

Je li borba za zdravlje pravi izazov?

(Is fight for health a real challenge?)

Vladimir Smešny

Ako se netko posveti socijalnoj medicini, pa stjecajem okolnosti zaviri u svijet informatike s osnovama kibernetike, pa još k tome dotakne sjaj i bijedu politike (svedenu na međustranačko nadmudrivanje), tada i nije tako nakaradno (iz čista mira) zamisliti (kao mali Ivica) što bi trebalo činiti „kad si već Ministar“. Da nije bilo pisanja općeg političkog programa (za područje zaštite zdravlja kao osobna odgovornost) bilo bi lakše zamisliti a ležernije iznijeti pregršt „genijalnih“ ideja za spas sustava, koji je objektivno (šalu na stranu) u ozbiljnoj krizi u okružju koje je sve prije nego sjajno.

Bez posebne „paranoje“ može se zamisliti da „i nije bez vruga“ ideja o „teoriji zavjere“ ili vjerojatnije da živimo u doba „svjetske diktature“. U tom sklopu moguća je i primisao: „U XXI stoljeću jedan od »najrentabilnijih proizvoda je bolest«; »proizvod« kojim se može dobro upravljati, može se na njemu dobro zaraditi“. Ako se život produžava a kvaliteta života ne poboljšava (broj bolesti i poremećaja po glavi stanovnika raste) onda to sve i nije tako apstraktno. Ova digresija je bila nužna radi dokazivanja tvrdnje: „Pored sve većeg znanja i blagodati koje ono donosi, bitka za zdravlje svaki dan je sve teža“.

Upravo je „borba“ za zdravlje (ne samo borba protiv bolesti) pravi izazov.

Mandat za ministra je stoga ozbiljna stvar, makar bila i kozerija.

POLITIČKI PREDUVJETI

Pod političkim preduvjetima podrazumijevaju se postupci usuglašavanja elemenata strategije pojedinih javnih sektora s opće-političkom strategijom, najmanje na razini vlastite političke stranke, ali i na razini osnova suradnje s poznatim (koalicijskim) partnerima. Poblize:

- izdvajanje sustava socijalne skrbi u posebno ministarstvo (razlog je prevelika složenost oba sustava),
- prethodno utvrđen prioritet političkog djelovanja a to danas (ali i u doglednoj budućnosti) mora biti demografska obnova. Svi ostali „razvojni prioriteti“ nemaju smisla ukoliko nacija izumire,
- moguća kandidatura utvrđena najmanje u oči predizborne kampanje,
- prethodno načelno prihvaćene „Osnove programa za mandatno razdoblje“ i prethodno usuglašen „Minimum intersektorske suradnje“ (djelatnosti koje utječu na zdravlje te djelatnosti koje utječu na mjere zdravstvene zaštite),
- načelno prihvaćena djelatnička struktura i ovlasti samog ministarstva (nužne izmjene i dopune postojećeg) i prihvaćeno načelo osobnog izbora kruga najbližih suradnika, odnosno odgovarajući stupanj „slobodnih ruku“ u (operativno-taktičkom djelovanju).

Ako politički preduvjeti ne bi bili postignuti sâma kandidatura nema smisla.

„OSNOVE PROGRAMA ZA MANDATNO RAZDOBLJE“

Uvodne napomene

Budući da mandatno razdoblje predvidivo traje četiri godine, na raspolaganju je vrijeme za realizaciju prosječnog srednjoročja (3-5 godina). To je dostatno vrijeme i za veće zahvate u sustavu ili barem za ozbiljan početak dugotrajnijih „reforma“.

Definicija sustava zaštite zdravlja, odnosno njegovi elementi su:

- korisnici zdravstvene zaštite i/ili zdravstvenog osiguranja, odnosno sveukupno stanovništvo;
- zdravstvena djelatnost (uključuje sve organizacijske i vlasničke oblike);
- zdravstveno osiguranje svih razina i svih oblika (nije pretpostavljena puna već djelomična autonomija ovog podsustava);
- „posredništvo“ – od općina i gradova preko županija i/ili regija do države na čelu sa sâmim ministarstvom;
- intersektor (prethodno definiran)(sustav odgoja i obrazovanja odsudan partner).

Sustav ima svoj „okoliš“: okoliš kao takav sa svojim utjecajem na zdravlje, intersektor ali i, (u većoj ili manjoj mjeri) sve djelatnosti od utjecaja na javni sektor. Budući da je u stalnoj interakciji s „okolišem“, sustav je otvoren i stoga vrlo složen,

Ciljevi sustava (mogu se izraziti frazom „zadovoljavanje zdravstvenih potreba“ ili zaštitom zdravlja) su:

- unaprjeđenje zdravlja,
- očuvanje zdravlja,

- rano otkrivanje i liječenje (skup mjera pri pojavi bolesti i drugih poremećaja zdravlja).
Kao i svakom drugom sustavu treba osigurati: kontinuiranost, povećanje efikasnosti i rast.

Program

„Nulta promjena“ u odnosu na dosadašnju praksu nužna je promjena naziva ministarstva u: „Ministarstvo zdravlja“. Vrlo je važno baviti se ciljevima a ne samo sredstvima postizanja nekog cilja. U tom kontekst treba dozvoliti i odgovarajuću izmjenu Ustava (vjerovali ili ne u Ustavu Republike Hrvatske riječ „zdravlje“ ne postoji).

A. ZAŠTITA ZDRAVLJA

Za potrebe određivanja sâmog sustava i potom definiranja njegovim upravljanjem, koristi se jedna od priznatih metoda u svijetu – „Business System Planning“. Ona predmnijeva da je sustav dinamičan slijed četiri osnovne grupe procesa koji ciklički slijede jedan drugog. Oni su:

1. Donošenje strategije – (svaki) sustav treba svoju strategiju djelovanja (ne deklarativnu već stručnu i permanentnu) i to je nekoliko visoko profesionalnih procesa – nesporna odgovornost ministarstva:

- **Planiranje zdravstvenih potreba** - dobro je razvijeno ali slabo korišteno (procjena: zdravstvenog stanja i kretanja stanovništva, stanja okoliša, stupnja općeg razvitka, te utvrđivanje sâmihi potreba za odgovarajuće razdoblje).
- **Određivanje sustava** – utvrđivanje doktrinarnih stavova (za sad ne postoji), unaprjeđenje suradnje s intersektorom (za sad sporadično ili nikakvo), te donošenje programa mjera zaštite zdravlja.
- **Posredništvo - zdravstvena politika** – donošenja propisa (zakona i podzakonskih akata) i upravljanje sustavom (na načelima primjerene decentralizacije i autonomije subjekata) – treba ih radikalno unaprijediti.

2. Stvaranje preduvjeta – nakon donesene strategije sustavu treba osigurati preduvjete za rad – djelomična (pretežna) odgovornost ministarstva.

- **Razvoj djelatnosti** – donošenje programa razvoja kapaciteta, drugih sredstava, odnosa u (pod)sustavu zaštite zdravlja i zdravstvene zaštite, te struke (konceptijski) – treba radikalno unaprijediti.
- **Pripreme za neposredno funkcioniranje djelatnosti** – operativno planiranje sredstava (uključno nabavu i održavanje) – može se učiniti efikasnijim.

3. Učinci ili provođenje neposrednih mjera zaštite zdravlja – utvrđivanje pojedinihi zdravstvenih potreba („dijagnoza“) i određivanje i provođenje odgovarajućih mjera („terapija“) – indirektna (minimalna) odgovornost ministarstva.

4. Evaluacija – prethodne tri skupine procesa zahtijevaju permanentno ocjenjivanje (uspješnosti) i evaluaciju u cilju eventualne pravodobne korekcije – velika koordinativna odgovornost ministarstva – (praktički ne postoji).

Za sve navedeno postoji znanje i institucije koje mogu obavljati odgovarajuće poslove.

B. ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Položaj zdravstvenog osiguranja kod nas prepun je kontradikcija. Ono je toliko složen i odsudan problem da sve što se pokuša izreći ukratko može biti izloženo žestokoj kritici. No, ipak nekoliko osnovnih teza za duboke i radikalne promjene:

- **Treba osigurati (zakonom) najmanje tri razine: obvezatno** – obuhvaća sve građane RH (za djecu do 18 godina i žene u trudnoći a u sklopu demografske politike mora biti i sveobuhvatno), temelji se na punoj uzajamnosti i solidarnosti; **dopunsko** - za sve koje imaju vlastite prihode ili imovinu, također obvezatno; **dobrovoljno** – za zadovoljavanje potreba iznad minimalnog standarda. Participacija za sve osiguranike osim djece i žena u trudnoći, od simboličke do pokrivanja pune cijene neke mjere ili postupka (za korisnike socijalne pomoći osigurati iz sredstava socijalne skrbi).
- **Organizacijski zdravstveno osiguranje treba decentralizirati** u cilju postizanje neposredne odgovornosti za postizanje odgovarajuće razine zaštite zdravlja tamo gdje nastaje odnos korisnik – zdravstvena djelatnost.
- **Sredstva osiguranja treba „očistiti“** od stavaka koje nemaju nikakve neposredne veze sa zdravljem. Na primjer porodijske naknade treba pokrivati iz posebnih sredstava – vulgarno rečeno „reprodukcija nije zdravstveni problem“ već željeni „demografski događaj“.
- **Zdravstveno osiguranje (regulirano zakonom) treba imati punu autonomiju** kao element sustava (zaštita od „dnevne politike“).
- **Zdravstveno osiguranje kao „kupac“** u odnosu na zdravstvenu djelatnost - „dobavljača“ može biti samo ravnopravni poslovni partner a ne kao sada „ucjenjivač“. Ministarstvo intervenira samo u

slučaju sukoba.

- Zdravstveno osiguranje treba upravljati svim namjenskim sredstvima i financirati cjelokupni sustav zaštite zdravlja.

C. OSNIVAČKI I VLASNIČKI ODNOSI U SUSTAVU

Ako je država ili regionalna odnosno lokalna samouprava osnivač i vlasnik ustanove zdravstvene djelatnosti nužno nastaje sukob interesa i diskriminacija prema ustanovama u privatnom vlasništvu. To je u postojećoj praksi veći problem nego se priznaje. U našim uvjetima objektivna je opasnost od „dnevno političkog voluntarizma“. Odgovarajućim odredbama zakona o zdravstvenom osiguranju to se može prebroditi (pretpostavka da je postignuta autonomija svih subjekata u sustavu. Državno vlasništvo nad kliničkim bolnicama nema nikakvog opravdanja (sveučilišta i veleučilišta i tako treba decentralizirati). U svakom slučaju ustanove moraju odgovarati za svu svoju imovinu a ne da su „najmodavci državnog prostora“. Analogno „privatizirana (ex) primarna zaštita“ je najmoprimac „neprivatiziranog“ doma zdravlja (svedenog na agenciju za iznajmljivanje [ex]društvenog prostora).

Zaključne napomene

Ovo je kratki izvod iz pretencioznog dokumenta koji bi se zvao: „Program političkog djelovanja u mandatnom razdoblju...“.

Način iznašanja nije podoban za „populističko obraćanje glasačkom tijelu“ već, neskromno rečeno, obraćanje „vinovnicima“ sustava bili oni „krivci“ ili „žrtve“ postojećeg stanja.

PRVI RADNI DAN:

- „Interno“ – najava izmjena i dopuna djelatničkog sastava Ministarstva;
- „Eksterno“ – prvi susret s najodgovornijima u sustavu: Akademije, medicinskih fakulteta, Komore(a), Zbora liječnika i zdravstvenog osiguranja – najava prezentacije Programa s podjelom zadataka.