

Interregnum u zdravstvu

Aleksandar Džakula

Karmen Lončarek

Dagmar Radin

Zagreb 2018.

ISBN 978-953-8174-07-0

Sadržaj

Uvod	6
Interregnum kao knjiga	8
Čemu ova knjiga?.....	9
Metodologija.....	10
Plastične riječi	17
Kako je interregnum nastao	20
Upravljanje i gospodarenje u zdravstvu	22
Opis problema	22
Zdravstvo kao poslovno okružje	23
Povijest razvoja interregnuma	26
Slike koje izmiču.....	26
Period procvata medicinskih tehnologija.....	28
Period porasta zahtjeva i ograničenja resursa	30
Period razvoja upravljanja sustavom	31
Centralizacija.....	33
Narodno zdravlje i primarna zdravstvena zaštita	35
Poslovanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	38
Bolnice kao čvorišta i ključevi zdravstva	43
Poslovanje u bolničkom sustavu.....	44
Prizori interregnuma	48
Prizor 1. A gdje su pacijenti?	50
Prizor 2. Tajni dokument o reformi.....	54
Prizor 3. Zanemarene premise: socijalne determinante i strateška važnost zdravlja	56
Prizor 4. Iz Liječničkih novina (problemi i prioriteti u zdravstvu Republike Hrvatske)	58
Prizor 5. Što to kritikuje Europski semestar 2017.?	63
Prizor 6. Domovino, ti si kao zdravlje!.....	66
Kliničko upravljanje: liječnici kao menadžeri	75
Pacijent u središtu zdravstvenog sustava	80
Odnosi i ponašanje	84
Ministarstvo zdravstva i HZZO: izotonički i izometrički sustav	84
Centralizacija i decentralizacija zdravstvenog sustava	86
Razvoj decentraliziranog sustava	89

Privatizacija u zdravstvu kao problem i kao rješenje.....	98
Socijalizam: privatizacija u svrhu vrednovanja rada.....	99
Tranzicija: privatizacija kao sredstvo demokratizacije.....	99
Reforma javnog sektora: sredstvo za veću efikasnost.....	99
Veća kvaliteta.....	100
Nove usluge.....	101
Novi kapital.....	102
Dopunski prihod.....	102
Profit.....	102
Motivacija za ostanak u sustavu.....	103
<i>Outsourcing</i>	103
Brzi i žestoki.....	104
Eventizacija.....	108
Ako opraštamo grijeh, zašto ne možemo neuspjeh?.....	111
Pojedinačni interesi i tragedija zajedničkog dobra.....	117
Kriza koja se prelijeva.....	120
Točke preokreta.....	121
Od skrbi prema uslugama.....	122
Kako i zašto sustav opstaje (usprkos interregnumu).....	124
Disruptori i megatrendovi.....	126
Megatrendovi.....	129
Megatrendovi u zdravstvu.....	134
Gdje smo mi?.....	135
Izlaz iz interregnuma.....	137
Raf, krumpir, pòlisa.....	138
Razumijevanje i važnost pojma kvalitete.....	143
Kultura konsenzusa i planiranja.....	145
Određivanje prioriteta u zdravstvu.....	146
Prilozi.....	151
Vodič za izradu političkog i izbornog programa za područje zdravstva.....	152
Primjer policy prijedloga: Optimizacija preoperativne obrade.....	181
Sažetak.....	182
Uvod.....	183
Opis problema.....	183
Istraživanje.....	184
Zaključak i preporuke.....	184

Literatura	185
<i>Primjer policy pisma: Prepoznavanje potreba za vrstama palijativne skrbi</i>	188
Sažetak	189
Uvod.....	189
Pristupi i rezultati	190
Zaključak	190
Implikacije i preporuke.....	191
Izvori	192
Trokut zdravstvene politike	193
Ishikawin dijagram	197
Analiza polja sila	200
SWOT analiza	202
Pregled literature	209

Uvod

Obreli smo se u razdoblju interregnuma, između jednog doba koje je imalo svoje izvjesnosti i drugoga u kojemu stari načini rješavanja problema više nisu djelatni. Mi ne znamo što dolazi u zamjenu. Iskušavamo nove načine rješavanja problema.

Zygmunt Bauman¹

¹ Zygmunt Bauman. "Social media are a trap" EL PAÍS 25.1.2016.
http://elpais.com/elpais/2016/01/19/inenglish/1453208692_424660.html Pristupljeno 1.7.2018.

Interregnum kao knjiga

Pred vama se nalazi zbirka različitih tekstova: narativi, prikazi slučajeva, analize, osvrti, zapažanja, ali i praktični alati te preporuke.²

Prva poglavlja počinju kraćim i duljim prikazima slučajeva iz realiteta zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, izabranih da doprinesu razumijevanju problema interregnuma. Cilj im je da pomognu odgovoriti na sljedeća pitanja:

Gdje i kome se događa interregnum i kako on izgleda?

Slijedi blok propitivanja iz perspektive stewardshipa, a ključno mu je pitanje:

Kako i zašto sustav opstaje usprkos interregnumu?

Na njega se nastavlja serija priloga koji trebaju odgovoriti na pitanje:

Zašto ne možemo iz interregnuma?

Prije kraja slijedi dio u kojem se prikazuju sadržaji namijenjeni svima koji se ne žele i ne mogu pomiriti s interregnumom, a pod zajedničkim su naslovom:

Prilozi za post-interregnum³ fazu.

² Pojedini dijelovi teksta nalaze se na Wikipediji, zato što su ih tamo postavili autori kao wiki-volonteri.

³ Izrazom aludiramo na fenomen postistine ili postčinjenične politike (*post-truth politics, post-factual politics*), u kojoj je debata pretežno usmjerena tako da utječe na emocije, a činjenice se ignoriraju bez obzira na argumente. Postčinjeničnost se razlikuje od tradicionalnog osporavanja i falsificiranja činjenica time što zanemaruje činjenice i stručna mišljenja kao sporedne u odnosu na emocije.

Čemu ova knjiga?

Za smisao života ne pita nitko tko ne osjeća potrebu za njegovom promjenom. Toga se pitanja klone svi koji su smisao pronašli u produženju postojećeg stanja.

Leszek Kołakowski

Temeljni cilj ove knjige jest odgovoriti na ovo pitanje: zašto se potrebne promjene u zdravstvu Republike Hrvatske ne provode, ili se odvijaju presporo?

Pronalaženje odgovora zamišljeno je kao sinteza znanstvenih i stručnih spoznaja s analizama stanja i trendova u zdravstvu RH. Knjiga je nastala kao rezultat višegodišnjeg rada troje autora koji su, samostalno ili u timovima, ne samo pratili i analizirali zdravstveni sustav, već su često i sudjelovali u procesima uvođenja promjena. Većina tema obrađenih u ovoj knjizi proizašla je iz rezultata znanstvenih istraživanja, javnih rasprava, te zaključaka stručnih skupova.

Nadalje, cilj knjige nije akademska opservacija stanja u zdravstvu, već praktični priručnik koji spaja realne priče, slučajeve i probleme, s metodologijama, znanjima te alatima korisnima za aktivnije rješavanje teškog stanja u zdravstvu RH.

Zdravstveni sustavi

Zdravstveni sustav koji funkcionira dobro i harmonično izgrađen je na osposobljenim i motiviranim zdravstvenim radnicima, dobro održavanoj infrastrukturi, te pouzdanoj opskrbi lijekovima i tehnologijama, a poduprt je adekvatnim financiranjem, snažnim zdravstvenim osiguranjem, te politikama utemeljenim na dokazima.⁴

Metodologija

Ni revolucija niti reformacija u konačnici ne mogu promijeniti društvo, već morate ispričovijedati novu snažnu priču, tako uvjerljivu da pomete stare mitove i postane najpoželjnija priča, toliko inkluzivna da okuplja sve djeliće naše prošlosti i naše sadašnjosti u dosljedno povezanu cjelinu, onakvu koja baca nešto svjetla i na budućnost, tako da možemo učiniti sljedeći korak... Ako želite promijeniti društvo, morate ispričati alternativnu priču.⁵

Ivan Illich, "Pričanje priča ili stvaranje mita? *Frank Viola i Ivan Illich*". Proglas, poziv & upozorenje, 2007.

⁴ <http://www.who.int/healthsystems/stewardship/en/>. Pristupljeno 1.7.2018.

⁵ "Storytelling or Myth-Making? *Frank Viola and Ivan Illich*," *Proclamation, Invitation, & Warning*, July, 2007

Naša teza da interregnum u zdravstvu postoji, ali ne kao jednogodišnja epizoda, već kao dugovječni način upravljanja, nesumnjivo zvuči paradoksalno. Stoga ćemo ponuditi pristup i metodologiju kojima ćemo pokazati zašto je naša teza doista točna. Ujedno ćemo time svima zainteresiranima omogućiti da uz pomoć dodatnih informacija kojima sami raspolažu, propitaju i našu metodologiju, i naše rezultate.

U provjeravanju teze o interregnumu, te za izradu preporuka za profesionalno suočavanje s interregnumom, koristili smo dva čvrsta „sidra“. Prvi je koncept **stewardshipa u zdravstvu**^{6,7}, koji Svjetska zdravstvena organizacija od prije petnaestak godina prepoznaje kao rješenje za cjelovito upravljanje zdravstvenim sustavom. Drugi je priručnik Svjetske zdravstvene organizacije *Strategizing national health in the 21st century*⁸ objavljen u studenom 2016. (slika 1).

Reforma zdravstvenog sustava i usporedbe među zdravstvenim sustavima zanimljive su teme za političare. No, rijetko se susreće **jasan** pojam što je to zdravstveni sustav. Zbog toga se često uspoređuju jabuke i kruške, što urađa pogrešnim stanovištima i neispravnim zaključcima.

⁶ Stewardship. <http://www.who.int/healthsystems/stewardship/en/> Pristupljeno 1.7.2018.

⁷ Towards better stewardship: concepts and critical issues. <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf?ua=1> Pristupljeno 1.7.2018.

⁸ Strategizing national health in the 21st century: a handbook. <http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/> Pristupljeno 1.7.2018.

Strategija nacionalnog zdravlja u 21. stoljeću: priručnik. „Priručnik je osmišljen kao izvor za pružanje suvremenih i praktičnih smjernica o nacionalnom i strateškom planiranju za zdravlje. Priručnik utvrđuje skup najboljih praksi podrške strateškim planovima za zdravlje i predstavlja bogatstvo iskustva koje SZO prikuplja o nacionalnim zdravstvenim politikama, strategijama i planovima (NZPSP). SZO je jedna od vodećih organizacija koje podupiru zemlje u razvoju NZPSP. Usmjerenost na poboljšanje planova je narasla posljednjih godina, kao priznanje prednostima usidrenja snažnog nacionalnog zdravstvenog sektora u pisanu viziju temeljenu na participaciji, analizama i dokazima.“

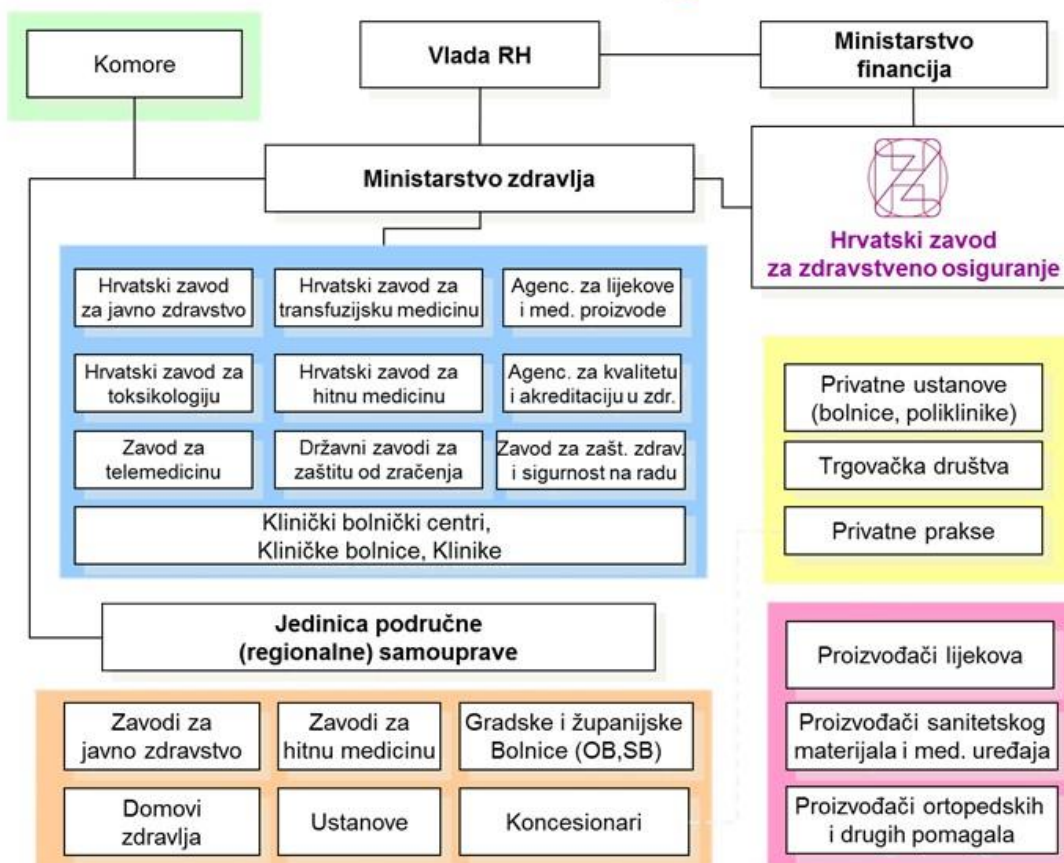
Što je zdravstveni sustav?

Za potrebe politike najkorisnije je promatrati zdravstveni sustav kao skup odnosa u kojima su strukturne komponente (sredstva) i njihove interakcije udružene i povezane s ciljevima koje sustav želi postići (ishodi). Ovaj model sadrži opće ciljeve i sredstva koje narodi koriste kako bi postigli svoje ciljeve. Ciljevi su: stanje zdravlja, zaštita od financijskog rizika, te zadovoljstvo korisnika. Sredstva su: financiranje i njegova institucionalna organizacija, makroorganizacija pružanja zdravstvene skrbi, plaćanje (struktura poticaja), te propisi.

Raznolikosti promatranih ishoda sustava mogu se objasniti razlikama u strukturnim komponentama.⁹

⁹ Hsiao WC, Li KT. What is a Health System? Why Should We Care? Harvard School of Public Health; 2003. Dostupno na: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiDq5OvIOnNAhWF0RoKHTbxBy4QFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fisites.harvard.edu%2Ffs%2Fdocs%2Ficb.topic1418653.files%2FHsiao%25202003_What%2520is%2520a%2520Health%2520System.pdf&usg=AFQjCNHPDo_GD2S3PbsbDx5amZtXTbOfwQ&sig2=O0d98VE6UrA2QMBriuDNWw Pristupljeno 1.7.2018.

Sudionici zdravstvenog sustava u RH



Izvor: Dunja Durut-Beslač. eBiz 2016. Zagreb, 22.3.2016.

Stewardship, ponekad uže definiran kao guverniranje, odnosi se na širok spektar funkcija koje provode vlade kako bi ostvarile ciljeve nacionalne zdravstvene politike. Osim poboljšanja ukupne razine zdravstvenog stanja stanovništva, ciljevi se obično oblikuju pomoću pojmova pravičnosti, obuhvata, pristupačnosti, kvalitete, te prava pacijenata. Nacionalna politika može također definirati relativne uloge i odgovornosti javnog, privatnog i dobrovoljnog sektora, kao i civilnog društva, u pružanju i financiranju zdravstvene zaštite.

Stewardship je politički proces kojim se nastoji uravnotežiti konkurentne utjecaje i zahtjeve. To će uključivati: održavanje strateškog smjera razvoja i provedbe politike; otkrivanje i ispravljanje neželjenih trendova i izobličenja; artikuliranje zdravlja kao cilja u sklopu nacionalnog razvoja; reguliranje ponašanja širokog raspona dionika - od financijera do pružatelja zdravstvene skrbi; uspostavu djelotvornih mehanizama odgovornosti. Osim formalnog zdravstvenog sustava, stewardship znači osiguravanje da i druga područja vladine politike i zakonodavstva promoviraju - ili barem ne potkopavaju - zdravlje naroda.⁶

Fig. 1.6 1980s and 90s technocratic planning process

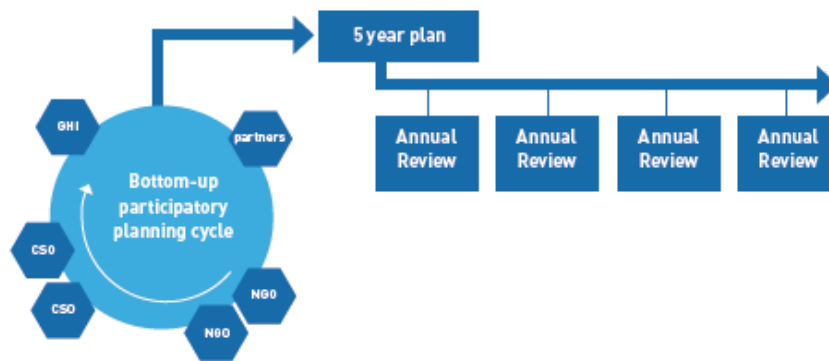
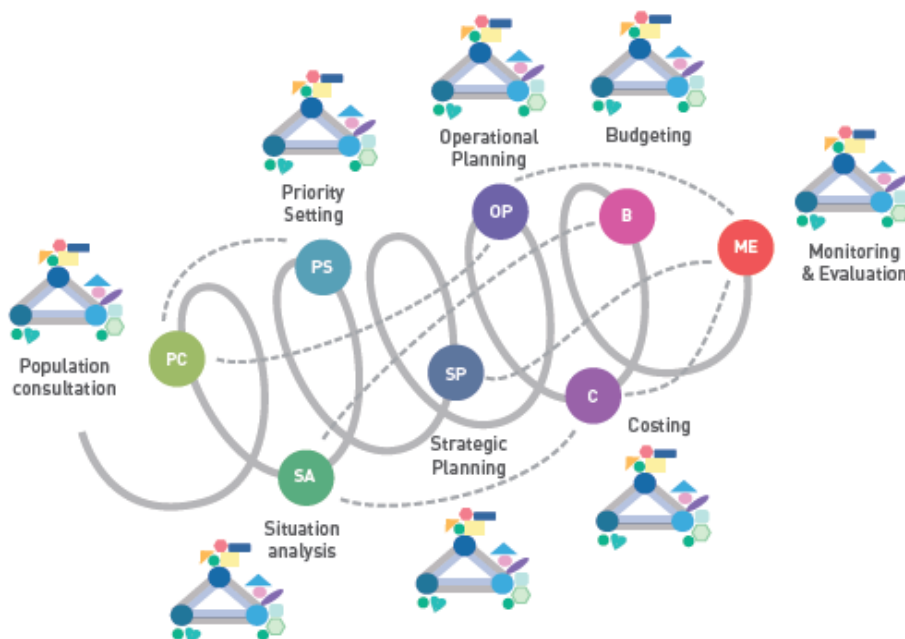


Fig. 1.7 A dynamic policy dialogue-led process



Usporedba modela upravljanja zdravstvenim sustavom⁸

Ova dva uporišta izabrana su iz više razloga. Prije svega, radi se o sadržajima koji su javno dostupni svima, te su već bili predmetom brojnih rasprava i kritika u različitim kontekstima¹⁰. Time je svim čitaocima ovog teksta omogućeno da provjere i prošire naše navode.

¹⁰ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5014877/pdf/CD009855-0001.pdf>
Pristupljeno 1.7.2018.

Zajednička odlika koncepta stewardshipa i dokumenta „*Strategizing...*“ jest da ih je Svjetska zdravstvena organizacija „autorizirala“ i učinila globalnim znanjem, a time i gradivom prema kojemu bi svaki profesionalac u zdravstvu morao, kao minimum, imati izgrađen kritički stav.

Osobito je važno što ova dva uporišta omogućuju cjelovit prikaz izazova upravljanja zdravstvom u realitetu, te opisuju kako profesionalnim i sustavnim radom treba djelovati na boljitak zdravstva. Parafrazirajući Ivana Ilića, moglo bi se reći da se ovdje nudi alat za stvaranje „alternativne priče“.

Wiysonge CS, Abdullahi LH, Ndze VN, Hussey GD. Public stewardship of private for-profit healthcare providers in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD009855.

Plastične riječi

Jezik je instrument mišljenja.¹¹ Zato želimo posebno istaknuti fenomen plastičnih riječi.¹² Plastične riječi su pojmovi kao što su „problem“, „razvoja“, „sustav“, „odnos“, „informacija“, „komunikacija“, „stres“, koji se često koriste bez stvarnog značenja i supstance, ali stvaraju dojam stručnosti, znanstvenosti, te tako pojačavaju dojam autoriteta i kompetencije onoga tko te plastične riječi koristi. Evo nekih plastičnih pojmova koji se u domaćim zdravstvenim politikama najčešće koriste, a ipak, premda su takvi, imaju svoje precizno značenje, zbog čega ćemo ih objasniti u daljnjim poglavljima.

Centri izvrsnosti

Iako se u više politika spominju bolnice kao „centri izvrsnosti“, niti u jednoj nije razjašnjeno što to točno znači, niti što sve obuhvaća, kako se izvrsnost ostvaruje, kako se održava, tko je korisnik.

Decentralizacija

Stručno značenje tog pojma uključuje procese dekoncentracije, devolucije, delegacije i privatizacije nadležnosti i pružanja usluga u zdravstvu. U analiziranim politikama u pravilu je nejasno na koji se od tih procesa decentralizacija odnosi.

¹¹ Za one koji žele znati više o toj temi: Klemperer, Victor. *Lingua Tertii Imperii: bilježnica filologa*. (2007) Zagreb: Disput.

¹² Poerksen, U. (2004). *Plastic words: the tyranny of a modular language*. Pennsylvania State Univ. Autor kao jednu od plastičnih riječi navodi i „zdravlje“.

Funkcionalno povezivanje

Ovaj pojam spominje se još od 2007. godine, u konceptu „funkcionalnih zdravstvenih regija“. Nije jasno u kojem se značenju, ili značenjima, koristi u današnjim politikama - primjerice, podrazumijeva li to administrativno povezivanje, zajedničku javnu nabavu, razmjenu stručnih kadrova, zajedničko korištenje pojedinih službi (zdravstvenih, nezdravstvenih), integraciju skrbi?

Javno zdravstvo

Ovaj veoma često korišten pojam vjerojatno je najnejasniji od svih plastičnih pojmova hrvatskih zdravstvenih politika. Prvo, nije jasno odnosi li se na vlasništvo i osnivačka prava nad zdravstvenim ustanovama – a tu odmah treba reći da pojmovno nasuprot „javnoga“ stoji „tajno“, a ne „privatno“, jer pojam nasuprot „privatnoga“ jest „državno“. Nadalje, nije jasno misli li se možda na sustav zavoda za javno zdravstvo? Ili na medicinsku specijalizaciju („public health“) koju u profesionalnom djelovanju odlikuje populacijski pristup? Napokon, tu je i četvrto moguće značenje javnog zdravstva u smislu javne zdravstvene službe („public health service“).

Konsenzus

Iako se svi zalažu za konsenzus u zdravstvu, nije jasno koje se značenje te riječi konsenzus podrazumijeva. Naime, konsenzus može značiti opće mišljenje o nekoj stvari ili problemu, a može značiti i jednoglasnu odluku na temelju dogovora svih zainteresiranih strana. Drugim riječima, nejasno je mislimo li da se svi moraju aktivno i u cijelosti složiti sa svim što se predlaže, ili je dovoljno da se slože u tolikoj mjeri da mogu s time živjeti.

Privatizacija

Posve je nejasno na koje daljnje segmente privatizacije se misli. Naime, većina PZZ već je privatizirana (obiteljska medicina, ljekarne, zdravstvena njega u kući, dentalna medicina), a privatiziran je i značajan dio skupe slikovne dijagnostike (PET-CT, MR, CT). Također, u brojnim ustanovama proveden je *outsourcing* nemedicinskih djelatnosti (čišćenje prostora, pranje rublja, tehničko održavanje, energetika). Napokon, i rad bolničkih liječnika u privatnim zdravstvenim ustanovama ima sve elemente *outsourcinga*.

Racionalizacija

Taj se pojam koristi kao sinonim za više različitih pojmova, pri čemu se u dokumentima ne pojašnjava na koji od tih sinonima točno misli. Tako se „racionalizacija“ koristi u značenju: smanjivanje; povećanje efikasnosti; uskraćivanje; ograničavanje korištenja.

Kako je interregnum nastao

Ko ne zna šta mu je, neka pogleda gde mu je. Pa ako ga ne nađe - to mu je!

Duško Radović

Upravljanje i gospodarenje u zdravstvu

Opis problema

Za sagledavanje značaja i opsega upravljanja u zdravstvu važno je pojmiti veličinu i složenost ovog sustava. U zdravstveni sustav Republike Hrvatske uključeno je više od 70 bolničkih ustanova, mreža Domova zdravlja i Zavoda za javno zdravstvo u svim županijama te nekoliko tisuća poliklinika, ordinacija i ljekarni. Ukupan broj radnika prelazi 70 000, od čega je više od 56 000 zdravstvenih radnika. Financijski promet za zdravstvenu zaštitu doseže iznos od 2 milijarde kuna mjesečno.

Osim organizacijskih i financijskih rješenja, poseban izazov poslovanju i upravljanju u zdravstvu jest i obrazovanje zdravstvenih radnika. Zdravstveni radnici u Hrvatskoj obrazuju se na devet sveučilišta, veleučilištima te srednjim školama. Za potrebe cjeloživotnog učenja kontinuirano se održavaju različiti oblici edukacije ili treninga, čiji broj iznosi više stotina godišnje. Iako je do prije svega nekoliko godina problem bio visoka nezaposlenost, danas je evidentan nedostatak zdravstvenih radnika.

Poseban je problem dugoročno planiranje. Naime, kratkoročnim planovima nije moguće osigurati ni platformu za uvođenje nužnih promjena i racionalno investiranje, niti za obrazovanje nužnih medicinskih kadrova. Proces obrazovanja zdravstvenih radnika te izgradnja novih sadržaja jesu dugoročni procesi koji nemaju alternativu, stoga je nužno provoditi ih sustavno.

Znakovi kroničnog interregnuma u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske

- Inputi za odlučivanje nemaju definirane pozicije prakse temeljene na dokazima¹³
- Procesi odlučivanja nemaju razvijene tehnologije djelovanja putem javnih politika¹⁴
- U procesima upravljanja zdravstvom nije prepoznat pojam operativnog istraživanja¹⁵
- Standardi i analitičke mogućnosti digitalnih tehnologija nisu dio upravljačkog sustava¹⁶

Zdravstvo kao poslovno okružje

Iako su milijunski dugovi u bolničkom sektoru središnja tema svih rasprava o zdravstvenom sustavu, zdravstvene ustanove raspravljaju o problemima poslovanja, dugovima ili prijetnjama blokadom računa, sa stanovitom mirnoćom.

¹³ Primjer korištenja principa i modela prakse temeljene na dokazima:

Advances in Patient Safety (2005) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20626/> Pristupljeno 1.7.2018.

¹⁴ Bridging the worlds of research and policy in European health systems. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/bridging-the-worlds-of-research-and-policy-in-european-health-systems> Pristupljeno 1.7.2018.

¹⁵ Časopis Operations Research for Health Care/ Call for papers: Operational Research Applied to Health Services <https://www.journals.elsevier.com/operations-research-for-health-care/call-for-papers/call-for-papers-operational-research-applied-health-services> Pristupljeno 1.7.2018.

¹⁶ Primjeri: GS1 Healthcare <http://www.gs1.org/healthcare>; Health Analytics http://www.sas.com/en_us/insights/health-analytics.html#health-care-providers Pristupljeno 1.7.2018.

Ta mirnoća posve je razumljiva budući da su organizacija i način financiranja podešeni tako da je nemoguće utvrditi čija je odgovornost za postojeće stanje.

Naime, odnosi između ključnih dionika sustava (Ministarstvo zdravstva, HZZO, zdravstvene ustanove) postavljeni su zakonskim i podzakonskim aktima na bizarnim principima, stoga i pokušaji uređivanja poslovanja zdravstva prema tim principima obično imaju bizarne ishode.

Zdravstvene ustanove pak ovakvo stanje koriste kao alibi za neka neracionalna poslovna ponašanja.

Nadalje, mreža zdravstvene zaštite tako je organizirana da, s izuzetkom Zagreba, nema redundancije službi, pa bi zastoj u radu pojedinih ustanova u mreži išao direktno na štetu pacijenata i građana.

K tome, analizi uzroka problema posvećuje se najmanja pažnja, i obično sve završava političkim raspravama kojima se nastoji prebaciti krivnju na nekoga od dionika.

„Tržišna rješenja“

U kapitalizmu, u posljednjih četvrt stoljeća Hrvatska se neprestano susreće s periodima eksplozije nelikvidnosti. Dva primjera, odnos dobavljača lijekova i zdravstvenog sustava, te odnos banaka i državnih fondova, razotkrivaju funkcioniranje politekonomskog konglomerata.

U zdravstvu se redovito planira neodrživo financiranje, zatim sustav gomila dugove, a onda se sklapaju nagodbe između dobavljača i države, oko listi lijekova, oko kupnje opreme, nekretnine prelaze iz ruke u ruku, a u devedesetima uobičajeno je bilo pretvaranje potraživanja u udjel. To nazivaju „tržišnim rješenjima“.¹⁷

Željko Ivanković

¹⁷ Politička ekonomija slučaja Agrokor: Standstill aranžman. Ideje.hr. 11.4.2017. <http://ideje.hr/politicka-ekonomija-slucaja-agrokor-standstill-aranzman/>

Povijest razvoja interregnuma

Slike koje izmiču

Reakcije na globalne procese u zdravstvu

Sve naše reforme bile su fokusirane na rješavanje akutnih problema i teškoća, ali nisu zadirale u dublje procese koji su ih uzrokovali. Kontinuirano slabljenje zdravstvenog sustava objašnjivo je kroz značenje i promjene u tri ključna globalna procesa u zdravstvu, koja niti u jednoj zdravstvenoj reformi od 1945. godine naovamo nisu ispravno vrednovana u odnosu na kontekst zdravstva. Ti procesi su: ekspanzija medicine i zdravstvenih tehnologija; porast zahtjeva i ograničenja resursa; razvoj modernog upravljanja sustavom.

Dinamika procesa ekspanzije moderne medicine i zdravstvenih tehnologija snažno je vukla cijeli zdravstveni sustav prema naprijed. Ta dinamika konstantno je razvojna - od dijagnostičkih sredstava kao što je rendgen, preko revolucije antibiotika i drugih lijekova do molekularne medicine.



Razvoj medicinske tehnologije otvara nove horizonte, pa se time širi krug potreba i zahtjeva građana koji mogućnosti novih tehnologija prepoznaju kao priliku da svoj život učine boljim, dužim, kvalitetnijim i s manje patnje. Time je unaprijeđena kvaliteta života mnogih bolesnika. Drugu stranu medalje čini proces medikalizacije, kojim su mnoga ljudska stanja i problemi poput ćelavosti, menopauze, sramežljivosti ili ružnoće, postali predmetom bavljenja medicine, štoviše, uvršteni su u Medicinsku klasifikaciju bolesti.

Kao rezultanta ovih dvaju procesa nastaje ograničenost resursa. Zadaća je modernog upravljanja sustavom da te procese harmonizira, te za njih osigura održive resurse. Takvo upravljanje ne znači samo racionalizaciju, već cjelovito i mudro vođenje sustava.

Od 1945. godine svaki od ova tri paralelna procesa imao je period u kojem je dominirao, te određivao način donošenja odluka i upravljanja zdravstvenim sustavom.

Prošlost je nepredvidljiva.

Paola de Benedictis

Period procvata medicinskih tehnologija

Period nakon Drugog svjetskog rata pa do početka 1980-ih godina prošlog stoljeća obilježen je velikom disproporcijom između postojećih medicinskih tehnologija koje su se mogle iskoristiti na dobrobit naroda i resursa koji su bili na raspolaganju. To je period procvata medicine i zdravstvenih tehnologija te njihove primjene u svakodnevnoj praksi. Također, to je doba velikih investicija i impresivne ekspanzije: grade se bolnice i drugi građevinski objekti, nabavlja oprema, uvode nove tehnologije.

Medicina, to su sve prakse koje za očuvanje zdravlja koristi neka populacija u određenom vremenu i prostoru.

José María López Piñero

Hrvatska u tom periodu još uvijek nije prepoznala ograničenja suvremene medicine, na koja su ukazivali autori poput Marca Lalondea i Ivana Ilića. Naime, tehnološka ekspanzija nije uspjela osigurati sve ono što populacija treba i očekuje, a prije svega zdravlje.

Kanadski ministar zdravstva Marc Lalonde 1974. objavljuje izvještaj *Novi pogled na zdravlje Kanađana* koji ukazuje na ograničenja medicinskih

tehnologija, te na potrebu da se uvedu nove paradigme o skrbi za zdravlje te o korištenju medicinskih tehnologija.¹⁸

Ivan Ilić 1975. objavljuje Medicinsku nemezu u kojoj argumentirano kritikuje medikalizaciju i upozorava na opasnosti jatrogenih bolesti¹⁹.

Aaron Antonovsky 1979. opisuje koncept salutogeneze koji se fokusira na faktore koji podržavaju ljudsko zdravlje i dobrobit, umjesto na faktore koji uzrokuju bolesti (patogenezu). Antonovskijev koncept opisuje odnos zdravlja i bolesti kao kontinuum, odbacujući tradicionalni medicinski model njihova dihotomnog razdvajanja.

Tokom 1980-ih godina i u Hrvatskoj se pojavljuje trend prepoznavanja ograničenja medicine, i vrlo brzo se profesionalci priključuju pokretu za promicanje zdravlja, o čemu svjedoči i prvi skup Zdravih gradova u Zagrebu. Iako je tokom 1990-ih taj trend iznjedrio široku nacionalnu frontu, ona se razvila prvenstveno u snažnu civilnu inicijativu, te je samo u nekim sredinama bila ugrađena u zdravstveni sustav.²⁰

¹⁸ Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

¹⁹ Illich, I. (1010) Medicinska Nemeza: eksproprijacija zdravlja. Zagreb: Litteris

²⁰ Neki izvori o povijesti Zdravih gradova i nagradama za najbolji Zdravi grad i Zdravu županiju:

<http://www.zdravi-gradovi.com.hr/home/o-mrezi/projekt-svjetske-zdravstvene-organizacije.aspx> Pristupljeno 1.7.2018.

<http://www.zdravi-gradovi.com.hr/home/o-mrezi/hrvatska-mreza-zdravih-gradova.aspx> Pristupljeno 1.7.2018.

<http://www.zdravi-gradovi.com.hr/home/hrvatski-prvaci-zdravlja.aspx> Pristupljeno 1.7.2018.

Civilno društvo

Konceptualni okvir pojma civilnog društva, donosi teškoće istraživačima, osobito u susretu sa zemljama s različitom tradicijom i dosegom razvijenosti civilnog društva. Civilno društvo je tema društvenih znanosti bez jedinstvene ili dominantne teorije. Prepoznaje se da središnji koncept polazi od prava građana na slobodu udruživanja. Uočava se učestalije definiranje civilnog društva kao prostora zajedničkog djelovanja i samoorganizacije, koji se nalazi između obitelji, države i tržišta, a gdje se ljudi udružuju radi promicanja zajedničkih interesa. Pojam obuhvaća organizacije i inicijative koje imaju pozitivan pristup problemima u društvu i koje pridonose općem dobru. Pod organizacijama civilnog društva razumijevamo: udruge, zaklade, fondacije, sindikate te vjerske organizacije²¹.

U Hrvatskoj je u 2015. godine, prema Registru udruga, bilo registrirano ukupno 52 372 aktivnih udruga, 221 zaklada i 12 fondacija²².

Period porasta zahtjeva i ograničenja resursa

Taj period u Hrvatskoj traje od 1970-ih do 1990-ih godina, a najizraženiji je 1980-ih godina kad je zdravstveni sustav dodatno opterećen zahtjevima za socijalnom sigurnošću, a politika socijalizma forsira zdravstvenu zaštitu kao najveće društveno postignuće, u kojem svi imaju pravo na kvalitetnu zdravstvenu zaštitu.

²¹ Bežovan G., Zrinščak S. (2007) Civilno društvo u Hrvatskoj. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk i Hrvatsko sociološko društvo

²² Hrvatska – Indeks održivosti OCD-a za 2015. CERANEO - Centar za razvoj neprofitnih organizacija; lipanj, 2016. Dostupno na URL adresi: <http://www.ceraneo.hr/wp-content/uploads/2016/10/Croatia.pdf> Pristupljeno 1.7.2018.

Ograničenja resursa nastaju iz dva razloga. Jedan je razlog taj što je ekspanzija zdravstvene industrije (tehnologije, itd) takve naravi da je nemoguće pratiti je resursima. S druge strane, zahtjevi populacije su sve veći što zbog starenja stanovništva, što zbog učinaka medikalizacije.

Moralni hazard – Klasična definicija kaže da je to tendencija osoba s osiguranjem da promijene svoje ponašanje prema osiguravajućem društvu.²³ Općenitije, moralna opasnost pokriva sve vrste oportunističkog ponašanja koje su se dogodile nakon što su dionici počeli razmjenjivati odnos u zdravstvu, primjerice: u odnosu između pacijenta i osiguranja, pacijenta kao potrošača zdravstvenih usluga, te farmaceutske industrije i države.

Usljed ograničenih resursa nastaje potreba da se resursi što kvalitetnije alociraju, a to se u sustavu samoupravljanja nastojalo postići samoupravnim interesnim zajednicama u kojima zdravstveni radnici kao pružatelji usluga direktno pregovaraju s korisnicima zdravstvenih usluga o tome što i kako osigurati u zdravstvenom sustavu. To je bio pokušaj da se prepoznata ograničenja resursa harmoniziraju i pretvore u održivi, stabilni model „win-win“ odnosa između predstavnika zdravstvenog sustava i građana kao korisnika. Bio je to ujedno i pokušaj da se poveća efikasnost zdravstvenog sustava, te da se uvedu novi načini upravljanja kvalitetnijim, bolje obrazovanim i samostalnijim menadžmentom.

Period razvoja upravljanja sustavom

Ovaj period započinje 1990-ih godina i traje do danas. Prvih 15 godina gotovo isključivo se svodio na racionalizaciju. Naime, sustav uvođenja povećane efikasnosti modernijeg upravljanja koji je zamišljen i testiran

²³ Milgrom, P. & Roberts, J. (1992). Economics, organization, and management. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.

1980-ih godina naprasno je prekinut zbog početka tranzicije i rata. Umjesto unapređenja sustava upravljanja uvodi se imperativ racionalizacije potrošnje u zdravstvu, što se pokušava prije svega centralizacijom sustava. U sklopu tranzicije 1990-ih, kao jedna od opcija za rješavanje problema neracionalnosti u zdravstvu nametnuo se i proces privatizacije svega i svačega pa otud i u zdravstvu.

Tako je period 1990.-1993. godine obilježen prvenstveno kontroliranjem troškova u zdravstvenom sustavu, naglašavanjem potrebe da se neracionalno trošenje iz 1980-ih godina socijalizma stavi u moderne okvire i primjereno resursima koji su, što zbog krize, što rata, zaista ograničeni. No, kako svjedoče izjave autora reformi iz ranih 1990-ih godina,²⁴ tome nisu prethodile neophodne analize kojima bi se utvrdilo što zapravo predstavlja problem u upravljanju zdravstvom, te koji su to procesi i stanja koja bi trebalo promijeniti da bi sustav doista postao efikasniji.

Tvrdnja da su vlastite političke pozicije utemeljene na "racionalnosti" veoma je snažna. Zapravo, izuzetno je arogantna, jer znači da oni koji se ne slažu s tim pozicijama nisu samo u krivu, već su i ludi. Slično tome, kad netko kaže da želi stvoriti "racionalni" društveni poredak, to implicira da bi postojeći društveni dogovori jednako tako mogli biti djelo stanovnika duševne bolnice. Pa, sad, sigurno smo se u nekom trenutku svi tako osjećali.

David Graeber²⁵

²⁴ Hebrang, A., Njavro, J., Mrkonjić, I. (1993). Komentar Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zdravstvenom osiguranju. Zagreb: Privredni biro.

²⁵ David Graeber. The Utopia of Rules: On Technology, Stupidity, and the Secret Joys of Bureaucracy. Melville House Publishing, New York, 2015.

Odluke o privatizaciji u zdravstvenom sustavu, te o centraliziranju kontrole nad ukupnim trošenjem u zdravstvu, donesene su bez detaljnih analiza mogućih učinaka i značenja za državu. S druge strane, te su odluke zaustavile široku i veoma značajnu frontu započetog sustava mjera promicanja zdravlja iz 1980-ih godina.

Koliko je način donošenja odluka bio nedosljedan pokazuje i to što je pored centralizacije kontrole trošenja donesena jedna kontradiktorna mjera koja je po naravi decentralizacija, a to je razdvajanje domova zdravlja na domove zdravlja kurativne prirode te zavode za javno zdravstvo.

Dakle, trenutak potrebe za racionalizacijom koji je postojao početkom 1990-ih godina je uslijed izostanaka analiza rezultirao cijelim nizom kontradiktornih, pa i kaotičnih mjera, čije posljedice traju sve do danas.

Centralizacija

Ovaj dio teksta treba sagledati ključne procese koji su se dogodili 1990-ih i koji su obilježili tok promjena u zdravstvenom sustavu sve do danas.

Na prvom mjestu je proces centralizacije koji se ostvaruje kroz središnju kontrolu države i koncentriranje moći u dvjema instancama: Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje, te Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi. Time HZZO dobiva ulogu monopsonista²⁶ koji jedini kupuje uslugu na tržištu, a ministarstvo pak regulatora koji trajno predstavlja volju države, provodi ključne reforme (većinom u cilju racionalizacije), te imenuje ljude na ključnim pozicijama u svim državnim zavodima i ustanovama tercijarne razine kojima je država osnivač.

Dotad je Hrvatska imala tradiciju decentraliziranog sustava gdje su općine u periodu 1975.-1990. godine imale svoje SIŽ-ove²⁷ za zdravstvo

²⁶ Monopson – Tržišna situacija u kojoj za neku robu postoji samo jedan kupac (monopsonist).

²⁷ Izvor: http://arhinet.arhiv.hr/details.aspx?ItemId=3_17720 Pristupljeno 1.7.2018.

i donosile dobar dio odluka na lokalnoj razini. Kada se to pokušalo obnoviti 1993. godine, pojavio se problem da županije, kao novoformirana tijela od 1992. godine, nisu uspjele naslijediti tradiciju SIZ-ova. Naime, poslovna birokracija SIZ-ova za zdravstvo koja je poznavala rad zdravstvenog sustava „utopila“ se u strukturama zavoda za osiguranje, dok se upravljanje zdravstvom na lokalnoj razini (domovi zdravlja, novoformirani zavodi za javno zdravstvo, opće i specijalne bolnice), našlo u rukama nedovoljno kompetentnih ljudi.

Taj veliki problem nije razriješen sve do današnjih dana. Naime, upravljanje lokalnim zdravstvenim sustavom i dalje je prepušteno lokalnoj političkoj volji koja direktnim imenovanjem osoba na poziciju

Prema Ustavu Jugoslavije iz 1974. godine razlikuju se dvije osnovne skupine kategorije samoupravnih interesnih zajednica (SIZ-ova): prvu čine SIZ-ovi koji se formiraju radi organizirane slobodne razmjene rada između radnika u organizacijama udruženog rada društvenih djelatnosti (odgoj, obrazovanje, kultura i dr.) i radnika u organizacijama udruženog rada koji su korisnici usluga tih djelatnosti, drugu kategoriju čine SIZ-ovi koji su formirani radi zadovoljavanja određenih osobnih i zajedničkih potreba i interesa zajedničkim udruživanjem sredstava (mirovinsko, invalidsko osiguranje i sl.).

Radi neposrednijeg ostvarivanja svojih prava i interesa radnici i radne organizacije, kako je to predvidio zakonodavac, imaju pravo da unutar SIZ-a organiziraju osnovne samoupravne interesne zajednice (OSIZ) za određena područja ili za ostvarivanje zajedničkih ciljeva i interesa.

SIZ-ovi koji obuhvaćaju srodne i bliže povezane šire zajedničke interese, mogu sa udruživati u udružene samoupravne interesne zajednice (USIZ).

Broj SIZ-ova bio je velik, a formirani su prema potrebi na nivou mjesne zajednice, grada, regije ili republike. SIZ-ovi su djelovali od 1975. do 1990. godine, a njihova česta ukidanja, spajanja, razdvajanja, izdvajanja, promjene naziva stvaraju probleme pri sređivanju arhivskog gradiva, a to će se odraziti i na rad istraživača.

SIZ-ovima su prethodili fondovi, zajednice i zavodi za iste ili slične djelatnosti, pa su oni bili stvaratelji i imatelji gradiva prethodne institucije. Funkcija SIZ-ova nije bitno mijenjala od funkcije fondova, razlika je samo u načinu financiranja.

Organ upravljanja SIZ-a, koji upravlja njegovim poslovima je skupština. Skupštine SIZ-ova u društvenim djelatnostima u pravilu su sastavljene od Vijeća korisnika usluga i Vijeća davalaca usluga, koja odlučuju ravnopravno. Skupštine SIZ-ova odgoja i obrazovanja, znanosti, kulture, zdravstva i socijalne zaštite odlučuju ravnopravno s nadležnim vijećima skupštine društveno-političke zajednice o pitanjima iz područja koja su u nadležnosti skupštine odgovarajuće društveno-političke zajednice. SIZ-ovi često organiziraju radne zajednice, odnosno zajedničke stručne službe na nivou društveno-političke zajednice (DPZ), koje obavljaju za više SIZ-ova stručne, administrativne i tehničke poslove.

ravnatelja zdravstvene ustanove vlastite političke interese prelijeva u poslovanje te ustanove. I dalje ne postoji nikakvo regulatorno stručno tijelo na lokalnoj razini, niti se poslovanje zdravstvenih ustanova temelji na ekspertizi.

Ukratko, visoka razina centralizacije ograničila je kreativni menadžment tamo gdje je on bio moguć, dok lokalna uprava nije uspijevala podešavati resurse prema lokalnim potrebama.

Svaki sustav koji nastoji preživjeti s vremenom treba kombinirati empatiju, efikasnost i evoluciju.²⁸

Jonas Ridderstråle²⁹

Narodno zdravlje i primarna zdravstvena zaštita

U periodu 1990-ih u nekim sredinama još uvijek su postojali medicinski centri, posebni oblici organizacije koji su objedinjavali primarnu i sekundarnu zdravstvenu zaštitu, koji su i nastali iz ideja racionalizacije i boljeg korištenja resursa. Ti medicinski centri raspali su se na bolnice i domove zdravlja, a potom su se iz domova zdravlja još izdvojili zavodi za javno zdravstvo.

Naime, u namjeri da pokrene proces privatizacije i olakša odvajanje javnog od privatnog, 1993. godine donesena je odluka o izdvajanju javnozdravstvenih službi iz doma zdravlja u zavod za javno zdravstvo

28 <https://www.ideaconnection.com/open-innovation-articles/00115-Funky-Business.html> Pristupljeno 1.7.2018.

29 Koautor Funky biznisa i Karaoke kapitalizma. Preporučamo oba štiva.

kao posebnu ustanovu.³⁰ Zamišljeno je da fokus aktivnosti zavoda za javno zdravstvo bude na populacijskom zdravlju. Preostali dio ambulanti i ordinacija ostao je u okviru doma zdravlja kako bi u znatnom dijelu mogao prijeći u privatni sektor.

Zavodi za javno zdravstvo po svom sastavu i temeljnoj misiji nisu mogli preuzeti cjelovitu brigu o javnom zdravlju te se njihov fokus sveo na kontrolu zaraznih bolesti, zdravstvenu ekologiju, te provođenje zastarjelih javnozdravstvenih mjera. Umjesto da se usvoje moderne metode proaktivnog promicanja zdravlja i preventive, zadržavane su procedure primjerene prvenstveno zaraznim bolestima, čime su kronične nezarazne bolesti i promjene u populaciji ispale iz fokusa.

Osim toga, izdvajanje javnog zdravstva nije provedeno dosljedno, što se može pokazati na primjeru patronaže i školske medicine. Obje te djelatnosti su preventivne, ali je patronaža ostala u sklopu doma zdravlja, dok je školska medicina potpala pod zavod za javno zdravstvo. Time je skrb za zdravlje u okvirima zavoda za javno zdravstvo u dobrom dijelu poprimila administrativni, a ne praktični karakter.

S druge strane, preostali domovi zdravlja su isključivanjem nekih službi izgubili velik dio svoje temeljne funkcije. Ostali su bez snage i autoriteta, loše vođeni, u neprestanom iščekivanju privatizacije, zaglavljani između nejasne vizije budućeg razvoja te bogate i slavne povijesti snažno vezane za lokalnu zajednicu.

30 Hebrang, A., Njavro, J. & Mrkonjić, I. (1993). Komentar Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zdravstvenom osiguranju. Zagreb: Privredni biro.

Ekonomija milosrđa

Milost bez granica danas postaje model i način rješavanja socijalnih prava, zdravstvenih problema, školovanja: svugdje ovisimo o milosti, umjesto da zdravstvo, školstvo i minimalni dohodak smatramo pravom. Stanje u kojem se nalazimo danas stanje je u kojem je “svatko dužnik odgovoran prema kapitalu”.

Katarina Peović Vuković³¹

³¹ Katarina Peović Vuković: Ekonomija milosrđa. Prolleter 24.09.2017.
<http://proletter.me/portfolio/ekonomija-milosrda/> Pristupljeno 1.7.2018.

Poslovanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, primarna zdravstvena zaštita u Republici Hrvatskoj trebala bi se provoditi na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa (Sabor 1993). Nadalje, Nacionalna strategija razvoja zdravstva predviđa da primarna zdravstvena zaštita rješava glavninu (70-80%) zdravstvenih problema populacije na način da tim liječnika primarne zdravstvene zaštite preuzme ulogu voditelja pacijenta kroz «labirint» sve zamršenijeg ustroja sustava zdravstva, te da taj tim pruža cjelovitu zaštitu koja se sastoji od promotivnih, preventivnih i intervencijsko-rehabilitacijskih mjera, dakle cjelokupnog spektra zdravstvenih usluga. Niti jednom drugom zdravstvenom timu nije dodijeljena tako sveobuhvatna uloga.

Iz perspektive racionalizacije potrošnje u zdravstvenom sustavu i povjerene im uloge „vratara“,³² liječnici primarne zdravstvene zaštite, kao ovlašteni propisivači lijekova i upućivači pacijenata u sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu, trebali bi imati odlučujuću ulogu kako u skrbi za zdravstveno stanje populacije, tako i u kontroli troškova zdravstvene zaštite.

Ako si možete priuštiti da se novcem izvučete iz problema, onda nemate problem. Bilo koji problem rješiv novcem nije pravi problem, već samo trošak.

Harvey Mackay³³

³² Eng. *gatekeeper*

³³ Mackay H. (1996) Plivati s morskim psima i sačuvati živu glavu: nadmašite svoje konkurente prodajom, rukovođenjem, motivacijom i umijećem pregovaranja. Zagreb: Privredni Vjesnik.

Primarna zdravstvena zaštita u Republici Hrvatskoj postavljena je na načelu čuvanja vrata. U sklopu sustava osnovnog zdravstvenog osiguranja, svaki osigurani građanin izabire tim liječnika opće/obiteljske medicine. Timovi primarne zdravstvene zaštite ugovaraju usluge s HZZO-om te primaju godišnju glavarinu za svakog pacijenta, iznos koji ovisi uglavnom o dobi pacijenta, s izuzetkom financijskih poticaja za liječnike koji ordiniraju u zabačenim dijelovima zemlje. Od 2004. godine timovi opće/obiteljske medicine primaju dodatna sredstva za preventivne preglede osoba starijih od 45 godina koje posljednjih pet godina nisu posjetile liječnika, a od 2005. godine imaju priliku ostvariti dodatan prihod za ograničen broj usluga (npr. šivanje rane, ispiranje ušiju i slično) koje se plaćaju po pruženom postupku (PPTP). Ukupna dodatno zarađena sredstva ne mogu prijeći 7% iznosa godišnje glavarine za sve pacijente, odnosno 12% za liječnike zaposlene u domovima umirovljenika (pravilnik).

Principle-Agent - Termin proizlazi iz neoinstitucionalne ekonomije, te se odnosi na politički proces kao igru između mnogih sudionika (*principle*) koji pokušavaju utjecati na akcije neposrednog političara (*agent*). U standardnom modelu, ponašanje agenta je prisilno, barem djelomično, u smjeru koji favorizira interes sudionika (*principle*). U zdravstvenom sustavu, ovakav odnos je pretežno posljedica velike asimetrije informiranosti što nastaje zbog kompleksnosti sustava odnosno aktera unutar njega.

Do 1997. hrvatski liječnici opće/obiteljske medicine radili su kao zaposlenici domova zdravlja. Domovi zdravlja funkcionirali su kao poseban oblik zdravstvenih institucija koji su združivali nekoliko specijalnosti na razini primarne zdravstvene zaštite: opću/obiteljsku medicinu, pedijatriju, ginekologiju, internu medicinu, dentalnu medicinu,

službu za mentalno zdravlje, epidemiologiju, medicinu rada, te dijagnostičke djelatnosti poput laboratorija i rendgena. Godine 1997. odlukom Ministarstva zdravstva započela je privatizacija (tzv. „zakupizacija“) primarne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. Do 2000. godine većina liječnika primarne zdravstvene zaštite preobražena je u privatne poduzetnike koji unajmljuju prostorije i opremu od domova zdravlja (sada uglavnom samo administrativnog tijela), ali sami sklapaju direktne ugovore s HZZO-om na temelju kojih obavljaju svoju djelatnost.

Iako je privatizacija primarne zdravstvene zaštite pružila priliku za poboljšanje materijalnog stanja i statusnog položaja liječnika, te dokazano pozitivno djelovala na neke segmente konkurentnosti liječnika primarne zdravstvene zaštite, poput efikasnijeg naručivanja pacijenata te boljeg poštivanja termina dogovorenih konzultacija³⁴, iz korijena je promijenila financijske poticaje, što je utjecalo na način pružanja primarne zdravstvene zaštite. Nadalje, fragmentiranje domova zdravlja lišilo je liječnike PZZ-a dijela također privatizirane dijagnostičko-laboratorijske potpore, te umanjilo mogućnost savjetovanja s kolegama s kojima su ranije radili u istim „tvrtkama“.³⁵

Snažan utjecaj provedenih financijskih i organizacijskih promjena na kliničku praksu najjasnije je vidljiv u podacima o djelatnosti opće medicine koje donose izvještaji HZZO-a. Prema podacima HZZO-a iz 2005., upućivanje na specijalističke preglede poraslo je za više od trećine u odnosu na 1995. godinu (otkad se izvještava o broju upućivanja specijalistima).³⁶ Prema podacima Ministarstva zdravstva, postotak pacijenata upućenih specijalistima u Hrvatskoj (300 uputnica na 1000 pregledanih pacijenata) višestruko nadvisuje njihov broj čak i u mnogo bogatijim zemljama poput, primjerice, Velike Britanije 47,2/1000 ili

³⁴ Hebrang A, Henigsberg N, Erdeljić V, Foro S, Vidjak V, Grga A, Macek T. Privatization in the health care system of Croatia: effects on general practice accessibility. *Health Policy Plan.* 2003 Dec;18(4):421-8.

³⁵ Džakula 2004.

³⁶ Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Djelatnost opće medicine. U: Baklajić Ž, Rodin U, Kuzman M, ur. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2005. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2006. str. 126.

Norveške 80,5/1000, Španjolske 54,6/1000 ili Portugala 55,6/1000.³⁷ Nadalje, tokom 2004. godine u djelatnosti opće/obiteljske medicine zabilježeno je čak 72% manje sistematskih, periodičkih i kontrolnih pregleda odraslih te 35% smanjenje broja prijavljenih pregleda u kući u odnosu na 1990.³⁸

Ovi podaci o djelatnosti primarne zdravstvene zaštite ukazuju na višestruko štetne posljedice provedenih reformi. Znatno smanjivši broj preventivnih pregleda i kućnih posjeta, opća/obiteljska medicina postala je pasivna zdravstvena djelatnost koja samo utvrđuje i liječi bolesti, a ne utječe aktivno na pozitivne promjene zdravlja populacije kako je zakonski i deklarativno propisano (HZJZ 2005).³¹ Visoki i kontinuirano rastući postotak upućivanja na specijalističke preglede ukazuje da primarna zdravstvena zaštita ne ispunjava svoj zadatak vratara prema skupljoj sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, te da nepotrebno prosljeđuje jedan dio pacijenata na skuplju i stoga neracionalnu zdravstvenu zaštitu.

Nekoliko faktora utjecalo je na ovako nepovoljan razvoj primarne zdravstvene zaštite u zadnjem desetljeću. Primjerice, gotovo posve nedostaju koordinacija i formalni kanali primanja povratnih informacija iz sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Nedostaju i drugi mehanizmi kojima bi se djelotvorno monitoriralo ili utjecalo na rad PZZ-a kao što su, primjerice, nizozemske vizitacije, britanski informatički sustav za praćenje PACT, ili organizacijski modeli poput *fund holdinga*. Nadalje, snažni financijski poticaji uz nedostatno razvijeno ugovaranje, regulaciju, praćenje i discipliniranje ponašanja liječnika u PZZ, potiču liječnike u PZZ da ne obavljaju zakonom namijenjene funkcije, već da pacijente nepotrebno prosljeđuju na liječenje na višim razinama zdravstvene zaštite kako bi maksimizirali poduzetnički profit, čime doprinose eskalaciji troškova hrvatskog zdravstvenog sustava.

³⁷ Cafuk B. Zašto je potrebna reforma zdravstva? Liječničke novine. 2006;46:7

³⁸ Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Djelatnost opće medicine. U: Baklajić Ž, Rodin U, Kuzman M, ur. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2005. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2006. str. 126.

Bolnice kao čvorišta i ključevi zdravstva

Raspadom medicinskih centara bolnice su postale ključni zdravstveni servisi koji svojim kapacitetima daleko nadilaze potrebe lokalnog stanovništva.

Disproporcija između stanovništva i kapaciteta bolnica nastala je iz više razloga. Prvo, moderne tehnologije omogućile su kraći boravak pacijenata. Potom, u mnogim sredinama smanjio se broj stanovnika koji gravitiraju pojedinoj bolnici. K tome, bolnice su bile projektirane ne samo da bi pokrile potrebe lokalnog stanovništva, već i širega kraja (npr. bolnice u Kninu i Karlovcu), pa čak i drugih republika (bolnice u Zagrebu i Slavanskom Brodu koje su trebale prihvatiti dio stanovnika iz Bosne i Hercegovine).

Ukratko, nije postojao jedinstveni nacionalni sustav bolnica, a bolnice su bile prekapacitirane i neujednačeno raspoređene. Upravljanje bolnicama bilo je opterećeno i činjenicom da su bolnice s jedne strane bile podređene centralnoj vlasti (HZZO-u i Ministarstvu zdravstva) te izvršavale njihova očekivanja i obveze, a s druge strane bile su snažno u vlasti lokalnih političara. Razni projekti, investiranja i zapošljavanja pod utjecajem lokalnih političara često su završavali nepotrebnim stvaranjem radnih mjesta, servisa, usluga i odjela, čime se ukupan razvoj pojedine bolnice krivo usmjeravao.

Od 1990-ih godina bolnički sustav razapet je između silnica nacionalnoga nasuprot lokalnom, te između povijesno nerealnih ambicija i kapaciteta nasuprot modernih tehnologija. Tako su pojedine bolnice postajale socijalno-ekonomski paket kojim se stanovnicima osiguravala blizina bolničke zaštite, a dijelu stanovništva i sigurno radno mjesto. U okolnostima sve većeg zanemarivanja socijalnih determinanti zdravlja, takav „paket“ djeluje još bizarnije.

Bolnica. Mjesto gdje se oboljelima uglavnom pružaju dvije vrste usluga: liječnici medicinske, a uprava neljudske.

*Ambrose Bierce, Đavolji rječnik*³⁹

Poslovanje u bolničkom sustavu

Financijsko poslovanje hrvatskih bolnica⁴⁰ obilježeno je kontinuiranim nerazmjerom rashoda i prihoda. Prema podacima Ministarstva zdravstva, ukupne nepodmirene financijske obveze svih bolnica u Hrvatskoj na dan 31. prosinca 2005. godine iznosile su 3,25 milijardi kuna, dok je prema podacima Hrvatske liječničke komore čak 97% hrvatskih bolnica u 2005. godini poslovalo s financijskim gubitkom.⁴¹

Na dan 31. prosinca 2016. ukupne obaveze bolnica iznosile su 4.79 milijardi kuna, a ostalih zdravstvenih ustanova 595 miliona kuna, što ukupno čini 5.38 milijardi kuna. Dospjele obaveze iznosile su 2.58 milijardi kuna za bolnice i 106 miliona kuna za ostale zdravstvene ustanove, ukupno 2.69 milijardi kuna.⁴²

Čak i površna analiza bolničkog poslovanja treba stoga neizostavno obuhvatiti raščlambu prihoda, rashoda, te uvjeta unutar kojih se ostvaruju.

³⁹ Bierce AG. Đavolji rječnik. Koprivnica: Šareni dućan, 2008.

⁴⁰ Najznačajnija stavka u zdravstvenoj zaštiti je bolnička zdravstvena zaštita koja iznosi 8.18 milijardi kuna ili 42% izdataka zdravstvene zaštite, što je na nivou prethodne godine. Izvor: http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2018/04/Izvjescje_o_poslovanju_hzzo_01122017.pdf?b32def
Pristupljeno 1.7.2018.

⁴¹ Cafuk B. Zašto je potrebna reforma zdravstva? Liječničke novine. 2006;46:7.

⁴² Ministarstvo zdravstva. Ukupne i dospjele obaveze zdravstvenih ustanova i HZZO-a u razdoblju od 31.12.2012. do 31.12.2016. <https://zdravlje.gov.hr/financijski-dokumenti/2407> Pristupljeno 1.7.2018.

Hrvatske bolnice glavninu (oko 80%) svojih prihoda ostvaruju pružanjem zdravstvenih usluga u okviru ugovora koje potpisuju s HZZO-om. Kako je HZZO jedini fond zdravstvenog osiguranja s kojim mogu sklopiti ugovore te koji stoga diktira uvjete poslovanja, bolnice imaju minimalnu mogućnost utjecaja na sadržaj samih ugovora tj. na uvjete prema kojima im se plaćaju pružene usluge. HZZO je iskušao različite modele i kombinacije modela plaćanja bolnicama, kao što su PPTP (plaćanje po terapijskom postupku), DTP (dijagnostičko-terapijski postupci) i DTS (dijagnostičko-terapijske skupine), no uvijek iznova vraćao se na model mjesečnog limita, pri čemu su različiti načini obračuna pretežno služili samo za evidentiranje vrste i broja pruženih usluga, dakle za opisivanje rada bolnice. Cijelo to razdoblje zdravstveni proračun je približno jednak, pa se zadaća HZZO-a u osnovi svodi na (pre)raspodjelu jednog te istog financijskog kolača iz godine u godinu. Pri svakoj promjeni načina plaćanja i preraspodjeli kolača uvijek je bilo prisutno očekivanje da će to potaknuti racionalizaciju trošenja, te povećanje tehničke efikasnosti pružanja medicinske skrbi (prvenstveno, skraćivanjem prosječnog trajanja hospitalizacije, pomakom prema polikliničkoj metodi rada, te općenito većom skrbi o troškovima liječenja). Dakle, dugi niz godina ponavljao se jedan te isti postupak, s uvjerenjem da će napokon jednom dati drugačije rezultate.

Najveći dio strukture ukupnih rashoda bolnica, čak 70-80%, čine plaće radnika. Nekoliko je uzroka tome. S jedne strane tu je moć sindikata zaposlenih u zdravstvu, te određivanje plaća osoblja prema kolektivnom ugovoru, uz posljedičnu nemoć poslodavca da plaće ili broj zaposlenih prilagođava financijskim prilikama i neprilikama ustanove. S druge strane, pravilnici Ministarstva zdravstva detaljno određuju strukturu i broj radnika, uz općenitu naviku centralnog donošenja odluka vezanih uz poslovanje, što su opet faktori na koje poslodavci nemaju većeg direktnog utjecaja. Praktično, na uvjete poslovanja u bolnicama najvećim dijelom utječu faktori odnosno odluke donesene izvan bolnica.

S obzirom na zadane troškove radne snage, praktično jedini prostor za poboljšanje poslovanja čine troškovi lijekova, potrošnog materijala i održavanja. Kako se tu radi o samo 20-30% bolničkih rashoda, jasno je da je racionalizacija ukupnih troškova bolnica veoma ograničena, te da vrlo lako može srušiti kvalitetu skrbi za pacijente.

Neuspjeh plaćanja prema uspjehu

Stariji (...) znaju da sustav (nagrađivanja prema radu) u pravilu daje drukčije rezultate od očekivanih. Da birokrate i navodne menadžere oslobađa odgovornosti i unosi kaos u proizvodne i radne procese. Naučili su to nakon što je početkom 1960-ih godina u Jugoslaviji uvedeno nagrađivanje prema rezultatima rada, sustav koji je narednih godina, pa i desetljeća, donio mnogo više štete nego koristi. Kao i sad, i onda je na početku sve zvučalo logično, pa i primamljivo.

(...)

Negdje koncem 1970-ih godina, ovaj je autor naišao u Privrednoj komori Jugoslavije na analizu tog sustava, koju je tadašnja politička birokracija krila kao zmija noge. Suprotno onome što bi se očekivalo, u njoj se nisu razmatrala jugoslavenska, nego japanska iskustva. Japanci su, naime, prvi uveli takav sistem (...) i prvi su ga napustili.

(...)

U to vrijeme već se znalo da plaćanje prema individualnom radu daje suprotne efekte. Razlog je sasvim jednostavan. Ako netko radi više i bolje od drugih, može biti plaćen samo na njihov račun, iako oni rade isto kao prije. Da ne bude tako, individualni učinak morao bi se odmah odraziti u povećanim prihodima poduzeća ili ustanove, što, naravno, nikad nije bio niti je mogao biti slučaj. To isto dogodilo bi se i da neki naš liječnik izvede više operacija ili pregleda veći broj pacijenata. Da bi on dobio više, a da nitko drugi zbog toga ne bi bio zakinut, HZZO bi morao odmah za odgovarajući iznos povećati proračun bolnice, što je, naravno, čista utopija.⁴³

⁴³ Milan Gavrović. Neuspjeh plaćanja prema uspjehu. Novosti, 17.4.2014.
<https://www.portalnovosti.com/neuspjeh-placanja-prema-uspjehu> Pristupljeno 1.7.2018.

Ovdje valja spomenuti da je devolucija različitih komponenata vlasništva i gospodarenja u bolničkom sustavu konceptualno provedena nerazmjerno. Naime, dok je odgovornost za bolničke dugove potpuno devoluirana na razinu županija, prava odlučivanja na županijskom nivou ostala su veoma ograničena. Socijalne funkcije bolnica, koje su u Hrvatskoj značajni poslodavci u većini zajednica, ostale su i dalje nedefinirane i nesubvencionirane. Ovako fragmentarno provedena decentralizacija dodatno onemogućava racionalno i efikasno gospodarenje bolnicama te doprinosi negativnim bilancama i porastu dugovanja.

Osiguranje općenito, a posebno zdravstveno osiguranje, među najčišćim je od svih proizvoda u ekonomiji žudnje. Naime, namjera onih koji taj proizvod prodaju na tržištu jest da on služi populaciji kojoj je najmanje potreban. Pristup se uskraćuje onima kojima je osiguranje najpotrebnije, dok oni kojima najmanje treba dobivaju puni pristup i dosljedno ih se potiče da ga konzumiraju više. Osiguranje tako postaje više stvar žudnje nego potrebe.⁴⁴

⁴⁴ Critical Art Ensemble. "The Therapeutic State". 1992. <http://critical-art.net/?p=287>
Pristupljeno 1.7.2018.

Prizori interregnuma

Prizori iz realiteta zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, izabrani da doprinesu razumijevanju problema interregnuma

Interrègnum, m⁴⁵

1. razdoblje od prestanka jedne vlasti do uspostavljanja druge; međuvlađe, međuvlašće

2. prekid u kontinuitetu čega

Etimologija: lat. \approx inter-1 + regnum: vladavina

⁴⁵ Prema Hrvatskom jezičnom portalu. <http://hjp.znanje.hr/index.php?show=search>
Pristupljeno 1.7.2018.

Interregnum. Razdoblje tokom kojega se nekim kraljevstvom vlada pomoću vruće točke na jastuku prijestolja. Pokusi s dopuštanjem da se točka ohladi obično su urađali najnesretnijim posljedicama zbog hlepne mnogih viđenijih ljudi da se ona opet zagrije.⁴⁶

Ambrose Bierce, Đavolji rječnik

Kriza suštinski znači da staro umire dok istovremeno novo nije u mogućnosti da se rodi; u tom interregnumu se događaju najrazličitiji morbidni fenomeni.

Antonio Gramsci, Zatvorske bilježnice

⁴⁶ Prevela K.L. Jedina lemma koja u Bierceovom Đavoljem rječniku nije prevedena na hrvatski. Vjerojatno đavolja posla.

Prizor 1. A gdje su pacijenti?

TV studio emisije „Otvoreno“, u njemu četiri liječnika na važnim funkcijama: sadašnji ministar zdravstva, i bivši ministar zdravstva i saborski zastupnik, predsjednica saborskog povjerenstva za zdravstvo, te predsjednik Hrvatske liječničke komore. Razgovaraju na temu provokativnog naslova: „Zdravlje za sve“⁴⁷. Osim njih, nitko drugi: ni predstavnici građana, ni pacijenata, niti drugih dionika u zdravstvu.

Izbor gostiju nije mogao biti bolje pogođen. Naime, sustav zdravstva već dugi niz godina je primarno vođen potrebama i zahtjevima jedne uske skupine zdravstvenih profesionalaca.

Upravo ova scena studija emisije *Otvoreno* važna je za razumijevanje zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Naime, usmjerenost zdravstvenog sustava na potrebe samo jednog manjeg dijela dionika dovela je i do devijacije u percepciji sustava. Slika stvarnosti hrvatskog zdravstva u takvoj percepciji suženog je opsega kao kod tubularnog vida⁴⁸, a k tome i malog vremenskog raspona.

Uvid kroz takvu prostorno i vremenski suženu „leću“ rezultirao je skupom od desetak tvrdnji koje se posljednjih nekoliko godina kao mantre ponavljaju gdje god se govori ili zaključuje o zdravstvu:

„građani moraju biti svjesni da ne mogu dobiti sve što požele“, „nema dovoljno novca i moraju se odrediti prioriteti“, „rad se mora vrednovati“, „treba ojačavati primarnu zdravstvenu zaštitu“, „preventiva je najvažnija“... Sve su ove tvrdnje odreda točne, pa zašto ih onda izdvajamo kao problematične?

⁴⁷ HTV1, emisija *Otvoreno*, 20.10.2016. <http://vijesti.hrt.hr/357009/otvoreno-zdravlje-za-sve> Pristupljeno 1.7.2018.

⁴⁸Tubularni vid (Kalnienkov vid) jest gubitak perifernog vida pri čemu je centralni vid očuvan, usljed čega nastaje cirkularno suženo vidno polje, kao kad se gleda kroz cijev ili tunel.

K tome, radi se o višestruko dokazanim postulatima (štoviše, povijesnim odrednicama zdravstvenih sustava) koje se već četrdesetak godina podučavaju u svim ozbiljnim školama i fakultetima zdravstvenih usmjerenja u svijetu. Također, navedene su u gotovo svakom udžbeniku upravljanja zdravstvom. Problem je u sljedećem: isticanje ovih postulata kao ključnih problema naše stvarnosti pokazuje da se uopće nismo počeli ozbiljno baviti analizom problema, te da je naš pristup upravljanju zdravstvom, najblaže rečeno – površan, to jest, on se kreće na razini truizama.

Poticaj za knjigu „Interregnum u zdravstvu“ bila je jedna od najintenzivnijih političkih kriza nakon Domovinskog rata, koja se desila tokom 2016. godine. Početkom te godine u Saboru je, nakon iscrpljujućih pregovora, izglasano povjerenje Vladi RH na čelu s nestranačkim premijerom Tihomirom Oreškovićem, da bi se svega nekoliko mjeseci kasnije to isto povjerenje povuklo. Vlada je postala tehnička, raspisani su izvanredni parlamentarni izbori, nastao je politički vakuum u upravljanju državom. Sabor - nikad manje efikasan. Potom novi izbori, konzultacije, nova Vlada RH na čelu s Andrejem Plenkovićem, a sve to garnirano pretrčavanjima iz jedne u drugu političku grupaciju i smjenama stranačkih lidera.

Povjerenje - Relacijski pojam, u smislu da je pojedinac osjetljiv u odnosu na druge ili na institucije; on se predaje pojedincima i/ili institucijama u određenim područjima i pod određenim okolnostima, a to je prosudba koja se može dati dihotomno (jedan vjeruje ili ne), ili ordinalno (tu vjerovanje u određenoj mjeri uključuje element rizika koji se javlja usljed nesigurnosti motiva, namjera i djelovanja drugih u odnosu na nas.^{49,50} U kontekstu

⁴⁹ Coulson, A. (Ed.). (1998). Trust and contracts: relationships in local government, health and public services. Policy Press.

⁵⁰ Lewick, R., & Bunker, B. B. (1996). Developing and maintaining trust in work relationships. Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Reach, 114-139.

zdravstvene skrbi, bolesnici dolaze do pojma povjerenja zbog asimetrije informacija kojima liječnici imaju superiorno znanje o zdravlju i liječenju, čineći pacijentima više ovisnima i ranjivima. U zdravstvenom sektoru, povjerenje je izgrađeno iz niza interpersonalnih ponašanja ili iz zajedničkog identiteta, potkrijepljenog skupom pravila, zakona i običaja.

Bila je to godina koja će zbog burnih smjena i zbivanja svakako ući u domaću političku povijest. Utoliko više nas je iznenadio paradoksalni rast bruto-društvenog proizvoda⁵¹. Nitko osim nepopravljivih optimista i notornih neznalica nije mogao očekivati da će bruto-društveni proizvod Hrvatske u 2016. porasti više od 2,5%. Svi smo se nadali nastavku pozitivnog trenda rasta, ali baš nitko nije očekivao da će nam u godini najburnije političke krize krenuti tako dobro. Čak i kad bismo ozbiljno shvatili dosjetku kako bezvlašće onemogućuje političare da učine prevelike greške, ni to nije dovoljno objašnjenje za taj čudesni učinak⁵² interregnuma. No, taj učinak nije se odrazio na zdravstvo. Zato je cilj ovog rada pokazati zašto interregnum nije mogao i ne može pomoći zdravstvenom sustavu.

Naša je teza da interregnum u zdravstvu postoji, ali ne kao vremenski ograničena epizoda, već kao dugotrajno kontinuirano stanje i način upravljanja. Zdravstvo je poput naprslog broda kojemu prijeti potapanje, ali pluta već godinama ispumpavajući vodu.

⁵¹ Prema priopćenju za javnost Državnog zavoda za statistiku u povodu objave prve procjene tromjesečnoga bruto domaćeg proizvoda za treće tromjesečje 2016., u trećem tromjesečju 2016., realna stopa rasta BDP-a je bila realno veća za 2,9% u odnosu na isto tromjesečje 2015. Sezonski prilagođeni tromjesečni BDP u odnosu na prethodno razdoblje bilježi pozitivnu stopu promjene od 1,7%, a u odnosu na isto tromjesečje 2015. realno je veći za 2,7%. <http://www.dzs.hr/> Pristupljeno 1.7.2018.

⁵² Ne zanemarujemo cijeli niz reformskih mjera i koje su na razini Vlade RH pripremljenije i provedene prije i tokom 2016, a bez kojih ne bi bilo spomenutih pozitivnih promjena. S obzirom na kontekst, cilj nam je ukazati na nerazmjer – često istican u medijima – između veličine rasta BDP-a i povezanih znatno lošijih prognoza.

Takvo stanje traje tako dugo da više niti ne poznajemo nešto što ne bi bio interregnum u zdravstvu. Primjerice, nešto što je cjelovito upravljanje zdravstvenim sustavom ili *stewardship*⁵³. Najkraće rečeno, *stewardship* je cjelovita i dugoročna briga o javnom interesu, a ne tek puko upravljanje onim što trenutno imamo ili nas zanima. Primjerice, nemoguće je brinuti o zdravstvu, a da nemamo direktne upravljačke veze sa sustavima socijalne skrbi, obrazovanja, te provedbe demografskih mjera. Isto tako, nemoguće je inzistirati na provedbi nekih mjera jedinstveno na cijelom teritoriju, ne znajući kakve će one imati učinke na nekom području ili u nekoj populaciji. Bez *stewardship* pristupa nemoguće je građanima doista osigurati temeljno pravo na zdravstvenu zaštitu.

Svatko ima pravo na pristup preventivnoj zdravstvenoj zaštiti i pravo na liječenje pod uvjetima utvrđenima nacionalnim zakonima i praksom. U utvrđivanju i provedbi svih politika i aktivnosti Unije, osigurava se visok stupanj zaštite zdravlja ljudi.

Povelja o temeljnim pravima Europske Unije. Članak 35 -
Zdravstvena zaštita⁵⁴

⁵³ Stewardship in health systems <http://www.who.int/healthsystems/stewardship/en/>
Pristupljeno 1.7.2018.

⁵⁴ <http://fra.europa.eu/hr/charterpedia/article/35-zdravstvena-zatita> Pristupljeno 1.7.2018.

Prizor 2. Tajni dokument o reformi

Neobičnu dimenziju razumijevanju upravljanja zdravstvenim sustavom u Hrvatskoj daju i tumačenja za koje je teško utvrditi radi li se o teoriji zavjere, ili ipak pragmatičnosti i interesima dionika. Slikoviti primjer toga je članak vrlo popularnog internetskog portala Index:

OBJAVLJUJEMO TAJNI DOKUMENT

Reforma zdravstva: Sve poskupljuje i sve se privatizira

Ilko Ćimić, 5.4.2016.⁵⁵

Dokument "Zdravstvena reforma" nastao je krajem prosinca i početkom siječnja ove godine, a kreiran je u središtu jedne privatne osiguravateljske kuće. Sudeći prema najavama Ministarstva zdravlja i prema dosadašnjim izjavama resornog ministra Darka Nakića i premijera Tihomira Oreškovića, riječ je o temeljnom dokumentu po kojem radi ova Vlada u sektoru zdravstva. "Zdravstvena reforma" predstavljen je kao strogo povjerljiv dokument i prema zamisli vrha države nije predviđen da ga vidi šira hrvatska javnost. Isto tako, dokument je podijeljen i predstavljen većini članova Vlade te svim važnijim i utjecajnijim političarima vladajuće Domoljubne koalicije i MOST-a.

⁵⁵ <http://www.index.hr/vijesti/clanak/objavljujemo-tajni-dokument-reforma-zdravstva-sve-poskupljuje-i-sve-se-privatizira--/885193.aspx> Pristupljeno 1.7.2018.

Reforma. Stvar koja najviše zadovoljava reformiste suprotstavljene reformaciji.

Ambrose Bierce, Đavolji rječnik

Reformirati (glagol). Stvar koja pretežno zadovoljava reformatore koji se protive reformaciji.

Ambrose Bierce, Đavolji rječnik

Prizor 3. Zanemarene premise: socijalne determinante i strateška važnost zdravlja

Opisali smo tri velika procesa čiji značaj nije dovoljno prepoznat: razvoj medicine, promjene potreba i zahtjeva, te moderno upravljanje. No, postoje još dvije premise nedovoljno uvažavane u pristupu brizi za zdravlje: da je zdravlje određeno socijalnim determinantama, te da je zdravlje naroda strateški resurs.

Socijalne determinante zdravlja su ekonomski i socijalni uvjeti koji utječu na pojedinačne i skupne razlike u zdravstvenom stanju, te raspodjela tih uvjeta među stanovništvom. U doba „tekuće modernosti“ kad su društvene promjene sve brže i izrazitije, važnost socijalnih determinanti zdravlja sve je vidljivija, a ukazivanje na njih postalo je globalni javnozdravstveni hit/trend. Povjerenstvo SZO za socijalne determinante zdravlja o tome kaže: "Ova nejednaka raspodjela iskustava oštećenja zdravlja nije ni u kom smislu „prirodni“ fenomen, već je rezultat toksične kombinacije loših socijalnih policy-ja, nepravednih ekonomskih uređenja (gdje bogati i zdravi postaju još bogatiji, dok siromašni, koji i tako imaju veću vjerojatnost za loše zdravlje, postaju još siromašniji) te loše politike."⁵⁶

Iako bi socijalne determinante zdravlja morale biti ključ prema kojem moramo određivati reforme, one ne samo da su kod nas zanemarene, već je fokus prebačen na individualne rizične faktore kao što su rizična ponašanja ili genetika, koji utječu na podložnost bolestima i ozljedama.

Druga zanemarena premisa jest da je zdravlje naroda strateški resurs. Budući da su zdravlje i zdravstvo preduvjet razvoja društva i države, oni

⁵⁶ Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health (PDF). World Health Organization. Str. 9. ISBN 978-92-4-156370-3. Pristupljeno 6.1. 2017.

su investicija, a ne trošak. Osim što osigurava zadovoljstvo i sreću građanima (što i jest bit društva), te zdravlje nacije, ona osigurava i ekonomski prosperitet, i stoga je ključna razvojna komponenta.

Kao rezultat, zanemareno je sustavno povezivanje zdravstvene i socijalne politike, te integracija zdravstvene i socijalne skrbi.⁵⁷ Socijalne determinante zdravlja trebale bi određivati angažman i potrebe u zdravstvenom sustavu, dok bi s druge strane zdravstveni sustav trebao određivati prioritete i način djelovanja u socijalnoj skrbi. Zbog konceptualne razdvojenosti socijalne i zdravstvene politike to danas kod nas nije moguće.

Adaptirano prema tekstu u Liječničkim novinama 2009. te intervjuu u Radničkim pravima 2017.⁵⁸

⁵⁷ Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi je 2012. u mandatu ministra Rajka Ostojića razdvojeno na Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo socijalne politike i mladih.

⁵⁸ Aleksandar Džakula: Svi smo za javni sektor zdravstva, ali nitko ne zna što to znači. <http://radnickaprava.org/tekstovi/intervjui/aleksandar-dzakula-svi-smo-za-javni-sektor-zdravstva-ali-nitko-ne-zna-sto-to-znaci> .Objavljeno: 12.01.2017. Pristupljeno 1.7.2018.

Prizor 4. Iz Liječničkih novina (problemi i prioriteti u zdravstvu Republike Hrvatske)

Prikazivanje stanja u nekom javnom sektoru teška je zadaća za svakog analitičara. Ma koliko on naglašavao specifičnosti i detalje metodologije analize i prikaza, kritičari će ga uvijek optuživati za subjektivnost. Stoga donosimo izjave, stavove i prijedloge nekoliko uglednih pojedinaca u hrvatskom zdravstvenom sustavu,⁵⁹ kako bismo tim konkretnim primjerima iz našeg realiteta ukazali na strukturalne, metodološke i operativne probleme s kojima se taj sustav suočava.

Ključni problemi zdravstvenog sustava:

- Ukupan dug u zdravstvu iznosi 3,5 milijardi kuna, bolnice mjesečno stvaraju manjak od 55 milijuna kuna, a HZZO-u mjesečno nedostaje za lijekove 65 milijuna kuna. To znači da zdravstvo na godišnjoj razini generira milijardu i pol kuna novog duga
- Država ne plaća svoje obaveze pa je tako zdravstvo u 2015. godini dobilo iz proračuna umjesto 4,1 milijardu tek 1,7 milijardi kuna
- S proračunom od oko 22 milijarde godišnje, uz neracionalno gospodarenje, nedovoljno izdvajanje za zdravstvo po glavi stanovnika te opsegom prava koja se pružaju osiguranicima, hrvatsko je zdravstvo na rubu održivosti

⁵⁹ Pregled problema i prioritet izrađen je prema članku TEMA BROJA: *Što liječnici očekuju od novog ministra – „Ne možete nas zadržati dekretima i zabranama nego boljim uvjetima“* objavljenom u Liječničkim novinama Br. 154 /studeni 2016/ 16-20.str. U članku se prenose izjave /redoslijed prema objavi u tekstu / prof. dr. Milana Kujundžića, bivših ministara, Dr.sc. Daria Nakića, Prim Siniše Varge, prof. dr. Andrije Hebranga, dr.sc. Ines Strenja Linić, dr.sc. Trpimira Goluže, prof. dr. Željka Krznarića, Ade Barić dr.med., Vikice Krolo dr.med. U idućim brojevima Liječničkih novina nisu zabilježeni zahtjevi za demantijem navoda iz ovog članka.

- Nezadovoljstvo svih dionika sustava, od liječnika do pacijenata – liječnika zbog loših materijalnih i radnih uvjeta, a pacijenata zbog loše dostupnosti niza zdravstvenih usluga
- Loš odnos rukovodstva zdravstvenih ustanova prema kolektivu
- Nedostatak sustava stimulacije stručnog napredovanja
- Manjkavo provođenje edukacija
- Loši uvjeti rada i zastarjela oprema
- Potcjenjivanje liječničke profesije
- Nedostatak liječnika, posebice specijalista
- Loša organizacija rada u zdravstvenim ustanovama
- Prevelika očekivanja osiguranika
- Neprimjerena cijena zdravstvenih usluga
- Korupcija na svim razinama u zdravstvu (“uzrokovana nemarom i nedostatkom volje vodećih ljudi zdravstvenog sustava da se taj problem riješi konkretnim potezima“)

Korupcija – U najširem smislu, to je zlouporaba javne službe za privatnu dobit. Korupcija poprima najrazličitije oblike u društvu: mito, iznuda, kupovanje glasova, klijentelizam, zarobljavanje države u korist posebnih interesa itd. U zdravstvu korupcija se može prepoznati na mikro i makro razini. Na mikro razini ona se najčešće manifestira u odnosu pacijenta i zdravstvenog radnika, a na makro razini u krivom korištenju resursa, nepravilnostima u javnoj nabavi i sl. Osim negativnih ekonomskih učinaka u zdravstvenom sustavu, korupcija također ima erodirajući učinak na povjerenje između pacijenata i zdravstvenih djelatnika.

Prijedlozi prioriteta:

- Uvođenje reda, rada i discipline
- Kontrola i evaluacija rada liječnika
- Visina bolničkog proračuna povezana s rezultatima rada
- Sankcioniranje pacijenata koji propuste naručeni pregled ili pretragu
- Objedinjavanje javne nabave
- Formiranje zdravstvene košarice
- Moguće vraćanje HZZO- a u državnu riznicu
- Financijsko stabiliziranje sustava
- Nastavak reforme bolničkog sustava
- Funkcionalno povezivanje ustanove s onima više razine u sustavu
- Nastavak reforme primarne zdravstvene zaštite i uključivanje liječnika iz PZZ u dežurstva hitne medicinske službe
- Smanjivanje broja osiguranika po liječniku obiteljske medicine
- Donošenje nacionalnog plana za borbu protiv raka
- Sufinanciranje stambenih kamata i olakšano usavršavanje te znanstveni rad liječnika
- Veće izdvajanje za zdravstvo
- Utvrđivanje postupnika za najčešće bolesti
- Izračunavanje realne cijene usluge i rada
- Uvođenje konkurencije u obveznim dopunskim osiguranjima
- Uključivanje svih relevantnih faktora u zdravstvu – od komore i poslodavaca do pacijenata u rješavanje nagomilanih problema u zdravstvu
- Nastavak reforme hitne pomoći
- Donošenje jasnog Nacionalnog plana razvoja bolnica
- Poticanje uvođenja grupne prakse
- Povećanje broja izvršitelja u sustavu
- Utvrđivanje jasnijih kriterija za napredovanje
- Uvođenje stimulativnih mjera za zadržavanje liječnika
- Unaprjeđenje trajne medicinske edukacije
- Omogućavanje pravne sigurnosti dionicima u sustavu
- Ojačavanje položaja i uloge pacijenta uvođenjem pravobranitelja za pacijente

- Uvođenje „*no fault compensation*“⁶⁰
- Povećanje odgovornosti svih dionika u sustavu
- Uvođenje instituta upravljanja rizicima (*risk management*)
- Jačanje uloge Agencije za kontrolu kvalitete i akreditacije u zdravstvu
- Potpisivanje strukovnog kolektivnog ugovora
- Stabilizacija sustava
- Poboljšanje odnosa sa svim dionicima
- Redizajniranje domova zdravlja i pretvaranje u dijagnostičke centre i koordinate zdravstvene zaštite na razini palijativne skrbi, preventivnih programa, grupnih terapija te savjetovališta

⁶⁰ No-fault compensation – Način obeštećivanja u kojem oštećena stanka dobiva odštetu bez potrebe dokazivanja bilo kakve krivnje suprotne stranke.

Upravljanje rizicima u zdravstvu je organizirano nastojanje da se identificiraju, procjenjuju i smanjuju rizici za pacijente, posjetioce, osoblje i organizacijsku imovinu.

Pet je temeljnih koraka upravljanja rizicima:

- Određivanje konteksta (npr. operacijska sala, hitna ambulanta...)
- Identificiranje rizika (iz izvještaja o incidentima, iz razgovora s radnicima...)
- Analiza rizika (temeljni uzroci, postojeći načini suzbijanja rizika...)
- Procjena rizika (neprihvatljiv, prihvatljiv, prebaciv na drugoga...)
- Rješavanje rizika (izbjegavanje, praćenje, bilježenje, edukacija, informiranje...)

Ponekad ni uza sve napore nije moguće ukloniti cijeli rizik. Rizik koji preostane nakon svih primijenjenih mjera ublažavanja i kontrole naziva se rezidualni rizik.⁶¹

⁶¹ Ali Yawar Alam (2016) Steps in the Process of Risk Management in Healthcare. J Epid Prev Med 2(2): 118.

Prizor 5. Što to kritikuje Europski semestar 2017.?

Europski semestar

Europski semestar ciklus je usklađivanja gospodarskih i poreznih politika u Europskoj uniji. Odvija se u prvih šest mjeseci u godini, zbog čega je i dobio naziv „semestar“. Europski semestar dio je šire reforme gospodarskog upravljanja Europskom unijom.

Cilj europskog semestra jest uskladiti gospodarske i proračunske politike država članica kako bi se pridonijelo stabilnosti Europske unije, zajamčila stabilnost javnih financija država članica, potaknuo gospodarski rast te spriječile prekomjerne makroekonomske neravnoteže u EU-u.

Europski semestar obuhvaća tri bloka koordinacije gospodarske politike:

- strukturne reforme, s naglaskom na promicanju rasta i zapošljavanja u skladu sa strategijom Europa 2020
- fiskalne politike, s ciljem osiguranja održivosti javnih financija u skladu s Paktom o stabilnosti i rastu
- sprečavanje prekomjernih makroekonomskih neravnoteža.

Europski semestar pokrenut je 2011. godine radi smanjenja utjecaja gospodarske krize i poticanja gospodarskog rasta u Europskoj uniji.^{62,63}

⁶² Europsko vijeće i Vijeće Europske unije.

<http://www.consilium.europa.eu/hr/policies/european-semester/> Pristupljeno 1.7.2018.

Izveštaj Europskog semestra formuliran je kao financijski dokument⁶³ i stoga je ukazao na samo nekoliko kritičnih mjesta našega zdravstva. No i ona su dovoljno dramatična da se nad njima ozbiljno zabrinemo.

Osim što ukazuje na probleme povezane s financiranjem, ovaj izvještaj ističe i problem zdravstvenih ishoda, te problem dostupnosti zdravstvene skrbi.

Ova dva pokazatelja, tj. zdravstveni ishodi i dostupnost, govore da ukupan trend zdravstvenog sustava nije dobar, da problemi u sustavu progrediraju i da su perspektive za stanovništvo sve lošije. Izjave Povjerenika EU na tu temu poklapaju se s onim što se nalazi u izvještaju.

Usprkos kritičnosti i dramatičnosti izvještaja EU semestra o zdravstvu, ne moramo to doživjeti kao prijetnju, već kao priliku za promjene.

Ova vrsta dokumenta, posebno upućena prema Vladi Republike Hrvatske, daje prostor i argumente da formiramo veliku nacionalnu frontu koja će obuhvatiti ne samo cijelu Vladu RH, već i sve županijske strukture koje čine nosioce većine zdravstvene zaštite u našoj zemlji.

Dakle, prema nalazu ovog izvještaja, došlo je vrijeme za cjelovito upravljanje u kontekstu skrbi za zdravlje, što se stručno naziva *stewardship*.

Ovaj je izvještaj važan i zbog toga što daje šansu premijeru da na najvišem nivou potakne sveobuhvatnu reformu zdravstvenog sustava. Dakle, ne na razini jednog ministarstva, niti na razini ustanova, već je nužna reforma na razini Vlade Republike Hrvatske. Nakon ovakvog izvještaja, premijer bi, slikovito rečeno, osobno trebao preuzeti ulogu ministra zdravstva.

⁶³ Europska komisija – Predstavništvo u Hrvatskoj. http://ec.europa.eu/croatia/about-us/semester_hr Pristupljeno 1.7.2018.

⁶⁴ Kako funkcionira EU Semestar. <http://www.consilium.europa.eu/hr/policies/european-semester/how-european-semester-works/> Pristupljeno 1.7.2018.

Naravno da pritisak koji stvara ovaj dokument nosi i niz rizika. Tu ističemo rizik da se ne provedu analize dubljih i širih uzroka stanja što ga imamo u zdravstvu. Nadalje, ovaj EU izvještaj ne usmjerava se prema procedurama, znanjima, niti zahvatima koji su neophodni da bi nas izvukli iz postojeće krize.

Jedno od načela uvođenja promjena u zdravstvu jest da se one ne izvode linearno, već u ciklusima koji grade spiralu napredovanja. Zato valja naglasiti opasnost od otvaranja velikog prostora za greške te mogućeg novog ciklusa propusta. Među svim problemima s kojima smo se dosad suočavali u zdravstvenom sustavu, možda najveći problem od svih jest upravo sustavnost odlaganja promjena i serijsko propuštanje prilika.

Naime, niti jedan od problema koji danas imamo u zdravstvu sam po sebi nije nov, već je samo odraz višegodišnjeg previđanja i zanemarivanja problema, a nadasve je odraz višegodišnjeg odgađanja ozbiljnih analiza kao temeljnog preduvjeta reformi, odnosno uvođenja promjena zahvata u zdravstvenom sustavu.

Ukratko, postojeće stanje u zdravstvenom sustavu prije svega je rezultat višegodišnjega grijeha propusta.⁶⁵

⁶⁵ Prema izjavama autora A.DŽ. i K.L. za tekst: Saša Kosanović. Zdravstvo i jedinstvo. (2016) Novosti br. 898. Dostupno na: <http://www.portalnovosti.com/zdravstvo-i-jedinstvo> Pristupljeno 1.7.2018.

Prizor 6. Domovino, ti si kao zdravlje!⁶⁶

Zašto je zdravlje domoljubna obaveza koja nikad ne smije postati tržišno pitanje?^{67,68}

Hrvatski zdravstveni sustav još uvijek ima snažne tradicije i znanja u pružanju zdravstvene zaštite, te naslijeđenu strukturu zdravstva. Tu naslijeđenu strukturu čini velika mreža dobrih javnih ustanova čiji su osnivači država ili jedinice regionalne samouprave, koji putem osnivačkih prava još uvijek uspijevaju kontrolirati ključne velike procese u zdravstvenom sustavu. No, dugotrajna kriza u zdravstvu najviše erodira upravo te temeljne strukture, to jest, supstancu i ukupan kontekst zdravstvenog sustava.

Jedan od uzroka jest globalizacija tržišta, točnije, globalni trend komodifikacije⁶⁹ u zdravstvenom sustavu, kojim se zdravstvena zaštita sve više prepušta djelovanju tržišta. U okolnostima nedostatnog menadžmenta i znanja, tržište svojim navodnim autoregulatornim mehanizmima („nevidljiva ruka tržišta“) pruža uvjete najjednostavnije za upravljanje.

⁶⁶ Naslov pripovjetke Ivana Cankara.

⁶⁷ Google pretraživač ne uspijeva pronaći niti jedan smislen sadržaj koji povezuje pojmove „domoljublje“ i „zdravlje“. Posljednji neuspjeli pokušaj 1.7.2018.

⁶⁸ domoljublje sr: ljubav prema domovini; rodoljublje: Prema: Hrvatski jezični portal 23.12.2016. <http://hjp.znanje.hr/index.php?show=search> Pristupljeno 1.7.2018.

⁶⁹ Isaac Christiansen. (2017). Commodification of Healthcare and its Consequences. World Review of Political Economy, 8(1), 82.

<https://doi.org/10.13169/worlrevipoliecon.8.1.0082> Pristupljeno 1.7.2018.

Komodifikacija je pretvaranje dobara, usluga, ideja i ljudi u robu, tj. predmet trgovine. Roba u osnovi jest bilo što namijenjeno razmjeni ili bilo koji objekt s razmjenskom vrijednošću.

Cijene nasuprot vrijednosti

Koja je razlika između dobra i robe? Roba jesu dobra (kao na primjer tvoj iPad), ali dobra nisu obavezno i robe. Roba jesu dobra koja se proizvode da bi se prodala.

(...) U društvu u kojem živimo postoji težnja da se dobra pobrkaju s robom i da se smatra kako će što je veća cijena nekog dobra netko radije poželjeti da ponudi na prodaju ali nije tako. To važi za robu: što smo mi spremniji više platiti kako bismo kupili iPad, to je Apple spremniji da proizvede veći broj iPordova. (...)

Ako Paris postane profesionalni komičar kad poraste ili ako ti odlučiš postati profesionalni ronilac, onda će njegovi vicevi i tvoje ronjenje postati roba koju ćete prodavati za konkretnu novčanu sumu – oni će steći tržišnu *cijenu*. Cijena neke robe odražava razmjensku vrijednost dobra koje se nudi na prodaju – drugim riječima, vrijednost drugih stvari koje možeš steći prodajući nekoj mušteriji viceve ili ronjenje.

[Neke] stvari imaju imaju ogromnu životnu vrijednost i nultu razmjensku vrijednost. (...) Moguće je i obrnuto.

Te dvije vrste vrijednosti – životna i razmjenska – ne bi mogle da se u biti više razlikuju jedna od druge. U današnjim društvima, međutim, vrlo se često sve vrijednosti mjere kao da jesu razmjenske. Postoji težnja da se sve što nema cijenu, sve ono što se ne može prodati uz dobiti smatra bezvrijednim. I obrnuto. U isto vrijeme živimo u društvima u kojima se – pogrešno – smatra da se podrazumijeva da rast cijene nekog dobra, što znači njegove razmjenske vrijednosti, automatski povećava količinu tog dobra koja će biti ponuđena društvu od onih što ga imaju (ili onih što ga mogu proizvesti). Kao što sam ti maloprije rekao, to zaista važi kad je riječ o iPadu. Ali ne važi za sva dobra.⁷⁰

(...) Istina je da je primjećeno da su u zemljama u kojima se davaocima krvi plaća za krv količine skupljene krvi mnogo manje nego u zemljama u kojima se krv daje dobrovoljno i bez naknade.

Yanis Varoufakis. Što sam rekao kćeri o ekonomiji⁷¹

⁷⁰ Utoliko je neutemeljeno uvjerenje da je porast plaća dostatan da zaustavi

S druge strane, živimo u svijetu koji je ravna ploča⁷², gdje multinacionalne tvrtke više ne razmišljaju u kategorijama nacionalnih država⁷³. U uvjetima globalne ekonomije relevantna analitička jedinica više nije nacionalna država, već jezik, kultura, klima, dobna skupina, rod, životni stil.

Svijet je ravna ploča – Metafora globalizacije kojom se označava svijet kao teren tržišne utakmice na kojem svi sudionici igraju po jedinstvenim pravilima. Na globalnom tržištu sve ranije geografske i historijske podjele izgubile su značenje, a robe i kapital zadobili su punu slobodu kretanja. No, kretanje radne snage još je daleko od takve slobode.

Iste globalizacijske sile koje su nacionalnu državu učinile premalom jedinicom da utječe na velike probleme, učinile su je u drugim okolnostima prevelikom da utječe na male probleme. Povlačenje države iz područja politike u formi privatizacije, deregulacije te zanemarivanja, uzrokuje pretvaranje javnih pitanja u privatna i isključuje ih iz demokratskog pregovaranja. Tako se država sve manje bavi našim sitnim „privatnim“ problemima kao što su produženo liječenje za našu baku ili ortodontski aparatić za naše dijete.

iseljavanje zdravstvenih radnika u inozemstvo ili u veće centre.

⁷¹ Varoufakis, Yanis (2015). Svijet bi mogao biti bolje mjesto. Što sam rekao kćeri o ekonomiji. Zagreb: Sandorf.

⁷² Thomas L. Friedman. Svijet je ravna ploča: globalizirani svijet u 21. stoljeću. Zagreb: Algoritam, 2010. ISBN 978-953-220-768-2

⁷³ Kjell A. Nordstrom Jonas Ridderstråle. Funky business zauvijek: Kako uživati kapitalizam. Str. 70 u eng. izvorniku. Differo, Zagreb, 2009.

Kako se uopće desilo da nas dezintegracija zahvati nespremne za ozbiljno propitivanje stanja, i planiranje budućnosti zdravstvenog sustava, kao nekakve osnove za otpor? Valja znati da je zdravstveni sustav iznimno velik sustav koji obuhvaća sve stanovnike, sve strukture i sve organizacije koje su na bilo koji način povezane sa zdravljem, a povrh toga još i samu državu kao upravljački aparat. Da bi se tako golem sustav uopće mogao obuhvatiti upravljanjem, neophodno je da se u planiranje i upravljanje zdravstvom uključe svi oni koji ga čine: od građana do eksperata pojedinog područja. Svi oni moraju biti uključeni u sustav planiranja, kao što se i za svakoga od njih mora procijeniti koliko je on važan sustavu i koliko je sustav važan njemu. U hrvatskom zdravstvu ta ključna interakcija nedostaje. Kao rezultat, većina građana i upravljačkih struktura u zdravstvu bavi se samo površnim, lako uočljivim manifestacijama erozije koja uništava supstancu sustava.

PLAN. Briga o najboljoj metodi postizanja slučajnog rezultata.

Ambrose Bierce. Đavolji rječnik⁷⁴

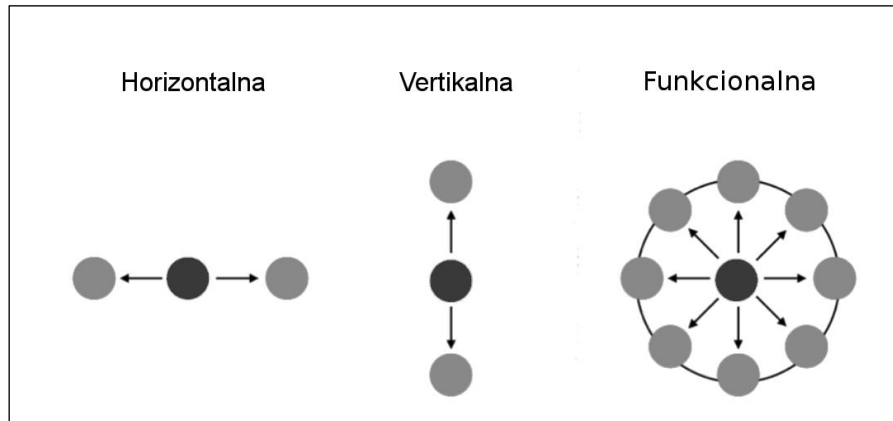
Za građane to su, primjerice, problemi lista čekanja⁷⁵, visina izdvajanja za osnovno zdravstveno osiguranje, participacije, općenita pitanja kvalitete usluga (razlika kvalitete usluga između različitih ustanova, ljubaznost osoblja...).

Strukture koje sudjeluju u upravljanju zdravstvom bave se mahom problemima svakodnevnoga gospodarenja zdravstvom kao što su deficit,

⁷⁴ Str. 122

⁷⁵ Čekanje je ozbiljno teorijsko pitanje kojim se bavi jedna grana matematike. Za one koji se ozbiljno zanimaju za teoriju čekanja u redu (*queueing theory*), preporučamo krenuti od 4. poglavlja u knjižici „*Urban Operations Research*“: http://web.mit.edu/urban_or_book/www/book/chapter4/contents4.html Pristupljeno 1.7.2018.

dugovanja ustanova, problemi zapošljavanja, manjak zdravstvenog kadra.



Slika 1. Vrste poslovne integracije. Funkcionalna integracija povezuje mikro, mezo i makro razinu.

Kao opreka trendu komodifikacije zdravlja, i dalje postoje pozitivne sile koje zagovaraju model cjelovite skrbi za zdravlje građana, to jest, model integrirane zdravstvene zaštite. Upravo je Hrvatska u nekoliko navrata bila svjetski uzor promoviranjem odnosa prema zdravlju i prema zajednici, temeljenih na integraciji skrbi i konceptu narodnog zdravlja. Najbolji primjer takvog pristupa bila je odluka 50-tih godina prošlog stoljeća da se razvoj zdravstva odvrati od sovjetske doktrine te usmjeri prema cjelovitoj i integriranoj skrbi. Dugoročni rezultat te odluke bio je razvoj mreže domova zdravlja, a potom i specijalizacije obiteljske medicine.

U posljednjih nekoliko godina najbolji primer integrirane skrbi jest razvoj sustava palijativne skrbi. Naime, od pokretanja programa razvoja palijativne skrbi cijeli koncept, a potom i dva strateška plana (za razdoblje 2014.-2016.⁷⁶ te 2017.-2019.⁷⁷) u cijelosti su bazirani na

⁷⁶ Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. Usvojen na 134. sjednici Vlade Republike Hrvatske, Zagreb, 28.12.2013.

modelu integrirane skrbi. Rezultati koje ovakav pristup postiže, pokazuje da je integrirani pristup ne samo moguć već je i jedini izbor. Zapravo, dezintegrirani sustavi u zdravstvu, a posebice primarne zdravstvene zaštite su u biti sama negacija „sustava“. Osim toga, u temeljima se mijenja percepcija zdravlja, bolesti i skrbi za zdravlje.

Dezintegriranje zdravstvenog sustava vodi nas k tome da se sve više orijentiramo na bolesti umjesto na zdravlje, da udruženi „pružatelji usluga“ nastoje zamijeniti zdravstveni sustav, a tržište postaje „ministarstva“. Budući da je orijentacija zdravstva na usluge rezultat popuštanja pritisku globalizacije tržišta, orijentacija na skrb za zdravlje građana je u osnovi problem državnog suvereniteta. Pitanje „usluge ili skrb“ prevedeno na politički jezik glasi: ima li naša nacija pravo na zdravlje ili nema? To nije ekonomsko, već političko, štoviše, prvorazredno domoljubno pitanje.⁷⁸

[https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki plan razvoja palijativne skrbi u RH za razdoblje 2014-2016..pdf](https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki%20plan%20razvoja%20palijativne%20skrbi%20u%20RH%20za%20razdoblje%202014-2016..pdf) Pristupljeno 1.7.2018.

⁷⁷ Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017-2020. Usvojen na 61. sjednici Vlade Republike Hrvatske, Zagreb, 18.10.2017.

<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf> Pristupljeno 1.7.2018.

⁷⁸ Adaptirano prema video-intervjuu za OTPORNIK:

<http://radnickaprava.org/video/prilozi/nase-zdravlje-otpornik> Pristupljeno 1.7.2018.

Povezivanje mikro, mezo i makro razine: funkcionalna integracija

Funkcionalna integracija definirana je kako slijedi: ključne funkcije podrške i aktivnosti (tj. financijski, upravljački i informacijski sustavi) strukturirani oko primarnog procesa pružanja usluga, kako bi koordinirali i podržali odgovornost i donošenje odluka između organizacija i profesionalaca, te tako povećali ukupnu vrijednost sustava.

Funkcionalna integracija podržava kliničku, profesionalnu, organizacijsku i sistemsku integraciju. To se odnosi na mehanizme kojima se povezuju modaliteti financiranja, informiranja i upravljanja kako bi sustavu dodali najveću ukupnu vrijednost. Funkcionalna integracija uključuje koordinaciju ključnih funkcija podrške kao što su financijsko upravljanje, upravljanje kadrovima, strateško planiranje, upravljanje informacijama i poboljšanje kvalitete. To uključuje zajedničke politike i prakse za funkcije podrške kroz partnerstva između različitih aktera unutar sustava. Međutim, funkcionalna integracija ne znači više centralizacije ili standardizacije. Funkcionalna integracija bi trebala biti fleksibilan pristup kako bi se partnerstvu omogućilo prilagođavanje na okolinu koja se neprestano mijenja (npr. prilagođavanje potrebama stanovništva). Jedan od najvažnijih aspekata funkcionalne integracije je povezivanje financijskih, upravljačkih i informacijskih sustava oko primarnog procesa pružanja usluga (klinička integracija). Ovi povezani sustavi mogu podržavati i koordinirati kreatore politike (sistemsku integraciju), menadžere (organizacijsku integraciju), profesionalce (profesionalnu integraciju) i pacijente (kliničku integraciju) u njihovoj odgovornosti i zajedničkom odlučivanju u (međusektorskim) partnerstvima.

Da sumiramo: funkcionalna integracija podržava i povezuje kliničke (mikro razina), profesionalne i organizacione integracije (mezo razina) unutar sustava (makro razina).

Valentijn, Schepman, Opheij i Bruijnzeels⁷⁹

⁷⁹ Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013 Mar 22;13:e010.

Kliničko upravljanje: liječnici kao menadžeri

Problem položaja liječnika u odnosu na menadžment je globalna tema o kojoj se živo raspravlja.^{80,81,82} Iako se općenito smatra da liječnici mogu i moraju biti zdravstveni menadžeri, između liječnika i menadžera kao profesionalnih skupina, postoje i velike sličnosti, i velike razlike.⁸³

Najčešće se o odnosu te dvije uloge iznose ove tvrdnje: prvo, liječnici i menadžeri se u svojim poslovima izrazito razlikuju; drugo, liječnici se moraju uključivati u poslovno upravljanje kako bi osigurali svoju sigurnost i autonomiju; i treće, menadžeri moraju naučiti razmišljati kao liječnici kako bi se liječnike rasteretilo poslova tehničkog menadžmenta.

Položaj liječnika u bolničkom sustavu sve je nepovoljniji zato što odgovornost liječnika raste značajno brže od mogućnosti da utječu na ukupne procese u ustanovi odnosno sustavu. Također, menadžerske obaveze znatno udaljuju liječnika od njegovog primarnog zadatka u struci i sustavu, a to su briga za pacijenta i kliničko upravljanje skrbi.⁸⁴

Uzrok tome je u nejasnom razlikovanju struke i sustava, to jest, medicine i zdravstva. Time se težište problema prebacuje u zonu odgovornosti

⁸⁰ Edwards, N. (2003). Doctors and managers: poor relationships may be damaging patients--what can be done? *Quality and Safety in Health Care*, 12(90001), 21i–24. https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_1.i21
https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/suppl_1/i21.full.pdf Pristupljeno 1.7.2018.

⁸¹ Schultz R. Schultz C. Management Practices, Physician Autonomy, and Satisfaction: Evidence from Mental Health Institutions in the Federal Republic of Germany. *Medical Care*. 1988; 26(8):750-763.

⁸² Pont, E. (2000). The Culture of Physician Autonomy; 1900 to the Present. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 9(1), 98-113. PMID: 10721472

⁸³ Edwards N, Marshal M, McLellan A, Abbasi K. Doctors and managers: a problem without a solution? No, a constructive dialogue is emerging. *BMJ*:2003; 326(7390): 609–610

⁸⁴ Davis H, Harrison S. Trends in doctor-manager relationships. *BMJ* 2003;326:646–9.

liječnika, te oni postaju odgovorni za svaki ishod zdravstvene skrbi, bez obzira je li ishodište problema u kliničkom tretmanu ili u poslovanju.

U takvim okolnostima liječnicima se istovremeno i daje posebna važnost, i postavlja ih se u neposredan konflikt s korisnicima, bilo da se radi o kvaliteti pružanja skrbi ili o ostvarivanju prava osiguranika.

Razlozi neuspjeha liječnika u menadžmentu, prema mišljenju menadžera⁸⁵

- Pretjerana samouvjerenost ili arogancija
- Nesposobnost da izaberu osoblje i formiraju poslovni tim
- Pretjerana usmjerenost na upravljanje nauštrb delegiranja
- Nemogućnost da se prilagode značenju uloge “glavnog”
- Izgaranje u nepotrebnim bitkama
- Nepostojanje jasnih motiva za ulazak u menadžment
- Nemogućnost formuliranja jasnih strateških odrednica
- Preopterećenost obavezama
- Nepostojanje specifičnih znanja i vještina potrebnih za menadžment
- Nepotpuna predanost ulozi menadžera

⁸⁵ McCall MW Jr1, Clair JA. Why physician managers fail--Part one. Physician Exec. 1990 May-Jun;16(3):6-10. <https://www.highbeam.com/doc/1G1-9185755.html>
Pristupljeno 1.7.2018.

Sličnosti između liječnika i menadžera kao profesionalnih skupina⁸⁶

- Rade mnogo, često i na štetu svog privatnog života
- Za uspješan rad trebaju dobru edukaciju i specijalizaciju
- Za uspješan rad moraju biti proaktivni
- Moraju pristajati na rizike
- Moraju donositi neugodne odluke
- Moraju priopćavati neugodne vijesti (i na glasu su da loše komuniciraju!)
- S godinama im raste utjecaj
- Na strateškim pozicijama žene su manje zastupljene

Liječnička autonomija i menadžment

Jedan od najsnažnijih načina preuzimanja kontrole nad vlastitom sudbinom u zdravstvu jest aktivno uključivanje u sustave upravljanja. Upravo ovim putem bili su prisiljeni krenuti liječnici u Hrvatskoj kako bi zaštitili svoj položaj i interese. Naime, u nedovoljno definiranim općim uvjetima u sustavu, liječnicima kao ključnim akterima sustava nije preostalo puno prostora za kreativno djelovanje, te su im se moguće aktivnosti i utjecaji sveli mahom na tzv. smanjivanje štete (*harm reduction*).

Upravo ova pozicija štetno djeluje na samu liječničku struku. Naime, približavanjem područja poslovnog i medicinskog odlučivanja postalo je nemoguće odvojiti liječnički rad i ishode rada od problema uzrokovanih nefunkcionalnošću sustava. Tako liječnici nepotrebno postaju krivci za probleme zdravstva, svojevrсни gromobrani sustava. K tome, liječnička autonomija, danas ozbiljno ugrožena suvremenim medicinskim tehnologijama i zahtjevima za racionalizacijom, zarobljena je borbom za očuvanje ostataka te autonomije.

⁸⁶ Smith R. What doctors and managers can learn from each other: A lot. *BMJ*. 2003; 326(7390): 610–611.

Ovakvo stanje velikim je dijelom rezultat nepostojanja jasno definiranih uloga pacijenata, menadžera i liječnika, te (nepravedno zaobiđenih!) medicinskih sestara. Upravo su odnosi ova četiri aktera ključni za uvođenje promjena u sustavu, kao i za punu realizaciju njihovih uloga.⁸⁷

Uključenost liječnika u menadžment ne otvara prostor nužan za stvaranje novih vrijednosti, već znatno smanjuje mogućnost promjena. Znatna isključenost ostalih aktera tome dodatno doprinosi.

Sadržaji i načini na koji promišljaju profesionalci

S jedne strane se liječnicima menadžerima nameće borba za autonomijom, a s druge strane, nemoguće je organizirati zdravstveni sustav bez liječnika koji će upravljati njegovim segmentima. Kako pomiriti te opreke?

Sustav kliničkog upravljanja (*clinical governance*), uveden 1997. godine u zdravstvenom sustavu Velike Britanije, daje odgovor na to. Taj sustav u sebi objedinjuje upravljanje dnevnom praksom, kvalitetom skrbi, te radom profesionalaca (timski rad, profesionalno povezivanje itd.).

Odrednice kliničkog upravljanja

- Usmjerenost najvišim standardima skrbi
- Praksa zasnovana na dokazima
- Praksa u skladu s okolnostima
- Upravljanje rizicima
- Kontinuirani profesionalni razvoj
- Poboljšanje timskog djelovanja⁸⁸

⁸⁷ Degeling at all. Clinicians and the governance of hospitals: A cross-cultural perspective on relations between profession and management Social Science & Medicine. 2006; 63(3):757-775.

⁸⁸ West Midlands Quality Review Service. Clinical governance QS V1.2 20160210. (2015) Clinical and quality governance.

Odrednice kliničkog upravljanja su kvintesencija vrlo zahtjevnog menadžmenta koji se gotovo isključivo nalazi u odgovornosti liječnika, i nemoguće je nadopuniti ga ili zamijeniti nemedicinskim profesionalcem.

Kliničko upravljanje sadrži pristup koji nadilazi medicinu, a istovremeno joj je u službi. U tom okviru jasno su definirane pozicije i odnos liječnika kliničkih menadžera te poslovnog menadžmenta: kao dvaju sustava različitih operativnih sadržaja i načina promišljanja, ali ta dva sustava čine jedinstvenu cjelinu i međusobno su neodvojivi. Dakle, ne moraju liječnici razmišljati kao poslovni menadžeri niti poslovni menadžeri moraju izvanredno razumjeti medicinu, već i jedni i drugi u domenama svoje odgovornosti moraju osigurati sve uvjete za maksimalnu sinergiju. Različitost u ovom slučaju obogaćuje, u službi je veće sinergije i boljih rezultata.^{89,90}

http://www.wmgrs.nhs.uk/download/614/WMQRS-clinical-governance-QS-V1.2-20160210_1456237059.pdf Pristupljeno 1.7.2018.

⁸⁹ Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ* 2001;322:1413–7

⁹⁰ Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter (Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine) *Annals of Internal Medicine*.2002; 136(3): 244-5

Pacijent u središtu zdravstvenog sustava

Sintagma „pacijent u središtu zdravstvenog sustava“ često se koristi u političkim, organizacijskim, financijskim i stručnim raspravama, bilo da je riječ o političkim govorima, o organizaciji zdravstvenog sustava ili biranju najboljeg alociranja resursa, bilo da stručnjaci žele naglasiti koliko je njihov posao fokusiran.

Ta sintagma u različitim kontekstima nosi različita značenja. Primjerice, u političkom govoru u kojem se obraćamo biračima koristimo je za pridobivanje naklonosti i potvrde mjera koje provodimo.

U organizacijskim raspravama pokušavamo tom sintagmom korisnicima dati na važnosti, uputiti ih da su oni nama najvažniji u sustavu i da smatramo nužnim maksimalno prilagoditi sustav njihovim potrebama.

U financijskim raspravama ova sintagma potkrepljuje nakanu da se postojeća sredstva potroše na najbolji način i upravo za specifične pacijentove potrebe.

U stručnim raspravama, pak, tom sintagmom naglašavamo da smo kao stručnjaci usmjereni na pacijenta kao pojedinca.

No ipak, navedene četiri vrste upotrebe ove sintagme ne garantiraju postizanje cilja modela „medicine usmjerene pacijentu“ (*patient centered medicine*). U takvom modelu medicina pristupa pacijentu holistički, to jest, uvažava sve njegove fizičke, psihičke, socijalne i duhovne potrebe i stanja, te se svemu tome organizacijski i sadržajno prilagođava.

Takvim pristupom pacijentu maksimalno približavamo zdravstveni sustav, maksimalno pojednostavljujemo pružanje zdravstvene zaštite, činimo to najracionalnije, dok u stručnom smislu time osiguravamo partnerstvo između pacijenta i liječnika kao stručnjaka koji pacijentu preporučuje određeni oblik zdravstvene zaštite.

Ova sintagma propituje temeljni princip jednakosti i pravednosti u zdravstvenoj zaštiti, čime se pružanje zdravstvene zaštite implicitno spušta u kategoriju tržišnih procesa i tržišnih odnosa u kojima zdravlje

postaje roba na tržištu, a kupac pak korisnik koji u zdravstvenom sustavu kupuje tu robu.

Dakle, sintagma „pacijent u središtu zdravstvenog sustava“ u različitim kontekstima nosi različita značenja, koja pacijenta određuju jednodimenzionalno: ili kao subjekt, ili pak kao objekt.

Primijenimo li koncept u kojem je zahtjev „pacijenta u središtu zdravstvenog sustava“ najvažniji i stoga „ugađamo“ pacijentu, tad je pacijent subjekt koji određuje koje će mu se zdravstvene usluge pružiti.

Moguć je i drugi koncept u kojem je pacijent objekt postavljen u fokus i okružen zdravstvenim sustavom, kako bi se pažljivo odlučilo koje su pacijentove potrebe i potom mu se pružilo ono što je na temelju odluka za njega najbolje.

Oba ova plošna koncepta ozbiljno ugrožavaju veliko, godinama razvijano postignuće zdravstvenog sustava: partnerstvo s pacijentom, to jest, aktivnu ulogu pacijenta u zdravstvenoj intervenciji, pa bilo to liječenje, rehabilitacija ili nešto drugo.

U nekoj mjeri moguće je ovakva pojednostavljenja objasniti potrebom da se lakše prikažu i komuniciraju odnosi, ali ta je „dobronamjernost“ zapravo opasna. Naime, ne samo da se tako dio ključnih odnosa u zdravstvu isključuje iz promatranja, već se negira činjenica da je zdravstvo tehnološko-društveni ekosustav koji se neprekidno razvija i raste. Negiranje te činjenice u direktnoj je suprotnosti sa svime što se događa u suvremenoj medicini i društvu. Zato će konačna žrtva takvog pristupa biti upravo onaj pacijent „u središtu“.

Iako internetske stranice pružaju sve bolje i potpunije informacije o zdravlju, sustav još uvijek nije najbolje podmazan. Pacijenti ne znaju kada zaista smiju preuzeti kontrolu, a kada bi trebali pohrliti k liječniku. Ne znaju kada su u pravu, a kada je struka u krivu. Poput svih koji su „sami svoj majstori», zapravo i ne znaju što ne znaju. Prije mnogo godina, temeljna prva pomoć bila je obavezan predmet u školi i kampovima. Možda je došlo vrijeme za tečaj internetske medicine, kako bi mladi stekli smjernice o samoliječenju i naučili ploviti labirintima zdravstva.

*Mark J. Penn i E. Kinney Zalesne.
Mikrotrendovi: male sile koje pokreću najveće
promjene današnjice⁹¹*

Također, ovi koncepti poimaju pacijenta kao jedinku izdvojenu iz svoje obitelji i zajednice. To nije prihvatljivo ni na razini organizacije zdravstvenog sustava, niti na razini načina pružanja zdravstvene zaštite, jer opisani pristupi odbacuju model u kojem se očekuje da i obitelj i zajednica sudjeluju u procesu zdravstvene zaštite kao partneri, a često i nositelji koji organiziraju i pružaju skrb pacijentu. Takav partnerski odnos s obitelji i zajednicom treba što više razvijati i unapređivati jer je nužan - prije svega zbog trenda povećanja broja starijih stanovnika, kroničnih bolesnika i bolesnika potrebitih palijativne skrbi.

Nadalje, koncept pacijenta kao objekta u prvi plan ističe njega kao osobu koja ima zdravstveni problem, dakle, organizacija sustava podešava se prema bolesnim građanima. No, time iz fokusa ispadaju oni koji takav

⁹¹ Mark J. Penn i E. Kinney Zalesne. Mikrotrendovi: male sile koje pokreću najveće promjene današnjice. Zagreb: Algoritam, 2010. ISBN 978-953-220-994-5

problem nemaju - zdravi građani. Oni su ovakvim konceptom stavljeni na marginu to jest izvan dohvata zdravstvenog sustava, sve dok im se ne pojavi zdravstveni problem

Dakle, koncept „pacijenta u središtu zdravstvenog sustava“ direktno diskreditira brojna postignuća suvremene prakse zdravstvenog sustava. Takve su prakse, primjerice, promicanje zdravlja u kojemu se pacijenta osnažuje, te u njemu pacijent djeluje u svojoj zajednici s drugim građanima i uz njihovu pomoć. Praksa promicanja zdravlja razvija zajednice i bolnice koje promiču zdravlje, čime pacijenta ne stavlja na pijedestal niti u poseban položaj, već ga smatra dijelom cjelovite mreže unutar koje i on sam pruža neku zdravstvenu uslugu.

Valja naglasiti da sam pacijent ima veliku ulogu u promicanju svog zdravlja ne samo kao primalac javnozdravstvenih intervencija, već i kao aktivni sudionik koji polaže pravo na zdravlje te preuzima odgovornost za zdravlje.

Zdravstveni sustav ni u domeni medicine, niti javnog zdravstva, ne može sam činiti čuda. Zato se svijest o preuzimanju odgovornosti pacijenta (kao pojedinca) i društva za zdravlje odnosi na poimanje zdravstvene skrbi kao dobra za čiji uspjeh ili neuspjeh svi preuzimaju odgovornost – i zdravstveni radnici koji pružaju skrb, i pacijenti koji tu skrb odgovorno konzumiraju (savjesno se postavljaju prema svom zdravlju, racionalno i promišljeno troše itd).

Odnosi i ponašanje

Ministarstvo zdravstva i HZZO: izotonički i izometrički sustav

Skrb je odnos, a ne ugovorni aranžman.

Simon Woods⁹²

Hrvatskim zdravstvenim sustavom dominiraju dvije ključne instance: Ministarstvo zdravstva i HZZO. Iako su im ciljevi isti, često se ministar zdravlja i ravnatelj HZZO-a pri uvođenju promjena nađu u teškim problemima, ništa manje nego i ostali dionici zdravstvenog sustava. To je osobito vidljivo u situaciji kad se promjene moraju događati sinkronizirano. Tad početni sklad i timski rad Ministarstva zdravstva i HZZO-a za par mjeseci u pravilu prerastaju u ozbiljan sukob, većinom obilježen i sveopćom zbunjenošću: „Radimo isto i želimo isto – pa gdje je problem?!“

Uzrok tome je u razlici paradigmi upravljanja unutar Ministarstva zdravstva odnosno HZZO-a.

Ministarstvo zdravstva je najjači dionik u zdravstvenom sustavu te ima funkciju izvršne vlasti, a također predlaže zakonska rješenja, donosi podzakonske akte, pa čak i operativne dokumente. Tako Ministarstvo

⁹² „Care is a relationship and not a contractual arrangement“
DEN_GODE_DoeDSW2013.ppt

zdravstva neprekidno kroji i prekrojava zdravstveni sustav, što velikim zakonskim zahvatima, što manjim podzakonskim promjenama. Mijenjajući tako dimenzije i strukture sustava, odnose među dionicima te neke procese, Ministarstvo zdravstva mijenja „metriku“, gabarite sustava. Pri tome opseg ovlasti i procedure po kojima se provode zadane promjene ostaju konstantni tj. ne mijenja se „napetost“ među njima, pa djelovanje Ministarstva možemo opisati kao **izotoničko djelovanje**.

Naime, sustav procedura donošenja i promjena zakona, njihovih objava i usklađivanja s drugim dionicima sustava, vrlo je snažno reguliran. Osim toga, u cijelom tom procesu s brojnim koracima postoje znatna ograničenja u brzini njegove provedbe i snazi požurivanja. Koliko god se činilo da Ministarstvo neke stvari forsira više ili manje, ako dobro razmotrimo tok željenih promjena od ideje do implementacije, uočiti ćemo da je „tonus“ koji Ministarstvo može objektivno postaviti prema sustavu u svom krajnjem zbroju jednolik i nizak, „izotoničan“.

Za razliku od izotoničkog sustava Ministarstva, HZZO je sustav koji je propisan zakonom i koji je visoko reguliran pravilnicima te posebnim ugovorima o suradnji. Unutar tog okvira HZZO nema velikih mogućnosti da mijenja podsustave i relacije u samom sustavu. No, HZZO može raznovrsnim pristupima i alatima vršiti pritisak na ugovorne strane, odnosno dionike s kojima je ugovorio pružanje zdravstvene zaštite. Pristupi i alati za taj pritisak su raznovrsni, a većinom su temeljeni na kontroli, stimulaciji i kažnjavanju. Dakle, HZZO ne može mijenjati gabarite sustava, ali zato putem pritiska može snažno mijenjati njegov **tonus**. Slikovito rečeno, unutar zdravstvenog sustava supostoje izometrički i izotonički ekosustav.

Ukratko, paradigma djelovanja HZZO-a je promjena tonusa u zadanoj strukturi (metrici, formi). Paradigma djelovanja Ministarstva zdravstva je promjena oblika i odnosa unutar zdravstvenog sustava, uz čvrsto ograničenu mogućnost „pritiskanja“, to jest, uz zadani tonus.

Da bismo uveli promjene neophodne za izlazak iz interregnuma, važno je razumjeti da postoje dva temeljna modela upravljanja zdravstvenim sustavom: **izometrički**, kakvog provodi HZZO, te **izotonički**, kakvoga provodi Ministarstvo zdravstva. Naime, odluke Ministarstva zdravstva sadrže složene političke, pravne i upravne procese, i nemoguće je

jednostavno ih prelići u HZZO-ov izometrički sustav upravljanja u kojem je većina odnosa i procesa određena, te je potrebno jedino ih striktno provoditi i kontrolirati.

Centralizacija i decentralizacija zdravstvenog sustava⁹³

Decentralizacija⁹⁴

Decentralizacija zdravstvenih sustava obuhvaća premještanje odlučivanja dalje od centralizirane kontrole, a bliže korisnicima zdravstvenih usluga.

U praksi, decentralizacija znači prijenos vlasti i moći:

- S viših na niže razine vlasti, ili s nacionalne na lokalne razine vlasti
- S vlade na pravno nezavisne autonomne državne organizacije
- S vlade na privatni sektor (bilo profitni ili neprofitni)

⁹³ Tekst adaptiran prema A. Džakula: „Centralizacija-Decentralizacija zdravstvenog sustava“ u knjizi Javni diskurs – Izazovi suvremenog zdravstva (Ured. Silvije Vuletić); Zagreb, 2015.

⁹⁴ Saltman, R., Bankauskaite, V. & Vrangbæk, K. (2007). Decentralization in health care : strategies and outcomes. Maidenhead, Berkshire, England New York: McGraw Hill Open University Press.

Administrativna decentralizacija⁹⁵

Administrativna decentralizacija podrazumijeva preraspodjelu ovlasti, odgovornosti i financijskih sredstava za pružanje javnih usluga s nacionalne vlade na lokalne jedinice vladinih agencija, lokalne uprave ili poluautonomne javne vlasti odnosno korporacije⁹⁶.

Tri glavna oblika administrativne decentralizacije su dekoncentracija, delegiranje i devolucija. Svaki oblik postavlja različita pravna pitanja.

Dekoncentracija uključuje preraspodjelu ovlasti za odlučivanje te financijske i upravljačke odgovornosti među različitim razinama nacionalne vlade. U pravilu, za to nije potrebno mijenjati postojeće zakone.

Delegiranje uključuje prebacivanje odgovornosti za donošenje odluka i upravljanje javnim funkcijama s nacionalne vlade na poluautonomne organizacije iz javnog sektora, kao što su bolničke korporacije. Te organizacije obično imaju poseban pravni status te mnogo diskrecionih prava i autonomije u upravljanju i donošenju odluka.

Devoluiranje znači da nacionalne vlade prenose funkcije na lokalne uprave. U razvijenim sustavima lokalne uprave često imaju jasne i zakonski priznate zemljopisne granice unutar kojih imaju ovlasti i obavljaju te funkcije.

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ Misli se na bolničke korporacije isl.

U stručnim raspravama i tekstovima prevladava dojam kako je decentralizacija u zdravstvenom sustavu Hrvatske pojava koja datira od 1990-ih godina prošlog stoljeća. Isto tako smatra se da je praktično provođenje decentralizacije započelo tek 2001. godine donošenjem zakonskih akata koji termin decentralizacije tada koriste gotovo isključivo u smislu alokacije resursa, to jest decentraliziranih sredstava. No, decentralizacija zapravo ima trajnu vrijednost u organizaciji hrvatskog zdravstva.

Decentralizacija je tako i dio procesa tranzicije kojim se u zemljama bivšeg socijalističkog uređenja pokušava promovirati nov, djelotvorniji model upravljanja javnim službama. Tako decentralizacija nije samo organizacijska doktrina koja otvara mogućnost djelotvornijeg odlučivanja na razini zajednice, već je to i proces kojim se može unaprijediti demokracija u društvu te graditi održive javne sustave.

U vremenu prije ulaska Hrvatske u Europsku Uniju iznova su oživjela pitanja regionalne organizacije javne uprave. Prijedlozi strateških planova razvoja zdravstvenog sustava, posebice Master plan bolnica predstavljen u ožujku 2014., operativno su donosili nove modele centralizacije i decentralizacije.

I dalje je otvoreno pitanje što je potrebno da decentralizacija u hrvatskom zdravstvu uspije. Uobičajeno je u ovakvim analizama decentralizacije istraživati pojedine procese: dekoncentraciju, devoluciju, te delegiranje ovlasti i odgovornost od viših razina upravljanja prema nižima. I privatizacija se uvjetno može promatrati kao stanovit oblik decentralizacije.

Za potrebe ovoga teksta pažnju ćemo usmjeriti na snage i resurse – stručne, upravljačke i političke – potrebne za decentralizaciju, te na odgovornosti koje će garantirati njenu svrhovitost i djelotvornost.

Njihov odnos prikazat ćemo kao model kotača koji predstavlja „život“ decentraliziranog sustava. Taj kotač čini pet elemenata: politička podrška, profesionalci i sustav, upravljanje, sudjelovanje dionika, te vrednovanje učinaka. Pojavi li se problem u bilo kojem od ovih pet elemenata, proces decentralizacije je vitalno ugrožen. Zato ćemo analizirati decentralizaciju vrednujući kritične dijelove svakog od pet elemenata, a također i „kotač“ kao cjelinu koja mora prolaziti kružni put decentralizacije.



Shema kotača decentralizacije

Razvoj decentraliziranog sustava

Razumijevanje procesa decentralizacije

Preduvjet za razumijevanje uspjeha odnosno održivosti decentralizacije u zdravstvenom sustavu Hrvatske jest sagledavanje decentralizacije kroz dužu prošlost te u cjelokupnom okviru zdravstvene i socijalne zaštite u Hrvatskoj. Ukupni proces razvoja decentralizacije razvijao se u dva velika perioda. Prvi je period od 1945.-1990. godine, kad teku procesi

socijalističkog organiziranja od državnog socijalizma prema samoupravnom socijalizmu. Drugi je period od 1990. godine, doba tranzicije, kad se u nastojanju za konsolidacijom javnih službi, naslijeđeni nedjelotvorni socijalistički sustavi nekritički mijenjaju.

Političke doktrine i odluke određene su trima ključnim promjenama koje značajno utječu na provedbu decentralizacije. Prvi put, to je udaljšavanje od „sovjetskog“ modela početkom 1950-ih godina, drugi put, uvođenje sustava samoupravnog socijalizma tokom 1970-ih, a treći put, pak, ulazak u demokratske procese i tranziciju 1990-ih.

Profesionalno djelovanje i resursi znanja razvili su se još u periodu prije 2. svjetskog rata kad su u Hrvatskoj razvijeni snažni sustavi i edukacija u javnom zdravstvu, pa se, dakle, radi o naslijeđenom kapacitetu u javnom sektoru.

Samo liječništvo kao samostalna profesija značajno je oslabljeno ukidanjem Liječničke komore nakon 2. svjetskog rata. Ubrzo potom liječnička profesija se značajno osnažuje kao profesionalna grupacija, ali još mnogo više aktivnim sudjelovanjem velikog broja liječnika u politici. Ovaj trend kulminirao je tokom tranzicije 1990-ih godina kad je velik broj liječnika zauzeo vrlo važne političke i državne funkcije.⁹⁷

Sustav upravljanja javnim sektorom u prvoj fazi nakon 2. svjetskog rata snažno se bazirao na vodstvu komunističke partije i direktnim naredbama. Tranzicija ovog modela ide prema samoupravljanju u kojem svi građani na neki način postaju partneri u razmjeni rada i dobara, ali cjelokupni javni sektor i njegovo upravljanje i dalje su određeni socijalističkom političkom ideologijom i praksom. K tome, nov model nije razvio jasne sustave vrednovanja, pa se javljaju brojni nedostaci u upravljanju. Ulaskom u period tranzicije javljaju se velika očekivanja od novih upravljačkih struktura izabranih demokratskim procedurama, ali rezultati njihovog rada u najvećoj mjeri pokazuju da su ta očekivanja bila značajno precijenjena.

Premda je sustav upravljanja u socijalističkom društvu zagovarao već spomenutu jednakost (a kasnije i samoupravljanje!), s vremenom se jasno prepoznaje važnost profesionalnog menadžmenta i njegovih

⁹⁷ U Hrvatskom saboru 2018. godine, 14 zastupnika te 5 stručnih članova saborskog odbora za zdravstvo bili su doktori medicine ili doktori dentalne medicine.

mogućnosti djelovanja i u okvirima tako zadanih sustava. Očekivanja u odnosu na profesionalni menadžment značajno su porasla nakon početka tranzicije, a posebno su isticana u periodu nakon 2000. godine putem različitih organizacijskih promjena te uvođenjem edukacija. Međutim, ni dvadeset pet godina od početka tranzicije još nisu definirana jasna očekivanja niti kriteriji za menadžment u javnim službama – štoviše, još uvijek su naglašeno prisutna imenovanja prema političkim kriterijima, uključujući i zdravstveni sustav.

Periodi

Cilj nam je propitati kritična mjesta u razvoju decentralizacije, prije svega u kontekstu međudnosa ključnih segmenata decentraliziranog sustava. Ove ćemo međudnose sagledavati kroz četiri prije navedene faze ili ciklusa razvoja decentralizacije. Prvi ciklus koji započinje 1950-ih i određen je najviše odlukom da se jača model primarne zdravstvene zaštite, drugi počinje 1970-ih te je snažno određen samoupravljanjem, treći počinje 1990-ih procesom tranzicije kao najsnažnijim generatorom promjena, te četvrti započet nakon 2000. godine pokušajem osnaživanja decentralizacije.

Državni socijalizam - pedesete i šezdesete

Hrvatska u svojoj tradiciji upravljanja pamti različite društveno političke oblike unutar kojih su razvijani različiti procesi decentralizacije i centralizacije: od monarhije i diktature, preko ratnih perioda vojnih vlasti, socijalizma do tranzicijskog kapitalizma. U periodu od 1945. do 1948. godine Hrvatska je preuzela socijalističko društveno uređenje i politički sustav zasnovan na lenjinističkoj ideologiji te je centralna vlast u to vrijeme bila snažno vezana uz Sovjetski savez. Nakon raskida sa Sovjetskim savezom 1948. godine vladajuća struktura mijenja svoju praksu centraliziranja te postupno i kontinuirano prenosi ovlasti na druge dionike unutar zdravstvenog sustava ili većeg dijela javnog sektora, tako da se decentralizacija u Hrvatskoj razvija i mijenja kontinuirano od 1950. godine.

Iako je bilo epizoda u kojima je centralna vlast snažnije utjecala na razvoj zdravstvenog sustava, u cjelini se zdravstveni sustav nakon 1950. godine okrenuo od Semaškovljevog modela koji vlada u Sovjetskom

savezu, te kontinuirano uvodi nova stručna i organizacijska rješenja. Među njima posebno treba istaknuti razvoj domova zdravlja i obiteljske medicine.

Ključ uspješnog razvoja u tom ciklusu bio je u ujednačenoj snazi svih segmenata važnih za decentralizaciju: postojala je politička volja da se napravi odmak od centralističkog sovjetskog sustava, postojala je naslijeđena snaga javnozdravstvenog znanja i profesionalaca, te se upravljanje moglo regulirati putem snažnih političko-upravljačkih struktura.

Samoupravljanje - sedamdesete i osamdesete

Značajka je druge faze da u njoj dominira i nameće se nov model upravljanja – samoupravljanje, dok istovremeno politička podrška ostaje tek na ideološkom odobravanju, ili se pak spušta na lokalne razine gdje zbog uvijek opterećenih međuljudskih odnosa ne uspijeva biti dosljedno provedena.

Samoupravni socijalizam dodatno je osnažio proces decentralizacije, davši snažnu aktivnu ulogu i zdravstvenim radnicima, i građanima kao korisnicima. Kasnije, u modelu samoupravnog socijalizma, korisnici i zdravstveni radnici postaju partneri u osiguranju zdravstvene zaštite.

Profesionalci dolaze u priliku da snažnije sudjeluju u procesu odlučivanja, ali se njihov ukupni interes zbog razvoja medicine sve više okreće kliničkim ustanovama, pa se time slabi ključna karika – primarna zdravstvena zaštita. Iako u to vrijeme zbog snage domova zdravlja to nije tako djelovalo, kasnije objavljeni podaci pokazuju da su se problemi u PZZ već tada bili nagomilali.

Osnivanjem samoupravnih interesnih zajednica, uza sva ograničenja djelotvornom upravljanju, izgradila se važna horizontalna mreža koju na razini zajednice čine predstavnici profesionalaca i građana. Osim toga, teritorijalni ustroj s općinama i zajednicama općina stvara cjeline unutar kojih samoupravne interesne zajednice imaju važnu ulogu i osiguravaju visoku razinu resursa potrebnih za zdravstvenu zaštitu.

Time politički procesi razvoja samoupravnog socijalizma, teritorijalni ustroj, te izgradnja zdravstvene mreže, čine jedan decentralizirani zdravstveni sustav u kojem su jasno definirane uloge i odgovornosti za pojedinu funkciju.

Tranzicija i decentralizacija - devedesete

Treća faza, faza tranzicije, djelovala je „obećavajuće“ za decentralizaciju, ali ju u suštini uopće nije imala kao prioritet niti ju je prepoznala kao priliku.

Naime, postojale su potrebne komponente: regionalna podjela na općine – kasnije dodatno osnažena kroz sustav županija, te naslijeđene ustanove organizirane u lokalne mreže ili čak integrirane ustanove (medicinske centre). Međutim, veličina problema (prije svega financijskih), ali i potreba da se što brže organiziraju sve vertikalne javnih službi u osamostaljenoj državi, nagnale su vlasti da ubrzano sve stave pod centralnu kontrolu. Ovo stanje dodatno je pogoršao rat u Hrvatskoj.

Početak 1990-ih godina samoupravni sustav prepoznaje se kao loš sustav koji nužno treba ukloniti. Naime, u proces tranzicije ušli smo opterećeni lošim upravljanjem i niskom djelotvornošću koja nije bila nužno vezana uz model sustava, već njegovu implementaciju. Kao rezultat, nasljeđe samoupravnih interesnih zajednica poimalo se samo kao izrazito neefikasan sustav kojim se teško upravlja. Pri tome se i decentralizaciju označilo kao ozbiljan problem i uzrok neodrživosti ovog sustava. Nažalost, pri tome nisu prepoznate snage ovog sustava, već samo njegove slabosti, te se krenulo u reorganizaciju primarne zdravstvene zaštite, ali u suštini i cijelog zdravstvenog sustava.

U sklopu tranzicije Hrvatska je ušla i u proces privatizacije koji, iako predstavlja varijantu decentralizacije, u kvalitativnom smislu nije donio nikakve nove vrijednosti. Iako se u to vrijeme smatrala čudotvornim lijekom za nedjelotvornost u poslovanju, nedovoljno razrađena privatizacija dodatno je smanjila djelotvornost i kvalitetu rada zdravstvenog sustava.

U tako vođenoj tranziciji, primarna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj tokom 1990-ih godina određena je dvama ključnim elementima. Jedan je naslijeđeni sustav domova zdravlja, a drugi, još važniji, jest novi teritorijalni ustroj iz 1993. godine kojim se osnivaju županije, te se potom na njih prenose osnivačka prava za ustanove na primarnoj i sekundarnoj razini.

Iako su u ovom periodu većinom zadržane vrijednosti decentralizacije samih zdravstvenih ustanova, decentralizacija nije prepoznata kao neophodna komponenta tranzicije cijelog društva. Posljedično, uloga

zajednice u zdravstvenom sustavu nije bila jasno definirana - niti kao aktivno partnerstvo, niti kao odgovornost za zdravlje i zdravstveni sustav. Tako s početkom tranzicije u devedesetima (suprotno očekivanju!) unutar zdravstvenog sustava gotovo prestaju procesi započeti Ottawskom deklaracijom u kojoj se snaga zajednice ističe kao ključni resurs.

Novoosnovane regije-županije nisu bile dovoljno ekipirane da se samostalno brinu o zdravstvenom sustavu. Građanima i profesionalcima kao dionicima u sustavu bilo je namijenjeno da sve svoje aktivne angažmane realiziraju putem demokratskih izbora te potom izabranim predstavnicima prepuste javno djelovanje.

Tako je period između 1990. i 2000. godine snažno obilježen pokušajem da se mjerama državne politike odvoje javni i privatni sektor, te da se iz javnog sektora izdvoje dijelovi sustava koji se kasnije mogu osamostaliti. U PZZ se provodi i praktična decentralizacija: izdvajanje ZZJZ; privatizacija gotovo svih ostalih djelatnosti osim hitne medicinske pomoći, poznata i kao „zakupizacija“; osnivanje drugih privatnih zdravstvenih ustanova koje su radile samostalno ili putem ugovora s HZZO-om.

Od 2000. do danas

Nasljeđe nerealizirane komunističke ideologije, rat u Hrvatskoj od 1990. do 1995. godine, te stihijna tranzicija cijelog društva, u drugi su plan potisnuli vrijednosti zdravlja koje je donijela Ottawska deklaracija. Tek 2000. godine otkrila se potreba osnaživanja zajednice, kako u skladu s Ottawskom deklaracijom, tako i s tranzicijom koja je posebice obilježila primarnu zdravstvenu zaštitu.

Tek deset godina nakon početka tranzicije, dakle, 2000. godine, prepoznaje se da se samim poboljšanjem efikasnosti zdravstva ne može osigurati razinu cjelovite zdravstvene zaštite koju su stanovnici imali prije 1990. Nažalost, razvoj decentralizacije u periodu tranzicije nije samo usporen, već je u mnogim sredinama gotovo u cijelosti zakočen. Naime, usprkos realizaciji programa Zdravih županija te zakonskim promjenama koje potiču aktivnu ulogu zajednica u decentralizaciji, stanje (gotovo 25 godina nakon početka tranzicije!) ne možemo proglasiti zadovoljavajućim. Naslijeđene vrijednosti primarne zdravstvene zaštite,

decentraliziranog sustava i Ottawske deklaracije, žive u svega nekoliko sredina u Hrvatskoj.

Posljednja faza, započeta nakon 2000. godine, u političkom smislu pokušala je rehabilitirati decentralizaciju, trajno prisutnu u zakonskim aktima. Određena je i specifična formula za alokaciju sredstava za zdravstvene potrebe po županijama. Također, pokrenuti su programi edukacije za upravljanje u zdravstvu (npr. studiji zdravstvenog menadžmenta, projekt „Zdrave županije“), ali postignuti su tek ograničeni rezultati. Iako u cjelini trajno postoji problem centralnog financiranja zdravstvenih usluga kroz HZZO, preostali prostor za razvoj decentralizacije nije iskorišten, čak niti nakon uvođenja zakonske obaveze da županije formiraju svoje savjete za zdravlje, te koordiniraju i planiraju provođenje zdravstvene zaštite na svom teritoriju. Objašnjenje za ovakvo stanje može se naći u potpunom nedostatku usklađenosti reformskih aktivnosti na svim razinama. Isto tako ovo stanje predstavlja polazište za procjenu razvoja decentralizacije u sljedećem periodu.

Temeljem ovako sagledanih procesa koji određuju decentralizaciju možemo zaključiti: Ne postoji politička volja, niti kapacitet da se na razini javnih politika izravno razvije model decentraliziranog zdravstvenog sustava. Međutim, iskustva nekih sredina, primjerice Istarske županije, pokazuju koliko se snažno može djelovati i na razini policy-ja.

Uslijed nekoordiniranih reformi pojedinih dijelova zdravstvenog sustava ne postoji interes niti u jednoj profesionalnoj grupaciji da se opsežnije horizontalno povezuje, ali razvoj modela koncesija te stimulacije za suradnju pokrenuli su osnivanje skupnih praksi obiteljskih liječnika.

Logika kolektivnog djelovanja je teorija grupa i organizacija koja objašnjava kako grupe i organizacije funkcioniraju u vidu postizanja svojih interesa. Bazirano na premisi racionalnog samozainteresiranog individualca, teorija sugerira kako racionalni pojedinci neće volonterski unapređivati grupne interese osim ako ne postoji prisila ili neki drugi poticaj koji nije u grupnom interesu (jer maksimizacija dobrobiti počiva na tome da će svaki racionalni pojedinac prepustiti drugim članovima grupe da to učine, a da se

oni sami okoriste – *free rider problem*). Teorija objašnjava razliku između djelovanja malih i velikih interesnih skupina, i objašnjava da logika kolektivnog djelovanja veliki interesnih skupina počiva na beneficijama koje sami članovi u njima ostvaruju povrh kolektivnih interesa grupe.⁹⁸

Postojeće potrebe suradnje na razini PZZ te suradnje sa stacionarnim ustanovama tek treba precizno istražiti, ali postoje znakovi da se radi o najkritičnijem dijelu zdravstvenog sustava, a time i mogućem prostoru za razvoj novih oblika organizacije na decentraliziranim osnovama.

Kapacitet upravljanja je iznimno slab – kako na razini javnih službi tako i ustanova. Formiranje županijskih timova za zdravlje i njihovo djelovanje u nekoliko županija pokazuju da tu postoji velik prostor i zakonska podloga za daljnji razvoj. Poseban problem predstavljaju domovi zdravlja, nekad središnje ustanove decentraliziranog zdravstvenog sustava. Njihovu ulogu u budućem zdravstvenom sustavu – decentraliziranom ili centraliziranom – svakako treba u cijelosti preispitati.

Teorija igara - Teorijski okvir koji objašnjava logičko odlučivanje u raznim kontekstima: igre jednog pucnja (*one shot game*), ponovljene igre (*repeated interaction*), koje predviđaju kako će se pojedinci ponašati u određenim interakcijama, te razlikuje vrste igara: kooperativne/ nekooperativne, simetrične/asimetrične, s nultom sumom/nenultom sumom, te simultane/u sekvenci.

⁹⁸ Olson, Mancur. *The logic of collective action*. Vol. 124. Harvard University Press, 2009.

Građani iskazuju visok interes za veće uključivanje u zdravstvenu zaštitu, ali ne postoje jasno definirane procedure niti poveznice prema sustavu. Civilni sektor ima značajan kapacitet te bi uz strateško vođenje i podršku na svim razinama lokalnog organiziranja (općina, grad, županija) mogao značajno doprinijeti osnaživanju zajednice. Odličan primjer je Projekt Europskog odjela Svjetske zdravstvene organizacije (EuWHO) "Zdravi grad" i Hrvatska mreža zdravih gradova.⁹⁹

⁹⁹ <http://www.zdravi-gradovi.com.hr/home/o-mrezi/projekt-svjetske-zdravstvene-organizacije.aspx> Pristupljeno 1.7.2018.

Problem muktašenja (*free rider problem*) – Problem koji nastaje kad pojedinac ili neka skupina troše ili koriste neke resurse, usluge ili zajednička dobra besplatno ili ne plaćajući punu cijenu. Problem je čest u ekonomiji, kolektivnom pregovaranju i političkoj znanosti. Muktašenje može negativno utjecati na stvaranje javnih dobara ili prekomjernog iskorištavanja nekog javnog dobra tj. tragedije zajedničkog dobra.

Kako je i navedeno u uvodu, pet je bitnih elemenata koji osiguravaju održivost decentraliziranog modela upravljanja: jasna politička vizija i podrška, osnaženi profesionalci i sustav, efikasno upravljanje, aktivno sudjelovanje dionika te odgovorno vrednovanje. Iako su tu problemi brojni, postoji i dosta mogućnosti da se svih pet elemenata dovede u aktivno stanje, i time kotač decentralizacije ponovo pokrene.

Privatizacija u zdravstvu kao problem i kao rješenje

Privatizacija je jedna od onih riječi koje se svakodnevno višestruko koriste, a da pritom u pravilu ne razumijemo ni cjelinu značenja, niti njenu povezanost s drugim procesima i stanjima koja srećemo u zdravstvu. Ovo se posebno ističe kad pokušavamo obuhvatiti veći period i unutar njega vrednovati proces privatizacije. Tako dolazimo do potrebe da privatizaciju rastumačimo u više dimenzija i pojavnosti koje su nastajale ovisno o vremenu i okolnostima koje su privatizaciju prepoznavali kao problem odnosno kao moguće rješenje.

Socijalizam: privatizacija u svrhu vrednovanja rada

Privatizacija i proces privatiziranja počinju se učestalije spominjati zadnjih godina socijalizma, krajem 1980-ih, u različitim dokumentima koji su opisivali potrebu za reformom socijalističkog društva, a time i zdravstvenog sustava.

Nakon što je socijalističko društvo iskušalo model planske privrede, a zatim i samoupravljanja, u nadolazećim vremenima perestrojke činilo se da privatizacija predstavlja posljednje rješenje koje bi moglo vratiti povjerenje u vrijednost rada i zalaganje pojedinca. Bio je to odraz stanja u društvu koje nije našlo prikladno sustavno rješenje vrednovanja rada i postignuća. Spominjanja privatne inicijative bila su ograničena uglavnom na stručne i intelektualne rasprave.

Tranzicija: privatizacija kao sredstvo demokratizacije

Vjetar u jedra privatizacijskog procesa došao je s početkom tranzicije koja je sama po sebi značila promjenu vlasništva. Privatizaciju se smatralo jednom od ključnih promjena kojom će se trajno osnažiti i demokratizirati bivša socijalistička društva. Privatizacija nije bila samo sredstvo i ekonomska kategorija, već također cilj tranzicije i demokratske preobrazbe u pluralističko društvo.

Reforma javnog sektora: sredstvo za veću efikasnost

Naslijeđeni problemi funkcioniranja zdravstvenog sustava postali su u periodu tranzicije još izrazitiji, pa su tako i zahtjevi za boljim i efikasnijim sustavom postali još snažniji. Ti su zahtjevi većinom uključivali ili pretpostavljali privatizaciju kao jednu od najdjelotvornijih metoda povećanja efikasnosti u zdravstvu, koja će osigurati optimalno korištenje

ograničenih sredstava koje je zdravstveni sustav imao na raspolaganju u doba tranzicije. O tome svjedoče hitne promjene u financiranju zdravstvenog sustava koje su uvedene već sredinom 1990. godine, samo par mjeseci nakon formiranja nove demokratske vlasti.

Veća kvaliteta

Stav kreatora reforme iz 1993. bio je da će privatizacija nužno donijeti veću kvalitetu odnosno bolju skrb i usluge za krajnjeg korisnika. Naime, uz privatizaciju se vezivala ideja tržišne utakmice i konkurencije.

Ovim stavom postavljeni su temelji uvođenja sustava zakupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, čime je dijelu profesionalaca u primarnoj zdravstvenoj zaštiti omogućeno da u svom poslovanju primijene načela privatne prakse. Kasnije je proces privatizacije dodatno reguliran uvođenjem koncesija za obavljanje djelatnosti zdravstvene zaštite koje su u mreži javne zdravstvene zaštite službeno od 2008. godine.

Pretpostavlja se da se tržišta reguliraju sama od sebe. No, možda je [slobodno tržište] uspostavljeno uglavnom državnim planiranjem, nametanjem aparature zakona i politika namijenjenih stvaranju polja za određene vrste interakcija¹⁰⁰, kako je to Polanyi¹⁰¹ dobro dokumentirao.

David Graeber¹⁰²

Nove usluge

Od privatiziranog zdravstvenog sustava očekivalo se ne samo povećanje kvalitete zdravstvene zaštite, već i uvođenje novih usluga koje će se ponuditi građanima.

¹⁰⁰ U članku 49. Ustava RH stoji: Država osigurava svim poduzetnicima jednak pravni položaj na tržištu. Zabranjena je zlouporaba monopolskog položaja određenog zakonom. (...) Prava stečena ulaganjem kapitala ne mogu se umanjiti zakonom niti drugim pravnim aktom.

(5) Inozemnom ulagaču jamči se slobodno iznošenje dobiti i uloženog kapitala. , prema kojem svim poduzetnicima država osigurava jednak pravni položaj na tržištu

¹⁰¹ Karl Polanyi (Beč, 1886.–SAD, 1964.) – mađarsko-američki politički ekonomist. U svom ključnom djelu „Velika preobrazba - Politički i ekonomski izvori našeg vremena“ tvrdi da moderna tržišna ekonomija i suvremena nacionalna država nisu odjeliti elementi, već čine jedinstvenu cjelinu, tvorevinu on naziva "tržišnim društvom". Ukratko, slobodno tržište ne može opstajati bez čvrste državne podrške u obliku zakona, policije i vojske. Knjiga je u nas objavljena 1999. (Zagreb, Naklada Jesenski i Turk).

¹⁰² Possibilities: Essays on Hierarchy, Rebellion and Desire. Oakland, CA : AK Press, 2007.

Novi kapital

Stabilizacijom tranzicijskih reformskih procesa zdravstvo se sve više profilira u privatnu privrednu aktivnost. Privatni investitori u zdravstvu najčešće ulažu kapital u osnivanje privatnih poliklinika i bolnica usmjerenih na one dijelove zdravstvene zaštite u kojima je moguće jasno definirati i naplatiti servise.

Očekivanja od ovog vida privatizacije i privatnog investiranja u pogledu razvoja privrede u cjelini, bila su izrazito velika. Osobito se mnogo očekivalo od sinergije zdravstvenog s turističkim sektorom.

Dopunski prihod

Najdelikatniju vrstu privatizacije u Hrvatskoj predstavlja praksa u kojoj zdravstveni radnici istovremeno rade u privatnim i javnim zdravstvenim ustanovama odnosno servisima. Ovaj kombinirani model nekoliko puta je modificiran, no ostalo je nedorečeno na koji način pomiriti privatne i javne interese, te istovremeno onemogućiti ili bar ograničiti sukob interesa te korupciju u zdravstvu kojoj nepomirenost tih opreka pogoduje.

Profit

Dovršetkom primarnih procesa privatizacije i osnivanjem većeg broja samostalnih privatnih ustanova formirala se mreža privatnih pružatelja zdravstvenih usluga i zajedničko tržište, te su oni nastavili investirati i razvijati privatne inicijative u zdravstvenoj zaštiti. Trend i vrste ustanova koje su osnivane jasno je ukazivalo da se zdravstvena zaštita prepoznaje kao privredna grana u kojoj se može razvijati poslovanje i osigurati značajan profit.

Motivacija za ostanak u sustavu

U periodu nakon 2010. godine jasno se prepoznaje trend odlaska zdravstvenih radnika s manje atraktivnih područja i lokacija. Kako bi se ublažio problem manjka liječnika odnosno podigla njihova motivacija da više rade i da ostanu u Hrvatskoj, potiče se liječnike da formiraju svoje privatne liječničke prakse koje bi im omogućile visoku razinu financijske sigurnosti te poslovnu samostalnost. Posljednji prosvjedi liječnika primarne zdravstvene zaštite u lipnju 2018. na Markovom trgu u Zagrebu pokazuju da se pitanjima ravnopravnosti liječnika, koncesija, specijalizacija, kao niti općenito mjerama za upravljanje ljudskim resursima, zapravo nitko ne bavi sustavno.

Outsourcing

Nakon davnog početnog korporativnog oduševljenja *outsourcingom*,¹⁰³ danas je postalo jasno da je *outsourcing* dobar izbor samo za bogate tvrtke s obilnim zalihama i bez potrebe za racionalizacijom, te kod visoko rizičnih poslova gdje tvrtka koja uzima uslugu *outsourcinga* želi vanjskom partneru prebaciti menadžment rizika.

Jedini *outsourcing* koji se u tranzicijskom zdravstvu pokazao iznimno uspješnim jest *outsourcing* bolničkog menadžmenta, što dokazuju, primjerice, iskustva Svjetske banke u Austriji i Estoniji. Radi se o obliku javno-privatnog partnerstva gdje bolnice iz javnog sektora dobivaju menadžment iz privatne tvrtke specijalizirane za upravljanje bolnicama.

Praktično gledano, svaki *outsourcing* često obavljanih poslova koji bi morali biti dio kolektivnog/korporativnog znanja bolnice, poput radova na rutinskom održavanju ili manjih građevinskih zahvata, mogu se protumačiti kao nevoljkost uprave da se uhvati u koštac s problemom

¹⁰³ Eng. *outsourcing* - prijenos poslovne funkcije vanjskom pružatelju usluga.

upravljanja određenim bolničkim službama ili podjedinicama, pa bira *outsourcing* kao sebi lakše rješenje.¹⁰⁴

Outsourcing pomoćnih djelatnosti u hrvatskim bolnicama i dalje je aktualan, pa danas u prosjeku svaka druga bolnica u zemlji angažira privatne tvrtke za pomoćne usluge poput pranja rublja, čišćenja, zaštitarske službe te informatičke podrške.¹⁰⁵

Brzi i žestoki

*Life's simple. You make choices and you don't look back.*¹⁰⁶

Han Lue | The Fast and The Furious: Tokyo Drift (2006)

Ako postoji neka kolektivna asocijacija na socijalističku plansku privredu, onda je to slika ogromnih svezaka šapirografiranih dokumenata u kojima se iznose viđenja naše socijalističke stvarnosti i planovi za ostvarivanje naše svijetle budućnosti u okvirima idealnog društva. Slika je to koju stariji vjerojatno vežu uz ono što su neposredno vidjeli u nekoj ustanovi ili pak na televizijskim snimkama nekog sastanka (sobe ispunjene velikim foteljama, gustim cigaretnim dimom i neuspješno svezanim kravatama).

¹⁰⁴ Fidler AH(1), Haslinger RR, Hofmarcher MM, Jesse M, Palu T. Incorporation of public hospitals: a "silver bullet" against overcapacity, managerial bottlenecks and resource constraints? Case studies from Austria and Estonia. *Health Policy*. 2007 May;81(2-3):328-38. [https://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(06\)00140-0/fulltext](https://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(06)00140-0/fulltext) Pristupljeno 1.7.2018.

¹⁰⁵ Ljerka Bratonja Martinović. Bolnički outsourcing: Privatne tvrtke samo u KBC-u Zagreb godišnje naplate 21 milijun kuna. *Novi list*, 9.1.2018.

¹⁰⁶ „Život je jednostavan. Donosiš odluke i ne osvrćeš se.“ Na engleskome zvuči opakije.

Oni mlađi o svemu su samo slušali, ali „znaju“ da je to bilo nešto loše. Tranzicija je značila oslobođenje. Među inim, i od „previše planiranja“. Novo društvo u koje smo stupali prikazivalo se kao učinkovito i djelotvorno, brzo i sposobno da se prilagodi. Riječju: idealno društvo! Pa zar opet?

Kasnije, mnogo kasnije, čitali smo o tome kod Zygmunta Baumana, „Tekuća modernost“.

Fazu *prekomjernog elaboriranja* je gotovo preko noći zamijenila faza *prekomjernog djelovanja*. U osnovi, izvanredno stanje u kojem smo živjeli zbog agresije i Domovinskog rata, ne samo da je opravdavalo donošenje brzih odluka, već je to na stanovit način i forsiralo. A onda, kad su prošla najveća ratna iskušenja, civili su odlučili nastaviti igrati se rata: odlučivati brzo, bez puno promišljanja i kompliciranja. Metoda je jasna: imamo problem, a imamo i nešto znanja – pa što čekati? U javnoj upravi nastao je *El Dorado* za sve profesije koje u svojem radu često donose odluke. Sad su se bez posebnog problema mogli prebaciti u bilo koju javnu politiku – iskustvo odlučivanja imaju, zahtjevi za argumentiranjem su olabavljeni: vrijeme je za akciju.

Ne izjednačavaj aktivnost s efikasnošću.

Harvey B. Mackay¹⁰⁷

¹⁰⁷ Mackay, Harvey. (1996) Plivati s morskim psima i sačuvati živu glavu: nadmašite svoje konkurente prodajom, rukovođenjem, motivacijom i umijećem pregovaranja. Zagreb: Privredni Vjesnik

Kako vrijeme odmiče, problemi se umnažaju, pritisci su sve jači, postajemo sve nervozniji, sve žešći - i brži. Nastaje začarani krug, krećemo se tako brzo da samo što se ne sudarimo sa samima sobom.

Ova fluidna lakoća djelovanja zahvatila je i zdravstvo, i to snažnije nego druge sektore. Naime, liječnici zbog iznimno zahtjevnog posla imaju i razvijen stav, i veliko iskustvo u donošenju odluka, nerijetko i onih najtežih. K tome ih resi odlučnost i znanje: donose odluke i za njih odgovaraju. Kao takvi, imaju mnoge karakteristike koje su poželjne za pozicije menadžera i lidera u zdravstvu i javnoj upravi općenito. ^{108,109,110}

¹⁰⁸ Edwards N, Marshal M, McLellan A, Abbasi K. Doctors and managers: a problem without a solution? No, a constructive dialogue is emerging. *BMJ*:2003; 326(7390): 609–610

¹⁰⁹ Davis H, Harrison S. Trends in doctor-manager relationships. *BMJ* 2003;326:646–9

¹¹⁰ Edwards N. The importance of manager-doctor relationships. *Health Service Journal* 2007

http://www.hsj.co.uk/news/the_importance_of_managerdoctor_relationships.html

Pristupljeno 1.7.2018.

Što je Trumpcare?

Zakon o američkoj zdravstvenoj skrbi¹¹¹ je republikanska verzija Zakona o pristupačnoj skrbi¹¹². Kao i većina propisa, ovaj je zakon započet u Zastupničkom domu. No, za razliku od većine propisa, o ovom zakonu nije bilo rasprave u Zastupničkom domu. Odabrana skupina republikanaca napisala ga je iza zatvorenih vrata kako bi zamijenio Obamacare, dok su šmrkali kokain i trusili čašice ruske votke. Vjerojatno ćete sad reći: „Sumnjam da su bili pijani i šmrkali koku”, ali kako to znate? Bilo je iza zatvorenih vrata. A i pročitao sam zakon, pa nisam tako siguran.

Michael Harriot¹¹³

¹¹¹ Prijedlog zakona o američkoj zdravstvenoj zaštiti (*American Health Care Act*) iz 2017. godine, koji se obično navodi akronimom AHCA ili nadimcima Trumpcare, Ryan care, Obamacare-Lite i Republicare, podignuli su Republikanci u Kongresu u cilju ukidanja Zakona o zaštiti pacijenata i dostupnosti skrbi (*Patient Protection and Affordable Care Act*, skraćeno ACA). Temeljio se na prvom dijelu trostupanjskog plana ukidanja tog zakona, sa ciljem ukidanja dijelova ACA u okviru saveznog proračuna. Prijedlog je iz daljnje procedure povučen zbog nedovoljne podrške samih Republikanaca.

¹¹² Zakon o zaštiti pacijenata i dostupnosti skrbi (Act on Patient Protection and Affordable Care, skraćeno ACA), poznat i kao Obamacare, je američki federalni zakon donesen 2010. godine u mandatu predsjednika Baracka Obame. Cilj zakona bila je financijska, tehnološka i klinička transformacija procesa u zdravstvu, kako bi se potaknuli bolji zdravstveni ishodi, spustili troškovi, smanjila stopa građana bez zdravstvenog osiguranja, te poboljšala dostupnost kvalitetne skrbi.

Zakon zahtijeva da osiguravatelj prihvaća sve podnositelje zahtjeva za zdravstvenim osiguranjem, pokriva određeni popis zdravstvenih stanja, te naplaćuje iste stope bez obzira na postojeće zdravstveno stanje ili spol. Ukratko, tim zakonom se američki sustav zdravstvenog osiguranja pokušalo učiniti sličnijim našem.

¹¹³ Michael Harriot. We Read All 123 Pages of Trumpcare; Here's What You Need to Know. 10.3.2017. http://www.theroot.com/we-read-all-123-pages-of-trumpcare-heres-what-you-need-1793165438?utm_source=recirculation&utm_medium=recirculation&utm_campaign=fridayPM Pristupljeno 1.7.2018.

Međutim, jesu li odluke koje treba donijeti na razini neke ustanove, ili čak cijelog zdravstvenog sustava, jednake po razini, sadržaju i vremenskom ciklusu kao odluke u kliničkom radu? Nadalje, je li znanje medicine istovjetno znanju potrebnom za planiranje sustava za narednih petnaestak godina, za realizaciju razvojnog programa, ili za vođenje redovitog poslovanja neke zdravstvene ustanove? Nikako nije!

Educiranje što više stručnjaka u upravljanju zdravstvom doima se kao pravo rješenje ove krize upravljanja. Upravo to se i radi, i to već dulje od deset godina: niču nove škole i programi. Pa zašto to ne donosi rezultata? Zato što:

Nije ključni problem ni u znanju o upravljanju, niti u sposobnostima onih koji odlučuju, već u tome što gotovo i ne postoji sustav donošenja odluka te mehanizama za upravljanje zdravstvom.

Eventizacija

Tehnološko-komunikacijska revolucija spojila je, u duhu misli svojih vizionara Andyja Warhola¹¹⁴ i Marshala McLuhana¹¹⁵, potrebu da svatko

¹¹⁴ Idiom „15 minuta slave“ inspiriran je formulacijom iz programske knjižice izložbe Andyja Warhola iz 1968. godine: "U budućnosti, svatko će biti svjetski slavan na 15 minuta". Na sličan način je Marshall McLuhan pomoću natjecatelja u TV emisijama objašnjavao razliku između televizije i ostalih medija. Isti koncept se u našem jeziku iskazuje prastarom formulacijom „svakog čuda za tri dana dosta“.

¹¹⁵ „Medij je poruka“ (*the medium is the message*) – izreka iz McLuhanove knjige „Razumijevanje medija: Mediji kao čovjekovi produžeci“ (*Understanding Media: The Extensions of Man*) iz 1964. McLuhan u fokus istraživanja postavlja medij sam, a ne poruku koju prenosi, zato što medij ima društveni učinak ne samo putem sadržaja koje prenosi, već i preko karakteristika tog medija. Knjigu svakako pročitati.

od nas u nekom trenutku bude slavan, te mogućnost da sami na jednostavan način stvorimo okružje u kojem ćemo zabljesnuti.

Nastala je kultura u kojoj živimo paralelne živote *evenata*, koju podupire jedna cijela industrija *evenata*: event agencije, event menadžeri, event tehnike i tehnologije... Event i nastup su *in*, a kritičko promišljanje je *out* i subverzivno. Javna diskusija, analiza, a s njima i odgovornost, u javnom diskursu izgubili su važnost. Sve je tako prolazno (Warholovih 15 minuta), pa zašto uopće ulagati trud i vrijeme ako dolazi novi *event*?

Eventizacija – (engl. *eventization*), stvaranje događaja oko nečega (npr. filmske premijere); pretvaranje proizvoda ili usluge u događaj; postupak kojim se postiže da se neka nova kulturna pojava, kao što je knjiga, film ili videoigra, doima značajno ili uzbudljivo.¹¹⁶

Naša stvarnost pretvorila se u seriju kratkotrajnih bljeskova. Ta je kratkotrajnost posve dovoljno za Warholovu ideju slave, no što je s McLuhanovim bljeskom sijalice u kojem bi trebao biti naš autoritet i vjerodostojnost?¹¹⁷

Event je postao i format i sadržaj. Dodajmo mu samo neki pridjev (javnozdravstveni, humanitarni, da se umirovljenici i *celebritiji* lakše orijentiraju), odaberimo pravi termin (javnozdravstveni eventi su u pravilu radnim danom dopodne kako bi umirovljenicima bili usput), i podignimo štand.

116

http://nws.merriam-webster.com/opedictionary/newword_display_alpha.php?letter=Ev Pristupljeno 1.7.2018.

¹¹⁷ Pojavila se, među inim, rasprava o tome da bi Advent trebao trajati dulje.

Event je dovoljan da kratko informira, te da zadovolji potrebu za vedrijim i masovnijim nastupom, ali postavimo li ga visoko u hijerarhiji svojega djelovanja, i to učestalo u kalendaru – tad postaje iznimno opasan. Tad naš rad pretvara u *eventizaciju*. Eventizacija je potpuna negacija stručnog znanja, kritičnosti i dugoročnog promišljanja. Ukratko, eventizacija je slijepa ulica javnog zdravstva.

Mnogi nesposobni ljudi su daleko dogurali. Ko je nesposoban može raditi sve. Sposobni rade samo ono što umeju.

Duško Radović

Ako opraštamo grijehe, zašto ne možemo neuspjeh?

O neuspjehu, evaluaciji i učenju

Radi što misliš da je potrebno. Radi najbolje što znaš i s najboljim namjerama i ja ću te uvijek podržati. Također trebaš znati da ako radeći tako pogriješiš, i ne uspiješ – podržat ću te još i više!

Slobodan Lang

Nema ničega prirodnijeg od želje da se izbjegne neuspjeh. Jednako je prirodno i da se o neuspjehu šuti ili pak govori s nelagodom. Prikrivanje i opravdavanje neuspjeha dio je našeg društveno prihvaćenog obrasca ponašanja, koji u pravilu više i ne propitujemo. U “kulturi ignoriranja neuspjeha” razvili smo mnoštvo načina rada i ponašanja koji nam omogućuju da odgurnemo, potisnemo ili sakrijemo svaku pojavu koja nije u skladu s trenutnim očekivanjima.

Prikrivanje neuspjeha toliko je duboko ukorijenjeno u našem ponašanju da smo i zaboravili provjeravati je li takvo ponašanje doista i najbolje za nas. Jer, možda smo na neuspjehu mogli nešto i naučiti? Naime, nesustavan pristup i nepotpuna analiza neuspjeha ne završavaju poboljšanjima, već prozivkama pojedinaca, optužbama i prebacivanjem krivnje.

Neka druga društva imaju mnogo aktivniji odnos prema vrednovanju neuspjeha. Tako se u angloameričkoj kulturi neuspjeh često povezuje s

prilikom za učenje.¹¹⁸ Napredni sustavi upravljanja kvalitetom idu korak dalje, te aktivno „nagrađuju“ onoga tko prijavi neuspjeh ili grešku. Cijeni se onoga tko je spreman svoje loše iskustvo podijeliti s drugima.¹¹⁹

Doktrina u obuci izraelskih zračnih snaga proglašava neuspjeh besmislenim isključivo ako iskustvo i analizu neuspjeha nismo iskoristili da bismo nešto naučili, jer neuspjeh je sastavni dio učenja. Ako zabrljaš, tvoj je zadatak da pokažeš koje si lekcije iz toga izvukao. No, nije popularno opravdavati korake koje si učinio: nitko ne može ništa naučiti od onoga tko se opravdava.¹²⁰

Avioindustrija je odavno prepoznala važnost razmjene informacija o pogreškama i nesrećama koje su se dogodile. Naime, cijela ta industrija našla bi se u velikom riziku kad bi se neki propust ili pogreška sustavno provlačili kroz postojeće načine poslovanja ili tehnologije. Taj pristup opisan je u jednoj važnoj knjizi o učenju iz crne kutije.¹²¹

¹¹⁸ Sandel, Michael J. (2013) Pravednost: kako ispravno postupiti? Zagreb: Algoritam

¹¹⁹ Edmondson AC Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers *Quality and Safety in Health Care* 2004;13:ii3-ii9. http://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl_2/ii3 Pristupljeno 1.7.2018.

¹²⁰ Stav prema greškama tokom obuke u izraelskim zračnim snagama mogao bi se sažeti: „Neprihvatljivo je opravdavanje za loše odluke“ ... Jer od opravdavanja nitko nema koristi. START UP NACIJA - Tajna izraelskog ekonomskog čuda. Profil knjiga; Zagreb, 2014. Str.140

¹²¹ Matthew Syed. Kako učiti iz pogrešaka: neuspjeh kao prvi korak prema uspjehu. Zagreb, Mozaik knjiga, 2017. Izvorni naslov, *Black Box Thinking: Why Some People Never Learn from Their Mistakes - But Some Do.*

Ključne ideje knjige Black Box Thinking

- Najveća pojedinačna prepreka napretku jest nesposobnost učenja na greškama.
- Više ljudi umire od pogrešaka koje su napravili liječnici i bolnice nego od prometnih nesreća.
- Avijacija, pak, stvorila je zapanjujuću sigurnost jer se pogreške nisu sakrivala, već se iz njih učilo.
- Uspjeh je moguć jedino ako se suočimo sa svojim pogreškama.
- Kad se suočimo s dokazima koji ugrožavaju naša duboka uvjerenja, vjerojatnije je da ćemo preokrenuti dokaze negoli promijeniti uvjerenja.
- Rješenje ne leži u stvaranju malih promjena s nadom da će biti uspješne, već u rastavljanju velikog problema na male dijelove kako bi se precizno utvrdilo što je djelotvorno, a što nije.

Iako je značenje neuspjeha iznimno važno i u biznisu, ni tamo stvar s korištenjem negativnih iskustava ne ide lako. No, prije nekoliko godina jedna grupa vizionara pokrenula je inicijativu javnih skupova na kojima poslovni ljudi i poduzetnici prikazuju svoje neuspjehe. Od početničke „zabave“ ova je inicijativa do sada razvijena u globalni pokret organiziranja radionica o neuspjehu, popularno poznatih kao „FuckUp Nights“ (doslovce, „*Noć zajeba*“).¹²²

Analiza i rasprava o neuspjehu osobito je važna u timskom radu. Naime, nemoguće je na duge staze održati bilo kakav timski rad ako se unutar samog tima slabi rezultati guraju pod tepih, te ako ne postoji kultura rasprave o ishodima, među kojima se, očekivano nalaze i neuspješni ishodi.

¹²² <http://fuckupnights.com/> Pristupljeno 1.7.2018.

Doing right things wrong: Farizej i carinik¹²³

Nekima pak koji se pouzdavahu u sebe da su pravednici, a druge potcjenjivahu, reče zatim ovu prispodobu: "Dva čovjeka uziđoše u Hram pomoliti se: jedan farizej, drugi carinik. Farizej se uspravan ovako u sebi molio: 'Bože, hvala ti što nisam kao ostali ljudi: grabežljivci, nepravednici, preljubnici ili - kao ovaj carinik.' Postim dvaput u tjednu, dajem desetinu od svega što steknem.' A carinik, stojeći izdaleka, ne usudi se ni očiju podignuti k nebu, nego se udaraše u prsa govoreći: 'Bože milostiv budi meni grešniku!' Kažem vam: ovaj siđe opravdan kući svojoj, a ne onaj! Svaki koji se uzvisuje, bit će ponižen; a koji se ponizuje, bit će uzvišen."

Nažalost, u našem društvu još uvijek nismo izgradili ispravan stav prema neuspjehu, niti ne koristimo vještine i znanja za ispitivanje uzroka neuspjeha. U takvim okolnostima potraga za krivcem postaje jedina moguća reakcija na neuspjeh. K tome, zbog straha od neuspjeha ne usuđujemo se napraviti mnogo toga.

No, upravo nam cjelovita analiza situacije koja je uzrokovala neuspjeh, a napose sustavna analiza odluka i postupaka tokom razvoja neuspjeha, mogu jasno otkriti što je potrebno promijeniti kako bismo u narednoj sličnoj situaciji izbjegli nepoželjan ishod.

Otkrivanje istinske smetnje u procesu koja je uzrokovala neuspjeh zapravo je neprocjenjive vrijednosti. Istraživanja pogrešaka i neuspjeha u

¹²³ Prispodoba o farizeju i cariniku. <http://www.hbk.hr/biblija/nz/lk.htm#lk126> Pristupljeno 1.7.2018.

raznim sustavima pokazala su da više od 80% grešaka ne nastaje zbog ljudskog faktora, već primarno zbog loše postavljenog sustava.¹²⁴

Dobra analiza ne samo da daje jasne smjernice budućeg djelovanja, već i smanjuje rizik da neuspjeh ošteti ili razori tim. Zato još jednom valja naglasiti da neuspjeh, koliko god bio nepoželjan, jednom kad se dogodi postaje sastavni dio *ekosustava* pojava kojima se bavimo, a time i objekt našeg istraživanja. Drugim riječima, neuspjesi su kao edukativni modeli za buduće upravljanje često mnogo korisniji i važniji od blistavih uspjeha.

Ako nema evaluacije, nema neuspjeha; ako nema neuspjeha, nema ni promjene, a onda nema niti učenja.

Specijalist javnog zdravstva u Hrvatskoj

¹²⁴ Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225171/> Pristupljeno 1.7.2018.

I dok se na Zapadu uči na greškama istodobno kod nas oni koje mjerodavni smatraju propalim poduzetnicima tvrde da to nisu. Tako recimo, bivši splitski gradonačelnik Željko Kerum, decidirano kaže da nije propali poduzetnik, već da je napravio čudo u biznisu. (...) Osim kontroverznog Keruma mnogi propali poduzetnici u Lijepoj Našoj mogli bi potanko objasniti razloge propasti cijelog niza tvrtki. Samo u Rijeci gospodarska kataklizma nepovratno je progutala Croatia Line (bivšu Jugoliniju), »Rikard Benčić«, Torpedo, Harteru, Vulkan, Tvornicu konopa, GP Primorje, Adriainspekt, Elektromaterijal, Elektroluks, Magmu, Istravino, Transadriju...

Štošta bi njihovi čelnici imali za reći na »FuckUp Nights«, a o sudbini onih što su zbog njihovih poslovnih neuspjeha završili na ulici, da ne govorimo. Ideja zaista nije loša, no zanimljivo bi bilo za vidjeti tko bi se od prozvanih odazvao na sudjelovanje jer, vjerojatno, mnogi od njih ne smatraju da su bili neuspješni...¹²⁵

¹²⁵ Doris Žiković. "Noći propasti": U Beču su hit večeri na kojima propali poduzetnici pričaju o svojim – neuspjesima. Novi list 17.2.2017.
<http://www.novolist.hr/Vijesti/Svijet/Noci-propasti-U-Becu-su-hit-veceri-na-kojima-propali-poduzetnici-pricaju-o-svojim-neuspjesima> Pristupljeno 1.7.2018.

Pojedinačni interesi i tragedija zajedničkog dobra

Izraz tragedija zajedničkog dobra¹²⁶ postao je simbol degradacije okoliša koja se dešava kada mnogi koriste zajedničke, ali oskudne resurse. Izvorni primjer javnog dobra koji ukazuje na bit problema jest pašnjak kojem je pristup neograničen i besplatan te gdje će poticaj biti takav da svaki korisnik relizira svoj osobni interes (dovodeći sve veći broj krava na pašnjak) ne shvaćajući da će upravo nadmetanje pojedinih interesa ugroziti zajedničko dobro, te tako posve uništiti pašnjak koji na koncu više nitko neće moći koristiti. Zajedničko dobro, za razliku od javnog dobra, jest zajednički resurs kojemu se ne može uskratiti pristup (kao niti javnom dobru), ali koji je istovremeno ograničen u korištenju (korištenje jedne osobe umanjuje mogućnost korištenja drugih osoba). Tragedija zajedničkog dobra jest upravo u toj utrci pojedinačnih interesa za kontrolom i korištenjem zajedničkog resursa, a na štetu tog resursa jer time ugrožava njegovu održivost.

Rizik pogrešnog izbora (Adverse selection) - Oportunističko ponašanje koje se pojavljuje kao posljedica asimetrije informacija, a prije no što dionici uđu u odnos. Pod nepotpunim informacijama, jedan dionik (*principle*) može koristiti svoje privatne podatke kako bi dobio bolji ugovor od onog koji bi mogao dobiti, ako su svi relevantni podaci bili poznati od drugog dionika (*agent*).

¹²⁶ Prvi put spomenut u Garret Hardin: The tragedy of the commons. Science 162: 1243-8., 1968

Ako se na zdravstveni sustav gleda kao na zajedničko dobro (ukoliko se slažemo da svi imaju pravo na zdrav život i pristup zdravstvenim uslugama, ali da je pritom sustav ograničenih resursa), onda sustav u kojem akteri u svojim aktivnostima isključivo zastupaju svoje interese ne uvažavajući utjecaj koji će to imati na sustav u cijelosti, polučuje tragičan ishod – ugrožavanje njegove održivosti.

Jedan od razloga takvog djelovanja aktera je neznanje odnosno neshvaćanje povezanosti raznih dijelova sustava, odnosno da svaka promjena u sustavu odzvanja neplaniranim utjecajem u drugim dijelovima sustava. To zapravo ukazuje kako akteri ne vide sustav kao zajedničko dobro gdje su sve odluke međusobno povezane, pa je utoliko bitnije da se proces odlučivanja zasniva na suradnji i znanju utemeljenom na dokazima. Za uspješnost očuvanja zajedničkog dobra zdravstvenog sustava je onda potrebno stvoriti institucionalni okvir koji će zajedničke interese štititi od pojedinačnih interesa, odnosno naći odgovarajuću ravnotežu između sukoba zajedničkih i individualnih interesa i ciljeva.

Suvremena zdravstvena zaštita pretvorila se u sustav sukoba u kojem raznovrsne skupine forsiraju svoje interese na uštrb sustava kao cjeline. Osiguravatelji žele smanjiti isplate, profitne zdravstvene ustanove žele povećati dobit, istraživačke skupine žele progurati svoje programe, a nitko ne želi surađivati s drugima. Ova knjiga pokazuje kako međusobno nadmetanje dionika rezultira "tragedijom zajedničkog dobra": slomom zdravstvenog sustava kao cjeline usljed konkurencije među njegovim dijelovima. Knjiga koristi primjere iz stvarnog svijeta kako bi ilustrirala krhkost stanja današnjeg zdravstvenog sustava, te nudi ostvariva rješenja za njegovo jačanje, a time i bolje poslovne uvjete za pojedinačne dionike. Zajedničkim radom na boljoj pokrivenosti zdravstvenom zaštitom, većoj kvaliteti skrbi i zadovoljstvu pacijenata –kako to pokazuje ova knjiga –svaki igrač u konačnici ima mnogo veću dobit nego kad se bori sam. Istodobno, poboljšani i ujednačeni sustav povećava povjerenje javnosti u zdravstveno poduzetništvo, što zauzvrat svima stvara bolje poslovne prilike.¹²⁷

David A. Shore

¹²⁷ Shore, D. A. (2011) High Stakes: The Critical Role of Stakeholders in Health Care. Oxford Scholarship Online

Kriza koja se prelijeva

SAD upravlja bolestima, a ne zdravljem. (...) U Americi nemamo zdravstveni sustav. Mi imamo sustav menadžmenta bolesti. (...) Moderna američka medicina tretira gotovo sva zdravstvena stanja kao da su hitnosti.

*Andrew Weil*¹²⁸

U osnovi postoje samo dvije vrste kriza: one koje izbijaju naglo poput sloma brane, i druge koje nadolaze sporo poput plime. Sadašnja kriza u zdravstvenom sustavu je sporog nastupa, i razvijala se u dvije faze tokom posljednjih 40 godina, za kojih smo doživjeli kopernikanski obrat u odnosu prema intervencijama u zdravstvenom sustavu.

Te dvije faze odgovaraju dvama značajnim povijesnim suprotnostima. U prvoj fazi, tokom zadnje dekade socijalizma i još neko vrijeme kasnije, u pristupu problemu zdravstvenog sustava dominiralo je pitanje kako upravljati zdravstvenim sustavom u doba krize. U fazi nakon 2000. godine ključno je pitanje kako će kriza u zdravstvu utjecati na cijelo društvo i državu.

Za razliku od prve faze kad smo zdravstvo pokušavali prilagoditi krizi u društvu i ekonomskim problemima koji su se prelijevali na zdravstvo, u zadnjih nekoliko godina, koliko svjedočimo ekonomskom oporavku države, na sve načine pokušavamo spriječiti da se kriza iz zdravstva prelije na društvo i državu.

¹²⁸ <https://chicagodefender.com/2013/03/12/u-s-manages-disease-not-health/2/>
Pristupljeno 1.7.2018.

Pojava crnog labuda – Metafora događaja koji ima tri glavne karakteristike: netipičan je i nepredvidljiv; njegov učinak je ekstreman; usprkos nepredvidljivosti, retrogradno, „naknadnom pameću“, nastoji se objasniti ovu pojavu kao da je objašnjiva i predvidljiva.¹²⁹

Točke preokreta¹³⁰

Za cjelovito sagledavanje procesa razvoja krize zdravstvenog sustava u Hrvatskoj važno je poznavati četiri ključne prekretnice u sustavu.

Prva točka preokreta bio je Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 1981. godine. Ovim su zakonom postavljeni struktura i okviri zdravstvenog sustava kakav danas imamo.

Drugu točku predstavlja reforma 1993., kojom se zdravstveni sustav prilagođavao novom teritorijalnom ustroju, a još više tranzicijskim promjenama, što se ogleda u tome što je proces privatizacije tada službeno uveden u zdravstveni sustav.

Treću točku čine promjene uvedene početkom 2000-ih godina, kojima se zdravstveni sustav počeo više otvarati prema različitim dionicima, te izlaziti iz strogih okvira države i nacionalne javne uprave. U tom se procesu najviše očitovao trend decentralizacije u zdravstvenom sustavu.

Četvrtu točku čine promjene uvedene 2008. godine kao pokušaj savladavanja neriješenih pitanja u zdravstvenom sustavu. Među

¹²⁹ Taleb, N. N. (2009) Crni labud: utjecaj krajnje nevjerojatnog. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.

¹³⁰ Posuđeni naslov. Gladwell, M. (2005) Točka preokreta: kako male stvari mogu dovesti do velike promjene. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk. Obavezno štivo za svakoga s nekim ambicijama u javnom zdravstvu.

najznačajnijim odlukama je uvođenje koncesija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti čime je učinjen značajan korak prema daljnjoj privatizaciji u zdravstvenom sustavu.

Od skrbi prema uslugama

Ove četiri točke preokreta ujedno obilježavaju tri društvene promjene poimanja zdravlja te svrhe zdravstvenog sustava.

U periodu socijalizma isticalo se načelo da su svi građani jednaki te da je zdravstvena zaštita dobrobit našeg uređenog socijalističkog društva koje svojim najjačim snagama, to jest radnicima, osigurava posebna prava vezana uz zdravlje. Zdravstvena zaštita iskazuje se u obliku **skrbi**.

Period tranzicije i domovinskog rata je vrijeme izrazite društvene krize, ali i krize u zdravstvenom sustavu. Na zdravstveni sustav se postavlja zahtjev da u vremenu rastućih društvenih razlika i turbulencija osigura jednakost svih. Zdravlje se još uvijek smatra pravom, a ne povlasticom. Ipak, zdravstvena zaštita ne iskazuje se samo u obliku skrbi, već i u obliku **usluga**.

Nakon završetka rata i smirivanja velikih tranzicijskih kriza zdravlje sve više postaje cilj, a djelomice i proizvod. Razvoj ovakvog poimanja zdravlja poklapa se s trendom prihvaćanja društvenih razlika koje postaju sve veće. Značajan je trend organiziranja medicinskih profesija koje istupaju kao snažne interesne skupine u zdravstvenom sustavu. U zdravstvenom sustavu nastaje snažan rast privatnih inicijativa, zdravstvena zaštita iskazuje se u formi usluga, a ne skrbi.

Ističe se značaj prevencije, ali više kao individualne obaveze brige o zdravlju negoli kao odgovornost sustava. Sve su glasnije ideje o financijskom kažnjavanju u vidu većih premija osiguranja za pojedince s faktorima zdravstvenih rizika kao što su pretilost i pušenje, ne propitujući socijalne determinante tih faktora.

**Kako i zašto
sustav opstaje
(usprkos
interregnumu)**

„Sustav zapravo uopće ne funkcionira, osim Brownovim gibanjem. A Brownovo gibanje vam je nasumično gibanje sitnih čestica u jednom prostoru. Kad nema zraka koji puše, onda čestice rade čudne putanje i to vam se zove Brownovo gibanje. Naš sustav nema jasnu koncepciju jer mu je nitko nije dao.“

Ravnatelj bolnice u Hrvatskoj

Disruptori i megatrendovi

disrupt – engl. poremetiti, omesti, prekinuti. Korijen: lat. disrumpere, dis + rumpere (slomiti, rasprsnuti, razderati, raspuknuti, razbiti na komade, silom otvoriti, podijeliti, rastrojiti, prekinuti, poništiti, uništiti). Prvi put se riječ disrumpere spominje 1650-60.

Disruptivna inovacija je inovacija koja stvara novu tržišnu i vrijednosnu mrežu, te istiskivanjem etabliranih vodećih tvrtki, proizvoda i saveza na tržištu na kraju narušava postojeću tržišnu i vrijednosnu mrežu. Jedan od aspekata disruptivne inovacije jest i značajan društveni utjecaj.

Posljednjih tridesetak godina brojna su tehnološka područja doživjela svoje povijesne trenutke, a kontinuirani razvoj i inovacije postali su dijelom svakodnevice. Disruptivne inovacije, pak, radikalno mijenjaju našu svakodnevicu. Pojam disruptivne inovacije skovao je 1995. ekonomist Clayton Christensen¹³¹ u svojoj knjizi „Inovatorova dilema: Revolucionarna knjiga koja će promijeniti vaš način poslovanja“. Ovim

¹³¹ Christensen, Clayton M. The Innovator's Dilemma: The Revolutionary Book That Will Change the Way You Do Business. New York: HarperCollins, 2003.

novim pojmom objasnio je prijelomnu transformaciju poslovnih modela i ponašanja nastalu uslijed tehnoloških ili poslovnih inovacija. Premda sam termin *disrupcija* znači prekid, u ovom konceptu on zapravo znači početak, nešto što iz temelja mijenja načine kako se ponašamo, poslujemo i promišljamo.

Važno je napomenuti da pojam disruptivne inovacije sam po sebi ne podrazumijeva revolucionarno otkriće, već više primjenu inovacije koja omogućuje jednostavnije, djelotvornije i povoljnije postizanje željenog cilja. Primjerice, koliko su god internetsko naručivanje taksi prijevoza i rezervacija avionskih karata pojednostavile proces kupnje i naručivanja, oni su postali disruptivni tek kad su niskotarifne aviokompanije i Uber ponudili značajno niže cijene.

Pojam disruptora i disruptivnih inovacija proširio se toliko da se već redovito objavljuju godišnje rang-liste disruptora po različitim područjima ljudske djelatnosti (putovanja, umjetnost, smještaj, itd.). Također nastaju i posve novi nazivi za pojedine disruptivne inovacije, kao što su *uberizacija* ili *mekdonaldizacija*.^{132,133}

¹³² Art World. 17 Disruptors Who Have Completely Changed the Art World <https://news.artnet.com/art-world/17-art-world-disruptors-321355> Pristupljeno 1.7.2018.

¹³³ Definition of Uberization: The conversion of existing jobs and services into discrete tasks that can be requested on-demand; the adoption of the business model used by the taxi service Uber. <https://www.collinsdictionary.com/submission/17695/Uberization> Pristupljeno 1.7.2018.

Primjeri disruptivnih inovacija u zdravstvu

- Kućni glukometar
- Kućni test za trudnoću
- Oralna kemoterapija
- M-zdravstvo
- Elektronski zdravstveni zapisi
- Medicina temeljena na dokazima
- E-recept
- Kupovina lijekova preko interneta
- Ljekomat¹³⁴
- Telemedicina
- Medicinske informacije na internetu
- Medicinski turizam
- Personalizirana medicina¹³⁵

Disruptivne tehnologije koje su se prije samo nekoliko godina činile nepojmljivima, skupa s promjenama preferencija i očekivanja, promijenile su svekolike obrasce potrošnje i potražnje, od automobila i nekretnina do zdravstvenih usluga.

U korijenu tih trendova koji preobražavaju našu svakodnevicu leže tri osnovne sile: tehnologija, globalizacija, demografska promjena. Interakcijom tih triju sila nastaju tzv. globalni megatrendovi. Megatrendovi su široki, transformativni trendovi koji svojim utjecajem na poslovanje, ekonomije, industrije, društva i pojedinačne živote, definiraju svjetsku sadašnjost i oblikuju budućnost svijeta. Navest ćemo neke

¹³⁴ Ljekarnička usluga koju je 2001. godine u Sjedinjenim Američkim Državama započela tvrtka InstyMeds.

¹³⁵ In personalized medicine, patients are classified into subpopulations according to their susceptibility to particular diseases or their responses to certain drugs or treatments. This allows use of the most appropriate therapies for individual patients as well as populations.
<https://www.managedcaremag.com/archives/2009/1/disruptive-innovations-will-change-your-life-health-care> Pristupljeno 1.7.2018.

megatrendove koji su posebno privukli pažnju najvećih svjetskih konzultantskih kuća poput E&Y i PWC.

Megatrendovi

Megatrendovi¹³⁶

Informatizacija

Globalizacija tržišta (uz paralelno jačanje trendova u suprotnom smjeru: antiglobalizacijski, nacionalistički, vjerski i etnički pokreti u cijelom svijetu)

Zamjena ljudskog rada strojevima (npr. dronovi, samovozeći automobili, ljekomati)

Urbanizacija (postotak svjetske populacije koja živi u gradovima kontinuirano raste, trenutno iznosi 54%)

Iscrpljivanje planetarnih resursa (inovacije mogu sačuvati, uštedjeti, obogatiti ograničene resurse naše planete)¹³⁷

Demografske promjene

Pritisci za remodeliranjem zdravstva¹³⁸

¹³⁶ E&Y, Ernst and Young Global Limited. The upside of disruption - Megatrends shaping 2016 and beyond. [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-megatrends-report-2015/\\$FILE/ey-megatrends-report-2015.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-megatrends-report-2015/$FILE/ey-megatrends-report-2015.pdf) Pristupljeno 1.7.2018.

¹³⁷ E&Y, Ernst and Young Global Limited. The Upside Of Disruption. Megatrends Shaping 2016 And Beyond. EY Limited, 2016. Dostupno na: http://cdn.ey.com/echannel/gl/en/issues/business-environment/2016megatrends/001-056_EY_Megatrends_report.pdf Pristupljeno 1.7.2018.

¹³⁸ Konzultantska kuća PWC u obraćanju svojim klijentima ide i korak dalje, te specificira i globalno značajne megatrendove u zdravstvu gledane iz tržišnog aspekta: demografske promjene, kronične bolesti i stanja, iscrpljivanje resursa, nepovjerljivi korisnik, osnaženi korisnik.

Osam megatrendova i ključna pitanja koja otvaraju¹³⁹

Redefiniranje industrije - Je li sada svaka industrija tvoja industrija? (disrupcije dramatično mijenjaju temelje zahvaćenih industrija i njihove dugo postojeće karakteristike)

Budućnost pametnoga - Kakvu ćemo vrstu inteligencije trebati da stvorimo pametnu budućnost?

Budućnost rada – Kad strojevi postanu radnici, koja je uloga čovjeka?

Revolucija ponašanja – Kako će individualno ponašanje utjecati na našu kolektivnu budućnost?

Osnaženi kupac – Kako kupce pretvoriti u ključne dionike?

Urbani svijet – Je li moguće u svijetu koji se brzo mijenja graditi gradove s dugoročnom perspektivom?

Novo poimanje zdravlja – Uz rastuće zdravstvene potrebe, je li digitalna medicina najbolja?

Planeta resursa – Mogu li inovacije obogatiti, a ne osiromašiti resurse naše planete?

¹³⁹ https://cdn.ey.com/echannel/gl/en/issues/business-environment/2016megatrends/001-056_EY_Megatrends_report.pdf Pristupljeno 1.7.2018.

Wikinomija (engl. *wikinomics*) označava novi oblik ekonomske aktivnosti u kojem ljudi zajednički rade na projektima samoorganizirano, bez hijerarhija i krutih organizacijskih struktura. Primjeri su razvoj softvera otvorenog koda (npr. Linux), internetskih enciklopedija kao što je Wikipedija, YouTube, kolaborativne web-stranice kao Patientslikeme itd. Wikinomiju omogućuje Internet kao globalna infrastruktura u kojoj su troškovi suradnje (troškovi komunikacije rada, znanje i kapitala) vrlo niski ili praktički eliminirani.¹⁴⁰

Prozumacija (eng. *prosumption*, kovanica nastala od pojmova *production* [produkcija] i »consumption« [potrošnja]) – ekonomski pojam što označava proizvodnju što ju obavljaju potrošači.

Prozumacija je model potrošnje koji se temelji na proizvodnji, ili ko-produkciji utrošene robe. Marshall McLuhan i Barrington Nevitt ustvrdili su u svojoj knjizi *Take Today* iz 1972. godine da će s električnom tehnologijom potrošač postati proizvođač.

Futurolog Alvin Toffler je u knjizi *The Third Wave* iz 1980. godine skovao termin "*prosumer*", predviđajući zamagljivanje i stapanje uloga proizvođača i potrošača. Toffler je zamišljao prezasićeno tržište uzrokovano masovnom proizvodnjom standardiziranih proizvoda za zadovoljavanje osnovnih potreba potrošača. Da bi profit nastavio rasti, tvrtke pokreću proces masovne prilagodbe, to jest masovnu proizvodnju visoko prilagođenih proizvoda.

¹⁴⁰ Don Tapscott, Anthony D. Williams: *Wikinomics: How Mass Collaboration Changes Everything*, B&T, New York 2006, ISBN 978-1-59184-138-8

Produkcija, konzumacija, prozumacija

Prozumacija obuhvaća i proizvodnju i potrošnju, a ne samo fokusiranje na jedno (proizvodnju) ili pak drugo (potrošnju). Smatra se da je prozumacija karakterizirala i ranije oblike kapitalizma (proizvođački i potrošački kapitalizam). S obzirom na nedavnu eksploziju internetskih sadržaja koje stvaraju korisnici, imamo razloga smatrati prozumaciju sve više centralnom pojavom. U prozumerskom kapitalizmu, kontrola i eksploatacija zadobivaju drugačiji karakter nego u ostalim oblicima kapitalizma: razvija se trend neplaćenog umjesto plaćenog rada, trend ponude besplatnih proizvoda, a sustav je u znaku novog obilja tamo gdje je jednom preovladavala nestašica. Ovi trendovi ukazuju na mogućnost novog, prozumerskog kapitalizma.

George Ritzer, Nathan Jurgenson. Priroda kapitalizma u eri digitalnog 'prozumera'¹⁴¹

141 George Ritzer, Nathan Jurgenson. Production, Consumption, Prosumption. The nature of capitalism in the age of the digital 'prosumer'.

<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1469540509354673> Pristupljeno 1.7.2018.

Globalni megatrendovi u zdravstvu

Demografske promjene

- globalizacija
- sedentarni način života
- urbanizacija
- porast kroničnih bolesti i stanja
- dugovječnost - umirovljenici sve dulje uživaju mirovinu

Digitalizacija

- Zdravstvene informacije na internetu
- Socijalni mediji za povezivanje pacijenata
- Telemedicina (npr. daljinsko očitavanje EKG-a)
- Mobilne zdravstvene aplikacije
- Elektronski zdravstveni zapis
- *Big data* u zdravstvu

Iscrpljivanje resursa u zdravstvu - trajektorija zdravstvene potrošnje ide prema neodrživosti

- Porast potrebe za zdravstvenim uslugama i proizvodima
- Sve manji marginalni povrat u industriji zdravstvenih proizvoda (sve skuplji lijekovi koji se po učinku sve manje razlikuju od predšasnika)
- Troškovi osiguranja od pogreške
- Nesnalaženje države u novim trendovima
 - Okretanje prema uključivanju privatnog sektora
 - Neuspješne reforme (Obamacare i Trumpcare, master plan bolnica)

Nepovjerljivi korisnik¹⁴²

- Porast interesa za komplementarno i alternativno liječenje
- Porast sklonosti teorijama zavjere (antivakcinacijski pokret)
- Sudske tužbe zbog pogrešaka

Oснаženi korisnik

- porast informiranosti korisnika
- medicina temeljena na dokazima
- porast skrbi za vlastito zdravlje
- *point of care*¹⁴³ tehnologije
- propitivanje zdravstvenih autoriteta

- rastući zahtjev za kvalitetom skrbi

- pomak od fragmentirane prema integriranoj skrbi

- porast potražnje za zdravstvenim uslugama i proizvodima (posljedično porast troškova i nedostatak zdravstvenih kadrova)

Pristupljeno 1.7.2018.

¹⁴² Emerging trends in healthcare
<http://www.pwc.com/qx/en/industries/healthcare/emerging-trends-pwc-healthcare.html>

Big data jest pojam koji označava velike i kompleksne skupove podataka, koji su preobilni i rastu prebrzo da bi se na njih mogle primijeniti tradicionalne aplikacije za obradu podataka. Pojam se ne odnosi samo na veličinu skupa podataka, već i na upotrebu predikativne analitike ili drugih naprednih metoda za izdvajanje vrijednosti iz podataka.

Megatrendovi u zdravstvu

Osim novim tehnologijama, sustav zdravstva u velikoj je mjeri određen ukupnim stanjem u modernom i globaliziranom društvu, pa se i globalni megatrendovi snažno odražavaju na njega.¹⁴⁴

Disruptivne inovacije u zdravstvu čine tehnologije, proizvodi i usluge koji su jeftiniji, jednostavniji i praktičniji, čime omogućavaju da složenije usluge pružaju jeftiniji stručnjaci u pristupačnijim okruženjima, ili čak da to pacijenti čine sami za sebe. Zato o disruptivnim inovacijama valja drugačije promišljati tko, što, kada i gdje pruža zdravstvene usluge, te o ekonomici tih usluga.

Evolucija medicinskog znanja vodi prema tome da skrb za pacijente s jednostavnijim stanjima pružaju ili zdravstveni radnici koji nisu liječnici, ili pak laici sami, i to na temelju protokola. S druge strane, raste potreba za složenim vještinama u skrbi za pacijente s kompleksnim stanjima.

Nadalje, neke zdravstvene ustanove napuštaju tradicionalni koncept odjela, te umjesto njih organiziraju rad po modelu pokretne trake za određene populacije pacijenata (npr. dnevne bolnice za katarakte, bolnice za hernije).

143 Od hrvatskog prijevoda smo odustali jer zvuči rogozbatno: „na mjestu pružanja zdravstvene skrbi“. Izraz nema šanse za ulazak u medicinski vernakular kao što ni „krvotočni urušaj“ nije imao šanse pored „šoka“.

144 <http://cdn.ey.com/echannel/gl/en/issues/business-environment/2016megatrends/PDF/Health%20reimagined.pdf> Pristupljeno 1.7.2018.

S druge strane, platitelji zdravstvenih usluga sve se više okreću od plaćanja po pruženoj usluzi prema plaćanju po ishodima.

U kontekstu tih trendova, tipičan učinak disrupcije u zdravstvenoj skrbi jest prelazak s nestrukturiranog procesa rješavanja problema, koji zahtijeva visoku razinu stručnog znanja, prema procesu temeljenom na jasnim pravilima i manje zahtjevnom u pogledu stručnosti.

K tome, zdravstvene organizacije više ne usmjeravaju sredstva isključivo na one koji traže skrb u tradicionalnom okruženju zdravstvene zaštite, već premještaju pažnju na narodno zdravlje i zdravstvene potrebe populacije, uključujući tu i građane koji nisu bolesni.¹⁴⁵

Gdje smo mi?

Rijetki su svijetli primjeri u nas koji prepoznaju disruptivne promjene i raspravljaju o njima. Zato ističemo Hrvatsku ljekarničku komoru koja u svom obraćanju članovima u siječnju 2017. ukazuje na posljedice disruptora na ljekarničku praksu kakvu poznajemo.¹⁴⁶ Kao disruptivne trendove prepoznali su nove e-usluge za građane (posebno e-recepte)¹⁴⁷, nove načine prodaje lijekova (u specijaliziranim prodavaonicama, preko interneta),¹⁴⁸ te robote za izdavanje lijekova¹⁴⁹.

¹⁴⁵ <https://innovations.ahrq.gov/perspectives/harnessing-disruptive-innovation-health-care> Pristupljeno 1.7.2018.

¹⁴⁶ <http://www.hljik.hr/Vijesti/tabid/37/ctl/Details/mid/4861/ItemID/4931/Default.aspx>

¹⁴⁷ HZZO za-e-gradane <http://www.hzzo.hr/hzzo-za-e-gradane/> Pristupljeno 1.7.2018.

¹⁴⁸ Velika promjena na hrvatskom tržištu: Aspirin i andol uskoro na policama trgovina? <http://www.vecernji.hr/kompanije-i-trzista/aspirin-i-andol-uskoro-na-policama-trgovina-1143284> Pristupljeno 1.7.2018.

¹⁴⁹ Robots Are Now Handling Pills. Will Pharmacists Be Liberated or Out of Work? <https://ww2.kqed.org/futureofyou/2016/04/28/when-a-robot-counts-out-your-pills-what-will-your-pharmacist-do/> Pristupljeno 1.7.2018.

Krajnje je vrijeme da svi počnemo sustavno promišljati o disruptorima i megatrendovima koji definiraju sadašnjost i oblikuju budućnost hrvatskog zdravstva.

Izlaz iz interregnuma

Raf, krumpir, pòlica

O kulturi *policy* dokumenata

pòlica. 1. Vodoravno učvršćena daska na zidu ili ormaru za smještaj raznih stvari; raf. 2. Na pola prerezan krumpir u ljusci i pečen u pepelu [ličke police]. 3. Potvrda o osiguranju koju izdaje osiguravajuće društvo.

Hrvatski jezični portal¹⁵⁰

U poplavi stranih riječi i neologizama, jedna se riječ iz engleskog jezika vrlo uspješno skriva, i kao da aktivno izbjegava korištenje i svoj život u javnom prostoru - riječ *policy*.

U prijevodima, riječ *policy* najčešće se prevodi kao *politika*, čime pojam više zbunjuje nego što objašnjava. Naime, u nas se riječju *politika* označavaju tri posve različita pojma.

Prvo značenje *politike* odnosi se na političke strukture države: parlament, vladu, predsjednika i ostale političke strukture koje su nastale političkim procesima ili upravljaju njima.

¹⁵⁰ Engleska riječ *policy* može se prevesti kao pòlica ili pòlisa. Kako *polica* može značiti ne samo prijevod engleske riječi *policy*, već i *policu* za knjige ili pečene ličke krumpire, tj. značenje joj je već zaposjednuto, prikladnijom smatramo varijantu pòlisa. No, kao i s riječima *outsourcing* i *stewardship*, nakon mnogo razmišljanja i višekratnog konzultiranja s lingvistima odlučili smo koristiti izvornu englesku riječ umjesto hrvatskog prijevoda.

http://hjp.znanje.hr/index.php?show=search_by_id&id=eVtiURq%3D Pristupljeno 1.7.2018.

Drugo se značenje *politike* veže za političke procese, odnosno djelovanje političkih stranaka i pojedinaca u različitim oblicima političke borbe za vlast i utjecaj.

No, riječ *politika* koristi se i za označavanje sadržaja javnog djelovanja, odnosno djelovanja javnog sektora. Postoji razlika između politike (*politics*) kao procesa borbe za moć temeljenog na iracionalnosti, poborništvu i moći, te javnih politika (*policy*) odnosno aktivnosti racionalnog procesa rješavanja društvenih problema, podmirivanja društvenih potreba te izabiranja alternativa kojima će se najbolje ostvariti ovi ciljevi. U ovom se slučaju riječ *politika* nonšalantno koristi umjesto riječi *policy*, pa se tako u području zdravstvenog sustava govori o različitim politikama, adresirajući pritom sustav u cjelini, ili pak pojedine segmente i *policy*-je koje se na njih odnose.

Ovaj problem posebno dolazi do izražaja pri oblikovanju sadržaja i dokumenata o kojima odlučuju političari. Tada se suočavamo s problemom nerazumijevanja toga što bi zapravo trebao biti sadržaj politike, odnosno tko bi ga trebao izraditi i s kojom svrhom. U takvim situacijama postaje bjelodano da, uz to što ne koristimo odgovarajući prijevod za englesku riječ *policy*, ne postoji niti takozvana *policy kultura*, to jest kultura izrade i korištenja *policy dokumenata*. Tako usljed nedostatka *policy kulture* nastaje golem jaz između stručnjaka sposobnih da svojim znanjem i djelovanjem mijenjaju društvo te političara koji o tim promjenama odlučuju. U društvima koja imaju razvijenu *kulturu javnih politika*, pravilo je da *policy* sadržaje i dokumente pripremaju stručnjaci za odgovarajuća područja, stvarajući u tom procesu provjeren i na dokazima utemeljen skup informacija, na osnovu kojih političari mogu donositi odluke. Svaki takav skup informacija o obrađivanom problemu sastoji se od opisa i pojašnjenja samog problema, te stručnih pogleda i preporuka usmjerenih prema političarima koji donose odluke. Nadalje, tu im se ukazuje i na moguće rizike te ograničenja svake od predloženih opcija.

Ovakva *kultura stvaranja javnih politika* omogućuje odlučivanje temeljem jasno definiranih problema i dobro provjerenih opcija. Ujedno, time se stvaraju sustavi koji omogućavaju kontinuirano praćenje, provjeravanje, te promjene djelovanja javnih sustava. Naime, sama procedura izrade *policy dokumenata* zahtjeva da se jasno navedu načini procjene

problema, izvori koji ukazuju na različite dimenzije problema, te opcije za njihovo rješavanje. Takva procedura omogućava jednostavne provjere i nadopune već izgrađenih dokumenata, odnosno poboljšavanje ranije donesenih odluka.

Kod nas još uvijek ima znatnog otpora prema ovakvom načinu rada, čak i među stručnjacima, možda upravo zbog nepoznavanja same *policy* kulture. Time su stručnjacima uskraćene mogućnosti da utječu na javni sektor.

Ustrajna praksa ignoriranja *policy* kulture i procedura dovela je zdravstvo u situaciju gdje je većina značajnih odluka u javnim sektorima prepuštena trenutnim sposobnostima vladajućih garnitura i njihovim mogućnostima da potrebne odluke donose sami, na osnovu vrlo ograničenih informacija i znanja.

Iz toga obično slijede dva moguća ishoda: jedan je donošenje nerazrađenih i loših odluka, a drugi je kontinuirano odgađanje donošenja odluka ili implementacije već donesenih odluka. Kao primjer propuštanja donošenja odluka usljed neadekvatnog pripremanja *policy* sadržaja, dovoljno je navesti master plan bolnica i strateški plan za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu. Usprkos svim aktivnostima koje su se bavile ovim problemima tokom mnogo godina, svi pokazatelji govore da su trendovi negativni, te da su predložene mjere i aktivnosti zakočene. Uzrok tome jest pomanjkanje *policy* kulture, te izostanak formiranja *policy ekosustava*. Jednostavno rečeno, nije moguće donijeti dobru odluku bez dobre pripreme.

U praktičnom smislu, mnogi se naši političari i stručnjaci susreću s europskim *policy* dokumentima, ali ih uglavnom ne prenose u Hrvatsku. Tako ćemo od njih često slušati o *zelenim knjigama* i *pismima o javnim politikama (policy paper)*, ali gotovo nikad nećemo čuti prijedloge da se oni usvoje kod nas kao model rješavanja domaćih problema.

U nekoliko situacija u kojima se koristio princip djelovanja *policy*-ja, pokazalo se od kolikoga značaja mogu biti *policy* dokumenti i uopće proces izrade *policy*-ja.

Tako nam *zelena knjiga* može dati prikaz različitih uvida u probleme koje obrađujemo, te različitih koncepata kojima moramo promišljati rješavanje problema u javnom sektoru.

Bijela knjiga, pak, nudi nam cjelovit pregled problema te predlaže moguća rješenja i opcije o kojima političari mogu odlučivati. Bijela knjiga jest visoko razrađen i provjeren skup informacija koje stručnjaci upućuju političarima, te na osnovu kojega se raspravlja o budućoj odluci. Tako bijela knjiga predstavlja čvrstu platformu za donošenje dobrih odluka, a također osigurava zaštitu profesionalnih stavova i načela, prije svega onemogućavanjem političara da se iz neznanja upuste u improviziranje koje će okrstiti kreativnošću.

Policy kultura ne prihvaća improviziranje, već podržava inovativnost. Naime, improvizacije nastaju u nepoznatim okolinama i u situacijama u kojima ne postoji definiran sustav, dok inovacije nastaju kao dodana vrijednost postojećem sustavu, i to u situacijama kad prepoznamo da ima mjesta poboljšanjima. Ovdje pod kulturom podrazumijevamo opće prihvaćenu praksu, a ne samo praksu ustanovljenu u institucijama i formalnim procesima.

Zelena knjiga je pripremni dokument u kojem vlada izlaže strategiju provedbe nekog propisa, ili pak prijedloge o kojima želi dobiti javne stavove i mišljenja.

Zelena knjiga predstavlja ono najbolje što vlada može predložiti o određenom pitanju, ali bez obaveze provedbe tako da vlada, ne gubeći obraz, može ostaviti svoju konačnu odluku otvorenom i modificirati je prema reakcijama i stavovima javnosti. Zelene knjige mogu rezultirati izradom bijele knjige.

Bijela knjiga (eng. *white paper*) je dokument koji sadrži stajalište vlade, organizacije, udruženja ili kompanije. Naziv je nastao zbog bijelih korica uveza koji se koristio za ovakve dokumente, za razliku od plavih korica koje se nalaze na većini vladinih izvještaja.

Bijelu knjigu piše tim eksperata na određenu temu, najčešće kao izvještaj o javnoj politici vlade ili neke organizacije, da bi čitaocima služila kao pomoć pri donošenju odluka. Bijele knjige imaju dvojaku ulogu: predstavljaju čvrste javne politike, ali istovremeno pozivaju na iskazivanje mišljenja o njima.

Vlade koriste bijele knjige da bi javnosti predstavile pojedine javne politike prije nego ih pretvore u legislativu. Kad se radi o kontroverznim javnim politikama, bijele knjige testiraju javno mnijenje i pomažu vladama da procijene učinke svake pojedine politike.

Pravo na dobru upravu je još od 2009. jedno od temeljnih prava u okviru Europske unije:

1. Svatko ima pravo da institucije, tijela, uredi i agencije Unije njegove predmete obrađuju nepristrano, pravično i u razumnom roku.
2. Ovo pravo uključuje: ...(c) obvezu uprave da obrazloži svoje odluke.

Povelja o temeljnim pravima Europske Unije,

Razumijevanje i važnost pojma kvalitete

Među najvećim enigmama hrvatskog zdravstva svakako je i kvaliteta zdravstvene zaštite. Naime, teško je objašnjivo da u posljednjih 15 godina nismo uspjeli osigurati značajnije pomake prema sustavnom upravljanju kvalitetom zdravstvene zaštite. Iako je tome mnogo uzroka, presudnu ulogu ima kultura i razumijevanje ekosustava zdravstva u kojemu ta kvaliteta „živi“.

Kad je riječ o kvaliteti, naš je zdravstveni sustav obilježen dvama ekstremnim poimanjima. Prvi ekstrem predstavlja kolokvijalno tumačenje i vrednovanje zdravstvene zaštite putem takozvanih razgovora uz kavu. U takvim se razgovorima sudi o tome što je dobro, a što loše u zdravstvenom sustavu, na temelju tuđeg i vlastitog iskustva te slabo provjerenih informacija. Drugi je ekstrem trajan snažan pritisak za osiguravanjem certifikata i uopće dokumentacije, odnosno potvrde da postoji nešto što se zove kvaliteta. Oboje je rezultat nedovoljnog razumijevanja načina na koji funkcionira zdravstveni sustav te načina kako se osigurava kvalitetna zdravstvena zaštita.

Prvi korak u vrednovanju kvalitete zdravstvene zaštite jest primjena kategorija koje je postavio Avedis Donabedian, te kasnije promovirao Reuben Eldar. Naime, sve ono što se odnosi na pacijente i korisnike u zdravstvenom sustavu treba podijeliti u tri osnovne kategorije: medicinsko-tehnička skrb, odnos prema korisniku, te okružje.

Medicinsko-tehničku skrb predstavlja sve ono što u stručnom smislu imaju i što čine različiti elementi zdravstvenog sustava, kao i njihova isporuka korisniku.

Odnos prema korisniku predstavlja sva postupanja povezana s medicinsko-tehničkom skrbi, kao i sa svim drugim oblicima odnosa prema korisnicima u kontaktu sa zdravstvenim sustavom.

Okružje čine svi oni elementi i strukture unutar kojih se događaju procesi u zdravstvenoj zaštiti: od građevinskih i arhitektonskih, pa do načina na koji je organiziran rad i određeno ponašanje u organizaciji.

Nakon što ovako razvrstamo zdravstvenu zaštitu, slijedi korak u kojem se medicinsko-tehnička skrb razlaže na tri ključne komponente: strukture, procese i ishode.

Strukture čine svi oni elementi zdravstvenog sustava koji u njemu postoje neovisno o tome čine li što ili ne čine: prostor, oprema i ljudi.

Procesi su sve aktivnosti koje se odvijaju u zdravstvenom sustavu, a u koje su uključeni prostor, oprema i ljudi (uključujući i korisnika).

Ishodi su sva ona stanja koja nastaju nakon kontakta korisnika sa zdravstvenim sustavom.

Treći korak je provjera strukture, procesa i ishoda. Za ovakvu je provjeru najvažnije saznati postoje li i koji su to već definirani alati, ili ćemo (što je rijetko) morati izraditi nove.

Primjerice, strukture u zdravstvu reguliraju se pravilnikom o prostoru, opremi i kadrovima, a provjeravat ćemo ih *ček-listama*.

Procese se regulira zakonima, pravilnicima te opisima kompetencija i postupaka, a provodimo ih i provjeravamo primjenom smjernica i algoritama.

Ishodi se zadaju kao ciljevi još prije započinjanja pružanja usluge ili skrbi u zdravstvu, a vrednujemo ih u odnosu na početno stanje, te u odnosu na slične aktivnosti u našem i drugim zdravstvenim sustavima.

Ovako postavljen i razrađen ekosustav kvalitete u zdravstvenoj zaštiti omogućava nam da čak i svakodnevne „male razgovore“ o kvaliteti na jednostavan način pretvorimo u stručno vrijedan doprinos vrednovanju kvalitete zdravstvene zaštite. Drugim riječima, ako razumijemo procese u kojima nastaju različiti oblici zdravstvene zaštite, tad možemo aktivno djelovati prema poboljšanju kvalitete. U protivnom, preostaje nam samo

da uz kavu razglabamo o kvaliteti zdravstvene zaštite i maštamo o tome kako će jednog dana netko certificirati našu ustanovu.

Kultura konsenzusa i planiranja

Konsenzus je proces grupnog odlučivanja u kojem članovi grupe razvijaju neku odluku (stav, mišljenje) na dobrobit zajedničkog ishoda ili cilja, te pristaju podržati tu odluku. Konsenzus obično zahtijeva određenu razinu suradnje i kompromisa svih uključenih u proces.

Zdravstvo je nevjerojatno složen sustav i zato ne postoji jedno ključno pitanje o kojem se postiže konsenzus u zdravstvu. No zato smo suočeni s cijelom serijom pitanja na koja moramo odgovoriti, koja se mogu grupirati u tri skupine:

1. Pitanja radi postizanja dogovora oko **načela** (npr. želimo li solidarno zdravstvo)
2. Na koji način ćemo izabrati naše **prioritete** i tko će o tome odlučiti
3. Kako ćemo i s kojim **resursima** provoditi promjene.

Dakle, ne samo da moramo odgovoriti na velik broj pitanja koja traže konsenzualan pristup, već su potrebne najmanje tri opisane razine konsenzusa da bismo uopće mogli krenuti u neki vid promjena.

Određivanje prioriteta u zdravstvu¹⁵¹

Potražnja teži porastu sve dok ne pokrije ponudu.
Obrnuto ne vrijedi.

Parkinsonov zakon

Potrebe i zahtjevi za uslugama zdravstvene zaštite gotovo uvijek premašuju raspoloživa sredstva, posebice financijska, stoga je za odgovorno upravljanje nužno donijeti odluku kako raspodijeliti raspoložive resurse, to jest, odrediti prioritete.

Prioritet - veća važnost koga/čega u odnosu na druge, pa mu se zato mora dati prednost pri razmatranju, odlučivanju, radu i sl.; prvenstveno pravo, prvenstvo (imati/dobiti prioritet)¹⁵²

¹⁵¹ Prema tekstu: A. Džakula. „Određivanje prioriteta“. Liječničke novine 2012 (106): 3.12.2012

¹⁵² Definicija Hrvatskog jezičnog portala <http://hjp.srce.hr/> Pristupljeno 1.7.2018.

Važno je razumjeti što je to točno prioritet, to jest, je li prioritet nešto što je problem, ili je prioritet pak odluka da se nekoj aktivnosti da veća važnost. Naime, često se u javnosti čuje da je nešto prioritetni problem ili da je neki problem prioritet, pa tako nastaje poimanje da je prioritet svojstvo nečega što je loše ili što zahtijeva promjenu, a ne da je prioritiziranje korak prema rješavanju problema.

Zato ćemo koristiti sljedeću definiciju prioriteta u zdravstvenoj zaštiti koja uključuje tri elementa: veličinu problema (dio populacije koji je zahvaćen problemom), značenje problema (utjecaj problema na pojedinca i društvo, razina patnje, težina posljedica), te mogućnosti intervencije (efektivnost, efikasnost, prihvatljivost).

Prioritet = veličina problema X značenje problema X mogućnosti intervencije

Ova definicija objedinjava elemente problema i rješenja u istoj odluci, te ističe kompleksnost izrade liste prioriteta. Pri određivanju prioriteta počinjemo s veličinom problema, za što su nužna specifična javnozdravstvena, a posebice epidemiološka znanja.

Drugi korak sastoji se u vrednovanju značenja problema. Ovaj element obuhvaća procjenu posljedica problema, bilo da su oni ekonomski (bolovanja, troškovi nepotrebnih/dodatnih liječenja, manjak investicija), društveni (pravednost, stigmatizacija), ili pak oblici osobne patnje (bol, smanjena kvaliteta života).

Treći element, mogućnost intervencija, usmjeren je na mogućnosti rješenja. Tu su, prije svega, iskustva drugih intervencija sličnog tipa te posebice dokazani modeli dobre prakse. Među njima posebno mjesto zauzimaju baze sistemskih analiza (npr. The Cochrane Collaboration), izvori globalnih agencija poput Svjetske zdravstvene organizacije (Health

Evidence Network), te nacionalne baze koje promoviraju upravljanje temeljeno na dokazima.

Očito je da su za ovako složene procjene nužna visoko specifična znanja te kvalitetno obrazovani profesionalci različitih struka. Bez korištenja znanja stručnjaka u sva tri elementa, određivanje prioriteta isključivo je politički proces, pa se učinci takvog rangiranja prioriteta obično kreću u rasponu između "uz mnogo teškoća" do "uopće nije uspjelo".

Ključno značenje određivanja prioriteta za većinu aktera u zdravstvenom sustavu ogleda se u dodjeli financijskih sredstava. No upravo dodjela sredstava otvara cijeli niz novih problema. Prije svega, tu je problem pronalaska odluke koja bi pomirila potrebe svih sudionika na tržištu, primjerice, zdravstvenih ustanova kao pružatelja te pacijenata kao korisnika usluga. Ovdje je posebno važno poznavati posljedice i oportunitetne troškove (tzv. trošak propuštene prilike) različitih opcija financiranja, odnosno, prepoznati što smo mogli postići istim novcem rješavajući druge probleme. Drugim riječima, moramo moći objasniti i onima koji nisu dobili sredstva, zašto su im ona uskraćena. Često su ta obrazloženja, ako postoje, najbolji dokaz da se radilo stručno i odlučivalo odgovorno, a ne politički.

Kod određivanja prioriteta dobronamjerni donosilac odluke maksimalizira efikasnost, pravednost, ili oboje, u okvirima raspoloživih sredstava. Naime, određivanje prioriteta ne događa se u "vakuumu", već u svakodnevnom okruženju podložnom političkim, institucionalnim, te ostalim utjecajima okoliša. Sve to značajno utječe na donosioce odluke o prioritetima, pa zato sve druge elemente odlučivanja treba vrlo sustavno prirediti kako ne bi zapali pod utjecaj trenutnih političkih okolnosti.

U organizacijskom smislu, određivanje prioriteta u zdravstvu dešava se na više razina: makro, mezo i mikrorazine.

Donošenje odluka na makrorazini (obično, nacionalnoj) obuhvaća utvrđivanje prioriteta u kontekstu alokacije resursa koji su uvijek pod značajnim utjecajem sveukupne politike, pritiska javnosti i ostalih utjecaja okoline.

Na mezorazini (npr. na razini zdravstvene ustanove), odluke o izboru prioriteta najčešće donose menadžeri tih ustanova, a temelje ih na nacionalnim prioritetima, smjernicama i dokazima.

Mikrorazina utvrđivanja prioriteta odnosi se na najdelikatnije kriterije poput onih koji se tiču socijalnog, medicinskog i međuljudskog aspekta. Primjerice, na mikrorazini zdravstvena ustanova trebala bi jasno utvrditi prioritete u trenutnom radnom okruženju koji će dovesti do maksimalne radne efikasnosti: je li to ugodna radna klima, organizacijske policy-je i procedure, mjerenje radnog učinka pojedinca, sve to zajedno, ili pak nešto posve drugo.

Dva su osnovna ekonomska načela na osnovu kojih se utvrđuju prioriteti u zdravstvu. Prvo je načelo oportunitetnog troška, što znači da ulaganje sredstava u jednom smjeru u svrhu ostvarivanja koristi može s druge strane značiti potencijalno izgubljenu korist kroz neku drugu moguću investiciju (zato se još zove i "trošak propuštene prilike").

Drugo je načelo promjene ili preraspodjele postojećih resursa. Ako se budžet poveća, potrebno je razmotriti kako se dodatna sredstva mogu najbolje utrošiti. Suprotno tome, ako se budžet smanji, sredstva valja ustegnuti onim područjima djelatnosti koja donose najmanju dobrobit.

Da bi donosilac odluka u zdravstvu mogao ispravno utvrditi prioritet, bitno je da ima čistu i potpunu sliku cijelog sustava. To znači da mora poznavati probleme i sustav na makro, mezo i mikrorazini, kako bi mogao sagledati eventualne propuste trenutnog sustava, mogućnosti da se oni isprave ili ublaže, te odrediti početni korak pri određivanju prioriteta.

Odluka o izboru prioriteta je veoma težak zadatak, pogotovo kad se radi o zdravstvenim problemima ili samom funkcioniranju zdravstva. Naime, vrlo je lako pobrkati utjecaje na makrorazini s onima na mikrorazini, i time posve pogrešno postaviti prioritete u sustavu. Dakle, najveći je problem upravo ta široka slika sustava, neophodna za pravilan prvi korak. Ne znamo li točno odakle krenuti, vrlo je lako izgubiti se u mnoštvu problema jednog sustava. Ako ih donosilac odluke ne zna pravilno selektirati i rangirati po njihovoj važnosti, tada i najmanji problemi postaju fatalni za daljnje odlučivanje.

Pravilno postavljeni prioriteta interes su svih aktera u zdravstvenom sustavu: pacijenata, jer se time na najbolji način osigurava podmirivanje njihovih potreba; zdravstvenih radnika, jer se osigurava održivi razvoj sustava; te države, jer se tako jamči odgovorno i racionalno odlučivanje, odnosno postizanje toliko zazivane pravednosti u zdravstvenoj zaštiti.

Razvijanje svijesti o važnosti dobrog utvrđivanja prioriteta kod svih aktera u zdravstvu prvi je korak ka sustavu zdravstva čiji horizont seže dalje od godišnjeg ciklusa određivanja proračuna.

Jedino nas profesionalno odrađeno definiranje prioriteta u zdravstvu može izvući iz doba u kojem se kao ključna metoda koristi "dogovor" („Ljudi smo!“), a kao ključni kriterij pak "naši i/ili vaši". To jest, iz interregnuma.

Pacijenti žele pravovremenu i kvalitetnu uslugu, vjerodostojnu informaciju, te da se ne čine nepotrebni zahvati.

Liječnik hitne medicine u Hrvatskoj

Prilozi

Vodič za izradu političkog i izbornog programa za područje zdravstva



Autori: Grupa U3

IZBORI 2016

Sadržaj vodiča

Sažetak	154
Što je zdravstvena politika?	156
Obaveze Republike Hrvatske prema građanima	157
Planiranje u zdravstvenoj zaštiti.....	159
Strateško planiranje - planiranje za stvaranje nove vrijednosti	159
Projektno planiranje - planiranje za unapređenje postojećeg sustava	160
Planiranje u zdravstvu.....	160
Vremenski okviri planiranja	160
Što je reforma?	161
Kome je vodič namijenjen?	162
Kako koristiti ovaj vodič za proces izrade zdravstvene politike....	163
Koraci procesa donošenja zdravstvene politike.....	165
1. Istaknite vrijednosti i načela.....	165
2. Oblikujte viziju	165
3. Formulirajte probleme.....	167
4. Opišite trendove	169
5. Prepoznajte dionike	170
6. Odredite prioritete.....	172
7. Odredite ciljeve.....	174
8. Definirajte izvršioce politike	177
9. Opišite upravljanje promjenama	177
10. Vrednujte učinjeno.....	177

Sažetak

Vodič je namijenjen svim zainteresiranim dionicima u zdravstvenom sustavu koji žele aktivno sudjelovati u izradi zdravstvene politike (policyja), a ponajprije: političkim strankama, strukovnim i nevladinim udrugama, lokalnim zajednicama, te pacijentima.

Vodič objašnjava proces izrade planova i programa zdravstvene politike, na osnovu činjenice da se promjene u zdravstvenom sustavu ne odvijaju linearno, već u uzastopnim ciklusima koji grade spiralu.

Budući da su strukture i procesi zdravstvenog sustava već zadani, postoje dvije glavne vrste planiranja: operativno planiranje (planovi koji unapređuju rad postojećih struktura), te strateško planiranje (planovi koji zahtijevaju reforme sustava).

Istaknite vrijednosti i načela po kojima želite djelovati u zdravstvenoj zaštiti.

Oblikujte viziju zdravstvenog stanja građana i stanja zdravstvenog sustava kakvu želite na kraju četverogodišnjeg mandata i dalje u budućnosti vidjeti ostvarenom.

Opišite pojave (navedite podatke i izvore informacija) koje smatrate problemima te argumentirajte zašto su problem:

A. Pojave koje su povezane sa zdravljem, a koje ukazuju na opterećenje građana bolestima, patnjom, drugim ograničenjima u svakodnevnom životu, ili utječu na njihova ljudska prava.

B. Pojave koje ukazuju na loše upravljanje, neadekvatno korištenje medicinskih tehnologija, neprimjereno korištenje resursa koji bi inače mogli pridonijeti boljem zdravlju.

Opišite trendove koji utječu na sve gore navedeno.

Pobrojite postojeće dionike te opišite njihove snage i slabosti u odnosu spram zatečenih stanja i trendova.

Definirajte prioritete, to jest odredite pojave koje težinom i veličinom predstavljaju značajan problem na razini države, a za njihova rješenja postoje tehnologije i pozitivni primjeri - navedite ih.

Odredite ciljeve po prioritetima te razlučite specifične ciljeve prema kriteriju potrebe za strateškom promjenom (reformom) ili operativnim unapređenjem u manjim koracima.

Procijenite snage dionika u odnosu na postavljene ciljeve i navedite nositelje aktivnosti (i odgovornosti za provedbu).

Opišite sustav kojim će se kontinuirano upravljati uvođenjem promjena, te imenujte strukture odgovorne za pojedina faze provedbe promjena.

Definirajte načine praćenja i vrednovanja planiranih promjena.

Vrijeme pred parlamentarne izbore jest vrijeme kad političke grupacije moraju predstaviti svoje namjere u području javnih politika koje žele provoditi u predstojećem izbornom ciklusu. Zbog težine i važnosti za svakog građana, zdravstvena politika tu ima istaknuto mjesto.

Što je zdravstvena politika?

“Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, zdravstvena politika odnosi se na odluke, planove i akcije koje se poduzimaju kako bi se postigli određeni ciljevi zdravstvene zaštite u društvu. Eksplicitna zdravstvena politika može postići nekoliko stvari: ona definira viziju za budućnost koja zauzvrat pomaže uspostaviti ciljeve i kratkoročna i srednjoročna polazišta. Ona upućuje na zdravstvene prioritete i očekivane uloge različitih skupina te uspostavlja konsenzus i informira ljude.”

Miroslav Mastilica¹⁵³

Zdravstvena politika, najčešće predstavljena kao dio izbornog programa, predstavlja važan dokument kojim se iskazuju namjere o načelima, vrsti i opsegu u kojem se želi obuhvatiti upravljanje dijelovima javnog sektora koji direktno ili indirektno utječu na zdravlje stanovništva. Opseg i sadržaj zdravstvene politike proizlaze iz obaveze koje ima Republika Hrvatska, a time i legalno izabrani predstavnici zakonodavne i izvršne vlasti:

¹⁵³ Mastilica M. Zdravstvena politika. U: Šogorić S., ur. Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika. Zagreb: Medicinska naklada; 2016. str. 169.

Obaveze Republike Hrvatske prema građanima

Prema članku 58. Ustava Republike Hrvatske, »svakom se jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom«.

Kako bi ispunila svoju ustavnu obavezu, Republika Hrvatska svoja prava, obveze, zadaće i ciljeve na području zdravstvene zaštite ostvaruje tako da:

- planira zdravstvenu zaštitu i određuje strategiju razvoja zdravstvene zaštite
- osigurava zakonsku osnovu za ostvarivanje ciljeva zdravstvene zaštite
- osigurava uvjete za zdravstveno prosvjeđivanje stanovništva
- osigurava razvoj zdravstveno-informacijskog sustava u Republici Hrvatskoj
- osigurava razvoj sustava telemedicine u Republici Hrvatskoj
- osigurava uvjete za edukaciju zdravstvenih kadrova.

Osim organizacije, upravljanja i financiranja zdravstvenog sustava, Republika Hrvatska mjerama gospodarske i socijalne politike stvara uvjete za provođenje zdravstvene zaštite, kao i uvjete za zaštitu i očuvanje te poboljšanje zdravlja stanovništva. Mjerama porezne i gospodarske politike potiče razvijanje zdravih životnih navika. U svrhu održivog razvoja i unapređenja kvalitete osigurava razvoj znanstvene djelatnosti na području zdravstvene zaštite.

Prema članku 69. Ustava Republike Hrvatske »Svatko ima pravo na zdrav život«, a »Država osigurava uvjete za zdrav okoliš«. Nadalje, »Svatko je dužan, u sklopu svojih ovlasti i djelatnosti, osobitu skrb posvećivati zaštiti zdravlja ljudi, prirode i ljudskog okoliša«.

Prava i obaveze iz članka 69. Ustava Republika Hrvatska ostvaruje usklađenim djelovanjem više javnih sektora i to provođenjem mjera na području zaštite zdravlja od štetnih čimbenika okoliša mjerama koje stanovništvu osiguravaju zdravstveno ispravnu hranu i vodu za piće, vodu za rekreaciju i ostale vode, predmete opće uporabe, zaštitu od buke, kakvoću zraka kao i mjerama za neškodljivo zbrinjavanje otpadnih tvari, mjerama zaštite zdravlja od štetnog djelovanja kemikalija te za zaštitu od izvora ionizirajućih i neionizirajućih zračenja.

Izvor: Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.–2020.

U specificiranju programa i planova koji se namjeravaju provoditi nakon izbora treba uzeti u obzir da su strukture i procesi zdravstvenog sustava **već zadani**.

Ostvarivanje ustavnog prava na zdravstvenu zaštitu

Zajamčena ustavna prava na zdravstvenu zaštitu ostvaruju se kroz sustav zdravstva i za njih je odgovorno Ministarstvo zdravlja koje ima nadležnost nad sustavom koji osigurava pružanje zdravstvene zaštite. Sustav zdravstva primarno je određen Zakonom o zdravstvenoj zaštiti.

Zdravstveni sustav (Zdravstvo) Republike Hrvatske obuhvaća zdravstvenu djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba po stručno-medicinskoj doktrini i uz uporabu medicinske tehnologije pri pružanju zdravstvene zaštite.

zdravstvo, sr

1. djelatnost na zaštiti zdravlja i liječenju bolesti
2. ukupnost ustanova i stručnjaka za tu djelatnost

Izvor: Hrvatski jezični portal

Zdravstvena zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za:

- očuvanje i unapređenje zdravlja
- sprečavanje bolesti
- rano otkrivanje bolesti
- pravodobno liječenje te
- zdravstvenu njegu i rehabilitaciju.

Izvor: Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.–2020.

Obzirom da zadanost struktura tj. sustava, planovi se moraju jasno svrstati u dvije skupine: kao oni koji unapređuju rad postojećih struktura (operativno planiranje) te oni koji zahtijevaju reforme sustava (strateško planiranje).

Planiranje u zdravstvenoj zaštiti

Doc. dr. sc. Aleksandar Džakula

*Katedra za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite,
Medicinski Fakultet Sveučilišta u Zagrebu*

Premda postoje različite definicije, za pojam planiranja može se reći da zajednički obuhvaća skup aktivnosti (intelektualnih, istraživačkih, stručnih,...) kojima se nastoji događanja u budućnosti organizirati tako da služe cilju koji je postavljen. Primjerice, ako je cilj povećati fizičku kondiciju i spremiti se za skijanje ili neko sportsko natjecanje, treba izraditi plan priprema. Takav plan imat će vremenski okvir i raspored aktivnosti koji je izabran. Nadalje, sadržavat će i jasno definirane obaveze koje se moraju ispuniti kao i uloge osoba koje će pomoći da se najbolje provedu pripreme. Isto tako unutar plana bit će definirano početno stanje, načine provjere tj. praćenje napretka i na kraju način reagiranja u situacijama koje nisu predviđene ili nisu u skladu s očekivanjima. Dakle pojednostavljeno, planiranje se može javljati u dva oblika: kao postupak kojim se stvaraju nove usluge proizvod, sustav ili kao postupak kojim se u postojeći sustav nastoji uvesti promjene. Premda se u realnom okruženju (posebice zdravstvu!) vrlo rijetko ova dva postupka javljaju odvojeno, za početak bit će objašnjena odvojeno.

Strateško planiranje - planiranje za stvaranje nove vrijednosti

Kad u realnom okružju ne postoje potrebni sadržaji, pristupa se planiranju za stvaranje nečeg novog. U poslovnom svijetu uobičava se reći „imamo viziju koju želimo dostići i svoje aktivnosti podređujemo ostvarenju te vizije“. Preduvjet dobre vizije su kvalitetna procjena potreba (i želja) te mogućnosti da se vizija ostvari. Ovakav oblik planiranja često se naziva i strateško planiranje.

Primjer: Utvrdili smo da velik broja bolnica ima problem s osobama u komi koje su ovisne o visoko specifičnoj medicinsko tehničkoj skrbi, a u Hrvatskoj ne postoji niti jedna ustanova koja je ustrojena tako da bi ciljano skrbila za takve pacijente. Potrebno je izraditi strateški plan zbrinjavanja pacijenata u komi.

Projektno planiranje - planiranje za unapređenje postojećeg sustava

Ovakav oblik planiranja obično se prikazuje kao ciklus upravljanja u menadžmentu (uvođenja promjena) PLANIRAJ-PROVEDI-PROVJERI-PROMJENI (PLAN-DO-CHECK-ACT). Ovaj ciklus kreće s osnovnim planiranjem kao prvim korakom. Drugi korak je provedba planiranog. Treći provjera učinkovitosti – vrednovanje (evaluacija), a četvrta promjena planiranog tj. implementacija aktivnosti koje će nas približiti postavljenim ciljevima. Ovakav oblik planiranja često se naziva i projektno planiranje.

Primjer: *Preoperativna obrada pacijenata koja uključuje veći broj zadanih dijagnostičkih procedura odvija se sporo, uz velike troškove te nezadovoljstvo pacijenata i zdravstvenih radnika. Postojeće procedure i postupke potrebno je prilagoditi i unapređivati kako bi se postigao stručno, organizacijski i financijski optimalan sustav.*

Planiranje u zdravstvu

Premda se obadva spomenuta oblika planiranja koriste u zdravstvenom sustavu, pod pojmom planiranja u zdravstvu u pravilu se podrazumijeva strateško planiranje. Razlog za to su prije svega veličina sustava zdravstva, mnogostruki čimbenici koji utiču na planiranje te vremenski zahtjevi za uvođenje promjena u zdravstvo koji se u pravilu mjere u godinama.

Vremenski okviri planiranja

Kad se govori o planiranju, važno je znati na koji se ono period odnosi jer to određuje sadržaj, ali i razinu specifičnosti u planiranju. Iako postoje različite vremenske podjele, najčešće se koriste sljedeći vremenski opis planiranja: kratkoročno (1- 3 godine), srednjoročno (3-5 godina) i dugoročno (više od 5 godina).

Što je reforma?

Reforma (lat. *re* = nazad, *formatio* = uspostava: ponovna uspostava) označava u politici veće, planirane i nenasilne transformacije postojećih uvjeta i sustava.

Reforme za cilj imaju poboljšanje djelotvornosti državne uprave, pa se tako u nekoj državi može provesti reforma zdravstva, školstva, policije, vojske i sl.

Reforma se razlikuje od revolucije po tome što temelji ili osnovne značajke poretka ili sistema nikada ne dolaze u pitanje. S druge strane, razlike između revolucije i reforme nikada nisu jasne, pa tako neke reforme mogu - pogotovo kroz duže vrijeme - predstavljati promjenu revolucionarnog značaja.

Reforme u zdravstvenom sustavu imaju nedvosmisleno definirane sadržaje i nužno je da autori **jasno naznače cilj što ga žele postići** pojedinom mjerom ili reformskim zahvatom.

Reforma zdravstva je opći pojam koji se koristi za raspravu o velikim kreacijama ili promjenama zdravstvene politike, ili, najčešće, za raspravu o vladinoj politici (policy) koja utječe na pružanje zdravstvene zaštite na određenom mjestu.

Zdravstvena reforma u pravilu nastoji:

- Proširiti populaciju koja se pokriva zdravstvenom skrbi bilo kroz programe javnog sektora osiguranja, bilo kroz sektor privatnih osiguravajućih društava.
- Proširiti spektar zdravstvenih usluga između kojih korisnici mogu birati
- Poboljšati pristup zdravstvenim stručnjacima
- Poboljšati kvalitetu zdravstvene zaštite
- Pružiti građanima više skrbi
- Smanjiti troškove zdravstvene zaštite

Vremenske odrednice zdravstvene politike važna su dimenzija koja određuje provedivost i održivost programa. Stoga je bitno uvažiti cikluse “planiranja za zdravlje” koji omogućuju da se svakoj potrebi prilagodi cjelovita promjena.

Kome je vodič namijenjen?

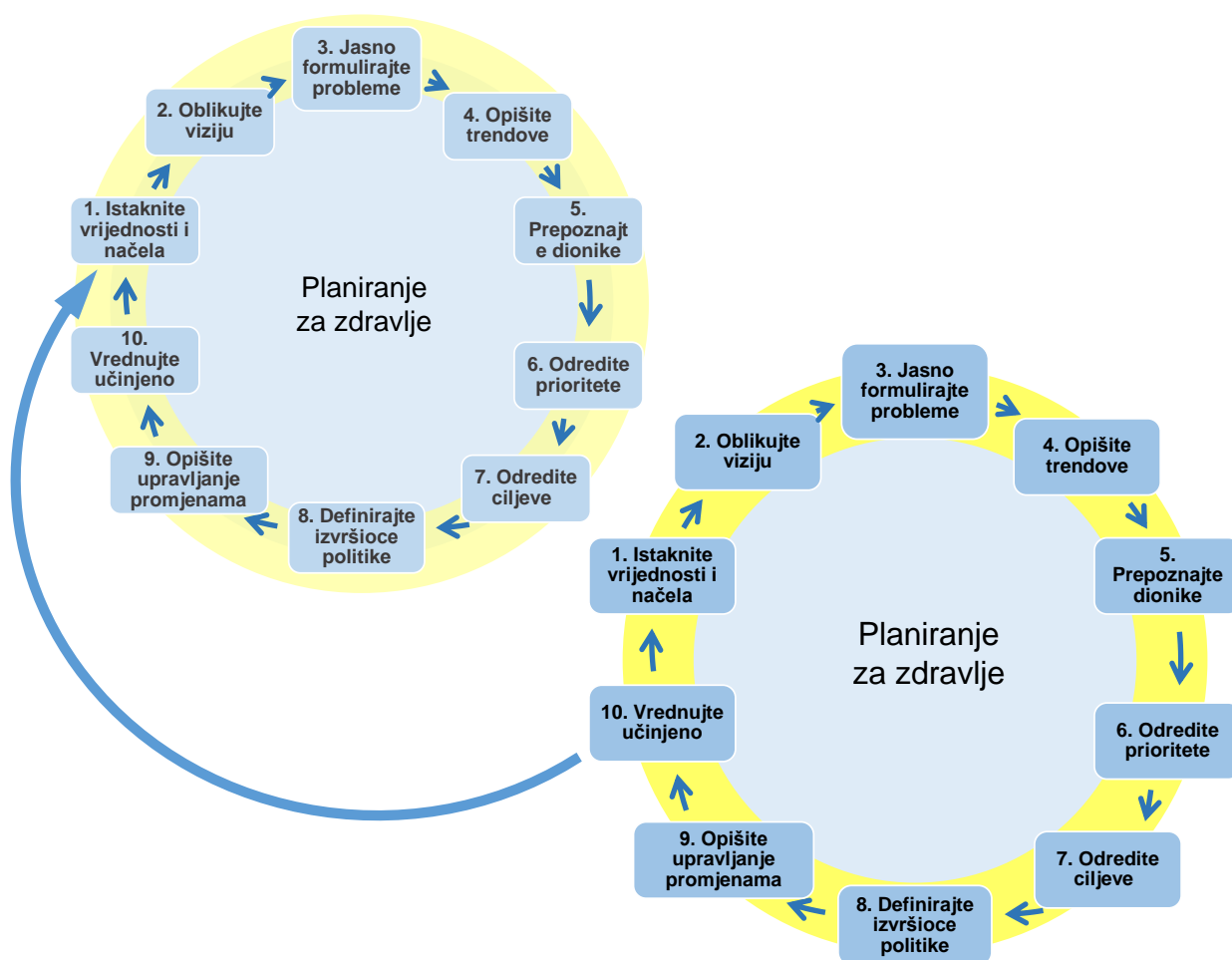
Ovaj je vodič namijenjen svim zainteresiranim dionicima u zdravstvenom sustavu koji žele aktivno sudjelovati u izradi zdravstvene politike (policyja), a ponajprije: političkim strankama, strukovnim i nevladinim udrugama, lokalnim zajednicama, te pacijentima.

Kako koristiti ovaj vodič za proces izrade zdravstvene politike

Pri izradi zdravstvene politike bitno je najprije shvatiti proces izrade gdje je svaki korak nezaobilazan, te je preduvjet za uspješno svladavanje idućeg koraka. Ispunjavanje svih naznačenih koraka jest potrebno, ali nije dovoljno za kvalitetnu izradu politike. Naime, uključenost dionika pri izradi politike ključ je njenog uspjeha pri kasnijoj implementaciji.

Važno je znati da se promjene u zdravstvenom sustavu ne odvijaju linearno, već u uzastopnim ciklusima koji grade spiralu. Stoga je nakon svakog ciklusa provođenja ovih deset koraka potrebno provesti **podešavanje politike**, to jest, u slučaju da se ishodi ili provođenje politike razlikuju od očekivanoga, valja se vratiti na prvi korak i ponavljanje kruga procesa donošenja politike.

Promjene u zdravstvenom sustavu ne odvijaju se linearno, već u uzastopnim ciklusima koji grade spiralu.¹⁵⁴



Planiranje za zdravlje jest tehnički i stručno zahtjevan pothvat, i zato je tim stručnjaka koji je izradio ovaj vodič spreman pružiti stručnu podršku pri izradi zdravstvene politike.

¹⁵⁴ Selma Šogorić (ur.) (2016) Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika. Zagreb. Medicinska naklada

Koraci procesa donošenja zdravstvene politike

1. Istaknite vrijednosti i načela

Istaknite vrijednosti i načela po kojima želite djelovati u zdravstvenoj zaštiti.

Primjeri:

- *Zdravlje nije roba, već javno dobro.*
- *Zdravlje građana je ključan strateški resurs.*
- ...

2. Oblikujte viziju

Oblikujte viziju zdravstvenog stanja građana i stanja zdravstvenog sustava kakve želite na kraju četverogodišnjeg mandata i dalje u budućnosti vidjeti ostvarenima.

Primjeri:

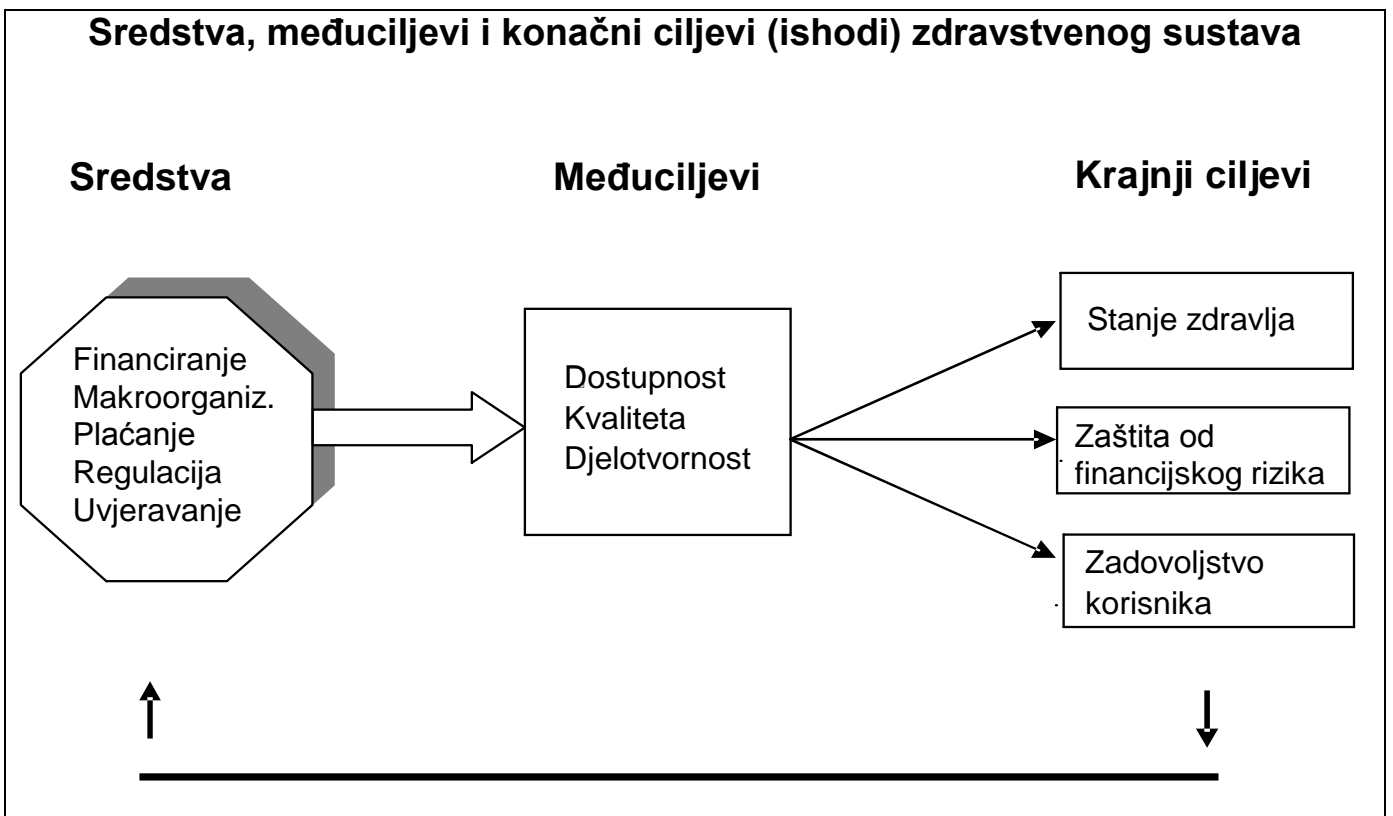
- *Želimo da na kraju našeg mandata stopa izlječenja od malignih bolesti bude veća za 20%.*
- *Želimo da se stopa pretilosti među djecom smanji za 25%.*
- *Želimo da...*

Službena vizija

Nacionalnog zdravstvenog sustava Engleske

“Da svatko ima veću kontrolu nad svojim zdravljem i dobrobiti, da živi duži, zdraviji život uz podršku visoko kvalitetnog sustava i zdravstvene zaštite koji su suosjećajni, uključivi, te se trajno poboljšavaju.”

Sljedeća shema pomoći će vam da u tom procesu razlikujete ciljeve, međuciljeve i sredstva.



3. Formulirajte probleme

Jasno opišite pojave (navedite podatke i izvore informacija) koje smatrate problemima te argumentirajte zašto su one problem:

A. Pojave koje su povezane sa zdravljem, a koje ukazuju na opterećenje građana bolestima, patnjom, drugim ograničenjima u svakodnevnom životu, ili utječu na njihova ljudska prava.

Primjeri:¹⁵⁵

- Mnogi roditelji boje se cijepljenja
- Postotak pretile djece znatno je veći nego u susjednim zemljama
- Očekivani životni vijek hrvatskih građana je četiri godine kraći nego u Sloveniji
- Stopa samoubojstava u muškoj populaciji je 4,4 puta veća nego kod žena
- Više od trećine populacije su pušači
- Drugi smo na svijetu po smrtnosti od raka debelog crijeva

- Osmi smo na svijetu po smrtnosti od raka jajnika
- Deseti smo na svijetu po smrtnosti od raka pluća
- Četrnaesti smo na svijetu po smrtnosti od alkoholizma
- ...

¹⁵⁵ <http://www.worldlifeexpectancy.com/country-health-profile/croatia> Pristupljeno 1.7.2018.

B. Pojave koje ukazuju na loše upravljanje, neadekvatno korištenje medicinskih tehnologija, neprimjereno korištenje resursa koji bi inače mogli pridonijeti boljem zdravlju.

Kao podsjetnik, evo popisa problema koji su se spominjali u programima političkih stranaka na lanjskim parlamentarnim izborima:

- Imamo gomilu problema, ali nemamo jasnu ideju kako da odaberemo prioritete.
- Imamo preslabu dostupnost zdravstvene zaštite.
- Potrebna nam je jača decentralizacija/regionalizacija zdravstva.
- Intersektorska suradnja i povezivanje su preslabi.

- Informatizacija zdravstvenog sustava ide presporo (*upravljanje informacijama, e-zdravstvo, m-zdravlje, telemedicina, automatizacija...*)
- Upravljanje u zdravstvu nije dovoljno profesionalizirano.
- Upravljanje kvalitetom u zdravstvu nije dovoljno razvijeno.
- Upravljanje ljudskim resursima još je u povojjima.

- Ne znamo kako poboljšati financiranje zdravstvenog sustava.
- Kako postaviti odnos privatnog i javnog u zdravstvu?
- Javna nabava u zdravstvu je na niskim granama.
- Politika lijekova je nerazvijena (dostupnost, regulativa, cijene...).

- Zdravstvena ekologija je zanemarena.
- Zdravstveno prosvjećivanje nam je na niskim granama.
- Kako unaprijediti zdravlje u zajednici?
- Kako da primarna zdravstvena zaštita bude djelotvornija?

- Hitna medicina – kako je unaprijediti da bude na razini potreba?
- Kako poboljšati dostupnost palijativne skrbi?
- Bolnički sustav je glomazan i nejasan.
- Želimo razvijati zdravstveni turizam, ali kako postići da nam on ne smanji resurse za naše bolesne građane?

- Preventiva bi nam morala biti mnogo bolja.
 - Što i kako s ovisnostima: kako spriječiti, kako liječiti, te kako smanjiti štetu?
 - Osobe s posebnim potrebama dobivaju na teži način i mnogo manje od onoga što im u zdravstvu treba.
 - Imamo premali broj kliničkih smjernica/postupnika u odnosu na uspješnije zdravstvene sustave.
-
- Duge liste čekanja izvor su trajnog nezadovoljstva u zdravstvu (k tome, nikad nije učinjena temeljita stručna analiza uzroka dugih lista čekanja).
 - Naš program suzbijanja korupcije u zdravstvu nije dovoljno djelotvoran.
 - Nedovoljno nam je razvijena integracija skrbi za sve kategorije pacijenata, a naročito za pacijente s multimorbiditetom.
 - Ne znamo zašto je uistinu nastala emigracija zdravstvenih radnika, a kamoli kako je ublažiti.

4. Opišite trendove

Opišite trendove koji utječu na sve gore navedeno.

Ovdje se ne radi samo o trendovima u stanju zdravlja (npr. porast pušenja i alkoholizma, epidemija pretilosti, porast smrtnosti od nekih vrsta karcinoma te kardiovaskularnih bolesti), već općenito u društvu. Tu su prije svega trendovi koji se odnose na stanovništvo (starenje, nestanak višegeneracijske obitelji), gospodarstvo, te nove tehnologije. Posebno su važni trendovi koji određuju društvene odrednice zdravlja (npr. nezaposlenost, migracije, edukacija, stres, stigmatizacija duševno oboljelih osoba, dostupnost zdrave hrane, zagađenje okoline bukom).

Korisnici su podaci *Global Burden of Disease*, budući da daju uvid u zdravstvene podatke Hrvatske tokom zadnjih 30 godina.¹⁵⁶

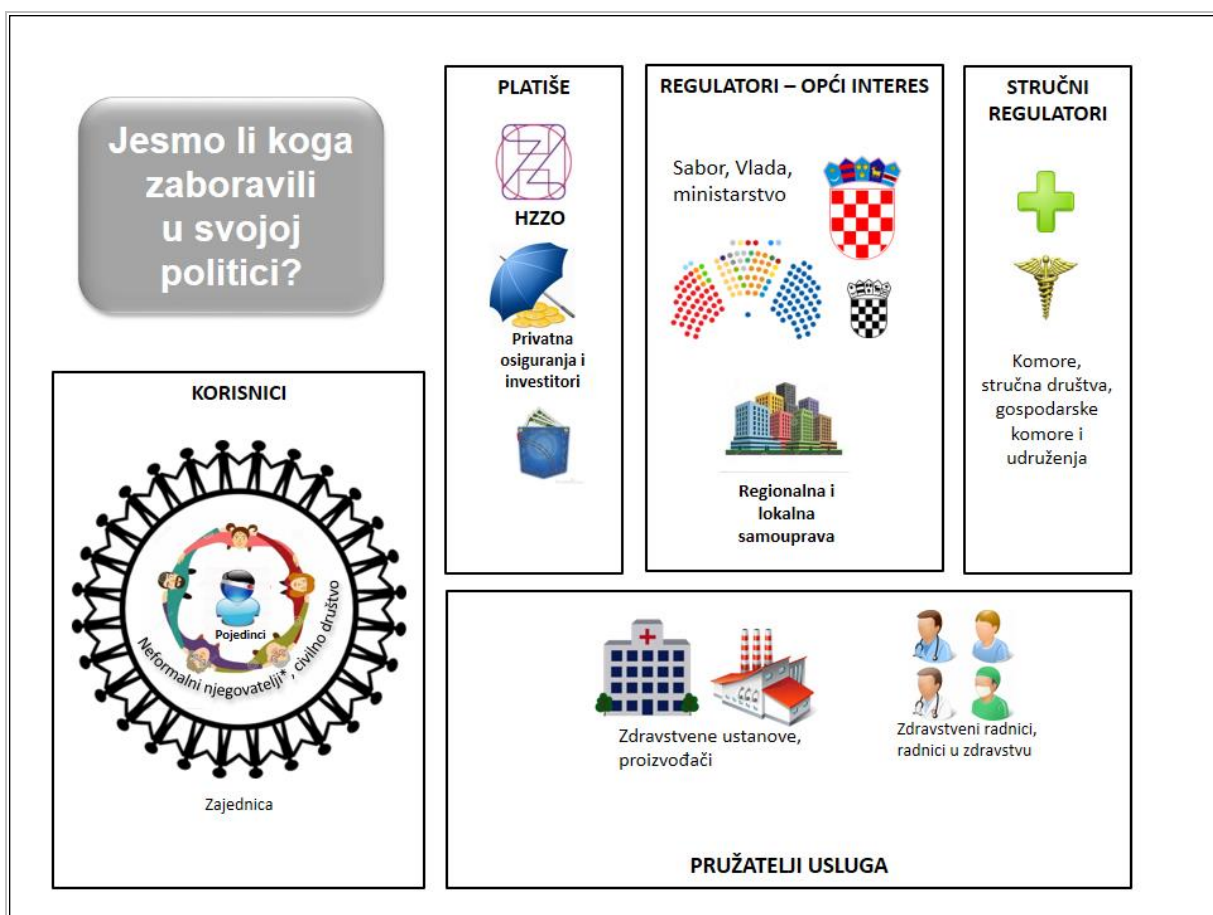
¹⁵⁶ <http://ihmeuw.org/3uya> Pristupljeno 1.7.2018.

5. Prepoznajte dionike

Pobrojite postojeće dionike te opišite njihove snage i slabosti u odnosu spram zatečenih stanja i trendova.

Dionici su mnogo širi pojam od izvršilaca politike. Naime, velik dio dionika ima utjecaja na javno mnijenje ili su zainteresirana strana (npr. građani, pacijenti, gradske i općinske vlasti, privatni poduzetnici u zdravstvu), ali oni ne mogu biti direktni izvršioци. Nužno je da se svi oni prepoznaju u cjelovitoj slici.

Dionici u zdravstvu - vizualna ček-lista



Koristan alat za identifikaciju dionika:

Schmeer, Kammi. 1999. Guidelines for Conducting a Stakeholder Analysis. November 1999. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates In.

<http://www.who.int/management/partnerships/overall/GuidelinesConductingStakeholderAnalysis.pdf>¹⁵⁷

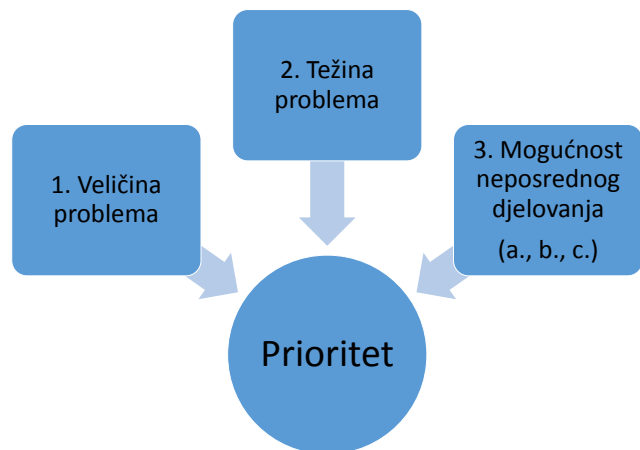
¹⁵⁷ Pristupljeno 1.7.2018.

6. Odredite prioritete

Definirajte prioritete, to jest, odredite pojave koje težinom i veličinom predstavljaju značajan problem na razini države, a za njihova rješenja postoje tehnologije i pozitivni primjeri - navedite ih.

Od navedenih zdravstvenih problema koje ste naveli definirajte one koji svojom težinom i važnošću predstavljaju značajan problem na razini države te predložite rjesenja u vidu dokazanih (*evidence-based*) zdravstvenih politika. Koristite primjere dobre prakse iz inozemstva ili Hrvatske ako je to moguće, te svoje prijedloge potkrijepite preporukama ili studijama koje ste koristili.

Razlikovanje problema od prioriteta jedna je od ključnih stvari u planiranju politike na kojoj padaju naši sustavi. Naime, prioritet dolazi nakon procjene u tri dimenzije:



1. Veličina problema (npr. broj, svota, trajanje)
2. Težina problema (npr. smrt, invaliditet, patnja, troškovi)
3. Mogućnost neposrednog djelovanja:
 - a. postoje utemeljeni dokazi za djelotvornost intervencije
 - b. primjenjivost u lokalnim uvjetima
 - c. postoje lokalni resursi

Praktično za bilo koji problem koji trenutno muči hrvatsko zdravstvo postoji određeno rješenje ili tehnologija s dokazanom djelotvornošću, ali uspjeh će ovisiti o mogućnosti neposrednog djelovanja u lokalnim uvjetima.

Naime, ponekad imamo sve, pa i vrlo skupe tehničke uvjete djelovanja na neki problem, ali ljudi nisu educirani i organizirani da to provedu, pa je potrebno i više godina da cijeli projekt otpočne kako treba. Za to vrijeme taj projekt nije prioritet u proračunu, jer nakon početne uspostave sustava tog projekta, naprosto nema smisla davati mu više novca.

Primjer: Na raspolaganju su novčana sredstva iz Hrvatske lutrije, ali za ta sredstva nisu razrađeni prioriteti, pa se često ne zna što i kako s novcem. Tad se dešava da se sredstva potroše na neoptimalan način.

7. Odredite ciljeve

Odredite ciljeve po prioritetima te razlučite specifične ciljeve prema kriteriju potrebe za strateškom promjenom (reformom) ili operativnim unapređenjem u manjim koracima.

Formulirajte prijelazne ishode te konačne ishode politike. Evo popisa nekih ishoda:

Konačni ishodi:

- Viša prosječna razina stanja zdravlja
- Viša prosječna razina zaštite od rizika
- Viša prosječna razina zadovoljstva korisnika
- Veća pravičnost u stanju zdravlja
- Veća pravičnost u zaštiti rizika
- Veća pravičnost u zadovoljstvu korisnika

Intermedijarni ishodi:

- Pravednost u financiranju
- Djelotvornost raspodjele
- Tehnička efikasnost
- Kvaliteta zdravstvene skrbi
- Upravljanje ukupnim izdacima za zdravstvo

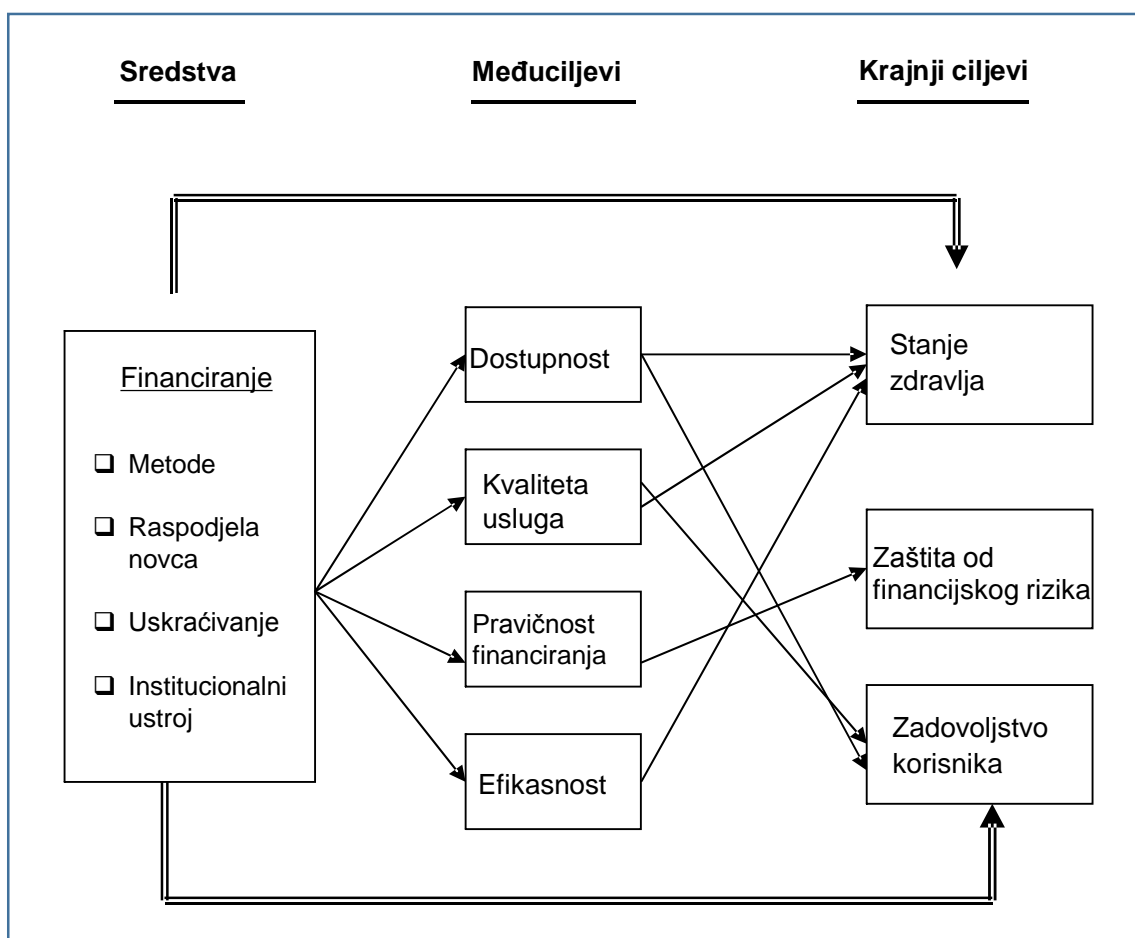
U ovoj fazi se procjenjuju učinci predloženih rješenja problema, te instrumenti i alati kojima će se politika provoditi.¹⁵⁸

¹⁵⁸ Hsiao WC, Li KT. (2003) What is a Health System? Why Should We Care? Harvard School of Public Health.

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiDq5OvIOnNAhWF0RoKHTbxBy4QFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fisites.harvard.edu%2Ffs%2Fdocs%2Ficb.topic1418653.files%2FHsiao%252020>

Međusobni odnos sredstava, međuciljeva i konačnih ciljeva (ishoda) zdravstvenog sustava

Zdravstveni sustav jest skup odnosa u kojima su strukturne komponente (sredstva) i njihove interakcije udružene i povezane s ciljevima koje sustav želi postići (ishodi). Razlike u strukturnim komponentama stvaraju raznolikost promatranih ishoda sustava.



Primjeri procjena učinaka raznih rješenja problema:

Procjena efekta prelijevanja

Analiza trošak/dobrobit

Analiza trošak/učinkovitost

Instrumenti i alati za provođenje politika:

- Financiranje
 - Metode financiranja
 - Raspodjela novca
 - Uskraćivanje
 - ...
- Makroorganizacija pružanja usluga u službi zdravlja
 - Mreža javne zdravstvene službe
 - Master-planovi
 - ...
- Plaćanje
 - Tko što plaća, kad i kako?
 - ...
- Regulacija
 - Promjena zakona
 - Podzakonski akti
 - ...
- Uvjeravanje
 - Zdravstveno prosvjećivanje
 - Javnozdravstvene intervencije
 - ...

Više o regulaciji možete pronaći u tablici R. na kraju vodiča.

O učincima mehanizama plaćanja praktičarima (financijski rizici i poticaji) možete pronaći u tablici P.

Odnosi između strukturnih komponenata i društvenih ciljeva detaljnije su prikazani u tablici S.

8. Definirajte izvršioce politike

Procijenite snage dionika u odnosu na postavljene ciljeve te navedite nositelje aktivnosti (i odgovornosti za provedbu).

9. Opišite upravljanje promjenama

Opišite sustav kojim će se kontinuirano upravljati uvođenjem promjena te imenujte strukture odgovorne za pojedina faze provedbe promjena.

Svakako odredite sljedeće elemente: rokovi i dinamika; izvršioци; sredstva; pristupi (odozgo na dolje; odozdo prema gore).

10. Vrednujte učinjeno

Definirajte načine praćenja i vrednovanja planiranih promjena.

Je li politika postigla svoj cilj? Koji su dokazi za to? Brojčani pokazatelji? Kad će se početi s vrednovanjem (rok od implementacije, kad se mogu očekivati prvi mjerljivi ishodi)?

Slijedi nekoliko primjera.

Tablica R. Odabrani primjeri regulacije u zdravstvu prema kategoriji regulacije

Kategorija regulacije	Primjeri
Javna sigurnost	<ul style="list-style-type: none"> a. Standardi za higijenu hrane, čistoću lijekova b. Licenciranje liječnika, medicinskih sestara i ljekarnika c. Akreditacija laboratorija, bolnica d. Označavanje
Pravila igre	<ul style="list-style-type: none"> a. Ograničavanje oglašavanja b. Odgovornost za nesavjestan i nestručan rad c. Zaštita prava vlasništva i патената d. Solventnost i stečajni zakoni za zdravstvene ustanove e. Prava pacijenata f. Profesionalna etika
Promicanje pravičnosti	<ul style="list-style-type: none"> a. Upućivanje novih diplomanata medicine na rad u slabo pokrivena područja b. Prava pacijenata na usluge hitnih službi
Ispravljanje devijacija tržišta	<ul style="list-style-type: none"> a. Ograničavanje broja stažističkih mjesta te broja ugovornih subjekata koji sklapaju ugovor s državnim osiguravateljem b. Ograničavanje ulaska diplomanata medicine iz inozemstva
1. Radna snaga	
2. Kapitalna ulaganja	a. Odobravanje uvođenja/izgradnje novih tehnologija/objekata
3. Objavljivanje informacija	<ul style="list-style-type: none"> a. Otkrivanje sukoba interesa b. Ograničavanje oglašavanja
4. Monopol	a. Zakoni protiv monopola
5. Kvaliteta	<ul style="list-style-type: none"> a. Smjernice za praksu b. Javno objavljivanje izvještaja o indikatorima kvalitete
6. Cijene	<ul style="list-style-type: none"> a. Cjenik usluga b. Referentne cijene lijekova

Tablica S. Odnosi između strukturnih komponenata i društvenih ciljeva

Društveni ciljevi	Kontrolne poluge				
	Financiranje	Makro-organizacija pružanja usluga	Plaćanje	Regulacija	Uvjeravanje
Konačni ciljevi:					
Prosječna razina stanja zdravlja	●	●		●	●
Prosječna razina zaštite od rizika	●				
Prosječna razina zadovoljstva korisnika	●	●	●	●	●
Pravičnost u stanju zdravlja	●			●	
Pravičnost u zaštiti rizika	●			●	
Pravičnost u zadovoljstvu korisnika	●			●	●
Intermedijarni ishodi:					
Pravednost u financiranju	●				
Djelotvornost raspodjele	●	●	●	●	●
Tehnička efikasnost	●	●	●	●	●
Kvaliteta zdravstvene skrbi	●	●	●	●	●
Upravljanje ukupnim izdacima za zdravstvo	●		●	●	●

Tablica P. Mehanizmi plaćanja praktičarima: financijski rizici i poticaji

Mehanizam plaćanja	Košarica usluga koje se plaćaju	Rizik snosi:		Poticaji za:			
		Platilac (osiguravatelj ili praktičarev zaposlenik)	Praktičar	Porast broja pacijenata	Smanjenje intenziteta usluga po slučaju	Porast izvještavanja teških bolesti	Odabiranje zdravijih pacijenata
Plaćanje po usluzi	Svaka stavka usluga i savjetovanja	Svi rizici	Nikakav	Da	Ne	Da	Ne
Plaća	Tjedan ili mjesec dana rada	Svi rizici	Nikakav	Ne	N/p	Ne	Ne
Plaća i bonus	Bonus na temelju broja pacijenata	Dio plaće	Dio bonusa	Ne	N/p	Ne	Ne
Glavarina	Sve pokriveno usluge za jednu osobu u određenom periodu	Iznos iznad plafona kojim se osiguravatelj štiti ("stop-loss")	Do plafona kojim se osiguravatelj štiti ("stop-loss")	Da	Da	Ne	Da

Primjer policy prijedloga:
Optimizacija preoperativne
obrade

Optimizacija preoperativne obrade

- Policy prijedlog -

Sažetak

Svrha ovog prijedloga je poboljšanje preoperativne obrade kirurških pacijenata.

U Hrvatskoj nema jedinstvenog stručnog stava o toj obradi, te se obrada većinom provodi u maksimalnom opsegu predviđenom za određeni zahvat.

Pet bolnica već primjenjuje ambulantnu selektivnu preoperativnu obradu koja donosi uštede te poboljšava sigurnost i kvalitetu skrbi za kirurškog pacijenta.

Takvu dobru kliničku praksu treba proširiti na sve ustanove koje skrbe za kirurške pacijente.

Uvod

Cilj preoperativne obrade jest prepoznavanje faktora kod pacijenta koji značajno povećavaju rizik perioperativnih komplikacija te svođenje tih rizika u sigurne okvire.

Tradicionalna praksa da se pacijenti za elektivne zahvate primaju u bolnicu dan-dva ranije radi preoperativne pripreme globalno se napušta iz sljedećih razloga:

- neekonomičnost
- često otkazivanje zahvata zato što se dan-dva uoči zahvata ne stigne svesti rizike u sigurne okvire
- svaki dan proveden u bolnici dodatno povećava rizik od intrahospitalne infekcije.

Umjesto toga, globalno se uvodi dobra klinička praksa selektivne preoperativne obrade prije hospitalizacije, i to u posebnim ambulantama za preoperativnu obradu.

Opis problema

Preoperativna obrada u većini hrvatskih bolnica ne temelji se na svjetski prihvaćenoj praksi selektivne obrade prema rizicima pojedinog pacijenta, već se sve pacijente preoperativno rutinski obrađuje u maksimalnom opsegu predviđenom za određeni zahvat (tzv. „gunshot“ ili baterijska obrada). Procjenjuje se da se tim načinom nepotrebno izvodi čak 60-75% preoperativnih pretraga.

Istraživanje

Analizirano je 159 obrazaca uputa za preoperativnu obradu prikupljenih iz 21 bolnice, od toga 10 kliničkih ustanova. Popis bolnica dat je u prilogu 1.

Analiza pokazuje sljedeće:

- Praktično svaka ustanova radi rutinsku preoperativnu obradu po drugačijem obrascu.
- Opseg rutinske obrade za slične zahvate razlikuje se čak i među odjelima jedne te iste bolnice.
- Rok važenja preoperativnih nalaza razlikuje se od bolnice do bolnice.
- Dobna granica do koje se djecu priprema za zahvat po drukčijem obrascu nego za odrasle kreće se, ovisno o bolnici, od 12 do 17 godina.
- Zbog različitih opsega rutinske preoperativne obrade, obrada po obrascu iz jedne bolnice može biti nedovoljna za istu operaciju u drugoj bolnici.
- Pojedine bolnice obavljaju preoperativnu obradu dominantno (i do 80%) u sklopu hospitalizacije.
- Samo 5 bolnica obuhvaćenih istraživanjem primjenjuju selektivnu obradu (KBC Split, KBC „Sestre Milosrdnice“, KB „Sveti Duh“ i OB Slavonski Brod prije istraživanja, a nakon istraživanja još i KB Dubrava u sklopu pilotskog projekta centra za preoperativnu obradu). Primjer kliničke smjernice za selektivnu preoperativnu obradu iz KB Dubrava prikazan je u prilogu 2.

Zaključak i preporuke

- U svim bolnicama treba uvesti dobru kliničku praksu preoperativne obrade koja će se obavljati ambulantno (tj. prije hospitalizacije), te selektivno (tj. prema pacijentovim rizicima).
- Povjerenstvo MiZ za anesteziologiju treba donijeti jedinstvenu nacionalnu smjernicu za selektivnu preoperativnu obradu na osnovu pacijentovih rizika.

- Kako bi se osigurala suradljivost bolnica, one bolnice koje se budu pridržavale preporuka moglo bi se nagraditi postotkom uštedenog novca, odnosno podizanjem limita za operacije.

Literatura

1. Chung F, Yuan H, Yin L, Vairavanathan S, Wong DT. Elimination of preoperative testing in ambulatory surgery. *Anesth Analg.* 2009 Feb;108(2):467-75.
2. Gupta A, Gupta N. Setting up and functioning of a preanaesthetic clinic. *Indian J Anaesth.* 2010 Nov-Dec; 54(6): 504–507.
3. Roizen MF, Foss JF, Fischer SP. Preoperative evaluation. In: Miller RD, editor. *Anesthesia.* 5th ed. Vol. 1. New York: Churchill-Livingstone; 2000. pp. 824–83.
4. Lutner RE, Roizen MF, Stocking CB, Thisted RA, Kim S, Duke PC, Pompei P, Cassel CK. The automated interview versus the personal interview. Do patient responses to preoperative health questions differ? *Anesthesiology.* 1991 Sep;75(3):394-400.

Popis bolnica uključenih u istraživanje načina preoperativne obrade

Bolnice	Broj analiziranih obrazaca uputa za preoperativnu obradu	Bolnica provodi selektivnu preoperativnu obradu
KB Dubrava	24	Da
KB Merkur	8	
KB Sveti Duh	2	Da
KBC „Sestre Milosrdnice“	27	Da
KBC Osijek	17	
KBC Split	1	Da
KBC Zagreb	14	
Klinika za dječje bolesti Zagreb	4	
Klinika za infektivne bolesti Zagreb	4	
Klinika za ortopediju Lovran	2	
OB Bjelovar	6	
OB Koprivnica	2	
OB Ogulin	5	
OB Pakrac	5	
OB Požega	4	
OB Slavonski Brod	2	Da
OB Šibenik	3	
OB Varaždin	18	
OB Vinkovci	8	
OB Zadar	1	
SB Biograd	2	
Ukupno	159	5

Matrica za planiranje preoperativne obrade pacijenata u KB Dubrava

	EKG	Krvna slika	PV/APTV	Elektroliti/ Biokemija †	Jetreni enzimi ‡	RTG srca i pluća	ABS Spirometrija
ASA I	+	+	+	—	—	>60 g	—
Kardiovaskular ne bolesti	+	+	+	+	0	0	0
Respiratorne bolesti	+	+	+	—	0	0	0
Renalne bolesti	+	+	+	+	0	0	—
Diabetes mellitus	+	+	+	+	+	0	—
Bolesti jetre	+	+	+	+	+	0	—
Pretilost	+	+	+	0	+	0	—
Pušenje	+	+	+	—	—	>40g	0
Maligne bolesti	+	+	+	+	+	+	0
Visokorizični zahvati *	+	+	+	+	+	>40g	0

* zahvati na aorti i velikim krvnim žilama te perifernim krvnim žilama ; dugotrajne operacije s velikim gubicima i nadoknadama tekućina i krvi; hitni veliki kirurški zahvati

† kalij, natrij/ glukoza, urea, kreatinin

‡ AST, ALT, GGT, bilirubin

+ Pretraga se preporučuje

— Pretraga se ne preporučuje

0 Odluku o pretrazi donosi anesteziolog u anesteziološkoj ambulanti

Pregled urina (sediment i biokemija) provodi se kod svih žena te simptomatskih muškaraca.

Prijedlog izradili prof. dr. sc. Karmen Lončarek i dr. sc. Aleksandar Džakula

Primjer policy pisma:

Prepoznavanje potreba za
vrstama palijativne skrbi

Prepoznavanje potreba za vrstama palijativne skrbi

- *Policy pismo* -

Sažetak

Bolnice u kojima se sustavno provodi palijativna skrb iskazale su potrebu za službenim smjernicama za prepoznavanje pacijenata koji potencijalno trebaju neki oblik palijativne skrbi. Pri tome su ukazale na vrijednost takvih smjernica koje se već koriste u EU. Prema informacijama dobivenim iz Hrvatskog društva za palijativnu medicinu HLZ izradu potrebnih smjernica nije moguće ostvariti u periodu kraćem od godine dana. S obzirom na iznimnu važnost postojanja osnovnih smjernica, Ministarstvo zdravlja će do postizanja stručnog konsenzusa na nacionalnoj razini preporučiti primjenu odgovarajućih europskih smjernica, i to: **GSF-PIG** (Gold Standards Framework - Prognostic Indicator Guidance) kao temeljni alat za podršku ranijem prepoznavanju pacijenata koji se približavaju kraju života, te kao pomoćne još i alate **SPICT**, **CriSTAL** i **QUICK GUIDE**.

Uvod

Na sastanku održanom 13.srpnja 2015. s bolnicama koje imaju ugovorene palijativne postelje istaknuto je da se potrebe pacijenata za palijativnom skrbi i skrbi na kraju života često prepoznaju prekasno, te da su odjeli za palijativu često izloženi pritisku da zbrinu pacijente koji nisu palijativni. Stoga je zaključeno da je potrebno donijeti službenu smjernicu za prepoznavanje i zbrinjavanje pacijenata koji potencijalno trebaju neki oblik palijativne skrbi.

Pristupi i rezultati

- U zemljama članicama EU s visoko razvijenom palijativnom skrbi već postoje brojne smjernice i drugi dokumenti koji uređuju organizacijske, stručne i financijske aspekte palijativne skrbi. Pojedini od tih dokumenata primjenjuju se u većem broju zemalja.
- Hrvatske bolnice koje imaju ugovorene palijativne postelje ukazale su na potrebu primjene upravo takvih smjernica kako bi se ujednačile prakse i usluge u svim ustanovama.
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje mora imati definirane jedinstvene kriterije i smjernice za plaćanje usluga u palijativnoj skrbi.
- Ministarstvo zdravlja je putem Povjerenstva za palijativnu skrb uputilo upite o izradi potrebnih smjernica za palijativnu skrb Hrvatskom liječničkom zboru/ Hrvatskom društvu za palijativnu medicinu HLZ-a, te drugim stručnim društvima HLZ-a. Prema zaprimljenim odgovorima iz HLZ-a, bit će potrebno najmanje 12 mjeseci da se izrade prvi dokumenti.
- Povjerenstvo za palijativnu skrb Ministarstva zdravlja preuzelo je obavezu izrade nekih temeljnih smjernica iz područja palijativne skrbi, ali nije postignut konsenzus oko pristupa u izradi ovih dokumenata. Nastavak rada i izvršenja ovog zadatka očekuje se do kraja 2015. godine.
- Međunarodno priznati alati za ranije prepoznavanje pacijenata koji se približavaju kraju života kao što su GSF-PIG ili SPICT, već su u rutinskoj uporabi u više hrvatskih zdravstvenih ustanova na raznim razinama zdravstvene zaštite, npr. Centar za koordinaciju palijativne skrbi grada Zagreba te Istarski domovi zdravlja na primarnoj razini; OB Karlovac, OB Koprivnica te OB Varaždin na sekundarnoj; KBC Rijeka na tercijarnoj razini.

Zaključak

Ministarstvo zdravlja bi, do postizanja stručnog konsenzusa na nacionalnoj razini, za prepoznavanje pacijenata potrebitih palijativne skrbi ili skrbi na kraju života, trebalo propisati korištenje sljedećih smjernica u zdravstvu Republike Hrvatske.

- **GSF-PIG** (Gold Standards Framework - Prognostic Indicator Guidance), kao temeljni alat za podršku ranijem prepoznavanju pacijenata koji se približavaju kraju života
- **SPICT**, kao pomoćni alat prikladan za brzo trijažiranje u svim okruženjima skrbi
- **CriSTAL**, kao pomoćni alat za brzo prepoznavanje u hitnim službama te kod hospitaliziranja
- **QUICK GUIDE**, kao alat za pomoć kod uključivanja u registar pacijenata s najvećim potrebama za palijativnom skrbi i skrbi na kraju života (ondje gdje takav lokalni registar postoji).

Kako bi se osigurao što bolji obuhvat ovih pacijenata, u sustavno prepoznavanje treba uključiti što širi krug profesionalaca koji se s njima susreću.

Prijevod svih alata nalaze se u prilogu.

Implikacije i preporuke

Primjena navedenih smjernica osigurat će da se pravovremeno i u većem postotku prepoznaju pacijenti s potrebama za palijativnom skrbi i skrbi na kraju života.

Ujedno, smanjit će trošenje resursa palijativne skrbi na pacijente kojima takva skrb nije neophodna.

Također, uvođenje jasnih pravila i ujednačenih kriterija u svim okruženjima gdje se pruža palijativna skrb poboljšat će njezin kontinuitet, unaprijediti komunikaciju među dionicima skrbi, te olakšati daljnji sustavan razvoj palijativne skrbi.

Izvori

1. Thomas K, et al. Prognostic Indicator Guidance (PIG) 4th Edition Oct 2011. The Gold Standards Framework Centre In End of Life Care CIC. <http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf> Pristupljeno 1.7.2018.
2. NHS Lothian and The University of Edinburgh Primary Palliative Care Research Group. The Supportive and Palliative Care Indicators Tool - Last updated 22nd April 2015. <http://www.spict.org.uk/spict-english/> Pristupljeno 1.7.2018.
3. Magnolia Cardona-Morrell M, Hillman K. Development of a tool for defining and identifying the dying patient in hospital: Criteria for Screening and Triaging to Appropriate Alternative care (CriSTAL). BMJ Support Palliat Care. <http://spcare.bmj.com/content/early/2014/12/09/bmjspcare-2014-000770.full.pdf+html> Pristupljeno 1.7.2018.
4. McDaid P. Quick guide to identifying patients for supportive and palliative care. Macmillan Cancer Support, NHS Camden & NHS Islington, 2011. [http://www.cheshire-eпаige.nhs.uk/ePaige%20Documents/A QUICK GUIDE to Identifying Patients for Supportive and Palliative Care V10%5B1%5D.pdf](http://www.cheshire-eпаige.nhs.uk/ePaige%20Documents/A%20QUICK%20GUIDE%20to%20Identifying%20Patients%20for%20Supportive%20and%20Palliative%20Care%20V10%5B1%5D.pdf) Pristupljeno 1.7.2018.

Policy pismo izradili:

prof. dr. sc. Karmen Lončarek, dr. med., Zavod za palijativnu medicinu KBC Rijeka

mr. sc. Renata Marđetko, Centar za koordinaciju palijativne skrbi grada Zagreba

mr. sc. Diego Brumini, dr. med., Služba za palijativnu skrb Istarskih domova zdravlja, Pula

10.8.2015.

Trokut zdravstvene politike



Trokut zdravstvene politike je model koji su autori Walt i Gilson (1994.) predložili kao način sustavnog razmišljanja o svim različitim faktorima što mogu utjecati na pojedinu zdravstvenu politiku.¹⁵⁹ Naime, zdravstvene politike oblikuju se unutar složene međusobne povezanosti konteksta, sadržaja, procesa i dionika.¹⁶⁰

¹⁵⁹ Walt G, Gilson L (1994). Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9:353-70. http://www.sandy-campbell.com/sc/KTC_Module_2_files/KTC%20Module%2020%E2%80%93203f%20%E2%80%9320Walt%20and%20Gilson%201994.pdf Pristupljeno 1.7.2018.

¹⁶⁰ Ovo je jedan od tekstova koji su autori postavili na Wikipediju tokom rada na ovoj knjizi. https://sh.wikipedia.org/wiki/Trokut_zdravstvene_politike Pristupljeno 1.7.2018.

Dionici

Dionici, to su pojedinci, organizacije ili država, te njihovo djelovanje koje utječe na zdravstvenu politiku. Svi dionici imaju svoje vlastite interese i ciljeve. Dionici su, primjerice, pojedinci, međunarodne nevladine organizacije, nacionalne nevladine organizacije, interesne skupine i skupine za vršenje pritiska, međunarodne organizacije, bilateralne agencije, organizacije za financiranje, tvrtke u privatnom sektoru, mediji itd.

Kontekst

Kontekst znači sustavne faktore: političke, ekonomske, socijalne i kulturne, kako nacionalne tako i internacionalne, koje mogu imati učinaka na zdravstvenu politiku. Kontekst su, primjerice:

- Situacijski faktori - prolazna i nestalna stanja koja mogu utjecati na politiku (npr ratovi, suše)
- Strukturni faktori - relativno nepromjenjivi elementi društva (npr. politički sustav, tip ekonomije, demografske karakteristike)
- Kulturni faktori - religija, etnička pripadnost, spol
- Međunarodni ili vanjski faktori - neke politike zahtijevaju suradnju između nacionalnih, regionalnih ili multilateralne organizacija.¹⁶¹

Sadržaj

Sadržaj, to je supstanca određene politike koja detaljno opisuje njene predmete i teme. Proces, to je način na koji je politika započeta, razvijena ili formulirana, ispregovarana, komunicirana, provedena i vrednovana. Formiranje politike spada u procesni ugao trokuta, te je pod utjecajem dionika, sadržaja i konteksta. To je proces pregovaranja i pogađanja (u trgovačkom smislu) sa svrhom zadovoljavanja različitih interesa i izgradnje koalicijske podrške. Formiranje politike varira ovisno

¹⁶¹ Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. Health Policy Plan. 2008 Sep;23(5):308-17. doi: 10.1093/heapol/czn024.

o prirodi politike i organizacijske strukture u kojoj ona nastaje (tj. dionici, sadržaj i kontekst), ali često uključuje i sastavljanje informacija, razvoj argumenata, razvoj alternativa, te uvjeravanje drugih. Ponekad je proces racionalan, te ga čini sustavno vaganje prednosti i nedostataka različitih alternativa; ponekad je proces sačinjen od inkrementalno - iterativnog procesa donošenja odluka bez eksplicitnih ciljeva.^{162,163}

¹⁶² Anderson g, Sotir Hussey P (2006). Influencing government policy. In: Pencheon D, Guest C, Melzer D, Muir Gray JA (eds) Oxford Handbook of Public Health. Oxford University Press.

¹⁶³ Buse K, Mays N, Walt G (2005). Making Health Policy. Understanding Public Health Series Open University Press.

Ishikawin dijagram

Ishikawin dijagram jest vrsta grafičkog prikaza uzroka. Koristan je kao alat za sagledavanje što više mogućih uzroka koji uzrokuju neku posljedicu, budući da njegov vizualni prikaz olakšava analizu međusobnog odnosa i značaja uzroka. Često se koristi u unapređivanju kvalitete. Naziv je dobio po svom autoru, Kaoru-u Ishikawi, stručnjaku za kvalitetu. Još se naziva i dijagramom riblje kosti zato što podsjeća na riblji skelet.

Postupak izrade dijagrama sastoji se od nekoliko koraka:

1. Definiranje posljedice – posljedica se upisuje u područje „riblje glave“
2. Izbor općih kategorija mogućih uzroka. Obično se koriste ove kategorije:

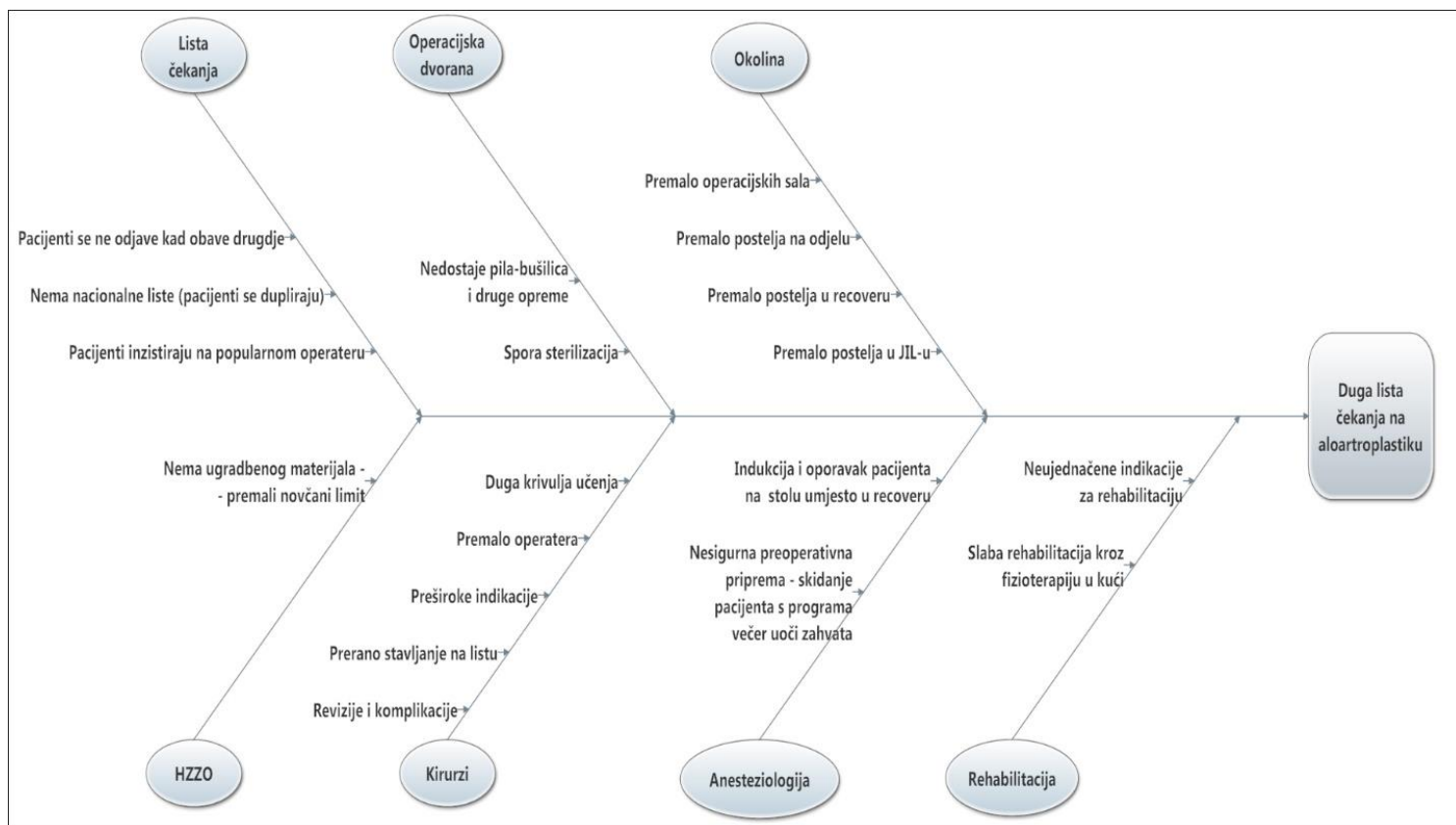
- Oprema
- Ljudi/radna snaga
- Metoda
- Materijal
- Održavanje
- Okolina
- Poslovna politika
- Procedure
- Poslovni prostor

Kategorije se odabiru u skladu s posljedicom koju se analizira. Upisuju se kao „riblja rebra“.

3. Odabir nekolicine uzroka najnižeg nivoa koji naizgled imaju najveći utjecaj na posljedicu. Upisuju se kao ogranci na rebrima. Dobro razvijen Ishikawin dijagram ima najmanje dvije razine grananja.

Jednom konstruiran, ovaj dijagram se može dalje razvijati unošenjem detalja stečenih novim saznanjima i iskustvima.

Ishikawin dijagram za problem dugog čekanja na aloartroplastiku



Analiza polja sila

Analiza polja snaga¹⁶⁴. Alat za odlučivanje o metode promjena u danoj situaciji u teoriji upravljanja. Polazi se od pretpostavke da su u stabilnoj situaciji snage protivnika promjene, uravnotežene sa silama koje djeluju protiv njih. Promijeni li se odnos snaga, ravnoteža se mijenja.

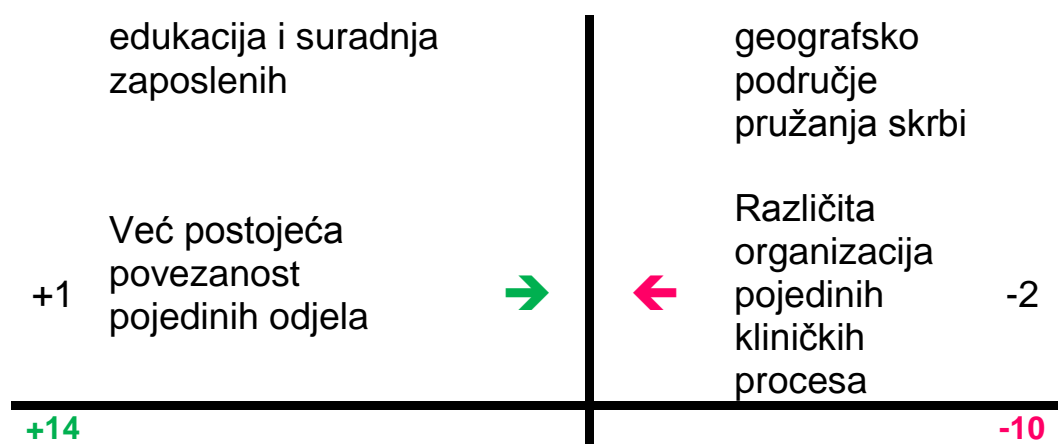
Na grafičkom prikazu ucrtana je okomita linija; snage koje djeluju u smjeru željene promjene upisuju se u stupac s lijeve strane i označe strelicama slijeva nadesno; snage koje se odupiru promjeni upisuju se u stupac na desnoj strani i označe strelicama zdesna nalijevo).

Svakoj navedenoj snazi ocijeni je jakost od 1 (najslabija) do 5 (najjača). Potom se zbroje sve ocjene u desnom odnosno lijevom stupcu. Potom se odlučuje je li promjena moguća, kako ojačati snage u korist promjene, te kako oslabiti snage koje im se odupiru.

Problem: Da li uspostaviti suradnju između dvije bolnice?
Idealno stanje: Optimalna skrb kako za pacijente, tako i za bolnice

Za		Protiv	
+3	Zajedničko korištenje nekih servisa (praonica rublja, tehnička služba...)	←	Gubitak autonomije / nezavisnosti / lokalne kontrole -3
+2	Maksimiranje novca i drugih resursa	←	Strah od nepoznatog -4
+5	Zajednička	←	Povećava se -1

¹⁶⁴ Eng. force field analysis



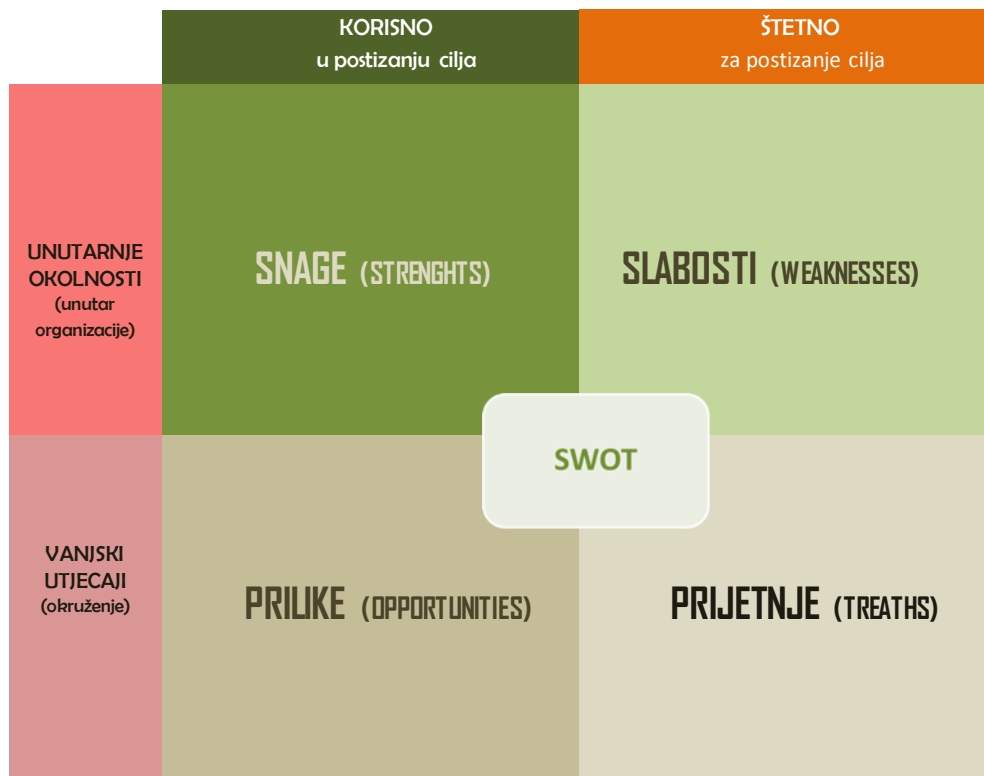
SWOT analiza

SWOT analiza (akronim engleskih riječi: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats - snage, slabosti, prilike, prijetnje) jest metoda strategijskog menadžmenta kojom se procjenjuju navedena četiri elementa. Tako se mogu procjenjivati organizacije, projekti, poslovni pothvati, proizvodi, pa čak i osobe.

Snage i slabosti predstavljaju interne faktore na koje je moguće utjecati. Prilike i prijetnje su vanjski faktori koji dolaze iz okruženja te stoga na njih nije moguće direktno utjecati.

U kontekstu vremena, snage i slabosti predstavljaju sadašnjost temeljenu na prošlosti, dok prilike i prijetnje predstavljaju budućnost temeljenu na prošlosti i sadašnjosti.

Matrica za SWOT analizu



IHI mjerni sistem za mjerenje kvalitete zdravstvenih sustava

IHI mjerni sistem (IHI - Whole System Measures) jest mjerni sistem namijenjen mjerenju sveukupne kvalitete zdravstvenog sustava te ujednačavanju unapređenja rada u bolnicama, grupnim praksama ili velikim zdravstvenim sustavima.¹⁶⁵ Taj mjerni sistem razvijen je u *Institute for Healthcare Improvement*, neprofitnoj organizaciji sa sjedištem u Cambridgeu, Massachusetts, svjetskom lideru u inovacijama sustava zdravstvene skrbi. Termin mjernog **sistema** umjesto mjernog **sustava** koristimo zato da bi ga se u tekstu lakše razlikovalo od zdravstvenog sustava.

IHI mjerni sistem jest uravnotežen skup mjera na razini zdravstvenog sustava koji liderima u zdravstvu i ostalim dionicima omogućava vrednovanje ukupnog učinka zdravstvenog sustava na osnovu temeljnih dimenzija kvalitete i vrijednosti, a također služi i za inicijalni uvid pri strateškom planiranju unapređenja kvalitete. Ispravno postavljen, IHI mjerni sistem nadopunjava postojeće mjere koje organizacije koriste za vrednovanje performansi svojih zdravstvenih sustava. IHI mjerni sistem usmjeren je na važne mjere na razini sustava te je stoga ograničen na mali set od 13 mjera koje nisu specifične za bolest ili stanje. Jedan od ciljeva razvoja IHI mjernog sistema bio je također stvaranje uvida u performanse koje odražavaju skrbi na različitim mjestima - i bolničkim i ambulantnim – kao i u kontinuum same skrbi.

Naime, cijeli IHI mjerni sistem osigurava sljedeće:

- Koristan konceptualni okvir za organiziranje mjera kvalitete zdravstvene skrbi;

165 Martin L, Nelson E, Rakover J, Chase A. Whole System Measures 2.0: A Compass for Health System Leaders. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2016.

http://www.ihl.org/resources/layouts/download.aspx?SourceURL=/resources/Knowledge+Center+Assets/IHIWhitePapers+-+WholeSystemMeasures2_8e089e9c-8130-4624-815f-240edf34ae62/IHIWholeSystemMeasures2_0WhitePaper.pdf Pristupljeno 1.7.2018.

- Specifičan skup kvalitetne metrike koji može pridonijeti kompletnu metrike što je neka organizacija zdravstvene skrbi već koristi, sistemu uravnoteženih indikatora¹⁶⁶, ili pak kontrolnoj ploči mjera strateških performansi.

Središnja premisa IHI sistema jest da svaki skup metrike treba odražavati ravnotežu između strukture, procesa i ishoda. Uravnotežen set metrike na razini sustava potreban je kako bi se liderima i ostalim dionicima osigurali podaci koji:

- Pokazuju performanse njihovog zdravstvenog sustava tokom vremena;
- Omogućavaju organizaciji uvid kakve su joj performanse u odnosu na njene strateške planove unapređenja;
- Omogućavaju usporedbe s drugim sličnim organizacijama;
- Služiti kao ulazne veličine u strateškom planiranju unapređenja kvalitete.

Ispravno konstruiran, IHI sistem mjera nadopunjava postojeće mjere (npr. utilizaciju, financije, zadovoljstvo zaposlenih i sl.) koje organizacije već koriste za procjenu performansi svojih sustava zdravstvene skrbi. Važno je imati na umu da nisu sve mjere primjenjive na svaku organizaciju zdravstvene skrbi. Sustavi bi trebali prilagoditi IHI sistem mjera tako da odražava njihove strukture i strategije.

IHI sistem mjera temelji se na sljedećim idejama:

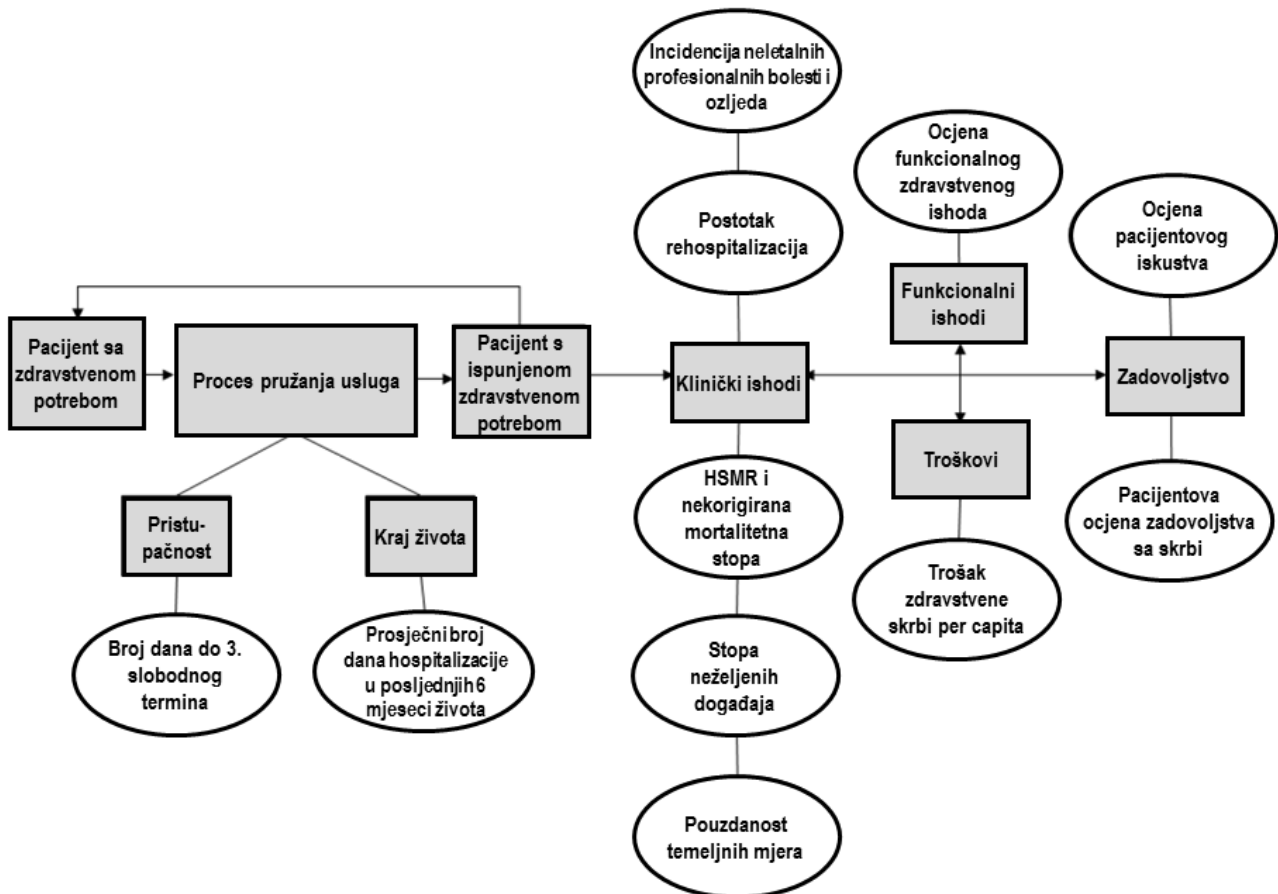
166 Sistem uravnoteženih pokazatelja (balanced scorecard, BSC) jest alat za strateško upravljanje performansama - polustandardizirani strukturirani izvještaj, podržan metodama dizajna i alatima za automatizaciju, koji rukovodioci mogu koristiti za praćenje kako osoblje pod njihovim rukovođenjem izvršava aktivnosti, te nadzirati posljedice koje proizlaze iz tih radnji.

- U IHI sistemu mjera "sistem" se može odnositi na integrirani zdravstveni sustav, sustav od nekoliko bolnica, jednu samostalnu bolnicu, ili organizaciju za ambulantnu skrb.
- Lideri zdravstvenog sustava, ali i javnost, trebaju malen set mjera koje odražavaju ukupne performanse zdravstvenog sustava u odnosu na temeljne dimenzije kvalitete i vrijednosti.
- Kako bi se održala systemska perspektiva, malen skup mjera na visokoj razini i obuhvatom cijelog sustava nadopunjuje tradicionalni veliki skup vrlo specifičnih mjera koje odražavaju performanse posebnih aspekata (performanse na mikrorazini) u sustavu zdravstva.
- Praktičan okvir za organiziranje IHI mjernog sistema temeljen je na šest dimenzija kvalitete zdravstvene skrbi američkog Instituta za medicinu zadanih i opisanih u izvještaju „*Crossing the Quality Chasm*“: sigurnost skrbi, efektivnost, usmjerenost na pacijenta, pravodobnost, efikasnost i pravičnost.
- Poželjan alat za prikazivanje obrazaca i trendova u metrici kvalitete pojedinog zdravstvenog sustava jesu grafički prikazi podataka tokom vremena – primjerice, Shewhartovi kontrolni grafikoni koji pomažu u interpretiranju obrazaca varijacije.
- Velike administrativne baze podataka koristan su način da zdravstvenim sustavima osiguraju usporedne podatke. Međutim, ako se podaci iz tih baza ne mogu prikupljati učestalo i pravovremeno, možda će biti potrebno unaprijediti te podatke.
- Neke organizacije neće željeti ili neće moći pratiti sve mjere IHI sistema, no još uvijek im pojedini podskupovi mjera mogu biti korisni za upotrebu, dok druge pak mogu nadodati ili mijenjati ih prema svojim potrebama.

Sljedeća tablica prikazuje IHI sistem mjera, odgovarajuću IOM dimenziju kvalitete za svaku pojedinu mjeru, mjesta skrbi na koje se pojedina mjera odnosi.

Mjera IHI sistema	IOM dimenzija kvalitete	Stacionarna skrb	Ambulantna skrb
Stopa neželjenih događaja	Sigurnost	+	+
Incidencija neletalnih profesionalnih bolesti i ozljeda	Sigurnost	+	+
Standardizirana stopa bolničkog mortaliteta (HSMR)	Efektivnost		+
Nekorigirana mortalitetna stopa	Efektivnost	+	+
Ocjena funkcionalnih zdravstvenih ishoda	Efektivnost	+	+
Postotak rehospitalizacija	Efektivnost	+	+
Pouzdanost temeljnih mjera	Efektivnost	+	+
Ocjena pacijentovog zadovoljstva sa skrbi	Usmjerenost na pacijenta	+	+
Ocjena pacijentovog iskustva	Usmjerenost na pacijenta	+	
Broj dana do trećeg slobodnog termina	Pravovremenost	+	
Broj dana hospitalizacije u posljednjih 6 mjeseci života po umrlome	Efikasnost	+	
Trošak zdravstvene skrbi per capita	Efikasnost	+	+
Pravičnost (stratifikacija IHI mjernog sistema)	Pravičnost	+	+

Uvid u zdravstveni sustav pomoću IHI mjernog sistema¹⁶⁷

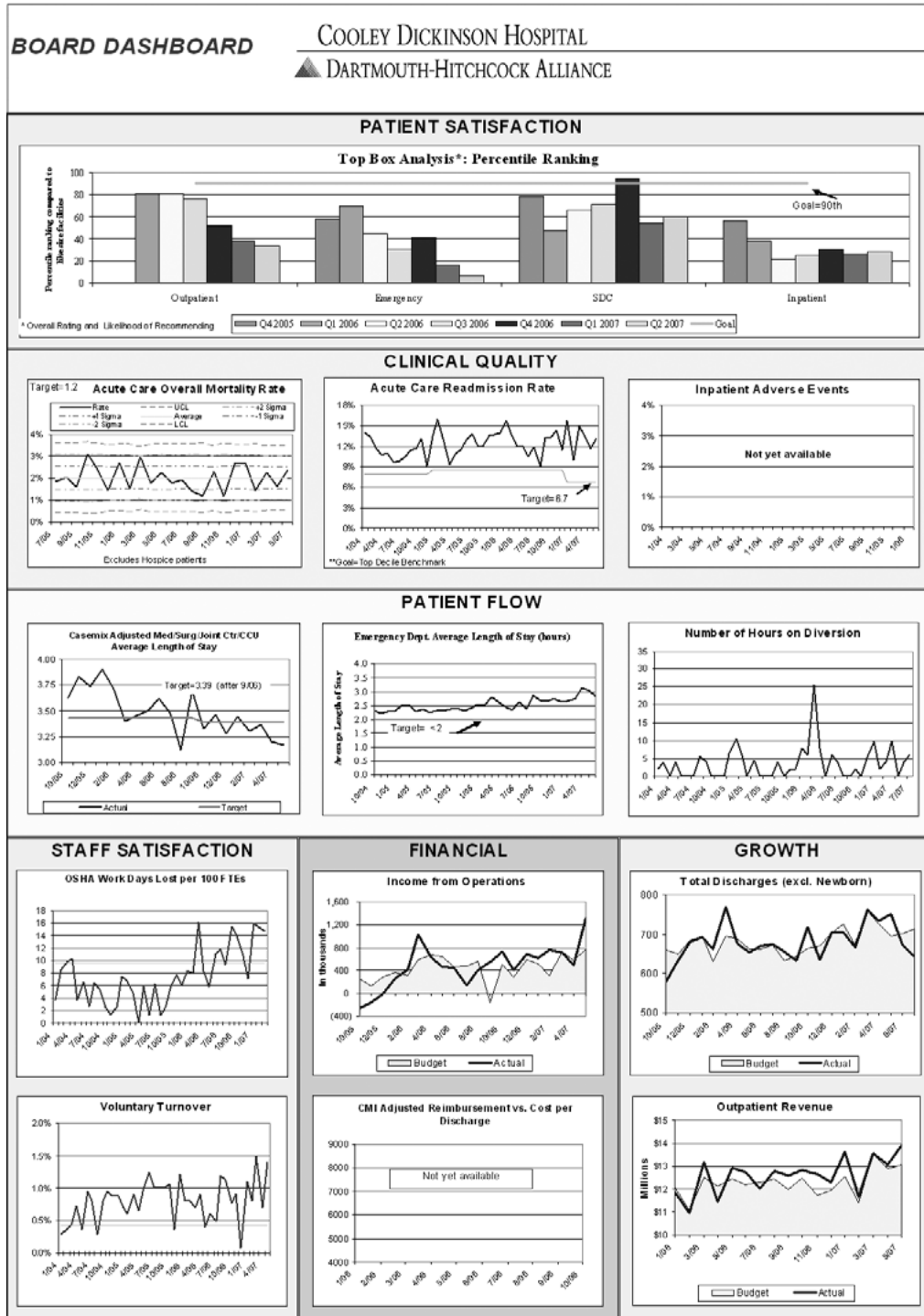


¹⁶⁷ Martin LA, Nelson EC, Lloyd RC, Nolan TW. Whole System Measures. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2007.

http://www.ihl.org/resources/layouts/download.aspx?SourceURL=/resources/Knowledge+Center+Assets/IHIWhitePapers+-+WholeSystemMeasures_a960daf8-6ce8-44e4-878d-14f302c62f4e/IHIWholeSystemMeasuresWhitePaper2007.pdf Pristupljeno 1.7.2018.

Primjer grafičkog prikaza podataka tokom vremena:

Kontrolna ploča u bolnici Cooley Dickinson Hospital



Pregled literature

Slijedi popis knjiga i tekstova koje su autori citirali, ili su ih na druge načine uzeli u obzir dok su radili na ovoj knjizi.

Acemoglu, Daron, Robinson, James A. (2017) Zašto nacije propadaju: izvorišta moći, blagostanja i siromaštva. Zagreb: Mate

Bauman, Zygmunt (2011) Tekuća modernost. Zagreb: Naklada Pelago

Bežovan, Gojko, Zrinščak, Siniša (2007) Civilno društvo u Hrvatskoj. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk i Hrvatsko sociološko društvo

Biblija: Stari i Novi zavjet (1969) Gl. urednici Jure Kaštelan i Jure Kaštelan, Bonaventura Duda. Zagreb: Stvarnost

Bierce AG. (2008) Đavolji rječnik. Koprivnica: Šareni dućan

Christensen, Clayton M. (2003) The Innovator's Dilemma: The Revolutionary Book That Will Change the Way You Do Business. New York: HarperCollins

Critical Art Ensemble. Više njihovih naslova, svi dostupni ovdje: <http://critical-art.net/?cat=10> Pristupljeno 1.7.2018.

D'Alisa, Giacomo, Demaria, Federico i Kallis, Giorgos (ur.) (2016) Odrast: pojmovnik za novu eru. Zaprešić: Fraktura, Institut za političku ekologiju

Friedman, Thomas L. (2010) Svijet je ravna ploča: globalizirani svijet u 21. stoljeću. Zagreb: Algoritam

Gladwell, Malcolm (2005) Točka preokreta: kako male stvari mogu dovesti do velike promjene. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk

Graeber, David (2015) *The Utopia of Rules: On Technology, Stupidity, and the Secret Joys of Bureaucracy*. New York: Melville House Publishing

Grmek MD (ur.) (1966) *Serving the cause of public health: selected papers of Andrija Štampar*. Zagreb: Medical Faculty of the University of Zagreb

Kaeufer, K., Scharmer, C. O., Versteegen, U. (2003) *Breathing Life into a Dying System. Recreating Healthcare from Within*. Society for Organizational Learning. Reflections (5) 3. Izvornik dostupan na: <https://ai.wu.ac.at/~kaiser/birgit/kauefer-scharmer-versteegen.pdf>

Hrvatski prijevod dostupan na: <http://www.h-alter.org/vijesti/kako-udahnuti-zivot-u-umiruci-zdravstveni-sustav> Pristupljeno 1.7.2018.

Kahneman, D. (2013) *Misliti, brzo i sporo*. Zagreb: Mozaik knjiga.

Illich, Ivan. (2010) *Medicinska Nemeza: eksproprijacija zdravlja*. Zagreb: Litteris

Ilić, Ivan. (2012) *Amicus mortis. O umeću življenja i umeću umiranja. Izbor tekstova*. Beograd: Anarhija/ Blok 45 i Bratstvo iz Erevona.

Klemperer Victor. *Lingua Tertii Imperii: bilježnica filologa*. (2007) Zagreb: Disput.

Mackay, Harvey. (1996) *Plivati s morskim psima i sačuvati živu glavu: nadmašite svoje konkurente prodajom, rukovođenjem, motivacijom i umijećem pregovaranja*. Zagreb: Privredni Vjesnik

Martin L. A., Nelson E. C., Lloyd R. C., Nolan T. W. (2007) *Whole System Measures*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.

http://www.ihl.org/resources/_layouts/download.aspx?SourceURL=/resources/Knowledge+Center+Assets/IHIWhitePapers+-+WholeSystemMeasures_a960daf8-6ce8-44e4-878d-14f302c62f4e/IHIWholeSystemMeasuresWhitePaper2007.pdf Pristupljeno 1.7.2018.

McLuhan, Marshall. (2008) *Razumijevanje medija: mediji kao čovjekovi proizvođači*. Zagreb: Golden marketing/Tehnička knjiga

McLuhan, M., Fiore Q. (2001) *The Medium is the Message. An Inventory of Effects*. Corte Madera: Gingko Press

Nordström K.A., Ridderstrale J. (2002) Funky business: kapital pleše samo s darovitima. Zagreb: Differo

Nordstroem Kjell A., Ridderstraale Jonas. Funky business zauvijek: Kako uživati kapitalizam. Differo, Zagreb, 2009.

Ostrom, Elinor. (2006) Upravljanje zajedničkim dobrima: evolucija institucija za kolektivno djelovanje. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk

Reuben, Eldar. (2003) Vrsnoća medicinske skrbi: osnovni pojmovi i primjena u praksi. Zagreb: Medicinska naklada

Ridderstrale Jonas., Nordström, K.A. (2004) Karaoke kapitalizam: menadžment za čovječanstvo. Zagreb: Differo

Ritzer, George. (1999) Mekdonaldizacija društva: istraživanje mijenjajućeg karaktera suvremenog društvenog života. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk, Hrvatsko sociološko društvo

Robbins, Stephen. (1995). Bitni elementi organizacijskog ponašanja. Zagreb: MATE

Schmets G, Rajan D, Kadandale S. (urednici). (2016) Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/> Pristupljeno 1.7.2018.

Senor Dan, Singer Saul. (2014) Start-up nacija. Tajna izraelskog ekonomskog čuda. Zagreb: Profil knjiga

Sandel, Michael J. (2013) Pravednost: kako ispravno postupiti? Zagreb: Algoritam

Syed, Matthew. (2017) Kako učiti iz pogrešaka: neuspjeh kao prvi korak prema uspjehu. Zagreb: Mozaik knjiga

Tainter, Joseph A. (2007) Kolaps kompleksnih društava. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk

Taleb, Nicholas N. (2009) Crni labud: utjecaj krajnje nevjerojatnog. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk

Travis, Phyllida, Egger, Dominique, Davies, Philip, Mechbal, Abdelhay (2002) Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva Evidence and

Information for Policy World Health Organization Dostupno na:
<http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf> Pristupljeno 1.7.2018.

Varoufakis, Yanis (2015). Što sam rekao kćeri o ekonomiji. Zagreb:
Sandorf.