

## Razgovor s profesorom Luka Kovačić

Uredništvo HČJZ

**HČJZ:** Gledajući naše zakonske akte pojam javno zdravstvo koristi se za više različitih pojmova. Isti pojam koristi se za zdravstvene ustanove koje su u vlasništvu države i za one koje rade u prevenciji bolesti i očuvanju i unapređenju javnog zdravlja. Kako objašnjavate ovakvu svojevrsnu zbrku i koje nazivlje predlažete?

**KOVAČIĆ:** Postoji više razloga zašto se pojam javno zdravstvo ne upotrebljava kako bi stručno trebalo biti. Jedan razlog možda je taj da nemamo odgovarajući prijevod, jer pojam javno zdravstvo, public health, je nastao u engleskom govornom području davnih godina. Taj se pojam upotrebljava ne samo u stručnim krugovima nego i općenito, u medijima. Naravno, kad koristite neki pojam u općoj komunikaciji onda se on pojednostavljuje. Oni koji ga koriste ne razumiju uvijek njegovo izvorno značenje, nego ga koriste kako to njima u tom času odgovara. Mislim da bi javno zdravstvo trebalo zadržati definiciju koju je još davnih dana dao Winslow, kojom se kao javno zdravstvo smatra znanost i umjetnost sprečavanja bolesti, produženja života i unapređenja zdravlja kroz organizirane napore društva, privatnih i javnih organizacija, zajednice i pojedinaca. Naglasak je na organiziranom rješavanju zdravstvenih problema građana, naroda i određene populacije.

Oni koji su odgovorni za primjenu zdravstvenih mjera i organizaciju zdravstvene službe termin javno zdravstvo često koriste za zdravstvenu službu, posebno onu koja je u državnom, javnom vlasništvu, za razliku od privatnog vlasništva. Kako se tu zapravo radi o službi bilo bi bolje koristiti pojam javna služba ili javnozdravstvena služba, a ne javno zdravstvo.

Javnozdravstvena služba se pak često, pogrešno, reducira samo na zavode za javno zdravstvo, nekad su se zvali higijenski zavodi i zavodi za zaštitu zdravlja, iako nemaju samo oni javnozdravstvenu funkciju. Možda bi njih bilo bolje zvati nekim drugim imenom, npr. zavodima za zaštitu zdravlja.

**HČJZ:** Proučavate organizaciju zdravstvenih sustava već niz godina. Koji model organizacije zdravstva vam se čini najboljim?

**KOVAČIĆ:** Najbolji model bi bio onaj kojim se postiže dobar učinak, a može se organizirati na resursima koji stoje na raspolaganju. Zadnjih tridesetak godina razvija se model organizacije na tri razine. Mislim da je taj model najpovoljniji. Prva razina je ona koja je uz stanovništvo, građane, pacijente i bolesnike. Ta razina zaštite mora biti lako dostupna svim građanima, a ne pomaže samo bolesnima, nego brine i o zdravlju zdravih. Druga razina je

zdravstvena služba koja daje potporu prvoj, i rješava probleme koje prva razina ne može riješiti zbog potrebe intenzivnog liječenja, potrebnih specifičnih znanja, opreme i sl. Treća razina pokriva veliko područje, 500.000 do milijun stanovnika, i bavi se specifičnim, posebnim problemima koji nisu mogli biti riješeni na prvoj i drugoj razini. Što su bolesti rjeđe ili specifičnije rješavaju se na višim razinama. Taj model uvažava i efikasnost u poslovanju, tj. uzima se u obzir cijena rješenja. Bilo bi skuplje kad bi se jednostavni i lako rješivi problemi rješavali na trećoj razini, ali i kad bi se specifični i komplicirani problemi za koje je potrebno specifično znanje i oprema rješavali na nižim razinama. Jedna od zemalja koja je postigla takvu organizaciju je na primjer Švedska. Tamo postoje tri razine zaštite. Odgovornost, financiranje i organizacija zaštite je vrlo decentralizirano, za nju su odgovorne županije (county councils) i općine (municipalities). Druga razina su županijske zdravstvene službe (opća medicina i županijske bolnice i drugo), a treća su regionalna služba s bolnicama i drugim ustanovama (6 regija s 8 bolnica), a koje rješavaju specifične probleme. S nacionalne razine se služba koordinira i nadzire. Slično je i u Velikoj Britaniji, ali i u mnogim drugim zemljama. Često takvu organizaciju prikazujemo kao piramidu ili trokut pri čemu je baza primarna zdravstvena zaštita. Važno je naglasiti da bi svaka razina morala rješavati svoj dio problema, jer u suprotnom dolazi do neučinkovitosti, pogrešaka i služba postaje skupa.

Svaka razina ima specifičnu organizaciju, i to se često zaboravlja. U posljednjih četrdesetak godina zahtjeva se da prva razina bude organizirana po modelu primarne zdravstvene zaštite u kojem se prepoznaju problemi građana i lokalnih zajednica, te se ti problemi rješavaju na način koji uz zdravstvenu službu uključuje i odgovornost samih građana i drugih djelatnosti i sektora zajednice, dakle interdisciplinarno. Uz dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju bolesnih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti naglasak je na zdravlje, tj. na unapređenje zdravlja, sprečavanje i otkrivanje bolesti, a što nije glavna značajka druge i treće razine. Na tim se višim razinama uglavnom rješavaju problemi vezanih uz bolest i bolesnika koristeći se specifičnim znanjima i u pravilu skupom opremom. U praksi se često događa da se u prvoj razini probleme rješava po modelu druge i treće razine, što je pogrešno i ne dobiva se odgovarajući učinak. Za prvu razinu se često pogrešno smatra da nije moguće provoditi vrhunsku medicinu. Na svakoj razini, ako rješavate dobro probleme, bavite se vrhunskom medicinom. U prvu razinu građani, pacijenti i bolesnici moraju imati direktan pristup, bez ikakvih ili uz minimalne barijere, socijalne, financijske, komunikacijske i druge. Za drugu ili treću razinu najčešće postoje barijere, administrativne ili financijske da bi se troškovi ukupne zaštite održavali u zadanim granicama. Da bi osigurali svoj bolji i stabilniji financijski položaj zdravstvena služba druge i treće razine nastoji doći na prvu razinu. Ako tih barijera između

prve i viših razina ne bi bilo, ukupni bi troškovi zdravstvene zaštite ubrzo postali preveliki i neizdrživ teret za zajednicu.

Ima li primarna zdravstvena zaštita šansu daljnjeg razvoja u budućnosti? Mislim da da, jer je ideja i filozofija primarne zaštite zapravo u biti i načinu života ljudi, to je ideja da se problemi rješavaju na najjednostavniji način, solidarno i uz pomoć drugih, tamo gdje nastaju.

**HČJZ:** Japan je zemlja s najdugovječnijim stanovništvom, duljina života kod njih je najduža a zdravstvena služba nije baš idealno organizirana. Kako to možete komentirati?

**KOVAČIĆ:** Na dužinu života ne utječe samo organizacija zdravstvene službe već i način života, prehrana, genetski faktori i sl. Zdravstvena služba i medicina predstavljaju samo jednu komponentu. Japanci su vrlo discipliniran narod, vrlo su organizirani, što smo bili svjedoci i u nedavnim nesrećama. Oni imaju dobro organizirane i druge oblike života, ne smo one koji se odnose na bolesti ili zdravlje, i to je vjerojatno jedan od razloga zašto je njihova dužina života veća unatoč organizaciji zdravstvene zaštite koja možda nije organizirana kao u drugim zemljama ili kako bi stručnjaci mislili da bi trebalo biti.

**HČJZ:** Možete li nam navesti koja su dobra rješenja u postojećoj organizaciji zdravstvenog sustava Hrvatske, a koja treba unaprijediti?

**KOVAČIĆ:** Dobro rješenje je postojeća mreža zdravstvenih ustanova na prvoj, drugoj i trećoj razini. Ta mreža zdravstvenih ustanova postoji već duže vrijeme, i trebalo bi ju zadržati. Poboljšati treba organizaciju ustanova u prvoj razini. Domovi zdravlja su nekad bili ključni u pružanju zdravstvene skrbi na prvoj razini. Trebalo bi broj ustanova ili područje koje pokrivaju prilagoditi problemima i specifičnostima na terenu. Nekad je svaka općina imala svoj dom zdravlja. Kasnije je došlo do spajanja domova zdravlja u županijski dom zdravlja. Danas postoji mogućnost organizacija više domova zdravlja s obzirom na specifičnosti županije, otoka, seoskih područja i sl. Trebalo bi ostaviti mogućnost lokalnim zajednicama, gradovima i županijama da sami odluče koliko je potrebno domova zdravlja i drugih zdravstvenih ustanova.

Školovanje liječnika obiteljske medicine svakako treba zadržati, ali i ubrzati. Unatoč našoj tradiciji danas još uvijek imamo samo oko 30 - 35% liječnika specijalista opće/obiteljske medicine u toj djelatnosti. Udio specijalista treba svakako povećati.

Pitanje koje treba unaprijediti svakako je podjela posla između druge i treće razine zdravstvene zaštite, posebice što se tiče opreme i broja specijalista. Trebalo bi jasnije definirati zadatke svake razine. Posebno bi trebalo osigurati povezanost i koordinaciju prve i druge razine. To je nekad bilo bolje rješavano. Je li bolje da pacijent na specijalistički pregled uvijek odlazi u županijsku bolnicu ili klinički centar, ili je bolje da u određenim slučajevima

specijalist kliničke struke dolazi na teren, u ambulante niže razine i rješava problem većeg broja pacijenata. Svaki slučaj treba analizirati i riješiti ga kako je praktičnije i jeftinije, ne primjenjivati birokratska rješenja.

Ima naravno i drugih dobrih rješenja, posebno u kliničkoj medicini, koja treba zadržati.

**HČJZ:** Kako vidite mrežu županijskih zavoda za javno zdravstvo, posoji li potreba za unapređivanjem?

**KOVAČIĆ:** Što je tiče županijskih zavoda za javno zdravstvo, mislim da je dobro zadržati da svaka županija ima svoj zavod. Naravno, svi županijski zavodi nisu jednako opremljeni, nemaju razvijene sve službe. Zbog toga bi trebalo dati veću ulogu regionalnim zavodima, posebice za pojedine službe jer nije racionalno organizirati baš sve službe u svim zavodima. Zavodima bi trebalo dati veće ovlasti u praćenju i ocjeni rezultata rada službe i zdravstvenog stanja stanovništva i stvaranja strategije zaštite, i to za sve razine.

**HČJZ:** Sada imamo situaciju da u županijama imamo domove zdravlja i županijske zavode. Vidite li u budućnosti potrebu da se te dvije ustanove objedine kako bi organizacija na primarnoj razini bila bolja, učinkovitija?

**KOVAČIĆ:** Mislim da ne bi bilo učinkovitije. Županijski zavodi bi trebali imati kao najvažniju funkciju i odgovornost praćenja rada službi, ujednačavanja i ocjene situacije i to na svim razinama, ne samo na prvoj na kojoj se nalazi dom zdravlja. Na toj prvoj razini ima veliki broj i drugih ustanova, javnih i privatnih. Zavodi moraju i njih uključiti u ocjenu i evaluaciju.

**HČJZ:** Objedinjavanjem domova zdravlja i županijskih zavoda dobili bi patronažnu službu pod isti „krov“. Možda bi to bila potencijalno, dobra strana ujedinjavanja tih ustanova?

**KOVAČIĆ:** Nisam siguran da bi to bilo dobro. Sada je situacija konfuzna, jer su i domovi zdravlja i županijski zavodi na istoj, županijskoj razini. Nema razloga da postoje ovakve dvije ustanove na istoj razini. Domovi zdravlja bi trebali biti manje ustanove, na nižoj razini nego što je županijska. Jedna općina ili nekoliko njih, ili jedan grad, trebali bi imati dom zdravlja kao javnu službu. Patronažna služba mora biti u prvoj liniji, blizu građana, pacijenata i bolesnika i blizu svim službama koje obavljaju svoje zadaće na toj razini, općoj/obiteljskoj medicini, pedijatriji, zaštiti žena, školskoj medicini, stomatološkoj medicini i drugima. Ako bi ona bila u zavodima za javno zdravstvo možda bi se više bavila preventivom i unapređenjem zdravlja, ali bi se sigurno udaljila od službi prve linije s kojima mora biti u svakodnevnom kontaktu.

**HČJZ:** Možete li komentirati učinke reforme primarne zdravstvene zaštite (tzv. zakupizacije)?

**KOVAČIĆ:** Naveo bih kao primjer iskustvo Velike Britanije - bilo je to dosta davno. Oni su isto imali individualnu opću praksu. Međutim, danas preko 80% stanovništva primarnu zdravstvenu zaštitu dobiva u grupnim praksama, prije je to bila obrnuta situacija, samo 20% su bile grupne prakse, a 80% individualne. Naravno, nije moguće svugdje napraviti grupnu praksu, jedan broj liječnika će ostati pojedinci. Grupna praksa ili dom zdravlja, što je opet oblik grupne prakse, ima niz prednosti pred pojedinačnom praksom. To ne znači da će u grupnoj praksi svi imati iste pacijente, mogu zadržati svoje pacijente, ali neke funkcije, kao što je edukacijska i organizacijska, hitna služba, dežurstva, i sl. su puno bolja i s manje stresova za njih u okviru grupne prakse, tako da očekujem da će to ići prema grupnoj praksi premda je prošlo puno vremena od zakona koji je to dozvolio, a da se tu nije ništa napravilo. Grupna praksa bi trebala bi od interesa i osiguranju i Ministarstvu.

**HČJZ:** Možete li u par rečenica ipak komentirati i taj sam proces „zakupizacije“ i kakvi su efekti tog procesa?

**KOVAČIĆ:** Taj odnos pacijenta i liječnika i mogućnost izbora svojeg liječnika je svakako dobar i napredan. Model zakupa je bio napredak, ali mislim da ga je više trebalo postaviti kao slobodan izbor tih aktera, a ne kao administrativnu naredbu, zakonsku obvezu, jer neki od timova liječnika radije će raditi sami i biti svoji „gazde“, nego da im netko drugi upravlja. Drugi opet nisu takvi, i radije će prepustiti organizaciju službe nekome drugome. Tu je uvijek i pitanje privatne prakse - privatna praksa, pa i zakup, ne smije biti dominantna, već to mora biti javna služba. To je u Europi pravilo i omjer se kreće oko 80:20 ili 70:30 u korist javne službe, a zakup je ipak jedan oblik privatizacije.

**HČJZ:** Kako procjenjujete budućnost razvoja privatnog sektora u našem zdravstvenom sustavu?

**KOVAČIĆ:** Privatni sektor treba zadržati. On je na neki način korektiv javnoj službi za odnose između zdravstvenih stručnjaka i pacijenata, jer u tom pogledu javna državna služba nije nikad idealna i dobro je ako se može ugledati na nekog. Međutim, privatna zdravstvena služba nikad se ne bi smjela voditi samo mogućnošću zarade i „ekstra biznisa“. I u zemljama s najliberalnijim kapitalizmom postoji mogućnost organizacije takvih službi bez profita, kao neprofitnih organizacija - postoje ustanove i privatnici koji deklariraju da neće imati profit, nego će sve što je dobit ponovno reinvestirati u poboljšanje zdravstvenih usluga. Tako da privatnu praksu treba imati, ali bi ju trebalo zadržati na 10% - 20% od ukupnog broja zaposlenih u zdravstvu. Privatna praksa ima određene prednosti, ali za većinu značajki, ukoliko ih objektivno analiziramo, nije u prednosti u odnosu na javnu službu.

**HČJZ:** Ima li Hrvatska potrebe za osnivanjem više obveznih osnovnih zdravstvenih osiguranja ili mislite da je ovakav model gdje imamo samo jedno obvezno osnovno osiguranje bolji?

**KOVAČIĆ:** To je intrigantno pitanje jer, naravno, čim imate konkurenciju, ona omogućuje bolje funkcioniranje. Međutim, treba uzeti u obzir i nuklearnu veličinu zajednice koja može podnijeti rizike osiguranja. Te zajednice ne smiju biti premale, broj onih koji uplaćuju osiguranje ne smije biti premalen, jer ne bi mogle podnijeti sve zdravstvene rizike koji mogu nastati. Problem je i tko bi bili osiguranici i na kojim načelima bi se više osiguranja organiziralo. Ako bi se osiguravajuće društvo moglo slobodno birati, ubrzo bi se organizirala društva čiji bi članovi bili oni koji su bogati, tj. koji imaju visoke prihode, a onda bi država morala organizirati osiguranje za ostale, uglavnom siromašne, koje bi se moralo dopunjavati sredstvima budžeta. Možda bi u obzir došlo postojanje regionalnih osiguranja, s dva, tri, možda i četiri osiguravajuća društva, koja bi međusobno bila povezana s mehanizmima reosiguranja, i koja bi bilo obavezno za sve stanovnike regije i imalo značajke javnog osiguranja. Javno osiguranje mora biti organizirano na principu solidarnosti i uzajamnosti, a ne profita. Naravno tu je i pitanje upravljanja takvim osiguranjem, moraju postojati mehanizmi upravljanja sa šireg društvenog aspekta. Mislim da ne bi bilo dobro da se organizira više osiguranja koja bi bila interesna.

**HČJZ:** Imamo iskustvo Čilea koje je pokazalo da kod postojanja više osiguranja, bogati se grupiraju u jedno, a siromašni u drugo osiguranje, te dolazi do premještanja iz jednog u drugo u skladu s promjenama u socijalnom statusu osiguranika.

**KOVAČIĆ:** Da, tako da bi jedina prihvatljiva opcija bila teritorijalno vezana osiguranja s funkcijom reosiguranja, jer ako primjerice imate u jednom osiguranju Slavoniju koja ne može skupiti dovoljna sredstva za svoje građane osiguranike, onda su oni u podređenom položaju. Dakle mora postojati solidarnost na razini države.

**HČJZ:** S obzirom da ćemo ući u EU, nema razloga da strana osiguranja ne uđu sa svojom ponudom u Hrvatsku. To ima niz opasnosti, možda i prednosti. Imate li tu komentar?

**KOVAČIĆ:** Mislim da će osiguranja ostati u okviru pojedinih država. Drugo je pitanje pružanja usluga, dakle zdravstvena služba će vjerojatno pružati više usluga građanima drugih zemalja ili će naši građani više koristiti zdravstvene usluge u drugim državama. Ali, po mom mišljenju osiguranje će ostati nacionalno i regionalno, odnosno u okviru države i tako treba ostati. U suprotnom, opet dolazimo do problema raslojavanja građana i nemogućnosti pokrivanja svojih potreba kod onih koji nemaju dovoljno prihoda. U zdravlju se ne bi trebala

vršiti tako velika raslojavanja građana. Zdravlje je tradicionalno nešto što nije obična potrošnja, obična roba.

**HČJZ:** Koji procesi najznačajnije utječu na razvoj preventive u Hrvatskoj? Koji modeli organizacije javnog zdravstva bi bili najprimjereniji ovom trenutku?

**KOVAČIĆ:** Preventiva nije besplatna i usputna. Ukupno gledano nije jeftina i stoga bi se trebalo preventivu ograničiti na one sadržaje gdje je ona učinkovita. Dakle, izabrati prioritete i onda njih financirati i provoditi, jer ona laička parola „bolje spriječiti nego liječiti“ zapravo nije od velike koristi. Ona vrijedi, ali tamo gdje se može provesti. Za problem, bolest koju se može spriječiti, treba raditi na sprječavanju i tu trebate pomoć velikih organizacija, javnozdravstvenih ustanova koje analiziraju probleme i onda preporučuju što se od preventive može provoditi. Onaj tko provodi preventivu mora dobiti adekvatnu naknadu za to. Preventiva nije besplatna i ne bi se smjela smatrati usputnim poslom. Drugi je problem tko treba provoditi preventivne mjere. Neke su mjere, doduše, jednostavne i njih trebaju provoditi oni koji su za to educirani i najbliži mjestu onih na koje se mjere odnose. No, unapređenje zdravlja i sprečavanje bolesti je najčešće vrlo kompleksno pitanje i dobri rezultati se mogu postići jedino sveobuhvatnim mjerama, dugoročnim i upornim radom. Rezultati se mogu očekivati tek nakon duljeg vremena. U svijetu su najbolji rezultati postignuti ako se preventivu provodi integrirano u zajednici i provodi je zdravstvena služba koja tu djeluje.

**HČJZ:** Koje prioritete za preventivu biste Vi odabrali u ovom trenutku?

**KOVAČIĆ:** Neke od zaraznih bolesti koje se mogu spriječiti, uglavnom se i sprečavaju - mislim da je tu dobra praksa. Što se tiče zdravstveno - rizičnih ponašanja, kao što su loše navike prehrane, gojaznost, fizička neaktivnost, pušenje, alkohol, droge - tu treba priznati da su intervencije vrlo teške i jedino djeluju ukoliko se provode na razini društva. Često idemo glavom kroz zid, a znamo da ne možemo ništa napraviti. Neki su programi i ciljevi tih programa suviše općenito definirani – „unaprijediti zdravlje“, „treba spriječiti bolest“ i slično, i to nije dovoljno ni dobro. Oni su deklarativni i u praksi ne daju nikakav smjer kojim treba ići. Trebalo bi biti konkretan i reći na primjer „kroz pet godina smanjiti udio pušača kod odraslih građana od 37% na 27%, a to možemo na taj i taj način – zakonskim propisima, edukacijom, odvikavanjem, ...“. Primjer je stotinjak liječnika opće prakse koji su završili tečaj za vođenje škole za odvikavanje od pušenja, a mislim da niti jedan od njih ne održava tu školu. Od 37% pušača koliko ih je u ukupnom stanovništvu u Hrvatskoj, sigurno je 10% onih koji bi se htjeli odviknuti. Sami vrlo često ne mogu, a nema mogućnosti potpore. Tu bi zavodi za javno zdravstvo i liječnici opće prakse mogli pomoći, odnosno zajednica bi morala organizirati takve tečajeve za pomoć onima koji se žele odviknuti. Ali to onda mora biti i u

strateškom planu - organizacija određenog broja takvih tečajeva u određenom vremenskom razdoblju. Mora se konkretizirati i brojčano napisati što se želi postići i koji su ciljevi. Prioritet bi mogao biti sprečavanje karijesa kod djece. Karijes kod djece je kod nas porazan. Rješenje za to je jednostavno - organizirati stomatološku zdravstvenu službu za preventivu. Naravno, cijepljenja protiv bolesti koje se mogu cijepljenjem spriječiti je prioritet, on treba i ostati takav. U praksi se često postavlja pitanje sekundarne prevencije kao prioriteta. Za donošenje odluke o prioritetu za te bolesti mogu nam pomoći rezultati epidemioloških i drugih studija.

**HČJZ:** Liječnik opće prakse dobiva glavarinu, a nitko ne pita što je poduzeo i ostvario.

**KOVAČIĆ:** I stalno mora dostavljati broj pregleda, broj napisanih recepata, broj uputnica, ali ne i koliko je bolesnika izliječeno, kako su oni zadovoljni uslugama, koliko je pušača prestalo pušiti, koliko je starijih osoba cijepljeno protiv gripe, koliko je bolesnika od dijabetesa imalo komplikacije tijekom godine, koliko je ljudi mlađih od 65 godina umrlo od infarkta itd. Sam pregled i njihov broj nije direktno povezan sa zdravljem. Kad bi se tako pristupalo ocjenjivanju uspješnosti u radu zdravstvene službe, o tome više govorilo i pisalo, siguran sam da bi bilo više zdravlja i više zadovoljstva naših pacijenata.

**HČJZ:** Niz godina radite na edukaciji zdravstvenih kadrova. Na koji način vidite budućnost razvoja javnozdravstvenih struka?

**KOVAČIĆ:** Mislim da mi imamo dobre škole. Smatram da je osnovno obrazovanje liječnika dobra i kvalitetno. Imamo studij i na engleskom jeziku i sve više studenata iz drugih zemalja. Nema možda dovoljan broj nastavnika, pa su postojeći prezaposleni i ne stignu nastavu dovoljno individualizirati. Problem je da se sve više susrećemo s problemom manjka liječnika. Doduše, u zadnje vrijeme se povećava broj upisanih studenata, jer je jasno da se ne može dobiti veći broj liječnika nego što se upiše studenata. Mislim da imamo i dobre škole za medicinske sestre, kao i druge stručnjake. Možda je jedan problem, koji mnogi ne razumiju, to da Medicinski fakultet ne školuje liječnike za neki određeni zadatak i funkciju. Doktor medicine nakon završetka fakulteta je na početku svoje karijere i potrebno mu je daljnje školovanje uz rad i u sastavu zdravstvene službe, t.j. specijalizacija. Specijalizaciju moraju završiti i liječnici za primarnu razinu zdravstvene zaštite. U najvećem broju su to liječnici obiteljske medicine. I većina europskih zemalja, pa i zemalja svijeta, ima takvu specijalizaciju. Tu je problem kako da doktori medicine nakon završenog medicinskog fakulteta počnu raditi i da se uz rad dalje školuju - to treba riješiti. Doktore medicine treba u dovoljnom broju školovati i za preventivne struke. Mislim da je još za vrijeme Štampara u



Hrvatskoj bio isti broj specijalista preventivnih struka koliko ih je i danas. Zadnje vrijeme se situacija popravlja, i to je dobro.

**HČJZ:** Danas imamo dvije temeljne grane preventivnih specijalizacija: epidemiologija i javno zdravstvo. Ima ideja da bi nam trebao generalist, znači jedna jedinstvena specijalizacija s mogućnošću usmjeravanja u subpodručja - slažete li se s tom idejom ili mislite da to treba ostati ovako kako je sada?

**KOVAČIĆ:** Vjerojatno će sve ostati kako je, ali ja mislim da je bolje imati jednog općeg stručnjaka za preventivu, a onda se subspecijalizirati prema potrebi svoje institucije i radnog mjesta. Što je stručnjak na nižoj razini, to je potrebno šire znanje. Stručnjaku koji radi u županijskom zavodu za javno zdravstvo potrebna su široka znanja, poznavanje epidemioloških metoda, menadžmenta i organizacije, dok se na višoj razini javlja potreba specijalizacije za uža područje. Naravno, tu postoje otpori, nije baš realno očekivati da će netko imati dovoljno snage da te dvije specijalizacije poveže, iako znamo da već i sad i jedni i drugi imaju mnoga zajednička znanja. Bilo bi dobro da postoje kraći tečajevi za usvajanje dodatnih znanja za kojima se u određenom trenutku pokaže potreba.

**HČJZ:** Što je Vas potaknulo da se odlučite na rad u socijalnoj medicini, a ne klinici? Većina ljudi mašta o klinici kad krenu na medicinski fakultet.

**KOVAČIĆ:** Čovjek se često nađe u takvim životnim okolnostima da ne može previše birati, premda naravno iza toga sigurno stoji barem podsvjesno da nešto radije želiš raditi. Ja sam imao stipendiju za kliničku medicinu pa kad sam htio to početi raditi, rekli su da ne treba. Sigurno i iskustvo koje se stječe tijekom studija daje poticaj za izbor struke. Ja sam još za vrijeme studija mnogo putovao i radio na terenu, bavio se preventivnim radom i socijalnom medicinom i kad mi se pružila prilika, izabrao sam tu struku. U preventivnoj medicini i javnom zdravstvu susrećete se s mnogo ljudi, stručnjaka i laika, putujete, razmjenjujete misli i ideje, morate poznavati i uvažavati stavove drugih, koristiti se modernom tehnologijom, biti strpljivi u očekivanju rezultata.

**HČJZ:** Želite li istaknuti još koje Vaše zapažanje?

**KOVAČIĆ:** Osim u nastavi za liječnike, medicinske sestre i druge stručnjake u zdravstvu, mnogo godina sam vodio i sudjelovao i u poslijediplomskoj nastavi iz javnog zdravstva, epidemiologije, obiteljske medicine. Uspjeli smo organizirati doktorski studij kao znanstveni studij koristan za one stručnjake koji se pretežno bave znanstvenim istraživanjima, ali ne i stručni doktorat, koji bi bio potreban i koristan za stručnjake koji rade veći dio vremena u zdravstvenoj praksi, a manje se bave znanstvenim istraživanjima. Isto tako smo ukinuli

znanstveni magisterij, a organiziramo samo stručni magistarski studij. Smatram da bi oba oblika poslijediplomskog obrazovanja, stručni i znanstveni, bila od velike koristi.

Drugi problem koji bi htio spomenuti je potreba osiguranja sredstava za operative, inovativne projekte, dakle osnivanje jednog fonda u okviru zdravstvenog osiguranja. To ne bi trebala biti velika sredstva, raspoređivala bi se natječajima, a omogućila bi pojedincima i grupama rad na pionirskim inovacijskim zdravstvenim projektima, čiji bi se rezultati, u slučaju da su povoljni, primjenjivali u širim razmjerima i donosili napredak.

Razočarava me i nemogućnost boljeg rješenja u sistemu školovanja najviše razine medicinskih sestara. Zakon nije sasvim precizan i skoro isti programi veleučilišnih i sveučilišnih dvogodišnjih diplomskih studija ne daju iste nazive i titule i istu mogućnost daljnjeg usavršavanja na poslijediplomskom magistarskom i doktorskom studiju, što dovodi do frustracije velikog broja studenata koji su studij završili na veleučilištu.