

Dražen Jurković,
predsjednik
Udruge
poslodavaca
u zdravstvu
PRIVATNI ALBUM



Hrvatska ima vrlo visok standard zdravstvene zaštite, gotovo usporediv sa Slovenijom i Mađarskom, a viši nego u Bosni i Hercegovini. Posljednjih godina plaće hrvatskih liječnika gotovo su izjednačene sa slovenskim, nešto su više nego u Mađarskoj i otprilike dvostruko veće nego u BiH



Način na koji HZZO određuje cijene usluga se mora izmijeniti, predlažemo model tripartitnog pregovaranja u kojem bi Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske i Koordinacija hrvatske obiteljske medicine, pregovarali s HZZO-om o cijeni svakog dijagnostičko-terapijskog postupka na razdoblje od jedne do tri godine

Hrvatska troši oko 2.000 eura po stanovniku za zdravstvo, dok EU troši oko 3.800 eura, prema podacima OECD-a, javna potrošnja u Hrvatskoj za zdravstvo čini oko 85 % ukupnih troškova, dok je prosjek EU-a oko 80 %. Također, prema tim podacima, izravna plaćanja građana ("out-of-pocket") iznose oko 9 %, dok su u EU znatno viša, oko 15 %

no manje izraženi, s obzirom na značajna ulaganja u tom segmentu posljednjih godina. **Koliki problem predstavlja slanje na pretrage koje nisu nužne?**

- Apsolutno je riječ o jednom od ključnih problema i govorimo o tzv. defanzivnoj medicini. Istovremeno, potrebno je imati razumijevanje za liječnike, jer je njihov posao iznimno odgovoran i pod stalnim povećalom javnosti, više nego u bilo kojoj drugoj djelatnosti. Upravo zbog toga liječnici često indiciraju pretrage koje možda nisu uvijek nužne prema kliničkoj slici, ali omogućuju višu razinu sigurnosti u postavljanju točne i pravovremene dijagnoze. Budući da mogućnost pogreške u medicini uvijek postoji, takav pristup proizlazi iz potrebe da se taj rizik minimizira.

Iz godine u godinu rastu isplate privatnim zdravstvenim ustanovama u kojima u pravilu rade liječnici zaposleni i u javnim zdravstvenim ustanovama. Je li takav sustav održiv? Smatrate li da bi trebalo u potpunosti ukinuti mogućnost dvojnog rada liječnika?

- Dakle, da odmah odgovorim: nisam za potpunu zabranu dvojnog rada liječnika; na kraju krajeva, to u ovom trenutku nije ni moguće. Primjer je Slovenija, koja je donijela takav zakon, ali ga je Ustavni sud ukinuo. Međutim, zalažem se za strogu kontrolu, osobito u pogledu preusmjerenja pacijenata iz javnog u privatni sustav i mogućih zlouporaba takve prakse.

S druge strane, Hrvatska već ima vrlo ozbiljne primjere privatne inicijative, poput Specijalne bolnice Magdalena, Radiochirurgije Zagreb, Dječje poliklinike Helena i nekoliko drugih, koji su zasigurno vrlo pozitivni i trebaju biti u sinergiji s javnim sustavom. Međutim, kontinuirano ističem da Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ne može i ne smije ugovarati usluge s privatnim zdravstvenim ustanovama koje koriste liječnike iz javnog sektora.

Dakle, u potpunosti podržavamo privatnu inicijativu koja ulaže u vlastitu opremu, prostor i edukaciju svojih kadrova – liječnika, medicinskih sestara i drugog visoko stručnog osoblja – ali uz vrlo jasne i transparentne odnose, bez ili uz što manje korištenje liječnika iz javnog sektora u dvojnog radu.

Transparentni model

Za kakav model se zalažete?

- Zauzimamo se za model u kojem je temelj zdravstvenog sustava Republike Hrvatske JAVNI zdravstveni sustav, dok je privatni sektor u sinergijskom odnosu i pruža usluge koje su nedostupne ili slabije dostupne u javnom sustavu. Ključno je da postoje jasni transparentni odnosi i kriteriji ugovaranja javnim novcem zdravstvenih usluga sa privatnim ustanovama.

Treba li država stimulirati dodatni rad liječnika u javnim bolnicama, umjesto da financira privatne klinike?

- Mišljenja smo da apsolutno treba revidirati sustav plaća u javnom sektoru, te omogućiti liječnicima unutar javnog sustava, koji kvalitetno rade, da više i zarade, što sada po postojećoj zakonskoj regulativi (Zakon o plaćama i Uredba o koeficijentima) nije moguće.

'Podržavanje' općih bolnica bilo je najavljeno kao jedno od rješenja za racionaliza-

ciju zdravstvenog sustava, bolju dostupnost usluga i smanjenje dugova. Kakvi su rezultati te reforme?

- Za sada nismo bitno promijenili postojeći sustav financiranja, pa su bolnice i u 2025. godini ostvarile manjak od oko 300 milijuna eura, što znači da se na mjesečnoj razini generira oko 25 milijuna eura novog duga. To je nešto bolje nego godinu prije, ali sustav još uvijek nije financijski uravnotežen.

I dalje Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje samostalno određuje cijene zdravstvenih usluga i limite, pa je stvaranje novog duga u takvim okolnostima u potpunosti razumljivo. Ipak, smatram da je to temelj na kojem se mogu napraviti nužni pomaci. Prije svega, potrebno je poraditi na uvođenju nacionalne sistematizacije kadrova u bolničkom sustavu kako bi se standardizirao broj vrsta izvršitelja prema djelatnostima i veličini bolnica. Na taj način moguće je jasno definirati potreban broj liječnika po djelatnostima i razinama bolničke zdravstvene zaštite.

Također je nužna promjena načina rada i redefiniranje pozicije Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kao jedinog državnog zdravstvenog osiguravatelja, kao i konačno rješavanje pitanja specijalizacija, odnosno sustavnog planiranja kadrova u zdravstvenim ustanovama.

Ovakav sustav specijalizacija dugoročno je neodrživ i stvara velike probleme ravnateljima, osobito u manjim sredinama, u osiguravanju potrebnog broja liječnika za građane.

Na koji način bi transformirali HZZO i njegovu ulogu?

- Prije svega, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje treba biti potpuno otvoren i transparentan prema javnosti jer raspolaže javnim sredstvima građana. Podsjetit ću da su sjednice Upravnog vijeća HZZO-a sve do 2012. godine bile otvorene za sve relevantne i zainteresirane dionike u sustavu, kao i za javnost. Uz prethodnu najavu, sjednicama su mogli prisustvovati poslodavci, strukovne komore i neki sindikati, naravno bez prava glasa, ali s mogućnošću uvida u materijale.

Međutim, 2012. godine sjednice Upravnog vijeća zatvorene su za javnost, odnosno takva praksa otvorenog i transparentnog rada je prekinuta te se, nažalost, zadržala sve do danas. Stoga pozivam i novog ravnatelja i predsjednika Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje da razmisle o vraćanju takve pozitivne prakse jer bi se na taj način zasigurno stvorila pozitivnija percepcija javnosti o radu HZZO-a. Kontinuirano ističemo da Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje nije regulator ukupnih odnosa unutar zdravstvenog sustava, nego kupac zdravstvenih usluga. Trenutačno HZZO, kao kupac usluga, samostalno određuje cijene na koje zdravstvene ustanove nemaju nikakav utjecaj, zbog čega ustanove, poglavito bolnice, kontinuirano generiraju gubitke. Predlažemo model tripartitnog pregovaranja u kojem bi Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske, kao predstavnik zdravstvenih ustanova, i Koordinacija hrvatske obiteljske medicine kao predstavnik koncesionara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, pregovarali s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje o cijeni svakog dijagnostičko-terapijskog postup-



ka na razdoblje od jedne do tri godine.

Ako bi se postigao dogovor, ta bi se cijena primjenjivala, a ako ne, konačnu odluku o visini cijene za taj postupak donosio bi ministar zdravstva, koji bi na taj način, kao najodgovornija osoba u sustavu, bio i ključni arbitar tih ugovornih odnosa.

Problem specijalizacija

Broj liječnika u Hrvatskoj se povećava, no javne bolnice od toga imaju malo koristi. Kako osigurati da specijalizanti, nakon završetka specijalizacije, ostanu raditi u ustanovama koje su ih financirale?

- Istina je da u Hrvatskoj svake godine imamo sve više liječnika, što je pozitivno, ali problem je što su nejednako raspoređeni po razinama zdravstvene zaštite i teritorijalno. Nedostaju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, hitnoj medicini i javnom zdravstvu, dok je koncentracija kadra u velikim kliničkim ustanovama i velikim gradovima.

To se treba promijeniti kroz novi sustav plaća i nagrađivanja, kao i kroz stimuliranje liječnika za dopunski rad u svojim matičnim ustanovama. Određeni pomaci učinjeni su novim pravilnikom o specijalističkom usavršavanju od strane ministrice, što znači da je problem dobro prepoznat, ali značajnu prepreku predstavljaju Zakon o plaćama, Uredba o koeficijentima i kolektivni ugovori. Taj problem ne može riješiti samo ministrica zdravstva jer ne spada isključivo u djelokrug tog resora, već je potrebno pronaći rješenje na razini Vlade.

Za koje specijalizacije postoji najveći interes, a u kojim je područjima prisutan manjak liječnika specijalista?

- Najveći interes postoji za kliničke specijalizacije gdje je manja razina odgovornosti, a veća mogućnost dodatne zarade, bilo kroz privatni sektor ili odlazak u inozemstvo. Manji interes postoji za primarnu zdravstvenu zaštitu i specijalizacije koje nose veću odgovornost, a nude manje mogućnosti dodatnih prihoda u privatnom sektoru. **Iskazali ste potporu nabavi PET/CT uređaja za javne bolnice, između ostalog i u Splitu. Kako bi ocijenili dostupnost ove usluge – npr. u**

odnosu na prosjek EU - s obzirom na to da javne bolnice nemaju svoje uređaje?

- Nije točno da javne bolnice nemaju uređaje. Nabava prvog PET/CT uređaja u javnom sektoru za Klinički bolnički centar Zagreb pokrenuta je već u prvoj polovini 2011. godine. Postupak javne nabave tada je u cijelosti proveden, osigurana su sredstva, a uređaj je instaliran i stavljen u rad 2012. godine. Tu vidimo pozitivan kontinuitet dviju vlada – one koja je pokrenula i provedla postupak javne nabave i one koja je osigurala sredstva te one koja je taj postupak dovršila i pustila uređaj u rad.

Za nabavu tako složene tehnologije u javnom sustavu potrebno je vrijeme. Drugi uređaj u javnom sustavu nabavljen je 2024. godine za Klinički bolnički centar Osijek, a prema javno dostupnim informacijama u tijeku je nabava još dvaju uređaja u Klinički bolnički centar Split i Klinički bolnički centar Zagreb.

Standard je jedan do dva PET/CT uređaja na milijun stanovnika, što znači da Hrvatska ima ili će imati čak i nešto više uređaja od tog standarda. Samim time, dostupnost ove vrlo važne i nezaobilazne onkološke pretrage, koja predstavlja zlatni standard u dijagnostici i praćenju učinkovitosti terapije, ne bi trebala biti upitna, iako vrijeme za ovu pretragu ima ključnu ulogu.

Pretrage je potrebno učiniti odmah, odnosno što je prije moguće nakon postavljanja indikacije ili dijagnoze od strane onkologa, zbog čega je važno imati što veći broj takvih uređaja na raspolaganju našim najtežim pacijentima.

Kompleksni projekti

Opravdanje za 'outsourcing' PET/CT pregleda je to što se ista cijena plaća privatnim ugovarateljima kao i javnim. No, na koji se način određuje cijena usluge? Npr. pregled u Hrvatskoj, prema meni dostupnim podacima, skuplji je nego u BiH (koja nema svoju proizvodnju radiofarmaka) i uvjerljivo skuplji nego u Sloveniji i Mađarskoj, koje imaju znatno veći standard zdravstvene usluge i bolje plaćene liječnike?

- Istina je da je cijena PET/CT usluge u javnim i privatnim ustanovama ista, a cijenu jednostrano, kao i za sve ostalo, određuje Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Naime, za javni sustav i HZZO vjerojatno je jednostavnije, a možda i kratkoročno povoljnije, platiti privatniku samo izvršenu uslugu, nego u javnom sustavu provoditi složene postupke javne nabave, financi-

rati uređaj, izgraditi bunker i urediti prostor za PET/CT, osiguravati i plaćati održavanje, upućivati liječnike na specijalizacije (radiologe, onkologe, specijaliste nuklearne medicine), osiguravati fizičare i drugo potrebno osoblje, isplaćivati plaće i doprinose, te osiguravati nabavu radioaktivnog izotopa ili ulagati u vlastitu proizvodnju kroz mini ciklotron, kako je to, primjerice, praksa u Austriji. Uz to, javni sustav mora biti odgovoran za liste čekanja i dostupnost hitnih popravaka kako pacijenti ne bi čekali.

Međutim, unatoč tim okolnostima, javni sustav ne smije u tako važnoj dijagnostici ovisiti o privatnim pružateljima, bez obzira na pitanje isplativosti. Zato se zalažemo da, uz Klinički bolnički centar Zagreb i Klinički bolnički centar Osijek, i Klinički bolnički centar Split dobije PET/CT uređaj, a zbog udaljenosti i vremena poluraspada radiofarmaka i vlastiti mini ciklotron.

Hrvatska ima vrlo visok standard zdravstvene zaštite, gotovo usporediv sa Slovenijom i Mađarskom, a viši nego u Bosni i Hercegovini.

Posljednjih godina plaće hrvatskih liječnika gotovo su izjednačene sa slovenskim, nešto su više nego u Mađarskoj i otprilike dvostruko veće nego u BiH. Cijena PET/CT pretrage u Hrvatskoj, koliko mi je poznato, slična je onoj u Sloveniji, a viša nego u Mađarskoj i BiH, no to je pitanje za Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, koji jednostrano određuje cijene svih zdravstvenih usluga.

Koliko je po Vama važno pitanje proizvodnje radiofarmaka nad kojom monopol ima privatna tvrtka? Trebaju li državne bolnice, npr. Split i Osijek, imati svoje ciklotrone? Na koji bi način to utjecalo na dostupnost i na cijenu pregleda?

- Nisam stručnjak za područje PET/CT dijagnostike, no poznato je da je proizvodnja radiofarmaka jedan od ključnih elemenata cijelog sustava, prije svega zbog njihove prirode – riječ je o tvarima koje se vrlo brzo raspadaju, što znači da transport na veće udaljenosti značajno povećava troškove i logističku složenost same usluge. Upravo zbog toga, praksa u pojedinim razvijenijim državama Europske unije jest da zdravstvene ustanove koje imaju PET/CT uređaje raspolažu i vlastitim mini ciklotronima za proizvodnju radiofarmaka. Smatram da bi takav model trebalo ozbiljno razmotriti i u Hrvatskoj, osobito kada govorimo o udaljenim kliničkim bolničkim centrima. Apsolutno držimo da Klinički bolnički centar Split i Klinički bolnički centar Osijek, s obzirom na njihovu geografsku udaljenost od Institut Ruder Bošković, trebaju imati vlastite mini ciklotrone. Time bi se povećala dostupnost usluge, smanjila ovisnost o vanjskim dobavljačima i dugoročno potencijalno stabilizirali troškovi.

Međutim, to pitanje nužno je sagledavati stručno i objektivno. Važno je jasno komunicirati da se ne radi o jednostavnoj nabavi jednog uređaja, već o kompleksnom i financijski zahtjevnom projektu.

Zaključno, nužno je pronaći balans – razvijati vlastite javne kapacitete, ali istovremeno racionalno koristiti i postojeće kapacitete privatnog sektora, kako bi se osigurala dostupnost, kvaliteta i održivost sustava u cjelini.

STRUKA I POLITIKA

Biografija dr. Dražena Jurkovića

Dr. Dražen Jurković je specijalist za javno zdravstvo u kojem je obnašao niz odgovornih funkcija. Liječničku karijeru počeo je 1987. godine na Odjelu interne medicine i hitnom prijemu Opće bolnice Gospić. U ratnim godinama bio je Povjerenik Vlade za Općinu Gospić i predsjednik Kriznog stožera za Općinu Gospić. Potom je bio i dožupan Ličko-senjske županije za društvene djelatnosti i zdravstvo, a od 2008. do 2011. godine i državni tajnik Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi. Osim toga, bio je i član Upravnog vijeća KB Dubrava, predsjednik Upravnog vijeća HZZO-a, ravnatelj Zavoda za javno zdravstvo Ličko-senjske županije i predsjednik Upravnog vijeća Opće bolnice Gospić. Od 2016. do 2022. bio je predsjednik Hrvatskog društva za javno zdravstvo Liječničkog zbora, a trenutno je liječnik specijalist Zavoda za javno zdravstvo Ličko-senjske županije te direktor Udruge poslodavaca u zdravstvu.