

# Teorija zdravstvene pravednosti i javno-zdravstvena etika

GORDANA CERJAN-LETICA  
Stomatološki fakultet  
Sveučilišta u Zagrebu

UDK 614:177  
177.9:614  
364:177.9  
Izvorni znanstveni rad  
Priljeno: 15. listopada 2004.

*Autorica se bavi traženjem odgovora na pitanje može li neki zdravstveni sustav koji je usmjeren prema ostvarenju načela pravednosti u zdravlju, pristupu i korištenju zdravstvene zaštite, biti istodobno etičan i efikasan.*

*Naime, u svijesti mnogih javnozdravstvenih teoretičara, političara i praktičara, posebice onih iz tranzicijskih zemalja, koje napuštaju ideologiju i praksu "komunističkog modela" zdravstva i pokušavaju razvijati hipotetski "europski model", javlja se uvjerenje kako su načela zdravstvene pravednosti i etičnosti na jednoj strani i ekonomske efikasnosti (smanjenja troškova, ekonomičnosti, rentabilnosti i ograničavanja zdravstvene potrošnje) na drugoj strani, naprosto – nepomirljiva.*

*Na temelju analize sadržaja niza dokumenata Svjetske zdravstvene organizacije i analize stavova vodećih javnozdravstvenih autoriteta današnjice, autorica dokazuje kako napuštanje "komunističkog modela" zdravstva ne smije nikako dovesti do zanemarivanja načela pravednosti i etičnosti u javnom zdravstvu i zdravstvenoj politici.*

*Autorica smatra da je čvrsto uporište za novu teoriju zdravstvene pravde moguće tražiti u teorijskim raspravama Johna Rawlsa, Amartya Sena i Margaret Whitehead. Upravo zbog toga, zemlje koje danas mijenjaju i "europiziraju" zdravstvene sustave (primjerice Hrvatska) trebaju uložiti maksimalni napor kako bi u projektiranju tih sustava podjednaku pažnju posvetili efikasnosti i pravednosti.*

**Ključne riječi:** PRAVEDNOST, JEDNAKOST, ZDRAVSTVENE NEJEDNAKOSTI, ZDRAVSTVENE NEPRAVEDNOSTI

## Uvodne napomene

U lipnju 2000. godine, Svjetska je zdravstvena organizacija, prvi put u svojoj bogatoj javnozdravstvenoj povijesti, zemljama članicama i svjetskoj javnosti predstavila cjelovit odgovor na pitanje kojim se javnozdravstveni teoretičari i praktičari bave već desetljećima: "Kako je moguće usporediti efikasnost zdravstvenog sustava zemlje X s efikasnošću zdravstvenog sustava zemlje Y?"

Rezultati navedenog (prvog) rangiranja efikasnosti zdravstvenih sustava pojedinih zemalja objavljeni su u publikaciji *The World Health Report 2000* (WHO 2000), a analiza je dala podatke za 191 zemlju.

Rang-lista efikasnosti zdravstvenih sustava pojedinih zemalja temelji se na podacima i procjenama u kojoj mjeri konkretni zdravstveni sustav ostvaruje pet ključnih ciljeva<sup>1</sup>: (1) povećanje opće razine zdravlja naroda, (2) ostvarenje pravedne (fer) distribucije zdravlja među pojedincima, društvenim skupinama i regijama, (3) zadovoljavanje očekivanja stanovništva u odnosu na poštivanje autonomije pacijenata i povjerljivost zdravstvenih podataka, (4) zado-

<sup>1</sup> Iza tih konkretnih, mjerljivih ciljeva, stajalo je uvjerenje autorâ izvještaja da zdravstveni sustavi imaju tri početna cilja: unaprijediti zdravlje stanovništva; odgovoriti na legitime zahtjeve stanovništva za kvalitetnom i pristupačnom zaštitom te pošteno rasporediti financijski teret zdravstvenog sustava i zaštite.

voljavanje očekivanja stanovništva u odnosu na kvalitetu zdravstvenih ustanova i opreme i (5) pošteno (fer) financiranje, mjereno indeksom FFC (indeksom poštenja pri financijskim kontribucijama) (Wagstaff, 2001).

Objavljeni izvještaj izazvao je, prema očekivanju, veliko zanimanje svjetske zdravstvene javnosti te potaknuo brojne znanstvene i stručne rasprave o koncepciji i metodologiji rangiranja te pouzdanosti izvornih podataka koje su dostavile pojedine zemlje. Od brojnih rasprava i polemika spomenut ćemo tek neke: Pedersen (2002), McKee (2001), Evans i sur. (2001), Navarro (2000; 2001), Murray i Frenk (2001), Almeida i sur. (2001), Williams (2001), urednički komentar iz Lanceta (2001).

Razloga za zadovoljstvo s objavljenom rang-listom imale su mnoge razvijene zemlje, ali i neke manje razvijene.

Dat ćemo rangove 30 najbolje plasiranih: Francuska (1), Italija (2), San Marino (3), Andora (4), Malta (5), Singapur (6), Španjolska (7), Oman (8), Austrija (9), Japan (10), Norveška (11), Portugal (12), Monako (13), Grčka (14), Island (15), Luksemburg (16), Nizozemska (17), Velika Britanija (18), Irska (19), Švicarska (20), Belgija (21), Kolumbija (22), Švedska (23), Cipar (24), Njemačka (25), Saudijska Arabija (26), Ujedinjeni Arapski Emirati (27), Izrael (28), Maroko (29) i Kanada (30).

Zemlje bivše Jugoslavije i njima susjedne zemlje ostvarile su sljedeći rang: Slovenija (36), Hrvatska (43), Albanija (55), Mađarska (66), Makedonija (89), Bosna i Hercegovina (90), Rumunjska (99), Bugarska (102) i Jugoslavija (106).

Za temu naše rasprave važno je istaknuti da dva od spomenutih pet mjerila efikasnosti zdravstvenih sustava, drugo i peto, sadrže u sebi element pravednosti u smislu poštene distribucije zdravlja i poštenog financiranja zdravstvene zaštite (sa stajališta rizika obolijevanja pojedinca i njegovih platežnih mogućnosti).

### Definiranje ključnih pojmova

Svaka teorijska rasprava o zdravstvenim jednakostima i nejednakostima (razlikama) pretpostavlja jasnu definiciju ključnih pojmova na kojima se temelji: zdravstvena jednakost si zdravstvena nejednakost<sup>2</sup>, odnosno zdravstvena pravednost ili pravičnost i zdravstvena nepravednost.

Prije toga potrebno je jasno odrediti razlike između pojmova *pravednost* (equity) i *jednakost* (equality), koji se, vrlo često u svakodnevnom, pa i stručnom, govoru koriste kao istoznačnice (Kluthe, 2002).

- **Jednakost** je vrijednosno i etički neutralan pojam koji označava **istost**: (a) ista prava, položaj, privilegije, mogućnosti, rang, status, ili (b) istu količinu, vrijednost, broj, kakvoću, dužinu, širinu, visinu, dubinu itd.

- **Pravednost** je vrijednosno i moralno aktivan pojam koji izražava vrijednosnu i moralnu prosudbu pojedinaca, društvene skupine, društva ili međunarodne zajednice/organizacije o tome jesu li konkretne zdravstvene ili društvene razlike poštene (fer, nepristrane, ispravne), zasnovano na shvaćanju pojedinca i društvene skupine o prirodnom pravu i pravdi. U kulturnoj knjizi Timothyja Evansa i suradnika *Challenging Inequities in Health From Ethics to Action*, Whitehead, Dahlgren i Gilson (Evans i sur., 2001:310) tvrde da su ciljevi pravednosti dvojaki: (a) simbolični (glavna im je svrha da inspiriraju i motiviraju) te (b) praktični i akcijski (pomažu kontroli napredovanja ka pravednosti i povećavaju odgovornost u korištenju resursa).

Dakle, sustav i praksa zdravstvene zaštite nikako se ne može temeljiti na načelu jednakosti jer bi to značilo da svi građani, bez obzira na svoje zdravstveno stanje, potrebe i pla-

<sup>2</sup> Često se koristi i pojam zdravstvena razlika.

težne mogućnosti dobivaju kvantitativno i kvalitativno istu zaštitu. Umjesto toga, zdravstvena zaštita temelji se na načelu pravednosti, kojem se smisao i sadržaj mijenja kroz prostor i vrijeme.

Primjenjujući te opće definicije na područje javnoga zdravstva, mogli bismo kazati:

- Da se pojam zdravstvene nejednakosti ili razlike odnosi na sva odstupanja ili razlike u zdravlju (zdravstvenom stanju), pristupu ili korištenju zdravstvene zaštite (Mastilica, 2003) između različitih pojedinaca, društvenih skupina ili područja (lokalnih zajednica, regija, zemalja), bez obzira na to uzrokuju li ta odstupanja ili razlike biomedicinski, socijalni, politički ili društveni faktori.

- Da pojam zdravstvene nepravednosti označava samo onaj dio zdravstvenih nejednakosti (razlika) koje se smatraju nepravednima sa stajališta prirodnog prava ili dominantnog sustava vrijednosti, javnozdravstvene ideologije, proklamirane politike ili neke od brojnih teorija pravde<sup>3</sup>.

Prilično je lako zaključiti kako apsolutnu jednakost u zdravlju naprosto nije moguće ostvariti ni onda kad je u pitanju zdravlje pojedinaca, ni kada se radi o zdravstvenom stanju raznih društvenih i regionalnih skupina te nacionalnih zajednica.

Ono što je hipotetski moguće postići (ne i stvarno, jer će uvijek postojati neka razina zdravstvene nepravednosti) jest pravednost u zdravstvu koja, prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije:

“U idealnim okolnostima (...) znači da svaki čovjek treba imati poštenu (fer) mogućnost da ostvari puni zdravstveni potencijal i, govoreći još praktičnije, da nitko ne smije biti diskriminiran u ostvarenju tog potencijala; da svatko treba imati fizički (prostorni) i financijski pristup raspoloživim resursima zdravstvene zaštite” (WHO, Regional office for Europe, 1998; WHO, 1998).

Stručnjaci Svjetske banke otišli su u razradi definicije pravednosti korak dalje, razlikujući horizontalnu i vertikalnu pravednost (Wagstaff, 2000): (a) horizontalna pravednost jest načelo prema kojem ljudi koji se nalaze u istom ili sličnom (socijalnom) položaju trebaju plaćati iste ili slične iznose poreza ili doprinosa (za zdravstvenu zaštitu), dok je (b) vertikalna pravednost načelo prema kojem ljudi koji se, s obzirom na načelo pravednosti, nalaze u različitoj socijalnoj situaciji trebaju biti različito tretirani, tj. da oni koji su u povoljnijem ekonomskom i socijalnom položaju trebaju više izdvajati i plaćati za zdravstvo, odnosno općenito za poreze.

Operativnu i vrlo utjecajnu definiciju pravednosti u pristupu i korištenju zdravstvene zaštite svojedobno su razradili Aday i Andersen (1981:6):

“Pravedna je ona distribucija usluga zdravstvene zaštite u kojoj je bolest<sup>4</sup> (kako je definiraju pacijent i njegova obitelj ili profesionalci u zdravstvenoj zaštiti) glavna odrednica (determinanta) alokacije resursa.”

Konačno, Europski ured Svjetske zdravstvene organizacije prihvatio je definiciju, koncepciju i načela zdravstvene pravednosti što ih je razradila Margaret Whitehead (1991). Ta autorica definira zdravstvene nepravednosti (Whitehead, 1991:5) kao

<sup>3</sup> Beauchamp piše da postoji nekoliko teorija kojima se određuje kako se trebaju distribuirati i re-distribuirati dobra i usluge, uključivo i zdravstvene usluge i dobra: (a) egalitarne teorije (jednaki pristup sredstvima za život koje svaka razumna osoba želi); (b) liberberske teorije (pravo na socijalne i ekonomske slobode) te (c) utilitarne teorije (princip pravednosti ovisi o principu koristi) (1989:265).

<sup>4</sup> Engleski jezik poznaje razliku između tri različita pojma/koncepta: *illness* jest **subjektivni** pojam, *disease* **stručni** pojam, a *sickness* **društveni** pojam (više o tome u Cerjan-Letica i sur. 2003:52-54).

“Razlike u zdravlju/zdravstvu<sup>5</sup> koje nisu samo suvišne i koje se mogu izbjeći već se, uz to, smatraju nepoštenima (nefer) i nepravednima.”

Svjesna toga da pojmovi koje koristi nisu samorazumljivi u svim društvenim i kulturnim situacijama (nužne, poštene, izbježivie i neizbježivie zdravstvene razlike), ta je autorica predložila sedam determinanti zdravstvenih razlika ili nejednakosti, od kojih je prve tri ocijenila kao pravedne, a ostale četiri kao nepravedne (Whitehead, 1992):

1. Prirodna, biološka odstupanja u zdravstvenom stanju.
2. Štetno zdravstveno ponašanje koje pojedinac slobodno izabire, na primjer sudjelovanje u nekim ekstremnim sportovima i zabavama.
3. Prolazna (trenutna) zdravstvena prednost jedne skupine u odnosu na drugu zbog toga što je ta skupina prva usvojila neko promotivno zdravstveno ponašanje; ta prednost traje tako dugo dok i druge skupine ne počnu raspolagati sredstvima koja im omogućuju da dostignu spomenutu skupinu.
4. *Štetno zdravstveno ponašanje kod koje je stupanj slobode izbora životnog stila ozbiljno ograničen.*
5. *Izloženost nezdravim, stresogenim životnim i radnim uvjetima.*
6. *Neadekvatan pristup bitnim zdravstvenim i drugim osnovnim uslugama (službama).*
7. *Prirodna selekcija ili negativna socijalna mobilnost bolesnih ljudi povezana sa zdravstvenim stanjem.*

Prve tri determinante, po mišljenju Margaret Whitehead, ne mogu se smatrati zdravstvenim nepravednostima jer su rezultat biološkog hendikepa (odnosno prednosti) ili slobodnog ljudskog izbora, a ne svjesne društvene akcije. Stoga autorica predlaže tri kriterija za donošenje prosudbe o tome je li neka zdravstvena nejednakost (razlika) u zdravlju ili pristupu zdravstvenoj zaštiti pravedna ili nije (Whitehead, 1992):

- **Izbježivost:** ne može li se neka nejednakost u zdravlju ili zdravstvu izbjeći tehnički<sup>6</sup>, financijski<sup>7</sup> ili moralno<sup>8</sup>, onda je ne možemo smatrati nepravednom.
- **Izbor,** tj. pravo i mogućnost slobodnog izbora: izabere li neki pojedinac ili društvena skupina svojom slobodnom voljom ponašanje koje je zdravstveno štetno, onda se zdravstvene nejednakosti koje iz tog izbora proizlaze ne mogu smatrati zdravstvenim nepravednostima<sup>9</sup>.
- **Postojanje agensa,** tj. institucije ili društvene skupine koja se može smatrati odgovornom za stvaranje ili održavanje zdravstvenih nejednakosti. Taj agens može biti, naprimjer, uprava poduzeća koje radnike izlaže nepravednim zdravstvenim rizicima ili administracija koja donosi zdravstveno nepravedne ili štetne propise ili odluke o zdravstvenoj zaštiti.

<sup>5</sup> Engleskom pojmu *health* u hrvatskom odgovaraju istodobno *zdravlje* i *zdravstvo* tako da možemo smatrati da se ta definicija odnosi na razlike u zdravstvenom stanju, ali i na razlike u zdravstvu (zdravstvenim pravima, pristupu zdravstvenoj zaštiti, korištenju zdravstvenih usluga i sl.).

<sup>6</sup> Postojeća biološko-medicinska i druga relevantna znanja ili tehničke mogućnosti ne omogućavaju uklanjanje stanovite zdravstvene nejednakosti.

<sup>7</sup> Društvo nema na raspolaganju dovoljno dostupnih financijskih resursa da bi moglo otkloniti stanovite nejednakosti.

<sup>8</sup> Potrebna ili predložena redistribucija resursa ne smije dovoditi u pitanje druge, važnije društvene vrijednosti, kao što su, primjerice, sloboda ili osjećaj pravde.

<sup>9</sup> U odnosu na slobodu izbora pozitivnog ili negativnog zdravstvenog ponašanja javlja se mnogo dilema, jer, primjerice, pušenje ili alkoholizam, mogu biti rezultat slobodnog izbora, ali i ne moraju to biti: proizvođači cigareta ili alkohola mogu kulturno ili propagandno nametnuti (zdravstveno štetne) obrasce ponašanja.

### Odnos ekonomičnosti i pravednosti u (javnom) zdravstvu

Nakon što smo odredili ključne pojmove, pokušat ćemo odgovoriti na središnje pitanje mogu li zdravstveni sustav i politika te, posebice, praksa pružanja zdravstvenih usluga koji su usmjereni ostvarenju načela pravednosti – istodobno biti etični i efikasni.

Naime, mnogi zdravstveni političari i praktičari vjeruju, osobito oni iz tranzicijskih zemlja koje napuštaju Semaškov model<sup>10</sup> ili tzv. samoupravni model zdravstvene zaštite i pokušavaju razvijati hipotetski “europski model”<sup>11</sup> – da su u zdravstvu međusobno **nepomirljiva** načela zdravstvene pravednosti i ekonomske efikasnosti (smanjenje troškova, ekonomičnost i rentabilnost).

Tom stavu bitno su pridonijeli neki utjecajni zdravstveni ekonomisti na Zapadu (Mugroves, 1999; Murray, Govindaraj i Musgroves, 1999; Milgrom i Roberts, 1992; Vickers i Yarrow, 1992) jer su, zagovarajući tezu o slobodnom tržištu zdravstvenih usluga i slobodnom tržištu zdravstvenog osiguranja, stvorili predrasudu da su pravednost i ekonomska efikasnost (smanjenje troškova, ekonomičnost i rentabilnost) radikalno suprotstavljena načela, barem kad se radi o teoriji i praksi financiranja i pružanja zdravstvene zaštite.

Da bismo, dakle, mogli ispravno odgovoriti na pitanje je li moguće pomiriti načela ekonomske efikasnosti i zdravstvene pravednosti pri koncipiranju modela i prakse zdravstvene zaštite, osobito u tranzicijskim zemljama, potrebno je ukratko skicirati smisao i poslanje ekonomike (općenito), ekonomike blagostanja i zdravstvene ekonomike (posebno).

- Ekonomika je, najkraće kazano, znanost o optimalnoj alokaciji rijetkih resursa; cilj je svake ekonomske analize traženje odgovora na pitanje na kakav je način moguće i potrebno rasporediti rijetke, proizvodne ili uslužne resurse (novac, znanje, opremu, vodstvene i upravljačke sposobnosti, prirodne, proizvodne i radne resurse i sl.) kako bi se ostvario maksimalni učinak, odnosno postigao najpovoljniji odnos između ulaza (*input*), na jednoj strani te izlaza (*output*) i krajnjih rezultata (*outcom*), na drugoj strani.

- “Ekonomika blagostanja jest ekonomska disciplina koja istražuje kako se mogu organizirati ekonomske aktivnosti da bi se maksimiziralo ekonomsko i socijalno blagostanje.” (WHO Ženeva 1998).

- Zdravstvena ekonomika jest primijenjena ekonomska disciplina koja koristi opća ekonomijskoteorijska znanja, metode i vještine kako bi pronašla odgovore na pitanja o optimalnoj alokaciji rijetkih zdravstvenozaštitnih resursa: pri donošenju kliničkih, investicijskih, upravnih i poslovnih odluka (mikrorazina), odnosno pri donošenju sistemskih i drugih javno-zdravstvenih i političkih odluka (makrorazina).

Kako zdravstveni sektor ne funkcionira po istoj tržišnoj logici kao i drugi sektori zemaljske i međunarodne ekonomije, zdravstveni su ekonomisti definirali nekoliko specifičnih zakona koji vladaju na području zdravstvene potražnje i ponude (traženje, nudenje i pružanje zdravstvenih usluga) i koji dovode u pitanje klasične ekonomske teorije o tržišnim zakonima.

U nizu specifičnosti zdravstvenog *tržišta* posebno se izdvajaju:

<sup>10</sup> Karakteristike Semaškova centraliziranog modela jesu: (a) financiranje iz državnog proračuna, (b) državna kontrola kroz sustav centralnog planiranja, (c) slobodni pristup zdravlju/zdravstvu svima, (d) zdravstveni radnici imaju fiksne plaće, (e) nema privatnog sektora i (f) neproizvodni sektor ima niski prioritet (WHO Regional Office for Europe, 1992:36).

<sup>11</sup> U zemljama Europske unije postoje dva dominantna modela organizacije zdravstvene službe i zaštite: (a) Bismarckov model utemeljen na modelima pojedinih zemalja, modelima obvezatnog zdravstvenog osiguranja koje ima ulogu osnovnog regulacijskog mehanizma u zdravstvu i (b) Beveridgeov model državne zdravstvene službe, za pojedinu zemlju, u kojem je država ključni regulator odnosa u zdravstvu.

• **Informacijska asimetrija** (Preker i Harding, 2002:4-5). Korisnici zdravstvene zaštite (pacijenti) ne raspolažu znanjima i informacijama za donošenje informiranih odluka o potražnji i korištenju zdravstvenih usluga; tim znanjima i informacijama raspolažu jedino zdravstveni radnici koji, shodno tome, donose odluke u ime svojih pacijenata (neka istraživanja pokazuju da liječnici donose između 80% i 85% svih odluka<sup>12</sup>); posljedica informacijske asimetrije jest fenomen izravnog utjecaja krivulje ponude na krivulju potražnje, posebice kod plaćanja liječnika po usluzi.

• **Moralni hazard** (Imai, 2000:22). Tim se pojmom označava situacija u kojoj oni građani pacijenti što su izdašno pokriveni privatnim i dopunskim zdravstvenim osiguranjima, češće i više koriste zdravstvenu zaštitu te više troše negoli to objektivno zahtijeva njihovo zdravstveno stanje; upravo zbog moralnog hazarda potpuno slobodno djelovanje tržišnih zakona na području privatnog zdravstvenog osiguranja ugrozilo bi načelo zdravstvene pravednosti.

• **Nepovoljna (obrnuta) selekcija pacijenata**. Nekontrolirani razvoj privatnog osiguranja ima za posljedicu da privatni osiguravatelji odnose "kremu", "vrhnje", tj. bogate i zdrave, dok bolesni i siromašni ostaju na teretu države (Imai, 2000:22).

• Eksternalije: poboljšanje (ili pogoršanje) zdravlja ima mnoge posredne, naknadne, vidljive i nevidljive, eksterne učinke koje je vrlo teško kvantificirati u okviru klasičnih metoda kojim se služe zdravstveni ekonomisti: analiza troškova, ekonomičnosti, rentabilnosti i sl.

Uz nabrojene specifičnost *tržišta* zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja, najveći problem s kojim se susreću zdravstveni ekonomisti jest mjerenje zdravstvenog dobitka (rezultata).

Naime, nisu samo javnozdravstveni stručnjaci, već su i laici sasvim svjesni kako poboljšanje ili pogoršanje zdravlja pojedinca ili nacije nije isključivo, pa ni pretežito, ishod rada liječnika, medicinskih sestara i drugih zdravstvenih profesionalaca.

Zdravlje i promjene zdravlja pojedinca i zajednice rezultat su složenoga i teško mjerljiva utjecaja niza čimbenika ili determinanti zdravlja: naslijeđa (genetskih faktora), okolinskih faktora (prirodnog i društvenog okruženja), socijalnih faktora, doprinosa medicine i zdravstvene zaštite, te onog što se naziva životnim stilom<sup>13</sup>.

Dakle, ukupni zdravstveni dobitak, nazovimo ga tako, ne može se ograničiti i mjeriti samo klasičnim pokazateljima zdravstvenog stanja (kao što su životno očekivanje, zdravo životno očekivanje, dojenačka smrtnost, standardizirane stope mortaliteta i morbiditeta i sl.), već se u mjerenju mora uvažavati pokazatelj zdravstvene pravednosti, pa i sigurnosti.

A onog trena kad se zdravstvena pravednost tretira kao jedan od elemenata ukupnog zdravstvenog dobitka, automatski se odbacuje teza kako su načela ekonomske efikasnosti i pravednosti u sukobu.

### Teorija i praksa zdravstvene pravednosti

Napuštanje samoupravnog ili komunističkog modela organizacije i financiranja zdravstvene zaštite u Hrvatskoj i drugim državama nastalima iz bivše Jugoslavije, te u drugim prijašnjim komunističkim državama, stvorilo je stanoviti vrijednosni, teorijski, doktrinarni i

<sup>12</sup> Vidi: Miriam P. Cotler: Background on Health Care Coverage – Equity and Quality (<http://www.healthcareoptions.ca.gov/csunequity.asp>).

<sup>13</sup> Tzv. epidemiološki model Denverove pokazuje da zdravlje ljudi ovisi o ovim čimbenicima: oko 27% određeno je naslijeđem, tzv. genetskim čimbenicima; oko 19% prirodnim i društvenim prilikama; oko 43% ovisi o načinu ili stilu života, te, konačno, samo oko 11% o dostupnosti i kvaliteti zdravstvene zaštite (Denver, 1976, navedeno prema Letica S., 1989:24).

praktično-politički vakuum u odnosu na primjenu načela pravednosti i efikasnosti u zdravstvu.

Naime, samoupravna doktrina o zdravstvenoj jednakosti bila je sve do 90-ih godina velikim dijelom derivat vladajuće ideologije o klasnoj jednakosti i pravu *radnih ljudi* na besplatno korištenju svih oblika zdravstvene zaštite.

Međutim, najveći dio stanovništva u zemljama nastalima iz bivše Jugoslavije bio je pod snažnim utjecajem egalitarnog sindroma i još je uvijek tako. Povijesni i socijalni korijeni zdravstvenog egalitarizma povezani su s političkim, socijalnim i javnozdravstvenim pokretima i kulturnim utjecajima koji su znatno stariji od komunističkog pokreta: s kršćanskom humanizmom, pokretom socijalne medicine, utjecajem seljačkih (egalitarnih) pokreta, javnozdravstvenom doktrinom Andrije Štampara itd.

Upravo zbog toga, napuštanje samoupravne (komunističke) doktrine o općem i specifičnom (zdravstvenom) egalitarizmu traži danas od nas definiranje novih teorijskih paradigmi o zdravstvenoj pravdi, poštenju i pravednosti.

Pri tom je moguće koristiti nekoliko izvora: (a) teorijske izvore, (b) dokumente Ujedinjenih naroda o ljudskim pravima, (c) dokumente drugih međunarodnih organizacija, posebice Europske unije, o ljudskim i zdravstvenim pravima, (d) dokumente Svjetske zdravstvene organizacije te (e) temeljne hrvatske dokumente koji govore o pravdi, jednakosti, pravednosti i socijalnoj državi.

- Teorijsko uporište za definiranje novih javnozdravstvenih doktrina o zdravstvenoj pravednosti moguće je pronaći u klasičnim raspravama o socijalnoj i zdravstvenoj pravednosti Johna Rawlsa (1971, 1993), Amartya Sena (1992) i, već spominjane, Margaret Whitehead (1992, 2001).

Amartya Sen razlikuje između definicije zdravlja kao blagostanja (kvalitete života) i definicije zdravlja kao slobode (djelovanja). Djelovanje se odnosi na sposobnost pojedinca<sup>14</sup> da si postavlja različite ciljeve i na njegovo nastojanje da ih ispuni. U tom smislu, definiranje zdravlja kao slobode naglašava značenje zdravlja za sposobnost ostvarenja drugih različitih ciljeva. Sposobnost predstavlja različite funkcije koje čovjek može ostvariti ili odlučiti da ih neće ostvariti. Sen smatra dobro zdravlje primjerom funkcija, odnosno, sposobnošću po sebi (Sen 1993:31). Što je čovjek zdraviji, a ostale socijalne okolnosti u kojima živi ostaju nepromijenjene, moći će imati više funkcija a time i više sposobnosti. Povezujući zdravlje sa slobodom, Sen je jasno odredio zdravlje kao pozitivnu vrednotu i ponudio dobar okvir za shvaćanje pravde kao poštenja<sup>15</sup>.

U raspravama o zdravstvenoj pravednosti posebno je veliki utjecaj teorije pravde kao poštenja Johna Rawlsa, iako on svoju koncepciju pravde uopće nije primjenjivao na zdravlje i zdravstvo<sup>16</sup>. Rawls je pretpostavio da je cjelokupno stanovništvo zdravo (tj. da su zdrave osobe norma a da su bolesti slučajno distribuirane u društvu); pravedno društvo mora ljudima osigurati temeljne slobode, garantirati pravo na političko sudjelovanje za sve i omogućiti čvrste oblike jednakih šansi te ograničiti nejednakosti onih koji imaju najmanje prednosti. Međutim, kako pišu Daniels i suradnici (2002) recentna empirijska literatura o socijalnim determinantama zdravlja (Wilkinson, 1997) pokazuje da je neuspjeh u zadovoljavanju Rawlsovih kriterija za pravedno društvo usko povezan sa zdravstvenim nejednakostima.

<sup>14</sup> U dijelu analize o Senovu pristupu sposobnostima, oslanjamo se uglavnom na interpretacije Fabienne Peter, (2000).

<sup>15</sup> Engleski naziv *justice as fairness* preveli smo kao *pravda kao poštenje*. Hrvatski jezik nema adekvatnu inačicu za pojam *fairness*: u rječnicima se za taj pojam koriste riječi *poštenje*, *čestitost*, *nepristranost*, *pravednost*.

<sup>16</sup> Peter tvrdi da, iako se Rawls nije posebno referirao na temu zdravlja, njegova koncepcija pravde kao poštenja predstavlja vrlo upotrebljiv okvir za procjenu socijalnih nejednakosti u zdravlju (2000:2).

Kako definicija zdravlja SZO-a praktično izjednačava zdravlje i socijalno blagostanje, mnogi su autori u Rawlsovoj teoriji pravde pronašli koristan okvir za raspravu o zdravstvenoj pravednosti (više o tome u Beauchamp i Childress, 1989:269-270; osobito je relevantan pristup Fabienne Peter, 2000).

U krajnje sažetom obliku, Rawlsova teorija pravde kao poštenje sačinjena je od tri etička imperativa (Rawls, 1971, §§ 8, 11, 46, 51) pri čemu prvi ima apsolutni prioritet nad drugima dva:

1. Društvo mora svim ljudima osigurati potpuno jednake temeljne slobode (pretpostavka je tog etičkog imperativa da svi ljudi koji žive u nekom društvu pridaju približno istu vrijednost političkoj participaciji).

2. Nejednakosti (primjerice, progresivno oporezivanje, pozitivna akcija ili pozitivna diskriminacija) moraju se strogo ograničiti samo na one koje donose ili mogu donositi korist najmanje povlaštenima (starim ljudima, djeci, bolesnima, siromašnima, manjinama i sl.).

3. Društvo mora svakomu pojedincu čvrsto jamčiti jednakost društvenih šansi (na stjecanje imovine, dohotka, obrazovanja, posla itd.).

Mogli bismo reći da je pravednost u zdravlju ugrađena u opću socijalnu pravdu – socijalne nejednakosti u zdravlju pogrešne su zato što su rezultat i proizvod nepravednih ekonomskih, socijalnih i političkih institucija, a manje zato što se stvarni zdravstveni rezultati razlikuju od nekog obrasca koji se smatra idealnim.

Rawlsova deontološka načela, kao teorijska osnovica, ugrađena su u većinu deklaracija, dokumenata i smjernica što, izravno ili neizravno, kontekstualiziraju zdravstvenu pravednost. Norman Daniels i suradnici (2000) vrlo su oštroumno jedan od svojih tekstova posvećenih odnosu ekonomskih nejednakosti i zdravlja nazvali: "Pravda je dobra za naše zdravlje".

• Opća deklaracija o ljudskim pravima UN-a temeljni je međunarodni dokument na osnovu kojeg je moguće donositi prosudbe i o zdravstvenoj pravednosti:

"Svaki čovjek ima pravo na životni standard koji je prikladan njegovom osobnom zdravlju i blagostanju te zdravlju i blagostanju njegove obitelji, uključujući hranu, odjeću, stan, medicinsku zaštitu i nužnu socijalnu zaštitu te pravo na sigurnost u slučaju nezaposlenosti, bolesti, invalidnosti, udovištva, starosti ili nedostatka sredstava za život u okolnostima izvan njegove kontrole."<sup>17</sup>

Ako zdravlje shvatimo kao fizičko, psihičko, emocionalno i socijalno blagostanje, prema poznatoj definiciji SZO-a, može se kazati da je (zdravstvena pravednost) eksplicitni etički imperativ koji je sadržan i u Općoj deklaraciji.

Širenje pokreta za zaštitu i promicanje ljudskih prava u drugoj polovici 20. stoljeća, sa svim sigurno, daje načelu pravednosti u javnom zdravstvu i kliničkoj praksi novi poticaj i snagu.

• Dokumenti i politika SZO-a, o čemu smo prije raspravljali, od trenutka pisanja Ustava te organizacije<sup>18</sup> do danas, naglašavali su vitalnu važnost borbe za smanjenje međunarod-

<sup>17</sup> Cio tekst Opće deklaracije o ljudskim pravima UN-a dostupan je na mrežnoj stranici: <http://www.ifs.univie.ac.at/intlaw/konterm/vrkon-en/html/doku/humright.htm#1.0>. [U nas je taj tekst, *Opće deklaracije o pravima čovjeka* iz 1948., objavljen npr. u knjizi Juraj Hrženjak, *Međunarodni i evropski dokumenti o ljudskim pravima: Čovjek i njegove slobode u pravnoj državi*, Zagreb 1992. Tu je deklaraciju Jugoslavija ratificirala 1971., što je Republika Hrvatska preuzela; također, ta je deklaracija ugrađena u pravni poredak Republike Hrvatske po Ustavnom zakonu o ljudskim pravima i slobodama i o pravima etničkih i nacionalnih zajednica ili manjina u Republici Hrvatskoj (pročišćeni tekst objavljen u *Narodnim novinama* 34/1992), odnosno poslije po Ustavnom zakonu o pravima nacionalnih manjina (*Narodne novine* 155/2002). *Al. Gl.*]

<sup>18</sup> U preambuli Ustava SZO-a stoji: "Uživanje najviše ostvarivog standarda zdravlja jedno je od temeljnih ljudskih prava, bez ikakve razlike u odnosu na rasu, religiju, političko uvjerenje, ekonomske i socijalne uvjete."

U europskoj strategiji Zdravlja za sve, koju je potpisalo pedeset europskih zemalja, pod simboličnim naslovom "Jedan cilj", velika je pažnja posvećena pitanjima pravednosti: "U godini 2000. razlike u



nih, regionalnih, spolnih i socijalnih nejednakosti u zdravlju i zdravstvenoj zaštiti, inzistirajući na primjeni načela pravednosti u zdravstvenoj politici i praksi. Proces globalizacije postepeno stvara svijest o tome da je ogromni zdravstveni jaz (Chen i Berlinguer, 2001) između razvijenih i nerazvijenih regija i zemalja – moralno i civilizacijski neprihvatljiv. Može se stoga očekivati da će nastavak procesa globalizacije, pa i širenje EU na istok, načelu zdravstvene pravednosti dati još veću važnost te da će upravo to načelo postati osnovom buduće misije i politike SZO-a, kao što je, uostalom, bilo i u prošlim desetljećima.

- Dokumenti pojedinih zemalja: gotovo sve suvremene države poveljama o ljudskim pravima, pa i temeljnim javnozdravstvenim dokumentima – zakonima, parlamentarnim rezolucijama, strategijama – ističu pravo na zdravlje<sup>19</sup>, jednakost i pravednost kao temeljna prava koje ustavima jamče svojim građanima.

Može se, dakle, zaključiti da načelo zdravstvene pravednosti nipošto nije zastarjelo ili ono koje su tzv. tranzicijske zemlje naslijedile od komunizma. Na imperativu zdravstvene pravednosti temelje se suvremeni zdravstveni sustavi. Nunes i suradnici tvrde da je distributivna pravda (tj. koncepcije pravde i solidarnosti) duboko utemeljena u većinu europskih zdravstvenih sustava “podjednako kao doktrina i kao politički izbor” (2002:2).

Konačno, kao što smo prije pokazali, pravednost i efikasnost nisu suprotstavljena načela u zdravstvenoj politici, jer je pravednost jedan od bitnih ciljeva te politike, dok je efikasnost jedno od najvažnijih načela na kojima se trebaju temeljiti zdravstvena politika i praksa.

### **Pogled u budućnost**

Hoće li u godinama i desetljećima koja su pred nama u javnozdravstvenim doktrinama i u praksi zdravstvene zaštite biti moguće pomiriti načela pravednosti i efikasnosti i koje će od njih imati veću važnost u praktičnoj zdravstvenoj politici?

Poslužit ćemo se jednim, futurističkim razmišljanjem, doista neobičnim, vrlo utjecajna američkog filozofa Richarda Rortyja.

U poglavlju napisanu 1996. godine “Gledajući unatrag iz godine 2096.” Rorty razmišlja o sadašnjem poimanju pravednosti te odnosu između moralnog i ekonomskog poretka “mračnih godina” koje smješta u razdoblje 2014–2044. godine. Iz te vrlo daleke, stogodišnje futurističke perspektive Rorty kaže:

“Upravo kao što su Amerikanci dvadesetog stoljeća teško mogli zamisliti kako su njihovi preci prije Građanskog rata mogli dopustiti ozakonjenje ropstva, tako i mi, na kraju dvadeset i prvog stoljeća, teško možemo razumjeti kako su naši prapradjedovi mogli dopustiti donošenje zakona po kojima su najbolje plaćeni menadžeri imali dvadeset puta veću plaću od najlošije plaćenih radnika.” (Rorty, 2000:243).

Nitko, zapravo, ne može niti pretpostaviti kako će se, primjerice, budući Hrvati, Amerikanci, Kinezi, Nigerijci, Azijci, Afrikanci ili Europljani odnositi spram socijalnih, dakako i zdravstvenih razlika o kojima tako kritički razmišlja Richard Rorty.

Borba za zdravstvenozaštitne resurse u svakom će se slučaju dalje zaoštavati, a već danas, kako je dokazao Viktor Fuchs (1998), 5% stanovništva troši preko 50% resursa, dok pretežno neproduktivni ljudi stariji od 65 godina troše oko 40% resursa. Daljnji razvoj medicine i proces starenja populacije te će postotke stalno povećavati.

---

zdravstvenom statusu između pojedinih zemalja kao i razlike među pojedinim skupinama unutar jedne zemlje, moraju biti smanjene najmanje 25% – i to tako što će se unapređivati razina zdravlja za deprivilegirane države i skupine.” (WHO, 1985).

<sup>19</sup> Pravo na zdravlje (i zdravstvenu zaštitu) pripada skupini tzv. socijalnih i ekonomskih prava koja je znatno teže operativno definirati i ostvariti negoli je to slučaj s političkim i građanskim pravima.

Ipak, unatoč opravdanoj težnji za povećanjem stručne, tehnološke i ekonomske efikasnosti u zdravstvu, uvjerenja smo da će se društvena, politička i emocionalna osjetljivost na socijalne i zdravstvene nepravdnosti u budućnosti povećavati unutar zemalja, u okviru složenih državnih zajednica (kao što je EU) i u cijelom svijetu. Ogroman zdravstveni jaz između bogatih i siromašnih (ljudi, regija, zemalja) postat će civilizacijski i politički nekorektnim, tj. neprihvatljivim. Pravednost ima važno mjesto u izjednačavanju globalizacije i blagostanja – nepravdnosti u zdravlju mogu se smatrati mjerom neželjenih efekata globalizacije. U kontekstu smanjivanja nepravdnih utjecaja globalizacije je korištenje različitih mjera pravednosti. Snaga tog pristupa jest u tome što dolazimo do specifičnih lokalnih indikatora (zdravstvene) nepravde i nepoštenja koji se, s druge strane, mogu suzbiti jedino globalnom politikom i akcijom.

Stoga zemlje koje danas mijenjaju i “eupeiziraju” zdravstvene sustave (vidjeti primjere Orešković, 1998; Nunes i sur., 2002) i stvaraju novo javno zdravstvo, trebaju uložiti maksimalni napor kako bi u projektiranju tih sustava podjednaku pažnju posvetili efikasnosti i pravednosti. Složili bismo se s Ann Robertson (1998:1419) da nije zapravo riječ o nekom novom javnom zdravstvu, već više o “povratku povijesnoj obvezi javnog zdravstva prema socijalnoj pravdi”. A što se posebice Hrvatske tiče, zdravstvena je pravednost vrlo koristan dio naše zajedničke javnozdravstvene prošlosti i sadašnjosti koju nikako ne treba odbaciti kao tobožnji ostatak komunizma.

#### LITERATURA

- Acheson, D. (1998) **Independent Inquiry into Inequalities in Health**. London: HMSO.
- Aday, L. A. and Andersen, R. M. (1987) Equity of access to medical care: a conceptual and empirical review. *Med. Care* 19 (12). Supl. 4-27.
- Almeida, C., P. Braveman, M. R. Gold et al. (2001) Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health report 2000. *Lancet*.
- Beauchamp, T. and J. Childress (1989) 3rd ed. **Principles of Biomedical Ethics**. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Cerjan-Letica, Gordana i sur. (2003) **Medicinska sociologija**. Zagreb: Medicinska naklada.
- Chen, L., G. Berlinguer (2001) Healty Equity in a Globalizig World, in T. Evans et al., **Challenging Inequities in Health – From Ethics to Action**. New York: Oxford University Press.
- Cotler, Miriam. **Background on Health Care Coverage – Equity and Quality** (<http://www.healthcareoptions.ca.gov/csunequity.asp>).
- Culyer, A. J., J. P. Newhouse eds. (2000) **Handbook of Health Economics**. Amsterdam: North Holland.
- Daniels, N., B. Kennedy, I. Kawachi (2002) **Health and Health Policy**, in Danis M., Clancy C. (eds.) *Integrating Ethics and Health Policy*. New York: Oxford University Press.
- Daniels, N., B. Kennedy, I. Kawachi (2000) **Justice is Good for Our Health**. Boston Review, February/ March issue.
- European Observatory on Health Care Systems. **Care Systems in Transition**. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.
- Evans, D., A. Tandon, C. J. L. Murray, J. Lauer (2001) Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis. *BMJ* 323:303-310.
- Evans, T. et al. (2001) **Challenging Inequities in Health – From Ethics to Action**. New York: Oxford University Press.
- Fuchs, V. (1998) **Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice**; Expanded Edition, Singapore: World Scientific.
- Imai, Y., S. Jacobzone, P. Lenain (2000) **The Changing Health System in France**. OECD. Economic Department Working Papers No. 269.
- Jakubowski, E. et al. (1999) **“Best practice” in health care: state of the art and perspectives of the EU in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems**. European Commission.

- Kluthe, J. (2002) Equity&Equality: A Core Values in Canadian Health Care. **PHET In Touch** 5(7) September.
- Lancet. **Why rank countries by health performance?** Lancet 2001, 357 (editorial).
- Letica, S. (1989) **Zdravstvena politika u doba krize**. Zagreb: Naprijed.
- Mastilica, M. (2003) Društvene nejednakosti u zdravlju i zdravstvenoj zaštiti, u: Cerjan-Letica i sur. **Medicinska sociologija**. Zagreb: Medicinska naklada.
- Milgrom, P., J. Roberts (1992) **Economics, Organization and Management**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Murray, C., J. Frenk, **World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy**. Lancet 2001, 323:295-296.
- Murray, C. J. L., E. E. Gakidou, J. Frenk, **Health inequalities and social group differences: what should we measure?**(1999) Bulletin of the World Health Organization 77:537-543.
- Musgrove, P. (1999) Public spending on Health Care: How Are Different Criteria Related? **Health Policy** 47:207-223.
- Navarro, V. **World Health Report 2000: responses to Murray and Frenk**. Lancet 2001.
- Navarro, V. **Assessment of the World Health Report 2000**. Lancet 2000 of the World Health Report.
- Nunes, R., G. Rego, N. Daniels (2002) **Benchmark of Fairness for Health Care Reform: Experience at an European Union Country**. Preliminary report. [www.hsph.harvard.edu/benchmark/pdf/Portugal\\_report.pdf](http://www.hsph.harvard.edu/benchmark/pdf/Portugal_report.pdf)
- Oreskovic, S. (1998) New Priorities for Health Sector Reform in Central and Eastern Europe. **CMJ** 39(3)225-233.
- Pedersen, K. (2002) The World Health Report 2000: dialogue of the deaf? **Health Economics** 11(2):93-101.
- Peter, F. (2000) **Health Equity and Social Justice**. Harvard Center for Population and Development Studies. Working Paper Series (10)2:1-18.
- Preker, A. and A. Harding (2002) **The Economics of Public and Private Roles in Health Care: Insights from Institutional Economics and organizational Theory**.World Bank Working Papers. [www.econ.worldbank.org/files/1764\\_preker\\_harding.pdf](http://www.econ.worldbank.org/files/1764_preker_harding.pdf)
- Rawls, J. A. (1971) **A Theory of Justice**. Cambridge: Harvard University Press.
- Rawls, J. A. (1993) **Political Liberalism**. New York: Columbia University Press.
- Rorty, R. (2000) **Philosophy and Social Hope**. New York: Penguin Books.
- Saltman, R. B., J. Figueras, C. Sakellaridis (1998) **Critical Challenges for Health Care Reform in Europe**. Buckingham: Open University Press.
- Sen, A. (1997) **On economic inequality**. Oxford, Clarendon Press.
- Sen, A. (1992) **Inequality Reexamined**. Cambridge: Harvard University Press.
- Wagstaff, A. (2001) **Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on (and Alternatives to) the World Health Organization's Fairness of Financing Index**. World Bank Working Paper No. 2550:1-22.
- Wagstaff, A. (2002) Reflections on and alternatives to WHO's fairness of financial contribution index. **Health Economics** 11 (2) 103-115.
- Wagstaff, A., E. van Doorslaer (2000) Equity in health care finance and delivery, in: Culyer A. J., Newhouse, J. P., eds. **Handbook of Health Economics**. Amsterdam: North Holland.
- Whitehead, M. (1992) The concepts and principles of equity and health. **International journal of health services** 22:429-445.
- Whitehead, M., G. Dahlgren and L. Gilson (2001) Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective, in: Evans, T. i sur. **Challenging Inequities in Health – From Ethics to Action**. New York: Oxford University Press.
- WHO Geneva (2000) **The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance**. Geneva: WHO.
- WHO Regional Office for Europe (1993) **Health for All targets. The health policy for Europe**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (1998) **Terminology – A glossary of technical terms on the economics and finance of health services**. Regional Office for Europe, (document EUR/ICP/CARE0401/CN01).

- WHO Geneva (1998) **Health Promotion Glossary**. WHO, (document WHO/HPR/HEP/98.1).
- WHO Regional Office for Europe (2000) **WHO HFA indicators for the new health policy in Europe** – Report on a WHO Expert Group Meeting. The Hague, Netherlands 2-3 March.
- Williams, A. (2001) **Science or marketing at WHO? A commentary on “World Health 2000”**. York: Centre for Health Economics.
- Wilkinson, R. G. (1997) Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? **BMJ** 314:591-595.
- Witter, S., T. Ensor (1997) **An Intro to Health Economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union**. Chichester: John Wiley & Sons.
- World Bank Institute (2000) **Flagship program on health sector reform and sustainable financing**. (<http://www.worldbank.org/wbi/healthflagship/about.html>) (29 June)
- Young, P. (1986) **Privatization Around the Globe: Lessons from the Reagan Administration**. Huston: National Center for Policy Analysis.

## THEORY OF HEALTH JUSTICE AND PUBLIC-HEALTH ETHICS

GORDANA CERJAN-LETICA

Department of Behavioral Sciences  
School of Dental Medicine  
University of Zagreb

*The author attempts to answer the following question: can a health system, geared towards the fulfillment of the principle of equity in health, in the access to health care, and in utilization of health care services be at the same time both ethical and efficient. Some public health scientists, politicians and practitioners claim that health equity and ethics on the one hand and efficiency (cost containment, cost-effectiveness and profitability) on the other hand are simply irreconcilable principles. This belief is especially widespread among politicians from the countries in transition which are leaving the ideology and practice of a Communist health care system and trying to develop a hypothetical European model of health care.*

*Based on the analysis of a number of the WHO documents and the arguments of leading public health experts, the author stresses that the abandonment of a Communist health care system should under no conditions lead to ignoring of the principles of equity and ethics in public health and health care policies. The author furthermore believes that the works of John Rawls, Amarty Sen and Margaret Whitehead represent a foundation for the new theory of health care justice. The countries trying to modify and “europeanise” their health care systems (like Croatia) have to devote equal attention in devising these new systems to the principles of equity and efficiency.*

**Key words:** EQUITY, EQUALITY, HEALTH INEQUALITY, HEALTH INEQUITY, EFFICIENCY