

Analiza aktera hrvatske zdravstvene politike: slučaj dopunskog osiguranja

Malinar, Ante

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, The Faculty of Political Science / Sveučilište u Zagrebu, Fakultet političkih znanosti**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:114:334635>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International/Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerada 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-25**



Repository / Repozitorij:

[FPSZG repository - master's thesis of students of political science and journalism / postgraduate specialist studies / dissertations](#)



Sveučilište u Zagrebu
Fakultet političkih znanosti
Diplomski studij politologije

Ante Malinar

Analiza aktera hrvatske zdravstvene politike: slučaj dopunskog
osiguranja

Diplomski rad

Zagreb, 2018

Sveučilište u Zagrebu
Fakultet političkih znanosti
Diplomski studij politologije

Analiza aktera hrvatske zdravstvene politike: slučaj dopunskog
osiguranja

Diplomski rad

Mentorica: Prof. dr. sc. Dagmar Radin

Student: Ante Malinar

Zagreb

lipanj, 2018

Izjavljujem da sam diplomski rad „Analiza aktera hrvatske zdravstvene politike: slučaj dopunskog osiguranja“, koji sam predao na ocjenu doc. dr. sc. Dagmar Radin, napisao samostalno i da je u potpunosti riječ o mojem autorskom radu. Također, izjavljujem da dotični rad nije objavljen ni korišten u svrhe ispunjenja nastavnih obaveza na ovom ili nekom drugom učilištu, te da na temelju njega nisam stekao/la ECTS-bodove.

Nadalje, izjavljujem da sam u radu poštivao/la etička pravila znanstvenog i akademskog rada, a posebno članke 16-19. Etičkoga kodeksa Sveučilišta u Zagrebu.

Ante Malinar

Popis ilustracija i tablica

Tablice	Stranica
Tablica 1. Indikatori moći/utjecaja aktera	20
Tablica 2. Prikaz medijske zastupljenosti aktera	33

Ilustracije	
Ilustracija 1. Mreža aktera u formulaciji dopunskog zdravstvenog osiguranja	32

Sadržaj

Uvod	1
Dizajn istraživanja.....	1
Teorijski koncepti.....	3
Javne politike	3
Proces stvaranja javnih politika	3
Akteri javnih politika	4
Akteri zdravstvene politike	5
Mreže javnih politika	6
Analiza aktera javnih politika	7
Mediji i javne politike.....	8
Moć i različite teorije moći	8
Kontekst istraživanja: hrvatski zdravstveni sustav i uvođenje dopunskog zdravstvenog osiguranja	12
Metodologija	18
Rezultati istraživanja	20
Formalni akteri	21
Vlada Republike Hrvatske	21
Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske	21
Ministarstvo financija Republike Hrvatske.....	22
Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.....	23
Hrvatska liječnička komora	24
Hrvatska komora dentalne medicine.....	25
Hrvatska komora medicinskih biokemičara.....	25
Neformalni akteri	25
Gospodarsko socijalno vijeće	25
Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata	26
Neformalni međunarodni akteri	26
Svjetska banka	26
Svjetska zdravstvena organizacija	27
Uloga pojedinih aktera u procesu oblikovanja dopunskog zdravstvenog osiguranja	27
Prisutnost aktera u medijima	32
Percepcija aktera o distribuciji moći	33
Zaključno razmatranje	34

Literatura	36
Članci i knjige	36
Internetski izvori	37
Dokumenti	40
Intervjui	41
Sažetak	42
Summary	43

Uvod

Dizajn istraživanja

U ovom istraživačkom radu analiziram hrvatsku zdravstvenu politiku, odnosno analiziram aktere hrvatske zdravstvene politike u kreiranju usluge dopunskog zdravstvenog osiguranja koje je uvedeno 2002. godine. Slučaj uvođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja izabran je iz više razloga. Prvo, 2000.-te godine općenito se smatraju početkom razdoblja konsolidacije hrvatske demokracije jer je „došlo do smjene vlasti, drugog vala liberalizacije i demokratizacije“ (Milardović, Žeravica, 2015: 164). Tada je na vlast stupila nova vlada lijeve koalicije predvođena SDP-om koja je pozdravila i važne ustavne promjene kao što je uvođenje parlamentarnog nasuprot polupredsjedničkog sustava vlasti. Time je uloga predsjednika države, koji je zapravo dominirao i bio najmoćnija politička osoba u devedesetim godinama 20. st., svedena na simboličnu i ceremonijalnu funkciju. 2000.-ta godina označava prekretnicu u razvoju i konsolidaciji hrvatske demokracije pa možemo pretpostaviti veći utjecaj i zainteresiranost aktera iz različitih sfera društva (sindikati, civilno društvo, međunarodne organizacije) čime se povećava utjecaj horizontalne dimenzije na stvaranje javnih politika.

Prema Colebatchu (2004) javne politike možemo podijeliti na vertikalnu i horizontalnu dimenziju s time da je važno naglasiti kako dvije dimenzije ne isključuju jedna drugu, već se pretpostavljaju i upotpunjuju. Ukratko, vertikalna dimenzija „vidi policy kao pravilo: ona je zaokupljena prenošenjem legitimnih odluka prema dolje“, dok se s druge strane, u horizontalnoj dimenziji politika očituje u „kategorijama strukturiranja djelovanja“, odnosno „ona se tiče odnosa između policy sudionika u različitim organizacijama, - tj. izvan linije hijerarhijskih vlasti“ (Colebatch, 2004: 25). Upravo horizontalnu dimenziju odlikuje interakcija između različitih aktera koji su uključeni u proces stvaranja javnih politika i koji nastoje ostvariti svoje interese i viziju kako bi pojedina politika trebala izgledati. „Akteri, kao nosioci moći, imaju različite interese, identitete i ideje o tome što jesu, te o tome što bi trebali biti prioriteta i ciljevi neke zajednice i kako ih ostvariti. Stoga su javne politike i rezultati prakse interakcije aktera, odnosno posljedice obrasca njihova međudjelovanja“ (Petek, 2012:1).

Drugo, uvođenje dopunskog zdravstvenog osiguranja nije bila puka inkrementalna mjera, već je trebala predstavljati jednu od važnijih reformi hrvatskog zdravstvenog sustava na prijelazu

u novo stoljeće, čiji je cilj prvenstveno bio financijska stabilnost i učinkovitost sustava (Zrinščak, 2007, Voncina et al., 2007). Na temelju toga izbor ove teme je relevantan, osobito zato što je zdravstvenoj politici, barem formalno, glavni cilj zdravlje, odnosno unaprjeđenje i održavanje zdravlja populacije (Callahan, 2002). Analiza aktera koji sudjeluju u tom procesu je bitna za daljnje unaprjeđenje razvoja znanosti u javnim politikama, odnosno znanja o akterima hrvatske zdravstvene politike.

Cilj ovog rada je istražiti i analizirati značajke aktera hrvatske zdravstvene politike, odnosno njihovu moć u procesu donošenja odluka i formulaciji javnih politika na slučaju dopunskog zdravstvenog osiguranja. Moje istraživačko pitanje je sljedeće: Tko su bili najutjecajniji akteri u procesu formulacije hrvatske zdravstvene politike dopunskog osiguranja i zašto? Kako bi dobili odgovor na ovo pitanje moramo identificirati koji su sve akteri javnih politika sudjelovali u procesu stvaranja spomenute reforme zdravstvenog sustava. Nakon toga potrebno je istražiti kakvu ulogu i utjecaj su identificirani akteri imali, odnosno njihovu moć u procesu formulacije dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Istraživački rad podijeljen je u dvije cjeline. Prvu cjelinu čini opis teorijskog i metodološkog pristupa na temelju kojih ću nastojati odgovoriti na postavljeno istraživačko pitanje. Prema tome u prvom dijelu rada razmatra se što su javne politike, što je proces stvaranja javnih politika, mreže javnih politika, tko su akteri javnih politika i koji je njihov značaj. Nadalje, ono što je najvažnije, prikazat će se što je analiza aktera javnih politika te što je moć, koja, kao što ćemo vidjeti, poprima drugačije značenje ovisno o pristupu. Naposljetku, predstaviti će se metodologija rada, odnosno koja je vrsta prikupljanja i analize podataka korištena. Drugu cjelinu čini analiza aktera javnih politika, odnosno identifikacija značajnih aktera koji su sudjelovali u formulaciji dopunskog osiguranja te analiza njihovog utjecaja/moći na taj proces.

Teorijski koncepti

Javne politike

Iako su isprepleteni, pojmove javne politike (policy) i politika (politics) moramo razlikovati. Politika se obično promatra kao svojevrsan odnos moći, borba za vlast (Grdešić, 1995), stvaranje političkog poborništva te kao iracionalan pogled na politički život (Petek, Petković, 2014). S druge strane pojam javnih politika odnosi se na „racionalne javne aktivnosti rješavanja društvenih problema“, ali i na „politološku poddisciplinu kojoj je ta aktivnost predmet proučavanja“ (Petek, Petković, 2014: 93). Javne politike su usmjerene na konkretne probleme koji se očituju u jednoj društvenoj zajednici. Sukladno tome, možemo govoriti o različitim pridjevskim politikama kao što su socijalna, zdravstvena, obrazovna ili prometna politika itd.

Društveni problemi nastoje se riješiti stvaranjem različitih javnih politika, odnosno izborom između raznih „alternativnih putova kojima se ti problemi mogu rješavati“ (Petek, Petković, 2014: 94). Dye (1985:1 prema Colebatch, 2004: 39) ističe da su javne politike „sve ono što vlada odabire učiniti ili ne učiniti“. Međutim, takvo stajalište je ograničeno budući da vlada i njezine institucije nisu jedini akter u procesu stvaranja javnih politika, već se u taj proces mogu uključiti razni eksperti, interesne skupine, lobiji, sindikati i drugi akteri. Dakle, javne politike ne sadrže samo vertikalnu, već i horizontalnu dimenziju koje se uvelike preklapaju.

Proces stvaranja javnih politika

Kako bi se društveni problemi riješili, potrebno je odrediti što uopće jest legitiman društveni problem. Nakon toga potrebno je odrediti ciljeve kojima težimo, ali instrumente kojima ćemo postići taj cilj. Jedan od najpoznatijih modela kojim se nastoji opisati proces stvaranja javnih politika jest fazni model (Petek, Petković, 2014). Svaka faza se prikazuje zasebno i svaka ima svoje specifičnosti, odnosno „u svakoj fazi postoje različite vrste uzročnosti i drukčiji tip interakcija unutar nje“ (Petek, Petković, 2014: 134). Faze se mogu podijeliti na postavljanje agende tj. dnevnog reda, formulaciju, odlučivanje, implementaciju i na kraju evaluaciju javnih politika (Petek, Petković, 2014).

Ovakav jednostavan, normativni pogled na procese stvaranja javnih politika u praksi ne funkcionira budući da se različite faze mogu prelijevati jedna u drugu. „Faze nisu izolirane jedna od druge i između njih može postojati niz povratnih petlji – često su u različitim fazama akteri isti,

a igre javnih politika koje oni igraju nastavljat će se u različitim dijelovima procesa“ (Hill, 2010: 137). Kako kaže Friedrich (1940:6 prema Hill, 2010: 137), javne politike oblikuju se dok se provode, i obrnuto, provode se dok se oblikuju“. Neke od teorija koje su nastojale objasniti proces stvaranja javnih politika na drugačiji način su institucionalni racionalni izbor, zagovaračke koalicije, mreže javnih politika itd. Unatoč tome što je bio višestruko kritiziran, fazni model možemo promatrati kao konceptualni alat, odnosno heuristiku koja nam pomaže organizirati složen i kompleksan svijet javnih politika.

U ovom radu pozornost je na fazi formulacije javnih politika, odnosno aktere koji su u toj fazi dominirali. Formulacija je „druga faza ciklusa stvaranja javnih politika u kojoj se odabire način postizanja ciljeva koji se žele ostvariti nekom politikom“ (Petek, Petković, 2014). U toj fazi akteri javnih politika prvenstveno odlučuju kako će se postići određeni cilj i riješiti problem. Dakle, formulacija javnih politika obuhvaća preciziranje ciljeva, uspostavljanje operativnih elemenata tj. instrumenata kojima će se doći do cilja, definiranje tijela koja će provoditi pojedinu javnu politiku te pravila prema kojoj će se voditi implementacija (Knoepfel, Weidner, 1982 prema Hill, 2010: 168). Još jedna vrlo važna značajka ove faze jest da u njoj sudjeluje velik broj formalnih i neformalnih aktera, a osobito eksperata za pojedine resore pa tako u njoj sudjeluju državni službenici, stručnjaci specijalizirani za određeni sektor, znanstvenici i istraživači sa sveučilišta, civilnog društva i međunarodnih organizacija (Petek, Petković, 2014).

Akteri javnih politika

Akteri javnih politika „predstavljaju skupinu donositelja odluka s očitim i svjesnim ciljevima, koja nastoji pokrenuti neku akciju“ (Colebatch 2004: 24). Akteri su „pojedinci, formalne ili neformalne skupine i organizacije koje na temelju svojih formalnih nadležnosti, ali i interesa i vrijednosti, sudjeluju u procesu stvaranja politika, odnosno teže utjecati na oblikovanje i implementaciju rješenja javnih problema“ (Petek, Petković, 2014). Akteri javnih politika su glavni igrači u procesu stvaranja javnih politika unutar kojeg nastoje nametnuti svoje interese, vrijednosti, diskurs te općenito vlastito viđenje onoga što je javni problem i kako ga riješiti. Koliko će biti uspješni u tome ovisi o njihovoj moći, odnosno utjecaju kojeg imaju ili nemaju na sam proces stvaranja javnih politika.

Akteri javnih politika mogu se podijeliti na državne i nedržavne aktere, međutim pojmovi kao što su država ili državnost su normativni koncepti koji se mogu razlikovati od društva do

društva. Upravo zbog toga uvažena je podjela na formalne i neformalne aktere. Pretpostavka takve podjele se „svodi samo na jedno precizno obilježje – postojanje formalno specificiranog ovlaštenja za odlučivanje“ (Petek, Petković 2014: 23). Oni akteri koji imaju takvu vrstu ovlaštenja pripadaju u formalne aktere koji prema zakonu ili Ustavu imaju pravo i dužnost sudjelovati u procesu stvaranja javnih politika (Petek, Petković, 2014).

Formalni akteri su svi akteri iz triju grana vlasti (sudska, izvršna, zakonodavna), ali i službenici ili odlučivačka tijela koja su imenovana od strane tih vlasti. Primjerice, vlada, razna ministarstva, parlament, predsjednik, sudovi itd. S druge strane, neformalni akteri nemaju nikakvo formalno ovlaštenje za odlučivanje ili sudjelovanje u procesu stvaranja javnih politika. Njihovo djelovanje je omogućeno pretpostavkom postojanja liberalnog i demokratskog društva unutar kojeg razne interesne grupacije nastoje izboriti svoje mjesto za sudjelovanje u tom procesu. Primjerice, to mogu biti stranke, građani, masovni mediji, interesne grupe, sindikati, ekspertne skupine, civilno društvo itd. I na kraju, važno je spomenuti i djelovanje međunarodnih aktera koji mogu imati veliki utjecaj na nacionalne javne politike poput Europske unije, Svjetske banke, Međunarodnog monetarnog fonda i drugih.

Akteri zdravstvene politike

Osnovne funkcije svakog zdravstvenog sustava su pružanje zdravstvenih usluga, njihovo financiranje te regulacija odnosa između pružatelja zdravstvenih usluga, njihovih korisnika i financijskih agencija (Rothgang, 2010). Dakle, aktere koje susrećemo unutar takvog sustava su pružatelji usluga, potencijalni korisnici ili pacijenti i financijske agencije. Ne smijemo izostaviti državu, koja potencijalno može biti najvažniji akter, ovisno o uređenju zdravstvenog sustava. Država može financirati zdravstvo, djelovati kao pružatelj usluga i regulirati odnose u zdravstvenom sustavu u većoj ili manjoj mjeri, ali ne mora nužno obavljati te funkcije, a u tom slučaju njezinu ulogu preuzima civilno društvo ili privatni akteri. U skladu s time Rothgang (2010) je podijelio aktere koji djeluju u zdravstvenom sustavu na državne, socijalne i privatne. Međutim, ova tipologija ne obuhvaća međunarodne aktere koji također mogu utjecati na zdravstvene politike poput Europske unije ili Svjetske zdravstvene organizacije.

Nadalje, važnu ulogu u stvaranju politika imaju profesionalne interesne skupine unutar kojih članovi dijele profesionalnu pripadnost ili ekspertizu. Ekspertni akteri mogu imati veliki utjecaj zbog svoje ekspertize ili znanja (Oliver, 2012). U kontekstu zdravstvene politike ekspertni

akteri su primjerice, liječnici ili farmaceuti, odnosno njihova udruženja. U zdravstvenoj politici klinički profesionalci stječu moć preko kontrole i regulacije znanja, odnosno obrazovanja medicinara, testiranja i licenciranja (Johnson, 1994 prema Oliver, 2012). Ekspertni akteri mogu djelovati kao epistemičke zajednice koje čine mrežu profesionalaca koji su stručni i kompetentni u određenom policy relevantnom području (Haas, 2009 prema Oliver, 2012). Uz stručnjake, u zdravstvenoj politici djeluju i druge interesne grupe poput sindikata ili udruga pacijenata. Giamo (2014) ističe veliki utjecaj interesnih grupa u zdravstvenom sustavu SAD – a poput udruženja koja predstavljaju pružatelje usluga, osiguravatelje, radnike, ljude starije dobi, a koja su uspjela blokirati donošenje pojedinih zdravstvenih politika. Očigledno je kako u zdravstvenoj politici sudjeluje velik broj različitih tipova aktera (civilno društvo, država, socijalni fondovi, pružatelji usluga itd.) koji svojim djelovanjem mogu uspostaviti mreže međusobnih odnosa.

Mreže javnih politika

Mreže javnih politika jedan su od novijih pristupa istraživanja procesa stvaranja javnih politika koji se koncentriraju na interakciju između različitih aktera uključenih u taj proces. Mreže su nastale kao svojevrsni antipod starijim pristupima koji su isticali odvojenost države od civilnog društva te su nastojale objasniti kako oni u praksi nisu striktno odvojeni, već da zajedničkim djelovanjem u procesu stvaranja politika stvaraju zajedničke vrijednosti i rješenja (Smith, 1993: 67 prema Hill, 2010). Mreže javnih politika uspostavljaju „nehijerarhijske odnose među državnim i nedržavnim akterima“ te „nemaju središte moći ili odlučivanja iz kojega bi se moglo hijerarhijski upravljati“ (Petek, 2014: 114). Autonomnost pojedinih aktera unutar takvog sustava ovisi o tipu odnosa, odnosno o prirodi mreža javnih politika (Smith, 1993: 67 prema Hill, 2010).

Borzel (1997: 253 prema Kostikou, 2015: 47) dijeli mreže na dva tipa: mreže posredovanja interesa i javno upravljanje. Prvi tip mreža karakteriziran je različitim vrstama odnosa između interesnih grupa i države, odnosno regularnim kontaktima između pojedinaca koji se nalaze u interesnim grupama, vladi i javnoj upravi (Borzel 1997: 253 prema Kostikou, 2015: 47). Drugi tip mreža označava specifičan oblik vladavine koji djeluje kao mehanizam mobilizacije resursa koji su široko raspodijeljeni između privatnih i javnih aktera (Borzel 1997: 253 prema Kostikou, 2015: 47). U ovakvom tipu odnosa mreže se uspostavljaju kao odvojena sfera djelovanja koja čini protutežu hijerarhijskim i tržišnim odnosima. Možemo uočiti kako ovaj koncept mreža proizlazi

iz Habermasove misaone tradicije deliberativne demokracije u kojoj se civilno društvo uspostavlja nasuprot upravne moći i tržišta (Reese – Schäfer, 2004).

U mrežama javnih politika mogu sudjelovati svi zainteresirani akteri, od civilnog društva, nevladinih organizacija, sindikata, državnih i nedržavnih aktera, a autonomnost pojedinih aktera ovisi o tipu interakcije i mreže koja će se uspostaviti. Mreže mogu bit neformalne, ali mogu se formalizirati u obliku određenih tijela „koji se u praksi nazivaju odborima, forumima, savjetima, vijećima, povjerenstvima“ (Petek, 2014: 115). Dakle, mreže javnih politika nastoje objasniti policy proces stavljajući centralni fokus na aktere i njihovu međusobnu interakciju. U ovom radu koristit će se mreže javnih politika kao jedan od pristupa stvaranju javnih politika zato što, kao prvo: u formulaciji javnih politika i zdravstvenoj politici sudjeluje velik broj aktera i kao drugo: mreže mogu poslužiti kao dobar pristup objašnjavanja interakcije među akterima, u ovom slučaju odnosa moći.

Analiza aktera javnih politika

Akteri javnih politika sastavni su dio policy procesa, a analiza aktera postaje važna odrednica shvaćanja procesa stvaranja javnih politika. Naziva se i kao „participatorna analiza javnih politika (participatory policy analysis) ili analiza dionika (stakeholder analysis)“ te „usmjerava pozornost na aktere koji sudjeluju u oblikovanju ili implementaciji javnih politika kao važne izvore znanja relevantnoga za javne politike“ (Petek, 2014). Analiza aktera nastoji objasniti koji sve akteri sudjeluju u procesu stvaranja javnih politika, kakve su karakteristike tih aktera, kakvi su njihovi interesi, moć, utjecaj i slično (Brugha, Varvasovszky, 2000). Međutim, analiza aktera može proučavati i one aktere na koje se pojedina politika odnosi čime takva analiza razmatra aktere „ne samo kao interesne grupe, već i kao aktivne ili pasivne igrače na sceni javnih politika...“ (Brugha, Varvasovszky, 2000: 240). Takva analiza je zapravo drugačiji pristup istraživanja javnih politika jer se koncentrira na same aktere i ističe njihovu fundamentalnu važnost u procesima odlučivanja, ali i nastoji rasvijetliti sam proces stvaranja politika, odnosno interakcije među akterima (Brugha, Varvasovszky, 2000).

Iako analiza aktera nema jedinstvenu metodu istraživanja, mogu se istaknuti osnovne crte takvog istraživanja. U prvom se koraku istraživanja nastoji identificirati arena djelovanja ili odlučivanja, ali i akteri koji sudjeluju u procesu stvaranja javnih politika. Nadalje, ističu se njihova ključna obilježja poput državnosti, odnosno formalnosti ili neformalnosti pojedinih aktera,

ekspertiza i slično (Petek, Petković, 2014). Drugim se korakom nastoje utvrditi obilježja i karakteristike identificiranih aktera, „odnosno komparativno se analiziraju svojstva aktera“ (Petek, Petković, 2014: 27). Svojstva aktera općenito se mogu podijeliti na tri kategorije: resurse kojima raspolažu, njihovo shvaćanje svijeta, odnosno njihove percepcije te njihove vrijednosti koje se izjednačavaju s njihovom motivacijom i normama (Petek, Petković, 2014).

Treći korak čini analiza odnosa između samih aktera koji sudjeluju u procesu odlučivanja. Tri su osnovna kriterija za takvu analizu, a to su: integriranost i struktura odnosa, funkcije odnosa među akterima i institucionalizacija odnosa (Petek, Petković, 2014). U ovome radu bit će izostavljen treći korak, budući da cilj istraživanja niti nije ustanoviti različite odnose između samih aktera, već utvrditi njihovu moć, odnosno utjecaj na proces donošenja dopunskog zdravstvenog osiguranja. Prema tome naglasak će biti na prvom i drugom koraku analize aktera javnih politika.

Mediji i javne politike

Mediji imaju važnu ulogu u kreiranju javnih politika. Mediji mogu rasvijetliti određen problem, potaknuti aktere da raspravljaju o njemu i da upoznaju javnost sa svojim rješenjima ili pak da diskreditiraju rješenja političkih suparnika. „Političkim se diskursom odabiru i definiraju javni problemi, kreira raspoloženje za poticanje političke akcije: nada, strah, mržnja, proces, zajedništvo, nacionalni zanos itd.“ (Grdešić, 1995: 76). Prema tome pristup medijima akterima omogućava da oblikuju javno mnijenje sukladno svojim stavovima i interesima, da prezentiraju činjenice koje idu njima u korist, obznane razloge zašto je ova ili ona reforma nužna itd. „Osim toga obznanjivanje problema i s njim povezanog konflikta, putem masovnih medija, povećava njegovu vidljivost i broj sudionika“, a „tako indirektno umjetno povećava stupanj konfliktnosti“ (Grdešić, 1995: 77). Politička moć ovisi i o političkoj participaciji, a jedan vid te participacije su i mediji. Prema tome prisutnost u medijima važan je indikator političke moći.

Moć i različite teorije moći

Moć je, u političkoj znanosti, jedan od najfundamentalnijih pojmova kojim se nastoje objasniti različiti politički procesi. Iako se javne politike često svrstavaju u racionalan proces donošenja odluka kojima se nastoji riješiti javni problemi, taj proces ni u kojem slučaju nije odvojen od djelovanja moći. Primjerice, za određeni društveni problem postoje različita rješenja i alternative, a koja će alternativa biti izabrana ne ovisi samo o racionalnim ili „racionalno

najboljim“ kriterijima kojima bi se taj problem mogao riješiti, već i o odnosima moći unutar društva. Drugim riječima, ukoliko uključimo moć, odnose moći i njezine manifestacije u procese stvaranja javnih politika, „najbolje“ moguće rješenje nekog problema nije uvijek i najprikladnije. Prema tome moć ne možemo odvojiti od javnih politika i procesa političkog odlučivanja, ona je uvijek u njima prisutna. Moć i odnosi moći, ne samo da određuju tijek procesa stvaranja politika ili izbor između alternativa, već mogu definirati što uopće jest legitiman društveni problem koji je potrebno riješiti.

Dakle, moć nije izuzeta iz javnih politika, iz čega slijedi da su „izrazi policy i politics dva snažno isprepletena pojma koje je djelomice nemoguće razdvojiti, čak i u analitičkom smislu“ (Petek, Petković, 2014). Harold Lasswell, jedan od pionira discipline javnih politika, tvrdi da je „koncept moći vjerojatno najtemeljniji u cijeloj političkoj znanosti“ (Lasswell, 1950 prema Petek, Petković, 2014: 109) i da „znanost o moći jest politička znanost“ (Lasswell, 1950 prema Grdešić, 1995: 43). Budući da je moć jedan od temeljnih koncepata u političkoj znanosti, kroz vrijeme su se razvile različite koncepcije, teorije i objašnjenja moći.

Jedan od prvih, a vjerojatno i jedan od najjednostavnijih pristupa istraživanju moći u društvu je stratifikacijski pristup koji je prema svojim rezultatima prikazao elitističku sliku moći u društvu (Grdešić, 1995), stoga ga možemo nazvati i elitističkim stajalištem. U osnovi ovog pristupa dvije su metode ključne, a to su pozicijska i reputacijska metoda. Pozicijska metoda istražuje pozicije moći u društvu, a osobe koje se nalaze na takvim pozicijama smatraju se moćnima. Drugim riječima, pozicijska metoda „polazi od jednostavne pretpostavke da oni koji zauzimaju vrhove političkih, ekonomskih i drugih institucija u sustavu posjeduju najviše moći“ (Grdešić, 1995: 45).

Prema tome, moć je nešto što se posjeduje, a posjedujemo ju ako se nalazimo na važnim i utjecajnim društvenim pozicijama, osobito onih pozicija koje omogućavaju donošenje odluka o bitnim društvenim problemima (primjerice vlada, predsjednik, zastupnici u parlamentu, suci itd.). Relacijska metoda donekle je slična s pozicijskom budući da pokušava identificirati aktere koji posjeduju moć, ali razlikuje se po tome što se ne promatraju samo formalne strukture i pozicije u društvu, već polazi „od pretpostavke kako se indeks moći temelji na reputaciji o posjedovanju moći“ (Grdešić, 1995: 46). Dakle, moć se identificira percepcijom ljudi o tome tko je moćan u njihovoj zajednici.

Ove metode rezultirale su stabilnim rezultatima koji su pokazivali da se moć koncentrira u rukama manjine, odnosno elita. U suštini elitističko stajalište jest da „postoje dvije klase ljudi, klasa koja vlada i klasa kojom se vlada“ (Mosca, 1939 prema Hill, 2010: 37). Takav pristup pretpostavlja da je „moć relativno trajno i nejednako raspodijeljena u zajednici“ te se ističe „relativno konstantna struktura moći u zajednici“ (Grdešić, 1995: 46). Elitističko stajalište vidljivo je i u marksizmu. Analiza moći u marksističkom kontekstu polazi od ekonomskog determinizma, odnosno nastoji pokazati kako je ekonomska moć proizvodi političku. „Kapitalistički način proizvodnje, koji stvara dvije društvene klase – buržoaziju i proletarijat... pokazuje neprekidnu koncentraciju bogatstva u malog dijela stanovništva“ (Hill, 2010), a taj mali dio stanovništva jest buržoazija koja svojom moći koncentrira još više ekonomskog kapitala, pa samim time i više političke moći. Štoviše, buržoazija je pretvorila državu u instrument svoje moći pa se ona ne pojavljuje kao neutralna tvorevina, već je prožeta interesima vladajuće klase. Dakle, marksizam je moć utjelovio u vladajućoj klasi buržoazije, koja je svojom ekonomskom moći uspostavila i političku, a država je postala zarobljenik buržoaskih interesa i perpetuator takvih odnosa klasne dominacije nad proletarijatom.

Druga metoda istraživanja moći u društvu jest tzv. metoda odlučivanja. Glavna karakteristika te metode, koja se vidi i u radovima Dahla, pionira pluralističke teorije moći, nije jednostavno promatranje formalnih pozicija ili reputacija, već „rekonstrukcija procesa odlučivanja“ čime se „distribucija moći može otkriti samo iscrpnom analizom odlučivanja većeg broja odluka na različitim sadržajima“ (Grdešić, 1995: 47). Ovakva metoda je osnova na kojoj je nastala pluralistička teorija moći. Za razliku od elitista koji moć poimaju statički (formalna pozicija, reputacija, klasa itd.), pluralisti na moć gledaju kao djelovanje, kao utjecaj uključenih aktera na donošenje odluka. „Moć se definira kao djelatna i manifestna“ (Grdešić, 1995: 47) ili kako kaže Dahl (1961 prema Grdešić, 1995: 47) „subjekt A posjeduje moć ako može prisiliti B na djelovanje koje ovaj inače ne bi poduzeo“.

Pluralisti smatraju kako je moć u društvu „široko raspodijeljena među različitim skupinama“, odnosno „nijedna skupina nije bez moći da utječe na donošenje odluka; jednako tako nijedna od njih nije dominantna“ (Hill, 2010: 28). Svaka skupina koja je zainteresirana za političko odlučivanje može se uključiti u taj proces i izvršiti utjecaj, odnosno moć na taj proces. Čak i građani imaju moć utjecaja na stvaranje javnih politika budući da mogu izaći na izbore i birati

svoje političke predstavnike čime neposredno utječu na sastav izabranog tijela, a posredno i na same političke odluke. Dakle, moć je „fragmentirana i raspršena, a... postignuća neke skupine ovise o njezinim resursima i njezinoj količini decibela“ (Hill, 2010: 28). Pluralizam naznačuje da svaka skupina, ukoliko ima interesa, volje i resursa (poput novca, informacija, medijske zastupljenosti), može utjecati na ishod političkih odluka, a koliko je utjecajna vidi se iz ostvarenja ili neostvarenja njihovih interesa u krajnjem ishodu politike.

Kritika pluralizma upravo polazi od prethodne postavke, a naznačili su je neolitisti kao što su Bachrach i Baratz. Oni tvrde kako se moć ne manifestira samo u donošenju odluka i ostvarivanjem interesa kroz iste, već postoji i drugo lice moći koje „nazivaju neodlučivanjem“ i koje „suzbija sukobe i sprječava da oni uđu u politički proces“ (Hill, 2010: 31). Ukratko, to znači da se moć očituje i u procesima kojima se nešto stavlja na dnevni red ili agendu odlučivanja. Pri tome određeni društveni problemi niti ne moraju dospjeti na dnevni red, što ne znači da nisu relevantni, već da određene skupine svojom moći određuju „legitimne probleme“ i ono o čemu će se raspravljati. Nadalje, Lukes (1974 prema Hill, 2010: 33) je proširio ovu raspravu i dodao koncept trećeg lica moći koje „podrazumijeva primjenu moći s ciljem oblikovanja preferencija ljudi, tako da ne postoje ni otvoreni ni prikriveni sukobi moći“. Ukoliko oblikujemo preferencije, vrijednosti ili percepciju ljudi na način koji je nama prihvatljiv, oni će razmišljati samo u okviru tih preferencija pa ni neće vidjeti drugu stranu medalje. To je suština Lukesovog stajališta.

Na kraju možemo dodati i pomalo nekonvencionalan pristup moći kakav je razvio Foucault, a neki ga opisuju i kao četvrto lice moći (Petek, Petković, 2014). Prema Foucaultu moć nije nešto što se posjeduje, moć je sveprisutna i „odasvud dolazi... moć nije institucija i nije struktura, ona nije stanovita sposobnost kojom su neki obdareni, ona je naziv što se pridaje nekoj složenoj strategijskoj situaciji u danom društvu“ (Foucault, 1994: 65). Moć je uvelike povezana sa znanjem, možemo reći kako znanje proizvodi moć, a moć proizvodi znanje. Drugim riječima moć „prožima društvene odnose i konstituira same subjekte odlučivanja kroz različite tehnologije i diskurse koji povezuju odnose znanja s odnosima moći“ (Petek, Petković, 2014: 110). Foucault je koristio izraze biopolitika i biomoć kojima je nastojao izraziti različite vrste upravljanja populacijom kroz javne politike (Petek, Petković, 2014). Primjerice, u kaznenoj politici, prelazak s politike kažnjavanja tijela prema politici discipliniranja i kontroli populacije čiji je vječiti simbol Benthamov panoptikon.

Kao što vidimo moć je višeznačan pojam i vrlo ga je teško opisati na jednostavan i unificirajući način. Ovaj rad vodit će se pretpostavkom pluralističkog stajališta o moći, budući da se promatra samo jedna reforma ili odluka o uvođenju dopunskog osiguranja, ali i zato što bi u ovom istraživanju ograničenog dosega, bilo jako teško pokazati sve prikazane odnose moći. Dakle, promatrat će se samo prvo lice moći, odnosno donošenje odluka i utjecaj aktera javnih politika unutar tog procesa odlučivanja, a pretpostavlja se da je moć široko distribuirana u društvu te da se time omogućava sudjelovanje raznim akterima u procesu stvaranja javnih politika.

Kontekst istraživanja: hrvatski zdravstveni sustav i uvođenje dopunskog zdravstvenog osiguranja

Akteri javnih politika nikad nisu u potpunosti autonomni u svojem djelovanju. Njihovo djelovanje, interes za usvajanje pojedine politike, preferencije, vrijednosti, utjecaj, uvelike su određeni kontekstom unutar kojeg djeluju, odnosno svojevrsnom strukturom ili arenom djelovanja. Kontekst unutar kojeg akteri stvaraju javne politike može biti određen raznim utjecajima kao što su mobilizacija interesnih grupa unutar društva, povijesna iskustva, međunarodni odnosi, gospodarstvo, administrativna snaga države, utjecaj prethodno usvojenih politika, odnosno ovisnost o prijednom putu, individualne karakteristike aktera itd. (Grindle, Thomas, 1991 prema Koudah et al., 2015: 3).

Drugim riječima, djelovanje aktera ograničeno je izvanjskim uvjetima u kojima se nalaze. Primjerice, utjecaj javnog mnijenja na prioritete politike, medija, mogućnost ili nemogućnost financiranja ili pak rat. Sve su to utjecaji koji omogućavaju ili onemogućavaju svrsishodno djelovanje aktera. Kingdon opisuje način određivanja dnevnog reda u SAD – u te ističe kako se „prigode za određivanje dnevnog reda pojavljuju i nestaju, a pozornost se seli s pitanja na pitanje pod utjecajem kratkotrajnog zanimanja medija i promjenjivih potreba političara tijekom izbornog ciklusa“ (Hill, 2010: 150). Prema tome, važno je navesti kontekst unutar kojeg se nalazio hrvatski zdravstveni sustav prije reforme dopunskog zdravstvenog osiguranja kako bi se objasnilo zašto je uopće došlo do reforme, ali i kako bi se prikazali uvjeti unutar kojeg su akteri radili na formulaciji spomenute reforme. Slijedi kratak prikaz ključnih karakteristika i problema hrvatskog zdravstvenog sustava od vremena Jugoslavije pa do 2002. godine kad je uvedeno zdravstveno dopunsko osiguranje.

Hrvatski zdravstveni sustav u Jugoslaviji vodio se socijalističkim načelima poput solidarnosti i jednakosti, pa je u skladu s time pristup zdravstvenoj zaštiti bio omogućen gotovo svima. Dovoljno govori podatak da je 1979. godine u Hrvatskoj oko 85% ukupnog stanovništva bilo zdravstveno osigurano (Zrinščak, 2007). Tadašnji zdravstveni sustav bio je organiziran na principima decentralizacije, odnosno tzv. samoupravnog socijalizma kojeg je karakterizirao „prelazak svih nadležnosti u pogledu zdravstvenog sustava na pojedine republike, uspostavljanje triju zajednica zdravstvenog osiguranja (radnika, poljoprivrednika i samostalnih profesija), financiranje zdravstvene zaštite u okviru tzv. samoupravnih interesnih zajednica te podvrgavanje svih socijalno-političkih sustava, time i zdravstva, interesima tzv. udruženog rada“ (Zrinščak, 2007: 196).

Bitno je napomenuti i da se sustav financiranja zdravstva temeljio na Bismarckovom modelu socijalnog osiguranja pa su „i poslodavci i zaposlenici izdvajali obavezne doprinose za planove obaveznog javnog zdravstvenog osiguranja“ (Chen, Mastilica, 1998: 1156). Zdravstveno je osiguranje praktički pokrivalo sve vrste zahvata i troškova, „sve mjere preventivne i kurativne zdravstvene zaštite, smještaj u zdravstvene ustanove, lijekove i ortopedska pomagala“ (Zrinščak, 2007: 197). Nadalje, uvelike se koristila velikodušnost prava na novčana davanja¹, a neki su ga i zloupotrebljavali govoreći da su bolesni dok su isto vrijeme „radili na crno“ (Chen, Mastilica, 1998).

U skladu s ovakvim povećanjem zdravstvenih usluga i njihove dostupnosti, zdravstveni pokazatelji (prvenstveno u pogledu smrti dojenčadi te očekivanom trajanju života) hrvatskog stanovništva drastično su se poboljšali s obzirom na stanje prije formiranja druge Jugoslavije i približili drugim zapadnoeuropskim zemljama (Zrinščak, 2007). Međutim, velika potrošnja zdravstvenih usluga i realno malo izdvajanje financijskih sredstava Hrvatske za zdravstvo koje je 1976. godine iznosilo 5,65% ukupnog društvenog proizvoda i njihova nekoordinirana raspodjela (Zrinščak, 2007, Chen, Mastilica, 1998), dovela je do velikih problema kao što je konstantan financijski deficit čime su se počela otvarati pitanja održivosti samog zdravstvenog sustava koja zapravo, nisu odgovorena ni danas.

¹ „Naknade u slučajevima privremene spriječenosti za rad zbog bolesti, trudnoće, poroda i sl., naknada prijevoznih troškova, naknada za opremu novorođenog djeteta, itd.“ (Zrinščak, 2007: 197).

Početak 1990 – ih, Hrvatska je izašla iz Jugoslavenske federacije i postala samostalna država. Međutim razilazak dviju državnih zajednica nije prošao u mirnom okruženju. Pobunom Srba i agresijom Jugoslavije na Hrvatsku započeo je Domovinski rat koji je u velikoj mjeri otežao razvoj Hrvatske jer se velik dio resursa morao koristiti u ratne svrhe. Posljedice ratnih okolnosti dočaravaju i sljedeći podaci: 1994. godine BDP Hrvatske iznosio je 50% od prijeratnog stanja 1990. godine, a 1996. godine stopa nezaposlenosti iznosila je 16% (Voncina et al., 2007). Time su ostali sektori i funkcije države ostali zakinuti, uključujući i zdravstvo. U tim okolnostima, bilo je potrebno napraviti temeljitu reformu i u osnovi, racionalizirati trošenje te s vrlo malo sredstava osigurati normalno funkcioniranje zdravstvenog sustava.

„Od 1990 – ih godina sustav se mijenja od onog sustava financiranja u socijalističkom smislu... u jedan mješoviti sustav u kojem se sve više uvode elementi privatnog zdravstvenog sustava tako da danas bi mogli reći da imamo dva paralelna sustava, javni i privatni“ (Intervju 1, 2018). Prvi veliki korak prema „mješovitom“ zdravstvenom sustavu sasvim je sigurno bila „prva opsežna reforma zdravstva, ozakonjena 1993. godine“, a nastojala je odgovoriti na „loše strane prošloga sustava... nove društvene probleme“ i „nove društvene okolnosti (sloboda odlučivanja pacijenata, pravo privatne prakse)“ (Zrinščak, 2007: 200). Reformom zdravstvenog sustava nisu se htjela narušiti pozitivna načela prošlog sustava (solidarnost, univerzalnost zaštite itd.), već uklopiti ta načela u novonastale uvjete, racionalizirati troškove i ostvariti funkcionalniji i održivi zdravstveni sustav.

Prema tome neke od ključnih karakteristika reforme zdravstva iz 1993. godine bile su sljedeće. Kao prvo zdravstveni sustav temeljio se na načelima „sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti“ te „cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite“ (Zrinščak, 2007: 200). Novim zakonima o zdravstvu i zdravstvenom osiguranju formalno je uvedena i svojevrsna kompeticija među liječnicima jer se pacijentima omogućio slobodan izbor liječnika. Međutim, u to doba pacijenti nisu bili dovoljno informirani pa je ta mogućnost u biti ostala mrtvo slovo na papiru (Zrinščak, 2007). Ciljevi racionalizacije troškova i financiranja potaknuli su centralizaciju hrvatskog zdravstvenog sustava pa je tako osnovan i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO)².

² Doduše, HZZO je osnovan već 1990. godine (Chen, Mastilica, 1998).

HZZO je predstavljao „kvazi autonomnu“ (Vončina et al., 2007) novoosnovanu instituciju „pod direktnom kontrolom vlade“ čiji je glavni zadatak bio, a i danas je „realizacija zdravstvenih politika definiranih od strane vlade te financiranje i kontrola zdravstvenih usluga“ (Chen, Mastilica, 1998: 1). Također, HZZO je glavni javni osiguravatelj³, odnosno zdravstveni socijalni fond koji prikuplja doprinose svih osiguranika. Doprinosi su najvećom mjerom prikupljeni na osnovi Bismarckovog modela⁴, odnosno sve zaposlene osobe jedan dio svoje plaće obavezne su izdvojiti za zdravstveno osiguranje. Nadalje, HZZO je ograničio korištenje zdravstvenih usluga, odnosno dostupnost istih na više načina.

Kao prvo pacijenti više nisu mogli slobodno ići specijalistima, već su se prvo morali konzultirati s liječnikom opće prakse. Liječnici opće prakse funkcionirali su kao vratari (gatekeepers) čime su se nastojali smanjiti nepotrebni troškovi odlaska specijalistu ukoliko to nije bilo potrebno (Chen, Mastilica, 1998). Kao drugo, gotovo sve „reforme“ hrvatskog zdravstvenog sustava do 2002. godine odnosile su se na inkrementalne mjere određivanja osnovnih zdravstvenih usluga koje su pokrivne osiguranjem, a koje nisu i za koje se trebala plaćati participacija. U osnovi kroz godine broj „besplatnih“, odnosno osiguranih usluga zapravo se smanjivao, a participacije su se sve više povećavale i to u smislu povećavanja broja usluga za koje se plaćala participacija, ali i povećavanja troškova participacija. Na taj način, troškovi zdravstvene zaštite sve su se više prebacivali na građane, odnosno korisnike usluga (Chen, Mastilica, 1998).

Primjerice, svi osigurani građani bili su pokriveni i imali su pravo da u jednoj godini iskoriste do 3 posjeta liječniku primarne zaštite, 5 recepata, dvije uputnice specijalistima, dva posjeta liječnicima dentalne medicine (Chen, Mastilica, 1998). Za sve ostale usluge koje nisu bile ovako definirane moralo se plaćati, kako se kolokvijalno kaže, iz vlastitog džepa. Dakako, postojale su i iznimke od plaćanja pa su primjerice stariji od 65 godina, djeca, studenti, nezaposleni, osobe s vrlo niskim primanjima itd. bili izuzeti od plaćanja participacija (Chen, Mastilica, 1998). Uvelike su se postrožili i kriteriji za dobivanje bolovanja, pa se ta usluga više nije mogla tako lako zloupotrebljavati kao u Jugoslaviji. Sve ove mjere imale su određenog uspjeha

³ Uz obavezno bilo je konstituirano i dobrovoljno zdravstveno osiguranje unutar kojeg su mogle djelovati i privatne osiguravateljske kuće.

⁴ Prihodi u zdravstvu također su se prikupljali općim porezima, ali i regionalnih poreza (Vončina et al., 2007).

u početku jer su „1993. i 1994. godini smanjeni ukupni troškovi zdravstvenog sustava, a minus u HZZO-u smanjen je s 2,8% BDP-a 1992. godine na 0,2% 1994. godine“ (Zrinščak, 2007: 202).

Međutim, sve mjere kojima se postigla prethodna računica bile su kratkoročnog dometa i već krajem 1990 – ih i početkom 2000 – ih godina ponovno se javljaju isti problemi, osobito u pogledu financiranja zdravstvenog sustava. Budući da se zdravstvo velikom većinom financiralo iz doprinosa temeljenih na plaćama radnika, odnosno 16% iznosa plaće 2000. – te godine, ono je uvelike povećavalo cijenu rada, gotovih proizvoda i kompetitivnost hrvatskog gospodarstva (Vončina et al., 2007). To je stvorilo dodatne poticaje unutar sive ekonomije, odnosno plaćanja radnika na crno čime je država, a tako i zdravstveni sustav jednim dijelom ostao zakinut. Podaci iz 2000. – te godine pokazuju kako je čak 7% bruto društvenog proizvoda Hrvatske otpadalo na sivu ekonomiju (Vončina et al., 2007).

Drugi problem također je vezan uz ekonomiju, a odnosi se na stopu nezaposlenih ljudi u razdoblju od 2000. do 2004. godine koja je iznosila od 19% do 22% (Vončina et al., 2007). Prema tome, vrlo mali broj ljudi uplaćivao je financijska sredstva u zdravstveni fond. Taj problem postaje još vidljiviji ako uz broj nezaposlenih pogledamo i demografiju stanovništva. Prema podacima iz 2003. godine 22% stanovništva bilo je starije od 60 godina (Vončina et al., 2007). Takvo stanje odrazilo se i na financijsko stanje zdravstvenog sustava kojemu su prijeko bili potrebni novi izvori prihoda.

Financijski problemi nisu postojali samo sa strane prihoda, već i načina kako su se ti prihodi koristili. Kako ističe šesti ispitanik (Intervju 6, 2018), veliki problem je bila“ izražena neučinkovitost i nekvalificirani menadžment“ te napominje kako u „sustavu ne nedostaje novca, ali se taj novac prilično netransparentno koristi“. Zdravstveni sustav je „relativno dezorganiziran i kroz silne godine i silne reforme zdravstva nije se uspjelo uvesti profesionalno upravljanje financijama“ (Intervju 3, 2018). Međutim, problemi se nisu očitovali samo u financijama i u njihovoj primjeni, već i u ostalim područjima zdravstvenog sustava. Primjerice, kvaliteta zdravstvene zaštite, zdravstveni ishodi tj. zdravlje stanovništva, loših radnih navika, naslijeđene infrastrukture itd. (Intervju 2, Intervju 3, Intervju 6, 2018).

Način na koji se nastojalo odgovoriti na te probleme bilo je uvođenje dopunskog zdravstvenog osiguranja 2002. godine koje je prvenstveno bilo fokusirano na financijske aspekte zdravstvenog sustava, odnosno prikupljanja novih izvora prihoda kako bi se sustav održao. Novi

izvori prihoda prvenstveno su dolazili od građana koje se nastojalo poticati i motivirati da uplaćuju u novoosnovanu policu dopunskog osiguranja. Mjere koje je predvidjela reforma zdravstvenog sustava 2002. godine bile su sljedeće. Obavezno zdravstveno osiguranje i dalje je ostalo postojati, ali sa smanjenim rasponom zdravstvenih usluga koje su pokrivena, ali i većom participacijom za pojedine zdravstvene usluge. Novi zakon promijenio je cjenik participacija za odabrane usluge pa su se primjerice participacije za bolničku i specijalističku njegu, dijagnostičke testove i lijekove povećale (Vončina et al., 2007). Dakle, smanjio se paket osiguranih zdravstvenih usluga unutar obaveznog zdravstvenog osiguranja i pripremio se teren za uvođenje dopunskog osiguranja.

Dakle, dopunsko osiguranje je bila svojevrsna socijalna mjera kojom se omogućilo pacijentima da ne plaćaju novonametnute participacije. Primjerice do 2009. godine, ukoliko ste završili u bolnici na 10 dana i ukoliko niste imali dopunsko zdravstveno osiguranje, morali ste platiti bolnici svaki dan liječenja koji je tada iznosio otprilike 100 kuna, dakle 1000 kuna (Intervju 7, 2018). No, ako ste posjedovali policu dopunskog osiguranja ne biste platili ništa i upravo na taj način se htjelo motivirati građane da sudjeluju u dopunskom zdravstvenom osiguranju. Kako kaže jedan od ispitanika (Intervju 2, 2018), „participacija ljude demotivira na potrošnju, a dopunsko osiguranje onda samo ide s tim u paketu da se ljudima kaže ok evo vam još i mrkva, a to je plati dopunsko pa onda nisi sudjelovao s 500 kuna nego 130 ili 70 kuna“. Istu stvar rekao je i ministar zdravstva Andro Vlahušić: „očekujemo da bi dopunskim osiguranjem mogli prikupiti oko dodatnih 800 milijuna kuna, što bi bilo dovoljno da pokrijemo dugove bolnica. No, nije nam toliko bitno koliko ćemo novca zaraditi dodatno, nego da osiguranici dobiju osjećaj da zdravlje košta“ (Tanja Tolić, 2002). Mjesečna premija dopunskog osiguranja je bila utvrđena na 80 kn, a za umirovljenike 50 kn (Vončina et al., 2007) jer se i njih htjelo potaknuti da uplaćuju u dopunsko.

Reforma zdravstvenog sustava činila se obećavajućom budući da je HZZO završio 2002. i 2003. godinu u financijskom suficitu, međutim već 2004. godine prešlo se u deficit (Vončina et al., 2007). Usprkos tome uvođenje dopunskog osiguranja pozitivno je utjecalo na prihode hrvatskog zdravstvenog sustava, a već 2003. godine otprilike 730 tisuća građana imalo je dopunsko osiguranje (Vončina et al., 2007). 2009. godine taj broj se povećao za otprilike 2 milijuna korisnika (HZZO, 2009) do čega je vjerojatno došlo zbog uvođenja novih reformi u dopunsko osiguranje.⁵

⁵ Primjerice 2009. godine uspostavljen je maksimalni iznos participacije 3000 kuna (Intervju 7, 2018).

Iako dopunsko osiguranje nije uspjelo riješiti sve probleme hrvatskog zdravstvenog sustava, cilj reforme da se skupi što više prihoda i da se spasi zdravstveni sustav donekle je uspio.

Metodologija

Kako bi se što jasnije odgovorilo na istraživačko pitanje, u ovom radu koristit će se prvenstveno kvalitativne, ali i kvantitativne metode prikupljanja i analize podataka. Kad govorimo o kvalitativnim metodama koristit će se analiza relevantnih dokumenata, internetskih stranica i novinskih članaka, ali i intervjui relevantnih aktera koji su upućeni u tematiku rada. Pod relevantnim dokumentima smatraju se tekstualni materijali koje je proizvela vlada i njezina nadležna ministarstva i institucije, zakoni, strategije i slično iz kojih se mogu identificirati pojedini akteri i njihova obilježja. Nadalje, dokumenti ili izvješća koja su sastavljena od strane relevantnih aktera uključenih u proces oblikovanja reforme dopunskog zdravstvenog osiguranja, ali i internetske stranice uključenih aktera iz kojih možemo iščitati relevantne podatke poput karakteristika aktera, njihovih resursa, sfera djelovanja itd.

Što se tiče intervjuja, koristit će se metoda polu – strukturiranog intervjuja. Prema Institutu za hrvatski jezik i jezikoslovlje, intervju bismo mogli okarakterizirati kao „razgovor sa svrhom dobivanja podataka u sklopu znanstvenoga istraživanja“ (Struna.ihjj.hr, 2018). Kod polustrukturiranog intervjuja, istraživač koristi pripremljena pitanja i teme, ali „sugovorniku dopušta i manja tematska udaljavanja od postavljenih pitanja“ (Struna.ihjj.hr, 2018). Uzorak (N=7) koji je korišten u istraživanju definiramo kao *namjerni uzorak* jer se, u skladu s istraživačkim pitanjem i ciljem istraživanja, odabiru pripadnici populacije koji imaju sva relevantna obilježja i karakteristike nužne za provedbu kvalitetnog (polustrukturiranog) intervjuja. Uzorak ispitanih aktera čine visokoobrazovani stručnjaci u području zdravstva i zdravstvenih politika u Hrvatskoj, akteri koji se trenutno nalaze na visokim pozicijama unutar hrvatskog zdravstvenog sustava te jedan akter koji je i sam bio prisutan u procesu oblikovanja politike dopunskog zdravstvenog osiguranja. Prema tome smatra se da su intervjuirane osobe dovoljno upoznate s hrvatskim zdravstvenim sustavom, ali i temom ovog istraživačkog rada. Kvalitativnom analizom novinskih članaka također možemo identificirati ključne aktere, ali i pojedina njihova obilježja poput interesa, sfere djelovanja i konteksta unutar kojeg su djelovali.

Za analizu podataka koristila se tematska analiza sadržaja. Tematska analiza je kvalitativna analiza svih prikupljenih podataka, odnosno njihovo kodiranje u određene teme ili tematske cjeline. U suštini to je „organiziranje podataka po ladicama“ s time da „ladice“, tj. teme obuhvaćaju važne aspekte prikupljenih podataka čija se važnost očituje povezanošću s istraživačkim pitanjem (Braun, Clarke, 2006). Drugim riječima, tematska analiza sadržaja je „metoda identifikacije, analize i izvještavanja uzoraka (tema) unutar podataka. Takva analiza minimalno organizira i detaljno opisuje prikupljene podatke. Međutim često ide dalje od toga i interpretira različite aspekte istraživačke teme“ (Boyatzis, 1998 prema Braun, Clarke, 2006: 79).

U mojoj analizi, teme koje sam kodirao nastale su induktivnim i deduktivnim putem. U prvom koraku kao jedinicu analize uzeo sam odlomak te sam u podacima nastojao pronaći svakog aktera koji se spominje u kontekstu reforme dopunskog zdravstvenog osiguranja. Nakon što sam izvukao sve aktere koji su sudjelovali u procesu stvaranja te politike, analizirao sam obilježja iz kojih se može iščitati njihova formalnost ili neformalnost te sam ih svrstao u pripadajuće kategorije. Prema tome u ovom koraku koristio sam se već postojećom teorijom o akterima javnih politika koja dijeli aktere na formalne i neformalne.

S druge strane, analizu sadržaja proveo sam i induktivnim putem, odnosno temeljitim iščitavanjem prikupljenih podataka i traženjem uzoraka ili tematskih cjelina. Budući da je cilj ovog istraživanja utvrditi moć ili utjecaj aktera na proces uvođenja dopunskog osiguranja izvlačio sam one teme unutar kojih možemo pronaći ključne karakteristike povezane s utjecajem aktera. Teme koje sam osmislio čitajući podatke bile su javne ovlasti, percepcija aktera o distribuciji moći te uloga aktera u procesu stvaranja politike. U ovom koraku kao jedinicu analize također sam uzeo odlomak budući da sam analizirao kontekst unutar kojeg se pojedini akteri pojavljuju. Primjerice, tako se neki akter može pojavljivati u kontekstu marginalne uloge ili malog interesa za sam proces donošenja reforme što se svakako može povezati s malim utjecajem na istu. Nakon što sam analizirao kontekst, odnosno karakteristike koje se vežu uz pojedine aktere svrstao sam ih u dvije kategorije: one s velikim utjecajem te one s malim utjecajem. Moć/Utjecaj sam definirao kao stupanj ili mogućnost prema kojemu pojedini akteri mogu blokirati reformu ili omogućiti njezino ostvarenje (Gilson, Thomas, 2004).

Novinski članci (N=16) analizirani su i jednostavnom kvalitativnom metodologijom, odnosno pomoću njih prikupljeni su podaci o medijskoj zastupljenosti aktera uključenih u proces

formulacije dopunskog osiguranja. Način na koji je odabiran uzorak novinskih članaka je sljedeći: kao prvo, članci su pretraživani preko interneta, odnosno preko portala Večernji list i stranice za pretraživanje Google na kojima se lako mogu postavljati filteri pretraživanja. Drugo, kao kriterij pretrage uzimao sam ključne riječi poput „dopunsko osiguranje“ i „reforma zdravstva“, ali i vremenski raspon od 1.1.1999. godine do 1.6.2002. godine budući da je reforma dopunskog zdravstvenog osiguranja formalno stupila na snagu 1.1.2002, a efektivno sredinom petog mjeseca 2002. godine. Tim vremenskim rasponom omogućena je pretraga svih relevantnih članaka dostupnih na internetu vezanih uz temu uvođenja dopunskog osiguranja. Nedostatak ovakve metode jest to što zasigurno nisu obuhvaćeni svi relevantni novinski članci jer svi nisu ni dostupni na internetu. Međutim, takav nedostatak ne bi trebao predstavljati problem s obzirom da su se koristili i drugi načini prikupljanja i obrade podataka. Način na koji se mjerila medijska predstavljenost aktera je u biti vrlo jednostavan, a odnosi se na brojanje koliko puta se koji akter ili predstavnik tog aktera spomenuo u relevantnim novinskim člancima.

Prema tome uspostavio sam 4 kriterija, odnosno indikatora distribucije moći između aktera. To su javne ovlasti, percepcija aktera o distribuciji moći, uloga aktera u procesu stvaranja politike i medijska zastupljenost.

Tablica 1. Indikatori moći/utjecaja aktera

Indikatori moći/utjecaja aktera
1. Javne ovlasti
2. Percepcija aktera o distribuciji moći
3. Uloga aktera u procesu stvaranja politike
4. Medijska zastupljenost

Rezultati istraživanja

Prvi korak analize aktera javnih politika jest njihovo identificiranje. Aktere sam identificirao analizom novinskih članaka, dokumenata i intervjuva. U slučaju dopunskog zdravstvenog osiguranja identificirano je 11 aktera koje sam podijelio na formalne i neformalne. Prema tome u nadolazećim stranicama nastojat ću opisati koji su sve akteri sudjelovali te njihove karakteristike po kojima se razlikuju od drugih aktera, odnosno njihove javne ovlasti (ukoliko ih imaju) i ulogu koju su imali u procesu donošenja reforme. Započet ću s formalnim akterima koji imaju ovlaštenje za odlučivanje, bilo po Ustavu ili zakonu te samim time imaju pravo, ali i dužnost

sudjelovati u procesima stvaranja javnih politika koja su njihovoj domeni djelovanja. Sam čin ovlaštenja nekog aktera daje mu legitimitet, a time i moć u odlučivanju o društveno važnim pitanjima.

Formalni akteri

Formalni akteri koji su sudjelovali u slučaju uvođenja dopunskog osiguranja bili su Vlada Republike Hrvatske, odnosno ministarstva pod njezinom nadležnošću, u ovom slučaju Ministarstvo zdravstva i Ministarstvo financija, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje i medicinske komore.

Vlada Republike Hrvatske

Vlada RH prema svojim formalnim ovlastima i obilježjima obavlja izvršnu vlast. Prema tome Vlada je jedan od najvažnijih i najutjecajnijih aktera upravo zbog ovlasti koje joj pripadaju. Vlada kreira i predlaže zakone Hrvatskom saboru, provodi donesene zakone, usmjerava rad ministarstava, donosi državni proračun čime utječe na distribuciju financijskih sredstava države sukladno vlastitim prioritetima i interesima. Nadalje, Vlada „određuje, usmjerava i usklađuje provedbu politika i programa te u tu svrhu predlaže i donosi strategije, daje smjernice, vodi vanjsku i unutarnju politiku, usmjerava i nadzire rad državne uprave, brine o gospodarskom razvitku zemlje, usmjerava djelovanje i razvitak javnih službi“ (vlada.gov.hr, 2018).

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske posebno je osnovano ministarstvo čija je glavna zadaća „zaštita, unapređenje i očuvanje zdravlja“ kroz uspostavljanje adekvatne zdravstvene politike i zdravstvenog sustava te njegovog održavanja u skladu sa zdravstvenim potrebama hrvatske populacije (Zdravlje.gov.hr, 2018). Takav deklarativni cilj sadržajno je determiniran posebnim ciljevima kao što su „dostupnija zdravstvena zaštita, razvijen sustav kvalitete zdravstvene zaštite, zaštita javnozdravstvenog interesa i učinkovitije upravljanje financijskim resursima u zdravstvu“ (Zdravlje.gov.hr, 2018). Prema tome, misija Ministarstva zdravlja je „zaštita, očuvanje i unapređenje zdravlja stanovništva, uključujući kao posebnu skupinu radno sposobnu populaciju kroz zaštitu javnozdravstvenog interesa, rano prepoznavanje rizika bolesti i profesionalnih bolesti vezanih uz rad, sprečavanje bolesti, ozljeda na radu te liječenje i rehabilitaciju bolesnih“ (Zdravlje.gov.hr, 2018).

Kako bi ostvarilo navedene ciljeve, ministarstvo zdravstva uspostavlja širok krug djelovanja koji se odnosi na različite procese kao što je zaštita stanovništva od zaraznih i nezaraznih bolesti, zračenja, kontrola zdravstvene ispravnosti namirnica i predmeta opće uporabe, izgradnja i investiranje u zdravstvo, osnivanje zdravstvenih ustanova i privatne prakse, organiziranje stručnih i državnih ispita zdravstvenih djelatnika te njihovo specijalističko usavršavanje, upravni nadzor nad radom HZZO – a, Hrvatskog crvenog križa i medicinskih komora, inspeksijski nadzor nad radom zdravstvenih ustanova i lijekovima, sanitarni nadzor nad otrovima itd. (Zdravlje.gov.hr, 2018). Dakle, prema navedenom opisu i djelokrugu djelovanja možemo zaključiti kako je Ministarstvo zdravstva jedan od ključnih aktera u procesima oblikovanja zdravstvene politike, ali i u procesima njezine implementacije.

Ministarstvo financija Republike Hrvatske

Ministarstvo financija Republike Hrvatske jedna je od najvažnijih institucija vlade budući da je prvenstvena uloga tog ministarstva briga o državnom proračunu i javnim financijama. Laički rečeno, ministarstvo financija određuje tok novca unutar države. Ministarstvo financija „odgovorno je za pripremu i provođenje vladine fiskalne politike“, pripremu „državnog proračuna, te upravljanje proračunskim prihodima i rashodima, odnosno novcem poreznih obveznika“ (mfin.hr, 2018).

Djelokrug ministarstva financija također je vrlo opsežan, a većinom se odnosi na ekonomske mjere, analize i inspekcije. Tako se na stranicama Ministarstva financija mogu pronaći sljedeće uloge te institucije: analize i prognoze makroekonomskih kretanja, konsolidaciju proračuna, izrada prijedloga sustava financiranja javnih potreba, izvršavanje državnog proračuna, planiranje likvidnosti državnog proračuna, upravljanje financijskim tijekovima, proračunski nadzor, izrada analiza i praćenje ekonomskih kretanja iz područja financijskog sustava, upravljanje poreznim i carinskim politikama, nadziranje i inspekcija poslova u područjima carinske i porezne politike i mnoge druge.

Budući da ministarstvo financija upravlja državnim proračunom, ono određuje u koje će se svrhe javni novac koristiti. Na taj način, Ministarstvo financija zapravo uspostavlja državne prioritete, odnosno financijska investiranja države u određena područja poput javne uprave, politike obrazovanja, energetske, prometne politike pa tako i zdravstvene. Iako je HZZO stvoren

da bude autonomna institucija koja će samostalno upravljati vlastitim prihodima i rashodima, jedan dio zdravstvenog sustava je, kao što je već rečeno, bio financiran i iz državnog proračuna⁶.

Štoviše, početkom 2000. – tih godina „HZZO je postao dio središnjega državnog proračuna, čime mu je administrativnom odlukom ukinut status izvanproračunskog fonda, odnosno status relativne samostalnosti, kakav bi trebali imati fondovi koji se financiraju doprinosima i kojima bi se trebalo upravljati na tripartitnoj osnovici“ (Zrinščak, 2007: 204). Upravo je ovom odlukom Vlada Republike Hrvatske uspostavila čvršću kontrolu nad HZZO – om i njegovim budžetom i to upravo u vrijeme oblikovanja reforme dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

1990. godine u procesu centralizacije zdravstvenog sustava osnovan je i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Već je rečeno da je zavod poluautonomna institucija čiji je glavni zadatak provoditi zdravstvenu politiku, osobito u pogledu financiranja i kontroli zdravstvenih usluga. HZZO je glavni javni fond u koji građani uplaćuju doprinose prvenstveno za obavezano zdravstveno osiguranje. U skladu s tim Zavod „planira i prikuplja novčana sredstva osnovnoga zdravstvenog osiguranja te plaća usluge zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima“ (Vlada RH, 2002). Prema tome „jasno je da je opseg obveznoga zdravstvenog osiguranja koji je pokrивao gotovo cijelo stanovništvo doveo do toga da je HZZO temeljna financijska institucija u području zdravstva“ (Zrinščak, 2007: 201).

Nadalje, HZZO nastoji „omogućiti uvjete da se ostvari sveobuhvatno, solidarno i svima dostupno zdravstvo, unaprijediti prava pacijenata te uključiti njihove predstavnike u odlučivanje o ulaganju resursa uz maksimalnu pažnju ranjivim članovima društva, pojednostaviti sustav na razinu primjerenu populaciji, geografskoj veličini i potrebama“ (hzzo.hr, 2018) itd. Stoga je prema svojim formalnim ovlastima i djelokrugu HZZO jedan od ključnih aktera u hrvatskoj zdravstvenoj politici. Najvažnija tijela unutar Zavoda su Upravno Vijeće i ravnatelj HZZO – a, budući da ona upravljaju Zavodom i donose odluke. Prema zakonu iz 2001. godine koji je bio na snazi u vrijeme

⁶ A često se znalo događati i da Ministarstvo financija „krpa“ manjkove unutar zdravstvenog sustava jer jednostavno nije bilo dovoljno novaca unutar samog zdravstvenog sustava za pokriće dugova. U takvim situacijama intervenirala je Vlada tj. nadležna ministarstva.

oblikovanja reforme dopunskog osiguranja, Upravno vijeće bilo je sastavljeno na tripartitnoj osnovi (Zrinščak, 2007).

HZZO – om formalno „upravlja Upravno vijeće Zavoda“ koje obavlja sljedeće poslove: „predlaže Hrvatskom saboru visinu stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje, donosi Statut Zavoda i druge opće akte za provedbu Zakona, donosi godišnji financijski plan Zavoda i program rada Zavoda, donosi izvješće o godišnjem radu i poslovanju Zavoda i podnosi ga ministru nadležnom za zdravstvo, nadzire izvršenje financijskog plana Zavoda, daje upute, preporuke, smjernice za rad i mišljenja o pojedinim pitanjima direktoru Zavoda i Stručnom vijeću Zavoda“, donosi „akte za provedbu osnovnog zdravstvenog osiguranja... i dopunskog zdravstvenog osiguranja“ (Vlada RH, 2002).

Predstavnike u Upravnom vijeću „imenuje Vlada Republike Hrvatske na prijedlog ministra zdravstva i to: 4 predstavnika osiguranika, 2 predstavnika poslodavaca, 3 predstavnika zdravstvenih radnika iz zdravstvenih ustanova i privatne prakse” (Vlada RH, 2002). Prema tome, utjecaj na zdravstvene politike formalno imaju i interesne skupine izvan samog zdravstvenog sustava kao npr. udruga pacijenata. Međutim pitanje jest koliki je taj utjecaj zaista budući da su članovi Upravnog vijeća imenovani od strane Vlade RH.

Hrvatska liječnička komora

Suvremena Hrvatska liječnička komora osnovana 1995. godine je „samostalna, neovisna, staleška i strukovna organizacija liječnika – doktora medicine na području Republike Hrvatske“ (HLK, 2016). Iako nije klasičan formalni akter, Komora ima određene javne ovlasti kao što su stručni nadzor nad radom liječnika, određivanje cijene rada privatnih liječnika, vođenje Imenika liječnika, izdavanje, oduzimanje ili obnavljanje odobrenja za rad liječnika, odobravanje pojedinačnih cijena privatnih liječničkih usluga (HLK, 2016). Nadalje, Komora, čuva i unapređuje društveni položaj i ugled liječničkog zvanja, surađuje s ministarstvom nadležnim za zdravstvo, HZZO – om i drugim tijelima, daje prijedloge podzakonskih te drugih akata sukladno posebnom zakonu, zastupa liječnike kod sklapanja ugovora sa HZZO – om te drugim društvima za osiguranje, daje prijedloge i stručna mišljenja kod pripreme propisa koji imaju utjecaj na razvoj medicinske struke, zdravstvene zaštite i liječničkog zvanja (HLK, 2016).

Hrvatska komora dentalne medicine

Hrvatska stomatološka komora osnovana je 1995. godine. Opseg rada i krug djelovanja vrlo je sličan liječničkoj komori s razlikom da zastupa liječnike dentalne medicine. Također ima javne ovlasti: vodi registar doktora dentalne medicine, daje, obnavlja i oduzima odobrenja za samostalan rad doktora dentalne medicine, obavlja stručni nadzor nad radom doktora dentalne medicine, određuje najnižu cijenu rada dentalnog tehničara te doktora dentalne medicine izvan mreže javne zdravstvene službe (HKDB, 2018). Izvan javnih ovlasti Komora predlaže ministru nadležnom za zdravstvo mrežu javne zdravstvene službe za dentalnu medicinu i djelatnost dentalnih tehničara, utvrđuje cijene dentalnih usluga iz opsega dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, zastupa interese svojih članova kod sklapanja ugovora s društvima za osiguranje, sudjeluje pri određivanju standarda i normativa dentalnih usluga i usluga dentalne tehnike i dentalnih asistenata itd. (HKDB, 2018).

Hrvatska komora medicinskih biokemičara

Hrvatska komora medicinskih biokemičara također ima vrlo slične ovlasti i opseg djelovanja kao i druge dvije komore. Javne ovlasti ovog tijela su vođenje registra medicinskih biokemičara, davanje odobrenja za rad, obavljanje stručnog nadzora, uspostavljanje cijena privatnih usluga (hkmb.hr, 2018). Uz javne ovlasti Hrvatska komora medicinskih biokemičara daje stručna mišljenja kod pripreme propisa od utjecaja na razvoj zdravstvene struke, daje mišljenje o kvaliteti dijagnostičkih testova, zastupa interese svojih članova kod sklapanja ugovora s HZZO – om i drugim osiguravajućim društvima, daje prethodno mišljenje na akt Hrvatskog zavoda za obvezno zdravstveno osiguranje kojim se utvrđuje način provođenja plana i programa mjera zdravstvene zaštite, formiranje cijena zdravstvene zaštite i drugih osnova za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima koji čine mrežu zdravstvene djelatnosti itd. (hkmb.hr, 2018).

Neformalni akteri

Gospodarsko socijalno vijeće

Gospodarsko socijalno vijeće nastalo je 1994. godine kako bi se što lakše uspostavio dijalog između Vlade s jedne strane, i sindikata, udruga poslodavaca te Hrvatske gospodarske komore s druge strane. Vijeće predstavlja institucionaliziranu tripartitnu suradnju različitih aktera

javnih politika u kojemu se odluke nastoje donijeti konsenzusom. U vrijeme donošenja dopunskog zdravstvenog osiguranja tijelo su činila po tri predstavnika Vlade, tri predstavnika sindikalnih središnjica i tri predstavnika udruge poslodavaca (Vlada RH, 1994). Gospodarsko socijalno vijeće prati, izučava i ocjenjuje utjecaj gospodarske politike i mjera gospodarske politike na gospodarsku stabilnost i razvoj kao i na socijalnu stabilnost i razvoj, razmatra i predlaže osnove politike plaća i cijena, razmatra konceptualne osnove prije izrade paketa Zakona iz područja rada i socijalne sigurnosti, te svaki od pojedinih Zakona iz tog područja prije nego Prijedlog dođe na sjednicu Vlade Republike Hrvatske (Vlada RH, 1994). Gospodarsko socijalno vijeće zapravo je „konzultativno i savjetodavno tijelo Vlade RH, koje o određenim pitanjima iz svojeg djelokruga rada daje mišljenja, predlaže i ocjenjuje.“ (gsv.socijalno-partnerstvo.hr, 2018).

Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata

Udruga koja se, kako joj i ime kaže, bavi zaštitom i promicanjem prava pacijenata. Ciljevi udruge su sprječavanje diskriminacije pacijenata, upoznavanje javnosti o pravima pacijenata, uobličavanje prijedloga zakonskih pretpostavki kojima bi se izrijekom odredila prava pacijenata, pružanje pomoći građanima u ostvarivanju njihovih prava kao pacijenata te prikupljanje pojedinačnih opažanja o nedovoljno definiranim odnosima između onih koji osiguravaju, onih koji omogućuju, onih koji pružaju te onih koji traže zdravstvenu uslugu (HUPPP, 2015).

Neformalni međunarodni akteri

Svjetska banka

Svjetska banka je međunarodna organizacija čiji je glavni cilj promicanje reformi u nerazvijenim i slabije razvijenim zemljama u svrhu poticanja njihovog pozitivnog razvoja. Ona nije banka u klasičnom smislu, već se sastoji od 5 različitih institucija od kojih svaka nastoji ostvariti posebne ciljeve kojima se nastoje poboljšati uvjeti života, prvenstveno u slabo razvijenim zemljama. Tih 5 institucija su Međunarodna banka za obnovu i razvoj, Međunarodna udruga za razvoj, Međunarodna financijska korporacija, Multilateralna investicijsko garancijska agencija i Međunarodni centar za rješavanje investicijskih sporova. Svjetska banka provodi istraživanja, analize, savjetuje zemlje i odobrava kredite i investicije za različite javne politike i sektore kao što su obrazovanje, javna uprava, infrastruktura, financijski i privatni sektor, poljoprivreda, zdravstvo

itd. (worldbank.org, 2018). U Hrvatskoj, Svjetska banka sudjelovala je u raznim projektima reforme zdravstva, osobito u razdoblju od kraja 1990. – ih do početka 2000. – ih godina.

Svjetska zdravstvena organizacija

Svjetska zdravstvena organizacija međunarodna je organizacija koje svoje djelovanje obavlja u sklopu Ujedinjenih Nacija. Njezin glavni cilj jest promicati zdravlje cjelokupnog stanovništva. Taj cilj nastoji se postići na razne načine, a neki od njih uključuju postavljanje normi i standarda zdravstvene zaštite, promoviranje implementiranja javnih politika temeljenih na dokazima, davanje tehničke podrške, širenje znanja istraživanjima i analizama itd. Svjetska zdravstvena organizacija „radi zajedno s kreatorima javnih politika, globalnim partnerima, civilnim društvom, akademskim i privatnim sektorom u nastojanju da pomogne državama da razviju, implementiraju i nadziru kvalitetan plan nacionalnog zdravstva“ (who.int, 2018). Međutim, ne bavi se samo zdravstvenim sustavima, već i prevencijom zaraznih i nezaraznih bolesti, educiranjem ljudi o zdravim i nezdravim životnim navikama itd. (who.int, 2018).

Uloga pojedinih aktera u procesu oblikovanja dopunskog zdravstvenog osiguranja

Uloga Vlade RH u procesu oblikovanja dopunskog zdravstvenog osiguranja najviše se očitovala kroz rad njezinih nadležnih ministarstava, prvenstveno Ministarstva zdravstva i Ministarstva financija. Međutim, Vlada, ukoliko ju promatramo kao jedinstveno tijelo, također je imala značajnu ulogu i to prvenstveno u koordiniranju procesa donošenja reforme. Kako ističe drugi ispitanik: „oni imaju trajno konzultacije, svaki akt koji se tiče financija iskoordiniran je između Vlade i ministarstava i postoji čak procjena financijskog učinka gdje se određena mjera treba staviti simulirati i onda drugo ministarstvo daje mišljenje“ (Intervju 2, 2018). Primjerice, Ministarstvo zdravstva moralo je uputiti prijedlog o cijeni dopunskog osiguranja⁷ i Vladi na raspravu (Tanja Tolić, 2002).

Nadalje, Vlada je mogla utjecati na djelovanje drugih aktera imenovanjem ljudi na određene funkcije poput ministra⁸, članova Gospodarsko socijalnog vijeća, članova Upravnog vijeća te ravnatelja HZZO – a na prijedlog ministra zdravstva. Prema tome, nijedna odluka nije mogla biti

⁷ Prijedlog je tada bio da cijena police dopunskog zdravstvenog osiguranja iznosi 80 kn, a za umirovljenike kao posebno osjetljivu socijalnu skupinu 40 kn (Tanja Tolić, 2002).

⁸ Vlada RH morala je postaviti drugog ministra zdravstva nakon što je otkrivena afera Baxter u kojoj je sudjelovala i dotadašnja ministrica Ana Stavljenić Rukavina (Sanja Kapetanić, 2001).

provedena, a da Vlada RH nije dala suglasnost ili bila obavještena o tome što je sasvim normalno budući da Vlada predstavlja izvršnu vlast u državi. Dakle, Vlada RH je bila ključan akter u tom procesu, pogotovo ako pogledamo kontekst unutar kojeg se odvijala reforma gdje se trebalo što prije pronaći nov izvor prihoda za zdravstveni sustav koji bi inače krahirao.⁹

„U cijelom procesu reforme zdravstva otpočetak sudjeluje prvenstveno Vlada RH dakle ministarstvo zdravstva sa svojim ekspertnim skupinama ne, ovaj odlučuje o tim tzv. reformskim potezima i po mom mišljenju opet ponavljam sve se to svodi na financiranje“ (Intervju 1, 2018). Glavna uloga Ministarstva zdravstva u procesu donošenja reforme bila je sastavljanje prijedloga zakona kojim bi se uopće moglo omogućiti uspostavljenje dopunskog zdravstvenog osiguranja ili kako kaže treći ispitanik (Intervju 3, 2018) „Ministarstvo zdravstva je moralo napraviti prijedlog zakona koji bi Vlada morala usvojiti što Ministarstvo financija mora odobriti da bi se zakon uputio na Sabor na izglasavanje“.

Nadalje, peti ispitanik (Intervju 5, 2018) ističe kako Ministarstvo zdravstva nije dopuštalo autonomnu ulogu HZZO – a: „otkad je HZZO – a on je autonoman na papiru, njegovog ravnatelja bira Vlada odnosno predlaže ministar. „Prema tome je apsolutno pod političkim utjecajem i s druge strane ravnatelj ne upravlja zavodom nego ministar posredno i to je uvijek tako bez obzira je li zavod unutar proračuna ili izvan proračuna. Ministar zdravlja je taj koji upravlja sustavom“ (Intervju 5, 2018). Drugim riječima „odluke donosi ministarstvo zdravlja, a HZZO to provodi, ali ministarstvo mora sjediti zajedno s HZZO – om u takvim odlukama“ (Intervju 3, 2018). Dakle, Ministarstvo zdravstva je djelovalo kao jedan od ključnih kreatora zdravstvene politike, odnosno dopunskog zdravstvenog osiguranja i ono je za to bilo operativno zaduženo (Intervju 5, 2018).

Što se tiče Ministarstva financija, ono je u toj reformi imalo „i ulogu i interes jer je stalno saniralo sustav i interes im je bio da se smanji sanacija ili zaustavi potpuno da ne moraju oni davati iz budžeta ta sredstva i da se još novaca skupi više, a skupit će se kroz premije osiguranja odnosno kroz participaciju“ (Intervju 2, 2018). Ministarstvo financija je zajedno s Ministarstvom zdravstva, HZZO – om i Vladom RH bilo operativno zaduženo za provedbu spomenute reforme (Intervju 5, 2018) što nije nimalo čudno budući da je „Ministarstvo financija sasvim sigurno jedan od

⁹ Godinu dana prije uvođenja dopunskog osiguranja, financiranje i dugovi u zdravstvu natjerali su Vladu da sanira stanje prodajom dionica Plive što je također indikator tadašnjeg financijskog stanja hrvatskog zdravstva.

najvažnijih donositelja odluka koje imaju tako dalekosežne financijske posljedice“ (Intervju 3, 2018).

HZZO je u procesu oblikovanja reforme dopunskog osiguranja zapravo bio samo produžena ruka Vlade RH i nadležnih ministarstava, osobito zdravstva. Peti ispitanik (Intervju 5, 2018) koji je i sam bio u Upravnom vijeću u vrijeme donošenja dopunskog osiguranja istaknuo je sljedeće: „Ministar financija i zdravstva, to su dvije osobe koje su bile operativno zadužene za to i direktor HZZO, Upravno vijeće je samo amenovalo ono što su oni dogovorili. Prave rasprave u Upravnom vijeću nije bilo. To isto vijeće nikada nije bilo pravo klasično Upravno vijeće, imenuje ga Vlada na prijedlog ministra prema tome je apsolutno da će ministar svaki bez obzira iz koje opcije bio u Upravno vijeće staviti ljude od povjerenja“

Istu stvar su istaknuli svi intervjuirani akteri: „HZZO uvijek eksponent politike i Upravno vijeće je uvijek produžena ruka politike. HZZO će napraviti uvijek ono što ministar i vlada odluči“ (Intervju 6, 2018). Upravno vijeće „nema neku značajnu ulogu jer u principu potvrđuje odluke koje su im stavljene na stol nema tu sad nekakvih velikih rasprava i razmišljanja to nisu ljudi koji donose nekakve ideje u zdravstvenu politiku nego se stvari dogovaraju na razini ministarstvo HZZO“ (Intervju 7, 2018). „Veću ulogu imao je menadžment HZZO tadašnji direktor, pomoćnici direktora, ekonomski odjel koji su morali pripremiti tu ekonomsku reformu izračunati premiju. Odluke donosi ministarstvo zdravlja a HZZO to provodi“ (Intervju 3, 2018). „Kao i sve do sada otkad je HZZO-a on je autonoman na papiru...ali je apsolutno pod političkim utjecajem“ (Intervju 5, 2018). Dakle HZZO nije nikakva nezavisna posebna ekspertna institucija nego je zapravo pupčanom vrpcom vezana za ministarstvo i ona je zapravo i izdana od strane samog ministarstva,, (Intervju 4, 2018).

Hrvatska liječnička komora, Hrvatska komora dentalne medicine i Hrvatska komora medicinskih biokemičara imale su istovjetnu ulogu u ovom procesu, s razlikom da je svaka djelovala na svojem polju ekspertize. Uloga komora zapravo je bila ispregovarati koje će zdravstvene usluge biti dostupne građanima unutar osnovnog zdravstvenog osiguranja, a koje će izaći iz tog okvira i biti pokrivena dopunskim, odnosno dobrovoljnim osiguranjem. U to vrijeme komore su s Ministarstvom zdravstva vodile „rasprave hoće li u osnovno osiguranje ući i preventiva i zubozdravstvena zaštita“, a bilo je dogovoreno da će „osnovno zdravstveno osiguranje pokrivati otprilike 75 posto najnovijih medicinskih dijagnostičkih pretraga, dok će ostatak pacijent

morati snositi sam ili će mu to pokriti dopunsko zdravstveno osiguranje“ (Snježana Dukić, 2000). Medicinske komore možemo promatrati kao ekspertne skupine koje su zajedno s Ministarstvom zdravstva nastojale odrediti koje i kakav tip usluga trebaju ostati pokriveno zdravstvenim osiguranjem, a koje ne. One nisu mogle supstancijalno utjecati na reformu, primjerice blokirati njeno donošenje, već su određivale pojedina pravila unutar okvira te reforme.

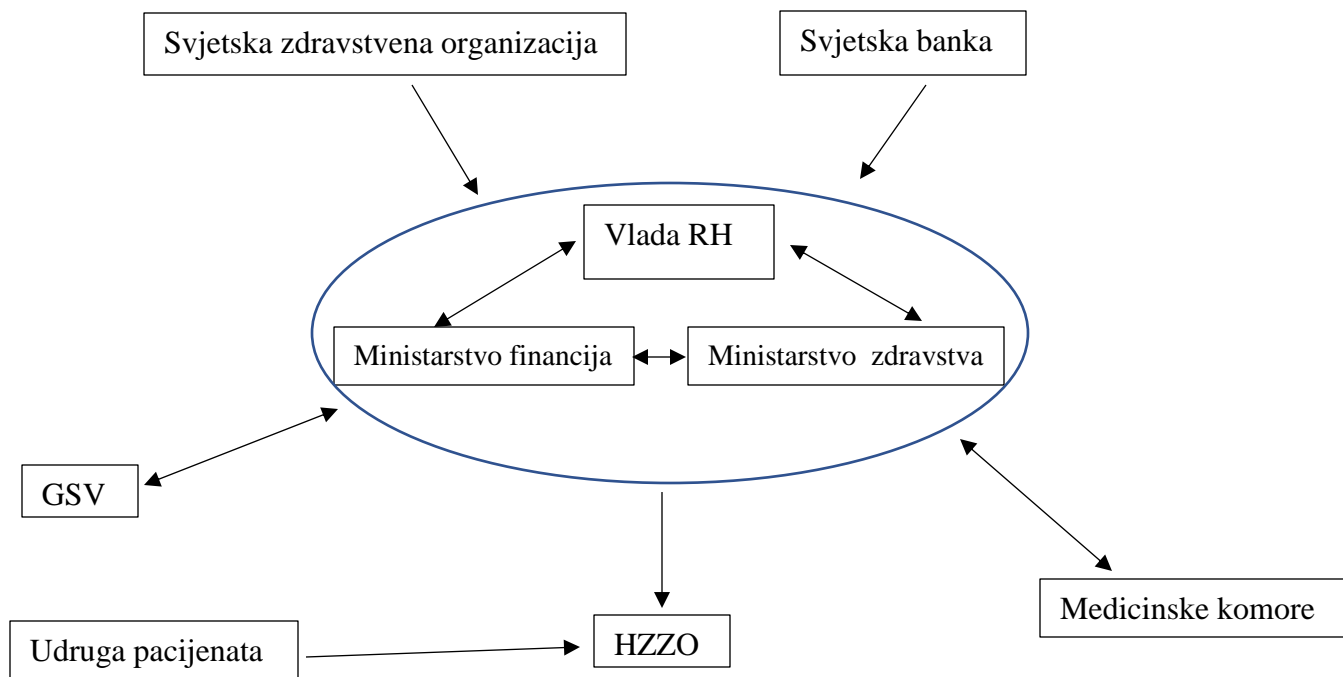
Od neformalnih aktera najviše su sudjelovali međunarodni akteri, osobito Svjetska banka koja je zajedno sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom zagovarala „i racionalizaciju i racioniranje, dakle i mudriju potrošnju, može bit ona i veća, ali i smanjivanje potrošnje u zdravstvu tako da je ovo čim se uvodi participacija oni ju podržavaju jer ona dovodi do, očekuje se da dovodi do manjeg zahtjeva za zdravstvenom zaštitom“ (Intervju 2, 2018). One su prvenstveno sudjelovale kao savjetnici predlaganjem smjera prema kojemu bi zdravstveni sustav trebao težiti, a „jedna od preporuka je bila i ta da se na neki način pokuša prikupiti dodatna sredstva u zdravstvenu blagajnu“ (Intervju 6, 2018). Svjetska banka je već od kraja 1990. – ih sudjelovala u reformi zdravstvenog sustava pri čemu je odobrila i financijski zajam Hrvatskoj za razne projekte restrukturiranja sustava, primjerice pilot projekt u Koprivničko- križevačkoj županiji (Zrinščak, 2007).

Budući da je odobrila zajmove kako bi se lakše provodile reforme, Svjetska banka je bila stalno prisutna u dijalogu s Vladom RH što se vidi i iz njezinih izvješća u kojima se spominju razni ciljevi i projekti čija je svrha bila prvenstveno racionalizacija troškova (Svjetska banka, 1999, 1999). Međutim, te organizacije nisu direktno sudjelovale u oblikovanju dopunskog osiguranja, „oni su postavili ciljeve ono što i taj zajam je uzet s time da se postignu određeni ciljevi u Hrvatskoj i to je bio njima gol, kako će se doći do tog cilja to je stvar politike odnosno ljudi koji su zaduženi za pojedine segmente“ (Intervju 5, 2018). Dakle, nisu sudjelovale operativno, već su nastojale svojim savjetima proširiti znanje nacionalnim akterima. U skladu s tim Svjetska banka je radila i razne analize kao što ističe i četvrti ispitanik: (Intervju 4, 2018) „Svjetska banka inače radi dobre analize, početkom 2000. – ih, 90. – ih mi nismo imali podataka nismo znali ništa ni o čemu, nismo imali analize, Svjetska banka radi dobre analize dođu do podataka tako da je zapravo ona tu kroz stručnu ekspertizu uvijek bila prisutna prije svega kroz davanje zajmova, ali je uvijek inzistirala na reformama zdravstvenog sustava“.

Akteri civilnog društva i sindikati u procesu oblikovanja dopunskog osiguranja imali su minimalnu ulogu, gotovo nepostojeću. Iako se početkom 2000. – ih godina hrvatska demokracija

donekle konsolidirala, civilno društvo i njegov angažman u javnim politikama bio je tek u nastajanju. „Tada su se tek počele osnivati udruge pacijenata... u određenom dijelu jesu sudjelovali jer je predstavnik udruge pacijenata bio u Upravnom vijeću, ali je njegov glas bio u manjini prema ostatku Upravnog vijeća, s tim predstavnikom možete reći da jesu sudjelovali ali ne u operativnom kreiranju“ (Intervju 5, 2018). Prema tome Udruga za promicanje prava pacijenata imala je marginalnu ulogu, pogotovo zato što Upravno vijeće HZZO – a, nije bilo autonomno u kreiranju ove politike. Nadalje, „ako ćemo govoriti o udrugama pacijenata one nemaju nekakvu ulogu zagovaratelja na razini sustava zdravstvenog osiguranja nego su obično vezane uz određenu bolest“ (Intervju 7, 2018), „na neki konkretan lijek, povezane su s farmaceutskom industrijom tako da u pitanjima samog razvoja zdravstva niti su aktivni niti su zainteresirani niti nešto sudjeluju“ (Intervju 3, 2018).

Udruga poslodavaca, zajedno sa sindikatima u ovoj reformi sudjelovali su prvenstveno u sklopu Gospodarsko socijalnog vijeća kao savjetodavnog tijela u obliku tripartitne suradnje. Oni nisu imali značajniju ulogu, osobito zato što je dopunsko osiguranje „pozitivna mjera, to je nešto gdje ti pomažeš i smanjuješ osobi potencijalno troškove za zdravstvenu zaštitu tak da, nisu se oni mogli tu nešto buniti niti onda s te strane imati neku veću ulogu“ (Intervju 7, 2018). Oni su u Gospodarsko socijalnom vijeću s Vladom dogovarali „pravila koja će biti da svi budu koliko toliko zadovoljni“ (Intervju 7, 2018). Primjerice, poslodavcima su dane porezne olakšice ukoliko svoje radnike prijave na dopunsko osiguranje, međutim ni tu oni nisu iskazali prevelik interes (Večernji list, 2002). Nadalje, raspravljali su i o cijeni dopunskog zdravstvenog osiguranja gdje je Vlada uputila prijedlog da iznos police bude 80 kuna, odnosno 40 kn za umirovljenike (Tanja Tolić, 2002), a kako su zaživjele cijene od 80, odnosno 50 kuna za umirovljenike jasno je kako nisu imali pretežitog utjecaja. U ilustraciji 1 može se vidjeti skica odnosa aktera u reformi dopunskog osiguranja.



Ilustracija 1. Mreža aktera u formulaciji dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Prisutnost aktera u medijima

Prisutnost ili zastupljenost aktera u medijima odnosi se na stupanj njihovog zauzimanja medijskog prostora, u ovom slučaju novina. Novinski članci vezani uz temu uvođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja koji su korišteni u ovom radu proizlaze iz tri različite medijske kuće: Večernji list, Vjesnik i Slobodna Dalmacija. Analiza zastupljenosti aktera u medijima polučila je sljedeće rezultate. Vlada RH spominje se u 4 članka, Ministarstvo zdravstva u 8, Ministarstvo financija u 2, HZZO u čak 12, Hrvatska liječnička komora u 3, Hrvatska komora dentalne medicine, Hrvatska komora medicinskih biokemičara i Gospodarsko socijalno vijeće u 1 članku, Svjetska banka u 2 članka, a Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata i Svjetska zdravstvena organizacija niti u jednom od analiziranih članaka. Dakle, možemo primijetiti da su u medijskom prostoru dominantni isključivo formalni akteri, osobito HZZO i Ministarstvo zdravstva. S druge strane neformalni akteri rijetko se pojavljuju u medijima pa tako Svjetska banka predvodi zastupljenost u medijima među neformalnim akterima sa samo 2 članka, a slijedi ju Gospodarsko socijalno vijeće s 1 člankom, dok se Svjetska zdravstvena organizacija i Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata nisu pronašle niti u jednom članku.

Tablica 2. Prikaz medijske zastupljenosti aktera

Vlada RH	4
Ministarstvo zdravstva	8
Ministarstvo financija	2
HZZO	12
Hrvatska liječnička komora	3
Hrvatska komora dentalne medicine	1
Hrvatska komora medicinskih biokemičara	1
Gospodarsko socijalno vijeće	1
Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata	0
Svjetska banka	2
Svjetska zdravstvena organizacija	0

Percepcija aktera o distribuciji moći

Percepcija aktera o distribuciji moći kao jedan od indikatora moći temelji se na već opisanoj relacijskoj metodi utvrđivanja moći u društvu, odnosno reputaciji moći pojedinih aktera. U ovom slučaju koristio sam se intervjuima kako bih saznao takve percepcije aktera. Konkretnije, ispitanicima sam postavio pitanje: Tko su po vašem mišljenju bili najutjecajniji akteri u formulaciji politike dopunskog zdravstvenog osiguranja? Na temelju toga odredio sam njihovu percepciju o distribuciji moći u spomenutom procesu.

Od 7 ispitanih aktera svi su imali gotovo jednak odgovor na ovo pitanje, a možemo ih sažeti u jednostavnu formulaciju da su klasični državni akteri bili najmoćniji u procesu donošenja dopunskog zdravstvenog osiguranja. Dakle, Vlada RH i njezina nadležna ministarstva (financija, zdravstva) te HZZO. Primjerice, neki od odgovora su bili: „Ministarstvo i HZZO, daju argumente najglasniji su i tu nema puno mudrosti“ (Intervju 2, 2018), „Vlada je bila najutjecajnija, a ostali su bili na papiru... nije postojao pluralizam mišljenja“ (Intervju 5, 2018), „Ministarstvo zdravstva je naravno ključni akter, apsolutno“ (Intervju 4, 2018), „na razini Vlade se donijela ta odluka...“ (Intervju 7, 2018), „Ministarstvo zdravstva, HZZO, ministarstvo financija“ (Intervju 3, 2018) itd. Prema tome, jasno je kako je percepcija intervjuiranih aktera o distribuciji moći jednoznačna, a ukazuje na to da moć zapravo nije bila distribuirana, već situirana u rukama klasičnih državnih aktera.

Zaključno razmatranje

U procesu formulacije dopunskog osiguranja uspostavila se mreža odnosa različitih aktera koji su nastojali utjecati na konačan oblik reforme. Mreža se sastojala od ekspertnih skupina liječnika, odnosno epistemičkih zajednica različitih medicinskih komora, sindikata i poslodavaca koji su nastojali svoje interese ostvariti kroz instituciju Gospodarsko – socijalnog vijeća, udruge pacijenata, Vlade RH i njezinih nadležnih ministarstava zdravstva i financija, HZZO – a kao provoditelja zdravstvene politike i javnog osiguravatelja, ali i međunarodnih aktera, Svjetske banke i Svjetske zdravstvene organizacije.

Svi indikatori moći upućuju na to da su najutjecajniji akteri u procesu donošenja dopunskog osiguranja bili državni akteri. Kao prvo Vlada RH, Ministarstvo financija, Ministarstvo zdravstva i HZZO imaju najveće javne ovlasti u zdravstvenoj politici, a slijede ih medicinske komore čije ovlasti su ponajprije usmjerene na regulaciju same medicinske profesije i medicinskih usluga. U medijima su formalni akteri bili najviše zastupljeni, osobito HZZO i Ministarstvo zdravstva. Slijedi ih Vlada RH i liječnička komora, koja je zastupljena više od ostalih komora. HZZO je očekivano imao najveću medijsku zastupljenost jer ipak je to akter koji je uključen u gotovo sve aspekte zdravstvene politike, odnosno njezinu formulaciju, provedbu i evaluaciju. Percepcija aktera o distribuciji moći jednoznačno ukazuje na to da su najutjecajniji akteri bili državni.

Dakle, unutar mreže aktera uspostavili su se odnosi moći unutar kojih je uloga Vlade RH, zajedno sa svojim ministarstvima bila dominantna, a jedan od ključnih razloga zašto je to tako je kontekst unutar kojeg se tada nalazio hrvatski zdravstveni sustav. U to vrijeme sustav je bio na rubu kolapsa, gomilali su se dugovi koje je trebalo što prije otplatiti, a uvođenje dopunskog osiguranja trebalo je taj problem riješiti. Dakle, to je bila nužna politička odluka koja se trebala donijeti u što kraćem vremenskom roku zbog tada osjetljive situacije u kojoj se nalazio zdravstveni sustav. Stoga je logično da je Vlada RH preuzela većinu „konaca u svoje ruke“. Vlada je bila centralni akter s najviše utjecaja i upravo se oko Vlade formirala mreža aktera s kojima je bila u regularnim kontaktima, prvenstveno liječničkim komorama, HZZO – om te Svjetskom bankom.

Budući da u procesu formulacije akteri civilnog društva nisu bili osobito zastupljeni niti su imali previše utjecaja, a jedan akter je pretežito dominirao ne možemo govoriti o klasičnim mrežama javnih politika. Međutim, elementi mreža zasigurno su postojali i to pretežito prvi tip

kojeg navodi Borzel (1997: 253 prema Kostikou, 2015: 47), odnosno mreže posredovanja interesa u kojima se uspostavljaju trajni kontakti između različitih aktera koji nastoje utjecati jedni na druge i ostvariti svoje interese. Dakle, pluralizam je postojao zato što se omogućilo sudjelovanje raznim akterima u procesu formulacije, ali takav pluralizam bio je uvelike ograničen velikim utjecajem klasičnih državnih aktera.

Možemo zaključiti kako su u procesu formulacije dopunskog osiguranja najveći utjecaj imale Vlada RH, Ministarstvo financija i Ministarstvo zdravstva i HZZO. Međutim HZZO je teško promatrati kao samostalnog aktera zato što je bio pod političkim utjecajem Vlade i Ministarstva zdravstva. Rad HZZO – a više je bio usmjeren na tehnička pitanja i načine kako provesti reformu. Utjecaj ekspertnih aktera, odnosno medicinskih komora očitovao se u pregovaranju liste usluga koje će biti pokrivena obveznim, a koje dopunskim osiguranjem. Međutim, komore nisu mogle radikalno izmijeniti sadržaj politike ili blokirati reformu. Ostali akteri, izuzev Svjetske banke koja je sudjelovala kao ekspertni akter i svojevrsni savjetnik, imali su marginalan utjecaj. Moć je bila u rukama formalnih, odnosno državnih aktera.

Literatura

Članci i knjige

- Anđelko Milardović, Luka Žeravica (2015) Postdemokratsko stanje. *Europske studije* 1(1): 159-180.
- Braun, Virginia, Clarke, Victoria (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2): 77-101.
- Callahan, Daniel (2002) Ends And Means: The Goals Of Health Care. U: Danis, Marion, Clancy, Carolyn and Larry R. Churchill (ur) *Ethical Dimensions of Health Policy* (str. 3-18). New York: Oxford University Press.
- Chen, Meei-shia, Mastilica, Miroslav Health care reform in Croatia: For Better or for Worse? *American Journal of Public Health* 88(8): 1156-1160.
- Colebatch, Hal K. (2004) *Policy*. Zagreb: Fakultet političkih znanosti
- Foucault, Michel (1994) *Znanje i moć*. Zagreb: Globus
- Giamo, Susan (2014) Interest Groups, Think Tanks, and Health Care Policy (1960s-Present). U: Oliver, Thomas R. (ur) *Guide to U.S. Health and Health Care Policy* (str. 375-392). Thousand Oaks CA: SAGE Publications/CQ Press.
- Grdešić, Ivan (1995) *Političko odlučivanje*. Zagreb: Alinea
- Hill, Michael (2010) *Proces stvaranja javnih politika*. Zagreb: Fakultet političkih znanosti
- Koduah, Augustina, van Dijk, Han, Agyepong, Irene Akua (2015) The role of policy actors and contextual factors in policy agenda setting and formulation: maternal fee exemption policies in Ghana over four and a half decades. *Health Research Policy and Systems* 13(27): 1-20.
- Kostikou, Theodora (2015) *Policy Networks In Healthcare Policy: A Case Study On The National Institute For Clinical Excellence And The Appraisal For Beta-Interferon Treatment For Patients With Multiple Sclerosis*. Magistarski rad. Birmingham: Health Services Management Centre.

- Oliver, Kathryn (2012) *Evaluating power, influence and evidence-use in public health policy-making: a social network analysis*. Doktorska disertacija. Manchester: Faculty of Medical & Human Sciences.
- Petek, Ana (2012) *Transformacija politike prema osobama s invaliditetom: primjena policy mreža*. Doktorska disertacija. Zagreb: Fakultet političkih znanosti.
- Petek, Ana; Petković, Krešimir (2014.) *Pojmovnik javnih politika*. Zagreb: Fakultet političkih znanosti.
- Reese – Schäfer, (2004) Jürgen Habermas i deliberativna demokracija. *Politička misao* 41(4): 3-21.
- Rothgang, Heinz, Cacace, Mirella, Frisina, Lorraine, Grimmeisen, Simone, Schmid, Achim, Wendt, Claus (2010) *The State and Healthcare. Comparing OECD Countries*. New York: Palgrave Macmillan.
- Thomas, Stephen, Gilson, Lucy (2004) Actor management in the development of health financing reform: health insurance in South Africa, 1994–1999. *Health Policy And Planning* 19(5): 279–291.
- Varvasovszky, Zsuzsa i Ruairi Brugha (2000) How to do (or not to do)... A stakeholder analysis. *Health Policy and Planning*, 15(3): 338-345.
- Voncina, Luka, Dzakula, Aleksandar, Mastilica, Miroslav (2007) Health care funding reforms in Croatia: A case of mistaken priorities. *Health policy* 80(1):144-157.
- Zrinščak, Siniša (2007) Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova. *Revija za socijalnu politiku* 14(2): 193-220.

Internetski izvori

- Arlović donio Krampusovu šibu za zastupnike. *Večernji.hr* (2001)
<https://www.vecernji.hr/vijesti/arlovic-donio-krampusovu-sibu-za-zastupnike-705560>
(pristupljeno 10. svibnja 2018)
- Dukić, Snježana (2000) Slovenski "recept" za zdravstvo u hrvatskoj. *Arhiv.slobodnadalmacija.hr*
<http://arhiv.slobodnadalmacija.hr/20001127/novosti1.htm> (pristupljeno 10. svibnja 2018)

- Đuretek, D., Šarić, M. (2001) Zbog neuspjele privatizacije nedostaje 1,9 milijardi kuna. Večernji.hr <https://www.vecernji.hr/vijesti/zbog-neuspjele-privatizacije-nedostaje-19-milijardi-kuna-701520> (pristupljeno 10. svibnja 2018)
- Glavina, D., (2002) Za 80 kuna besplatni svi lijekovi i usluge. Večernji.hr <https://www.vecernji.hr/vijesti/za-80-kuna-besplatni-svi-lijekovi-i-usluge-715507> (pristupljeno 10. svibnja 2018)
- gsv.socijalno-partnerstvo.hr (2018) Nacionalni GSV <http://gsv.socijalno-partnerstvo.hr/nacionalni-gsv> (pristupljeno 10. svibnja 2018)
- hkmb.hr (2018) Djelatnost Hrvatske komore medicinskih biokemičara <http://www.hkmb.hr/komora/djelatnost-komore/> (pristupljeno 10. svibnja 2018)
- hzzo.hr (2018) O nama <http://www.hzzo.hr/o-zavodu/> (pristupljeno 10. svibnja 2018)
- Kopjar, M., Rebić, G. (2002) Dopunsko osiguranje za jeftinije liječenje. Večernji.hr <https://www.vecernji.hr/vijesti/dopunsko-osiguranje-za-jeftinije-lijecenje-716379> (pristupljeno 10. svibnja 2018)
- Mfin.hr (2018) O nama <http://www.mfin.hr/hr/o-nama> (pristupljeno 10. svibnja 2018)
- Polica za zaposlene 80, za umirovljenike 40 kuna. Večernji.hr (2002) <https://www.vecernji.hr/vijesti/polica-za-zaposlene-80-za-umirovljenike-40-kuna-711183> (pristupljeno 10. svibnja 2018)
- Rebić, G. (2002) Mnogi nemaju 50 kuna mjesečno za zdravlje. Večernji.hr <https://www.vecernji.hr/zagreb/mnogi-nemaju-50-kuna-mjesečno-za-zdravlje-716705> (pristupljeno 10. svibnja 2018)
- Reforma zdravstvenoga osiguranja - o čemu se ne govori. Večernji.hr (2001) <https://www.vecernji.hr/vijesti/reforma-zdravstvenoga-osiguranja-o-cemu-se-ne-govori-701248> (pristupljeno 10. svibnja 2018)
- Sindikati HŽ-a 12. lipnja u štrajk. Večernji.hr (2002) <https://www.vecernji.hr/vijesti/sindikati-hz-a-12-lipnja-u-strajk-717628> (pristupljeno 10. svibnja 2018)

Struna.ihjj.hr (2018) Hrvatsko strukovno nazivlje – Struna <http://struna.ihjj.hr/> (pristupljeno 10. svibnja 2018)

Škaričić Nataša (2001) Bez dopunskog osiguranja iz bolnice s "gaćama na štapu". Arhiv.slobodnadalmacija.hr <http://arhiv.slobodnadalmacija.hr/20011229/novosti.htm> (pristupljeno 10. svibnja 2018)

Škaričić Nataša (2001) Do svibnja kolaps zdravstva - pacijenti bez lijekova! Arhiv.slobodnadalmacija.hr <http://arhiv.slobodnadalmacija.hr/20011213/novosti1.htm> (pristupljeno 10. svibnja 2018)

Tolić Tanja (2000) Hrvatskoj odgovara britanski model zdravstva. Monitor.hr <http://www.monitor.hr/clanci/hrvatskoj-odgovara-britanski-model-zdravstva/9004/> (pristupljeno 10. svibnja 2018)

Tolić Tanja (2000) Novca u zdravstvu ima puno, samo ga treba drukčije rasporediti! Monitor.hr <http://www.monitor.hr/clanci/novca-u-zdravstvu-ima-puno-samo-ga-treba-drukcije-rasporediti/9018/> (pristupljeno 10. svibnja 2018)

Tolić Tanja (2002) Dobrovoljno dopunsko osiguranje uplaćivat će se od kraja ožujka. Monitor.hr <http://www.monitor.hr/clanci/dobrovoljno-dopunsko-osiguranje-uplacivat-ce-se-od-kraja-ozujka/16080/> (pristupljeno 10. svibnja 2018)

Tolić Tanja (2002) Ekskluzivno: Ministar zdravstva dr. Andro Vlahušić otkriva promjene koje zdravstvu predstoje u 2002. godini. Monitor.hr <http://www.monitor.hr/clanci/ekskluzivno-ministar-zdravstva-dr-andro-vlahusic-otkriva-promjene-koje-zdravstvu-predstoje-u-2002-godini/16119/> (pristupljeno 10. svibnja 2018)

Tolić Tanja (2002) Za dopunsko osiguranje 50 do 70 kuna na mjesec. Monitor.hr <http://www.monitor.hr/clanci/za-dopunsko-osiguranje-50-do-70-kuna-na-mjesec/14436/> (pristupljeno 10. svibnja 2018)

Vlada.gov.hr (2018) Kako funkcionira Vlada <https://vlada.gov.hr/kako-funkcionira-vlada/64>. (pristupljeno 10. svibnja 2018)

who.int (2018) What we do <http://www.who.int/about/what-we-do/en/> (pristupljeno 10. svibnja 2018)

worldbank.org (2018) What We Do <http://www.worldbank.org/en/about/what-we-do>
(pristupljeno 10. svibnja 2018)

Zdravlje.gov.hr (2018) O ministarstvu <https://zdravstvo.gov.hr/o-ministarstvu/9> (pristupljeno 10.
svibnja 2018)

Dokumenti

HKDB (Hrvatska komora dentalne medicine) (2018) Pročišćeni Tekst Statuta Hrvatske Komore
Dentalne Medicine. Narodne novine 18/18

HLK (Hrvatska liječnička komora) (2016) Statut Hrvatske Liječničke Komore.
[https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/1-statut-hrvatske-lijecnicke-komore-nn-br-16-
16.pdf](https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/1-statut-hrvatske-lijecnicke-komore-nn-br-16-16.pdf) (preuzeto 10. svibnja 2018)

HUPPP (Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata) (2015) Statut Hrvatske Udruge Za
Promicanje Prava Pacijenata [http://www.pravapacijenata.hr/wp-
content/uploads/2017/01/statut2015.pdf](http://www.pravapacijenata.hr/wp-content/uploads/2017/01/statut2015.pdf) (preuzeto 10. svibnja 2018)

Svjetska Banka (1999) Croatia Health System Project.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/712511468748754644/pdf/multi0page.pdf>
(preuzeto 10. svibnja 2018)

Svjetska Banka (1999) Project appraisal document on a proposed loan in the amount of US\$29
million to the Republic of Croatia for the health system project.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/176191468770948403/pdf/multi-page.pdf>
(preuzeto 10. svibnja 2018)

Vlada RH (Vlada Republike Hrvatske) (1994) Sporazum o osnivanju, nadležnosti i djelovanju
Gospodarsko-socijalnog vijeća. Narodne novine 10/94.

Vlada RH (Vlada Republike Hrvatske) (2002) Statut Hrvatskog Zavoda Za Zdravstveno
Osiguranje. Narodne novine 16/2002

Intervjui

Intervju 1 (2018) Intervju s ekspertom iz područja zdravstva

Intervju 2 (2018) Intervju s ekspertom iz područja zdravstva

Intervju 3 (2018) Intervju s ekspertom iz područja zdravstva

Intervju 4 (2018) Intervju s ekspertom iz područja socijalne politike

Intervju 5 (2018) Intervju s bivšim ministrom zdravstva

Intervju 6 (2018) Intervju s djelatnikom HZZO – a

Intervju 7 (2018) Intervju s djelatnicom HZZO – a

Sažetak

Istraživanje je poduzeto radi svrhe prikazivanja odnosa moći između različitih aktera koji su sudjelovali u formulaciji dopunskog osiguranja. Cilj je utvrditi tko su bili najutjecajniji/najmoćniji akteri u tom procesu kako bi se unaprijedilo znanje o akterima hrvatske zdravstvene politike i pokazalo tko su jedni od najvažnijih aktera u toj hrvatskoj politici. U radu autor se vodio pretpostavkom pluralizma kako je moć široko distribuirana među različitim akterima te da im se na temelju toga omogućava sudjelovanje, zastupanje interesa i utjecaj na spomenuti proces. U skladu s time autor je razvio mrežu interakcije između aktera, a moć se mjerila pomoću 4 indikatora: javne ovlasti, uloga u procesu, medijska zastupljenost te percepcija aktera o distribuciji moći. Svi indikatori upućuju na to da su najutjecajniji akteri bili formalni, odnosno državni te da moć nije bila široko distribuirana. Nadalje, iako su akteri razvili svojevrsnu mrežu odnosa, ona se ne može u potpunosti objasniti pristupom mreža javnih politika jer je kao prvo, postojao jedan centar moći oko kojeg se strukturirala interakcija i kao drugo, civilno društvo je bilo nedovoljno zastupljeno.

Ključne riječi: moć, mreže javnih politika, pluralizam, dopunsko osiguranje, akteri javnih politika, analiza aktera

Summary

Research was conducted for purposes of explaining the relations of power between various actors which have participated in the formulation of supplementary health insurance. The goal was to determine who were the most influential/powerful actors in that process in order to advance knowledge about Croatian health policy actors and to show which actors are the most relevant in that policy. In this paper the author took the assumption of pluralism as a theory which holds that power is widely distributed among different actors and thus enables them to take part in the policy process, representing their interests and influencing policy. Accordingly, the author developed a network of interaction between actors, and power was measured by four indicators: public authority, role in the policy process, media representation, and actors perception of power distribution. All indicators point to the fact that the most influential actors were formal or state actors, and that power was not widely distributed. Furthermore, although the actors have developed a network of relationships, it can not be fully explained by the approach of policy networks, because, first of all, there was one center of power in which the interaction was structured and, secondly, the civil society was insufficiently represented.

Key words: power, policy networks, pluralism, supplementary insurance, policy actors, policy actor analysis