

Uskrata prava na pristup zdravstvenim uslugama tijekom COVID-19 pandemije

Vrkić, Martin

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:253219>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-13**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Martin Vrkić

**USKRATA PRAVA NA PRISTUP ZDRAVSTVENIM
USLUGAMA TIJEKOM COVID-19 PANDEMIJE**

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2022.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Martin Vrkić

**USKRATA PRAVA NA PRISTUP ZDRAVSTVENIM
USLUGAMA TIJEKOM COVID-19 PANDEMIJE**

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: izv. prof. dr. sc. Antonija Petričušić

Zagreb, 2022.

SADRŽAJ

1. Uvod	1
2. Pravo na zdravlje	2
3. Pojam i značaj zdravlja.....	5
4. Zdravstvene nejednakosti	9
5. Pristup zdravstvenim uslugama	13
6. COVID-19 pandemija i pristup zdravstvenim uslugama	16
6.1. Mjere za sprječavanje širenja COVID-19	17
6.2. COVID-19 i pristup zdravstvenim uslugama.....	18
6.3. COVID-19 pandemija i pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj	20
7. Zaključak	24

Uskrata prava na pristup zdravstvenim uslugama tijekom COVID-19 pandemije

Sažetak:

Cilj ovog rada je utvrditi i opisati posljedice koje je COVID-19 pandemija imala na djelotvornost zdravstvenog sustava te na dostupnost zdravstvenih usluga u Hrvatskoj. Opisuju se pojmovi prava na zdravlje, zdravlja, zdravstvenih nejednakosti i pristup zdravstvenim uslugama. Nastoji se dokučiti koje su to systemske odrednice hrvatskog zdravstvenog sustava i odluke nadležnih tijela dovele do ograničenosti i nedostupnosti zdravstvenih usluga za vrijeme trajanja pandemije i na koji način je to dovelo do uskrate ljudskih prava.

Ključne riječi: zdravstvena zaštita, COVID-19, pristup zdravlju, zdravstvene nejednakosti, uskrata ljudskog prava na zdravlje, Hrvatska

Denial of the right to access to healthcare services during the COVID-19 pandemic

Abstract:

The aim of this paper is to determine and describe the impact of the COVID-19 pandemic on the efficiency of the Croatian healthcare system and the availability of healthcare services in Croatia. Concepts such as the right to health, health, health inequality and access to healthcare are explained. The paper aims to ascertain which of the characteristics of the Croatian healthcare system and measures imposed by the authorities led to the limitation and inaccessibility of healthcare services during the pandemic and in what way that affected the violation of human rights.

Key words: healthcare, COVID-19, access to health, health inequalities, denial of human right to health, Croatia

Izjava o izvornosti

Ja, Martin Vrkić, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristio drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Martin Vrkić

Datum: 23.09.2022.

1. Uvod

Pandemija uzrokovana koronavirusom (dalje u tekstu: COVID-19 pandemija) koja u kontinuitetu traje sada već više od 2 godine (uskoro 3 godine!), zasigurno je jedan od većih globalnih problema s kojim se Hrvatska, ali i ostatak svijeta, suočava u novije vrijeme. Mnogi društveni sustavi i organizacije od početka COVID-19 pandemije pod povećanim su pritiskom i prošli su/prolaze kroz značajne modifikacije svakodnevnog funkcioniranja u usporedbi s pretpandemijskim razdobljem („staro normalno“), a u tom pogledu jedan od (naj)zahvaćenijih sustava svakako je onaj zdravstveni.

O tematici funkcioniranja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj ionako se dugi niz godina (i prije početka pandemije) često govori u medijskom prostoru, među stanovništvom, ali i političkim akterima koji često daju obećanja da će upravo njihova politička opcija biti ta koja će uspješno riješiti kronične probleme u zdravstvu, kao što su: dugačke liste čekanja na med. preglede/zahvate, kontinuirani rast dugova/troškova u zdravstvenom sustavu (Bulajić, 2018.), problematika kadroviranja potkapacitiranog sustava (Hrvatska udruga poslodavaca, 2018.) i dr. Zdravlje pojedinaca, posljedično i zdravlje nacije, zasigurno je jedna od bitnijih tema za svako društvo i državu (Benković, 2017.), a (dobro) zdravlje svakako je jedna od ključnih odrednica (dobre) kvalitete života.

U ovom radu nastojim utvrditi i opisati posljedice koje je COVID-19 pandemija imala na djelatnost zdravstvenog sustava te na dostupnost zdravstvenih usluga u Hrvatskoj. Stanovnici mnogih, ako ne i svih, država bili su suočeni s istim iskustvom. U ovom radu pokušavam dokučiti koje su to systemske odrednice hrvatskog zdravstvenog sustava i odluke nadležnih tijela dovele do ograničenosti i nedostupnosti zdravstvenih usluga za vrijeme trajanja pandemije i na koji način je to dovelo do uskrate ljudskih prava. Za vrijeme pandemije u jednom trenutku (pogotovo u početku) došlo je, kao što ćemo vidjeti dalje u radu, do značajnijeg narušenja u kontinuitetu pružanja zdravstvenih usluga, odnosno do uskrate pristupa zdravstvenim uslugama.

Da bi bilo lakše razumjeti značaj uskrate prava na pristup zdravstvenim uslugama, u radu se prezentiraju neki od osnovnih pojmova i spoznaja iz domene zdravlja/zdravstva; opis prava na zdravlje i neki pravni izvori koji ga reguliraju, definicija zdravlja, pojam zdravstvenih nejednakosti, neke njihove karakteristike i

značaj te pojam pristupa zdravstvenim uslugama. U završnom dijelu rada bavit ćemo se pandemijom COVID-19 bolesti – kratkim opisom njenog tijeka, prikazom mjera koje su se donosile u Republici Hrvatskoj radi sprječavanja širenja COVID-19 bolesti te prikazom posljedica koje je pandemija imala na dostupnost i rad zdravstvenih institucija za vrijeme njihovog trajanja.

2. Pravo na zdravlje

Pravo na zdravlje jedno je od ključnih prava svake osobe koje je na općoj razini regulirano mnogim međunarodnim dokumentima, a konkretnije je razrađeno kroz nacionalna zakonodavstva svake države. U tom kontekstu spomenut ćemo neke od najpoznatijih i najvažnijih međunarodnih dokumenata koji su dali značajan doprinos pravnom uređenju ljudskih prava općenito, ali i pravu na zdravlje, a to su: Ustav Svjetske zdravstvene organizacije (dalje u tekstu: SZO) iz 1946. godine, Opća deklaracija o ljudskim pravima Ujedinjenih naroda (dalje u tekstu: UN) iz 1948. godine te Međunarodni pakt o gospodarskim, socijalnim i kulturnim pravima UN-a iz 1966. godine.

Tako članak 25. Opće deklaracije o ljudskim pravima UN-a (1948.) o pravu na zdravlje navodi kako:

„Svatko ima pravo na životni standard koji odgovara zdravlju i dobrobiti njega samoga i njegove obitelji, uključujući... liječničku njegu... kao i pravo na sigurnost u slučaju... bolesti... ili nekog drugog nedostatka sredstava za život u uvjetima koji su izvan njegove kontrole“.

Članak 12. Međunarodnog pakta o gospodarskim, socijalnim i kulturnim pravima UN-a navodi kako „Države stranke Pakta priznaju svakome pravo na uživanje **najvišeg mogućeg standarda tjelesnog i duševnog zdravlja**“ te obvezuje države stranke na provedbu mjera nužnih za ostvarenje tog prava (UN, 1966.):

- a) Smanjenje stope mrtvorodenčadi i smrtnosti djece te zdravog razvoja djeteta;
- b) poboljšanje svih oblika higijene okoliša i industrijske higijene;
- c) prevenciju, liječenje i nadzor nad epidemijским, endemijским, profesionalnim i drugim bolestima;

- d) stvaranje uvjeta u kojima će svi imati osiguranu liječničku skrb i njegu u slučaju bolesti

Tako definirano pravo na zdravlje po pravnom značaju je, naizgled, slično ustavnim odredbama u smislu da ono nije neposredno primjenjivo pravo, već djeluje više kao skup načela (programsko pravo) koja se zatim detaljnije razrađuju kroz zakone i druge akte u nacionalnim zakonodavstvima, ovisno o socijalnim, gospodarskim i drugim karakteristikama uređenosti i stupnja razvoja svake države. Ipak, međunarodne organizacije, poput UN-ovog ureda Visokog povjerenika za ljudska prava u dokumentu „*The right to health*“ (2008.), naglašavaju da, iako pravo na zdravlje svakako može i treba biti programski cilj svake države stranke, to nipošto ne znači da se države stranke oslobađaju trenutnih obveza u tom pogledu; naponi usmjereni ostvarenju tog prava trebaju se početi poduzimati **odmah**, u skladu s dostupnim resursima unutar svake države, pri čemu se eventualne financijske teškoće država **ne mogu** koristiti kao izlika za odgađanje ili sporu realizaciju ovog prava. Nadalje, kao jedan od ključnih elemenata na kojem počivaju ljudska prava, pa tako i pravo na zdravlje, jest načelo ne-retrogradnosti (eng. „*non-retrogression*“) koje zapravo podrazumijeva obvezu država da „ne dopuste da se postojeća razina zaštite gospodarskih, socijalnih i kulturnih prava pogorša, osim u slučaju iznimno opravdanih okolnosti“ (SZO, 2017.a). Ovo načelo pogotovo je aktualno u kontekstu COVID-19 pandemije koja je, u kombinaciji s nekim izuzetno restriktivnim mjerama zaštite od širenja virusa, značajnije narušila i/ili otežala funkcioniranje mnogih aspekata društva, a koja bi se mogla shvatiti kao „iznimno opravdana okolnost“ za suspenziju, odnosno ograničenje ljudskih prava, ali tome će se nešto više pažnje posvetiti u kasnijem dijelu rada. Nastavno na prikaz pojma prava na zdravlje, odnosno što sve ono sadržava, SZO navodi kako su ključne sastavnice istoga (SZO, 2017.a):

- a) **dostupnost** (eng. *Availability*) – koja podrazumijeva potrebu za dostatnom brojnošću funkcionalnih zdravstvenih ustanova, dobara, usluga i programa za sve
- b) **pristupačnost** (eng. *Accessibility*) – koja podrazumijeva zahtjev da zdravstvene ustanove, dobra i usluge moraju biti dostupni svima, a ogleda se kroz 4 dimenzije: nediskriminacija, fizička pristupačnost, ekonomska pristupačnost (priuštivost) te informacijska pristupačnost

- c) **prihvatljivost** (eng. *Acceptability*) – shvaćena kao poštivanje načela medicinske etike te uvažavanje kulturalnog konteksta i osjetljivost na rodna pitanja. Uz to, zahtijeva se da zdravstvene ustanove, dobra, usluge i programi budu usmjereni na ljude i vode računa o zadovoljenju specifičnih potreba raznolikih društvenih skupina, sukladno međunarodnim standardima medicinske etike u kontekstu i informiranog pristanka
- d) **kvaliteta** – shvaćena kao zahtjev da ustanove, dobra i usluge moraju biti znanstveno i medicinski odobrene, pri čemu se smatra da bi kvalitetne zdravstvene usluge trebale biti: **sigurne** (izbjegavanje ozljeda prilikom pružanja usluga), **djelotvorne** (da se usluge temeljene na znan. dokazima pružaju onima koji ih trebaju), **orijentirane na ljude** (skrb koja odgovara pojedinačnim preferencijama, potrebama i vrijednostima), **vremenski prihvatljive, pravedne** (kvaliteta pružene skrbi ne bi se smjela mijenjati zbog faktora kao što su rod, etnicitet, zemljopisni položaj i socio-ekonomski status), **integrirane i učinkovite** (dostupni resursi trebali bi se maksimalno iskoristiti sa što manje rasipanja).

Specifično za europski kontekst, svakako treba spomenuti još jedan vrlo značajan međunarodni dokument za zaštitu i unapređenje prava na zdravlje - (Europsku) Konvenciju za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda Vijeća Europe iz 1950. godine. Pomalo paradoksalno, ona **ne spominje** izriječno pravo na zdravlje, ali o njemu posredno vodi računa kroz primjenu drugih odredbi koje inicijalno nisu tome bile namijenjene, npr. članak 2. koji govori o pravu na život (VE, 2022.). Zaštitu prava sadržanih u Konvenciji osigurava Europski sud za ljudska prava sa sjedištem u Strasbourgu koji je na temu prava na zdravlje/zdravlja iznjedrio bogatu sudsku praksu te kroz istu ujedno obvezuje države na donošenje i provedbu mjera kojima se, između ostaloga, štiti psihofizička dobrobit njihovih stanovnika, uključujući: osiguranje pristupa potrebnoj zdravstvenoj skrbi, osiguranje prava na odlučivanje o zdravstvenim uslugama koje im se pružaju, obeštećenje u slučaju pogrešaka prilikom pružanja zdravstvenih usluga i drugo (VE, 2022.).

Mnoge pomažuće profesije ljudskim pravima (pa tako i pravu na zdravlje) pridaju velik značaj, uključujući svakako i socijalne radnike. Službeni stav Međunarodne federacije socijalnih radnika po pitanju zdravlja jest da je „zdravlje pitanje temeljnih

ljudskih prava i socijalne pravde... te da svi ljudi imaju jednako pravo na pristup resursima i uslugama koji promiču zdravlje i adresiraju bolest, ozljede i oštećenja, uključujući socijalne usluge“ (MFSR, 2008., prema Bywaters i Davis, 2012.: 1). Ovakav stav je svakako u skladu s poslanjem profesije socijalnog rada, s obzirom na činjenicu da su upravo socijalni radnici ti koji često pomažu potrebitima, marginaliziranima i drugim ranjivim skupinama u društvu.

Rad na ostvarenju i poboljšanju prava na zdravlje i samog zdravlja dugotrajan je proces koji iziskuje kontinuirane napore svih zajednica, država i međunarodnih organizacija, a kao jedan od važnijih dokumenata novijeg datuma koji odražava i naglašava potrebu za ustrajnost u tim naporima, i to za relativno blisku budućnost, možemo istaknuti UN-ovu 2030 Agendu za održivi razvoj (2015.), koja kao jedan od svojih glavnih (i vrlo ambicioznih) ciljeva do 2030. godine navodi ostvarenje „univerzalnog zdravstvenog pokrića i pristupa kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi u kojima nitko ne smije biti izostavljen“. Iz svega priloženoga, možemo vidjeti da se pravu na zdravlje i zdravlju općenito pridaju izuzetno velika pozornost. Sljedeće pitanje koje se onda postavlja je: što to jest zdravlje i zašto je važno proučavati i unaprjeđivati ga?

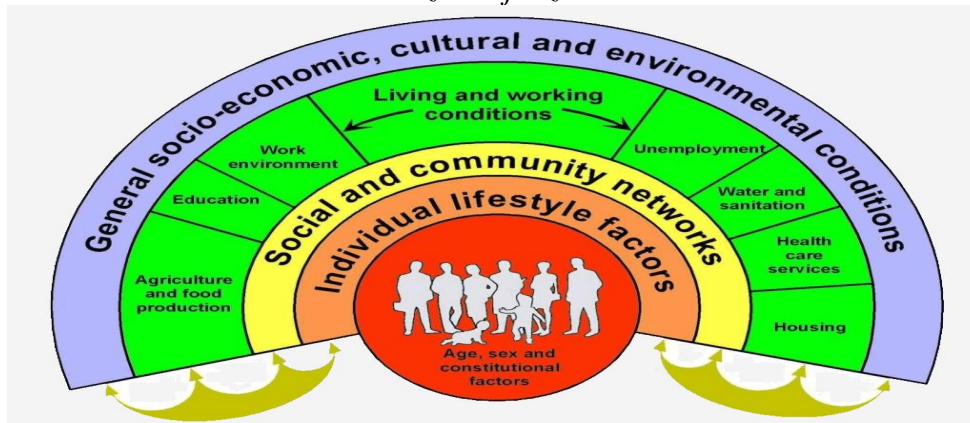
3. Pojam i značaj zdravlja

Jedna od najpoznatijih definicija zdravlja svakako je ona SZO-a, sadržana u preambuli njenog Ustava: „Zdravlje je stanje potpunog tjelesnog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti“ (SZO, 1946. prema Benković, 2017.: 1). Zdravlje je izuzetno važno u životu svakog čovjeka; bolest može biti jedan od najvećih stresora u životu pojedinca (ali i njegove obitelji) zbog mogućnosti nastanka raznih, izuzetno nepovoljnih, a često i međusobno povezanih posljedica, kao što su: gubitak posla, smanjenje prihoda, siromaštvo, socijalna isključenost, nastanak invaliditeta i druge. Jedna od socioloških definicija zdravlja zdravlje vidi kao „individualni kapacitet u odnosu na aspiracije i potencijal za potpuni život u društvenom okruženju“ (Tarlov, 1996. prema Benković, 2017.: 1) – bolest, kao suprotnost zdravlju, stoga, ima potencijal ozbiljnog narušavanja tog kapaciteta – kapaciteta za ravnopravno i potpuno sudjelovanje u društvu.

Mnoštvo je faktora koji utječu na zdravlje ljudi, a jedan od poznatijih modela koji navodi glavne faktore (tj. odrednice) zdravlja je Dahlgren-Whitehead model (1991.).

Slika 3.1

Dahlgren-Whitehead model odrednica zdravlja iz 1991.



Izvor: Health inequalities portal, 2022. Slika preuzeta 17.09.2022. godine s mrežne stranice: <https://health-inequalities.eu/action/research-on-health-inequalities/>

Prema njemu, zdravlje je rezultat interakcije većeg broja odrednica koji su u stalnoj interakciji - na neke od tih odrednica osoba može u većoj ili manjoj mjeri sama utjecati (npr. životni stil), na neke može utjecati društvo (npr. zaposlenost), a neke karakterizira trajnost, odnosno nemogućnost mijenjanja (npr. životna dob) (Dahlgren i Whitehead, 1991.). SZO (2017.b) kao odrednice zdravlja (i o tome kako one utječu na zdravlje) navodi sljedeće:

- a) Prihodi i socijalni status osobe – bolji socio-ekonomski status povezan je s boljim zdravljem, i obrnuto;
- b) Obrazovanje – niska razina obrazovanja povezana je sa slabim zdravljem, više stresa i nižim samopouzdanjem;
- c) (Fizički) okoliš – zdravstveno ispravna voda, čist zrak, zdravstveno sigurna radna mjesta, zajednice i sl., znatno pridonose dobrom zdravlju;
- d) Zaposlenost i radni uvjeti – zaposlene osobe (pogotovo osobe koje imaju veći stupanj kontrole nad radnim uvjetima u kojima rade) prosječno su zdravije od nezaposlenih osoba;
- e) Mreže socijalne potpore – viša razina potpore od strane naših obitelji, prijatelja i zajednica povezani su s kvalitetnijim zdravljem. Uz to, dominantna kultura, običaji, tradicije i uvjerenja obitelji i zajednice također imaju znatan utjecaj na zdravlje;

- f) Genetika – genetsko nasljeđe ima određen utjecaj na duljinu životnog vijeka, zdravlje i vjerojatnost razvitka određenih bolesti. Uz to, naša ponašanja (poput tjelesne ne/aktivnosti, pušenja, pijenja alkohola, zdrave ishrane) i vještine suočavanja sa stresom također utječu na zdravlje;
- g) Spol – muškarci i žene obolijevaju od različitih bolesti u različitoj životnoj dobi;
- h) Zdravstvene usluge – pristup (zdravstvenim) uslugama i njihovo korištenje, a koje djeluju preventivno i liječe bolesti također utječu na zdravlje.

Kako bi se pratili određeni trendovi i pomaci u zdravlju stanovništva, kako na državnoj, tako i na međunarodnoj razini, postoje određeni statistički pokazatelji koji se mjere i prate – to su tzv. zdravstveni pokazatelji, a te podatke bilježe i proučavaju razne nacionalne i međunarodne organizacije, kao što su SZO, Svjetska banka, Eurostat, a u Hrvatskoj npr. Državni zavod za statistiku, HZJZ i drugi (Benković, 2017.). Neki od najpoznatijih i najčešće korištenih zdravstvenih pokazatelja su: mortalitet (smrtnost), očekivano trajanje života, perinatalna smrtnost, maternalna smrtnost, natalitet, razni financijski pokazatelji, i drugi (Benković, 2017.).

Moglo bi se reći kako je u posljednjih stotinjak godina napravljen velik iskorak u poboljšanju zdravlja ljudi.

Tablica 3.1
Vodeći uzroci smrtnosti nekad i danas

1920.	2016.
1. Zarazne bolesti	1. Bolesti kardiovask. sustava
2. Bolesti kardiovask. sustava	2. Novotvorine
3. Respiratorne bolesti	3. Ozljede, trovanje
4. Bolesti probavnog sustava	4. Respiratorne bolesti
5. Živčane bolesti	5. Bolesti probavnog sustava

Izvor: Branica, V. (2020). *Zbirka predavanja iz kolegija „Socijalni rad u zdravstvu“*.

Kao što možemo vidjeti, zarazne bolesti, koje su nekad bile vodeći uzrok smrti kod ljudi, praktički su iskorijenjene (u većoj mjeri u razvijenim zemljama). Ipak, zadnjih godina struktura vodećih uzroka smrtnosti izmijenila se zbog COVID-19 pandemije; u SAD-u su tako zarazne bolesti (primarno zbog COVID-19) bile na 3. mjestu vodećih uzroka smrti u 2020. godini (Murphy i sur., 2021.), a slično je i u mnogim drugim

zemljama, uključujući i Hrvatsku gdje je 2020. COVID-19 bio 4. po vodećim uzrocima smrti (HZJZ, 2021.).

Koje su sve okolnosti utjecale na takvu promjenu u zdravstvenim trendovima, odnosno javnom zdravlju u proteklom stoljeću? Razlog leži u mnogobrojnim dostignućima, otkrićima i znanstvenim spoznajama, kao što su: poboljšanje higijenskih i stambenih uvjeta, osiguravanje zdravstveno ispravne vode za piće i kvalitetna odvodnja otpadnih voda, mnoga važna znanstvena dostignuća u području biomedicinskih tehnologija (npr. otkriće i masovna primjena cjepiva, antibiotika poput penicilina i dr.), kontrola štetnika/prijenosnika zaraznih bolesti (npr. zaprašivanje u svrhu smanjenja broja komaraca, cijepjenje pasa za sprječavanje širenja bjesnoće, itd.) i mnoga druga (CDC, 1999.). Kao posljedica tih i drugih dostignuća, došlo je i do značajnog porasta duljine (očekivanog) trajanja života. U davnim vremenima ono je bilo, za današnje standarde, vrlo kratko; procjenjuje se kako su neandertalci živjeli prosječno 20 godina, stanovnici antičke Grčke i Rima prosječno 28 godina, stanovnici zapadne Europe na kraju 19. st. u prosjeku 37 godina (Roksandić i sur., 2009.), dok je već 1960.-ih godina svjetski prosjek iznosio 53 godine, koji se u međuvremenu do 2019. godine dalje popeo do 73 godine (Svjetska banka, 2022.). Ipak, važno je napomenuti da su potonji podaci koje smo iznijeli **svjetski prosjek**; odstupanja, vrlo značajna, postoje među državama/narodima. Prema podacima iz 2019., najkraće prosječno očekivano trajanje života je u Lesotu te iznosi 50,75 godina (iako su i druge afričke države vrlo blizu tom prosjeku), dok je najduže prosječno očekivano trajanje života u Japanu te iznosi 84,26 godina (SZO, 2022.a).

Jasno je stoga da zdravlje i bolest nisu samo „dobro“ ili „loše“ stanje tijela promatrano iz isključivo biološkog aspekta, naprotiv - zdravlje je iznimno složen, multidimenzionalan i nipošto isključivo biomedicinski fenomen, a čiji ishodi ovisе o, vidjeli smo, nizu čimbenika. Posredno kao dokaz možemo uzeti i samu promjenu strukture vodećih uzroka smrti; ljudi i dalje obolijevaju i umiru, ali zbog drugačijih uzroka; sada su to u manjoj mjeri neki bacili/bakterije/virusi (izuzev COVID-19), a više posljedica naših životnih stilova, određenih oblika ponašanja, kultura i sl. (Štifanić, 2001.). Sociološka komponenta zdravlja iznimno je važna – primjerice, društveni status, odnosno pripadnost osobe određenoj društvenoj klasi, itekako utječe na stope obolijevanja – npr., žene iz radničke klase sklonije su razvoju psihičkih

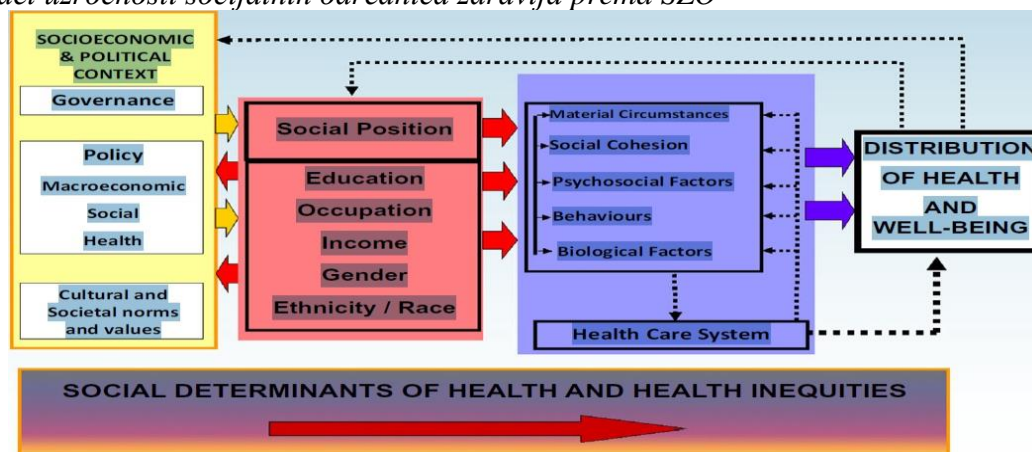
poremećaja nego žene iz srednje klase (Brown i Harris, 1978. prema Štifanić, 2001.). Razlike među ljudima u zdravstvenim ishodima svakako postoje i predstavljaju velik problem, kako unutar društava (na lokalnoj i nacionalnoj razini), tako i između društava, na međunarodnoj razini. Te razlike nazivamo zdravstvenim nejednakostima.

4. Zdravstvene nejednakosti

Kako bi se zdravstvene nejednakosti mogle lakše objasniti, potrebno je spomenuti i socijalne/društvene odrednice zdravlja. One se zapravo u najvećem dijelu preklapaju s ranije spomenutim (općim) odrednicama zdravlja pa nećemo ponovno nabrajati njihove elemente, ali ćemo istaknuti sažet opis socijalnih odrednica – one su zapravo „uvjeti u kojima se ljudi rađaju, odrastaju, rade, žive i u kojima stare, te pristup ljudi moći, novcu i resursima“ (SZO, 2021.). Zdravstvene nejednakosti često se definiraju na 2 načina, premda se često koriste kao istoznačnice; zdravstvene nejednakosti u smislu pojma „*health inequality*“ označavaju sve (mjerljive) razlike u zdravlju između pojedinaca ili skupina, dok u smislu pojma „*health inequity*“ označavaju razlike u zdravlju koje se daju izbjeći ili ukloniti, a koje su stoga nepravedne; one su sustavne razlike u zdravlju koje se razumnim mjerama mogu izbjeći (Arcaya i sur., 2015.). Iznad opisane socijalne odrednice zdravlja među najznačajnijim su faktorima koji dovode do potonjih nejednakosti (SZO, 2021.). Drugim riječima, one nejednakosti koje nisu posljedica isključivo bioloških razlika, nego posljedica nečijeg socio-ekonomskog statusa – te nejednakosti imaju „moralno-pravni značaj te se smatraju neprihvatljivim i nepravednim“ (Whitehead, 1992. prema Benković, 2017.: 2).

Slika 4.1

Model uzročnosti socijalnih odrednica zdravlja prema SZO



Izvor: Social justice, epidemiology and health inequalities. Marmot (2017.)

O značaju socijalnih odrednica u rezultatima zdravstvenih ishoda i nejednakostima najbolje je pogledati sliku 4.1. gdje se vidi njihova međusobna i kompleksna isprepletenost.

Nekoliko je mehanizama koji su ključni u generiranju zdravstvenih nejednakosti, a oni su (Benković, 2017: 17): **1. Distanciranje** – „neki su ljudi daleko ispred ostalih“. **2. Mehanizam isključivanja** – stvaranjem prepreka određenim kategorijama ljudi postaje nemoguće ili vrlo teško postići dobar život (uključujući dijelom i prepreke za „ostvarivanje dostupnosti zdravstvenih usluga“). **3. Hijerarhizacija** – društva i njihove institucije su ustrojani kao „ljestve, odnosno piramide“. **4. Eksploatacija** – bogati su ti koji „profitiraju od rada i podčinjenosti siromašnih i onih s preprekama (eng. *disadvantaged*)“.

O zdravstvenim nejednakostima postoji nekoliko teorija koje se njima bave te ćemo ih ukratko navesti i opisati. One su (Benković, 2017.):

- a) **Teorija artefakta:** prema ovoj teoriji, „svako mjerenje ili definiranje društvenog/zdravstvenog statusa samo po sebi proizvodi promatranu razliku“ (MacIntyre, 1986. prema Benković, 2017.: 21). Do artefakta u mjerenju dolazi kod samoprocjene zdravlja između žena i muškaraca; „muškarci će prije precijeniti svoje simptome/razinu bolesti nego žene“, a kao posljedica toga moguće je da je razina bolesti u stvarnosti viša kod žena, ali ih one manje prijavljuju (MacIntyre, 1993. prema Benković, 2017.). Ova teorija općenito pridaje veliku pažnju razlikama u rodnim ulogama (Benković, 2017.).
- b) **Teorija zdravstvene selekcije:** prema ovoj teoriji, zdravlje je ključna komponenta socioekonomske mobilnosti; „zdraviji postižu socijalnu mobilnost prema gore, a manje zdravi onu u smjeru prema dolje“ (MacIntyre, 1997. prema Benković, 2017: 22). Teorija tvrdi da je odnos socioekonomskog statusa i zdravlja rezultat selekcije, u smislu da osobe „superiornijeg“ genetskog ustroja imaju veće šanse za bolje zdravlje i inteligenciju, a posljedično i bolju socioekonomsku mobilnost; ipak, studije koje su proučavale uzroke društvenih odrednica zdravlja nisu potvrdile takve tvrdnje (Benković, 2017.).

c) **Teorija društvene uvjetovanosti:** glavni postulat ove teorije tvrdi da, što je osoba nižeg socioekonomskog statusa, na raspolaganju onda ima manju količinu dostupnih sredstava/resursa, a to ima objektivne (npr. lošiji stambeni uvjeti, lošija prehrana i dr.) i subjektivne (više stresa) posljedice na zdravlje (Benković, 2017.). Što su osobe boljeg SES-a, živjet će duže i zdravije, dok će oni slabijeg SES-a živjeti nezdravije i kraće (Hertzmann, 1999. prema Benković, 2017.). U tom kontekstu razlikujemo nekoliko smjerova razumijevanja razlika u zdravlju ljudi, a oni su: materijalno-strukturalni, psihosocijalni i kulturno-bihevioralni (Benković, 2017.). Materijalno-strukturalni pristup govori o tome kako „kvaliteta života i dostupnost osnovnih materijalnih uvjeta kasnije utječu na druge socioekonomske čimbenike, poput obrazovanja“ (Benković, 2017: 23). Kulturno-bihevioralni pristup tvrdi da do razlika u zdravlju dolazi zbog životnih stilova i zdravstvenih uvjerenja, posljedično i ponašanja na temelju istih (npr. pušenje, konzumacija alkohola, rizična spolna ponašanja i dr.), dok psihosocijalni pristup uzima u obzir obilježja pojedinaca i društvene povezanosti koji mogu utjecati na zdravlje pa se tako u obzir uzimaju naša osobna iskustva i osjećaji koji mogu dovesti do razvoja stresa koji u konačnici djeluje na naša tijela i dovodi do razvoja raznih bolesti (Benković, 2017.).

Koje su to onda razlike tj. nejednakosti u zdravlju, odnosno kako se manifestiraju u stvarnom životu? Npr., žene žive duže od muškaraca, bijelci žive duže od pripadnika drugih rasa, stariji imaju veću vjerojatnost obolijevanja od kroničnih bolesti, a mlađi od akutnih zaraza (Štifanić, 2001.). Muškarci se češće ozljeđuju, češće postaju osobe s dugotrajnim invaliditetom i češće razvijaju životno ugrožavajuće bolesti (Verbrugge, 1985., Waldron, 1983. prema Štifanić, 2001.). Muškarci imaju veću stopu smrtnosti, a žene veću stopu bolesti; isto tako, žene češće obolijevaju od kroničnih bolesti i više koriste zdravstvene usluge (Štifanić, 2001.). U SAD-u su velike razlike zamjetne i s obzirom na rasnu pripadnost. Npr., u usporedbi s bijelcima, Afroamerikanci češće umiru od raka, a češće obolijevaju i od dijabetesa (Štifanić, 2001.). Osobe sa samo osnovnoškolskom razinom obrazovanja, u usporedbi s fakultetski obrazovanim osobama, od istih bolesti umiru dvostruko više (Antonovsky, 1972., Siegrist, 1984. prema Štifanić, 2001.). Možemo spomenuti i djecu; „siromašna i pothranjena djeca od

proljeva mogu umrijeti, dok je taj utjecaj na bolje ishranjenu djecu minimalan“ (Štifanić, 2001.: 195). Dobrobit djece (uključujući zdravlje) rođene u nepovoljnim socioekonomskim uvjetima narušena je njihov čitav život, u svim društvima oko svijeta (Pickett, K.E. i Wilkinson, R.G., 2015. prema Bonati i sur., 2021). Promatrajući sve navedene nalaze, i u Hrvatskoj nailazimo na neke slične rezultate; tako je npr. 1990.-ih godina 65% visokoobrazovanih osoba svoje zdravlje procjenjivalo „jako dobrim“, dok je to činilo svega 30% osoba osnovnoškolskog stupnja obrazovanja (Mastilica, 1993.). Na pregled kod liječnika najkraće su čekali direktori, a najduže poljoprivrednici (Mastilica, 1993.). Ovo su samo neki od primjera mnoštva nejednakosti koji postoje, kako u RH, tako i drugdje u svijetu. Da ilustriramo koliko su zdravstvene nejednakosti štetne i kakve koristi bi se mogle dobiti kada bismo ih u većoj mjeri uklonili, izdvojit ćemo jednu zanimljivost: za područje Engleske, Marmot i sur. 2010. godine su izračunali da, kada bi svi u Engleskoj imali stopu smrtnosti kao oni najbolje stojeći u društvu, oni ljudi koji prerano umiru svake godine živjeli bi (ukupno), prema njihovoj procjeni, dodatnih 1.3 do 2.5 milijuna godina; uz to, bez invaliditeta bi živjeli dodatnih 2.8 milijuna godina; također, kada bi svi u Engleskoj umirali po stopi smrtnosti koja je istovjetna onoj fakultetski obrazovanih ljudi, svake godine bi se spriječilo više od 202.000 preuranjenih smrti ljudi starijih od 30 godina (Marmot, 2017.)! „Društvena nepravda ubija u velikim razmjerima“, kažu Marmot i suradnici (Marmot, 2017.).

Što bi se onda smatralo pravednim u kontekstu zdravstvenih nejednakosti, tj. kada bi se ljudi mogli smatrati pravednima/jednakima u zdravlju? Po tom pitanju razlikujemo „slabiji“ i „jači“ koncept jednakosti u zdravlju; po „slabom“ konceptu, poželjno je da se svakom čovjeku osigura „minimum zdravstvenih usluga“ koje u stvarnost može i dobiti, dok „jači“ koncept navodi da bi idealan zdravstveni sustav trebao osigurati zdravstvene učinke na takav način da smrt i bolest odvoji od socioekonomskog statusa osoba, odnosno da korištenje, način korištenja i dostupnost zdravstvenih usluga bude povezano isključivo sa zdravstvenim stanjem/potrebom osobe, a ne mogućnošću plaćanja zdravstvenih usluga (Benković, 2017.: 3-4). Na tragu toga je i načelo o kojem se u današnje vrijeme ne govori puno, ali je svakako aktualno u kontekstu ove rasprave; Andrija Štampar inzistirao je na tome da bi liječnici trebali biti financijski neovisni o svojim pacijentima (Štampar, 1923. prema Benković,

2017.), odnosno da bolesnik nikada ne bi smio postati izvor zarade (Špoljar Vržina, 2008. prema Benković, 2017.). Znamo da to danas nije slučaj, prvenstveno kod privatnih pružatelja zdravstvenih usluga koji svoje usluge naplaćuju po tržišnim cijenama. Možda zato u skoro svim reklamama za medicinske preparate gotovo uvijek 9 od 10 doktora preporuča neki proizvod, dok onaj deseti vjerojatno želi da se razbolimo kako bi nas mogao liječiti i na tome zaraditi. Iako se šalimo, neoliberalni trendovi privatizacije zdravstva svakako imaju utjecaj na zdravstvene nejednakosti; ideje da je svatko „kovač svoje sreće“ i da je tržište najbolji arbitar kojem sve treba prepustiti, zadnjih nekoliko desetljeća negativno su djelovale na mnoge države i društva, često pogađajući upravo najpotrebitije, otežavajući im pristup brojnim uslugama poput zdravstva, obrazovanja, tako dalje produbljujući razlike među ljudima, pa tako i razlike u zdravlju (Pavličić, 2016.). Sastavni dio zdravstvene pravednosti uključuje, između ostaloga, i „pravednost u korištenju zdravstvene zaštite“, a koja se očituje kroz (Whitehead i Dahlgren, 2006. prema Benković, 2017.):

- a) Jednak pristup raspoloživoj zaštiti za jednaku zdravstvenu potrebu
- b) Jednako korištenje zdravstvene zaštite za jednaku zdravstvenu potrebu
- c) Jednaku kvalitetu zaštite za sve.

Zdravstveni sustav i zdravstvene usluge koje pruža, također igraju važnu ulogu u zdravlju ljudi. Ipak, nekima od nas te usluge katkad nisu dostupne, čime zdravlje tih ljudi pati. Što znači pojam „pristup zdravstvenim uslugama“ i zašto je važan?

5. Pristup zdravstvenim uslugama

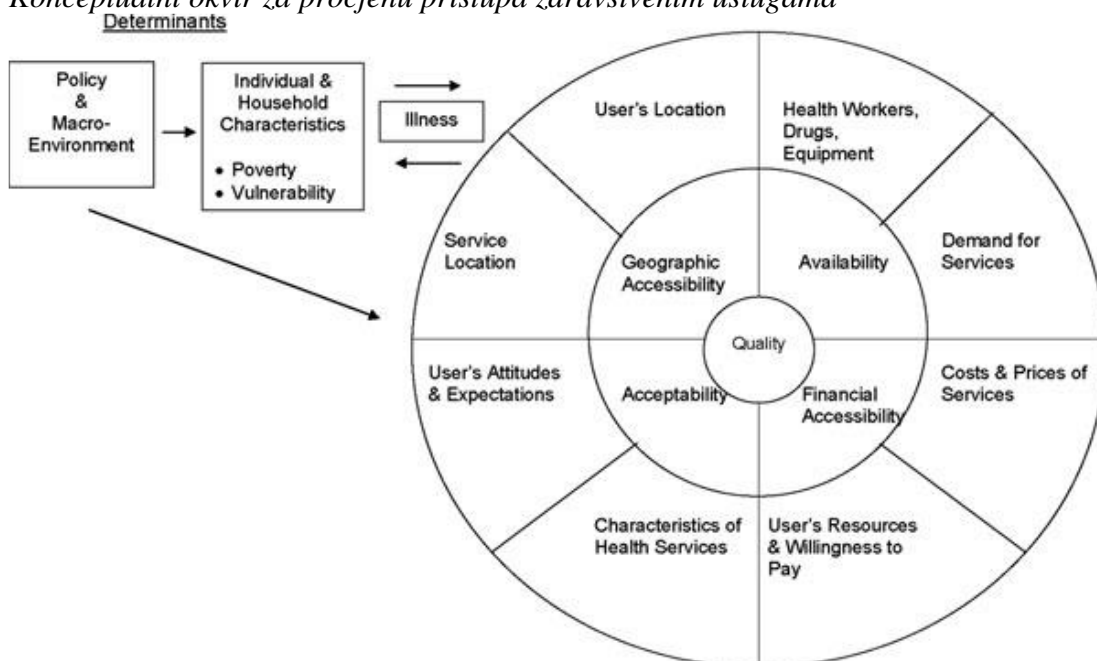
Pristup zdravstvenim uslugama (tj. zdravstvenoj skrbi), vidjeli smo ranije, je bitna odrednica zdravlja čiju važnost naglašavaju mnogi međunarodni dokumenti, ali i istraživanja. Smatra se da između siromaštva i pristupa zdravstvenim uslugama postoji negativna povezanost; siromašne osobe iz siromašnih zemalja imaju znatno slabiji pristup zdravstvenim uslugama od osoba iz bogatijih zemalja, a situacija je slična i na nacionalnim razinama (unutar država); siromašni imaju manje mogućnosti pristupa zdravstvenim uslugama u usporedbi s bolje stojećim skupinama društva (Peters i sur.,

2008.). Koncept pristupa zdravstvenim uslugama (slika 5.1.) sastoji se od sljedećih sastavnica (Peters i sur., 2008.):

- a) Geografska pristupačnost (eng. *Geographic accessibility*) – prostorna udaljenost ili vrijeme putovanja od mjesta gdje se usluga pruža do korisnika
- b) Dostupnost (eng. *Availability*) – postojanje dostupne skrbi/usluga koje odgovaraju potrebama onih kojima su potrebne, kao i posjedovanje odgovarajućih pružatelja usluga i materijala
- c) Financijska pristupačnost (eng. *Financial Accessibility*) – odnos između cijena usluga te spremnosti i mogućnosti korisnika da plate te usluge, kao i zaštita od ekonomskih posljedica zdravstvenih troškova
- d) Prihvatljivost (eng. *Acceptability*) – mjera odazivnosti pružatelja zdravstvenih usluga socio-kulturnim očekivanjima pojedinaca i zajednica

Slika 5.1

Konceptualni okvir za procjenu pristupa zdravstvenim uslugama



Izvor: Poverty and Access to Health Care in Developing Countries (Peters i sur., 2008.)

Dostupnost, kao jedna od odrednica pristupa, često se mjeri pokazateljima kao što su broj doktora ili broj bolničkih kreveta po glavi stanovnika (Gulliford i sur., 2002.). Ipak, dostupnost sama po sebi nije dovoljno dobar indikator za izvođenje zaključaka o mogućnostima pristupa zdravstvenim uslugama; sama prisutnost zdravstvene ustanove ne znači puno samo po sebi – dokaz uspješnog pristupa je zapravo korištenje

same usluge (Donabedian, 1972. prema Gulliford i sur., 2002.). Pitanje pristupa zdravstvenim uslugama u velikoj je mjeri vezano zapravo uz resurse koji su na raspolaganju; resursi koje lok. zajednica ili država izdvajaju za zdravstvo su ograničeni, stoga je pitanje pristupa zdravstvenim uslugama do određene mjere zapravo uvjetovano načinom alokacije, odnosno raspoređivanja tih resursa (Gulliford i sur., 2002.).

Što se tiče Europske Unije (iako Velika Britanija više nije formalno dio EU), gledajući u ne tako daleku budućnost, a s obzirom na višegodišnje trendove imigracija u zemlje države članice Europske Unije (većinom razvijenije zemlje, npr. Njemačku, Švedsku, Italiju i sl.), možemo spomenuti i neke spoznaje vezane uz etnicitet, pristup zdravstvenim uslugama i zdravstvene nejednakosti u nekim državama u Europskoj Uniji. U nastavku predstavljamo neke od mnogih spoznaja koje je Agencija Europske Unije za temeljna prava objedinila u svojem dokumentu „Nejednakosti i višestruka diskriminacija u zdravstvenoj zaštiti“ (2013.): migranti i pripadnici etničkih zajednica češće su korisnici hitne pomoći; u Ujedinjenom Kraljevstvu crne žene podrijetlom s Kariba s post-porođajnom depresijom rjeđe traže pomoć od drugih skupina; u UK-u 58% bijelih Britanaca bilo je vrlo zadovoljno pruženim zdravstvenim uslugama, za razliku od svega 28% Kineza i Bangladešana, kao i 29% Pakistanaca; ženama migranticama jezične barijere su predstavljale velik problem kod zakazivanja ginekoloških pregleda, kao i prilikom poroda; ovo su samo neki od primjera. Možemo zaključiti da je nužno raditi na edukaciji zdravstvenog osoblja u smislu senzibilizacije za kulturne specifičnosti, prevladavanju jezičnih barijera u zdravstvenim sustavima i dr.

Kakvo je stanje s pristupom zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj? Odgovor na to pitanje pokušali su dati profesori Šućur i Zrinščak pa ćemo kratko prezentirati neke od njihovih nalaza (Šućur i Zrinščak, 2007.): 26% najsiromašnijih izjavilo je da im je udaljenost do najbliže zdravstvene ustanove predstavljala iznimno velik problem, u usporedbi sa samo 3.9% najbogatijih; 38.1% najsiromašnijih izjavilo je da im je cijena posjeta doktoru predstavljala problem, u usporedbi sa samo 8.7% najbogatijih, itd. Ako uzmemo u obzir da je 2019. godine čak 23,3% (skoro 1/4) naših sugrađana bilo u riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti, situacija s pristupom zdravstvenim uslugama

vjerojatno i dalje predstavlja velik problem za tu skupinu našeg društva (HMPS, 2020.).

Kao što smo do sad mogli vidjeti, lokalno, nacionalno i globalno, razlike u zdravlju i u pristupu zdravstvenim uslugama među ljudima itekako su stvarne, dugotrajne, kompleksne, brojne i problematične. Kao da to nije bilo dosta, u posljednje skoro 3 godine COVID-19 pandemija je te postojeće probleme dodatno pogoršala. Pogledajmo što se sve dogodilo/događa po tom pitanju od njenog početka pa sve do današnjih dana.

6. COVID-19 pandemija i pristup zdravstvenim uslugama

SZO je proglasila COVID-19 pandemijom 11.03.2022. godine (SZO, 2022.b). Za prikaz njenog nastanka, obilježja bolesti, razvoja pandemije i nekih njenih posljedica prezentirat ćemo ukratko (neke) ključne podatke dostupne na stranicama Europskog centra za sprečavanje i kontrolu bolesti (2022.a):

- a) COVID-19 je oznaka za bolest koju uzrokuje SARS-CoV-2 virus koji se pojavio u Kini (grad Wuhan) krajem 2019. godine i potom brzo proširio ostatkom svijeta, a prenosi se kapljičnim putem. Simptomi bolesti variraju u težini; neke osobe ne iskuse nikakve simptome (asimptomatski slučajevi), dok neke osobe mogu razviti izuzetno teške oblike bolesti koji uključuju upalu pluća i druge komplikacije s funkcioniranjem dišnog sustava, ali i drugih tjelesnih sustava, koji u konačnici mogu dovesti i do smrti.
- b) Unutar prve dvije (2020.-2021.) godine pandemije, na globalnoj razini zabilježeno je više od 450 milijuna slučajeva zaraze, od toga preko 100 milijuna u zemljama EU/EGP-a. Zaključno s 18.09.2022. godine, u svijetu je ukupan broj zaraženih dosegao 609 milijuna sa preko 6.5 milijuna smrti uzrokovanih COVID-om 19; obje brojke i dalje rastu (SZO, 2022.c). U Hrvatskoj je, zaključno s podacima od 12.09.2022. godine, od početka pandemije naovamo do sada bilo 1 220 490 potvrđenih slučajeva zaraze, od čega 16 806 smrtnih slučajeva (ECDC, 2022.b).

Možemo zaključiti da situacija nije nimalo bezazlena. Virus se munjevitom brzinom proširio svijetom i počeo uzrokovati probleme posvuda. COVID-19 predstavlja velik

javnozdravstveni problem; bolest je vrlo zarazna i brzo se širi. S obzirom na to da se o samoj bolesti na početku pandemije nije puno znalo te da bi se širenje zaraze pokušalo spriječiti u što većoj mjeri zbog tih mnogih nepoznanica i straha, mnoge države donosile su razne mjere kojima su nastojale suzbiti širenje zaraze. Pogledajmo koje su to mjere bile.

6.1. *Mjere za sprječavanje širenja COVID-19*

Mjere za sprječavanje COVID-19 bolesti uglavnom su bile usmjerene na smanjenje kontakta između ljudi („socijalno distanciranje“) kako bi se mogućnost prenošenja zaraze na druge svela na najmanju moguću mjeru. U ožujku 2020. godine, kako se pandemija sve više širila i zahvaćala sve veći broj država sa rastućim brojem zaraženih, mnoge države zatvorile su svoje granice i uvele mnoga ograničenja na nacionalnoj razini, kao što su policijski satovi, zabrana kretanja, izolacija kod kuće (u smislu *lockdown*) i druge represivne mjere (Roy i sur., 2021.). Onima koji su bili u mogućnosti, preporučeno je da rade od kuće, dok su neke djelatnosti u potpunosti prestale s radom, a ljudi ostajali u svojim kućama. Na nekim javnim mjestima ili općenito izvan domova, morale su se nositi i zaštitne maske. Za međunarodna putovanja tražile su se potvrde preboljenja bolesti/negativan recentni test na COVID/cijepljenja, ovisno od države do države (Vlada RH, 2021.). U većini zemalja mjere su se popuštale pa ponovno uvodile (i tako u krug), već ovisno o epidemiološkom stanju u državi ili nekom konkretnom području unutar države.

U Hrvatskoj je prvi slučaj zaraze COVID-19 evidentiran 25.02.2020. godine (HZJZ, 2020.), a epidemija COVID-19 formalno je proglašena 11.03.2020. godine (Ministarstvo zdravstva, 2020.) i do dana završetka pisanja ovog rada i dalje je na snazi. Za donošenje pravno obvezujućih mjera za sprječavanje širenja bolesti u Hrvatskoj nadležan je Stožer civilne zaštite Republike Hrvatske koji donosi takve odluke na nacionalnoj razini, za čitavu državu, a na prijedlog županijskih stožera civilne zaštite može donijeti mjere vezane za konkretnu županiju (Ofak, 2021.). Nacionalni stožer je od početka epidemije pa do danas donio veliki broj odluka vezanih uz epidemiju, poput odluka o „zabrani prelaska državne granice, zabrani obavljanja rada određenim djelatnostima, zabrani napuštanja mjesta prebivališta i stalnog

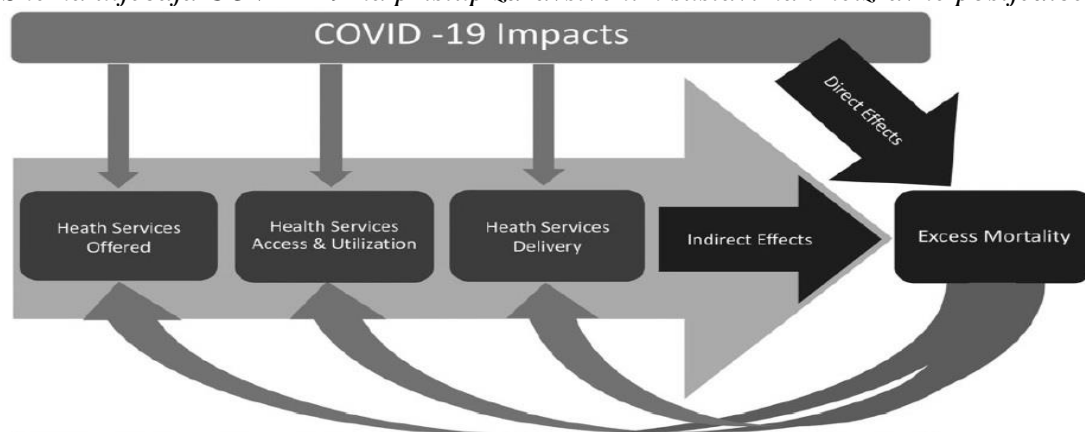
boravišta, zabrani prelaska graničnih prijelaza, obvezu korištenja medicinskih maski“ (Ofak, 2021.: 466-467) i mnoge druge. Jedna od najstrožih mjera bila je ona donesena na početku epidemije u RH, Odluka o zabrani napuštanja mjesta prebivališta i stalnog boravka u Republici Hrvatskoj od 23.03.2020. godine (NN, 35/2020.). Nećemo detaljno ulaziti u kategorije iznimaka od tog pravila, ali navest ćemo jednu ključnu za našu temu (NN, 35/2020., točka II., stavak d); izuzeti su bili „stanovnici koji zahtijevaju **hitnu medicinsku skrb**“. A što je bilo s drugima od 23.03.2020. do 11.05.2020., kad je odluka prestala vrijediti? Možemo reći da je to bio početak uskrate prava na pristup zdravstvenim uslugama u RH (u doba epidemije).

Prema nekim podacima, do sredine 2022. godine, procjenjuje se da su troškovi HZZO-a po pitanju COVID-19 u Hrvatskoj iznosili preko 5 milijardi kuna, od čega 1,9 milijardi za liječenje, 1,7 milijardi za testiranja, 1 milijarda za cijepljenje te 290 milijuna kuna za privremenu nesposobnost za rad¹. To nije jedina cijena koju plaćamo; za vrijeme najstrožih mjera, djeca nisu mogla ići u školu. Njihovo obrazovanje je patilo. Neki su ostali bez posla. Znatno je bio otežan pristup zdravstvenoj skrbi. Za posljedicu je nekima patilo zdravlje, a neki su platili najveću cijenu – pogledajmo onda ukratko kako je COVID-19 promijenio pristup zdravstvenim uslugama.

6.2. COVID-19 i pristup zdravstvenim uslugama

Slika 6.2.1

Shema utjecaja COVID-19 na pristup zdravstvenim sustavima i neizravne posljedice



Izvor: Assessing the indirect effects of COVID-19 on healthcare delivery, utilization and health outcomes: a scoping review (Roy i sur., 2021.)

¹ Koliko nas je ukupno koštala pandemija? Samo HZZO je potrošio pet milijardi, a to nije ni izbliza sve (2022.). *Novi list*. Posjećeno 20.09.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.novolist.hr/novosti/hrvatska/koliko-nas-je-ukupno-kostala-pandemija-samo-hzzo-je-potrosio-pet-milijardi-a-to-nije-ni-izbliza-sve/>

Jedan od razloga zašto je važno proučavati pristup zdravstvenim uslugama u vrijeme COVID-19 pandemije razvidan je iz slike 6.2. COVID-19 sam po sebi nije jedino što u ovoj cijeloj priči šteti ljudima. U ovom slučaju, dio smrti uzrokovan je samom društvenom reakcijom na COVID-19. Neki možda nisu i umrli zbog toga, ali im je ozbiljno stradalo zdravlje ili im je narušena kvaliteta života – možda su razvili neku kroničnu bolest koju se počelo liječiti kad je bilo prekasno, i sl. Jedno je sigurno: mjere koje su države implementirale za sprječavanje širenja COVID-19 bolesti ujedno su stvorile prepreke za pristup zdravstvenim uslugama onima koji pate od stanja/bolesti koje nemaju nikakve veze s COVID-19, a to se dogodilo u skoro svim državama na svijetu; dostupnost zdravstvenih usluga značajno je narušena, i to ne samo za postupke koji nisu hitni, nego i za hitne, neodgodive slučaje (Roy i sur., 2021.). Sami liječnici izražavaju bojazan za svoje pacijente; neki vjeruju da veću cijenu plaćaju ne-COVID pacijenti nego sami COVID bolesnici (Rosenbaum, 2020.). Neki COVID-19 zovu i pandemijom raka; liječnici ukazuju na rizik kasnog otkrivanja raka kod pacijenata, naglašavajući važnost rane dijagnostike do koje je postalo teže doći tijekom pandemije (Ari, 2021. prema Aktas, 2021.). Neki problemi zdravstvenih sustava na početku pandemije bili su i „manjak medicinske opreme, poput respiratora i kreveta na odjelima intenzivne skrbi što je liječnike primoralo na racioniranje postojećih, ograničenih resursa“ (Farrell i sur., 2020., Al-Tabba i sur., 2020. prema Aktas, 2021.: 1). Vidimo da je jedan od razloga nepristupačnosti zdravstvenog sustava organizacijske naravi – ograničena sredstva, velik broj zaraženih i posljedična opterećenost zdravstvenih sustava, ali i zatvorenost sustava za ne-hitne pacijente. S druge strane, u pristupu zdravstvenim uslugama do određene mjere imao je i strah od zaraze COVID-om 19 u zdravstvenim ustanovama, zbog čega neki pacijenti nisu htjeli ići doktoru, iako se nisu dobro osjećali (Rosenbaum, 2020.; Aktas, 2021.). Pogledajmo neke specifičnije nalaze do kojih su došli istraživači iz inozemstva. Tako pacijenti iz SAD-a koji boluju od rijetkih ili nedijagnosticiranih bolesti kao poteškoće uzrokovane COVID-om 19 navode da: im je pristup zdravstvenim uslugama otežan (npr., čekaju duže vrijeme na rezultate nekih testova zbog šutnje od strane liječnika, odnosno manjka povratnih informacija) te da su zabrinuti da im se bolest ne liječi na adekvatan način onda kada se s liječnikom konzultiraju na daljinu (telemedicina) jer se boje da liječnici ne mogu u potpunosti i adekvatno procijeniti sve pacijentove poteškoće na taj

način i tako pružiti adekvatnu zdravstvenu uslugu (Halley i sur., 2021.). Italija je u Europskoj Uniji na početku pandemije bila jedna od najpogođenijih država COVID-om 19. Evo jedan podatak koji pokazuje do kolikog je pada u mogućnosti pristupa zdravstvenom sustavu došlo 2020. godine u Italiji; broj posjeta odjelima hitne pedijatrije u Italiji za sljedećih 5 gradova bio je kako slijedi: u Trstu 2019. godine bilo je 977 posjeta, 2020. godine 307 posjeta; u Raveni 2019. godine je bilo 791 posjeta, 2020. godine 162 posjeta; u Napulju 2019. godine je bilo 5 379 posjeta, 2020. godine 1 100; u Bariju 2019. godine je bilo 1 410 posjeta, 2020. godine 364; u Cataniji 2019. godine je bilo 563 posjeta, 2020. godine svega 75 (Lazzerini i sur., 2020.). I u Turskoj su pacijenti izrazili nezadovoljstvo tretmanom u pandemiji, npr. liječnici su im otkazivali ili odgađali zakazane preglede, pogotovo u bolnicama s velikim brojem COVID-19 bolesnika i sl. (Aktas, 2021.). Malo koja zemlja je bila pošteđena poteškoća u pristupačnosti zdravstvenog sustava. A Hrvatska? Pogledajmo.

6.3. COVID-19 pandemija i pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj

Spomenimo za početak neke karakteristike hrvatskog zdravstvenog sustava prije COVID-19 pandemije (CMS, 2017.):

- a) 2015. godine, 2% stanovnika navodi da nije moglo ostvariti svu potrebnu zdravstvenu skrb, pogotovo starije osobe, stanovnici ruralnih krajeva, osobe nižih stupnjeva obrazovanja i nezaposlene osobe
- b) Cijena zdravstvenih usluga (tj. nemogućnost plaćanja) je bio najvažniji razlog nezadovoljenih zdravstvenih potreba (problem priuštivosti), nakon čega slijedi geografska udaljenost od zdravstvenih ustanova (problem pristupačnosti)
- c) Najveći razlog nezadovoljenja zdravstvenih potreba stanovnika ruralnih krajeva je udaljenost
- d) Ukupna izdvajanja za zdravstvo po glavi stanovnika među najnižima su u Europi
- e) Najugroženije skupine imaju otežan pristup i lošije zdravstvene ishode u usporedbi s bolje stojećim skupinama
- f) Zdravstveni sustav nema jednostavno korisničko sučelje koje bi pružilo građanima informacije o zdravstvenom sustavu (organizacijska prepreka koja

posljedično može postati osobna prepreka u pristupu zdravstvenim uslugama – ako osoba ne zna da ima pravo tražiti neku uslugu, neće je ni tražiti)

- g) Liste čekanja ne ovise o visini ulaganja u zdravstvo već su rezultat organizacije rada i djelovanja liječnika (organizacijska prepreka u pristupu uslugama + sukob interesa – za vrijeme rada u javnozdravstvenoj ustanovi pomoć se kod istog liječnika ne može dobiti, ali onda se bolesniku kaže da se usluga može odmah odraditi u privatnoj praksi, naravno, uz plaćanje)
- h) Malo se novca ulaže u inovativne lijekove i uvodi ih značajno kasnije od većine zemalja u EU
- i) Broj MRI i CT uređaja niži od prosjeka EU, kao i broj pregleda na tim uređajima, a za njihovo korištenje postoje i znatne liste čekanja

Kao što vidimo, problema u funkcioniranju zdravstvenog sustava i mogućnostima pristupa istom bilo je i prije COVID-19 pandemije. A što kažu neki noviji podaci?

Za prikaz posljedica epidemije na pristup zdravstvenim uslugama možemo prikazati podatke iz Izvješća pučke pravobraniteljice za 2020. i 2021. godinu (UPP, 2021. i 2022.).

Za 2020. godinu, neki od zaključaka pučke pravobraniteljice su:

Odlukom Stožera CZRH iz 2020. godine kojom se privremeno ukinuo javni prijevoz, znatno je otežana dostupnost zdravstvenih usluga, a to je posebice pogodilo osobe starije životne dobi u većem riziku od siromaštva. Stalno povećanje zaraženih i smrtno stradalih od zaraze COVID-om 19 počelo je vršiti sve jači pritisak na kapacitete zdravstvenog sustava koji je ionako kronično opterećen manjkom kadra. Uspoređujući podatke HZZO-a iz 2019. i 2020. za razdoblje prvih 9 mjeseci svake od godina, pravobraniteljica navodi da je došlo do pada dolazaka pacijenata obiteljskim liječnicima za 21,49%, u djelatnosti zdravstvene zaštite za predškolsku djecu za 22,64%, u zdravstvenoj zaštiti žena za 20,73%, dok se broj usluga za koje nije nužna fizička prisutnost pacijenata u svim tim djelatnostima povećala za prosječno 32%. Nadalje, zbog preopterećenosti liječnika i prevelikog broja poziva, do kontakta s liječnicima se teško dolazilo. Iako su uvođeni dodatni kanali komunikacije (e-mailovi, dodatne fiksne linije i dr.), dostupnost liječnika i dalje je bila narušena. Na početku epidemije, kronični bolesnici imali su velikih problema u pristupu liječenju i lijekovima (kontrola i terapije su im odgađane), a problema su imali i oni koji su imali

zakazane termine za prve specijalističke preglede i operacije. Naime, bolnički sustav je, na temelju upute Ministarstva, od ožujka do svibnja, zbrinjavao isključivo COVID pacijente i hitne ne-COVID pacijente. Porastom broja zaraženih i sve većim pritiskom na zdravstveni sustav, tražila se njegova veća angažiranost u zbrinjavanju pacijenata, na što on nije bio spreman. Posebice u listopadu bilo je brojnih poteškoća u liječenju i njezi COVID-19 pacijenata na što su upozorili samo liječnici – nedostajalo je liječnika, sestara, medicinske opreme poput boca s kisikom, lijekova i dr. Prenamjenom KB Dubrave u bolnicu namijenjenu isključivo liječenju COVID pacijenata, osobe naručene na specijalističke preglede ili bolničko liječenje premješteni su u druge bolnice ili upućeni izabranom liječniku; to je dovelo do toga da su neki od bolesnika, koji su bili na listama čekanja, mogli dobiti nove termine, kao da nisu ni bili naručeni. Liste čekanja se i prije COVID-a nisu smanjile, a za neke preglede i postupke postale su još duže. Mnogi pregledi, dijagnostički postupci i operacije su otkazani ili odgođeni, pogotovo u ožujku i travnju. Nedostupnost zdravstvenih usluga u ruralnim i udaljenim područjima dodatno je naglašena. Beskućnici su posebno pogođeni pri ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu i pružanju zdravstvenih usluga; najčešće nemaju ni osnovno zdravstveno osiguranje, što je preduvjet za ostvarivanje zdravstvene zaštite. U RH nedostaju stotine liječničkih timova (npr. 121 tim obiteljske medicine, 205 timova dentalne zdravstvene zaštite i dr.). Građanima s pristupom internetu bila je osigurana psihološka pomoć, a drugi oblici takve podrške nisu prepoznati. Izvanbolnička hitna medicinska pomoć u intervencijama se susretala s nedostupnošću obiteljskih liječnika, njihovim odbijanjem dolazaka u kućne posjete, otežanom organizacijom rada zbog djelatnika u izolaciji i samoizolaciji te produženim vremenom predaje pacijenata u bolnice. (UPP, 2021.: 14, 26-35).

Izvrješće iz 2021. godine uglavnom utvrđuje kontinuitet već navedenih problema, s nekoliko novih zaključaka koje izdvajamo:

Uvođenjem dodatnih ograničenja od strane zdravstvenih ustanova i pojedinih zdravstvenih radnika s ciljem izbjegavanja osobnog kontakta s pacijentima, građanima je dodatno otežan pristup zdravstvenoj zaštiti. Neki liječnici primali su samo cijepljene pacijente i prije donošenja Odluke (o predočenju COVID potvrda prilikom dolaska u zdravstvene ustanove). Fizička dostupnost obiteljskih liječnika zamijenjena je telefonskom ili digitalnom komunikacijom i tijekom 2021. godine, ali je to ujedno otežalo pristup onima koji ne posjeduju mobitel ili se njime ne mogu ili

ne znaju služiti, kao što su npr. starije osobe, osobe s invaliditetom, osobe slabog imovinskog stanja i dr. Mnogi su iskazali interes za cjepivom kada je ono počelo stizati, a građani su upozoravali na propuste u organizaciji cijepljenja, nemogućnost naručivanja te zlouporabu povlaštenog položaja i društvenog utjecaja, pogotovo na početku cijepljenja. Neki građani nisu mogli dobiti COVID potvrde iako su bili cijepljeni ili preboljeli COVID-19; događalo se da laboratoriji nisu uvodili podatke o zaraženoj osobi u sustav, da su obiteljski liječnici katkad to propustili učiniti te da je nekad dolazilo i do tehničkih poteškoća unutar sustava. Građani su se žalili i na otežano ostvarivanje prava iz zdravstvenog sustava, (ne)informiranje o pravima iz zdravstvenog osiguranja od strane djelatnike HZZO-a, kao i njihovo neprofesionalno ponašanje. (UPP, 2022.: 27-32).

Izgleda da je pristup hrvatskom zdravstvenom sustavu uglavnom otežan zbog organizacijskih prepreka u sustavu. To je zapravo problem dostupnosti sustava, a odlikuje ga kroničan nedostatak kvalificiranog osoblja, liste čekanja, nedostatak lijekova, medicinske opreme i dr. S jedne strane imamo zdravstvene potrebe koje traže rješavanje, s druge strane sustav koji na njih ne odgovara. COVID epidemija samo je dodatno pogoršala taj problem, pogotovo na njenom početku kada su se, zbog prilagodbe sustava za prihvata i liječenje COVID bolesnika, kao i radi sprječavanja širenja zaraze, mnogi zahvati i pregledi otkazivali. Također, sustav je preopterećen, pogotovo u vrijeme epidemije. Za neke kategorije ljudi problem je i priuštivost (financijska prepreka), problem koji je višestruko naglašen upravo u doba COVID pandemije; telemedicina nekima odgovara i olakšava komunikaciju s liječnikom, ali što je sa siromašnima koji si ne mogu priuštiti stvari poput mobitela, računala, pristup internetu? I nekim drugim skupinama otežan je pristup; starije osobe, osobe s invaliditetom samo su neke od njih. Za neke građane problem je i pristupačnost; pogotovo se to odnosi na stanovnike otoka i ruralnih krajeva, daleko udaljenih od zdravstvenih ustanova. Vidjeli smo i da je sustav podložan zlouporabama na primjeru cjepiva; pristup cjepivu na početku cijepljenja katkad se uskraćivao onim najpotrebnijima, a preko reda davao povlaštenima.

A kao dokaz da je stanje daleko od idealnog možemo navesti i primjer nedavno preminulog novinara, Vladimira Matijanića. Njegova smrt zorno prikazuje i potvrđuje na najgori mogući način gore navedene zaključke o tome kako hrvatski zdravstveni

sustav funkcionira. Prema svemu sudeći na temelju onoga što je dostupno javnosti, evidentno je da je g. Matijanić bio teško bolestan te da se u više navrata obratio liječnicima². Rečeno mu je da nema lijeka koji se daje teže oboljelima od COVID-a 19 i poslali ga – kući. Sustav ga je ignorirao, a g. Matijanić na kraju je umro. Školski primjer nedostupnosti zdravstvenog sustava. „Smrt jednog čovjeka je tragedija, smrt milijuna – statistika“, rekao je jedan diktator iz 20. stoljeća. Smrt svakog čovjeka je tragedija, pogotovo ako se mogla izbjeći. Za g. Matijanića znamo jer je bio medijski eksponiran; što je s onim drugima čije priče nisu dospjele u medije? Zašto nam nedostaje lijekova u Hrvatskoj? Zašto nedostaje medicinske opreme? Zašto Hrvatska muku muči s manjkom kadra u zdravstvu? Zašto ljudi ne dobivaju potrebnu skrb kad im je potrebna? U konačnici, zašto ljudi umiru kad ne trebaju? U slučaju Hrvatske, odgovor možda leži u internetskim stranicama vrijednim milijun kuna³.

7. Zaključak

COVID-19 pandemija utjecala je na čitav svijet kao nijedan drugi događaj u novijoj ljudskoj povijesti. Nitko nije pošteđen, a borba i dalje traje. Zdravlje ljudi diljem svijeta pati, kako zbog same COVID-19 bolesti, tako i zbog drugih bolesti. COVID-om 19 opterećeni zdravstveni sustavi teže nego prije odgovaraju na potrebe ne-COVID bolesnika. Zdravstvene nejednakosti postojale su i prije; sada su se dodatno povećale. Ne podnose svi dijelovi društva jednak teret u nošenju s krizom. Postojeći dugogodišnji problemi u hrvatskom zdravstvu dodatno su naglašeni, a pojavili su se i neki novi. Za neke naše sugrađane pristup zdravstvenim uslugama znatno je otežan, što ostavlja posljedice na njihovo zdravlje i posljedično krši njihova prava. Pravo na zdravlje. Ljudska prava. Globalni problemi zahtijevaju globalna rješenja. Danas je svijet jedno veliko selo, a COVID-19 je pokazao da narušeno zdravlje šačice ljudi na drugom kraju svijeta može ozbiljno narušiti zdravlje svih ljudi. Potrebno je više nego ikada razvijati i ulagati u javnozdravstvene sustave, u svim zemljama. Dugujemo to onima kojih više nema, kao i onima koji dolaze nakon nas. Da žive bolje nego mi.

² Ovo je osam stvari koje morate znati o smrti Vladimira Matijanića: Mogu se dogoditi i vama. *Mirovina.hr*. Posjećeno 20.09.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.mirovina.hr/zdravlje/ovo-je-osam-stvari-koje-morate-znati-o-smrti-vladimira-matijanica/> .

³ NOVI SKANDAL! Web stranica „cijepise“ napravljena na besplatnom predlošku, Beroš ju platio milijune! *Paraf.hr*. Posjećeno 20.09.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.paraf.hr/novi-skandal-web-stranica-cijepse-napravljena-na-besplatnom-predlosku-beros-ju-platio-milijune/>

POPIS TABLICA

Tablica 3.1 Vodeći uzroci smrtnosti nekad i danas	7
---	---

POPIS SLIKA

Slika 3.1 Dahlgren-Whitehead model odrednica zdravlja iz 1991.	6
Slika 4.1 Model uzročnosti socijalnih odrednica zdravlja prema SZO	9
Slika 5.1 Konceptualni okvir za procjenu pristupa zdravstvenim uslugama	14
Slika 6.2.1 Shema utjecaja COVID-19 na pristup zdravstvenim sustavima i neizravne posljedice	18

LITERATURA

1. Aktas, P. (2021). Chronic and rare patients' access to healthcare services during a health crisis: The example of the COVID-19 pandemic in Turkey. *Health Expectations*, 24(5), 1812-1820.
2. Arcaya, M.C., Arcaya, A.L., & Subramanian, S.V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1), 27106.
3. Benković, V. (2017). *Promjena u razini zdravstvenih nejednakosti 2003. g. i 2010. g.* Objavljena doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet.
4. Bonati, M., Tognoni, G., & Sereni, F. (2021). Inequalities in the Universal right to Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2844.
5. Branica, V. (2020). *Zbirka predavanja iz kolegija „Socijalni rad u zdravstvu“.* Neobjavljena interna skripta. Zagreb: Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada.
6. Bulajić, M. (2018). *Učinci primjene međunarodnih sustava kvalitete na zdravstveni sustav Republike Hrvatske.* Objavljena doktorska disertacija. Rijeka: Ekonomski fakultet.
7. Bywaters, P., & Davis, C. (2012). Social work and health. U K. H. Lyons (ur.), *The SAGE Handbook of International Social Work* (str. 217-231). London: SAGE Publications Ltd.
8. Centers for disease control and prevention (1999). *Achievements in Public Health, 1900-1999: Control of Infectious Diseases.* Posjećeno 15.09.2022. godine na mrežnoj stranici: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4829a1.htm> .
9. Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. *Stockholm: Institute for Future Studies.*
10. Europski centar za sprečavanje i kontrolu bolesti (2022). *COVID-19.* Posjećeno 20.09.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19> .

11. Europski centar za sprečavanje i kontrolu bolesti (2022). *COVID-19 situation update for the EU/EEA, as of 21 September 2022*. Posjećeno 21.09.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea> .
12. Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does „access to health care“ mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186-188.
13. Halley, M.C., Stanley, T., Maturi, J., Goldenberg, A.J., Bernstein, J.A., Wheeler, M.T., & Tabor, H.K. (2021). „It seems like COVID-19 now is the only disease present on Earth“: living with a rare or undiagnosed disease during the COVID-19 pandemic. *Genetics in Medicine*, 23(5), 837-844.
14. Hrvatska udruga poslodavaca (2018). *Nedostatak medicinskog kadra u RH*. Posjećeno 10.09.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.hup.hr/nedostatak-medicinskog-kadra-u-rh.aspx> .
15. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2020). *COVID-19 – Priopćenje prvog slučaja*. Posjećeno 20.09.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.hzjz.hr/priopcenja-mediji/covid-19-priopcenje-prvog-slucaja/> .
16. *Izvešće pučke pravobraniteljice za 2020. godinu (2021)*. Zagreb: Ured pučke pravobraniteljice.
17. *Izvešće pučke pravobraniteljice za 2021. godinu (2022)*. Zagreb: Ured pučke pravobraniteljice.
18. *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare* (2013). Beč: Agencija Europske unije za temeljna prava.
19. *Izvešće o umrlim osobama u Hrvatskoj u 2020. godini (2021)*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
20. Koliko nas je ukupno koštala pandemija? Samo HZZO je potrošio pet milijardi, a to nije ni izbliza sve (2022, 13. Travanj). *Novi list*. Posjećeno 20.09.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.novilist.hr/novosti/hrvatska/koliko-nas-je-ukupno-kostala-pandemija-samo-hzzo-je-potrosio-pet-milijardi-a-to-nije-ni-izbliza-sve/> .

21. Lazzerini, M., Barbi, E., Apicella, A., Marchetti, F., Cardinale, F., & Trobia, G. (2020). Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 10-11.
22. Marmot, M. (2017). Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journal of Epidemiology*, 32(7), 537-546.
23. Mastilica, M. (1993). Zdravstvene nejednakosti, društvena stratifikacija, zdravlje i zdravstvena zaštita (I.). *Revija za sociologiju*, 24(3-4), 163-181.
24. Murphy, S.L., Kochanek, K.D., Xu, J.Q., & Arias, E. (2021). Mortality in the United States, 2020. *NCHS Data Brief*, 427.
25. NOVI SKANDAL! Web stranica „cijepise“ napravljena na besplatnom predlošku, Beroš ju platio milijune! (2021, 15. Travanj). *Paraf.hr*. Posjećeno 20.09.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.paraf.hr/novi-skandal-web-stranica-cijepse-napravljena-na-besplatnom-predlosku-beros-ju-platio-milijune/>.
26. Tomek Roksandić, S., Žuškin, E., Duraković, Z., Smolej-Narančić, N., Mustajbegović, J., Pucarín-Cvetković, J., Mišigoj Duraković, M., Doko Jelinić, J., Turčić, N., & Milošević, M. (2009). Ljudski vijek: doživjeti i nadživjeti 100 godina? *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 60(3), 375-386.
27. *Odluka o proglašenju epidemije bolesti COVID-19 uzrokovana virusom SARS-CoV-2 (2020)*. Zagreb: Ministarstvo zdravstva.
28. Odluka o zabrani napuštanja mjesta prebivališta i stalnog boravka u Republici Hrvatskoj. *Narodne novine*, br. 35/2020.
29. Ofak, L. (2021). Pravna priroda mjera usmjerenih na suzbijanje pandemije COVID-a 19. *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, 58(2), 459-475.
30. Ovo je osam stvari koje morate znati o smrti Vladimira Matijanića: Mogu se dogoditi i vama (2022, 8. Kolovoz). *Mirovina.hr*. Posjećeno 20.09.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.mirovina.hr/zdravlje/ovo-je-osam-stvari-koje-morate-znati-o-smrti-vladimira-matijanica/>.

31. Pavličić, P. (2016). Društvo na putu sruza: povijesni prikaz i potreba za razvojem pravednije nove ekonomije. *Ekonomski misao i praksa*, 25(1), 217-238.
32. Peters, D.H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D.G., Brieger, W.R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161-171.
33. *Poverty Watch of EAPN Croatia* (2020). Zagreb: Hrvatska mreža protiv siromaštva.
34. *Pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj* (2017). Zagreb: Centar za mirovne studije.
35. Rosenbaum, L. (2020). The Untold Toll – The Pandemic's Effects on Patients without COVID-19. *New England Journal of Medicine*, 382 (24), 2368-2371.
36. Roy, C.M., Bollman, E.B., Carson, L.M., Northrop, A.J., Jackson, E.F., & Moresky, R.T. (2021). Assessing the indirect effects of COVID-19 on healthcare delivery, utilization and health outcomes: a scoping review. *European Journal of Public Health*, 31(3), 634-640.
37. Svjetska banka (2022). *Life expectancy at birth, total (years)*. Posjećeno 16.09.2022. godine na mrežnoj stranici: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN> .
38. Svjetska zdravstvena organizacija (2017). *Human rights and health*. Posjećeno 11.09.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> .
39. Svjetska zdravstvena organizacija (2017). *Determinants of health*. Posjećeno 11.09.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health> .
40. Svjetska zdravstvena organizacija (2021). *COVID-19 and the social determinants of health and health equity: evidence brief*. Ženeva: SZO.
41. Svjetska zdravstvena organizacija (2022). *Life expectancy at birth (years)*. Posjećeno 16.09.2022. na mrežnoj stranici:

[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years)) .

42. Svjetska zdravstvena organizacija (2022). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Posjećeno 21.09.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19> .

43. Svjetska zdravstvena organizacija (2022). *Weekly epidemiological update on COVID-19 – 21 September 2022*. Posjećeno 21.09.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---21-september-2022> .

44. Štifanić, M. (2001). Sociološki aspekti zdravlja i bolesti. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 10(1-2), 191-211.

45. Šućur, Z., & Zrinščak, S. (2007). Bolne razlike: samoprocjena nejednakosti zdravlja u Hrvatskoj i Europskoj zajednici. *Croatian Medical Journal*, 48(5), 653-666.

46. Ujedinjeni narodi (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. New York: UN.

47. Ujedinjeni narodi (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. New York: UN.

48. Ujedinjeni narodi (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN.

49. Ured visokog povjerenika Ujedinjenih naroda za ljudska prava (2008). *The Right to Health*. Ženeva: UN.

50. Vijeće Europe (2022). *Human rights and health*. Posjećeno 16.09.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.coe.int/en/web/impact-convention-human-rights/human-rights-and-health> .

51. Vlada Republike Hrvatske (2021). *Hrvatska želi da se covid putovnice počnu primjenjivati što prije*. Posjećeno na mrežnoj stranici: <https://vlada.gov.hr/vijesti/hrvatska-zeli-da-se-covid-putovnice-pocnu-primjenjivati-sto-prije/32159> .