

## Zdravlje za sve (HFA) u Europi: odgovor na izazov primarne zdravstvene zaštite nakon Deklaracije u Alma Ati

(HFA in Europe: post-Alma Ata response to the challenge of Primary Health Care)

Keith Barnard

Predavanje: Zdravlje i razvoj, utorak 7. lipnja 2005.

Sveučilište u Leedsu, Centar za međunarodno zdravlje i razvoj Nuffield

U ožujku ove godine Kofi Annan, glavni tajnik Ujedinjenih naroda, predstavio je svoje izvješće o milenijskim razvojnim ciljevima (MDG) (vidi **Okvir 3**). MDG je važan za osiguranje „gospodarskog i društvenog napretka svih naroda“ koje ustav Ujedinjenih naroda navodi kao svrhu organizacije. Izvješće ističe da je zdravlje ključna sastavnica cijelog programa Ujedinjenih naroda - mir i sigurnost, razvoj i ljudska prava - te upozorava na nedostatak učinkovitih sustava te sukladno obučenog osoblja, tj. pravih osoba na pravim mjestima.

MDG je razjašnjen i prihvaćen, a napredak se jasno nazire. No, ciljevi su istodobno i selektivni te, iako međusobno povezani, ne čine sveobuhvatnu strategiju za međunarodnu zajednicu.

Pa ipak, ne smatram da pretjerujem kada mislim da Kofi Annan želi barem iznova razotkriti viziju, idealizam i zajednički osjećaj svrhovitosti iz 1945. godine. Njegovo izvješće predstavlja i prijedloge reforme organizacije Ujedinjenih naroda. Sam naslov izvješća, „U široj slobodi“ (*In Larger Freedom*), izraz je svjesno preuzet iz preambule ustava UN-a. Annan podsjeća međunarodnu zajednicu da je svrha UN-a ne samo osigurati mir i sigurnost u čisto vojnom smislu, već i „promicati društveni napredak te bolji životni standard u široj slobodi“. Cijela UN obitelj agencija, fundacija i programa, uključujući i Svjetsku zdravstvenu organizaciju (SZO), izrasla je iz ove obveze.

Na ovogodišnjoj je Svjetskoj zdravstvenoj skupštini napredak MDG-a bio glavna točka programa. Međutim, Lee, generalni direktor, nije imao što reći o viziji **zdravlja za sve, Alma Ati**, kao ni o **primarnoj zdravstvenoj zaštiti** (vidi **Okvir 1**), čime bi se gore navedeno moglo postići.

Zašto? Zar su vizija i sredstva iz 1945. izgubili svoj značaj? Ili se radi o *realpolitici*? Generalni direktor zna što se od njega očekuje. Naša zahtjevna globalna kultura od njega traži rad na konkretnim i mjerljivim ciljevima koje su dogovorili svjetski šefovi država i vlada, a to su dječja paraliza, SARS, ptičja gripa, itd, što zemlje članice od SZO-a očekuju da riješi. Obuhvaća li njegov program išta drugo, teško je reći. Je li Lee suptilniji nego što se čini na prvi pogled? Nisu sve zemlje zadovoljne s programom konferencije u Alma Ati, što otkriva posljedice njihove domaće gospodarske i drugih politika na zdravstvo i pravičnost. Pa ipak, Leeova najambicioznija inicijativa, **Povjerenstvo za društvene odrednice zdravlja**, pokrenuta ove godine (vidi **Okvir 4**), mogla bi nas vratiti na program koji jako podsjeća na onaj iz Alma Ate (vidi: Richard Horton.

*Reflecting on health challenges: remarks for the official launch of the WHO Commission on Social Determinants of Health* (Razmatranja o zdravstvenim izazovima: komentari o službenom pokretanju Povjerenstva za društvene odrednice zdravlja SZO-a), Santiago, Chile 18. ožujka 2005. na internet-stranici SZO-a). Trenutačno izgleda da nazadujemo. Prije godinu i pol, kada je predstavljao godišnje Svjetsko zdravstveno izvješće, novoizabrani se Lee činio kao da priznaje značaj primarne zdravstvene zaštite kao sustavnog pristupa zdravlju i razvoju zajednice. Sada se, tako izgleda, vraćamo tehnokratskom pristupu prvih 20 godina, kada je SZO pokretao niz vertikalnih kampanja i programa za suzbijanje bolesti.

Godina 1973. - dvadesetpetogodišnjica SZO-a – označila je promjenu. Svjetska zdravstvena skupština imenovala je Halfdana Mahlera za generalnog direktora koji je trebao postati pokretačka sila novog pristupa. No, riječi umirovljenog generalnog direktora Candaua znakovite su jer su pripremile teritorij za Mahlera. Puno je napretka u zdravstvu potrebno radi društveno-gospodarskih promjena. Zdravstvene službe (gdje ih je bilo) često nisu bile dovoljno iskorištene, bile su nametnute zemljama u razvoju te je „vjerojatnost da funkcioniraju dobro u postojećim uvjetima bila gotovo nepostojeća“. „SZO bi se trebao izravno okrenuti potrošačima i manjim zajednicama, najmanjim jedinicama, u pokušaju razvoja službi koje vidljivo rješavaju pitanja prioriteta ljudi, a ne djeluju kao agenti vanjskih snaga, koliko god benevolentne one bile“. Candauov oproštaj bio je prvi korak. Evolucija je započela. Naglasak je trebao s bolesti biti prebačen na zajednicu i na pojedinca u njihovim društveno-kulturalnim kontekstima.

Rezolucija „Zdravlje za sve“ iz 1977. godine (Svjetska zdravstvena skupština, 30.43) zahtijevala je djelovanje SZO-a te njegovih zemalja članica kako bi do 2000. godine svi narodi „uživali zdravlje koje bi im omogućilo društveno-gospodarski produktivan život“. (ciljna godina 2000. nije shvaćena kao konačna točka, već kao sredstvo za postizanje milenijske dramatičnosti, stvaranje osjećaja hitnosti te usmjeravanje na ono što bi se moglo pokušati kroz jednu generaciju). Deklaracija iz Alma Ate, usvojena 1978. na Konferenciji primarne zdravstvene zaštite (PZZ), proglasila je PZZ sredstvom kojim se može postići „zdravlje za sve“. Deklaracija (vidi **Okvir 1**) predstavlja temeljne zamisli zdravstva, strategije za zaštitu, promicanje i unapređenje zdravlja populacije te karakteristike učinkovitog, odgovornog i održivog sustava zdravstvene zaštite. Ista izlaže i program za lokalni zdravstveni sektor ističući potrebu za razvojem veza s drugim razinama i sektorima te s populacijom zajednice. Shvaćanje da je PZZ tek sinonim za medicinsku zaštitu na razini prvog posjeta bilo je nažalost rana zabluda. Moj prijatelj i suradnik Hannu Vuori, odgovoran za PZZ u Europskom regionalnom uredu, naknadno je preuzeo zadatak pripreme i rasvjetljavanja koncepta PZZ za dobrobit europskih profesionalnih akademskih, političkih i upravnih zajednica (Vuori 1986 - vidi **Okvir 2**).

Vuori je istaknuo da bi PZZ trebalo shvatiti kao niz aktivnosti, razinu zaštite, strategiju za organizaciju zaštite i filozofiju na kojoj počiva cijeli zdravstveni sustav, a ne tek kao jedno od navedenog. Treba razumjeti sve vidove PZZ-a i raditi na njima.

Gledajući unatrag, prepoznaju se posljedice guranja toliko ključnih pojmova pod jedan naziv – nemogućnost otkrivanja složenosti PZZ-a

svima čija je potpora potrebna. Pitajte javnost što je PZZ i logično je očekivati odgovor: "To je doktor opće prakse, medicinska sestra ili dom zdravlja". Sve što smo dobili je etiketa. Teško je nadići terminologiju i definicije, i razumjeti program na koji je ukazala Deklaracija iz Alma Ate. Značaj Alma Ate u njezinim je izazovima: osiguravanje jednakog pristupa povoljnoj i društveno prihvatljivoj osnovnoj zdravstvenoj zaštiti za sve, razvoj isplative tehnologije koja je dorasla zadaći, osiguravanje održivih resursa, smanjenje za zdravlje štetnih posljedica nejednakosti u društvu te razvoj strategija za društvene promjene. Sve to stoji u Deklaraciji.

Kako je Europa reagirala 1978. godine? Bilo je onih koji su, možda svjesno, "primarno" shvatili kao „primitivno“. HFA/PZZ inicijativa nastala je iz pokušaja ispravljanja ozbiljne nejednakosti u zdravlju razvijenih i nerazvijenih zemalja, a samim time postavljeno je i pitanje je li ista primjenjiva na industrijalizirane zemlje. Ne smijemo zaboraviti da je do 1992. godine europska regija SZO-a, unatoč populaciji od 800 milijuna - golemom zemljopisnom teritoriju te prvolinijskom statusu za vrijeme Hladnog rata - u zdravstvenom smislu shvaćana kao bitno homogena grupa „industrijaliziranih zemalja“. Nakon raspada SSSR-a razbistrila se slika regije. Po pitanju zdravstvenog i gospodarskog razvoja bila je to sve samo ne homogena grupa. Kako je regija porasla s 30 na 50 zemalja članica, za polovinu je otkriveno da trebaju različite vrste izravne pomoći, označivši revoluciju za Europski regionalni ured u načinu rada i vezama sa zemljama članicama. No, u vrijeme Alma Ate Ženeva se pobojala da ako razvijene europske zemlje nisu ozbiljno shvatile HFA/PZZ, ni zemlje u razvoju neće smatrati da bi trebale. Kada je Hannu Vuori postao regionalni časnik za primarnu zdravstvenu zaštitu 1980. godine pojavio se izazov kako objasniti različitim interesnim skupinama zašto je PZZ za njih važan. No trendovi zapadnih industrijaliziranih zemalja, s naglaskom na skupu tehnologiju i specijalističku njegu već su postali zabrinjavajući. Godine 1974. izvješće Marca Lalonda, člana kanadskog kabineta, istaknulo je visoke troškove "tehnološki napredne" zdravstvene zaštite te posljedice shvaćanja da je "rješenje" svakog problema u trošenju više novca na zdravstvenu zaštitu. Moglo se pretpostaviti da bi uzrok problema, a samim time i najprihvatljivija točka za intervenciju, mogao počivati izvan sustava zdravstvene zaštite, u fizičkoj i psihosocijalnoj okolini ili stilu života. Lalonde je, štoviše, već zagovarao važnost PZZ-a za razvijene zemlje. Obveza zemalja članica preuzeta potpisivanjem Deklaracije iz Alma Ate prvi je put iznesena na regionalnom odboru 1979. godine. Članice su se svojim službenim opredjeljenjima svrstale u četiri široke skupine (Vuori 1984.). Socijalistička je skupina tvrdila da je kod njih PZZ već uveden. Druga je grupa (mnoge zemlje Središnje Europe) izjavila da provode reformu medicinskog obrazovanja - uz novu generaciju liječnika i oni bi trebali uvesti PZZ. Treća skupina, uključujući i nordijske zemlje, ozbiljnije je shvatila PZZ i pokazala zabrinutost. Raspodjela njihovih nacionalnih budžeta i osoblja ukazala je na to da su još daleko od cilja. Trebali bi reorganizirati sustav, ali nisu bili sigurni hoće li to uspjeti do 2000. godine. Četvrta se grupa zapitala što je uopće primarna zdravstvena zaštita.

Godine 1980. Europski je regionalni odbor, uz službenu potporu, usvojio strategiju koja je "organizirani sustav PZZ-a" vidjela kao "ključni instrument za postizanje HFA". Godine 1984. strategija je reorganizirana u koherentni niz međupovezanih konkretnih ciljeva, poznatih kao "HFA

ciljevi", koje se zapravo neformalno nadovezuju na Lalondovu analizu uzroka i odgovarajućih intervencija.

Cilj 26 predlaže da do 1990. godine, ... sve zemlje razviju zdravstvene sustave koji se temelje na primarnoj zaštiti, kao što je to propisano na Konferenciji u Alma Ate. Zemljama članicama ponuđena je prilika da testiraju značaj PZZ-a svojim zdravstvenim politikama i sustavima na Konferenciji o primarnoj zdravstvenoj zaštiti u industrijaliziranim zemljama u Bordeauxu 1983. godine (SZO 1985.). Sovjetski je savez jasno dao do znanja da Deklaracija ne traži nikakvu promjenu u njihovom zdravstvenoj infrastrukturi: "zdravlje za sve" je oduvijek bio temelj sovjetske zdravstvene zaštite, objašnjeno je. Druge su zemlje davale različite izjave, ali su otkrivala sličan stupanj samozadovoljstva. Ne dajući se smesti, SZO je nastavio promicati "nacrt za promjenu" (Vuori 1984). Ukratko, predložio je pomak:

*pažnje s bolesti i lijeka na zdravlje, prevenciju i njegu;*

*sadržaja s liječenja, epizodne njege i konkretnih problema na promicanje i prevenciju zdravlja te zdravstvenu zaštitu i sveobuhvatnu brigu;*

*organizacije s liječnika specijalista i jedinstvene liječničke prakse na liječnika opće prakse i druge stručnjake i timove; te*

*odgovornosti s profesionalne dominacije i zdravstvenog sektora na međuresornu suradnju, sudjelovanje zajednice i vlastitu odgovornost.*

Time je razjašnjeno **tko se i što treba promijeniti**. Program Alma Ate, na kojem je inzistirao regionalni ured, značajno je preoblikovan. Međutim, situacija se zakomplicirala pojavom aktivističkog lobija koji je podržavao političko i djelovanje zajednice. Reakcijom protiv konzervativnih razmišljanja u zdravstvenom sustavu i gledajući s prezirom na „staro“ javno zdravstvo, tradicionalnu tehnokratsku prevenciju bolesti i nadzor nad njom, lobiralo se za „promicanje zdravlja“ kao glavne strategije onog što se nazvalo „novim javnim zdravstvom“.

Promatrač je mogao zaključiti da je namjera predlagatelja Povelje o promicanju zdravlja iz Ottawe iz 1986. g. bila zamjeniti Deklaraciju iz Alma Ate novim autoritativnim dokumentom SZO-a. Mahler je bio drugačijeg mišljenja. Konferencijom se poslužio kako bi izrazio svoju frustriranost nedostatkom snažnog odaziva na Deklaraciju. Govorio je o "novom javnom zdravstvu", pri čemu je pod *zdravstvom* mislio na blagostanje, a ne bolest, a pod *javnim* istinsko uključivanje ljudi u oblikovanju vlastitog zdravlja. "Bila je to poruka Alma Ate koja još nije prodrila do mozгова mnogih aktera na području zdravstva."

Povelja iz Ottawe bila je korisna u privlačenju aktera izvan sektora zdravstva, ali po pitanju njezinih načela i ciljeva, zapravo se radilo o prepakiranoj Deklaraciji iz Alma Ate. Potaknuta Poveljom, Deklaracijom ili Lalondeom, potreba za preusmjeravanjem pažnje država s isključivo specijalističke njege bila je ključni strateški cilj.

Otuda inovacije poput projekta "Zdravi gradovi" (*Healthy Cities*), CINDI preventivnih programa te jedne skromnije inicijative u koju sam i sam uključen - TTB mreža (*Usmjeravanje prema primarnoj zdravstvenoj zaštiti; Tipping the balance towards primary health care*). Ove su inicijative komplementarnog karaktera. "Zdravi gradovi" i, naknadno,



mreže "Škole promiču zdravlje" (*Health Promoting Schools*) uključili su lokalne političare, nevladine udruge, nezdravstvene stručnjake te jasno pronijele poruku izvan zdravstvenog sektora. Nadalje, zadnjih je godina promicanje nacionalne i lokalne okoline te zdravstvenih akcijskih planova - varijanta Programa 21 - usvojeno na Konferenciji o okolišu i razvoju u Rio de Janeiru.

CINDI (nacionalni programi za integriranu intervenciju kod nezaraznih bolesti) je usmjeren na potrebu za djelovanjem na rizične čimbenike, što je privuklo kliničare i epidemiologe unutar zdravstva koje zanima primarna prevencija.

TTB, usredotočen na lokalnu vlast, upravljanje, izobrazbu osoblja i korisnika, vezu između pružatelja usluge i korisnika te na pružanje usluge, privukao je "prvolinijske" kliničare, lokalne upravitelje te, do određene mjere, političare unutar zdravstva. TTB ima potencijala za suočavanje s najvećim izazovima regije: kako upravljati kroničnim problemima starije populacije te kako zaštititi i promicati zdravlje djece i mladeži. To su suštinska pitanja Deklaracije iz Alma Ate, uz međustručne, međuresorne i dimenzije uključenja zajednice. Ograničenje TTB-a je uzak opseg te primjenjivost samo u zemljama s organiziranim javnozdravstvenim sektorom.

Uz eventualnu iznimku CINDI-a, nijedna od ovih inicijativa, unatoč njihovoj atraktivnosti, nije pokrenula vlade. Međutim, vlade su trebale postati nesvjesni protagonisti 1990-ih, jer su **novi gospodarski imperativi postali pokretačka snaga za reorganizaciju zdravstvenog sektora s potencijalnom, ako ne i namjernom, koristi PZZ-u.**

Povijesno gledano, zapadnoeuropske zemlje imale su *ili* javni sektor, **Nacionalnu zdravstvenu službu (NHS)**, *ili* sustav koji je financiralo **osiguranje**, a koji se temeljio na privatnoj praksi. Sovjetske republike i druge socijalističke zemlje imale su **Semashkov** model – državne sustave usmjerene na specijalističku kurativnu njegu. Zapadne su vlade u ranim 90-ima bile sklone kontroliranju i smanjenju javnog troška. Reforme su uključivale poticanje međustručnog timskog rada, prebacivanje zadataka s liječnika na drugo osoblje, prebacivanje na lokalne službe zadaća koje su prethodno obavljale druge razine, korištenje pružatelja primarne usluge kao agenata za nabavu ili povjerenike sekundarne zaštite te ograničavanje pristupa sekundarnoj i tercijarnoj zaštiti bez uputnice od tzv. „vratara“ (*gatekeeper*).

Stoga su medicinski aspekti PZZ-a promicani kao posljedica gospodarske politike višeg ranga. Neke su promjene bolje prihvaćene i pokazale se uspješnijima od drugih postavši čak novom konvencionalnom mudročću. Pokazalo se jednostavnijim uvesti promjene u **NHS sustave**. U zemljama s **privatnim liječničkim praksama i sustavima zdravstvenog osiguranja u jednom** gdje liječnici opće prakse još uvijek rade sami te se nerijetko natječu sa specijalistima, uloga *vratara* je ograničena, a naročito kada pacijenti mogu slobodno izravno otići specijalistima ili u bolničku ambulantu bez dodatnih troškova.

**Semashko sustavi** osjetili su najveći pritisak na promjenu. U prilikama nedostatnih materijalnih resursa, trošnih prostorija i opreme te demotiviranog i potplaćenog osoblja, gospodarski održiv *i* društveno prihvatljiv alternativni model postao je nužda. U reformi započetoj ranih

1990-ih cilj je u većini slučajeva bio zasnovati sustav osiguranja na temelju opće prakse.

U **bivšim sovjetskim republikama** promjena je bila spora. U relativno bogatijim **zemljama Središnje i Istočne Europe** vodeći su kliničari postali političari. Vidjevši kako se bogate njihovi kolege u kapitalističkim zemljama i oni su poželjeli sličan model. Rezultat je bio brz, ali ne nužno i savršen, prijelaz u dominantno privatiziran tržišni sustav.

Što smo naučili iz reformi vođenih nadzorom nad troškovima?

Mnoge su reforme otkrivale tezu da će tržištu gdje se susreću kupci i prodavači različitih društvenih usluga porasti učinkovitost. Otada se tvrdilo da dokazi upućuju na to da su uvjeti koji idu u prilog razvoju učinkovitog PZZ-a vjerojatniji u okolini koja ističe pravičnost iznad učinkovitosti. Nasuprot tome, privatizacija i tržišnost ne umanjuju ulogu države, štoviše mogu je čak otežati. Pregovori i praćenje ugovora složeniji su i skuplji od subvencioniranja iz državnog budžeta. Regulatorni nadzor može biti skuplji od izravne kontrole. Ministarstva zdravstva odgovorna su još uvijek za oblikovanje politike, praćenje učinka zdravstvene i drugih javnih politika te vođenje cijelog zdravstvenog sustava - i javnog i možda većeg, privatnog sektora. Naglasak na ekonomiji zdravstvenih službi skreće pažnju s drugih ključnih pitanja PZZ-a. Stoga će se na sastanku donatora u bivšoj sovjetskoj centralnoazijskoj republici isticati financiranje, upravljanje, učinkovitost službi te metode liječničkih naknada. Mogu se očekivati i teme zdravstvene zaštite, promotivnih mjera ili međuresornih mehanizama i strategija koje bi mogle smanjiti konzumaciju zdravstvenih usluga iz socijalnih razloga.

Ne može se govoriti o ulozi države izoliranoj od uloge **EU**-a. Iako trenutačno EU pružanje zdravstvene zaštite prepušta zemljama članicama, po pitanju šireg programa HFA/PZZ, EU je nadasve uključen i kompetentan na područjima kojim je zdravlje "cilj" ili, jednako tako, čija su « posljedica » pozitivni *ili* negativni zdravstveni učinci. Francuski i nizozemski referendumima stvorili su novu nesigurnost u budućnost, ali s obzirom da EU i dalje funkcionira i širi se, veze između SZO-a i EU-a bit će nužno osjetljive. Neizbježan je rizik tenzija između organizacija s istim ili preklapajućim članstvom no različitim mandatima i načinima rada i tamo gdje postoje zakonske moći djelovanja i upravljanja, a gdje druga strana može tek utjecati i pozivati se na moralni autoritet.

**A budućnost? Suštinski izazov Deklaracije iz Alma Ate i dalje stoji: promjene u zdravstvenom sustavu, policiji i djelovanju najbolje će postići najvišu razinu "zdravlja za sve»? Godine 1998. Regionalni je odbor usvojio dokument ZDRAVLJE 21 uvodeći HFA u današnje stoljeće. Izvanredan je to politički dokument i, u suštini, obnova dokumenta iz 1984. godine. No, udruživanjem strateških ciljeva s poprilično detaljnim ciljnim okruženjem i praćenjem napretka, koje je izvorno usvojeno 1984. godine, možda je zamaglilo i umanjilo učinak njegovih temeljnih poruka. Nasuprot tome, MDG je predstavljen uz relativno jednostavne ciljeve i pokazatelje.**

Cilj 15 ZDRAVLJA 21 predlaže da bi do godine 2010. ljudi trebali imati mnogo bolji pristup obitelji i zajednici orijentiranoj *primarnoj zdravstvenoj skrbi*...Tekst navodi da bi zdravstvena politika i program

zajednice trebali osigurati sustavno uključenje različitih lokalnih sektora i nevladinih udruga u promicanje zdravijeg života, zdravijeg okoliša i učinkovitijeg zdravstvenog i socijalnog sustava na lokalnoj razini. Ja to vidim kao **potvrdu Alma Ate**. Postojeća mi se situacija čini nesređenom, čak proturječnom. Priznati prioritet europske regije, za SZO i zemlje članice *razvoj je zdravstvenog sustava*. I to je u redu. Ali što je s PZZ-om, konceptom koji će dati značaj istom? Je li usvojen slogan – “zdravstveni sustav” – bez bezrezervnog vjerovanja u potrebu za sustavnim razmišljanjem? Parafrazirat ću kolegine riječi: “Zašto postoji tako malo *stvarnog* zanimanja za kreiranje i funkcioniranje zdravstvenog sustava? To je područje gdje ministri zdravstva trebaju najviše pomoći. Bilo tko tko je posjetio istok regije vrlo brzo to uviđa. Tablice Svjetskog zdravstvenog izvješća iz 2000. godine nisu nimalo pomogle. Nisu ponudile nikakva praktična rješenja za poboljšanje situacije. Regionalni ured u Kopenhagenu malo je toga imao reći o PZZ-u, ali je u početku izgledalo kao da će Lee zaodjenuti Mahlerov plašt i preuzeti razvoj PZZ-a kao *razlog za postojanje* SZO-ovog programa rada. Neko se vrijeme činilo da je mehanička ili analitička era tablica završila.

Jesmo li se prerano poveselili? Čini mi se da u SZO-ovom tajništvu postoje oni koji su “bolesti usmjereni”. Isti *ne* vjeruju da je PZZ/HFA koristan okvir, već govore: “Nije upalio.”, ne pružajući objašnjenja. Nije izgledno da će ova frakcija zemljama pružiti novu paradigmu, osim u slučaju novog “vertikalizma”. Razumljiva je njihova predanost radu, ali PZZ kao lokalno javno zdravstvo zahtijeva kombinaciju analize i djelovanja. Analiza bez djelovanja besmislena je. Djelovanje bez analize rizično je, a rizici lako odvedu u krivom smjeru. Upućeni tvrde da je MDG novi razvojni alat, što podrazumijeva mišljenje da su milenijski ciljevi pretekli HFA. Moj je komentar taj da možemo širokih ruku prihvatiti MDG, ali isti su ciljevi ograničeni, selektivni i niti ne pokušavaju zadovoljiti obujam „zdravlja za sve”.

Na poslijetku, neki smatraju da je bolje rješenje Murrayev alat (Murray je glavni savjetnik prethodnog generalnog direktora, Brundtlanda) koji sustav jednostavno razloma na “funkcije”. Treba imati na umu da “sustavno razmišljanje” nije tek analiza dijelova, već fokusiranje na *cijeli* PZZ sustav. “Sustavno razmišljanje” nam pomaže razumjeti međuveze i uzorke jer djelovanjem odgovaramo na složene probleme s kojima se susrećemo. Iako su vertikalni programi ponovno ušli u modu - u posljednje vrijeme, “3 x 5”, polio, TB itd. - oni zahtijevaju funkcionalan zdravstveni sustav, učinkovit i održiv. Ključno je to pitanje Alma Ate te snažna poruka u izvješću Kofija Annana. Možda se na kraju pokaže da se i druge zemlje žele same uvjeriti i tražiti SZO za pomoć u razvoju sustava.

Među **donatorima** uključenim u vertikalne programe visoke transparentnosti ne postoji interes za rad zdravstvenog sustava *kao takvog*. Njih zanimaju rezultati. Ali još uvijek ih se može uvjeriti da je dio njihovih ulaganja potreban za jačanje kapaciteta zdravstvenog sustava, kako bi postigli očekivane rezultate.

Sve ovo upućuje na to da se mi koji smo još predani HFA-u i PZZ-u suočavamo s dva velika i trajna izazova. Kao prvo, postoji potreba za sustavno razmišljanje i spremnost na razmišljanje o praksi – pitanje kako se i zašto stvari događaju. Kao drugo, trebamo naučiti kako možemo

biti uspješniji u suradnji (svi oblici međugranične suradnje) te integraciji i koordinaciji cijelog niza aktivnosti koje štite, jačaju i obnavljaju zdravlje.

Sve to znači da, *među ostalim*, moramo nastaviti raditi na **kreiranju zajedničke vizije** kako bi unutar našeg **Alma Atinog** poimanja razvoja zdravstva, socijalne skrbi i zajednice napravili mjesta širokoj koaliciji aktera s vlastitim interesima, viđenjima pa čak i specifičnim ciljevima. Stvar je već započeta inicijativama poput projekata "Zdravi gradovi" i "Škole promiču zdravlje". Trebat će vršiti *stalan* pritisak na političare i druge ključne donositelje odluka kroz *kontinuiranu* mobilizaciju zajednice. Ukratko, trebat će uložiti "sve za zdravlje" kako bi se postiglo "zdravlje za sve".

## **Izbor izvadaka iz Deklaracije iz Alma Ate 1978.**

Vlade su odgovorne za zdravlje svojeg naroda, što se može zadovoljiti tek poduzimanjem odgovarajućih zdravstvenih i društvenih mjera. Glavni društveni cilj trebao bi biti postizanje razine zdravlja koja omogućuje društveno i gospodarski produktivan život svim članovima svih naroda. Primarna zdravstvena zaštita ključ je postizanja ovog cilja u sklopu razvoja u duhu socijalne pravde.

### **Primarna zdravstvena zaštita**

1. reflektira i razvija gospodarske uvjete te društveno-kulturalne i političke karakteristike zemlje i njezinih zajednica koje se temelje na primjeni relevantnih rezultata istraživanja društvenih, biomedicinskih i zdravstvenih usluga te javnozdravstvenom iskustvu;
2. bavi se glavnim zdravstvenim problemima u zajednici uz pružanje odgovarajućih promotivnih, preventivnih, kurativnih i rehabilitativnih usluga;
3. minimalno uključuje izobrazbu iz rasprostranjenih zdravstvenih problema i metoda sprečavanja i nadzora istih; promicanje ponude hrane i ispravne prehrane; odgovarajuću ponudu zdravstveno ispravne vode i osnovnih sanitarija; porođiljnu i dječju zdravstvenu zaštitu i obiteljsko planiranje; imunizaciju protiv glavnih zaraznih bolesti; prevenciju i nadzor lokalno-endemskih bolesti; odgovarajuće liječenje uobičajenih bolesti i ozljeda te opskrbu nužnim lijekovima;
4. uključuje zdravstveni i sve povezane sektore te vidove nacionalnog i razvoja zajednice;
5. zahtijeva i promiče samostalnost zajednice i pojedinca te sudjelovanje u planiranju, organizaciji i funkcioniranju primarne zdravstvene zaštite koristeći dostupne resurse, te odgovarajućom izobrazbom razvija spremnost zajednica da se uključe;
6. održava se integriranim višestrukosupportivnim sustavom upućivanja koji vodi ka progresivnom poboljšanju sveobuhvatne zdravstvene zaštite za sve, dajući prednost najpotrebitijima;
7. oslanja se, na lokalnoj i razini upućivanja, na zdravstvene radnike društveno i tehnički obučene za timski rad i odgovor na zdravstvene potrebe

### **Okvir 1**

#### **Vuorijeva konceptualizacija PZZ-a**

**PZZ kao skup aktivnosti** razumno je viđenje PZZ-a koje kao prednost ima jednostavnost i konkretnost. U skladu s tim, moglo bi se reći da zemlja ima PZZ ako isti pokriva osam osnovnih elemenata navedenih u Deklaraciji iz Alma Ate.

Veliki nedostatak ovog viđenja jest da, unatoč činjenici da i najbogatije zemlje ponekad ne mogu zadovoljiti sve temeljne elemente, lako može stvoriti zabludu da je PZZ nevažan



industrijaliziranim zemljama, dozvoljavajući zdravstvenim vlastima i stručnjacima da razmišljaju na sljedeći način: "Mi to imamo još od početka 20. stoljeća."

**PZZ kao razinu njege** lako je razumjeti. PZZ je onaj dio zdravstvenog sustava s kojim ljudi prvo stupaju u doticaj kada se pojavi zdravstveni problem. Popularan je u Zapadnoj Europi, a naročito među liječnicima opće prakse jer ih čini zaštitnicima koncepta. No, iako su liječnici opće prakse ključni akteri, njihova usluga leži prvenstveno na području primarne *medicinske* zaštite. Nadalje, u 80-90% "medicinskih" problema nema kontakta s formalnim sustavom. Zar se ne bi i neformalni sustav trebao smatrati sastavnim dijelom PZZ-a?

**PZZ kao strategija** znači da prije nego li se može reći da zemlja ima PZZ, sustav mora zadovoljavati određena strateška načela. Službe važne za potrebe stanovništva moraju biti dostupne te funkcionalno integrirane, isplative i tehnološki napredne. PZZ se temelji na uključivanju zajednice, međuresornom djelovanju i suradnji. Možda će biti potrebni reforma zakonodavstva, redistribucija resursa i reorganizacija kroz izobrazbu i razmještaj zdravstvenog osoblja.

**PZZ kao filozofija** možda je daleko od svakodnevice pružatelja usluga, kreatora i političara, ali je istodobno i najvažnije viđenje. Zemlja može tvrditi da ima PZZ u potpunosti tek kada njezin zdravstveni sustav karakteriziraju socijalna pravda i pravičnost, odgovornost, solidarnost i prihvaćanje šireg koncepta zdravstva i zdravstvenog djelovanja.

## **Okvir 2 (Vuori-1986)**

### **Milenijski razvojni ciljevi**

U rujnu 2000. godine najveće okupljanje šefova država dotad uvelo nas je u novo tisućljeće usvajanjem **UN-ove Milenijske deklaracije** koju je potpisalo 189 zemalja. Ista izlaže **ciljeve koje treba ostvariti do 2015. godine.**

**Osam milenijskih razvojnih ciljeva (MDG)** nadograđuje sporazume sa konferencija UN-a iz 1990-ih i predstavlja obvezu smanjivanja siromaštva i gladi te rješavanja bolesti, spolne nejednakosti, nedostatka edukacije, nedostatka čiste vode i degradiranja okoliša. MDG je zamišljen kao sklop koji priznaje doprinos razvijenih zemalja kroz trgovinu, pomoć u razvoju, oslobođenje od dugova, dostupnost osnovnim lijekovima i prijenos tehnologije.

**Poboljšanje zdravlja ključno je da bi napredak bio u skladu s MDG-om.** Tri od osam milenijskih ciljeva: smanjenje **mortaliteta djece**, poboljšanje **porodiljnog zdravlja** i suzbijanje **HIV-a/AIDS-a**, malarije i drugih bolesti, te osam od 16 ciljeva i 18 od 48 pokazatelja u izravnoj su vezi sa zdravljem. Zdravlje je važan

prinosnik i nekolicini drugih ciljeva.

Značaj MDG-a leži u međusobnoj vezi među ciljevima: MDG je **uzajamnosuportni okvir za unapređenje sveukupnog ljudskog razvoja**. MDG pruža viziju razvoja u čijem su središtu zdravlje i obrazovanje. Od njegovog usvojenja nitko nije mogao poreći da razvoj nije samo u gospodarskom rastu.

Potrebno je više sredstava, a novac je tek dio slike. Napredak će jednako ovisiti o ispravnom kreiranju politika, brizi da ustanove koje ih provode funkcioniraju učinkovito, izgradnji učinkovitog zdravstvenog sustava koji će ljude tretirati pošteno te zapošljavanju dovoljno osoblja za potreban rad.

MDG ne propisuje sve što treba reći o zdravlju i razvoju niti spominje važnost **učinkovitog zdravstvenog sustava** koji je **nužan za postizanje svih zdravstvenih ciljeva** ili reproduktivno zdravlje i nezarazne bolesti.

Stoga MDG moramo razumijeti kao stenografiju za **neke od najvažnijih rezultata koji bi se razvojem trebali postići**: manja smrtnost žena pri porodu; viši postotak preživljavanja kod djece najranije dobi; rješavanje problema HIV-a/AIDS-a; dostupnost životno važnih lijekova te bolje zdravlje u svim njegovim oblicima, uz velik doprinos smanjenju siromaštva.

Brži napredak prema milenijskim razvojnim ciljevima (MDG) moguć je. Radi se o političkom izboru u razvijenom i nerazvijenom svijetu. *Možemo* dramatično izmijeniti živote milijuna najsiromašnijih ljudi na svijetu.

**Okvir 3** (izvor: internet-stranica SZO: [www.who.int/mdg](http://www.who.int/mdg))

### **Povjerenstvo za društvene odrednice zdravlja**

Javno zdravstvo počinje s prepoznavanjem potrebe za povoljnim društvenim uvjetima. Međutim, specifičnu prirodu ovih uvjeta i načine na koje se oni mogu poboljšati treba pojasniti i šire objaviti. Poznavanje društvenih odrednica zdravlja, iz nacionalnih i međunarodnih projekata i istraživanja, još je nepotpuno. To znanje treba potpunije razviti i proširiti kako bi se moglo koristiti.

Osnivanje Povjerenstva za društvene odrednice zdravlja označava početak velikog rada na raspodjeli znanja u svrhu djelovanja. Povjerenstvo će djelovati sljedeće 3 godine i baviti se izradom praktičnih preporuka za poboljšanje zdravlja djelovanjem na njegove društvene odrednice. Njihova otkrića i informacije o priznatoj praksi bit će rezultat uključanja u nacionalno i iskustvo zajednice.

Rezultat koji želimo postići reorganizacija je javnozdravstvenog djelovanja i politike prema učinkovitijim i održivijim pristupima.

Otkrića Povjerenstva bit će sprovedena interakcijom s mrežama znanja, praktičnim zajednicama te oblikovanjem politike za institucionalnu promjenu. Mreže znanja putem kojih će Povjerenstvo djelovati uključuju: rani razvoj djece, prioritetne javnozdravstvene uvjete, zdravstveni sustav, mjerenja, uvjete zapošljavanja, globalizaciju, urbani okoliš te društvenu isključenost.

Neke veze između siromaštva i zdravlja čine se očitima, ali u praksi znaju biti složene i paradoksalne. Postoje zemlje s bruto domaćim proizvodom od 10.000 USD po čovjeku koje imaju duže očekivano trajanje života od onih s BDP-om iznad 30.000 USD. Kada su konkretni uzroci takvih anomalija poznati postoje snažni temelji za korekciju. Podaci o djelovanju i rezultatima upućuju na golemo područje zanemarenih prilika za zdravlje.

Lee Jong-wook, Generalni direktor

#### **Okvir 4**

(vidi članak u *Lancetu*, 19. ožujka 2005.)

#### **Literatura:**

1. Kaprio, Leo: Primary health care in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1979 (EURO Reports and Studies No. 14)
2. Government of Canada. A New Perspective on the Health of Canadians (Lalonde Report) Ottawa 1975
3. Saltman, Richard B. and Josep Figueras: European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen, WHO regional publications. European series ; No. 72 (1997)
4. Saltman, Richard B., et al (ed.): Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory of Health Care Systems.
5. Saltman, Richard B, et al (eds.): Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. European Observatory of Health Care Systems Series. Buckingham, Open University Press 2002
6. UN. In Larger Freedom: Towards Development Security and Human Rights for All [www.un.org/largerfreedom](http://www.un.org/largerfreedom)
7. Vuori, Hannu: Primary health care in Europe: problems and solutions. *Comm. Medicine* (1984) **6**,221-231
8. Vuori, Hannu: Health for all, primary health care and GPs . *J.R.Coll. Gen.Practitioners* (1986) **36**, 398-402
9. World Health Organization. Primary HealthCare: Report of an International Conference. Geneva 1978
10. World Health Organization: Primary health care in industrialized countries. Report on a WHO meeting. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (EURO Reports and Studies 95)
11. World Health Organization: Targets for Health for All. Copenhagen, Regional Office for Europe, 1985
12. World Health Organization: Primary Health Care 21: "Everybody's Business": an international meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata, Almaty, Kazakhstan, 27-28 November 1998. Geneva. 2000.
13. World Health Organization. HEALTH 21. European Health for All

Series No 6 Copenhagen 1999.

Kontakt:

Keith Barnard

Bivši predstojnik Centra za istraživanja zdravstvenih službi Nuffield,  
Sveučilište u Leedsu, VB

Bivši gostujući predavač na Nordijskom fakultetu javnog zdravlja,  
Sveučilište u Göteborgu, Švedska

Konzultant za SZO za politiku i upravljanje te savjetnik TTB mreže

e-mail: [keith.barnard@telia.com](mailto:keith.barnard@telia.com)

Tel: +46 31 147101