

Okrugli stol - Javno i privatno u zdravstvu i ljekarništvu: Dvije logike, dvije etike? Pozdravne riječi, izlaganja i diskusija

Muzur, Amir; Šustić, Alan; Mušković, Karla; Juričić, Damir; Mozetič, Vladimir; Jager, Silvana; Miletić, Damir; Lukovnjak, Ivan; Bressan, Leonardo; Avberšek, Spomenka; ...

Source / Izvornik: **Jahr : Europski časopis za bioetiku, 2012, 3, 337 - 389**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:727881>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-14**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of
Medicine - FMRI Repository](#)



Pozdravne riječi, izlaganja i diskusija

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Dobar dan Vam želim!

Pozdrav našim gostima, prijateljima, studentima - koji su jedno i drugo, premda se mogu smatrati sigurno i domaćinima u ovoj instituciji. Volio bih pozdraviti našega dekana, gospodina Alana Šustića, koji trajno pruža potporu onome što radi naša Katedra, odnosno podružnica Hrvatskog bioetičkog društva, dakle suorganizatori ovoga skupa, kao i naše partnere iz, kako se to popularno kaže, gospodarsko-javne inicijative, a to su Poliklinika *Medico* i *Jadran* - Galenski laboratorij iz Rijeke, čiji je direktor, mr. Ivo Usmiani, također ovdje prisutan.

Javno i privatno u zdravstvu i ljekarništvu je tema ovogodišnjega okrugloga stola, tema koja je više puta potaknuta s više različitih strana pa nam je to bio najbolji test njene aktualnosti. Naime, i u medijima dakako, i u široj javnosti javno i privatno se često miješaju i spajaju, na ponekad bizaran način. Već za prošlim okruglim stolom koji je održan u siječnju 2010., a koji je nosio daleko širu temu - Aktualni trenutak hrvatskog zdravstva - detektirani su neki problemi pa tako i problem razlika između javnog i privatnog, odnosno sličnih ciljeva i različitih metoda. Činjenica je da je upravo uspjeh toga skupa prošle godine dao hrabrosti i organizatorima - na čelu riječke Podružnice, profesorici Gosić, i nama na Katedri za društvene i humanističke znanosti u medicini ovoga Fakulteta - da se odvažimo organizirati ciljani skup na ovu temu, koja je između ostaloga već bila predmetom rasprave i na sjednicama Fakultetskoga vijeća Medicinskoga fakulteta u Rijeci, što imamo zahvaliti prvenstveno profesoru Miletiću, jednome od današnjih uvodničara. Odnosno, bila je predmetom rasprave i na Stručnom vijeću KBC-a i, kao što ste mogli primijetiti, bila je odlično praćena u medijima iz razloga što je na kraju krajeva, imala i ima daleko širi javni društveni značaj.

Ako možemo podsjetiti one koji su prošle godine bili za okruglim stolom na temu Aktualnog trenutka u hrvatskom zdravstvu, postojala je jedna poveznica s današnjim okruglim stolom, a to je bila teza doktora Gorjanskog iz Osijeka koji je tako

pisao i u svojim djelima: da javno zdravstvo može odlično funkcionirati, da privatno zdravstvo može odlično funkcionirati, ali u momentu kada se oni počinju miješati na nedozvoljeni način, odnosno s ambicijama koje nisu ispravne, ni ekonomski ni logički, u tom slučaju nastaju problemi. Vjerujem da jedan dio problema općenito hrvatskoga zdravstva potječe iz te činjenice.

Ja bih se sada prije svega zahvalio svima koji su prihvatili da budu uvodničari, zahvalio bih se svima Vama koji ste sudionici i koji ćete biti sudionicima diskusije i ovoga skupa. Ispričao bih i neke koji su do posljednjega časa vjerovali da će nam se pridružiti, ali su onda otkazali, neki čak i doslovce prije sat vremena, počevši od, recimo, državnih tajnika Jurkovića, Golema, doktora Mittermayera i druge. Ja, na kraju, uvijek, sad već s praksom od dva okrugla stola, mislim da se oni zapravo prestraše gospođe Avberšek koju vide na popisu sudionika, ali to neka ostane samo kao moj neslužbeni dojam. Zahvaljujem svima Vama, zahvaljujem našim dragim partnerima *Jadranu* - Galenskom laboratoriju i Poliklinici *Medico* i prepuštam riječ dekanu Medicinskog fakulteta, prof. dr. Alanu Šustiću.

Prof. dr. sc. Alan Šustić

Dekan Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Dragi kolege i kolegice, dragi studenti, meni je velika čast i zadovoljstvo pozdraviti Vas ovdje u ime Medicinskog fakulteta. Posebice bih pozdravio na neki način partnere Medicinskoga fakulteta već neko vrijeme u nizu akcija, ne samo akcija koje vodi jedna od naših najaktivnijih katedri, a to je Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini na čelu s njezinim pročelnikom prof. Muzurom, već i partneri u ostalom dijelu naših aktivnosti, a to je ravnatelj Poliklinike *Medico*, gospodin Vladimir Mozetič, inače i prvi čovjek Hrvatske liječničke komore u Gradu Rijeci, odnosno Primorsko-goranskoj županiji. I to je gospodin Ivo Usmiani iz Galenskog laboratorija - njega ne trebam predstavljati, ali on je u jednoj posebnoj ovdje funkciji: gospodin Usmiani je i član Sveučilišnog vijeća, dakle predstavlja najbitniji kontrolni mehanizam cijelog Sveučilišta. Oni su nama vrlo bitni partneri. Medicinski fakultet puno surađuje s njima i želi još više surađivati. Mi znamo da je Sveučilište u Rijeci odlučilo i napravilo sve da prijeđe iz faze takozvanog Humboldtovog sveučilišta druge generacije u sveučilište treće generacije, dakle generacije sveučilišta gdje studenta stavljamo u ono što nazivamo trokut znanja: između obrazovanja, istraživanja i inovacija. I nama su orijentacija prema partnerima pogotovo partnerima kao što je *Jadran* - Galenski laboratorij zapravo *sine qua non* preživljavanja, kako na Medicinskom fakultetu tako i na Sveučilištu.

Posebice bih ovdje naglasio i veliku aktivnost Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini, koja ne samo da ima ovako kvalitetne okrugle stolove, nego iz tih okruglih stolova proizlaze i vrlo kvalitetni pisani materijali. Kao što je govorio puno puta prof. Šegota, jedan od naših *emeritusa* i inače porijeklom s te Katedre: "Sve što je napravljeno, ako nije zapisano, nije niti napravljeno".

Tema ovog Okruglog stola mislim da je izuzetno interesantna. Ona je u svakom slučaju aktualna, a vjerojatno i dosta intrigantna, posebice zato što se, kao što vidimo, neki nisu ni odazvali. Ona će sigurno otvoriti puno različitih tema. Mene zaista zanimaju rezultati i ono što će biti napisano. Vi znate da je temelj Europske Unije, odnosno europske demokracije i svega onoga k čemu mi idemo, zapravo nekoliko temeljnih ljudskih prava. Jedno od njih je pravo na zdravlje, drugo od njih je pravo na znanje. Po tome se razlikujemo od svih drugih konglomeracija u svijetu koje nemaju tako izražene, dakle jasno deklarirano pravo na zdravlje i pravo na znanje i mislim da to treba biti vodilja ovog Vašeg okruglog stola koji u svakom slučaju može povući tu distinkciju između europske kulture i možda svih ostalih kultura kada govorimo o pravu na zdravlje. A, nemojte zaboraviti, jednako tako i pravo na znanje. I to je ono što nam se sada događa: kako to sada implementirati u ovoliko sredstava koliko imamo i u ovoliko kadra koje imamo, a znamo da smo obećali svima da imaju pravo na znanje.

Želim Vam ugodan boravak na našem Fakultetu, želim Vam uspješan okrugli stol i puno Vam svima hvala.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujemo dekanu i razumijemo njegove obveze. Sada bih pozvao gospođu Karlu Mušković iz Grada Rijeke, koja bi željela prenijeti nam pozdrave gradonačelnika i institucije koja je, moram odmah reći, također trajni partner naše Katedre u svemu što radimo. Gospođu Mušković, izvolite.

Karla Mušković, dr. med.

Viša savjetnica za zdravstvo Odjela za zdravstvo i socijalnu skrb Grada Rijeke

Dobar dan svima. Meni je posebno drago da Vas mogu pozdraviti u ime Grada Rijeke, u ime gradonačelnika, mr. Vojka Obersnela, u ime pročelnice Odjela za zdravstvo i socijalnu skrb, gospođe Ankice Perhat, koja je nažalost ovog trena na jednom drugom zbivanju, i dakako, u svoje osobno ime.

Radi se o vrlo zanimljivoj temi, odnosno vrlo je zanimljiv ovaj naziv - Javno i privatno u zdravstvu i ljekarništvu: dvije logike, dvije etike? Ja moram reći, a Vi vjerojatno i znate, Rijeka je, u sklopu Svjetske zdravstvene organizacije aktivna u grupi Zdravi grad. To je tema koja se već više od deset godina pojavljuje na skupovima. I moram priznati da meni na početku nije bilo jasno, znači tamo negdje 90-ih godina, zašto se nekako cijelo vrijeme govori o pravednosti u zdravstvu. To je možda dodirna točka s ovom temom. Ja sam mislila da je naše zdravstvo pravedno i mislila sam, kad smo ispunjavali te silne upitnike koje nam je Svjetska zdravstvena organizacija dala, da mi tu nemamo baš puno reći, da su naši građani 99% osigurani - što i jesu po statistici - iako se sad događa da ih je veći broj neosiguranih - i da tu nekakvih problema nema. Međutim, sa svim našim promjenama događa se i to da vidimo da baš i nije tako. Da pacijenti često imaju problema, znači da stvarno tu treba jako puno poraditi i da mnogi postavljaju pitanja: da li zdravstvo može biti istovremeno efikasno i pravedno. Meni je zato osobno ova tema jako zanimljiva.

Nadam se da ću veći dio biti prisutna. Nažalost, moram i ja malo ranije otići s ovog Skupa, prijave jednog projekta na IPA-u, a to su sve jako kratki rokovi. Ja Vam od srca želim uspješan rad za ovim okruglim stolom i, ono što su i moji prethodnici prije naglasili: vrlo je bitno da ostane nekakva pisana riječ i da ta pisana riječ ne ostane samo ovdje nego da ide i malo dalje i više. Hvala.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujem gospođi Mušković i Gradu Rijeci, a sada dozvolite da predstavim prvoga našega uvodničara, dr. Damira Juričića, koji je svakako jedan od najvećih eksperata za javno-privatno partnerstvo u Hrvatskoj. Njegov mentor bio je vjerojatno prvi ekspert u Hrvatskoj, a i šire s ovom temom: prof. dr. Saša Marenjak, koji je inače konzultantom manje-više svim značajnim projektima u javno-privatnom partnerstvu u ovom času u nas. Doktor Juručić je inače bio i članom Poglavarstva u nekoliko mandata u Gradu Opatiji pa se bavio i financijama na razini lokalne zajednice. Prema tome, to je osoba koja na najbolji način može objediniti teoriju i praksu. Pozvali smo ga najviše zbog toga što se "javno-privatno" koristi kao sintagma i kada tome ima mjesta i kada nema. Vrlo često, naime, i u neformalnim raspravama, ali nažalost i na mjestima gdje bi se trebalo čuti ipak provjerene informacije, o javno-privatnom partnerstvu se govori i kada nisu zadovoljeni glavni njegovi uvjeti. Da bismo mi koji želimo shvatiti ovaj problem, razjasnili ove pojmove, pomoći će nam sasvim sigurno dr. Juričić.

Dr. sc. Damir Juričić¹ dipl. oecc.

Centar za upravljanje poslovnim financijama, d.o.o. Rijeka

Javno-privatno partnerstvo: prednosti i opasnosti

Uvod

Imperativ efikasne isporuke javnih usluga usmjerava javni menadžment ka promišljanju o načinu organizacije isporuke javnih usluga. Cilj svake isporučene javne usluge je njen optimalan odnos koristi i troškova. Da bi se taj krajnji cilj postigao potrebno je spoznati sve elemente strukture procesa isporuke javne usluge koji, između ostaloga, uključuju utvrđivanje strategije, ciljeva javne usluge, identifikaciju i kvantifikaciju rizika kojima je isporuka javne usluge izložena, model isporuke, permanentno mjerenje da li se ciljevi postižu i da li su korisnici zadovoljni, način financiranja i slično. Jezikom javno-privatnog partnerstva, cilj je postići najbolju vrijednost za plaćeni javni novac.

U posljednjih dvadesetak godina, najčešće zbog prezaduženosti javnog sektora uslijed primjene modela tradicionalnog načina isporuke javnih usluga, razvio se i još se dalje razvija model suradnje s privatnim sektorom u kojemu partneri dijele rizike i koristi ne bi li svako za sebe postigao najbolju vrijednost za plaćeni novac.

Tržište javno-privatnog partnerstva u području zdravstva jedno je od kapitalom najvećih, a strukturom najsloženijih.

U Republici Hrvatskoj još nema takvih projekata pa su, stoga, informacije i spoznaje o osnovnim principima javno-privatnog partnerstva od velike važnosti ne bi li se promišljanje o krajnjem cilju postizanja efikasnije javne usluge zdravstva dobro usmjerilo.

Definicija javno-privatnog partnerstva

Iako u Hrvatskoj postoji tridesetak aktivnih projekata u javno-privatnom partnerstvu, ono je i kod javnog i privatnog sektora još uvijek nedovoljno jasno, a ciljevi i učinci ovakvog udruživanja nepoznati. Na tržištu zdravstvenih javnih usluga to je još naglašenije. Prva pomisao na javno-privatno partnerstvo ima relativno negativno značenje. Naime, radi se o tome da je zbog krivih informacija ono dobilo značenje, prije svega, stvaranja koristi privatnim poduzetnicima iz javnih izvora financiranja.

¹ Od 2012. ravnatelj Agencije za javno-privatno partnerstvo u Zagrebu (op.ured).

Javno-privatno partnerstvo predstavlja, prije svega, dugoročan odnos i suradnju privatnog i javnog sektora u izgradnji (rekonstrukciji), financiranju, održavanju i upravljanju javnom infrastrukturom i isporukom javne usluge². Prema tome, slijedeće su osnovne značajke tog odnosa:

- relativno dugo razdoblje suradnje (preko 5 godina, a najčešće od 20 do 30 godina);
- transfer rizika na privatnog partnera;
- složeni odnos više subjekata u projektu;
- važna je uloga operatera.

Treba skrenuti pozornost na to da su predmetom javno-privatnog partnerstva isključivo javni projekti³ veće vrijednosti kapitalnog ulaganja. Zbog dugoročnog karaktera odnosa od posebnog je značaja priprema projekta. Zakon o javno-privatnom partnerstvu⁴ regulira taj postupak i određuje bitne elemente pripreme, natječajnog postupka i minimalnog sadržaja ugovora, a sve s ciljem transparentnog utvrđivanja prava i obveza subjekata u dugoročnom razdoblju. Cilj svakog uspješnog JPP projekta je optimalno transferirati određene rizike projekta na privatnog partnera, tj. na subjekta koji će tim rizicima bolje upravljati i postići bolji odnos vrijednosti za plaćeni javni novac. Za preneseni rizik na privatnog partnera javni partner plaća naknadu. Očekuje se da je iznos te naknade manji od iznosa koji bi se mogao platiti u slučaju materijalizacije određenog rizika kojim autonomno upravlja. Vjerojatnost materijalizacije rizika veća je kod onog subjekta koji nema dovoljna iskustva, znanja i spoznaja o njima. S obzirom na veliki broj rizika u jednom složenom infrastrukturnom projektu, zbog principa transfera rizika, moguće je očekivati veći broj subjekata u projektu. Oni se određuju s obzirom na specifične rizike projekta.

Veći broj rizika i veća vrijednost investicije prouzročit će zahtjev za većim brojem subjekata u projektu koji posjeduju specifična znanja o upravljanju rizicima koje preuzimaju. Kod projekata javno-privatnog partnerstva u kojima je privatni partner preuzeo rizik potražnje od posebnog je značaja uloga operatera koji dobro poznaje rizike koji proizlaze iz ponude javne usluge krajnjim korisnicima.

Prednosti i opasnosti JPP-a

Kao što je naprijed u tekstu istaknuto, prednost je javno-privatnog partnerstva u koristi koju ostvaruju i privatni i javni partner zbog podjele rizika javnog projekta. Veća efikasnost u isporuci javne usluge, koja nastaje kada rizicima projekta

² EU Commission, COM (2004), 327 final.

³ Javno tijelo (grad, županija, ministarstvo, javna ustanova i slično) po zakonu je predlagatelj projekta.

⁴ NN 129/08.

upravljaaju oni koji njihovu prirodu bolje poznaju, stvara korist svim sudionicima u projektu.

U drugoj polovici prošlog stoljeća dominirao je model tzv. tradicionalne isporuke javne usluge (Juričić, 2011). Osnovna značajka tradicionalnog modela je ta da se javni partner pojavljuje u ulozi investitora te na taj način preuzima kako rizike vezane za samu isporuku javne usluge, tako i sve one rizike koji proizlaze iz pretpostavki da bi se konkretna javna usluga isporučila, a tu su najznačajniji rizik i rok izgradnje javne građevine posredstvom koje se javna usluga isporučuje, rizike vezane uz izvore financiranja, rizike vezane uz dugoročno održavanje javne građevine, rizike vezane uz razvoj i nadzor isporuke javne usluge i slično. Primjerice, kod izgradnje javne građevine privatni partner je bitno kompetentniji u definiranju optimalne građevine i to kako s aspekta organizacije prostora, tako i s aspekta odabira materijala.

Naime, temeljni je propust tradicionalnog modela taj što je javno tijelo fokusirano na minimiziranje ukupne vrijednosti troškova izgradnje. Pritom se često zanemaruje činjenica da jeftiniji ugrađeni materijali slabije kvalitete stvaraju veće troškove kasnije u razdoblju eksploatacije. Privatni su građevinski poduzetnici razvili i još razvijaju složene model pomoću kojih nastoje postići optimalan odnos između troškova investicije i troškova održavanja i zamjene ne bi li postigli minimalne ukupne životne troškove javne građevine u, primjerice, 30 godina eksploatacije (NAO UK, 2003; McFetridge, 1997). To je vrlo važna značajka JPP-a. Nadalje, projekti u javno-privatnom partnerstvu su projekti s velikim udjelom duga (kredita) u ukupnim izvorima financiranja. Rizicima poput rizika kamatne stope, valutnog rizika, financijskog rizika i slično, nesumnjivo će bolje upravljati privatni poduzetnik i s njime povezane financijske institucije iz razloga što su tehnike osiguranja (hedžiranja) daleko poznatije privatnim poduzetnicima nego javnim tijelima. S druge strane, dužnička kriza javnog sektora koja je nastupila krajem prošlog stoljeća, stavila je javni sektor u nepovoljan položaj na tržištu duga čime je cijena duga (kamatna stopa) postala veća. Različitim financijskim instrumentima te učinkom poreznog zaklona, privatni izvori financiranja i njegova cijena može značajno doprinijeti boljem odnosu kvalitete i cijene javne usluge.

Slijedom navedenog proizlazi da je nerazumijevanje učinaka i ciljeva partnerstva javnog i privatnog sektora i loša priprema projekta javne infrastrukture najveća opasnost u primjeni javno-privatnog partnerstva. Neprimjerena priprema projekta, posebno u segmentu identifikacije, kvantifikacije i raspodjele rizika, izlaže javnog partnera riziku lošeg odnosa kvalitete i cijene javne usluge, a privatnog neostvarivanju planirane stope povrata na uloženi kapital i prezaduženosti.

Raspodjela rizika kod projekata u zdravstvu

Naprijed u tekstu je istaknuto da kod tradicionalnog modela isporuke javne usluge javno tijelo preuzima sve rizike projekta. To znači da materijalizacija pojedinog rizika i nastali troškovi s njom u svezi terete to javno tijelo. Posljedično, namirenje tih troškova plaćaju porezni obveznici. Dakle, u interesu je poreznih obveznika promišljanje njihovih predstavnika o modelu isporuke javne usluge i dobra priprema projekta, analiza rizika, definiranje standarda javne usluge sukladno mogućnostima plaćanja te permanentni nadzor i izmjera učinaka javne koristi od isporučene javne usluge, kao i permanentna provjera da li se postiže ciljani odnos cijene i kvalitete. Da bi se to postiglo javno će tijelo identificirati one rizike projekta za čije upravljanje nema dovoljno znanja i iskustva te će nastojati, sustavom javnih natječaja, odabrati privatnog partnera koji upravljanje tim rizicima može provoditi uz manje troškove.

Na hipotetičkom primjeru izgradnje bolnice moguće je opisati elemente dobre suradnje dvaju partnera. Osnovna pretpostavka takve suradnje je obostrano razumijevanje bitne strukture takve investicije i procesa koji se odvijaju prigodom isporuke usluge liječenja. Investicija u javnu bolnicu sastoji se od slijedećih bitnih dijelova:

- bolnička usluga liječenja podrazumijeva **javnu građevinu** posredstvom koje se isporučuje usluga liječenja;
- u toj javnoj građevini kontinuirano se isporučuje **usluga liječenja** pacijenata;
- isporuka usluge liječenja zahtijeva primjenu **specijalizirane tehnike i tehnologije**;
- da bi se isporučila usluga liječenja u bolnici određenog standarda postoje i **prateće usluge** poput održavanja higijene, prehrane, čišćenja posteljine i slično;
- tehnologije upravljanja bolnicom (**menedžment bolnice**) te
- **ostalih čimbenika** okruženja poput ekonomskog, političkog, financijskog, više sile i slično.

Svi nabrojani dijelovi cjelokupne investicije u bolnicu imaju specifične rizike kojima je upravljanje pojedinim dijelom izloženo. Tako, na primjer, sasvim pojednostavljeno:

- izgradnja bolničke zgrade izložena je rizicima budžeta izgradnje i roka izgradnje;
- stalna isporuka usluge liječenja, s obzirom na vrste bolesti, apliciranih lijekova, tehnologije liječenja, razdoblja liječenja i slično, izložena je rizicima utvrđivanja dobre dijagnoze, odabira odgovarajućih lijekova odgovarajuće kvalitete i dostupnosti, odabira primjerene tehnologije liječenja, organizacije života s obzirom na dužinu trajanja liječenja;
- kvaliteta isporučene usluge liječenja i s njom povezan rizik ovisi i o stupnju održavanja higijene, primjerene prehrane pacijenata, a kod malodobne djece i pratitelja;

- upravljanje bolnicom izloženo je riziku da li će uprava (bolnički menadžment) raspolagati specifičnim menadžerskim znanjima i vještinama kako bi ostvarili zacrtane ciljeve javnog i privatnog partnera;
- pored svih nabrojanih rizika postoje još i oni na koje partneri malo ili gotovo nikako ne mogu utjecati poput rizika inflacije, valutnog rizika, rizika kamatne stope ili rizika prirodnih nepogoda.

Kako bi bolje upravljali ukupnim rizicima projekta partneri nastoje podijeliti identificirane rizike na način da svako preuzme onaj rizik kojim najbolje upravlja. Moguću raspodjelu rizika između privatnog i javnog partnera u projektu isporuke zdravstvene usluge prikazuje sljedeća tablica:

| RIZIK | JAVNI PARTNER | PRIVATNI PARTNER |
|---------------------|---------------|------------------|
| Izgradnje | | X |
| Usluge liječenja | X | |
| Održavanje opreme | | X |
| Prateće djelatnosti | | X |
| Management | X | X |
| Ostali | X | X |

Izvor: autor

Privatni partner ima dugogodišnje iskustvo u izgradnji građevina i posjeduje sve informacije, vještine, logistiku, poznavanje materijala, tehnologije izgradnje, tehnologije upravljanja procesom gradnje te postoji opravdana pretpostavka da će bolje upravljati tim rizicima. Kod tradicionalnog modela javno tijelo naručuje uslugu izgradnje i pritom odabire onog izvođača radova koji ponudi najmanje troškove izgradnje u najkraćem roku. To je najčešća praksa. Izvođač radova, u želji da pobijedi na natječaju i preuzme posao, odabire one materijale i tehnologiju gradnje koji će zadovoljiti sve zakonom propisane jamstvene rokove. Međutim, razdoblje eksploatacije je dugo i u tom dugom razdoblju smanjena kvaliteta ugrađenih materijala prouzrokovat će dodatne troškove održavanja i zamjene. Ukoliko javno tijelo odluči investiciju organizirati po modelu javno-privatnog partnerstva, izabrat će onog privatnog partnera koji se neće natjecati samo za troškove građenja, već i za troškove održavanja i zamjene. Na natječaju će pobijediti, to je od posebne važnosti, onaj privatni partner koji će ponuditi najmanje troškove u ukupnom životnom vijeku investicije, tj. najmanje zbroj troškova građenja, održavanja i zamjene. Tu vještina i

znanje privatnog partnera dolazi do izražaja na način da javnom partneru ponudi optimalan odnos ukupnih troškova u, primjerice, 25 godina eksploatacije bolnice.

Ukoliko javni partner želi isključivo upravljati rizicima isporuke usluga liječenja i smatra da privatni sektor ne raspolaže višim znanjima u upravljanju tim rizicima, ukupne rizike liječenja može preuzeti u cijelosti.

Specifična zdravstvena oprema koja se koristi u postupku isporuke usluge liječenja danas je tehnološki izuzetno zahtjevna. Onaj koji se bavi proizvodnjom takve opreme, s obzirom na njenu visoku vrijednost i složenost korištenja, lakše i jeftinije će preuzeti rizike održavanja, upravljanja. Također, u dugom razdoblju eksploatacije potrebno je voditi računa i o zastarijevanju opreme što smanjuje odnos koristi i troškova i nameće zahtjeve zamjene.

Prateće djelatnosti poput održavanja higijene i prehrane nisu isključivo usluge liječenja, ali su posredstvom specifičnih bolničkih standarda s njome povezane. Kada privatni partner koji ima bogato iskustvo u isporuci ovih usluga dobije od javnog partnera standarde pod kojima mora isporučivati uslugu, pronaći će načina da ukupni troškovi budu manji od troškova koje postiže javni partner u slučaju tradicionalnog modela. Konkurencija na temelju ukupnih životnih troškova, tzv. *ex-ante* konkurencija jedna je od najvažnijih mehanizama javno-privatnog partnerstva u postizanju boljeg odnosa vrijednosti javne usluge i za nju plaćenog novca (Juričić, 2008).

Tržište JPP-a u Europi

U 2010. godini u zemljama EU (EPEC 2011a) isporučeno je ukupno 18 zdravstvenih projekata ukupne vrijednosti od približno 3 milijarde eura. U prvom polugodištu 2011. godine zaključeno je ukupno 5 zdravstvenih projekata ukupne vrijednosti 800 milijuna eura (EPEC 2011b). U nastavku se daje kratak pregled JPP tržišta zdravstvenih projekata u nekim europskim zemljama (Button, ed, 2008).

AUSTRIJA

Transformacija zdravstvenog sustava u Austriji temelji se na spajanju više bolnica u veći bolnički sustav s podjelom vlasništva među upravljačima infrastrukturomi uslugama liječenja.

Dvije velike bolnice isporučene su po modelu JPP-a:

- UKH Linz;
- LKH Vöcklabruck.

ČEŠKA

Razmatraju se slijedeći mogući JPP projekti:

- rekonstrukcija praške Motol bolnice;
- izgradnja i upravljanje republičkim dijagnostičkim centrom;
- izgradnja i upravljanje nove bolnice u Pragu.

FRANCUSKA

- nova bolnica u Sant Nazaire;
- nova bolnica od 600 kreveta u Bougion-Jallieru;
- nova bolnica sa 445 kreveta u Bonnevilleu;
- nova hematologija i rodilište u Ceanu;
- dvije psihijatrijske bolnice u Brumathu;
- dva gerijatrijska centra u Douai i Lemanu;
- dva logistička sustava u bolnicama Bellacu i Dijonu;
- sustavi za suho čišćenje u Mazaru i Ferrandu;
- centar za obuku medicinskih sestara u Rodezu;
- nova administrativna i arhivska zgrada u Limogesu;
- dvije centralne kuhinje u Langresu i Autunu.

NJEMAČKA

- novi centar za protonsku terapiju u Essenu;
- nove sveučilišne bolnice u Kelnu i Študgardu;
- nova kirurška bolnica u Hajdelbergu.

U Njemačkoj su u financiranje takvih projekata uključeni i fondovi zdravstvenog osiguranja.

ITALIJA

- tri bolnice do 2007. godine;
- bolnica u Ferrari sa 705 kreveta;
- bolnica u Vimercate sa 500 kreveta;
- nova bolnica u Milanu sa hotelom;
- nova bolnica u Comu sa 587 kreveta i novom garažom.

ŠPANJOLSKA

- nova bolnica u Madridu;
- osam novih bolnica diljem Španjolske;
- nova bolnica u Burgosu sa 680 kreveta;
- nova bolnica u Toledu.

VELIKA BRITANIJA

- najveća primjena JPP-a kroz NHS – National Health Service
- bez obzira na pojedina loša iskustva u postizanju smanjene efikasnosti od očekivane JPP će i dalje, na temelju primijenjenih iskustva "dobre prakse", biti najprimjenjiviji model financiranja i upravljanja u zdravstvu;
- JPP se intenzivno primjenjuje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, bolničkim sustavima i zubarstvu.

Zaključak

S jedne strane visoka zaduženost i s njom povezan nepovoljan položaj javnog sektora na tržištu duga i, s druge sve veći pritisak u potražnji javnih usluga višeg standarda općenito, stavlja javni sektor u situaciju da tradicionalan model isporuke javnih usluga upotpuni ili zamijeni s modernim modelima među kojima je javno-privatno partnerstvo jedan od njih. Nedostatci tradicionalnog modela među kojima se ističe loš odnos između kvalitete javne usluge i njene cijene, mogu se smanjiti ukoliko se u isporuku javne usluge uključi i partner iz privatnog sektora na način da preuzme one rizike kojima bolje i efikasnije upravlja od javnog partnera. Time javni partner ostvaruje korist koja se prije svega odražava na efikasnost korištenja novca poreznih obveznika.

Iako je tržište javno-privatnog partnerstva u segmentu zdravstvenih projekata u posljednjih desetak godina uznapredovalo i značajno se razvilo, u Republici Hrvatskoj ono je još uvijek nepoznanica. Potreba definiranja standarda javne usluge u skladu s raspoloživim resursima, koje je jedno od temelja dobrog javnog projekta pa samim time i uspješnog projekta u javno-privatnom partnerstvu, možda je samo jedan od razloga njegovog nepostojanja. U svakom slučaju potrebno je kontinuirano usmjeravati pozornost na korist poreznih obveznika od udruživanja javnog sektora s privatnim zbog efikasnijeg korištenja njihovog novca.

Literatura

1. Button, m. (Editor) (2008): A Practical Guide to PPP in Europe, Second Edition, City & Financial Publishing, United Kingdom.
2. Juričić, D. (2008): Ekonomija javno-privatnog partnerstva, Ekonomski pregled, br. 59, 7-8, Zagreb.
3. Juričić, D. (2011): Osnove javno-privatnog partnerstva i projektnog financiranja, RRIF Plus, Zagreb.
4. McFetridge, D. (1997): The Economics of Privatization, C.D. Howe Institute Benefactors Lecture, Toronto.
5. National Audit Office, United Kingdom: PFI (2003): Construction Performance, Report by the Comptroller and Auditor, HC 371, Session 2002.-2003., London.
6. EPEC (2011a): Market Update – Review of the European PPP Market in 2010, Luxembourg, 2011.
7. EPEC (2011b): Market Update – Review of European PPP Market in 2011. – First September od 2011., Luxembourg, 2011.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujemo se dr. Juričiću. Godinama je Damir meni pokušavao objasniti temelje javno-privatnog partnerstva. Vjerujem da je to uspio koncentrirati sada u samo 15 minuta. Međutim, možda je jedan od anegdotalnih prikaza kako se može shvatiti javno-privatno partnerstvo i slučaj obnove fasada koji se kod nas često komentira u javnosti. Naime, fasade su zapuštene, ali ako pogledate situaciju u zemljama u kojima postoji drugačiji odnos prema imovini, one se redovito obnavljaju. I tu čovjek shvati da je jedan od ključeva razumijevanja troškova javno-privatnog partnerstva i upravljanje rizicima i, kao što je dr. Juričić rekao, održavanje. Naime, kod nas u javnom sektoru, kad se izvode investicije, najčešće se održavanje ne uzima u obzir, barem ne onako ozbiljno kao što bi to trebalo biti.

Zahvaljujemo se dr. Juričiću. Sigurno će bit prilike u diskusiji da još neke momente naglasimo.

A sada bih predstavio dr. sc. Vladimira Mozetiča, ravnatelja Poliklinike *Medico*, privatne poliklinike u vlasništvu osiguravajućeg društva Basler iz Švicarske, poliklinike koja se profilirala u našoj regiji, ali rekao bih i u Hrvatskoj, kao jedna od najuspješnijih, poliklinike koja je našoj Katedri već nekoliko godina partner što pokazuje da je zainteresirana i za druge oblike djelatnosti od one isključivo profitne, za što se obično optužuje u javnosti privatni sektor. Doktor Mozetič je, inače, jedan od dvojice glavnih "krivaca" za današnji okrugli stol, budući da je jednom, u neformalnom razgovoru, rekao da bi trebalo malo razmotriti da li su te dvije etike u privatnom i u javnom sektoru toliko različite kao što se govori. Pa onda, "krivcu" prepuštamo i riječ.

Nasl. doc. dr.sc. Vladimir Mozetič, dr. med.

Ravnatelj Poliklinike Medico Rijeka.

Hvala lijepo. Evo, kad smo već kod krivnje, na samom početku našeg dogovora inicijalna ideja je bila da ja nešto progovorim o radu Povjerenstva za privatnu praksu i kroz to način rada privatnika. Međutim, upravo ovaj naslov - dvije logike, dvije etike? - sa upitnikom na kraju su me isprovocirale da prikažem tko smo, što smo ukupno gledajući u pogledu struke, što nam je zajedničko, kakve probleme u proteklih 20 godina je imala privatna praksa, kako u našem kraju tako i u Hrvatskoj i gdje vidim poveznice i nekakvo rješenje, ja ga ne bih zvao problema, nego prije nesporazuma.

Dakle, u Republici Hrvatskoj liječnika ima nešto preko 18.000. Ovi ukupni brojevi možda i nisu toliko interesantni. Ja bih molio da obratite pažnju na postotke. Da-

kle, u bolničkim ustanovama je zaposleno gotovo polovina liječnika u Republici Hrvatskoj. Međutim kad govorimo o privatnoj praksi, nas nema samo 6 %, nas ima 25 %. Uz to u ovih 8 % dolaze i zaposlenici u trgovačkim društvima, što znači da se približavamo broju od 30 %, što je gotovo 1/3 svih liječnika u Republici Hrvatskoj. Zašto? Vrlo često se liječnici obiteljske medicine ne svrstavaju u privatnike. Oni su privatnici u ugovornom odnosu sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje u velikom postotku, ali su zapravo privatnici.

Još jedan podatak kojega često ne znamo, a to je da je svaki peti liječnik zaposlen izvan zdravstvene ustanove ili u zdravstvenim zavodima. To znači, govorimo o gotovo 1/3 privatnika, o 1/5 onih koji su izvan zdravstvenog sustava i onih koji su zaposleni u bolničkim ustanovama, dakle o velikom broju liječnika.

Kakva je situacija u Primorsko-goranskoj županiji, na zadnji dan prošle godine? Dakle, ukupno je zaposlenika u privatnim zdravstvenim subjektima bilo gotovo 1800, sa slijedećim rasporedom (visoka stručna sprema 794, viša stručna sprema 153, srednja stručna sprema 807, administracija 107). Kao što primjećujete, tu su i stomatolozi i farmaceuti, na isti način kao što su zubni tehničari i farmaceutski tehničari. Međutim ukupni broj privatnika zaposlenih u zdravstvenim ustanovama je prilično velik. Istovremeno vidite koliko imamo ustanova u PGŽ i kojima se provodi jedan od oblika pružanja privatne zdravstvene zaštite, dakle govorimo o 230 specijalističkih ordinacija, 42 poliklinike, 2 citološka laboratorija, 2 medicinsko-biokemijska laboratorija i 1 specijalnoj bolnici.

Ako gledamo ukupni broj, dakle broj od 339 liječnika, ograničavam se na liječnike, to je približno broj zaposlenih liječnika i u Kliničkom bolničkom centru u Rijeci.

Ali Hipokratova zakletva je ono što nas kao struku povezuje i to je ono što ne smijemo zapravo nikad zaboraviti kad međusobno razgovaramo i razmišljamo o našoj struci. Tu bih krenuo od zadnjeg dijela zakletve: "pozivajući se na svoju čast sve ću dati da služim humanosti, svojim učiteljima ću dati dužnu zahvalnost i poštovanje, ključna stvar će mi biti zdravlje moga pacijenta, moje kolege biti će mi braća". Govorim to ne bez razloga, jer ćete vidjeti kroz koje probleme je u proteklih 20 godina prošla privatna praksa, od često nerazumijevanja, neshvaćanja, neprihvatanja, ali u svakom slučaju to su bili oni mačići koje nadam se da smo već davno izvadili iz vode.

Pred 16-ak godina, tadašnji ministar zdravstva je izdao naredbu o zabrani otvaranja privatne prakse. Vodio se "križarski rat protiv privatne prakse", kao što je vidljivo iz novinskih natpisa. Godinama nakon toga, pojavljivao se problem nepriznavanja nalaza privatnih specijalista. Znači da se nisu priznavali nalazi specijalista učinjeni u privatnim ustanovama iako su i oni bili liječnici s licencama za rad. Podatak iz intervjua iz 1995. godine pokazuje viziju koju je tada imao primarijus Blažević, osnivač

Poliklinike Medico. Privatna praksa je neminovnost, privatizacija će zahvatiti cijelu primarnu zaštitu, podjela rada, nadopunjavanje javnog i privatnog, veze s HZZO-om, informatizacija kao neophodnost djelovanja. I tempom koji je svima nama dobro poznat. Dakle, postojala je vizija, postojao je način na koji će se taj segment zdravstvene zaštite razviti.

Tko su korisnici naših usluga? Gledajući javno i privatno imamo puno poveznica, međutim omjeri su nam različiti. Dakle, u javnome su to primarno osiguranici HZZO-a, poneki privatni pacijent i osiguranici nekih privatnih zdravstvenih osiguranja, pretežno je to Croatia osiguranje. U privatnome je pak situacija obrnuta, zavisno o tome u kojoj mjeri i u kojem postotku su vezani uz osiguravajuće kuće i da li su uopće vezani uz osiguravajuće kuće. Ako govorimo o primarnoj zdravstvenoj zaštiti u izuzetno visokom postotku, neki i u sekundarnoj i u tercijarnoj također preko 50 %, međutim ima ustanova u kojima su osiguranici HZZO-a u vrlo malom postotku ili ih uopće nema, gdje su čisto privatni pacijenti osnovni korisnici usluga zdravstvene zaštite. Uz to postoji veliki broj privatnih zdravstvenih osiguranja koje imaju svoje dobrovoljno zdravstveno osiguranje, koje pacijentima odnosno korisnicima usluga - sad ulazimo u jedan drugi termin: korisnicima usluga - omogućava da sami odaberu osiguravajuću kuću za dodatnu zdravstvenu zaštitu, a neke od privatnih ustanova imaju pak svoje karticu putem kojih korisnici tih kartica mogu ustanoviti, odnosno ostvariti zdravstvenu zaštitu.

Prihod privatnog zdravstva u ukupnom prihodu zdravstva u RH je minoran (3,5 %).

Povjerenstvo za privatnu praksu i ugovornu izvanbolničku djelatnost Hrvatske liječničke komore kojem sam u ovome mandatu predsjednik na razini Hrvatske liječničke komore ima slijedeće područje djelovanja: 1. brine o kvaliteti, opsegu i organizaciji privatne prakse i ugovorne specijalističke izvanbolničke djelatnosti (dalje u tekstu: privatna praksa) te njihovoj integraciji u cjelokupnu zdravstvenu zaštitu, 2. daje mišljenje o opravdanosti osnivanja privatne prakse i trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost u osnovnoj mreži zdravstvene djelatnosti i izvan nje, 3. daje ministarstvu nadležnom za zdravstvo prijedlog za donošenje rješenja o prestanku odobrenja za obavljanje privatne prakse, 4. sudjeluje u davanju suglasnosti na pravilnik ministarstva nadležnog za zdravstvo kojim se određuju uvjeti pod kojima liječnici koji obavljaju privatnu praksu mogu u zdravstvenim ustanovama i trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost, obavljati poslove iz svoje struke na temelju posebnog ugovora sa zdravstvenom ustanovom, odnosno trgovačkim društvom, 5. daje suglasnost na cijene zdravstvenih usluga iz opsega privatnog zdravstveno osiguranja koje određuje društvo za osiguranje, 6. zastupa interese svojih članova kod sklapanja ugovora s HZZO-om i drugim osiguravajućim društvima, 7. propisuje način oglašavanja i način isticanja naziva privatne prakse uz suglasnost ministarstva

nadležnog za zdravstvo, 8. svoj rad koordinira s ostalim tijelima Komore, 9. obavlja i druge poslove određene zakonom, Statutom te drugim općim aktima Komore.

Ovo je ono što nitko ne smije zaboraviti – "pacijent u središtu našeg interesa". Stalno se dičimo time i stalno želimo pacijenta staviti u fokus našeg interesa. Ali pacijent je taj koji će odabrati u konačnici gdje će ići tražiti zdravstvenu zaštitu. On će odabrati svog obiteljskog liječnika, on će nakon toga tražiti usluge u sekundarnoj i tercijarnoj i ići odabrati privatnu zdravstvenu uslugu. Da bi to mogli ostvariti, mi moramo svi zajedno raditi na maksimalnom iskorištavanju i nadogradnji ljudskog potencijala. Nas liječnika ima sve manje, nedostaje nas i sve smo stariji. Prosječna dob specijaliste u Hrvatskoj je 56 godina. 56 godina. Dogodit će nam se ulaskom u Europsku uniju da će sasvim sigurno dio naših mlađih kolega se odlučiti otići tražiti bolje uvjete. Na taj način ćemo još biti stariji u mogućnosti pružanja zdravstvene zaštite. To što će nam netko iz drugih krajeva doći kod nas raditi, ne mora nas uopće zabrinjavati, ne znači da to nisu stručni kolegice i kolege. Međutim, naići ćemo na problem jezika, suradnje, razumijevanja i kulture za čije rješavanje će trebati vremena. Bez ovakvog pristupa postojećem sadašnjem stanju, praktički od fakulteta pa nadalje nećemo moći ići naprijed i onda nam razgovor o privatnom i javnom će biti suvišan, jer će nedovoljan broj ljudi moći provoditi i jedno i drugo.

A ovo je ono što se ne samo u javnom nego i u privatnom sektoru mora provesti da bi oni koji odlučuju gdje će im se pružiti zdravstvena usluga mogli odabrati ono što misle da je najkvalitetnije, ali ne samo odabrati, nego i dobiti ono za što su uložili svoje novce kroz dugi niz godina izdvajanja i u trenutku kad su odabrali neko od osiguranja. Dakle, kategorizacija, akreditacija i certifikacija svih ustanova, ne samo javnozdravstvenih i ne samo bolnica, je nešto što će se morati provesti. To je proces koji neće biti jednostavan, ali postoje barem naznake putem kojih se to može učiniti. Vrlo jasni algoritmi medicinskih postupaka ovise samo o nama, ovise o našim stručnim društvima, to nam nitko drugi neće moć nametnut. Ako ih mi sami ne budemo izrekli, a postoje, i provodili, onda nam ni ekonomika zdravstva neće biti onakva kakva nam treba biti. Algoritmi su ključ poslovanja u zdravstvu. Naravno da moramo formirati i objektivne cijene, računajući realne troškove. Mora postojati transparentnost poslovanja, moraju se uključiti i druge privatne osiguravajuće kuće u razinu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sa sasvim sigurno određenim prilagodbama HZZO-a u tom segmentu.

I ovo zadnje je ključno, međutim to je stvar politike, kada će se odrediti košarica koja će pokrivati javno financiranje i što će izvan toga biti na tržištu, naravno ukoliko ostali uvjeti budu zadovoljeni.

Dok mi na ovaj način razgovaramo o javnome i privatnome, u inozemstvu, odnosno u Europskoj uniji su ovo pojmovi koji se sve češće definiraju i sve više razrađuju.

Dakle, modernizacija točno jasnih profesionalnih kvalifikacija, prava pacijenata u zemljama Europske unije obzirom da je transfer pacijenata i odluka gdje će se pacijenti unutar Europske unije liječiti nešto što je njihova odluka, direktiva o radnom vremenu. Da li mobilnost liječnika, odnosno mobilnost pacijenata može dati dovoljnu sigurnost u liječenju pacijenata. Provedena je nedavno studija u 17 europskih država sa vrlo različitim rezultatima o kvaliteti pružanja zdravstvene zaštite. Pritom nisu tranzicijske zemlje one koje najlošije pružaju zdravstvenu zaštitu po karakterizaciji pacijenata. Tu su se neke od poznatih zapadnoeuropskih zemalja pokazale nekvalitetnima. I ono što nam mora biti jasno, to znači da se osiguravajuće kuće sa svojim načinom osiguranja, koje će pacijenti odabrati, maksimalno približe korisnicima usluga kako u javnome tako i u privatnom sektoru.

I na samome kraju, vraćam se onome čime sam bio isprovociran u naslovu predavanja. Dakle, definitivno mi se kao liječnici bavimo jednom logikom i jednom etikom i jednim načinom liječenja. Sve drugo su insinuacije. Hvala Vam lijepa.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujemo dr. Mozetiću, koji je svakako bio, kao i uvijek, provokativan, pa će to, bez sumnje, biti dobar početak diskusije. A sada dozvolite mi da najavim mr. Silvanu Jager koja će nam reći nešto o problemima ili iskustvima u privatnom sektoru u bavljenju ljekarništvom. Naime, ljekarništvo se nerijetko zanemaruje u raspravama o sustavu zdravstva pa smo mr. Jager sa zadovoljstvom pozvali da nam kaže o svojim iskustvima, ne samo da zadovoljimo našeg vjernog partnera i dragog prijatelja mr. Usmianija, nego i da skrenemo pozornost na jedan dio priče o zdravstvu koji ponekad ima vrlo vrlo slične probleme. Gospođo Jager, izvolite.

Silvana Jager, mr.pharm.

Ravnateljica Zdravstvene ustanove "Ljekarna Jadran" Rijeka.

Zakonski propisi koje je donijelo Ministarstvo zdravlja, vezano uz osnivanje ljekarni i njihov rad, jednaki su za privatne ljekarne i za ljekarne u vlasništvu županija i Grada Zagreba. Sve ljekarne moraju imati Ugovor s HZZO-om, zadovoljavati iste normative u pogledu prostora, opreme i kadrova, moraju poštovati odluku HLJK o formiranju cijena lijekova i medicinskih proizvoda kada se ne izdaju na recept HZZO-a, moraju poštivati Popis kozmetičkih i drugih proizvoda koji služe za zaštitu zdravlja a koje mogu držati ljekarne. Zakoni vezani uz radne odnose također se u primjeni odnose na oba sektora.

Ljekarničke ustanove moraju imati upravna vijeća i tu nastaju prve razlike između privatnog sektora i ljekarni u vlasništvu županija i Grada Zagreba. Privatnik u upravno vijeće imenuje stručnjake iz određenih područja koji su i pomoć ravnateljima ustanova u vođenju poslovanja. Upravna vijeća ljekarni kojima je osnivač županija ili Grad Zagreb sastavljena su po političkom ključu i to u većinskom dijelu (tri od pet članova). Vrlo često se provodi stranačka politika koja nije uvijek u interesu uspješnog poslovanja ljekarničke ustanove.

Iako ljekarne nisu korisnici državnog proračuna, Ministarstvo zdravlja donosi razne propise, uredbe i sl. koje se odnose i na ljekarne, ali samo one u vlasništvu županija i Grada Zagreba. Spomenuti propisi ograničavaju djelovanje ljekarni i njihovo brzo prilagođavanje zahtjevima tržišta i dovode ih u nepovoljan položaj prema privatnom sektoru. Primjer je obvezna suglasnost Ministarstva zdravlja za zapošljavanje. Dobivanje takve suglasnosti traje tri do četiri mjeseca i ako vam u ljekarni radi jedna magistra farmacije, do dobivanja pozitivnog odgovora ljekarnu možete zatvoriti. Privatnik popunjava takvo radno mjesto za par dana.

Velike razlike postoje i u stimulativnom dijelu plaće, upravo zbog raznih propisa i kolektivnih ugovora koji obvezuju javni sektor, a u privatnom se većom fleksibilnošću taj dio bolje rješava i prilagođava potrebama poslovanja.

Oblik vlasništva u ljekarništvu nije nikad utjecao na visoku razinu ljekarničke usluge i ljekarničke skrbi, pa bi i sve ostale segmente poslovanja bitne za kvalitetu usluge trebalo izjednačiti u privatnom i javnom sektoru.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujem mr. Jager koja nam je približila dio koji se često u javnim raspravama zanemaruje. Sada mi je čast pozvati drugog "krivca" za ovaj okrugli stol, prof. Damira Miletića, inače pročelnika Katedre za radiologiju i predstojnika Kliničkog zavoda za radiologiju, predsjednika Stručnog vijeća KBC-a Rijeka, koji je u svojim vrlo oštrim i jasnim istupima i na Stručnom vijeću i na Fakultetskom vijeću skrenuo pozornost na problem koji je vrlo aktualan, pa je potaknuo i našu Katedra da okupi one koji žele raspraviti ovu temu na jednome mjestu. Profesore Miletić, izvolite.

Red prof. dr. sc. Damir Miletić, dr. med.

Pročelnik Katedre i predstojnik Kliničkog zavoda za radiologiju KBC Rijeka.

Hvala vam na uvodnim riječima. Nešto od ovoga sam već izlagao na skupu koji je bio medijski popraćen tako da će se nešto ponavljati. Pokušat ću se držati zadane teme, dakle javno-privatno partnerstvo. Ja sam naravno predstavnik ovog javnog sektora, radim u bolnici.

Kada govorimo o javnim zdravstvenim ustanovama, mislim da je neobično važan utjecaj medicinske struke na donošenje odluka u zdravstvenom sustavu. To mislim da je problem čitavog društva, dakle koliko stvarno struka utječe na donošenje bitnih odluka, a koliko utječu neke druge nestručne kategorije. Važno je također pitanje kvalitete medicinske usluge o kojoj treba voditi brigu. Kategorizacija bolnica je konačno provedena, ali sada se prema tome treba i postupati.

Održivost zdravstvenog sustava nije samo hrvatski problem. Naime, svima je jasno da je medicinska znanost toliko napredovala da je upitno koja ekonomija to može financijski pratiti. Uvriježeno je mišljenje u nas da svi imaju pravo na sve. Ipak, morate se zapitati hoćete li uložiti 5 puta više za novi lijek koji će 10 % poboljšati zdravstveno stanje populacije ili dati 50 % više za drugi lijek koji će popraviti zdravstveno stanje populacije za 500 %. Namjerno ne ulazim u detalje, ali netko mora odlučiti. Vjerojatno politika, sasvim sigurno ne pojedinac u zdravstvenom sustavu.

Gdje je ta granica i što nam je važnije? Novca za sve potrebe definitivno nema. Naime, znanost ide takvom progresijom da zdravstveni sustavi to ne mogu financijski pratiti. Naravno, racionalizacija podrazumijeva uključivanje struke kako bi štete bile što manje, ako morate nešto uskratiti nekome. Sve to naravno uključuje strategiju razvoja koji je uvijek problem u Hrvatskoj i mislim da su sve ovo preduvjeti da bi se moglo ući u ozbiljno javno-privatno partnerstvo. Tek našim definiranjem stvarnog interesa javnog sektora možemo govoriti gdje bi nam privatni partner bio potreban.

Dakle, kategorizacija je provedena. Privatnih zdravstvenih ustanova ima pregršt jer je dijagnostika krenula u nevjerojatnu ekspanziju. Dijagnostika je najzgodnija za takve oblike partnerstva, posebice radiološka. Hrvatsko društvo radiologa je postavilo pitanje pod kojim uvjetima javno-privatne ustanove sklapaju ugovore s HZZO-om. Jedan od bitnih problema je školovanja kadrova o kome se ne vodi briga kod ugovaranja ovakvih aranžmana.

Pokušat ću s primjerom: ja sam dokazano izvrstan poljoprivrednik, imam 3 velike farme i javljam se na natječaj za izgradnju autoputa u Slavoniji kojeg država raspisuje. Moj argument je časna riječ ja ću biti izvrstan i u izgradnji autocesta kao i na farmi. Ali ja nisam građevinar! A to se nama dešava. Dakle, novcem poreznih obveznika

(ugovorom s HZZO-om) kupujem vrhunsku radiološku opremu u ugovaram dijagnostiku, ali nemam radiologa. Pazite, za prosječnog radiologa potrebno je najmanje 5 godina onog temeljnog radiološkog obrazovanja, za iskusnog specijalistu još najmanje 5 godina. Hoćemo li naprosto uzeti radiologa iz javnog sektora u kojeg su uložena sredstva i dobiti ga besplatno? Eto protiv toga smo mi ustali, a ne protiv toga da privatnici rade dijagnostiku. Jasno je ta treba odrediti stroga pravila igre prije ugovaranja.

Ja i dalje mislim da sustav obrazovanja zdravstvenih djelatnika mora ostati pod državnom kontrolom. Dakle, nisam protiv privatnih škola i privatnih sveučilišta, ali država mora imati kontrolni sustav. Jer inače ulazimo u zonu koje je vrlo opasna i nesigurna.

Moje pitanje je: zašto Republika Hrvatska nema snage osnovati sveučilišnu bolnicu te povezati struku, znanost i obrazovanje, objediniti svoje snage s ciljem učinkovitog zdravstva? To je možda pravo pitanje za raspravu.

Cijena zdravstvene usluge, o tome se pričalo. Naravno HZZO kao jedan izdvojeni centar političke moći određuje cijene po svojim pravilima. Može li bolnica ili privatna ustanova većim opsegom posla zaraditi više - to je temeljno pitanje. Znači, da li šef, rukovoditelj, ravnatelj može stimulirati svojeg radnika da radi bolje da bi zaradili više. To ovaj sustav uopće ne poznaje. Zahvaljujemo ti se jer si jako dobar, mislit ćemo na tebe druge godine. Otpisujemo ti 31. 12. novce za sve što nisi odradio prema ugovoru, a ono što si odradio preko ugovora ti nećemo isplatiti. Iako da je tu gospodin Strizirep pored mene koji tvrdi da to nije tako, to je prava istina!

Znači: kako stimulirati ljude da rade bolje? Mi želimo raditi bolje. Naravno, biti tu za pacijenta, biti koristan, ali sustav nije tako podešen da bi mi bili stimulirani da radimo više, bolje i kvalitetnije. Da li kirurške sale popodne moraju biti zatvorene, da li radiologija može raditi po noći ili vikendom (kao u Španjolskoj - magnetska rezonanca radi cijelu noć)... Vi morate postaviti sustav koji stimulira da radite bolje, da taj ravnatelj dobije više novca, da on može više investirati itd. Morate pokrenuti pozitivni ciklus, a ne stalno pričati kako nemamo novca. Mislim gospodo draga imamo jako puno novca. Prema riječima jedno uvaženog njemačkog dekana mi imamo dvostruko više sveučilišta od Njemačke - na 1 milijun stanovnika 1 sveučilište, a u Njemačkoj na 2 milijuna 1 sveučilište. To je bilo tad. U međuvremenu Hrvatska je povećavala broj sveučilišta, čini mi se na 500.000 stanovnika 1 sveučilište. Znači li to da smo 4 puta bogatiji od Njemačke?

Dakle, mi potpuno krivo govorimo da novca nema. Mi ne znamo raspolagati, odnosno imamo potpuno krivi sustav raspolaganja novcem. Za ilustraciju, od 24. svibnja svi CT-ovi koštaju 480 kuna, svi magneti 960, što nije sporno - država nema novca.

Ali je sporno da CT mozga, primjerice, kojeg radiolog riješi za oko 5 minuta i MSCT angiografija periferije, gdje samo za rekonstrukcije slika potroši pola sata, košta istu cijenu. Mi smo kao struka predlagali plaćanje prema složenosti postupaka, međutim netko treći odlučuje. Kako su u HZZO-u odredili cijenu za PET-CT pretragu? Nije li Vam čudno da PET bez CT-a i sa CT-om košta isto? Zgodno. Nadalje, svi CT pregledi koštaju toliko, a za više od jedne regije cijena je 50 %. Znači radili ste CT toraksa i abdomena - da li ja 50 % slabije gledam trbuh kad sam riješio grudni koš ili mi pola vremena kraće treba za trbuh. Gdje je tu logika? Možete staviti bilo koju cijenu, ali dajte mi razumno objašnjenje. Nadalje, medicinska konzultacija koja uključuje specijalističko znanje i iskustvo liječnika za problem koji se u drugoj ustanovi ne može riješiti košta 24 kune. Gdje smo mi to došli?

Ovdje su prikazane cijene pretraga prema američkom "Medicare"-u. To je njihovo temeljno zdravstveno osiguranje (dostupno svima). Pogledajte CT mozga u Americi i u Hrvatskoj. Slažemo se da smo siromašni, naša cijena je trećina američke. Cijena magneta je također trećina američke. Međutim, neobično je da je cijena PET-CT-a veća nego u Americi. Slučajno se baš taj PET-CT uopće ne može raditi u hrvatskim bolnicama, nego u jednom izdvojenom centru koji ima poseban ugovor s HZZO-om. Onda dolazi jedna izmjena 18. kolovoza - jedna jedina CT pretraga se izdvaja i to je MSCT koronarografija. Ja nažalost nemam vremena objašnjavati koliko je to metoda po ničemu kompliciranija od jedne periferne angiografije ili bilo koje druge složenije CT pretrage. Ona košta prema HZZO-u 2.500 kn, a svaki drugi CT pregled je 480 kn. MSCT koronarografija je pretraga koja ima izvrsnu negativnu prediktivnu vrijednost. Za nemedicinare, ona je jako dobra za ustanoviti da ste zdravi. Čim ona da nekakav suspektan nalaz morate ići na koronarografiju. Ona bi vjerojatno za ove naše studente dala uredan nalaz, već za mene, koji imam 50 godina i pod priličnim sam stresom teško. Pitanje je koliko ona treba ili ne treba, ali otprilike sam Vam dao slikovito kakva je to metoda i koliko je ona neophodna hrvatskom zdravstvu. Toliko je neophodna da je 5 puta skuplja od drugih CT pretraga. A mi, dragi moji, nemamo ni aparaturu za tu pretragu danas u hrvatskim bolnicama. Imaju je neke druge zdravstvene ustanove koje neobičnim načinima kupuju vrhunsku radiološku opremu novcem poreznih obveznika, a da nemaju zaposlenog radiologa u trenutku objave natječaja! To je hrvatska realnost.

Kada govorimo o privatnicima, oni kad zavore ordinaciju završavaju s poslom do drugog jutra, a to je novi radni dan. Nama ostaju bolesnici tijekom noći, vikendima i blagdanima. Nemojte to zaboraviti. To je javni sektor. To je neophodno našem bolesniku. I ne može on biti tretiran na taj način kilo CT-a pošto-poto pa ako si u stanju dobro, a ako ne, čuj, što možemo, nećemo ti to moći napraviti. Tek plaćanjem

prema stupnju složenosti (barem 10 kategorija je razdvojeno u drugim zemljama) možete imati koliko-toliko realnu cijenu.

Glede listi čekanja, kakva je svrha pretrage nakon osam mjeseci? Koje su indikacije? Dakle, da li imamo dvije etike? Definitivno se slažem da nemamo dvije etike, ali tu možemo imati određenih problema. Primjerice, čemu neopravdani sistematski pregledi koji nisu stručno utemeljeni. Naravno, mamografija ne spada u to. Ona je standardizirana kao probir za karcinom dojke, tu je probir za karcinom debelog crijeva i sl. Ne govorim o tome, govorim o nekim pregledima tipa *whole-body* MRI kao sistematski pregled. To nema znanstvenog utemeljenja. Međutim, ja Vas pitam: da li mi nemamo novca za opremu, a imamo za rasipanje na nepotrebne pretrage?

Da zaključimo temu: tko štiti interes javnog sektora? To su prije svega vlasnici, Ministarstvo ili lokalna samouprava, a zatim ravnatelji i medicinska struka. Pitanje je koliko ta struka može utjecati, recimo preko svojih Stručnih vijeća na donošenje odluka. Tko uopće sluša mišljenje struke? Ja mislim da je zapravo pitanje koja je perspektiva. Mislim da to isključivo ovisi o javnom sektoru. Privatni sektor ima vrlo jasno iskazan interes, vrlo jasne ciljeve i vrlo dobro razrađene mehanizme. Javni sektor je taj koji će odrediti sudbinu javnih ustanova poput hrvatskih bolnica. Hoće li one postati ubožnice, ili ćemo mi od milijun bolnica stvoriti pet referentnih pa ćemo biti konkurentni i imati za hrvatskog pacijenta vrhunske javnozdravstvene ustanove. To je kamen spoticanja svima.

Hvala za pažnji.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujemo prof. Miletiću. Mislim da se polako, od jednog izlagača do drugoga, sve više fokusiramo na tezu koja nam svima pomaže u razjašnjavanju pravoga problema, a to je upravo da je ova dvojba koja je istaknuta i u podnaslovu skupa, zapravo lažna dvojba. Dvije etike ne postoje, vjerojatno niti dvije logike, ali postoje neetični pojedinci i u javnom sektoru i u privatnom sektoru koji rade određene pogreške, najčešće ne samo na štetu pacijenata nego cijelog društva.

Zadovoljstvo mi je predstaviti sljedećeg uvodničara, diplomiranog ekonomista Ivana Lukovnjaka. Dakle, imamo sada drugoga ekonomista koji nam danas izlaže, inače suradnika i dugogodišnjega vrlo aktivnoga člana Udruge poslodavaca u zdravstvu, koji će nam reći o problemima financiranja zdravstvenih ustanova u javnom i privatnom sektoru, dakle, o temi o kojoj je on vrhunski ekspert.

Ivan Lukovnjak, dipl.oec.

Stručni suradnik Udruge poslodavaca u zdravstvu.

Odnos javnog i privatnog sektora u zdravstvu sve češća je tema kojom se bave liječnici, pravnici i ekonomisti. S obzirom na različite struke, logično je i normalno da pristupi uvijek nisu isti, a prisutne su i razlike u stavovima i zaključcima.

Činjenično stanje je takvo da se privatni sektor u zdravstvu razvija te da je sve prisutniji u svim vidovima zdravstvene zaštite i u svim zakonom predviđenim organizacijskim formama.

Tematiku uloge i mjesta privatnog sektora u sustavu hrvatskog zdravstva te odnose između javnog i privatnog sektora moguće je prikazati kroz razradu o vlasničkoj strukturi privatnog sektora, prisutnost privatnog sektora u zdravstvenoj zaštiti, specifičnosti privatnog sektora, komparativne prednosti privatnog sektora naspram javnog sektora, prisutnost privatnog sektora na tržištu, razloge ugovaranja sa HZZO-om te kroz ulogu i mjesto privatnog sektora na tržištu

Vlasnička struktura privatnog sektora

Vlasnička struktura u slučaju zdravstvenih ustanova može bitno utjecati na uvjete i rezultat poslovanja. Razlike u uvjetima poslovanja nisu prisutne samo kod privatnih zdravstvenih ustanova, one su prisutne i kod javnih zdravstvenih ustanova.

Javne zdravstvene ustanove prema kriteriju vlasništva možemo podijeliti na:

- zdravstvene ustanove u vlasništvu države
- zdravstvene ustanove u vlasništvu županije i Grada Zagreba
- zdravstvene ustanove u vlasništvu grada (SB Lopača – Grad Rijeka)

Iako su sve javne zdravstvene ustanove ugovorni partner HZZO-a i trebaju ostvarivati prihode prema istim kriterijima, očito je da uvjeti i rezultati poslovanja nisu isti, tako da npr. bolničke ustanove u vlasništvu države iskazuju povoljnije rezultate poslovanja od bolničkih ustanova u vlasništvu županije. Razlog ovakvom stanju treba tražiti u strukturi vlasništva odnosno mogućnosti utjecaja na zdravstvenu politiku u cjelini.

Kada govorimo o privatnim ustanovama možemo govoriti o četiri tipa zdravstvenih ustanova prema kriteriju vlasničke strukture:

- zdravstvene ustanove u vlasništvu osiguravajućih društava
- zdravstvene ustanove u vlasništvu trgovačkih društava
- zdravstvene ustanove u vlasništvu pojedinaca ili grupe pojedinaca
- privatna praksa osobnim radom

U ovom slučaju, tip ustanove i vlasnička struktura te sam vlasnik ovih ustanova u mnogome determiniraju uvjete i rezultat poslovanja. Primjer su zdravstvene ustanove u vlasništvu osiguravajućih društava gdje je nesporno da takva zdravstvena ustanova ima veću financijsku stabilnost i sigurnost od one koja djeluje samostalno. Kad već govorimo o osiguravajućim društvima, potrebno je istaknuti jednu specifičnost Hrvatske u odnosu na zemlje EU. U zemljama EU nije karakteristično da osiguravajuća društva osnivaju velike zdravstvene ustanove jer se postavlja pitanje bavi li se osiguravajuće društvo pružanjem zdravstvenih usluga ili uslugama osiguranja. U europskoj praksi je uobičajeno da osiguravajuća društva imaju vlastite zdravstvene ustanove, no ove ustanove zadovoljavaju maksimalno 15 % potreba osiguranika za zdravstvenim ustanovama. Preostalih 85 % potreba osigurava se ugovorom između osiguravajućeg društva i privatnih ili javnih zdravstvenih ustanova. Kod nas se događa da pojedina osiguravajuća društva 80 do 90 % potreba za zdravstvenim uslugama zadovoljavaju u vlastitim zdravstvenim ustanovama pa se stječe dojam da ove osiguravajuće kuće prodaju zdravstvene usluge, a ne usluge osiguranja.

Kada govorimo o privatnim zdravstvenim ustanovama, učestala je situacija da su zdravstvene ustanove u vlasništvu trgovačkih društava. Razlog ovakvoj situaciji leži u činjenici da zdravstvena ustanova nije obveznik PDV-a na zdravstvene usluge, dok je trgovačko društvo obveznik primjene Zakona o PDV-u. Učestala je situacija da su trgovačka društva vlasnici prostora i opreme te da prilikom osnivanja zdravstvene ustanove iste daju u korištenje u obliku najma. Postojeći Zakon o ustanovama zdravstvene ustanove, pa tako i privatne zdravstvene ustanove, tretira kao neprofitne i u slučaju ostvarivanja viška prihoda ili dobiti obvezuje vlasnika da istu reinvestira odnosno ulaže u unapređenje poslovanja zdravstvene ustanove. U situaciji kada privatna poliklinika ne može podići ostvarenu dobit, rješenje se nalazi u situaciji da osnivač i vlasnik zdravstvene ustanove budu trgovačko društvo i da se ostvarena dobit poliklinike iskaže kao dobit trgovačkog društva te se na taj način omogući njezina isplata.

Na tržištu zdravstvenih ustanova prisutne su i zdravstvene ustanove u vlasništvu pojedinaca i grupe pojedinaca. Na kraju na tržištu zdravstvenih usluga prisutna je i forma privatne prakse osobnim radom koja je najprisutnija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Determinante uvjeta i rezultata poslovanja

Kada se radi o privatnom sektoru motivi osnivanja zdravstvenih ustanova nisu isti kao i kod osnivanja javnih zdravstvenih ustanova. Privatna zdravstvena ustanova osniva se da bi obavljanjem svoje djelatnosti ostvarivala prihode i interes osnivača –

vlasnika što, drugim riječima, znači da se privatna zdravstvena ustanova neće osnovati u djelatnosti koja ne garantira pozitivno financijsko poslovanje. U slučaju da se javi poremećaj u poslovanju privatne zdravstvene ustanove događaju se potrebne strukturne promjene, kako u vlasničkoj strukturi tako i u strukturi instaliranih kapaciteta – djelatnosti, a sve s ciljem stabilnog financijskog poslovanja.

Očito je da su uvjeti i rezultat poslovanja nešto što je od značajnog interesa za vlasnika zdravstvene ustanove. Kako se susrećemo s različitim uvjetima i rezultatima poslovanja zdravstvenih ustanova, sve češće je pitanje što je to što utječe na rezultat i uvjete poslovanja. Na rezultat i uvjete poslovanja zdravstvene ustanove prije svega utječe zdravstveno stanje populacije. O zdravstvenom stanju populacije ovisi opseg i struktura traženih zdravstvenih usluga odnosno potražnja za zdravstvenim uslugama.

Kod privatnih zdravstvenih ustanova koje nemaju ugovor s HZZO-om, s obzirom na sistem financiranja, od bitnog značaja je kupovna moć stanovništva koja predstavlja potražnju.

Uvjeti i rezultat poslovanja ovise i o strukturi djelatnosti kojom se bavi zdravstvena ustanova. Poznato je da pojedine djelatnosti iziskuju veće ili manje materijalne troškove. Tako su npr. uz djelatnost kirurgije vezane materijalno intenzivne usluge što znači da povećanje broja usluga automatski rezultira odgovarajućim povećanjem materijalnih troškova. Za internističke grane djelatnosti karakteristične su radno intenzivne usluge što u praksi znači da povećanje broja usluga nije praćeno odgovarajućim povećanjem materijalnih troškova. Pri svemu tome pomalo je apsurdno, ali je neosporno da trošak radne snage kod javnih zdravstvenih ustanova predstavlja fiksni trošak odnosno da je nepromjenjiv u odnosu na ostvareni opseg rada i opseg pružanih usluga.

Kod bolničkih ustanova na uvjete i rezultat poslovanja utječe broj instaliranih odnosno ugovoreni bolničkih postelja. Dok javne bolničke ustanove gotovo sve instalirane kapacitete ugovaraju sa HZZO-om, privatne bolnice samo jedan manji dio posteljnih kapaciteta ugovaraju sa HZZO-om.

Struktura kazuistike također je jedna od determinanti uvjeta i rezultata poslovanja zdravstvene ustanove, isto kao i stupanj iskorištenosti instaliranih kapaciteta. Zdravstvene ustanove, a prije svega bolničke zdravstvene ustanove, predstavljaju rigidne poslovne subjekte koji teško reaguju na promjene po pitanju opsega i strukture pružanih usluga. Rigidnost bolničkih ustanova vezana je uz strukturu njihovih troškova. Što je veći udio fiksnih troškova, to je rigidnost u poslovanju veća. Drugim riječima, bilo kakve promjene u strukturi i opsegu pružanih usluga nepovoljnije se reflektiraju na bolničke zdravstvene ustanove u odnosu na druge zdravstvene ustanove koje ne predstavljaju tako rigidan poslovni subjekt. Fiksni troškovi u biti pred-

stavljaju troškove instaliranih kapaciteta te je osnovni cilj da instalirani kapaciteti budu korišteni u što većem postotku.

Organizacija rada također predstavlja jednu od determinanti uvjeta i rezultat poslovanja. S obzirom na visoki udio troškova za zaposlene u ukupnim troškovima, efikasnom organizacijom moguće je ove troškove optimizirati.

Kod karakteristika prostornih kapaciteta, kao determinante uvjeta i rezultata poslovanja, privatne zdravstvene ustanove su u prednosti u odnosu na javne. Privatne zdravstvene ustanove uglavnom su novijeg datuma, pa su i, građevinski gledano, primjerene zdravstvenoj djelatnosti. U javnom sektoru ima niz objekata koji nisu primjereni zdravstvenoj djelatnosti te uzrokuju visoke troškove poslovanja. Činjenica da zdravstvena ustanova raspolaže monolitnom objektom ili je paviljonskog tipa direktno utječe na uvjete ili rezultat poslovanja. Ekstremni primjer je Opća bolnica Pula koja radi na dvije bitno udaljene lokacije, zbog čega ostvaruje dodatne troškove poslovanja od oko 700.000 kuna mjesečno.

Prisutnost privatnog sektora u zdravstvenoj zaštiti

Privatni sektor javlja se u svim segmentima zdravstvene djelatnosti. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti prisutni su koncesionari, no značajan je broj privatnih ustanova za njegu u kući. U najnovije vrijeme pojavljuju se privatne ustanove koje se bave sanitetskim prijevozom. Privatne ustanove najzastupljenije su u ljekarničkoj djelatnosti gdje susrećemo privatne ljekarničke ustanove i privatne ljekarne.

U vanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti koja se odnosi na specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu susrećemo se sa privatnim poliklinikama i trgovačkim društvima. Broj trgovačkih društava koja se bave pružanjem zdravstvenih ustanova je malen iz razloga što su zdravstvene usluge pružene kroz formu trgovačkog društva opterećene PDV-om. Na primjeru zdravstvenih ustanova koje pružaju trgovačka društva dolazi do izražaja nedosljednost Zakona o PDV-u odnosno miješanje funkcionalnog i institucionalnog pristupa.

Sve je veći broj privatnih bolničkih ustanova s time da su vlasnici istih ili trgovačka društva ili grupa pojedinaca.

Na primjeru Zadarske županije možemo zaključiti da je privatni sektor najzastupljeniji u segmentu primarne zdravstvene zaštite. Čak 62 % timova opće obiteljske medicine predstavljaju koncesionari odnosno privatne osobe.

Specifičnosti privatnog sektora

Specifičnost privatnog sektora prije svega se očituje kroz prisutnost vlastitih ulaganja. Ni u kom slučaju nije isto ulaže li pojedinac ili grupa pojedinaca ili ulaže li država ili županija. Odnos prema investiranju u navedenim slučajevima nije isti.

Kod privatnih zdravstvenih ustanova jedan od troškova poslovanja je trošak amortizacije. Kod javnih zdravstvenih ustanova je 1994. godine odlukom ministra zdravstva kao tekući je trošak ukinuta amortizacija. Na taj način umjetno su smanjeni ukupni troškovi za oko 10 % koliko je tada iznosio udio troškova amortizacije u ukupnim troškovima. Ovakav potez doveo je do apsurdne situacije da novonabavljena oprema cijelom svojom vrijednošću tereti poslovanje u razdoblju kada je nabavljena. Kod privatnih ustanova nabavka opreme ne tereti samo godinu nabave nego sve one godine koje su obuhvaćene amortizacijskim rokom. Iz prethodno navedenog proizlazi da je privatnom vlasniku itekako važno da cijena opreme bude što niža, uz neosporni uvjet kvalitete, jer će na taj način njegov trošak tekućeg poslovanja, u narednim razdobljima biti manji.

Isključivanje amortizacije iz tekućih troškova poslovanja imalo je za posljedicu izmjenu kalkulacije odnosno cijene zdravstvene usluge. Cijene su smanjene što u nepovoljni položaj dovodi privatne zdravstvene ustanove koje imaju ugovor s HZZO-om i koje amortizaciju obračunavaju kao tekući trošak. Uvođenjem sredstava za decentralizirane funkcije kao supstituta amortizacije došlo je do toga da pojedine zdravstvene ustanove decentraliziranim sredstvima nisu pokrile niti 60 % amortizacije, a da postoje ustanove kod kojih su decentralizirana sredstva veća od amortizacije za 30 % posto i više.

Specifičnost privatnog sektora očituje se i kroz tretman eventualnog gubitka u poslovanju. Poznato je da se gubici javnih ustanova pokrivaju putem namjenskog novca iz državnog proračuna, te da niti jedna javna zdravstvena ustanova nije došla u situaciju da prestane s radom zbog gubitka. Kod privatnih zdravstvenih ustanova gubitak u cijelosti pokriva vlasnik te snosi i sve daljnje rizike vezane uz to. U razdoblju od 2004. do 2008. godine na sanaciju poslovanja javnih zdravstvenih ustanova utrošeno je oko 10 milijardi kuna. Prema tome, u ovom segmentu poslovanja postoji značajna razlika između privatnog i javnog sektora.

Način osiguravanja stručnih kadrova odnosno strukturu zaposlenika također možemo smatrati jednom od specifičnosti privatnog sektora. Kadrovski potencijali uglavnom se uzimaju iz javnog sektora, a preuzimajući kadrove iz javnog sektora preuzimaju se i navike koje je taj kadar stekao u javnom sektoru. Mogući problemi proizlaze iz načina razmišljanja djelatnika preuzet iz javne ustanove jer je sistem funkcioniranja i načina rada u privatnoj zdravstvenoj ustanovi dosta drugačiji. Kako

bi se izbjegli spomenuti problemi bit će nužno da privatni sektor odgoji vlastite kadrove koji će od početka svog rada prihvatiti principe i način rada u privatnim sektoru. Ovo će biti izuzetno skupo za privatne ustanove jer proces edukacije traje dugo i uglavnom se obavlja izvan privatne ustanove. Privatne ustanove koje rad i poslovanje temelje na vlastitim kadrovima mogu potvrditi tezu da je uvjet uspješnosti privatne zdravstvene ustanove na razvijanju vlastitih kadrovskih potencijala.

Za razliku od javnih ustanova koje poslovanje vode po načelima budžetskog knjigovodstva, privatne zdravstvene ustanove vode po načelima profitnog knjigovodstva. To u praksi znači da je u javnim ustanovama prihod samo naplaćeni prihod dok je privatnim ustanovama prihod samo ispostavljena faktura. Primjena profitnog knjigovodstva može imati za posljedicu iskazivanje pozitivnog rezultata, ostvarivanje dobiti uz neodgovarajući novčani tijek.

Za razliku od javnih ustanova kod kojih se novac za investicije osigurava putem decentraliziranih sredstava ili iz namjenskih sredstava Ministarstva zdravlja, kod privatnih zdravstvenih ustanova novac za investicije mora osigurati vlasnik.

Komparativne prednosti privatnog sektora

Sa stanovišta efikasnosti poslovanja prednostima privatnog sektora možemo smatrati slijedeće:

- *Mogućnost investiranja u prostor i opremu vlastitim i kreditnim sredstvima.* Neosporno je da privatni vlasnik odluku o investiranju određenih sredstava donosi nakon sveobuhvatnih detaljnih procjena i analiza koje se očituju kroz izradu visibility studije. Nasuprot tome, u javnom sektoru nisu strane investicije koje se u fazi eksploatacije u cijelosti ne koriste. Poznati su primjeri nabavke skupe i složene opreme koja se u radu koristi sa 50 do 60 posto mogućnosti odnosno instaliranog kapaciteta.
- *Izbor profitabilnih, a zaobilazanje manje profitabilnih djelatnosti* također je jedna od komparativnih prednosti privatnog sektora. Za razliku od javnog sektora koji svoje kapacitete dimenzionira prema potrebama populacije, neovisno o isplativosti i profitabilnosti, privatni sektor može zaobići manje profitabilne djelatnosti i koncentrirati se na profitabilnije. Teško je zamislivo da se u Hrvatskoj osnuje privatna bolnica za opekline, ili privatna bolnica za traumatologiju. Ovo su djelatnosti koje su zbog svoje prirode neprofitabilne. Za razliku od prethodno navedenih djelatnosti, dijagnostičke djelatnosti se smatraju profitabilnim djelatnostima i zato najveći broj zdravstvenih ustanova predstavlja poliklinike s jakim dijagnostičkim kapacitetima.

- *Ulaganje kapitala u najnovije tehnologije.* Poznato je da posjedovanje dijagnostičkih aparata najnovije tehnologije privlači korisnike zdravstvenih ustanova i da, kao takvo, predstavlja komparativnu prednost. Sloboda ulaganja u privatnom sektoru omogućuje da se kapital plasira u tom smjeru.
- *Stimulativan način vrednovanja rada.* Za razliku od javnog sektora gdje je sistem vrednovanja rada po principu "radio, ne radio – ista plaća", privatne zdravstvene ustanove u svoje poslovanje mogu implementirati sisteme vrednovanja rada po principu fiksnog i varijabilnog dijela odnosno stimulacija.
- *Potpuna informatizacija.* Privatne zdravstvene ustanove, svjesne potrebe za pravovremenim informacijama, uvele su integralne informacijske sustave što još nije slučaj kod javnih zdravstvenih ustanova.
- *Reakcija na pojavu promjena.* Privatne zdravstvene ustanove predstavljaju elastičnije poslovne subjekte od javnih zdravstvenih ustanova te kada dođe do određenih promjena, privatna se zdravstvena ustanova daleko lakše prilagodi novonastaloj situaciji. Pri tome mislimo čak i na promjenu strukture kapaciteta odnosno na mogućnost nadogradnje kapaciteta.

Prisutnost privatnog sektora na tržištu

I javne i privatne zdravstvene ustanove mogu se javiti kao ugovorni partner HZZO-a i ostvarivati prihode prema istim principima i kriterijima.

Privatne zdravstvene ustanove mogu se javiti kao ugovorni partner HZZO-a u jednom dijelu svojih kapaciteta uz istovremeno sudjelovanje na slobodnom tržištu zdravstvenih usluga sa preostalim djelom svojih kapaciteta.

Najveći broj privatnih zdravstvenih ustanova svim svojim kapacitetima izložen je slobodnom tržištu i rizicima koje tržište nosi. Za privatnu zdravstvenu ustanovu najpovoljnija varijanta je da dio instaliranih kapaciteta ugovara sa HZZO-om, a da dio nudi na slobodnom tržištu. Istovremeno ova varijanta izaziva najviše negativnih komentara i diskusija.

Orijentacija privatnih zdravstvenih ustanova na ugovaranje s HZZO-om ili na slobodnom tržištu najvećim dijelom vezana je uz prisutne instrumente financiranja od strane HZZO-a i cijena na slobodnom tržištu. Ocjenu pojedinog instrumenta financiranja trebali bi davati ekonomisti, a ne liječnici, a sama ocjena instrumenta financiranja ovisi o tome u kojoj mjeri instrument financiranja uvažava pokriće planiranih troškova. Ovo je posebno bitno kod korekcije instrumenata financiranja do kojih dolazi zbog promjena cijene pojedinih inputa. U zadnje vrijeme korekcija instrumenata financiranja provođena je isključivo po osnovu korekcije cijene rada, a u potpunosti je zanemarena korekcija po osnovu rasta materijalnih troškova.

Razlozi ugovaranja sa HZZO-om

Ako promatramo tržište zdravstvenih ustanova, možemo reći da se na godišnjoj razini za zdravstvene usluge utroši oko 18.600 milijuna kuna. HZZO ugovornim partnerima za pružene zdravstvene usluge osigurava 18.000 milijuna kuna dok se na slobodnom djelu tržišta za zdravstvene usluge troši oko 600 milijuna kuna. Koncentracija sredstava kod HZZO-a privlači potencijalne poslovne partnere – privatne zdravstvene ustanove.

Evidentno je da postoje nedostatni kapaciteti javnog sektora tako da HZZO ugovorima sa privatnim sektorom osigurava potrebne kapacitete zdravstvene zaštite za svoje osiguranike. Nedostatak instaliranih kapaciteta očituje se kroz podatke o listama čekanja.

Privatne zdravstvene ustanove interesantne su za HZZO iz razloga što raspoložu kvalitetnim kapacitetima te uz istu cijenu svojim osiguranicima osiguravaju kvalitetniju uslugu.

Stupanj iskorištenosti instaliranih kapaciteta jedan je od motiva zašto privatne ustanove ulaze u ugovorne odnose sa HZZO-om. Niska iskorištenost kapaciteta na slobodnom tržištu, zbog već spomenute strukture troškova, nameće nužnost povećanja iskoristivosti kapaciteta koja je moguća putem ugovora s HZZO-om pa i uz nižu cijenu usluga od onih na tržištu. Povećanjem iskorištenosti kapaciteta fiksnog troška po usluzi se smanjuje te se na taj način osiguravaju preduvjeti za uspješno poslovanje.

Ugovor sa HZZO-om osigurava kontinuirani priljev bolesnika i novaca. To je nešto što je vrlo značajno za poslovanje jer eliminira značajne rizike u poslovanju odnosno izbjegava rizike karakteristične na slobodnom tržištu.

Uloga i mjesto privatnog sektora na tržištu

Na tržištu zdravstvenih usluga privatni sektor je komplementaran javnom sektoru u segmentu obveznog zdravstvenog osiguranja i ne treba ga tretirati kao konkurenciju javnom sektoru što, nažalost, mnogi čine.

Privatni sektor u funkciji je proširenja dijapazona usluga javnog sektora jer je očito da privatni sektor pruža i dio usluga koje javni sektor nije u mogućnosti pružati. Privatni sektor u mogućnosti je pružati usluge koje predstavljaju nadstandard u odnosu na usluge koje pruža javni sektor te na taj način može privući korisnike višeg imovinskog statusa.

Problemi sa financiranjem javnog zdravstva doveli su do situacije da privatni sektor sve češće uvodi nove tehnologije pa tako i nove zdravstvene usluge koje javni sektor još nije u mogućnosti pružati.

S obzirom da su javne zdravstvene ustanove sve svoje kapacitete ugovorile sa HZZO-om nisu u mogućnosti pružati zdravstvene usluge koje nisu obuhvaćene obveznim zdravstvenim osiguranjem pa to onda čine privatne zdravstvene ustanove.

Broj zdravstvenih usluga pružen osobama iz drugih zemalja za sada je relativno mali, no za očekivati je da će ulaskom Hrvatske u EU potražnja za zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj biti povećana. Također je za pretpostaviti da će te usluge uglavnom biti ostvarene u privatnim zdravstvenim ustanovama.

Zaključna razmatranja

Temeljem svega prethodno navedenog, privatni sektor treba promatrati kao komplementaran javnom sektoru, a ne kao njegovu konkurenciju te je potrebno ublažiti određene stavove i procjene vezane uz privatni sektor.

Osnovno obilježje privatnog sektora je vlasnička struktura, a ne struktura pružanih usluga. To u praksi ne znači da privatne zdravstvene ustanove ne bi trebale sklapati ugovore sa HZZO-om odnosno da bi svoje usluge trebale pružati isključivo na slobodnom tržištu.

Za pretpostaviti je da se privatni sektor uključuje u ugovorne obveze sa HZZO-om kada HZZO utvrdi da javne ustanove ne raspolažu svim potrebnim kapacitetima. Opseg i strukturu zdravstvene zaštite koju ugovara HZZO utvrđuje Ministarstvo zdravlja i sam HZZO. Usporedbom sa instaliranim kapacitetima javnih zdravstvenih ustanova utvrđuju se nedostatni kapaciteti u javnom zdravstvenim ustanovama i pokreće postupak ugovaranja sa privatnim zdravstvenim ustanovama.

Privatni sektor ugovara zdravstvenu zaštitu sa HZZO-om pod istim uvjetima kao i javni sektor. Prema tome, nema mjesta mišljenjima da su privatne zdravstvene ustanove privilegirane odnosno da ugovore zaključuju pod povoljnijim uvjetima. Način obračunavanja i plaćanja zdravstvenih usluga definiran je aktima HZZO-a, a određbe su jedinstvene kako za javni tako i za privatni sektor.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujem gospodinu Lukovnjaku. Istina je da je prekoračio vrijeme, ali je to bilo toliko važno izlaganje da nam je bez sumnje pomoglo u razmišljanjima i, na kraju krajeva, u fokusiranju ili povratku na tezu da dvije logike možda ipak postoje i da o njima kao takvima treba razmišljati.

A sada bih prepustio podij našem posljednjem izlagачu. To je Leonardo Bressan, dr. med., glavni tajnik Koordinacije hrvatske obiteljske medicine, predsjednik Skupštine koncesionara Primorsko-goranske županije, koji je toliko aktivno diskutirao prošli put da smo ga unaprijedili u uvodničara. Izvolite.

Leonardo Bressan, dr. med.

Glavni tajnik Koordinacije hrvatske obiteljske medicine i predsjednik Skupštine koncesionara Primorsko-goranske županije

Evo ovako. Biti na kraju nikad nije zahvalno. Prvo, meni je drago da je tu gospođa Avberšek. Jedino mi je žao što nema državnog tajnika, jer bi bilo onda još interesantnije. Nadam se da smo zapamtili sve ono što je do sad izrečeno u ovim izlaganjima. Ja to vidim kao 4 odnosno 5 pogleda na jednu kućicu kroz prozore, kroz krovne prozore na ono što je u kući. Ja ću pokušat drugim pristupom da pogledam iznutra prema van. Ako sam u kući, što imam oko sebe i što me čeka vani... E, pa da započnemo s onim težim dijelom.

Znači, tranzicija - ja sam si zapisao da ne idem u širinu - tranzicija kao suvremeni društveni proces, u kojem jesmo još uvijek, ostavlja pred današnjom Hrvatskom brojne izazove. Svjedoci smo takozvane "racionalizacije" u zdravstvenom sustavu u ovom ili onom obliku i to traje od početka devedesetih, pa je onda '93. osnovan državni osiguravatelj kroz, evo, četiri reformska pokušaja. Vidimo da zdravlje sve više postaje tržišno, a ne zajedničko dobro.

Povijest hrvatskog zdravstva mi ugrubo možemo podijeliti na dva razdoblja: prije i nakon uvođenja tzv. racionalizacije. Nekadašnji decentralizirani sustav samoupravnih interesnih zajednica u zdravstvu, tzv. SIZ-ova - oni koji su malo stariji kao mi se toga sjećaju - jeste sa viškom osoblja i izraženom regionalnom neravnotežom u financiranju i standardima zdravstvene zaštite, pretvoren u centralizirani sustav u kojemu uz pružanje zdravstvenih usluga uz javni sve više sudjeluje i privatni sektor.

Međutim, unatoč nekim minimalnim pozitivnim promjenama, zdravstvo je i dalje uočeno s velikim problemima. Većina je reformi posljednjih godina bila usredotoče-

na isključivo na ograničavanje rasta troškova. Posljedica toga je bila prebacivanje sve većeg dijela troškova na građane i neprekidno premještanje, kako ih mi zovemo, "vatrogasnih mjera" iz jednog dijela zdravstvenog sustava na drugi. Većina stanovnika i profesionalaca u zdravstvu dan-danas je nezadovoljna situacijom o čemu i svjedoči ova današnja rasprava. Kao i u većini bivših socijalističkih zemalja kod nas rasprave o zdravstvenoj politici i reformama obično započinju uvijek na prvi pogled nekompatibilnim pretpostavkama. Da je pristup zdravstvenoj zaštiti besplatan i za sve jednak. Članak 58 Ustava kaže: svakom se jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom. To je sve lijepo deklarativno sročeno. No, iskustva kažu da će ljudi trošiti u svemu veću količinu nekog dobra i usluge ako se cijena tog dobra ili usluge smanji. U zdravstvenoj zaštiti koja pokriva sve troškove tipičan je primjer ovakvog dobra.

Vidimo da su prije racionalizacije u zdravstvu postojala samo dva aktera, znamo to dobro: liječnik i pacijent. Njihov je međusobni odnos bio profesionalan, zasnivao se na povjerenju, uključivao kvalitetnu komunikaciju. Liječnikov pristup je bio individualiziran, a u prvome je planu bila dobrobit pacijenta kao pojedinca bez obzira na platežne mogućnosti. U donošenju odluka o liječenju liječnik je bio potpuno samostalan, njegove su odluke bile plod vlastitih prosudbi, stanja pacijenta, njegova zdravlja ili bolesti, utemeljeni na prikupljenom znanju ovdje na fakultetu, komunikaciji s pacijentom i praktičnom iskustvu. O tome nam svjedoči tradicija hrvatske obiteljske medicine i Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar, koja je bila nadaleko poznata diljem svijeta.

No do čega smo došli danas? Racionalizacija u zdravstvu u zdravstvo unosi formalne elemente racionalnosti. To mijenja sve pa i profesionalno ponašanje liječnika. Racionalizacija! Osnovni generator nezadovoljstva građana dostupnim oblicima zdravstvene zaštite koje raste iz godine u godinu, vidimo po svim anketama, nije, kako se često u prvi čas misli, nedostatak potrebnih sredstava, već njihovo rasipanje s jedne strane, a s druge strane 15-ogodišnji nedostatak suštinskog sređivanja samog sustava. Umjesto temeljnog sustavnog uređivanja odnosa obveza i prava unutar sustava svaki se reformski pokušaj do sada u Hrvatskoj uvijek ograničavao samo i isključivo na smanjivanje troškova na teret države i postupno prebacivanje istih na teret građana. Znamo da idealnog sustava, Bože moj, nema. Trenutno. I da su sve države u traženju najboljega oblika sustava zdravstvene zaštite za vlastito stanovništvo, no ovaj zdravstveni sustav u Hrvatskoj iz godine u godinu sve se više udaljava ne samo od idealnog, već i od prihvatljivog. U hrvatskom zdravstvu postoje javni i privatni sektor, i sve više postaje uočljiv nedostatak razgraničenja među njima, razgraničenja u međusobnim obvezama, pravima i nadležnostima. U zdravstvu javni i privatni sektor uopće ne moraju biti na suprotstavljenim stranama. Dapače, mogu i moraju biti

komplementarni. Ali samo isključivo na temelju jasno definiranih pravila igre. Toga u Hrvatskoj još uvijek nema u potpunosti u zadnjih 15-ak godina, praktički od ulaza u razdoblje "racionalizacije".

No koji su glavni generatori nereda u ovom sustavu, čije posljedice trpe i pružatelji usluga, ali i njihovi korisnici? Na prvom mjestu, stalna obećanja zdravstvene vlasti građanima o gotovo neograničenim socijalnim pravima, o pravima na cjelokupno besplatno korištenje zdravstvene zaštite. E, nije baš tako. Na drugom mjestu, stalne priče o ograničenim, ali dostatnim sredstvima koje se ne koriste na mudar način. Ne treba zaboraviti ono što je Hrvatska prenijela u svijet - rekli smo maloprije - Škola Andrije Štampara, kvalitetna primarna zdravstvena zaštita. U zadnjih 20 godina nekako se postupno odričemo svega toga. To je jedna kvalitetna piramida organizacije zdravstvenog sustava koja se temelji na jakoj i kvalitetnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koja rješava 75-85 % zdravstvenih problema građana te njena nadogradnja u obliku sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite koje preuzimaju brigu o ostalim 20-25 % problema, ali na skuplji način. Svima je već jasno da se u ovom trenutku u Hrvatskoj takva piramida postupno okreće na glavačke. Više od 40 % ukupnog broja liječnika u Velikoj Britaniji radi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Interesantan podatak. U Hrvatskoj, otprilike 17.000 članova Hrvatske liječnike komore, 40 % radi u zdravstvenoj administraciji farmaceutskih kompanija, manje od 18 % liječnika, mislim da je 17,6 %, liječnika Hrvatske radi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Obiteljska medicina u Velikoj Britaniji raspolaže sa 40 % zdravstvenog proračuna, a rješava stvarnih 85 % patologije. U Hrvatskoj svega 5 % zdravstvenog proračuna je na raspolaganju primarnoj zdravstvenoj zaštiti koja bi trebala biti nekakav čvrsti temelj zdravstvene piramide.

Trenutno stanje u Hrvatskoj: nedostaje nam više od 3.500 liječnika i gotovo 8.000 medicinskih sestara. Nadovezujem se na kolegu Mozetiča koji govori o starosnoj dobi. To jeste veliki problem. Nema novih kadrova, stariji odlaze ili umiru na radnom mjestu.

Znači, što dalje? U Hrvatskoj više od 20 % proračunskih sredstava za zdravstvo, što iznosi nemalih 6 milijardi kuna, namijenjenih zdravstvenoj zaštiti stanovništva, gubi se iz javnog sustava u vidu troškova administracije. Sama zdravstvena administracija u Hrvatskoj ima trenutno, u ovom trenutku, 82.000 zaposlenika. Obiteljskih liječnika ima 2356. Dodatnih 20 % sredstava, kako vidite, također oko 6 milijardi kuna, troši se u vidu profita farmaceutskih kompanija i drugih posrednika u sustavu, dobavljača, preprodavača. Oko 15 % sredstava, što iznosi novih 4,5 milijardi nestaje u slapovima u nekakav bezdan netransparentnih potrošnji, dok svega 45 % sredstava budu utrošena na direktnu zdravstvenu zaštitu stanovništva. Što napraviti? Znači više od 50 % novaca gubimo. Svakodnevno se zbog loše organizacije gubi u primar-

noj više od 10 miliona kuna. Znači gubimo oko milijardu kuna godišnje. Zašto je to tako? Na prvom mjestu je kronični nedostatak sadržaja javne zdravstvene zaštite stanovnika. Što točno podrazumijeva posjedovanje police osnovnog zdravstvenog osiguranja? Ono što je već kolega Mozetič spominjao, košarica usluga. Ne žele je u državnoj administraciji učiniti javno dostupnom. Da se točno zna: osiguranik kad sklapa određenu policu osiguranja što takva polica osiguranja po kojoj cijeni, pod kojim uvjetima pokriva.

Nakon osnivanja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kao državnog centralnog osiguravatelja u zdravstvu, daleke '93., još uvijek ne znamo ništa o košarici. Očita je namjera zdravstvenih vlasti održavanje *status quo* situacije po kojoj se sredstva građana mogu netransparentno trošiti pa i gubiti. Na drugom mjestu je sređivanje sustava od isključivo financijske uštede, od niskih cijena usluga profesionalaca u sustavu do niskih cijena pretraga te kontinuiranog sniženja cijene lijekova. Do čega nas to dovodi? Dovodi do umnožavanja usluga da bi se zadržali prihodi pružatelja usluga, što povećava broj pacijenata u skrbi, recimo u ordinacijama primarne, smanjivanje vremena na raspolaganju za svakog pacijenta (to je problem u primarnoj i sekundarnoj), zbog niskih prihoda ordinacije u primarnoj po sistemu glavarine nemaju mogućnost opremanja, dolazi normalno do povećanog upućivanja prema sekundarnoj razini, produženja listi čekanja za preglede i pretrage u istoj i povećanja troškova lijekova. I tu se stvara jedna spirala začaranog kruga.

Nekakav kvalitetan sustav zdravstva mora imati nekakav kao "imperativ"... Mora uskladiti postojanje javnog dijela temeljem poznatog popisa usluga korisnicima koje pokriva zdravstveni proračun, a to su, nemojmo zaboraviti, novci građana te privatnog sektora, koji može prema potrebama popunjavati dijapazon usluga korisnicima koji se odluče na višu stepenicu prava iz zdravstvenog osiguranja kroz oblik privatnih osiguravateljskih kuća. No dokle se ne objavi tzv. košarica u zdravstvu će sve i ništa biti preskupo, i dalje. I dalje će zdravstveno osiguranje za maloljetnike deklarativno biti besplatno, a u stvarnosti neće.

5. siječnja 2009. prilikom hitnog sastanka ministra zdravstva i socijalne skrbi u Rijeci s nama predstavnicima Koordinacije hrvatske obiteljske medicine, koji smo tada pokušavali zaštititi hrvatske građane od reketa zvanog participacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ministar je upoznat sa činjenicom - ja sam ga osobno upoznao s time - da unatoč potpisanim konvencijama u Hrvatskoj zdravstvena zaštita za maloljetnike nije besplatna kako se stalno prezentira u svim medijima, jer se veliki broj lijekova koji koristi takav uzrast dodatno naplaćuje od roditelja. Obećao je to ispraviti. Do danas se to nije promijenilo. Ministar i dalje proklamira besplatnost zaštite za maloljetnike i istovremeno naplaćuje dio cijene lijeka roditeljima. Ponavljam, to je bilo na samom početku 2009.

Loša usklađenost, trenutno, javnog i privatnog u zdravstvenom sustavu dovodi do cijelog niza nelogičnosti koji dodatno opterećuje i osiromašuje hrvatske građane. Interesantan svježi primjer: pojavljivanje Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode. Agencija za lijekove, čija je uloga registriranje i kontrola tržišta lijekova na visokom 4. mjestu popisa objavljenog top deset privatnika u Hrvatskoj. Državna institucija na 4. mjestu po dobiti? Od čega? Eh, to je interesantno.

Sve su to problemi koji opterećuju građane, koji po Ustavu imaju pravo na besplatno osnovno osiguranje, ali kad ga treba koristiti na svakom koraku moraju otvarati novčanik zbog participacije fino uvijene u naziv "sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite" do plaćanja dijela lijeka fino uvijenog u nazivu "doplata", te koji ako želi izbjeći takve nepotrebne troškove ima priliku plaćati istim novcem to nešto što se zove "polica dopunskog osiguranja". Kao što sam jedanput čuo od svojih pacijenata umirovljenika u čekaonici kad su objašnjavali jedan drugome što dopunsko osiguranje od HZ-ZO-a znači pa jedan drugome objašnjava: "To plaćaš dopunsko, da ne bi platio". Ovaj ga drugi gleda: "Čekaj, plaćam da ne bi platio?" - "Da, to je to".

U ovom trenutku "sustav" (stavio sam ga pod navodnike jer ovako neuređen teško da ga možemo još uvijek zvati sustav) je postao svrhom sam sebi, a pacijent je postao nekakav politički pamflet. Lažna fraza kako se sve čini u ime pacijenta, "pacijent je u centru pažnje" - to svakodnevno slušamo iz centra državne administracije. A ja se pitam: gdje je tu stvarno naš pacijent, jesmo li ga zaboravili - pa i danas? U ovakvom zdravstvenom sustavu, očito, pacijent više ne postoji kao temeljni smisao našeg rada. Hvala.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujemo dr. Bressanu. Prema molbi nekih sudionika koji bi željeli sudjelovati u diskusiji, a posao ih zove, mi ćemo spojiti diskusiju, dakle nećemo je odvajati ručkom, a nakon toga ćemo nastaviti neformalno družiti se uz domjenak, koji imamo zahvaliti *Jadranu* - Galenskom laboratoriju.

Prva koja se najavila za diskusiju je naša draga gošća i tradicionalna posjetiteljica i sudionica naših okruglih stolova, gospođa Spomenka Avberšek, koju ne treba posebno predstavljati. Izvolite.

Spomenka Avberšek*Predsjednica Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske*

Hvala Vam lijepo. Rekli bi moji da sam malo "u bedu". Bila sam prošle godine i iste stvari sam zapravo slušala. Praktički se nismo pomakli. Ne mi ovdje: govorim o sustavu zdravstva. Odmah da kažem - ja sam sindikat koji brani javno zdravstvo. Poštujem privatno, ali javno zdravstvo je ono što mene interesira. Ponovit ću rečenicu koje se svaki dosadašnji ministar užasavao: da se u sustavu javnog dobra napadaju dva javna dobra bitna za građane - zdravstvo i sad sveučilište. Svjesno. To nije bez vruga. U sustavu zdravstva vlada nered, nerad i neodgovornost. Današnja diskusija zapravo me uvjerila da je to točno.

Kada govorim o vođenju ustanova, javnih, možemo pogledati primjer iz susjedne Slovenije. KBC, ustanovu koja je vrlo komplicirana, vodi ravnatelj koji je ekonomist, visoko educiran za vođenje sustava, a ima jednu drugu instituciju koja se zove direktor za zdravstvo. Da, to vodi liječnik. I to je normalno. Nije normalno da u Hrvatskoj ne postoji nijedna sveučilišna bolnica. To nije normalno. Nije normalno, što je i uvaženi kolega Lukovnjak primijetio – usko surađujemo – u što je ministar uludo utukao 800 milijuna. To je još na papiru, to ćemo još plaćati u 2013. Da ste mogli primijetiti da taj PET CT koji je u *Medikolu* - ja uvijek govorim o imenima i prezimenima - koji je ušao u javni sustav da ga nema baš nijedan KBC, a da se, interesantno, nije nalazio na popisu onoga što želimo imati u javnom zdravstvu. A ja sada pitam ove mlade studente. Da bi vi nešto naučili, da nam ne bježite u privatni sektor. Ne bježite vi samo radi novaca, da se razumijemo. Mnogo je lagodnije, udobnije i manje rada u javnom sektoru. Svaki privatnik koji Vas uzme sigurno će Vam dati veću plaću, ali ćete to morati i odraditi. Ali kada čujem liječnike ili zdravstvene djelatnike da bježe zbog toga jer u sveučilišnim bolnicama ne mogu napredovati zato jer nema aparature, zato jer nema dijagnostike... Vrlo je interesantno da to privatnici imaju. U redu, vi to imajte. Ali da li imamo istu šansu? Nemamo. Jer je vrlo dobro znano da je PET CT uveden u jednu kliniku, koja je sad postala KBC. To je Zagreb. Dali smo mu prostor, na leasing je kupio aparat, isplatio aparat i kupio još dva. A naši pacijenti su upućeni upravo u tu privatnu polikliniku! Ništa nije besplatno u tom zdravstvu, ne plaćamo mi samo 15 % iz plaća, plaćamo mi i ovo dopunsko, a sad ova monopolistička tvrtka, kako ja zovem HZZO, i ona se sada malo igra privatnika i uvodi dodatno osiguranje. Ali kad bi netko svjesno ugovarao s privatnicima ugovore za dijagnostiku, a da u isto vrijeme imamo KBC?

Govori se da je malo zainteresiranosti za medicinski fakultet. Ma ja to ne bih baš rekla, znate. Još uvijek smo mi jedna tradicionalna, konzervativna zemlja i svaki roditelj bi ipak želio da mu dijete postane liječnik, advokat itd. Ali, kada završi fakultet i hoće specijalizaciju – kirurgiju npr., ili neurokirurgiju – neće je dobiti. Onda tu nešto ne štima. Netko mora voditi računa u sustavu javnog zdravstva, da na vrijeme

obnovimo kadar. Ali nitko ne vodi. I onda kažemo da nam se bolnice pretvaraju u ubožnice. Točno, točno. Ja ću vam reći jedan podatak - to nije normalno - prije dvije godine, HZZO je imao 86 ugovora s privatnicima, za ono što se nije moglo ostvarivati u javnom zdravstvu. Je li znate koliko ima sada? 560. I sad će netko reći da zdravstveni djelatnici neće raditi popodne. Laž! Već dvije godine traži se od ministra: otvorite nam popodne dijagnostiku da riješimo problem magneta. Neće je otvoriti. Ministar je neće otvoriti. Kamo idemo onda? Idemo u privatnika. Netko je pitao... profesor Miletić... (Rado bih voljela da se učlani u sindikat: ima puno toga sindikalnog...) U Hrvatskoj postoji 30 magnetskih rezonanci, 19 javnih. Ja vam sad ne moram reći da bi 4 kompletne Hrvatske mogle tom opremom obaviti pregled. Pa zašto se sad čeka 3-4 mjeseca? Pa zašto ne otvorimo ustanove? E, sad, ovaj pametnjaković koji nikad neće doći ovamo – govorim o ministru zdravstva, Jurković nije bitan – kupio on magnet za Gospić. I on sada nama kaže: vi ste protiv Like. Kao da je on dobio u dotu tu Liku! Ma nisam ja protiv Like, ali ako kaže KBC Zagreb da, kada bi imao još jedan magnet, ne bi bilo listi čekanja. Imamo podatak da je optimalno korištenje magneta 15-19 pregleda dnevno. Ako magnet u Gospiću ima radnu korištenosti 37 %, što će mu tamo magnet? Usmjeri ga onamo gdje ljudi čekaju!

Potpuno se slažem s KoHOM-om: 80 % zdravstvenih problema moramo rješavati u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Da li rješavamo? Ne! Da li su oni nešto s ovim koncesijama napravili za pacijenta? Ne! Da li nam se specijalistika puni? Da.

Prema tome, ja smatram da sve ovo što se događa nije bez vraga. Ne možemo mi godinama ponavljati, samo ponavljati. Mi nešto moramo raditi – uz dužno poštovanje svim privatnicima. Ponekad i ja, da ne tražim veze, odem k privatniku. Savršeno, ne čeka se, napravi se odmah, visoka usluga, a bogami i dobra cijena. Netko će morati, da bi sredio sustav javnog zdravstva, vidjeti ono što rade vani. Vrlo često spominjemo Ameriku. Ali, molim vas, tko u Americi vodi taj komplicirani sustav? Ne zdravstvo. Sad čujem da se ravnatelj neće baviti spremačicama. Pa normalno da neće. Pa ne mora se on baviti administracijom. Zašto bi se on bavio financijama, pa nije on zato školovan. Ravnatelji moraju biti vrhunski ekonomisti zdravstvenog profila; direktori za zdravstvo – liječnici. Javno i privatno strogo odvojiti.

Prema tome, naše ljude treba dobro platiti, treba im se omogućiti da zarade – jer to je laž, da oni neće raditi popodne: ma hoće raditi, nego im je namjerno zabranjeno. Ja ću doći i druge godine – meni je jako ugodno s vama – i ja ću opet slušati kolegu Lukovnjaka, prof. Miletića... I ja ću ponovo govoriti. Dok god budem radila ovaj posao i dok god se nešto zove javno dobro.

Manimo se i ovih floskula, lijepo molim: "Nisu zainteresirani za medicinski fakultet". Ja nisam čula da je bilo koji medicinski fakultet imao praznog mjesta. Nisam čula, ali čujem da specijalizacije koje bi ti ljudi nakon stažiranja htjeli dobiti, ne mogu dobiti. Ali znate što je najinteresantnije? Da upravo tih specijalizacija nedostaje.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Zahvaljujemo gospođi Avberšek. Mislim da je možemo već ove godine uvrstiti u uvodničare. U svakom slučaju, to je bio pogled koji je bio ujedno i osvrt na čitav niz izlaganja. Potaknuto je još dosta novih pitanja. Ja sam siguran da netko iz publike još želi komentirati bilo nekoga od uvodničara, koji su još uvijek ovdje svi na okupu i spremni sigurno da pruže pojašnjenja, a možda i dotakne neku temu koju mi nismo uspjeli dotaknuti.

Par puta se spominjala statistika interesa za medicinski fakultet i profesor Miletić je to istaknuo u izlaganju. Oscilira. Vraća se interes za fakultet. Bilo je nekoliko godina, do nedavno, slučaj da je zaista opadao interes. To se različito tumačilo. Međutim, od ove godine, odnosno, već od prošle godine, imamo situaciju da se nekako ponovo vraća povjerenje u medicinu.

Ante Gabrilo, dipl.oec.

Financijski savjetnik Udruge privatnih poslodavaca u zdravstvu

Dobar dan. Ja sam Ante Gabrilo, iz Udruge privatnih poslodavaca u zdravstvu. Htio bih postaviti pitanje: da li je privatni sektor s javnim sektorom u ravnopravnoj utakmici? Mi tvrdimo da nije, da je diskriminiran. Evo nekoliko podataka. U primarnoj razini ZZ timovi domova zdravlja koji su ugovoreni, dobivaju glavarinu za puni tim makar imali manji broj osiguranika: to je članak 56. njihove odluke, Osnova i sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite i sklapanje ugovora, od 15. travnja 2010. I mi tvrdimo da je to protivno Zakonu o suzbijanju diskriminacije, članka 49. Ustava i nema uporišta u članku 75. Zakona o zdravstvenom osiguranju, na koji bi se ta odluka trebala pozivati, jer u tom članku je rečeno da se sredstva osiguravaju sukladno broju opredijeljenih osiguranika. To je za primarnu razinu.

Isto tako, u cijeni glavarine, u cijeni usluga HZZO-a, nisu osigurana sredstva za razvoj i amortizaciju, jer država posebnim decentraliziranim sredstvima to osigurava subjektima. Ali ta sredstva od države završe samo u javnom sektoru. Rijetko tko iz privatnog sektora, pogotovo na primarnoj razini, dobije neku opremu, nego još domovi zdravlja nekima zahtijevaju da plaćaju zakupninu u domu zdravlja za tu opremu, a imamo mišljenje Ministarstva financija da su to nepovratna sredstva i da je zabranjena bilo kakva kapitalizacija.

Slično imamo i na sekundarnoj razini, gdje je odlukom HZZO-a priznata cijena boda za kliničke bolnice i KBC – 17,5 % veća nego što je za izvanbolničku, znači polikliničku, zdravstvenu zaštitu. Kad su napadali *Medikol*, trebali su znati da bi KBC naplaćiu

vao 17,5 % postro više za slične usluge (dijagnostičke postupke i slično), da KBC dobiva dodatna državna sredstva za kupnju opreme - 400 milijuna, i više, kako koje godine. Povrh toga, KBC stvara gubitak koji treba pokriti država, a privatniku gubitak ne pokriva nitko, jer ga on sam mora pokriti. Kad se to sve zbroji ispada da je cijena usluge KBC-a u odnosu na, recimo, Polikliniku *Medikol*, koju se napadalo, 35 % veća ili skuplja za jednaku uslugu, a mi kažemo da je čak bolje kvalitete u *Medikolu*.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Hvala. Pretpostavljam da će gospodin Lukovnjak dati odgovor.

Ivan Lukovnjak, dipl.oec.

Stručni suradnik Udruge poslodavaca u zdravstvu.

Ono što je rekao gospodin o primarnoj zaštiti je točno. Ali isto tako je onda trebao reći da i tim u domu zdravlja, koji ima preko 1700 osiguranika, dobiva novce kao da ima 1700, znači, ne samo spomenuti da, ako ima manji normativ, dobiva puni normativ, nego, ako ima i veći normativ, dobiva manji normativ. Ne ulazim sada u to je li to opravdano ili nije. Zna se što je bila poruka. Ali domovi zdravlja imaju i timove koji imaju i preko 1700 i u krajnjoj liniji dobivaju kao da imaju 1700.

Što se tiče financiranja primarne, odnosno SKZ, privatne poliklinike ne ugovaraju po sistemu srednjeg boda, nego uglavnom ugovaraju po takozvanim cijenama DTP-a. A DTP su jedinstveni, neovisno o tome u kojoj ustanovi se usluga pruža. Prema tome, cijena DTP postotka magnetske rezonance ili CT-a se ne obračunava po vrijednosti boda i broju bodova, nego kao fiksni iznos i on vrijedi neovisno u kojoj se ustanovi usluga pruža.

Ima nekih drugih stvari po kojima je, kako kaže kolega Gabrilo, privatni sektor u nepovoljnijoj poziciji. Po mojoj procjeni on to kompenzira većom efikasnošću rada i činjenica je da, ako uspoređujemo efikasnost rada u jedinici vremena jedne privatne ustanove i jedne javne ustanove, da tu dolazimo do bitnih razlika.

Kad sam već uzeo riječ, da se nadovežem na ono što je rekla gospođa Avberšek. Nema šanse da u sustavu kakav je naš zdravstvene ustanove vode ekonomisti. Sustav prvo treba izgraditi. Smatra se da je najdorađeniji sustav, kad govorimo o sustavu zdravstva, u ovom momentu u Europi, danski sustav. Kad gledate jednadžbu s pet nepoznanica, teoretski gledano, ravnatelj jedne danske bolnice sistem daje odgovore na 4 nepoznanice, jer je sistem do te mjere razrađen da su neke situacije, koje su kod nas prisutne,

tamo nemoguće. A onda taj menadžer, praktički svojom sposobnošću, definira onu jednu nepoznanicu. Kod nas, od 5 nepoznanica, sustav vam daje odgovor na dvije, i još vas malo zavede, a Vi praktički morate kao mađioničar, a ne kao stručnjak, procjenjivati što bi mogle biti one preostale tri. Prema tome, ne možemo govoriti o efikasnom upravljanju i vođenju dok se sustav ne izgradi, dok sustav ne počinje prepoznati kvalitetu od nekvalitete, rad od nerada.

Ante Gabrilo, dipl.oec.

Financijski savjetnik Udruge privatnih poslodavaca u zdravstvu

Istina je da dom zdravlja, i kad ima veći broj od 1700, dobiva za puni tim. Ali to, prvo, nema uporišta u zakonu. Kao drugo, sada kad je išlo koncesioniranje svi ovi timovi s manjim brojem osiguranika su prelazili u dom zdravlja. Tako da nisam siguran da je sada u domovima zdravlja prosjek 1700, nego je puno niži taj prosjek prijavljenih osiguranika.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Evo da damo još priliku drugima. Doktorica Šendula, ravnateljica Psihijatrijske Bolnice Rab.

Doc. dr. sc. Vesna Šendula-Jengiđ, dr. med.

Ravnateljica Psihijatrijske bolnice Rab

Ja se zahvaljujem prethodnim govornicima, koji su stvarno bili izvrsni, a i onima s kojima o istim temama već desetak zadnjih godina diskutiramo, između ostaloga i s gospodinom Lukovnjakom.

Ja mislim da nećemo moći na ovom mjestu riješiti neke stvari, konkretne, kao što je kolega govorio o primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mislim da je problem puno kompleksniji. Mislim da je problem generalno taj što su ipak centri moći podijeljeni ili vrlo daleko od centara znanja. Mislim da na ovom skupu nećemo moći taj problem riješiti. I želim vjerovati da je ovdje jedan mali dio pazla znanja i da će odaslati dobre poruke.

Što se tiče ovoga što je rekao gospodin Lukovnjak, a to su nepoznanice. Doista mislim da jedan ekonomist koji ekonomski razmišlja u jednu jednadžbu s toliko nepoznanica vrlo teško može ući u 10. mjesecu prethodne godine – govorim sad o proračunskim korisnicima – kada, od ukupno 5 varijabli, 4 su nepoznate, s time da one postaju poznate tek negdje u travnju tekuće godine. Naravno da ćete vrlo teško naći čovjeka koji

je odgovoran i sposoban, a koji nema neku određenu podršku, ja bih rekla, izvan svoje osobne odgovornosti, koji će ući u jedno takvo razmišljanje i planiranje prihoda, rashoda, proračuna itd.

Naravno, to bi bilo nekakvo ishodište, dakle, s pozicije proračunskih korisnika, gdje zdravstveni sustav, u ovakvoj situaciji diktiranih uvjeta koji se donose tijekom godine, nemotiviranih stvarnim potrebama, zaista ne može funkcionirati.

Vlasta Cerkvenik, dipl. oec.

Portal supraZdravlje

Neku vrstu "šlagvorta" dobila sam prvo od prof. Miletića, a sad od dr. Bressana. Doktor Bressan je spomenuo neku vrstu svrhe ili viđenja današnjeg okruglog stola. Kuća: jedan vidi izvana krov, drugi vidi prozor, a treći iznutra. To je bila usporedba koju sam preuzela od doktora Bressana. Zašto to kažem? Ja sam htjela tu podcrtati ili možda osvjetliti jedan aspekt koji se meni čini jako bitan, a mislim da bih ga mogla nazvati sustavom vrijednosti. U naslovu današnjeg okruglog stola stoji "Javno i privatno u zdravstvu i ljekarništvu: dvije logike, dvije etike?" Moje viđenje je: dva sustava vrijednosti. Jedan od prije 20 godina i jedan koji zadnjih 20 godina stvaramo, a nismo ga do kraja osvjestili ili stvorili.

U tom kontekstu sada bi se nadovezala na ono što je profesor Miletić rekao, odnosno što je stajalo na njegovom slajdu. Tko štiti interes javnog zdravstvenog sektora? I dao je odgovor: prvo, Ministarstvo zdravstva, drugo, lokalna samouprava, treće, ravnatelj, četvrto, medicinski suradnici ili stručnjaci (ne znam točno koji termin je koristio, ali mislim da to nije sad toliko bitno). To je prva teza.

Druga teza, opet se vraćam na dr. Bressana, pa ću onda dati moj zaključak ili moje viđenje. Doktor Bressan je rekao: u Hrvatskoj 40 % liječnika radi ili za farmaceute, kao trgovački putnici, ili u zdravstvenoj administraciji; u Velikoj Britaniji 40 % liječnika radi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Drugi podatak, također od dr. Bressana: Hrvatska – 82.000 administrativnih radnika u zdravstvu, 2.356 liječnika u obiteljskoj medicini.

Sad spojite ono prvo - tko štiti interes javnog zdravstvenog sektora - i ona četiri odgovora - Ministarstvo zdravstva, lokalna samouprava, ravnatelj, medicinski suradnici. Ne, definitivno, to nije dovoljno. Da su dovoljna ta četiri faktora, ne bi bilo toliko administrativnih djelatnika u zdravstvenom sustavu, a tako malo liječnika.

Spomenka Avberšek

Predsjednica Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske

Ja moram ispraviti netočni navod. Ja mislim da Vi niste razumjeli doktora: u cijelom sustavu zdravstva je zaposleno 71.000 ljudi. Prema tome, ne možemo pričati da su 82.000 administracija. A sada podatak od Udruge poslodavaca: od 71.000 ukupno zaposlenih, 26,2 % je nezdravstvenih radnika u koje ne spada samo administracija, nego i suradnici u zdravstvu kao što su psiholozi, logopedi, socijalni radnici. Da ne uđe u onu Vašu knjigu da ima 81.000 administracije!

Vlasta Cerkvenik, dipl.oec.

Portal supraZdravlje

Ispravak: ja sam rekla 82.000 i dr. Bressan je rekao također 82.000.

Spomenka Avberšek

Predsjednica Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske

Neka se on ispravi, jer nas ukupno ima 71.000, molim Vas.

Leonardo Bressan, dr.med.

Glavni tajnik Koordinacije hrvatske obiteljske medicine i predsjednik Skupštine koncesionara Primorsko-goranske županije

U Hrvatskoj imamo Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. To je jedno Ministarstvo, koje je krovno. U cijelom tom sustavu ima toliko, koji rade na administrativnim poslovima. Svi su korisnici državnog proračuna.

Vlasta Cerkvenik, dipl.oec.

Portal supraZdravlje

Dakle, ovo je točna informacija koju je dr. Bressan rekao.

Leonardo Bressan, dr.med.

Glavni tajnik Koordinacije hrvatske obiteljske medicine i predsjednik Skupštine koncesionara Primorsko-goranske županije

Može se provjeriti u Državnom zavodu za statistiku.

Spomenka Avberšek*Predsjednica Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske*

Udruga poslodavaca... Ja lijepo molim Lukovnjaka... Ovaj podatak... Smijati će nam se. Nemojte brkati socijalnu skrb, lijepo Vas molim, i zdravstvo. Socijalna skrb ima ukupno 11.000 zaposlenih.

Ivan Lukovnjak, dipl.oec.*Stručni suradnik Udruge poslodavaca u zdravstvu.*

Što se podrazumijeva pod pojmom "administrativni radnik"? Da li su kuhari i kuharice administrativni radnici? Da li su čistačice administrativni radnici? Da li su inženjeri na održavanju administrativni radnici? Da li su čuvari administrativni radnici? Shvaćate?

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur*Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci*

Dobro, ovo će svakako biti uzeto s ogradom, da ne kreira nepotrebnu zabunu. Međutim, vjerujem da je upozorenje u svakom smislu bilo da omjer zdravstvenih prema nezdravstvenim radnicima jest nešto što je vrijedno diskusije.

Nasl. doc. dr.sc. Vladimir Mozetič, dr. med.*Ravnatelj Poliklinike Medico Rijeka.*

Samo jedan mali ispravak, neću reći netočnog navoda, jer ne želim reći da kolega Bresan govori netočno. On vrlo precizno govori. Dakle, nije 40 % liječnika izvan zdravstvenog sustava, 21 %, znači 1/5, što su službeni podaci.

Međutim, nešto drugo sam htio reći. Stalno govorimo o mraku i o magli. Ja bih spomenuo jedno svjetlo, koje nam se događa u zadnjih par mjeseci, što pokazuje kako mi međusobno - javni i privatni sektor - možemo funkcionirati i kako se možemo postaviti prema osiguravatelju. To je jedna stvar. A druga stvar je da, kao što je gospođa Avberšek rekla, možemo raditi više, ali nam to netko mora platiti. Govorim i o javnom i o privatnom. Da bi nam to platilo, mi s drugom stranom, dakle s partnerom, moramo pregovarati i dogovoriti cijene. Ono što su iznijeli i profesor Miletić i gospodin Lukovnjak: u svibnju ove godine HZZO je velikom broju usluga jednostrano snizio cijenu za 20 %, misleći da će to proći bez reakcije struke. Neposredno nakon te odluke i Udruga poslodavaca u zdravstvu i Liječnička komora su izdale priopćenje koje je ponukalo Upravno vijeće HZZO-a da osnuje povjerenstvo koje se sastoji od

člana iz Ministarstva zdravstva, člana iz HZZO-a, iz Udruge poslodavaca i iz Liječničke komore. Dva člana su ovdje: gospodin Lukovnjak, za Udrugu poslodavaca i ja, za Liječničku komoru, koji već protekla dva i pol mjeseca radimo na tome da se ugovore optimalne cijene. Ono do čega smo došli – govorim kao privatnik – to je da smo uspjeli angažirati sva stručna društva u okviru čijih djelatnosti su izmijenjene cijene: i u javnom sektoru su shvatili da moraju razmišljati o cijeni usluge. I stručna društva su se potrudila da zajedno s financijskim službama ustanova u kojima rade naprave izračune temeljem točno razrađenih kalkulativnih elemenata koje su dobili, ne od HZZO-a, jer ih on nema (govorim o DTP-ima u SKZ-u), nego od Udruge poslodavaca, od Komore. Mi temeljem tih izračuna pregovaramo i dogovaramo cijene s HZZO-om, a četveročlano Povjerenstvo će Upravnom vijeću HZZO-a dati svoj prijedlog za koji ne sumnjam da će biti prihvaćen, jer je to Povjerenstvo koje je to Upravno vijeće i osnovalo. S druge strane, moj stav je - neovisno o tome što sam sad privatnik - štiti struku, zahtijevajući da cijena, prvenstveno cijena rada, a naravno, onda i cijena realnih troškova, budu priznate u ukupnoj cijeni, u nadi da su to dobri temelji za daljnje pregovore s tko zna kojom strukturom u dogledno vrijeme.

Vlasta Cerkvenik, dipl. oec.

Portal supraZdravlje

Vidim da sam prerano završila iznošenje svojeg mišljenja. Dakle, vratimo se na sustav vrijednosti. Ono pitanje tko štiti interese javnog zdravstvenog sektora po meni uključivalo je samo one koji troše, a ne one koji pridonose i to je poanta mog komentara. Treba mijenjati sustav vrijednosti i mišljenja tako da se uključe i oni koji pridonose, a ne samo oni koji troše.

Red. prof. dr. sc. Damir Miletić, dr. med.

Pročelnik Katedre i predstojnik Kliničkog zavoda za radiologiju KBC Rijeka.

Tko pridonosi? Građani Republike Hrvatske! Kako artikuliraju svoje zahtjeve? Birajući svoje zastupnike. Kako sada dolazimo do ministra? Gospodo draga, o čemu pričamo? Mi živimo u demokratskom sustavu. Svi koji rade, biraju u konačnici i ministra zdravstva, a taj čovjek je taj koji štiti interese. Druga je stvar što mi u Hrvatskoj mnoge stvari objasnimo i učimo na drugi način, ali nemojte zaboraviti da je ministar bilo kojeg ministarstva časna dužnost, oduvijek bila u svakoj zemlji, a posebno za nekoga koji svoju domovinu voli, da je to dužnost u kojoj čovjek treba služiti, a ne vladati. Druga je stvar što smo mi u politici svašta izvitoperili. Kažem, mi imamo devijacije koje imamo. Jednako tako, dekani fakulteta, direktori bolnica. Zapravo prije svega dekani, direktori se biraju po nekim drugim kriterijima, moraju služiti nekoj svojoj zajednici, recimo, konkretno: u gradu Rijeci, Sveučilište mora služiti edukaciji građana-birača.

Dakle, zašto to razdvajamo? Kao da ministar nije proizašao iz naroda. Druga je stvar da li taj narod zna artikulirati svoje interese.

Vlasta Cerkvenik, dipl. oec.

Portal supraZdravlje

Oprostite, mi se ne razumijemo. Ja sam govorila o onima koji koriste usluge. Gdje sam tu ja, koja dolazim k Vama ili nekom medicinskom djelatniku i kažem nešto svoje i ne prihvaćam Vaš paternalistički stav? Dakle, u ovome što ste Vi nabrojali, u ovim dionicima, nedostaje korisnik usluga. E, tu je sad poveznica sa sustavom vrijednosti i s javnim i privatnim u zdravstvu. Nadam se da sam sad ipak bila malo preciznija.

Izv. prof. dr.sc. Nada Gosić

Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Hvala svim sudionicima. Ono što sam ja željela ovdje napomenuti je da smo mi nakon prošlog našeg znanstvenog skupa o aktualnom trenutku hrvatskog zdravstva, na kojemu je isto tako bio potenciran ovaj dio o kojemu je govorio profesor Miletić, a to je politizacija zdravstva, išli u jedno istraživanje i u okviru tog istraživanja, temeljem normativnih akata, temeljem statuta, od liječnika, domova zdravlja do ljekarni, željeli ustvari obuhvatiti politički utjecaj na donošenje odluka od domova zdravlja do nabavke lijekova. Ono što smo saznali u tom istraživanju je sljedeće: prvo, da sva tijela, od doma zdravlja do ljekarne, u najvećem broju biraju (koristim Vaš izraz, kolega Lukovnjak) vlasnici zdravstvenih ustanova, mada su oni Zakonom definirani kao osnivači. Dakle, ono temeljno u čemu ja vidim problem - ukoliko postoji razlika između dvije etike (razlika logike očigledno nema) - suština je odnosa osnivača i vlasnika. Jer, znate, ako od Upravnog odbora preko ravnatelja, onda zatim Stručnoga vijeća, Kolegijalnog vijeća pa do Etičkog povjerenstva u bolnicama, domovima zdravlja i ljekarnama većinskim brojem glasova odlučuju političari, onda se tu nudi samo jedan odgovor: da je etika jedna, i to ona etika koju formira, doslovce, vlasnik, a ne osnivač. Ono što bismo mi trebali, s ovoga skupa pokrenuti kao ideju: da se vlasnici pretvore u osnivače. Ako se pretvore u osnivače, imat će drugačiju logiku i drugačiju etiku. Kao vlasnici, oni dominiraju kroz jedan tvrdi i kruti paternalistički odnos: kroz financiranje.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Ako se slažemo, možda da zaokružimo, jer su ruke u zraku uzmanjkale, a inače je poznato da najbolje diskusije treba prekinuti, pa makar ponekad to izgledalo i naprasito.

Ja ću početi s kratkim tehničkim uputama za naše uvodničare, kojima zahvaljujemo što su prihvatili naš poziv. Izlaganja mogu predati u pisanom obliku, odnosno poslati, dakako, ili mogu prepustiti nama da pripremimo nešto što će biti poslano svakom uvodničaru na autorizaciju prije nego što bude, dakako, pripremljeno za tisak.

Siguran sam da ćemo ovu vrlo korisnu seriju izlaganja, uključujući i raspravu - i tu zahvaljujem, dakako, svim diskutantima koji su sudjelovali u njoj - iznaći načina da ugleda svjetlo dana, ne samo zbog stare prakse i poznate istine da se ono što nije zapisano zapravo gubi u zraku, već i zbog toga da to možemo poslati na adrese onih koji odlučuju o ovim stvarima.

Pretpostavljam da ćemo se lako složiti oko nekih stvari, a oko drugih možda još i u našoj korespondenciji, prije svega mislim na uvodničare, ali i na diskutante, još možda i lomiti koplja kako bismo mogli na kraju jedne takve edicije ponuditi možda jednu vrstu "Riječkih preporuka" za zdrav ispravan stav prema javnome i privatnom u zdravstvu i ljekarništvu. Te preporuke je bilo relativno lako skicirati na temelju izlaganja i današnjih diskusija, budući da su izlagači pogodili potpuno fokus koji smo mi i priželjkivali.

Prema tome, jedino što nam ostaje je da žalimo što ovdje nema odlučitelja-političara i medija (bila je jedna gospođa s radija, koja nas je relativno brzo napustila), ali to i jest slika temeljnog problema našega društva. Dakle, oni koji trebaju širiti i propagirati stanovite istine, zapravo do istine ne dolaze vlastitom krivnjom, premda im se ponekad nude na tanjuru. Što se tiče političara, neki od njih, evo, čak ne smatraju da smo dostojni njihovog prisutstva pa ćemo mi, bez ikakvih političkih preferenci, ove smjernice i ova izlaganja razaslati nakon 4. prosinca, da neke od njih nepotrebno ne uznemirujemo.

Isto tako zahvalio bih se i ljudima koji su sudjelovali u pripremi ovoga skupa. Prije svega ću tu spomenuti, naravno, našega kolegu Igora Eterovića, koji tehnički sve ovo prati, a da ga Vi i ne vidite, odnosno dragu kolegicu, profesoricu Nadu Gosić, koja je možda Vama djelovala danas, kao što to obično i čini, kao tiha voda, ali vjerujte, kad se radi o organizaciji skupova, "brege dere".

Naknadno pristigli prijedlozi za raspravu

Ante Gabrilo dipl.oec.

Financijski savjetnik

Udruga privatnih poslodavaca u zdravstvu

Poštovana

Sukladno dogovoru šaljem vam autoriziranu verziju stava Udruge privatnih poslodavaca u zdravstvu, vezano na temu održanog okruglog stola "Javno i privatno u zdravstvu i ljekarništvu - 2 logike, 2 etike?", danas jer me nema isućih par dana.

Molim vas da ovaj mail prosljedite i g. Lukovnjaku, kao repliku na njegovu repliku mojeg izrečenog stava.

Stav Udruge je slijedeći: **Javno i privatno zdravstvo u postojećem sustavu nisu u ravnopravnom položaju**

Dokazi: 1) Kalkulacija cijena koje plaća HZZO ugovornim partnerima ne sadrži neke bitne elemente, kao što su sredstva za amortizaciju i razvoj, a trebala bi, kako je to regulirano u drugim državama (napr. Republici Slovačkoj i drugima).

Naime, subjekti javnog zdravstva nabavljaju opremu iz tzv. decentraliziranih sredstava proračuna. a privatni subjekt mora kupiti tu opremu iz svojeg dohotka ili dobiti (osim malenog broja koncesionara u DZ).

2) Neki elementi kalkulacije nisu obračunati u realnim iznosima (napr. tim obiteljskog liječnika sa propisanim standardom dobiva 700,00 kn/mjesec za režijske troškove, a DZ tom istom ugovorenom liječniku fakturira u prosjeku 2500,00 kn/mjesec, rad specijaliste opće medicine u pzz vrednovan je po koeficijenu 1,85, a specijalista u sekundarnoj razini zz 2,00).

3) HZZO je u čl. 56. svoje Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zz, od 15/04/2010. g. propisao da Dom zdravlja za ugovoreni tim dobiva puni iznos sredstava, bez obzira na broj opredjeljenih osiguranika, za razliku od tima koncesionara, privatne prakse koji dobivaju sredstva prema broju opredjeljenih osiguranika i njihovoj dobnoj strukturi.

Navedeni čl. 56. Odluke HZZO-a je u direktnoj suprotnosti sa čl. 75. Zakona o obveznom osiguranju, na koji se Odluka poziva (zakon propisuje za sve jednaki princip plaćanja).

4) U sekundarnoj razini zz Klinike, Kliničko bolnički centri i KB, koji su isključivo u državnom vlasništvu ostvaruju, prema čl. 64. i 65. navedene Odluke HZZO-a, do 17,5 % veću cijenu za zdravstvene usluge koje se vrednuju cijena boda x broj bodo-

va, a za one postupke koji se vrednuju prema popisu dijagnostičko terapijskih postupaka do 5,3 % (napr. hemodijaliza).

Navedenom se mora pribrojiti i pokriće nepodmirenih obveza i tzv. decentralizirana sredstva iz lokalnih ili državnog proračuna, pa je usluga javnog zdravstva u sekundarnoj razini i do 35 % skuplja od iste usluge u privatnoj ustanovi ili specijalnoj bolnici, čiji gubitak pokriva vlasnik i sredstva za opremu osigurava sam vlasnik.

Zaključak: Oni koji zagovaraju tezu da bi u sekundarnoj razini HZZO trebao sklapati ugovore samo sa subjektima javnog zdravstva trebali bi znati da to košta ukupno državu RH puno više!!!

Također bi trebalo pod hitno preispitati kalkulaciju cijena HZZO-a za primarnu razinu zz, te u nju uvrstiti određene elemente, a postojeće uskladiti sa sadašnjim cijenama.

Lidija Gajski, dr. med.

Dom zdravlja Zagreb Centar

Nedavna afera Medikol na dnevni je red stavila temu privatnog i javnoga u zdravstvu. O njoj su govorili predstavnici vlasti i oporbe, liječnici, sindikalisti i zastupnici bolesnika. Za razliku od potonjih koji su se, osjećajući prirodu i bit zdravstvenog sustava jasno opredijelili za javno zdravstvo, pripadnici zdravstvene administracije i liječničkog establišmenta uglavnom su pokazali neznanje i nesnalaženje u pitanju njegove koncepcije i uređenja. Privatna je inicijativa u zdravstvu po njihovu mišljenju poželjna, pa i neophodna, a eventualne probleme moguće je riješiti strogim odvajanjem privatnog od javnog.

Vjerujem da većina ljudi osjeća nelagodu pri spominjanju novca u kontekstu nematerijalnih kategorija kakve su život, zdravlje i liječenje. Plaćanje za medicinski savjet, lijek ili terapijski zahvat doživljava se nekako neprimjerenim, moralno problematičnim i bešćutnim. Etika i teologija imaju tumačenje, no i ekonomska teorija nudi podlogu za objašnjenje. Monetarnu vrijednost, odnosno cijenu, ima ono što je zamjenjivo, što se može dati nekome tko to nema, i to se onda može zvati robom. Život i zdravlje nisu kategorije te vrste, dakle nisu roba i njima se ne može i ne smije trgovati. Riječ je o području u kojem na vlada razum, već emocije, u prvom redu strah od bolesti i smrti. Granica kupovne moći tu je neodrediva i stoga se tržišni zakoni i poslovanje ne mogu adekvatno primijeniti.

U skladu s dominantnim političko-gospodarskim modelom koji kapital i zaradu stavlja iznad drugih vrijednosti, privatno poduzetništvo i biznis pušteni su i u medicinu. Kako im pri tom nisu postavljene granice, na tom plodnom tlu na kojem se prodaje i ono što nigdje drugdje nitko ne bi kupio, medicinska je industrija narasla

do neslućenih razmjera. Danas ona upravlja značajnim dijelom zdravstvenih sustava. I isporučuje rastuću količinu nepotrebne i beskorisne tehnologije koja ne samo da više ne služi liječenju bolesti, već je u funkciji njihova održavanja i stvaranja novih.

Komercijalizacija i privatizacija u zdravstvu proizvodi brojne negativne posljedice. U prvom redu velike izdatke koji neprestano rastu i to brže od BDP-a. Drugo, brojni suvišni medicinski postupci (lijekovi, dijagnostičke pretrage, operativni zahvati) uzrokuju rastuću izravnu štetu za zdravlje. Zahtjevi za sve većom participacijom bolesnika u troškovima (izravno plaćanje za medicinske postupke ili dodatno osiguranje) smanjuju dostupnost zdravstvenih usluga siromašnijem dijelu pučanstva. Jedno s drugim, to vodi padu efikasnosti zdravstvenog sustava. Zdravstvu koje puno troši na tehnologiju nedostaje novac za kadrovske resurse, a manjak i potplaćenost zdravstvenih radnika dodatno smanjuje učinkovitost i zadovoljstvo korisnika. Nadalje, agresivna primjena nove tehnologije otvara čitav niz etičkih pitanja i dvojbi (genska manipulacija, korištenje embrija, transplantacija, produžavanje života teško bolesnima). Konačno, tržišni odnosi u zdravstvu ugrožavaju povjerenje između bolesnika i liječnika. Danas su pacijenti sve češće u dilemi u vezi s liječničkim preporukama pitajući se jesu li motivirane njihovom dobrobiti ili nekim drugim interesom. Raste i svijest o ograničenom znanju liječnika o postupcima koje preporučuju, obzirom da ih o njima većinom educiraju proizvođači lijekova i medicinske opreme. Odnos doktor-pacijent temelji se na povjerenju; urušavanje tog povjerenja – a tome smo svjedočili u vezi s pandemijskom gripom (medicinski autoriteti pozivali su na cijepljenje, a odaziv ljudi je bio minimalan) - dugoročno je razorno za zdravstvo i medicinu.

Privatizacija u zdravstvu nepoželjna je već na razini kliničke prakse - privatne klinike generiraju puno više (nepotrebni) pretraga i terapijskih postupaka, pa i troškova, u odnosu na javni sektor. Privatne osiguravateljske kuće, obzirom da im je glavni cilj zarada, sklone su osiguravati zdrave a odbijati bolesne ljude; kad se osiguranik razboli, teško ostvaruje potrebnu zdravstvenu uslugu. No to je manje važno od privatizacije medicinske znanosti, što je dominantan trend zadnjih tridesetak godina (farmaceutske i druge privatne tvrtke financiraju već većinu znanstvenih istraživanja). Slično je s edukacijom koja predstavlja distribuciju znanstvenih nalaza. Riječ je o zloćudnoj devijaciji; naša je civilizacija utemeljena na znanosti, ona je glavno uporište za sve naše odluke, ne samo u zdravstvu. Ako je privatizirana za potrebe korporacija, njen cilj i svrha postaje njihova što brža i veća zarada, a ne dugoročni boljitak cjeline društva. Pretvara se u puki marketinški alat koji manipulacijama proizvodi neistinite i nevjerodostojne nalaze, a društvo gubi oslonac za odlučivanje i više ne zna u kom se smjeru kreće i kamo će stići.

Liječnik Dražen Gorjanski definira zdravstvo kao sustav koji se bavi nepoželjnim događajima. Ako je takav sustav profitno ustrojen, što znači da zarađuje na uslugama, on gubi motivaciju da liječi i prevenira bolesti. Naprotiv, cilj postaje održavanje

bolesti kroničnima i stvaranje novih. U sustave koji se bave nepoželjnim događajima spadaju i vatrogastvo, pravosuđe, policija i vojska. Stalni novi ratovi, rast kriminala i sudskih sporova sasvim je sigurno u vezi s utjecajem privatnog sektora u tim djelatnostima (vojna industrija, odvjetništvo).

Dileme "privatno ili javno" kad je riječ o zdravstvu, kao i o znanosti i obrazovanju, u stvari nema. Riječ je o esencijalnim djelatnostima koje se ne smiju privatizirati za potrebe manjine, već moraju ostati u javnoj domeni. To je osnovni uvjet za njihovu racionalnost i funkcioniranje na korist društva.

Marijo Drlje, dipl. oec.

Udruga Hrvatskih pacijenata

Poštovani,

uistinu smo počašćeni Vašim pozivom na okrugli stol, Javno i privatno u zdravstvu i ljekarništvu.

Mi u UHP-ta radimo humanitarno i svaki trošak financiramo iz osobnih primanja i u ovo recesijsko vrijeme smanjili smo putovanja i slične troškove.

Molimo vas da uvažite našu ispriku za nedolazak.

Stavovi UHP-ta su javnosti poznati i Vama šaljem Krik solidarnosti koji smo uputili predsjednici Vlade povodom svjetskog dana bolesnika ove godine. To su naši stavovi, možemo slobodno reći naš temelj na kojemu djelujemo.

Željeli bi da ovaj Krik solidarnosti bude naš prilog vašem okruglom stolu.

Osobno pišem knjigu koja će se zvati: Kome smeta opće dobro, solidarni javni zdravstveni sustav. Krik solidarnosti.

Uz iskrene pozdrave želimo vam i obilje zdravlja.

S poštovanjem

U Zagrebu, 26. rujna 2011.

Predsjednik
Marijo Drlje dipl. oec.

Krik predsjednici Vlade Republike Hrvatske Jadranki Kosor za spas solidarnog javnog zdravstvenog sustava – općeg dobra

Povodom svjetskog dana bolesnika 11. veljače 2011. godine javno upućujemo krik predsjednici Vlade Republike Hrvatske za spas solidarnog javnog zdravstvenog sustava – općeg dobra.

Novi Pravilnik ministra Milinovića koji legalizira dopunski rad bolničkih liječnika u privatnim ordinacijama nama bolesnicima nije jasan. Pitamo se ima li taj Pravilnik za cilj jačanje privatne prakse i slabljenje javnog solidarnog zdravstvenog sustava, koji je – opće dobro?

Možete li nama bolesnicima objasniti kako je moguće da, s jedne strane, liječnička struka na čelu s predsjednikom HLK prof. Minigom sve više kuka zbog nedostatka liječnika, a istodobno se liječnicima iz javnog sustava omogućava rad kod privatnika!?! Liste čekanja su sve duže. Obični pacijent u nekim bolnicama za ultrazvučno snimanje, primjerice, mora čekati 230 dana, čekanje na holter iznosi 135 dana, za ergometriju 138 dana, za analizu hormona štitnjače treba čekati 155 dana, a na termin za Endokrinološku-dijabetološku ambulantu 247 dana... Bolesni ljudi ne mogu do svoje Ustavom zajamčene zdravstvene zaštite, a ako imaju novca ili vezu onda mogu birati – privatna praksa ili...

Kakva je stvarna situacija u javnom zdravstvu najbolje se može sagledati kada bolesnik, koji nema veze, uzme uputnicu i krene od šaltera do šaltera... I tako doživi poniženje, kada mu na šalteru kažu koji je prvi slobodan termin... O preventivi da i ne govorimo... Je li se u ovakvom javnom zdravstvu izgubio bolesni čovjek?

Pitamo se je li dvojna praksa postala plodno tlo za moguću korupciju i preusmjerenje bolesnika iz javnog solidarnog zdravstvenog sustava u privatnu praksu, uz obrazloženje da će u bolnicama predugo čekati na pregled i liječenje???

Priznaje li ministar Milinović ovim Pravilnikom da ima liječnika koji ne ispunjavaju svoje obaveze, zbog čega i ne mogu raditi privatno? Ako ima takvih, zašto se ne kazne ili otpuste? Mi u UHP smatramo da se liječnici konačno trebaju plaćati po tome kako i koliko rade. Smatramo da treba ukinuti bolničke limite i omogućiti maksimalnu iskoristivost kapaciteta u bolnicama, te liječnike plaćati po njihovom stvarnom radu. **Novac neka ide za bolesnikom uz strogu kontrolu stvarnog rada.** Na taj način liječnici ne bi odlazili kod privatnika, imali bi veću plaću, "laki" novci bi ostali u javnom solidarnom zdravstvu, bolesnici bi bili zadovoljniji, a liste čekanja bitno manje. Liječnici koji manje rade trebaju imati i bitno manje plaće od svojih kolega koji više rade. Smatramo da bi na taj način motivirali sve one koji manje rade...

Poštovana Predsjednice Hrvatske Vlade, učinite nešto za spas solidarnog javnog zdravstvenog sustava – općeg dobra svih građana Lijepe Naše, krajnji je čas za to. **Donesite novi Zakon o sprječavanju sukoba interesa za područje zdravstva, prema kojemu bi miješanje praksi bio sukob interesa za sve djelatnike u javnom solidarnom zdravstvenom sustavu.** Ukoliko se to odmah ne učini mogli bi dobiti legalnu TAJKUNIZACIJU solidarnog javnog zdravstvenog sustava. **Podsjeća li nas to na legalnu privatizaciju početkom devedesetih?**

Uništimo li solidarni javni zdravstveni sustav svi oni koji nemaju novca neće se moći liječiti. Zamislimo kako je to imati nekoga bolesnog u obitelji, a nemati novca za liječenje, gledati u bolesnika i biti nemoćan... Molimo Vas da ne dopustite tu bol kad članovi obitelji ne mogu pomoći svom voljenom bolesnom djetetu, majci, ocu, djedu, baki... Molimo Vas ustrajte na solidarnom javnom zdravstvenom sustavu – općem dobru svih građana Republike Hrvatske. **Molimo Vas u ime života osigurajte jednako pravo na liječenje u praksi u trenutku potrebe svim osiguranicima HZZO na načelu SOLIDARNOSTI.**

Privatno zdravstvo je dobro njihovih vlasnika i njihovog profita, gdje je zdravlje roba. Zar ne? Neka se privatno zdravstvo razvija, ali ne na štetu solidarnog javnog zdravstvenog sustava. Novi Zakon o sprječavanju sukoba interesa u području zdravstva koji bi važio za sve djelatnike, riješio bi sve bitne probleme u javnom solidarnom zdravstvenom sustavu. Ima li želje i volje u Hrvatskoj za odvojiti privatno od javnog zdravstva?

Ovaj Krik upućujemo Vam javno jer naši dopisi izgleda ne stižu do Vas, kao ni Vaši odgovori do nas. U nadi spasa općeg dobra, solidarnog javnog zdravstvenog sustava želimo Vam obilje zdravlja.

Napomena, ovaj Krik pišemo u dobroj vjeri, nije nam cilj sukob s onima koji razmišljaju drugačije, nego za cilj imamo isključivo to da pravo na liječenje imaju na načelu solidarnosti svi građani Republike Hrvatske. Nadamo se da će te čuti naš krik. Povijest će dati odgovor jesmo li imali za pravo. **AKO POGRIJEŠIMO TA ISTA POVIJEST I BUDUĆE GENERACIJE NAM NEĆE OPROSTITI.**

U Zagrebu, 10. veljače 2011.

Udruga hrvatskih pacijenata
mob. 099 512 9494
Marijo Drlje, dipl. oec., predsjednik