

Pitanja i stavovi iz prakse / Questions and opinions from practice

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

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

Dobrodošli natrag. Osim što se, naravno, zahvaljujemo svima koji su, kao referenti i u diskusiji, dali svoj doprinos u prvome dijelu, sada nam je ostala ona dinamičnija faza, a to su replike, komentari, osvrti i ono što možemo poručiti jedni drugima, jer ovi okrugli stolovi tome i trebaju služiti. Najprije bih dao riječ doktoru Mozetiču iz poliklinike Mediko, o kojoj možda čitate u posljednje vrijeme da se expandira, odnosno seli na jednu atraktivniju lokaciju u Rijeci, a koja je, rekao bih, s najdužom tradicijom u djelatnosti ove vrste u našoj regiji.

Dr. sc. Vladimir Mozetič

Predsjednik povjerenstva Hrvatske liječničke komore Primorsko-goranske županije

Dobar dan svima. U uvodu bih se najprije predstavio. Urolog sam po struci i primarno liječnik sa 14-godišnjim iskustvom u Kliničkom bolničkom centru Rijeka i sada 4-godišnjem iskustvom u privatnoj praksi na poslovima ravnatelja ustanove i urologa. S druge strane predsjednik sam Županijskog povjerenstva Hrvatske liječničke komore i zapravo u tom svojstvu sam primarno ovdje. A u okviru Liječničke komore sam i zamjenik predsjednika Povjerenstva za međunarodnu suradnju i predstavnik Hrvatske u Standing Committee of European Doctors (Stalni komitet europskih liječnika), koja je direktno u kontaktu s Europskom komisijom i Europskim parlamentom, što znači da do nas dolaze svi oni dokumenti koje u konačnici Europski parlament usvaja. Ili, ako to preslikamo na naš segment, ono što ministarstvo prenese vladi, a to znači Europski parlament Europskoj komisiji, dolazi u Komoru, a to je Standing Committee of European Doctors, koji, kao i naša Komora, nažalost, može dati samo mišljenje, a ne veto. I to je zapravo ključni problem naše strukovne udruge, Hrvatske liječničke komore: nemogućnost davanja veta ili zaustavljanja određenih odluka za koje mi kao struka mislimo da nisu primjerene. Radi se intenzivno na tome da Hrvatska liječnička komora dobije onu snagu koju je imala

na samome početku, dok jedan od ministara nije ukinuo tu mogućnost pred gotovo petnaest godina. Ali u svakom slučaju mislim da su strukture unutar Hrvatske liječničke komore dobro organizirane. Imam pravo govoriti o našoj Podružnici, o Podružnici Primorsko-goranske županije, za koju mislim da je jako dobro organizirana. U našem povjerenstvu su predstavnici svih značajnih zdravstvenih ustanova regije, uz kvalitetnu suradnju sa svim pružateljima zdravstvene zaštite. Koincidencija je da je predsjednik Povjerenstva zapravo privatnik izabran demokratskim putem. Vezano uz prethodne rasprave o javno-privatnome, s obzirom da sam ravnatelj najveće privatne zdravstvene ustanove u regiji, a i šire smatram da kroz primjer rada u Poliklinici mogu govoriti o potrebi za međusobnom suradnjom svih segmenata zdravstvene zaštite. Poliklinika Medico ove godine obilježava 20. godišnjicu osnivanja: na proljeće ćemo imati 500-tisućiti pregled učinjen u poliklinici, sa 48 stalno zaposlenih i 32 honorarna suradnika. Dakle, nas u jednom i drugom odnosu ima 80, od kojih je 67 zdravstvenih djelatnika. Mislim da imamo dugogodišnje iskustvo s kojim možemo prilično referentno razgovarati o onome o čemu je i ovdje bilo riječi. Ključ našeg djelovanja je normalan, human odnos prema onima koji trebaju našu uslugu. To ponekad grubo zvuči: mi smo pružatelji usluga korisnicima, pa onda ispadnemo trgovina. Ali korisnici naših usluga su pacijenti, prema tome, oni koji su se odlučili kod nas potražiti pomoć. Naši pacijenti nisu isključivo privatni pacijenti, dakle oni koji odmah plaćaju zdravstvenu uslugu. To je jedan dio naših pacijenata. Tu su i pacijenti koji imaju privatna zdravstvena osiguranja, dakle oni koji su se odlučili, uz obavezno ili dopunsko, uzeti osiguranje neke od osiguravajućih kuća čiji je HZZO, kao državni osiguravatelj, predstavnik. I imamo ugovor s HZZO-om za jedan radiološki tim. Očekujem da ćemo ove godine dobiti i drugi. Dakle, imamo kontakta i sa sustavom. On nam u ukupnom poslovanju, ako već o novcima govorimo, sudjeluje sa 5%, što znači da ponekad kad smo u dodiru sa sustavom, a to je bitno i u raspravi, često znamo naići na barijeru. To znači da se državni osiguravatelj zna prema nama ponekad nedovoljno jasno postaviti, ali naša je prednost da u takvoj situaciji možemo ravnopravno razgovarati. Ali vraćam se na početak teme, vezano uz aktualnu situaciju u našem zdravstvu, odnosno etičnost, moralnost i jedan humani odnos. Dakle, ono što se mi trudimo pružiti, to je normalan odnos prema onome tko treba našu uslugu. Najprije ljudski, nakon toga medicinski. Naravno, netko će reći da nam to omogućava netko tko stoji iza nas. Da, iza nas stoji strateški partner, odnosno vlasnik i naravno da opet dolazimo do priče o novcu. I da tog novca nema, mi ne bismo sada išli na prostor od 2000 kvadrata, na tri kata, s dnevnom bolnicom i svim onim uslugama koje možemo imati uz kvalitetan ljudski potencijal i opremu, ali u svakom slučaju ne samo s tim da isključivo zarađujemo, a naravno da je profit nešto što mora biti u privatnoj ustanovi prisutno, nego da primarno oni

koji koriste našu uslugu i odlučili su je koristiti, a to je uvijek individualna odluka, budu time zadovoljni. Hvala vam lijepo za sada.

Vlasta Cerkvenik

Voditeljica SUPRA-projekta "CROSS-SECTOR: partnerstvo za zdravlje".

Pozdravljam sve prisutne. Ja sam Vlasta Cerkvenik, voditeljica projekta "CROSS-SECTOR: partnerstvo za zdravlje". Za one kojima to nije poznato, pojam "CROSS-SECTOR" partnerstvo odnosi se na zajedničke inicijative unutar dvaju ili unutar sva tri sektora: poslovnog, civilnog i javnog i to specifično na području zdravlja i zdravstva. U današnjoj raspravi, zapazila sam nešto što ja nazivam "Sindrom Trnoružice djelatnika hrvatskog zdravstva". Naime, prošlo je već 20 godina otkad su u Hrvatskoj započele demokratske promjene i uvođenje tržišne privrede. Proces tranzicije se odvijao postupno te je redom zahvaćao pojedine djelatnosti (branše). A u zdravstvu ima još i danas mnogo onih koji taj proces tranzicije ne zamjećuju.

"Sindrom Trnoružice"—primjer prvi: prvi sudionik ove rasprave, gospodin ravnatelj izrijekom je spomenuo da je njegov izbor "društveno zdravstvo". Međutim, termin "društveno zdravstvo" danas više ne postoji. S aspekta vlasništva postoji "javno zdravstvo" (bolnice i drugi pravni subjekti koji obavljaju djelatnosti u zdravstvu a u vlasništvu su države, županije/Grada i sl.). Postoji još i "privatno zdravstvo" (pravni i drugi subjekti koji obavljaju zdravstvenu djelatnost a u privatnom su vlasništvu). Postoji doduše još i segment primarne zdravstvene zaštite u kojem se miješaju elementi privatnog i javnog zdravstva pa bi možda to bilo najbliže pojmu koji je gospodin ravnatelj spomenuo tj. "društveno zdravstvo". "Sindrom Trnoružice"—primjer drugi: predsjednica Samostalnog *sindikata* zdravstva i socijalne skrbi spomenula je kao nešto negativno da "ljudi odlaze tamo gdje su bolje plaće", misleći pri tom na prelazak liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika iz javnih zdravstvenih ustanova u privatne zdravstvene ustanove. Pa naravno. Postoji tržište rada. Zašto bi to bilo loše ili negativno ako liječnik iz javne zdravstvene ustanove otiđe u privatnu zdravstvenu ustanovu jer je tamo bolje plaćen? Nemojmo se tome čuditi. To je normalna pojava u tržišnoj privredi za koju se naše društvo odlučilo prije 20 godina. "Sindrom Trnoružice"—primjer treći: prethodni sudionik ove rasprave, gospodin ravnatelj, nekoliko je puta ponovio da je on istovremeno i ravnatelj (manager) i liječnik-specijalist. Pitam se: da li ravnatelji hrvatskih javnih bolnica koji istovremeno obavljaju dvije profesije odnosno, kao liječnici liječe bolesne ljude a kao ravnatelji/manageri upravljaju pravnim subjektom u javnom vlasništvu koji je također bolestan ("financijski bolestan")—da li su oni svjesni kakvu poruku time odašilju javnosti? Ne bi li zdravstvenu ustanovu koja je bolesna ("financijski bolesna") trebao umjesto medicinskog specijalista liječiti financijski specijalist? Nekad davno broj profesija se mogao nabrojati na

prste: liječnik, učitelj... Međutim, danas je specijalizacija neminovna, kako za liječnike ljudi tako i za liječenje (financijski) bolesnih pravnih subjekata u (javnom) zdravstvu. Navođenjem ovih nekoliko primjera ("sindrom Trnoružice" u zdravstvenih djelatnika) namjera mi je bila potaknuti na "out of the box" razmišljanje, osvjetliti probleme u zdravstvu iz jednog manje uobičajenog aspekta. Zahvaljujem.

Radmila Belobrajčić-Čahut

viša fizioterapeutkinja, Sindikat zdravstva Hrvatske

Pozdravljam sve prisutne: ja sam Radmila Belobrajčić-Čahut predsjednica Podružnice sindikata zdravstva Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Nakon izlaganja ravnatelja KBC-a i njegove šale na račun socijalnog dijaloga sa sindikatom u našoj ustanovi, moram reći da mi zaista imamo pravi socijalni dijalog, bilo da se radi o socijalnom statusu zaposlenika ili o tekućim problemima naše ustanove. Ali ono što je neprihvatljivo to je da je zdravstvo maksimalno ispolitizirano, da su i ravnatelji, nažalost, postali politički pijuni, političke figure, poslušnici vladajuće politike, što nije dobro niti za zaposlenike, ali ni za bolesnike. Zašto je tome tako? Pa naprosto zato što u upravljačkim tijelima zdravstvene ustanove, upravnim vijećima, također sjede ljudi koji sprovode odluku ministra i vladajuće politike, pa ako ravnatelj nije na tom tragu obično bude smijenjen i prije isteka mandata. Zbog toga ravnatelji skrivaju problem od javnosti i prikazuju stanje u ustanovi koje je daleko od istine, poglavito kada se radi o nedostatku novca za normalno funkcioniranje ustanove. Sindikati su to prepoznali, pa upravo zbog osiguravanja boljih uvjeta rada za zaposlene, što je vezano za veće bolničke proračune, nastojimo kroz medije, govoreći istinu o stanju u bolnicama, izboriti više novca. Činjenica je da su zaposlenici u sustavu zdravstva potplaćeni, da su uvjeti rada loši, da sve to frustrirajuće djeluje na zaposlenike, a svi- ma nama je jasno da samo zadovoljan zaposlenik znači i zadovoljnog bolesnika.

Leonardo Bressan, dr. med.

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine–Podružnica PGŽ–Rijeka

Dobar dan svima. Ja sam, da se predstavim, Leonardo Bressan, obiteljski liječnik. Među inim sam i član Izvršnog odbora Koordinacije hrvatske obiteljske medicine i glavni koordinator za obiteljsku medicinu u Primorsko-goranskoj županiji. Program rada ovog stola odnosno naslov je bio "Aktualni trenutak hrvatskog zdravstva". To je jedna od tema koje se tiču baš svih građana Republike Hrvatske. Ja tu baš ne volim govoriti samo o pacijentima, pružateljima usluga itd. Ja sam isto pacijent, ja sam tlakaš, ja moram ići na redovite kontrole svom kardiologu. Kad nisam u ordinaciji, ja sam pacijent. Isto tako, ja sam vozač, ali ako nešto obavljam po gradu ja sam pje-

šak. Tako da smo svi u toj ulozi pacijenta. Što se tiče kvalitete u zdravstvu, moram odmah reći da ja mogu biti zadovoljan stručnim dijelom, stručnim predavanjem u zdravstvenom sektoru, svih liječnika i sestara. Jer se u stručnom dijelu kvalitetno radi. Nažalost to ne može dugo opstati. Zašto? Zato što je sustav zdravstva kakav je danas vrlo neuredan ili neuređen. S jedne strane imamo one koji bi trebali biti—ja ne volim tu riječ, *gatekeeper*, čuvari sustava—ja ne želim bit čuvar državnog sustava. Ja želim kvalitetno raditi svoj posao, a to znači brinuti se o zdravlju i životu svog pacijenta. Ako mi se omogući da smanjim 'pogon', da se kvalitetno bavim i pomazem svom pacijentu, e, onda ću ja zaštititi sustav. Ali to ne može biti primarni cilj. Nema jeftine medicine. Svaka jeftina medicina se na kraju dokaže kao vrlo skup 'sport'. Sustav je neuredan zato što, barem na primarnoj razini, mi liječnici funkcioniramo plivajući, balansirajući između što zakona, što pravilnika, što odluka—ima ih 143. Od tih 143, 74 su u međusobnoj koliziji! Svi su izašli iz Sabora—oni koji su u međusobnoj koliziji. Dakle, tu je glavni generator neurednosti sustava. Pored toga što je ogromna pravna građa, pravna regulatorika, problem je što se jednim ritmom mijenjaju, nazovimo ih tako, pravila igre. Vrlo je teško raditi u takvim uvjetima. Otkud počinju problemi? Problemi počinju s nedostatkom iskrenosti prema nama samima. Još uvijek, čuli smo danas, nitko nije ukazao na prava i na obveze svih sudionika u sustavu: od pružatelja do dobivatelja usluge. Svi mi imamo međusobna prava, ali i obveze. Svugdje u nekom uređenom društvu vi možete ostvariti svoja prava ako ste prije toga ispunili svoje obveze. Svatko od nas bi volio dobiti plaću unaprijed pa će si misliti da li će doći na posao. Mi moramo doći obaviti posao, da možemo reći: ja sam svoje obavio, sad očekujem naknadu, plaću ili bilo što. Znači, moraju postojati prava, i moraju postojati obveze. Gdje počinje problem koji ne dozvoljava i u do-gledno vrijeme neće dozvoliti 'čišćenje' tog sustava? U nazivu i u organizaciji samog ministarstva. Ministarstvo je spojilo dvije, za jedno uređeno društvo, nespojive stvari. Jedno je zdravstvo, drugo je socijalna skrb. Zašto su nespojivi? Zato što je socijalna skrb nešto čime se ja ne mogu baviti, a mi znamo da je u ovom Ministarstvu socijalna skrb nekako u sjeni. Mi znamo da se naš ministar uvijek predstavlja kao ministar zdravstva, nikada ne spominje socijalnu skrb. U uređenim društvima vi imate oslobađanje od participacije, odnosno od sudjelovanja u korištenju zdravstvene zaštite. Vrlo je jednostavno regulirano: prema bolesti, ne prema imovinskom stanju. Imovinsko stanje nije temelj za liječenje. Znači li to da onaj tko ima više novaca ima veća prava ili onaj tko ima manje novaca ima veća prava? Osiguranik, pacijent, građanin, ako ima karcinom prostate, što se tiče liječenja mora imati kompletno besplatnu zdravstvenu zaštitu. Ako ima upalu uha, on mora nadoplaćivati. Sustav socijalne skrbi je takav da mora omogućiti dodatne prihode, pomoć, financijsku pomoć onim građanima koji nemaju dovoljno sredstava za život. U slučaju da se razboli, ako mora koristiti zdravstvenu zaštitu, on će je dobiti, imat će novce da sudjeluje, ali

ako je u jednom trenutku zdrav, zašto mu taj novac ne bi ostao? On će ga koristiti, nadam se da mu neće zatrebati. Ja mislim da bi to trebalo svakako razdvojiti. I dolazimo do toga da smo svi preopterećeni. Zašto nitko ne studira medicinu? Ne samo što se tiče fakulteta, nego i što se tiče studija za medicinske sestre. Nisu samo plaće u igri. Najveći problem od kojeg svi bježe su uvjeti rada—zbog neuređenosti sustava, zbog kompletnog nereda u sustavu. Mi uvijek gledamo prema ministru, bez obzira tko to bio u ovom ili onom trenutku, ministru zdravstva i socijalne skrbi kao krivcu za sve. Međutim, kolega Gorjanski je o tome već čuo u Rovinju kad sam o tome govorio, ja tu posebno krivim Hrvatsku liječničku komoru, samo uže rukovodstvo zbog neaktivnosti, odnosno zbog nekakvog stanja ‘hibernacije’! Komora ima zaštitne mehanizme kako zaštititi, što se tiče ministra, struku. Postoji Kodeks medicinske etike i deontologije, postoji Zakon o liječništvu, postoje raznorazni zakonski i drugi propisi koji točno određuju kad neki liječnik na kojoj funkciji šteti struci. U tom slučaju postoji privremeno ili trajno oduzimanje licence za rad. Hvala.

Igor Salopek

Student Integriranog preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog studija medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Ja zapravo imam samo jedno kratko pitanje, a iz iskustva znam da diktafoni snimaju čak do ovamo. Samo jedno pitanje koje mi se činilo možda kao jedno od ključnih. U smislu nudiženja nekih rješenja. Pitanje za sve vas ovdje, zaista za sve vas: iz vašeg iskustva, koji bi to bio model zdravstvenog sustava za koji znate iz svijeta, iz Europe, koji bi bio realan da ga se prenese u ove naše okvire? Ili možda najbliži tome? Eto toliko. Hvala.

Vlasta Cerkenik

Voditeljica SUPRA-projekta "CROSS-SECTOR: partnerstvo za zdravlje"

Evo, ja ću samo kratko odgovoriti: “Koliko para toliko muzike”. Jedno su želje, drugo su mogućnosti. Nerealno je reći: “U državi X imaju takav nivo javnih zdravstvenih usluga – to hoćemo imati i mi”. Zdravstveni solidarni standard ovisi o tome koliko resursa je zajednica spremna izdvojiti za javno zdravstvo. Početak je u Saboru, bez obzira na to koji model zdravstvene zaštite koristili, zvao se on Bismarck ili Beveridge ili mješoviti model zdravstvene zaštite. Pod pojmom resursi najčešće podrazumijevamo novac. No jednako tako važna je i strategija. Da li će nova strategija zdravstva biti onakva kakva je bila 2006.-2011., a što je po mom mišljenju previše površno i neodređeno, ili će biti sustavnija i transparentnija.

Ovdje treba spomenuti i realni sektor, koji po današnjem modelu zdravstvene zaštite ima ključnu ulogu. Ako je realni sektor "siromašan" onda ni javno (solidarno) zdravstvo ne može biti "bogato", u protivnom slijedi bankrot države. Ja sam spomenula 3 elementa. O njima ovisi kakvo ćemo javno/solidarno zdravstvo imati. Želje i usporedbe s javnim zdravstvom drugih država su jedno, a mogućnosti naše zajednice su drugo.

Spomenka Avberšek

Predsjednica Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske

Ja ću probati replicirati. Vama kolega (Igoru Salopeku, op. ur.) ja mislim da ćete vi mladi ljudi upravo takvi liječnici biti. 34 godine sam surađivala usko s liječnicima i nemojmo se više zavaravati i nemojmo gluposti govoriti da nam nisu bitne plaće. Plaća je rezultat na kraju našega rada. I ne možemo dozvoliti da meni, uz dužno poštovanje, vozač tramvaja ima 7.000 kn, a da liječnik-specijalist sa 15 godina staža ima 8000. Kolegice draga, Vi koja se zalažete za, koliko vidim, mješavinu javnog i privatnog. Kolega, nema "javno" i "privatno". Zdravstvo je javno dobro. Kao i prosvjeta. Zdravstvo je nešto o čemu svaka uvažena zemlja mora voditi računa. Ne o visini i debljini mog novčanika. I očito niste pratili dovoljno doktora Gorjanskog, koji radi u monopolističkoj tvrtki. Doktor Gorjanski zna kako ja zovem tu tvrtku—monopolistička tvrtka. Jer ona nama diktira pravila igre, ona nama diktira koliko treba dati novca ustanovama. A znate koga zaboravljamo? Zaboravljamo pacijente. Kakav nama sustav treba? Nama treba uređeni sustav: ja smatram da smo ga mi imali. Primarnu zdravstvenu zaštitu imamo upravo onakvu kakvu sada Europa želi. Kolegice, Vi imate tu negdje, približno, moje godine. Mi smo se hvalili time, primarnom zdravstvenom zaštitom, što je baza—to su vas učili na medicinskom fakultetu—to je osnova zdravstva. Doktor Gorjanski je dobro rekao, samo mi nismo dobro slušali i gledali. Kada vi date zdravlje na tržište jadna ti majka. To je ovo što Obama ima. To je to zdravstvo, gdje se ne gleda na bolesnog čovjeka. Možeš umirati pred stepenicama, gledali ste na filmovima. Ali nećeš dobiti. Prvo što se traži je knjižica. Ja znam, kada sam išla u zdravstvenu školu, zašto sam se odredila za zdravstvo. Uz dužno poštovanje Medikolu, čula sam, nićete kao gljive poslije kiše. Što to znači? Da naša država usmjeruje javno dobro, javno dobro—kamo? U privatno. Ja bih vas sad nešto molila. Ministar zdravstva: što je on sad napravio? U javnom sustavu, ja se zalažem za javno zdravstvo. Ne slažem se s vama. Svi smo mi pacijenti. Svi. Četiri milijuna. Sutra sam bolesnik. E, ja sada hoću i kada sam na položaju, i kad imam love, i kad nemam love, hoću javno zdravstvo, hoću kvalitetno zdravstvo, hoću dostupno zdravstvo, hoću jednako zdravstvo, kao što Vi, kolega, imate u Medikolu. Ali, vidite, kad ja kažem: platimo zaposlenika u javnom zdravstvu, neka mi ne tezgari kod

vas. Možda nije kod vas to slučaj, ali u većini jeste. U popodnevnim satima vrlo će rado naši zdravstvenjaci raditi u našim bolnicama, da li općim bolnicama, klinikama, nije bitno. Najgora je mješavina javnog i privatnog. Nemam ja ništa protiv privatnog. Nemam ništa. Rekli ste da imate, zapamtila sam negdje, koliko ih imate u stalnom radnom odnosu i imate negdje oko 35, koliko sam zapamtila, na ugovoru o radu. Nemojte mi zamjeriti, ja ću reći, neću reći da je 100%, ali 50% tih ljudi sigurno dolaze iz sustava javnog zdravstva. Je li tako?

E, vidite, sad je to ono kad ja postajem pacijent. Kad mi imamo tržište. Tržištu je baza kapital, funkcionira na bazi kapitala. Pa čak i u ovako osjetljivoj grani kao što je zdravstvo. Tu nismo mi osjetljivi. Prema tome, što se sada radi? A to se nigdje ne radi u normalnim zemljama, koje poštuju svoje građane. Ja, koja mogu tezgari, društvo se ne pobrine, doktore moj, da vas adekvatno plati u javnoj ustanovi, odem tezgari gospodinu. Gospodin me dobro plati. A moj zadatak je—budimo mi pošten—da, kad dođe pacijent, kažem: ili ćeš čekati tri mjeseca, ili četiri mjeseca, ili ću te gledati onako preko oka. Zašto? Jer je meni u interesu da ga ja dam u privatne poliklinike, jer ja tamo radim. Ja tamo ostvarujem profit. Ja jesam sindikalac—malo atipičan. Ja sam rekla: ja ću se boriti za svakog zaposlenika u javnom zdravstvu. Borit ću se ja i za onog zaposlenika kod privatnika, ako mu se krše prava. Ali ne, tamo se ne krše prava, znate. Tamo postoje čak i pravila igre. Ali ne možemo dozvoliti da nam dijete od tri godine koje je imalo tumor mora čekati na magnetsku rezonancu. Nemojmo se blesariti pa govoriti da ne znamo podatke. 28 milijardi—tu vam je rekao stručnjak iz HZZO-a—i ne brani on, on ne brani instituciju HZZO-a, to je zadnji čovjek koji brani tu instituciju. On ima problem u HZZO-u. Upravo zato što ga prikazuje kao monopolističku tvrtku, koja bi zapravo malo bila na tržištu, a malo ne. Ja želim upravo ovako kvalitetno zdravstvo kao što vi imate i ja vam to sve vjerujem. Nasmiješene sestre, nasmiješene doktore, dobro opremljene, jer mi to možemo. Mi to možemo. Samo nama lova curi. Jučer je rekao profesor Marušić, dekan Medicinskog fakulteta. To je isto jedan proganjani čovjek, koji je s medicinskog fakulteta, kao profesor koji je predavao anatomiju, neću reći pobjegao, jer je prikazivao korupciju. (Pardon, predavao je fiziologiju). Otišao je, samo njega nisu mogli maknuti, jer je poznati stručnjak i vani pa je postao čak i dekan medicinskog fakulteta. Nama treba rad. Ja neću imati liječnika, sestre i laboranta. I onaj tko sustav svede samo na doktore i sestre, pogotovo u bolnicama, taj ne zna sustav. To nema veze. Ma bitan je i doktor i sestra, ali je bitan i onaj laborant, inženjer radiologije. Ljudi moji, svi u toj piramidi su bitni. Ja sam osobno koristila privatno zdravstvo, a znate kad i zašto? Mi smo svi od krvi i mesa i ja znam često reći: mi nemamo devet života. Ja jesam zdravstvenjak. Kada obolim, ja zaboravim i ono što sam znala. Pretvaram se u teškog bolesnika. I što radim? Ne mogu doći tamo, jer me fitilji tri mjeseca, četiri mjeseca, pet

mjeseci. Ali ja sam bolesna. Ja hoću sada, ja hoću ovaj čas da znam. Izvući ću zadnji dinar, posuditi, dignuti na karticu i otići da vidim što je. I to tko god to usporedi s bilo kojom djelatnošću u ovoj Hrvatskoj, loše radi. A to, kolega, koje smo mi zdravstvo imali... Dobro organiziranu primarnu zdravstvenu zaštitu, Štampara. Štampara, to smo mi imali. To sad ovaj Obama vraća, je li? Mi smo to poništili namjerno. I, sad kad ja prozivam gdje se izgubio ministar: vidim ja njega kao potpredsjednika, ali njega nema tamo u toj fotelji. On neće. On neće, on ide na zakupe, ide na koncesije, pitaj boga na što on ide. Nama je normalno da se primarna zdravstvena zaštita radi—gdje? U domovima zdravlja. Najskuplja se radi—gdje? U bolnicama. Ne moramo mi izmišljati toplu vodu. Što se tiče zdravstva, mi smo je davno izmislili. Vratimo taj model natrag. A tržište—ne daj bože da nam to dođe. Neće biti dobro ni vama ni nama. I oprostite: više se neću javljati.

Dr. sc. Vladimir Mozetič

Predsjednik povjerenstva Hrvatske liječničke komore Primorsko-goranske županije

Imam nekoliko odgovora, odnosno nekoliko stvari koje bih htio reći. Probat ću ih sažeti. Najprije, sam naziv poliklinike. Da komentiram, nemojte me krivo shvatiti. Medikol imate u Zagrebu. Medico je u Rijeci. Postoji jedan razlog zbog čega to govorim. Prije 20 godina, dakle 1990. je osnovan tada kao druga nestomatološka privatna zdravstvena ustanova u Hrvatskoj. Medico je kratica od “medicina i kompjuteri” – med-i-co—što znači da se već tada promišljalo o informatizaciji u medicini. Samo kratka opaska čisto radi saznanja o svemu tome skupa. Mi smo atipična privatna ustanova koja razmišlja na nešto malo drugačiji način o općem pojmu privatnog i javnog. Ono s čim se slažem s gospođom Avberšek je to da mi ne moramo tražiti daleko od nas kakav bi sustav htjeli, jer smo ga definitivno imali. Imali smo savršenu primarnu zdravstvenu zaštitu, kako obiteljsku medicinu, tako i ginekologiju, tako i pedijatriju. To je činjenica i to je nešto što smo definitivno izgubili. Znajući kakva je situacija u zemljama Europske unije, shodno tome gdje se nalazili, oni pokušavaju naći jedan zajednički sustav, a istovremeno nitko se ne želi zapravo odreći svojega dosadašnjeg. One koje su najbliže onome što bi nama bilo prikladno, odnosno ono što smo mi nekad imali, mislim da je profesor Haller ranije rekao, jest skandinavski sustav. Dok se unutar Evropske unije još uvijek ne mogu dogovoriti što žele. Prema tome, ne trebamo previše gledati prema njima u smislu organizacije. Organizaciju smo imali. Treba gledati na naš bivši model. To je ono čemu bi trebalo stremiti u onom jednom segmentu javnoga zdravstva. Što se tiče privatnog zdravstva i zbog čega kolege iz bolnice ili iz drugih ustanova ili iz drugih privatnih ustanova dolaze k nama: ne iz velike ljubavi prema nama, nego zato što im to u jednom segmentu poboljšava financijsku situaciju. Međutim, ono što dodatno nalaze kod nas,

to su kvalitetniji uvjeti, kvalitetna oprema i ono što ponekad zaboravljamo—više vremena za pacijenta. Nama su prosječni pregledi 30 minuta, internistički 45 minuta. Tako naručujemo pacijente. I uz sve to zajedno normalno funkcioniramo i profitabilni smo. U našoj ustanovi se provode javno-zdravstveni programi i mi smo direktno uključeni u program MAME već četvrtu godinu. Prvi smo u Županiji krenuli s programom cijepljenja protiv HPV-a u suradnji sa Zavodom za javno zdravstvo. Ponudili smo se da budemo u Nacionalnom programu ranog otkrivanja karcinoma debelog crijeva. Prema tome, imamo jednu širinu pogleda prema javnozdravstvenim potrebama okoline. Mislim da je razlog što nam kolege dolaze ono što kažu: da se kod nas ugodno osjećaju. Ne bih želio odvajati javno od privatnog ili, bolje rečeno, ne volim kad se privatno poistovjećuje s nečim što je loše. S druge strane, da me krivo ne shvatite, čisto usporedbe radi, magnetska rezonanca, nova, koju smo mi ovdje sada postavili, košta milijun eura. Kažemo: milion eura, ajme meni—to treba vratiti. Taj milijun eura košta i bolnicu, ali koštao bi i u Italiji, i u Njemačkoj. Ona nas košta. Plaća i honorari koji dobivaju zdravstveni djelatnici kod nas na isti način se obračunavaju kao i u javnom sustavu. Mi smo ustanova koja radi transparentno. I zato mene osobno ponekad malo, uvjetno, rečeno zasmeta kada čujem da se o privatnome na taj način govori. Ja se nadam da je spomenuta faza hibernacije prošla što se tiče strukovnih udruženja i da će ona pokazati svoju snagu. Hvala lijepa.

Dražen Gorjanski

Specijalist obiteljske medicine, HZZO – Područni ured Osijek

Evo ja bih samo zahvalio kolegi. Kolega je bio vrlo praktičan i vrlo precizan. On je sad zbunjen i ne zna je li zdravstvo zapravo profitno ili neprofitno. Može biti i jedno i drugo, kao i ljubav. Kada spavamo sa svojom voljenom, a ne platimo joj, riječ je o neprofitnoj djelatnosti, no, također možemo platiti nekome i dobit ćemo sličnu uslugu – tada je riječ o profitnoj djelatnosti. Ono što mi trebamo saznati ili razjasniti jest što je prava priroda ljubavi—je li ona profitna ili neprofitna, drugim riječima, valja nam znati što je prava priroda zdravstva: profitnost ili neprofitnost. Moje je skromno mišljenje da je zdravstvo po svojoj prirodi neprofitno. Ujedinjeni narodi su imali jedan krasan plakat kad su propagirali dojenje, riječ je o fotografiji majke koja doji ispod koje je pisalo: *Najbolje stvari u životu su besplatne*. Doista, kad čovjek sve skupa zbroji, čini se da će biti upravo tako. Vjerujem da kolegu zapravo brine nešto drugo, jedna poštapalica koja se uporno provlači u stručnim razgovorima, a to je da se profitno zdravstvo poistovjećuje s dobrom zaradom i dobrim statusom liječnika, a neprofitno sa siromaštvom, vrlo lošim uvjetima za rad i vrlo niskom razinom zdravstvene skrbi. To, prvo, nije istina. Ako bi smo mi ovakvim okruglim stolovima inicirali, pokušali se izboriti za pravi zdravstveni sustav, da liječnički rad bude pravilno

vrednovan, liječnici bi imali vrlo visoke plaće iako bi radili u neprofitnom sustavu. Ne bi bili, kao što kolega zna, istovremeno i liječnici i menadžeri pa se brinuli za računovodstvo, prokišnjava li mu strop, ima li boje u štampaču, i o stotinu drugih zamaraćućih nemedicinskih poslova. Kolega je vrlo dugo studirao medicinu da bi se on bavio menadžerstvom. To je besmisleno. Školujemo liječnike dugo godina da bismo na kraju dobili vrhunске medicinske stručnjake koji se moraju baviti krovopokrivanjem, popravljanjem vrata, plaćanjem računa za ambulantu, božićnicama za svoju sestru itd. Ukratko, moj je osobni stav da je zdravstvo po svojoj naravi neprofitno – kao i ljubav. Zdravstvo je sada izopačeno (kao što je i prostitucija jedno izopačenje ljubavi)–ali njegova je prava narav neprofitna. A na nama je da se izborimo da liječnici, kao i suci – koji također rade u neprofitnom sustavu–imaju vrlo visoke plaće. Naš je zadatak izboriti se da radimo neprofitno, da radimo ono što volimo, za što smo školovani, a da imamo primjerene plaće za svoj rad. A ne da, kao što kaže gospođa Avberšek, tezarimo po privatnim klinikama, bježimo s posla da bismo radili negdje privatno, da bismo dodatno zaradili. To je ključni trenutak. Nemojmo poistovjećivati neprofitnost u zdravstvu sa siromaštvom, lošom uslugom i niskom plaćom. Ništa to tako ne mora biti.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

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

Ja sam zapravo shvatio da je kolega pitao postoji li gotov recept koji se može kopirati ili ne. Ali mislim da je dobio jasan odgovor da ne postoji gotov recept, jer postoje specifičnosti: postoji, međutim, već jedna naša starija praksa koja je funkcionirala, a koja, nažalost, više ne funkcionira.

Izv. prof. dr. sc. Mirko Štifanić

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

Dakle, doista je pitanje oko kojega se sve vrti: koji je sljedeći korak koji će se dogoditi u našem javnom zdravstvu? Odgovarajući na to pitanje, najavljuje se da je “najbolje rješenje” izlazak javnoga zdravstva na tržište. To je jedna mogućnost, ali najneprihvatljivija. Netko će reći: to već imamo. Drugo, hoće li se ići u tzv. privatno-javno partnerstvo? I o tome se govori. Međutim, postavlja se pitanje, je li sljedeći korak: privatizacija za jednu kunu? Uglavnom, pitanje, Igore, i svima nama, jeste: hoće li javno zdravstvo postati milostinja za pacijente koji ne mogu platiti svoje liječenje? Hoće li javna bolnica za njih postati tek mjesto za umiranje? Jer, ako sadašnje nazad-

ne procese ne zaustavimo, javno zdravstvo će nazadovati tehnološki, profesionalno, moralno i etički. Preduvjet da zaustavimo te procese je depolitizacija javnoga zdravstva. To će spriječiti politički motivirane unutarbolničke obračune na štetu pacijenata i struke te omogućiti da javno zdravstvo bude prožeto profesionalizmom—struka će, zajedno s udrugama oboljelih i udrugama za zaštitu i promicanje prava pacijenata kao suradnicima i partnerima, voditi javno zdravstvo na svim razinama i u svim segmentima (definirat će koji su aparati potrebni, koliko liječnika, medicinskih sestara, itd.). Političari će onda reći: prihvaćamo, ili ne prihvaćamo, ali će oni biti odgovorni pred javnošću. Dakle, pretpostavka svega je depolitizacija, kao što je to učinjeno u vojsci, policiji i sudstvu. Barack Obama, predsjednik SAD-a gradi nešto što smo mi već imali kao vrijedno nasljeđe. Međutim, sve je u nas ovisno o političarima koji su nerijetko – prisutna odsutnost! Politika, naime, dominira zdravstvom, a zbog loših posljedice ruši se ugled liječnika i ograničava prava pacijenata na zdravlje, pa i život. Naime, neoliberalna politika sve želi dati na tržište jer, tobože, onda sve postaje efikasnije. A zbog čega onda postoji država? Sigurno postoji zbog školstva i zdravstva! Ako država ne obavlja te funkcije ona gubi stabilnost, pa i samu mogućnost postojanja. Lijepo je čuti za uspješnu zdravstvenu ustanovu—ali to je za one koji mogu platiti pretrage i liječenje. Međutim, država mora osigurati javno zdravstvo za sve. To je standard. Ono mora biti u trenutku liječenja besplatno, dostupno i efikasno. To su tri karakteristike socijaliziranog (štamparovskog) modela zdravstva. Ako to nije tako, onda je ono nedostupno, preskupo i neefikasno. O svima nama ovisi kakvo ćemo zdravstvo imati. A ako čekamo da to riješe političari koji se uglavnom brinu za svoje interese, pa i za privilegije u zdravstvu, onda ćemo izgubiti ono što je vrijedno u javnom zdravstvu i što je smisao postojanja društva.

Radmila Belobrajić-Čahut

Viša fizioterapeutkinja, Sindikat zdravstva Hrvatske

Ja bih sada rekla da su klinički bolnički centri zapravo postali ustanove za siromašne. Tko se kod nas liječi? Kod nas se liječe ljudi koji nemaju novca. Van pameti je da čekate jedan ultrazvuk šest mjeseci, kardiologa morate čekati četiri mjeseca, a za mamografiju morate tražiti vezu ili čekati šest mjeseci da bi je napravili, a u "Mediku" ste odmah na redu, ali po cijeni od tisuću i šesto kuna. Nažalost, prioritet se daje novcu. Ono što je meni rekao profesor Šestan, ravnatelj Iovranske bolnice: "Radimo u okviru zadanog bolničkog budžeta pa moji pacijenti dvije godine čekaju na umjetni kuk, da ne bismo prekoračili zadani financijski okvir, jer slijedi smjena ravnatelja". Međutim, kada bi struka određivala priču oko liječenja, a ne politika, vodila bi se briga o potrebama bolesnika, a ne bi prioritet bio novac. O financijskoj situaciji u bolnici, nažalost, ovisi i broj zaposlenika, poglavito kada imate duga bolovanja: teš-

ko se dobivaju zamjene, neovisno o stavu struke. Struka kaže: uzmimo tri sestre. Ne, mi ih nećemo uzeti jer nemamo novca za njihove plaće. Tko će onda zbrinjavati te bolesnike? Tko će raditi oko tih bolesnika? I onda nema dovoljno medicinskih sestara, a ne smijemo ih primati jer imamo zadani bolnički limit u iznosu od četrdeset sedam milijuna i osamsto tisuća kuna. A tih četrdeset sedam milijuna i osamsto tisuća kuna dostatno je za plaće, naša materijalna prava po kolektivnom ugovoru, sanitetski materijal, lijekove. I mi smo gotovi, mi više nemamo novca za tekuće poslovanje. Ukinut ćemo dežurstva, stavit ćemo jednu sestru na dvadeset šest pacijanata i onda kada se dogodi zlo – tko je odgovoran? Zbog manjka sestara se uvodi prekovremni rad, ali je zbog nedostatka novca problem njegovo plaćanje. Da, naše će sestre raditi prekovremeno, ali ne bez da im se to plati. Za platiti obično nema novca. Tko će raditi prekovremeno, a da mu se ne plati? To je ta priča o sustavu zdravstva. Toga ne smije biti. Znači, ako se radi o sestriškom kadru i potrebi sestriškog kadra, onda ne smiju biti dominantni novci već kvaliteta zdravstvene usluge, a tome o koliko sestara treba, nužno je konzultirati struku. Ako su nužna dežurstva kao oblik rada, onda ne možemo gledati kroz prizmu koštanja tog dežurstva, nego moramo uvesti to dežurstvo, jer je ono nužno da biste vi, kao pacijanti, dobili kvalitetu. Da bi sve to bilo tako, politiku van iz zdravstva, političare van iz zdravstva, definitivno! Ravnatelji se moraju birati po stručnosti i sposobnosti, predstojnici klinika po stručnosti i sposobnosti, glavne sestre odjela, odsjeka, klinika, po stručnosti i sposobnosti, a ne po političkoj podobnosti. Tek tada ćemo imati zadovoljne pacijente i zadovoljne zaposlenike. Dok god nam u upravnim vijećima zdravstvenih ustanova sjede inženjeri brodogradnje, politolozi i ljudi koji nemaju pojma o sustavu zdravstva, umjesto kompetentnih, stručnih i odgovornih ljudi koji su sposobni kontrolirati sustav i nametnuti se svojim znanjem i sposobnošću, a ne biti produžena ruka politike–nema boljitka za zdravstvo.

Lidija Gajski, dr. med.
Dom zdravlja Zagreb Centar

Ja bih imala repliku na neke od diskusija. Dakle, zastupnicima privatnog i privatiziranog zdravstva treba ukazati na činjenicu da svaka ozbiljnija analiza pokazuje da privatizacija i komercijalizacija u zdravstvu nosi povećanje troškova, neracionalnost, pad efikasnosti, smanjenje pristupa zdravstvenoj zaštiti ljudima nižeg socio-ekonomskog sloja, te čitav niz etičkih dilema. Što se tiče politizacije i depolitizacije, ne bih imala toliko povjerenja u struku. Naime, moja analiza govori da je struka, ovdje govorim o medicinskim profesionalcima, vrlo često instrumentalizirana za potrebe ne toliko politike, koliko privatnih poduzeća – velikih kompanija, odnosno medicinske industrije. Danas se struka nalazi u sukobu interesa i liječnici su postali zastu-

pnici proizvođača raznoraznih medicinskih pomagala, ne samo lijekova nego i aparata, kemijskih reagensija, ugradbenih materijala i slično. Treću stvar na koju sam htjela upozoriti, a vidim da ovdje nije dotaknuta, jest jedan sustavni problem koji je evidentan i na ovom skupu. Mi u sustavu zdravstva nemamo pacijenta, nemamo zastupnika interesa i potreba bolesnika. Tu ne ubrajam kojekakve udruge bolesnika, među kojima se svaka bori za dostupnost nekoj posebnoj terapijskoj ili dijagnostičkoj proceduri, nego govorim o instituciji zastupnika prava pacijenata koja bi bila ugrađena kao neovisna ustanova u sustav i protezala se čitavom vertikalom, dakle od razine zdravstvenih ustanova preko lokalne zajednice do nacionalne razine. Mi sebi možemo utvarati da kao liječnici ili političari branimo prava pacijenata, ali nemamo pravo tvrditi da ih možemo braniti bolje od njih samih. Zastupnik prava pacijenata trebao bi biti multidisciplinarno školovan, dakle, to bi trebali biti ljudi s posebnim obrazovanjem u medicini, pravu i etici. Tu je ideju Đula Rušinović-Sunara, predsjednica Hrvatske udruge za prava pacijenata, već osmislila, a udruga ju je ugradila u prijedlog Zakona o pravima pacijenata. Međutim, taj su prijedlog zakona prije 7-8 godina političke strukture odbile.

Doc. dr. sc. Iva Sorta-Bilajac Turina

Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Dobar dan svima.

Nisam se mislila uključivati, ali sad sam se, eto, osjetila pozvanom, nakon poštovane kolegice Gajski. Ovdje sam prisutna ne samo u svojstvu liječnika i nastavnika ovog Fakulteta, nego i predsjednika Povjerenstva za zaštitu prava pacijenata naše Županije. Mogla bih se djelomično i složiti s Vama da je problem ukoliko "ljudi od struke" djeluju u kontekstu borbe za zaštitu prava pacijenata, ali opet, s druge strane, na tragu sam razmišljanja uvaženog kolege koji je rekao da smo svi mi pacijenti. Prema tome, ne vidim nikakav problem da kao liječnik pokušavam promicati i štititi prava pacijenta u Županiji. Moram istaknuti da sam dobila veliku odgovornost na toj funkciji, s obzirom da je moj prethodnik bio uvaženi profesor Štifanić, a u tom kontekstu doista nije potrebno ništa drugo napomenuti. Mogu reći da smo mi, kao jedna mala institucija, unutar Županije prepoznati. Pacijenti nam se obraćaju. Nažalost, imamo samo savjetodavnu funkciju. Možemo dati savjet pacijentu i možemo ukazati na problem onome koji nije na adekvatan način pružio pacijentu uslugu koju je trebao. Smatram kako je Rijeka ipak mala sredina u zdravstvenom kontekstu. A koji puta se stvari mijenjaju upravo po principu *bottom up*. Vrlo teško će se stvari promijeniti od vrha prema dolje. Nekakvo umrežavanje i komuniciranje možemo započeti na razini prijatelja, kolega, poznatih koje imamo unutar sustava, što

pomaže da se ipak neke stvari pomaknu s mrtve točke. Imali smo kao Povjerenstvo puno puta situaciju da smo slali dopise opetovano, dosadno i uporno Domu zdravlja, KBC-u, raznim nadležnim institucijama kad god smo trebali reagirati i malo po malo uvidjelo se da se situacija mijenja. Ako ništa drugo, korisnik zdravstvene skrbi barem dobije adekvatan odgovor onoga na koga se potužio. Dakle, ako se uspjela uspostaviti barem ta minimalna razina pristojne komunikacije između korisnika i pružatelja zdravstvenih usluga, mislim da je to već puno bolje nego što je bilo unatrag niza godina. Nadam se da ćemo mi kao Povjerenstvo i dalje raditi što bolje možemo da promičemo i uistinu štitimo prava pacijenata. Hvala lijepo.

Izv. prof. dr. sc. Mirko Štifanić

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

Slažem se sa kolegicom Gajski, ali kad sam rekao "depolitizacija" to podrazumijeva na prvom mjestu profesionalizam, transparentnost u radu, poštovanje stručnih i etičkih standarda. S druge strane, pacijente treba uključiti u sve razine nadzora i upravljanja u javnom zdravstvu, jer su oni najzainteresiraniji za dobro funkcioniranje tog sustava, a radi se i o njihovom novcu. I dr. Gorjanski je rekao: "to je naš novac", a nemamo nikakav utjecaj na njegovo trošenje. O tome odlučuje netko tko postaje nedodirljiv, neosjetljiv, izbirokratiziran, pa i beščutan i korumpiran. Zato će struka, odana Hipokratu i pacijentima, kad bude doista vodila zdravstvo zajedno s pacijentima, učiniti korak naprijed te postati odgovorna. Jer struka, odnosno liječnici te pacijenti, nisu na suprotstavljenim stranama. Na istoj su strani! Međutim, politika ih zbog sebe uporno dijeli i drži u podređenom položaju.

Vlasta Cerkvenik

Voditeljica SUPRA-projekta "CROSS-SECTOR: partnerstvo za zdravlje"

Htjela bih naglasiti još dvije stvari. Doktor Bressan rekao je nešto što mislim da je jako važno. Zdravstvo i socijalna skrb ne bi smjeli biti u sastavu istog ministarstva, kao što je danas slučaj. Tu leži velik dio problema. Javnost stvara otpore racionalizaciji zdravstva jer se zdravstvo, poput socijalne skrbi, percipira kao isključivo socijalna kategorija. A to ne odgovara stvarnom stanju. Prvo, dio zdravstvenih usluga je stavljen na tržište (privatni pravni subjekti i druge vrste ponude u zdravstvu). Drugo, nemojmo zaboraviti da tržište rada itekako djeluje (odlazak kvalitetnih zdravstvenih djelatnika u bolje plaćeno privatno zdravstvo). Tako imamo način razmišljanja po kojem "zdravlje nema cijenu", "zdravlje nije roba (usluga)", "zdravlje mora biti besplatno za sve". I tu onda dolazimo do paradoksa. Smatra se normalnim da iz vlasti-

tog džepa izvučeš novac za kupnju luksuznog auta ili luksuznih cipela dok za zdravlje nisi spreman izvući novac iz džepa. Ako nisi sam spreman izvući novac iz džepa (a imaš ga) zašto bi to netko drugi učinio za tebe? Ako auto može "imati svoju cijenu", zašto onda ono što nam je "najcjjenjenije" i u načelu svima najvažnije, tj. zdravlje, ne bi trebalo imati "cijenu"? Drugo o čemu sam htjela govoriti je jedan važan sudionik u segmentu zdravstva koji je malo tko danas spomenuo. Taj sudionik su zdravstvene osiguravateljske kuće. Uz najstariji HZZO, koji je u javnom vlasništvu, tu se zadnjih nekoliko godina pojavilo još 4-5 privatnih zdravstvenih osiguravatelja.

Ovo je bio uvod za moj komentar izjave doktorice Gajski. Iznenađena sam onime što je ona rekla i željela bih vjerovati da nisam dobro čula. Kako sam shvatila, dr Gajski je rekla da privatizacijom u zdravstvu pada efikasnost. Ne slažem sa s tim. Mogu Vam na vlastitom primjeru objasniti što znači efikasnost za korisnika neke usluge u zdravstvu.

Prije nekoliko tjedana putovala sam u Švedsku i odlučila sam zatražiti dvije ponude zdravstvenog osiguranja za inozemstvo: od HZZO-a i od jednog privatnog zdravstvenog osiguravatelja. Nakon telefonskog razgovora, privatni zdravstveni osiguravatelj mi je elektronskom poštom poslao ponudu. Ja sam mogla u roku od pet minuta napraviti uplatu elektronskim bankarstvom. Polica bi došla poštom. Sve to iz udobnosti mog doma ili ureda i uz neznatan utrošak mog vremena i energije. U HZZO-u (u javnom vlasništvu s donedavno apsolutno monopolističkom pozicijom) ne te-toše niti se trude privući klijente na taj način.... Jer im zakon osigurava monopolističku ulogu u najvećem dijelu njihovih usluga. Dakle, trebala sam otići do njihovog sjedišta, stajati pred zatvorenim vratima jer sam došla u vrijeme pauze. Nakon toga mi je djelatnica ispisala uplatnicu. Onda nisu željeli primiti novac (nisu za to organizirani) već su me poslali u banku... K tome je njihova ponuda bila skuplja od one privatnog zdravstvenog osiguravatelja.... Toliko o efikasnosti s aspekta korisnika jedne usluge u zdravstvu.

Izv. prof. dr. sc. Amir Muzur

Pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Cilj je ove rasprave, pa možda i okruglog stola u cijelosti, bio da se prije svega našim studentima prikažu različiti aspekti, odnosno kolegama različita gledišta. Mislim da je to i postignuto. Što se tiče zaključaka, mi smo predložili jedan relativno široki apel koji ćemo doraditi upravo na temelju nekih vrlo korisnih sugestija koje su proistekle iz diskusije, pa ćemo biti tako slobodni da ga pošaljemo na vaše adrese na daljnju doradu. Kasnije će temeljem ovog apela, nadajmo se, oni koji su *decision*

maker-i, kako se to popularno kaže, možda doći na neku ideju poboljšanja sustava. Ako se to dogodi, nitko sretniji, naravno, od organizatora ovog okruglog stola. Morat ćemo polako zaključiti, jer su me neki zamolili... Izvolite—studenti imaju svakako još jednu priliku.

Vana Persen

Studentica II. godine diplomskog studija Organizacija, planiranje i upravljanje u zdravstvu

Dobar dan svima. Ja sam studentica Organizacije, planiranja i upravljanja u zdravstvu te bih ovim putem htjela predstaviti studij. Na ovom smo se okruglom stolu dotakli tema kao što su medicina, pravo i ekonomija. Ovaj studij je obuhvatio, integrirao je sva ta tri područja. Moji kolege i ja htjeli bismo ovim putem ukazati svima vama koji niste iz Rijeke da takav jedan kadar postoji. Na kraju bismo se još zahvalili što smo uopće bili pozvani da prisustvujemo ovom okruglom stolu.