

Osvrt na formuliranje, objavu i provedbu hrvatske zdravstvene politike

(Review on formulation, proclamation and conducting of Croatian health policy)

Berislav Skupnjak

Sažetak

Nova neovisna država Hrvatska kao dio svoje državnosti formulira opću politiku razvitka, ali i onu koja se odnosi na pojedine važnije sektore. Poradi toga Hrvatska od svog osnutka posjeduje zdravstvenu politiku koja se najčešće predstavlja kao "Strategija razvitka zdravstva", što je slučaj i u sadašnjosti. Autor analizira utjecajne čimbenike koji utječu na pripremu i formuliranje tog dokumenta, navodeći bogatu tradiciju u kojoj dominira genijalna ličnost Andrije Štampara, pa sve do utjecaja relevantnih međudržavnih organizacija, kao što su Svjetska zdravstvena organizacija, Svjetska banka, a u posljednje vrijeme napose Europska unija. Autor spominje da razvitak te politike nije mogao biti ujednačen i to kao najmanje zbog rata Hrvatskoj nametnutog, ali i teških poslijeratnih ekonomskih nedaća. Međutim, politika je rezultirala i svojim dostignućima, zbog kojih je i primila određene pohvale sa strane Svjetske zdravstvene organizacije. Upravo zbog tih postignuća, ona stimuliraju da se pristupi oklanjanju određenih manjkavosti i propusta. Autor pledira na daljnji razvitak konceptualnih osnova te politike, u smislu da se ona detaljizira, razradi i ekstendira u vremenskom i teritorijalnom smislu, ali i sadržajno. Autor posebno apostrofira neizbježnost plasiranja partnerskih odnosa. Kao ilustraciju takvih odnosa spominje mogućnost brzog i skorašnjeg izvođenja – produciranja posebnog izvješća o stanju zdravlja i dostignućima sustava zdravstva, koje bi se suradnjom svih partnera podnašali ne sam organima vlasti, već i cjelokupnoj javnosti, što bi uvelike doprinjelo otvorenosti sustava zdravstva i transparentnosti svih njegovih postupaka.

UVOD

Svako organizirano društvo, poglavito ono kojeg na to obavezuju i njegove Ustavne odrednice, priprema, formulira, objavljuje i primjenjuje svoju – za svoje potrebe i mogućnosti – osebujnu zdravstvenu politiku.

Struktura, karakter i priroda te politike rezultanta je više utjecajnih čimbenika:

Ona je s jedne strane obligatorno odraz najvišeg državnog akta, tj. Ustava (primjerice: Hrvatski Ustav deklarira da je Hrvatska i socijalna država, te govori o pravu na zdravstvenu zaštitu svakog građanina), implementacija važeće zdravstvene legislative, uključivo i provedbene regulative, ali i odraz tekuće svaopće ekonomske i socijalne politike koju provodi stranka ili koalicija stranaka koje su na vlasti.

Kako je ovaj posljednji čimbenik promjenjive naravi – ovisan o izbornim rezultatima – to se i neke determinante zdravstvene politike moraju promatrati kao odraz aktualne generalne politike.

To, nadalje, znači da ipak ostaje skup jezgrovnih determinanti zdravstvene politike, koje su formulirane u Ustavu i zakonodavstvu, koje su konstanta u odnosu na određena zdravstveno-politička usmjerenja, generirana u nekim međudržavnim organizacijama (1).

Što se tiče Hrvatske, upravo ovo posljednje dolazi do izražaja u punoj mjeri, jer Hrvatska s jedne strane kao nova neovisna država u velikoj mjeri orjentirana na sustav Ujedinjenih Naroda, što u ovom slučaju znači posebice na Svjetsku zdravstvenu organizaciju kao najautoritativniji dio te velike obitelji (2,3), ali i na Svjetsku banku (4) sa kojom ima posebne odnose vezane uz hrvatsku korisnu suradnju u ekonomskoj politici, a što se odrazuje i na socijalne aspekte te politike.

Nadalje, najizraženiji postulat vanjske politike Hrvatske – bez obzira na stranački sastav vlada, tj. jasno izražana politička volja da se nakon pristupanja Vijeću Europe postane članicom Europske Unije, što se i dešava, jer je Hrvatska izborila i status zemlje kandidata za učlanjenje u tu međudržavnu organizaciju.

Sve se ovo navodi sa intencijom da se naglasi priroda i kakvoća vrednota koje organizirano društvo – država želi postići za svoje građane u njihovom najsenzitivnijem području, tj. osjećaju i proživljavanju zdravlja i što dugovječnijem – bez bolesti – životu, s time da se taj široki ciljni dijapazon odnosi na

sve građane zemlje.

Dakle, u kvantitativnom i kvalitativnom pogledu, teško je naći sadržajnije, uznešenije i plemenitije politike od zdravstvene politike.

CILJ I SVRHA OSVRTA

Cilj ovog prikaza se može spoznati i iz netom izrečenih prvih uvodnih rečenica.

Osvrt bi trebao dati doslovce osvrt, što znači vrlo skraćeni opis, interpretaciju i komentar aktualne zdravstvene politike Republike Hrvatske, a uz površna ulaženja u tražnju i navod čimbenika koji su svojom tradicijom, a ponekad i inercijom, bili dominantni u kreiranju i provedbi te iste politike na ovom istom prostoru, te konačno ne lišavajući se šanse predočenja daljnjeg razvoja konceptualizacije onih elemenata tekuće politike koji ukazuju na moguće strateške pravce razvitka zdravstva i njegovog još izraženijeg i učinkovitijeg utjecaja na stanje zdravlja.

Kao višegodišnji sudionik u pripremnim radnjama konceptualne osnove i polazišnih načela hrvatske zdravstvene politike, pozdravljam inicijativnost uredništva Hrvatskog časopisa za javno zdravstvo da se osjetljiva i toliko značajna problematika hrvatske zdravstvene politike (i strategija za njezino provođenje) stavi na dnevni red pozitivnog, konstruktivnog razmišljanja i stimuliranja davanja novih i novih zamisli o daljnjem razvitku te politike (5).

METODOLOŠKI PRISTUP

Čini se korisnim već u ovom metodološkom dijelu nastojati izbjeći određenu pojmovnu zbrku, očito je da se u nas miješaju pojmovi "politika" i "strategija", tj. oni se tretiraju kao istoznačnice, ali u glosarskom pogledu oni to nisu.

Služimo se stoga klasičnim pojmovnim određenjem, koje je iz semantičnih razloga pravovremeno – kada su se diljem svijeta počele formulirati politike i strategije – formulirala nitko drugi nego Svjetska zdravstvena organizacija (6).

"Nacionalna zdravstvena politika je izraz ciljeva za poboljšanje zdravstvenog stanja, za prioritete među tim ciljevima, kao i glavne pravce za njihovo postizanje".

"Nacionalna strategija, koja mora biti temeljena na nacionalnoj zdravstvenoj politici, uključuje širokie linije akcija koje su potrebne u svim sektorima, a uključene su da bi postigle rezultate te politike".

Prisjetivši se ključnih riječi iz tih definicija o tome što je to politika, tj. da se radi o skupu ciljeva i dugoročnijih namjera da se postigne neka nakana, kao i način kako da se to poluči, u slučaju zdravstvene politike se mora konstatirati da je dijapazon ciljeva i namjera vrlo bogat i širok, kao što su, također, brojni i modusi za postizavanje tih ciljeva.

Potrebno je naglasiti da se u ovom kratkom osvrtu njeguje princip objektivnosti, što znači da će se sa zadovoljstvom odati priznanje dosadašnjim dostignućima, ali će se morati i ukazati na određene manjkavosti koji se čine neizbježnim, obzirom na razumljiv splet okolnosti koje karakteriziraju realitet življenja posljednjih 17 godina.

Posve je, naime, prirodno da je nova neovisna država morala utvrditi svoju novu zdravstveno politiku, što je predstavljalo zbiljski napor, obzirom na obilje čimbenika pod čijim utjecajem se ta politika ne samo morala formulirati, već – što je daleko značajnije – i provoditi.

Uz ostalo, zbog specifične situacije, politika je morala sadržavati široki dijapazon ciljeva i namjera, koje bi zacijelo bilo neuporedivo lakše ostvariti da nije došlo do rata, Hrvatskoj nametnutog.

Osjetljivo je opredjeljenje o tome što bi sve trebalo podlijegati ovom skraćenom osvrtu na zdravstvenu politiku, misleći pri tome manje na njezine sastojine, a više na utjecajne čimbenike.

U navodu utjecajnih čimbenika, usredotočenje jest na tranzicijske elemente, te utjecaj načela koje propagiraju velike međudržavne organizacije.

UTJECAJNOST I UGRADBA TRADICIJSKIH DOSTIGNUĆA, TE PRAKSE I PREPORUKE MEĐUDRŽAVNIH ORGANIZACIJA

Gledano sa aspekta javnog zdravstva, modernu zdravstvenu politiku koja je dan danas aktualna u mnogim zemljama Europe stvarao je najveći javnozdravstveni radnik ovog područja, prof. dr. Andrija Štampar (7), prvi predsjednik Svjetske zdravstvene skupštine, pa je njegova zdravstvena ideologija imala i širi međunarodni domet. Dovoljno je spomenuti da je na svom inauguralnom govoru kada je bio izabran – obzirom da je tri godine radio na pripremi osnutka Svjetske zdravstvene organizacije i njezinom Statutu – kao predsjedavajući formirao svoje opredjeljenje i političku volju da će se boriti za "health for everyone" i "health for everybody", što je kasnije pretočeno u najplemenitiji slogan ovog stoljeća, tj. "Health for All".

Velika je uloga Andrije Štampara, da je – uz brojna dostignuća – sa velikim intenzitetom ukazivao kako se determinante zdravstva ne nalaze toliko u zdravstvenom sektoru, koliko u ekonomskom i socijalnom, što se zacijelo odrazuje i dan danas u filozofiji i ideologiji hrvatske zdravstvene politike.

Jednako tako veliki utjecaj koji je dan danas u trajanju imao je Andrija Štampar na poziciju i značaj primarne zdravstvene zaštite (8), koja se, dakako, u njegovo vrijeme nije tako nazivala; poznat je i po tome što je osnovao prvi dom zdravlja u svijetu uopće. U zakonu o tom domu zdravlja – značajno je spomenuti da se to dogodilo prije 75 godina – se ističe kako je dom zdravlja "ustanova koja promiče zdravlje".

Pod tim utjecajima u kasnijim decenijama se i u Hrvatskoj razvijala primarna zdravstvena zaštita i Hrvatska je kao rijetko koja zemlja bila umrežena sa za svoje ekonomske mogućnosti dostatnim brojem domova zdravlja.

Poradi velikog utjecaja koji je na formiranje hrvatske zdravstvene politike imala Svjetska zdravstvena organizacija ali i druge neke međudržavne organizacije, navesti će se glavne determinante politike tih organizacija koje su usvojene u sustavu zdravstva i sustavu zdravstvenog financiranja u Hrvatskoj.

Sredinom 70-ih godina prošlog stoljeća, Svjetska zdravstvena organizacija je sa svojim u ono vrijeme novim rukovodstvom shvatila da postoji opće nezadovoljstvo sa sustavima zdravstva u svijetu, koje nezadovoljstvo su izražavali i oni koji pružaju usluge, ako i oni koji ih primaju. Poradi toga je nastao veliki pokret borbe protiv hospitalocentrizma, davanja pretjeranog prioriteta urbanom zdravstvu i gotovo isključivo kurativno usmjerenog zdravstva, koji je slijedio **koncept primarne zdravstvene zaštite**, a istovremeno je i potaknuo donošenje na svim razinama (globalnim, kontinentalnim i nacionalnim) strategije **"Zdravlje za sve do 2000. godine"** (9).

Odmah se mora dati do znanja da postoje dva prigovora toj strategiji. Kao prvo, ona po svom karakteru nije bila strategija, već politika, što je kasnije ispravljeno u Politici za 21. stoljeće. Drugi je prigovor da je možda bila previše idealizirana, u smislu da će se svi sektori boriti za "Zdravlje za sve" pa je možda bio propust da se nije reklo da je cilj "Zdravlje i sveopći boljitak (Health and Social Wellbeing)", što je mogao biti najprihvatljiviji slogan.

Uprkos tome, mnogi smatraju taj cilj i taj pokret najhumanijim pokretom prošlog stoljeća. Znajući za takav sveopći prihvata tog uzvišenog cilja koji ima zadatak da svim ljudima na svijetu omogući pristupačnu zdravstvenu službu, a zatim po mogućnosti onaj minimum poboljšanja zdravstvenog stanja koje ljudima omogućava vođenje produktivnog i socijalnog življenja pa je pri koncu prošlog stoljeća donesen posebni dokument nazvan **SVJETSKA ZDRAVSTVENA DEKLARACIJA** koja je prihvaćena po Svjetskoj zdravstvenoj skupštini u Svibnju 1998. godine.

Tom deklaracijom se s jedne strane izražava zadovoljstvo što je Strategija "Zdravlje za sve do 2000. godine" uspješno provedena, a s druge strane proklamira opredjeljenje da se sličan pokret nastavi i u 21. stoljeću.

Tako je nastao novi, ovostoljetni pokret nazvan **"ZDRAVLJE 21 – Zdravlje za sve u 21. stoljeću"**. Glavna politika i strategija je predviđena za polučivanje boljeg zdravlja za 870 milijuna ljudi koji nastavaju Europsku regiju Svjetske zdravstvene organizacije.

Osim nedvojbenih utjecaja Svjetske zdravstvene organizacije, posljednjih godina sve očitiji je utjecaj Europske unije. Makar Hrvatska još uvijek nije članica Europske Unije već ima status kandidata, ona je višestruko i vrlo visoko zainteresirana za stajališta Europske Unije i za način ustroja zdravstvene zaštite u toj tvorevini.

Otuda i znatiželja o aproksimaciji i harmonizaciji postojećih propisa, kao i uzimanje kao modela "dobre prakse" nekih rješenja u pojedinim zemljama članicama Europske Unije. Pri tome treba uvijek misliti na to da je Europska Unija prvenstveno ekonomska i politička zajednica, osnovana 1951. godine kao "Europska zajednica za ugljen i čelik" po šestoro najjačih zapadnoeuropskih zemalja, s time da je 1957. godine ta Zajednica prerasla u Europsku Ekonomsku Zajednicu (EEZ).

Činjenica da je Zajednica osnovana kao "ekonomska" zajednica, ona se manje bavila socijalnim strukturama i pitanjima pa je, primjerice, zauzet stav da će svaka zemlja zadržati svoj autonomni, osebujni sustav zdravstva i zdravstvenog osiguranja (10).

Međutim, pri tome se ipak u praksi neprestano dešava da brojne probleme iz oblasti sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja rješavaju na način da donose zajedničke stavove, preporuke i sl. ili – što je sve češći slučaj – ovlašćuju Svjetsku zdravstvenu organizaciju (preciznije njezin Europski ured) da ona proučava neke probleme i konzultatski sugerira najbolja rješenja.

Međutim, postoje i velika područja koja ulaze u domenu nadzora i usmjerenja (koji se obavljaju u čuvenim **Direktivama**) u sektoru zdravstva, a to je sve ono što se inače u klasičnom smislu tiče javnog zdravstva. Tako postoje brojne direktive iz oblasti proizvodnje, registracije i distribucije lijekova, zatim sve što je u domeni "kemijske sigurnosti", a jednako tako to vrijedi i za "sigurnost hrane" - "food safety" (11).

Otuda i pojavnost da su mnogi problemi koji utječu na kvalitetu življenja pa i neposredno na zdravlje u domeni drugih nezdravstvenih sektora, kao što su primjerice poljoprivreda (pretežito iz oblasti sigurnosti hrane), gospodarstvo (pretežito iz oblasti proizvodnje i registracije lijekova), zaštita okoliša i sl.

Osim Europske Unije, čiji utjecaj je razumljiv zbog kandidatskog statusa Hrvatske u odnosu na tu europsku međudržavnu tvorevinu, u redu je spomenuti još jedan utjecaj, odnosno stajališta uvažene bankarske organizacije, misleći pri tome na Svjetsku banku.

To znači da Svjetska banka – prema svom Statutu, brinući se za pomoć prvenstveno zemljama u razvoju, ali sve više i zemljama u tranziciji – mora itekako voditi računa o troškovima u zdravstvu (12).

Od posebnog je interesa da stručnjaci Svjetske banke gledaju na opći razvitak Hrvatske, a posebice na sustav zdravstva i zdravstvenog osiguranja. To poradi toga jer je Banka zarana, praktički već sredinom 90-ih godina počela proučavati sustav zdravstva i zdravstvenog osiguranja u našoj zemlji, s time da je odmah i dodjelila prvi zajam Svjetske banke predviđen za modernizaciju i reformu tih sustava.

Reforma je bila započela i prvenstveno se odnosila na potrebu najhitnijih oporavaka uzrokovanih ratom (kao što su primjerice obnova uništene hitne medicinske službe, nabavka sanitetskih automobila, zatim nabava najnužnijih aparata za anesteziologiju, za perinatalnu intenzivnu njegu i sl.), ali je veliki dio pažnje usredotočen na promociju zdravlja.

Sada, u ovom desetljeću, odnosno stoljeću Svjetska banka je ponovno odobrila drugi po redu zajam za reformu sustava zdravstva, koji je još uvijek u tijeku i koji – po nekim stajalištima – nije postizavao svoju svrhu.

Čitav taj poduhvat, kao i prvi zajam, uklapa se u sveopću preobrazbu hrvatske ekonomije. Toga radi, navode se neke postavke koje formulira Banka u svom jednom dokumentu, inspiriranom pod nazivom **"Country and Systems Strategy"**, a publiciranom 24. Studenog 2004. godine.

Kao najvažnije spominje da je osnovni strateški cilj hrvatske Vlade "uspješni pristup u Europsku Uniju". S time u svezi se predočuju i neka stajališta i podaci o tom mogućnostima.

Međutim, u još jednom svom dokumentu koji se odnosi na zdravstvo stručnjaci Banke prvenstveno analiziraju zatečenu situaciju, ističući neke neprimjerenosti, kao što je to mogući sukob interesa u domeni Vlade, koja je istovremeno glavni platitelj usluga (obizom da su sredstva osiguranja u Riznici, tj. u Ministarstvu financija), a također istovremeno i vlasnik najskupljih zdravstvenih ustanova.

Spominju otežane uvjete, jer Hrvatska ima tradicionalno razvijenu infrastrukturu i obilje korisnika, čiji broj se povećava zbog prevalencije kroničkih nezaraznih bolesti.

Istovremeno posjeduje *"neodgovarajuću infrastrukturu, zastarjelu tehnologiju i neučinkoviti angažman i upravljanje osobljem i sredstvima"*.

Očekuje se i decentralizacija, jer zasada lokalna samouprava troši svega 3,3% od svog proračuna za zdravstvene za zdravstvenu službu.

Nakon svega daju i određene preporuke, od kojih su najvažnije:

- **poboljšanje planiranja proračunom i raspolaganja sredstvima,**
- **uvađanje participacije,**

- poboljšanje kvalitete i učinkovitosti zdravstvene službe,
- decentralizacija i osposobljavanje lokalnih vlasti,
- praćenje zdravstvene politike planiranja, praćenja i evaluacije

Pod nedvojbenim utjecajem tradicionalnih stečevina i nasljeđenih dostignuća, mahom prenesenim po zdravstvenim profesionalcima, te respektirajući u punoj mjeri stajališta Svjetske zdravstvene organizacije, Europske Unije i Svjetske banke, sazdan je i tekući, aktuelni sustav hrvatskog zdravstva i zdravstvenog osiguranja, kao odraz važeće zdravstvene politike.

VIZIJE KORISNIH PRAVACA RAZVOJA ZDRAVSTVENE POLITIKE U HRVATSKOJ

Osvrćući se na današnju konfiguraciju zdravstvene politike, a još više strategije, kao što se ona sa politikom najčešće izjednačuje, može se zaključiti da je u grubom predstavljala matični dokument koji za sadašnje srednjoročno razdoblje može služiti kao podloga i oslonac za mjere i akcije kojima bi se realizirali ciljevi te politike (13).

Međutim, objektivnosti radi, moraju se spomenuti neke manjkavosti i propusti aktuelne zdravstvene politike, koji se dijelom mogu pravdati teškom poslijeratnom gospodarskom situacijom, brojnim inovantnim situacijama na koje se nije računalo, a svakako i odsustvom osjećaja potrebe da se proklamirana politika u većoj mjeri ravnomjernije implementira diljem čitave zemlje i produbljuje u aspektima koji predstavljaju "ranjiva mjesta" sustava zdravstva.

Dosadašnja neporeciva u sumarnom obliku dostignuća stimuliraju i zahtjevaju korigiranje nekih manjkavosti koje se također bilježe, a mogu se obrazlagati potrebom za inovantnim rješenjima, teškom postratnom situacijom, prebrzim promjenama kojima je izložena ne samo hrvatsko, već i europsko pa i globalno zdravstvo.

Stoga se u predstojećem razdoblju suštinske osnove aktualne politike moraju razrađivati, detaljizirati i ekstenzirati u slijedećim dimenzijama:

1. Vremenski

Zdravstveno-politički dokument mora imati svoje svakogodišnje akcijske programe, koji za tekuću kalendarsku godinu predviđaju potanje odredbe o obnašateljima pojedinih akcija, kao i o egzaktnim rokovima za njihovo izvršenje.

2. Teritorijalno

Opća decentralizacija koja se uporno najavljuje mora pronaći itekako svoje mjesto u sustavu zdravstva; kao namanje to bi trebalo značiti da bi svaka županija trebala donijeti svoje županijske planove i programe razvitka i provedbe zdravstvene zaštite, a to isto bi se trebalo ostvariti i na području većih gradova. Pri tome se ne može izbjeći problemski kompleks vezan uz tradicijska središta u kojima se nalaze najznačajnije nastavno-zdravstvene ustanove hrvatskog zdravstva, hrvatskog zdravstvenog obrazovanja i hrvatske zdravstvene znanosti, misleći pritom na regionalna središta. Možda će trebati početi razrađivati i podvrgnuti javnoj raspravi, uz prethodnu stručno-znanstvenu obradu, tematiku triju poznatih vrsta decentralizacije, tj. na delegaciju, devoluciju i dekoncentraciju (prema sugestijama Svjetske zdravstvene organizacije (14)). Razvitak subnacionalnih dokumenata, za sada je nezamisliv poradi sadašnjih skromnih materijalnih mogućnosti, obzirom da je svega nekoliko postotaka sredstava za zdravstvo u rukama subnacionalnih tvorevina, tj. županija. Pri tome, dakako, treba neprestano naglašavati osjećaj i potrebu **solidarnosti**, koja je kao u rijetko kojoj zemlji značajna u Hrvatskoj, obzirom na ogromne razlike u ekonomskoj moći pojedinih županija.

3. Sadržajno

Obzirom da se iz savršeno objektivnih razloga pojedini problemski kompleksi u zdravstvu nameću kao izrazita specifičnost, nameće se dužnost i korisnost razrađivati tu tematiku kao zasebnu cjelinu sa osloncem na stručno-znanstvena istraživanja, te uz omogućavanje potanijeg pristupa toj materiji. Tu se misli na potrebu pripreme, donošenja i ostvarivanja osebujnih segmenata opće zdravstvene politike, kao što su:

- zdravstvena investicijska politika
- zdravstvena kadrovska politika
- zdravstvena obrazovna politika
- zdravstvena znanstvena politika

Takav pristup je ujedno i snažan stimulans za sve aktere u sustavu zdravstva da se uključe u elaboraciju te osebujne tematike.

4. Partnerski naglasak

Zacijelo je najsenzitivnija materija koja traži oplemenjivanje i obogaćivanje sadašnjih postavki

aktuelne zdravstvene politike, ona koje se odnosi na toliko priželjkivano i toliko dragocjeno partnerstvo. Sada se, naime, po inerciji pa i konzervativnijim stajalištima smatra da su, takorekoč, jedini, a daleko najvažniji partneri u zdravstvu zdravstvena vlast i zdravstveno osiguranje. Zanemaruju se drugi partneri, a to su u prvom redu sami zdravstveni profesionalci, koji su inače u stručno-znanstvenom pogledu dobro organizirani, ali manje u njegovanju ekonomskih zakonitosti, misleći tu prvenstveno odnose sa svojim glavnim partnerom, a to je sustav zdravstvenog osiguranja. Još se izrazitije to osjeća u području slabašnog aktiviranja najznačajnijeg segmenta sustava zdravstva, a to su korisnici. Po suvremenim principima, oni moraju biti ne samo neprestano informirani o svim zbivanjima u sustavu zdravstva (iz kao najmanje profanog razloga, jer taj sustav postoji radi njih a i oni ga materijalno izdržavaju), već i imati određeni organizirani i osjetljiviji utjecaj na građu i funkcioniranje sustava zdravstva pa po tome i na formuliranje zdravstvene politike. Postavlja se naime pitanje da li je dovoljno da njih nekoliko desetaka djeluje u radu vrhovnog tijela koje se bavi donošenjem konkretnih programa zdravstvene zaštite i njihovim financiranjem, ili je potrebno pronalaziti – uz nužnost subnacionalne decentralizacije – šanse i mogućnosti da korisnici dolaze do izražaja i da mogu argumentirano forsirati svoje interese i svoje potrebe, ali s time u svezi i svoje obveze.

ZAKLJUČNO

Upravo spomenuti i toliko željeni duh partnerstva, kao i zahvalni trend transparentnosti i otvorenosti zdravstvene politike, može se sada vrlo efektno i brzo realizirati u jednom zahvalnom pilot poduhvatu. Razložnost za takav poduhvat je jednostavna, ali vrlo uvjerljiva; poradi slabo razvijenog ozračja partnerstva, slabije transparentnosti postupaka u zdravstvu, javnost je slabo, a najčešće i krivo informirana o stanju sustava zdravstva, a još manje o stanju zdravlja svih građana naše zemlje.

Paradoks je u tome da se to dešava uprkos činjenici što svi akteri u sustavu zdravstva podnašaju redovna godišnja izvješća o tome što rade i o zbivanjima unutar djelokruga rada za koji su zaduženi.

Tako, primjerice, organi vlasti (resorno ministarstvo, kao i županijske uprave, osiguravateljske kuće, stručno-znanstvene institucije – zavodi za javno zdravstvo, Hrvatski liječnički zbor, hrvatske zdravstvene komore, Akademija medicinskih znanosti Hrvatske i sl.) pripremaju svoja svakogodišnja izvješća, ali se u tom separatnom izvješćavanju dešavaju brojne nezgrapnosti pa i manjkavosti; samo da širi krug ljudi, ne samo da čitava javnost nema dostupnost tim izvješćima, nego su ona, gledana u cjelovitom njihovom ogledu, neujednačena, puna proturječja u podacima i konstatacijama, nerjetko duplicirana i sa manjkom određenih informacija relevantnih za stanje sustava zdravstva i stanje narodnog zdravlja.

Po prirodi stvari, izvješća su pretjerano usredotočena na užu tematiku sa kojom se bave ili za koju je odgovorno pravno lice koje izvještaj producira, često nema korisne teritorijalne pa ni vremenske podudarnosti u podnašanju izvješća, kao što se ni ne navađaju uvijek izvori podataka, s time da nekada nedostaju najelegantnije vremenske i teritorijalne poredbe.

Poradi toga se predlaže, ne samo zbog snažnog jačanja osjećaja partnerstva svih onih koji su u igri pri pružanju zdravstvene zaštite, već i poradi korektnog odnosa prema cjelokupnoj javnosti (koja je sada slabo upućena u dilemska zbivanja u zdravstvu, a o zdravstvu najčešće znade iz medija i to – nažalost – u njihovoj najcrnijoj varijanti) da se uvede redovno i svakogodišnje podnašanje dokumenta koji bi se zvao **IZVJEŠĆE O STANJU ZDRAVLJA I POSTIGNUĆIMA U RAZVITKU SUSTAVA ZDRAVSTVA**, a koje bi se dostavljalo ne samo tijelima opće i zdravstvene vlasti (dakle Saboru, Uredu Predsjednika, Vladi), već bi bilo sveopće dostupno i to čitavoj javnosti .

Ne može se ne spomenuti da takvo izvješće koje predstavlja integralnu sliku stanja zdravlja i stanja dostignuća u razvitku sustava zdravstva zahtjeva i forsiranje uvođenja integralnog, umreženog, komprehenzivnog sustava zdravstvene informatike (15), kakav je u pilot primjeni u jednoj hrvatskoj županiji i koji je već u dva navrata prema zahtjevu resornog Ministarstva zdravstva doživio visoko pozitivnu evaluaciju.

LITERATURA

1. Skupnjak, B.: The tradition of health status and health system proceedings – Second Dubrovnik Conference: Health Insurance in Transition, Dubrovnik, 03 – 05 Sept 1999.
2. WHO: Health For All In The 21.Century, Regional office for Europe, Copenhagen, 1999.
3. WHO: Exploring health police development in Europe. WHO Regional office for Europe, Copenhagen, 2000.
4. WB: Croatia Health Financing Study, Report No. 21191-HR, Washington, 2004.

5. Skupnjak, B.: Prikaz osnovnog strateškog pravca razvoja sustava zdravstva. Workshop: Način financiranja zdravstvenih potreba u sklopu Strategije reforme zdravstvenog sustava Republike Hrvatske, Zagreb, 07. srpanj 2004.
6. WHO: Glosary – Definition of Terms in Planning and Management, WHO – SEAR, New Delhi, 1981.
7. Štampar, A.: Socijalna medicina. Institut za socijalnu medicinu Zagreb, Zagreb, 1925.
8. Štampar, A.: Dom narodnog zdravlja, Higijena 1955:7(1-4)
9. WHO: Health for All for the 21. Century – 1997, EUR/RC 47/11:33
10. EU: The Social Situation in the European Union. European Commission, Brussels, 2003.
11. Thomson, S., Mossiallos, E.: Private Health Insurance and Access to Healthcare in the European Union. Europserver , 2004, 6-1
12. WB: Investing in Health: World Development Report 1993, Washington, 1993.
13. Hrvatski zdravstveno – statistički ljetopis za 2003. godinu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2004.
14. WHO: European Healthcare Reform, Analysis of Current Strategies, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1997
15. WHO: E-health, Report by the Secretariat, DOC.A58/21, Geneva, 2005.