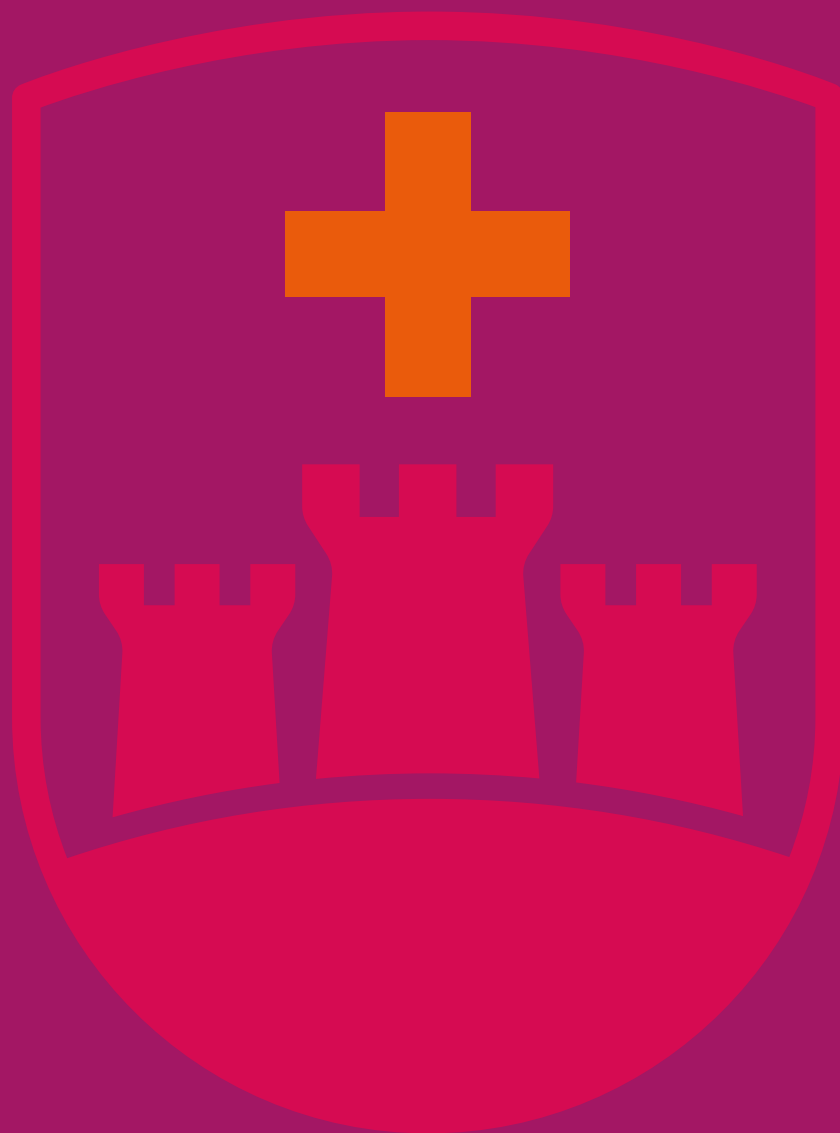


.....
INICIJALNO IZVJEŠĆE I POLAZIŠNA ANALIZA
.....



MAPIRANJE PROFITNOG I JAVNOG ZDRAVSTVA U GRADU ZAGREBU

MAPIRANJE PROFITNOG I JAVNOG ZDRAVSTVA U GRADU ZAGREBU: INICIJALNO IZVJEŠĆE I POLAZIŠNA ANALIZA

Toni Prug, Dorja Vočanec, Karmen Lončarek,
Maja Vajagić, Kristina Perkov, Tea Truta, Tamara
Buble, Tea Radović

IZDAVAČ Centar za mirovne studije **ZA IZDAVAČA** Cvijeta Senta **AUTORI** doc. dr. sc. TONI PRUG, Filozofski fakultet Sveučilišta u Rijeci — doc. dr. sc. DORJA VOČANEC, Centar za zdravstvene sustave, politike i diplomaciju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu — prof. dr. sc. KARMEN LONČAREK, dr. med. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci — MAJA VAJAGIĆ, dr. med., spec. javnozdravstvene medicine, Odjelu za zdravstvenu ekonomiku Službe za javno zdravstvo Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo — KRISTINA PERKOV, mag. ing. arch., JU Zavod za prostorno uređenje Šibensko-kninske županije — TEA TRUTA, mag. ing. arch., Pravo na grad — TAMARA BUBLE, mag. soc. et mag. ethnol. et anthrop., Hrvatski zavod za javno zdravstvo — TEA RADOVIĆ, mag. educ. philol. croat. et philol. russ., Centar za mirovne studije **OBLIKOVANJE I PRIJELOM** Radnja, Antonio Karača — ISBN: 978-953-7729-77-6 — Ovaj projekt financiran je iz proračuna Grada Zagreba.

1. O PROJEKTU TVORNICA JEDNAKOSTI – ZDRAVSTVO – 6

Povijest ideje Tvornice jednakosti
Zdravstvo kao prostor nejednakosti

2. KONCEPTUALNI I ANALITIČKI OKVIR PROJEKTA – 10

- 2.1. Teorijska polazišta
- 2.2. Dimenzije javne i profitne proizvodnje u zdravstvu
 - 2.2.1. Odnos s HZZO-om
 - 2.2.2. Društvena solidarnost kao temelj zdravstvenog sustava i mehanizmi financijske zaštite građana
 - 2.2.3. Plaćanja građana iz vlastitog džepa (engl. *out-of-pocket payment*, OOP)
 - 2.2.4. Procjena OOP-a u Hrvatskoj
- 2.3. Izvori podataka
- 2.4. Tehnologije

3. PROMJENA KOMPOZICIJE PROFITNOG I JAVNOG ZDRAVSTVA KROZ VRIJEME – 19

- 3.2. Zakonske izmjene i njihova realizacija u praksi
 - 3.2.1. Proces privatizacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
 - 3.2.2. Proces privatizacije u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti
- 3.3. Analiza kompozicije javnog i profitnog zdravstva i socijalne skrbi
 - 3.3.1. Zdravstvo
 - 3.3.2. Socijalna skrb
 - 3.3.3. Tržišna logika i poslovni modeli u privatnom zdravstvu

4. PROSTORNA DISTRIBUCIJA SUBJEKATA ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI U ZAGREBU – 32

- 4.1. Povijesni razvoj i struktura bolničke mreže
- 4.2. Prostorno planiranje zdravstva u Zagrebu
- 4.3. Opći trendovi prostorne distribucije (1993. – 2024)
- 4.4. Prikaz dostupnosti i udaljenosti zdravstvenih ustanova
- 4.5. Raspored i gustoća profitnih subjekata u zdravstvu i socijalnoj skrbi po gradskim četvrtima
- 4.6. Demografski prikaz odabranih gradskih četvrti: Gornji grad – Medveščak, Maksimir, Novi Zagreb – zapad
- 4.7. Javni i profitni subjekti u odabranim četvrtima: Gornji grad – Medveščak, Maksimir i Novi Zagreb – zapad
- 4.8. Zdravstvo i prostorno planiranje: uloga planiranja u proizvodnji jednakosti

5. ANALIZA FINANCIJA PROFITNIH ZDRAVSTVENIH SUBJEKATA U ZAGREBU U RAZDOBLJU OD 2019. DO 2024. – 47

- 5.1. Profitni subjekti s godišnjim prihodima višim od 10 tisuća eura
- 5.2. Profitni subjekti s godišnjim prihodima više od 50 tisuća eura – zdravstvo
- 5.3. Profitni subjekti s godišnjim prihodima više od 50 tisuća eura – socijalna skrb
- 5.4. Kumulativni prihodi zdravstva i socijalne skrbi, profitni i javni, po gradskim četvrtima

6. OTVORENOST PODATAKA – 55

7. ZAKLJUČAK – 58

Prilog 1. Pozicija liječnika unutar javnog i privatnog sustava
Prilog 2. Literatura
Popis slika i tablica

U Hrvatskoj je jednaka zdravstvena zaštita zakonsko pravo. U sektoru koji to pravo operacionalizira postoji svojevrsna neformalna simbioza javnog i privatnog zdravstva u kojoj su usluge privatnih profitnih proizvođača alocirane nejednako, po individualnoj kupovnoj moći.

Ta simbioza dosad nije bila sustavno istraživana u svim svojim dimenzijama. Još je manje istražen odnos između sustava zdravstva te sustava socijalne skrbi unutar kojega se pruža velika količina zdravstvene zaštite.

Cilj ovog istraživanja bio je analizirati dvije dimenzije za koje su podaci javno dostupni i relativno lako dohvatljivi, a to su prostorni odnosi i financijski pokazatelji u javnom i profitnom zdravstvu i socijalnoj skrbi. Rezultati pokazuju da se profitni zdravstveni sadržaji grupiraju bliže užem središtu grada, dok periferija i ruralna područja ostaju bez tih sadržaja.

Analiza financijskih pokazatelja za razdoblje 2020. – 2024. godine za grad Zagreb pokazuje jasan trend promjene kompozicije sektora: udio profitnih subjekata raste, udio javnih se smanjuje. S obzirom na to da su javni subjekti temelj garancije zakonom propisanog prava na jednakost u zdravstvenoj zaštiti, promjena trenda u korist profitnih subjekata *de facto* onemogućava ostvarivanje zakonskog prava na jednakost: usluge se individualno plaćaju, a primanja kućanstava su značajno različita.

Analiza promjena zakonske regulative u zdravstvu posljednjih tridesetak godina pokazuje razvoj odnosa javnoga i privatnoga u zdravstvu u korist privatnoga te više ili manje uspješne pokušaje države da taj proces kontrolira. Razvoj javnog sektora nerijetko je interesno kočten profitnim interesima aktera koji rade u oba sektora, a nedostatak otvorenih podatkovnih setova s pokazateljima međusobnih odnosa i poslovnih pokazatelja svih ključnih aktera onemogućava znanstvenu analizu i javne politike koje stvaraju okviru u kojem bi javni i privatni sustav trebali supostojati.

1. O PROJEKTU TVORNICA JEDNAKOSTI – ZDRAVSTVO



Publikacija *Mapiranje profitnog i javnog zdravstva u gradu Zagrebu: inicijalni izvještaj i polazišna analiza* nastala je kao rezultat desetomjesečnog rada na projektu *Tvornica jednakosti – zdravstvo* koji je Grad Zagreb financirao u okviru Programa potpore male vrijednosti za sufinanciranje projekata korištenja otvorenih podataka za razdoblje 2024. – 2025.

Projekt *Tvornica jednakosti – zdravstvo* (TJZ) je istraživački projekt prostornog, financijskog, funkcionalnog i relacijskog mapiranja kompozicije zdravstvenog sustava. Nositelj projekta je Centar za mirovne studije (CMS), a projekt je proveden u okviru neformalne platforme za društvenu jednakost Tvornice jednakosti, koja okuplja organizacije civilnog društva, sindikate, članice i članove akademske zajednice, nezavisne istraživačice i istraživače te stručnjakinje i stručnjake, analitičarke i analitičare, radnice i radnike u javnopравnim tijelima te ostale zainteresirane građanke i građane. Cilj platforme je proizvodnja jednakosti ishoda i šansi jačanjem socijalne države kao društvene (državne i civilne) garancije dostojanstvenog životnog standarda za sve i to kroz uspostavu kvalitetnih, ravnomjerno dostupnih javnih usluga, pravedniju i efikasniju preraspodjelu bogatstva progresivnijim poreznim sistemom.

Povijest ideje Tvornice jednakosti

Centralna ideja koja okuplja platformu za društvenu jednakost jest da se jednakost u društvu proizvodi društvenim pojavama koje se ne oslanjaju isključivo na profitne aktivnosti i tržišnu alokaciju. Praksa da se dio potreba zadovolji javnim financiranjem i na planski način ima dugu povijest, još od antičke Grčke i Rima, gdje je čak petina svih građevina imala javnu namjenu. Vojska, policija, sudovi, državna uprava i neke vrste infrastrukture poput vodovoda, cesta, mostova, luka, najstariji su oblici javne proizvodnje čija je primarna funkcija uspostava političko-ekonomskog sustava – stoga ih zovemo *sistemskim*. Već tada nailazimo na drugi oblik javne proizvodnje poput javnih kupki, škola, biblioteka i javnog stanovanja kojom se velikom dijelu stanovništva omogućava zadovoljenje određenih potreba bez obzira na prihode kućanstava. Takvim se javnim proizvodnjama još od drevnih civilizacija u društvima za neke vrste potreba proizvodi jednakost te ih stoga zovemo *egalitarnim*.¹

Kao rezultat porasta bogatstva i političkih borbi u 20. stoljeću u mnogim državama svijeta raste ravnopravnost, radna prava te javni proizvodni sustavi snažnijeg egalitarnog i solidarnog društvenog karaktera. Zakonima i podzakonskim aktima propisuje se niz prava i javno financiranih proizvodnih procesa kojima se uspostavljaju sustavi za određene vrste potreba. Javna proizvodnja egalitarnog karaktera prostire se od društvenog oblikovanja prostora zoniranjem i urbanim planiranjem, do mnogobrojnih javnih sustava poput javno financiranog zdravstva, obrazovanja, socijalne skrbi, stano-

1 Prug, T., 2025, Uvod u proizvodnju jednakosti: povijest, metodologija i suvremena praksa, u postupku recenzije. Promišljanje jednakosti i solidarnosti u zdravstvu nije rijetkost, no nedostaje pristupa iz proizvodne perspektive. Vidi: *Rethinking solidarity in health: Healing Europe's fractured social contract – Eurohealth*, 2025 Eurohealth (31.2) i zagovaranje jednakosti poput projekta [JAHEE – Zajednička akcija za jednakost u zdravstvu u Europi](#).

vanja, kulture, sporta, transporta, medija, infrastrukture pa čak i prehrane u obliku školskih obroka. S obzirom na to da egalitarne javne proizvodnje nalazimo pretežno unutar nacionalnih država, takvo društveno oblikovanje ima svoju političku, pravnu, ekonomsku, pa čak i kulturnu dimenziju bez koje političke zajednice nisu moguće. Ideja jednakosti kao društveno proizvedene vrijednosti koja se manifestira u javnom načinu proizvodnje egalitarnog karaktera čini, dakle, teorijski temelj ovog projekta.

Zdravstvo kao prostor nejednakosti

Do projekta TJZ došlo je nakon gotovo dvije godine razgovora članova platforme o postojećim nejednakostima i kako im pristupiti – konceptualno, znanstveno i zagovarački. U razgovorima smo zaključili da u zdravstvu postoji percepcija najveće diskrepancije između prava i nominalne jednakosti s jedne strane, i s druge strane stvarne situacije u kojoj se stanovništvo nalazi kada se suoči s ozbiljnim zdravstvenim problemima. Mada se zakonom propisuje da svaka osoba pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem ima pravo na ‘jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite’ i na ‘zdravstvenu uslugu standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja’, u praksi svjedočimo poteškoćama pojedinaca i cijelih skupina da ta prava cjelovito i pravovremeno ostvare.² Iako je uvriježena percepcija da se teškoće u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu odvijaju paralelno s privatizacijom sektora, postojeće studije i metodološki pristupi i izvori podataka ne omogućavaju uvide u te procese. Upravo ta proturječnost između formalne jednakosti prava i stvarne nejednakosti u pristupu, kao i izostanak istraživanja u tom području, postale su polazišne točke projekta TJZ.

Od koncepta prema analizi

Kako bi se navedene pojave mogle sustavno razumjeti i kvantificirati, bilo je potrebno utvrditi postojeće izvore i mogućnosti korištenja dostupnih podataka. Preduvjet za takvu analizu bilo je kreiranje baze podataka s podacima o subjektima koji pružaju usluge zdravstva i socijalne skrbi na području grada Zagreba: o njihovoj vlasničkoj strukturi, financijama, vrstama aktivnosti i prostornoj distribuciji. Podaci na kojima temeljimo istraživanje nalaze se u sustavima različitih tijela javne vlasti, nadležnih za njihovo prikupljanje i upravljanje, pri čemu se za vođenje, objavljivanje i ažuriranje podataka primjenjuju različite metodološke prakse. Zbog toga je paralelno istraživačko pitanje što je uopće dostupno i prisutno u postojećim podatkovnim sustavima, odnosno koja analitička pitanja i potrebe oblikuju njihovu strukturu i sadržaj. Struktura, dostupnost i formati podatkovnih skupova odražavaju način na koji tijela javne vlasti konceptualiziraju, prate i upravljaju zdravstvenim sustavom. Po izradi baze podataka, početna analiza bila je usmjerena na gradske četvrti Gornji grad – Medveščak, Maksimir i Novi Zagreb – zapad, koje ilustriraju različite obrasce prostorne raspodjele zdravstvenih subjekata te omogućuju usporedbu dostupnosti i koncentracije usluga unutar gradskog sustava, a zatim je proširena na razinu grada Zagreba u cjelini.

2 Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine 100/18; 125/19; 147/20; 119/22; 156/22; 33/23; 36/24; 102/25, članak 26, točke 1. i 3. Prvi put se ti koncepti pojavljuju u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. (Narodne novine 75/1993, članak 25).

Cilj projekta TJZ

Cilj projekta je uspostaviti cjelovit i dugoročno održiv istraživački okvir koji omogućava uvid u dinamiku zdravstvenog sustava, identificira smanjenje zakonom propisane jednakosti i daje podlogu za argumentiranu raspravu i donošenje javnih politika temeljenih na dokazima. Projekt TJZ nadovezuje se na kontinuirani istraživački rad platforme Tvornica jednakosti te predstavlja prvi korak u sveobuhvatnom proučavanju odnosa privatnog i javnog zdravstva i njihovih učinaka na društvenu nejednakost, zdravlje i kvalitetu života stanovništva.

2.

KONCEPTUALNI I ANALITIČKI OKVIR PROJEKTA





2.1. Teorijska polazišta

U gotovo svim suvremenim državama nailazimo na planske systemske i egalitarne javne proizvodnje koje djeluju paralelno i isprepletено s tržišnom profitnom proizvodnjom. Da bi bilo jasno na kojoj se osnovi donose javne politike koje ovaj suodnos kreiraju i modificiraju, potrebno je razumijevanje njihovih različitih proizvodnih logika, načina financiranja i funkcioniranja te uvid u kompoziciju i poslovanje postojećih javnih i profitnih subjekata proizvodnje.

U Hrvatskoj postoji svojevrsna neformalna simbioza javnog i profitnog zdravstva, pri čemu se privatni sektor često razvija na slabostima javnog sustava. Razvoj javnog sektora nerijetko je interesno kočен, a nedostatak jasne dugoročne strategije otežava definiranje načina na koji bi javni i privatni sustav trebali koegzistirati.

Javna se proizvodnja često podvodi pod kategoriju javnih dobara. Ona je međutim u ekonomskoj teoriji rezervirana samo za one proizvode čije se korištenje ne može individualno naplatiti, poput svjetionika, vojske i policije, te u zakonodavstvu kao pravna kategorija za one resurse ili proizvode čiji je karakter određen drugim specifičnim obilježjima, poput obale, podmorja i luka, cesta, voda i šuma. Mada se neki aspekti održavanja zdravlja populacije mogu kategorizirati kao javno dobro, državne aktivnosti koje najviše doprinose novoj proizvodnji, javni sustavi poput mreže javnog zdravstva, socijalne skrbi i obrazovanja, nisu kolektivno konzumirani, niti imaju obilježja pravnih javnih dobara. Ovdje ih metodom analize društvenih oblika zovemo javnom proizvodnjom egalitarnog i solidarnog karaktera.

Profitna se proizvodnja često naziva privatnom, no takvo izjednačavanje analitički ne drži vodu. Čest je slučaj da su profitni proizvođači u nekom obliku javnog vlasništva, da učestvuju na tržištu kao i 'privatnici' te da se alokacija njihovih proizvoda (roba) na tržištu, odvija po kupovnoj moći kućanstava. Takve proizvodnje, unatoč tome što nisu privatne, nisu ni potpuno javne ako se financiraju svojom prodajom, ni egalitarne, jer ne alociraju proizvode planski da zadovolje potrebe po kriterijima. Cilj njihove proizvodnje je profit, društveni oblik proizvoda je roba, a tržišni princip distribucije zbog nejednake kupovne moći kućanstava proizvodi nejednakosti.

Privatizacija u zdravstvu u pravilu uvodi profitnu proizvodnju u sektor tako što zamjenjuje planiranu javnu proizvodnju. Ako je uvodi tako da svoje proizvode naplaćuje putem javno financirane zdravstvene zaštite, njen je ulaz u javni sustav i dalje podređen solidarnim i egalitarnim ciljevima planiranih potreba koje se zadovoljavaju po kriterijima, unatoč drugačijem internom proizvodnom cilju – profitu, tj. dobiti. U tom slučaju može doći do akumulacije naprednih tehnoloških sredstava za proizvodnju u privatnom vlasništvu, čime se otežava javno upravljanje tim resursima i dovodi u opasnost njihovo dugoročno korištenje u javnom proizvodnom lancu. Privatni vlasnik bilo kada može preusmjeriti proizvode na tržište, smanjujući tako jednakost u pristupu zdravstvenoj zaštiti. Ako se ipak radi dominantno o tržišnoj proizvodnji roba koje kućanstva plaćaju direktno, zbog drastično različite razine prihoda kućanstava takva proizvodnja uvodi nejednakost u pristupu zdravstvenoj zaštiti.

Stoga možemo govoriti o konceptu privatizacije kao o tzv. plastičnom pojmu u koji različiti govornici učitavaju različita značenja. Zbog različitih uloga koje profitna privatna proizvodnja može igrati u sektoru – biti dio javno financiranog zdravstva ili prodavati svoje proizvode na tržištu – nije čudno da se ona često navodi i kao uzrok i kao rješenje problema loše kvalitete socijalne skrbi i loših zdravstvenih ishoda. Takvo poimanje privatizacije u zdravstvu nije dobra pretpostavka daljnjeg razvoja i supostojanja javnog i privatnog, tj. javnog i profitnog zdravstva u državi. Drugačijim konceptualnim razumijevanjem i podatkovnim mapiranjem u ovom projektu cilj nam je uvesti istraživački okvir koje ove različite društvene funkcije privatne, profitne i egalitarne javne proizvodnje smješta u jasniju i empirijski utemeljeniju sliku sektora u cjelini.

Pojmovi privatni i profitni i njihove izvedenice se u tekstu ne koriste isključivo analitički, već se uzima u obzir i plastičnost u njihovom korištenju. Striktno analitički, primjerice, mada je uvriježeno govoriti o privatizaciji, radi se o promjeni načina proizvodnje iz javne u profitnu. Vlasništvo profitnog subjekta ne mora biti privatno, iako to najčešće jest slučaj. Stoga bi analitički trebalo govoriti o profitizaciji, no to bi drastično odstupalo od postojeće prakse i zbunjivalo čitatelja, a i nas same, jer bi se radilo o velikom zaokretu u konceptualnom mapiranju. Istovremeno, mnogi funkcionalno važni profitni subjekti u sektoru, poput ordinacija obiteljske medicine, u praksi svi ne rade na maksimizaciji dobiti, bez obzira na to što im je to kao profitnom subjektu zakonski propisano, i što je to tipično jedini cilj profitnih proizvođača. Manji dio takvih subjekata ujedinjuje se u poliklinike te se time pomiče prema profitnom modalitetu rada. Zbog svega navedenog, granicu između javne i profitne proizvodnje, najčešće shvaćenu kao granicu između javnog i privatnog sektora, u ovoj fazi rada ne možemo sasvim precizno odrediti, već se u pisanju oslanjamo na kombinaciju analitičkih uvida i uvriježenog značenja.

2.2. Dimenzije javne i profitne proizvodnje u zdravstvu

U analizi odnosa javnog i privatnog zdravstva ključne su četiri dimenzije: cilj, društveni oblik proizvoda, vlasništvo i financiranje. Nejasnoće i nedovoljno jasno definirani odnosi unutar tih dimenzija pridonose slabljenju solidarnosti, koja je temeljna vrijednost javnog zdravstvenog sustava.

Cilj: U javnim ustanovama cilj proizvodnje u zdravstvu definiran je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti kroz pravo na 'jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite' i na 'zdravstvenu uslugu standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja'.³ Ciljevi su ishodi koji izjednačavaju prava na zadovoljavanje određenih vrsta potreba te se mogu tretirati kao operacionalizacija i izraz solidarnosti kao društvene vrijednosti. U profitnoj proizvodnji je cilj ostvarivanje dobiti, definiran Zakonom o trgovačkim društvima.⁴

3 Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23, 36/24, 102/25.

4 Zakon o trgovačkim društvima, Narodne novine 111/93, 34/99, 121/99, 52/00, 118/03, 107/07, 146/08, 137/09, 125/11, 111/12, 68/13, 110/15, 40/19, 34/22, 114/22, 18/23, 130/23, 136/24.

Solidarnost ne igra ulogu, dok je zadovoljavanje potreba ovisno o individualnoj kupovnoj moći.

Društveni oblik proizvoda: U tržišnoj logici u sektoru zdravstva proizvodi se u pravilu pojavljuju kao usluge – pojedinačne i mjerljive aktivnosti. Međutim, u solidarnom sustavu ‘proizvod’ je skrb, cjeloviti odgovor na potrebu, koji pretpostavlja profesionalnu i institucionalnu odgovornost. U javnim proizvodnjama društveni je oblik proizvoda nominalno egalitaran, dostupan besplatno u trenutku korištenja po određenim kriterijima. Alokacija u pravilu uključuje prostorno fiksirane ustanove, pružatelje i djelatnosti zdravstvene zaštite. Ti i drugi aspekti određuju do koje je mjere zakonom proskribirana jednakost postojeća u praksi. U profitnoj proizvodnji je društveni oblik proizvoda roba, dok je alokacija tržišna i nejednaka. Za razliku od toga, skrb se može razumjeti kao specifičan egalitarni i solidarni društveni oblik proizvoda u kojem usluga nadilazi svoju pojedinačnu, epizodnu funkciju i postaje kontinuirani i koordinirani proces holističkog karaktera, koji ovisi o institucionalnom okviru u kojem se odvija.

Vlasništvo: U javnom sektoru vlasništvo nad zdravstvenim ustanovama uređeno je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Ovisno o vrsti ustanove, vlasnik ili osnivač može biti Republika Hrvatska (putem Ministarstva zdravstva) ili jedinice područne, odnosno regionalne samouprave, najčešće županije. S druge strane, vlasnici privatnih zdravstvenih ustanova mogu biti fizičke osobe ili trgovačka društva.

Financiranje: Dimenzija financiranja odnosi se na izvore i načine prikupljanja sredstava potrebnih za poslovanje zdravstvenih ustanova. U hrvatskom zdravstvenom sustavu ključnu ulogu ima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) koji djeluje kao državni monopsonist, glavni i gotovo jedini sustavni kupac zdravstvenih usluga. HZZO financira usluge iz doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje te iz prihoda dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Usluge koje HZZO ugovori s ustanovama za pacijente besplatne su u trenutku korištenja. Osim HZZO-a, na tržištu djeluju i privatne osiguravajuće kuće koje otkupljuju zdravstvene usluge od pružatelja, oblikuju ih u pakete te ih nude građanima u obliku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Konačno, zdravstvene usluge mogu se pribavljati i izravnim plaćanjem građana ‘iz džepa’, bez posredovanja osiguravatelja.

2.2.1. ODNOS S HZZO-OM

Mreža javne zdravstvene službe⁵ je dokument kojim se planira izvršavanje zakonski propisanog prava na zdravstvenu zaštitu u skladu sa stvarnim potrebama. Ona propisuje broj i raspored medicinskih timova, zdravstvenih ustanova i kreveta u svakoj pojedinoj djelatnosti na cijelom području RH. Svrha tog dokumenta je osigurati ravnomjernu dostupnost zdravstvene zaštite svim stanovnicima. Taj dokument osnova je za ugovaranje zdravstvenih timova i kreveta u pojedinoj djelatnosti s HZZO-om.

Neke privatne ustanove i ordinacije imaju ugovor s HZZO-om i tada su dio Mreže javne zdravstvene službe, ili pak imaju ugovore za određene po-

5 Mreža javne zdravstvene službe, Narodne novine 49/24.

stupke s ciljem smanjenja lista čekanja. Ustanove i ordinacije koje imaju ugovor s HZZO-om u dvojakom su odnosu prema otvorenom tržištu. Neke uz ugovorni odnos s HZZO-om pružaju i usluge na tržištu, koje plaćaju ili građani direktno, ili privatne osiguravajuće kuće koje se od građana naplaćuju dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Dijelu ustanova i ordinacija u privatnom vlasništvu HZZO je pretežiti izvor financiranja te one nisu izložene nikakvim tržišnim rizicima. Drugi dio privatnih ustanova i ordinacija pak nema ugovor s HZZO-om, već posluje na otvorenom tržištu, oslanjajući se u potpunosti na plaćanje građana u trenutku korištenja zdravstvene zaštite i na sporazume s privatnim osiguravajućim kućama.

2.2.2. DRUŠTVENA SOLIDARNOST KAO TEMELJ ZDRAVSTVENOG SUSTAVA I MEHANIZMI FINACIJSKE ZAŠTITE GRAĐANA

U javnom sustavu u Republici Hrvatskoj postoji višeslojni sustav zaštite građana od katastrofičnih zdravstvenih troškova (engl. *catastrophic health expenditure*), odnosno plaćanja koja bi mogla ugroziti financijsku stabilnost kućanstva. Temelj sustava je načelo društvene solidarnosti koje je zakonski propisano uspostavljanjem obveznog zdravstvenog osiguranja⁶ kao glavnog mehanizma na koje pravo imaju sve osobe s prebivalištem u RH i koje pokriva trošak širokog spektra zdravstvenih usluga.

Sljedeći mehanizam je dopunsko zdravstveno osiguranje koje je oblik zaštite od manjih, ali kumulativnih troškova participacije u iznosu od 20% do pune cijene usluge. Dodatno, troškovi participacije (za one koji ne uplaćuju mjesečno dopunsko zdravstveno osiguranje) ograničen je maksimalnim fiksnim iznosima određenim na temelju proračunske osnovice te se kreće od 0,30% proračunske osnovice (1,32 eura) za pregled kod liječnika obiteljske medicine do 40% proračunske osnovice (176,97 eura) za dentalna pomagala utvrđena HZZO-ovom osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe u dobi od 18 do 65 godina. Također, najviši iznos obveznog sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite po jednom ispostavljenom računu iznosi 120% proračunske osnovice odnosno 530,88 eura.

2.2.3. PLAĆANJA GRAĐANA IZ VLASTITOG DŽEPA (ENGL. OUT-OF-POCKET PAYMENT, OOP)

Razna plaćanja iz džepa u Hrvatskoj uključuju: participaciju u troškovima zdravstvene zaštite, što je zakonski definiran udio koji osigurane osobe plaćaju za određene usluge. Dopunsko osiguranje većinom pokriva troškove participacije; premije za dopunsko zdravstveno osiguranje koje građani plaćaju HZZO-u ili privatnim osigurateljima i smatra se plaćanjem iz džepa prema SHA metodologiji⁷ jer je izravan trošak kućanstva za zdravstvenu zaštitu; plaćanja punih iznosa za zdravstvene usluge u privatnom sektoru koje nisu ugovorene s HZZO-om ili za koje pacijent nema uputnicu; nadoplatu za lijekove s dopunske liste lijekova HZZO-a; plaćanje punog iznosa za lijekove

6 Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine 80/13; 137/13; 98/19; 33/23; 105/25.

7 Sustav zdravstvenih računa (eng. *System of Health Accounts*, SHA) je međunarodni standard za klasifikaciju i prikaz podataka o zdravstvenoj potrošnji s ciljem osiguranja transparentnosti i međunarodne usporedivosti. OECD, Eurostat, WHO. (2011). *A System of Health Accounts*, 2011 Edition. OECD Publishing, Pariz.

koji nisu na listama HZZO-a; bezreceptne lijekove i medicinske proizvode; neformalna plaćanja izravno zdravstvenim radnicima.

2.2.4. PROCJENA OOP-A U HRVATSKOJ

Državni zavod za statistiku u Hrvatskoj podatke o zdravstvenim izdacima prikuplja Anketom o potrošnji kućanstava⁸ i iz administrativnih izvora poput HALMED-a. Iako je riječ o standardnom međunarodnom pristupu, postoje brojna metodološka ograničenja koja utječu na točnost i pouzdanost procjena. Najčešći je problem prisjećanja, jer ispitanici zaboravljaju manje troškove poput participacija ili lijekova bez recepta, pa se ukupni izdaci podcjenjuju. Dodatno, zbog društvene poželjnosti ispitanici nerado prijavljuju neformalne uplate ili troškove estetskih i alternativnih usluga zbog stigme ili nelagode, čime se određene kategorije troškova sustavno podcjenjuju. Također, veći zdravstveni izdaci ne moraju biti redovita pojava, no kada se dogode mogu znatno utjecati na kućni budžet, a anketa ispituje izdatke kućanstva u razdoblju od nekoliko mjeseci u kojem se takvi izdaci ne moraju dogoditi.

Ograničenja proizlaze i iz uzorkovanja i klasifikacije troškova – anketa obuhvaća samo privatna kućanstva, čime izostaju institucionalizirane osobe koje često pojačano koriste zdravstvenu zaštitu. Također, manje su zastupljene teško dostupne skupine, npr. teško bolesne osobe, vrlo siromašne ili vrlo bogate, čiji se obrasci potrošnje razlikuju od prosjeka. Česte su i pogrešne klasifikacije (npr. vitamini kao ‘hrana’ umjesto ‘zdravlje’) te odgovori jednog člana u ime svih, što dodatno umanjuje točnost.

Prema međunarodnim izvorima⁹, procjena izdataka ‘iz vlastitog džepa’ u Hrvatskoj iznosila je oko 9% u 2021. godini, što je manje od prosjeka Europske unije od 15%. Ipak, s obzirom na ranije opisane metodološke nedostatke u prikupljanju podataka, taj udio vjerojatno ne odražava stvarno financijsko opterećenje građana, već prije sugerira da službeni pokazatelji podcjenjuju razmjere privatne potrošnje u zdravstvu.

Dodatno, promatranje izdataka ‘iz vlastitog džepa’ samo na agregatnoj razini ne otkriva stvarni teret zdravstvenih troškova za građane. Mnogo je važnije razumjeti koliko se ti izdaci razlikuju prema socioekonomskom statusu, odnosno koliki udio čine u ukupnim primanjima kućanstava. **Ako znamo da siromaštvo i bolest često idu zajedno, tada upravo oni s nižim primanjima, koji imaju veće zdravstvene potrebe, snose i razmjerno veće financijsko opterećenje.** Za takvu analizu bi nam trebali pouzdaniji podaci o izdacima iz vlastitog džepa zajedno sa socioekonomskim profilom kućanstva koji bi uključivao i smještanje kućanstva u decile po prihodima.

Istodobno, osobe višeg socioekonomskog statusa, zahvaljujući svom socijalnom statusu, lakše dolaze do informacija, preporuka i usluga unutar javnog sustava, čime smanjuju potrebu za dodatnim plaćanjem.¹⁰ Paradok-

8 [Anketa o potrošnji kućanstava \(APK\)](#).

9 OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). [Croatia: Country Health Profile 2023](#). OECD Publishing.

10 Takozvani Matejev efekt.

salno, oni s manje veza i manje novca često su prisiljeni plaćati privatne zdravstvene usluge upravo zato što se teže snalaze u sustavu koji bi im trebao biti jednako dostupan. Na taj se način nejednakosti u pristupu zdravstvu dodatno produbljuju, a financijsko opterećenje najranjivijih postaje još veće.

Opisana kompleksnost sustava i problemi s prikupljanjem i interpretacijom podataka zamućuju sliku kompozicije i korištenja privatnog i javnog zdravstva. Stoga je cilj istraživanja koje je ovim projektom tek započeto da se ta slika razbistri kako bi se stvorio kvalitetan temelj za planiranje javnih zdravstvenih politika.

2.3. Izvori podataka

Istragu potencijalnih izvora podataka o proizvodnji u sektoru započeli smo pregledavajući različite podatke HZZO-a, HZJZ-a i baze poslovnih podataka poput Fina Info.BIZ i FinInfo sustava. Od pomoći nam je bio i Vladin Metaregistar¹¹ pomoću kojeg smo saznali strukturu podataka Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite (NRPZZ) HZJZ-a, kao i otvoreni podaci Grada Zagreba preko kojih smo dobili neke inicijalne uvide.¹²

Nadali smo se da ćemo iz NRPZZ-a dobiti ažurirane administrativne podatke o svim privatnim i javnim subjektima u sektoru te da će nam taj podatkovni skup biti osnova za daljnje poslovno, prostorno i mapiranje djelatnosti subjekata. Zahtjev za pristup informacijama kojim smo tražili mali dio podataka koje registar prikuplja djelomično je ispunjen. No, za nas važni podaci o OIB-u i osnivaču subjekata nisu nam dostavljeni, s obrazloženjem da je Pravilnikom o sadržaju i načinu vođenja Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite¹³ propisano koji su podaci iz Registra javni, a podaci o OIB-u i osnivaču to nisu. OIB je jedinstveni identifikator subjekta, a podatak o osnivaču nam ukazuje na to radi li se o privatnom subjektu, javnom subjektu ili kombinaciji ta dva oblika proizvodnje¹⁴. Ovi bi nam podaci znatno olakšali početno postavljanje istraživačke baze podataka te nam potencijalno omogućili analizu različitih razina javnog vlasništva i moguće njihovih promjena.

U opisu NRPZZ-a stoji: 'Nacionalni registar je zbirka podataka i informacija o pružateljima zdravstvenih usluga koji je uspostavljen za unaprijed određene javnozdravstvene, upravljačke i/ili znanstvene potrebe i koji se vodi u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo'.¹⁵ Uvjerenja smo da ovakva vrsta studije može pridonijeti boljem znanstvenom razumijevanju kompozicije i dinamike promjene sektora te tako omogućiti donošenje konceptualno i analitički potkovanijih javnih politika. Nadamo se da se radilo o našem propustu tra-

11 Metaregistar je javni registar koji pruža pregled ustrojenih javnih registara, vrste podataka koje vode te mogućnosti i načine povezivanja s drugim registrima ili poslovnim sustavima.

12 Primjerice, skupovi podataka u kategoriji Zdravstvo.

13 Narodne novine 118/23.

14 Podatak o osnivaču može imati sljedeće vrijednosti: Državno-Republika Hrvatska; Županijsko-županija-grad-općina; Privatno-fizička i pravna osoba; Grad Zagreb; DZ-zakup-županijsko; Koncesija/. Izvor: HZJZ 2024.

15 HZJZ: Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite.

ženja podatka na osnovu ZPPI-ja, a ne na osnovu znanstvene potrebe. U sljedećoj ćemo fazi projekta to pokušati ispraviti novim zahtjevom u kojem ćemo priložiti i ovaj inicijalni izvještaj.

Drugi važan izvor podataka koji za sada nismo uspjeli uklopiti u studiju su podaci HZZO-a o financijskim sredstvima isplaćenima privatnim subjektima u okviru popunjenja Mreže ili zbog smanjenja lista čekanja. Moguće je da podaci nisu dobiveni zbog našeg nedovoljno preciziranog zahtjeva za pravo na pristup informacijama. Osnovni je cilj bio saznati kojim su subjektima isplaćeni koji iznosi od HZZO-a, u okviru triju selektiranih gradskih četvrti grada Zagreba. Sljedeće ćemo godine ponoviti prošireni zahtjev te se nadamo da će i ovaj inicijalni izvještaj i početna analiza doprinijeti uvidu u namjenu, za koju vjerujemo da je od javnog i znanstvenog interesa.

Iz naše perspektive, podaci NPRZZ-a o ustanovama¹⁶ i podaci o HZZO isplata privatnim subjektima podaci su od javnog interesa i prema načelima otvorenosti podataka javne vlasti oni trebaju biti dostupni svim građanima, kako istraživačima tako i ostalima.

Glavni izvori financijskih podataka su nam u istraživanju bili Fina Info.BIZ baza i Registar proračunskih i izvanproračunskih korisnika (RKPF portal). Paket Info.BIZ baze podataka *Premium plus* omogućio nam je izvoz poslovnih pokazatelja javnih i privatnih subjekata. S obzirom na to da se javni subjekti nakon 2022. godine više ne pojavljuju u Fina bazi, posljednje smo dvije godine podatke izvezli iz RKPF portala. O tim podacima detaljnije pišemo u dijelu 5. Analiza financija. Dodatno smo podatke o subjektima u sektoru preuzeli s javno dostupnih HZZO-ovih tablica i NPRZZ-a¹⁷. Geolokacije i gradsku četvrt svakog subjekta preuzimali smo iz GIS sustava Grada Zagreba. Neprofitne subjekte u sektoru ovom prilikom nismo uključili u analizu, iako prepoznajemo njihovu važnost kao sastavnica sustava te ćemo te subjekte uključiti u iduće faze projekta.

2.4. Tehnologije

Podatke, koji su većinom bili u XLSX (Excel) formatu smo nakon izvoza i obrade unosili u SQL bazu (MariaDB serveri, s DBEaverom na računalima). Zbog formata u kojem su podaci objavljeni puno smo vremena potrošili na obradu, formatiranje i uvoz u bazu. Zato preporučujemo da se Excel ne koristi kao glavni format objave podataka: iako je 'strojno čitljiv' traži dodatno čišćenje, ne podržava jednostavno automatsko preuzimanje (API), vlasnički je vezan uz Office aplikacije te zna skrivati podatke po listovima i spojenim ćelijama. Korištenje otvorenih, laganih formata (npr. CSV/TSV, JSON) koji se lako prenose i pohranjuju te se mogu automatski obrađivati i odmah dalje koristiti za analize i web aplikacije značajno bi smanjilo vrijeme potrebno za uvoz i pripremu podataka te umanjilo mogućnost stvaranja grešaka u tim koracima. Nakon inicijalnog uvoza, podatke smo u nekoliko faza obrađivali te prilagođavali strukturu tablica i parametara specifičnim istraživačkim pita-

¹⁶ Naravno, u dijelu u kojem nije protivno Općoj uredbi o zaštiti osobnih podataka (GDPR).

¹⁷ Popis pružatelja zdravstvene zaštite, stanje na dan (28.03.2024.): <https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/odjel-za-ljudske-i-materijalne-resurse-u-zdravstvu/nacionalni-registar-pruzatelja-zdravstvene-zastite/>

njima projekta. Analizu smo pisali primarno u SQL jeziku kojem se konstantno vraćamo za provjere i nove upite. Vizualizacije, dodatna formatiranja podataka i analize radili smo u R-u i Pythonu, uz pomoć LLM alata (Claude, Colab notebooks, Gemini, ChatGPT, Perplexity, OpenAI, DeepSeek), u R Studio i VS Code razvojnim okruženjima te manjim dijelom preko LLM mrežnih sučelja. U ranoj fazi nam je za prototipiranje posebno korisna bila kombinacija Cloud i Perplexity LLM web sučelja, Shiny softvera za web, R-a i dizanja rezultata na <https://www.shinyapps.io> direktno iz R Studija.

3.

PROMJENA
KOMPOZICIJE
PROFITNOG
I JAVNOG
ZDRAVSTVA
KROZ VRIJEME



U početnoj fazi istraživanja postalo je jasno da su zakoni kojima se definiraju javne službe, i šire govoreći javna proizvodnja, ključna mjesta analize za razumijevanje definiranja njihovog društvenog karaktera i dinamike promjena. Brzo se ispostavilo da u domaćoj literaturi ima malo tragova analize promjena sektorskih zakona. Pravo i institucionalni okvir društveno oblikuju javne službe i javnu proizvodnju putem niza eksplicitno postavljenih karakteristika, od ciljeva, kriterija alokacije proizvoda, financiranja, strukture organizacijskih jedinica, hijerarhije upravljanja, radnih mjesta i obračuna plaća, pravila za napredovanje radnika, sve do računovodstva i nama najvažnijeg odnosa s profitnim, najčešće privatnim subjektima. Da bismo mogli sagledati promjene u kompoziciji načina proizvodnje u sektoru potreban nam je makro uvid u glavne pravno-institucionalne promjene. Za naš objekt istraživanja takve uvide možemo razviti analizirajući zakonske promjene kojima se omogućavala privatizacija, od dozvole obavljanja određenih djelatnosti profitnim subjektima do otvaranja javnih proizvodnih lanaca profitnoj proizvodnji.

3.1. Promjene pravne definicije ustanove kao mehanizam privatizacije

Ustanove su 1993. godine po prvi put *Zakonom u ustanovama* definirane kao pravne osobe koje se osnivaju prvenstveno zbog trajnog obavljanja djelatnosti koje su određene kao javne službe ili se na taj način obavljaju, pod uvjetom da 'se ne obavljaju radi stjecanja dobiti' (Članak 1. i 6).¹⁸ Mada je temeljna namjena Ustanova da su im osnivači država ili jedinice lokalne samouprave, osnivači su od samog početka iznimno, kada to zakon izriječno dopušta, mogle biti i druge fizičke i pravne osobe (Članak 6. i 7). Dobit je u tim slučajevima bila zakonski zaštićena jer je bilo propisano da ako se dobit ostvari, ona se 'upotrebljava isključivo za obavljanje i razvoj djelatnosti ustanove u skladu s aktom o osnivanju i statutom ustanove' (Članak 57). Promjenama zakona iz 2019. godine liberaliziraju se dva važna aspekta ustanova koji su prije promjena ciljeve i raspolaganje dobiti definirali kao poslove državne uprave, tj. kao poslove koje država i lokalna samouprava smatraju svojim zadacima. Iz prvog članka briše se da se djelatnosti ne smiju obavljati radi stjecanja dobiti te se dozvoljava da se dobit može 'upotrijebiti i na druge načine, uz odgovarajuću primjenu propisa o trgovačkim društvima' (članak 42, promjena članka 57). Ovim je promjenama Zakon o trgovačkim društvima postavljen kao nadređeni za aktivnosti koje obavljaju ustanove takvog pravnog oblika.¹⁹

Zakonodavne promjene definicija ustanova su dodatno otvorile prostor profitnoj proizvodnji, jer se sada zakonski može izvlačiti dobit iz aktivnosti koje su inicijalno 1993. godine definirane kao poslovi državne uprave trajnog karaktera u obliku javne službe. Ono što je trebala biti javno financirana planska proizvodnja zadovoljenja određenih potreba otvoreno je profitnim akterima. Društveni oblika kapitala je tako pravno uveden u javne proizvodne lance. Izmjene zakona desile su se u Nacionalnom programu reformi 2019, u okviru mjere 1.4.4. Decentralizacija i racionalizacija, s ciljem

18 Zakon o ustanovama, Narodne novine 76/93; 29/97; 47/99; 35/08; 127/19; 151/22.

19 <https://lidermedia.hr/sto-i-kako/marija-zuber-osnivaci-ustanova-od-sada-si-mogu-isplacivati-dobit-130174/>

omogućavanja učinkovitijeg obavljanja poslova državne uprave te njenim profesionaliziranjem.

3.2. Zakonske izmjene i njihova realizacija u praksi

Kao temeljni dokument za analizu odabran je Zakon o zdravstvenoj zaštiti, s obzirom na njegovu središnju ulogu u definiranju odnosa javnog i privatnog sektora. Analitički fokus je na verzijama zakona i odredbama koje ilustriraju postupnu evoluciju privatne inicijative u zdravstvu. Iako smo svjesni postojanja i drugih relevantnih propisa, uvid dobiven analizom ovog zakona smatramo reprezentativnom osnovom za razumijevanje ključnih tendencija.

3.2.1. PROCES PRIVATIZACIJE U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine²⁰ i njegove rane izmjene uspostavili su temeljne pravne i konceptualne okvire koji su definirali ulogu, prava i obveze privatnih pružatelja zdravstvenih usluga. U ovom su razdoblju postavljena dva ključna stupa: definiranje privatne prakse kao dijela javne službe, te uvođenje modela zakupa kao pragmatičnog mehanizma za integraciju privatnika u sustav primarne zdravstvene zaštite.

Privatna praksa nije koncipirana kao isključivo komercijalna, tržišno orijentirana djelatnost, već kao regulirani segment unutar šireg sustava pružanja javnih usluga. Ovakav pristup osigurao je državi zadržavanje značajne razine kontrole i nadzora nad cjelokupnim zdravstvenim sektorom, neovisno o vlasničkoj strukturi pojedinih pružatelja usluga.

Omogućio je brzu transformaciju primarne zdravstvene zaštite dopuštajući privatnim liječnicima da preuzmu postojeće ordinacije unutar javnih domova zdravlja bez potrebe za privatizacijom same infrastrukture (zgrada i osnovne opreme). Država, odnosno županija, ostala je vlasnik i 'najmodavac', dok je liječnik postao 'zakupac' i privatni poduzetnik.

Ideja koncesije u zdravstvu (Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2008. godine²¹) bila je da županija zadrži upravljačku polugu za namirenje potreba za medicinskim timovima i pružanjem usluga na tržišno neatraktivnim područjima, i to putem različitog stimuliranja koncesija, čemu bi prethodilo ugovorno definiranje dužnosti i obveza koncesionara o pružanju zdravstvene zaštite na određenom području. Drugim riječima, županija je trebala definirati dužnost i odgovornost sudjelovanja u zdravstvenoj zaštiti stanovništva i sukladno tome ponuditi različite uvjete za koncesiju, ovisno o lokalnom području koje je u pitanju.

U praksi je ideja koncesijskog modela bila da bi u manjim, izoliranim područjima županije, gdje je broj pacijenata manji i gdje su uvjeti rada otežani, županija, kroz financijske poticaje, mogla stimulirati liječnika da ondje otvori praksu. U takvom slučaju koncesionar bi, također uz poticaj, sudjelovao i u npr. dodatnim dežurstvima, s obzirom na ograničene druge resurse zdravstvene zaštite na tom području.

20 Narodne novine 75/93.

21 Narodne novine 150/08.

S druge strane, u urbanim središtima, gdje je atraktivno raditi, županija bi naplaćivala veću naknadu liječnicima koji tamo želi otvoriti koncesiju. To nije ostvareno jer je sa svim koncesionarima sklopljen isti ugovor, čime se koncesija zapravo nije sadržajno razlikovala od zakupa, već samo u administrativnoj proceduri otvaranja koncesije. Međutim, to, uz propust pojedinih županija koje su raspisale natječaje za koncesije za sve u Mreži, dovelo je do toga da su ambulante s većim brojem pacijenata i većim opsegom intervencija, koje su svoj rad mogle financijski pokriti i ostvariti višak, prelazile u koncesijski model, dok su one neprofitabilne ostajale na teretu domova zdravlja. Time su domovi zdravlja izgubili stabilne i financijski održive ambulante, a preuzeli odgovornost za one koje ne mogu samostalno pokrivati troškove (ruralne, izolirane), što ih je dodatno oslabjelo.

Osim toga, izostalo je jasno definiranje odgovornosti i dužnosti koncesionara u zajedničkom osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite po principu 24 sata dnevno, sedam dana u tjednu. Zbog toga je sudjelovanje u toj obvezi palo gotovo isključivo na domove zdravlja, čime se dodatno produbila neravnoteža između javnog i koncesijskog dijela primarne zdravstvene zaštite. Kasnijim izmjenama zakona iz 2018. godine²² dodatno se pokušalo preciznije definirati obvezu dežurstva ugovornih ordinacija HZZO-a, čime se zapravo potvrdilo da taj model u praksi nije funkcionirao. I te su izmjene, očekivano, imale ograničen uspjeh.

Paradoksalno je da danas, petnaest godina nakon uvođenja koncesijskog modela, županije sličnim poticajima pokušavaju privući liječnike u javni zdravstveni sustav putem financijskih, stambenih i drugih subvencija. Drugim riječima, sada se te mjere koriste reaktivno uslijed višegodišnjeg urušavanja sustava, posebice primarne zdravstvene zaštite i ojačane pozicije liječnika-poduzetnika.

Krajem 2023. godine model koncesije formalno je priveden kraju. Pojam ordinacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uveden u Zakon 2018. godine kao jedinstvena formulacija, označavajući otad i privatnike koji će sklopiti ugovor s HZZO-om za obavljanje javne zdravstvene službe, a liječnicima omogućuje osnivanje vlastite privatne prakse čime stječu trajniji i sigurniji poslovni status bez vremenskog ograničenja i obveze plaćanja koncesijske naknade. Na temelju rješenja Ministarstva zdravstva i ugovora s HZZO-om, liječnici postaju vlasnici svojih ordinacija, što im daje potpunu poslovnu autonomiju u organizaciji rada, upravljanju financijama i zapošljavanju te ih potiče na ulaganje u prostor i opremu, povećavajući time njihovu samostalnost i odgovornost. Na taj način, model ordinacije predstavlja dodatni zamah u jačanju privatne inicijative i poduzetništva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Hrvatskoj, kao i u slabljenju upravljačke pozicije županija nadležnih za organizaciju primarne zdravstvene zaštite na svom području.

3.2.2. PROCES PRIVATIZACIJE U BOLNIČKOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Temelji sustava: Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine

Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine definira zdravstvenu djelatnost kao 'djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba', čime je postavljen temeljni princip da je zdravstvo primarno javna, a ne tržišna djelatnost. Međutim, istim je zakonom definirano da javnu službu, uza zdravstvene ustanove, mogu obavljati i zdravstveni djelatnici u privatnoj praksi. Time je od samog početka uspostavljena dualnost sustava. Nadalje, Zakon iz 1993. napravio je ključnu razliku između 'privatne prakse' i osnivanja 'privatne ustanove'. Privatna praksa bila je koncipirana kao osobna djelatnost zdravstvenih djelatnika, samostalno ili u manjim timovima, i prvenstveno se odnosila na primarnu i specijalističko-konzilijarnu izvanbolničku djelatnost. S druge strane, postojala je pravna razlika između mogućnosti vlasništva nad ustanovama i konkretnih mehanizama privatizacije. Naime, dok je zakon dopuštao da poliklinike, opće i specijalne bolnice budu u privatnom vlasništvu, nije razradio mehanizam njihove prodaje ili davanja u zakup. Nasuprot tome, za primarnu zdravstvenu zaštitu i lječilišta postojao je konkretan plan koji je županijama dao ovlast njihove prodaje, ali je cijeli postupak uvjetovao donošenjem posebnog zakona.

Budući da taj poseban zakon nikada nije donesen, prvotni model prodaje cjelovitih ustanova napušten je u praksi, a transformacija se odvijala kroz druge modele, poput davanja u zakup pojedinih poslovnih prostora. To znači da je fokus eksplicitnih privatizacijskih mjera u ovom zakonu bio na nižim razinama zdravstvene zaštite, dok je za bolnički i specijalističko-konzilijarni sektor ostala otvorena samo pravna mogućnost promjene vlasničke strukture, bez definiranih koraka za provedbu.

Komercijalizacija sustava: Zakon iz 2003. i uvođenje trgovačkih društava

Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2003. godine²³ donosi temeljne promjene u pogledu privatizacije. Po prvi put uza zdravstvene ustanove i privatnu praksu uvodi trgovačko društvo kao pravni oblik za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Time je tvrtkama omogućen profitno orijentirani oblik poslovanja, za razliku od neprofitnog karaktera ustanove. Međutim, zakonodavac je odmah postavio i jasna ograničenja: trgovačko društvo ne može obavljati cjelovitu djelatnost ključnih javnih ustanova kao što su klinički bolnički centri, kliničke bolnice, opće bolnice, domovi zdravlja, zdravstveni zavodi i ustanove za hitnu medicinsku pomoć, niti imati ugovor s HZZO-om za obavljanje tih djelatnosti.

Ovim je potezom zakonodavac zaštitio mrežu općih bolnica koje čine okosnicu sustava od izravne privatizacije i profitnog modela poslovanja. Istovremeno, segment specijalnih bolnica i poliklinika, koji često obuhvaća elektivne i profitabilnije medicinske niše, otvoren je privatnom kapitalu.

Formalizacija dihotomije: Zakon iz 2018. i posljedice za sustav

Dok je zakon iz 2003. to činio implicitno, regulirajući samo tko može biti osnivač, zakon iz 2018. uvodi izravnu zabranu korištenja profitnog pravnog oblika za okosnicu bolničkog sustava. Time se zatvara bilo kakva pravna mogućnost da se postojeća opća bolnica transformira u trgovačko društvo ili da privatni investitor osnuje novu opću bolnicu kao profitnu tvrtku. Mogućnosti za privatizaciju u sekundarnoj i tercijarnoj zaštiti time su i formalno sužene isključivo na segment specijalnih bolnica i poliklinika.

Zakon, dakle, stvara jasnu dihotomiju: s jedne strane su javne opće i kliničke bolnice s univerzalnim obvezama i neselektivnim prijemom pacijenata, a s druge strane su privatne specijalne bolnice i poliklinike bez takvih obveza. U realnosti, javne bolnice, opterećene zakonskom obvezom pružanja sveobuhvatne skrbi, posluju u stanju kronične financijske neodrživosti. Nasuprot tome, privatni sektor ima strukturnu prednost jer se može fokusirati na elektivne, visoko standardizirane i profitabilne usluge, primjenjujući model poznat kao 'pobiranje vrhnja' (eng. *cream-skimming*). Privatni kapital, vođen logikom maksimizacije povrata na investiciju, prirodno se usmjerava u segment s najvećom profitabilnošću i najmanjim rizikom – onaj koji je zakonski oslobođen tereta hitne službe i zbrinjavanja najtežih pacijenata, a javni sustav mu je na raspolaganju kao svojevrsna sigurnosna mreža. Zakon iz 2018. godine zapravo formalizira tu praksu stvarajući negativnu povratnu spregu: radno, kadrovsko i financijsko iscrpljivanje javnog sustava potiče pacijente na korištenje usluga u privatnom sektoru dodatno jačajući tržišnu segregaciju i potkopavajući načelo jednakosti pristupa.

Centralizacija i unutarnja komercijalizacija: izmjene iz 2023. godine

Zakonodavne izmjene iz 2023. godine nastavljaju razvoj sustava u dva smjera. Prvo, recentalizira se vlasništvo općih bolnica njihovim prijenosom sa županija na državu. Drugo, detaljno se regulira zdravstveni turizam kao novi mehanizam komercijalizacije unutar javnog sustava. Ista ustanova, s istim osobljem i opremom, sada može funkcionirati u dva različita režima: kao javna služba za osiguranike HZZO-a unutar ugovorenih kapaciteta te kao tržišni subjekt koji svoje 'viškove' kapaciteta prodaje na tržištu. Iako ovo nije privatizacija vlasništva, predstavlja značajan korak prema komercijalizaciji poslovanja javnih bolnica. Ovaj hibridni model stvara niz novih problema, poput potencijalnog internog 'odljeva' resursa s javne na profitabilniju privatnu uslugu unutar iste ustanove, što neizbježno smanjuje dostupnost zdravstvene zaštite za javne osiguranike.

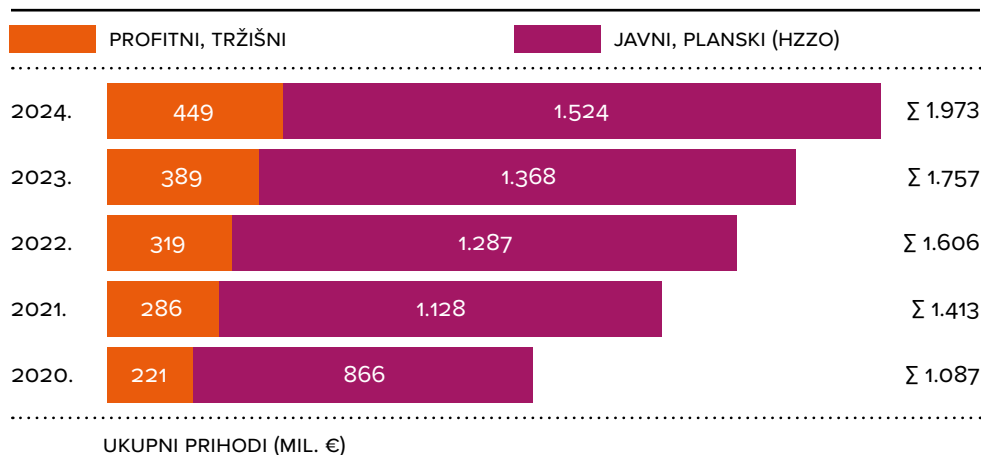
3.3. Analiza kompozicije javnog i profitnog zdravstva i socijalne skrbi

3.3.1. ZDRAVSTVO

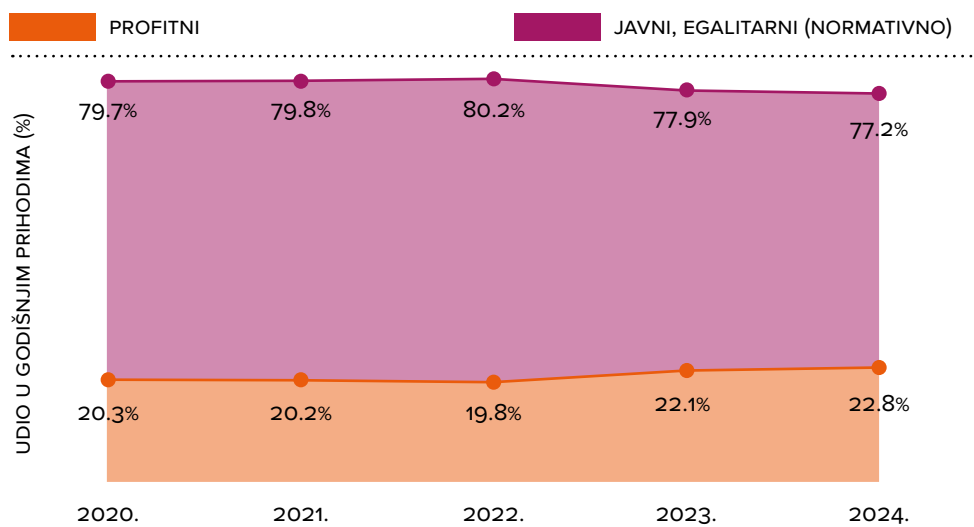
Na makro nivou kompozicije javnog i profitnog načina proizvodnje u zdravstvu (klasifikacija po odjeljku 86 Djelatnosti zdravstvene zaštite prema Na-

cionalnoj klasifikaciji djelatnosti 2007.²⁴), gledajući prihode od HZZO-a kao *proxy* varijablu za prihode javnih subjekata, u Zagrebu u posljednjih pet godina dolazi do značajnog porasta udjela prihoda profitnih subjekata i udjela njihovih radnika.²⁵ Profitni prihodi rastu s 20,3% na 22,8%, a broj radnika raste s 15,5% na 20,2%. Graf na lijevoj strani prikazuje apsolutne vrijednosti u milijunima eura, no tek pogledom na desni linearni graf vidimo promjenu u kompoziciji: profitni udio prihoda i radnika u ukupnom raste, dok udio javnih pada.

ZG ZDRAVSTVO – PRIHODI PREMA NAČINU PROIZVODNJE (2020. – 2024.)



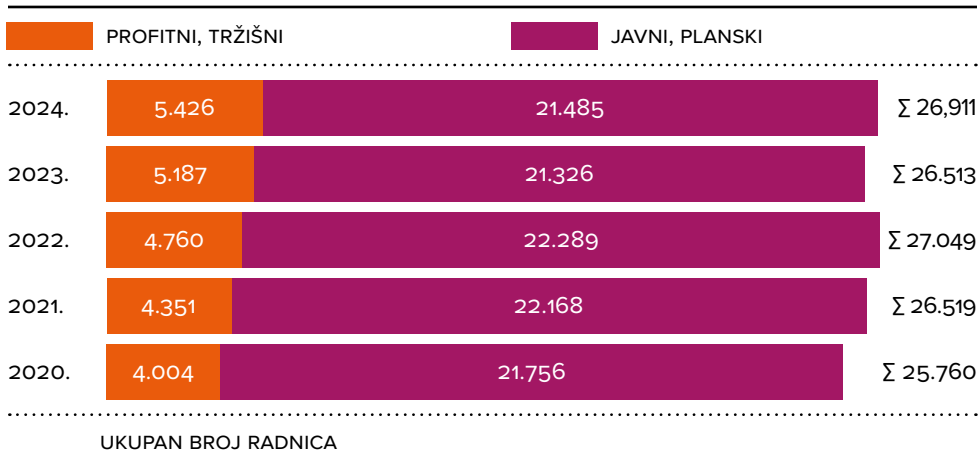
UDIO U UKUPNOM (%)



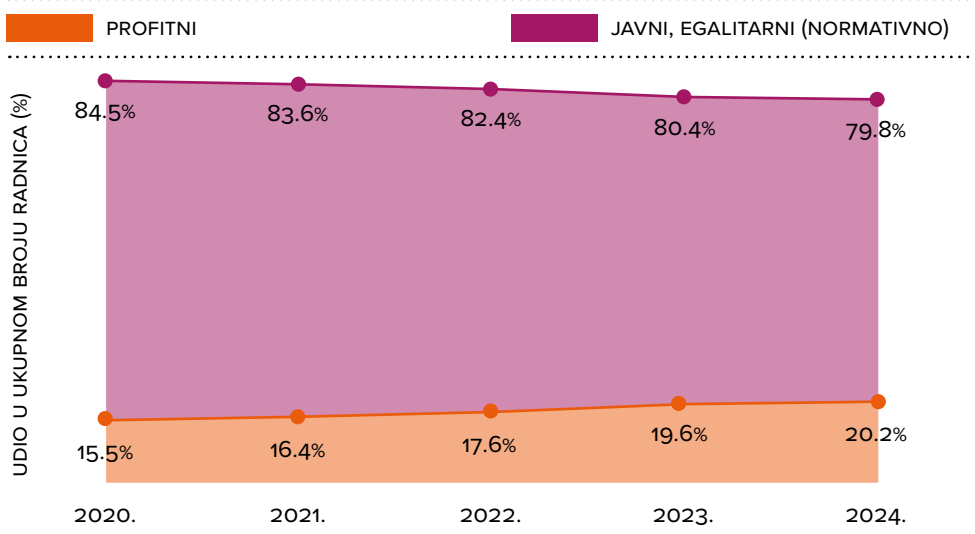
Graf 1. Zdravstvo Zagreba, prihodi prema načinu proizvodnje (2020. – 2024.)

- 24 Odluka o Nacionalnoj klasifikaciji djelatnosti 2007. – NKD 2007, Narodne novine 58/07.
 25 S obzirom na to da podaci koje trenutno imamo za javne prihode počinju od 2020. godine, od tada kreće i izračun kompozicije sektora. Podaci profitne proizvodnje koji obuhvaćaju i 2019. godinu prikazani su u Tablici 3. u poglavlju 5. Analiza financija profitnih zdravstvenih subjekata u Zagrebu u razdoblju od 2019. do 2024. Izračuni ne uzimaju u obzir neprofitne proizvođače koji nisu javne institucije – njihovi su prihodi u gradu Zagrebu u 2024. bili 51 milijun eura, što predstavlja nešto više od 5% sektora.

ZG ZDRAVSTVO – RADNICI PREMA NAČINU PROIZVODNJE (2020. – 2024.)



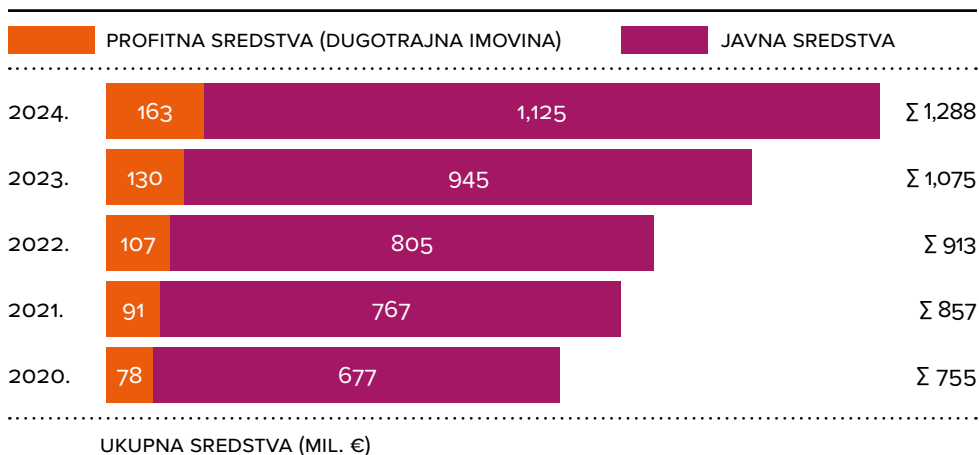
UDIO U UKUPNOM (%)



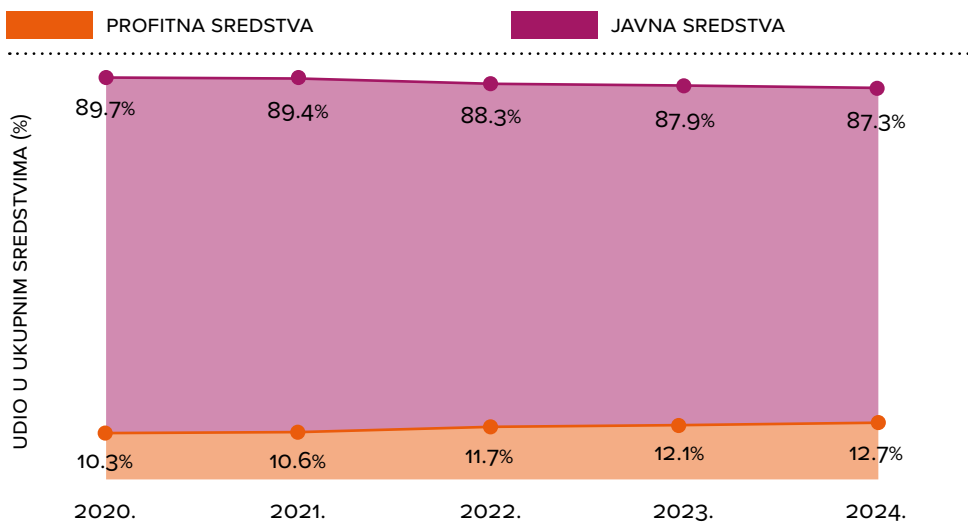
Graf 2. Zdravstvo Zagreba, broj radnika prema načinu proizvodnje (2020. – 2024.)

Porast udjela sredstava za proizvodnju, dugotrajne imovine kod profitnih subjekata, jest nešto sporiji, no i dalje predstavlja rast od 2,4% ukupnih sredstava za proizvodnju kod profitnih, dominantno privatnih subjekata.

ZG ZDRAVSTVO – SREDSTVA PREMA NAČINU PROIZVODNJE (2020. – 2024.)



UDIO U UKUPNOM (%)

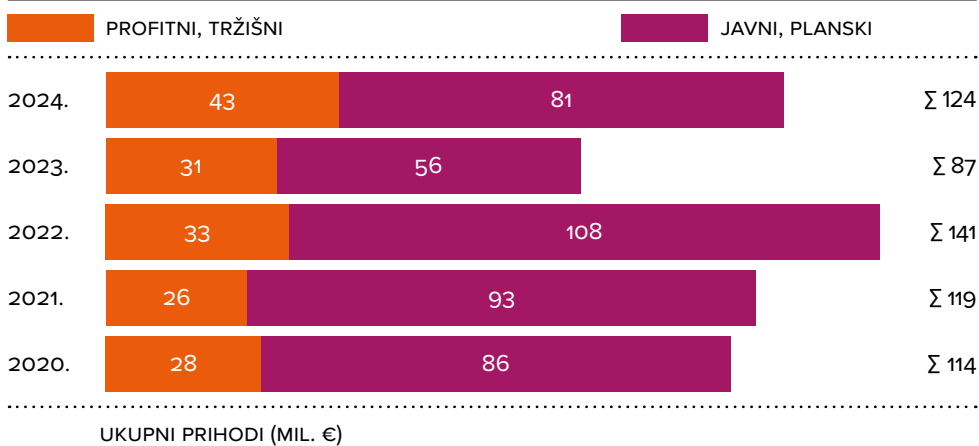


Graf 3. Zdravstvo Zagreba, sredstva za proizvodnju prema načinu proizvodnje (2020. – 2024)

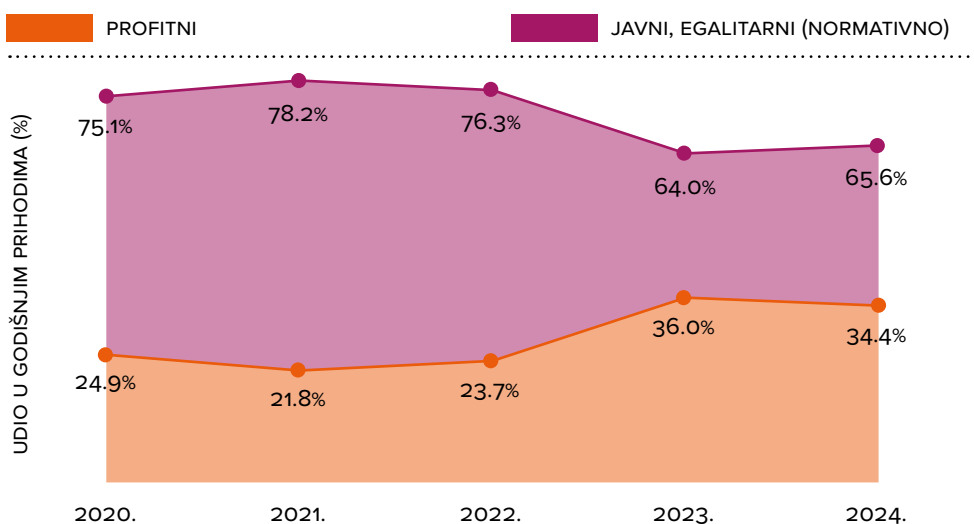
3.3.2. SOCIJALNA SKRB

U kompoziciji socijalne skrbi (odjeljci 87 i 88 prema Nacionalnoj klasifikaciji djelatnosti 2007) vidimo slične trendove. Posebno je naglašen pad udjela prihoda javne, egalitarne proizvodnje sa 75,1% na 65,6% te prateći rast prihoda profitne proizvodnje s 24,9% na 34,4%.

ZG SOCIJALNA SKRB – PRIHODI PREMA NAČINU PROIZVODNJE (2020. – 2024)



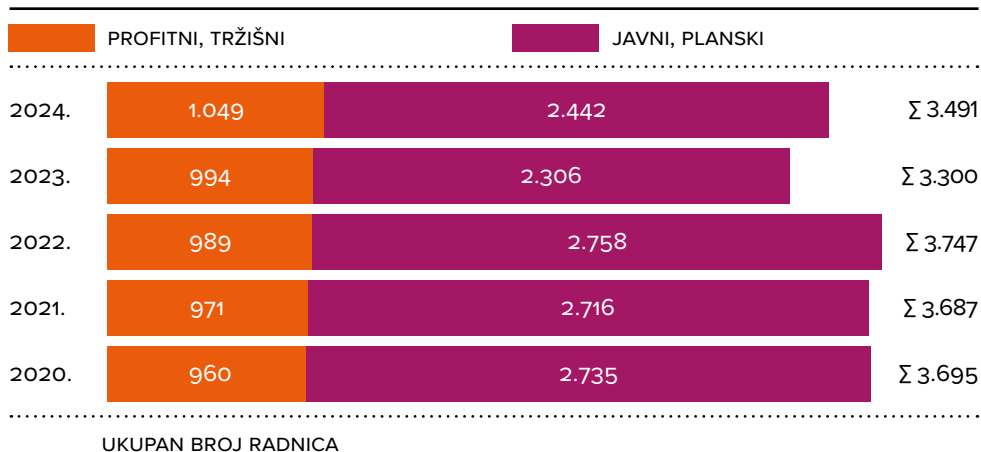
UDIO U UKUPNOM (%)



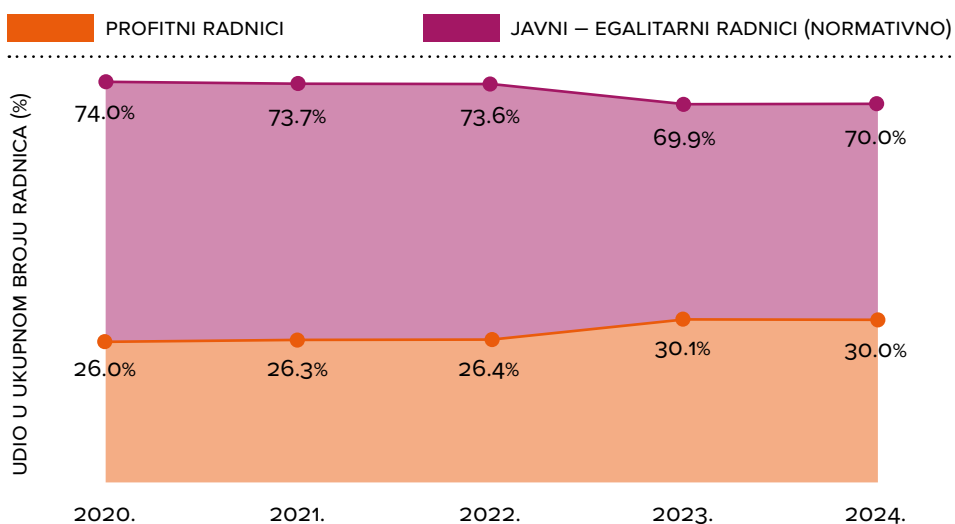
Graf 4. Socijalna skrb Zagreba, prihodi prema načinu proizvodnje (2020. – 2024)

Udio broja radnika je za 4% smanjen u javnoj, tj. povećan u profitnoj proizvodnji. Kod sredstava za proizvodnju, međutim, vidimo obrnutu tendenciju: unatoč smanjenju prihoda i broja radnika, imovina, tj. javna sredstva za proizvodnju rastu za 2,4%.

ZG SOCIJALNA SKRIB – RADNICI PREMA NAČINU PROIZVODNJE (2020. – 2024)

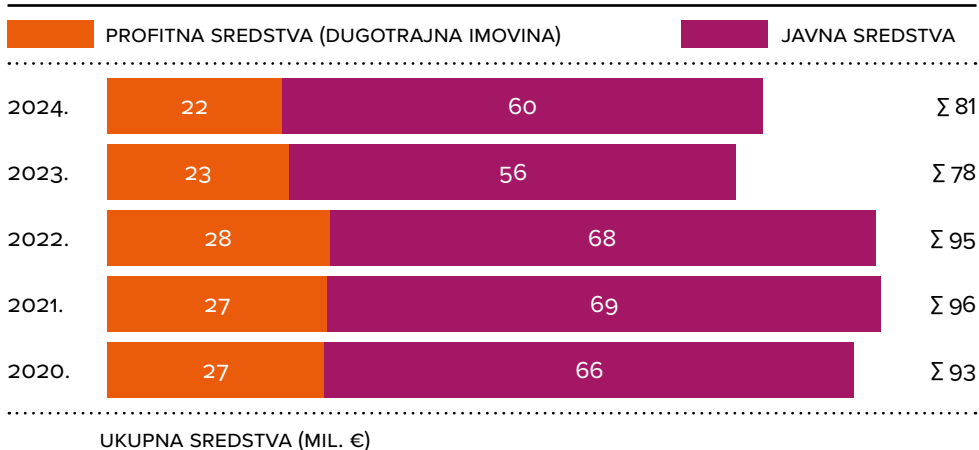


UDIO U UKUPNOM (%)



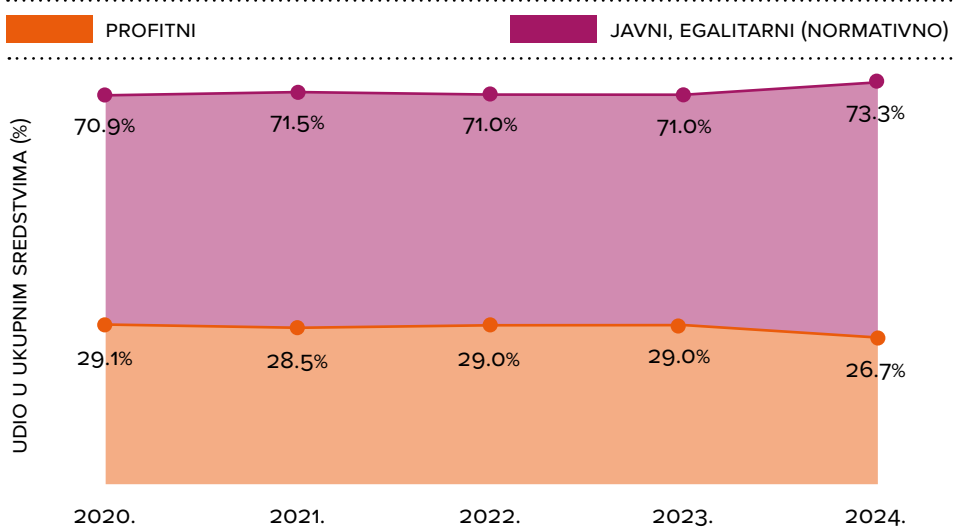
Graf 5. Socijalna skrb Zagreba, broj radnika prema načinu proizvodnje (2020. – 2024)

ZG SOCIJALNA SKRB – SREDSTVA PREMA NAČINU PROIZVODNJE (2020. – 2024)



UKUPNA SREDSTVA (MIL. €)

UDIO U UKUPNOM (%)



Graf 6. Socijalna skrb Zagreba, sredstva za proizvodnju prema načinu proizvodnje (2020. – 2024)

3.3.3. TRŽIŠNA LOGIKA I POSLOVNI MODELI U PRIVATNOM ZDRAVSTVU

Za razliku od primjerice ordinacija obiteljskih liječnika čiji prihod gotovo u cijelosti dolazi od HZZO-a na temelju pružanja zdravstvene zaštite unutar Mreže javne zdravstvene službe i obveznog zdravstvenog osiguranja, stomatološke ordinacije i ljekarne često imaju ugovore s HZZO-om i dio su Mreže javne zdravstvene službe, a usto zarađuju na tržištu pružajući usluge izvan obveznog zdravstvenog osiguranja, npr. prodajom bezreceptnih lijekova i dodataka prehrani, ili pak obavljanjem zahvata estetske stomatologije. Posljedično, udio prihoda koji ostvaruju na tržištu ovisi o širini ponude usluga koje nisu pokrivene obveznim zdravstvenim osiguranjem. S obzirom na to da obvezno zdravstveno osiguranje pokriva samo mali opseg stomatoloških usluga potrebnih stanovništvu, razumljivo je pozicioniranje osam stomatoloških ordinacija i poliklinika unutar 30 privatnih subjekata s najvećim prihodima. Čak šest od tih subjekata ima najveće prihode u svojim gradskim četvrtima (Črnomerec, Donja Dubrava, Novi Zagreb – zapad, Trešnjevka jug i sjever, Stenjevec), 19 ih ima prihode u 2024. godini više od milijun eura (ukupno 58,7 mil.) te čak 43 ima prihode više od pola milijuna eura (ukupno 76,6 mil., prosječni prihodi 1,74 mil.). Ukupni prihod tog podsektora u Zagrebu u 2024. godini je 99,4 milijuna eura.

Ista poslovna logika pokreće i privatne ustanove u drugim djelatnostima poput ortopedije, oftalmologije, radiologije, interne medicine i drugih. Iako su mnoge usluge u tim područjima formalno pokrivene obveznim zdravstvenim osiguranjem, pacijente u privatni sektor tjeraju nedostupnost i duge liste čekanja u javnom sustavu. Ugovor privatnih zdravstvenih ustanova s HZZO-om (bilo u okviru Mreže, bilo posebni ugovori za dijagnostičke postupke za koje su duge liste čekanja) pritom služi kao 'ulazna točka' za pacijenta u privatnu ustanovu. Time se stvara prilika da pacijent, nakon obavljene usluge na teret osiguranja nastavi koristiti i druge, komercijalne usluge te iste ustanove. **U tom odnosu ključnu ulogu igra asimetrija znanja između liječnika i laika te liječnički autoritet, posebice u interakciji s bolesnom osobom ili osobom zabrinutom za vlastito zdravlje ili zdravlje bliske osobe. To stvara sklizak teren na kojem se isprepliću profesionalna javno-egalitarna i profitna motivacija, zbog čega postaje teško razlučiti jesu li preporučene intervencije potaknute objektivnom medicinskom potrebom ili su motivirane tržišnom ponudom.**

Agregatni pokazatelji po NKD razredima u djelatnostima zdravstvene zaštite pokazuju distribuciju subjekata u 2024. godini po nizu parametara. Specijalistička medicinska praksa prednjači po prihodima, dobiti, broju radnika, investicijama, sredstvima za proizvodnju (dugotrajna imovina), novcem u banci i po broj subjekata, dok je stomatološka praksa po pokazateljima druga po financijskoj važnosti i broju radnika. U kontekstu pristupa koji ovdje razvijamo, njihov razvoj i odnos s javnom proizvodnjom, kao i utjecaj njihovog rada na jednakost u pristupu zdravstvenoj zaštiti trebalo bi analizirati kroz njihove ugovore sa HZZO-om i brojem radnika u dualnom radu, no te podatke u ovoj fazi nismo prikupljali.

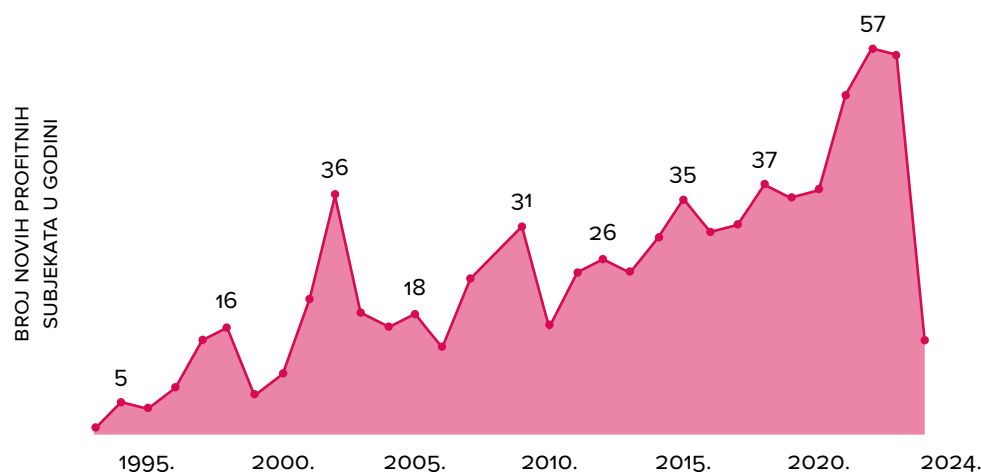
RAZRED DJELATNOSTI PREMA NKD 2007.	PRIHODI MIL. €	DOBIT MIL. €	BROJ RADNIKA	INVESTICIJE MIL. €	INV. STROJEVI MIL. €	DUGOTR. IMOVINA MIL. €	NOVAC U BANCI MIL. €	BROJ SUBJEKATA
86.22 SPECIJALISTIČKA	268,9	24,9	2.921	24,5	12,6	108,8	39,3	271
86.23 STOMATOLOŠKA	99,4	11,1	1.223	5,9	3,8	36,4	15,1	166
86.10 BOLNIČKA	37,2	2,4	364	4,2	3,5	10,6	3,3	5
86.90 OSTALE	36,4	3,2	715	2,0	0,8	6,9	6,2	76
86.21 OPĆA MEDICINSKA	3,2	0,4	51	0,3	0,2	0,4	0,5	21

Tablica 1. ZG profitni subjekti (prihod > 50 tisuća eura), zdravstvo (Q 86 NKD 2007), agregatni pokazatelji po NKD kategoriji, 2024.

3.3.4. OSNIVANJE PRIVATNIH SUBJEKATA U ZAGREBU

Privatni subjekti u zdravstvu i socijalnoj skrbi imaju dugu povijest, no sustavni porast privatnih subjekata kreće nakon 1990. godine. Budući da smo analizirali subjekte koji su u 2024. godini imali prijavljene prihode veće od 10 tisuća eura, mnogi subjekti osnovani u prvim godinama razdoblja nakon 1990. danas ne postoje i ne pojavljuju se u analiziranim podacima. Prvi subjekt koji zadovoljava navedene kriterije (da ima prihode u 2024. godini) osnovan je 1993. godine. Od tada su registrirana 764 subjekta, godišnji prosjek novih subjekata je 24, a rekordne godine po broju novih subjekata su 2022. s 57 subjekata i 2023. s 56. Na grafu 7. prikazan je vremenski trend osnivanja novih subjekata po godini za subjekte s više od 10 tisuća eura prihoda u 2024. godini.

ZG BROJ NOVIH SUBJEKATA PO GODINI (1993.–2024)



Graf 7. Godišnji broj novih privatnih subjekata u zdravstvu i socijalnoj skrbi u Zagrebu (od 1993) s prihodima više od 10 tisuća eura u 2024.

4.

PROSTORNA
DISTRIBUCIJA
SUBJEKATA
ZDRAVSTVA
I SOCIJALNE
SKRBI
U ZAGREBU



4.1. Povijesni razvoj i struktura bolničke mreže

Tijekom 20. stoljeća razvoj zagrebačkog zdravstvenog sustava obilježen je izgradnjom velikih bolničkih kompleksa koji su postali temelj javne mreže zdravstvene zaštite. Njihov prostorni raspored definirao je središta gravitacije zdravstvenih usluga. Time je dugoročno oblikovana prostorna logika zdravstvene ponude u gradu Zagrebu.

Najveći razvojni iskorak predstavlja izgradnja bolničkog kompleksa na Rebru, čija je gradnja započela 1930-ih, a službeno otvorenje uslijedilo 1942. godine. Danas taj kompleks čini jezgru Kliničkog bolničkog centra Zagreb, koji okuplja niz specijaliziranih klinika i zavoda. Od kliničkih bolničkih centara, u Zagrebu se nalazi i KBC Sestre Milosrdnice, najstarija bolnica osnovana 1846. godine kao prva moderna javna bolnica u Zagrebu, a koju su utemeljile Sestre milosrdnice sv. Vinka Paulanskog. Značajnu ulogu ima i Klinička bolnica Dubrava, razvijena na temeljima vojne bolnice osnovane 1791. godine. Njezina suvremena zgrada dovršena je 1988. godine, što je označilo važan korak u modernizaciji bolničkih kapaciteta grada. Tu je i Klinička bolnica Merkur, osnovana 1920. godine te Klinička bolnica Sveti Duh, osnovana 1804. godine, a koja je do 2019. bila pod upravom Grada Zagreba. Petrova bolnica predstavlja središnju gradsku ustanovu specijaliziranu za ginekologiju i porodništvo. Osnovana je 1920. godine kao glavno gradsko rodilište te nakon više od stotinu godina i dalje ostaje ključnom institucijom u ovom medicinskom području, formalno u okviru KBC-a Zagreb.

Zagreb ima i nekoliko samostalnih specijaliziranih bolnica poput Klinike za psihijatriju 'Vrapče', Psihijatrijske bolnice Sveti Ivan, Psihijatrijske bolnice za djecu i mladež, nekadašnje 'Rockefellerove' – Specijalne bolnice za plućne bolesti, Klinike za infektivne bolesti 'Dr. Fran Mihaljević', Dječje bolnice Srebrnjak. To se odnosi i na Kliniku za dječje bolesti Zagreb, koja je započela s radom 1904. godine kao dječji odjel Bolnice Milosrdnih sestara, a tijekom idućih desetljeća postupno se profilirala u samostalnu ustanovu od nacionalne važnosti. Te ustanove dio su mreže javnih zdravstvenih ustanova i predstavljaju važan segment zdravstvenog sustava metropole. Unatoč svojim nazivima (klinička bolnica, klinički bolnički centar), koji upućuju na pružanje visokospecijalizirane zdravstvene zaštite (tzv. tercijarne razine), one istodobno djeluju i kao opće bolnice za građane grada Zagreba (i Zagrebačke županije kao jedine županije koja nema svoju bolnicu). Specijalne bolnice, pak, zbog usko specijaliziranih djelatnosti ili populacije kojoj pružaju zdravstvenu zaštitu, također imaju regionalni ili nacionalni karakter.

Ovi bolnički kompleksi oblikovali su prostornu jezgru zagrebačkog zdravstva. Njihova koncentracija u središnjem i sjevernom dijelu grada značajno je usmjerila daljnji razvoj zdravstvene infrastrukture – kako javne, tako i privatne. U njihovoj neposrednoj blizini tijekom posljednjih desetljeća intenzivno su se razvijale privatne zdravstvene ustanove, što ukazuje na prostornu uvjetovanost i usku povezanost privatnih inicijativa s postojećim javnim kapacitetima.

4.2. Prostorno planiranje zdravstva u Zagrebu

Prostorni raspored zdravstvenih ustanova u Zagrebu danas odražava posljedice dugotrajnog izostanka strateškog planiranja društvene infrastrukture, uključujući i sektor zdravstva. Mreža bolničkih ustanova u velikoj je mjeri zadržala povijesno uspostavljene lokacije, bez značajnijeg usklađivanja s promjenama u razmještaju stanovništva i novim zdravstvenim potrebama.

U uvjetima ograničenih javnih ulaganja u nove kapacitete, odluke o lokacijama ustanova često su bile oportunističke. Privatni ulagači smještaju svoje poliklinike i specijalne bolnice ondje gdje već postoje veliki javni kapaciteti. Time se koriste postojeća infrastruktura, dostupnost i navike stanovništva na tim lokacijama, što im osigurava stabilan priljev pacijenata. Primjer takvog trenda je Specijalna bolnica Podobnik, prva privatna rodilišna bolnica u Hrvatskoj, koja djeluje upravo u krugu bolnice Sveti Duh, u neposrednoj blizini velike javne ustanove s istom specijalnošću. Ovakvi slučajevi ilustriraju kako se privatne zdravstvene ustanove smještaju uz velike javne bolnice, što dodatno potvrđuje nedostatak usmjerenog planiranja mreže zdravstvene djelatnosti.

U prostorno planskoj dokumentaciji Grada Zagreba, Generalnom urbanističkom planu (GUP Zagreb 2016)²⁶, zone označene kao D3 – zdravstvena namjena definirane su kao osnovne prostorne cjeline za smještaj bolnica, domova zdravlja, poliklinika i ostale medicinske infrastrukture. Formalno, plan predviđa da se veći zdravstveni objekti koncentriraju u ovim zonama od javnog i društvenog značaja. Ipak, GUP također omogućuje smještaj manjih zdravstvenih sadržaja i izvan striktno izdvojenih D3 zona. Primjerice, unutar pretežno stambenih ili mješovitih zona dozvoljena je gradnja objekata zdravstvene zaštite kao pratećih sadržaja, pod određenim uvjetima.

Ova fleksibilnost u planu dovela je do toga da se dio zdravstvenih ustanova nalazi izvan planske kategorije D3 površina, često unutar M1/M2 mješovitih zona, što je u skladu s GUP-om. U praksi to rezultira *ad hoc* odabirom lokacija umjesto sustavnog razmještaja zdravstvenih ustanova. Drugim riječima, iako je GUP nominalno nastao prema načelima ravnomjerne pokrivenosti i dostupnosti javnog zdravstva, u praksi projekte pokreću privatni investitori, bez šireg usklađenja s potrebama javne zdravstvene mreže smještenih izvan područja D3, u skladu s odredbama GUP-a koje to dopuštaju.

Preklapanje kartografskog prikaza planirane namjene prostora s realnim stanjem na terenu potvrđuje navedeni obrazac. Najveći broj značajnih zdravstvenih ustanova, uključujući većinu domova zdravlja, kliničkih bolnica i specijalističkih klinika, nalazi se unutar područja koja su GUP-om predviđena za zdravstvo (zone D3 ili općenito D-zonu javne namjene). Istovremeno, značajan dio ostalih zdravstvenih ustanova egzistira u mješovitim gradskim zonama. Privatni sektor tu činjenicu koristi: u dijelovima grada gdje su već prisutni veliki javni bolnički kompleksi opaža se intenzivnije osnivanje privatnih poliklinika i bolnica. Tako gradske četvrti s razvijenom bolničkom infrastrukturom, primjerice Maksimir (KBC Zagreb – Rebro), postaju žarišta i za

26 Odluka o izmjenama i dopunama Odluke o donošenju Generalnoga urbanističkog plana grada Zagreba, Službeni glasnik Grada Zagreba 9/16.

privatne pružatelje usluga. Koncentracija javnih kapaciteta ondje istodobno stvara tržišni potencijal za širenje privatnih usluga, što potvrđuju i posljednji trendovi rasta broja privatnih zdravstvenih subjekata upravo u tim dijelovima grada, a što je potvrđeno i ovim istraživanjem. Nasuprot tome, rubniji dijelovi grada (poput većeg dijela Novog Zagreba) unatoč porastu stanovništva bilježe slabiju prostornu pokrivenost zdravstvenim sadržajima.

Opisanu prostornu strukturu ilustrira i Slika 1. koja prikazuje preklapanje karte korištenja i namjene prostora (GUP Zagreb 2016) s aktualnim lokacijama domova zdravlja, bolnica i ostalih zdravstvenih ustanova. Na izdvojenom primjeru (istočni dio Donjeg grada) jasno se uočava gdje se planske oznake D3 (zdravstvena namjena) i opće D-zone poklapaju s realnim korištenjem prostora. Sve navedeno upućuje da je nužno jače integrirati strateško i prostorno planiranje zdravstva u gradu Zagrebu, kako bi se izbjeglo stihijsko razvijanje isključivo oko postojećih žarišta i osigurao ravnomjerniji teritorijalni raspored zdravstvene skrbi u budućnosti.



Slika 1. Grafički prikaz preklapa karte korištenja i namjene prostora (Generalni urbanistički plan Grada Zagreba 9/16) i postojećih lokacija domova zdravlja i drugih zdravstvenih ustanova, izrez dijela Zagreba, istočni dio Donjeg grada. Izvor: <https://geoportal.zagreb.hr/>.

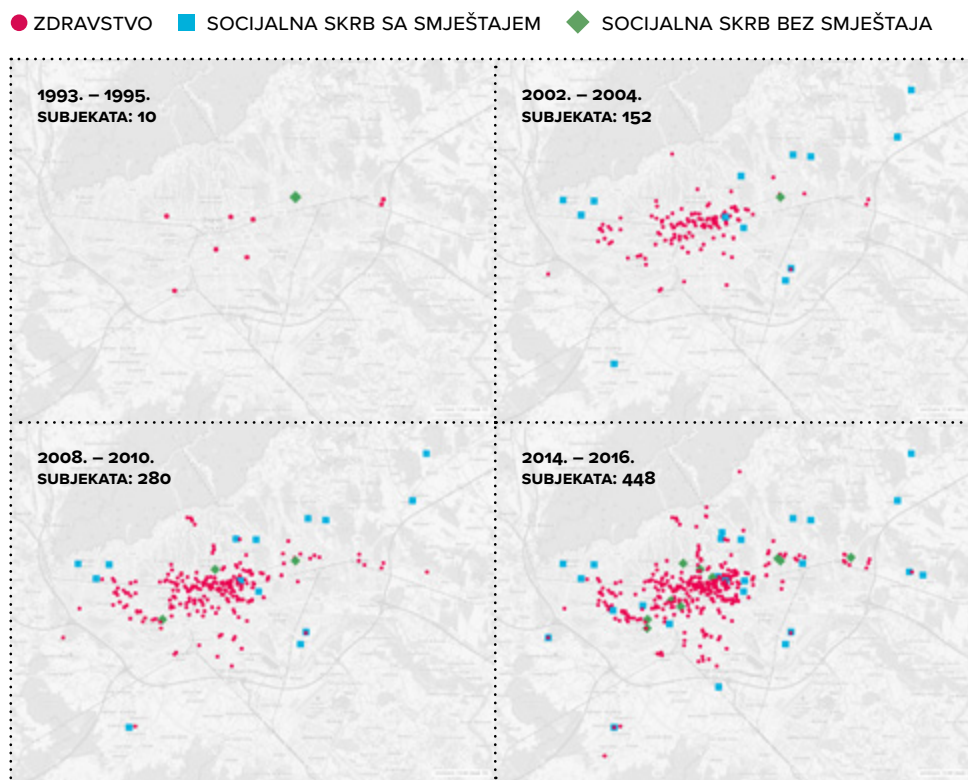
4.3. Opći trendovi prostorne distribucije (1993. – 2024)

Od početka 1990-ih do danas Zagreb bilježi kontinuiran porast broja profitnih subjekata u zdravstvu i socijalnoj skrbi, s osobito izraženim ubrzanjem nakon 2010. godine. Riječ je ponajprije o rastu privatnih pružatelja zdravstvenih usluga, čije se širenje pretežno odvija u prostornom okruženju postojećih bolničkih kompleksa. Najveća koncentracija novih subjekata uočava se u središnjim gradskim četvrtima, posebice u onima gdje su već prisutne ključne javne ustanove, što potvrđuje obrazac prostorne koncentracije zdravstvene ponude. Nasuprot tome, južni i istočni dijelovi grada – osobito Novi Zagreb – zapad – unatoč kontinuiranom demografskom rastu, ostaju infrastrukturno i uslužno slabije razvijeni.

Analiza u nastavku prikazuje prostornu distribuciju subjekata u razdoblju od 1993. do 2024. godine, s naglaskom na profitne pružatelje usluga. U obuhvatu su subjekti u djelatnostima zdravstva i socijalne skrbi – sa smještajem i bez njega – a njihovo širenje prikazano je u trogodišnjim intervalima. Tablica 1. prikazuje kvantitativni rast registriranih subjekata po analiziranim razdobljima, dok su prostorni obrasci vizualizirani kartografski kroz nekoliko izdvojenih isječaka koji prikazuju dinamiku prostornog razvoja u vremenskom nizu od 1993. do 2024. godine.

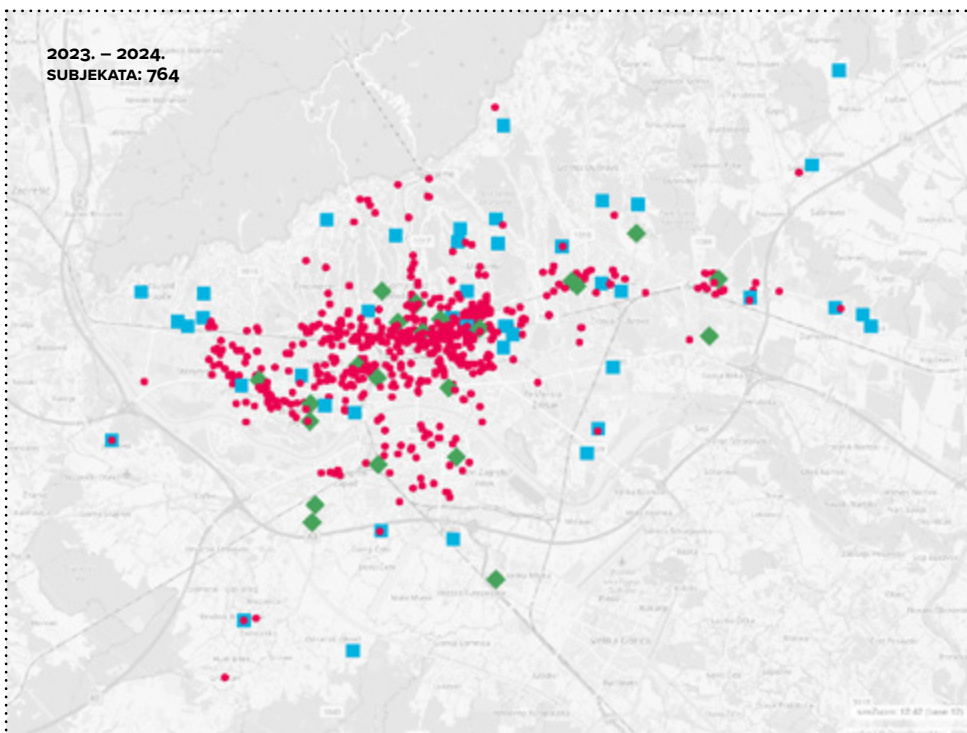
GODINE	'93. – '95.	'96. – '98.	'99. – '01.	'02. – '04.	'05. – '07.	'08. – '10.
SUBJEKATA	10	47	82	152	206	280
GODINE	'11. – '13.	'14. – '16.	'17. – '19.	'20. – '22.	'23. – '24.	
SUBJEKATA	354	448	551	694	764	

Tablica 2. Novi profitni subjekti u zdravstvu i socijalnoj skrbi, kumulativno u trogodišnjim intervalima, Zagreb (1993. – 2024)



Slika 2.–5. Prikaz prostorne distribucije i porasta profitnih subjekata, Zagreb (1993. – 2016)

Za jasniji i cjelovitiji uvid, karta s prikazom kumulativne distribucije svih profitnih subjekata u zdravstvu, zaključno s 2024. godinom, prikazana je u većem formatu na Slici 6, s ukupnim brojem od 764 subjekta.



Slika 6. Prikaz prostorne distribucije profitnih subjekata, Zagreb 2024.

4.4. Prikaz dostupnosti i udaljenosti zdravstvenih ustanova

Prostorna dostupnost zdravstvenih usluga može se prikazati pomoću toplotnih karata (eng. *heat maps*) koje vizualiziraju vremensku udaljenost stanovništva do ključnih zdravstvenih ustanova. Ovakvi prikazi omogućuju jasniji uvid u teritorijalnu pristupačnost uslugama, uz mogućnost razlikovanja scenarija prema načinu prijevoza – osobnim vozilom ili javnim prijevozom. U ovom su prikazu korišteni osnovni podaci o prometnim rutama i prosječnim brzinama, no važno je naglasiti da bi za preciznu analizu bilo nužno uključiti veći broj varijabli (npr. prometna opterećenost, učestalost i gustoća linija, vrijeme čekanja, kvaliteta povezanosti, pristupačnost ulaza, topografija i dr.). **Zbog metodoloških ograničenja, prikazane karte treba promatrati isključivo kao ilustrativni alat – njihova je svrha demonstracija potencijala vizualnog modeliranja u analizi dostupnosti zdravstvene infrastrukture, a ne stvarna procjena dostupnosti.**²⁷

Prva toplotna karta (Slika 7) prikazuje vremensku udaljenost putovanja osobnim vozilom od bilo koje točke u gradu do jedne od deset najvećih javnih zdravstvenih ustanova, rangiranih prema ukupnim prihodima iz sredstava HZZO-a. Visina prihoda ovdje se koristi kao *proxy* varijabla važnosti ustanove, pod pretpostavkom da viši prihod korelira s većim opsegom usluga i većim brojem korisnika.

27 Analiza je provedena s OSMnx 2.0.6 u Pythonu; vidi dokumentaciju na osmnx.readthedocs.io.

Za potrebe prikaza, prosječna brzina vožnje postavljena je na 30 km/h, bez modeliranja dnevnih oscilacija u prometu. Na ovoj karti, zelena boja označava područja unutar 12–13 minuta vožnje, dok tamnocrvena označuje udaljenosti iznad 30 minuta.

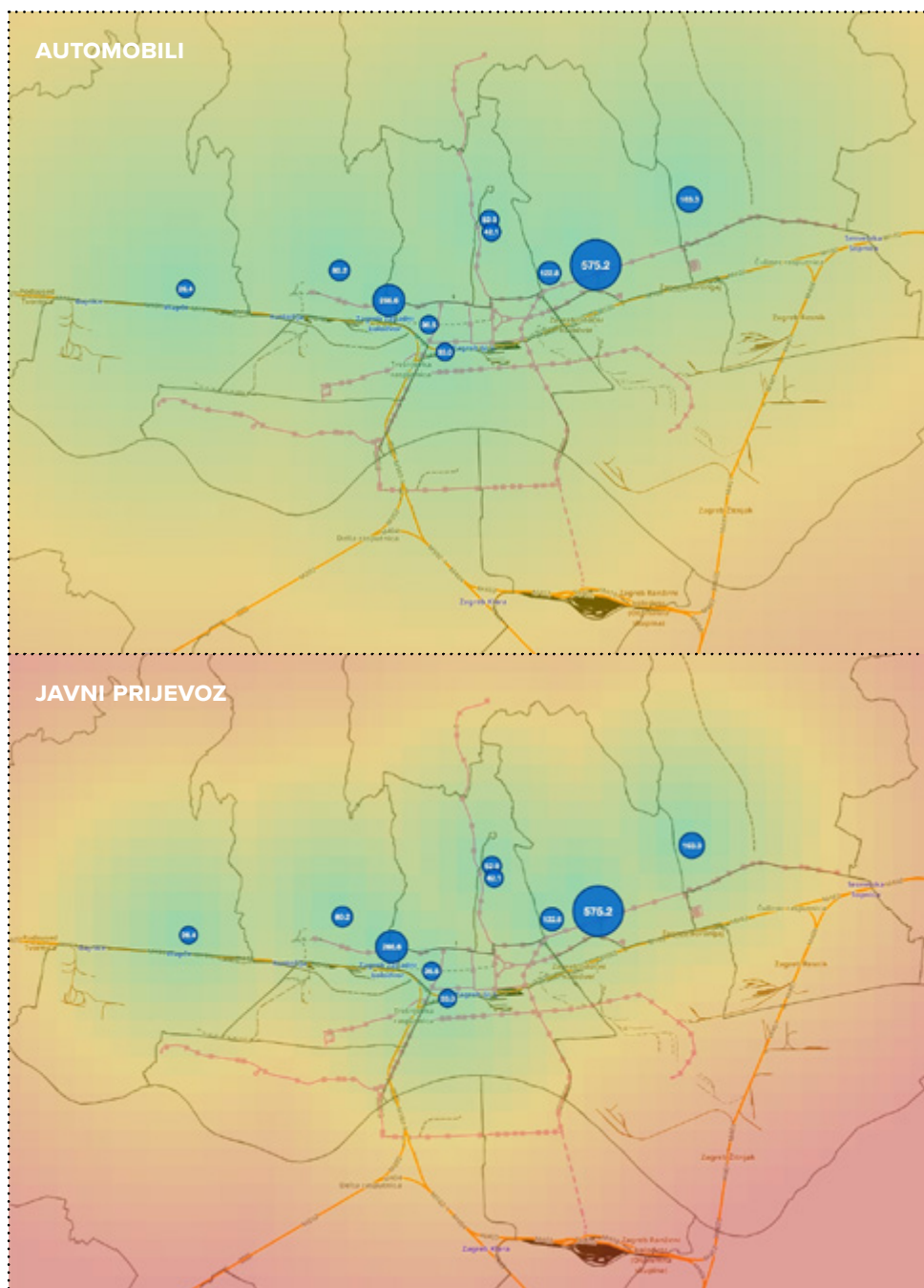
POTREBNO VRIJEME DO NAJVEĆIH 10 JAVNIH USTANOVA

LEGENDA

- Javne ustanove s prihodom (mil. € u krugu)
- Javne ustanove bez prihoda (dislocirane)

Vremenska udaljenost od javne ustanove (u minutama)

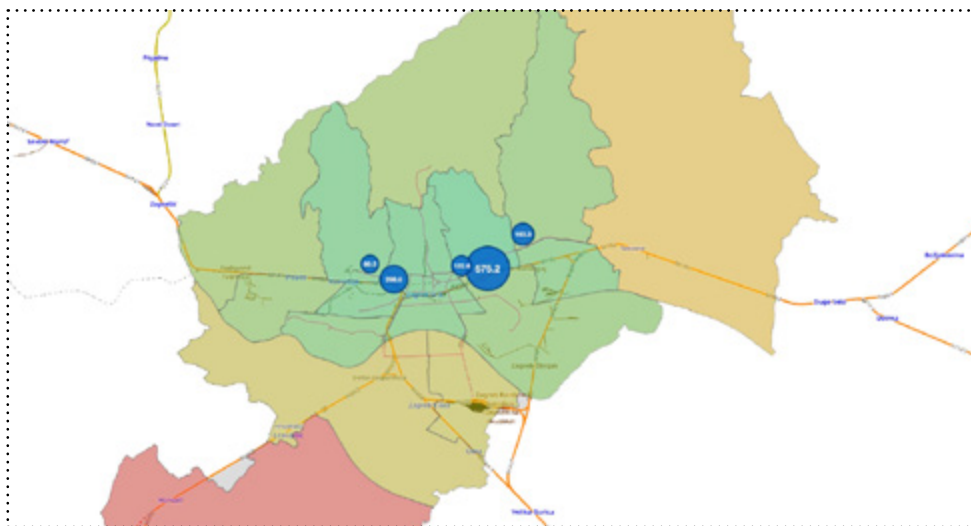
- bliže
- dalje



Slika 7. i 8. Toplotna karta vremenske dostupnosti do deset najvećih javnih zdravstvenih ustanova u Zagrebu – osobni prijevoz, 30 km/h (gornji prikaz) i toplotna karta vremenske dostupnosti do deset najvećih javnih zdravstvenih ustanova u Zagrebu – javni prijevoz, 10 km/h, uključeno hodanje i čekanje (donji prikaz)

Druga karta (Slika 8) prikazuje dostupnost istih ustanova korištenjem javnog prijevoza. Brzina kretanja postavljena je na 10 km/h, kako bi se u izračun ugradio i učinak pristupa stajalištima, čekanja, presjedanja i hodanja. U ovom prikazu, boja iz zelene prelazi prema zeleno-žutoj u rangu 15 – 18 minuta, oko 19 minuta je čista žuta, a za putovanja duža od toga postupno prelazi prema narančasto-crvenoj. Kada putovanje premašuje 45 minuta putovanja boja postaje crvena.

Na Slici 9. prikazana je prosječna udaljenost do pet najvećih javnih zdravstvenih ustanova po приходима, agregirano po gradskim četvrtima. Ovaj sažeti prikaz omogućuje usporedbu različitih dijelova grada u smislu prostorne dostupnosti najvažnijim javnim zdravstvenim resursima.



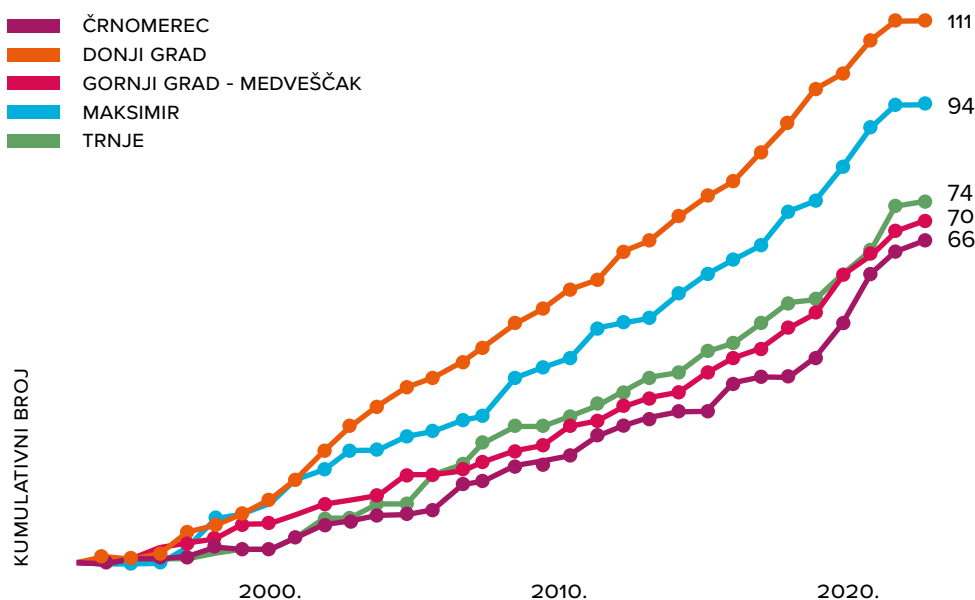
Slika 9. Prikaz prosječne udaljenosti gradske četvrti do jedne od pet najvećih javnih zdravstvenih ustanova prema приходима

4.5. Raspored i gustoća profitnih subjekata u zdravstvu i socijalnoj skrbi po gradskim četvrtima

Kada izuzmemo 2024. godinu za koju podaci nisu potpuni, jasno se vidi trend rasta osnivanja novih profitnih subjekata. Za potrebu analize po gradskim četvrtima, sastavili smo tablicu deset četvrti s najvećim brojem subjekata uz grafički prikaz vremenskih promjena u pet četvrti s najviše subjekata. Donji grad, Maksimir, Trnje i Gornji grad – Medveščak bilježe najveći broj subjekata, čime potvrđuju status urbanih središta s visokom infrastrukturnom razvijenošću. Suprotno tome, perifernije četvrti, poput Novog Zagreba – zapad ili Stenjeveca, imaju znatno manji broj registriranih subjekata, što ukazuje na prostornu neravnotežu u dostupnosti usluga.

GRADSKA ČETVRT	DONJI GRAD	MAKSIMIR	TRNJE	GORNJI GRAD - MEDVEŠČAK	ČRNOMEREC	TREŠNJEVKA SJEVER	TREŠNJEVKA JUG	PEŠČENICA ZITNJAK	STENJEVEC	NOVI ZAGREB ZAPAD
BROJ SUBJEKATA	111	94	74	70	66	54	53	46	40	32

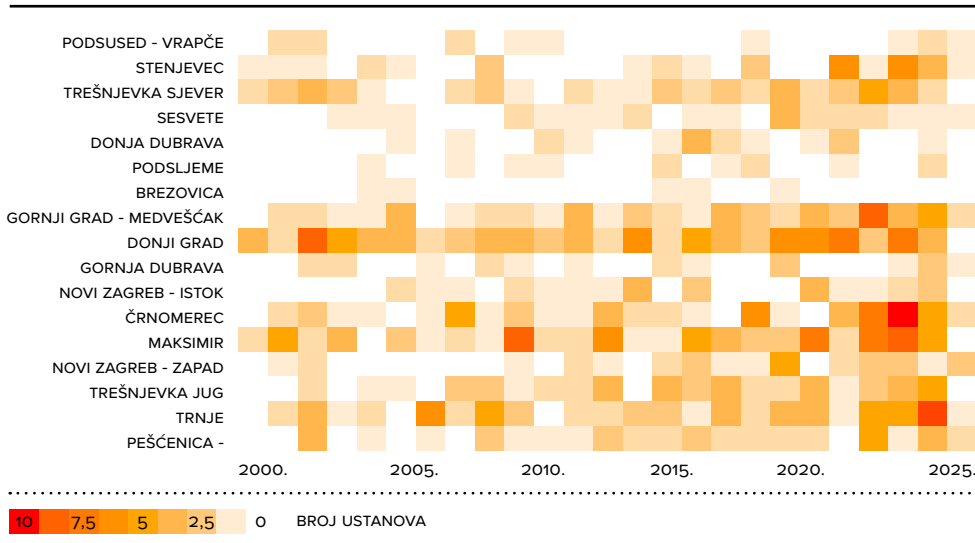
5 ČETVRTI S NAJVIŠE PROFITNIH SUBJEKATA (VREMENSKI GRAF)



Graf 8. Pregled deset zagrebačkih četvrti s najvećim ukupnim brojem profitnih subjekata zdravstva i socijalne skrbi s grafom pet četvrti s najviše subjekata.

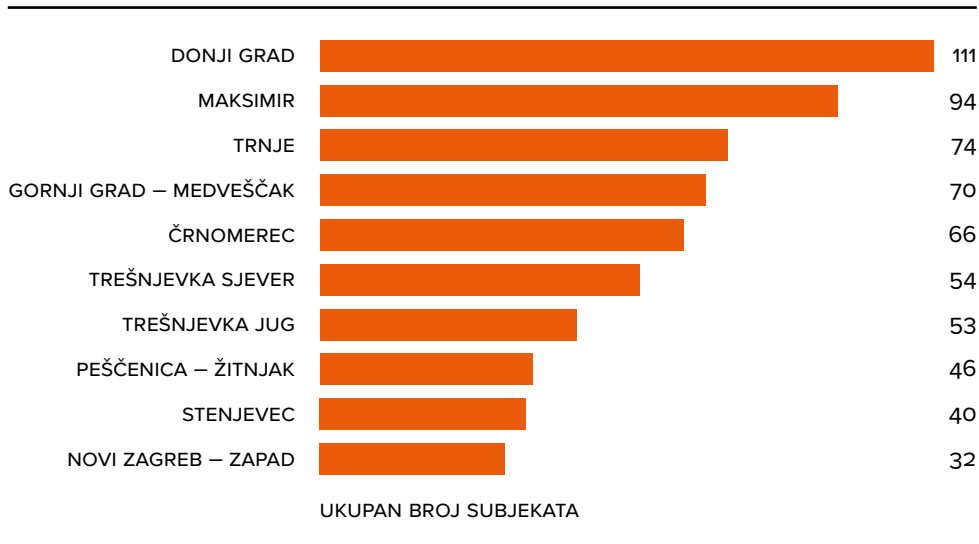
Vizualizacija podataka toplotnom mapom pruža jasniji uvid u godine i četvrti u kojima je osnovano najviše novih profitnih subjekata. Gradacija boja ističe godine i lokacije s najvećom gustoćom rasta, pri čemu najtamnija nijansa označava više od deset novoosnovanih subjekata u jednoj godini na razini četvrti.

HEATMAPA BROJ OSNIVANJA PO GODINAMA (2000+)



Slika 10. Toplotna karta broja novoosnovanih profitnih subjekata u zdravstvu i socijalnoj skrbi u jednoj godini po zagrebačkim četvrtima od 2000. do 2024. godine.

10 ČETVRTI S NAJVEĆIM UKUPNIM BROJEM PROFITNIH SUBJEKATA

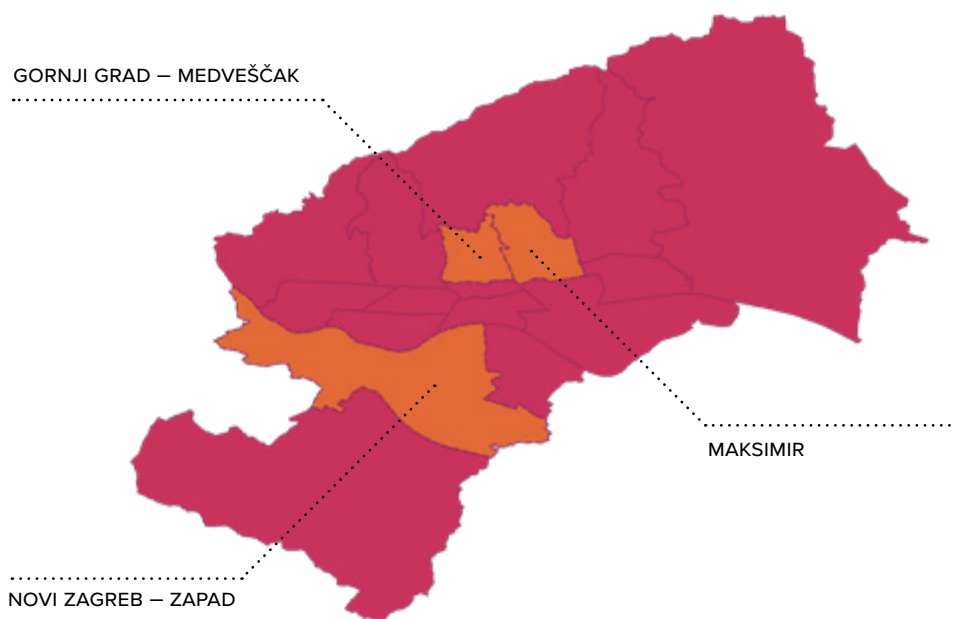


Graf 9. Profitni subjekti u zdravstvu i socijalnoj skrbi po gradskim četvrtima, Zagreb 2024.

4.6. Demografski prikaz odabranih gradskih četvrti: Gornji grad – Medveščak, Maksimir, Novi Zagreb – zapad

Analiza prostorne distribucije subjekata zdravstvu i socijalnoj skrbi u 2024. godini temelji se na usporedbi triju zagrebačkih gradskih četvrti: Gornji Grad – Medveščak i Maksimir (promatrani kao jedinstvena prostorna cjelina) te Novi Zagreb – zapad. Četvrti su odabrane na temelju različitih prostornih i infrastrukturnih obilježja u kontekstu razvoja i dostupnosti usluga.

ODABRANE GRADSKE ČETVRTI



Slika 11. Prikaz položaja odabranih gradskih četvrti (Gornji grad – Medveščak, Maksimir i Novi Zagreb – zapad) unutar prostorne strukture Grada Zagreba (Geoportal ZIPP-a (2020) [ZG Geoportal](#).)

Kvart	Stanovništvo 2021.	Površina km ²	Gustoća naseljenosti st./km ²
Gornji grad – Medveščak	26 423	10,18	2 596
Maksimir	47 356	14,97	3 163
Novi Zagreb – zapad	73 779	25,15	2 933
	63 917	62,63	1 021

Tablica 3. Demografski i prostorni pokazatelji odabranih četvrti Grada Zagreba²⁸

Gornji grad – Medveščak i Maksimir nalaze se u središnjem dijelu grada te čine jezgru zdravstvene infrastrukture, s visokom koncentracijom subjekata, osobito privatnih poliklinika i ordinacija. Ovaj prostor omogućuje analizu koncentracije kapaciteta zdravstva i socijalne skrbi u povijesnoj i užoj gradskoj jezgri. Nasuprot tome, Novi Zagreb – zapad predstavlja četvrt s najvećim brojem stanovnika, ali i s bitno nižom gustoćom naseljenosti te ograničenim brojem subjekata u sektoru. Ova četvrt obuhvaća veliku površinu i ističe se demografskim rastom, ali i infrastrukturnim deficitima, što je čini reprezentativnim primjerom perifernog urbanog prostora.²⁹

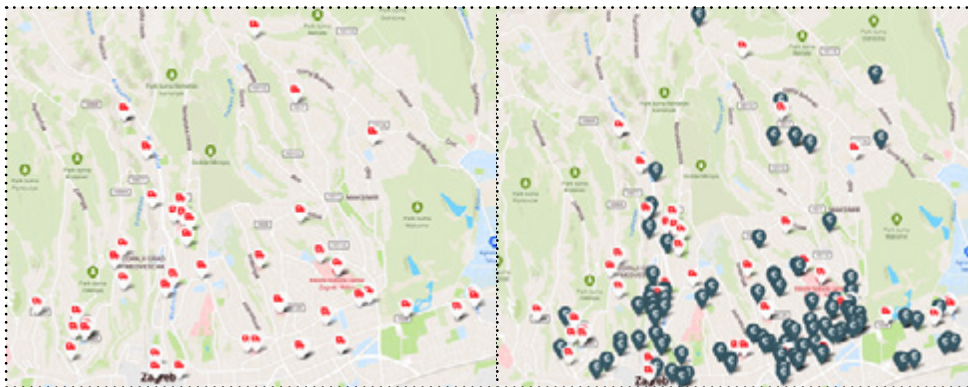
Takav odabir omogućuje usporedbu dvaju tipično kontrastnih urbanih konteksta: dijela gradskog središta s visokom koncentracijom subjekata zdravstva i socijalne skrbi nasuprot perifernog područja s demografskim rastom, ali nedostatnom ponudom u ovom sektoru.

4.7. Javni i profitni subjekti u odabranim četvrtima: Gornji grad – Medveščak, Maksimir i Novi Zagreb – zapad

U gradskim četvrtima **Gornji grad – Medveščak i Maksimir** u posljednjih desetak godina bilježi se izražen porast broja profitnih poliklinika koje sve češće poprimaju funkcionalne karakteristike manjih privatnih bolnica. Takvi subjekti ne djeluju više samo kao komplement javnom sektoru, već preuzimaju sve veći udio u ukupnoj ponudi dijagnostičkih i specijalističkih usluga. Na prvom kartografskom prikazu (Slika 12), s lijeve strane prikazane su lokacije javnih ustanova zdravstvene i socijalne skrbi koje izravno primaju sredstva iz proračuna ili putem Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) i njihove dislocirane jedinice. S desne strane (Slika 13) dodani su profitni, u pravilu subjekti iz istih sektora s godišnjim prihodima većim od 50.000 eura u 2024. godini, čime se ističu najznačajniji akteri u profitnom sektoru.

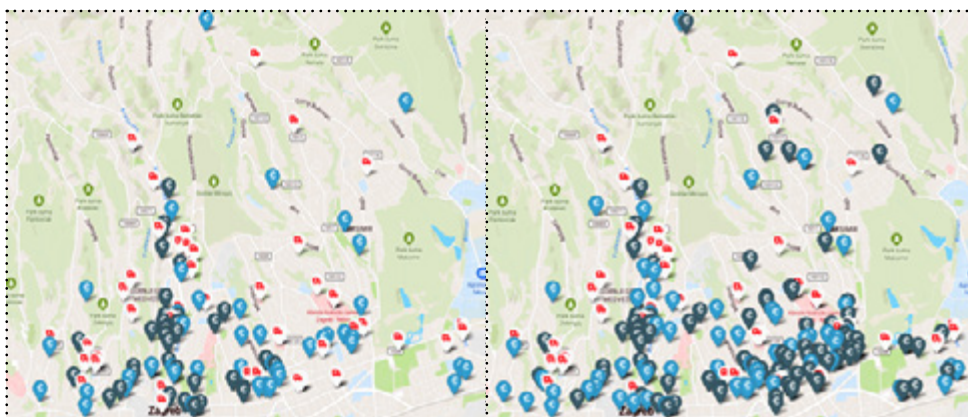
²⁸ DZS (2022) [Popis stanovništva kućanstava i stanova 2021.](#)

²⁹ Grad Zagreb: [Prostorne i statističke analize Gradskih četvrti Grada Zagreba.](#)



Slika 12. i 13. Usporedna prostorna distribucija subjekata u zdravstvu i socijalnoj skrbi u 2024. godini, javnih (lijevo) i profitnih s prihodom većim od 50 tisuća eura (desno) – kvartovi Gornji grad – Medveščak i Maksimir.

Sljedeći kartografski prikaz (Slike 14. i 15) je dodatno proširen: s lijeve strane prikazani su i profitni subjekti s godišnjim prihodom od 10.000 do 50.000 eura u 2024. godini, dok desna strana uključuje i njihove dislocirane organizacijske jedinice. Time se dobiva potpuniji uvid u prostornu gustoću i intenzitet djelovanja profitne proizvodnje u sektoru.

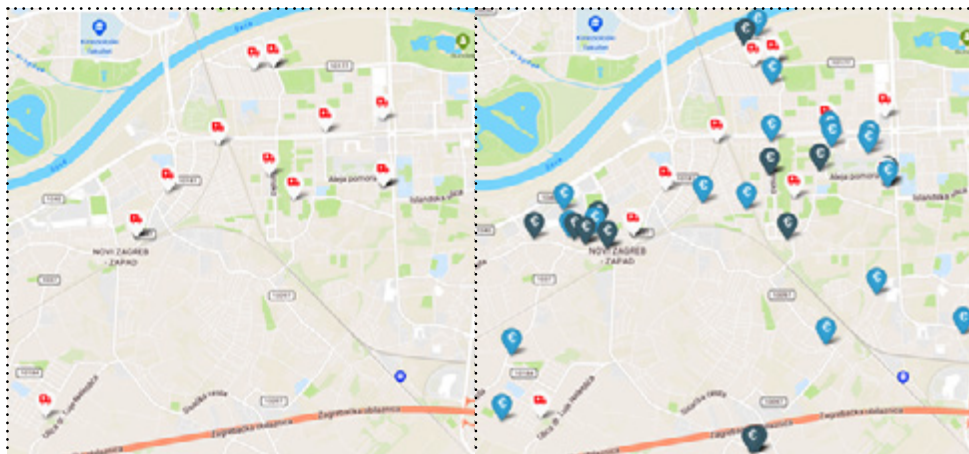


Slika 14. i 15. Proširena prostorna distribucija profitnih subjekata u zdravstvu i socijalnoj skrbi (prihod > 10 tisuća eura) i njihovih dislociranih jedinica – odabrane četvrti

Gradska četvrt **Novi Zagreb – zapad** razvijana je planski tijekom druge polovice 20. stoljeća kao dio šireg koncepta širenja grada prema jugu. Ključna prekretnica u prostornoj integraciji južnih dijelova bilo je otvaranje Mosta slobode 1959. godine, kojim je omogućen prometni pristup preko Save. Prva stambena naselja (Savski Gaj, Zaprude) bila su praćena daljnjom urbanizacijom i formiranjem naselja Lučko, Remetinec i Stupnik. Četvrt je administrativno ustrojena 1999. godine i obuhvaća i dijelove nekadašnjih naselja poput Botinca i Svete Klare.

U sklopu šire strategije decentralizacije ustanova, upravo je za Novi Zagreb bio planiran projekt Sveučilišne bolnice, kao jedan od ključnih razvojnih iskoraka u modernizaciji gradskog zdravstvenog sustava. Bolnica je trebala rasteretiti prekapacitirani centar grada te omogućiti ravnomjerniju distribuciju usluga južno od Save. Iako je započela gradnja objekta, projekt nikada nije završen, a stanovnici Novog Zagreba i dalje su gotovo u potpunosti oslonjeni na zdravstvene ustanove sjeverno od Save.

Na sljedećem kartografskom prikazu (Slike 16. i 17), s lijeve su strane prikazani samo javni subjekti u zdravstvu i socijalnoj skrbi, dok desna strana prikazuje i sve profitne subjekte s prihodom većim od 10.000 eura u 2024. godini, uključujući njihove dislocirane jedinice.



Slika 16. i 17. Usporedna prostorna distribucija subjekata u zdravstvu i socijalnoj skrbi u 2024. godini, javnih (lijevo) i profitnih s prihodom većim od 10 tisuća eura (desno) – Novi Zagreb – zapad

Analiza prostorne distribucije subjekata na području Zagreba pokazuje jasan trend koncentracije u središnjim i sjevernim gradskim četvrtima, posebno u zonama postojećih javnih bolnica. Usporedba odabranih četvrti, Gornji grad – Medveščak, Maksimir i Novi Zagreb – zapad, potvrđuje da su područja s razvijenom povijesnom infrastrukturom ujedno i prostori najintenzivnijeg rasta profitnih subjekata, uključujući i one s većim prihodima i, za pretpostaviti je, s višim razinama specijalizacije.

Prostorna dostupnost, ilustrirana pomoću vremenskih udaljenosti, dodatno potvrđuje postojeće nejednakosti: stanovništvo južnih i istočnih dijelova grada, unatoč brojnosti i urbanom rastu, ima otežan pristup složenijim uslugama koje su koncentrirane sjeverno od Save. Vizualizacije jasno pokazuju kako se najveći broj novih subjekata, osobito u profitnom sektoru, osniva upravo u četvrtima koje već imaju visoku koncentraciju postojećih javnih zdravstvenih ustanova.

Ukupni nalazi ukazuju na to da zagrebački sustavi zdravstva i socijalne skrbi djeluju unutar prostornog obrasca koji u velikoj mjeri odražava povijesno naslijeđenu mrežu ustanova, uz izostanak koordiniranog planiranja u skladu s demografskim i urbanim promjenama. Takav kontekst pogoduje daljnjoj reprodukciji prostorne nejednakosti, u kojoj dostupnost usluga zdravstva i socijalne skrbi sve više ovisi o mjestu stanovanja i prihodima, a sve manje o načelima univerzalne jednakosti građana.

4.8. Zdravstvo i prostorno planiranje: uloga planiranja u proizvodnji jednakosti

Rast profitnih subjekata u sektoru i njihova geografska koncentriranost sugerira da se zdravstvena i socijalna skrb u Hrvatskoj odvajaju od zakonom zajamčenog prava na zdravstvenu zaštitu. Analiza prostorne distribucije koju ovdje iznosimo u formi preliminarnog izvještaja istraživanja već sada pokazuje obrazac: u užem gradskom središtu koncentrirane su bolnice, privatne poliklinike i specijalističke ordinacije, dok se na periferiji i u ruralnim područjima gomilaju praznine. Rezultat je prostorna neravnopravnost koja proizvodi različite mogućnosti za pristup zdravstvenoj zaštiti.

Subjekti koji obavljaju zdravstvenu i socijalnu skrb trebali bi biti raspoređeni prema znanstveno i društveno procijenjenim potrebama, procesima u kojima sudjeluje struka, civilni sektor, javnost i predstavnici izabrani u politička tijela uprave, a čiji su zadaci da ispoštuju postojeće i stvaraju novo zakonodavstvo. Dojam je međutim da su ulaganja često vođena političkim pogodovanjem i profitnom logikom, a ona je privatnim subjektima zadana zakonski, računovodstveno i interesom investitora.

Prostorno planiranje, disciplina koja je nastala zbog društvenog promišljanja prostora i njegove namjene – što uključuje prostorne aspekte omogućavanja izvršavanja zakonom zajamčenog prava na zdravstvenu zaštitu – u međuvremenu je marginalizirana. Od devedesetih godina planeri su sustavno izgurani iz procesa odlučivanja, a prostor je prepušten tržištu i političkim odlukama koje su sve manje uključivale prostorno planiranje. Time je nestala strateška vizija razvoja javnih sadržaja, uključujući ustanove zdravstva i socijalne skrbi. Danas je gotovo nemoguće u ranoj fazi osigurati prostor za novu ambulantu ili dom zdravlja, jer zemljište u međuvremenu postaje predmet privatne špekulacije ili političkog dogovora. Cilj profitne proizvodnje i privatnih interesa tako nadjačava javni interes proizvodnje jednakosti u zdravstvenoj zaštiti.

U nedostatku planiranja prostora dešava se fragmentirani razvoj kojeg obilježavaju kratkoročni projekti, što često rezultira smanjenjem jednakosti u ostvarivanju zakonom zajamčenih prava. Urbani centri postaju preopterećeni, dok periferija ostaje prazna karta. Prostor bez plana funkcionalno se popunjava sadržajima koje vode individualne logike subjekata. One se ne moraju uklopiti u potrebe mreže javne zdravstvene službe čije je planiranje nužno za izvršavanje prava na zdravstvenu zaštitu. Takvo širenje subjekata u sektoru u pravilu donosi manje jednaku dostupnost, ali i neefikasno trošenje javnih sredstava, kada se radi o novim javnim subjektima i njihovim dislociranim jedinicama.

Ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu nužno uključuje i prostorno planiranje, pogotovo jer planiranje potreba mreže javne zdravstvene službe nije moguće bez prostornih aspekata poput geografske rasprostranjenosti i udaljenost od subjekata koji obavljaju funkcije unutar mreže. Povijesni razvoj sektora zdravstva i socijalne skrbi pokazuje da društveno oblikovanje proizvodnje kao profitne, proizvoda kao robe za tržišta, ne može biti jedini način na koji se potrebe zdravlja i socijalne skrbi zadovoljavaju. Upravno suprotno, u zadnjem stoljeću se pokazalo da su te potrebne bolje zado-

voljene javnim sustavima koji po potrebi kombiniraju i uključuju profitne privatne proizvođače. Drastičnim smanjivanjem uloge prostornog planiranja novonastale nejednakosti oblikuju praznine na karti. Vraćanje prostornog planiranja u središte politike zdravstva i socijalne skrbi nije akademska vježba, nego temeljni preduvjet za funkcionalan i pravedan sustav u kojem je pravovremena i dostupna skrb, neovisno o individualnim prihodima i mjestu stanovanja temelj strateškog promišljanja. Zanemarivanje takvog planiranja u konačnici se izravno odražava na kvalitetu zdravlja i života cjelokupnog stanovništva.

5.

ANALIZA
FINANCIJA
PROFITNIH
ZDRAVSTVENIH
SUBJEKATA U
ZAGREBU U
RAZDOBLJU OD
2019. DO 2024.



Jedan od limita izvedivosti projekta koji se provlači kroz cijeli izvještaj jest dostupnost podataka. Premium paket Fina Info.BIZ baze podataka koji smo kupili dozvoljavao nam je svaki mjesec izvoz deset tisuća redova podataka, no zbog načina organizacije podataka prilikom upita za izvoz izvoza, stvarni se opseg podataka pokazao znatno manjim od nego što smo očekivali prilikom kupnje paketa. Naime, svaki red u izvozu može sadržavati sve administrativne podatke o jednom poslovnom subjektu no deset poslovnih indikatora od ukupno više od 300 poslovnih parametara koji se odnose na godišnji izvještaj subjekta. Zbog navedenih ograničenja, u nekim smo izvuzima uzimali samo subjekte s više od 50 tisuća eura prihoda u 2024. godini, a u drugima i sve one s više od 10 tisuća. S obzirom na to da na nivou države postoji više od 1.700 subjekata u sektoru zdravstva i socijalne skrbi (klasificiranih u područje Q Djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi prema NKD-u 2007.³¹) s više od 50 tisuća eura prihoda godišnje te 2.253 s više od 10 tisuća, u praksi nam je trebalo nekoliko mjeseci da izvučemo sve poslovne pokazatelje potrebne za analizu. To je, uz ranije opisane izazove s drugim izvorima podataka (poglavlje 2), dovelo do sporijeg i fragmentiranijeg rada u fazi prikupljanja i strukturiranja podataka te posebno u fazi izrade inicijalnih analiza.

Izvezeni financijski podaci na početku izvoza bili su dostupni za vremenski raspon od 2019. do 2024. godine. Tijekom razdoblja prikupljanja podataka, podaci o 2019. prestali su biti dostupni, ali smo već izvezene podatke iz 2019. ostavili svugdje gdje su bili analitički upotrebljivi. Prvi predmet našeg interesa bili su prihodi, dobit³², nadnice i investicije kao agregatne vrijednosti za cijeli sektor. One su u našim tablicama izražene u milijunima eura, dok je ukupni broj radnika dobiven iz AOP stavke 226 financijskog izvještaja (broj zaposlenih po satima rada). Dobit po radniku je prosječna dobit za sektor iz Fina pokazatelja Dobit ili gubitak razdoblja po zaposlenom.

5.1. Profitni subjekti s godišnjim prihodima višim od 10 tisuća eura

Godina	Prihodi € mil.	Dobit € mil.	Nadnice € mil.	Broj radnika	Dobit po radniku €	Investicije € mil.
2024.	449,0	41,6	92,4	5.426	7.695	37,2
2023.	389,1	37,5	72,7	5.187	6.828	37,8
2022.	318,5	27,2	60,2	4.760	4.858	32,2
2021.	285,8	31,9	50,0	4.351	6.843	18,8
2020.	221,0	16,9	42,3	4.004	2.920	18,1
2019.	244,8	15,5	41,7	3.861	3.553	18,9

Tablica 4. ZG profitni subjekti (N = 705) s godišnjim prihodima višim od 10 tisuća eura, zdravstvo (Q 86 NKD 2007)

31 Odluka o Nacionalnoj klasifikaciji djelatnosti 2007. – NKD 2007, Narodne novine 58/07.

32 Kategorija je imenom 'Dobit ili gubitak poslovne godine', InfoBIZ koristi internu oznaku, AOP 097.

Godina	Prihodi € mil.	Dobit € mil.	Nadnice € mil.	Broj radnika	Dobit po radniku €	Investicije € mil.
2024.	42,6	3,5	11,4	1.049	1.417	1,5
2023.	31,2	0,3	9,2	994	1.159	0,5
2022.	33,4	1,8	7,7	989	1.632	1,7
2021.	25,9	-0,9	7,2	971	1.100	1,0
2020.	28,3	-0,3	6,8	960	-1.125	1,4
2019.	26,9	0,1	6,8	934	-719	0,9

Tablica 5. ZG profitni subjekti (N = 70) s godišnjim prihodima višim od 10 tisuća eura, socijalna skrb (Q 87, 88 NKD 2007)

Najveće su razlike vidljive u dobiti i investicijama, što sugerira znatno manju isplativost socijalne skrbi. Stoga ne čude ni manje investicije. Podaci o malim subjektima, s prihodima od 10 do 50 tisuća eura godišnje, pokazuju ono što se i očekuje od tako malih prihoda: gotovo uvijek imaju nisku dobit.

Zbog ograničenja mjesečne kvote izvoza podataka, za veliki dio dobavljenih podataka izvezeni su dvostruki setovi podataka: subjekti s godišnjim prihodima 10–50 tisuća eura i subjekti s više od 50 tisuća eura u 2024. godini. To nam je neplanirano dalo smisleniji uvid u pokazatelje kada se u obzir uzme druga grupa: ukupni prihodi smanjuju se za samo četiri milijuna eura (s 449 eura na 445 eura) dok dobit raste na gotovo 10 tisuća. Takvo uklanjanje 166 (sa 705 na 539) mikro profitnih subjekata nam daje drugačiju sliku poslovnih pokazatelja sektora koja važi za većinu subjekata.

5.2. Profitni subjekti s godišnjim prihodima više od 50 tisuća eura – zdravstvo

GODINA	PRIHODI € MIL.	DOBIT € MIL.	NADNICE	BROJ RADNIKA	DOBIT PO RADNIKU €	PROSJEČNA NETO PLAĆA €	INVESTICIJE € MIL.	INV. STROJEVI € MIL.
2024.	445,1	42,1	91,2	5.274	9.997	1.116	36,9	20,9
2023.	385,5	37,7	72,7	5.054	8.689	919	37,6	22,3
2022.	315,7	27,3	60,2	4.650	6.206	830	30,9	16,0
2021.	283,2	31,8	50,0	4.257	8.312	769	18,5	12,0
2020.	218,8	17,0	42,3	3.913	3.707	718	18,0	10,3
2019.	244,8	15,5	41,1	3.861	4.325	n/a	18,9	n/a

Tablica 6. ZG profitni subjekti (N= 539) s godišnjim prihodima višim od 50 tisuća eura, zdravstvo (Q 86 NKD 2007)

Za profitne subjekte u kategoriji s prihodima iznad 50 tisuća eura prihoda dobavili smo širi dijapazon poslovnih pokazatelja (AOP pozicije i Fina izračuni), što nam je omogućilo i širu analizu promjena sektorskih agregata.

Pokazatelj	2019 /2020.	2024.	Promjena (aps.)	Promjena (%)	CAGR početak 2024.
Prihodi	244,8	445,1	200,3	81,8%	12,7%
Dobit	15,5	42,1	26,7	172,5%	22,2%
Nadnice	41,1	91,2	50,2	122,2%	17,3%
Investicije	18,9	36,9	18,0	95,7%	14,4%
Inv. strojevi	10,3	20,9	10,6	103,1%	19,4%
Inv. građevina	3,4	6,6	3,1	90,1%	17,4%
Dugotrajna imovina	78,1	163,1	85,0	108,8%	20,2%
Novac u banci	33,5	64,4	30,9	92,4%	17,8%
Zadržana dobit	22,0	63,8	41,8	190,4%	30,5%
Honorari	3,9	9,9	6,0	153,5%	20,4%
Broj radnika	3.861	5.274	1.413	36,6%	6,4%
Dobit po radniku (€)	4.325	9.997	5.672	131,1%	18,2%
Prosječna neto plaća (c)	718	1.116	398	55,4%	11,7%
Imovina po radniku (€)	37.984	54.578	16.594	43,7%	9,5%

Tablica 7. ZG profitni subjekti (prihod > 50 tisuća eura), zdravstvo (Q 86 NKD 2007), agregatne promjene pokazatelja (2019/2020. – 2024)

Sektorske agregatne pokazatelje možemo pokazati i vizualno (Graf 10). Gotovo dvostruki rast investicija pokazuje akumulaciju sredstava za proizvodnju u društvenom obliku kapitala. **Za sve profitne proizvođače koji su u bilo kojem obimu financirani od strane HZZO-a vrijedi sljedeće: kroz ispunjavanje usluge za koju su plaćeni u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja, javna sredstva otplaćuju dio akumulirane imovine privatnih proizvođača te omogućavaju nova zaduženja i prateće investicije. Time javna sredstva namijenjena operacionalizaciji prava na jednakost u zdravstvenoj zaštiti doprinose akumulaciji kapitala, sredstava za proizvodnju koja se koriste u profitnoj proizvodnji. Kada bi se ista sredstva koristila u javnim ustanovama, gdje cilj proizvodnje nije profit već jednako pravo na zdravstvenu zaštitu, njihov društveni oblik ne bi bio kapital. Ona bi pridonosila amortizaciji i akumulaciji javnih sredstava za proizvodnju, društvenog oblika kojeg možemo zvati javnim bogatstvima.**³³

³³ U projektu Svjetska baza nejednakosti (WiD), javna se bogatstva definiraju kao ukupna nefinancijska i financijska imovina koju posjeduju državna tijela i institucije, umanjena za njihove financijske obveze. Vidi u popisu literature Alvaredo, F. i dr. (2021), sekcija 4.3. Javno bogatstvo.

ZAGREB – PROFITNO ZDRAVSTVO, AGREGATI – PROMJENE 2019/2020 DO 2024.

Usporedba ukupnih promjena, relativnog rasta i prosječnog godišnjeg rasta po pokazatelju.

	APSOLUTNA PROMJENA	UKUPNA PROMJENA	PROSJEČNI GODIŠNJI RAST
A	+3,1	+3,1	+90.1%
B	+6,0	+6,0	+153.5%
C	+10,6	+10,6	+103.1%
D	+18,0	+18,0	+95.7%
E	+26,7	+26,7	+172.5%
F	+30,9	+30,9	+92.4%
G	+41,8	+41,8	+190.4%
H	+50,2	+50,2	+122.2%
I	+85,0	+85,0	+108.8%
J	+200,3	+200,3	+81.8%
K	+0,4 TISUCA €	+0,4 TISUCA €	+55.4%
L	+1,4 TISUCA €	+1,4 TISUCA €	+36.6%
M	+5,7 TISUCA €	+5,7 TISUCA €	+131.1%
N	+16,6 TISUCA €	+16,6 TISUCA €	+43.7%

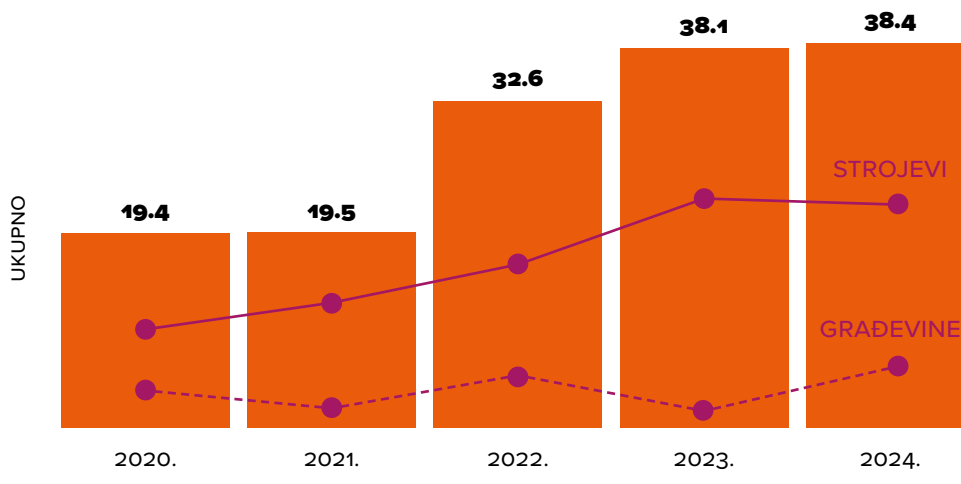
Vrijednost (mil. € osim ako je posebno naznačeno) Postotak CAGR %

A) Inv. građevina	E) Dobit	I) Dugotrajna imovina	M) Dobit po radniku
B) Honorari	F) Novac u banci	J) Prihodi	N) Imovina po radniku
C) Inv. strojevi	G) Zadržana dobit	K) Prosječna neto plaća	
D) Investicije	H) Nadnice	L) Broj radnika	

Graf 10. Zagreb, profitno zdravstvo, promjene poslovnih agregata (2019/2020. – 2024)

Za procjenu promjene društvenog oblika sredstava za proizvodnju prema kapitalu je zbog uloge tehnologije u zdravstvu važan uvid u investicije – one su se gotovo udvostručile u profitnom zdravstvu u zadnjih pet godina. Tek kada dobijemo potpune podatke HZZO-a o financiranju profitnih proizvođača moći ćemo razlučiti do koje mjere je rast profitnog sektora financiran sredstvima namijenjenih operacionalizaciji prava na jednakost.

TREND INVESTICIJA (ZAGREB, PROFITNI SEKTOR, ZDRAVSTVO)



Graf 11. Zagreb, profitno zdravstvo, investicije: ukupno, strojevi i građevine (2020. – 2024)

5.3. Profitni subjekti s godišnjim prihodima više od 50 tisuća eura – socijalna skrb

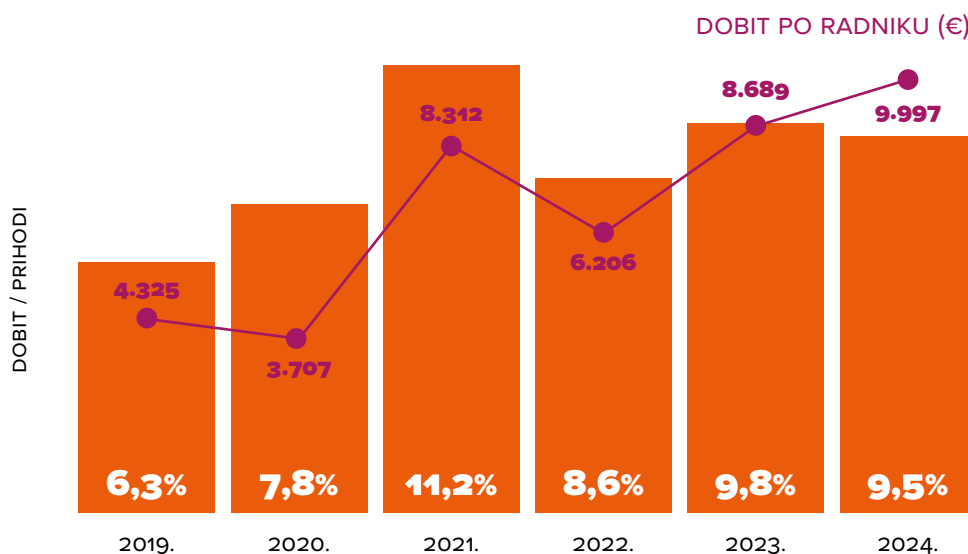
Sektorski agregatni pokazatelji za profitnu socijalnu skrb za grad Zagreb su značajno drugačiji od zdravstva. Sve su vrijednosti niže, no za subjekte s prihodima iznad 50 tisuća eura prihoda posebno se ističe znatno niža dobit po radniku u 2024. godini od 1.796 eura, u usporedbi s 9.997 u sektoru zdravstva.

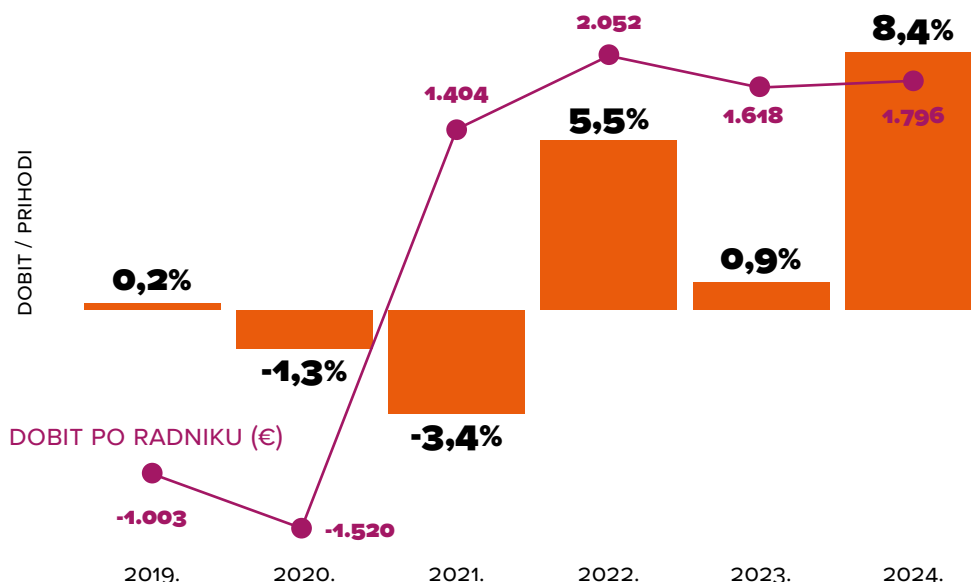
GODINA	PRIHODI € MIL.	DOBIT € MIL.	NADNICE	BROJ RADNIKA	DOBIT PO RADNIKU €	PROSJEČNA NETO PLAĆA €	INVESTICIJE € MIL.	INV. STROJEVI € MIL.
2024.	42,2	3,5	11,3	1.029	1.796	848	1,5	0,8
2023.	30,9	0,3	9,2	980	1.618	625	0,5	0,3
2022.	33,2	1,8	7,7	983	2.052	565	1,7	0,2
2021.	25,6	-0,9	7,2	956	1.404	564	1,0	0,3
2020.	27,8	-0,4	6,8	938	-1.520	525	1,4	0,4
2019.	26,9	0,1	6,6	934	-1.003	N/A	0,9	N/A

Tablica 8. ZG profitni subjekti (N = 48) s godišnjim prihodima višim od 50 tisuća eura, socijalna skrb (Q 87, 88 NKD 2007)

Prikaz profitabilnosti kao omjera prihoda i dobiti, kao i dobit po radniku, vrijedi pogledati odvojeno, pogotovo zbog iznimnog velikih razlika između podsektora zdravstva i socijalne skrbi. U sektoru socijalne skrbi su profitni subjekti do prije nekoliko godina bili u gubitku, a trend se okrenuo 2022. godine kada se bilježi prva profitabilnost

PROFITABILNOST PO GODINI – ZAGREB – ZDRAVSTVO (VIŠE OD 50.000 EUR)

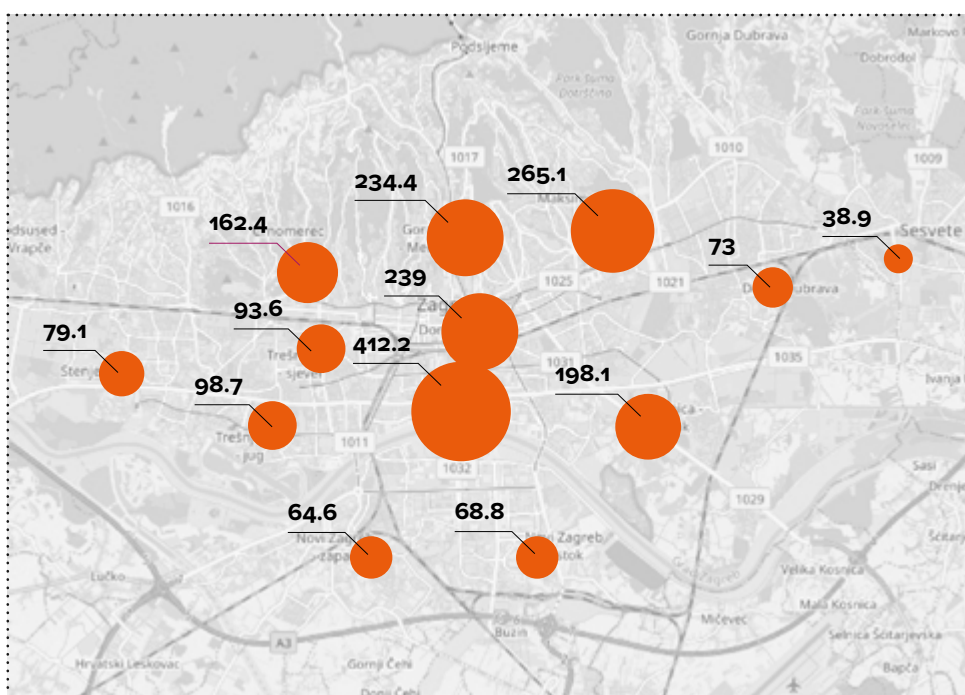




Graf 12. Zagreb, profitno zdravstvo i socijalna skrb, usporedna profitabilnost i dobit po radniku (2020. – 2024)

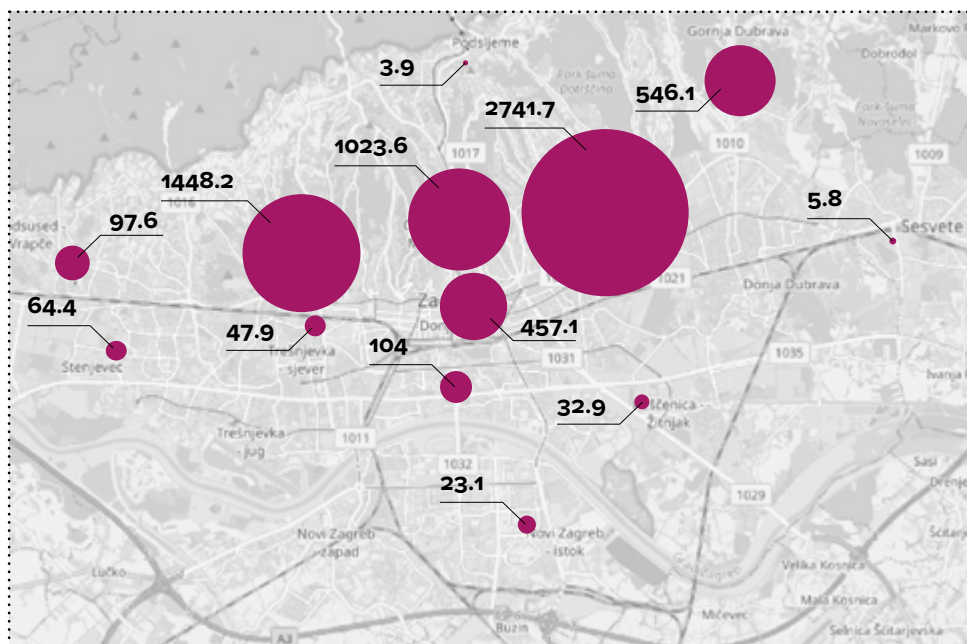
5.4. Kumulativni prihodi zdravstva i socijalne skrbi, profitni i javni, po gradskim četvrtima

Ukupni profitni prihodi u sektoru u razdoblju 2019. – 2024. su 2,79 milijarde eura. Prihode možemo prikazati i po gradskim četvrtima, za razdoblje 2019–2024: veći krugovi predstavljaju veće prihode, brojevi su za ovo razdoblje iskazani u milijunima eura.



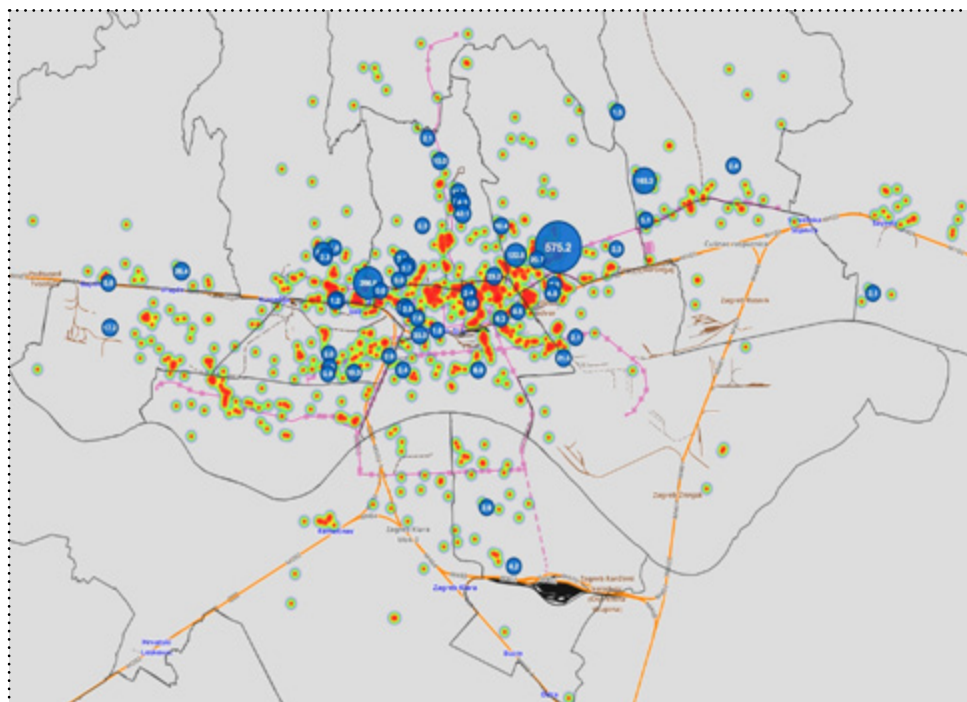
Slika 18. Prostorni prikaz kumulativnih prihoda profitnog zdravstva i socijalne skrbi u Zagrebu (2019. – 2024)

Za usporedbu, u razdoblju kraćem za jednu godinu (2020. – 2024), prihodi od HZZO-a u javnim subjektima u sektoru iznose 6 milijardi i 596 milijuna eura. Njih također možemo prikazati po gradskim četvrtima, što je i učinjeno na slici 19, gdje veći krugovi označavaju veće iznose, a brojevi su iskazani u milijunima eura.



Slika 19. Prostorni prikaz kumulativnih HZZO prihoda javno-egalitarnog zdravstva u Zagrebu (2020. – 2024)

Toplinska mapa na Slici 20. prikazuje uvid u gustoću, tj. koncentriranost profitnih subjekata te njihovu pozicioniranost u odnosu na javne subjekte u zdravstvu i socijalnoj skrbi. Brojevi u plavim krugovima su izraženi u milijunima eura, a predstavljaju prihode od HZZO-a svih javnih subjekata u 2024. godini.



Slika 20. Prostorni prikaz distribucije javno-egalitarnog i profitnog zdravstva i socijalne skrbi u Zagrebu (2024)

6.

OTVORENOST PODATAKA



Projektni tim je bazom podataka *Tvornica jednakosti – zdravstvo* pokušao prikupiti i objediniti podatke koji nam omogućuju analizu funkcioniranja javnog sustava zdravstva na makro nivou sa specifičnim ciljevima da prostorno, financijski, funkcionalno i relacijski mapiramo kompoziciju zdravstvenog sustava, te da time omogućimo uvide u promjene kompozicije privatnih i javnih zdravstvenih usluga i njihovu dostupnost.

Prema Zakonu o pravu na pristup informacijama³⁴, sva tijela javne vlasti 'dužna su ispunjavati niz zakonskih obveza u području pristupa i ponovne uporabe informacija u svrhu ostvarenja transparentnog i otvorenog načina rada i financiranja, postupanja i odlučivanja, što uključuje i obvezu objave registara i baza podataka (upisnika, očevidnika, lista, evidencija, popisa, imenika i sl.) za čije su vođenje nadležni, na svojim internetskim stranicama, u strojno čitljivom i otvorenom obliku, u skladu s otvorenim standardima, zajedno s metapodacima te načinom pristupa i ponovne uporabe'.³⁵ Istim zakonom, međutim, tijela javne vlasti mogu ograničiti pristup putem niza osnova.

Generalno načelo prava na pristup informacijama limitiraju pravne osnove i stvarne prakse tijela javne vlasti u kojim ona svoje podatke štite, određuju im svrhu upotrebe i dijapazon distribucije. Razumijevanje pravne osnove tih određivanja bilo bi korisno za ovaj projekt zbog budućih traženja pristupa podacima, no ovo polje nadilaze našu trenutnu ekspertizu. Dodatno, nikako zanemarivo, stvarne mogućnosti tijela javne vlasti, ovise i o internim ljudskim kapacitetima i znanjima razumijevanja i upravljanja informacijama te o postojećim tehničkim sustavima i adekvatnim budžetiranjem za sve radnje koje su potrebne da podaci tijela javne vlasti koji mi mogli imati širu društveno korisnosti budu otvoreni.

Rezultat politike otvorenih podataka uspostava je državnog Portala otvorenih podataka³⁶ koji je zamišljen kao čvorište skupova podataka različitih tijela javne vlasti, odnosno jedinstveno mjesto za pristup otvorenim podacima. No, u praksi taj projekt nije zaživio u obimu u kojem ga je zaista moguće nazvati jedinstvenim mjestom. Nekoliko je osnovnih standarda otvorenosti, od kojih se u posljednje vrijeme najviše ističe interoperabilnost, odnosno sposobnost različitih skupova podataka da se međusobno povezuju.

Mada se pod pojmom interoperabilnosti najčešće misli na tehničko povezivanje, Novi Europski okvir za interoperabilnost (EIF)³⁷ definira pet hijerarhijski i funkcionalno povezanih slojeva bez kojih potpuna razina interoperabilnosti nije moguća. Oni obuhvaćaju pravnu, organizacijsku, semantičku i tehničku dimenziju uz sveobuhvatan okvir upravljanja interoperabilnošću koji definira pravila, uloge i koordinaciju za sve ostale slojeve. Drugim riječima, bez usklađenih politika i procedura, pravnih osnova, usklađenih poslovnih procesa, jasno definiranih uloga i odgovornosti među dionicima,

34 Zakon o pravu na pristup informacijama, Narodne novine 25/13; 85/15; 69/22.

35 Povjerenik za informiranje (2018). *Priručnik o ponovnoj uporabi informacija za tijela javne vlasti: otvoreni podaci za sve*. Zagreb: Povjerenik za informiranje.

36 Vlada Republike Hrvatske: [Portal otvorenih podataka](#).

37 Europski okvir za interoperabilnost, [Komunikacija Europske komisije](#) (COM (2017) 134), 23. ožujka 2017.

te zajednički definiranih standarda i značenja podataka, nema ni preduvjeta za njihovu kvalitetnu razmjenu i interpretaciju.

Za otvorenost podataka važno je da su oni podaci u računalno čitljivom formatu (otvorenost) što spada u dimenziju semantičke interoperabilnosti. Prema shemi pet zvjezdica Tima Berners-Leeja, PDF format najzatvoreniji je (jedna zvjezdica), zatim slijedi XLSX format, pa CSV, RDF te je s pet zvjezdica ocijenjen LOD format³⁸. Također, svi skupovi podataka trebaju biti opisani, odnosno biti popraćeni detaljnim metapodacima.

Imajući na umu sve ovdje navedeno o kompleksnosti određivanja pravnih osnova, potrebe otvorenosti i njene implementacije, javno dostupni podaci koje smo koristili u ovoj studiji mogli bi biti bolje strukturirani, opisani metapodacima i dostupniji za strojno preuzimanje i obradu. U svim slučajevima su podaci bili dostupni isključivo u XLSX formatu, koji je nominalno otvoreni format, ali je u praksi potpuno strojna obrada nemoguća – niz koraka ručne obrade je u slučajevima ovih skupova bio nužan. Dodatno, nijedan od navedenih podatkovnih skupova nije opisan metapodacima.

Dodavanje otvorenijih i lakše strojno obradivih formata (CSV, JSON) kod svih bi navedenih skupova značajno povećalo vrijednost tih skupova.³⁹ U našem konkretnom primjeru, to bi nam omogućilo pisanje softverskih paketa za strojno dohvaćanje i analizu podatkovnih skupova koje smo koristili. Analitički bi posebno korisno bilo da svi skupovi sadrže dobavljiv podatak o OIB-u subjekata, osim ako za to ne postoje zakonske prepreke koje nam trenutno nisu poznate. Podaci bi trebali biti pravovremeno ažurirani te vidljivi na nacionalnom Portalu otvorenih podataka. Posebno bi postojeću praksu obogatila dostupnost što dužih povijesnih podataka jer bi omogućila analizu promjena i trendova u kompoziciji sektora zdravstva.

38 Povjerenik za informiranje (2018). *Priručnik o ponovnoj uporabi informacija za tijela javne vlasti: otvoreni podaci za sve*, Zagreb: Povjerenik za informiranje.

39 Primjer dobre prakse formata je portal Grada Zagreba, čiji nam postojeći podaci međutim nisu bili dovoljni za potrebe projekta <https://data.zagreb.hr/dataset/geoport-al-zdravstvene-ustanove>

7.

ZAKLJUČAK



Namjera istraživanja je bila konceptualno, podatkovno i teorijski postaviti na noge prostorno, financijsko, funkcionalno i relacijsko mapiranje kompozicije zdravstvenog sustava, s fokusom na trend odnosa profitnog i javnog zdravstva. Od svih razmatranih dimenzija, otvoreni i javno dostupni podaci bili su dohvatljivi za dvije: prostornu distribuciju subjekata te financijske pokazatelje u javnom i profitnom zdravstvu. Dodatno, radi usporedbe sa srodnim sektorom u analizu je uključeno i osnovno financijsko i prostorno mapiranje socijalne skrbi.

U Zagrebu u zdravstvu i socijalnoj skrbi 2024. godine profitno posluje 764 subjekta, od kojih je samo 10 bilo aktivno 1996. godine. U sektoru zdravstva, analiza financijskih pokazatelja za razdoblje 2020. – 2024. godine u gradu Zagrebu pokazuje jasan trend promjene kompozicije sektora u korist profitnih proizvođača. Uzevši sektor u cjelini, vidljiv je apsolutni rast profitnih prihoda s 221 na 449 milijuna eura, dok broj radnika raste s 4.004 na 5.426. Istovremeno u javnoj proizvodnji prihodi rastu s 866 na 1.524 milijuna eura, ali uz blago padajući broj radnika, s 21.756 na 21.485. Gledajući kompoziciju sektora, udio profitnih prihoda u zdravstvu u cjelini raste s 20,3% na 22,8%, dok broj radnika raste s 15,5% na 20,2%. Treba uzeti u obzir da ovaj porast radnika podcjenjuje stvarno stanje stvari jer značajan broj zaposlenih u javnom dijelu sektora prakticira dualni rad, tj. rade paralelno i u profitnim subjektima. Te ćemo podatke u sljedećoj fazi nastojati dobiti i integrirati u analizu.

U socijalnoj su skrbi u Zagrebu kompozicijske promjene veće. U periodu 2020. – 2024. posebno je naglašen pad udjela prihoda javne proizvodnje u sveukupnoj socijalnoj skrbi sa 75,1% na 65,6% te prateći rast prihoda profitne proizvodnje s 24,9% na 34,4%. Poslovni rezultati profitnih subjekata se iz gubitka od -1.520 eura po radniku u 2020. godini mijenjaju u dobit od 1.796 u 2024. Ukupne investicije u profitnoj socijalnoj skrbi su zanemarivih 1,5 milijuna eura u 2024. godini, pogotovo kad ih usporedimo s 36,9 milijuna eura investicija u profitnom zdravstvu u istom periodu. Drugu najočitiju razliku nalazimo u dobiti po radniku koja u 2024. godini iznosi 9.997 eura u zdravstvu te 1.796 u socijalnoj skrbi.

Sudjelovanje u Mreži javne zdravstvene zaštite predstavlja temelj ostvarivanja zakonom zajamčenog prava na jednakost u pristupu zdravstvenoj zaštiti. Značajan dio profitnih subjekata sudjeluje u Mreži javne zdravstvene službe. Do zaključenja ovog projekta nismo uspjeli dobiti financijske podatke o tim tokovima novca koji bi nam pružili važan uvid u niz istraživanih dimenzija. Ključno je pitanje pod kojim se uvjetima to sudjelovanje ostvaruje te pogoduju li ti uvjeti, i samim time preusmjeravaju javni novac, stvaranju i održavanju dobiti i akumulaciji privatnog bogatstva kao kapitala privatnih subjekata. Profitni dio sektora ima strukturnu prednost jer se može fokusirati na elektivne, visoko standardizirane i profitabilne usluge, primjenjujući model poznat kao 'pobiranje vrhnja' (eng. *cream-skimming*). Kapital, vođen logikom maksimizacije povrata na investiciju, usmjerava se u segment s najvećom profitabilnošću i najmanjim rizikom. Pritom je zakonski oslobođen i čak onemogućen da snosi teret hitnih slučajeva i zbrinjavanja najtežih pacijenata, stavljajući mu javni sustav na raspolaganje kao svojevrsnu sigurnosnu mrežu.

Porast dobiti privatnih subjekata upućuje na povećanu ponudu usluga na tržištu koja, u kombinaciji s pogoršanjem dostupnosti javnog sustava, dodatno usmjerava građane prema izravnom plaćanju zdravstvenih usluga, čime se *de facto* onemogućava ostvarivanje zakonskog prava na jednakost u pristupu zdravstvenoj zaštiti.

Prostorna analiza pokazuje da se profitni subjekti iz sektora zdravstva i socijalne skrbi grupiraju bliže užem središtu grada i bliže velikim javnim zdravstvenim ustanovama, dok periferna područja, unatoč značajnom demografskom rastu, ostaju neadekvatno pokrivena. Takva prostorna raspodjela upućuje na usku povezanost javnog i privatnog sektora te pokazuje da se privatni subjekti nastoje razvijati upravo ondje gdje već postoje infrastruktura, pacijenti i stručni kadar, prema logici tržišne isplativosti, a ne prema javnozdravstvenoj potrebi, bilo sadržajnoj ili prostornoj.

Otvoreni podaci u sustavu zdravstvene zaštite koji su nam bili potrebni samo dijelom zadovoljavaju kriterije otvorenosti, no veliki bi se napredak postigao stavljanjem metapodataka i otvorenijim formatima koji bi omogućili strojno dohvaćanje, obrađivanje i razvoj softverskih rješenja. Postojeći podatkovni setovi ne sadrže jasnu distinkciju profitnih od javnih subjekata, ili ti aspekti nisu dostupni. Identifikacija načina proizvodnje ključna je za analizu kompozicije i dinamike promjena te za procjenu implementacije prava na jednakost u pristupu zdravstvenoj zaštiti.

Uz financijsku i prostornu podatkovnu analizu, u projektu je napravljena početna analiza promjena zakonske regulative u zdravstvu posljednjih tri-desetak godina, s fokusom na oblikovanje uvjeta i mogućnosti za razvoj privatne inicijative u zdravstvu te pokušaje države da taj proces kontrolira. Druga dimenzija zakonske analize odnosi se na poziciju liječnika u ulozi poduzetnika, odnosno osnivača privatnih zdravstvenih ustanova i praksi te mogućnosti njihovog dvojnog i dopunskog rada.

Navedene analize nužne su za razumijevanje kumulativnog učinka vidljivog u praksi koji se očituje postupnom erozijom javnog zdravstvenog sustava i sistemskim sukobima interesa koji, iako zbog regulatornih nedorečenosti često nisu *de jure* sankcionirani, rezultiraju rastom privatnih profita na uštrb javnih resursa i pacijenata. Problem se manifestira kroz jaku kumulaciju profesionalnih, akademskih i imovinsko-interesnih funkcija u rukama pojedinaca i uskih interesnih skupina. Kroz izgradnju baze podataka i početnu analizu zakonskog okvira stvoren je konceptualni okvir i postavljene su pretpostavke za daljnji rad u funkcionalnoj i relacijskoj dimenziji mapiranja javnog i privatnog zdravstva.

Prilog 1. Pozicija liječnika unutar javnog i privatnog sustava

Analiza zakonodavstva o zdravstvenoj zaštiti u posljednja tri desetljeća otkriva složenu evoluciju u regulaciji privatne inicijative liječnika. Taj se put može promatrati kroz dvije isprepletene trajektorije: institucionalnu privatizaciju (uvjeti za osnivanje vlastite prakse) i privatizaciju rada (mogućnost dvojnog rada). Zakonodavni tijek nije bio linearan; kretao se od početnih strogih ograničenja i centralizirane kontrole, preko razdoblja liberalizacije, do današnjeg složenog sustava u kojem država, suočena s neuspjehom prethodnih modela, pokušava strateški upravljati odnosom javnog i privatnog. Međutim, najnovije mjere, iako predstavljene kao pragmatična rješenja, nose značajne strukturne rizike koji dovode u pitanje dugoročnu održivost javnog zdravstva. S obzirom na opisanu slojevitost i nelinearnost zakonodavnog tijeka, potpuna analiza svih normativnih akata i njihovih implikacija premašuje okvire ovog pregleda. Stoga su u nastavku izdvojene ključne regulatorne promjene u razdoblju od 1993. do danas, s metodološkim fokusom na one segmente Zakona o zdravstvenoj zaštiti koji najizravnije ilustriraju evoluciju privatne inicijative.

PREGLED UVJETA I PROCESA OSNIVANJA PRIVATNE PRAKSE I PRIVATNE USTANOVE U ZDRAVSTVU

Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine po prvi put sustavno omogućuje privatnu praksu, ali postavlja visoke barijere za ulazak. Članak 121. propisuje restriktivne uvjete, od kojih je najznačajniji zahtjev za najmanje deset godina radnog iskustva nakon položenog stručnog ispita. Sva odobrenja izdavao je izravno ministar zdravstva, čime je osigurana potpuna centralizirana kontrola nad time tko može postati privatnik.

Zakon iz 2003. godine uvodi veliku novinu – mogućnost osnivanja trgovačkog društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Time se, uz individualnu praksu, otvara prostor za ulazak većeg kapitala i osnivanje privatnih poliklinika i specijalnih bolnica. Ipak, zakon zadržava kontrolu implicitnom zabranom osnivanja općih i kliničkih bolnica u ovom obliku. Ovim potezom postavljen je temelj za strukturnu podjelu tržišta i fenomen ‘branja vrhnja’, gdje se privatni sektor usmjerava na profitabilnije niše. U pogledu osnivanja privatne prakse, dodan je uvjet da se privatna praksa može osnovati ako osoba nije u radnom odnosu, odnosno da ne obavlja drugu samostalnu djelatnost, što je predstavilo pokušaj regulacije dvojnog rada liječnika, koji je potrajao tek nekoliko godina.

Zakon iz 2008. uvodi model koncesije kao zamjenu za dotadašnji zakup, no njegova neuspješna implementacija i višegodišnje odgode obilježile su cijelo desetljeće. Također, tim je zakonom ukinuta zabrana osnivanja privatne prakse za zaposlene u javnom sustavu.

2018. godine se uvodi i liberalna odredba da trgovačka društva ne moraju zapošljivati zdravstvene radnike, što je izmjenama iz 2023. ispravljeno uvođenjem obveze zapošljavanja u radnom odnosu. Ovaj kratkotrajni zakonodavni ‘eksperiment’ i njegova brza korekcija ilustriraju temeljnu regulatornu dilemu. Liberalna odredba je vjerojatno bila zamišljena da omogući fleksi-

bilnije poslovne modele, gdje bi trgovačko društvo moglo funkcionirati kao platforma koja angažira liječnike kao neovisne suradnike. Međutim, takav model otvara niz problema: stvara prekarni rad za zdravstvene djelatnike, zamagljuje odgovornost za kvalitetu usluge i potencijalne liječničke pogreške te narušava kontinuitet skrbi. Ispravak iz 2023. predstavlja priznanje da je stabilan radni odnos ključan za osiguranje profesionalnih standarda i sigurnosti pacijenata, te je stoga bio nužan povratak na čvršći regulatorni okvir. Također, uvodi se odredba kojom se zdravstvenim radnicima, na funkcijama od ravnatelja do predstojnika klinika i pročelnika odjela, zabranjuje osnivanje privatnih ustanova ili tvrtki koje se bave istom ili srodnom medicinskom djelatnošću.

Najnovije izmjene iz 2024. donose stratešku inovaciju: specijalist koji da otkaz u javnoj bolnici oslobađa se obveze povrata troškova specijalizacije ako u roku od godinu dana osnuje privatnu praksu na primarnoj razini ili ugovori djelatnost na sekundarnoj razini na području ustanove u kojoj je prethodno radio. Iako se na prvi pogled čini kao pragmatično rješenje, ova mjera je u suštini paradoksalna. Država, koja je uložila golemu sredstva u specijalizaciju liječnika, sada aktivno potiče i olakšava transfer tog najvrjednijeg ljudskog kapitala iz svojih ključnih ustanova (bolnica) u privatni sektor, premda unutar javne mreže. Time se javnim ulaganjem izravno subvencionira osnivanje privatnih praksi.

Deklarirani cilj ove mjere je pragmatično ‘zadržavanje kadra’ na deficitarnom području, čime se osigurava kontinuitet zdravstvene zaštite za pacijente. Ova mjera, međutim, funkcionira kao ‘sigurnosni ventil’ koji rješava isključivo simptom (odlazak liječnika iz regije), ali ignorira i produbljuje temeljne uzroke problema – preopterećenost, loše uvjete rada, lošu organizaciju i neadekvatne plaće u javnim bolnicama. Time se potiče unutarnji odljev kadra iz bolnica u privatne prakse. Posljedica je ‘izdubljivanje’ (eng. hollowing out) javnih bolnica, koje gube ključne izvršitelje za provođenje zdravstvene zaštite. Ovaj proces izravno potiče privatni sektor da preuzme financijski najisplativije, elektivne procedure, dok javnim bolnicama ostaje isključiva odgovornost za skupa hitna stanja, kompleksne i neprofitabilne slučajeve. Time se privatizira dobit, a socijaliziraju troškovi i gubici, što javne bolnice dugoročno čini financijski neodrživima. Na to, privatnim ustanovama se zatim javnim novcem financira stvaranje profita kroz posebne ugovore s HZZO-om koji se odnose na ugovaranje postupaka za koje postoje duge liste čekanja.

PREGLED MOGUĆNOSTI DVOJNOG ILI DOPUNSKOG RADA LIJEČNIKA U ZDRAVSTVU

Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine, u članku 100. uvodi mogućnost da liječnici zaposleni u javnim ustanovama rade izvan punog radnog vremena, ali ne duže od trećine punog radnog vremena. Odobrenje za taj dopunski rad izdavao je ministar zdravstva. Isti članak uključivao je i odredbu prema kojoj zdravstvene usluge koje se pružaju izvan punog radnog vremena ne mogu se financirati iz sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja. Posebno je reguliran status nastavnika na fakultetima, kojima je, jedinima, članak 93. omogućavao istodobno zasnivanje radnog odnosa u više kliničkih i nastavnih ustanova. Oni su u tom smislu bili iznimka do 2003. godine kada

je to promijenjeno. Zakon iz 2008. za obavljanje poslova u struci izvan radnog vremena uvodi se odobrenje poslodavca umjesto ministra, zadržavajući ograničenje od trećine radnog vremena, Izostavlja se odredba o tome da se taj rad ne može financirati sredstvima iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Izmjenama Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz 2012. godine uvedena je obveza donošenja pravilnika kojeg propisuje ministar, a kojim se detaljnije utvrđuju mjerila prema kojima poslodavac odobrava zdravstvenom radniku sklapanje poslova iz zdravstvene djelatnosti poslodavca za svoj račun⁴⁰. Ključne izmjene prema Zakonu iz 2018. su izostavljanje ranijeg eksplicitnog vremenskog ograničenja od trećine radnog vremena te uvođenje izričite zabrane rada za svoj račun u djelatnosti poslodavca za ravnatelje, zamjenike i pomoćnike ravnatelja. Zakon iz 2023., suočen s posljedicama prethodne liberalizacije uvodi odredbu da poslodavac sada može i mora uskratiti ili opozvati odobrenje ako dopunski rad liječnika negativno utječe na organizaciju rada ili, što je ključno, dovodi do produljenja lista čekanja, a ministru se daje ovlast da naloži opoziv odobrenja, čime se kontrola nad radom liječnika veže uz mjerljive pokazatelje uspješnosti javne službe.

U praksi, kumulativni učinak ovih zakonodavnih mjera jest postupna erozija javnog zdravstvenog sustava. Istovremeno, nastaju sistemski sukobi interesa koji, iako zbog regulatornih nedorečenosti često nisu de jure sankcionirani, rezultiraju rastom privatnih profita na uštrb javnih resursa i pacijenata. Problem se manifestira kroz jaku kumulaciju profesionalnih, akademskih i vlasničkih funkcija u rukama pojedinaca i uskih interesnih skupina. Tako nije rijetkost da ista osoba istovremeno obnaša rukovodeću poziciju u akademskoj zajednici (npr. pročelnik katedre), stručnom udruženju (npr. predsjednik stručnog društva), imovinski je povezana s privatnom zdravstvenom ustanovom (npr. supružnik vlasnika), te zauzima ključnu funkciju unutar javne zdravstvene ustanove (npr. predstojnik klinike ili član upravnog vijeća bolnice) ili tijela javnih ovlasti poput strukovnih komora. Posebno je zabrinjavajuća situacija u kojoj, zbog preklapanja funkcija, ista osoba dolazi u poziciju da sama sebi bude nadređena, čime se de facto eliminira stvarni nadzor i stvara zatvoreni krug utjecaja. Takva koncentracija moći i utjecaja stvara model, slikovito rečeno, 'šeika u zdravstvu', gdje pojedinci imaju nesrazmjeran utjecaj na donošenje strateških odluka, kreiranje kliničkih smjernica, alokaciju javnih sredstava te, najvažnije, na usmjeravanje tijeka pacijenata.⁴¹ Time se zamagljuje granice između javnog i privatnog interesa, potkopavajući temeljna načela jednakosti, transparentnosti i dostupnosti zdravstvene zaštite.

40 Pravilnici su imali nekoliko izdanja i njihova daljnja analiza je ključna za potpuniju sliku mogućnosti dopunskog i dvojnog rada liječnika.

41 Andro Vlahušić kaže: '... Određeni broj liječnika, oko 120 ljudi, pod krinkom znanosti i napretka javni sektor iskorištava za privatno bogaćenje i da su postali toliko moćni kroz zauzimanje fakulteta, komore, povjerenstava, itd., da čine paralelnu vlast.' (Škaričić, N. Revolucionarna zabrana u Sloveniji, Portal Novosti).

Prilog 2. Literatura⁴²

METODOLOGIJA PROIZVODNJE JEDNAKOSTI I JAVNIH BOGATSTAVA

- Alvaredo, F. i dr. (2021). *Distributional National Accounts (DINA) Guidelines: Concepts and Methods used in WID.world*. <https://wid.world/methodology/>
- Piketty, T. (2022). *A Brief History of Equality*. Harvard University Press.
- Prug, T. (2025). *Uvod u proizvodnju jednakosti: povijest, metodologija i suvremena praksa* (u recenziji).
- Prug, T. i Žitko, M. (2024). *Social Forms Beyond Value: Public Wealth and Its Contradictions*.
- Prug, T. (2023). Globalne strukturalne zadatosti i proizvodnja jednakosti. U B. Tamindžija i V. Simović (Ur.), *Za progresivno oporezivanje*. Beograd: Centar za politike emancipacije (CPE).
- Therborn, G. (2015). *Moments of Equality: Today's Latin America in a Global Historical Context*.

PREGLED SUSTAVA ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI

- Džakula, A. i dr. (2021). *Croatia Health System Review*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34994691/>
- Hart, J. T. (2010). *The Political Economy of Health Care*. 2. izd. Policy Press.

PRAVNO OBLIKOVANJE JAVNE PROIZVODNJE I JAVNIH SLUŽBI

- Guy, M., i Odudu, O. (2023). *Understanding 'NHS privatisation': From competition to integration and beyond in the English NHS*. <https://doi.org/10.53386/nilq.v74i4.1068>
- Prosser, T. (2005). *The Limits of Competition Law: Markets and Public Services*. Oxford University Press.

KRITIKA PRIVATIZACIJE

- André, C., Batifoulier, P., i Jansen-Ferreira, M. (2016). *Health care privatization processes in Europe: Theoretical justifications and empirical classification*. <https://doi.org/10.1111/issr.12092>
- Moise, A. D., i Popic, T. (2024). *Political Determinants of Health: Health Care Privatization and Population Health in Europe*. <https://doi.org/10.1215/03616878-11257024>
- Džakula, A., Vočanec, D. i Lončarek, K. (2023). *Fragmentation, dehumanization, commodification: Crisis of medicine*. <https://doi.org/10.3325/cmj.2023.64.208>
- Ivčić, S., Vračar, A. i Weygand, L. (2017). Primarna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj od samoupravljanja do tranzicije: Korijeni ideja privatizacije. U c. Bonfiglioli & B. Koroman (Ur.), *Socijalizam: Izgradnja i razgradnja*.
- Duančić, V., Ivčić, S. i Vračar, A. (2021). *The Failed Promises of a Brighter*

42 Popis donosi odabir osnovne i najvažnije literature, uzimajući u obzir opseg poglavlja.

PROSTORNO PLANIRANJE

- Marinović-Uzelac, A. (1978). *Socijalni prostor grada*. Sveučilišna naklada Liber.
- Jukić, T.; Perkov, K.; Nosil Mešić, M. (ur.) (2025). *Vizija grada u budućnosti: Horizont 2050. – Budućnost koja se tek nazire*. Zagreb, Sveučilište u Zagrebu, Arhitektonski fakultet.
- Boeing, G. (2017). *OSMnx: New methods for acquiring, constructing, analyzing, and visualizing complex street networks*. <https://doi.org/10.1016/j.compenvurbsys.2017.05.004>

3. ANALIZA KOMPOZICIJE JAVNOG I PROFITNOG ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI

- **Graf 1.** Zdravstvo Zagreba, prihodi prema načinu proizvodnje (2020. – 2024)
- **Graf 2.** Zdravstvo Zagreba, broj radnika prema načinu proizvodnje (2020. – 2024)
- **Graf 3.** Zdravstvo Zagreba, sredstva za proizvodnju prema načinu proizvodnje (2020. – 2024)
- **Graf 4.** Socijalna skrb Zagreba, prihodi prema načinu proizvodnje (2020. – 2024)
- **Graf 5.** Socijalna skrb Zagreba, broj radnika prema načinu proizvodnje (2020. – 2024)
- **Graf 6.** Socijalna skrb Zagreba, sredstva za proizvodnju prema načinu pr. (2020. – 2024)
- **Tablica 1.** ZG profitni subjekti (prihod > 50 tisuća eura), zdravstvo (Q 86 NKD 2007.), agregatni pokazatelji po NKD kategoriji, 2024.
- **Graf 7.** Godišnji broj novih privatnih subjekata u zdravstvu i socijalnoj skrbi u Zagrebu (od 1993) s prihodima više od 10 tisuća eura u 2024.

4. PROSTORNA DISTRIBUCIJA SUBJEKATA ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI U ZAGREBU

- **Slika 1.** Grafički prikaz preklopa karte korištenja i namjena prostora (Generalni urbanistički plan Grada Zagreba 9/16) i postojećih lokacija domova zdravlja i drugih zdravstvenih ustanova, izrez dijela Grada Zagreba, istočni dio Donjeg grada, izvor: <https://geoportal.zagreb.hr/>.
- **Tablica 2.** Novi profitni subjekti u zdravstvu i socijalnoj skrbi, kumulativno u trogodišnjim intervalima, Zagreb (1993. – 2024)
- **Slika 2. do 5.** Prikaz prostorne distribucije i porasta profitnih subjekata, Zagreb (1993. – 2016)
- Slika 6. Prikaz prostorne distribucije profitnih subjekata, Zagreb 2024.
- **Slika 7. i 8.** Toplotna karta vremenske dostupnosti do deset najvećih javnih zdravstvenih ustanova u Zagrebu – osobni prijevoz, 30 km/h (gornji prikaz) i toplotna karta vremenske dostupnosti do deset najvećih javnih zdravstvenih ustanova u Zagrebu – javni prijevoz, 10 km/h, uključeno hodanje i čekanje (donji prikaz)
- **Slika 9.** Prikaz prosječne udaljenosti gradske četvrti do jedne od pet najvećih javnih zdravstvenih ustanova prema prihodima
- **Graf 8.** Pregled deset zagrebačkih četvrti s najvećim ukupnim brojem profitnih subjekata zdravstva i socijalne skrbi s grafom pet četvrti s najviše subjekata.
- **Slika 10.** Toplotna karta broja novoosnovanih profitnih subjekata zdravstvu i socijalnoj skrbi u jednoj godini po zagrebačkim četvrtima od 2000. do 2024. godine.
- **Graf 9.** Profitni subjekti u zdravstvu i socijalnoj skrbi po gradskim četvrtima, Zagreb 2024.
- **Slika 11.** Prikaz položaja odabranih gradskih četvrti (Gornji grad – Medveščak, Maksimir i Novi Zagreb – zapad) unutar prostorne strukture Grada Zagreba

- **Tablica 3.** Demografski i prostorni pokazatelji odabranih četvrti Grada Zagreba
- **Slika 12 i 13.** Usporedna prostorna distribucija subjekata u zdravstvu i socijalnoj skrbi u 2024. godini, javnih (lijevo) i profitnih s prihodom većim od 50 tisuća eura (desno) – kvartovi Gornji grad – Medveščak i Maksimir.
- **Slika 14. i 15.** Proširena prostorna distribucija profitnih subjekata u zdravstvu i socijalnoj skrbi (prihod > 10 tisuća eura) i njihovih dislociranih jedinica – odabrane četvrti
- **Slika 16. i 17.** Usporedna prostorna distribucija subjekata u zdravstvu i socijalnoj skrbi u 2024. godini, javnih (lijevo) i profitnih s prihodom većim od 10 tisuća eura (desno) – Novi Zagreb – zapad

5. Analiza financija profitnih zdravstvenih subjekata u Zagrebu u razdoblju od 2019. do 2024.

- **Tablica 4.** ZG profitni subjekti (N= 705) s godišnjim prihodima višim od 10 tisuća eura, zdravstvo (Q 86 NKD 2007)
- **Tablica 5.** ZG profitni subjekti (N= 70) s godišnjim prihodima višim od od 10 tisuća eura, socijalna skrb (Q 87, 88 NKD 2007)
- **Tablica 6.** ZG profitni subjekti (N= 539) s godišnjim prihodima višim od 50 tisuća eura, zdravstvo (Q 86 NKD 2007)
- **Tablica 7.** ZG profitni subjekti (prihod > 50 tisuća eura), zdravstvo (Q 86 NKD 2007), agregatne promjene pokazatelja (2019/2020. – 2024)
- **Graf 10.** Zagreb, profitno zdravstvo, promjene poslovnih agregata (2019/2020. – 2024)
- **Graf 11.** Zagreb, profitno zdravstvo, investicije: ukupno, strojevi i građevine (2020. –2024)
- **Tablica 8.** ZG profitni subjekti (N= 48) s godišnjim prihodima višim od 50 tisuća eura, socijalna skrb (Q 87, 88 NKD 200)
- **Graf 12.** Zagreb, profitno zdravstvo i socijalna skrb, usporedna profitabilnost i dobit po radniku (2020. – 2024)
- **Slika 18.** Prostorni prikaz kumulativnih prihoda profitnog zdravstva u Zagrebu (2019. – 2024)
- **Slika 19.** Prostorni prikaz kumulativnih HZZO prihoda javno-egalitarnog zdravstva u Zagrebu (2020. – 2024)
- **Slika 20.** Prostorni prikaz distribucije javno-egalitarnog i profitnog zdravstva i socijalne skrbi u Zagrebu (2024)

