



Participacija u zdravstvu

Baza za radničku inicijativu i demokratizaciju
Autorice izvještaja: Petra Ivšić i Ana Vračar

B baza za
R radničku
I inicijativu i
D demokratizaciju

ROSA
LUXEMBURG
STIFTUNG
SOUTHEAST
EUROPE

Sadržaj

Uvod	... 3
Lekcije samoupravljanja	... 8
Participacija kroz Županijske savjete za zdravlje	... 10
Visia Croatica: promišljanje vlasništva u proizvodnji lijekova	... 13
Zaključak	... 17

Naklada: Baza za radničku inicijativu i demokratizaciju
Izvor naslovne fotografije: Mazen Mahdi, Wikimedia Commons 2011

This publication was financed with funds of the German Federal Foreign Office. This publication or parts of it can be used by others for free as long as they provide a proper reference to the original publication. The content of this publication does not necessarily reflect the official opinion of the Rosa Luxemburg Stiftung. Responsibility for the information and views expressed therein lies with the authors.

Uvod

“Španjolska nacionalizirala privatne bolnice” – jedan je od naslova koji su obilježili rani period pandemije Covid19. Španjolska vlada je u martu ove godine zaista najavila da preuzima kontrolu nad dijelom privatnih kapaciteta kako bi osigurala što bolji odgovor na širenje virusa, koje je u ovoj državi teklo zastrašujućom brzinom. Vijest su u različitom raspoloženju dočekale grupe na različitim ekstremima političkog spektra: progresivne organizacije i platforme su u ovome vidjele prve znakove urušavanja dugogodišnje europske mantre da je privatno zdravstvo, ako već ne bolje, onda barem jedino efikasno kao javno; pobornici neoliberalnih politika su, s druge strane, iz istog razloga negodovali. Nedugo nakon vijesti iz Španjolske, irski je ministar zdravstva najavio sličan potez. “Tijekom ove krize, država će preuzeti kontrolu nad svim privatnim bolničkim kapacitetima i upravljat će njihovim resursima radi boljitka cijele populacije. Kada je u pitanju pandemija, ne smije biti razlike između privatnog i javnog interesa”, rekao je tada Simon Harris¹.

Međutim, analize, barem one u međunarodnim medijima, nisu odmakle puno dalje od prenošenja ove elementarne informacije. Skoro devet mjeseci kasnije, ova dva primjera još uvijek izazivaju interes i zbunjenost među organizacijama koje djeluju na polju zdravlja, ali i društvenim znanstvenicima koji ga prate. Ostaje otvoren cijeli niz pitanja: što se u ovom kontekstu točno mislilo pod nacionalizacijom? Jesu li vlade zaista preuzele privatno vlasništvo, ili se radilo o nekom obliku *outsourcinga* pa su privatnici za to što se njihove zgrade i oprema koriste tijekom pandemije, ustvari, i više nego dobro plaćeni? Radi li se o trajnoj promjeni ili će se, nakon što 70% populacije bude cijepjeno, odmah vratiti na staro? Je li uopće riječ o odluci koja je donesena na temelju konkretnih podataka ili je u pitanju instinktivna reakcija vlade?

Kada se radi o Španjolskoj, prema sindikatu SAS, navodna nacionalizacija resursa ne samo da nije označila prekretnicu u odnosu vlade prema zdravstvu, već nije dovela ni do minimuma željenih rezultata. Isto tako, unatoč tome što za sudjelovanje u borbi protiv Covid19 privatni sektor traži ozbiljne financijske naknade², istovremeno se ne libi na neodređeno vrijeme zatvarati klinike i centre koji ne sudjeluju u epidemiološkim aktivnostima, otpuštati radnice, ili im ne produžavati ugovore na određeno.³ Iako je najavljeno kako će za upravljanje privatnim kapacitetima biti zadužena regionalna uprava, naglašavaju u sindikatu, razlike između pojedinih regija su velike, zbog čega se ne može govoriti čak ni o iskorištavanju punog potencijala situacije.

Ako se okrenemo primjeru Irske, iskustva tamošnjih javnozdravstvenih stručnjakinja daju naslutiti kako situacija nije bitno drugačija: iako se u javnim nastupima resornih političara govorilo o nacionalizaciji, u praksi se radilo o ugovaranju dijelova zdravstvene zaštite s privatnim bolnicama. Štoviše, iako je u ovom slučaju vlada na tri mjeseca s privatnim sektorom ugovorila korištenje svih privatnih bolničkih kapaciteta, i to ne isključivo za skrb o pacijentima zaraženima virusom Covid19, te dodatne resurse skoro pa uopće nije iskoristila.

Da se ipak ispostavilo da preuzimanje privatnih zdravstvenih kapaciteta kreće iz Španjolske, to i ne bi bilo toliko iznenađujuće: Španjolska, a možda još i više, Katalonija, mjesto je gdje se prošlih godina razvio jak municipalistički pokret usmjeren na kvalitetnije upravljanje javnim servisima. Osim što ovaj pokret naglasak stavlja na participaciju korisnika i stanovnika, često se dovodi i u vezu s praksama deprivatizacije koje, osim nacionalizacije, obuhvaćaju i (re)municipalizaciju. Prema istraživanju koje je 2020. godine objavio Transnational Institute, u Španjolskoj je od 2000. do 2019. zabilježeno 119 primjera remunicipalizacije u sektorima vodoopskrbe i odvodnje, gospodarenja otpadom, javne uprave, opskrbe energijom, obrazovanja i – zdravstva.

Za razliku od pandemijskih poteza vlada, koji su na nedostatak kapaciteta u javnom sektoru nastojali odgovoriti odozgo, remunicipalizacije koje su zabilježene u istraživanju TNI rezultat su inicijativa odozdo, u kojima se stanovnice ili gradska vlast zbog negativnog iskustva s privatnim sektorom upuštaju u ponovnu organizaciju javnih servisa. Tu se najviše radi o promjenama uvedenima na nižoj, lokalnoj razini vlasti, s time da su utemeljene na sličnim potrebama koje su dovele do toga da se europske vlade moraju osloniti na kapacitete privatnog sektora ne bi li osigurale barem djelomično adekvatan odgovor na pandemiju Covid19. Naravno, govorimo o podbacivanju privatnih pružatelja zdravstvene zaštite u okviru javno-privatnih partnerstava (JPP), preuzimanju lokalnih bolnica ili zdravstvenih stanica⁴, ili *outsourcingu* tehničkih djelatnosti na lokalnoj razini koji su doveli do otpora korisnika, a on je u nekim slučajevima preveden u javne politike.

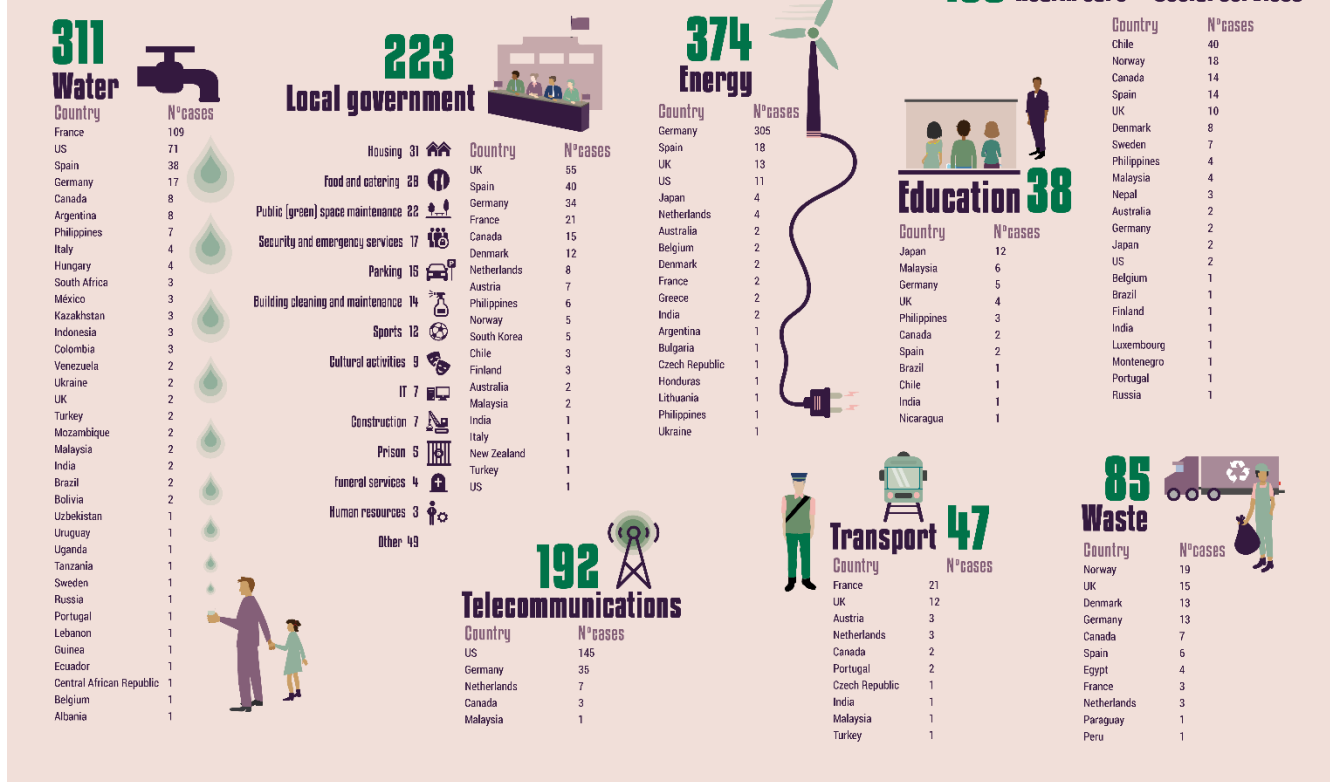
¹ Private hospitals will be made public for the duration of coronavirus pandemic, *The Journal*, 24.3.2020. (<https://www.thejournal.ie/private-hospitals-ireland-coronavirus-5056334-Mar2020/>)

² La sanidad privada pide al estado una compensacion de 246 millones, *El Economista*, 25.6.2020. (<https://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/10628005/06/20/La-Sanidad-Privada-pide-al-Estado-una-compensacion-de-246-millones.html>)

³ La sanidad privada recorta plantilla y cierra centros en plena pandemia, *Sindicato Asemblario de Sanidad*, 26.3.2020. (<https://www.sasmadrid.org/index.php/noticias/sanidad/1669-la-sanidad-privada-recorta-plantilla-y-cierra-centros-en-plena-pandemia-26-03-2020>)

⁴ PHM North America, *Resisting Privatisation of Health Services* (<https://phm-na.org/resisting-privatization/>)

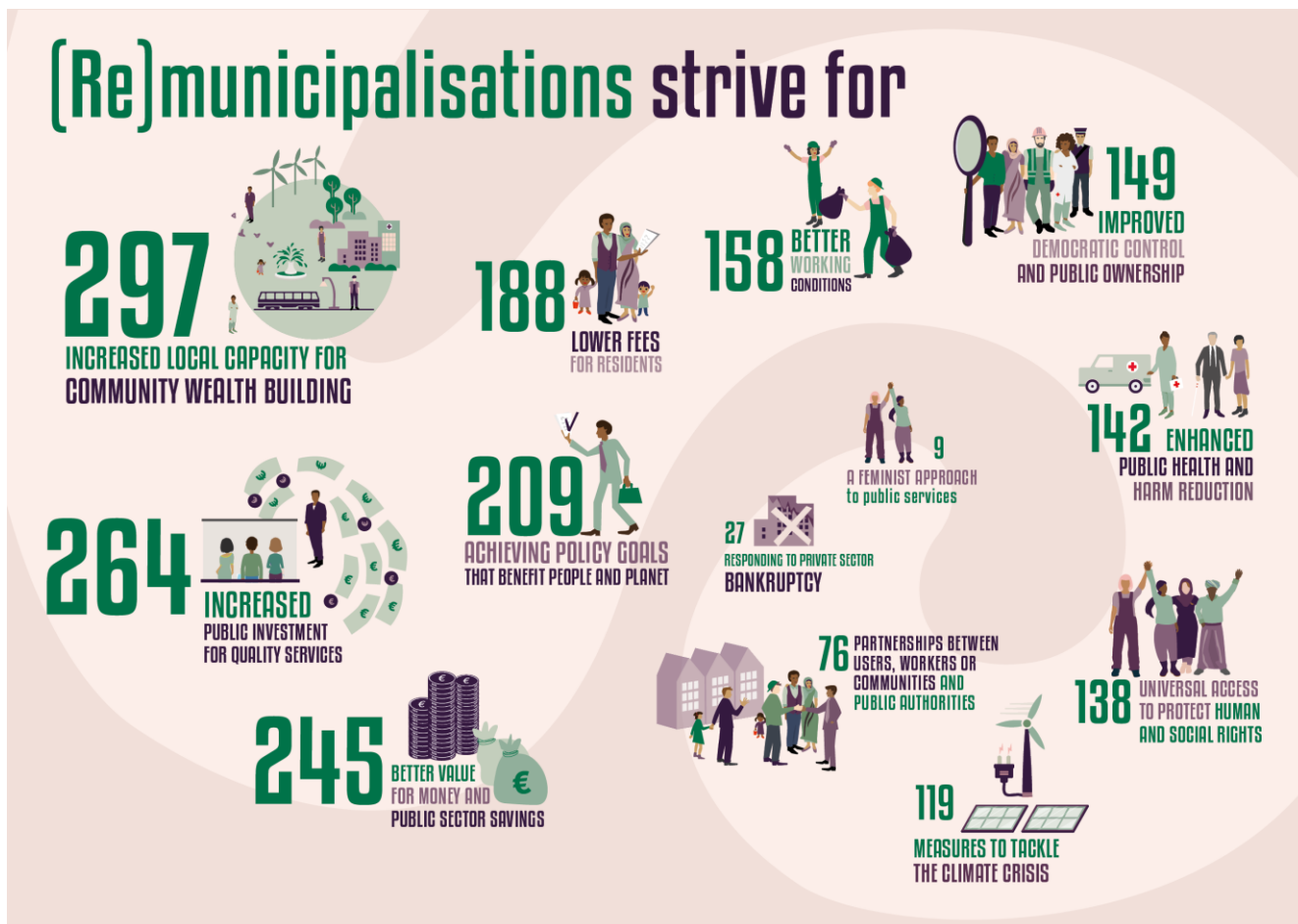
(Re)municipalisation sectors



Slika 1: Remunicipalizacija po sektorima (izvor: Transnational Institute)

Za razliku od takozvane nacionalizacije u Irskoj i Španjolskoj, remunicipalizacija zdravstvene infrastrukture sadrži izraženu komponentu demokratskog upravljanja i participacije, kako radnica, tako i korisnica. Prema urednicama *The Future is Public*, remunicipalizaciju “pogoni želja zajednice i lokalne vlasti da u svoje ruke preuzmu kontrolu nad javnim servisima i resursima kako bi mogli postići pojedine društvene i okolišne ciljeve, ali i podržati demokratske i participativne procese na lokalnoj razini. Ne radi se o pukoj promjeni vlasništva ili drugim tehnikalijama.” (28)

The Future is Public navodi 63 primjera remunicipalizacije u zdravstvu i njezi, od pokretanja mreže javnih ljekarni u Čileu do reorganizacije mreže domova za starije u Danskoj. Kao i u drugim sektorima, razlozi za remunicipalizaciju uključuju želju za boljim radnim uvjetima, nastojanje da se pruže adekvatni odgovori na klimatsku krizu, ali i osiguravanje bolje kvalitete zdravstvene skrbi.



Slika 2: Ciljevi remunicipalizacije (izvor: Transnational Institute)

Dok se iz dostupnih pregleda čini kako je praksa deprivatizacije znatno razrađenija na lokalnoj nego na nacionalnoj razini, ključno je iznaći način kako bi se pozitivna iskustva mogla prenijeti i na druge razine vlasti. Ovo je ujedno i jedan od zaključaka konferencije *The Future is Public*, gdje je naglašeno kako: “Napori koji se ulažu u izgradnju ekonomske demokracije moraju uzeti u obzir da demokratske oblike vlasništva želimo uvesti na svim razinama, ne samo u gradovima. Lokalni eksperimenti poput remunicipalizacije predstavljaju preduvjet za postizanje promjena šireg doseg a i direktno im doprinose. Transformacije na razini lokalne zajednice mogu biti početna točka – ali ne nužno i konačni cilj ovog procesa.” (31)

Iako u rezultatima ovog istraživanja nisu zabilježeni slučajevi remunicipalizacije zdravstvene skrbi u Hrvatskoj - dobrim dijelom, možemo pretpostaviti, zato što su najvidljiviji dijelovi sustava (npr. bolnice) većinom u javnom vlasništvu – lokalni sektor zdravstva u prošlosti je sadržavao modele upravljanja čije bi se iskustvo moglo koristiti za razvoj demokratskih modela upravljanja danas. Isto tako, u proteklih nekoliko godina došlo je i do uvođenja mehanizama koji mogu dovesti do angažiranije participacije

korisnica u zdravstvenoj skrbi, kao i pokušaja uvođenja novih modela vlasništva na polju proizvodnje medicinskih proizvoda. S obzirom na to da okretanje upravo takvim modelima na međunarodnoj razini predstavlja ogromni potencijal za stvaranje pravednijih zdravstvenih sustava, u nastavku donosimo kratki pregled lokalnih primjera i iskustava koji mogu poslužiti kao temelj za izgradnju participativnih mehanizama u sektoru zdravstva.

Lekcije samoupravljanja

Dosta je lako pronaći točke preklapanja sistema samoupravljanja i remunicipaliziranih javnih servisa. Kao primjer možemo uzeti sudjelovanje različitih skupina stanovništva u sustavu. S jedne strane, (re)municipalizirani servisi poput sustava vodoopskrbe u 27 jedinica lokalne samouprave u Kataloniji danas se trude uspostaviti strukture koje će adekvatno formalizirati i olakšati sudjelovanje korisnika u nadzoru i upravljanju sustavom. Samoupravljanje u zdravstvu, s druge strane, bilo je usko povezano s radom Vijeća korisnika i Vijeća davatelja u okviru samoupravnih interesnih zajednica (SIZ), čiji je smisao biti olakšati komunikaciju između zdravstvenih radnica i korisnica sustava, ne bi li se osiguralo da sustav zdravstvene zaštite odgovara na realne potrebe pacijentica.

Samoupravljanje u zdravstvu išlo je ruku pod ruku s decentralizacijom, pogotovo na razini primarne zdravstvene zaštite, slično kao što se recentniji primjeri uspješnih deprivatizacija događaju na lokalnoj razini. S obzirom da je decentraliziranost jedna od najprominentnijih značajki oba modela, korisno je proučiti na koji način je ona bila utkana u samoupravljanje i, naravno, do kojih je problema došlo kod implementacije. Osim što proučavanjem postojećih iskustava možemo vidjeti kako uvođenje municipalističkih modela ne znači nužno kretanje od nule, možemo pronaći i iskoristiti elemente samoupravljanja koji su još uvijek prisutni u lokalnom sustavu zdravstva. Također, proučavanje problema do kojih je došlo u prošlosti može nas dovesti do korisnih putokaza za osmišljavanje i uvođenje suvremenijih modela.

Tu se vraćamo funkcioniranju vijeća SIZ-ova, čija je primarna funkcija bila uspostaviti produktivnu komunikaciju između ključnih skupina u zdravstvenom sustavu, u čemu su opetovano podbacivala. Kao i drugi sektori, zdravstveni sustav funkcionira u skladu sa specifičnim pravilima, koja su rijetko prevedena i prenesena izvan uskog kruga zdravstvenih radnica. Niska razina razumijevanja zdravstvenog sustava u općoj populaciji kao i, na kraju krajeva, izuzetno niska razina zdravstvene pismenosti, predstavljaju ozbiljne prepreke kod uvođenja modela koji se temelje na širokoj participaciji.

Tome svjedoči i iskustvo samoupravljanja, gdje je dosta brzo nakon uvođenja ovog modela postalo jasno kako, unatoč tome što su formalno postavljeni na istu razinu, Vijeće korisnika i Vijeće davalaca nisu imali isti utjecaj na sadržaj analiza i planova zdravstvene skrbi. Predstavnici pružatelja skrbi, posebno liječnici, često su isticali kako je nemoguće u potpunosti postići ciljeve koje je samoupravljeni okvir zacrtao u zdravstvu zato što pacijentice ne poznaju osnovne zdravstvene pojmove - ali se pritom

većinom nisu trudili ublažiti taj jaz. Uz činjenicu da je samoupravljanje u zdravstvu na idejnoj razini bilo bitno manje razrađeno od onoga u industrijskog proizvodnji, prema nekolicini analitičara koji su se ovom temom bavili, poteškoće u razmjeni između različitih skupina u sustavu bile su jedan od ključnih problema s kojima se model u praksi susreo.

Svijest da ovakve poteškoće mogu nastati nalazimo i u suvremenim primjerima remunicipaliziranih javnih servisa. Već spomenuti primjer vodoopskrbe u pojedinim djelovima Katalonije, obrađen u publikaciji TNI-ja, uključuje razmišljanja o povezanosti pripreme građanki za uključivanje u participativne modele upravljanja i funkcioniranja istih modela, i zaključuje kako je “teško provesti tranziciju ka participativnim modelima bez da se prije toga osnaži građanke za sudjelovanje u njima.” (161)

Unatoč naglašenim nedostacima, iskustvo samoupravljanja predstavlja koristan izvor za promišljanje participativnih modela u zdravstvu danas. Detaljnije istraživanje samoupravljanja u zdravstvu, njegovog utjecaja na modele koji su trenutno prisutni u zakonodavnom okviru koji uređuje funkcioniranje zdravstvenog sustava (vidi sekciju *Županijski savjeti za zdravlje*), povezivanje samoupravnih struktura preko lokalnih, nacionalnih, i viših razina, kao i konkretna iskustva pacijentica i zdravstvenih radnica koje su sudjelovale u radu Vijeća i SIŽ-ova, predstavljaju koristan izvor znanja koje možemo koristiti za dizajn lokalnih i nacionalnih zdravstvenih politika, ali i za poticanje aktivističkog angažmana na ovom polju.

Odabrani izvori:

1. Ivčić S, Vračar A i Weygand L. *Primarna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj od samoupravljanja do tranzicije: korijeni ideja privatizacije*, 2015.
2. Kesić B, *Principi i organizacija zdravstvene zaštite, JAZU i Stvarnost*, 1983.
3. Parmelee D et al. *Medicine under socialism: Some observations on Yugoslavia and China. Social Science & Medicine*, 1982(15):1389-1396.
4. Popović, B i Škrbić M, *Samoupravljanje u zdravstvu, Zagreb, Zbor liječnika Hrvatske*, 1968.
5. *Transnational Institute. The Future is Public: Towards Democratic Ownership of Public Services. TNI*, 2020.

Participacija kroz županijske Savjete za zdravlje

U okviru promjena uvedenih Zakonom o zdravstvenoj zaštiti 2008. godine (NN 150/2008) uveden je koncept županijskih Savjeta za zdravlje. Prema članku 10. Tog Zakona, Savjet sudjeluje u “planiranju i evaluaciji zdravstvene zaštite na području jedinice područne (regionalne) samouprave”, odnosno “daje mišljenje na prijedlog plana zdravstvene zaštite za područje jedinice područne (regionalne) samouprave te predlaže mjere za ostvarivanje dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite u jedinici područne (regionalne) samouprave.” Jedna od zanimljivijih značajki Savjeta jest predviđena raznovrsnost njegovog sastava: osim predstavnica lokalne samouprave, odnosno zaposlenica županijskih i gradskih odjela, Zakon naglašava kako u rad ovog tijela trebaju biti uključene i predstavnice sindikata, udruga za zaštitu pacijenata, komora i strukovnih udruženja te poslodavaca u zdravstvu.

Iako su djelokrug i utjecaj Savjeta bitno manji od onih koje su u Jugoslaviji imali SIZ-ovi, primjeri rada pojedinih županijskih Savjeta pokazuju kako njihova uloga može direktno (i pozitivno) utjecati na zdravstveno stanje na određenom području. Osim toga, Savjeti otvaraju prostor i za širu participaciju u oblikovanju zdravstvenih politika kroz organiziranje javnih savjetovanja, provođenje programa zdravstvene pismenosti (*health literacy*), i mapiranja potreba – zbog čega zaslužuju znatno više pozornosti od onoga što su do sada uživali.

Ipak, unatoč tome što u teoriji predstavljaju prilično jedinstvenu priliku za poticanje građanske participacije u procesu donošenja javnih politika, kao i za provedbu programa zasnovanih na praktičnim potrebama zajednica, u praksi dolazi do velikih razlika između doseg a kvalitete rada savjeta između različitih županija. Na primjer, Savjet za zdravlje Istarske županije od osnivanja 2011. godine do danas odigrao je jednu od ključnih uloga u izgradnji okvira “Zdrava Istra – Istria sana”⁵, uključujući izradu nekoliko planova za zdravlje i socijalno blagostanje Istarske županije⁶, kojima se definira cjelovita zdravstvena i socijalna politika Istarske županije. Rad Savjeta, kao i radnih grupa u kojima njegove članice sudjeluju, omogućio je sustavnije adresiranje problema s kojima se zdravstveni sustav susreće i u drugim županijama.

⁵ Zdrava Istra-Istria sana (<https://www.istra-istria.hr/hr/podsitoevi/zdrava-istra/>)

⁶ Plan za zdravlje i socijalno blagostanje IŽ (<https://www.istra-istria.hr/hr/podsitoevi/zdrava-istra/dokumenti-i-natjecaji/plan-za-zdravlje-i-socijalno-blagostanje-vezani-dokumenti/>)

Na primjer, ovaj Savjet je donio prijedlog mjera za osiguravanje potrebnih ljudskih resursa u zdravstvenim ustanovama čiji je osnivač Istarska županija.⁷ Ako uzmemo u obzir da je kadrovsko planiranje u zdravstvu u Hrvatskoj izuzetno zanemareno područje, značaj ovog dokumenta raste jer ukazuje na kategorije problema koje se na višim razinama uporno zanemaruju: uvjete rada, ali i mogućnost strukovnog obrazovanja i rješavanja stambenog pitanja. Naravno da ovaj plan, kao i druge zdravstvene programske dokumente IŽ, ne možemo prihvatiti kao gotov sadržaj kojega možemo ili trebamo direktno replicirati na drugim lokacijama, ali se oni svakako mogu promatrati kao korak unaprijed kada se radi o poticanju suradnje različitih profila organizacija i ljudi u procesu planiranja zdravstvene zaštite, pogotovo na polju donošenja politika.

S druge strane, ne možemo zanemariti činjenicu da se u odnosu na većinu drugih županija, Istra nalazi u povlaštenom socioekonomskom položaju, što znači da ima materijalne resurse za provođenje ovakvih mjera. Još uvijek treba istražiti do koje je mjere često citirani nedostatak političke volje za dodatno planiranje u zdravstvu ustvari povezan s ograničenjem u dostupnim sredstvima. Ali, prije toga se treba uzeti u obzir da regionalne razlike koje su toliko izražene u nekim dijelovima socijalnog sektora, poput predškolskog odgoja i obrazovanja, mogu utjecati i na uspjeh rada tijela poput Savjeta za zdravlje. Isto tako, ostaje otvoreno pitanje što s onim županijama u kojima se mogu osigurati sredstva za dodatne programe, ali je prepoznatljivost aktivnosti i programa koje provodi Savjet za zdravlje bitno niža od one u Istri – što je, recimo, slučaj u Gradu Zagrebu. Radi li se o poteškoćama koje nastaju zbog razlika u veličini grupe (zagrebački Savjet za zdravlje ima 40ak članova, u usporedbi s njih 15ak u Istri)? Ili se te razlike mogu povezati s već spomenutim nedostatkom političke volje?

Ono što bez dodatnog proučavanja tih pitanja možemo primjetiti jest da je rad istarskog Savjeta za zdravlje bitno transparentniji. Pritom ne mislimo isključivo na to jesu li svi akti i zapisnici objavljeni, već i na to koliko su razumljivi (a na kraju krajeva, i relevantni) čitateljici koja inače ne prati teme iz domene zdravstva. U tom kontekstu, pristup istarskog Savjeta za zdravlje predstavlja primjer dobre prakse, a ujedno i bazu na kojoj se može graditi angažman zajednice u zdravstvu.

Konačno, iako prepoznatljivost Savjeta za zdravlje varira iz županije u županiju, sam model može biti dobra prilika za jačanje aktivističkih kapaciteta u ovom dijelu socijalne

⁷ Program mjera za osiguravanje potrebnih ljudskih resursa u zdravstvenim ustanovama čiji je osnivač Istarska županija (https://www.istra-istria.hr/media/filer_public/af/e6/afe6bda9-7f1e-4de8-bdd5-915e56068dbf/savjet_program_mjera_izvjesce_xi_2019.pdf)

zaštite, pogotovo u kontekstu lokalnih izbora 2021. godine. S obzirom da je pandemija Covid19 podsjetila na važnost stabilnih zdravstvenih sustava, progresivne političke opcije koje na proljeće iduće godine izlaze na izbore mogu promisliti na koji način se u okviru njihovog političkog programa rad Savjeta za zdravlje može ojačati u različitim zajednicama i, paralelno, dopuniti participativnim praksama iz drugih polja.

Odabrani izvori:

1. Džakula A, Jurković D i Šogorić S. Nove zakonske obaveze županija u zdravstvenoj zaštiti – Savjet za zdravlje i Županijski planovi zdravstvene zaštite. Knjiga sažetaka 2. Hrvatski kongres preventivne medicine i unapređenja zdravlja, 2010, 256-256
2. Plan za zdravlje i socijalno blagostanje Istarske županije. IŽ, 2016. (https://www.istra-istria.hr/media/filer_public/b4/3b/b43bd2e2-971f-4f40-a24b-aca686f22321/konacni_nadopunjen_plan_za_zdravlje_i_soc_blagostanje_final_za_skupstinu_02.pdf)
3. Šogorić S et al. Decentralizacija i kako je provesti – revolucijski ili evolucijski? Acta Medica Croatica 2010(64/5), 335-340
4. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 150/2008 (https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_12_150_4097.html)

Visia Croatica: promišljanje vlasništva u proizvodnji medicinskih proizvoda

Proizvodnja medicinskih proizvoda, posebno lijekova i cjepiva, na globalnoj je razini već godinama skoro pa u potpunosti izmještena u ruke privatnih farmaceutskih kompanija. Među ostalim, to dovodi do rascjepa između lijekova koji se proizvode (onih koji su profitabilni) i realnih potreba. Drugim riječima, danas se proces istraživanja, razvoja, i proizvodnje novih lijekova uvelike bazira na potražnji u zemljama visokog dohotka (*high-income countries*, HIC), dok s druge strane zanemaruje istraživanje terapija za bolesti koje pogađaju države niskog i srednjeg dohotka (*low- and middle-income countries*, LMIC).

Nevoljkost farmaceutskih kompanija da osiguraju istraživanje i proizvodnju proizvoda koji nisu profitabilni već desetljećima je predmet rada razgranatog pokreta za pristup lijekovima, koji je do danas doveo do važnih pomaka kada je u pitanju ovaj aspekt prava na zdravlje. Primjerice, bez građanskog angažmana za pravedan pristup terapijama za HIV/AIDS, većina pogođenog stanovništva Južnoafričke Republike ne bi mogla pristupiti lijekovima zbog iznimno visokih cijena koje su farmaceutske kuće odredile. Ovaj i slični primjeri borbe oslanjali su se na solidarnost između zemalja različitog dohotka, ali činjenica je kako visoke cijene lijekova u zemljama visokog dohotka dugo nisu shvaćene kao ozbiljna prepreka zdravstvenoj skrbi: uz izuzetak SAD-a, države koje spadaju u ovu kategoriju pristup lijekovima mogle su organizirati tako da pacijenti iz džepa pokriju minimalan, ili čak nikakav, dio cijene potrebnih lijekova. Međutim, kako su cijene (pogotovo novih/inovativnih) lijekova uporno rasle, tako je njihova nabavka počela predstavljati ozbiljno opterećenje i za bogate sustave, zbog čega danas i u Europi svjedočimo inicijativama koje se trude osigurati pristup lijekovima svima onima koji su potrebni⁸.

U tom kontekstu, često se govori o tome kako postojeći sustav intelektualnog vlasništva omogućava velikim proizvođačima dugogodišnje patente i, posljedično, monopole nad proizvodnjom određenih lijekova. Rjeđe se govori o ulozi koju javni proizvodni kapaciteti i istraživački instituti mogu igrati ako želimo osigurati adekvatnu opskrbu lijekovima, iako se u posljednje vrijeme i na tom polju primjećuje veći interes. Pandemija Covid19

⁸ Just Treatment (<https://justtreatment.org/about>)

ukazala je na to da odsutstvo javnih tvornica lijekova i cjepiva može bitno utjecati na količinu dostupnih proizvoda, ritam proizvodnje i distribucije, a posljedično i na zaštitu javnog zdravlja. Unatoč tome što je ova pandemija povećala interes za pitanja o javnoj proizvodnji medicinskih proizvoda, treba naglasiti kako se u cijelom svijetu po ovom pitanju počelo djelovati daleko prije.

Čak i ako ne uzmemo u obzir ozbiljne farmaceutske proizvodne kapacitete Kube i Indije, samo na Zapadu bilježimo nekoliko važnih pokušaja razvoja ovog dijela industrije: npr. 2018. godine u SAD-u je 500 javnih bolnica osnovalo kompaniju Civica Rx, čiji je glavni cilj proizvodnja generičkih lijekova; na razini politike lijekova, britanska Laburistička partija je tijekom parlamentarnih izbora 2019. godine predstavila dokument "Medicines for the Many"⁹, u kojem se pokretanje lokalne proizvodnje ne vidi samo kao način za jačanje zdravstvenog sustava, već i kao mogućnost poboljšanja radnih uvjeta i stvaranja kvalitetnih radnih mjesta.

Iako ne možemo reći da je u Hrvatskoj do sličnih promišljanja došlo na razini javnih politika, možemo pronaći sličnosti između prethodnih politika lijekova u Hrvatskoj i spomenutih međunarodnih trendova. Slučaj Imunološkog zavoda (IMZ) već je široko poznat u svim krugovima, dobrim dijelom zato što je IMZ kroz višegodišnju suradnju sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom i proizvodnju cjepiva za ospice visoke kvalitete osigurao međunarodnu prepoznatljivost. Štoviše, u jugoslavenskom periodu IMZ je proizvodio sasvim dovoljno cjepiva za zadovoljavanje lokalnih potreba, plus još nešto za izvoz. Od početka devedesetih do danas, međutim, IMZ je kroz proces pretvorbe i privatizacije skoro pa u potpunosti obustavio proizvodnju cjepiva i krvnih pripravaka, čime se uvelike povećala ovisnost lokalnog zdravstvenog sustava o uvozu i privatnim proizvođačima. Posljedice tog razvoja događaja mogu se osjetiti na različitim poljima, ali možda se najzornije mogu prikazati razlikom u cijeni nabavke određenih proizvoda.¹⁰

Iako se uništavanje IMZ-a u suštini ne razlikuje od uništavanja drugih firmi kroz pretvorbu i privatizaciju, njegova je priča možda nešto dulje prisutna u javnom prostoru zbog specifične djelatnosti instituta i spremnosti radnica da se opetovano izlažu kako bi upozorile na dubioze do kojih je kontinuirano dolazilo. Konačno, IMZ je u kontekstu ovog teksta zanimljiv i zato što je 2015. godine, u jeku vladinih najava kako do prodaje instituta mora doći, oko njega nastala prilično neuobičajena inicijative kojom se

⁹ Dostupno na: <https://labour.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/Medicines-For-The-Many.pdf>

¹⁰ Protuotrov stajao 25 eura, a sada ga uvozimo za 500 eura, *Večernji list*, 22.4.2014.

(<https://www.vecernji.hr/zagreb/protuotrov-kostao-25-eura-a-sada-ga-uvozimo-za-500-eura-934333>)

zagovaralo da se IMZ, ako se već mora privatizirati, proda komanditnom društvu Visia Croatica, u kojem će pravo glasa imati svi koji budu sudjelovali u prikupljanju potrebnih sredstava, neovisno o iznosu same donacije.

Pomalo neočekivano, Visia Croatica je u kratkom roku prikupila 500 milijuna kuna potrebnih za sudjelovanje u javnom natječaju, pri čemu su se u inicijativu uključile organizacije s potpuno suprotnih krajeva političkog spektra. Među podržateljicama Visia Croatice tako su se našli brojni sindikati i organizacije za zaštitu ljudskih prava, poput Ženske sobe, ali i konzervativne grupe poput U ime obitelji. Heterogenost inicijative mnoge je iznenadila, uključujući i neke organizacije koje su je podržale. Takva je raznolikost s jedne strane posvjedočila o statusu kojeg IMZ i dalje uživa, pogotovo s obzirom što su inicijativu podržali i mnogi pojedinci, tzv. "obični građani". Unatoč tome, istovremeno, inicijativa se nije do kraja oslobodila percepcije da se radi o inicijativi odozgo, iako se deklarativno prikazivala kao narodska i veliki naglasak stavljala na participativnost predloženog modela. Konačnu ocjenu uspjeha inicijative teško je donijeti s obzirom da je država prije javnog natječaja odlučila odustati od prodaje predviđenih dionica IMZ-a i orijentirati se ka revitalizaciji instituta u suradnji s Gradom Zagrebom. Na tu su najavu inicijatori i podržatelji Visia Croatice pozitivno reagirali, rekavši kako je primarni cilj ove ideje od početka bio spriječiti klasičnu privatizaciju od strane velikih farmaceutskih kuća i revitalizirati status IMZ-a kao javnog dobra.

Iako nije dovela do bitnih promjena u svakodnevnicu IMZ-a, koji unatoč načelnim izjavama nastavlja silaznom putanjom, Visia Croatica bila je jedan od malobrojnih slučajeva, ako ne i jedini, gdje se na prijetnju privatizacijom u javnom sektoru reagiralo predlaganjem neke vrste građanskog ili radničkog dioničarstva. Pritom je u ovom primjeru posebno važno primjetiti kako se u ovom slučaju komanditno društvo, odnosno participativna privatizacija, predstavljala kao prihvatljiva alternativa komodifikaciji zdravlja do koje dolazi klasičnom privatizacijom, ali ne i kao realna alternativa kvalitetnom upravljanju javnim vlasništvom od strane države ili lokalne samouprave.

Detaljnije proučavanje ove inicijative može biti zanimljivo s obzirom da u inozemstvu bilježimo interes za pokretanje zdravstvenih zadruga,¹¹ koje se mogu shvatiti kao slični, prijelazni model pružanja zdravstvene zaštite u kontekstu gdje stanovništvo prepoznaje da privatno zdravstvo ne zadovoljava postojeće potrebe, ali i da je javni sektor

¹¹ Girard, J-P, *Better Health and Social Care: How are Co-ops & Mutuals Boosting Innovation and Access Worldwide?* LPS Productions, Canada: Montreal.

opterećen lošim sustavom upravljanja. Za jačanje javnih sustava zdravstva mogu biti potrebne godine ulaganja i truda, zbog čega nije realno očekivati kako se isključivo zagovaranjem veće i odgovornije uloge države u organizaciji zdravstvene zaštite, uključujući proizvodnju lijekova i drugih medicinskih proizvoda preko noći može dovesti do potpunog zaokreta u smjeru u kojem se kreću zdravstvene politike. U toj situaciji, rješenja koja se temelje na participaciji i solidarnosti mogu predstavljati prihvatljivu (privremenu) alternativu - Visia Croatica tako može biti korisno iskustvo pokušaja implementacije participativnih alternativa.

Odabrani izvori:

1. *Medicines for the Many: Public Health before Private Profit* (<https://labour.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/Medicines-For-The-Many.pdf>)
2. *Propast Imunološkog vodi do osobnog bankrota građana* (<http://radnickaprava.org/video/reportaze/propast-imunoloskog-vodi-do-osobnog-bankrota-gradana>)
3. *Visia Croatica novine*
4. *Girard, J-P, Better Health and Social Care: How are Co-ops & Mutuels Boosting Innovation and Access Worldwide? LPS Productions, Canada: Montreal.*

Zaključak

Iako lokalno ne bilježimo primjere remunicipalizacije u smislu definicije koja se najčešće koristi u prošlim istraživanjima, ova tri primjera pokazuju kako promišljanje progresivnih, participativnih zdravstvenih politika u Hrvatskoj ne moraju nužno krenuti od nule. Iskustvo koje se u sustav prenijelo iz prošlosti, zahvaljujući praksama samoupravljanja u Jugoslaviji; aktualni modeli koji omogućavaju odmicanje od centralističkog promišljanja zdravstva i nude konkretne alate za oblikovanje lokalnih zdravstvenih politika utemeljenih na konkretnim potrebama; i alternative koje se pojavljuju kada je u pitanju vlasništvo nad zdravstvenom i proizvodnom infrastrukturom, konkretni su temelji za pronalaženje rješenja koja se mogu implementirati u srednjem roku, a ipak predstavljaju značajan odmak od dominantne paradigme javnih politika orijentiranih ka privatizaciji i komodifikaciji zdravlja.