

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja

Health and Health Care Systems: from Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals

Sažetak

Potpuno ostvarivanje prava na zdravlje ključno je za ostvarivanje drugih ljudskih prava i osnova za više dimenzija održivog razvoja. Ujedno, zdravlje je posljedica, ali i preduvjet razvoja te je ključno za blagostanje ljudi. Ulaganje u zdravlje, posebno u prevenciju bolesti, potiče ekonomski rast i razvoj zemlje učincima na obrazovna postignuća i stjecanje vještina, produktivnost i zaposlenost, povećanu štednju i investicije, demografsku tranziciju i utjecaje na Zemljin ekosustav. U radu se razmatraju važnost zdravlja i učinkovitih zdravstvenih sustava za održivi razvoj te njihova uloga u Milenijskim ciljevima razvoja i Ciljevima održivog razvoja. U 21. stoljeću prioritet je uz održiv razvoj maksimalizirati zdravstveno blagostanje u svakoj životnoj dobi uz opću pokrivenost zdravstvenom zaštitom i prozdravstvenim politikama u svim sektorima. Stvaranje održivih zdravstvenih sustava budućnosti zahtijeva preoblikovanje potražnje za zdravstvenim uslugama smanjujući teret oboljenja, pomažući ljudima da ostanu zdravi i osnažujući ih da upravljaju svojim zdravljem.

Ključne riječi: održivost, zdravlje, zdravstveni sustavi

JEL klasifikacija: I15, F53

Abstract

Full enjoyment of the right to health is crucial for the enjoyment of other human rights, and has a central role in many other dimensions of sustainable development. In addition, human health is a consequence, but also a precondition of development, and is crucial to human welfare. Investment in health, especially prevention, fosters the economic output of a country through its effects on educational achievements and skills acquirement, labour productivity and employment, increased savings and investments, demographic transition and the earth's ecosystem. This paper analyses the importance of health and efficient health systems in terms of sustainable development, and their role in Millennium Development Goals and Sustainable Development Goals. Through sustainable development in the 21st century, the priority is to maximize health welfare for all age-groups, through universal health protection and pro-health policies in all sectors. Creating sustainable health care systems for the future demands reshaping the demand for health care services, diminishing the burden of illness, helping people to stay healthy, and empowering them to manage their own health.

Keywords: sustainability, health, health care systems

JEL classification: I15, F53

Prof. dr. sc. **Rajko Ostojić**,
FACG, FEBGH
Klinički bolnički centar Zagreb
E-mail: rajko.ostojic@gmail.com

Prof. **Rajko Ostojić**, PhD,
FACG, FEBGH
University Hospital Centre Zagreb
E-mail: rajko.ostojic@gmail.com

Ostojčić, R.

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja

1. Uvod

U 21. stoljeću imperativ je uz održiv razvoj maksimalizirati zdravstveno blagostanje u svakoj životnoj dobi uz opću pokrivenost zdravstvenom zaštitom i prozdravstvenim politikama u svim sektorima.

Uvjetno rečeno, „proizvodnja zdravlja“ proces je koji se sastoji od više međusobno povezanih elemenata, uključujući promociju brige o zdravlju, dijagnosticiranje, liječenje te dugoročnu njegu (Dobrev i suradnici, 2008.). Uz navedene elemente izravno povezane sa zdravljem, dodatne aktivnosti i procesi kao što su upravljanje (koje uključuje aktivnosti planiranja, organizacije, kontrole), logistika i procedure (nabava, planiranje, administracija), istraživanje (koje bi trebalo rezultirati novim idejama o dijagnosticiranju, terapiji, rehabilitaciji) te edukacija i usavršavanje zajednički su dio vrijednosnog lanca koji čini ukupan zdravstveni vrijednosni sustav te utječu na zdravstvene ishode.

Prioritiziranjem održivog razvoja naglasak se stavlja na četiri dimenzije: (1) ekonomski razvoj, uključujući iskorjenjivanje ekstremnog siromaštva, (2) socijalno uključivanje, (3) održivost okoliša i (4) dobro upravljanje. Svaka od navedenih dimenzija pridonosi jedna drugoj i napredak kroz sve četiri potreban je za pojedinačno i društveno blagostanje (Sustainable Development Solutions Network, 2014.). Na održivi razvoj može se gledati kao na globalni problem koji povezuje pojedince, organizacije i nacije (Isaksson, 2006.).

Zdravlje je važno kao ljudsko pravo, no ključno je i za ostvarivanje navedenih četiriju stupova. Nacionalne aspiracije za ekonomski rast ne mogu se ostvariti bez zdravog i produktivnog stanovništva. Mnogobrojna izvješća i studije naglašavaju multiplikativni učinak investicija u zdravlje i takozvani trošak zanemarivanja prevencije. Zdravlje je nedvojbeno postalo važnije pitanje razvoja, i u smislu doprinosa i kao indikator održivog razvoja. Drugim riječima, zdravlje je samo po sebi vrijednost, ali ujedno i ključ produktivnosti.

Rad se sastoji od pet dijelova. Nakon prvog, uvodnog dijela, drugi dio rada posvećen je kompleksnosti pojma održivosti te njegovu definiranju. Treći dio rada razmatra važnost održivosti zdravstvenih sustava i zdravstvenih ustanova. Četvrti dio rada

posvećen je analizi uloge zdravlja i zdravstvenih sustava u Milenijskim ciljevima razvoja te Ciljevima održivog razvoja. Peti dio rada jest zaključak.

2. Kompleksnost održivosti

Lawn (2001.) vjeruje kako je koncept održivog razvoja nastao iz rasprave o ograničenjima rasta iz 1970-ih godina prošlog stoljeća. Ta je rasprava započela Izvješćem Rimskog kluba u kojem su se istraživala ograničenja rasta u smislu dostupnih resursa i okoliša te potencijalna uloga tehnoloških promjena u smanjivanju tih ograničenja. Razvoj smatra evolucijskim procesom koji uključuje kvalitativna poboljšanja u životnim uvjetima tijekom vremena. Ako razina svijesti i odgovornosti ne poraste iznad njihovih trenutanih razina, mnoge politike potrebne za postizanje održivog razvoja neće biti provedene, odnosno bilo koja transformacija navika ljudi teško je zamisliva bez podizanja razine svijesti i odgovornosti.

Iako se pojam održivosti u engleskom rječniku pojavio tek u drugoj polovini 20. stoljeća, istoznačnice u njemačkom, francuskom i danskom rječniku postojale su stoljećima prije (Du Pisani, 2006.). Potražnja za sirovinama i njezin utjecaj na okoliš pitanje je koje se u ljudskoj povijesti kontinuirano postavlja. I u doba antičkog Egipta, Mezopotamije, grčke i rimske civilizacije javljali su se problemi zaštite okoliša povezani s krčenjem šuma i gubitkom plodnosti tla, koje bismo danas analizirali kao probleme održivosti.

Primjerice, drvo je bilo i gorivo i građevni materijal gotovo sve do 18. stoljeća te se upotrebljavalo u gotovo svim proizvodnim procesima. Naime, u to je vrijeme zbog velike potrebe drva u brodogradnji njegov nedostatak postao velik problem u Europi. Strah od toga da bi nedostatak drva mogao ugroziti temelj ljudske egzistencije potaknuo je na razmišljanja o odgovornoj upotrebi prirodnih resursa u interesu sadašnjih i budućih naraštaja, vrlo slično današnjim razmišljanjima o održivom razvoju. Pojam održivosti prvi je put upotrijebio Hans Carl von Carlowitz u *Sylvicultura Oeconomica* 1713. godine (Du Pisani, 2006.). Predložio je održivu upotrebu šumskih resursa, što je zahtijevalo ravnotežu između sječe starijih stabala i osiguravanja novih u zamjenu za njih.

Istodobno je u 18. stoljeću započela briga oko ra-

sta stanovništva i posljedica na potrošnju resursa. Najpoznatije djelo *Essay on the principle of population as it affects the future improvement of society* objavljeno je 1798. godine, a autor je bio Thomas Robert Malthus (Du Pisani, 2006.). U navedenom radu tvrdi kako treba ograničiti rast broja stanovnika zbog mogućnosti proizvodnje hrane.

Dvadeseto stoljeće obilježeno je fluktuacijama između optimističnog i pesimističnog razmišljanja o ljudskom razvoju. Tijekom 1960-ih prevladavalo je optimistično raspoloženje te se pretpostavljalo kako će se problemi nerazvijenog dijela svijeta brzo riješiti kao rezultat ekonomskog rasta, ali u 1970-ima optimizam je izbljedio. Očekivanja neograničenog ekonomskog rasta narušeno je kad je nastupila svjetska recesija sredinom 1970-ih (1974. – 1976.), nakon prve naftne krize 1973. godine. U ranim 1970-im godinama, u već spomenutom izvješću Rimskog kluba, *The limits to growth*, upozorava se na ograničene količine fizičkih resursa te kako njihovo iskorištavanje može dovesti do katastrofe. Rad Goldsmitha, Allena, Allabyja Davolla i Lawrencea iz 1972. godine, *A blueprint for survival*, poziva na stabilno društvo koje bi bilo neograničeno održivo pružajući optimalno zadovoljstvo svojim korisnicima (Du Pisani, 2006.). U svojem radu *Limits to growth* Meadows se referirao na uvjete ekološke i ekonomske stabilnosti koja je održiva u budućnosti. Također, 1972. godine održana je konferencija Ujedinjenih naroda u Stockholmu, prva u seriji konferencija o potencijalnoj ekološkoj krizi.

O konceptu održivog razvoja raspravljalo se i 1980. godine u Strategiji očuvanja svijeta, ali trebalo je gotovo desetljeće da bude široko prihvaćen (Martens i suradnici, 1997.). U tzv. Brundtlandovu izvješću¹ (United Nations, 1987) ponuđena je jedna od najpopularnijih definicija održivog razvoja. Prema tom izvješću, održivi razvoj definira se kao razvoj kojim se ispunjavaju sadašnje potrebe ljudi bez ugrožavanja mogućnosti budućih naraštaja da zadovolje vlastite potrebe. Koliko god bila općenita, ta definicija pojašnjava međugeneracijski aspekt održivosti.

Brundtlandovo izvješće povijesno je važno zbog

više razloga (Sneddon i suradnici, 2006.). Prvo, definicija održivog razvoja koja priziva brigu o budućim naraštajima spram današnjih nezadovoljenih potreba najšire je prihvaćena polazna točka istraživača iz područja zaštite okoliša i razvoja. Drugo, to izvješće upućuje na zaštitu okoliša kao vrlo važno pitanje međunarodnog upravljanja. Nadalje, Brundtlandovo izvješće iniciralo je eksploziju radova o razvoju i održivosti odnosno postavilo je održivi razvoj kao komponentu razmišljanja i prakse međunarodnog razvoja.

Noury (2007) smatra da definicija održivog razvoja iz Brundtlandova izvješća sadržava dvije ključne ideje: brigu za blagostanje budućih naraštaja i priznavanje dvosmjernog odnosa između ekonomske aktivnosti te stanja okoliša i prirodnih resursa. U toj širokoj definiciji mogu se opisati dva pristupa: slaba i jaka održivost (Noury, 2007.). Slaba održivost podrazumijeva nesmanjivanje ukupnoga kapitala, što znači da je moguća supstitucija među pojedinim vrstama kapitala (ljudski kapital, okoliš i ostalo). U tom pristupu prirodni kapital nije drugačiji od ostalih resursa. S druge strane, snažna održivost daje esencijalnu prednost prirodnom kapitalu kao posebnoj vrsti kapitala bez koje ljudska vrsta ne može postojati.

Održivi razvoj može se definirati i kao održavanje osjetljive ravnoteže između ljudske potrebe za poboljšanjem životnog standarda i ostvarivanja boljitka s jedne strane i očuvanja prirodnih resursa i ekosustava o kojima ovisimo i sami, ali i naši budućih naraštaja, s druge strane (Grgić i Bilas, 2008.). Održivi razvoj jest socijalno-ekološki proces te se ne fokusira samo na ekološke probleme nego i na ekonomsku, ali i socijalno-političku održivost te se postiže kad se uspostavi politički kompromis između svih komponenti društveno-ekonomskog razvoja (Grgić i Bilas, 2008.).

Održivost za jednu zemlju, kulturu ili osobu ne znači nužno isto za drugu zemlju, kulturu ili osobu. Posljedično, strategije postizanja održivosti mogu se razlikovati među zemljama (De Kruijff i Van Vuuren, 1998.).

Ako se održivi razvoj promatra iz holističke perspektive, može se istodobno razumjeti kao kon-

Ostojčić, R.

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja

1 To izvješće popularno se naziva Brundtlandovim po bivšem premijeru Norveške, dr. Grou Harlemu Brundtlandu koji je bio na čelu skupine zadužene za izradu izvješća.

Ostojčić, R.

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja

cept, cilj te proces ili strategija (Adomssent i suradnici, 2007.). Koncept govori o pomirbi socijalne pravde, ekološkog integriteta i blagostanja živih bića na planetu. Cilj je stvoriti ekološki i socijalno pravedan svijet uz upotrebu sredstava dostupnih iz prirode, ali bez ugrožavanja budućih naraštaja.

Prema Robinsonu (2004.), održivost treba biti integrativni koncept između različitih područja i sektora. Glavna je poruka Brundtlandova izvješća da socijalne dimenzije održivosti trebaju biti integrirane s biofizičkim dimenzijama. Potreban je oblik interdisciplinarnog pristupa koji se fokusira na veze između područja i na sadržaj tih područja, što uključuje razvoj novih koncepata, integrativnih i sintetičkih metoda i alata te aktivno stvara sinergiju, a nije samo suma svega navedenoga (Robinson, 2004.). Uz integraciju različitih područja, održivost treba također biti integrirana u različite sektore interesa, od privatnog do državnog. Aktivnosti navedenih sektora treba dodatno svojim djelovanjem potpomagati aktivni nevladin sektor. Tako široka partnerstva trebaju uključivati i aktivno sudjelovanje istraživačke i nastavne zajednice.

Kod integrativnog pristupa važno je istaknuti i psihologiju zaštite okoliša, čijih se sedam glavnih tema znatno proširilo posljednjih desetljeća (Gifford, 2007.): (1) interes za javnu politiku, (2) zanimanje za tehnologiju, (3) povezivanje s drugim disciplinama, (4) višerazinska analiza, (5) uključivanje novih ideja, (6) fokus na održivost te (7) znanstveni interes za biotički i ekološki svijet.

Održivi razvoj može se interpretirati u ekonomskim terminima kao razvoj koji traje (OECD, 2001.). U OECD-ovu izvješću (2001.) ističe se kako će se poboljšanjem koherentnosti između ekonomskih politika i politika zaštite okoliša poboljšati i mogućnost postizanja održivosti. Veze između ekonomskih i socijalnih politika smatraju se dobro uspostavljenima, ali politike zaštite okoliša manje su koherentne s njima. Zbog toga je moguće djelovati u četiri različita područja: (1) upotrebi sustava cijena za poticanje pojedinaca da u procesu donošenja odluka uzmu u obzir troškove devastacije okoliša; (2) reformi procesa donošenja odluka vlada tako da on dopušta integrativnije pristupe; (3) upotrebi tehnoloških politika za odvajanje devastacije okoliša od ekonomskog rasta te (4) jačanju doprinosa sustava međunarodne trgovine i investicija

održivom razvoju diljem svijeta. Koncept održivog razvoja u biti je kompromis između rasta i održavanja (Du Pisani, 2006.).

U skladu sa svime navedenim, ciljevi održivog razvoja jesu osigurati kvalitetan život za ljude sada, ali i za buduće naraštaje (Waterson i Lenton, 2015.). U smislu pravednosti, zanimljivo je istaknuti da danas razvijene zemlje troše pedeset puta više energije po stanovniku nego zemlje u razvoju, da će oko 57,5 milijuna novih ljudi u sjevernoj hemisferi u ovom desetljeću više pridonijeti emisiji stakleničkih plinova nego otprilike novih 900 milijuna u južnoj hemisferi, da će globalno zatopljenje vjerojatno dovesti do porasta razine mora, što će samo u Indiji uzrokovati raseljavanje 30 milijuna ljudi koji žive u nizinskim predjelima (Waterson i Lenton, 2015.). Kad bi svi ljudi, od pojedinaca do multinacionalnih kompanija, razumjeli principe održivog razvoja i donosili odluke u skladu s njima, znatno bi smanjili nejednakosti unutar i između današnjeg i budućih naraštaja, poboljšali kvalitetu vlastitih života te sačuvali planet za buduće naraštaje (Waterson i Lenton, 2015.).

Seghezze (2009.) smatra da je nakon Brundtlandove definicije održivog razvoja potreban novi konceptualni okvir za pitanja održivosti. Prema njemu, konvencionalna ideja održivosti ima mnoštvo konceptualnih ograničenja i ne obuhvaća dovoljno prostorne, vremenske i personalne aspekte. Kako bi se ti nedostaci uklonili, predložio je konceptualni okvir s pet dimenzija umjesto tradicionalna tri stupa da bi se bolje razumjela kompleksna pitanja održivosti. Riječ je o sljedećim dimenzijama: prostoru, trajnosti i osobama. Prostor sadržava tri dimenzije, trajnost je četvrta, vremenska dimenzija, a osobe su peta, ljudska dimenzija. Prostor i osobe predstavljaju bazu trokuta, odnosno realne, objektivne i konkretne stvari koje postoje u sadašnjosti. Trajnost je apstraktnija i subjektivnija projekcija događaja iz drugih kutova trokuta u budućnosti. Ljudi vide okoliš kao prostor u kojem žive i međudjeluju. Trajnost ne predstavlja samo održavanje postojećih uvjeta nego uključuje i promjene te poboljšanja. Osoba kao dimenzija oslanja se na stajalište da u svakom ljudskom biću postoji slična, ali ipak potpuno različita osoba. Spajanje pojedinaca i društva u jednu dimenziju ne bi uspjelo obuhvatiti kompleksnost ljudskog ponašanja i važnost osob-

nih veza za održivost (Seghezzeo, 2009.).

S druge strane, Harm Benson i Kundis Craig (2014.) zagovaraju napuštanje koncepta održivosti s obzirom na gubitak bioraznolikosti induciran ljudskim aktivnostima, ekspanzionistični rast potrošnje resursa po stanovniku te globalne klimatske promjene. Zalažu se za koncept elastičnosti, rastegljivosti (engl. *resilience*). Pomicanje fokusa upravljanja s održivosti nije priznavanje poraza. Taj novi pristup preorijentirao bi sadašnja istraživanja i političke napore prema nošenju s promjenama umjesto rastućim naporima održavanja trenutnog stanja. Primjerice, naglasak bi bio na razvoju strategija prilagodbe klimi.

Za sličnu promjenu zalažu se Folke i suradnici (2002.), ističući dvije temeljne pogreške u politikama povezanim s prirodnim resursima. Prva je pogreška implicitna pretpostavka da ekosustavi reagiraju na ljudsko djelovanje linearno, predvidljivo i da se te reakcije mogu kontrolirati. Druga je pogreška pretpostavka da se ljudski i prirodni sustavi mogu tretirati odvojeno.

Koncept održivog razvoja često se predstavlja kao put prema svemu dobrom i poželjnom u društvu, ali to ne pomaže u kreiranju politike koja bi dovela do tog stanja (Van Zeijl-Rozema i suradnici, 2008.). Održivi razvoj kompleksan je koncept koji se bavi različitim vremenskim i prostornim razinama i mnogobrojnim dionicima. Pretpostavka je da se bez upravljanja održivi razvoj ne može postići zbog svoje prirode: promicanja zajedničkih ciljeva kolektivnom akcijom (Van Zeijl-Rozema i suradnici, 2008.):

- u smislu sadržaja: većina pitanja održivosti slabo je definirana, nestrukturirana i zahtijeva promjenu u načinu razmišljanja, alatima i metodama;
- u smislu procesa: većina politika i projekata održivosti mora se nositi s društvenom kompleksnošću, imajući na umu broj i različitost uključenih dionika te njihovih veza, vjerovanja, međudjelovanja, interesa i resursa;
- u smislu konteksta: mnoge inicijative održivosti suočavaju se sa slabom institucionalizacijom te zahtijevaju institucionalno postavljanje odnosno strukturne promjene u dominantnim institucijama.

U razmišljanju o upravljanju koje uključuje održivi razvoj treba voditi računa o postojanju različitih perspektiva o konceptu održivog razvoja te više načina upravljanja koji mogu usmjeravati proces održivog razvoja (Van Zeijl-Rozema i suradnici, 2008.).

Još u 1990-ima osmišljeno je najmanje osamdeset različitih, često konkurentskih i ponekad kontradiktornih definicija održivog razvoja (Williams i Millington, 2004.). Takozvani paradoks zaštite okoliša ustvari je nerazmjer između onoga što se zahtijeva od Zemlje i što Zemlja može dati (Williams i Millington, 2004.). Pitanje na koje se mogu dati različiti odgovori jest kako uravnotežiti potražnju za resursima i dostupne resurse. Jedan je od odgovora na to pitanje „slaba održivost“, koja se temelji na tvrdnji da treba povećati zalihu resursa. To je moguće razvojem obnovljivih izvora, kreiranjem supstituta za neobnovljive izvore, učinkovitijim iskorištavanjem postojećih resursa i tako dalje. Drugi je odgovor „snažna održivost“, koja upućuje na revidiranje potražnje od Zemlje i, primjerice, manju potrošnju. Tako bismo se mi, umjesto da Zemlju prilagođavamo sebi, prilagođavali Zemlji. Treća je mogućnost odgovora na to pitanje „umjerena održivost“, koja kombinira elemente slabe i snažne održivosti: proširivanje baze resursa uz smanjivanje potražnje. Slabiji održivi razvoj prihvaća takozvani antropocentrični (s ljudima u središtu) smjer razmišljanja o vezi između ljudi i prirode. Snažniji održivi razvoj ima vrlo različit pogled na vezu između ljudi i prirode. Cilj je također zaštita prirodnih ekosustava, ali ne samo zbog zadovoljstva ljudi kao što je često slučaj kod antropocentrizma. Argument je pristaša snažnijeg održivog razvoja da priroda ima svoja biotička prava, odnosno na prirodu se gleda kao da ima pravo na očuvanje te to ne zahtijeva opravdanje s gledišta ljudi odnosno ljudskih prava.

3. Održivost zdravstvenih sustava i zdravstvenih ustanova

Da bi ispunili svoj cilj očuvanja zdravlja, zdravstveni sustavi moraju razviti alate i politike prilagođavanja novonastalim uvjetima i potrebama ljudi kako bi uspješno obavljali svoje temeljne funkcije. Uključivanje pacijenata, prilagodba demografskim trendovima, informatizacija, primjena procjene

Ostojčić, R.

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja

Ostojić, R.

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja

medicinske tehnologije, upravljanje kvalitetom i razvoj zdravstvenog turizma samo su neke od ključnih odrednica razvoja zdravstvenih sustava (Ostojić i suradnici, 2013.).

Danas se uprave pružatelja zdravstvenih usluga svih oblika i veličina suočavaju s mnogobrojnim izazovima koji uključuju globalizaciju, eksploziju informacijskih tehnologija, brigu oko učinaka na okoliš, demografske promjene i regulatorne izmjene, a odnedavno i s globalnom ekonomskom recesijom. Svijet postaje sve povezaniji, a promjene se događaju brže nego ikada prije. Stoga se aktivnosti pružatelja zdravstvenih ustanova, osobito javnih, ne bi se smjele samo fokusirati na ekonomske rezultate vlastitih napora nego na prihvaćanje ekonomskih, društvenih praksa i praksa zaštite okoliša koje donose koristi zaposlenicima, pacijentima, zajednici i cijelim društvima.

Prema Smithu (2010.), inicijative održivosti trebaju (1) smanjiti operativne troškove, (2) smanjiti zagađivanje okoliša i povećati energetske učinkovitost (emisije, otpad, voda, energija i ostalo), (3) osigurati vlastito financiranje te (4) obrazovati i uključiti sve dionike (zaposlenike, partnere, korisnike te cijelu zajednicu).

Na početku promišljanja o održivosti poslovanja zdravstvene ustanove najčešće polaze od upravljanja operativnim troškovima, a zatim smanjenja zagađivanja okoliša, odnosno energetske učinkovitosti. Taj prijelaz s upravljanja operativnim troškovima na brigu oko energetske učinkovitosti relativno je brz s obzirom na to da je energetska učinkovitost područje koje nudi najviše prilika za smanjivanje troškova, negativnih utjecaja na okoliš te se isplati sama po sebi zbog uštede energije (Smith, 2010.).

Nadalje, inicijative održivosti bitan su način uključivanja i motiviranja zaposlenika, izgrađivanja lojalnije kulture te jačanja samog pružatelja zdravstvenih usluga na tržištu. Naime, održivost može biti konkurentna razlika, odnosno može pomoći pružatelju usluga privući pacijente koji cijene i podupiru održive organizacije (Smith, 2010.).

Kad je riječ o pronalaženju održivih rješenja, proces se može svesti na četiri koraka (Smith, 2010.): (1) postavljanje strategije i politike organizacije, ustrojstvenih jedinica ili čak i radnih mjesta, (2) izgradnja informacijske i analitičke platforme za

mjerjenje i nadzor strategija i programa održivosti, (3) razvoj programa i projekata za ostvarivanje strategija i ciljeva te (4) razvoj komunikacijskih programa kako bi se uključilo sve dionike.

Ti koraci mogu se poduzimati različitim redoslijedom. Primjerice, ako je organizacija već poduzela aktivnosti povezane s energetsom učinkovitošću, manje će vremena trebati posvetiti razvoju tih strategija. No valja napomenuti da određivanje ciljeva nije isto što i izrada strategije.

Uspostavljanje informacijske i analitičke platforme ključan je korak u razvoju održivih rješenja. Metrika je važna, bilo da je kreirana iz unutarnjih ili vanjskih izvora. Mjerenje i praćenje pomaže organizaciji odrediti strategije, osmisliti projekte i način komunikacije koji će osigurati ostvarenje ciljeva.

Naposljetku, održiva rješenja trebaju uključivati važnu dimenziju komunikacije i uključivanja svih dionika. Najčešći „neprijatelj“ inicijativa održivosti upravo su inertnost i organizacijska kompleksnost.

Kaže se da je dvadeset i prvo stoljeće donijelo luksuz starenja, a kao i svaka povlastica, i ta je povlastica skupa. Demografske promjene možda su najveći izazov djelovanju zdravstvenih sustava danas. Potrošnja po glavi stanovnika koji pripadaju dobnoj skupini od 85 do 89 godina u prosjeku je pet puta veća nego potrošnja po glavi stanovnika u dobi od 35 do 39 godina (Horfmacher i Reidel, 2002.). Većina zemalja osjeća stalan pritisak zato što izdatci za zdravstvo rastu, a resursi su oskudni. Nositelji politike imaju tri mogućnosti: (1) zadržavanje razine troškova, (2) povećanje obujma financiranja zdravstvenih usluga te (3) kombinaciju prvih dviju mogućnosti. Međunarodna usporedba može pridonijeti boljem razumijevanju implementacije mehanizama financiranja. Ipak, mnogo je ograničenja, jer različiti kontekstualni čimbenici poput socijalnih, ekonomskih i političkih, uz povišena ograničenja, imaju važnu ulogu u realizaciji i funkcioniranju politika u praksi.

Složenost politike financiranja zdravstvenog sustava proizlazi iz činjenice da nije dovoljno samo pronaći dodatne izvore sredstava nego treba i organizirati način ubiranja te odgovarajuću alokaciju sredstava, odrediti vrijeme prikupljanja i od koga prikupljati sredstva. Danas većina zemalja primjenjuje različite kombinacije izvora sredstava

financiranja zdravstvenih sustava, odnosno nema „čistih“ sustava koji se uzdaju u samo jedan izvor.

Istraživanja su pokazala da će troškovi financiranja zdravstva (kao postotak bruto domaćeg proizvoda – BDP) porasti u bližoj budućnosti te će iznositi oko 15 % BDP-a do 2020. godine (Stroetmann i suradnici, 2006.). Druge su procjene da će ti izdaci u razvijenim ekonomijama rasti za tri postotna poena BDP-a u sljedećih dvadeset godina (Soto i suradnici, 2012.). Oko trećine tog porasta nastat će zbog starenja stanovništva, a preostale dvije trećine bit će posljedica prekomjernog rasta troškova odražavanja tehnoloških promjena, rasta dohotka, Baumolova efekta i zdravstvene politike. Baumolov efekt odnosi se na rastući jedinični trošak rada u sektorima u kojima je teško postići koristi od produktivnosti, obično u uslugama. Kako plaće u tim sektorima rastu u skladu s prosjekom ekonomije, a produktivnost ne raste, jedinični troškovi rada rastu u relativnim terminima. U rastućim ekonomijama predviđa se rast izdataka za zdravstvo od jednog postotnog poena BDP-a u sljedećih dvadeset godina, što je trećina predviđenog porasta u razvijenim ekonomijama. Porast zdravstvenih troškova događa se u vrijeme kada zemlje trebaju poduzeti velike fiskalne prilagodbe kako bi smanjile javni dug i deficit državnog proračuna u jeku globalne financijske krize.

Nadalje, u zemljama s niskim stopama fertiliteta i starenja stanovništva ubujam produktivne radne snage smanjuje se relativno prema ostatku stanovništva, osim ako se smanjenje stope fertiliteta ne nadoknađuje imigracijom radne snage, čime se smanjuje i baza za prikupljanje prihoda za zdravstveni sustav.

Pristup Svjetske zdravstvene organizacije u financiranju zdravstvenog sustava temelji se na tri stupa politike njegova financiranja. Prvi stup temelji se na postavljanju ciljeva politike financiranja zdravstvenog sustava koji trebaju biti primjenjivi te u skladu s vrijednostima i preporukama Svjetske zdravstvene organizacije. Ciljevi upućuju na smjer u kojemu bi reforme trebale pokrenuti zdravstveni sustav. Predloženi ciljevi služe i kao kriteriji prema kojima se mogu evaluirati provedene reforme. Drugi stup jest konceptualni okvir za analizu organizacije sustava financiranja zdravstvenog sustava, a primjenjuje se za opis funkcija i politika povezanih

sa sustavima financiranja zdravstva, neovisno o modelu. Primjena takva deskriptivnog okvira nužna je za prilagođivanje analize specifičnim reformama u okruženju određene zemlje jer način je na koji se trenutačno financira zdravstveni sustav startna pozicija od koje započinje bilo koja reforma. Treći stup sastoji se od analize utjecaja ključnih kontekstualnih čimbenika, posebno fiskalnih ograničenja, na granicu do koje pojedina zemlja može održati razinu postignuća političkih ciljeva te na sužavanje izbora političkih mogućnosti koje se mogu uzeti u obzir. Taj stup omogućuje realističnu analizu onoga što je moguće implementirati i što se može postići.

Često se miješaju ekonomska održivost i fiskalna održivost (Thomson i suradnici, 2009.). Ekonomska održivost odnosi se na rast zdravstvene potrošnje kao udjela u BDP-u. Izdaci za zdravstvo ekonomski su održivi do točke u kojoj socijalni troškovi izdataka za zdravstvo premašuju vrijednost proizvedenu tim izdancima. Ako su izdaci za zdravstvo prijetnja ostalim područjima ekonomske aktivnosti, smatraju se neodrživima. Rast izdataka za zdravstvo obično je prijetnja drugim ekonomskim aktivnostima u stagnirajućim ekonomijama. Fiskalna održivost zdravstvenih sustava povezana je s javnim izdancima za zdravstvo; zdravstveni sustav može biti ekonomski održiv, ali ipak fiskalno neodrživ ako javni prihodi nisu dovoljni za podmirenje javnih rashoda. Tri su široka pristupa problemu fiskalne održivosti (Thomson i suradnici, 2009.): (1) povećanje javnih prihoda do točke u kojoj se mogu podmiriti obveze zdravstvenog sustava; (2) smanjivanje obveza do točke u kojoj se mogu podmiriti iz postojećih ili projiciranih prihoda i (3) poboljšanje kapaciteta pretvaranja resursa u vrijednost zdravstvenog sustava.

Zbog potencijalnog *trade-offa* između ciljeva reforme sustava zdravstvene zaštite kao što su, primjerice, očuvanje kontinuiranog napretka u poboljšanju zdravstvenih rezultata i kontroliranje troškova, zdravstvene reforme intrinzično su kompleksne (Gupta i suradnici, 2012.).

Kad se velik dio zdravstvene potrošnje financira državnim proračunom, briga oko alokacije sredstava i učinkovitosti potrošnje postaje prioritet. U većini razvijenih zemalja OECD-a vlada ima kontrolu nad nabavom *inputa* i njihovom cijenom. Određivanje najviše cijene ili „zamrzavanje“ cijena

Ostojić, R.

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja

Ostojčić, R.

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja

može voditi znatnim uštedama u zdravstvenoj potrošnji. Nadalje, kontrola plaća mjera je koja se najčešće primjenjuje u zemljama s integriranim zdravstvenim sustavom i renumeracijom zdravstvenih profesionalaca zasnovanom na plaćama (primjeri takvih zemalja jesu: Danska, Velika Britanija, Irska, Švedska, Španjolska). Osim mjera ušteda na strani ponude, nerijetko se rabe mjere uštede na strani potražnje. Kako bi se zadržali i/ili smanjili troškovi, moguće je ograničiti dubinu i raspon paketa beneficija temeljnih zdravstvenih usluga. Međutim, valja osigurati da veća izdvajanja građana ne optereće socijalno najugroženije skupine. Iskustva zemalja koje su provele takve mjere ušteda pokazala su da je njihov utjecaj obično samo kratkoročan. Dugoročno nije održiv te čak može rezultirati povećanjem izdataka za zdravstvo.

Porast učinkovitosti zdravstvenog sustava može se postići i unapređenjem te racionalizacijom postupaka donošenja odluka. Procjena medicinske tehnologije i prakticiranje medicine zasnovano na dokazima (engl. *evidence-based medicine*) tehnike su kojima se mogu donijeti kvalitetnije odluke povezane s pacijentima ili cijelim sustavom. Velik broj pružatelja usluga, nedostatak protokola pružanja njege, nekonzistentnosti prilikom povrata troškova i decentralizacija medicinskih podataka umanjuju mogućnost koordinacije te rezultiraju slabijom kvalitetom zdravstvene zaštite. Kako bi se riješile navedene prepreke, mnoge su zemlje počele primjenjivati nove sheme, uključujući integraciju primarne zdravstvene zaštite i bolnica te nagrađivanje liječnika za učinkovitu koordinaciju pružanja zdravstvenih usluga (OECD, 2010.).

Usto, šira primjena informacijske i komunikacijske tehnologije (IKT) može rezultirati stvaranjem veće vrijednosti za utrošen novac, no zdravstveni sektor zaostaje za drugim sektorima gospodarstva u primjeni takvih tehnologija. Jedna je od trenutačnih koristi primjene IKT-a poboljšana koordinacija njege, osobito na području kroničnih bolesti, jer zdravstveni profesionalci mogu dijeliti informacije kako bi se pokušale izliječiti kompleksne bolesti, te veće uključivanje i bolja informiranost pacijenata. Kad je riječ o primjeni IKT-a, treba razviti nov poslovni model koji bi omogućio alokaciju resursa od onih koji ostvaruju koristi od IKT-a prema onima koji snose troškove (OECD, 2010.).

Promocija i zaštita zdravlja osnova je za blagostanje ljudi te održivi ekonomski i socijalni razvoj (WHO, 2010.a). Članice Svjetske zdravstvene organizacije obvezale su se razviti vlastite sustave zdravstvene zaštite tako da svi građani imaju pristup uslugama i ne pate od financijskog tereta za njihovo plaćanje. Taj se cilj definira kao opća pokrivenost. Vlade moraju voditi računa o tome da pokrivenost bude jednaka te da uspostave sredstva za praćenje i evaluaciju napretka. Rezolucija *World Health Assembly 58.33* iz 2005. godine kaže da (1) bi svatko trebao imati pristup zdravstvenim uslugama a da (2) pritom nema financijskih poteškoća. Što se oba cilja tiče, svijet je još daleko od opće pokrivenosti.

Treba imati na umu da u svakoj zemlji postoji dio stanovništva koji je presiromašan da bi pridonosio putem poreza ili premija osiguranja te ga treba subvencionirati iz udruženih sredstava, uglavnom državnih prihoda. Doprinosi moraju biti obvezni, inače bi bogati i zdravi izabrali neplaćanje te ne bi bilo dovoljno sredstava za pokrivanje potreba bolesnih i siromašnih.

Samo prikupljanje dovoljnih sredstava neće rezultirati općom pokrivenošću te u tu svrhu treba osigurati učinkovitu upotrebu sredstava. Uz sve navedene probleme postoji konsenzus oko toga da su neučinkovitosti u zdravstvenoj potrošnji velike, što znači da je moguće poboljšati zdravstvene rezultate (Gupta i suradnici, 2012.). Najčešći uzroci neučinkovitosti uključuju neodgovarajuću i neučinkovitu upotrebu lijekova, medicinske pogreške, suboptimalnu kvalitetu zaštite, korupciju i prijevare. WHO procjenjuje da je od 20 do 40 % resursa potrošenih na zdravstvo potrošeno uzaludno odnosno potraćeno (WHO, 2010.b).

4. Zdravlje kao prioritet i Milenijskih ciljeva razvoja i Ciljeva održivog razvoja

Godine 2000. Milenijsku deklaraciju Ujedinjenih naroda potpisalo je 189 zemalja, a translatorirana je u osam milenijskih razvojnih ciljeva: (1) iskorjenjivanje ekstremnog siromaštva i gladi, (2) postizanje općeg primarnog obrazovanja, (3) promicanje ravnopravnosti spolova i osnaživanje žena, (4) smanjivanje mortaliteta djece, (5) poboljšanje zdravlja majki, (6) borbu protiv HIV-a/AIDS-a, malarije i drugih bolesti, (7) osiguravanje održivosti okoliša te (8)

uspostavu globalnog partnerstva za razvoj. Postavljeni ciljevi trebali su se ostvariti do 2015. godine.

Kad je riječ o zdravlju, postignut je znatan napredak pa je primjerice broj smrtni u dobi ispod pet godina smanjen s više od 12 milijuna 1990. godine na oko 6,6 milijuna 2012. godine, a smrtnost trudnica i roditelja u navedenom razdoblju smanjena je za 47 %. Osim toga, oko 9,7 milijuna ljudi s HIV-om sada ima pristup antiretrovirusnim lijekovima, a od 2005. godine uložena su znatna sredstva u liječenje tropskih bolesti (Sustainable Development Solutions Network, 2014.).

Unatoč postignutom napretku, ostaju mnogobrojni izazovi. Jedan su od potencijalnih razloga neostvarivanja Milenijskih razvojnih ciljeva povezanih sa zdravstvom u zemljama niskog dohotka zdravstveni sustavi koji su previše fragilni i fragmentirani da pruže opseg i kvalitetu zdravstvenih usluga svima kojima su potrebne (Travis i suradnici, 2004.). Dodatno, kao kritični izazovi ostvarivanja Milenijskih razvojnih ciljeva bili su utvrđeni manjak radne snage, manjak koordinacije donatora te loši informacijski sustavi.

Na samitu Ujedinjenih naroda u Rio de Janeiro 1992. godine (engl. *United Nations Conference on Environment and Development*) više od 150 zemalja potpisalo je globalni akcijski plan za 21. stoljeće, takozvanu *Agendu 21*. Objavljena je deklaracija iz Rija o okolišu i razvoju čiji prvi princip glasi da su ljudska bića u središtu brige o održivom razvoju te da imaju pravo na zdrav i produktivan život u harmoniji s prirodom (Waterson i Lenton, 2015.).

Agenda 21 prepoznaje da uspjeh ovisi o aktivnosti na lokalnoj razini te da lokalne vlasti imaju vitalnu ulogu. Od lokalnih vlasti očekivalo se da imaju vlastite strategije do 2000. godine. Te strategije mogle su uključiti zaštitu okoliša minimiziranjem otpada, zadovoljavanjem socijalnih potreba, osiguravanjem pristupa dobroj hrani po niskim cijenama te ohrabriranjem pristupa lokalnoj infrastrukturi koja zahtijeva manju upotrebu automobila.

S obzirom na to da članak 8. *Agende 21* poziva države da donesu nacionalne strategije za održivi razvoj koje bi dopunile i uskladile različite sektorske ekonomske politike, socijalne politike i politike zaštite okoliša te postojeće nacionalne planove, Hrvatski sabor na sjednici 20. veljače 2009. godine usvojio

je Strategiju održivog razvitka Republike Hrvatske (Narodne novine, broj 30/2009).

Tom strategijom definirano je da će se usmjerivanje Republike Hrvatske prema održivom razvoju voditi sljedećim općim načelima: (a) zaštitom ljudskog zdravlja, (b) promicanjem i zaštitom temeljnih ljudskih prava, (c) solidarnošću unutar generacija i među generacijama, (d) ostvarivanjem otvorenog i demokratskog društva, (e) uključivanjem građana, (f) uključivanjem poslodavaca i socijalnih partnera, (g) socijalnom odgovornošću poslodavaca, (h) integracijom gospodarskih, socijalnih i okolišnih sastavnica u izradi svih politika (smjernica), (i) obravnavanjem za održivi razvoj, (j) usklađenošću politika svih razina uprave i lokalne samouprave, (k) upotrebom najbolje moguće dostupne tehnologije, (l) obnavljanjem (npr. ponovnim korištenjem ili recikliranjem) prirodnih resursa, (m) promicanjem održive proizvodnje i potrošnje, (n) oprezom i prevencijom te (o) načelom „onečišćivač plaća“ za onečišćenja koja nanosi okolišu. Kad je riječ o javnom zdravstvu, glavni cilj definiran je kao „očuvanje i unapređivanje zdravlja cjelokupne populacije osiguravanjem pravodobnog pristupa zdravstvenim uslugama, koristeći znanstveno utemeljene programe sprečavanja i suzbijanja bolesti i promicanja zdravlja“.

Milenijski razvojni ciljevi od 25. rujna 2015. godine imaju svojeg nasljednika u Ciljevima održivog razvoja, koje je skupština Ujedinjenih naroda usvojila u New Yorku. Usvojeno je sedamnaest ciljeva osmišljenih da se iskorijene siromaštvo i glad do 2030. godine, a čak se i papa Franjo uvodno obratio okupljenima svojim govorom na temu očuvanja okoliša.

Kao prvi globalni sporazum u povijesti kojim se utvrđuje univerzalni, sveobuhvatni program za djelovanje, ambiciozan Program 2030. obuhvatio je sedamnaest ciljeva održivog razvoja i 169 povezanih ciljeva, uz mobiliziranje svih zemalja i dionika da ostvare te ciljeve i utjecaje na nacionalne politike. U Program 2030. uključen je i Akcijski program Ujedinjenih naroda iz Adis Abebe, a njegovo donošenje vrhunac je intenzivnog trogodišnjeg procesa poznatog kao Razvojni program za razdoblje nakon 2015.

Program se razvio iz Milenijskih razvojnih ciljeva, zaključaka Konferencije Ujedinjenih naroda o održivom razvoju Rio + 20 i konferencija o financiranju razvoja, a u njemu su uravnotežene tri dimenzije održivog razvoja (ekološka, društvena i

Ostojić, R.

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja

Ostojčić, R.

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja

Tablica 1. Tematski pokazatelji za javno zdravstvo iz Strategije održivog razvitka Republike Hrvatske

Smrtnost	stopa smrtnosti djece mlađe od pet godina očekivana duljina života pri rođenju
Zdravstvene navike i zdravstveni rizik	pušenje; pretilost; fizička aktivnost; prehrambene navike; zloupotreba droga i alkohola kod djece od 13 do 15 godina i kod odraslih starijih od 20 godina kronične bolesti i ozljede (kardiovaskularne bolesti; karcinomi; hepatitis; dijabetes; spolno prenosive bolesti; samoubojstva) bolesti i ozljede na radu psihička oboljenja
Pristup zdravstvenoj skrbi	imunizacija; prenatalna skrb; zdravstveno osiguranje; redovita zdravstvena skrb udio stanovništva s pristupom primarnoj zdravstvenoj skrbi udio ukupne potrošnje za zdravstvo u BDP-u postotak žena koje primjenjuju neku od modernih metoda kontrole začeća
Sigurnost i kvaliteta prehrane	ostaci pesticida u hrani, udio teških metala, posebno žive, u mesu ribe i školj- kaša dioksini i PCB u hrani
Upravljanje kemikalijama	potrošnja toksičnih kemikalija po gospodarskim aktivnostima

Izvor: Strategija održivog razvitka Republike Hrvatske (Narodne novine, broj 30/2009).

gospodarska) u područjima kao što su siromaštvo, nejednakost, sigurnost opskrbe hranom, zdravlje, održiva potrošnja i proizvodnja, rast, zaposlenost, infrastruktura, održivo upravljanje prirodnim resursima, klimatske promjene, rodna jednakost, mira i uključiva društva, pristup pravosuđu te odgovorne institucije (Europska komisija, 2015.).

Kako je već istaknuto, sedamnaest je Ciljeva održivog razvoja: (1) svijet bez siromaštva: okončati siromaštvo svagdje i u svim oblicima, (2) svijet bez gladi: okončati glad, postići sigurnost u opskrbi hranom, unaprijediti kvalitetu prehrane te promicati održivu poljoprivredu, (3) zdravlje i blagostanje: promicati zdrav život i dobrobit svih ljudi, svih životnih dobi, (4) kvalitetno obrazovanje: osigurati uključivo i kvalitetno obrazovanje te promicati mogućnosti cjeloživotnog učenja, (5) rodna ravnopravnost: postići rodnu ravnopravnost i osnaživati sve žene i djevojčice, (6) čista voda i sanitarni uvjeti: osigurati sanitarne uvjete i pristup pitkoj vodi svima, (7) osigurati pristup materijalno pristupačno, pouzdanoj, održivoj i modernoj energiji za sve, (8) dostojanstven rad i ekonomski rast: promicati uključiv i održiv ekonomski rast, zaposlenost i dostojanstven rad za sve, (9) industrija, inovacije i infrastruktura: izgraditi izdržljivu infrastrukturu, promicati održivu industrijalizaciju i poticati inovativnost, (10) smanjenje nejednakosti: smanjiti nejednakost između država i unutar njih; (11) održivi gradovi i zajednice: učiniti gradove i naselja uključivima, sigurnima, izdržljivima i održivima, (12)

odgovorna potrošnja i proizvodnja: osigurati modele održive proizvodnje i potrošnje, (13) očuvanje klime: poduzeti hitnu akciju u suzbijanju klimatskih promjena i njihovih posljedica, (14) očuvanje vodenog svijeta: zaštititi i održivo iskorištavati oceane, mora i morske resurse, (15) očuvanje života na Zemlji: održivo upravljati šumama, suzbijati opustinjavanje, zaustaviti i preokrenuti degradaciju zemljišta i spriječiti daljnji gubitak biološke raznolikosti, (16) mir, pravda i snažne institucije: promicati miroljubiva, uključiva i pravedna društva te (17) partnerstvom do ciljeva: učvrstiti globalno partnerstvo za održivi razvoj (UNDP, 2015.).

Predloženi cilj održivog razvoja povezan sa zdravljem jest „postizanje zdravlja i blagostanja u svakoj životnoj dobi“ (Sustainable Development Solutions Network, 2014.). To implicira da sve zemlje trebaju postići opću pokrivenost zdravstvenom zaštitom u svakom životnoj fazi, s posebnim naglaskom na primarnim zdravstvenim uslugama, uključujući mentalno i reproduktivno zdravlje, kako bi se osiguralo da se ljudima pružaju kvalitetne zdravstvene usluge a da im zbog toga ne nedostaju financijska sredstva, odnosno da ne pate od financijske oskudice. Zemlje također implementiraju politike za stvaranje društvenih uvjeta i uvjeta zaštite okoliša koji promiču zdravlje stanovništva i pomažu pojedincima u donošenju zdravih i održivih odluka u njihovoj svakidašnjici. Predloženi cilj na kraju je formuliran kao „osiguravanje zdravog življenja i promicanje blagostanja za sve u svakoj životnoj dobi“, s trinaest

podcrljeva (UN, 15. 9. 2015.).

Stavljanje općeg pokrivanja zdravstvenom zaštitom na prvo mjesto može se povezati s velikim razvojnim koriscima, i u smislu boljih zdravstvenih indikatora i u smislu poboljšanih ekonomskih pokazatelja, uključujući smanjenje razine siromaštva. Osim toga, poboljšavanjem zdravstvenog i ekonomskog blagostanja svih ljudi vlade potiču društvenu harmoniju, a tako osiguravaju i znatne političke koristi (Sustainable Development Solutions Network, 2014.).

Odgovornost za postizanje opće pokrivenosti zdravstvenom zaštitom počiva na vladama. Ipak, da bi se osigurao uspjeh, svi dionici moraju biti uključeni u postavljanje strategije. Strategija treba sadržavati prioritete aktivnosti te potrebne investicije, ali i prepoznavanje nužnih *trade-offova*. Primjerice, ako se poveća iznos financiranja zdravstvenih sustava u slabije i srednje razvijenim zemljama, trebalo bi više investirati u medicinsku opremu i eliminiranje participacije za neke usluge.

Četiri su ključna preduvjeta provedbe opće zdravstvene zaštite (Sustainable Development Solutions Network, 2014.): (1) financiranje, (2) ljudski resursi, oprema i infrastruktura, (3) sinergija između sektora i uključivanje svih dionika te (4) dobro upravljanje.

Opća zdravstvena zaštita proizlazi iz temelja ljudskih prava i jednakosti. Deklaracija o ljudskim pravima iz 1948. godine utvrđuje svačije pravo na životni standard odgovarajući za zdravlje i blagostanje svake osobe te za zdravlje i blagostanje njezine obitelji, uključujući hranu, odjeću, stanovanje i zdravstvenu skrb te nužne socijalne usluge i pravo na sigurnost u slučaju nezaposlenosti i/ili bolesti (The Universal Declaration of Human Rights, 1948.). Sporazum Ujedinjenih naroda o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima iz 1966. godine (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966.) svakome jamči pravo da uživa u najvišem dosegnutom standardu zdravlja. Oba ta dokumenta pozivaju na stvaranje uvjeta koji bi svima mogli osigurati medicinsku skrb u slučaju bolesti. Ciljevi održivog razvoja također nude takvu mogućnost.

Tradicionalni pogled na zdravlje u kontekstu ekonomskog razvoja bio je da ako zemlja makroekonomski napreduje, slijedi poboljšanje zdravstvenog statusa nacije. Međutim, empirijski dokazi da neke

zemlje s nižim bruto domaćim proizvodom po glavi stanovnika imaju očekivani životni vijek usporediv s bogatijim zemljama i činjenica da mnoge zemlje s vrlo visokim bruto domaćim proizvodom po glavi stanovnika imaju slabe ishode liječenja promijenila je paradigmu (Bloom, 2007.). Zdravlje je prepoznato kao odrednica koja znatno pridonosi ekonomskom i društvenom razvoju.

Postignuća i napredak u medicini i zdravstvu spadaju među najveće uspjehe u posljednja dva stoljeća. No taj uspjeh košta; stope rasta troškova zdravstva, primjerice, u zemljama OECD-a rastu brže od stope rasta bruto domaćeg proizvoda. S obzirom na razloge rasta izdataka za zdravstvo, nije vjerojatno da će se samo poboljšanjem učinkovitosti ponude zdravstvenih usluga osigurati održivi zdravstveni sustavi u budućnosti (World Economic Forum, 2013.).

Skupina nositelja zdravstvenih sustava s više od dvjesto ljudi koju je oformio Svjetski ekonomski forum definirala je viziju zdravstvenog sustava 2040. godine. Preferirani zdravstveni sustav budućnosti različit je od nacionalnih zdravstvenih sustava današnjice, s osnaženim drugama pacijenata, različitim modelima pružanja usluga, novim ulogama dionika, poticaja i normi. Stvaranje financijski održivog zdravstvenog sustava zahtijeva reorijentaciju prema vrijednostima i ishodima, uključivanje većeg broja dionika u učinkovitiju upravljačku strukturu te veću angažiranost i odgovornost pacijenata i građana (World Economic Forum, 2013.). Iz toga su proizašle tri strateške teme: (1) obuhvaćanje i prihvaćanje podataka i informacija s ciljem transformacije zdravstvene skrbi i procesa donošenja odluka, (2) inoviranje pružanja zdravstvenih usluga: naime, iako je medicina znatno napredovala, modeli pružanja zdravstvenih usluga zapeli su u prošlosti te (3) izgradnja zdravih gradova i zemalja budućnosti.

Budući zdravstveni sustavi bit će pod utjecajem mnoštva čimbenika izvan zdravstvenih sustava (World Economic Forum, 2013.): (1) stajališta prema solidarnosti (hoćeli volja pojedinaca da dijele zdravstvene rizike stanovništva porasti ili se smanjiti); (2) upravljačke razine (lokalne/regionalne/nacionalne/supranacionalne); (3) organizacije zdravstvenog inovacijskog sustava; (4) pristupa informacijama; (5) utjecaja na životni stil i (6) zdravstvene kulture (hoće li zdrav život biti izbor manjine ili većine).

Ostojić, R.

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja

Ostojčić, R.

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja

Razvijena su tri scenarija. Prema prvom scenariju, u kojem su redefinirane granice zdravstvene industrije te u kojem korporacije pružaju nove proizvode i usluge kako se tržište liberalizira, vlade štede na javnim uslugama i nastaje nov osjećaj uvjetne solidarnosti. Drugi scenarij, takozvani novi društveni ugovor, predviđa da su vlade odgovorne za učinkovitost zdravstvenih sustava i regulaciju organizacija te poticanje pojedinaca da vode zdrav život. U trećem scenariju, takozvanom scenariju super osnaženih pojedinaca, građani upotrebljavaju paletu proizvoda i usluga kako bi upravljali svojim zdravljem. U međuvremenu, korporacije se međusobno natječu za to lukrativno tržište, a vlade vode računa o posljedicama.

Sličan projekt definiranja vizije i scenarija razvoja zdravstvenog sustava proveden je u Engleskoj. Provedeno je istraživanje potencijalnih scenarija za zdravstveni sustav Engleske u 2030. godini u svrhu pomoći zdravstvenim organizacijama da promišljaju o svojem budućem razvoju te da shvate svoju ulogu i pripreme se za nju (NHS, Sustainable Development Unit, 2009.). Istraživanje pokazuje da je niskougljični zdravstveni sustav učinkovitiji zdravstveni sustav. Ako se teži pružanju najbolje moguće kvalitete zdravstvene zaštite u budućnosti, zdravstveni sustav mora uložiti napore u ublažavanje klimatskih promjena te otpora prema promjenama. Naime, klimatske promjene najveća su globalna prijetnja zdravlju u 21. stoljeću (NHS, Sustainable Development Unit, 2009.). Predlaže se pet ključnih koraka za stvaranje održivog niskougljičnog zdravstvenog sustava koji je spreman na sve buduće izazove (NHS, Sustainable Development Unit, 2009.). Prvi korak podrazumijeva potporu ljudima u preuzimanju odgovornosti za vlastito zdravlje u kontekstu smanjenih proračuna i potrebe za većom resursnom učinkovitošću; teret odgovornosti za zdravlje bilo bi dobro vratiti na pojedinca u što skorijoj budućnosti. Poboljšavanje zdravstvene pismenosti stanovništva pomoći će u orijentaciji sustava na prevenciju. Drugi korak podrazumijeva veću prisutnost i prihvatljivost informacijske i komunikacijske tehnologije u pružanju zdravstvene zaštite. Više cijene resursa dovest će do skupljeg prijevoza i održavanja objekata pa će informacijska i komunikacijska tehnologija imati važnu ulogu u pružanju zdravstvene zaštite u budućnosti. Mnoge tehnologije i telemedicina već postoje, ali još nisu široko prihvaćene, bilo od

pacijenata ili od zdravstvenog osoblja. Potrebna je kulturna promjena u sustavu kako bi se maksimalno iskoristile pogodnosti koje informacijska i komunikacijska tehnologija nude. Treće, treba raditi na prihvaćanju životnog stila koji uključuje manje zagađivanje okoliša, odnosno zdravijeg životnog stila. Ugljično intenzivni životni stilovi gotovo su jednako štetni za okoliš i za zdravlje te je stoga važno raditi na ukazivanju da niskougljični životni stil može imati pozitivan utjecaj na zdravlje. Uklanjanje naše ovisnosti o fosilnim gorivima za energiju dovest će do dramatičnih promjena u svačijem životnom stilu. Četvrti korak podrazumijeva alokaciju sredstava za promoviranje zdravlja, radije nego liječenje bolesti, a peti da zdravstveni sustav preuzme vodeću ulogu u radikalnoj promjeni koju trebamo kako bismo se suočili s klimatskim promjenama. S klimatskim promjenama, poslovanje na uobičajeni način nije opcija ni za kakvu organizaciju u društvu.

Utvrđena su četiri moguća scenarija (NHS, Sustainable Development Unit, 2009.). Prvi scenarij predstavlja transformaciju usluga. Visoka cijena ugljika u tom je scenariju stvorila novi tip potrošačkog svijeta u kojem tvrtke radije prodaju usluge nego proizvode i dobri građani dijele sa svojim susjedima. Zajednice zajednički rade na podupiranju zdravih životnih stilova, a tvrtke preuzimaju veću odgovornost za promociju javnog zdravstva. Međutim, udaljena ruralna područja s najvišim emisijama po glavi stanovnika nemaju pristup svim uslugama. U tom scenariju kupnja automobila nije isplativa, ali iznajmljivanje automobila i bicikala u porastu je; vegetarijanstvo i zdravi životni stilovi jesu norma, ali ostali zahtijevaju uklanjanje opozreivanja hrane koja deblija; neki liječnici izbjegavaju propisivanje ugljično intenzivnih tretmana što izaziva velike kontroverze te funkcionira shema „iznajmi organe“ koja omogućuje ljudima skrb i savjete za života u zamjenu za davanje organa na transplantaciju na kraju života. Drugi scenarij ima naglasak na učinkovitosti. Rapidne inovacije i nove tehnologije stvorile su niskougljične ekonomije s malo potrebe za promjenama u životnim stilovima ili poslovnoj praksi. Svijet je izrazio individualistički, potrošački, pun brzih promjena. Privatni sektor igra rastuću ulogu u zdravstvenom sustavu, a visoko personalizirane usluge dostupne su onima koji to mogu platiti, ali usluge siromašnima smanjile su se i oni se sve više oslanjaju na samodijagnoze. U tom scenariju far-

maceutske kompanije kontinuirano razvijaju nove lijekove i pod pritiskom su da ih brzo puštaju u primjenu što dovodi u pitanje kvalitetu testiranja; ljudi su naviknuti na *online* preglede kod virtualnih liječnika te su robotske operacije često bolje od onih ljudskih; dijagnostičke majice omogućuju ljudima da prate svoje zdravlje, komercijalne usluge nadzora dogovorit će pregled ako uoče nešto neobično; personalizirani lijekovi dostupni su, ali samo si ih bogati mogu priuštiti. Treći scenarij predstavlja redefiniranje napretka. Zemlje si postavljaju kvalitetu života kao glavni cilj. Zdrav život visok je prioritet, a velik dio skrbi pruža se putem prijatelja i obitelji. U tom scenariju takozvane „zdrave“ skupine zamjenjuju klubove ljubitelja knjiga i slično, a mnogi se susreću *online*; visoko se oprezuju duhan, alkohol i nezdrava hrana; sporiji životni stilovi doveli su do porasta broja djece, što stavlja pritisak na ciljeve smanjivanja štetnih emisija i tako dalje. Četvrti scenarij predstavlja rat za zaštitu okoliša. To je svijet koji se kasno probudio u borbi s klimatskim promjenama. Vlade su uvele teške mjere da nadoknade izgubljeno vrijeme te su svi resursi usmjereni na ublažavanje klimatskih promjena. U tom scenariju proizvodnja mesa smanjenja je zbog visokih emisija; prehrana je mnogo zdravija; na prevenciju se gleda kao na učinkovitu i tako dalje.

Pogoršano stanje prirodnog okoliša počinje utjecati na zdravlje stanovništva u mnogim dijelovima svijeta (Jameton i Pierce, 2001.). To se čini iznenađujućim zaključkom jer se posljednjih desetljeća prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije zdravlje unatoč pogoršanom stanju prirodnog okoliša poboljšava. Ipak, navedena su postignuća krhka. Na dugi rok ljudsko zdravlje zahtijeva zdravi globalni ekosustav (Jameton i Pierce, 2001.). Smatra se da je već oko 25 % zdravstvenih problema podrijetlom iz okoliša. Iako je prepoznata važna uloga koju okoliš ima u javnom zdravstvu, manje je prepoznato da osobne zdravstvene usluge također ovise o okolišu te ostavljaju posljedice na okoliš. Naime, zdravstveni problemi u porastu generirani pogoršanjem stanja okoliša zahtijevaju medicinsko liječenje, a pružanje zdravstvenih usluga istodobno šteti okolišu. Kao što je slučaj i u drugim uslužnim djelatnostima, bolnice troše energiju za grijanje i hlađenje, prijevoz, bolnički objekti velike su i često kompleksne zgrade okružene asfaltiranim površinama i tako dalje. Zdravstvene usluge također uzro-

kuju jedinstvene probleme povezane s upotrebom farmaceutskih i bioloških proizvoda, potencijalno toksičnih nusproizvoda i lijekova te infektivnim otpadom.

Troškovi pružanja zdravstvenih usluga najvidljiviji su na kraju procesa pružanja zdravstvene usluge. Riječ je o medicinskom otpadu, čije je zbrinjavanje obično vrlo dobro regulirano. No zdravstvene usluge oslanjaju se na širok raspon prirodnih resursa. Šteta za okoliš koju uzrokuje potrošnja prirodnih resursa u zdravstvenom sustavu nije dovoljno detaljno istražena pa je razina do koje medicinski otpad utječe na zagađenje okoliša teško procjenjiva (Jameton i Pierce, 2001.).

Globalizacija trgovine, putovanja i kultura imaju i pozitivne i negativne učinke na zdravlje. Pojačana trgovina uslugama i proizvodima štetnim za zdravlje i okoliš, putovanja i migracije ljudi stvaraju globalne prijetnje zdravlju. Prijenosne bolesti poput tuberkuloze šire se i u razvijenijim zemljama, među najranjivijom i najsiromašnijom populacijom. Rastuća je i briga oko sigurnosti hrane povezana i s kemijskim supstancama i mikroorganizmima. Naime, iako je rastuća trgovina hranom donijela mnogobrojne koristi, može pridonijeti i širenju bolesti uzrokovanih hranom. Promicanje međunarodnih sigurnosnih standarda hrane stoga je vrlo važno.

Globalne ekološke prijetnje za zdravlje uključuju promjenu klime, uništavanje ozonskog omotača, smanjenje bioraznolikosti, narušavanje ekosustava i širenje organskih zagađivača (WHO, 2002.). Kako mnogobrojne odrednice zdravlja proizlaze iz drugih sektora osim zdravstvenog (primjerice ekologija, voda, poljoprivreda, obrazovanje, zaposlenost, urbani i seoski život, trgovina, turizam, energija), kontinuirano se ostvaruje napredak u promicanju tješnjih veza zdravstvenog i ostalih sektora (WHO, 2002.).

Opća pokrivenost zdravstvenom zaštitom, jedan od Ciljeva održivog razvoja, zahtijeva znatan porast u državnim ulaganjima u jačanje primarne zdravstvene zaštite (Tangcharoensathien i suradnici, 2015.). Za funkcioniranje zdravstvenih sustava ključna je i radna snaga u zdravstvu. Opća pokrivenost zdravstvenom zaštitom i radna snaga u zdravstvu među važnim su zdravstvenim ciljevima održivog razvoja te zajednički pridonose ostvarenju održivih ciljeva razvoja. Usto, Ciljevi održivog razvoja povezani su

Ostojić, R.

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja

Ostojić, R.

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja

zdravstvom zahtjevniji su nego prethodni Milenijski ciljevi razvoja povezani sa zdravstvom (Tangcharoensathien i suradnici, 2015.).

Za razliku od Milenijskih razvojnih ciljeva, plan odnosno program održivog razvoja povezan sa zdravstvom u sklopu Ciljeva održivog razvoja teži univerzalnoj primjenjivosti na sve zemlje te obuhvaća prenosive i neprenosive bolesti te rastuće opasnosti od, među ostalim, prometnih nesreća i zagađenja (Buse i Hawkes, 2015.). Buse i Hawkes (2015.) tvrde kako uspjeh ispunjavanja Ciljeva održivog razvoja povezanih sa zdravstvom zahtijeva promjenu paradigme u smislu svladavanja pet izazova: (1) osiguravanja vodstva za međusektorsku koherentnost i koordinaciju u strukturnim pokretačima zdravlja (društvenima, ekonomskima, političkima i pravnima); (2) pomicanja fokusa s liječenja na prevenciju; (3) utvrđivanja učinkovitih načina za nošenje s komercijalnim odrednicama narušavanja zdravlja (komercijalnim interesima povezanim uz konzumiranje alkohola, marketing pića sa šećerom, nezdrave hrane i tako dalje, odnosno svih industrija koje profitiraju od „nečistog“ razvoja); (4) daljnje integracije pristupa zasnovanih na ljudskim pravima (ljudska prava i društvena pravda kao temeljni principi za postizanje održivog zdravlja i blagostanja za sve) te (5) poticanja civilnog uključivanja i osiguravanja odgovornosti nositelja politike na svim razinama.

Ciljevi održivog razvoja stavili su veći naglasak na potražnju znanstvene zajednice od Milenijskih ciljeva razvoja (Lu i suradnici, 2015.). U vezi s Ciljevima održivog razvoja potrebno je razviti metriku kojom bi se mjerio napredak prema ciljevima na lokalnoj, nacionalnoj, regionalnoj i globalnoj razini. Treba postaviti i sustave nadzora i procedure evaluacije. Lu i suradnici (2015.) postavljaju pet prioriteta povezanih sa sudjelovanjem znanstvene zajednice u procesu postizanja Ciljeva održivog razvoja. Prvi je prioritet spomenuta metrika. Znanstvenici bi trebali dizajnirati set praktičnih indeksa za praćenje napretka svakog od Ciljeva održivog razvoja. Primjerice, sedmi cilj koji se odnosi na osiguravanje pristupa održivoj i modernoj energiji svima zahtijevat će indikatore poboljšanja u energetske učinkovitosti i uštedama potrošnje ugljena radi primjene tehnologija obnovljive energije. Potrebno je uključiti i druge parametre, osim ekonomskog rasta, kao što je dohodovna nejednakost, stanovništvo i

drugo. Postojeća metodologija može biti početna točka. Drugi je prioritet uspostavljanje nadzornih mehanizama. Vlade i istraživači trebaju odlučiti što bi trebalo pratiti te postaviti sustave koji će prikupljati podatke. Primjerice, potrebno je pratiti količine potrošnje vode i energije, utjecaje na zdravlje i ostalo. Analizu i interpretaciju podataka treba osigurati u isto vrijeme, idealno od neovisnih organizacija. Globalna kolaboracija između vlada i znanstvene zajednice ključna je za postavljanje nadzornih programa te pružanje pomoći zemljama u razvoju u njihovoj implementaciji. Treći je prioritet evaluacija napretka. Znanstvenici bi trebali odabrati kriterije prema kojima će se procjenjivati napredak u ostvarenju cilja. Putem UN-ove platforme za međuvladine pregovore treba uspostaviti mehanizam evaluacije provedbe i rezultata Ciljeva održivog razvoja koja će se provoditi svakih tri do pet godina te predlagati reforme gdje se utvrdi potreba. Četvrti je prioritet unaprijediti infrastrukturu. Zemlje u razvoju morat će surađivati s razvijenim zemljama kako bi izgradile objekte za promatranje, prikupljanje podataka i njihovu obradu. Peti je prioritet standardizacija i verifikacija podataka. Sposobnosti zemalja da prikupe i procesuiraju ekonomske i socijalne podatke znatno variraju. Svi podatci povezani s Ciljevima održivog razvoja trebaju biti dostupni javnosti te objavljivani što je prije moguće. Lu i suradnici (2015.) zaključuju da znanstvenici trebaju poduprijeti Ciljeve održivog razvoja te pomoći u integriranju mehanizama nadzora i evaluacije u političko odlučivanje na svim razinama te osigurati da podatci o našem planetu svima budu lako dostupni.

5. Zaključak

Zdravlje je važno kao ljudsko pravo, ali i od ključnog je značenja za ostvarivanje svih dimenzija održivog razvoja. Suvremeno doba obilježeno promijenjenim demografskim trendovima i uzorcima ponašanja, ekonomskim razvojem, većom mobilnošću ljudi, promjenom klime i ekosustava, daljnjim rastom siromaštva i konflikata u određenim dijelovima svijeta sa sobom donosi nove izazove koji utječu na zdravlje ljudi i zdravstvene sustave zemalja diljem svijeta. Zdravstveni problemi u porastu, generirani pogoršanjem stanja okoliša, zahtijevaju medicinsko liječenje, a u isto vrijeme pružanje zdravstvenih usluga šteti okolišu. Kao što je slučaj i u drugim uslužnim djelatnostima, bolnice troše energiju za

grijanje, hlađenje i transport te zauzimaju, zauzimaju velike i često kompleksne zgrade. Zdravstvene usluge također uzrokuju jedinstvene probleme povezane s upotrebom farmaceutskih i bioloških proizvoda, potencijalno toksičnih nusproizvoda i lijekova te proizvodnjom infektivnog otpada. Može se reći da je danas zdravlje posljedica okruženja u kojemu se živi i djeluje. Zdravlje je nedvojbeno i preduvjet i posljedica ekonomskog razvoja. Zdravlje valja promatrati kao višedimenzionalan pojam budući da je osnova društvenog i ekonomskog opstanka i održivog razvoja pojedinca, zemalja te cijelog svijeta. Da bi ispunili svoj cilj očuvanja zdravlja, zdravstveni sustavi moraju razviti alate i politike prilagođavanja novonastalim uvjetima i potrebama ljudi kako bi uspješno obavljali svoje temeljne funkcije. Danas se pružatelji zdravstvenih usluga svih oblika i veličina suočavaju s mnogobrojnim izazovima, koji uključuju globalizaciju, eksploziju informacijskih tehnologija, brigu oko učinaka na okoliš, demografskih promjena, regulatornih izmjena te odnedavno i s globalnom ekonomskom recesijom. Većina zemalja osjeća stalan pritisak zato što izdatci za zdravstvo rastu, a resursi su oskudni. Ipak, njihove aktivnosti, osobito javnih pružatelja zdravstvenih ustanova, ne bi smjele biti usmjerene samo na ekonomske rezultate njihovih napora nego i na prihvaćanje ekonomskih, društvenih praksa i praksa zaštite okoliša koje donose koristi zaposlenicima, pacijentima, zajednici i cijelim društvima. Strategijom održivog razvitka Republike Hrvatske definirano je kako će se usmjeravanje Republike Hrvatske prema održivom razvitku voditi određenim općim načelima, a na prvome mjestu istaknuta je zaštita ljudskog zdravlja. U okviru Milenijskih razvojnih

ciljeva više je ciljeva, što izravno, a što neizravno, povezanih sa zdravljem i zdravstvom. Kao jedan od potencijalnih razloga neostvarivanja Milenijskih razvojnih ciljeva povezanih sa zdravstvom u zemljama niskog dohotka navode se zdravstveni sustavi koji su previše fragilni i fragmentirani da bi pružili odgovarajući opseg i kvalitetu zdravstvenih usluga svima kojima treba, manjak radne snage, manjak koordinacije donatora te loši informacijski sustavi. Ciljevi održivog razvoja povezani sa zdravstvom zahtjevniji su nego prethodni Milenijski ciljevi razvoja povezani sa zdravstvom. U novodefiniranim Ciljevima održivog razvoja određen je cilj „osiguravanje zdravog življenja i promicanje blagostanja za sve u svakoj životnoj dobi“, s trinaest podciljeva. On implicira da sve zemlje trebaju postići opću pokrivenost zdravstvenom zaštitom svake osobe u svakoj životnoj fazi, s posebnim naglaskom na primarnim zdravstvenim uslugama, uključujući mentalno i reproduktivno zdravlje, kako bi se osiguralo da se ljudima pružaju kvalitetne zdravstvene usluge, a da im zbog toga ne uzmanjka financijskih sredstava odnosno da ne pate od financijske oskudice. Dugoročno, ljudsko zdravlje zahtijeva zdrav globalni ekosustav. Za stvaranje održivih zdravstvenih sustava budućnosti, društva moraju preoblikovati potražnju za zdravstvenim uslugama, smanjujući teret oboljenja pomaganjem ljudima da ostanu zdravi i njihovim osnaživanjem u upravljanju vlastitim zdravljem. Država treba ohrabrivati ljude da razvijaju zdravije navike, poticati zdraviju potrošnju te razvoj okruženja i infrastrukture koji promiču zdravlje stanovništva. Bez zdravlja i održivih zdravstvenih sustava nema održivog razvoja društva ni gospodarstva.

Ostojčić, R.

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja

Literatura

Adomssent, M., Godemann, J., Michelsen, G. (2007) Transferability of approaches to sustainable development at universities as a challenge. *International Journal of Sustainability in Higher Education*, 8 (4): 385-402.

Bloom, B. R. (2007) Sustainable health: A new dimension of sustainability science. *PNAS*, 104 (41): 15969.

Buse, K., Hawkes, S. (2015) Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift? *Globalization and Health*, (2015): 11-13.

De Kruijff, H. A. M., Van Vuuren, D. P. (1998) Following Sustainable Development in Relation to the North - South Dialogue: Ecosystem Health and Sustainability Indicators. *Ecotoxicology and Environmental Safety*,

Ostojić, R.

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja

40: 4-14.

Dobrev, A., Jones, T., Stroetmann, V. N., Stroetmann, K. A., Artmann, J., Kersting, A., Kasiri, N., Zegners, D., Lilischkis, S. (2008) Sources of financing and policy recommendations to member states and the European Commission on boosting health investment. Final report. Bruxelles: European Commission.

Du Pisani, J.A. (2006) Sustainable development – historical roots of the concept. *Environmental Sciences*, 3 (2): 83-96.

Europska komisija (2015) Europska komisija pozdravlja novi Program Ujedinjenih naroda za održivi razvoj 2030. Dostupno na: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-5708_hr.htm [3. 10. 2015].

Folke, C., Carpenter, S., Elmqvist, T., Gunderson, L., Holling, C. S., Walker, B. (2002) Resilience and Sustainable development: Building Adaptive Capacity in a World of Transformations. *Ambio*, 31 (5): 437-440.

Gifford, R. (2007) Environmental Psychology and Sustainable Development: Expansion, Maturation, and Challenges. *Journal of Social Issues*, 63 (1): 199-212.

Grgić, M., Bilas, V. (2008) *Međunarodna ekonomija*. Zagreb: Lares plus.

Gupta, S., Clements, B., Coady, D. (2012) The Challenge of Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies. U: Coady, D., Clements, B., Gupta, S. (ur.) (2012) *The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies*. Washington: International Monetary Fund.

Harm Benson, M., Kundis Craig, R. (2014) The End of Sustainability. *Society and Natural Resources: An International Journal*, 27 (7): 777-782.

Horfmacher, M. M., Reidel, M. (2002) Age structure and health expenditure in the EU: costs increase but do not explode. Health Systems Watch III. Vienna Institute for Advanced Studies.

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966). Dostupno na: <http://legal.un.org/avl/ha/icescr/icescr.html> [15. 9. 2015].

Isaksson, R. (2006) Total quality management for sustainable development. *Business Process Management Journal*, 12 (5): 632-645.

Jameton, A., Pierce, J. (2001) Environment and health: 8. Sustainable health care and emerging ethical responsibilities. *CMAJ*, 164 (3): 365-368.

Lawn, P.A. (2001) *Toward Sustainable Development, An Ecological Economics Approach*. Boca Raton, Florida: CRC Press.

Lu, Y., Nakicenovic, N., Visbeck, M., Stevance, A. – S. (2015) Five priorities for the UN Sustainable Development Goals. *Nature*, 520: 432-433.

Martens, W.J. M., Slooff, R., Jackson, E. K. (1997) Climate change, human health, and sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*, 75 (6): 583-588.

NHS, Sustainable Development Unit (2009) Fit for the Future, Scenarios for low-carbon healthcare 2030. Dostupno na: <https://www.forumforthefuture.org/sites/default/files/project/downloads/fitforthefuturehns-sept09.pdf> [14. 9. 2015].

Nourry, M. (2007) Measuring sustainable development: Some empirical evidence for France from eight alternative indicators. *Ecological Economics*, 67: 441-456.

OECD (2001) Policies to Enhance Sustainable Development. Meeting of the OECD Council at Ministerial Level.

OECD (2010) Improving health sector efficiency. The role of information and communication technologies. Pariz: OECD.

Ostojić, R., Bilas, V., Franc, S. (2013) *Odrednice razvoja globaliziranih zdravstvenih sustava*. Zagreb: Notitia.

Robinson, J. (2004) Squaring the circle? Some thoughts on the idea of sustainable development. *Ecologi-*

cal Economics, 48 (2004): 369-384.

Seghezze, L. (2009) The five dimensions of sustainability. *Environmental Politics*, 18 (4): 539-556.

Smith, R. W. (2010) Understanding and Linking Sustainability for Healthcare. White paper, Johnsons Controls, Inc.

Sneddon, C., Howarth, R., Norgaard, R. B. (2006) Sustainable development in a post-Brundtland world. *Ecological Economics*, 57 (2): 253-268.

Soto, M., Shang, B., Coady, D. (2012) New Projections of Public Health Spending, 2010-50. U: Coady, D., Clements, B., Gupta, S. (ur.) (2012) *The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies*. Washington: International Monetary Fund, str. 37-55.

Strategija održivog razvitka Republike Hrvatske, Narodne novine, broj 30/2009.

Stroetmann, K. A., Jones, T., Dobrev, A., Stroetmann, V. (2006) ehealth is worth it. The economic benefits of implemented ehealth solutions at ten European countries. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Sustainable Development Solutions Network (2014) Health in the Framework of Sustainable Development. Dostupno na: <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/Health-For-All-Report.pdf> [15. 9. 2015.].

Tangcharoensathien, V., Mills, A., Palu, T. (2015) Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. *BMC Medicine*, (2015) 13: 101.

The Universal Declaration of Human Rights (1948). Dostupno na: <http://www.un.org/en/documents/udhr/> [15. 9. 2015.].

Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E. (2009) Financing health care in the European Union Challenges and policy responses. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Travis, P., Bennett, S., Haines, A., Pang, T., Bhutta, Z., Hyder, A. A., Pielemeier, N. R., Mills, A., Eclans, T. (2004) Overcoming health – systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Public Health*, 364 (4): 900-906.

UN, Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. Dostupno na: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/> [15. 9. 2015.].

UNDP (2015) Sustainable Development Goals Fact Sheet. Dostupno na: <http://www.undp.org/content/dam/unct/bih/PDFs/SDG%20ENG%20brosura.pdf> [30. 11. 2015.].

United Nations (1987) Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future. Dostupno na: <http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm> [8. 9. 2015.].

Van Zeijl-Rozema, A., Cörvers, R., Kemp, R., Martens, P. (2008) Governance for Sustainable development: A Framework. *Sustainable Development*, 16: 410-421.

Waterson, T., Lenton, S. (2015) Sustainable development, human induced global climate change, and the health of children. *Arch Dis Child*, 82: 95-97.

WHO (2002) Health and Sustainable Development. Izvješće.

WHO (2010a) *Health system financing: the path to universal coverage*. WHO.

WHO (2010b) *The World Health Report 2010 – Health Systems: Improving Performance*. Ženeva: WHO.

Williams, C. C., Millington, A. C. (2004) The diverse and contested meanings of sustainable development. *The Geographical Journal*, 170 (2): 99-104.

World Economic Forum (2013) Sustainable Health Systems Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios. A report from the World Economic Forum prepared in collaboration with McKinsey and Company.

Ostojić, R.

Zdravlje i zdravstveni sustavi: od Milenijskih razvojnih ciljeva do Ciljeva održivog razvoja