području Republike Hrvatske prema određenoj osnovi, ipak se plaćanje zdravstvenih usluga u cijelosti odnosi na ograničeni obuhvat zdravstvenih usluga. Pacijent, odnosno osigurana osoba snosi dio troškova pruženih zdravstvenih usluga odnosno sudjeluje u pokrivanju zdravstvene zaštite u određenom postotku na cijenu usluge. Najčešći primjer toga slučaja je plaćanje tzv. participacije za pregled kod obiteljskog liječnika u iznos 10,00 kn. Mihaljek (2006) objašnjava utjecaj dostupnosti zdravstvenih usluga: „temeljni zakon potražnje kaže da će ljudi trošiti veću količinu nekog dobra ili usluge ako se cijena tog dobra ili usluge smanji. Zdravstvena zaštita koja pokriva sve troškove primjer je takvog dobra. Budući da sveobuhvatna zdravstvena zaštita snižava cijenu zdravstvenih usluga poput rutinskih liječničkih pregleda ili liječenja lakših bolesti i ozljeda, prema spomenutom zakonu potražnja te vrste usluga će porasti – ljudi će češće ići liječniku jer troškove takvih posjeta pokriva zdravstveno osiguranje“. Zaobilazno rješenje plaćanja sudjelovanja jest ugovaranje dopunskog zdravstvenog osiguranja u obliku mjesečnog anuiteta u fiksnom iznosu kojim osiguravajuće kuće pokrivaju pojedinačne troškove sudjelovanja u zdravstvenoj zaštiti u visini od 20 % pune cijene. Ipak, prema Mihaljeku (2006), „participacija tek neznatno rasterećuje proračun HZZO-a jer je većina osiguranika oslobođena njezina plaćanja“.

3. PRAVNA I ORGANIZACIJSKA STRUKTURA NOSITELJA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Najčešći oblik zdravstvene ustanove pružatelja zdravstvene zaštite i obavljanja zdravstvene djelatnosti na primarnoj razini jest dom zdravlja. Pravni oblik domova zdravlja, način ugovaranja djelatnosti i financijsko poslovanje predmet su ovog specijalističkog rada.

Osnivači zdravstvenih ustanova na primarnoj zdravstvenoj zaštiti su jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb; osnivači općih i specijalnih bolnica dodatno mogu biti druge pravne i fizičke osobe; dok na tercijarnoj razini osnivač je Republika Hrvatska. Donošenjem akta o osnivanju prema Zakonu o ustanovama (NN 76/93, 29/97, 47/99, 35/08, 127/19), najčešće statuta zdravstvene ustanove, upisom u sudski registar kojim se stječe status pravne osobe, uz suglasnost nadležnog Ministarstva te zaključkom osnivača, osniva se zdravstvena ustanova. Preteča domova zdravlja su medicinski centri koji su osnivani 70-ih godina 20. stoljeća, koji su samostalnošću Republike Hrvatske, pravno i organizacijski podijeljeni u bolnice i domove zdravlja. Statutom se prilikom osnivanja mogu urediti status, naziv, sjedište, djelatnosti, pravni položaj ustanove, zastupanje i predstavljanje ustanove, organizacija rada i tijela ustanove, opći akti, imovina ustanove, javnost rada, nadzor, poslovna i profesionalna tajna te ostala pitanja značajna za rad. Tijela zdravstvene ustanove su upravno vijeće i ravnatelj.

Upravno vijeće domova zdravlja ima pet članova i čine ga predstavnici osnivača (predsjednik i dva člana) i predstavnici radnika doma zdravlja (dva člana). Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Upravno vijeće odlučuje i daje osnivaču i ravnatelju prijedloge i mišljenje o pojedinim pitanjima, raspravlja i odlučuje o izvješćima ravnatelja, donosi odluke o zapošljavanju, usvaja financijska izvješća, sklapa ugovor o radu s ravnateljem, odlučuje o imovini ustanove (investicijama, kupnji i prodaji, samostalno do određenog iznosa), donosi odluku o zaključivanju godišnjih ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, odlučuje o naknadama za zdravstvene usluge koje nisu obuhvaćene ugovorima s HZZO-om, kao i naknadama za usluge pružene građanima koji nisu zdravstveno osigurani ili građanima koji usluge žele platiti sami, provodi postupak u svezi sa zakupom poslovnog prostora sukladno zakonskim propisima te predlaže ravnatelju rješavanje pojedinih pitanja značajnih za organizaciju rada i poslovanje doma zdravlja. Ravnatelj doma zdravlja organizira i vodi poslovanje, predstavlja i zastupa dom zdravlja u odnosima s ministarstvom zdravstva, osnivačem, sudskim institucijama te svim drugim javnim i privatnim ustanovama s kojima dom

zdravlja ostvaruje suradnju te je odgovoran za zakonitost rada. Uz to zaključuje ugovore s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje i ostalim pravnim odnosima, uz suglasnost Upravnog vijeća, zatim koordinira sav stručni i medicinski rad, donosi opće akte ustanove, predlaže plan i program rada doma zdravlja, plan stručnog usavršavanja i specijalizacije zaposlenika te imenuje stručna povjerenstva. Imenuje se na mandat od 4 godine, nakon kojeg može ponovno biti imenovan temeljem javnog natječaja.

Ovisno o veličini zdravstvene ustanove, upravno vijeće može imenovati pomoćnike ravnatelja, a ostala tijela su stručno vijeće, stručni kolegij, etičko povjerenstvo, povjerenstvo za kvalitetu i ostalo povjerenstva.

„Stručno vijeće imenuje ravnatelj doma zdravlja i čine ga najmanje voditelji zdravstveni radnici ustrojstvenih jedinica“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti) i savjetodavno je tijelo ravnatelju. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Stručno vijeće raspravlja i odlučuje o pitanjima iz područja stručnog rada doma zdravlja, predlaže stručna rješenja u sklopu zdravstvene djelatnosti, predlaže mjere za unaprjeđenje kvalitete rada u zdravstvenoj ustanovi, daje mišljenje i prijedloge o organizaciji rada ustanove, predlaže unutarnji nadzor s ciljem unapređenja zdravstvene djelatnosti, predlaže kadrove za stručno i specijalističko usavršavanje te raspravlja o ostalim pitanjima važnim za poslovanje doma zdravlja.

„Etičko povjerenstvo zdravstvene ustanove jest tijelo koje osigurava obavljanje zdravstvene djelatnosti na načelima medicinske etike i deontologije“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti). Etičko povjerenstvo kao i njihove zamjenike imenuje upravno vijeće na razdoblje od četiri godine, a čine ga pet članova. U svome radu „prati primjenu etičkih i deontoloških načela zdravstvene struke u obavljanju djelatnosti zdravstvene ustanove, odobrava znanstvena istraživanja u zdravstvenoj ustanovi, nadzire uzimanje dijelova ljudskog tijela nakon obdukcije u medicinske i znanstveno-nastavne svrhe, rješava i druga etička pitanja u obavljanju djelatnosti zdravstvene ustanove“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti).

„Povjerenstvo za lijekove zdravstvene ustanove jest tijelo koje osigurava provedbu svih aktivnosti vezanih uz primjenu lijekova i medicinskih proizvoda u zdravstvenoj ustanovi. Povjerenstvo za lijekove imenuje Upravno vijeće i čini ga najmanje pet članova koji se imenuju iz redova specijalista medicine, dentalne medicine ili farmacije. Povjerenstvo za lijekove: prati ispitivanja lijekova i medicinskih proizvoda u zdravstvenoj ustanovi, dostavlja upravnom vijeću i ravnatelju zdravstvene ustanove godišnje financijsko izvješće o kliničkim ispitivanjima lijekova i medicinskih proizvoda koja se provode u zdravstvenoj ustanovi, koordinira aktivnosti

vezano uz prijave nuspojava lijekova i medicinskih proizvoda nadležnom tijelu, procjenjuje opravdanost korištenja lijekova s liste posebno skupih lijekova HZZO-a, dostavlja upravnom vijeću i ravnatelju zdravstvene ustanove tromjesečno financijsko izvješće o potrošnji lijekova, prati potrošnju lijekova i medicinskih proizvoda te predlaže i prati provedbu mjera za racionalnu uporabu lijekova i medicinskih proizvoda u zdravstvenoj ustanovi“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti).

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Povjerenstvo za kvalitetu zdravstvene ustanove ima funkciju osigurati kontrolu kvalitete zdravstvene zaštite te osigurati provođenje propisa iz područja kvalitete zdravstvene zaštite. Navedeno povjerenstvo imenuje Upravno vijeće, a sastavljeno je od pet članova. U Povjerenstvu trebaju biti zastupljene sve djelatnosti. Obveze povjerenstva za kvalitetu su vođenje registra o umrlim pacijentima, vođenje registra o neželjenim ishodima liječenja sukladno općim aktima Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu, provedba kontrole kvalitete medicinske dokumentacije zdravstvene ustanove te obavljanje ostalih poslova u skladu sa Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite (NN 18/18).

„Dom zdravlja pruža zdravstvenu zaštitu obavljanjem djelatnosti obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, dentalne tehnike, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite predškolske djece, medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, laboratorijske, radiološke i druge dijagnostike, sanitetskog prijevoza, ljekarničke djelatnosti, fizikalne terapije, patronažne zdravstvene zaštite, zdravstvene njege te palijativne skrbi, kao i obavljanjem specijalističko-konzilijarne djelatnosti“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti). Prema Mreži javne zdravstvene službe, dom zdravlja obavezan je osigurati do 25 % ordinacija iz svake ugovorene djelatnosti u odnosu na ukupan broj planiranih ordinacija za određeno područje, te u slučaju da organizacija zdravstvene djelatnosti na određenom području nije ustrojena drugim organizacijskim oblicima, dom zdravlja mora osigurati zdravstvenu djelatnost. Slijedom navedenog, za ruralna područja, potpomognuta područja ili područja s razvojnim posebnostima, za koje nema interesa ugovaranja zdravstvenih djelatnosti od strane privatnih zdravstvenih radnika ili trgovačkih društava, dom zdravlja obavezan je pružiti zdravstvenu zaštitu. Ako na takvom području gravitira mali broj pacijenata, nedovoljan za ostvarivanje punog hladnog pogona i drugih povoljnih uvjeta ugovaranja s HZZO-om, financijski manjak je neupitan. U tome se ogleda nemoć domova zdravlja u utjecaju na financijsku stabilnost, jer je obavezan osigurati zdravstvenu zaštitu i na financijski neprofitabilnim područjima, dok privatni organizacijski oblici obavljanja zdravstvene zaštite imaju izbor.

Osniva se minimalno jedan dom zdravlja po jedinici regionalne samouprave. U Republici Hrvatskoj, prema šifrniku HZZO-a⁸, 32 su doma zdravlja čiji su osnivači jedinice regionalne i područne samouprave (gradovi i općine), a 12 domova zdravlja osnovale su županije odnosno jedinice regionalne samouprave. Pregled domova zdravlja po županijama prikazan je u Tablici 11.

Tablica 11.: Popis domova zdravlja po županijama Republike Hrvatske

R.b.	Županija/Grad Zagreb	Naziv doma zdravlja
I	Bjelovarsko-bilogorska	Dom zdravlja Bjelovarsko-bilogorske županije
II	Brodsko-posavska	Dom zdravlja Nova Gradiška
		Dom zdravlja Slavonski Brod
III	Dubrovačko-neretvanska	Dom zdravlja Dubrovnik
		Dom zdravlja Korčula
		Dom zdravlja Metković
		Dom zdravlja Ploče
		Dom zdravlja Vela Luka
IV	Grad Zagreb	Dom zdravlja Zagreb – centar
		Dom zdravlja Zagreb – zapad
		Dom zdravlja Zagreb – istok
		Dom zdravlja MUP-a
V	Istarska	Istarski domovi zdravlja
VI	Karlovačka	Dom zdravlja Duga Resa
		Dom zdravlja Karlovac
		Dom zdravlja Ogulin
		Dom zdravlja Ozalj
		Dom zdravlja Slunj
		Dom zdravlja Vojnić
VII	Koprivničko-križevačka	Dom zdravlja Koprivničko-križevačke županije
VIII	Krapinsko-zagorska	Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije
IX	Ličko-senjska	Dom zdravlja Gospić
		Dom zdravlja Korenica
		Dom zdravlja Otočac
		Dom zdravlja Senj
		Dom zdravlja Novalja
X	Međimurska	Dom zdravlja Čakovec
XI	Osječko-baranjska	Dom zdravlja Osječko-baranjske županije
		Dom zdravlja Beli Manastir
		Dom zdravlja Donji Miholjac
		Dom zdravlja Našice

⁸ <https://hzzo.hr/hzzo-za-partnere/sifrnici-hzzo-0> (pristupljeno 25. 2. 2021.)

		Dom zdravlja Đakovo
		Dom zdravlja Osijek
		Dom zdravlja Valpovo
XII	Požeško-slavonska	Dom zdravlja Požeško-slavonske županije
XIII	Primorsko-goranska	Dom zdravlja Primorsko-goranske županije
XIV	Sisačko-moslavačka	Dom zdravlja Kutina
		Dom zdravlja Petrinja
		Dom zdravlja Sisak
XV	Splitsko-dalmatinska	Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije
XVI	Šibensko-kninska	Dom zdravlja Drniš
		Dom zdravlja Knin
		Dom zdravlja Šibenik
XVII	Varaždinska	Dom zdravlja Varaždinske županije
XVIII	Virovitičko-podravska	Dom zdravlja Virovitičko-podravske županije
XIX	Vukovarsko-srijemska	Dom zdravlja Vinkovci
		Dom zdravlja Vukovar
		Dom zdravlja Županja
XX	Zadarska	Dom zdravlja Zadarske županije
		Dom zdravlja Pag
XXI	Zagrebačka	Dom zdravlja Zagrebačke županije

Izvor: Mreža javne zdravstvene službe (NN 101/12, 31/13, 113/15, 20/18)

Najčešće domovi zdravlja imaju sjedište u jedinici regionalne i područne samouprave u kojoj su osnovani te niz dislociranih ispostava, u naseljima, gradovima i selima, na kojima se također pruža zdravstvena zaštita. Uprava, služba za financije, služba za pravne poslove i tehnička služba su najčešće smještene u sjedištu ustanove. Nije zanemariv opseg administrativnih poslova i težina upravljanja kadrovima s mjestom rada izvan matične lokacije.

4. METODOLOGIJA RADA

S ciljem provjera postavljenih hipoteza, koje su fokusirane na nedostatnost financijskih sredstava za poslovanje odnosno pružanje zdravstvene zaštite svom stanovništvu u RH, nedostatnost kvalitetnih informacija za upravljanje javnim ustanovama iz područja zdravstva, utjecaja samouprave na uspješnost domova zdravlja te pokrivenost „zdravstvenog“ tržišta privatnim subjektima, istraživanje je provedeno analiziranjem 15 domova zdravlja u Republici Hrvatskoj. U radu je primijenjena kvantitativna metodologija i to nad podacima prikupljenim vlastitim istraživanjem internetskih stranica i direktnim kontaktom prema voditeljima računovodstva svake ustanove u odabranom uzorku. Broj sudionika u potvrđivanju pojedine hipoteze odabran je prema dostupnosti podataka odnosno financijskih izvještaja u elektroničkim izvorima te o dostupnosti podataka o broju ugovorenih djelatnosti, odnosno ordinacija koje dom zdravlja pruža na svom teritorijalnom području. U dokazivanju hipoteza jasno je naglašeno koliko je domova zdravlja analizirano.

Uzorak je odabran prema ranije navedenoj dostupnosti podataka na službenim internetskim stranicama ustanova i prema obilježju sličnosti ustanova po broju zaposlenika i broju ugovorenih djelatnosti. U radu su promatrani financijski izvještaji za dva izvještajna razdoblja, 2018. i 2019. godinu, s ciljem otkrivanja trenda u postavljenim hipotezama. Osim financijskih izvještaja, istraživani su podaci o gospodarskoj razvijenosti lokalne samouprave, za razdoblje 2018. i 2019. godinu, u kojoj domovi zdravlja djeluju, također prikupljeni vlastitim istraživanjem internetskih stranica JLP(R)S i statističkih baza podataka.

Broj osiguranika i njihova dobna struktura temeljno su obilježje jedinice primarne zdravstvene zaštite: ordinacije ili tima, a ujedno i osnovni kriterij za izračun cijene prihoda - glavarine koju ordinacija sklapanjem ugovornog odnosa s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje može ostvariti. Značaj tog obilježja ogleda se i u maksimalno mogućem iznosu koji pružanjem zdravstvenih usluga pacijentu ordinacija ostvaruje: veći broj pacijenata, više dijagnostičko-terapijskih postupaka, više prihoda. Zbog postojanja definicijom određene povezanosti broja osiguranika i financijskih pokazatelja, u praktičnom dijelu istraživana je jačina te veze između dva najvažnija elementa prihodovanja. Razvijenost lokalne (područne) i regionalne samouprave privlači mlade doktore medicine i potiče popunjavanje Mreže javne zdravstvene službe u propisanim okvirima. Povećanjem broj ugovorenih ordinacija s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje nudi osiguraniku odnosno pacijentu dostupniju zdravstvenu zaštitu, ispunjava se jedno od osnovnih načela zdravstvene zaštite i mijenjaju

financijska obilježja ustanove koja ugovara ordinacija, a radom se nastoji istražiti poveznica razvijenosti lokalnog okruženja i optimalnog broja jedinica primarne zdravstvene zaštite u lokalnoj zajednici.

Za teorijsku podlogu korišteni su javno dostupni elektronički izvori podataka, a financijski podaci i ugovorne vrijednosti iskazane su za najsvježije razdoblje u trenutku pisanja rada, dakle za 2020. godinu. Razlog isključivanja 2020. godine iz analize jest pandemija COVID-19 virusa koja je značajno utjecala na financijske položaje svih, i gospodarskih i javnih subjekata, te ne daje realnu sliku poslovanja u uobičajenim okolnostima.

Empirijski dio rada obrađen je u programskom paketu Microsoft Office Excel, s dodacima Power Pivot i Power Query, s ciljem osiguranja konkretnih i vjerodostojnih saznanja iz prikupljenih podataka.

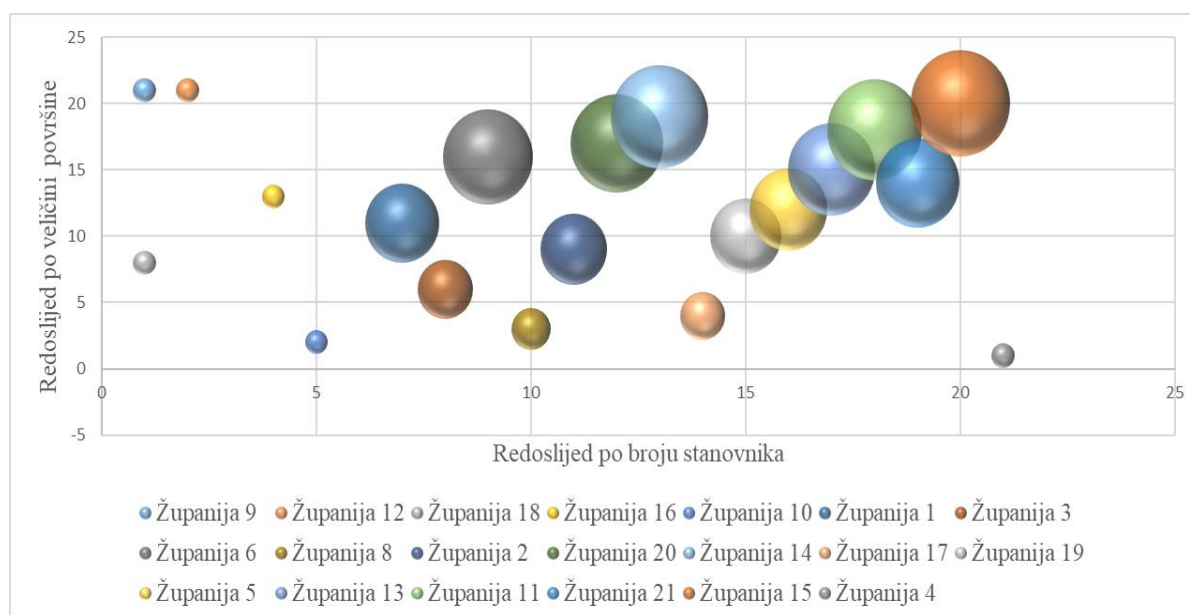
5. ANALIZA FINANCIJSKOG POLOŽAJA, PRAVA I OBVEZA DOMOVA ZDRAVLJA

Na financijsku stabilnost domova zdravlja utječe niz čimbenika: prihodi, ugovorni odnosi s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, dostupnost medicinskog kadra na tržištu rada, struktura stanovništva i geografska raspršenost osiguranika kojima se pruža zdravstvena zaštita, unutarnja organizacijska struktura i upravljanje poslovanjem te niz drugih čimbenika. U istraživačkom dijelu rada, slijedi analiza postavljenih hipoteza i zaključak utjecaja navedenih čimbenika na poslovanje domova zdravlja, a time i na cijeli zdravstveni sustav.

5.1. Doprinos ugovorenih djelatnosti u ukupnim приходima

Iz ugovornih odnosa s HZZO-om proizlazi i obveza izvještavanja financijskih pokazatelja u mjesečnoj, kvartalnoj i godišnjoj dinamici. Strukturu izvještaja propisuje HZZO i ona sadržava analitiku prihoda i rashoda, financijski rezultat, stanje obveza i potraživanja na izvještajni datum te podatke o broju zaposlenih, stanju na žiro računu i stanju zaliha. Jedan dom zdravlja kojemu je osnivač županija sa sjedištem u gradu srednje veličine, u zadnjoj četvrtini mjeren brojem stanovnika od najmanje do najveće i trećoj četvrtini mjeren veličinom površine od najmanje do najveće, a prema raspršenosti prema ta dva obilježja, prikazan je u Grafikonu 2. pod županijom 12. Uz pretpostavku kako su domovi zdravlja vrlo homogeni sustavi i kako je omjer broja timova po djelatnostima vrlo slična jer primarne potrebe stanovništva polaze upravo od njih, u analizi je promatran jedan dom zdravlja.

Grafikon 2.: Raspršenost županija po broju stanovnika i veličini površine u RH



Izvor: izrada autorice prema https://bs.wikipedia.org/wiki/%C5%BDupanije_u_Hrvatskoj (pristupljeno 16. 7. 2021)

Financijski izvještaji za 2018. i 2019. jednog doma zdravlja, prikazani u Tablici 12., pokazuju pozitivan financijski rezultat: u 2018. godini 977.187 kn viška prihoda, a u 2019. godini 35.080 kn viška prihoda. Iz propisane strukture, vidljivo je kako u приходима najveći udio imaju prihodi od HZZO-a, a u rashodima najveći udio čine rashodi za zaposlene, odnosno plaće.

Tablica 12.: Pokazatelji financijskog poslovanja za razdoblje siječanj – prosinac 2018. i 2019. godine za jedan dom zdravlja

Red. Br.	POKAZATELJI	I.-XII. 2018.	I.- XII. 2019.
0	1	2	3
	<u>I. PRIHODI - PRIMICI</u>		
1	Prihodi od HZZO	20.349.597	21.636.063
2	Prihodi od dopunskog zdravstvenog osiguranja	309.025	378.737
3	Prihodi s osnova ozljeda na radu i prof.bol.	311.068	337.561
4	Prihodi od proračuna (središnji i lokalni)	1.498.594	1.654.931
5	Prihodi od ostalih korisnika	407.429	215.032
6	Prihodi od participacije	0	0
7	Prihodi od EU projekata	0	306.539
8	Ostali i izvanredni prihodi	2.320.055	2.733.990
9	Primici od financijske imovine i zaduženja	121	152

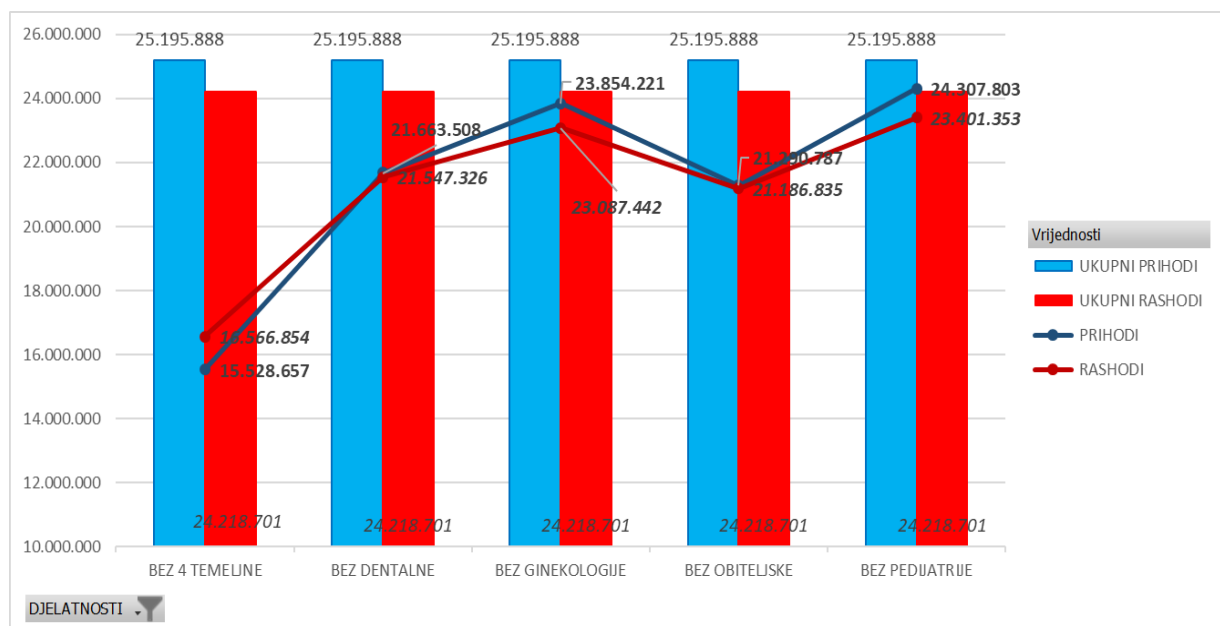
UKUPNI PRIHODI I PRIMICI (1 - 9)		25.195.888	27.263.004
	<u>II. RASHODI - IZDACI</u>		
1	Lijekovi	102.221	100.049
2	Potrošni medicinski materijal	580.697	746.417
3	Krv i krvni pripravci	0	0
4	Živežne namirnice	4.877	3.884
5	Medicinski plinovi	0	0
6	Materijal za održavanje čistoće	94.404	90.256
7	Uredski materijal	76.997	83.296
8	Ostali razni materijal	95.224	171.028
9	Utrošena energija	1.656.990	1.701.828
10	Ugrađeni rezervni dijelovi	0	0
11	Poštanski izdaci	10.880	11.851
12	Tekuće i investicijsko održavanje	637.342	510.751
13	Izdaci za usluge drugih zdrav.ustanova	398.721	575.881
14	Ostali izdaci	2.159.842	1.853.437
Materijalni rashodi (1 - 14)		5.818.195	5.848.677
15	Bruto plaće	13.314.610	15.139.609
16	Ostali rashodi za zaposlene	591.241	665.423
17	Doprinosi na plaće	2.125.155	2.225.911
18	Izdaci za prijevoz zaposlenika	521.303	496.559
19	Ostali materijalni rashodi za zaposlene	386.810	435.798
Ukupni rashodi za zaposlene (15- 19)		16.939.118	18.963.299
20	Financijski rashodi	18.469	29.304
21	Izdaci za kapitalna ulaganja	959.643	2.106.376
22	Izdaci vezani za EU projekte	0	0
23	Ostali i izvanredni izdaci	483.275	280.268
24	Izdaci za financijsku imovinu i otplate zajmova	0	0
25	Nabavna vrijednost prodane robe	0	0
UKUPNI RASHODI I IZDACI (1-25)		24.218.701	27.227.924
Višak prihoda i primitaka		977.187	35.080
Manjak prihoda i primitaka		0	0
Manjak prihoda iz prethodnih godina		1.772.992	795.805
Korigirani višak prihoda			
Korigirani manjak prihoda		795.805	759.837

Izvor: Internetske stranice domova zdravlja u RH

Ovako strukturirani podaci ne prikazuju utjecaj pojedinih djelatnosti na kategorije prihoda i rashoda, niti na konačni financijski rezultat. Zdravstvene ustanove su proračunski korisnici: cilj poslovanja nije profitabilnost odnosno dobit, nego ravnoteža prihoda i rashoda, čime se

ostvaruje cilj postojanja, a to je pružanje javne zdravstvene usluge svom stanovništvu uz samoodrživ zdravstveni sustav. Slijedom navedenog, tumačenje pozitivnog ili negativnog financijskog rezultata nije predmet ovog rada, nego samo utjecaj pojedinih djelatnosti na njegovu promjenu. Analiziran je utjecaj četiriju temeljnih djelatnosti na poslovanje jednog doma zdravlja u 2018. i 2019. godini. Na Grafikonu 3. prikazani su ukupni prihodi i rashodi za 2018. godinu jednog doma zdravlja koji ukupno ima 10 ugovorenih djelatnosti kojima pruža zdravstvenu zaštitu, a u 4 temeljne 10 ordinacija opće/obiteljske medicine, 8 ordinacija dentalne zdravstvene zaštite, 2 ordinacije zdravstvene zaštite predškolske djece i 4 ordinacije zdravstvene zaštite žena u 2018. godini, a u 2019. godini 10 ordinacija opće/obiteljske medicine, 9 ordinacija dentalne medicine, 2 ordinacije zdravstvene zaštite predškolske djece i 3 ordinacije zdravstvene zaštite žena.

Grafikon 3.: Utjecaj isključivanja temeljnih djelatnosti iz ukupnih financijskih pokazatelja u 2018. godini

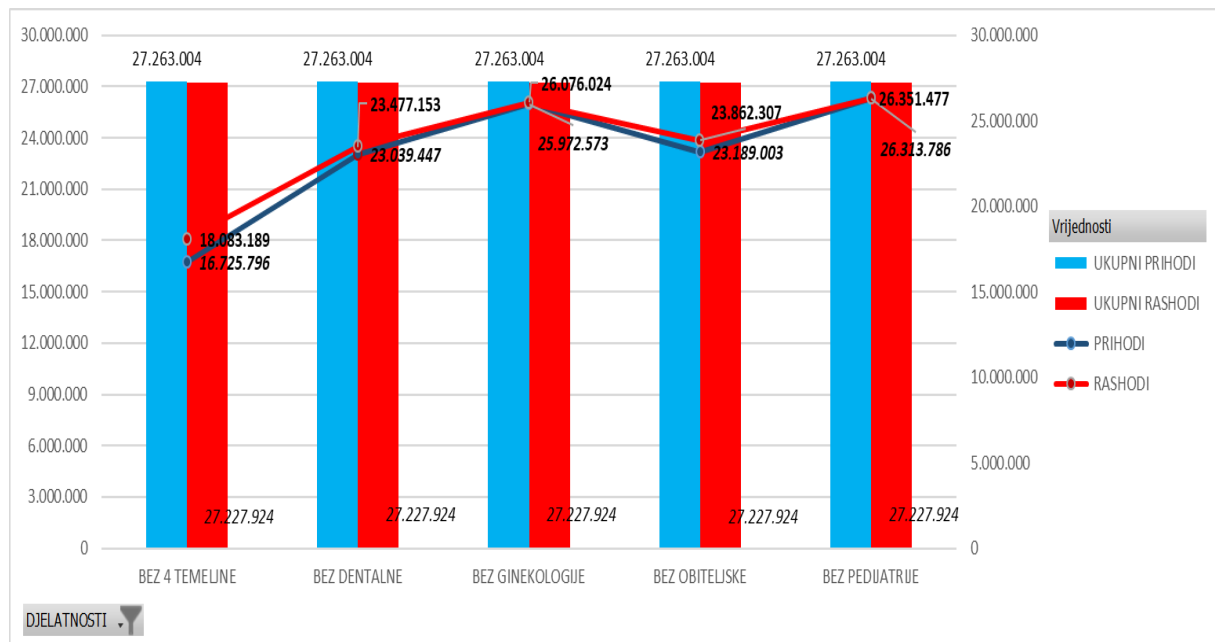


Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka

Na Grafikonu 3. u stupcima su prikazani ostvareni prihodi i rashodi, a na linijama mogući prihodi i rashodi ako dom zdravlja prestane pružati neku od promatranih djelatnosti. Vidljivo je koliko svaka pojedina djelatnost utječe na kategoriju prihoda ili rashoda u apsolutnom iznosu u 2018. godini. Najveći utjecaj imaju opća/obiteljska medicina i dentalna zdravstvena zaštita. Bez pružanja zdravstvenih usluga u općoj/obiteljskoj medicini, jedan dom zdravlja bi umjesto ostvarenih 25.195.888 kn prihoda ostvario 21.290.787 kn prihoda, odnosno 3.905.101 kn prihoda manje. Bez pružanja zdravstvenih usluga u dentalnoj medicini, jedan dom zdravlja bi

umjesto ostvarenih 25.195.888 kn prihoda ostvario 21.663.508 kn prihoda, odnosno 3.532.380 kn prihoda manje. Sličan je učinak i s rashodima: bez opće/obiteljske medicine dom zdravlja ostvario bi najveće smanjenje rashoda, za 3.031.866 kn u odnosu na ostvarenih 24.218.701 kn rashoda, a bez dentalne zdravstvene zaštite rashodi bi se smanjili za 2.671.374 kn. U 2019. godini, kako je prikazano na Grafikonu 4., najveći utjecaj nosi dentalna zdravstvena zaštita, što znači da bi jedan dom zdravlja bi umjesto ostvarenih 27.263.004 kn prihoda ostvario 23.039.447 kn prihoda, odnosno 4.223.557 kn prihoda manje, a umjesto ostvarenih 27.227.924 kn rashoda ostvario 23.477.153 kn rashoda, odnosno 3.750.771 kn rashoda manje.

Grafikon 4.: Utjecaj isključivanja temeljnih djelatnosti iz ukupnih financijskih pokazatelja u 2019. godini



Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka

No, analiza podataka na jediničnoj razini tima stavljanjem u odnos broja timova po djelatnostima i financijskih pokazatelja, ukazuje na drugi zaključak: najveći se utjecaj na smanjenje prihoda i rashoda u 2018. godini ogleda isključivanjem djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece (smanjenje prihoda za 444.042 kn po timu/ordinaciji, a smanjenje rashoda 408.674 kn po timu/ordinaciji), što je prikazano Tablicom 13. U 2019. godini najveći utjecaj na smanjenje prihoda i rashoda promatrajući jedinične financijske pokazatelje prema broju ugovorenih timova ima također zdravstvena zaštita predškolske djece (smanjenje prihoda za 474.609 kn te smanjenje rashoda za 438.224 kn). U tome se ogledaju specifičnosti svakog ugovorenog tima u određenoj djelatnosti: veličina tima i posebni standardi utječu na ukupne

prihode, stoga godišnji ugovoreni iznos kako ga HZZO planira u ugovornom odnosu valja ipak promatrati na jediničnoj razini.

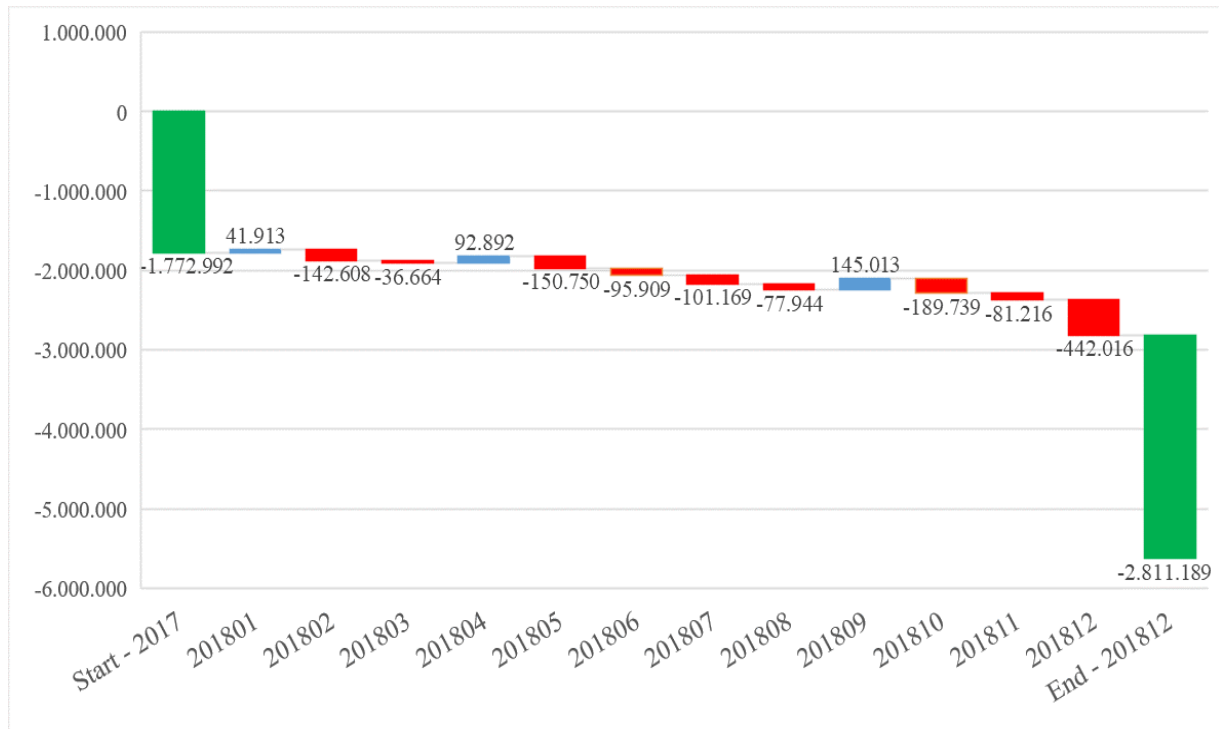
Tablica 13.: Utjecaj isključivanja temeljnih djelatnosti iz pojedinačnih financijskih pokazatelja i na financijski rezultat u 2018. i 2019. godini

God.	Isključivanje djelatnosti iz ukupnih djelatnosti	Br.čim.	PRIHODI	RASHODI	% promjene na prihode	% promjene na rashode	% promjene na fin. rezultat	u odnosu na broj ordinacija		u odnosu na ukupne pokazatelje	
								Jedinična promjena prihoda	Jedinična promjena rashoda	Ukupna promjena prihoda	Ukupna promjena rashoda
2018.	BEZ 4 TEMELJNE		15.528.657	16.566.854	-38,37 %	-31,59 %	-106 %			-9.667.230	-7.651.846
2018.	BEZ DENTALNE	8	21.663.508	21.547.326	-14,02 %	-11,03 %		-441.547	-333.922	-3.532.380	-2.671.374
2018.	BEZ GINEKOLOGIJE	4	23.854.221	23.087.442	-5,32 %	-4,67 %		-335.417	-282.815	-1.341.666	-1.131.259
2018.	BEZ OBITELJSKE	10	21.290.787	21.186.835	-15,50 %	-12,52 %		-390.510	-303.187	-3.905.101	-3.031.866
2018.	BEZ PEDIJATRIJE	2	24.307.803	23.401.353	-3,52 %	-3,37 %		-444.042	-408.674	-888.084	-817.348
2019.	BEZ 4 TEMELJNE		16.725.796	18.083.189	-38,65 %	-33,59 %	-3869 %			-10.537.208	-9.144.735
2019.	BEZ DENTALNE	9	23.039.447	23.477.153	-15,49 %	-13,78 %		-383.960	-340.979	-4.223.557	-3.750.771
2019.	BEZ GINEKOLOGIJE	3	25.972.573	26.076.024	-4,73 %	-4,23 %		-430.144	-383.967	-1.290.431	-1.151.900
2019.	BEZ OBITELJSKE	10	23.189.003	23.862.307	-14,94 %	-12,36 %		-370.364	-305.965	-4.074.001	-3.365.617
2019.	BEZ PEDIJATRIJE	2	26.313.786	26.351.477	-3,48 %	-3,22 %		-474.609	-438.224	-949.218	-876.447

Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka

Iz Grafikona 3. i 4. i Tablice 13. proizlazi i sljedeće: isključivanjem četiriju temeljnih djelatnosti iz poslovanja, omjer prihoda i rashoda bi se rasporedio u negativnom smjeru: umjesto pozitivnog financijskog rezultata koji je ostvaren redovnim poslovanjem u svim ugovorenim djelatnostima (977.187 kn viška prihoda), dom zdravlja bi ostvario 15.528.657 kn prihoda i 16.566.854 kn rashoda, odnosno ostvario bi negativan financijski rezultat u 2018. godini u iznosu -1.038.199 kn. Isti učinak se javlja i u 2019. godini: umjesto ostvarenog pozitivnog financijskog rezultata u iznosu 35.080 kn viška prihoda nad rashodima, jedan dom zdravlja bi ostvario 16.725.796 kn prihoda i 18.083.189 kn rashoda, odnosno ostvario bi negativan financijski rezultat u iznosu -1.357.393 kn. Utjecaj isključivanja 4 temeljne djelatnosti na mjesečni financijski rezultat doma zdravlja u 2018. godini u 9 od 12 izvještajnih razdoblja generira manjak, a ukupan manjak kumuliran manjkom iz prethodnih godina iznosio bi 2.811.189 kn, kako je prikazano na Grafikonu 5. Relativni utjecaj na financijski rezultat je 106 %, što je vrlo značajno. Prva hipoteza (H1) je potvrđena.

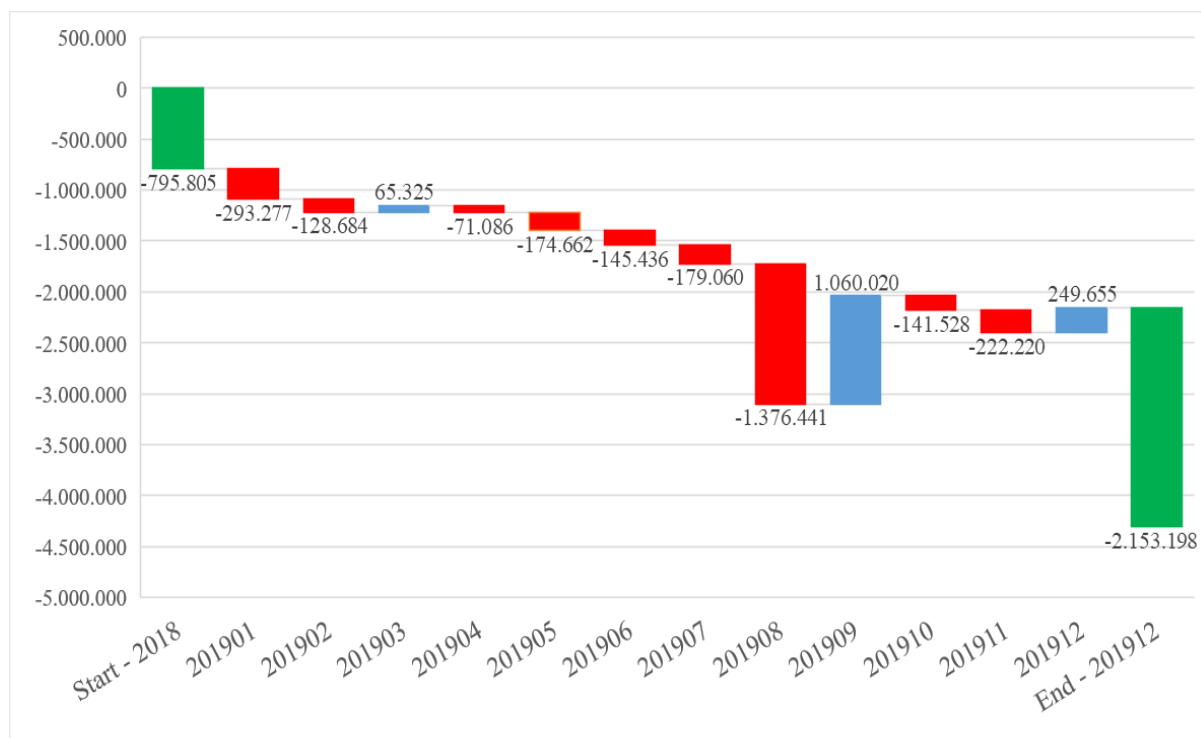
Grafikon 5.: Utjecaj isključivanja temeljnih djelatnosti na mjesečni financijski rezultat doma zdravlja i ukupan godišnji financijski rezultat za 2018. godinu



Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka

Grafikonom 6. prikazana je distribucija rezultata po mjesecima u 2019. godini, a učinak isključivanja četiriju temeljnih djelatnosti je vrlo sličan: u 9 od 12 mjesečnih izvještajnih razdoblja bio bi ostvaren negativan financijski rezultat, ukupan manjak kumuliran manjkom iz prethodnih godina iznosio bi 2.153.198 kn, odnosno 3869 % manje od ostvarenog. Temeljem podataka iz 2019. godine, prva hipoteza (H1) ponovno je potvrđena i upućuje na zaključak kako četiri djelatnosti: opća/obiteljska medicina, dentalna zdravstvena zaštita, zdravstvena zaštita žena i zdravstvena zaštita predškolske djece, financijska su poluga jednog zdravstvenog sustava.

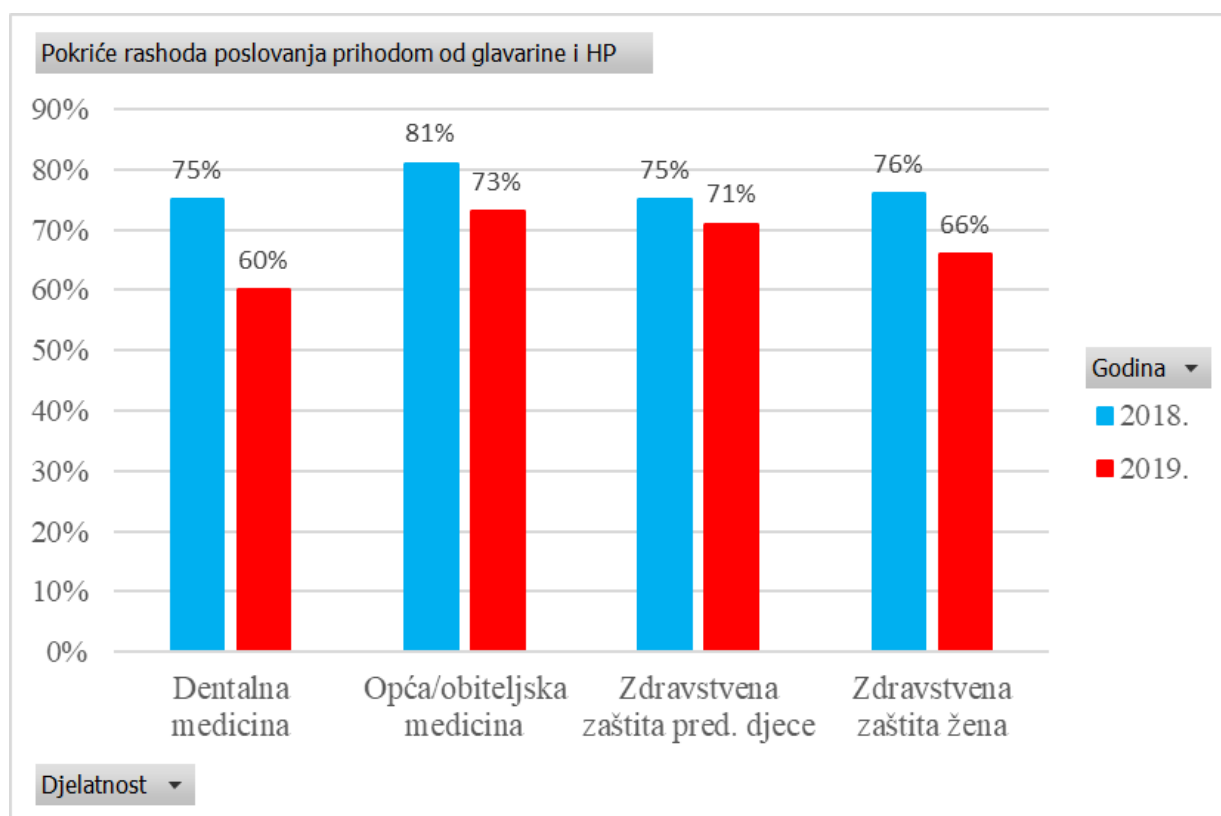
Grafikon 6.: Utjecaj isključivanja temeljnih djelatnosti na mjesečni financijski rezultat doma zdravlja i ukupan godišnji financijski rezultat za 2019. godinu



Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka

Uvažavajući činjenicu obuhvaćanja troškova koji su pokriveni glavarinom i hladnim pogonom kao osnovnom vrstom prihoda od HZZO-a i koji ne uključuju kapitalne investicije, analizirana je dostatnost namjenskih prihoda od HZZO-a za pokriće rashoda poslovanja jedne ordinacije. Na Grafikonu 7. izračunati su prosječni troškovi poslovanja za određenu djelatnost doma zdravlja prema broju ugovorenih ordinacija u godini te stavljeni u omjer s prihodima koji svojom definicijom pokrivaju sve te troškove. Troškovi su fiksni i ne ovise o broju pacijenata, dok su prihodi u ugovoru izračunati ovisno o broju pacijenata. Najpovoljniji omjer vidljiv je u djelatnosti opće/obiteljske medicine: u 2018. godini 81 % rashoda je pokriveno prihodima od glavarine, a u 2019. godini 73 %. Najnepovoljniji omjer iskazan je u dentalnoj medicini. Za sve četiri temeljne djelatnosti u obje promatrane godine jedan dom zdravlja iskazuje nedostatnost (i to bez kapitalnih ulaganja!) najvažnijeg izvora financiranja za poslovanje. S druge strane, zdravstvena zaštita mora svima biti dostupna. Domovima zdravlja preostaje pronaći druge prihode kako bi osigurali osnovna načela zdravstvene zaštite.

Grafikon 7.: Dostatnost prihoda od HZZO-a za pokriće redovnih rashoda u 2018. i 2019. godini



Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka

5.2. Obvezno i interno izvještavanje

Pravilnikom o financijskom izvještavanju u proračunskom računovodstvu (NN 3/15, 93/15, 135/15, 2/17, 28/17, 112/18, 126/19, 145/20, 32/21) propisani su pravni subjekti koji su obveznici poštivanja odredbi koje su njime definirane: oblik financijskih izvještaja, rokovi do kojih se i kome podnose te sam sadržaj. Obveznici Pravilnika su svi subjekti državnog proračuna, proračuna jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, proračunski i izvanproračunski korisnici državnog proračuna te proračunski i izvanproračunski korisnici proračuna jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave. Domovi zdravlja proračunski su korisnici JLP(R)S-a. Ovisno o kategorizaciji poslovnog subjekta, izvještaji se podnose mjesečno, kvartalno, polugodišnje i godišnje. S obzirom na to da subjekti u sustavu proračuna podliježu Zakonu o proračunu (NN 87/08, 136/12, 15/15), čija je osnova planiranje i izrada proračuna i financijskih planova, financijskim se izvještavanjem daju informacije o uspješnosti izvršenja donesenih planova, zatim o financijskom položaju ustanove, o novčanim tijekovima, vrijednosti imovine te uspješnosti poslovanja. Pravilnik o financijskom izvještavanju u

proračunskom računovodstvu (NN 3/15, 93/15, 135/15, 2/17, 28/17, 112/18, 126/19, 145/20, 32/21) propisuje financijske izvještaje kao skup 5 izvještaja, čija je struktura definirana sljedećim obrascima:

- obrazac BIL: Bilanca,
- obrazac PR-RAS: Izvještaj o prihodima i rashodima, primicima i izdacima,
- obrazac RAS-funkcijski: Izvještaj o rashodima prema funkcijskoj klasifikaciji,
- obrazac P-VRIO: Izvještaj o promjenama u vrijednosti i obujmu imovine i obveza,
- obrazac OBVEZE: Izvještaj o obvezama.

Zaglavlje financijskih izvještaja sadrži osnovne podatke o poslovnom subjektu i rekapitulaciju svakog pojedinog obrasca.

Domovi zdravlja obvezni su izvještavati osnivaču, nadležnoj jedinici regionalne i područne samouprave, zatim instituciji koju država ovlasti za obradu i prikupljanje financijskih izvještaja odnosno Financijskoj agenciji te područnom uredu Državnog ureda za reviziju i to u sljedećim rokovima:

- sve financijske izvještaje za proračunsku godinu: Bilance, Izvještaje o prihodima i rashodima, primicima i izdacima, Izvještaje o rashodima prema funkcijskoj klasifikaciji, Izvještaje o promjenama u vrijednosti i obujmu imovine i obveza, Izvještaje o obvezama i Bilješke do 31. siječnja sljedeće godine
- za polugodišnje razdoblje od 1. siječnja do 30. lipnja: Izvještaje o prihodima i rashodima, primicima i izdacima, Izvještaje o obvezama i Bilješke do 10. srpnja tekuće godine,
- za kvartalna razdoblja od 1. siječnja do 31. ožujka i od 1. siječnja do 30. rujna: Izvještaje o prihodima i rashodima, primicima i izdacima do 10. travnja odnosno 10. listopada tekuće godine.

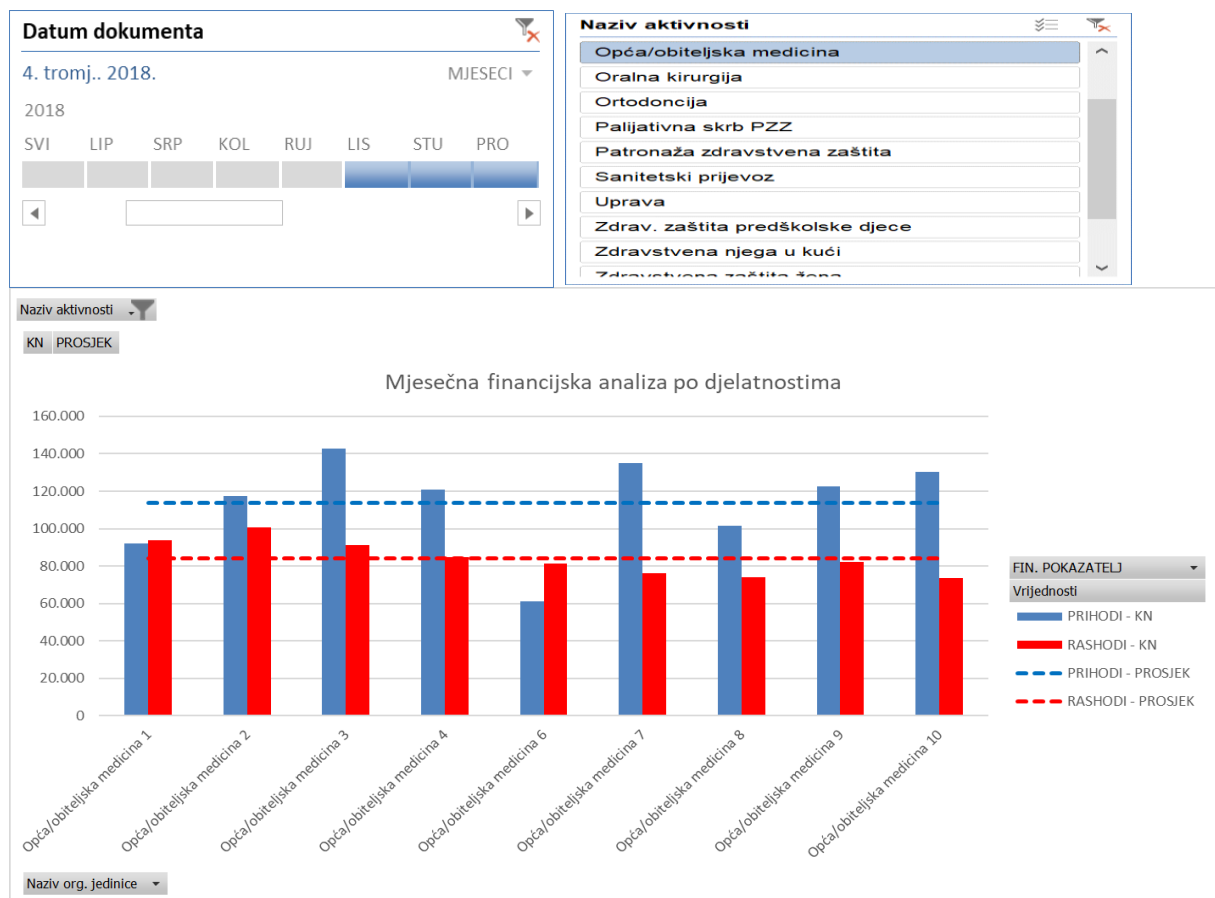
Bilanca izvještava stanje imovine, obveza i izvora financiranja na određeni datum, kao i podatke o financijskom rezultatu: višku ili manjku po istovrsnim kategorijama: od poslovanja, od nefinancijske imovine i od financijske imovine. Izvještaj o prihodima i rashodima, financijski je izvještaj koji pokazuje uspješnost poslovanja ustanove tijekom određenog razdoblja. Bilanca i izvještaj o prihodima i rashodima iskazuju se analitički, na 4. razini

računskog plana proračuna. Jedna od proračunskih klasifikacija za praćenje rashoda proračuna je funkcijska, a prema njoj definiran je i obvezni financijski izvještaj RAS-funkcijski, razvrstava rashode prema namjeni u određenom razdoblju. Bilanca, Izvještaj o prihodima i rashodima i Izvještaj o rashodima prema funkcijskoj klasifikaciji se iskazuju usporedno: za ostvareno u izvještajnom razdoblju prethodne i tekuće godine. Promjene u vrijednosti (revalorizaciji) i obujmu imovine i obveza su događaji koji utječu na njihovu neto vrijednost, a nisu rezultat aktivnosti (transakcija) i iskazuju se na obveznom obrascu P-VRIO. Najčešće su rezultat početka ili kraja priznavanja imovine i drugih promjena u količini i kvaliteti već priznate imovine. Evidentiranje promjena u obujmu imovine nije rezultat prihoda (prodaje) i rashoda (kupnje) nefinancijske imovine, nego primjerice otpisa potraživanja, elementarne nepogode i slično. Izvještaj o obvezama prikazuje stanje obveza na početku izvještajnog razdoblja, podjelu na obveze za rashode poslovanja i rashode za nefinancijsku imovinu, dospjelost i podmirenost obveza tijekom razdoblja te konačno stanje obveza na kraju izvještajnog razdoblja.

Iz obveznih financijskih izvještaja jasni su pokazatelji samoodrživosti poslovanja ustanove iz financijskog rezultata; vidljivo je kolika su kapitalna ulaganja, a koliko ustanova troši na redovno poslovanje, poznata je vrijednost imovine u vlasništvu ustanove; dugovi iz obveza po prirodnoj vrsti troška kako su strukturirani u računskom planu, dobivene su informacije međusobnim prijenosima imovine i obveza između drugih proračuna ili proračunskih korisnika. Stoga, proizlazi kako iz obveznih financijskih izvještaja čelnik dobiva vrijedne informacije za upravljanje. No, one su retrogradne i statičke, poznate tek po isteku izvještajnog razdoblja i prate propisane rokove za izradu. Za upravljanje rizicima u zdravstvu i svim drugim granama gospodarstva, ključna je pravovremena i kvalitetna informacija. Za dom zdravlja kvalitetna informacija je ona koja analizira pokazatelje uspješnosti i ostale pokazatelje prema djelatnostima koje obavlja, i još analitičnije, prema pojedincu, odnosno ordinaciji/timu, što iz obveznih financijskih izvještaja, koji promatraju poslovnog subjekta u cjelini, nije vidljivo. Uz kvalitetnu programsku podršku za vođenje knjigovodstva i računovodstva koja nudi „custom-made“ izvještaje ili omogućuje pohranu svih unesenih podataka (glavna knjiga, materijalno knjigovodstvo, putni nalozi, obračun plaće, obračun ugovora o djelu, blagajna) kao sirove i analitičke podatke, moguće je donositelju odluka ponuditi više i vrjednije za spoznaju trenutnog financijskog stanja ustanove. Interno izvještavanje u jednom domu zdravlja temeljeno je na grupiranju timova u organizacijske jedinice i aktivnosti na razini pojedinačnog podatka odnosno zapisa u bazu podataka knjigovodstvenog programa. To znači da svako

knjiženje, bilo ulaznog računa, bilo rashoda plaće, bilo kupovine uredskog namještaja, obvezuje izvršitelja unijeti tražena obilježja kako bi se konačno mogao oblikovati dinamički izvještaj prikazan na Grafikonu 7. Kreator ovakvog izvještaja posjeduje na naprednoj razini vještine rada u Microsoft Office Excel alatu za tablične prikaze, a zahtijeva svakodnevno punjenje podatkovne podloge kako bi krajnji korisnik, čelnik ili ravnatelj ustanove, u svakom trenu imao najsvježije informacije o financijskom položaju konkretnog liječnika i medicinske sestre/tehničara. Dinamični elementi grafikona su vremenska traka i filteri po aktivnostima odnosno djelatnostima, gdje korisnik izvještaja odabire promatrati podatke koji su mu od interesa. Dodana vrijednost je i usporedba pojedinih timova s prosjekom koju ostvaruje njihova djelatnost, za jasniju sliku o stvarnoj uspješnosti ordinacije. Djelomično dostupni ovako strukturirani podaci su prikazani u obveznom financijskom izvještaju o rashodima prema funkcijskoj klasifikaciji (RAS-funkcijski), gdje se zdravstvene usluge izvještavaju kao rashodi opće medicinskih usluga, zubarskih, bolničkih, javnog zdravstva i slično. No, takva razrada, što zbog grubosti kategorizacije, što zbog nepostojanja iste razdiobe i za prihodovnu stranu, nije usporediva s informacijama koje daje niže prikazani interni izvještaj jedne ustanove.

Grafikon 8.: Mjesečna financijska analiza po djelatnostima

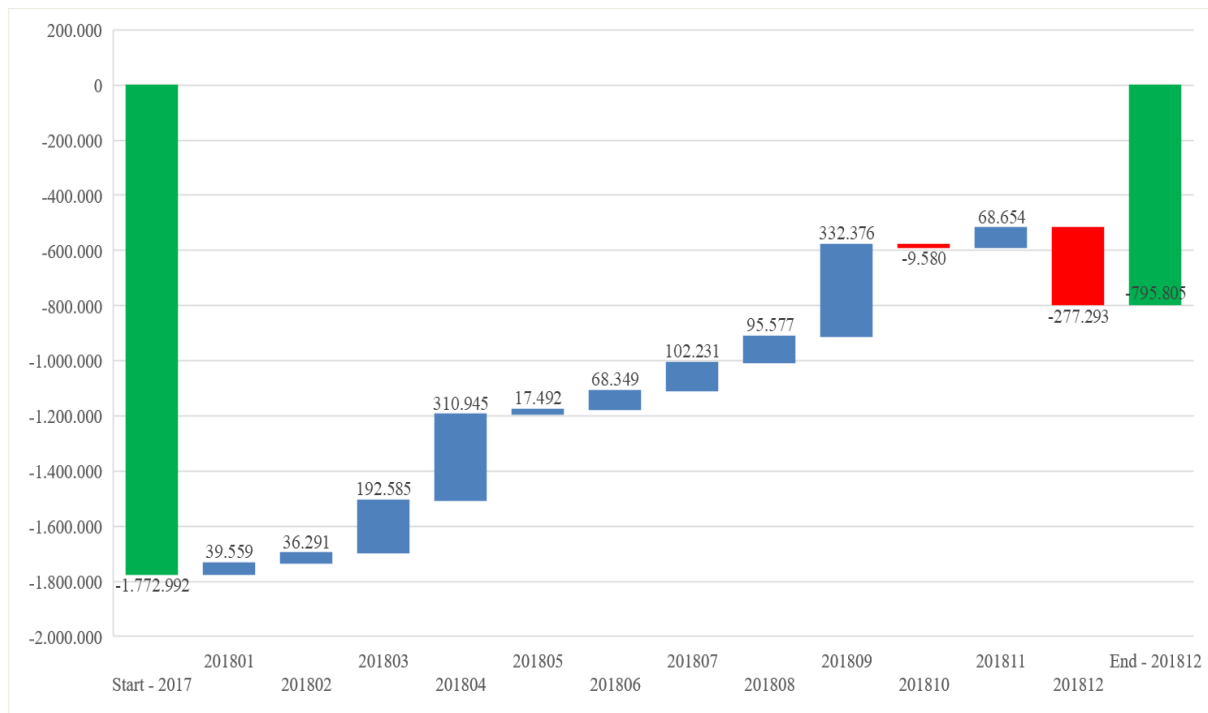


Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka

Iz Grafikona 7. korisnik izvještaja jasno vidi da ordinacija opće/obiteljske medicine br. 6 značajno zaostaje za ostalim timovima i prosjekom djelatnosti: donositelj odluke dobiva informaciju da treba postupati. Smjer u kojem će djelovati ovisi o njegovim upravljačkim vještinama i pristupu, ali moguće akcije su provjera odlaska broja pacijenata od odabranog liječnika, provjera prisutnosti na radnom mjestu (bolovanje, zamjene), provjera uključivanja u rad ordinacije, primjerice, novozaposlenog člana tima i njegova prilagodba i upoznavanje pacijenata, utvrđivanje nedostataka motivacije članova tima i slično. U zdravstvu je vrlo osjetljivo očekivati financijski profit, obzirom da se radi o socijalnoj grani društva, gdje je zdravlje nemjerljivo i ne bi trebalo imati cijenu. Čelniku su dane ovlasti da balansira između te dvije dimenzije: pružanje zdravstvene skrbi stanovništvu kao prioriteta i stabilnosti poslovanja.

Iako PR-RAS obvezni financijski izvještaj jasno prikazuje financijski rezultat ustanove, kao brojku, u kunama, ipak je vizualni pogled na podatke izražajnije i daje brži uvid u financijski položaj interno oblikovanim izvještajem u jednom domu zdravlja, koristeći grafikon „waterfall“ grafikon u Microsoft Excel alatu.

Grafikon 9.: Neto financijski rezultat jednog doma zdravlja



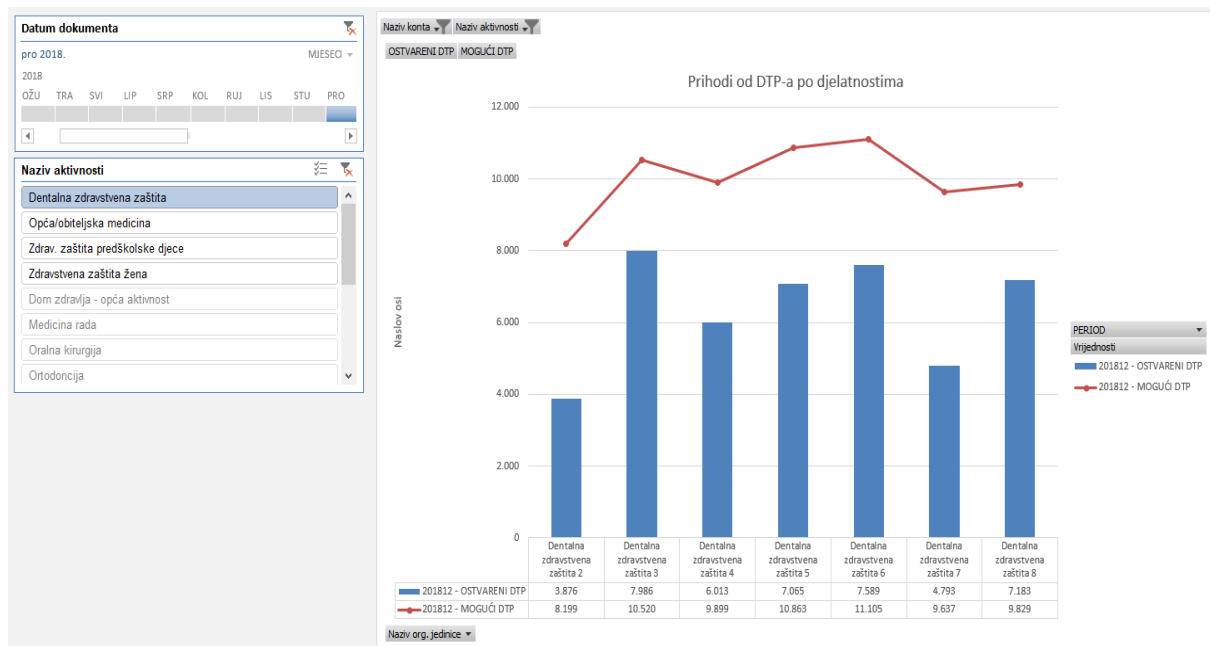
Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka

Uz dodavanje mjesečnih "stepenica" financijskog rezultata, što je posebno zanimljivo u proračunskom računovodstvu gdje se primjenjuje modificirano načelo nastanka događaja koje rashode priznaje u trenutku nastanka, a prihode u trenutku naplate, čelniku doma zdravlja koji ne promišlja kao računovođa ili informatičar, nego iskustveno, lakše je povezati konačni položaj ustanove prateći pojedinačna mjesečna razdoblja i aktualnu pojavu poslovnih promjena. Katić i Vidović (2012) ističu značaj utjecaja pravila proračunskog računovodstva: nemogućnost prikaza izvjesnih i očekivanih prihoda prije nego su naplaćeni, što je suprotno od obveze prikaza rashoda u trenutku nastanka, te zaključuju: „Dosljedna primjena prilagođenoga računovodstvenog koncepta u dijelu priznavanja prihoda u tim situacijama, pogotovo na prijelazu iz jedne u drugu proračunsku godinu, odražava se negativno na izvještaj o rezultatima poslovanja ustanove.“

U praćenju poslovanja četiriju temeljnih djelatnosti, prepoznat je potencijal prihodovanja po maksimalnim ugovorenim vrijednostima. Kako je objašnjeno u poglavlju 5.1. limit od DTP-postupaka iznosi od 140 % do 160 % iznosa glavarine. Svojim redovnim radom ordinacije pružaju zdravstvene usluge prema potrebama pacijenata, ali ponekad odradene preventivne ili kurativne postupke ne evidentiraju u medicinskom programu za vođenje zdravstvenih kartona i povijesti liječenja pacijenata, a koji je ujedno i alat za fakturiranje prema

HZZO-u. Analizom izvršenih i moguće ostvarivih iznosa prihoda od DTP-a, čelniku se daje vrijedna informacija o prostoru za poboljšanje uspješnosti ordinacije, uz nastavak održavanja visoke razine pružanja primarne zdravstvene zaštite. Primjer takvog interno osmišljenog izvještaja prikazan je na Grafikonu 10.

Grafikon 10.: Prihodi od DTP-a po djelatnostima

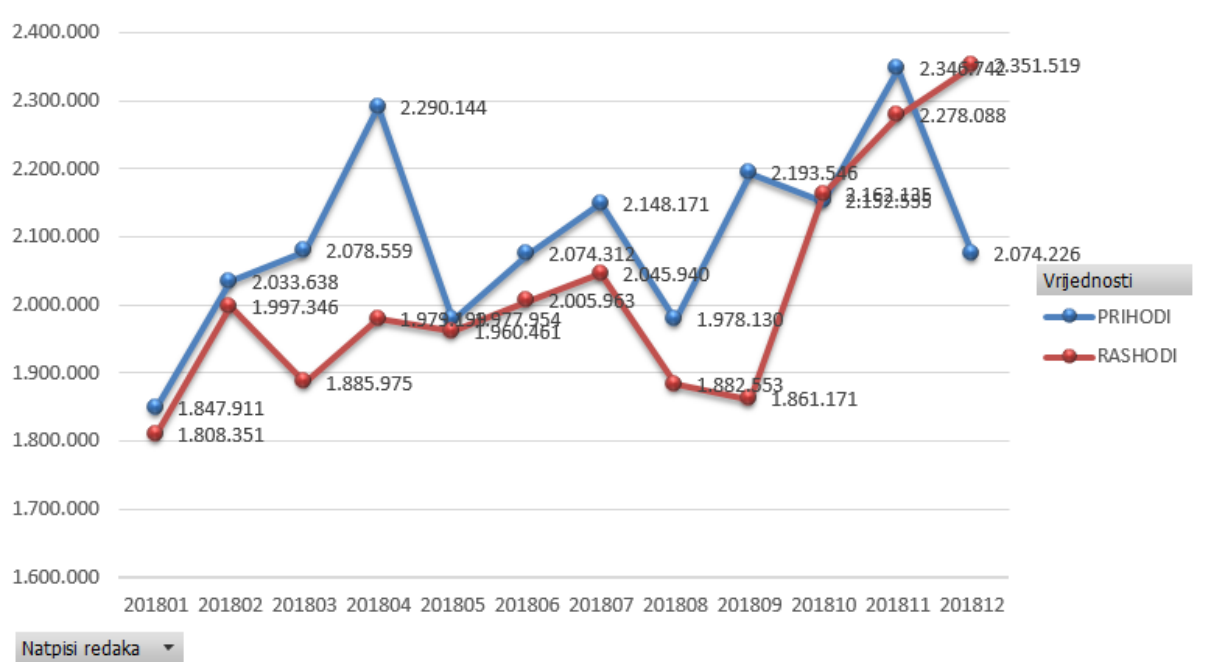


Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka

Zdravstvene ustanove dodatni su obveznici izvještavanja nadležnom izvanproračunskom korisniku Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje, kako je spomenuto u poglavlju 5.1. Dinamika izvještavanja je također mjesečna, kvartalna, polugodišnja i godišnja uz obvezu dostave izvještaja do 10. u mjesecu za prethodni mjesec ili razdoblje. Struktura izvještaja pokazatelja poslovanja zdravstvenih ustanova razlikuje se za bolnice i ostale zdravstvene ustanove: domove zdravlja, poliklinike, ustanove za njegu u kući, zavode za hitnu medicinu, zavode za javno zdravstvo i ljekarne. Za domove zdravlja pokazatelji poslovanja prikazani su u Tablici 12. Za poznavatelja zdravstvene zaštite i ravnatelja jedne zdravstvene ustanove, duboko razumijevanje problematike zdravstvenog sustava je svakodnevnica, a strukturiranost podataka za dvije usporedne godine prema HZZO-ovom zahtjevu dodatno olakšava spoznaju „zdravlja“ jednog doma zdravlja. Prihodi i rashodi su grupirani po prirodnoj pojavi, od priljeva novčanih sredstava kao prihoda, do namjenske vrste troška kao rashoda. Za još lakše razumijevanje trenda uspješnosti poslovanja, menadžerima u zdravstvu bi proširenje HZZO-ovog izvještaja Pokazatelji dao dodanu vrijednost uključujući i

indeks promjena dvije usporedne godine ili razdoblja. No, grafički prikaz krivulja prihoda i rashoda u dinamici po volji korisnika izvještaja, nezamjenjiv je element u donošenju odluka. Primjer takvog izvještaja razvijenog u internom sustavu jednog doma zdravlja prikazan je Grafikonom 11.

Grafikon 11.: Financijski rezultat jednog doma zdravlja u mjesečnoj dinamici izvještavanja



Izvor: Izrada autorice temeljem internih podataka jednog doma zdravlja prikupljenih elektroničkom poštom

U setu obveznih obrazaca prema HZZO-u, podaci o dospjeloosti potraživanja i obveza, grupirani su u razdoblja kašnjenja:

- potraživanja/obveze na dan,
- ukupno dospjela potraživanja/obveze,
- dospjela potraživanja/obveze do 60 dana,
- dospjelo od 61 do 90 dana,
- dospjelo od 91 do 120 dana,
- dospjelo od 121 do 150 dana,
- dospjelo od 151 do 180 dana,

- dospjelo od 181 do 365 dana,
- dospjelo od 366 do 730 dana,
- dospjelo preko 730 dana,
- koliko dana kasni najstarije dospjelo potraživanje/obveza (u danima).

Podaci grupirani u dane kašnjenja, uz kvalitativna obilježja/razrede potraživanja/obveza kako propisuje HZZO struktura, čelniku uz kombinaciju za Izvještajem o obvezama, daje jasnu i preciznu sliku trenutnog stanja duga i mogućeg financijskog položaja/prihodovanja ako se uredno naplaćuju fakturirane usluge. Moguće unaprjeđenje HZZO izvještaja je njegovo tumačenje uz analitiku obveza i potraživanja po partnerima s kojima ustanova posluje, s ciljem pravovremenog postupanja za urednu naplatu, ali i podmirenje vlastitih obveza.

Osnova planiranja u proračunu je načelo uravnoteženosti prihoda i rashoda. Zakonom o proračunu (NN 87/08, 136/12, 15/15) su, između ostalih, definirane i proračunske klasifikacije po izvoru financiranja. Sklad financijskih planova po приходima i rashodima i primicima i izdacima po izvorima financiranja obvezno je poštivati prilikom pripreme i izrade proračuna tj. financijskih planova, no izvršenje financijskih planova nije unificirano ni strukturirano nekim obrascima, ali je obvezno za izvještavanje. Ovdje do izražaja dolaze interno posloženi sustavi svake ustanove, a u primjeru promatranog doma zdravlja izvršenje financijskih planova prikazano je Tablicom 14. Donositelju odluka se ovakvim prikazom daje signal koliko se odstupa od planiranog, koji troškovi nastaju izvanredno, koji se prihodi ne naplaćuju uobičajenom dinamikom, je li vrijeme da izmjenu i dopunu financijskog plana i preraspodjelu prihoda po izvorima financiranja na druge rashode. Prednost u odnosu na obvezne rokove izvještavanja o izvršenju financijskih planova jest pregled podataka u bilo kojem trenutku prema potrebi korisnika izvještaja: biti „up-to-date“ i „online“ prevenira premašenje plana i loše financijske rezultate.

Tablica 14.: Izvršenje financijskog plana za jedan dom zdravlja

I. IZMJENA FINANCIJSKOG PLANA - 2018										
PLAN PRORAČUNA ZA 2018. I IZVRŠENJE OD 01. DO 12. MJESECA										
	Kon to		Naziv	Plan	Plan za izvore 11	Izvršenje za izvore 11	Razlika (plan - izvršenje) za izvore 11	Plan za izvore 43	Izvršenje za izvore 43	Razlika (plan - izvršenje) za izvore 43
1	2	4	5	6	3	4	5	9	10	11
3	I P			12.347.606,00	0,00	0,00	0,00	12.347.606,00	-8.599.246,48	20.946.852,48
		3 T	Plaće za zaposl.	12.347.606,00			0,00	12.347.606,00	-8.599.246,48	20.946.852,48
3	I P			355.000,00	0,00	0,00	0,00	355.000,00	-254.694,75	609.694,75
		3 T	Plaće za prek.	355.000,00			0,00	355.000,00	-254.694,75	609.694,75
3	S O			569.000,00	0,00	0,00	0,00	569.000,00	-170.753,70	739.753,70
		3 T	Nagrade	80.000,00			0,00	80.000,00	-56.399,55	136.399,55
		3 T	Darovi	266.250,00			0,00	266.250,00	-72.222,97	338.472,97
		3 T	Otpremnine	16.500,00			0,00	16.500,00	-23.874,40	40.374,40
		3 T	Regres	176.250,00			0,00	176.250,00	0,00	176.250,00
3	i S			40.000,00	0,00	0,00	0,00	40.000,00	-63.127,87	103.127,87
		3 C	Sitni inventar	20.000,00			0,00	20.000,00	-3.747,87	23.747,87
		3 C	Auto gume	20.000,00			0,00	20.000,00	-59.380,00	79.380,00
4	r P			459.788,00	459.588,00	0,00	459.588,00	200,00	-209.175,69	209.375,69
		4 C	Osobni auto	203.588,00	203.388,00	0,00	203.388,00	200,00	-209.175,69	209.375,69
		4 C	Sanitetsko vozilo	256.200,00	256.200,00	0,00	256.200,00			0,00
4	o D			198.712,00	198.712,00	125.533,09	73.178,91	0,00	0,00	0,00
		4 S	Ulag. u građ.obj.	198.712,00	198.712,00	125.533,09	73.178,91			0,00
UKUPNO:				22.945.549,00	1.498.593,00	263.030,98	1.235.562,02	19.018.896,00	-13.203.468,16	32.222.364,16

Izvor: Izrada autorice temeljem internih podataka jednog doma zdravlja prikupljenih elektroničkom poštom

Slijedom navedenih primjera internog sustava izvještavanja u jednom domu zdravlja, dokazano je kako alokacija troškova po mjestima troškova, koja nije pokrivena obveznim financijskim izvještavanjem, daje čelniku i upravnom vijeću bolju informacijsku podlogu za donošenje odluka. Time je potvrđena druga hipoteza (H2).

5.3. Gospodarsko okruženje u kojem djeluju javne ustanove

Planom zdravstvene zaštite (NN 19/2020), kako je detaljnije objašnjeno u 5. poglavlju, definiraju se „specifične potrebe i mogućnosti ostvarivanja zdravstvene zaštite na potpomognutim područjima ili područjima s razvojnim posebnostima“. U tu svrhu, Vlada Republike Hrvatske godišnje donosi Uredbu o načinu financiranja decentraliziranih funkcija te izračuna iznosa pomoći izravnjanja za decentralizirane funkcije jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, kojom se osim zdravstva, dodatno iz državnog proračuna RH, financiraju odnosno potpomažu i druge grane društva: osnovno i srednje školstvo, socijalna skrb i vatrogastvo. Kriterij za dodjelu decentraliziranih sredstava JLP(R)S-ovima jest ostvarenje manje sredstava iz udjela poreza na dohodak nego što je potrebno za postizanje minimalnih financijskih standarda. Minimalni financijski standardi za zdravstvo definirani su za investicijska i tekuća ulaganja, odnosno, kako je propisano Odlukom o minimalnim financijskim standardima za decentralizirane funkcije za zdravstvene ustanove u 2018. godinu (NN 7/2018, 95/18) „za:

- investicijsko ulaganje zdravstvenih ustanova u prostor, medicinsku i nemedicinsku opremu i prijevozna sredstva,
- investicijsko i tekuće održavanje zdravstvenih ustanova – prostora, medicinske i nemedicinske opreme i prijevoznih sredstava,
- informatizaciju zdravstvene djelatnosti“.

„Visina osiguranih sredstava u državnom proračunu koja se distribuira za zdravstvo jedinicama područne (regionalne) samouprave određena je sljedećim kriterijima:

- 75 % ukupnog iznosa raspodijeljeno je na temelju udjela broja osiguranih osoba u pojedinoj jedinici područne (regionalne) samouprave, odnosno Gradu Zagrebu, u odnosu na ukupan broj osiguranih osoba pri Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje,

- 10 % ukupnog iznosa raspodijeljeno je na temelju udjela broja lokacija na kojima se odvija zdravstvena djelatnost u pojedinoj jedinici područne (regionalne) samouprave, odnosno Gradu Zagrebu, u odnosu na ukupan broj lokacija u Republici Hrvatskoj,
- 5 % ukupnog iznosa raspodijeljeno je na temelju udjela broja zdravstvenih ustanova u pojedinoj jedinici područne (regionalne) samouprave, odnosno Gradu Zagrebu, u odnosu na ukupan broj zdravstvenih ustanova koje imaju sklopljen ugovor s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje,
- 5 % ukupnog iznosa raspodijeljeno je na temelju udjela broja ugovorenih kreveta u pojedinoj jedinici područne (regionalne) samouprave, odnosno Gradu Zagrebu, u odnosu na ukupan broj ugovorenih kreveta s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj,
- 5 % ukupnog iznosa Odluke raspodijeljen je s obzirom na uključivanje projekata od prioritetne važnosti za podizanje dostupnosti zdravstvene zaštite ili završetak započetih investicija, te uzimajući u obzir udio ulaganja u zdravstvene ustanove (prostor, medicinsku i nemedicinsku opremu i prijevozna sredstva) pojedinih jedinica područne (regionalne) samouprave iz državnog proračuna u prethodnim godinama“ (Odluka o minimalnim financijskim standardima za decentralizirane funkcije za zdravstvene ustanove u 2018. godine (NN 7/18, 95/18)).

Investicijska ulaganja za rashode za nabavu proizvedene dugotrajne imovine te investicijska održavanja nefinancijske imovine zdravstvenih ustanova kojima se produžuje vijek uporabe, povećava kapacitet, mijenja namjena ili znatno poboljšavaju funkcionalna svojstva nefinancijske imovine, primjenjiva su samo u svrhu pružanja zdravstvenih usluga unutar osnovnog zdravstvenog osiguranja. Osnivači temeljem utvrđenog popisa prioriteta za raspored dodijeljenih sredstava, za koji nije propisan pravilnik ili jasna uputa kako se definira i u kojim omjerima rashoda, između zdravstvenih ustanova, distribuiraju sredstva ustanovama najčešće na mjesečnoj bazi, uz vjerodostojnu dokumentaciju ostvarenih rashoda.

Lokalna samouprava participira u prihodima domova zdravlja, što je u obveznom financijskom izvještaju PR-RAS vidljivo na pozicijama: 6711 - Prihodi iz nadležnog proračuna za financiranje rashoda poslovanja i 6712 - Prihodi iz nadležnog proračuna za financiranje rashoda za nabavu nefinancijske imovine. Za istraživanje korelacije visine doznačenih prihoda domovima zdravlja iz decentraliziranih sredstava (dalje u tekstu: DEC) i razvijenosti JLP(R)S,

mjerilom gospodarske razvijenosti JLP(R)S odabran je bruto domaći proizvod. Prema Državnom zavodu za statistiku, iz zadnjih dostupnih podataka za 2018. godinu, godišnji bruto domaći proizvod po županijama uparen je, prema podacima dostupnim na Internet stranici HZZO-a, s brojem osiguranika obveznog zdravstvenog osiguranja prema županijama, kako bi jedinice mjere bile usporedive, uvažavajući ujedno najvažniji kriterij za utvrđivanje minimalnih financijskih standarda, odnosno udio broja osiguranih osoba u pojedinoj jedinici područne (regionalne) samouprave, odnosno Gradu Zagrebu. Prilagođeni BDP, umjesto uobičajenog izražavanja po glavi stanovnika, izračunat po osiguraniku, prikazan je u Tablici 15.

Tablica 15.: Bruto domaći proizvod po osiguraniku po županijama u RH za 2018. i 2019. godinu

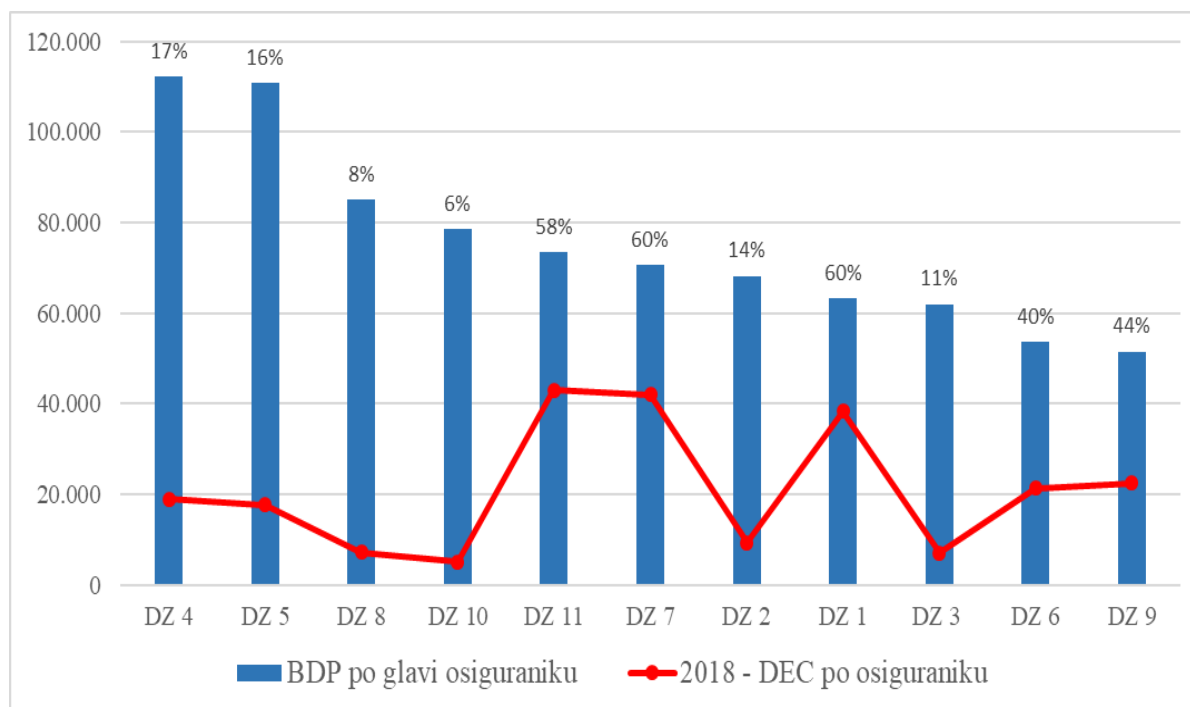
RH i županije	Bruto domaći proizvod, tis. HRK	Stano vništvo, tis. ²⁾	BDP po stan., HRK	Broj osig., tis., 2018.	Broj osig., tis., 2019.	BDP po osig. 2018g.	BDP po osig. 2019g.
RH	385.376.571	4.171	92.389	4.146	4.135	92.951	93.199
Grad Zagreb	132.092.013	773	170.882	805	808	164.089	163.480
Zagrebačka	22.668.623	310	73.113	308	309	73.599	73.361
Krap.-zagor.	7.689.219	129	59.627	124	123	62.010	62.514
Varaždinska	14.042.268	171	82.062	165	165	85.105	85.105
Kopriv.-križ.	7.372.448	112	65.586	108	107	68.263	68.901
Međimurska	8.598.892	111	77.567	107	107	80.363	80.363
Bjelov.-bilog.	6.966.926	116	60.126	110	108	63.336	64.509
Virovit.-podr.	4.038.572	82	49.131	78	76	51.777	53.139
Požeško-slav.	3.757.659	75	49.846	70	69	53.681	54.459
Brodsko-pos.	7.651.408	154	49.748	145	142	52.768	53.883
Osječko-bar.	19.366.366	296	65.382	282	279	68.675	69.413
Vukov.-srijem.	8.814.445	174	50.673	163	160	54.076	55.090
Karlovačka	7.789.171	125	62.503	119	118	65.455	66.010
Sisačko-mosl.	9.856.908	166	59.241	156	154	63.185	64.006
Primorsko-gor.	32.153.787	289	111.413	290	289	110.875	111.259
Ličko-senjska	3.284.266	49	66.848	47	47	69.878	69.878
Zadarska	13.532.983	166	81.338	172	173	78.680	78.225
Šibensko-knin.	7.731.117	106	73.132	104	104	74.338	74.338
Splitsko-dalm.	32.213.453	444	72.554	456	457	70.644	70.489
Istarska	23.808.036	203	117.231	212	213	112.302	111.775
Dubrov.-neretv.	11.948.012	120	99.968	126	127	94.825	94.079

Izvor: Izrada autorice prema HNB, Bilten 263 (2020.), *Tablica G10a: Godišnji i mjesečni prosjeci srednjih deviznih tečajeva Hrvatske narodne banke* i <https://hzzo.hr/hzzo-zapartnere/broj-osiguranih-osoba-hzzo> (pristupljeno 3. 8. 2021.)

Prema Hrvatskoj narodnoj banci, broj stanovnika prikazan je kao prosjek ukupnog stanovništva Republike Hrvatske na temelju procjene broja stanovnika iz podataka Popisa 2011. Broj stanovnika procijenjen je za 2018. godinu. Kako je vidljivo u Tablici 15., iz gore navedenog razloga, pojavljuju se neusklađeni podaci gdje je broj stanovnika veći od broja osiguranika u 6 županija. Autorica rada prihvaća takve slučajeve, uz procjenu da neće značajno utjecati na rezultat željene analize. Podaci u Tablici 15. ukazuju kako je u većini županija broj osiguranika obveznog zdravstvenog osiguranja manji od broja stanovnika. Posljedično, BDP po osiguraniku je veći, što pogrešno upućuje na bolji životni standard. Realno je stanje da razlika broja stanovnika i korisnika obveznog zdravstvenog osiguranja ili upućuje na lošiji standard, primjerice nezaposlenost ako građanin ne ostvaruje pravo na obvezno zdravstveno osiguranje, ili je moguća statistička greška: stanovništvo sa stalnim boravkom u RH, a privremenim u inozemstvu na radu, ne ostvaruje zdravstveno osiguranje u RH, ali ga zapravo ima u drugoj državi. Zbog usporedivosti podataka, ipak je korišten pokazatelj BDP po osiguraniku u daljnjoj analizi.

U istraživanju ove hipoteze su promatrani samo domovi zdravlja kojima su osnivači županije. Tako izračunat BDP po osiguraniku, kao mjerilo zaposlenosti, razina plaća, osobne potrošnje, investicija i trgovine, općenito kvalitete i standarda života, stavljen je u odnos s visinom decentraliziranih sredstava koja su doznačena odabranim domovima zdravlja, prikazan je na Grafikonima 12. i 13.

Grafikon 12.: Usporedba prihoda od decentraliziranih sredstava u 2018. godini i BDP-a županije/osnivača doma zdravlja u 2018. godini



Izvor: Izrada autorice prema HNB, Bilten 263 (2020.), *Tablica G10a: Godišnji i mjesečni prosjeci srednjih deviznih tečajeva Hrvatske narodne banke* i <https://hzzo.hr/hzzo-za-partnere/broj-osiguranih-osoba-hzzo> (pristupljeno 3. 8. 2021.)

Grafikon 12. vizualizacija je Tablice 16. Apsolutni iznosi, kao i grafički prikaz, pokazuju kako u županijama s najvećim BDP-om, županijski domovi zdravlja ne ostvaruju najveći prihod iz decentraliziranih sredstava (DZ 5 i DZ 4). Ni u jednoj županiji dom zdravlja ne ostvaruje više prihoda od DEC-a nego je izračunat stupanj razvijenosti županije, BDP po osiguraniku. Izračunat je udio decentraliziranih prihoda po osiguraniku, stavljanjem u omjer BDP-a po osiguraniku i decentraliziranih sredstava po osiguraniku, a ciljem grupiranja uzorka u 3 pravilna razreda: do 33 % crvenom kategorijom, 76 % narančastom, a iznad 77 % zelenom kategorijom. To je pokazatelj (ne)usklađenosti i korelacije razvijenosti lokalne samouprave i sredstava koja se ulažu u zdravstvo. Zaključeno je kako 6 domova zdravlja od 11 promatranih, od županijskog proračuna ostvaruje manje prihoda od DEC-a s obzirom na stupanj razvijenosti lokalne samouprave, a 5 domova zdravlja ostvaruje osrednje prihoda od DEC-a s obzirom na stupanj razvijenosti osnivača. Nijedna županija ne doprinosi financijama svog proračunskog korisnika iznad razine standarda, što ukazuje na shvaćanje značaja zdravstva u svom lokalnom okruženju.

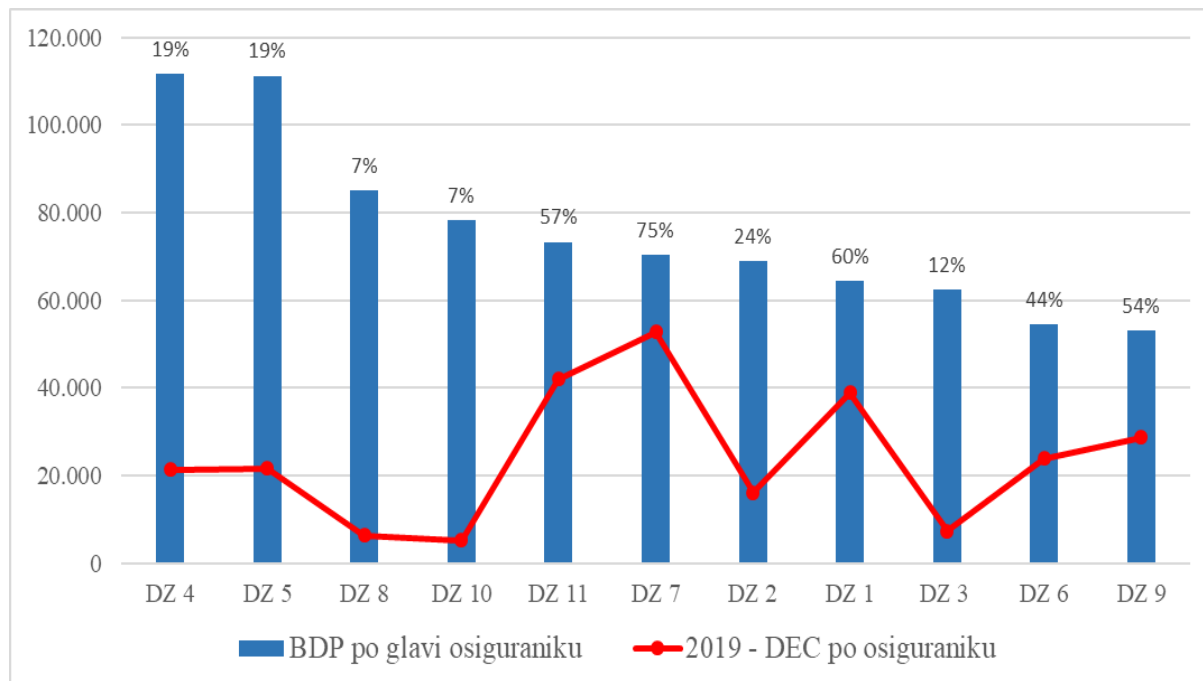
Tablica 16.: Usporedba prihoda od decentraliziranih sredstava u 2018. godini i BDP-a županije/osnivača doma zdravlja u 2018. godini

Dom zdravlja	2018 - DEC	BDP po osiguraniku	2018 - DEC po osiguraniku	Udio DEC-a u BDP-u
DZ 4	4.007.209	112.302	18.902	17 %
DZ 5	5.151.198	110.875	17.763	16 %
DZ 8	1.181.036	85.105	7.158	8 %
DZ 10	875.000	78.680	5.087	6 %
DZ 11	13.241.842	73.599	42.993	58 %
DZ 7	19.192.938	70.644	42.090	60 %
DZ 2	1.013.459	68.263	9.384	14 %
DZ 1	4.213.372	63.336	38.303	60 %
DZ 3	875.000	62.010	7.056	11 %
DZ 6	1.498.594	53.681	21.408	40 %
DZ 9	1.755.250	51.577	22.503	44 %

Izvor: Izrada autorice prema HNB, Bilten 263 (2020.), *Tablica G10a: Godišnji i mjesečni prosjeci srednjih deviznih tečajeva Hrvatske narodne banke* i <https://hzzo.hr/hzzo-za-partnere/broj-osiguranih-osoba-hzzo> (pristupljeno 3. 8. 2021.)

Činjenica je da lošiji životni standard rezultira lošijim zdravljem, većom potrebom za zdravstvenom zaštitom, a time i većim troškovima u zdravstvu. Niži životni standard pretpostavlja i lošiju zdravstvenu infrastrukturu. BDP po osiguraniku ili drugi koeficijent koji predstavlja mjerilo razvijenosti lokalne samouprave treba biti determinanta raspodjele decentraliziranih sredstava.

Grafikon 13.: Usporedba prihoda od decentraliziranih sredstava u 2019. godini i BDP-a županije/osnivača doma zdravlja u 2019. godini



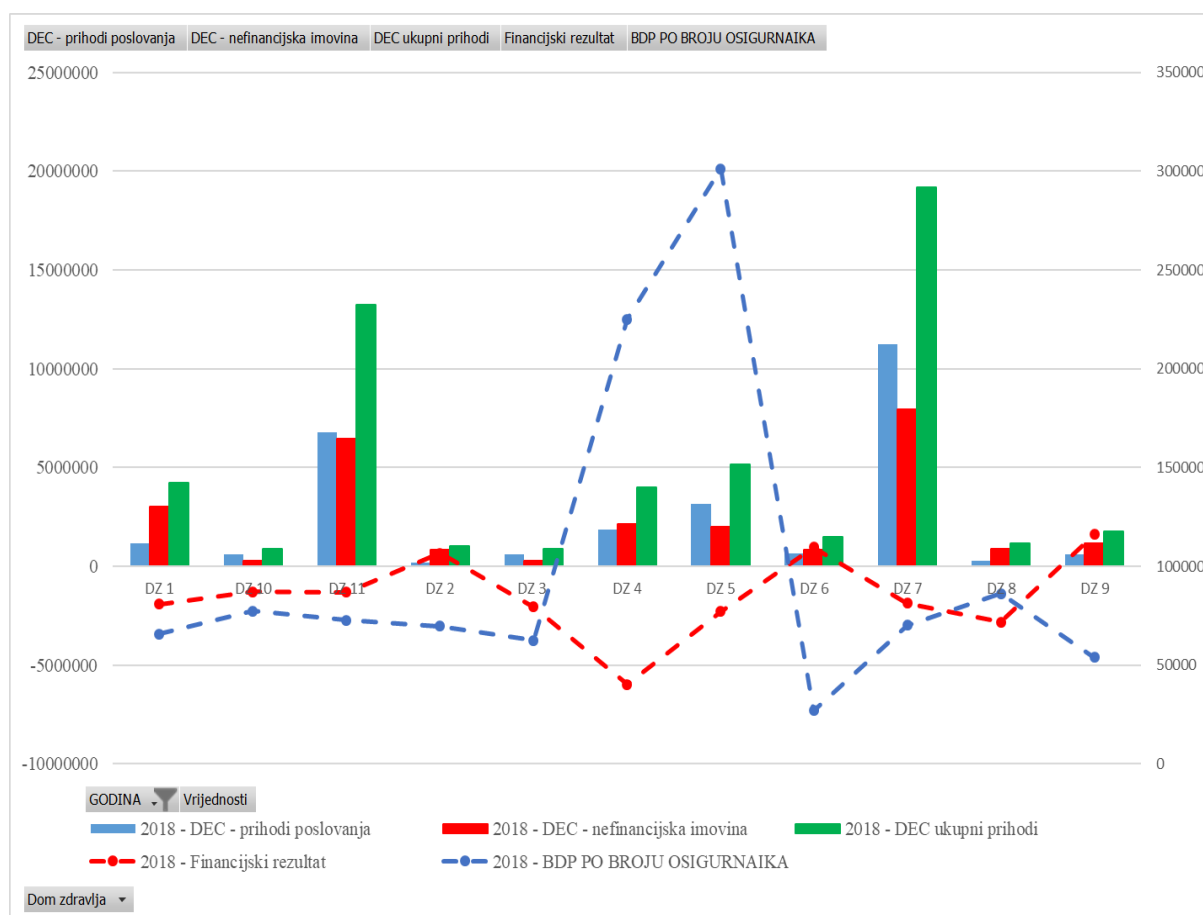
Izvor: Izrada autorice prema HNB, Bilten 263 (2020.), *Tablica G10a: Godišnji i mjesečni prosjeci srednjih deviznih tečajeva Hrvatske narodne banke* i <https://hzzo.hr/hzzo-za-partnere/broj-osiguranih-osoba-hzzo> (pristupljeno 3. 8. 2021.)

U 2019. godini poveznica razvijenosti lokalne samouprave i doprinosa u prihodima domova zdravlja decentraliziranim funkcijama je slična kao u 2018. godini. U obje promatrane izvještajne godine, vidljivo iz Grafikona 12. i 13., od 11 promatranih županija, 2 najrazvijenije županije u RH najmanje svojih prihoda ulažu u zdravstvo primarne razine zdravstvene zaštite. Najmanje razvijena županija osrednje ulaže u dom zdravlja. Preostalih 8 promatranih županija (DZ 8, DZ 10, DZ 11, DZ 7, DZ 2, DZ 1, DZ 3, i DZ 9), približnih vrijednosti stupnja razvijenosti županije, vrlo se razlikuju u udjelu koliko doznajuju sredstava za potporu zdravstvenoj skrbi svoje zajednice. Konačno, svih 11 promatranih županija ima otvoren prostor za dodatno financiranje zdravstva, ako je cilj društva i politike općenito podizanje razine kvalitete zdravstvene zaštite.

Za potvrdu ili opovrgavanje treće hipoteze (H3), potrebno je istražiti povezanost ulaganja županijskih proračuna i financijskih rezultata domova zdravlja. Na Grafikonu 14. upareni su financijski pokazatelji domova zdravlja u 2018. godini. Domovi zdravlja DZ 1, DZ 10, DZ 11, DZ 3, DZ 4, DZ 5, DZ 7 i DZ 8 ostvarili su negativan financijski rezultat, odnosno manjak prihoda nad rashodima. Među tih 8 domova zdravlja, 5 ih ostvaruje najveći prihod od

svog osnivača: dakle, 5 ustanova s najvećim doznačenim sredstvima za decentralizirane funkcije od 11 promatranih ostvarilo je negativan financijski rezultat, čime nije potvrđena hipoteza broj 3. Unatoč značajnom ulaganju županije u te ustanove, profitabilnost nije ostvarena. Među njima su i 2 doma zdravlja čiji su osnivači procijenjeni najrazvijenijim gospodarskim okruženjem prema BDP-u po osiguraniku (DZ 11 i DZ 7), što dodatno opovrgava hipotezu o pozitivnom utjecaju gospodarske razvijenosti lokalne samouprave na profitabilnost domova zdravlja. 3 od 11 promatranih domova zdravlja (DZ 2, DZ 6 i DZ 9) ostvarilo je višak prihoda nad rashodima, udio prihoda od decentraliziranih sredstava je najniži. Time je dodatno opovrgnuta hipoteza o povezanosti stupnja razvijenosti županije i financijske uspješnosti domova zdravlja.

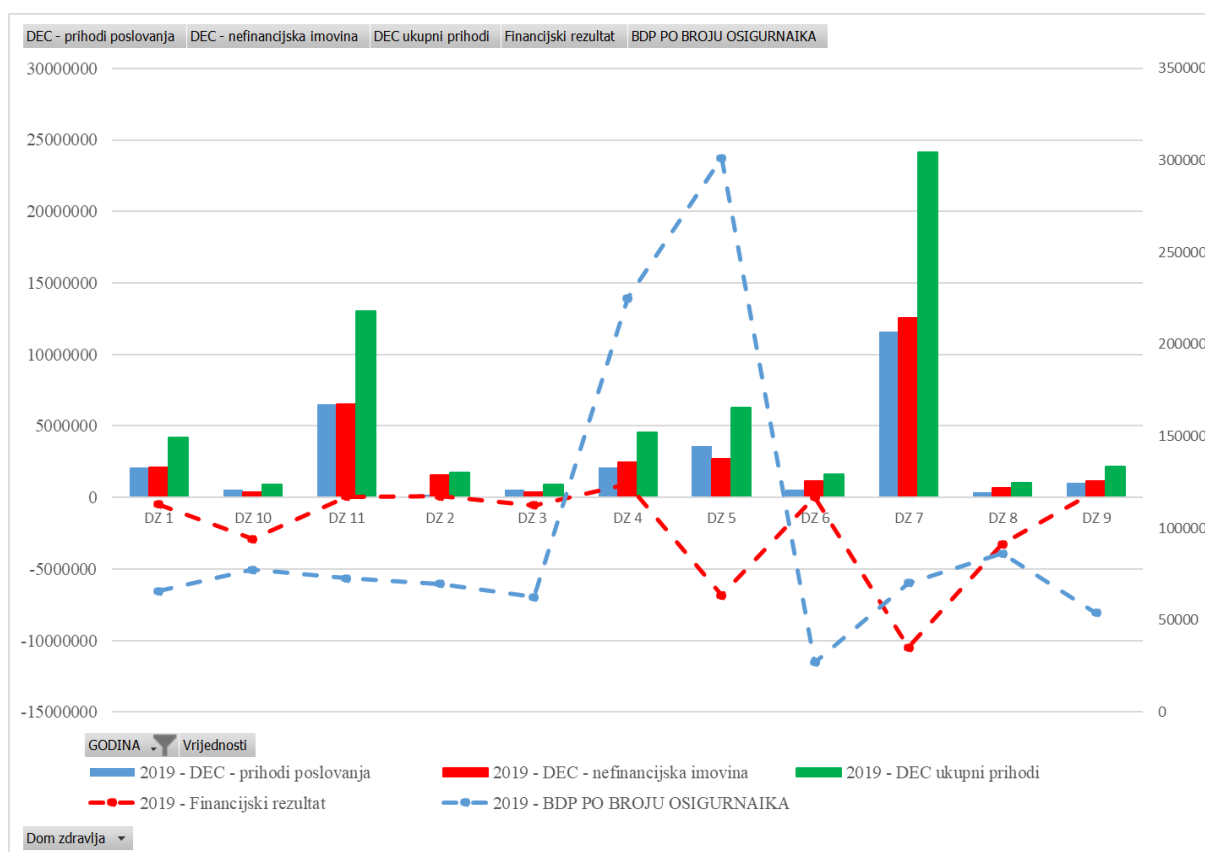
Grafikon 14.: Prihod od decentraliziranih sredstava i financijski rezultat domova zdravlja u usporedbi sa stupnjem razvijenosti gospodarskog okruženja u kojem su osnovani u 2018. godini



Izvor: Izrada autorice prema HNB, Bilten 263 (2020.), *Tablica G10a: Godišnji i mjesečni prosjeci srednjih deviznih tečajeva Hrvatske narodne banke*, <https://hzzo.hr/hzzo-zapartnere/broj-osiguranih-osoba-hzzo> (pristupljeno 3. 8. 2021.) i temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka

Analizom financijskih pokazatelja domova zdravlja iz 2019. godine (Grafikon 15.) zaključeno je kako 6 (DZ 1, DZ 10, DZ 3, DZ 5, DZ 7 i DZ 8) od 11 promatranih domova zdravlja ostvaruje negativan financijski rezultat, a među njima je 5 ustanova s najvećim ostvarenim prihodom od decentraliziranih sredstava. Od tih 6 domova zdravlja s manjkom prihoda nad rashodima u 2019. godini, 3 su ustanove s vrlo niskim stupnjem gospodarskog okruženja u kojem djeluju, a preostale 3 imaju osrednju ocjenu BDP-a po osiguraniku u svojoj županiji. No, s obzirom na to da se ponavlja pojava negativnog financijskog rezultata (DZ 5) i visokog BDP-a po osiguraniku, kao i pozitivnog financijskog rezultata (DZ 6) i predzadnjeg po visini BDP-a po osiguraniku, a samo 1 od 11 promatranih domova zdravlja (DZ 4) prati pozitivan financijski rezultat, visok BDP po osiguraniku i 1 je od 5 najvećih prema ostvarenim prihodima od decentraliziranih sredstava, treća hipoteza (H3) nije potvrđena.

Grafikon 15.: Prihod od decentraliziranih sredstava i financijski rezultat domova zdravlja u usporedbi sa stupnjem razvijenosti gospodarskog okruženja u kojem su osnovani u 2019. godini



Izvor: Izrada autorice prema HNB, Bilten 263 (2020.), *Tablica G10a: Godišnji i mjesečni prosjeci srednjih deviznih tečajeva Hrvatske narodne banke*, <https://hzzo.hr/hzzo-za-partnere/broj-osiguranih-osoba-hzzo> (pristupljeno 3. 8. 2021.) i temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje financira domove zdravlja glavarinom i drugim prihodovnim stavkama samo za plaće timova, tekuće i investicijsko održavanje, materijalne troškove, administrativno i tehničko osoblje, bez ulaganja u nefinancijsku imovinu. Dakle, nužno je ulaganje u medicinsku opremu, prostor u kojem se pruža zdravstvena skrb, prijevozna sredstva s propisanom medicinskim instrumentima za terenske djelatnosti ili kućnu njegu, ako se želi zadržati visoki standard zdravstvene zaštite, ali ga HZZO ne financira. Iako decentralizirana sredstava čine do 5 % prihoda u ukupnim prihodima domova zdravlja, dakle nisu financijski značajna, možda nadomještaju nedostatak dijela HZZO-ovog financiranja nabave nefinancijske imovine. U poglavlju 5.1. prikazana je nedostatnost namjenskih prihoda za redovno poslovanje. Za opstanak ordinacije dom zdravlja primoran je osigurati sredstva za rad, koja iznalazi iz decentraliziranih sredstava nauštrb ulaganja u imovinu. Proračunsko računovodstvo definira financijski rezultat trima kategorijama: višak/manjak od prihoda poslovanja, višak/manjak od nefinancijske imovine i višak/manjak od financijske imovine. S ciljem istraživanja utjecaja lokalne samouprave na uspješnost domova zdravlja, analizirani su financijski pokazatelji drugim pristupom. Promotreni su samo prihodi i rashodi poslovanja bez prihoda i rashoda nefinancijske imovine te prikazani u Tablici 17.

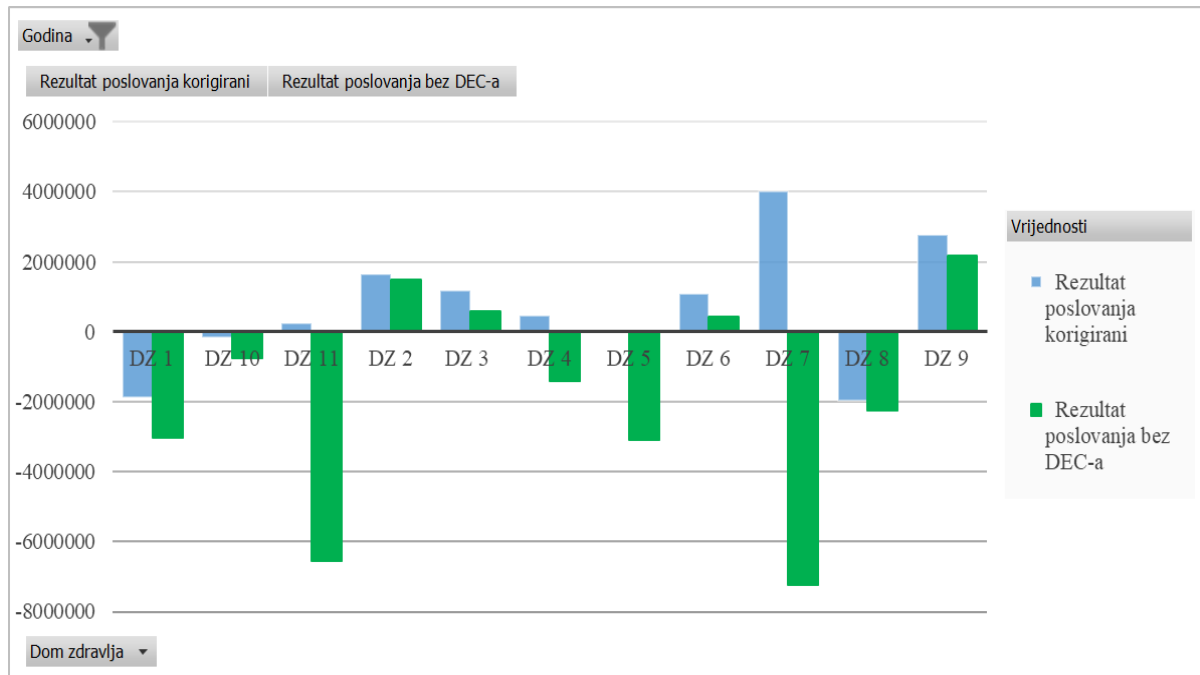
Tablica 17.: Prihodi domova zdravlja od decentraliziranih sredstava i financijski rezultati za 2018. i 2019. godinu, te simulacija učinka isključivanja decentraliziranih sredstava

DZ	God.	Prihodi iz proračuna za rashode posl.	Prihodi iz proračuna za rashode nefin.	Rezultat poslovanja	Rezultat od nefin. imovine	Rezultat posl. korigiran za kap. prijenose	Rezultat od nefin. korigiran za kap. prijenose	Rezultat poslovanja BEZ DEC-a
DZ 1	2018.	1.172.722	3.040.650	1.178.881	-3.093.457	-1.861.769	-52.807	-3.034.491
DZ 2	2018.	184.342	829.117	2.487.392	-1.810.341	1.658.275	-981.224	1.473.933
DZ 3	2018.	600.000	275.000	1.449.463	-3.503.949	1.174.463	-3.228.949	574.463
DZ 4	2018.	1.872.577	2.134.632	2.600.902	-8.586.602	466.270	-6.451.970	-1.406.307
DZ 5	2018.	3.152.971	1.998.227	2.044.611	-4.317.323	46.384	-2.319.096	-3.106.587
DZ 6	2018.	647.639	850.955	1.929.913	-952.726	1.078.958	-101.771	431.319
DZ 7	2018.	11.248.636	7.944.302	11.941.675	-13.809.249	3.997.373	-5.864.947	-7.251.263
DZ 8	2018.	294.138	886.898	-1.071.381	-1.747.951	-1.958.279	-861.053	-2.252.417
DZ 9	2018.	601.914	1.153.336	3.932.461	-2.312.043	2.779.125	-1.158.707	2.177.211
DZ 10	2018.	600.000	275.000	110.014	-1.404.928	-164.986	-1.129.928	-764.986
DZ 11	2018.	6.781.942	6.459.900	6.706.336	-8.018.313	246.436	-1.558.413	-6.535.506
DZ 1	2019.	2.082.873	2.123.287	1.815.118	-2.284.220	-308.169	-160.933	-2.391.042
DZ 2	2019.	184.420	1.549.447	2.617.823	-2.516.285	1.068.376	-966.838	883.956
DZ 3	2019.	529.697	380.000	1.288.351	-1.827.401	908.351	-1.447.401	378.654
DZ 4	2019.	2.096.826	2.443.997	5.449.404	-4.507.483	3.005.407	-2.063.486	908.581
DZ 5	2019.	3.593.183	2.671.342	1.313.399	-8.158.032	-1.357.943	-5.486.690	-4.951.126
DZ 6	2019.	529.566	1.125.365	2.131.564	-2.096.486	1.006.199	-971.121	476.633
DZ 7	2019.	11.618.587	12.524.599	9.075.567	-19.556.883	-3.449.032	-7.032.284	-15.067.619
DZ 8	2019.	361.700	683.783	-997.384	-2.248.674	-1.681.167	-1.564.891	-2.042.867
DZ 9	2019.	1.020.660	1.162.407	3.511.097	-3.054.986	2.348.690	-1.892.579	1.328.030
DZ 10	2019.	529.697	380.000	-1.086.393	-1.812.081	-1.466.393	-1.432.081	-1.996.090
DZ 11	2019.	6.497.942	6.508.550	7.573.112	-7.525.533	1.064.562	-1.016.983	-5.433.380

Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka

Većina domova zdravlja ostvaruje pozitivan financijski rezultat od poslovanja, a negativan od nefinancijske imovine. S obzirom na to da se prihodi od nadležnog proračuna decentraliziranim sredstvima doznaju kao prihodi poslovanja, u razredu 6 računskog plana proračuna, a dio se prihoda odnosi na nabavu nefinancijske imovine, potrebne su korekcije rezultata za kapitalna ulaganja, kako je prikazano u stupcima *Rezultat poslovanja korigiran za kapitalne prijenose* i *Rezultat od nefinancijske korigiran za kapitalne prijenose* u Tablici 15. Rezultat poslovanja korigiran je, odnosno umanjen za financiranje rashoda za nabavu nefinancijske imovine kako bismo promatrali „čiste“ prihode i rashode poslovanja, a rezultat od nefinancijske imovine korigiran je, odnosno umanjen za financiranje rashoda za nabavu nefinancijske imovine zbog prikaza visine ulaganja u imovinu bez županijskih potpora, ali ne ulazi u daljnju analizu. Vizualni prikaz utjecaja isključivanja decentraliziranih sredstava iz prihoda i utjecaj na financijski rezultat domova zdravlja prikazan je na sljedećim grafikonima.

Grafikon 16.: Financijski rezultat od poslovanja domova zdravlja i simulacija utjecaja isključivanja DEC-a na financijski rezultat od poslovanja za 2018. godinu



Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka

Od 11 promatranih, 4 doma zdravlja, nakon isključivanja prihoda od decentraliziranih sredstava, ostvaruje negativan učinak na rezultat poslovanja, odnosno umjesto stvarno izviještenih viškova prihoda, a ovom simulacijom ostvaruju manjak prihoda nad rashodima poslovanja (DZ 11, DZ 4, DZ 5, DZ 7). Dodatno povećanje manjka (DZ 1, DZ 10, DZ 8) ostvaruju 3 doma zdravlja, a smanjenje viška prihoda poslovanja ostvaruju 4 doma zdravlja (DZ 2, DZ 3, DZ 6, DZ 9). Napravljeno je isključivanje samo prihoda iz ukupnih prihoda odnosno rezultata u analizi, jer rashodi koji su financirani iz tih prihoda su stalni: troškovi održavanja programskih rješenja, tekuće održavanje prostora, opreme i prijevoznih sredstava te materijal za tekuće održavanje, redovita su pojava u poslovanju i nema ih smisla isključivati iz rezultata. I bez sufinanciranja takvih troškova decentraliziranim sredstvima, oni nastaju, a u definiciji glavarine kao osnovnog prihoda iz ugovora s HZZO-om, ti su troškovi sadržani. Stoga je jasno da isključivanje samo prihoda iz ukupnih prihoda u svakoj promatranoj ustanovi donosi negativan učinak, no Grafikonom 16. prikazan je značaj te razlike: najveće umanjene rezultata vidljivo je u domovima zdravlja DZ 11, DZ 5 i DZ 7. Dodatno, proizlazi kako su sredstva iz namjenskih prihoda od HZZO-a nedovoljna za pokriće rashoda koji nastaju redovnim poslovanjem te se dio tih rashoda financira iz decentraliziranih funkcija. Slijedom navedenog, kako županijski proračuni podupiru tekuće poslovanje domova zdravlja u dijelu koji je

nedovoljan iz sredstava HZZO-a, zaključeno je kako lokalna samouprava ipak utječe na pozitivno financijsko poslovanje ustanova.

Grafikon 17.: Financijski rezultat od poslovanja domova zdravlja i simulacija utjecaja isključivanja DEC-a na financijski rezultat od poslovanja za 2019. godinu



Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka

U analizi 2019. godine, 1 dom zdravlja nakon isključivanja prihoda od decentraliziranih sredstava ostvaruje negativan učinak na rezultat poslovanja, odnosno umjesto stvarno izvještenih viškova prihoda, a ovom simulacijom ostvaruju manjak prihoda nad rashodima poslovanja (DZ 11). Dodatno povećanje manjka (DZ 1, DZ 10, DZ 7 i DZ 8) ostvaruju 4 doma zdravlja, a smanjenje viška prihoda poslovanja ostvaruje 5 domova zdravlja (DZ 2, DZ 3, DZ 4, DZ 6 i DZ 9). Vidljivo je kako i u ovom izvještajnom razdoblju, simulacijom utjecaja DEC-a na rezultat, lokalna ga samouprava ipak održava na povoljnijem nivou, nego bi bio ostvaren bez tih prihoda. S obzirom na nedostatnost namjenskih prihoda za financiranje redovnih rashoda, pribjegava se financiranju iz drugih izvora, već prema odabranoj vrsti rashoda i u omjerima za financiranje definiranim u planu prioriteta decentraliziranih funkcija.

Dvema različitim dimenzijama analiziran je utjecaj jedinica lokalne samouprave na financijsku uspješnost svojih proračunskih korisnika iz područja zdravstva te su dobiveni različiti nalazi. U odjeljku preporuka daju se prijedlozi kako detaljnije pristupiti problemu s ciljem ostvarivanja vjernih zaključaka.

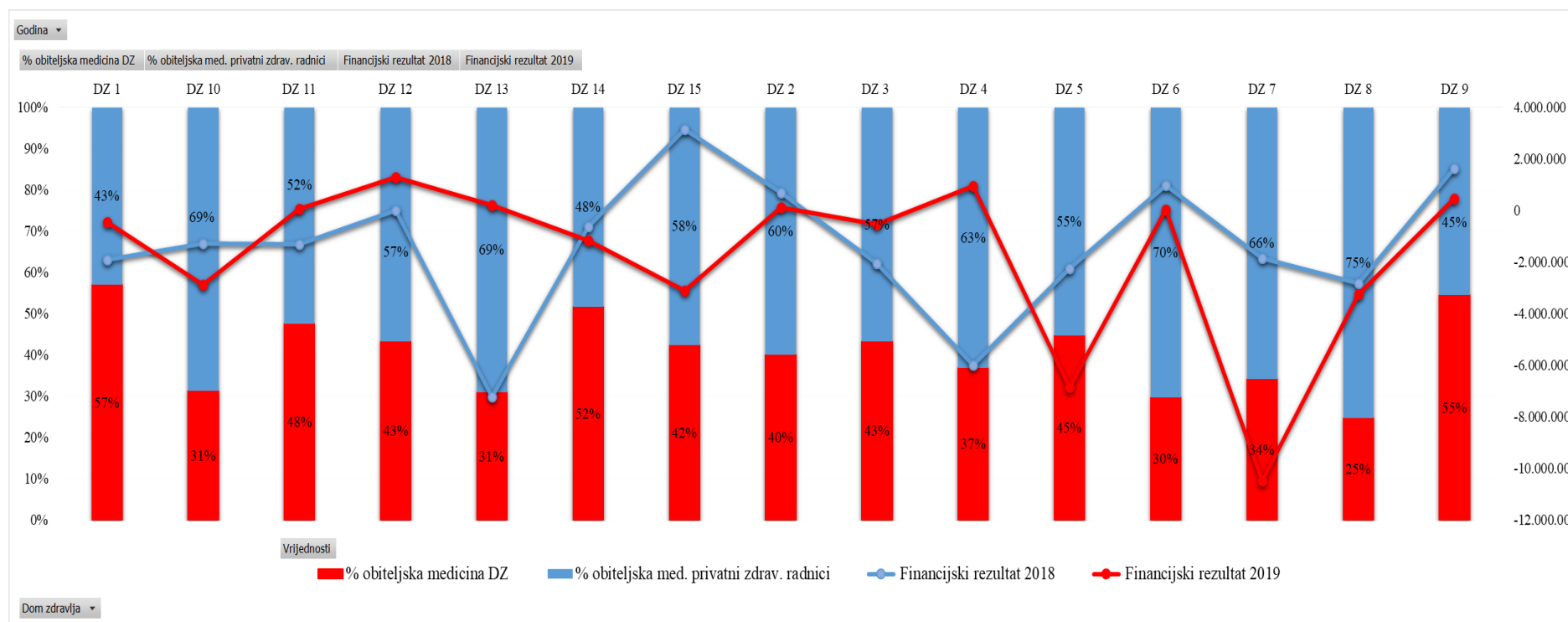
5.4. Utjecaj privatnih usluga u ukupnoj djelatnosti i profitabilnosti domova zdravlja

Mrežom javne zdravstvene službe (NN 101/12, 31/13, 113/15, 20/18), između ostalih kategorija, propisan je broj zdravstvenih ustanova, privatnih zdravstvenih radnika, odnosno potreban broj timova primarne zdravstvene djelatnosti. Kriteriji za ugovaranje zdravstvene djelatnosti propisani su natječajima, a minimalan broj ordinacija iz pojedine djelatnosti zdravstvene zaštite koji mora osigurati dom zdravlja iznosi 25 % od ukupno propisanih Mrežom. Preostaje kako do popunjenja slobodnih mjesta, 75 % ordinacija mogu biti privatni zdravstveni radnici. Zdravstveni radnici su do 2018. godine po donošenju Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) mogli obavljati privatnu praksu na osnovi koncesije, koje su u pravilu potpisivane na desetogodišnje razdoblje. Uz odobreno prijelazno razdoblje za podnošenje zahtjeva za promjenu pravnog statusa ordinacija, koncesionari nastavljaju od 2018. godine obavljati zdravstvenu djelatnost kao zdravstveni radnici „u privatnoj praksi na osnovi zakupa prostora u domu zdravlja koji je u vlasništvu doma zdravlja“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti) ili vlastitom prostoru. Za izlazak ordinacije iz sustava iz doma zdravlja potrebno je uputiti zahtjev nadležnom Ministarstvu zdravstva, uz prethodna pozitivna mišljenja poslodavca iz čijeg se sustava izlazi i jedinice lokalne samouprave u kojoj se obavlja zdravstvena djelatnost tj. osnivača doma zdravlja. Domovi zdravlja su homogeni sustavi, većina ordinacija u određenoj djelatnosti, osim ekstrema u potpomognutim ili nenaseljenim područjima, ostvaruje približne prihode. Rashodi su vrlo predvidljivi: plaće zaposlenika podliježu Kolektivnom ugovoru za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja (NN 143/13) i Temeljnem kolektivnom ugovoru za službenike i namještenike u javnim službama (NN 141/12) i visinom su istovjetni osim u dijelu obilježja radnika po radnom stažu tj. minulom radu; fiksni su troškovi održavanja programskih rješenja, režijski troškovi u pravilu su visinom kontinuirani; no, stanje, dotrajalost, vijek trajanja imovine i opreme te visina potrebnih ulaganja značajno utječu na financijsku stabilnost ako se dijele troškovi na 25 % ordinacija u djelatnosti ili na 100 % ordinacija, ovisno koliko ih pripada sustavu doma zdravlja. Utjecaj raspodjele javnih i privatnih zdravstvenih radnika na financijski rezultat promotrimo u nastavku.

U odnosu na prethodnu, u ovoj analizi dodana su 4 skupa podataka, tako da je ukupno promatrano 15 domova zdravlja. Dodane ustanove nisu županijski proračunski korisnici, nego domovi zdravlja čiji su osnivači gradovi, no njihovi su financijski izvještaji grupirani u jedan izvještaj osnovom područja županije kojoj pripadaju, kako bi podaci bili usporedivi. U tom

grupiranju, za dvije županije unutar kojih su po 3 grada osnivači domova zdravlja, nisu javno dostupni podaci o financijskim izvještajima za 2 ustanove i nisu uključeni u analizu.

Grafikon 18.: Odnos omjera javnih i privatnih zdravstvenih radnika u obiteljskoj/općoj medicini i finansijskih rezultata domova zdravlja u 2018. i 2019. godini

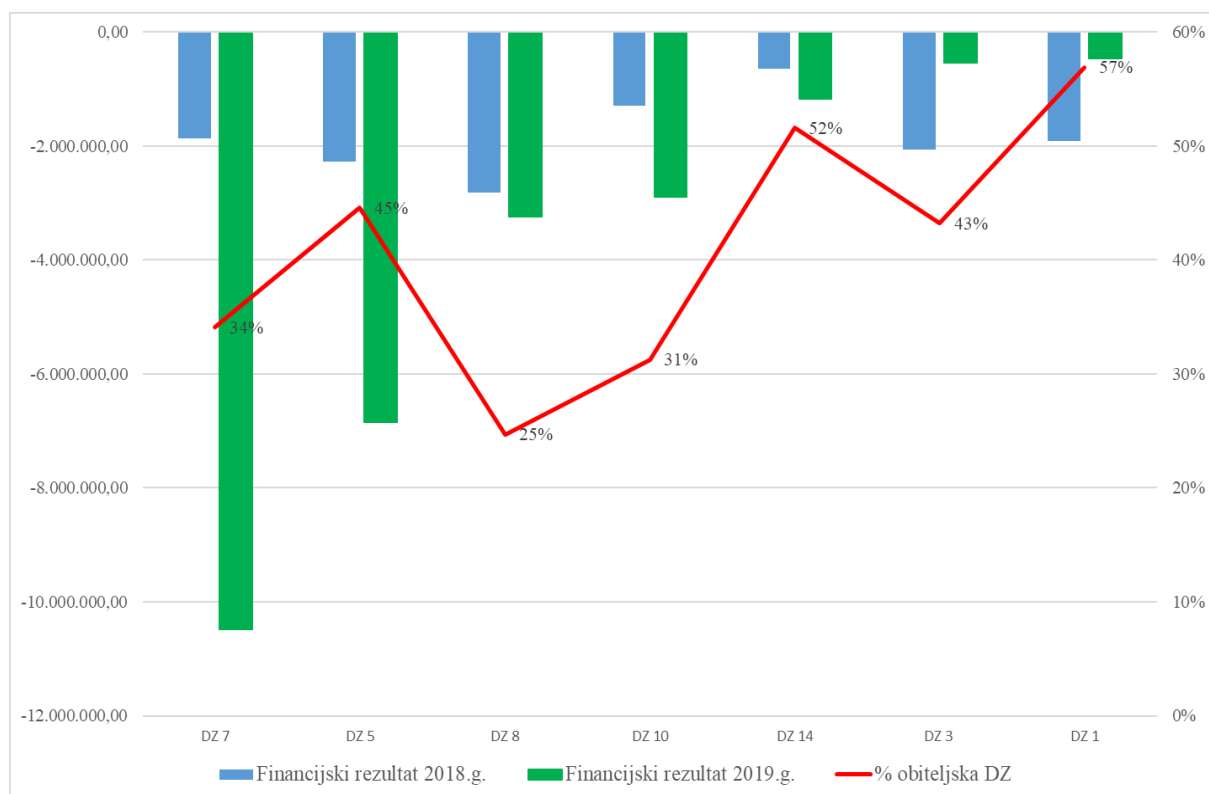


Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka i <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni> (pristupljeno 15. 4. 2021.)

U djelatnosti opće/obiteljske medicine u 2018. godini među promatranih 15 domova zdravlja, 4 je doma zdravlja ostvarilo pozitivan financijski rezultat: DZ 2, DZ 6, DZ 9 i DZ 15. DZ 2 ima ugovorenih 60 % ordinacija na području svoje lokalne samouprave u korist privatnih zdravstvenih radnika, DZ 6 ima ugovorenih 70 % ordinacija u korist privatnih zdravstvenih radnika, DZ 15 ima ugovorenih 58 % ordinacija u korist privatnih zdravstvenih radnika, a jedino DZ 9 ima ugovorenih više od 50 % ordinacija unutar domova zdravlja, odnosno 55 %. Od 11 ordinacija koje su ostvarile u 2018. negativan financijski rezultat, 2 doma zdravlja (DZ 1 i DZ 14) imaju ugovorenih više od 50 % ordinacija opće/obiteljske medicine u sustavu doma zdravlja nego je privatnih zdravstvenih radnika, dok preostalih 9 imaju više privatnih ordinacija. U 2019. godini 7 je domova zdravlja od 15 promatranih ostvarilo pozitivan financijski rezultat, a samo 1 od njih ima više ordinacija obiteljske medicine u javnom sustavu (DZ 9). Od 8 domova zdravlja koji su u 2019. ostvarili negativan financijski rezultat, 2 doma zdravlja imaju ugovorenih više od 50 % ordinacija opće/obiteljske medicine kao privatne ordinacije (DZ 1 i DZ 14). Ako promotrimo domove zdravlja koji su u obje izvještajne godine ostvarili financijskih rezultat istog smjera, zaključujemo kako od 3 doma zdravlja s pozitivnim financijskim rezultatom, samo 1 dom zdravlja posluje u lokalnoj samoupravi gdje je ugovoreno više od 50 % ordinacija opće/obiteljske medicine u sustavu doma zdravlja nego je privatnih zdravstvenih radnika. 7 je domova zdravlja u obje izvještajne godine ostvarilo negativan financijski rezultat, a među njima 2 doma zdravlja posluje u lokalnoj samoupravi gdje je ugovoreno više od 50 % ordinacija opće/obiteljske medicine u sustavu doma zdravlja nego je privatnih zdravstvenih radnika. Konačno, svi promatrani domovi zdravlja u djelatnosti opće/obiteljske medicine zadovoljavaju kriterij Mreže javne zdravstvene službe o obvezatnosti poslovanja s minimalno 25 % ordinacija unutar sustava doma zdravlja od ukupno ugovorenih na području lokalne samouprave, no samo 3 od 15 promatranih domova zdravlja posluje u okolnostima gdje je više od 50 % ordinacija unutar sustava doma zdravlja odnosno 20 % od ukupno promatranih. Za zaključak o utjecaju privatnih zdravstvenih radnika u djelatnosti opće/medicine na financijsko poslovanje domova zdravlja prirodno je popratiti negativan financijski rezultat: 12 domova zdravlja koji posluju u okolnostima gdje je više od 50 % ordinacija privatnih zdravstvenih radnika, 5 ih u obje izvještajne godine ostvaruje negativan financijski rezultat, a 5 ih je promijenilo predznak financijskog rezultata u promatranim godinama. 41 % takvih domova zdravlja u svakoj kategoriji nedovoljno je za zaključak kako udio privatnih zdravstvenih radnika na tržištu narušava financijski položaj javnih ustanova u primarnoj razini zdravstvene djelatnosti, no svakako na njega utječe čime se potvrđuje četvrta hipoteza (H4). Tome u prilog ide i analiza domova zdravlja koji u obje izvještajne godine

ostvaruju negativan financijski rezultat: na Grafikonu 19., tražena je veza visine financijskog rezultata i visine udjela broja ordinacija. No, nije moguće pronaći izravnu vezu koja bi potvrdila kako manji broj ugovorenih ordinacija obiteljske/medicine unutar doma zdravlja prethodi lošijem financijskom rezultatu. Vidljivo je kako postoje domovi zdravlja koji na godišnjoj razini ostvaruju najlošiji financijski rezultat, primjerice DZ 7 u 2019. godini, ali nemaju najmanji udio ugovorenih timova opće/obiteljske medicine među promatranima, dok s druge strane dom zdravlja s najmanjim udjelom timova 25 %, ostvaruje među promatranima srednje negativan financijski rezultat. Ipak, jasan je interes privatnih zdravstvenih radnika za djelovanje na tržištu. Kako je u poglavlju 5.1. tumačeno, najbliži omjer pokriva rashoda od poslovanja namjenskim prihodima od HZZO-a vidljiv je u djelatnosti opće/obiteljske medicine. Budući da domovi zdravlja ostvaruju dodatne administrativne troškove (poput troškova uprave ili tehničkog osoblja, rashode protokola, druge intelektualne usluge) koje privatni zdravstveni radnik ne ostvaruje u svom poslovanju, vjerojatno je omjer još povoljniji i opravdava prikazane brojeve ugovorenih timova u privatnom i javnom sektoru.

Grafikon 19.: Povezanost financijskog rezultata i broja ugovorenih timova opće/obiteljske medicine unutar sustava doma zdravlja

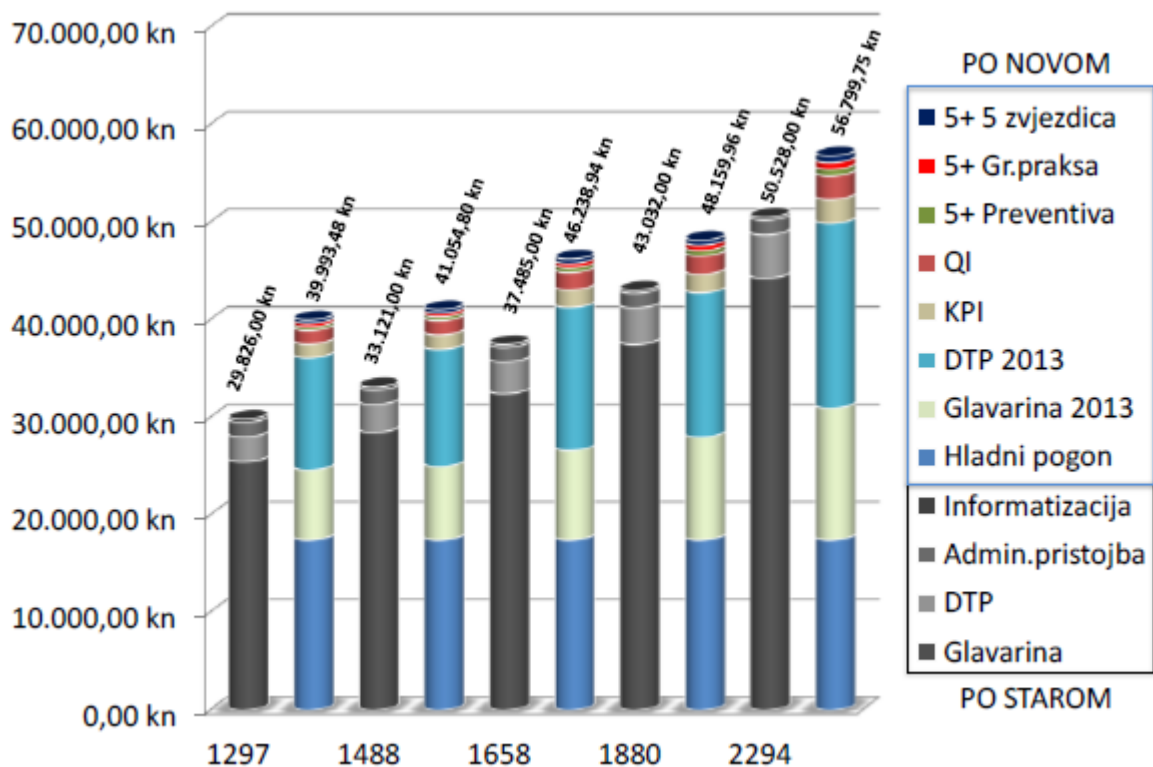


Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka

Drugi pristup u provjeri ove hipoteze temeljen je na projekciji prihoda i rashoda jedne ordinacije opće/obiteljske medicine prema HZZO-ovoj anketi provedenoj na uzorku od 45 ordinacija⁹. Godišnji troškovi ordinacije utvrđeni osnovom prosječnih troškova iskazanih u provedenoj anketi iznose 66.648 kn, a uključuju režijske troškove (električna energija, voda, grijanje, komunalna i vodna naknada, zbrinjavanje komunalnog i medicinskog otpada), tekuće održavanje opreme i programskih rješenja, troškove telefona i interneta, troškove čišćenja, troškove vođenja knjigovodstva, troškove zajedničkog administrativnog i tehničkog osoblja te ostale troškove poput poštanskih troškova, troškova polica osiguranja, uredskog materijala i slično te trošak koncesije/zakupnine. Godišnji trošak plaće medicinske sestre/medicinskog tehničara i doktora medicine procijenjen je na 260.308,31 kn, a doktora medicine specijalista 274.505,60 kn. Koeficijenti i doprinosi na plaću su primijenjeni prema tada važećim uvjetima kolektivnog ugovora (2013. godine, kada je HZZO propisao novi model prihodovanja), a pretpostavljen minuli rad korišten u izračunu je 10 %, odnosno 20 godina radnog staža. Za potrebe ovog istraživanja utvrđeni su godišnji troškovi rada ordinacije u iznosu 341.154 kn, a sadrže troškove rada ordinacije i troškove plaće zaposlenika doktora medicine specijalista i medicinske sestre/tehničara. Na prihodovnoj strani, kako je prikazano Slikom 1., dana je usporedba visine mogućih prihoda ovisno o veličini tima te ovisno o metodologiji izračuna prihoda. Za potrebe istraživanja primijenjen je tim srednje veličine, s prosječnim brojem pacijenata, 1658, a prihodi po metodologiji izračuna kakva se primjenjuje i danas, za takav tim iznose 46.239,94 kn mjesečno, a na godišnjoj razini 554.879 kn.

⁹ HZZO, Prezentacija- _PZZ_novi_model_ugovaranja_verzija_18102012.pdf , <https://hzzo.hr/poslovni-subjekti/hzzo-za-partnere/novi-model> (pristupljeno 12. 8. 2021.)

Slika 1.: Usporedba moguće visine prihoda u djelatnosti opće/obiteljske medicine po staroj i novoj metodologiji izračuna



Izvor: HZZO, Prezentacija_PZZ_novi_model_ugovaranja_verzija_18102012.pdf, <https://hzzo.hr/poslovni-subjekti/hzzo-za-partnere/novi-model> (pristupljeno 12. 8. 2021.)

Do trenutka pisanja rada, cijene DTP postupaka, visina glavarine te hladnog pogona, višestruko su se promijenili od njihove prve primjene u 2013. godini. Usklade su rađene temeljem promjena uvjeta kolektivnih ugovora, prateći i općenito promjenu životnog standarda stanovništva, ali i napretka medicinskih tehnologija koje unapređujući načine liječenja, postaju i skuplje. No, uvažavajući činjenicu kako su i prihodovna i rashodovna strana u nastavnoj analizi iz istog izvještajnog razdoblja, 2013. godine, te zbog nedostupnosti drugih podataka za obradu, autorica prihvaća mogućnost pogreške u projekcijama rezultata analize. Tako izračunat financijski rezultat jedne veličinom srednje ordinacije opće/obiteljske medicine koji iznosi 213.725 kn viška prihoda nad rashodima godišnje, podloga je projekciji pozitivnog financijskog rezultata domova zdravlja. Primjenom Excel programskog rješenja, napravljena je analiza scenarija kojom se postavlja pitanje: koliko timova/ordinacija opće/obiteljske medicine treba ući u sustav doma zdravlja donoseći svaki pojedinačno godišnji višak u iznosu 213.725 kn, kako bi dom zdravlja ostvario pozitivan financijski rezultat? Cilj projekcije je iskazati optimalan omjer broja timova koji pružaju zdravstvenu zaštitu unutar domova zdravlja i kao

privatni zdravstveni radnici, da bi dom zdravlja godišnje ostvario višak prihoda nad rashodima. Primijenjen je izračun samo na domovima zdravlja koji u 2018. (njih 11) i 2019. godini (njih 8) ostvaruju negativan financijski rezultat. Pregled obrade jednog od promatranih domova zdravlja dan je u nastavku.

Tablica 18.: Analiza scenarija

Scenarij sumiranja: ZA KOLIKO TIMOVA TREBA POVEĆATI OBUHVAT ORDINACIJA DOMOVA ZDRAVLJA DA SE BI OSTVARIO POZITIVAN FINANCIJSKI REZULTAT? DZ 1, 2018. godina					
Trenutna vrijednost:	1	2	3	4	5
-1.914.576	-1.700.851	-1.487.126	-1.273.401	-1.059.676	-845.951
	6	7	8	9	10
	-632.226	-418.501	-204.776	8.949	222.674

Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka

Primjenom analize scenarija na sve promatrane timove, prikazano je koliko timova treba ugovoriti unutar domova zdravlja kako bi postali financijski profitabilni u Tablici 19.

Tablica 19.: Utjecaj analize scenarija na financijski rezultat domova zdravlja u 2018. godini

DZ	God.	Financijski rezultat	Broj timova		TRENUTNI OMJER		Broj timova u korist domova zdravlja	Projekcija pozitivnog financijskog rezultata	OPTIMALAN OMJER	
			Opća DZ	Opća PRIV	% opća DZ	% opća PRIV			% opća DZ novi omjer	% opća PRIV NOVI OMJER
DZ 1	2018.	-1.914.576,00	74	56	57 %	43 %	9	8.949,00	64 %	36 %
DZ 3	2018.	-2.054.486,00	32	42	43 %	57 %	10	82.764,00	57 %	43 %
DZ 4	2018.	-5.985.700,00	42	72	37 %	63 %	29	212.325,00	62 %	38 %
DZ 5	2018.	-2.272.712,00	74	92	45 %	55 %	11	78.263,00	51 %	49 %
DZ 7	2018.	-1.867.574,00	90	174	34 %	66 %	9	55.951,00	38 %	63 %
DZ 8	2018.	-2.819.332,00	21	64	25 %	75 %	14	172.818,00	41 %	59 %
DZ 10	2018.	-1.294.914,00	30	66	31 %	69 %	7	201.161,00	39 %	61 %
DZ 11	2018.	-1.311.977,00	126	139	48 %	52 %	7	184.098,00	50 %	50 %
DZ 12	2018.	-5.235,00	32	42	43 %	57 %	1	208.490,00	45 %	55 %
DZ 13	2018.	-7.215.191,00	34	76	31 %	69 %	34	51.459,00	62 %	38 %
DZ 14	2018.	-642.049,00	32	30	52 %	48 %	4	212.851,00	58 %	42 %

Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka i <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni> (pristupljeno 15. 4. 2021)

Tablicom je prikazan i iznos projiciranog financijskog rezultata koji bi bio ostvaren ako bi na području promatrane samouprave, dom zdravlja ugovorio dobiveni broj timova, a smanjenjem broja privatnih zdravstvenih radnika kako bi se zadovoljila propisana raspodjela Mreže javne zdravstvene službe. Primjerice, DZ 5 bi ostvario u 2018. godini pozitivan financijski rezultat doprinosom djelatnosti opće/obiteljske medicine tako da u obuhvat svojih timova ugovori novih 11 ordinacija, na postojećih 74. Time bi se omjer broja ordinacija u obiteljskoj medicini promijenio tako da bi umjesto 45 % ordinacija u svom djelokrugu, dom zdravlja sadržavao 51 % ordinacija od ukupno ugovorenih u županiji prema Mreži javne zdravstvene službe. Tablicom 19. prikazano je i kako od 11 promatranih ordinacija, njih 4 mijenja postotni odnos udjela javnog i privatnog broja timova u više od 50-postotnu korist domova zdravlja (DZ 3, DZ 4, DZ 5 i DZ 13). Ovom analizom dokazano je kako postoji utjecaj prijelaza pravnog statusa ordinacija iz privatne ordinacije u javnu djelatnost i iskazan je optimalan omjer broja timova javnih i privatnih ordinacija kako bi domovi zdravlja bili profitabilni, odnosno ostvarili ravnotežu prihoda i rashoda. Time je dodatno potvrđena hipoteza H4. Analizom scenarija nad podacima iz 2019. godine, prikazanih u Tablici 20., izračunato je za koliko timova dom zdravlja treba povećati svoj obuhvat poslovanja kako bi se postigla financijska stabilnost ustanove.

Tablica 20.: Utjecaj analize scenarija na financijski rezultat domova zdravlja u 2019. godini

DZ	God.	Financijski rezultat	Broj timova		TRENUTNI OMJER		Broj timova u korist domova zdravlja	Projekcija pozitivnog financijskog rezultata	OPTIMALAN OMJER	
			Opća DZ	Opća PRIV	% opća DZ	% opća PRIV			% opća DZ novi omjer	% opća PRIV NOVI OMJER
DZ 1	2019.	-469.102,00	74	56	57 %	43 %	3	172.073,00	59 %	41 %
DZ 3	2019.	-539.050,00	32	42	43 %	57 %	3	102.125,00	47 %	53 %
DZ 5	2019.	-6.844.633,00	74	92	45 %	55 %	33	208.292,00	64 %	36 %
DZ 7	2019.	-10.481.316,00	90	174	34 %	66 %	50	204.934,00	53 %	47 %
DZ 8	2019.	-3.246.058,00	21	64	25 %	75 %	16	173.542,00	44 %	56 %
DZ 10	2019.	-2.898.474,00	30	66	31 %	69 %	14	93.676,00	46 %	54 %
DZ 14	2019.	-1.173.618,00	32	30	52 %	48 %	6	108.732,00	61 %	39 %
DZ 15	2019.	-3.108.739,00	39	53	42 %	58 %	15	97.136,00	59 %	41 %

Izvor: Izrada autorice temeljem podataka prikupljenih iz javnih elektroničkih izvora podataka i <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni> (pristupljeno 15. 4. 2021)

Od 8 promatranih domova zdravlja, 3 doma zdravlja mijenja postotni odnos udjela javnog i privatnog broja timova u više od 50-postotnu korist domova zdravlja (DZ 5, DZ 7 i DZ 15). Najlošiji financijski rezultat u promatranoj godini upravo su ostvarili domovi zdravlja DZ 5, DZ 7 i DZ 15. U 2018. godini također najlošiji financijski rezultat ostvarili su oni domovi zdravlja koji imaju omjer broja timova u korist domova zdravlja i broja timova privatnih zdravstvenih radnika među najnižima od promatranih. I ovdje se ogleđa postojanje veze financijskog rezultata i broja timova, no ne može se utvrditi izravna paralela.

6. RASPRAVA

Rezultati provedenih istraživanja donose i pozitivne i negativne zaključke te otvaraju prostor za daljnje analize. Fokus ovog rada jest na primarnu zdravstvenu zaštitu koju provode domovi zdravlja kao javne ustanove. Analizom financijskog stanja koji postižu poslovanjem svih ugovorenih djelatnosti te usporedbom financijskog stanja koji bi postigli pružanjem zdravstvene zaštite samo u općoj/obiteljskoj medicini, dentalnoj medicini, zdravstvenoj zaštiti žena i zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, utvrđeno je kako su one dovoljne za samoodrživost domova zdravlja. Za još temeljitije zaključke potrebno je u istraživanje uključiti dodatne domove kako bi se postigao reprezentativniji uzorak: u nedostatku postojanja javnih financijskih podataka po vrstama usluga koje domovi zdravlja pružaju i manjku interesa voditelja računovodstva domova zdravlja za sudjelovanje u istraživanju, preporučuje se objavu financijskih podataka po djelatnostima definirati obveznom i transparentnom. Dodatno, uz prihvaćanje činjenice kako u promatranim izvještajnim razdobljima (2018. i 2019. godina), nije bilo značajnih kapitalnih ulaganja, koja za osnovnu zdravstvenu skrb mogu biti vrlo skupa (primjerice, EKG uređaji, stomatološke jedinice, ultrazvučni uređaji...) te mogu lažno prikazivati profitabilnost djelatnosti, preporuka je šire razdoblje obuhvatiti u analizi. S obzirom na to da vijek trajanja medicinske opreme iznosi 5 godina, savjetuje se analizirati financijska stanja domova zdravlja unutar petogodišnjeg razdoblja. Analiza profitabilnosti doma zdravlja po djelatnostima provedena na jednom domu zdravlja u gradu srednje veličine, obuhvaća i internu metodologiju razrade troškova po djelatnostima. S obzirom na specifičnost svake ustanove, potrebno je prilikom podjele troškova definirati točan ključ za raspodjelu: kako bi se po istom kriteriju i pravedno pripisivali troškovi pojedinoj organizacijskoj jedinici odnosno timu. Za stvaranje ukupne slike poslovanja i provjeru jesu li financijska sredstva HZZO-a dovoljna za provođenje zdravstvene zaštite, potrebno je utvrditi iz kojih se izvora financiraju analizirane četiri temeljne djelatnosti. Moguće je potražiti i poveznicu s trećom hipotezom: promotriti „spašavaju“ li decentralizirana sredstva njihovu profitabilnost; ili istražiti doprinose li drugi izvori financiranja konačnom zaključku. Primjerice, prihodi iz EU fondova za financiranje specijalizacija doktora medicine, čime smanjuju troškove plaća, mogu utjecati na zaključak o doprinosu četiriju temeljnih djelatnosti na ukupan financijski rezultat domova zdravlja. Valja promatrati i ugovaranje ostalih djelatnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: sanitetski prijevoz, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, patronažnu zdravstvenu zaštitu i ostale te istražiti je li dom zdravlja financijski održiv uključivanjem/isključivanjem

zdravstvenih usluga u svoj spektar rada, te kako doprinosi ili ugrožava svojim poslovanjem ukupnom zdravstvenom sustavu u RH.

Za poboljšanje upravljanja zdravstvenom ustanovom, osim danih prijedloga za interno izvještavanje i stvaranje boljih podatkovnih podloga za donošenje odluka, u sagledavanju cjelokupnog stanja ustanove, korisni su i nefinancijski pokazatelji. Primjerice, praćenje kretanja dolaska i odlaska pacijenata, odnosno izbor odabranog liječnika, kako bi se veličina tima održavala u propisanim razredima i visina iznosa hladnog pogona prihodovala do maksimalne razine. Osim toga, koristan signal za dobro ili loše poslovanje jest broj odrađenih vožnji sanitetskog prijevoza, ne samo u financijskom smislu, nego organizacijskom: traženje optimalnog rasporeda rada doprinosi zadovoljstvu pacijenata, radnika, ali i financijske uštede primjerice smanjenjem broja prekovremenih sati koji predstavljaju trošak plaće. Niz je drugih pokazatelja uspješnosti: broj odrađenih DTP postupaka, broj kućnih posjeta, telefonskih konzultacija liječnika i pacijenata, broj i iznos izdanih računa za zdravstvene usluge izvan osnovnog zdravstvenog osiguranja, koji bi detaljnijim uvidom i alokacijom donijeli čelniku i upravnom vijeću ustanove kvalitetniju i sveobuhvatniju informacijsku podlogu za upravljanje.

Dio rada, koji se bavi istraživanjem utjecaja okruženja u kojem djeluje dom zdravlja i pruža zdravstvenu zaštitu, donosi različite zaključke ovisno o primjeni metodologije. Moguće je rezultate istraživanja dodatno precizirati i oplemeniti uključivanjem dodatnih varijabli u analizu. Neupitno je dokazano kako gospodarska razvijenost okruženja u kojima djeluju domovi zdravlja i visina izdvajanja sredstava područne ili regionalne samouprave za zdravstvo utječu na financijsko poslovanje, čak i ako se radi o ublažavanju nepovoljnog financijskog položaja, tj. smanjenju manjka, no za značaj utjecaja preporučuje se analizirati nabavu nefinancijske imovine: možda troškova poslovanja u dijelu tekućeg i investicijskog održavanja ne bi bilo ili bi se javljali u manjim obujmima, ako bi ustanove više ulagale u obnavljanje dotrajale opreme i prijevoznih sredstava, obnovu nekretnina i općenito ulaganja u imovinu, za što su sredstva u županijskim i gradskim proračunima decentralizacijom osigurana. Preporučuje se povezati analizu prve i treće hipoteze: u prvoj je zaključeno kako su 4 temeljne djelatnosti, koje se najvećim dijelom financiraju iz sredstava HZZO-a, dovoljne za financiranje javnih zdravstvenih usluga, a u trećoj kako decentralizirana sredstva kao manji udio u ukupnim prihodima ustanova, ipak „spašavaju“ domove zdravlja, u dijelu financiranja rashoda za redovno poslovanje. Nameće se pitanje koje druge ugovorene djelatnosti domu zdravlja stvaraju manjkove, ako su četiri temeljne profitabilne, odnosno za koje djelatnosti domovi zdravlja koriste prihode iz DEC-a za financiranje redovnog poslovanja? Izdvajanjem takvih

ordinacija ili timova i analitički pristup njihovom poslovanju, domovi zdravlja bi mjerama reorganizacije rada ili identifikacijom ključnih točaka koji utječu na loš financijski položaj, mogli utjecati na financijskih rezultat cijele ustanove. Decentralizirana sredstva zapravo su pomoć domovima zdravlja ako su prema određenim kriterijima lošije klasificirani od standarda. Prema tome, postavlja se pitanje zašto stupanj razvijenosti županije nije obrnuto proporcionalan s financijskim rezultatima domova zdravlja? Najrazvijeniji osnivači svojih proračunskih korisnika trebali bi najviše financirati najslabije karike u području svoje samouprave, upravo jer javne službe nisu izbor: postojanje zdravstvenog sustava u društvu obveza je države i nužna je za osiguranje zdravstvene skrbi svom stanovništvu.

U analizi povezanosti udjela privatnih usluga u ukupnoj djelatnosti i profitabilnosti domova zdravlja, zaključeno je kako zauzimanje dijela tržišta za pružanje zdravstvene skrbi od strane privatnih ordinacija utječe na financijski položaj domova zdravlja. S obzirom na to da je istraživanje napravljeno samo na osnovnom poslovanju u djelatnosti opće/obiteljske medicine, za daljnja istraživanja preporučuje se uključiti sve djelatnosti primarne zdravstvene zaštite koje domovi zdravlja imaju ugovorene, te sagledati postoji li i u kojim okvirima utjecaj raspodjele zdravstvenog tržišta na privatne i javne usluge. Dodatna motivacija za daljnje testiranje postavljene hipoteze jest i činjenica kako nije prirodno da privatni zdravstveni radnici koji pružaju usluge iz javnog sektora države ostvaruju dobit, a temeljno načelo javnog sustava je ravnoteža prihoda i rashoda čemu teže domovi zdravlja.

Ako je strategijom zdravstvene zaštite definirano osnaživanje primarne zdravstvene zaštite u javnom sektoru, jedan od načina postizanja njezine opstojnosti je uključivanje što više ordinacija u sustav doma zdravlja, tj. podizanje minimalne granice koji dom zdravlja mora osigurati s 25 % na barem 50 %.

Radom su prikazani mogući načini utjecaja na financijsko poslovanje domova zdravlja počevši od pristupa unutarnje organizacije poslovanja i sagledavanja profitabilnosti svake dimenzije cijele ustanove, te se svim akterima u zdravstvenom sustavu preporučuje dubinski analizirati stvarne financijske pokazatelje po djelatnostima. Zakonski okvir i obveze po kolektivnim ugovorima ograničavaju financijsku stabilnost domova zdravlja, upravo nisu usklađeni s ugovornim vrijednostima s HZZO-om. Prava radnika su prioritet i obvezna za poštivanje i primjenu čim stupe na snagu, što financijski dodatno opterećuje ustanove, no ne slijedi povećanje glavarine koja upravo financira jedan od najvećih troškova ordinacija, odnosno troškove plaće, barem ne u usklađenoj vremenskoj dinamici. Utvrđivanje financijske

vrijednosti ugovora zdravstvenih djelatnosti s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje trebalo bi biti transparentno i razumljivo svim potpisnicima. HZZO bi trebao imati više sluha za nedostatnost financiranja nekih djelatnosti. Primjerice, HZZO uopće ne financira nabavu nefinancijske imovine, iako je ona preduvjet obavljanja djelatnosti sanitetskog prijevoza. Drugi primjer jest financiranje temeljem limita financijskih sredstava: dostupnost usluge primarne zdravstvene zaštite u djelatnostima poput specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite (primjerice oralne kirurgije i ortodoncije) ovisna je o financijskim sredstvima HZZO-a. To znači da se dio usluga pruža pacijentima na teret domova zdravlja, s obzirom na to da je ograničena vrijednost pruženih usluga pacijentima koja se može naplatiti od HZZO-a, jer su potrebe osiguranika veće po vrijednosti ugovora koje HZZO ponudi ugovaratelju. Prema Katić i Vidović (2012), fakturiranom realizacijom ugovorenih usluga često se prekoračuje dopušteni limit HZZO-a pa ustanove pribjegavaju rješenju smanjivanja pružanja ugovorenih usluga (smanjenju potraživanja), da bi poslovale pozitivno.

S obzirom na to da su prilikom pisanja rada proizašle mnoge teškoće u prikupljanju podataka, preporučuje se svim izvorima informacija transparentnu i pravovremenu objavu informacija, a upućuje se i poziv na suradnju s istraživačima ovakve tematike. Zaključci doneseni u ovom specijalističkom radu, mogu biti od koristi mnogim čitateljima dublje zainteresiranim za temu ili podloga za daljnje istraživanje.

7. ZAKLJUČAK

Primarna zdravstvena zaštita prvi je i najčešći oblik kontakta stanovništva sa zdravstvenim sustavom, a njezinim postojanjem cjelokupnoj populaciji osigurana je skrb za zdravlje, zdravstvena njega, zdravstveni odgoj, pravodobno liječenje, sprječavanje i rano otkrivanje bolesti te sve preventivne, kurativne i rehabilitacijske mjere. Ministarstvo zdravstva u RH upravlja sustavom zdravstvene zaštite. U nizu ovlasti, ističu se zakonodavstvo, izrada proračuna, nadzor zdravstvenog statusa i potreba, edukacija zdravstvenih djelatnika i osmišljavanje reforme zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti definiran je obuhvat zdravstvene zaštite, mjere kojima se provodi zdravstvena zaštita i pravo pojedinca na zdravstvenu zaštitu, a iz njega proizlazi Plan zdravstvene zaštite kojim se utvrđuje Mreža javne zdravstvene službe. Mrežom se određuje za područje Republike Hrvatske potreban broj zdravstvenih ustanova, privatnih zdravstvenih radnika, odnosno potreban broj timova primarne zdravstvene djelatnosti, medicinskih sestara/medicinskih tehničara, broj timova specijalističko-konzilijarne zdravstvene djelatnosti i specijalističke dijagnostike po djelatnostima, potreban broj fizioterapeuta, potreban broj postelja po djelatnostima i po vrstama bolničkih zdravstvenih ustanova te potreban broj postelja po stacionarima domova zdravlja. Mjerila kojima se kreira mreža javne zdravstvene zaštite, odnosno definira maksimalno moguć broj timova/ordinacija koji pokrivaju određeno područje po županijama i gradovima/općinama, složena su kombinacija različitih kvantitativnih i kvalitativnih pokazatelja.

S ciljem da se poštuju načela sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog, specijaliziranog pristupa, načela supsidijarnosti i funkcionalne integracije zdravstvene zaštite, primarna zdravstvena zaštita organizirana je u domovima zdravlja, ordinacijama u zakupu ili privatnim ordinacijama i ustanovama. U Republici Hrvatskoj djeluje 44 doma zdravlja: 32 doma zdravlja čiji su osnivači jedinice lokalne i područne samouprave (gradovi i općine), a 12 domova zdravlja osnovale su županije odnosno jedinice regionalne samouprave. Ravnatelji domova zdravlja i upravno vijeće, kao glavne funkcije u upravljanju, poštuju i slijede zakonske akte, pravilnike, brojne standarde i smjernice kako bi se osigurala provedba i ispunjenje zadaća domova zdravlja definiranih donesenim statutom ustanova prilikom njihova osnivanja.

Osim stručnog i kvalificiranog zdravstvenog kadra, za održivost provođenja kvalitetne zdravstvene zaštite, nužna je financijska stabilnost domova zdravlja. Domovi zdravlja financiraju se najvećim dijelom, približno 80 %, iz namjenskih izvora temeljem sklopljenih ugovora s HZZO-om za provođenje zdravstvenih djelatnosti. Iz tih ugovora, proizlazi i obveza

izvještavanja o financijskim pokazateljima, obvezama i potraživanja, a mimo njih, domovi zdravlja obvezni su kao proračunski korisnici izvještavati Fini, Državnom uredu za reviziju, Ministarstvu zdravstva i osnivaču po obrascima „Financijski izvještaji proračuna, proračunskih i izvanproračunskih korisnika JLP(R)S“. Ostali izvori financiranja su decentralizirana sredstva, vlastiti izvori, pomoći, donacije, prihodi od nefinancijske imovine i šteta, prihodi od EU fondova te ostali izvanredni izvori financiranja. Kriteriji za visinu vrijednosti ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje složeni su od niza obilježja: za četiri temeljne djelatnosti primarne zdravstvene zaštite (opću/obiteljsku medicinu, dentalnu medicinu, zdravstvenu zaštitu žena i zdravstvenu zaštitu predškolske djece) sadržani su od veličine tima odnosno broja pacijenata, dobne strukture pacijenata, geografskih obilježja u kojima se provodi zdravstvena zaštita i obilježja područja s razvojnim posebnostima. Slijedom navedenih kriterija, osnovne prihode čine glavarina, hladni pogon, dijagnostičko-terapijski postupci, prihodi za učinkovito izvršavanje ugovornih obveza i prihodi za ostvarenu kvalitetno pruženu zdravstvenu zaštitu, a povrh njih moguće je ostvariti dodatne mogućnosti prihodovanja. Aktivnošću tima, liječnika i medicinske sestre/tehničara koji rade u ordinaciji, proaktivnim pristupom prema pacijentu i preventivnim postupanjem prema očuvanju zdravlja svojih osiguranika, značajno se može utjecati na visinu prihoda od HZZO-a. S idejom usporedbe trenutnih financijskih pokazatelja domova zdravlja i potencijalno ostvarivih financijskih rezultata, analizirano je ukupno 15 domova zdravlja: konkretan uzorak definiran je u provjeri svakog cilja, a veličina uzorka ovisna je o javnoj dostupnosti podataka i o volji menadžmenta za sudjelovanjem u istraživanju.

Isključivanjem četiriju temeljnih djelatnosti iz poslovanja jednog doma zdravlja, omjer prihoda i rashoda bi se rasporedio u negativnom smjeru: umjesto pozitivnog financijskog rezultata ostvaren redovnim poslovanjem u svim ugovorenim djelatnostima, dom zdravlja ostvario bi negativan financijski rezultat i u 2018. i u 2019. godini. Relativni utjecaj na financijski rezultat u 2018. godina je promjena od 106 %, a u 2019. godini promjena od čak 3869 %, što je vrlo značajno. Prva hipoteza je potvrđena istraživanjem i upućuje na zaključak kako su četiri djelatnosti: opća/obiteljska medicina, dentalna zdravstvena zaštita, zdravstvena zaštita žena i zdravstvena zaštita predškolske djece, financijska poluga jednog zdravstvenog sustava.

U istraživanju utjecaja drugih izvora financiranja na financijskih rezultat domova zdravlja, nije dokazana poveznica stupnja razvijenosti županija i financijske uspješnosti domova zdravlja, ali je potvrđena treća hipoteza zaključkom kako su sredstva iz namjenskih

prihoda od HZZO-a nedovoljna za pokriće rashoda koji nastaju redovnim poslovanjem te se dio tih rashoda financira iz decentraliziranih funkcija. S obzirom na to da među svih 11 promatranih domova zdravlja, županijski proračuni dijelom podupiru tekuće poslovanje domova zdravlja u dijelu koji je nedovoljan iz sredstava HZZO-a ili drugih izvora financiranja, zaključeno je kako lokalna samouprava ipak utječe na pozitivno financijsko poslovanje ustanova. Specifičnost doma zdravlja zahtjeva financijsku uključenost samouprave, kako bi uopće opstali, a kamoli bili profitabilni.

U analizi povezanosti udjela privatnih usluga u ukupnoj djelatnosti i profitabilnosti domova zdravlja zaključeno je, istraživanjem ponašanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine, kako zauzimanje dijela tržišta za pružanje zdravstvene skrbi od strane privatnih ordinacija utječe na financijski položaj domova zdravlja. Iako svih 15 promatranih domova zdravlja u ovoj analizi zadovoljava kriterij Mreže za popunjenjem minimalno 25 % ordinacija u djelatnosti, većina domova zdravlja djeluje u okruženju lokalne samouprave u kojoj je više od 50 % ordinacija ugovoreno kao privatni zdravstveni radnik. Tako 3 od 15 promatranih domova zdravlja, odnosno samo 20 % domova zdravlja ima ugovorenih više od 50 % ordinacija opće/obiteljske medicine u svom djelokrugu, nego ih je ukupno s privatnim ordinacijama prisutno na tržištu lokalne samouprave. 41 % ordinacija u obje promatrane izvještajne godine ostvaruje negativan financijski rezultat ili mijenja predznak financijskog rezultata iz pozitivnog u negativni, u obuhvatu onih domova zdravlja koji posluju u okolnostima gdje je više od 50 % ordinacija privatnih zdravstvenih radnika te nije pronađena izravna veza koja bi potvrdila kako manji broj ugovorenih ordinacija obiteljske/medicine unutar doma zdravlja prethodi lošijem financijskom rezultatu. No, projekcijom prihoda i rashoda jedne prosječne ordinacije opće/obiteljske medicine, utvrđeno je da je ona profitabilna te je napravljena je analiza scenarija kojom se postavlja pitanje: Koliko timova/ordinacija opće/obiteljske medicine treba ući u sustav doma zdravlja donoseći svaki pojedinačno godišnji višak, kako bi dom zdravlja ostvario pozitivan financijski rezultat? Time je već potvrđena četvrta hipoteza, upravo jer se tim opće/obiteljske medicine prema HZZO-voj anketi ocjenjuje profitabilnim, te svako ugovaranje takve ordinacije kao privatne, oportunitetni je prihod domu zdravlja. U analizi povezanosti udjela privatnih usluga u ukupnoj djelatnosti i profitabilnosti domova zdravlja, zaključeno je kako zauzimanje dijela tržišta za pružanje zdravstvene skrbi od strane privatnih ordinacija utječe na financijski položaj domova zdravlja.

Domovi zdravlja nemaju utjecaj na povećanje namjenskih i općih (decentraliziranih) izvora prihoda, kao ni na najznačajnije rashode u svojim financijskim planovima, a to su

troškovi plaća i drugih materijalnih prava radnika koji su definirani kolektivnim ugovorom. Suprotno tome, obveza za pružanje djelatnosti zbog koje su kao javne ustanove i osnovani, trajna je: zdravstvena zaštita mora biti pružena bez obzira generira li financijske manjkove domu zdravlja ili ne. Socijalna i humana dimenzija u sektoru zdravstva opovrgava sve izračune financijske uspješnosti, jer je zdravlje svakog pojedinca iznad svih kalkulacija. U tom krutom okruženju strogih pravila poslovanja i ograničenih vrijednosti ugovora s HZZO-om, domovi zdravlja sami se moraju boriti za financijski opstanak i nalaženje prilika za održavanje likvidnosti i financijske stabilnosti svojih proračuna. Ovaj rad to preporučuje postići uz fokus poslovanja i povećanje broja ordinacija iz područja temeljnih djelatnosti unutar primarne zdravstvene zaštite koje su se pokazale financijskim osloncem promatranog doma zdravlja, uz optimalno iskorištenje decentraliziranih izvora financiranja, nastojanje zadržavanja timova u sustavu domova zdravlja u omjeru barem 50 % u svom djelokrugu umjesto kao privatnih zdravstvenih ordinacija od ukupno prisutnih na području lokalne samouprave i korištenje vlastitih saznanja i interno osmišljenih sustava izvještavanja za kvalitetno donošenje odluka. Uz to, apsolutni je prioritet pružanje sveobuhvatne i visokokvalitetne zdravstvene skrbi i brige za zdravlje svakog pojedinca.

LITERATURA

1. Barić, V., & Smolić, Š. (2011). Stabilnost zdravstvenog sustava u recesiji. *Zbornik radova: Kriza: Preobrazba ili propast*, 47-58.
2. Bakarić, I. R. (2014). Primarna zdravstvena zaštita između učinkovitosti i dostupnosti. O ZDRAVSTVU IZ EKONOMSKE PERSPEKTIVE, Zagreb, Ekonomski institut, str. 143-165.
3. Državni zavod za statistiku, Priopćenja i statistička izvješća, Pr 11.1.1/4., Broj i struktura poslovnih subjekata u prosincu 2019. https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2019/11-01-01_04_2019.htm (pristupljeno 18. 2. 2021.)
4. HNB, Bilten, Statistički pregled, broj 263 - studeni 2020.; Tablica G10a: Godišnji i mjesečni prosjeci srednjih deviznih tečajeva Hrvatske narodne banke (pristupljeno 3. 8. 2021.)
5. Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, Statistika HZMO, Korisnici mirovina za prosinac 2020., <https://www.mirovinsko.hr/hr/2020-890/890>
6. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, www.hzzo.hr
7. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Prezentacija-
_PZZ_novi_model_ugovaranja_verzija_18102012.pdf,
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjNx52KwqDxAhUNhv0HHZCLAy4QFjABegQIBRAF&url=http%3A%2F%2Fwww.cezih.hr%2Fdokumenti%2FHZZO_Vodic_kroz_ponudu_NM_za_OM_v19012013.pdf&usg=AOvVaw2eIQevrxORCh9NZwJx5wnv, (pristupljeno 18. 6. 2021.)
8. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, HZZO_Vodic_kroz_ponudu_NM_za_OM_v19012013.pdf,
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjNx52KwqDxAhUNhv0HHZCLAy4QFjAAegQIBhAF&url=https%3A%2F%2Fhzzo.hr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2FPrezentacija-_PZZ_novi_model_ugovaranja_verzija_18102012.pdf&usg=AOvVaw3rH40vGK-42aeZoS014aeh (pristupljeno 18. 6. 2021.)
9. Katić, B., & Vidović, J. (2012). Nedostatci primjene proračunskog računovodstva u zdravstvenim ustanovama—primjer opće bolnice Zadar. *Ekonomska misao i praksa*, (2), 777-794.
10. Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja, NN 143/13

11. Kovač, N. (2013). FINANCIRANJE ZDRAVSTVA-SITUACIJA U HRVATSKOJ. *Ekonomski vjesnik*, 26(2).
12. Mihaljek, D. (2006). Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća. *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji: izazovi sudjelovanja*.
13. Mreža javne zdravstvene službe, NN 101/12, 31,13, 113/15, 20/18
14. Odluka o minimalnim financijskim standardima za decentralizirane funkcije za zdravstvene ustanove, NN 7/18, 95/18, 2/19, 102/19
15. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, NN56/17, 73/17, 30/18, 35/18, 119/18, 32/19, 62/19, 94/19, 104/19, 22/20, 84/20, 123/20, 147/20, 12/21, 45/21
16. Plan zdravstvene zaštite Republike Hrvatske, NN19/20
17. Pravilnik o financijskom izvještavanju u proračunskom računovodstvu, NN 3/15, 93/15, 135/15, 2/17, 28/17, 112/18, 126/19, 145/20, 32/21
18. Sabolski A., Sokol V. (2007), „Financiranje sustava zdravstva“, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEw_jLgfPd9bbvAhUQ3BoKHVHVAYoQFjAAegQIARAD&url=http%3A%2F%2Fdial-in.mef.hr%2Fmeddb%2Fslike%2Fpisac39%2Ffile482p39.pdf&usg=AOvVaw3K09vJOn2Q3QgpWI7JrTd1, (pristupljeno 27. 3. 2021.)
19. Temeljni kolektivni ugovor za službenike i namještenike u javnim službama, NN 141/12
20. Uredba o načinu financiranja decentraliziranih funkcija te izračuna iznosa pomoći izravnjanja za decentralizirane funkcije jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, NN 7/18, 2/19
21. Vašiček, V., Dražić Lutilsky, I., Dragija, M., Bertoni, M., De Rosa, B., Grisi, G., ... & Juroš,L. (2016). Procesni pristup obračunu troškova u sustavu zdravstva. *Zagreb: Tim4Pin*.
22. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN 80/13, 137/13, 98/19
23. Zakonu o proračunu, NN 87/08, 136/12, 15/15
24. Zakon o ustanovama, NN 76/93, 29/97, 47/99, 35/08, 127/19
25. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 100/18, 125/19, 147/20
26. Wikipedia, *Županije u Hrvatskoj*, https://bs.wikipedia.org/wiki/%C5%BDupanije_u_Hrvatskoj, (pristupljeno 16. 7. 2021.)

POPIS TABLICA

Tablica 1.: Struktura pravnih subjekata u RH na 31. 12. 2019. godine	19
Tablica 2.: Popunjenost Mreže javne zdravstvene službe u RH u ožujku 2021. godine	21
Tablica 3.: Pokazatelji financijskog poslovanja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje	25
Tablica 4.: Struktura rashoda HZZO-a po djelatnostima zdravstvene zaštite za 2019. i 2020.29	
Tablica 5.: Struktura osiguranika u Republici Hrvatskoj po godinama	30
Tablica 6.: Korisnici mirovina prema svotama, vrstama i prosječnim mirovinama koji su pravo na mirovinu ostvarili prema Zakonu o mirovinskom osiguranju na 31. 12. 2020.g.	32
Tablica 7.: Standardni broj osiguranih osoba po djelatnostima	34
Tablica 8.: Godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi i djelatnosti u kunama.....	34
Tablica 9.: Vrijednost hladnog pogona za standardne timove po djelatnostima u 2020. g.....	35
Tablica 10.: Iznos sredstava XY zdravstvene ustanove za ugovorene timove u djelatnostima opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena, dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne).....	39
Tablica 11.: Popis domova zdravlja po županijama Republike Hrvatske	44
Tablica 12.: Pokazatelji financijskog poslovanja za razdoblje siječanj – prosinac 2018. i 2019. godine za jedan dom zdravlja.....	49
Tablica 13.: Utjecaj isključivanja temeljnih djelatnosti iz pojedinačnih financijskih pokazatelja i na financijski rezultat u 2018. i 2019. godini.....	54
Tablica 14.: Izvršenje financijskog plana za jedan dom zdravlja.....	67
Tablica 15.: Bruto domaći proizvod po osiguraniku po županijama u RH za 2018. i 2019. godinu	70
Tablica 16.: Usporedba prihoda od decentraliziranih sredstava u 2018. godini i BDP-a županije/osnivača doma zdravlja u 2018. godini	73

Tablica 17.: Prihodi domova zdravlja od decentraliziranih sredstava i financijski rezultati za 2018. i 2019. godinu, te simulacija učinka isključivanja decentraliziranih sredstava	78
Tablica 18.: Analiza scenarija	89
Tablica 19.: Utjecaj analize scenarija na financijski rezultat domova zdravlja u 2018. godini	90
Tablica 20.: Utjecaj analize scenarija na financijski rezultat domova zdravlja u 2019. godini	92

POPIS SLIKA

Slika 1.: Usporedba moguće visine prihoda u djelatnosti opće/obiteljske medicine po staroj i novoj metodologiji izračuna	88
--	----

POPIS GRAFIKONA

Grafikon 1.: Potreban i ugovoren broj timova u mreži javne zdravstvene službe u RH u ožujku 2021. godine	23
Grafikon 2.: Raspršenost županija po broju stanovnika i veličini površine u RH	49
Grafikon 3.: Utjecaj isključivanja temeljnih djelatnosti iz ukupnih financijskih pokazatelja u 2018. godini.....	51
Grafikon 4.: Utjecaj isključivanja temeljnih djelatnosti iz ukupnih financijskih pokazatelja u 2019. godini.....	52
Grafikon 5.: Utjecaj isključivanja temeljnih djelatnosti na mjesečni financijski rezultat doma zdravlja i ukupan godišnji financijski rezultat za 2018. godinu.....	56
Grafikon 6.: Utjecaj isključivanja temeljnih djelatnosti na mjesečni financijski rezultat doma zdravlja i ukupan godišnji financijski rezultat za 2019. godinu.....	57

Grafikon 7.: Dostatnost prihoda od HZZO-a za pokriće redovnih rashoda u 2018. i 2019. godini	58
Grafikon 8.: Mjesečna financijska analiza po djelatnostima.....	61
Grafikon 9.: Neto financijski rezultat jednog doma zdravlja	63
Grafikon 10.: Prihodi od DTP-a po djelatnostima	64
Grafikon 11.: Financijski rezultat jednog doma zdravlja u mjesečnoj dinamici izvještavanja	65
Grafikon 12.: Usporedba prihoda od decentraliziranih sredstava u 2018. godini i BDP-a županije/osnivača doma zdravlja u 2018. godini	72
Grafikon 13.: Usporedba prihoda od decentraliziranih sredstava u 2019. godini i BDP-a županije/osnivača doma zdravlja u 2019. godini	74
Grafikon 14.: Prihod od decentraliziranih sredstava i financijski rezultat domova zdravlja u usporedbi sa stupnjem razvijenosti gospodarskog okruženja u kojem su osnovani u 2018. godini	75
Grafikon 15.: Prihod od decentraliziranih sredstava i financijski rezultat domova zdravlja u usporedbi sa stupnjem razvijenosti gospodarskog okruženja u kojem su osnovani u 2019. godini	76
Grafikon 16.: Financijski rezultat od poslovanja domova zdravlja i simulacija utjecaja isključivanja DEC-a na financijski rezultat od poslovanja za 2018. godinu.....	80
Grafikon 17.: Financijski rezultat od poslovanja domova zdravlja i simulacija utjecaja isključivanja DEC-a na financijski rezultat od poslovanja za 2019. godinu.....	81
Grafikon 18.: Odnos omjera javnih i privatnih zdravstvenih radnika u obiteljskoj/općoj medicini i financijskih rezultata domova zdravlja u 2018. i 2019. godini.....	84
Grafikon 19.: Povezanost financijskog rezultata i broja ugovorenih timova opće/obiteljske medicine unutar sustava doma zdravlja.....	86

POPIS KRATICA

Oznaka ili kratica **Značenje**

HZZO	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
Mreža	Mreža javne zdravstvene službe
RH	Republika Hrvatska
Odluka	Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja
JLP(R)S	Jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave
DEC	Decentralizirana sredstva
DTP	Dijagnostičko-terapijski postupak
KPI	Indikator učinkovitosti
QI	Indikator kvalitete