

Izvorni naučni rad
Primljen: 26.12.2014.

UDK: 331.106.5:614

JAVNO-PRIVATNA PARTNERSTVA U ZDRAVSTVU

PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN HEALTH

Velma dr Pijalović, docent
Ekonomski fakultet u Sarajevu,
Sarajevo
e-mail: velma.tahmaz@efsa.unsa.ba

Đevad mr. Šašić, viši asistent
Fakultet za upravu
Sarajevo
e-mail: dzevad.sasic@fu.unsa.ba

SAŽETAK

Osnovni cilj ovog rada je da analizira primjenu JPP u sektoru zdravstva. Srednjoročni ili dugoročni ugovorni poslovni odnos između privatnog sektora i vlade, u svrhu realizacije projekta koji ima za krajnji cilj da služi javnosti, definiše se kao javno-privatno partnerstvo; JPP (Public-Private Partnership; PPP). U prvom dijelu rada dali smo pregled osnovnih oblika JPP te pregled tržišta JPP u EU. Opravdanje za uključivanja privatnog sektora u funkcioniranje zdravstvenog sektora primjenom modela JPP možemo naći kako u specifičnostima zdravstvenog sektora (naročito u važnosti da se obezbijedi što kvalitetanija zdravstvena usluga) tako i u problemima sa finansiranjem ovog sektora. Kako bi smo to dokazali u drugom dijelu rada napravili smo pregled zdravstvene potrošnje mjerene % GDP-a i per capita dolarskim PPP vrijednostima u starim i novim članicama EU i Bosni i Hercegovini kao i pregled izvora finansiranja zdravstvenog sektora u pojedinačnim državama. U posljednjem dijelu rada dali smo prikaz primjene JPP u sektoru zdravstva EU. U ovom dijelu prikazane su različite forme JPP koje su specifične za sektor zdravstva te su navedena iskustva različitih država vezana za primjenu tih formi u praksi.

Ključne riječi: javno-privatna partnerstva, zdravstveni sektor, zdravstvena potrošnja

ABSTRACT

The main goal of this paper is the analysis of public private partnership (PPP) in the health sector. Medium-term and long-term contractual business relationship between the private sector and the government, aiming the project realization in public purposes, is defined as public-private partnership. The first part of the paper shows the main forms of PPP and its markets in EU. Inclusion of private sector in functioning of health sector by usage of PPP model may be justified both by specificity of the health sector (especially in the importance to provide the best possible health service) and by the problems of financing in the sector. In order to prove this in second part of the paper, we made the review in GDP (%) and per capita (expressed in dollars) both in old and new EU state members and in Bosnia and Herzegovina, as well as the review of financing source of the health sector in certain states. The last part of the paper shows the implementation of the PPP in the EU health sector. This part covers different PPP forms specific for the health sector, and the experiences of different countries are stated here regarding the implementation of the forms in practice.

Keywords: public-private partnerships, the health sector, health spending

1. UVOD

Zdravstveni sektor specifičnim čini multidimenzionalnost faktora koji imaju direktna ili indirektna utjecaja na njegovo funkcionisanje. Sa medicinske tačke gledišta, na zdravlje pojedinca utiču genetika, okruženje, uslovi života i zdravlje u djetinjstvu, prehrana, stil života, medicinska njega te biološki limiti. Procjenjuje se da se tek 10 procenata povećanja očekivanih godina života u posljednjih 100 godina može objasniti direktnim utjecajem medicinske njege (Getzen, 2007,58). Budući da je priroda genetskih predispozicija takva da se na njih teško može utjecati, kod proučavanja zdravlja populacije, a naročito kod usvajanja politika vezanih za zdravstveni sektor, navedene faktore neophodno je prilagoditi. U tom smislu možemo reći da su zdravlje populacije i zdravstvene politike

determinirane interakciom institucionalnih, socio-ekonomskih, okolinskih i ekonomskih faktora. Ukoliko posmatramo istorijski razvoj zdravstvenih sistema nije teško dokazati da su oni vezani za društveni kontekst. Čini se, međutim, da se danas ta društvena povezanost uglavnom izražava u poteškoćama vezanim za finansiranje zdravstvenog sektora.

Danas je, naime, utjecaj ekonomskih faktora na sektor zdravstva naročito nepovoljan zbog dvaju osnovnih razloga. Usprkos velikim ekonomskim mogućnostima pojedinih država tehnološki razvoj izuzetno poskupljuje sve aspekte ovog važnog sektora od izgradnje, nabavke opreme, održavanja pa sve do pružanja zdravstvenih usluga. Drugi razlog leži u činjenici da je zbog svjetske finansijske i ekonomske krize u većini država porastao fiskalni pritisak na budžete i zdravstvene fondove.

U takvim okolnostima, iznalaženje novih načina finansiranja projekata u sektoru zdravstva postaje izuzetno važno pitanje. Zbog toga je pitanje opravdanosti i mogućnosti primjene javno-privatnih partnerstva u sektoru zdravstva vrlo važno.

2. POJAM I RAZVOJ JAVNO-PRIVATNIH PARTNERSTAVA

Srednjoročni ili dugoročni ugovorni poslovni odnos između privatnog sektora i vlade, u svrhu realizacije projekta koji ima za krajnji cilj da služi javnosti, definiše se kao javno-privatno partnerstvo; JPP (*Public-Private Partnership; PPP*). Ovaj odnos se može koristiti prilikom finansiranja, izgradnje i upravljanja projektima od javnog značaja. U najširem smislu, JPP-a obuhvataju sve vrste saradnje između javnog i privatnog sektora prilikom izgradnje infrastrukture, pružanja usluga i kreiranja javne politike.

Iako ne postoji jednoznačna definicija JPP-a većina autora ističe da se JPP-a sklapaju jer ostvaruju korist za obje strane, i javni i privatni sektor, pri čemu oba sektora posjeduju specifične kvalitete. (Vaillancourt-Rosenau, 2000, 19). Pri tome javni sektor treba da pridonosi sigurnosti u pogledu stabilnijeg upravljanja, podrške građanima, finansiranja, te da prihvata socijalne, ekološke i političke rizike dok privatni sektor donosi operativne učinkovitosti, inovativne tehnologije, pristup dodatnim finansijama, izgradnju i podjelu poslovnog rizika. Kod javno-privatnih partnerstava vrlo je važno da se jasno definiraju očekivani rezultati u kreiranju javnog dobra

ili pružanju konkretne javne usluge koja je predmet ugovora o JPP-u. To je izuzetno važno jer se značajni rizici privatnom sektoru mogu transferirati isključivo ako finansijsko ulaganje i povrat povežemo sa rezultatima.

Iako primjere JPP-a možemo naći i u ranijim fazama razvoja ekspanziju primjene ovog poslovnog odnosa vežemo za SAD gdje je Savezna vlada 1950-tih i 1960.-tih počela primjenjivati javno-privatna partnerstva kao sredstvo stimulisanja privatnih investicija u užoj gradskoj infrastrukturi i regionalnom ekonomskom razvoju. Od tog perioda pa do danas, vjerovatno kao posljedica smanjenja povjerenja u vladu te slabljenja njene uloge s jedne te rasta potreba za privatnim kapitalom s druge strane, JPP doživljavaju dalju ekspanziju. (Bult-Spiering, 2006, 3)

Uporedo sa nastankom JPP-a u SAD-u bilježimo rane primjere ovih poslovnih odnosa i u Evropi. Tako npr. u Španiji 1960-ih godina, pronalazimo primjer ceste sa naplatom cestarine kao prvi oblik javno-privatnog partnerstva zabilježen u toj državi.

U Velikoj Britaniji, kasnih 1980-ih, Thatcherina vlada se okrenula JPP-u kao preferiranom načinu za ekonomski oporavak. „Izazov grada“ je naziv programa koji je u to vrijeme bio poticaj lokalnim vlastima da predlože programe za ekonomski oporavak u partnerstvu sa lokalnim kompanijama (Bult-Spiering et al., 2006, 4). Drugi dijelovi Evrope također počinju koristiti JPP-a u kasnim 1980-im.

Godinama se raspravljalo da li države koje nemaju problema sa izvorima finansijskih sredstava trebaju uvoditi JPP. Primjer je Norveška, za koju se smatralo da zbog svojih prihoda od prodaje nafte, ima malo ili nimalo poticaja da se odluči na podjelu rizika sa privatnim sektorom. Međutim, norveška vlada sada saraduje sa privatnim sektorom u nekoliko infrastrukturnih projekata.

Primjeri JPP-a u razvijenim zemljama se također mogu pronaći izvan Evrope i SAD-a. Na primjer, u Australiji uvođenje javno-privatnih aranžmana u pružanju infrastrukture datira iz ranih 1990-ih. Prvi projekti su bili usmjereni na ceste sa naplatom cestarine, bolnice, vodovod i elektrodistribuciju. Polovinom 1990-ih, fokus je bio na zatvorima, lukama i sportskim stadionima. Kasnih 1990-ih, aerodromi su bili dodani na ovu listu, kao i odbrana, škole i sudovi. Uvođenje JPP-a je bila reakcija na

visoke troškove i rizik u smislu troškova uključenih u izgradnju mnogih infrastrukturnih projekata u Australiji. (Bult-Spiering et al., 2006, 5).

U mnogim zemljama širom svijeta vidimo slične trendove u uključivanju privatnog sektora i u razvoju JPP-a. Na prvi pogled razlog za javno-privatnu saradnju je sličan: u svim zemljama, vlade se sve više oslanjaju na novac i vještine privatnog sektora. Međutim, nakon analize različitih formi JPP-a primjećujemo velike razlike u motivima i pravilima nabavke između zemalja.

Postoje četiri osnovne kategorije javno – privatnih partnerstava, a to su: ugovori za upravljanje i najam, koncesije, projekti izgradnje od nule (tzv. greenfield projekti) te ustupanje vlasništva. (Savanović, 2009, 39) Međutim, svaki od ovih oblika ima svoje podoblike, a razvojem JPP – a kao oblika finansiranja i udruživanja javnog i privatnog sektora nastaju i novi vidovi partnerstva. Ugovor o koncesiji je osnovni model javno – privatnih partnerstava gdje su direktno uključene investicije privatnog sektora. Ovaj ugovor omogućava privatnom investitoru da finasira, izgradi i koristi poboljšanje infrastrukture te da ostvaruje s tim povezane prihode u određenom vremenskom periodu koji najčešće nije duži od 30 godina, nakon čega se dobro vraća javnom sektoru. Najvažnija prednost koncesija je prenošenje potpune odgovornosti za investiranje i upravljanje na privatni sektor, zbog čega koncesija predstavlja atraktivnu opciju kada postoji potreba za značajnim investicijama u proširenje kapaciteta, ili unapređenje kvaliteta usluga. (Benković i ostali, 2011, 492). Prema tumačenju Evropske Komisije, koncesija u širem smislu je zasnovana kada „subjekt javne vlasti povjeri trećoj strani potpuno ili djelimično upravljanje uslugama za koje je inače zadužen taj javni subjekt, pri čemu privatna strana preuzima i rizik”. (Damjanović i ostali, 2010, 10)

Drugi važan model koji prepoznaje i kategorizira Evropska komisija jeste i privatna finansijska inicijativa (PFI) predstavljena kroz finansiranje, izvođenje, održavanje i rukovođenje građevinom od javnog interesa (škole, bolnice i sl.).

U zavisnosti o stepena uključenosti privatnog sektora u projektiranje, izgradnju, održavanje, finansiranje, operacionalizaciju, upravljanje, kao i alokaciju rizika kod pružanja javnih usluga i/ili izgradnje javne infrastrukture, JPP obuhvataju i sljedeće podoblike: OM – Operate Maintain

(izvedi – održavaj); BOT - Build Operate Transfer (izgrad, posluž, prenesi); BUYOOT – Buy Own Operate Transfer (kupi – posjeduj – izvedi – prenesi); BOOT – Build Own Operate Transfer (izgradi – posjeduj – posluž – prenesi); DBB: Design-Bid-Build (projektuj, pobjedi u nadmetanju i izgradi); DBFO – Design Build Finance-Operate (projektuj – izgradi – financiraj – upravljaj); BROT/BLOT – Build Lease Operate Transfer (izgradi – zakupi – izvedi – prenesi); DBO – Design Build Operate (projektuj – izgradi – izvedi); LDO – Lease Develop Operate (zakupi – razvij – izvedi); BLOT – Build Lease Operate Transfer (izgradi – zakupi – izvedi – prenesi); BOO – Build Own Operate (izgradi – posjeduj – koristi) DBFOOT – Design Build Finance Own Operate Transfer (projektiraj – izgradi – financiraj – posjeduj – izvedi – prenesi); DBM – Design Build Maintain (projektiraj – izgradi – održavaj) (Kačer, 2008,610).

2.1. Primjena JPP projekata u EU

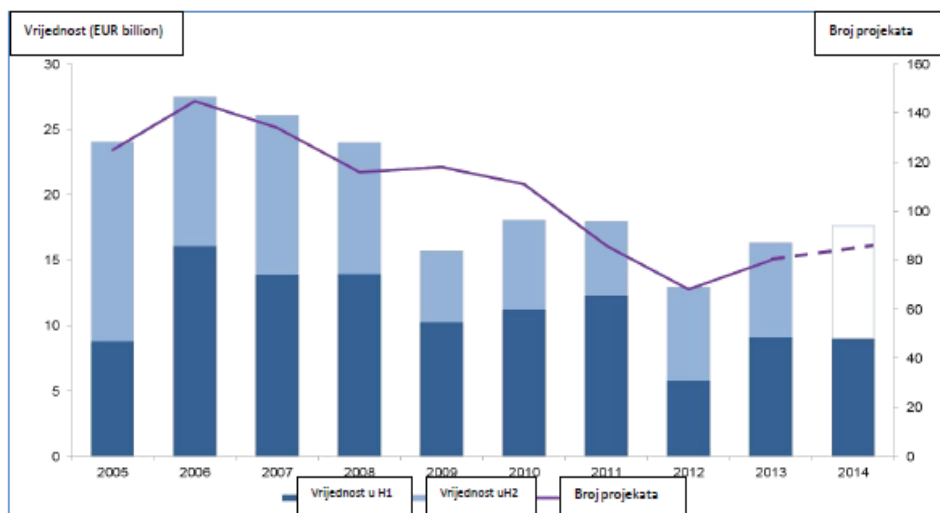
Politika Evropske unije u pogledu javno-privatnog partnerstva bavi se ovim pitanjem iz raznih uglova. Počev od 2004. godine, JPP je predmet raznih dokumenata a razvijene su i sveobuhvatne strategije i propisi o tome (1) kako se JPP unosi u računovodstvene dokumente, o (2) pravilima nabavke i (3) na čemu se ona zasnivaju, kao i o tome (4) zašto su JPP korisna u periodu ekonomskog oporavka. U najnovijim evropskim planovima za ekonomski oporavak naglašen je značaj javno-privatnog partnerstva. U nekim slučajevima javna podrška JPP može biti rešenje za efikasnije korišćenje svih sredstava namenjenih za programe ekonomskih stimulansa. Neke države su uvele državu kao jemca (Francuska, Belgija i Portugalija), nove vrste mehanizama javnog zaduživanja (Velika Britanija, Nemačka i Francuska) i pojednostavile pravila postupkajavnih nabavki za projekte JPP. (Damajnović, 2010, 15)

Zbog granica zaduživanja koje postavlja EU, mnoge zemlje članice EU su spas pronašle u projektima JPP-a temeljem kojih su bez pritiska na budžet i bez zaduživanja vršila kapitalna ulaganja. Zemlje koje su EU pristupili prije 2004. godine imale su više vremena za pristup fondovima EU, te su duže koristile sredstva putem kojih su povećavala svoja ulaganja u infrastrukturu, za razliku od novih članica EU koje su u fazi razvijanja ili planiranja razvoja infrastrukture.

Kako bi pregled i perspektiva tržišta JPP-a u EU bila jasnija, u nastavku je grafički prikazana vrijednost i broj projekata JPP-a od 2004. godine do danas.

Ukupna vrijednost JPP projekata u 2013. godini je iznosila 16,3 milijardi eura, što je za 27% više nego u 2012. godini u kojoj je zabilježena najmanja vrijednost projekata u posljednjih 10 godina (tada je ukupna vrijednost iznosila 12,8 milijardi) ali još uvijek manje u odnosu na godine prije izbijanja krize, kada se godišnja vrijednost projekata kretala u rasponu od 25 do 30 milijardi eura.

Podaci za prvu polovinu 2014. godinu u kojoj je zabilježena vrijednost projekata od 9 milijardi eura, ukazuju da u ovoj godini možemo očekivati vrijednost JPP ugovora sličnu onoj zabilježenoj 2013. godine.



Grafikon 2: Evropsko tržište javno-privatnih partnerstava: vrijednost i broj projekata, 2004-prva polovina 2014 (Izvor: EPEC, 2014)

Tokom prve polovine 2014. godine ugovoren je 34 projekat JPP, što je više od broja projekata ugovorenih u prvoj polovini 2013. godine kada su ugovorena 24 projekta.

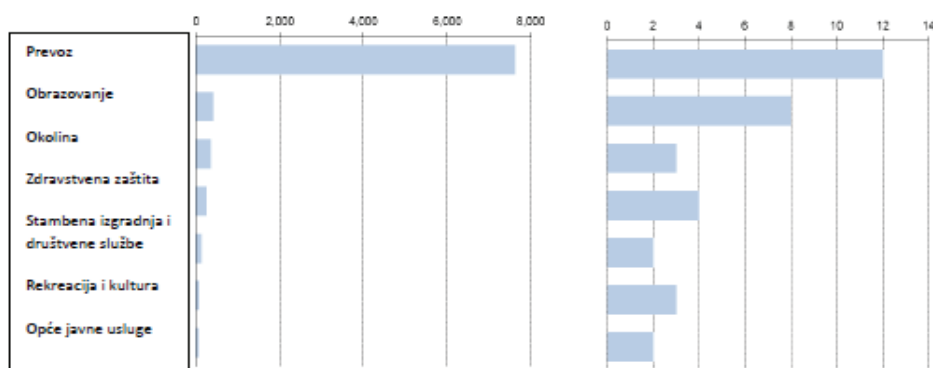
Dakle, prosječna vrijednost ugovorenih projekata JPP u prvoj polovini 2014. godini je iznosila 264 miliona eura, što je 25% manje od prosječne vrijednosti ugovorenih projekata u istom periodu 2013. godine koja je

iznosila 370 miliona eura ali je ipak iznad prosječne vrijednosti transakcija u posljednjih 10 godina (191 milion).

Naredni grafikon prikazuje vrijednost i broj projekata po sektorima tokom prve polovine 2014. godine.

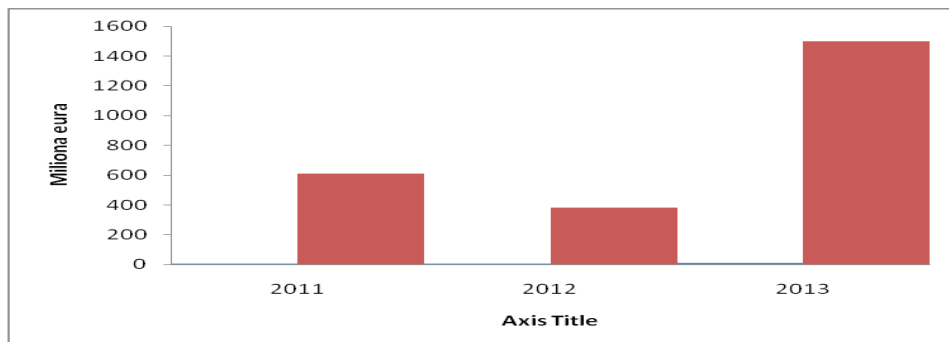
U prvoj polovini 2014. godini najveći broj ali i najveću vrijednost (oko 85% svih transakcija) bilježimo u sektoru transporta. To predstavlja nastavak trenda zabilježenog u ranijim godinama. Tako se npr. u 2013. godini 5 od 6 projekata JPP odnosilo na transport.

Sa 8 ugovorenih projekata, vrijednost sektora obrazovanja u prvoj polovini 2014. godine je iznosila 400 miliona eura, čineći ga drugim najvećim sektorom po vrijednosti.



Grafikon 3: Pregled evropskog tržišta javno-privatnih partnerstava po sektorima: ukupna vrijednost sektora i broj ugovorenih projekata po sektoru, prva polovina 2014. godine (Izvor: EPEC, 2014)

Po broj transakcija zdravstveni sektor predstavlja treći najaktivniji sektor u prvoj polovini 2014. godine. Napomenimo da je u 2013. godini zdravstveni sektor predstavljao najbrže rastući sektor po broju i vrijednosti projekata JPP-a. Naime, u 2013. godini u sektoru zdravstva bilo je ukupno 12 projekata sa ukupnom vrijednošću od 1,5 milijardi eura što je znatno iznad 382 miliona u 2012. godini (vidjeti grafikon). Napominjemo da smo pregled vrijednosti JPP projekata dali od 2011. godine jer je vrijednost JPP projekata u zdravstvu u ranijim godinama bilježena kumulativno sa brojem projekata u obrazovanju.



*Grafikon 4: Vrijednost JPP projekata u sektoru zdravstva u EU
(Izvor: EPEC, 2014)*

4. Primjena JPP u sektoru zdravstva

Opravdanje za uključivanja privatnog sektora u funkcioniranje zdravstvenog sektora primjenom modela JPP možemo naći kako u specifičnostima zdravstvenog sektora (naročito u važnosti da se obezbjedi što kvalitetanija zdravstvena usluga) tako i u problemima sa finansiranjem ovog sektora. Partnerstva između javnih / državnih subjekata, privatno / privrednih subjekata i civilnog društva daju doprinos naročito u poboljšanju zdravlja siromašnih i to kombiniranjem različitih vještina i resursa. Javni sektor ima jasno izražene koristi od rada u saradnji s privatnim sektorom u područjima gdje u javnom sektoru nedostaje stručnost i iskustvo, npr u razvoju proizvoda, razvoju proizvodnih procesa, proizvodnji, marketingu i distribuciju. JPP javnom sektoru mogu pružiti slijedeće koristi: (i) postizanje bolje kvalitete zdravstvenih usluga, (ii) modernizacija zdravstvenog sektora, (iii) povećanje odgovornosti zdravstvenog sektora, (iv) izgradnja objekata u rokovima i u skladu sa budžetom pri čemu se koriste inovativna rješenja. Međutim, postoje područja, gdje javno-privatno partnerstvo nije prikladan oblik partnerstva naročito ako ono uključuje profitna preduzeća (www.who.int). U tim situacijama moguće je primjenjivati alternativne oblici angažmana privatnog sektora kojima ovaj sektor može pomoći zdravstvu kao što su: jednokratne donacije u proizvodima, pružanje poslova konsaltinga i ekspertize, davanje različitih stipendija, djeljenje rezultata istraživanja i analize tržišta i sl. (World Economic Forum, 2010, 2).

Naravno, kao i kod drugih sektora i ovdje je vrlo važno pitanje da li i zašto privatni sektor ima motiva da ulazi u JPP partnerstva. Naime, privatni sektor se, pored filantropskih razloga i opredjeljenja za poboljšanje javnog zdravlja, u JPP u sektoru zdravstva uključuje i zbog čisto poslovnih razloga koji osim finansijskih koristi uključuju i održavanje zdravlja radne snage, širenje tržišta, pružanje podrške privatnom sektoru u vrijeme krize, stvaranje politike konkurencije na tenderima i sl.

Objedinjavanjem najboljih karakteristika privatnog i javnog sektora u cilju unapređivanja efikasnosti, kvaliteta i inovacija moguće je ostvariti signifikanstan napredak u poboljšanju performansi zdravstvenih sistema (Michel, 2012, 26)

Naravno, glavni izazov u provođenju javno-privatnog partnerstva u sektoru zdravstva je odgovoriti na pitanje kako korisnik javne zdravstvene usluge može biti siguran da će u budućnosti dobiti kvalitetnu zdravstvenu uslugu uz razumnu cijenu. Da bi se to postiglo kod sklapanja ugovora vrlo je važno definirati inpute ali i rezultate. Pri tome treba imati u vidu da najmanja cijena u zdravstvu često nije najbolja opcija te je kod odlučivanja o JPP neophodno primjeniti neku od metoda ekonomske evaluacije zdravstvenih programa te rezultate JPP-a uporediti sa rezultatima koji bi se postigli da je posmatrani predmet ugovora ostao u ingerenciji isključivo javnog sektora.

3. JAVNO-PRIVATNA PARTNERSTVA U SEKTORU ZDRAVSTVA EU

Zakonodavni okvir zdravstva se reguliše politikama koje se odnose kako na zdravstveni sektor, tako i mnogim međusektorskim aktivnostima, odnosno politikama koje se ne odnose direktno na zdravstvo, a koje posljedično mogu imati uticaja i na područje zdravstva.

3.1. Regulacija sektora zdravstva u EU

Definiranje zdravstvene politike, finansiranje kao i organizacija zdravstvenih sistema ingerencija su zemalja članica EU te se, kao i u ostalim područjima regulativa na razini EU donosi samo ako se ocjeni da se neki problem ne može efikasno riješiti na nacionalnom, regionalnom ili lokalnom nivou.

Samo u nekim slučajevima kao što su kontrola pušenja, prometa krvi, ćelijama i organima EU donosi posebne zakone kojima se nastoji zaštititi ili unaprijediti zdravlje populacije. (www.ec.europa.eu).

Ideja EU je prije svega bila orijentisana na ekonomsku i trgovinsku uniju, dok socijalna pitanja nisu bila u fokusu. Posljedice takvog pristupa su osjetne i danas. Na primjer, Generalna direkcija za zdravstvo i zaštitu potrošača je relativno slaba u odnosu na druge Generalne direkcije. Iako nadzire rad Evropske agencije za sigurnost hrane, većina svakodnevnih poslova je u okviru Agencije. Slično tome, Evropski centar za prevenciju bolesti i kontrolu se ni na koji način ne može porediti sa američkim kolegama. Jedno od najuticajnijih evropskih tijela za zdravstvo je Evropska agencija za lijekove, i to zbog poštivanja slobode kretanja robe. (Irwin, 2011, 2)

Iako ne postoji jedinstvena zdravstvena politika EU utjecaj evropske integracije na zdravstvene politike je kompleksan fenomen koji se odvija na različitim nivoima, u različitim oblicima i sa različitim efektima.

Najčešći koncept analize utjecaja evropskih integracija na razvoj politika zemalja članica je razvoj institucija na nadnacionalnom nivou, Kada je u pitanju zdravstveni sektor, možemo zaključiti da ovaj utjecaj možemo pratiti samo u domenu razvoja javno-zdravstvenih politika., Evropske integracije imaju utjecaj na zdravstveni sektor zemalja članica i kroz implementaciju različitih propisa koji kao krajnji cilj imaju uspostavljanje “eurokompatibilnog” sistema zdravstvene zaštite i proces uzajamnog prilagođavanja. (Pijalović, 2012, 763)

Širenje zajedničkih evropskih vrijednosti i ciljeva povezanih sa socijalnim politikama također utiču, istina indirektno, na zdravstvene politike zemalja članica EU, pri čemu posebno važnu ulogu igraju politika zaštite potrošača, zdravlje i sigurnosti na radu, ekološke politike, politike vezane za nauku i tehnologiju te regionalni i lokalni razvoj.

Osim navedenog, evropske integracije daju državama sa fragmentiranim političkim institucijama i brojnim moćnim interesnim skupinama šansu za provođenje politički izvodljive reforme zdravstva. (Pijalović, 2012, 765)

3.2. Zdravstvena potrošnja

U sektoru zdravstva se, prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, u 2012.-toj godini potrošilo 10,1% ukupnog svjetkog GDP-a, što sektor zdravstva čini najvećom industrijom u globalnoj ekonomiji. Međutim, bez obzira na ovu činjenicu, rijetke su države koje se ne suočavaju sa problemima vezanim za finansiranje zdravstvenog sektora.

Upravo zbog toga, zdravstveni sektor posljednjih godina predstavlja važno ekonomsko i političko pitanje u razvijenim zemljama (sjetimo se npr. zdravstvene reforme u SAD-u). S druge strane, u zemljama sa niskim i srednjim dohotkom kao što su Kina, Kolumbija, Gana, Indija, Kenija, Libanon, Malezija, Nepal, Brazil, Rusija te u tranzicijskim zemljama u Evropi zdravstveni sektor je od 90-tih godina prošlog vijeka jedno od centralnih pitanja ekonomskih reformi.

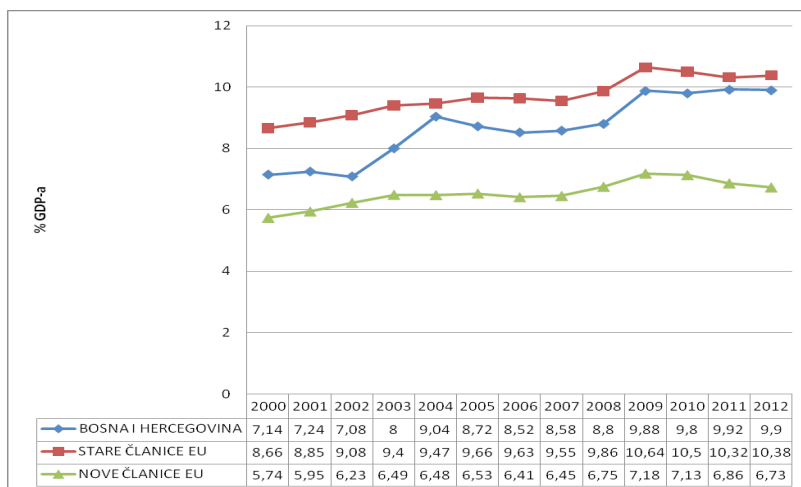
Većina svjetske potrošnje u sektoru zdravstva odnosi se na zemlje sa visokim dohotkom dok je rasprostranjenost oboljenja obrnuto proporcionalna veličini uloženih sredstava. Iz navedenih odnosa vrlo je lako zaključiti da se države sa niskim i sednjim dohotkom per capita suočavaju sa težim problemima vezanim za obezbjeđivanje sredstava potrebnih za liječenje oboljelih. Svjetska zdravstvena organizacija je prepoznala ovaj problem te je kao jedan od osnovnih ciljeva postavila uspostavljanje sistema finansiranja zdravstva koji bi svima omogućili korištenje zdravstvenih usluga pri čemu bi svi stanovnici bili zaštićeni od finansijskih rizika vezanih za korištenje tih usluga.

Međutim, prema posljednjem izvještaju Svjetske zdravstvene organizacije direktno ili out-of-pocket plaćanje čini 17,6% od ukupne svjetske zdravstvene potrošnje. Kao posljedica rasta direktnih plaćanja u sektoru zdravstva, godišnje 150 miliona ljudi zapadne u ozbiljne finansijske poteškoće, dok je dodatnih 100 miliona stanovnika upravo potrošnja na zdravstvene usluge gurnula ispod linije siromaštva. (www.who.int).

Ne postoje podaci o tome koliko se od ovih 250 miliona ljudi, koji su na najteži način osjetili posljedice neefikasne i nedovoljne zdravstvene potrošnje, odnosi na Bosnu i Hercegovinu, ali podatak da se 27,78% ukupne zdravstvene potrošnje u Bosni i Hercegovini odnosi na direktna plaćanja te činjenica da se svakodnevno pojavljuju apeli za pomoću u

liječenju oboljelih idu u prilog tvrdnji da zdravstveni rashodi u velikom broju domaćinstava imaju efekat osiromašivanja.

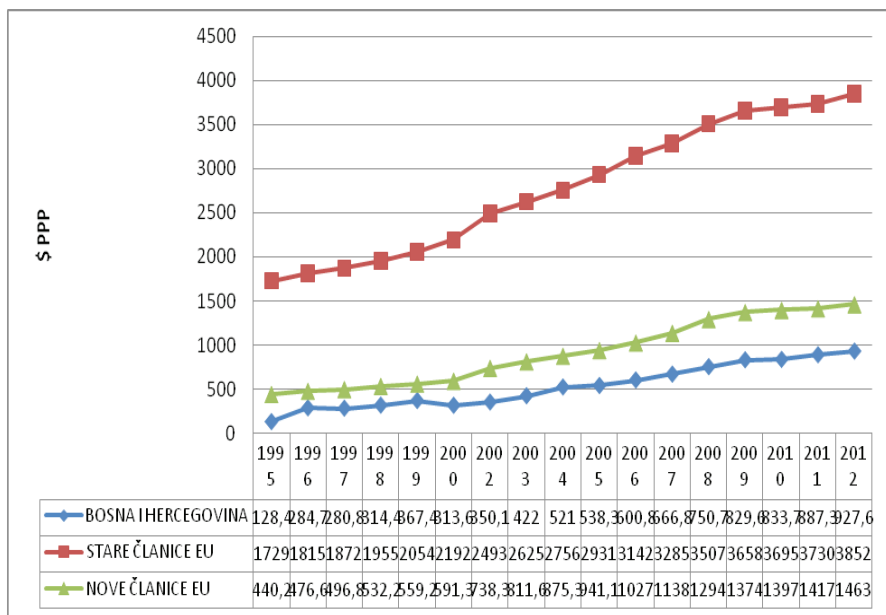
Kako bi smo sagledali visinu zdravstvene potrošnje u EU u nastavku dajemo pregled zdravstvene potrošnje mjerene procentualnim učešćem u GDP-u i per capita dolarskom vrijednošću (u PPP dolarima) a budući da se često navodi da je zdravstvena potrošnja u BiH, u odnosu na države EU previsoka da li smo i pregled zdravstvene potrošnje u našoj državi.



Grafikon 5: Pregled zdravstvene potrošnje kao % GDP-a EU i BiH,
 (Izvor: WHO, 2014)

Analizirajući podatke predstavljene na Grafikonu 5 možemo zaključiti da je u 2012. godini, posljednjoj godini za koju postoje dostupni podaci, zdravstvena potrošnja u Bosni i Hercegovini iznosila 9,9% GDP-a što je tek nešto niže od prosječne potrošnje koju su ostvarile stare države članice EU (Francuska, Njemačka, Italija, Belgija, Holandija Luksemburg, Velika Britanija, Danska, Irska, Grčka, Španija, Portugal, Finska, Austrija i Švedska), a više od potrošnje novih članica Evropske Unije (Republika Češka, Estonija, Mađarska, Latvija, Litvanija, Poljska, Slovačka, Slovenija, Malta, Kipar, Rumunija i Bugarska – Hrvatska nije uključena u ovu niti ostale analize jer u godinama koje se analiziraju nije bila članica EU). Upravo se činjenica visokog udjela zdravstvenih izdataka u GDP-u Bosne i Hercegovine navodi kao osnova za argumentaciju da se na zdravstvo u Bosni i Hercegovini troši previše te da je zbog toga neophodna reforma

sistema finansiranja zdravstva. Međutim, ukoliko analiziramo zdravstvenu potrošnju mjerenu dolarskim per capita iznosom slika postaje znatno drugačija. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije prosječna globalna zdravstvena potrošnja iznosi 1.039 PPP\$ (prilagođenih paritetu kupovne moći).



Grafikon 6: Pregled zdravstvene potrošnje per capita, EU i BiH, (Izvor: WHO, 2014)

Ukupna zdravstvena potrošnja po stanovniku u BiH u 2012. godini iznosila je 927,62 PPP\$, što je znatno ispod prosjeka starih članica EU. Naime, zdravstvena potrošnja per capita u navedenoj godini u starim članicama EU iznosila je 3.3851 PPP\$ dok je u novim članicama zabilježena niža per capita potrošnja (1.462,65 PPP\$) s tim da je i kod ovih država potrošnja veća nego u Bosni i Hercegovini.

Tabela 1 pokazuje udio privatnog i javnog sektora u zdravstvenoj potrošnji država EU. Sredstva prikupljena u javnom sektoru bilo iz budžeta ili preko socijalnih fondova (što zavisi od toga da li je u državi na snazi Beveridge ili Bismarck sistem) imaju dominantno učešće. Udio javnih sredstava u zdravstvenoj potrošnji, kretao se od 43,01 na Kipru, 56,2% u Bugarskoj pa do preko 80% u Estoniji, Švedskoj, Luksemburgu, Češkoj, Danskoj i Holandiji.

Analiza javnog finansiranja zdravstvene zaštite sugerira da su fondovi socijalnog osiguranja bili nešto popularnije sredstvo za finansiranje zdravstva u zemaljma članicama EU, tako je ovaj izvor u ukupnom finansiranju učestvovao sa 79,21% u Republici Češkoj i 78,28% Holandiji. Nasuprot tome, u Danskoj i Švedskoj financiranje iz budzeta je dominantno i iznosi 84,56% i 81,22% respektivno od ukupnih rashoda o zdravstvenoj zaštiti.

Glavni izvor privatnih sredstava bila su direktna plaćanja domaćinstva, u tabeli označena kao out-of-pocket plaćanja, koji su najveća na Kipru (50,2%) i Bugarskoj (42,6%), pa sve do jednocifrenog udjela u Francuskoj i Holandiji (7,76% i 5,96% respektivno). Privatna osiguranje čini relativno nizak udio u ukupnom finansiranju. Udio je premašio 10% samo u Francuskoj i Sloveniji.

Iako Eurostat ne daje informacije o strukturi izvora finansiranja zdravstva u Bosni i Hercegovini prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije za 2012. godinu privatna out-of-pocket plaćanja su učestvovala sa 27,78% ukupnih sredstava dok je javni sektor učestvovao sa 71,16%. Iako ne postoje egzaktni podaci o tome, na osnovu zakonske regulative vezane za finansiranje zdravstva a koja se temelji na Bismarck sistemu možemo zaključiti da se većina tih sredstva prikupi preko fondovima zdravstvenog osiguranja.

Tabela 1: Zdravstvena potrošnja kao GDP, udio različitih izvora finansiranja u ukupnoj potrošnji

Država	Generalna vlada bez socijalnog osiguranja	Socijalno osiguranje	Privatna osiguranja (uključujući i privatna socijalna osiguranja)	Out-of-pocket plaćanja
Austija	32,62	44,57	4,76	16,74
Belgija	10,88	64,33	4,20	20,40
Bugarska	17,7	38,5	0,5	42,6
Češka republika	4,53	79,21	0,22	15,29
Danska	84,56	0	1,67	13,7
Estonia	10,54	69,08	0,26	18,40

U P R A V A

Finska	59,71	15,06	2,16	19,58
Francuska	3,92	73,82	13,84	7,76
Grčka	28,67	39,28	2,97	28,78
Holandija	7,52	78,28	5,45	5,96
Hrvatska	2,58	76,94	7,70	12,78
Kipar	42,00	0,1	5,7	50,2
Irska	n.a	n.a	n.a	n.a
Italija	n.a	n.a	n.a	n.a
Latvija	59,7	n.a.	0,8	38,8
Litvanija	9,52	61,34	0,64	28,24
Luksemburg	8,56	73,99	4,64	11,63
Malta				
Mađarska	8,14	53,76	2,72	29,13
Njemačka	6,84	70,36	9,60	12,22
Poljska	6,41	63,63	0,75	24,26
Portugal	64,19	1,33	4,93	28,92
Rumunija	12,14	67,78	0,19	19,48
Slovačka	7,24	66,54	n.a	23,57
Slovenija	1,75	71,33	13,65	12,21
Španija	66,98	4,70	5,83	22,13
Švedska	81,22	n.a.	0,33	17,45
Velika Britanija	n.a	n.a	n.a	n.a

(Izvor: Eurostat)

3.3. Javno-privatna partnerstva u sektoru zdravstva u EU

Iako koegzistira sa nezavisnim privatnim ustanovama, zdravstvena zaštita se u Evropskoj uniji smatra javnim servisom. Različiti oblici JPP partnerstva u sektoru zdravstva vežu se za različite sisteme zdravstva koji se pojavljuju u EU. U državama sa Beveridge zdravstvenim sistemom gdje se finansiranje zdravstva obavlja iz budžeta, kao što je to slučaj u Velikoj Britaniji JPP su obično ograničena na fizičke kapacitete gdje su privatnici najčešće vlasnici

zgrada dok je *National Health Service; NHS* nadležna za organizovanje i finansiranje zdravstvenog sektora Velike Britanije te za sklapanje ugovora sa pružaocima zdravstvenih usluga, kako bi se definisale cijene i načini isplata. Inače, o veličini NHSa govori podatak da je po broju zaposlenih (zapošljava 1,7 miliona ljudi) četvrti poslodavac na svijetu (samo kineska Narodna oslobodilačka armija, Wal-Mart lanac supermarketa i indijska željeznica direktno zapošljavaju više ljudi). Navedeni broj zaposlenih svakih 36 sati pruži usluge za jedan million ljudi. (<http://www.nhs.uk>).

Na drugom kraju spektra oblika JPP nalaze se slučajevi poput Alzira modela (Španija), Model Cascais (Portugal) gdje su državne bolnice zamjenjene bolnice koje su privatno izgrađene i kojima upravlja privatni sektor što uključuje i pružanje kliničkih usluga. U slučaju Alzira to također uključuje i primarnu i ambulantnu zaštitu tako da je moguće i pojednostavljivanje mehanizma plaćanja.

U sistemima sa Bismarck modelima gdje se zdravstvo finansira doprinosima onaj ko plaća i ugovara zdravstveno osiguranje uvijek je odvojen od pružaoca usluga. Ugovorni odnos između osiguravatalja, kao treće strane, i pružaoca usluge je uvijek sličan bez obzira da li je davatelj usluge iz privatnog ili javnog sektora.

Franšize JPP su u Njemačkoj postale vrlo popularne u posljednjih 30 godina, s druge strane tradicionalni JPP (model smještaj i usluga) se još uvijek rijetko sreće. (European Comision, 2013, 38)

Također postoje i situacije gdje se nezavisni pružaoci usluga (npr. bolnice) pojavljuju kao potpisnice JPP ugovora za kliničke i nekliničke usluge (kao sub-koncesionar). Ovakve oblike JPP ugovora imamo i u Bosni i Hercegovini gdje Fondovi zdravstvenog osiguranja potpisuju ugovore o pružanju zdravstvenih usluga sa privatnim klinikama. Ovdje se najčešće radi o uslugama kod kojih postoje duge liste čekanja, kao što su npr. radiološke usluge.

U tabeli dva su prikazani oblici JPP u sektoru zdravstva. Kao što se iz tabele vidi modeli se razlikuju po osnovu obima uključivanja privatnog sektora.

Tabela 2. Tipovi JPP u sektoru zdravstva

Tip 1: Model smještaja	Bolnička infrastruktura i upravljanje glavnim zgradama
Tip 2: Model smještaja sa isključivo državnim vlasništvom	Isto kao Tip 1 s tim da je vlasništvo od starta državno
Tip 3 Prošireni model smještaja	Uključuje IT, instalacije, održavanje neke ili sve medicinske opreme
Tip 4; Twin SPV model	Joint Venture sa odvojenom kompanijama za infrastrukturu i kliničke usluge
Tip 5: Model smještaj i servis	Specijalna “monoproizvodna” bolnica sa FM i medicinskim uslugama
TIP 6: Model sa pružanjem svih medicinskih usluga na sekundarnom nivou	Generelna bolnice kakve su većine bolnica iz Njemačkog lanca bolnica
Tip 7: Francizno obezbjeđivanje pune tercijarne zdravstvene zaštite sa odjelom za istraživanje i razvoj i obrazovanje	Univerzitetske bolnice
Tip 8: obezbjeđivanje pune usluge na svim nivoima zdravstvene zaštite	Integrirane bolnice

Izvor: European Comision, 2013

Kao što se iz opisa pojedinih modela JPP u zdravstvu može i zaključiti vidimo da se u sektoru zdravstva pojavljuju dodatni podoblici JPP iako se po osnovim karakteristikama svaki od ovih podmodela može upoređivati sa pojedinačnim modelima koje smo naveli u prvom dijelu ovog rada.

Po broju JPP inače ali i onih u sektoru zdravstva prednjači Velika Britanija. Kao što smo ranije naveli, u ovoj državi najčešće se primjenjuje model smještaja ali ovaj model nije ostvario onoliko uspjeha koliko se očekivalo i koliko je najavljivano.

Relativna neusklađenost interesa menadžmenta bolnica, obično državnih ili regionalnih agencija i interesa kompanija koje obezbjeđuju smještaj, izazivaju niz problema naročito kod dugoročnih ugovora čije je trajanje duže od 25 godina. Naime, značajni problemi se pojavljuju oko transfera rizika i menadžmenta u periodu poslije isteka ugovora. Poduzetnički rizik je gotovo u potpunosti fokusiran na fazu dizajna i izgradnje projekta, dok održavanje objekta u periodu trajanja projekta generalno predstavlja mnogo manji rizik za operatera. Početni troškovi izgradnje imaju tendenciju da budu niži za projekte JPP-a, dok operativni troškovi imaju tendenciju da budu veći nego kod konvencionalne nabavke infrastrukture. Postoje jaki dokazi da ograničavajuća priroda ugovora za smještaj, koji se najčešće upotrebljava, može imati negativan utjecaj na kvalitet njege pacijenta i finansijski rezultat nekih bolnica, naročito zbog toga što se zdravstvene usluge mjenjaju i razvijaju brže nego što se to predviđa. Navedeni model ugovora izgleda ne nudi dovoljno fleksibilnosti, barem ne bez kaznenih odredbi.

Finansijski rezultati portugalskog „twin SPV“ integrirani bolničkog JPP modela su manje impresivni nego klinički rezultati, te možemo zaključiti da nisu održivi. Naime, ove ugovore je teško sklopiti na internacionalnom nivou i imaju kompleksnu proceduru ugovaranja.

Neke od objavljenih evaluacija njemačkog modela „franšiznih bolnica“ pokazale su da su ove bolnice manje efikasne u korištenju resursa. Međutim, one, prema rezultatima evaluacija pokazuju bolje rezultate kada je u pitanju kvaliteta pružene njege.

U Italiji, su JPP u zdravstvenom sektoru dizajnirana i promovirana od strane privatnog sektora i kao posljedica toga dešava se da njihovo poslovanje ne zadovoljava javne potrebe. Međutim, evaluacija ovih bolnica ukazuje da se dobija pozitivna vrijednost za novac te da su pacijenti zadovoljni uslugama. (Evropska komisija, 2013, 8)

4. ZAKLJUČAK

Javno-privatno partnerstvo (JPP) jedna je od obećavajućih formi saradnje javnog i privatnog sektora. Ovaj vid saradnje se temelji na prepoznavanju koristi koje i javni i privatni sektor mogu imati od udruživanja finansijskih sredstava, znanja i ekspertize u cilju poboljšanja osnovnih usluga za sve građane. Postoje četiri osnovne kategorije javno – privatnih partnerstava, a to su: ugovori za upravljanje i najam, koncesije, projekti izgradnje od nule (tzv. greenfield projekti) te ustupanje vlasništva

U mnogim zemljama širom svijeta vidimo trendove u uključivanju privatnog sektora u razvoju JPP-a. Najveći broj ali i najveću vrijednost (oko 85% svih transakcija) bilježimo u sektoru transporta kada je riječ o zemljama Evropske unije. Po broju transakcija zdravstveni sektor predstavlja treći najaktivniji sektor u prvoj polovini 2014. godine.

Opravdanje za uključivanja privatnog sektora u funkcioniranje zdravstvenog sektora primjenom modela JPP možemo naći kako u specifičnostima zdravstvenog sektora (naročito u važnosti da se obezbjedi što kvalitetanija zdravstvena usluga) tako i u problemima sa finansiranjem ovog sektora. Dokaz tome su podaci o zdravstvenoj potrošnji mjereni procentualnim učešćem u GDP-u u starim i novim članicama EU i Bosni i Hercegovini kao i pregled izvora finansiranja zdravstvenog sektora u pojedinačnim državama.

JPP javnom sektoru mogu pružiti slijedeće koristi: (i) postizanje bolje kvalitete zdravstvenih usluga, (ii) modernizacija zdravstvenog sektora, (iii) povećanje odgovornosti zdravstvenog sektora, (iv) izgradnja objekata u rokovima i u skladu sa budžetom pri čemu se koriste inovativna rješenja. Međutim, relativna nepovezanost između uprave i menadžmenta strategije usluga, obično državnih ili regionalnih agencija i interesa kompanija koje obezbjeđuju smještaj, generalno na dugoročnim ugovorima iznad 25 godina, pokazalo je problem.

Kompleksan institucionalni i administrativni aparat BiH nameće potrebu uspostavljanja okvirne politike za JPP-a, koja bi olakšala odobravanje i implementaciju projekata. Zdravstvena potrošnja u Bosni i Hercegovini u 2012. godini iznosila je 9,9% GDP-a što je tek nešto niže od prosječne

potrošnje koju su ostvarile stare države članice EU. Obzirom i da je BiH relativno skoro počela uspostavljati zakone koji se odnose na JPP, možemo zaključiti da je čeka dug put ka harmonizaciji propisa i pojednostavljenja okvira za JPP-a. Upravo se činjenica visokog udjela zdravstvenih izdataka u GDP-u Bosne i Hercegovine navodi kao osnova za argumentaciju da se na zdravstvo u Bosni i Hercegovini troši previše te da je zbog toga neophodna reforma sistema finansiranja zdravstva.

LITERATURA

1. Benković, S.; Barjaktarević Rakočević S., Modeli javno – privatni partnerstava u finansiranju infrastrukturnih projekata, , VIII skup privrednika i naučnika, Zbornik radova, Fakultet organizacionih nauka, Beograd, 2013. godina (str. 137-145)
2. Bult-Spiering M., Dewulf G, Strategic Issues in Public-Private Partnership: An International Perspective, Blackwell Publishing, Oxford, 2006. Godina
3. Damjanović, D.; Pavlović – Križanić, T.; Peteri, G, Partnerstvo javnog i privatnog sektora, PALGO Centar, Beograd, 2010. godina
4. European Comision, Health and Economics Analisys for an Evaluation of the Public Private Partnership in Health Care Delivery across EU, 2013. godina
5. EPEC : Market Update: Review of the European PPP Market, first half of 2014,<http://www.eib.org/epec/resources/Market%20Update%20First%20half%20of%202013.pdf> (datum pristupa 18.12.2014)
6. Getzen T, Health Economics and Financing, Third edition, John Wiley & Sons, USA, 2007. godina
7. Irwin Rachel, EU law and health: an introduction, Eurohealth Volume 16 Number 4, LSE Health and Social Care, London, 2011. godina
8. Kačer H., Kružić D., Perković A. (2008): Javno-privatno partnerstvo: atraktivnost DBFOOT modela, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, Vol. 45, 3/2008., str. 603-640, 2008. godina
9. Michell M,: An Overview of Public Private Partnership in Health, Harward School of Public Health, USA, 2012. godina
10. Savanović, S. Finansiranje lokalnog razvoja, Agencija zarazvoj preduzeća EDA, Banja Luka, 2009. godina
11. Pijalović V. (2012), Health policy in European Union Countries, Interdisciplinary manegement Research VIII, Proceeding, Josip Juraj Strossmayer University, Opatija, 2012. godina (str.761-771)
12. Vaillancourt-Rosenau P: Public-Private Policy Partnership, MIT Press, Cambridge, 2000. godina

13. World Economic Forum, Public-Private Partnerships in Health the Privates Sector s Role in Public-Private Partnerships, Global Health Initiative

Internet stranice:

1. <http://www.nhs.uk>
2. <http://www.who.int>
3. <http://www.ec.europa.eu>
4. <http://ec.europa.eu/eurostat>