

## Od profesionalne dijagnostike do partnerskog intervencionizma

(Transition from medical diagnostics to partnership interventionism)

Berislav Skupnjak

### Sažetak

Sustav zdravstva neprijeporno – kao što je to slučaj, uostalom, u brojnim europskim zemljama – funkcionira u vrlo otegotnim uvjetima, koje nerjetko govore u prilog teze da je nastala svojevrsna zdravstvena kriza.

Uzrok tome jest nesrazmjerno i poremećeno neravnovjesje između četiri glavne determinante na kojima se gradi i funkcionira sustav zdravstva, tj. između objektivno nastalih potreba, subjektivnih zahtjeva ljudi za zdravstvenom zaštitom, ponude sustava zdravstva pri pruženju zdravstvene zaštite i – posljednje, ali ne najmanje važne odrednice – a to su mogućnosti – raspoloživi resursi.

Smije se utvrditi da je na snazi ocjena, za koju bi se moglo reći da djeluje kao aksiom, u smislu da se prve tri determinante stalno uvećavaju, dok četvrta – raspoloživost financijskih sredstava, rezultira oštrim srazom između – pojednostavljeno rečeno – potreba za zdravstvenom zaštitom i mogućnosti za njihovo zadovoljenje.

U takvim uvjetima moraju se aktivirati i neke izvanredne mjere, od kojih bi po mišljenju autora trebali kao metodu rada u prvi plan stavljati stvaranje osjećaja zajedničke odgovornosti i partnerstva. Svi akteri zdravstva imaju svoje sudionništvo pri konfiguraciji stvaranja međudnosa između zdravstvenih determinanti pa se njihov aktivni utjecaj očekuje i u razrješavanju, prevladavanju ovih zatečenih gotovo kriznih situacija.

Autor izražava optimistično stajalište da će takav pristup uspjeti pa će hrvatsko zdravstvo ponovo – kao što je to bio slučaj za vrijeme rata i neposredno nakon rata funkcionirati da neće doći do ugrozbe zdravstvenog stanja, već obratno – do njegovog poboljšanja i profinjenja kvalitete življenja.

### 1 UVOD

Nesumnjivo je da se zdravstvo u Hrvatskoj nalazi – po mnogim shvaćanjima – u najtežoj krizi, ikada registriranoj. To se osobito očituje u – pojednostavljeno rečeno – opreci, disonanci između potreba i mogućnosti.

Iz razumljivih razloga lansiraju se neke mjere, ali većinom palijativnog karaktera, da se pronađe izlaz iz krize (The Exit Strategy).

Pri tome, međutim, nerjetko nedostaje holistički pristup, u smislu da bi se za sustav zdravstva morao i mogao koristiti pouzdani i provjereni, stručno i znanstveno utemeljeni način izlaska iz kriznih situacija, koji se primjenjuje kod individualne medicine, a taj je da se poštuje redosljed:

- utvrđivanje dijagnoze
- identifikacije etiologije
- etiološka terapija – saniranje
- rehabilitacija koja odmah započinje
- dimenzije preventive (primarna, sekundarna i tercijarna)

Međutim, također se ne smije propustiti ono najvažnije: S obzirom da se priznati tzv. multifaktorijalni čimbenici koji snose krivnju za svaku krizu, tako se i u saniranju egzistentne krize moraju mobilizirati svi partneri koji su akteri u građi, strukturi i funkciji sustava zdravstva.

Uostalom, svi akteri su i egzistencijalno zainteresirani da sustav ne propada, već da mu funkcionalnost bude primjerena datim potrebama i mogućnostima.

Poradi toga se pledira na napuštanje pragme, po kojoj se mnogo pozornosti i visoke profesionalnosti posvećuje analizi i dijagnostici zatečenog stanja (uzgred, što je i inače neizbježno), ali se ne može na tome zadržati, već treba forsirati multisektorski, partnerski intervencionizam, jer on jedini jamči uspješnost.

Nakon očekivanog postupnog izlaska iz krize, treba zadržati održivi razvoj (sustainability), sa paletom

mjera trodimenzionalne prevencije (promocija zdravlja, učinkovita sanacija, pravodobna i djelotvorna rehabilitacija).

## 2

### HOLISTIČKI PRISTUP NAPORIMA ZA NADVLADAVANJE KRIZE

Postojećoj analitičkoj praksi treba dodati toliko željenu etiološku dimenziju. Kao dobar primjer može se uzeti kao kazuistički prikaz stršeća potrošnja lijekova .

Pri traganju uzročnosti tog fenomena ustanoviti će se da svi akteri u ciklusu proizvodnje, distribucije, propisivanja i potrošnje lijekova posjeduju i pokazuju simptome određene "zasluge" da je došlo do takve teško podnošljive situacije u toj domeni:

- **proizvođači lijekova** su kao visoko utjecajni lobi htjeli postići za njih vrlo povoljne cijene (po prirodi stvari, takav trend inzistiranja na sve višim i višim cijenama organski su i sastavni razumljivi cilj njihovog tržišnog gospodarenja)
- **uvoznici lijekova** propagiraju potrošnju "svojih" lijekova, koristeći svaku mogućnost, nekada i u suprotnosti sa etičkim normama, stručnog utjecaja na propisivače lijekova, ali i na javnost
- **veleprodaje** se brine da što više lijekova plasira u maloprodajnu mrežu, također utičući na propisivače lijekova
- **maloprodaja** se trudi – ponovno iz posve razumljivih tržišno uvjetovanih razloga – da poveća svoj promet i sa zadovoljstvom distribuira lijekove nastojeći postići što zahvalniju maržu
- **propisivači lijekova** se korektno rukovode principom svoje liječničke etike, pri čemu valja izraziti uvjerenje da propisuju po njihovom shvaćanju najbolju terapiju, ali su nerjetko nedovoljno informirani i nedovoljno voljni da koriste druge forme liječenja, kao što su dijetoterapija, psihoterapija, kineziterapija, klimatoterapija i sl.; nadalje, premalo su upoznati sa stilom propisivanja generika, koji je sve usvojeniji u SAD i Zapadnoj Europi, gdje je donio goleme uštede
- **osiguravatelji** muče muku sa podmirenjem troškova lijekova, ali premalo koriste metode racionalizacije, kao što su monitoring propisivača, izdavanje objektivno intoniranog biltena sa informacijama o lijekovima , utvrđivanje recentne liste lijekova
- **zdravstvena vlast** je prepolagana i prespora u forsiranju informatizacije, koja bi svim ovlaštenim akterima omogućila uvid u kretanje i promet lijekova, propisivanje i potrošnju, uvjete distribucije i sl.; nadalje, nema dovoljno odvažnosti za pravovremenu reviziju liste lijekova, sužavajući nepotrebno ektendirani dijapazon lijekova na tržištu; nadalje previše ima ustručavanja u liberalizaciji slobodne – bez recepta – prodaje lijekova u ljekarnama.

Ako se kao primjer uvaži ovaj široki asortiment etioloških čimbenika koji odrazuju jedan segment vrlo često spominjan i razrađivan u čitavom kompleksu krize u kojoj se nalazi zdravstvo, proizašao bi kao čisti silogizam imperativ da u suglasju sa bitnim društvenim funkcijama svih aktera u sustavu zdravstva ne može opravdana zabrinutost nad stanjem i dimenzijama krize u zdravstvu ostati na analitičkoj dijagnostičkoj fazi, već i po zahtjevnostima novog javnog zdravstva koje se toliko propagira u Europi (posebice u EU i SZO) treba sa velikim marom i smišljenim naporom provoditi intervencionističku fazu ( ).

Međutim, pri naporima koji se poduzimlju, uočavaju se neke slabosti koje se mogu svesti na nedostatak sinergizma, kooperativnosti i djelatnog partnerstva, bez kojeg je praktički nemoguće polučiti izlaz iz krize.

Na netom iznesenom očiglednom primjeru (lijekovi) potvrđuje se teza da u praktički svakom fenomenu vezanom uz funkcioniranje zdravstva na bilo kojoj njegovoj razini (primarna, sekundarna i tercijarna zaštita, preventiva i promocija, javno zdravstvo), kao i u svim rashodima, postoje i izravno ili neizravno, svjesno ili manje svjesno djeluju brojni akteri, koji su aktivni sudionici u svim manifestacijama dobrog ili manje dobrog funkcioniranja sustava zdravstva; poradi toga je kao najmanje nekorektno da je u slučajevima krize kakva je ova današnja sav odium, u svim prigovorima pa i optužbama o nespremnosti (ponekad i nespretnosti) u naporima za izlaz iz krize biva spominjan jedan ili svega nekoliko aktera (najčešće zdravstvena vlast, zatim provoditelji sustava zdravstva, dakle zdravstvene institucije, osiguravatelji).

U svakoj sekvenci poslovanja zdravstva ne samo da ima više subjekata, već su i njihovi udjeli u kauzalitetu pojedinih zbivanja neprimjereno ocjenjeni.

Dapače, čak i u slučajevima kada je glavnina aktera aktivirana pa i nerijetko prozivana, bilježi se izostanak jedne, nazovimo je fundamentalne razine, a to je javnost, populacija.

Nju se tretira samo u pasivnom "izdanju", tj. najčešće kao standardnog pacijenta. Međutim, on mora i u fazi kada nije "trpeći" građanin biti dobro informiran o svim zbivanjima u zdravstvu, znati sve oblike i načine življenja koji čuvaju i unapređuju njegovo zdravlje, prepoznati svoju aktivnu ulogu u periodima otklona od zdravlja, biti aktivnim sudionikom u liječenju bolesti i imati utjecaj pri donošenju odluka koje zadiru u sferu formuliranja i primjene zdravstvene politike.

Takvo njegovo učešće može se ozbiljiti putem raznih društava, čiji je krajnji cilj uz kvalitetu življenja i bolje zdravlje, kao što su, primjerice, pokreti zelenih, zatim razne humanitarne organizacije, počem od Crvenog križa, ali i pojedine organizirane skupine kao što su klubovi bolesnika od pojedinih bolesti (najpoznatiji su klubovi dijabetičara, zatim nekada vrlo popularni pa i visokoefikasni klubovi hipertoničara, itd.)

Na strani, pak, dosadašnjih pa i sadašnjih klasičnih aktera sustava zdravstva jest da razviju posebne komunikacijske tehnologije, da kultiviraju strategiju i taktiku "public relations" (PR), te da svrsishodno i svrhovito utječu na središta utjecaja koja djeluju u javnosti kao što su mediji i sindikati.

### 3 SVRHOVITI HOLISTIČKI INTERVENCIONIZAM

Ako u skupini razložnosti zbog čega dolazi do određenih ne uvijek prihvatljivih stanja u sustavu zdravstva nalazimo polimorfizam, odnosno bolje rečeno više subjekata koji su nosioci pojedinih moćnih uzročnih čimbenika, tada je puki silogizam da po jednoj promišljenoj strategiji stvarnog, realističnog izlaska iz krize treba zadržati taj polimorfizam.

To drugim riječima znači da u kontekstu spoznaje kako su brojni subjekti hoćeš-nećeš sudjelovali u stvaranju teško podnošljive situacije, isto tako isti subjekti trebaju razviti koordinirani napor da se takvo stanje sanira, odnosno barem ublaži.

Ponovno bi se to moglo demonstrirati na istom primjeru koji je prije uzet u razmatranje, tj. na lijekovima.

Pri takvom razmišljanju neprikosnovena spoznaja koju se nikada ne smije omalovažavati ili eliminirati jest činjenica da u svim tim akcijama treba biti respektirana zainteresiranost svakog od subjekata i upravo igrajući na tu "kartu" zainteresiranosti mogu se animirati pojedini sudionici na svrhovite programe saniranja.

Počnemo li istim redom, tada se može ustanoviti:

- **proizvođači lijekova** moraju shvatiti i prihvatiti da kao prvi u lancu proizvodnje, distribucije i potrošnje lijekova moraju upražnjavati toliki kvantum svog u tržišnim uvjetima razumljivog dohodovnog interesa, da on ne izaziva reakcije drugih partnera, napose onih koji su važni pri donošenju odluka (zdravstvena vlast, osiguravatelji); prema tome, da se izbjegne neophodnost uvoza jeftinijih lijekova i donošenje nekioh administrativnih mjera, njihovo sudjelovanje u formuliranju programa saniranja "stršećih" problema u ciklusu lijekova im omogućava, bolje rečeno zahtjeva, da se pridruže naporima za stabilizaciju čitavog lanca lijekova
- **uvoznici lijekova** moraju prihvatiti da njihovo plaćanje uvoznih lijekova dolazi u pitanje ako krajnji platilac (osiguravatelj, a dijelom i potrošač) nije u stanju podmiriti previsoke troškove, poradi čega mogu i kod tog aktera nastupiti privremene i trajnije poteškoće
- **veledrogerije** se može naći u istom položaju kao i uvoznik, a napose ako mu glavni koordinatorski program za stabilizaciju potrošnje lijekova pokaže komparativne podatke o njegovim maržama, njegovom proihodu i dohotku koji odskaču u poredbi sa drugim subjektima
- **maloprodajna mreža** svoj dohodovni i egzistencijalni interes nalazi u kupovnoj moći onih koji se snabdjevaju lijekovima u toj mreži; prema tome, ako na ekstremno nadprosječni način ta kupovna moć pada, dolazi u pitanje i njihovo poslovanje
- **osiguravatelji** su itekako kao glavni platitelji visoko zainteresirani za uvođenje reda i normalizaciju stanja; međutim da bi mogli o tome biti uvjerljivi i efikasni moraju posjedovati obilje informacija, moraju brižno i budno pratiti kretanja u području propisivanja i potrošnje lijekova, moraju biti znatiželjni i zainteresirani za propisivačke navike propisivača lijekova i značajno – u pozitivnom smislu – utjecati na te navike, pomažući u stručnom usavršavanju, izdavanju informativnih pomagala i sl.

• **propisivači lijekova** svjesni da su u krajnjoj liniji oni glavni odlučivači u svezi prometa lijekova, istovremeno informirani da ukupno raspoloživi resursi za zdravstvo uvelike ovise o toj stavci pa nije teško pledirati na njihovo shvaćanje o štetnosti pretjerivanja polipragmazije u medikamentoznoj terapiji, a uz korištenje drugih oblika, kao što su psihoterapija, dijetoterapija, kineziterapija i sl.; osim svega, organizatori sustava zdravstva moraju najvećma usmjeriti svoj naum da dođe do normalizacije potrošnje lijekova, upravo na njih pa im omogućiti snabdjevanje nezavisne i objektivne informacije, sudjelovanje u kursevima, promatranje proučavanja njihovih propisivačkih navika, a po potrebi – u krajnjoj liniji – primjenjivati metode i njihove direktne financijske stimulacije (npr. putem fund-holdinga)

• **zdravstvena vlast** nije i ne može biti indiferentna upravo u području čitavog ciklusa lijekova pa stoga donosi propise i zakone, utvrđuje liste lijekova koji se mogu primjenjivati u zemlji, artikulira razvoj farmakoeconomike, vodi razumnu politiku cijene lijekova, pronalazi oblike utjecaja na krajnjeg potrošača lijeka, tj. na građana

• **potrošači lijekova**, tj. građani, moraju biti dobro, što znači objektivno, informirani putem medija, zatim posebnim opće obrazovnim programima, ciljanim informacijama koje mogu dobiti u zdravstvenim ustanovama ili kod svog osiguravatelja o tome kako je lijek specifična roba koja zahtjeva i specifični tretman; morati će prihvaćati stajališta da u pogledu lijekova (ali i inače) ne mogu jedinice propisivača tretirati kao nego samoposluživanje, moraju se kloniti pretjerano razvijene navike stvaranja kućnih apoteka, moraju prihvatiti da su dokazljivo djelotvorni razni oblici samopomoći i međupomoći, te da se kod glavnine otklona od zdravlja učinkoviti rezultati postižu i promjenom načina življenja, odnosno da taj otklon od zdravlja ne ovisi isključivo o kemoterapiji

Takav kompleksni stil novog ponašanja i pristupa, sa angažmanom svih aktera, znači da puno, holističko partnerstvo zahtjeva i nove komunikacijske tehnologije, počam od razvijenije službe "public relations" kod zdravstvene vlasti, osiguravatelja, kod zdravstvenih ustanova, kao i tražnju benevolentne svrsishodne suradnje i sa predstavnicima javnosti putem medija, sindikata, klubova bolesnika pojedinih bolesti, čime bi se ostvarila transparentnost, u ovom slučaju "vidljivost" disbalansa između potreba zahtjeva, ponude i mogućnosti.

To bi najjačeg aktera u pružanju i primanju zdravstvene zaštite, a to je javnost od 4,5 milijuna ljudi, uvjerilo kako je medicina iz dana u dan sve skuplja, kako postoje snažni razlozi da se zdravstveni rashodi uvećavaju zbog starenja pučanstva, veće potražnje za zdravstvenim ustanovama i sl.

Najvažnije je da se prethodno sačini serija potrebnih dokumenata, kao što su elementi i načela zdravstvene politike, strategija razvitka sustava zdravstva, akcijski plan provedbe i drugi, koji omogućavaju ne toliko i samo za zdravstvene profesionalce i subjekte koji se time institucionalno bave, već upravo za širu publiku, da u grubome shvati anatomiju i fiziologiju zdravstvenog sustava, tj. njegovu građu i njegovo funkcioniranje.

Prethodno bi, dakle, trebalo predočiti na krajnje objektivan i dokumentirani način četiri osnovne determinante o kojima ovisi građa i funkcioniranje sustava zdravstva:

1. **Potrebe** (needs), koje predstavljaju odraz realnog zdravstvenog stanja, objektivno utvrđenog, s time da otkloni od dobrog zdravstvenog stanja zahtjevaju stručnu intervenciju
2. **Zahtjevi** (demands), predstavljaju odraz subjektivnog osjećaja potrebe za zdravstvenom zaštitom koju ispoljavaju građani, bez obzira na karakter, veličinu i intenzitet potrebe
3. **Ponuda** (supply), predstavlja korpus zdravstvenih ustanova i zdravstvenih profesionalaca koji stoji na raspoloženje građanima da zadovolje svoje zahtjeve odnosno potrebe
4. **Mogućnosti** (opportunities), predstavljaju raspoložive resurse, u prvom redu financijske, koji omogućavaju ili – u slučaju neproporcionalne manjkavosti-deficitarnosti – otežavaju ostvarenje zadovoljenja zdravstvenih potreba

Puna analiza svih tih determinanti služi kao podloga za formuliranje zdravstvene politike i njoj svojstvene strategije za realizaciju te politike, s time da – da se po ne znam koji puta naglasi – u svemu tome moraju sudjelovati svi akteri sustava zdravstva.

Tako će zacijelo ne samo klasični akteri, već – što se čini najvažnijim – i javnost može biti upoznata da, primjerice, u Hrvatskoj potrebe rastu zbog starenja populacije, da zahtjevi također rastu ne samo zbog povećanih potreba, već i zbog subjektivnog višeg vrednovanja zdravlja kao najvažnije ljudske vrednote, da je ponuda također u porastu, jer se povećava broj zdravstvenih profesionalaca i stavljaju

na raspoloženje novi kapaciteti, s time da se izrazito mijenja karakter ponude u smislu sve sofisticiranije tehnologije kao pozitivnih dostignuća napretka medicinske znanosti i struke.

Jednako tako će se saznavati da je u odnosu na te prve tri spomenute determinante, četvrta, tj. mogućnosti praktički svugdje u svijetu u srazu sa njima, a u Hrvatskoj pogotovo.

Teška ekonomska situacija ima kao posljedicu smanjeni broj zaposlenika koji uplaćuju svoj doprinos za zdravstvenu zaštitu, enormno povećani broj umirovljenika kao glavnih "potrošača" zdravstvene zaštite, a bruto društveni proizvod veliki dio svojih sredstava – po nekima 8 milijardi godišnje – mora trošiti na posljedice rata, zatim 15% GDP-a odlazi za mirovine, imponzantan dio na vraćanje inozemnih dugova, itd.

U takvim uvjetima zdravstvena politika i strategija moraju pribjeći – nakon objektivnog utvrđivanja situacije – ocjeni stanja i izboru prioriteta. Pri izboru prioriteta, u predlaganju sa dobrom analizom pomno pratiti da se sačuva vitalni nukleus i funkcije svake od četiri odrednice, pri čemu se kao prvi može navesti da kod postojanja potreba treba misliti i na pritajena ali pogibeljna stanja (npr. hipertoničari u velikom broju slučajeva ni ne znaju da imaju povišeni krvni tlak, dijabetičari se detekcioniraju u kasnijoj fazi njihove bolesti i sl.).

Što se tiče zahtjeva, prioritetno je svima osigurati pod jednakim uvjetima pristupačnost i pravičnost u postupcima.

Glede ponude, prioritet imaju slučajevi hitnosti (emergency), zatim oni za ugrožene skupine stanovništva, kao što su dojenčad i mala djeca, trudnice, invalidi, ometeni u duševnom i fizičkom razvoju, stariji.

Svenu tome treba podrediti mogućnosti, tj. raspoložive resurse.

Pri takvom pristupu i na takvoj podlozi, formulirana i razrađena politika i strategija treba stalno biti dostupna davanju mišljenja i savjeta sa strane svih aktera u sustavu zdravstva pa će ona moći kao finalni produkt biti realistična i lišena dosadašnjih slabosti, tj.

- **neće biti rađena monosektorski, već partnerski**
- **neće se oslanjati samo na simptomatiku, već i na uzročne čimbenike**
- **neće imati parcijalne programe, već holističke**
- **neće djelovati verbalno i deklarativno, već djelom i djelotvornošću**
- **neće biti rađena kampanjski, već kontinuirano**

Osnovna i bitna novelacija pristupima u opreci sa sadašnjom praksom bila bi:

**Izbjegavati nadmetanje i izazivanje sukoba interesa u korist partnerstva i suradnje.**

#### **4**

#### **ZAKLJUČNO PROMIŠLJANJE I OPREDJELJIVANJE**

U ovoj – iz razumljivih i opravdanih razloga – ponekad rizičnoj atmosferi, mora se sačuvati realistična doza optimizma i njegovati pozitivna, konstruktivna paleta akcija i mjera koje mogu i moraju predstavljati izlaz iz zatečene situacije.

To znači da unatoč neprikosnovene prognoze, koja je – ukoliko to može služiti kao utjeha – prisutna u gotovo svakoj europskoj zemlji, da će stalno dolaziti do poremećaja ravnovjesja između četiri stalno spominjane odrednice koje djeluju na sustav zdravstva, tj. potreba, zahtjeva, ponude i mogućnosti, mora postojati mogućnost izlaska iz sadašnje sve teže podnošljive situacije.

Prema prognozama je takorekuć sigurno, gotovo aksiom da će potrebe rasti (glavni uzrok: starenje populacije), da će se zahtjevi uvećavati (glavni uzrok: sve veće vrednovanje zdravstva na listi ljudskih vrednota), da će ponuda zdravstva biti sve šira bogatija, sofisticiranija, ali po tome i skuplja pa će nastati neravnovesje između te prve tri determinante i posljednje, ali nikako najmanje, nego dapače značajno važne, tj. mogućnosti (raspoloživi resursi).

Ili, pojednostavljeno rečeno, zdravstvena zaštita će biti sve ekstenzivnija i sve skuplja, kojoj pojavnosti neće odgovarajući pandan biti raspoloživost odgovarajućih potrebnih sredstava.

Takva "genetska" protimba interesa između potreba i mogućnosti nameće zahtjevnost da se pronazale novi oblici zadovoljavanja zdravstvenih potreba, koji oblici se između ostalog vide i u do sada zapostavljenom partnerstvu svih aktera sustava zdravstva.

Jednostavan je dakle zaključak:

Hrvatska treba krenuti na promišljanje i opredjeljivanje u tražnji i nalaženju realističnih, što znači primjenjivih formi holističkog, dakle, partnerskog pristupa putevima izlaska iz kriznih situacija.

Optimizam se nalazi u činjenici da je Hrvatskoj uspjelo prebroditi brojne izvanrednom stanju prirodene nedaće za vrijeme rata Hrvatskoj nametnog.

Jednako tako u neposrednim poslijeratnim prilikama sa također obiljem teško savladivih potekoća, uspjelo se održati zdravstveno stanje iznad očekivanja. Pri tome se mora citirati stanovište Svjetske zdravstvene organizacije, koja je u jednoj svojoj studiji izjavila:

"Temeljeno na mortalitetnim indikatorima, stanje zdravlja u Hrvatskoj je vjerojatno bolje nego bi se moglo očekivati prema datoj ekonomskoj situaciji, kao i u uporedbi sa nekoliko sličnih zemalja. Stvarno, prema nekoliko zdravstvenih indikatora, Hrvatska se približava više prosjeku Europske Unije nego određenom broju referentnih zemalja"

Prema tome, uspješnost se traži u širem dijapazonu mogućih mjera i akcija, koje se već pripremaju, pri čemu se ne može zanemariti naslovno spomenuti partnerski intervencionizam.

(1) Lijekovi su inače zahvalna tema za ilustriranje određenih postavki, jer ne samo što predstavljaju jedan od dominantnijih problema sadašnje hrvatske zdravstvene krize, već i zbog svog intersektorstva i upravo vapajuće nametnute partnerske komponente za potrebe sanacije.

(2) Recentni podatak: u prigodi izbora managera godine za 2005. godinu, na šestom mjestu je direktor jedne veleprodajne tvrtke koja je svoj prihod u toj godini, uprkos tobožnjih za veleprodaju silno pogibelnih posljedica otežanog plaćanja računa povećala za 3,7% !

(3) Izračunato je da izdavanje takvog biltena od četiri stranice koji bi izlazio dvomjesečno, a uz ostalo sadržavao nepristrane informacije o lijekovima i donosio podatke o farkakoekonomici, košta nekoliko promila od sredstava koji se troše na potrošnju lijekova u Hrvatskoj.

(4) Za podsjetiti je da riječ pacijent dolazi od lat. glagola, odnosno glagolske forme "patiens", tj. onaj koji trpi.

(5) WHO: Croatia – Health Systems in Transition, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2002.

## **5 LITERATURA**

1. Skupnjak, B.: Svjetska zdravstvena organizacija: Reforme zdravstva – Ljubljanska povelja. Hrvatska liječnička komora: Zdravstvo u Hrvatskoj – što učiniti i kako dalje, Zagreb, 1999.
2. WHO: The European Health Report 2002., Regional Office for Europe, Copenhagen, 2002.
3. WHO: Social Health Insurance, DOC EB 115/8-2, December, 2004.
4. WHO: Health 21 – Health for All in the 21st Century, Copenhagen, 2000.
5. Štampar, A.: Socijalna medicina. Institut za socijalnu medicinu, Zagreb, 1925.
6. World Bank: Croatia Health Financing Study, Report No. 21191-HR, Washington, 2004.
7. Hospitals in the 3rd Millenium. Hospital, Vol. II, Issue 4 – 2000.
8. Skupnjak, B.: Kronologija reformskih zahvata u zdravstvu (rukopis), MED – EKON, Zagreb, 2004.

Recenzirani članak