Razumljivost zdravstvenih informacija, prava pacijenata u zdravstvenom sustavu i prava pacijenata u zdravstvenoj diplomaciji : multimetodološko istraživanje

Karačić, Jasna

Doctoral thesis / Disertacija

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, School of Medicine / Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:171:735758

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET
UNIVERSITAS STUDIORUM SPALATENSIS
FACULTAS MEDICA

Repository / Repozitorij:

MEFST Repository

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

MEDICINSKI FAKULTET

Jasna Karačić

RAZUMLJIVOST ZDRAVSTVENIH INFORMACIJA, PRAVA PACIJENATA U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU I PRAVA PACIJENATA U ZDRAVSTVENOJ DIPLOMACIJI: MULTIMETODOLOŠKO ISTRAŽIVANJE

Doktorska disertacija

Mentor:

Prof.dr.sc. Ana Marušić

Split, 2022.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

MEDICINSKI FAKULTET

Jasna Karačić

RAZUMLJIVOST ZDRAVSTVENIH INFORMACIJA, PRAVA PACIJENATA U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU I PRAVA PACIJENATA U ZDRAVSTVENOJ DIPLOMACIJI: MULTIMETODOLOŠKO ISTRAŽIVANJE

Doktorska disertacija

Mentor:

Prof.dr.sc. Ana Marušić

Split, 2022.

Malo je reći hvala…

Mojoj najdražoj obitelji na bezgraničnoj ljubavi i podršci!

Il mio fidanzato M.Z. "Tra te e il mare" i mrvici.

„U pravo vrijeme, na pravom mjestu“ susrela sam Prof. Matka Marušića i iznijela svoje ideje koje su za sve bile nedostižne, osim za moju mentoricu sa kojom me povezao već isti dan. Zato najveću zahvalnost dugujem *Prof.dr.sc. Ani Marušić* koja je imala strpljenja slušati moje ideje, usmjeravati me kad bih u svim ambicijama zalutala, nesebično dijelila svoje znanje i vrijeme, u svako doba dana i noći te uvijek imala rješenje za moje istraživačke probleme. Ponosna sam jer sam imala tu sreću biti dio njenog tima, graditi temelje kroz stručne sugestije i konstruktivne prijedloge bez čijih intervencija i osobnog zalaganja sigurno ne bih bila ovo što sam danas, kako osobno tako i profesionalno. Da mogu ponovno birati, uvijek bi izabrala isto 😊

Rektoru *Prof.dr.sc. Damiru Borasu* sam zahvalna što je prepoznao važnost teme kojom se bavim i zbog čega sam ostala u Hrvatskoj, a odustala od ponuda svjetskih prestižnih sveučilišnih centara.

Za stručne savjete tijekom studiranja, zahvaljujem *Prof. dr.sc. Patrizia Burra,* prorektorici Sveučilišta u Padovi koja mi je bila jedan od uzora i od koje sam imala snažnu podršku za promicanje ljudskih prava u medicini.

Zauvijek ću biti zahvalna *Prof.dr.sc. Mati Graniću* koji me uveo u svijet zdravstvene diplomacije, u političkom i medicinskom aspektu, koji je vjerovao u mene i pružio mi savjete bez kojih ova disertacija sigurno ne bi bila ekspeditivna.

Posebnu emotivnu zahvalu upućujem *Prof. dr.sc. Marianni Arvanitakis*, koja zna sve moje slabosti na ovom putu…

Zahvaljujem se ECOSOC United Nation na dodjeli konzultativnog statusa.

Ovu disertaciju posvećujem svim pacijentima za koje se borim i koji su me motivirali da unatoč svim problemima nikad ne odustanem od ciljeva koji mogu donijeti promjene za bolje zdravstvo svima!

Istraživanja navedena u ovoj disertaciji provedena su u sklopu projekata Hrvatske zaklade za Znanost „ProHealth – Profesionalizam u zdravstvu“ (IP- 411 2014-09-7672) i “Profesionalizam u zdravstvu: Odlučivanje u praksi i znanosti“ - ProDeM (IP-2019-04-4882), pod vodstvom prof. dr. sc. Ana Marušić.

Ova disertacija ostvarena je u koordinaciji više institucija:

- Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Hrvatska
- Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata, Hrvatska
- International Council of The Patient Ombudsman ©, EU
- Opća skupština Ujedinjenih naroda, New York, USA
- The Université libre de Bruxelles, Belgija
- Azienda Ospedaliera di Padova, Italia
- UNESCO Chair in bioethics, Haifa, Izrael

Objavljeni znanstveni radovi na kojima se temelji doktorska disertacija

1. Karačić J, Dondio P, Buljan I, Hren D, Marušić A. Languages for different health information readers: multitrait-multimethod content analysis of Cochrane systematic reviews textual summary formats. BMC Med Res Methodol. 2019 Apr 5;19(1):75. doi: 10.1186/s12874-019-0716-x. PMID: 30953453; PMCID: PMC6451281.

2. Karačić, J., Viđak, M. & Marušić, A. Reporting violations of European Charter of Patients' Rights: analysis of patient complaints in Croatia. BMC Med Ethics 22, 148 (2021). https://doi.org/10.1186/s12910-021-00714-3

3. Karacic J, Vidak M, Marusic.The rule of global health diplomacy to support medical doctors in the pandemic. BMJ Leader 2021;5:A25. http://dx.doi.org/10.1136/leader-2021-FMLM.69

-Sir William Osler

To Be a Great Physician, You Must Understand the Whole Story!

“The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease.”

„Listen to your patient, he is telling you the diagnosis.“

Sadržaj

1.UVOD....1
1.1. Zdravstveni sustav i zdravstvena zaštita....1
1.1.1. Pojmovi pacijent, bolesnik, osiguranik u zdravstvenom sustavu....2
1.1.2. Strategije zdravstvene zaštite....4
1.1.3. Prava i sigurnost pacijenata....4
1.1.4. Ljudska prava....19
1.1.7. Bioetika u kliničkoj praksi....21
1.1.5. Čimbenici koji pomažu ostvarenju prava pacijenata....24
1.1.6. Problemi na razini sustava....29
1.2. Potrebe pacijenata - Zdravstvena pismenost....32
1.2.1. Osnaživanje i uloga pacijenata u zdravstvenoj pismenosti....35
1.2.2. Razumljivost zdravstvene informacije....36
1.2.3. Testiranje zdravstvene pismenosti i formule čitkosti....39
1.3. Potrebe pacijenata na globalnoj razini – Zdravstvena diplomacija....40
1.3.1. Povezivanje javnog zdravstva i vanjskih poslova....51
1.3.2. Definiranje globalne zdravstvene krize....52
1.3.3. Diplomatski izazovi u COVID-19 pandemiji....56
2. CILJEVI RADA I HIPOTEZE....62
2.1 Ciljevi rada....62
2.2. Hipoteze....63
3. METODE ISTRAŽIVANJA....64
3.1. Pacijent kako pojedinac – razumljivost zdravstvene informacije....64
3.2. Pacijent u zdravstvenom sustavu – prava pacijenata....74
3.3. Pacijent u globalnom okružju – zdravstvena diplomacija i prava pacijenata....75
4. REZULTATI....79
4.1. Pacijent kao pojedinac – razumljivost zdravstvene informacije....79
4.2. Pacijent u zdravstvenom sustavu – prava pacijenata....81
4.3. Pacijent u globalnom okružju – zdravstvena diplomacija i prava pacijenata....87
5. RASPRAVA....121
6. ZAKLJUČCI....140
7. SAŽETAK....141
8. SUMMARY....143

9. POPIS LITERATURE.....145
10. ŽIVOTOPIS 184

ABECEDNI POPIS KORIŠTENIH KRATICA

ACT – Accelerator initiative Tool, *Alat za inicijativu akceleratora*

EPPP – Europska povelja o pravima pacijenata

EU – Europska unija

G7 – Međuvladin politički forum koji se sastoji od Kanade, Francuske, Njemačke, Italije, Japana, Ujedinjenog Kraljevstva i Sjedinjenih Država.

GDPR – Opća uredba o zaštiti podataka, *General Data Protection Regulation*

GZD – Globalna zdravstvena diplomacija

HA – Zdravstveni ataše (od engl. Health attache)

HUZPP – Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata

PRPA – Zakon o zaštiti prava pacijenata, *Act on the Protection of Patients' Rights*

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

ZD – Zdravstveni djelatnik, *Healthcare professional*

1.UVOD

1.1. Zdravstveni sustav i zdravstvena zaštita

Zdravstveni sustav i zdravstvena zaštita predstavljaju neizostavni dio društvenog života svakog pojedinca. Središte zdravstvenog sustava je pacijent - korisnik zdravstvene usluge. Cilj zdravstvene zaštite je unaprijediti kvalitetu života i stvoriti uvjete za gospodarski rast očuvanjem i unapređenjem zdravlja svakog pojedinca. Uspješan zdravstveni sustav pacijentima daje središnju i aktivnu ulogu, a temelji se na visokim etičkim i moralnim normama (1). Diljem svijeta države provode reforme kako bi unaprijedile područje zdravstva. Trend širenja rezultirao je uključivanjem „postignuća univerzalnog zdravstvenog osiguranja do 2030. godine“ u Agendi održivog razvoja (2). Napredak se prati pokazateljima kojima se mjeri dobitak u zaštiti financijskog rizika i pristupu kvaliteti osnovne zdravstvene usluge (2).

Druga polovica 20. stoljeća svjedočila je eksplozivnom rastu znanosti i tehnologije u razvijenom svijetu, uključujući izvanredna dostignuća u medicini. Kako su kapaciteti i složenost u liječenju rasli, tako se popularizirala i spoznaja da je zdravstvena zaštita pravo i da je politički sustav mora omogućiti (3). Danas se politički sustavi bore s mnogim pitanjima zdravstva i zdravstvene zaštite, od obrazovanja i regulacije zdravstvene radne snage do stvaranja sustava za plaćanje troškova zdravstvene skrbi; od postavljanja i financiranja programa biomedicinskih istraživanja do utvrđivanja tko i kada ima zdravstvenu skrb; od kliničkih preventivnih programa do širih programa za promicanje zdravlja stanovništva. Iako se mnoga od ovih pitanja čine ekonomskim pitanjima, ona su neizostavna politička pitanja u vezi s mjerodavnom raspodjelom resursa kao odgovor na izazove vrijednosti i ideja. Pojava politike u zdravstvenoj zaštiti ističe kritične perspektive razvoja struktura zdravstvenog sustava, a posebno izbore i putove koji su doveli do tih izbora, u korist sustava koji vode privatne sektore (poput Sjedinjenih Američkih Država) i sustava koji su izričito javni (poput europskih sustava). Područja u zdravstvenoj politici – etika, interesi i javnost široko tumače zdravlje i zdravstvenu zaštitu, uključujući pitanja o značenju „prava“ na zdravlje, ulozi prevencije u pojedinačnom i javnom zdravlju te sporna pitanja zdravstvene zaštite poput onih koja obuhvaćaju istraživanje matičnih stanica i reproduktivna prava. Suvremena politika zdravstvenog sustava ispituje politiku zdravstvene reforme, uključujući sadržaje koji se bave prijedlozima reformi kao izvorima političkih sukoba što oni neizbježno jesu (4).

1.1.1. Pojmovi pacijent, bolesnik, osiguranik u zdravstvenom sustavu

Ova su tri pojma često neraskidivo vezana, no razlikovanje značenja tih pojmova olakšava prepoznavanje prava bilo kao pacijenta, bilo kao bolesnika ili kao osiguranika.

PACIJENT je osoba koja, bolesna ili zdrava, zatraži i/ili primi pomoć zdravstvenog radnika kako bi ostvarila zdravstvenu uslugu bilo kojeg oblika, a koja služi očuvanju i/ili povratu zdravlja, poboljšanju zdravstvenog stanja te prevenciji bolesti: od savjeta, pregleda, cijepljenja, sve do operativnih zahvata i liječenja, bilo lijekovima ili drugim zakonom dopuštenim i predviđenim metodama i načinima. Pacijent jest korisnik zdravstvene usluge. Može zatražiti zdravstvenu uslugu i kada je zdrav i u punoj fizičkoj i mentalnoj formi. Pacijent ne mora nužno i biti bolestan (5).

BOLESNIK je osoba čije je tjelesno i/ili mentalno zdravlje narušeno. Bolesnik nije pacijent sve dok ne potraži i/ili ne dobije zdravstvenu uslugu.

I pacijent i bolesnik mogu koristiti zdravstvene usluge na dva osnovna načina: putem ugovaranja zdravstvene zaštite preko osiguravatelja ili izravnim "ugovaranjem" usluga u privatnim zdravstvenim ustanovama.

OSIGURANIK je stoga ona osoba koji ima ugovoreno zdravstveno osiguranje preko osiguravatelja, ali može koristiti i privatne zdravstvene usluge ukoliko mu to omogućuje vlastiti budžet.

KORISNIK PRIVATNIH ZDRAVSTVENIH USLUGA može i ne mora biti osiguran kod zdravstvenog osiguravatelja, a u trenutku korištenja privatne zdravstvene usluge pacijent se ne smatra nužno osiguranikom.

Osnovna prava pacijenata određena su brojnim međunarodnim dokumentima, kao i Zakonom o zaštiti prava pacijenata, i odnose se na: pravo na ljudsko dostojanstvo, samoopredjeljenje, privatnost, povjerljivost podataka, informaciju, suodlučivanje na temelju potpune i pravodobne informiranosti, odbijanje zdravstvene usluge, napuštanje zdravstvene ustanove i pritužbu.

Kvaliteta zdravstvene usluge izravno ovisi o edukaciji zdravstvenih radnika, opremljenosti zdravstvenih ustanova te o načinima ophođenja sa samim pacijentima.

Osnovna prava pacijenta također su dio kvalitete zdravstvene skrbi.

ZDRAVSTVENI SUSTAV obuhvaća tri osnovna čimbenika: pacijenti – zdravstveni radnici – osiguravatelji zdravstvenih usluga.

U tom trokutu pacijenti su najbrojniji, no ujedno trebaju i tuđu pomoć o kojoj im ovisi zdravlje, a počesto i sam život, što ih u tom trojnom odnosu strana svrstava u najranjiviju kariku sustava.

Stoga je u civiliziranom svijetu prihvaćeno da se ljudska prava onih koji koriste zdravstvene usluge posebno tretiraju tj. pridaje im se i posebna pažnja unutar zakonodavstva i društvenog poretka.

To je razlog da se LJUDSKA PRAVA osoba koje su u poziciji korisnika zdravstvenih usluga nazivaju pravima pacijenata, osiguranika, ali nisu istoznačnice.

Osiguranik je osoba koja je korisnik usluga osiguravajuće kuće koja osigurava zdravstvenu zaštitu prema zakonom dopuštenim i određenim uvjetima, a u Hrvatskoj taj status ima gotovo cjelokupno stanovništvo, no opseg zdravstvene zaštite ovisi o uvjetima koje postavlja osiguravatelj i zakonodavac te se brojne zdravstvene usluge moraju dodatno osiguravati, a neke korisnici moraju u cijelosti privatno plaćati (npr. pojedine estetske kirurške zahvate mora se u cijelosti plaćati, pojedine terapijske mjere su osigurane, no prateće usluge smještaja u toplicama moraju se doplaćivati pod određenim uvjetima, poneke lijekove mora se u cijelosti ili djelomično plaćati kao i pojedine dijagnostičke preglede).

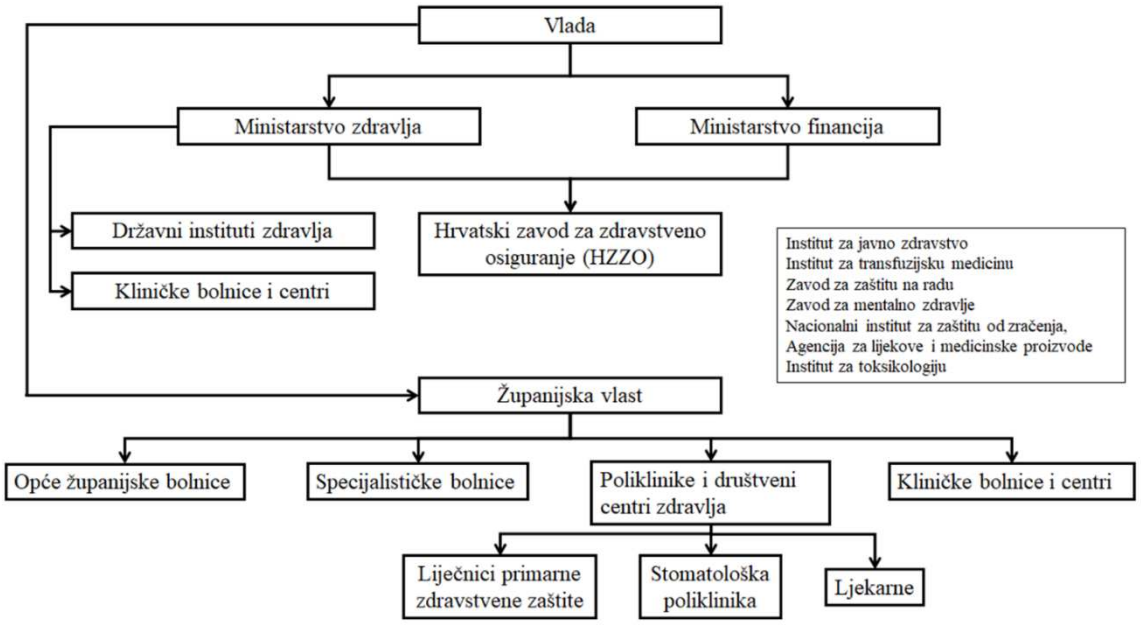
Obveza osigurane osobe jest predočiti dokaz o zdravstvenom osiguranju, a obveza zdravstvenih radnika jest pružiti zdravstvenu uslugu prema pravilima određenim zdravstvenim osiguranjem.

U Hrvatskoj ima vrlo malo osoba koje nemaju ugovoreno obvezno zdravstveno osiguranje. No i njima država ipak, pod određenim uvjetima, jamči najosnovnije zdravstvene usluge, prije svega prilikom neposredne ugroze života.

Važno je razlikovati usluge koje se mogu osigurati ne samo unutar obveznog zdravstvenog osiguranja, već i dodatno.

1.1.2. Strategije zdravstvene zaštite

Republika Hrvatska ima univerzalni sustav zdravstvene zaštite uređen Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (6). Zakon o zdravstvenom osiguranju osigurava obvezno osiguranje temeljeno na načelima solidarnosti i reciprociteta (**Slika 1**) čiji je primarni cilj pružanje pristupačnih, visokokvalitetnih usluga pacijentima, uključujući prava i sigurnost pacijenata (7).



Slika 1. Zdravstveni sustav u tranziciji. Prema: http://eprints.lse.ac.uk/12211/.

Hrvatsko zakonodavstvo općenito se oslanja na Europsku povelju o pravima pacijenata (8). Službeni sustav za pritužbe pacijenata u Hrvatskoj nema zajednički protokol, ali postoje različiti načini rješavanja pritužbi pacijenata.

1.1.3. Prava i sigurnost pacijenata

Živimo u multikulturalnom, pluralističkom društvu koje može otežati izgradnju jedinstva i razrješenje nesuglasica. Prava pružaju globalni jezik koji "moralnim strancima" omogućuje

raspravu o etičkim pitanjima (6). Prava pružaju sredstvo za razvoj i promicanje zajedničke vizije. Europska povelja o pravima pacijenata pruža niz standarda i ciljeva koji mogu promicati dijalog i razumijevanje svih koji su uključeni u zdravstveni sustav (9). Prava neće riješiti sve probleme, ali mogu pomoći ljudima ispitati probleme i neprestano se nastoje poboljšati (10). Svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja, u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Utvrđivanje nositelja prava može biti kontroverzno (11). Sva prava treba promatrati kao međusobno povezana, uz promicanje onoga koji pomaže jačanju drugih. Takve bi rasprave trebale promicati arbitražu, a ne sukobljavanje. Potrebna je povećana svijest javnosti o ovom razlikovanju. Ustavno pravo na život trebalo bi proširiti tako da uključuje građanska i politička prava relevantna za zdravstvenu zaštitu sadržana u međunarodnim ugovorima o ljudskim pravima (12).

U vremenima kada vlada pandemija i kada se donose teške odluke u zdravstvenom sustavu, posebnu pažnju treba usmjeriti na prava pacijenata koja su regulirana i međunarodnim zakonskim regulativama kao što je Deklaracija o promicanju prava pacijenata u Europi (13). Važno je spomenuti i Konvenciju o ljudskim pravima i biomedicini – Konvenciju Oviedo (NN MU 13/2003) koja predstavlja zaštitu ljudskih prava u medicini (14). Europska povelja o pravima pacijenata – poznatija kao "Rimska povelja" iz 2002. godine jamči jednaku zdravstvenu zaštitu i ostvarivanje prava svim pacijentima na području cijele Europske unije te predstavlja temeljni dokument za reformu zdravstva u zemljama Europske Unije s 14 točaka (15). U Republici Hrvatskoj zdravstvena zaštita regulirana je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti koji je na snazi od 1. siječnja 2019., Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju koji je na snazi od 1. siječnja 2020. te zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite, na snazi je od 1. siječnja 2019. Republika Hrvatska ima i poseban Zakon o zaštiti prava pacijenata, objavljen 3. prosinca 2004., koji određuje prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite te način zaštite i promicanja tih prava (16). Temeljem svih navedenih propisa, pacijenti bi u Hrvatskoj trebali imati potpunu zdravstvenu zaštitu s potpunim poštivanjem prava pacijenata i osiguranika uz najvišu sigurnost zdravstvenih tehnologija, no u kliničkoj praksi postoji niz prepreka za ostvarivanje zagarantiranih prava (17).

Prava pacijenata važan su aspekt medicinskog prava; skup je pravnih pravila koja reguliraju odnose na relaciji pružatelj medicinskih usluga – korisnik, bilo u ulozi pacijenta ili bolesnika. Kao i svaka zasebna pravna disciplina, tako i medicinsko pravo ima svoje izvore u:

- Ustavu Republike Hrvatske

Prema odredbi čl. 14 Ustava Republike Hrvatske, svi su ljudi pred zakonom jednaki, odnosno, kako tamo piše: „Svatko u Republici Hrvatskoj ima prava i slobode, neovisno o njegovoj rasi, boji kože, spolu, jeziku, vjeri, političkom ili drugom uvjerenju, nacionalnom ili socijalnom podrijetlu, imovini, rođenju, naobrazbi, društvenom položaju ili drugim osobinama (18).

- Zakonu o zdravstvenoj zaštiti

Ovim se Zakonom uređuju načela i mjere zdravstvene zaštite, prava i obveze osoba u korištenju zdravstvene zaštite, nositelji društvene skrbi za zdravlje stanovništva, sadržaj i organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti te nadzor nad obavljanjem zdravstvene djelatnosti.

- Zakonu o zaštiti prava pacijenata

Ovaj zakon određuje prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite te način zaštite i promicanja tih prava. Pacijentom u smislu ovoga zakona smatra se svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unaprjeđenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije (19). Pisani popis ovih prava mora biti dostavljen ili dostupan pacijentu i/ili obitelji. On mora uključivati politiku i postupke koji se odnose na sljedeće: pravo na suodlučivanje i iznimka od prava na suodlučivanje, pravo na obaviještenost, odbijanje primitka obavijesti, pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka. Tu je još i zaštita pacijenta koji nije sposoban dati pristanak, zaštita pacijenata nad kojim se obavlja znanstveno istraživanje, zahvate na ljudskom genomu, pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji, pravo na povjerljivost, pravo na održavanje osobnih kontakata, pravo na samovoljno napuštanje ustanove, pravo na privatnost, pravo na naknadu štete.

- Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju

Ovim se zakonom uređuje obvezno zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj, opseg prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava i obveze osoba obvezno osiguranih prema ovom zakonu, uvjeti i način njihova ostvarivanja i financiranja, kao i prava i obveze nositelja obveznoga zdravstvenog osiguranja, uključujući i prava i obveze ugovornih subjekata nositelja provedbe zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja (20).

- Zakonu o kvaliteti zdravstvene zaštite

Ovim se Zakonom određuju načela i sustav mjera za ostvarivanje i unaprjeđenje sveobuhvatne kvalitete zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj te propisuje postupak akreditacije zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatnih zdravstvenih radnika, kao i procjena zdravstvenih tehnologija, a sve radi osiguranja i smanjivanja rizika za život i zdravlje pacijenata.

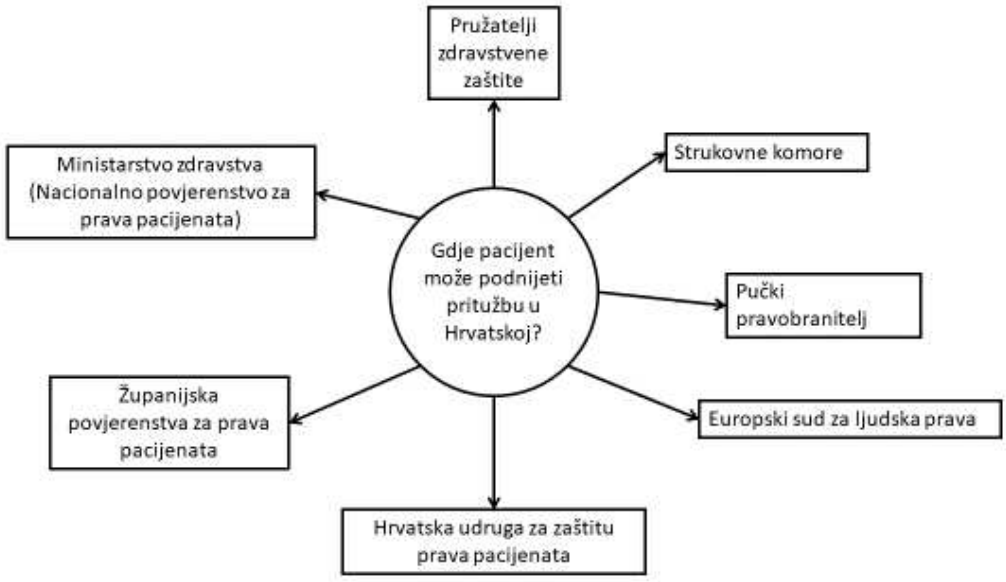
Postupak zaštite prava pacijenata započinje pritužbom pacijenta koji smatra da mu je povrijeđeno jedno od prava utvrđenih zakonom o zaštiti prava pacijenata (PRPA-om). Pacijenti mogu samostalno podnijeti pritužbu jednoj ili više ustanova, a Europski sud za ljudska prava izvan je nacionalnog okvira gdje pacijenti mogu izravno podnijeti pritužbu protiv Republike Hrvatske. (**Slika 2**) (21). Ministarstvo zdravstva osnovalo je Povjerenstvo za zaštitu pacijenata na nacionalnoj razini (22). Povjerenstvo ima savjetodavni status i može djelovati kao savjetodavno tijelo za regionalne odbore gdje pacijent može podnijeti pritužbu koja izravno proizlazi iz PRPA-a. Na regionalnoj razini, županijska povjerenstva u 21 županiji neovisna su tijela koja također proizlaze iz PRPA-a i pokrivaju probleme na regionalnoj razini gdje pacijenti mogu izravno podnijeti pritužbu (22).

Iskustva iz drugih zemalja pokazuju sličnu praksu kao i RH gdje su pružatelji zdravstvenih usluga obično prva razina za pritužbe pacijenata (23); svaka zdravstvena ustanova ima jedinicu za osiguranje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite i Povjerenstvo za kvalitetu zdravstvene zaštite (24).

Pritužbe na ponašanje zdravstvenih djelatnika pacijenti mogu podnijeti i njihovim stručnim komorama koje prate zaštitu prava pacijenata iz perspektive profesionalne etike i deontologije Pravilnikom o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (25).

Druga mogućnost za pacijente je izravna pritužba pravobranitelju RH. Osim regionalnim ili nacionalnim tijelima, pacijenti mogu podnijeti pritužbe izravno Europskom sudu za ljudska prava kada su iskorištene sve pravne mogućnosti unutar RH, po okončanju sudskih procesa (26). Sud je i ranije bio uključen u predmete, uključujući kršenje prava pacijenata (27).

Izvan institucionalnog okvira, Hrvatska udruga za zaštitu prava pacijenata (HUZPP) neprofitna je organizacija koja pruža izravne pravne i stručne savjete pacijentima. HUZPP se danas smatra ključnom nevladinom organizacijom koja se bavi pravima pacijenata u Hrvatskoj (28,29).



Slika 2. Dijagram tijeka postupka pritužbi pacijenata u Hrvatskoj, prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Zakonu o zaštiti prava pacijenata i statutu Hrvatske udruge za zaštitu prava pacijenata.

U Republici Hrvatskoj prava iz osiguranja odnose se na popis i opseg usluga obuhvaćenih nekim osiguranjem (20). Zdravstvena zaštita predstavlja skup mjera koje je državna politika odredila kao obvezne, neophodne ili preporučljive u cilju očuvanja zdravlja svekolikog stanovništva. Obuhvaćaju i mjere koje se poduzimaju u cilju sveopćeg zdravlja kao što su ispravnost voda, hrane, lijekova i dr. Zdravstvena zaštita mora biti dostupna svim stanovnicima – korisnicima zdravstvenih usluga na principu jednakosti. Kada osoba ima potrebu za nekom zdravstvenom uslugom, onda ta usluga mora biti u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i svi zdravstveni radnici moraju o tome voditi računa, a zakonski postoje okviri na koji će se način odrediti dozvola za rad zdravstvenom radniku te kako će se vršiti kontrola stručnosti njihova rada. Upoznavanje s pravima iz zdravstvene zaštite obveza je liječnika, prije svega u primarnoj zdravstvenoj zaštiti tj. odabranih liječnika, a to su: obiteljski liječnik opće prakse, odabrani stomatolog, odabrani ginekolog kada su u pitanju ženski pacijenti te odabrani pedijatar kada su u pitanju malodobna djeca. U posebnim prilikama, kada je u pitanju specijalistička zdravstvena zaštita, za davanje informacija zadužen je liječnik specijalist. Ovdje napominjemo kako je u pogledu zaduženja za davanje informacija Zakon o zaštiti prava pacijenata nedorečen radi čega je podnesen Zahtjev za ocjenu ustavnosti Zakona o zaštiti prava pacijenata, NN 169/04 (30). Postoje sankcije u obliku globe za prekršaj po Zakonu o zaštiti prava pacijenata.

Za zaštitu zdravlja, a posebno za sustave zdravstvene skrbi, zdravstvena politika Europske unije potječe iz odredbi o zdravlju i sigurnosti, a kasnije se razvila kao rezultat slobodnog kretanja ljudi i robe na unutarnjem tržištu, za što je bila potrebna koordinacija pitanja iz područja javnog zdravlja. Zato je uloga EU-a u zdravstvenoj politici komplementarna nacionalnim propisima. Postoje mnogi propisi koji nisu izravno obvezujući za primjenu dok se uredbe moraju implemenitari odmah. EU ulogu u zakonodavnom okviru koji se primjenjuje u RH posebno ističe Opću uredbu o zaštiti podataka (GDPR) te uredbu o kliničkim ispitivanjima lijekova za primjenu kod ljudi.

Europska perspektiva zdravstvenog sustava polazi od ideje da su "zdravstvene politike Europske unije" uvijek bile pomalo paradoksalne. S jedne strane, osnivački ugovori onoga što je postalo Europska unija (EU) nisu sadržavali nijedan poseban članak EU-a o zdravlju do 1992. (31). Odsutnost zdravlja iz ranih ugovora i ograničenih odredbi određenih članaka ugovora o zdravlju (članak 168 Ugovora o funkcioniranju Europske unije (TFEU)), prepustila je primarnu ulogu nacionalnim propisima (32). S druge strane, postojale su druge odredbe vezane uz zdravlje još do osnivačkih ugovora pedesetih godina, kao što su koordinacija sustava socijalne sigurnosti, osiguravanje pristupa zdravstvenoj skrbi za radnike migrante koji se kreću između država članica EU-a te snažna uloga poboljšanja zdravlja u područjima kao što su okoliš i zdravlje i zaštita na radu (33,34). Kao rezultat toga, zdravstvena politika EU-a uvijek je bila paradoksalna. Opsežno unutarnje tržište, regulatorne politike i politike potrošnje imaju znatan i sve veći utjecaj na javno zdravlje i zdravstvene sustave (35). Stoga je razumijevanje zdravstvene politike EU-a posebno nezgodno (36). Cilj zdravstvene politike EU-a je promovirati zdravlje, osigurati zaštitu od bolesti i uskladiti strategije država članica (37). Rješavanje dugoročnih izazova predstavlja pružanje cjenovno pristupačne kvalitetne zdravstvene skrbi za sve. Povećanje upotrebe digitalnih inovacija, rješavanje nezaraznih bolesti poboljšanjem dijagnoze, prevencije i skrbi, posebno raka, kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa i mentalnog zdravlja, zagovaranje razborite uporabe antibiotika i borba protiv antimikrobne otpornosti, poboljšanje stopa procijepljenosti u državama članicama, širenje uspješnih inicijativa (kao što su europske referentne mreže kojima se povezuju zdravstveni djelatnici kako bi se pružila potpora pacijentima oboljelima od rijetkih bolesti), rješavanje učinka onečišćenja okoliša i demografskih promjena (uključujući starenje stanovništva) na javno zdravlje (38). Europska unija nadopunjuje nacionalne zdravstvene politike pomažući nacionalnim vlastima u postizanju zajedničkih ciljeva, udruživanju resursa i prevladavanju zajedničkih izazova (39).

Sigurnost pacijenata

Nesigurna zdravstvena zaštita i dalje je problem visoke razine u cijelome svijetu. Dok je prošlo desetljeće svjedočilo izvanrednom napretku u poboljšanju sigurnosti pacijenta, (40) postoje mnoge praznine i šteta nanesena pacijentima štetnim događajima u zdravstvu ostaje duboko neprihvatljiva (41).

Istočna mediteranska regija SZO obuhvaća 22 zemlje i populaciju veću od 530 milijuna (42). Razvoj rješenja i inicijativa usmjerenih na promicanje promjena i veću sigurnost pacijenta postali su prijeka potreba i javno je zdravstvo prepoznalo zajednicu (43). Za razliku od Europe, bolnice u SAD-u kao prioritet stavljaju sigurnost pacijenata i često naglašavaju među uzrocima smrtnosti i nedovoljnu brigu za sigurnost (44). Kao dio jedne takve inicijative – bolničke inicijative za sigurnost pacijenta, regionalnog ureda medicinskog centra u Bostonu razvijen je set standarda sigurnosti pacijenta, s ciljem procjene programa sigurnosti pacijenata u bolnicama i usađivanje kulture sigurnosti (45).

Sigurnost pacijenta globalna je zdravstvena briga koja utječe na pacijente u svim zdravstvenim ustanovama u razvijenim zemljama ili zemljama u razvoju (46). Istraživanja su procjenila da prosječno 10 % svih stacionarnih prijema rezultira određenim stupnjem nenamjerne ozljede pacijenta (47). Procjenjuje se da se do 75% tih propusta u pružanju zdravstvene zaštite može spriječiti (48). Nekoliko čimbenika može ugroziti sigurnost pacijenta: neučinkoviti timski rad, neuspjeli organizacijski procesi i fizičko i psihološko preopterećenje zdravstvenih radnika (49). Studije o povezanosti sagorijevanja zdravstvenih radnika (engl. burnout) i sigurnosti pacijenta pokazale su različite rezultate (50). Postoji veza između visoke razine sagorijevanja i pogoršanja sigurnosti pacijenta (51). Unatoč povećanoj vidljivosti kliničkih ispitivanja putem međunarodnih registara ispitivanja, pacijenti često ostaju neinformirani o svom postojanju, posebno ako nemaju pristup odgovarajućim informacijama o kliničkim istraživanjima, uključujući jezik informacija te je posebu pažnju potrebno usmjeriti na klinička ispitivanja (52). Trenutna istraživanja pokazuju da je neučinkovita komunikacija među zdravstvenim radnicima jedan od vodećih uzroka medicinskih pogrešaka i štete pacijenta (53). Za sigurnost pacijenata jednako je važna i učinkovita komunikacija među zdravstvenim radnicima koja je izazovna zbog niza međusobno povezanih dinamika (54). Kada se dogode komplikacije, treba ih znati riješiti i najvažnije je razgovarati s pacijentom kada se problem dogodi jer ukoliko se objasni pacijentu na njemu razumljiv način, smanjuje se želja za pritužbom i nadoknadom štete (55).

Međunarodni okvir za prava pacijenata

Ljudska prava u zdravstvenoj zaštiti definirana su međunarodnim ugovorima, konvencijama, regulativama i direktivama EU-a, sudskim praksama komisije i europskog suda za ljudska prava koji su obvezujući izravno ili neizravno te rezolucijama i preporukama koje nisu obvezujuće. Međunarodnim ugovorima određujemo koji su nam interesi i vrijednosti važni (autonomija, ljudsko dostojanstvo, privatnost, jednakost, pravednost) (56) te mehanizme koji prate pridržava li se država odredbi ratificiranih ugovora (57).

- Ženevska deklaracija

Ženevska deklaracija je dokument koji je 1948. godine u Ženevi prihvatila Opća skupština Svjetskog liječničkog udruženja te dopunila 1968., 1984., 1994., 2005. i 2006. godine (58). Ženevska deklaracija parafrazira Hipokratovu zakletvu. U njoj su zastupljena sva četiri fundamentalna etička načela za medicinu: načelo činjenja dobra i nenanošenje štete bolesniku, načelo poštovanja života, načelo pravednosti i načelo poštovanja osobnosti bolesnika, uz zahtjeve da liječnik obavlja svoju profesiju savjesno i dostojanstveno, da se s poštovanjem i zahvalnošću odnosi prema svojim učiteljima, a prema kolegama kao prema braći i sestrama. Detaljnija analiza pokazuje da postoje i neke razlike u odnosu na Hipokratovu zakletvu. Ističe se, na primjer, obaveza liječnika da s najvećim poštovanjem čuva ljudski život od samog njegovog početka. Nadalje piše: „Nikome neću, makar me za to i molio, dati smrtonosni otrov, niti ću mu za nj dati savjet.“ Dakle, i tu se decidirano nalazi odredba protiv eutanazije koje nema u Ženevskoj deklaraciji. Umjesto toga, od liječnika se zahtjeva da, čak ni pod prijetnjom, ne koristi svoje znanje protiv humanosti. Razlozi koji su potaknuli utemeljenje Ženevske deklaracije su liječnički zločini poput eksperimentiranja na ljudima i genocidi u II. svjetskom ratu koji su značajno narušili osnovnu ideju promicanja humanizma (59).

Ženevska deklaracija izbjegla je spomenuti seksualnu zloupotrebu pacijenata i, što je zanimljivo, ne ističe zahtjev iz Hipokratove zakletve da liječnik određene intervencije prepusti kolegama koji ih bolje znaju uraditi. Prije više od 2000 godina, kada je Hipokrat dao Hipokratovu zakletvu, bile su uključene ove riječi: “Kakve god kuće posjetio, doći ću u korist bolesnika, ostajući oslobođen svake namjerne nepravde, svih nestašluka, a posebno seksualnih odnosa.

- Helsinška deklaracija

Helsinška deklaracija govori o biomedicinskim istraživanjima na ljudima. Prihvaćena je na 18. glavnoj skupštini Svjetskog medicinskog udruženja u Helsinkiju u lipnju 1964. godine, dopunjena u Tokyju 1975. godine, u Veneciji 1983. godine, u Hong Kongu 1989. godine, u Somerset Westu 1996. godine i u Edinburghu 2000. godine (60).

Ovom deklaracijom utvrđena su načela i principi medicinskih istraživanja. U njoj se ističe da je dužnost doktora u medicinskom istraživanju štititi život, zdravlje, privatnost i dostojanstvo osobe na kojoj se vrši istraživanje. Istraživanje na ljudima mora zadovoljiti općeprihvaćene znanstvene principe, mora biti temeljeno na potpunom znanju stručne literature, na drugim važnim izvorima informacija, na odgovarajućem laboratoriju i kada je to moguće, na prethodnim eksperimentima na životinjama. Medicinsko istraživanje na ljudima smjele bi provoditi samo znanstveno kvalificirane osobe pod nadzorom klinički kompetentne osobe iz medicinske struke. Svakom medicinskom istraživanju na ljudima morala bi prethoditi pažljiva procjena mogućih rizika u usporedbi s predvidivom dobrobiti za osobu na kojoj se vrši istraživanje ili za nekog drugoga

- Tokijska deklaracija

Tokijska deklaracija daje upute liječnicima u vezi mučenja ili drugih oblika okrutnog, nehumanog postupanja i kažnjavanja prilikom zatvaranja i zatočeništva. Usvojena je na 29. Svjetskoj medicinskoj skupštini, u listopadu 1975. godine u Tokiju i uredrički revidirana 2005. godine i 2006. godine (61).

Privilegija liječnika je obavljati svoju medicinsku praksu u službi humanosti, da čuva i ponovo uspostavlja tjelesno i psihičko zdravlje pacijenta, bez obzira o kome se radi, da ublaži i olakša njegove patnje. Najviši oblik poštovanja ljudskog života mora se održati čak i pod prijetnjom i nijedno medicinsko znanje ne smije se koristiti protiv zakona humanosti. U svrhu ove deklaracije, tortura se definira kao namjerno, sistematsko ili okrutno nanošenje fizičke ili psihičke patnjekoju uzrokuje jedna ili više osoba, koje djeluju samostalno ili po nalogu bilo koje vlasti, u cilju prisiljavanja druge osobe da pruži informacije, učini priznanje ili iz bilo kojeg drugog razloga. Smisao ove deklaracije je pravo pacijenata na izbjegavanje nepotrebne patnje i bola. Liječnik ne smije odobravati, dopuštati ili sudjelovati u torturi ili drugim oblicima okrutnih, nehumanih ili ponižavajućih postupaka, bez obzira na prijestup za koji je žrtva u ovakvom postupku osumnjičena, optužena ili okrivljena, i bez obzira na uvjerenja ili motive žrtve, i to u svim situacijama, uključujući oružani ili građanski sukob. Liječnik neće ustupati

prostorije, instrumente, supstance ili znanje za izvođenje torture ili drugih oblika okrutnog, nehumanog ili ponižavajućeg tretmana ili da bi umanjio sposobnost žrtve da se suprotstavi takvom tretmanu.

- Povelja o pravima pacijenata u bolnicama Bolničkog odbora Europske ekonomske zajednice;

Ova povelja govori o uvjerenju da bolnički pacijent ima temeljna prava u odnosu na pruženu uslugu u bolnici i da su ta prava usko povezana s humanom uslugom. Bolnica Odbor E.E.C. odlučila je tijekom svoje 18. Generalne skupštine u Kopenhagenu, u svibnju 1977., proučavati ta prava. Ovo istraživanje rezultiralo je poveljom bolničkog pacijenta koja je usvojena tijekom 20. Opće skupštine u Luksemburgu, svibnja 1979. U formuliranju svojih stajališta Odbor je uzeo u obzir članke iz Opće deklaracije o ljudskim pravima (1948.); Europske socijalne povelje (1961.); Međunarodne konvencije UN-a o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966.) te Rezoluciju 23.41 Svjetske zdravstvene organizacije (1970) (62).

- Lisabonska deklaracija;

Deklaracija o pravima pacijenata - Lisabonska deklaracija o pravima pacijenata usvojena je na 34. skupštini Svjetskog medicinskog udruženja, u rujnu/listopadu 1981. godine u Lisabonu. Uzimajući u obzir moguće praktične, etičke i zakonske teškoće, liječnik treba uvijek raditi u skladu sa svojom savješću i uvijek u najboljem interesu pacijenta. Ova Deklaracija sadrži neka od osnovnih prava koja medicinska struka treba osigurati pacijentima: pravo na slobodan izbor liječnika, pravo da ga liječi liječnik koji slobodno donosi kliničke i etičke procjene bez ikakvog uplitanja sa strane, pravo da prihvati ili odbije liječenje nakon dobivene adekvatne informacije, pravo očekivati da će njegov liječnik poštovati povjerljivu prirodu svih informacija medicinske i osobne prirode, pravo umrijeti dostojanstveno, pravo primiti ili odbiti duhovnu i moralnu podršku, uključujući i pomoć svećenika odgovarajuće vjere (63).

- Deklaracija o ljudskim pravima Svjetskog liječničkog udruženja;

Donesena 1990 godine, ova deklaracija ima za cilj pružiti jasne etičke savjete liječnicima koji rade u zatvorskom sustavu. Osigurati učinkovit mehanizam za istraživanje neetičke prakse liječnika u području ljudskih prava, uložiti sve svoje napore kako bi osigurali da adekvatna zdravstvena skrb bude dostupna svim ljudskim bićima bez razlike (64);

- Ljubljanska povelja o reformi zdravstvene zaštite;

Povelja o reformi zdravstvene zaštite u Europi "Ljubljanska povelja" usvojena od europskih članica Svjetske zdravstvene organizacije 1996 godine s ciljem reforme zdravstvene zaštite koja

treba odgovoriti na potrebe građana, uzimajući u obzir njihova očekivanja o zdravlju i zdravstvenoj zaštiti.

- Jakarta deklaracija

Dokument o unapređenju prava zdravlja u 21. stoljeću koju je donijela SZO (1997.); Deklaracija iz Jakarte identificira 5 prioriteta promicanja zdravlja u 21. stoljeću: Promicati društvenu odgovornost za zdravlje, Povećati ulaganja u razvoj zdravlja, Ojačati i proširiti partnerstvo za zdravlje, Povećati kapacitet zajednice i opunomoćiti pojedinca te Osigurati infrastrukturu za promicanje zdravlja (65).

- Konvencija Oviedo

Ovo je konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine (dalje: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini, Vijeće Europe (1997.); Konvencija Oviedo (NN MU 13/2003.) Konvencija pruža okvirnu strukturu za cjelovito očuvanje ljudskog dostojanstva na polju bioetike. Instrument je oblikovan oko pretpostavke da postoji temeljna veza između ljudskih prava i biomedicine. Konvencija stvara minimalni zajednički standard koji državama omogućava donošenje većeg stupnja zaštite nakon ratifikacije (članak 27.). Uz to, sudska zaštita dodjeljuje se nacionalnim sudovima. Stoga ne postoji osnova na kojoj pojedinac može pokrenuti postupak samo u vezi s Oviedskom konvencijom. Na Konvenciju se može pozivati samo u vezi s postupkom pokrenutim zbog kršenja Europske konvencije o ljudskim pravima . Odsutnost bilo kakvih odredbi o sudskom postupku iz konvencije smatra se glavnom slabošću Oviedske konvencije (66).

O potrebi potpunije zaštite ljudskih prava u području zdravstva govori se i u dokumentima SZO. Zbog toga je i Deklaracija o promicanju prava pacijenata u Europi usvojena na europskom savjetovanju SZO o pravima pacijenata u Amsterdamu 1994. godine predvidjela najznačajnija prava pacijenata (promicanju prava pacijenata)

- **Europska povelja o pravima pacijenata**

U ovoj disertaciji koristili smo ovu povelju kao alat za istraživanje prijava kršenja prava pacijenta pa je detaljnije opisujemo. Europska povelja o pravima pacijenata važan je prijedlog koji jamči ozbiljno razmatranje svih dionika zdravstvenog sustava, prava drugima stavljaju na dužnost da ih ispune, a prava također podrazumijevaju odgovornosti nositelja prava, umjesto da se usredotoče samo na prava pacijenata, zdravstvena prava i odgovornosti, treba promicati, zdravstvo uključuje kolektivno vlasništvo i kolektivnu odgovornost. Stoga bi se sve zainteresirane strane trebale uključiti u partnerstvo i učinkovit dijalog oko zdravstvenih prava i

odgovornosti (67). U Rimu je 2002. godine nastala Europska povelja o pravima pacijenata, poznatija kao Rimska povelja, koja je u studenom iste godine ratificirana u Bruxellesu i tako je postala temeljni dokument za reformu zdravstva u zemljama Europske Unije. Njeno drugo poglavlje, u kojem su definirana osnovna prava pacijenata, sastavni je dio Europskog ustava (8). Unatoč razlikama, nacionalni zdravstveni sustavi u zemljama Europske unije imaju isto prava pacijenata, potrošača, korisnika, članova njihove obitelji i ranjivih sektora stanovništva u opasnosti. Iako dobro zvuče izjave „europskog socijalnog modela" o pravu na univerzalan pristup zdravstvenoj zaštiti, u stvarnosti je vidljivo da je puno ograničenja pa iza svega stoji znak pitanja. Građani EU ne mogu nastaviti sa prihvaćanjem da prava postoje samo u teoriji, a da su uskraćena u praksi zbog financijskih ograničenja (68). Proračunska ograničenja, koliko god bila opravdana, ne smiju usmjeriti Europsku uniju da uskraćuje ili ugrožava prava pacijenata. Neprihvatljivo je da prava uspostavlja zakon, a zatim se ne poštuje. Neprihvatljivo je obećavanje u izbornim programima, a zatim ostavljanje svega po strani kada nova vlada dolazi na dužnost. Glavni cilj Povelje je ojačati i donijeti veću svijest o pacijentima i prava građana, koja su trenutno ugrožena u svim zemljama EU-a. Ideja o Europskom danu prava pacijenata je Okvir prve inicijative za procjenu promocija prvog Europskog dana Prava pacijenata. Rezultat pokazuje svijest EU-a i država članica o provedbi prava pacijenata i njihove spremnosti da se obvežu na konkretnu akciju (69). Od uspostave Europske povelje o pravima pacijenata 2002. godine postoji dramatično poboljšanje javne rasprave o pravima pacijenata u Europi, djelomično zahvaljujući samoj povelji. O tome svjedoči nekoliko dokumenata, izvještaja i stavova koje su dostavile javne institucije (Europsko vijeće, Europska komisija, Europski parlament, Gospodarska i Socijalni odbor), građanske organizacije i stručnjaci (70). Iz glavne rasprave o pravima pacijenata u Europi proizlaze tri glavne točke. Prvo, može se reći da je to pitanje postalo dijelom dnevnog reda europske politike. To se tiče svih javnih institucija i politike zajednice u cjelini i kao polazište Europski sud pravde ima primjenu načela jednakosti po pitanju mobilnosti pacijenata.

Ovo načelo nedavno je prepoznato novom Direktivom o pravima pacijenata na prekograničnu skrb, što je orijentacija ovim politikama (71). Drugo, javne institucije postaju sve svjesnije o tome što moraju preuzeti po pitanju odgovornosti za prava pacijenata dodajući im europsku razinu intervencije razvijenu u državama članicama. Treće, veliko je priznanje potreba za uspostavljanjem jasnog zajedničkog okvira načela i standarda za zaštitu prava pacijenata u Europi, koji će se provoditi svugdje i u svakom slučaju, a ne samo u slučaju mobilnosti pacijenata. To je značajan rezultat, jer se do sada zdravstvena zaštita smatrala isključivo

nacionalnom nadležnošću. Ova nadležnost još nije bila dogovorena na zajednički način između nacionalnih država. Uz to, nije se smatralo da su u pitanju određena temeljna prava zdravstveni sustavi i kao posljedicu toga Europska unija mora preuzeti opću odgovornost.

Povelja definira prava jer vrijede u suvremenim europskim zdravstvenim sustavima (**Tablica 1**). Stoga će se pregledati i izmijeniti kako bi se omogućila njihova evolucija i razvoj znanstvenih znanja i tehnologije (72). Četrnaest prava utjelovljenje su temeljnih prava i kao takva moraju se prepoznati i poštivati neovisno o financijskim, ekonomskim ili političkim ograničenjima, uzimajući u obzir kriterije prikladnosti skrbi. Poštivanje ovih prava podrazumijeva ispunjavanje oba tehnička /organizacijska zahtjeva i ponašanja /profesionalnih obrazaca (73). Stoga im je potrebna globalna reforma načina funkcioniranja nacionalnih zdravstvenih sustava (74). Svaki se članak Povelje odnosi na neko pravo i definira ga i ilustrira, bez da tvrdi da predviđa sve moguće situacije:

Tablica 1. Prava iz Europske povelje o pravima pacijenata

1	Pravo na preventivne mjere	Svaki pojedinac ima pravo na odgovarajuću službu radi sprečavanja bolesti. Zdravstvene službe dužne su težiti ovom cilju podizanjem svijesti ljudi, jamčenjem zdravstvenih postupaka u redovitim intervalima, besplatnim za različite skupine stanovništva u riziku, i stavljanjem rezultata znanstvenih istraživanja i tehnoloških inovacija na raspolaganje svima.
2	Pravo na pristup	Svaki pojedinac ima pravo pristupa zdravstvenim uslugama koje zahtijevaju njegove zdravstvene potrebe. Zdravstvene službe moraju jamčiti jednak pristup svima, bez diskriminacije na temelju financijskih sredstava, prebivališta, vrste bolesti ili vremena pristupa uslugama.
3	Pravo na informacije	Svaki pojedinac ima pravo na pristup svim vrstama podataka u vezi sa svojim zdravstvenim stanjem,

		zdravstvenim službama i načinom na koji ih koristi, kao i svim onim što znanstveno istraživanje i tehnološke inovacije čine dostupnim.
4	Pravo na pristanak	Svaki pojedinac ima pravo pristupa svim informacijama koje bi mu mogle omogućiti aktivno sudjelovanje u odlukama koje se odnose na njegovo zdravlje; ti su podaci preduvjet za bilo koji postupak i liječenje, uključujući sudjelovanje u znanstvenim istraživanjima. Pacijent ima pravo odbiti liječenje ili medicinsku intervenciju i da se predomisli tijekom liječenja, odbijajući i njen nastavak. Pacijent ima pravo odbiti podatke o svom zdravstvenom stanju.
5	Pravo na slobodan izbor	Svaki pojedinac ima pravo na slobodan izbor među različitim postupcima liječenja i pružateljima usluga na temelju odgovarajućih informacija. Pacijent ima pravo odlučiti koji će dijagnostikam i terapije proći i kojeg će liječnika, specijalista ili bolnicu koristiti.
6	Pravo na privatnost i povjerljivost	Svaka osoba ima pravo na povjerljivost osobnih podataka, uključujući informacije u vezi sa svojim zdravstvenim stanjem i potencijalnim dijagnostičkim ili terapijskim postupcima, kao i na zaštitu svoje privatnosti tijekom obavljanja dijagnostičkih pregleda, specijalističkih posjeta i medicinskih/kirurških tretmana općenito .
7	Pravo na poštivanje vremena pacijenata	Svaka osoba ima pravo na potrebni tretman u brzom i unaprijed određenom vremenskom razdoblju. Ovo se pravo primjenjuje u svakoj fazi liječenja

8	Pravo na poštivanje standarda kvalitete	Svaki pojedinac ima pravo pristupa visokokvalitetnim zdravstvenim uslugama na temelju specifikacije i poštivanja preciznih standarda.
9	Pravo na sigurnost	Svaki pojedinac ima pravo biti oslobođen štete koju mogu prouzročiti loše funkcioniranje zdravstvenih službi, medicinska zlouporaba i pogreške te pravo pristupa zdravstvenim službama i tretmanima koji udovoljavaju visokim sigurnosnim standardima.
10	Pravo na inovaciju	Svaki pojedinac ima pravo pristupa inovativnim postupcima, uključujući dijagnostičke postupke, u skladu s međunarodnim standardima i neovisno o ekonomskim ili financijskim razmatranjima.
11	Pravo na izbjegavanje nepotrebne patnje i boli	Svaka osoba ima pravo izbjegavati što više patnje i boli u svakoj fazi svoje bolesti.
12	Pravo na personalizirano liječenje	Svaka osoba ima pravo na dijagnostičke ili terapijske programe prilagođene što je više moguće njezinim ili njezinim osobnim potrebama.
13	Pravo na žalbu	Svaka se osoba ima pravo žaliti kad god je pretrpjela štetu i ima pravo na odgovor ili druge povratne informacije.
14	Pravo na naknadu štete	Svaka osoba ima pravo dobiti dovoljnu naknadu u razumno kratkom roku kad god je pretrpjela fizičku ili moralnu i psihološku štetu uzrokovanu zdravstvenim tretmanom.

Europska povelja o pravima pacijenata može pružiti smjernice prema boljem sustavu zdravstvene zaštite (75).

Pravo na privatnost i povjerljivost postoji u profesionalnim etičkim kodeksima. Preporuka je da se ono postavi na zakonsku osnovu i uzme u obzir kad se zdravstvene ustanove projektiraju i obnavljaju. Pravo na pristanak postoji u zdravstvenoj politici, profesionalnim etičkim kodeksima i zakonu. Trebalo bi ga postaviti na zakonsku osnovu, a dionici bi trebali nastaviti razvijati bolje postupke za osiguravanje informiranog pristanka

Preporučuje se da se i dalje promiče praksa utemeljena na dokazima i da se zdravstvene prakse i ustanove redovito procjenjuju kako bi se kontinuirano poboljšavala njihova kvaliteta. Preporučuje se prikupljanje podataka radi promicanja sigurnosti unutar zdravstvene zaštite pacijenata i stručnjaka. Treba podržati rad privremenog tijela za zdravstvene informacije i kvalitetu. Pravo na izbjegavanje nepotrebne patnje i bol može se u potpunosti preporučiti. Preporučuje se holističko razumijevanje patnje i njezinih različitih komponenata kako bi se svi vidovi boli i patnje prepoznali i riješili što je bolje moguće (76). Zdravstvene službe moraju jamčiti naknadu, bez obzira na težinu štete i njezin uzrok (od pretjeranog čekanja do slučaja nepravilne prakse), čak i kada konačna odgovornost ne može biti apsolutno utvrđena (77). Preporučuje se da se poduzmu pravni i praktični koraci kako bi se javnosti povećala dostupnost nepristranih, na dokazima utemeljenih zdravstvenih podataka. Može se preporučiti pravo na žalbu, posebno ako se provodi kao dio šireg povratnog sustava osmišljenog za poboljšanje kvalitete i sigurnosti. Pravo na naknadu je kontroverzno. Preporučuje se da se fokus s financijske naknade prebaci na druge čimbenike, poput pružanja odgovora na pitanja pacijenata i osiguranja da pritužbe poboljšaju kvalitetu i sigurnost.

1.1.4. Ljudska prava

Pod pojmom ljudskih prava podrazumijevamo ona prava koja stječemo već činjenicom da jesmo, prava koja su jednaka za sve osobe i koja bi nam svima trebala biti jednako poštivana, prava koja nam nitko stoga nema pravo kršiti niti oduzimati jer su to najosnovnija prava poput prava na: život, ljudsko dostojanstvo, informaciju, odluku, pritužbu (78).

Kada se govori o ljudskim pravima, onda se često zasebno nabrajaju i prava koja se mogu podvesti pod ova osnovna, kao što su npr. pravo na opredijeljenje i samoopredijeljenje u odnosu na vjersku, nacionalnu ili kakvu drugu pripadnost te moralno opredjeljenje, a koja možemo

smatrati dijelom prava na ljudsko dostojanstvo kao i dijelom prava na odluku, pravo na jednakost, koje također možemo podvesti pod ljudsko dostojanstvo (26).

Upoznavanje s ljudskim pravima svekolika je obveza društva u cjelini te predstavlja i osobnu kulturu svakog člana društva (79). Za needuciranost po tom pitanju ne može se pravno prozivati neku određenu osobu niti instituciju, svi su odgovorni. Pri tom treba uzeti u obzir kako sve do 1990. godine Hrvatska nije podržavala kulturu prepoznavanja i štićenja osobnih ljudskih prava (80).

Najosnovnije je pravo svakog pacijenta da mu se prilikom bilo kakvog oblika pružanja zdravstvene usluge poštuju sva njegova ljudska prava te da mu se ničim ne narušava njegovo ljudsko dostojanstvo (81). Svako uspješno liječenje pretpostavlja odnos između pacijenta i terapeuta unutar kojeg pacijent dobiva dovoljno informacija na temelju koje donosi samostalnu odluku. Tamo gdje pacijent sudjeluje u odlukama o svojem zdravlju, aktivno se odnosi i prema samom liječenju, liječenje dokazano uspješnije, a izlječenje je izglednije. Vrlo je bitno za procese izlječenja ostvariti aktivnu suradnju liječnika i pacijenta. Ta suradnja ovisi o načinu komunikacije između pacijenta i liječnika (82). U odnosima između pacijenata i liječnika postoji opterećenost na mnogo razina, a posebice jer su s jedne strane "ubogi i nemoćni", a s druge "sveznajući". U modernom se vremenu sve više uočava potreba uvažavanja na svim razinama pa tako i ostvarivanje partnerskih odnosa i u samom sustavu zdravstva. Pacijent se danas sagledava sve više kao partner u sustavu i zato jer je on nositelj izvora sredstava za cijeli zdravstveni sustav jednako kao što je i krajnji korisnik svih zdravstvenih usluga te potrošač svih medicinskih proizvoda (83). U kontekstu tržišnih odnosa, sve je prihvaćenija uloga pacijenta - potrošača, a ona uključuje aktivni odnos prema određivanju tržišnih prilika i unutar sustava zdravstva. Da bi se odredili u svojem aktivnom stavu, pacijenti trebaju razumijevati i poznavati osnovna ljudska prava kao i osnovna prava iz zdravstvene zaštite te zdravstvenog osiguranja.

Osnovna prava pacijenata određena su brojnim međunarodnim dokumentima kao i Zakonom o zaštiti prava pacijenata, a u velikom dijelu odgovaraju ljudskim pravima (84).

Ova prava uključuju i pravo na sudjelovanje u donošenju odluka o samom sustavu zdravstva, a čime ostvaruju svoj partnerski udio u sustavu zdravstva. Pravo na ljudsko dostojanstvo prije svega označava pravo ne biti diskriminiran niti po kojoj osnovi, a najčešće se za diskriminaciju koriste osnove spolne, dobne, rasne ili nacionalne pripadnosti te vjerskog opredjeljenja (85).

Slijedom navedenih ljudskih prava ista su i prava svakog pacijenta, no opterećenost osobe koja je bolesna ili samo koristi zdravstvenu uslugu u sustavu koji je paternalistički ustrojen i u kojem

pacijent “nema pravo glasa” prema uvriježenoj višestoljetnoj praksi, dolazi do posebnog izražaja te se prava pacijenata zasebno navode i štite u zakonodavstvima mnogih zemalja. Od 2004. godine i Hrvatska ima zasebni zakon koji regulira prava pacijenata (86).

Pitanja povezana sa zdravljem protežu se i u sudskoj praksi kroz Europski sud za ljudska prava. Europska konvencija o ljudskim pravima ne jamči pravo na zdravstvenu zaštitu (87). Pitanja poput zdravlja, stanovanja, socijalnih davanja i drugih socijalno-ekonomskih prava ispravno su adresirana instrumentima poput Europske socijalne povelje ili Europskog kodeksa socijalne sigurnosti ili, na globalnoj razini, Međunarodnog pakta Ujedinjenih naroda o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (88). Danas je sve više prigovora koji se odnose na (nedostatak) informirane suglasnosti (89). Tipičan spor oko informiranog pristanka uključuje operacijske zahvate gdje se navode određene komplikacije, no teško je utvrditi je li pacijentu zaista objašnjeno ono što je potpisao. Medicinsko-pravni sporovi pružaju vrijedne uvide za usmjeravanje napora za poboljšanje kvalitete i aktivnosti upravljanja rizikom.

1.1.7. Bioetika u kliničkoj praksi

Etički, pravni i socijalni pogledi (ELSA) predstavljaju napredak koji medicina neprestano ostvaruje primjenom tehnika i znanosti poput telemedicine, virtualizacije medicinske datoteke putem "cyber-medicine", digitalnim tabletima Face Time videokonferencije itd. Sve to ugerira da idemo prema pravoj "znanstvenosti" medicinskog pristupa (90). Te nove informacijske i komunikacijske tehnologije (NICT) postaju sredstvo za povećanje protoka informacija, razmjenu društvenih međusobnih odnosa ili čak povećavanje dostupnosti programima i to neovisno o tijelima kulturnog posredovanja i socijalnog (91). Pojam zaštite "osobnih podataka" povezan je s pojmom podataka koji se tiču privatnog života. Osjetljivi podaci podliježu načelu zabrane obrade, uz određeni broj izuzetaka predviđenih zakonom, uz jamstva da je Nacionalno povjerenstvo za informatiku i slobode odgovorno za provođenje (92). **GDPR zaštitom podataka u medicini** osigurava da se osobe na koje se odnosi zakonska obveza ili ekvivalentna ugovorna odredba obvezuju poštivati povjerljivu prirodu predmetnih podataka (93). Svatko tko ima pristup kartonima pacijenta mora potpisati klauzulu o povjerljivosti u svom ugovoru o suradnji (94). Za obavljanje svoje struke liječnik prikuplja podatke o zdravlju svojih pacijenata. Ovo je posebna kategorija osobnih podataka (95). Podaci o zdravlju su osobni podaci koji se odnose na fizičko ili mentalno zdravlje neke osobe, uključujući pružanje zdravstvenih usluga,

i otkrivaju informacije o zdravstvenom stanju te osobe (96). Liječnik poduzima sve potrebne mjere kako bi se poštivalo pravo pacijenta na privatnost, optimalno osiguralo osjetljive podatke i spriječilo „curenje podataka“ (97). Često se dogodi da liječnik mora prenijeti zdravstvene podatke svojih pacijenata: ili samom pacijentu (10) ili trećim stranama (98). Prilikom prijenosa zdravstvenih podataka, liječnik uvijek treba procijeniti može li podatke poslati trećem primatelju. Profesionalna tajnost ne dopušta liječnicima da odaju zdravstvene podatke svojih pacijenata trećim stranama. Liječnik stoga može prenijeti zdravstvene podatke samo ako postoji pravna osnova (99). Vlasti, institucije i drugi akteri uključeni u obradu zdravstvenih podataka uzimaju u obzir ovu novu europsku uredbu (100). U budućnosti se očekuje da će nove europske direktive razjasniti kako bi se zdravstveni radnici trebali baviti podacima o pacijentima (101). Od 2021. godine započet je Tehdas zajednički projekt Europske unije za principe za dijeljenje i korištenje zdravstvenih podataka među članicama EU te predstavlja veliki pravno-medicinski izazov (102). E-zdravstveni karton predstavlja izazov u modernoj medicini uporabom visoke tehnologije, ali za sobom nosi bojazan vezanu za zaštitu osobnih podataka, odnosno još je uvijek nejasno definirano što ako druge osobe koriste osobne podatke (103). Iako postoje mehanizmi kontrole na razini EU unije, zemlje članice još uvijek nemaju potpuni uvid u korištenje lijekova putem digitalne platforme koja je dostupna i u Hrvatskoj putem platforme e-građanin.

Postoje brojni bioetički izazovi jer istodobno svi ljudi žele poštivanje života i svih njegovih procesa u bilo kojem razdoblju (104). Čest problem u bioetici je što politike često spominju važnost poštivanja, ali rijetko istražuju sam koncept poštivanja u bioetici (105). Koncept poštovanja ima značajnu retoričku snagu jer poštovanje jest važno u našoj svakodnevici i poštovanje ima središnje mjesto u mnogim različitim moralnim i pravnim tradicijama različitih kultura (106). Dostojanstvo (latinski Dignitas) je izraz koji se rabi na području morala, etike i političkih rasprava i označava pravo na poštovanje i etički odnos od rođenja. Dakle, "Dignitas" u smislu posebne kvalifikacije za "moć" ili "vlast" nije usporediv s "urođenim dostojanstvom" kao obilježjem ljudskosti (107). Povjerenje i dobročinstvo jesu dva vrijedna elementa idealnog odnosa pacijenta i liječnika. Povjerenje pacijenta trebao bi biti jedan od ciljeva liječnika (108). Medicinsko donošenje odluka složeno je pitanje ovlasti. Nismo sigurni oko budućih rizika i ovisnosti o sadašnjem dostupnom informacija. Naše znanje, mudrost i iskustvo pomaže nam donijeti najrazboritiju odluku (109). Međutim, kada postoji pitanje života i smrti, odluka o preuzimanju rizika radi buduće koristi je presudna (110). Različiti etičari predlažu različite uloge kao ideale za liječnike. Nepismen i siromašan pacijent

ostavlja prostor da se prema njemu odnosi paternalistički (111) i ponekad bi ih liječnik mogao zlostavljati zbog njegovog siromaštva i neznanja. Razmatrajući ovu praktičnu situaciju, u našem idealnom modelu, uloga liječnika može biti neograničena. Pružanje pravilnog tretmana, pružanje točne i istinite informacije, pouzdan i srdačan odnos, savjetovanje o važnostima zdravstvene zaštite, tumačenje i raspravljanje o stanju pacijenta sa strašću, simpatijom i poštivanjem prava pacijenta jesu osnovna uloga liječnika. Kada se donose važne odluke liječnik se osjeća opravdano da nadvlada pacijentove želje. Liječnik se može prihvatiti takvog stava kod pacijenata koji nemaju dovoljno znanja da bi donijeli odluke (112). Pacijentova autonomija: pojam "autonomija" potječe od grčkih riječi "autos" što znači "ja", a "nomos" znači "vladavina". Dakle, književno značenje riječi "autonomija" jest "samoupravljanje" (113). Autonomija se odnosi na pravo odabira, pravo na slobodu, privatnost itd. (114). Autonomija je temeljni zahtjev etike odnosa pacijent-liječnik. Priznavanje autonomije pacijenta podrazumijeva sposobnost pacijenta da donosi vlastitu odluku, da ima mogućnost odabrati ili odbiti bilo kakvo liječenje, svjestan vrijednosti zdravstvene zaštite. Prema Childressu, autonomija ima dvije važne značajke: „slobodno djelovati“ i “racionalno odlučiti”.

Medicinska deontologija posebno je etičko područje prilagođeno medicinskoj praksi koje se sastoji od niza pravila Hipokratove zakletve i nacionalnih i međunarodnih etičkih i deontoloških zakonodavstava sastavljenih od medicinskih organizacija različitih zemalja (115). Deontologija se sastoji od prava koja društvo daje nekoj struci, uključujući medicinski interes za samoregulaciju i osiguravanje neovisnosti liječnika da se bavi svojom strukom unatoč mogućim vanjskim pritiscima (116). U stvarnosti, deontologija ima dva cilja: prvi cilj vezan je uz liječenje koje liječnik treba pružiti pacijentu, a drugi cilj je osigurati članovima društva bolju zdravstvenu uslugu. U mnogim slučajevima liječnici imaju posebna prava dok provode liječenje pacijenata. Ukoliko pogriješe, teško je utvrditi je li neželjeni događaj nastao slučajno ili je posljedica nemara. Na primjer, liječnik može probušiti nožem ili skalpelom trbuh pacijenta kako bi riješio crijevnu okluziju, a da nije optužen za zločin; liječnik može ukloniti bubreg žive osobe ili srce pacijenta s mozdanom smrću radi provođenja transplantacije; liječnik može ubrizgati strani spermij u žensku maternicu što bi se inače u nekim kulturama smatralo prijestupom (preljubom); liječnik može umetnuti prst u dječji rektum radi dijagnoze upale slijepog crijeva što bi se inače smatralo činom pedofilije (117). Važnim dijelom medicinske deontologije smatra se kompetencija liječnika povezana s medicinskim znanjem koje liječnik dobiva završetkom studija, nakon čega slijedi odgovarajuća diploma itd. (118). Opremljenost liječnika tehničkim alatima i raznim materijalima posebno je važna za medicinske specijalnosti.

Tek nakon ispunjenja navedenih uvjeta, liječnik se može registrirati u liječnikoj komori i tako stječe pravo na obavljanje medicinske struke (119). U utilitarističkom pristupu, odluke se donose na temelju najveće dobiti ostvarene za najveći broj pojedinaca. To je također poznato kao konsekvencijalistički pristup jer ishodi određuju moralnost intervencije. Ovaj pristup mogao bi naštetiti nekim pojedincima, dok je konačni ishod maksimalna korist. Ovaj se pristup obično vodi proračunatim koristima ili štetama temeljenima na dokazima. Primjeri utilitarnog pristupa u medicinskoj skrbi uključuju postavljanje cilja bolnicama za oživljavanje nedonoščadi (gestacijska dob) ili liječenje opeklina (stupanj ozljede) na temelju dostupnosti vremena i resursa (120). Napetost između obveza liječnika prema pojedinačnim pacijentima i njihovih obveza prema društvu možda nikada nije bila veća i traži širu raspravu (121). Neovisnost pacijenta temeljno je načelo profesionalne medicinske etike (122).

1.1.5. Čimbenici koji pomažu ostvarenju prava pacijenata

Zdravstveni radnici i pacijenti imaju isti cilj: imati dobru kvalitetu zdravstvene zaštite (123). Takav cilj omogućava partnerski odnos liječnika i pacijenta u zdravstvenom sustavu. (124). Pacijenti koji dolaze liječniku ne razumiju dobro medicinu, svoju bolest i simptome, a poseban problem predstavljaju složeni nalazi koje u nedostatku vremena liječnik ne stiže objasniti pacijentu na njemu razumljiv način. To dovodi do problema u ostvarivanju prava pacijenata u zdravstvenoj zaštiti (125). Jezične prepreke i nerazumijevanje između pružatelja usluga i pojedinaca predstavljaju ograničenje u pristupu zdravstvenoj zaštiti (126). Komunikacija pacijenata i pružatelja usluga ovisi o kulturnim kompetencijama i komunikacijskim vještinama pojedinca, a podizanje svijesti o njenoj važnosti predstavlja najbolju praksu za rješavanje jezičnih prepreka (127). Dobra komunikacija s medicinskim stručnjacima predstavlja snažan pozitivni čimbenik za veće zadovoljstvo pacijenata (128). Pojam "kvaliteta skrbi" integrira koncepte pristupa skrbi i učinkovitosti skrbi koji se dalje dijele na kliničku i interpersonalnu učinkovitost (129). Međutim, ispitivan je stupanj do kojeg su definicije i konceptualizacije kvalitete skrbi uspješno uvažile potrebe pacijenata (130). „Medicina je umjetnost čija su magija i kreativne sposobnosti odavno prepoznate kao prebivanje u međuljudskim čimbenicima odnosa pacijent-liječnik.“ (131). Liječničke komunikacijske i međuljudske vještine obuhvaćaju sposobnost prikupljanja podataka kako bi se olakšala točna dijagnoza, prikladno savjetovalo, dalo terapijske upute i kako bi se uspostavili brižni odnosi s pacijentima (132). To su ključne kliničke vještine u medicinskoj praksi, s krajnjim ciljem postizanja najboljeg ishoda i

zadovoljstva pacijenta, koji su ključni za učinkovito pružanje zdravstvene zaštite (133). Izolirane osnovne komunikacijske vještine nedovoljne su za stvaranje i održavanje uspješnog terapijskog odnosa liječnik-pacijent koji se sastoji od zajedničkih percepcija i osjećaja u vezi s prirodom problema, ciljevima liječenja i psihosocijalnom podrškom (134). Interpersonalne vještine nadovezuju se na osnovne komunikacijske vještine (135). Odgovarajuća komunikacija integrira pristupe usmjerene na pacijenta i liječnika (136). Krajnji cilj svake komunikacije liječnik-pacijent je poboljšati zdravlje i medicinsku njegu pacijenta (137). Studije komunikacije liječnik-pacijent pokazale su nezadovoljstvo pacijenta čak i kad su mnogi liječnici komunikaciju smatrali adekvatnom ili čak izvrsnom (138). Načela medicine usmjerene na pacijenta potječu iz drevne grčke škole. Međutim, medicina usmjerena na pacijenta nije uvijek bila uobičajena praksa (139). Medicinski model nedavno se razvio iz paternalizma u individualizam (140). Razmjena informacija dominantan je model komunikacije, a pokret potrošača u zdravstvu doveo je do trenutnog modela zajedničkog odlučivanja i komunikacije usmjerene na pacijenta (141). Učinkovita komunikacija liječnik-pacijent središnja je klinička funkcija, a dobra komunikacija srce je i umijeće medicine te središnja komponenta pružanja zdravstvene zaštite (142). Tri su glavna cilja trenutne komunikacije liječnik-pacijent: dobar međuljudski odnos, olakšavanje razmjene informacija i uključivanje pacijenata u donošenje odluka (143). Učinkovitu komunikacija na relaciji liječnik-pacijent pacijenti prepoznaju kao glavnog pokazatelja 'opće kompetencije' svojih liječnika (144). Dobra komunikacija liječnika i pacijenta može pomoći u regulaciji osjećaja pacijenta, olakšati razumijevanje medicinskih informacija i omogućiti bolju identifikaciju potreba, percepcije i očekivanja pacijenata (145). Pacijenti koji ostvaruju dobru komunikaciju sa svojim liječnikom zadovoljniji su uslugom, a i otvorenije dijele važne informacije za preciznu dijagnozu svojih problema, slijedite savjete i pridržavaju se propisanog liječenja (146). Liječnik je u liječenju i praćenju snažno povezan s njihovim oporavkom (147). Studije su pokazale povezanost osjećaja kontrole i sposobnosti toleriranja boli, oporavka od bolesti, smanjenog rasta tumora i svakodnevnog funkcioniranja (148). Također su zabilježene pojačane psihološke prilagodbe i bolje mentalno zdravlje (149). Neke studije zabilježile su smanjenje duljine boravka u bolnici, a time i troškove pojedinačnih medicinskih posjeta i manje upućivanja (150). Pregled usmjereniji na pacijenta rezultira većim zadovoljstvom pacijenta kao i liječnika (151). Zadovoljni pacijenti rjeđe podnose formalne pritužbe ili pokreću tužbe zbog nesavjesnosti (152). Zadovoljni pacijenti povoljni su za liječnike u smislu većeg zadovoljstva poslom, manje stresa zbog posla i smanjenog izgaranja (153). Mnogo je prepreka za dobru komunikaciju u odnosu liječnika i pacijenta, uključujući tjeskobu i strah pacijenta, (154) teret posla liječnika, strah od parnice, strah od fizičkog ili

verbalnog zlostavljanja i nerealna očekivanja pacijenta (155). Ovi važni čimbenici mogu utjecati na izbore koje pacijenti donose u vezi sa svojim liječenjem i njegom na kraju života (156), što može imati značajan utjecaj na bolest. Adherencija pacijenta izravno ovisi o komunikaciji (157). Dobre komunikacijske vještine koje su prakticirali liječnici omogućile su pacijentima da sebe doživljavaju punopravnim sudionikom tijekom rasprava koje se tiču njihovog zdravlja (158,159). Postoje izvješća o zapažanjima liječnika koji izbjegavaju raspravu o emocionalnom i socijalnom utjecaju problema pacijenata jer ih uznemiri kad se ne mogu nositi s tim problemima ili nisu imali vremena za to na odgovarajući način (130). Ova je situacija negativno utjecala na liječnike te je pojačala tjeskobu pacijenata. Ovo izbjegavanje može dovesti do toga da pacijenti ne žele otkriti probleme koji bi mogli odgoditi oporavak ili na njega negativno utjecati (160). Utvrđeno je da liječnici obeshrabruju pacijente da izraze svoju zabrinutost i očekivanja, kao i zahtjeve za dodatnim informacijama (161). Ovaj negativni utjecaj ponašanja liječnika i posljedice komunikacije liječnik-pacijent odvraćali su pacijente od potrebe za informacijama i objašnjenjima . Pacijenti se mogu osjećati nemoćno i možda neće moći postići svoje zdravstvene ciljeve (162). Nedostatak dovoljno objašnjenja rezultira lošim razumijevanjem pacijenta, a nedostatak konsenzusa između liječnika i pacijenta može dovesti do terapijskog neuspjeha (163). Danas su pacijenti prepoznali da nisu pasivni primatelji i sposobni su oduprijeti se moći i stručnom autoritetu koje društvo dodjeljuje liječnicima (164). Oni se mogu implicitno i eksplicitno oduprijeti monologu prijenosa liječničkih informacija aktivnom rekonstrukcijom stručnih informacija kako bi potvrdili vlastitu perspektivu, (165). Integriraju sa svojim znanjem o vlastitom tijelu i iskustvima, kao i socijalnoj stvarnosti svog života. Pažnja prema društvenim odnosima i kontekstima osigurat će primanje ovih informacija i, što je najvažnije, prema njima se i postupa (166).

Pregovaračke vještine važne su za liječnika, kako u njihovom profesionalnom, tako i u osobnom životu (167), a ponekad dobra komunikacija postiže placebo efekt (168). Otkrivanje loših vijesti pacijentima složen je i izazovan komunikacijski zadatak u medicinskoj praksi (169). Izgradnja odnosa posebno je važna za ublažavanje loših vijesti. Važni čimbenici uključuju razumijevanje perspektive pacijenta, razmjenu informacija, znanje i očekivanja pacijenta. Pogrešna komunikacija ima ozbiljne implikacije, jer može omesti pacijentovo razumijevanje, očekivanja ili sudjelovanje u planiranju liječenja (170). Osim toga, pogrešna komunikacija smanjuje zadovoljstvo pacijenta medicinskom njegom, razinu nade i kasnije psihološke prilagodbe (171). Empatija je jedan od najsnažnijih načina pružanja ove podrške kako bi se smanjio osjećaj izoliranosti pacijenata i potvrđivanje njihovih osjećaja ili misli uobičajenim i očekivanim (172).

Uspješna razmjena informacija osigurava da se izazivaju i istražuju zabrinutosti i da se uravnoteženo i razumljivo daju objašnjenja o mogućnostima liječenja kako bi se omogućilo zajedničko donošenje odluka (173). U ovom pristupu liječnik olakšava raspravu i pregovaranje s pacijentima, a mogućnosti liječenja procjenjuju se i prilagođavaju kontekstu situacije i potrebama pacijenta, a ne standardiziranom protokolu (174). Temelj njege treba biti suradnja između liječnika i pacijenta, uzimajući u obzir očekivanja pacijenta, preferiranje ishoda, razinu prihvaćanja rizika i svih povezanih troškova kako bi se maksimaliziralo pridržavanje i osigurao najbolji ishod (175). Liječnik bi trebao prepoznati te osjećaje i razviti vještine prepoznavanja problematičnih odgovora pacijenta. Takva situacija može omogućiti da se problemi u odnosu pretvore u klinički uspjeh (176). Međunarodno sudjelovanje pacijenta i javnosti u zdravstvenoj zaštiti opisano je kao „presudno za reformu zapadnih ekonomija“ (177), a odražava spoznaju da je glas pacijenta relevantan, informativan i potiče na poboljšanje usluga (178). Povjerenje je element koji definira svaki međuljudski odnos, ali je posebno važan za odnos pacijent-liječnik (179). Iako dokazi pokazuju da većina pacijenata i dalje vjeruje liječnicima da djeluju u njihovom najboljem interesu, raste zabrinutost da su brze i dalekosežne promjene u zdravstvenom sustavu izvršile velik pritisak na to povjerenje (180).

Moć je neizostavan dio svih društvenih odnosa i u suštini nije ni dobra ni loša. Liječnicima je potrebna moć da ispune svoje profesionalne obveze prema više sastavnica, uključujući pacijente, zajednicu i njih same (181). Pacijenti trebaju moći formulirati svoje vrijednosti, artikulirati i postići zdravstvene potrebe i ispuniti svoje odgovornosti (182). Međutim, obje strane mogu iskoristiti ili zloupotrijebiti moć. Etička učinkovitost zdravstvenog sustava optimizira se poticanjem liječnika i pacijenata da razvijaju odnose (135). Nedostatak suglasnosti između liječnika i pacijenata može potaknuti paternalizam, ali to bi se moglo riješiti dogovorom (183). Suvremena zdravstvena zaštita raste s retorikom usmjerenom prema pacijentu, gdje liječnici jednako dijele moć u interakciji s pacijentima (184). Kada pacijenti odlučuju o vlastitoj skrbi pitanje je politike i osobnog angažmana pacijenta (185). Povremeno svi građani moraju donijeti važne zdravstvene odluke koje utječu na ishode zdravlja. Strategije za potporu edukaciji i angažmanu pacijenta trebale bi biti temeljni plan zdravstvene politike (186). Također, pacijenti mogu igrati važnu ulogu u razumijevanju uzroka bolesti, čuvajući zdravlje i poduzimajući odgovarajuće mjere, (187). Odabir prikladnih tretmana za akutne epizode pogoršanja zdravlja i upravljanje kroničnim bolestima mora biti prepoznat i podržan (188). Pacijenti igraju sve veću ulogu u zdravstvenom sustavu razvijenih zemalja u načelima medicine usmjerenih pacijentu (189). Te promjene u modernim bolnicama razvijaju ravnatelji

ustanova motom "Ništa o meni bez mene" kao i razvoj lijekova usmjerenih na pacijenta (190). U posljednjih nekoliko desetljeća, zdravstvo je bilo obilježeno modelom usmjerenim na pružatelja usluga (191). Personalizirana medicina postiže svoj puni značaj kao suprotnost "depersonaliziranoj medicini" ili "brizi usmjerenoj na bolest", čiji je cilj liječenje bolesti, a ne bolesnik s bolešću (192). Postoji sve veći interes za medicinu usmjerenu prema pojedincu (eng., person-centered medicine), (193). Složenost medicine stavlja pacijente u relativno inferiornu poziciju već ionako autoritativnog odnosa između liječnika i pacijenta (194). Liječnik se mora znati suočiti s osobnošću pacijenta te najsloženijim medicinskim dijagnozama, a jedino ako razumije pacijenta u njegovom osobnom životnom kontekstu može provesti uspješno liječenje (195). Terry Canale u svom potpredsjedničkom obraćanju Američkoj akademiji ortopedskih kirurga kaže da "Pacijenta nikada neće zanimati koliko znate, sve dok ne zna koliko vam je stalo." (196). Za biti dobar liječnik potrebno je razumjeti cijelu priču. Svi liječnici imaju idole tijekom svog učenja i medicinske karijere. Svi se sjećaju velikih liječnika. Veliki liječnici se razlikuju od dobrih jer razumiju cijelu priču. Tek kad shvatimo čitavu priču, mogu se postaviti dosljedne dijagnoze (197). Svaki pacijent predstavlja priču. Ta priča uključuje njihove bolesti, njegov novi problem, njihovu socijalnu situaciju i njihova uvjerenja. Sir William Osler rekao je: „Dobri liječnik liječi bolest; veliki liječnik liječi pacijenta koji ima bolest". Veliki liječnik razumije pacijenta i kontekst njegove bolesti (198). Prati rezultate dosljedno i suosjećajno. Time ne pruža samo najkvalitetniju medicinsku skrb, već živi u skladu s idealima Williama Oslera i Tinsleyja Randolpha Harrisona - najvećih uzora liječnika (199).

Svijest o važnosti i poštivanju prava pacijenata među liječnicima

Prethodna istraživanja o odnosima između liječnika i pacijenata otkrila su da, ako pružatelji zdravtsvenih usluga pokažu svijest o pravima pacijenta, to pozitivno utječe na zadovoljstvo pacijenta (200). Štoviše, nepoštivanje tih prava u kliničkoj praksi nagriza povjerenje između pacijenata i zdravstvenih radnika te može ugroziti život i sigurnost pacijenta. Iako je zabilježeno da liječnici bolje poznaju prava pacijenata u odnosu na medicinske sestre, obje skupine pokazuju sličnu razinu poštivanja stvarne prakse (201). Prava pacijenata najbolje se štite kada su zdravstveni radnici savjesni i svjesni tih prava (202). Kao takvi potrebni su podaci o trenutnim razinama svijesti o važnosti prava pacijenata (203). Takva otkrića mogu pomoći donositeljima odluka da poduzmu potrebne korake za poboljšanje obrazovnih mjera u tom pogledu i poboljšaju provedbu prava pacijenata u praksi (204).

Individualna odgovornost pacijenata i obaveze

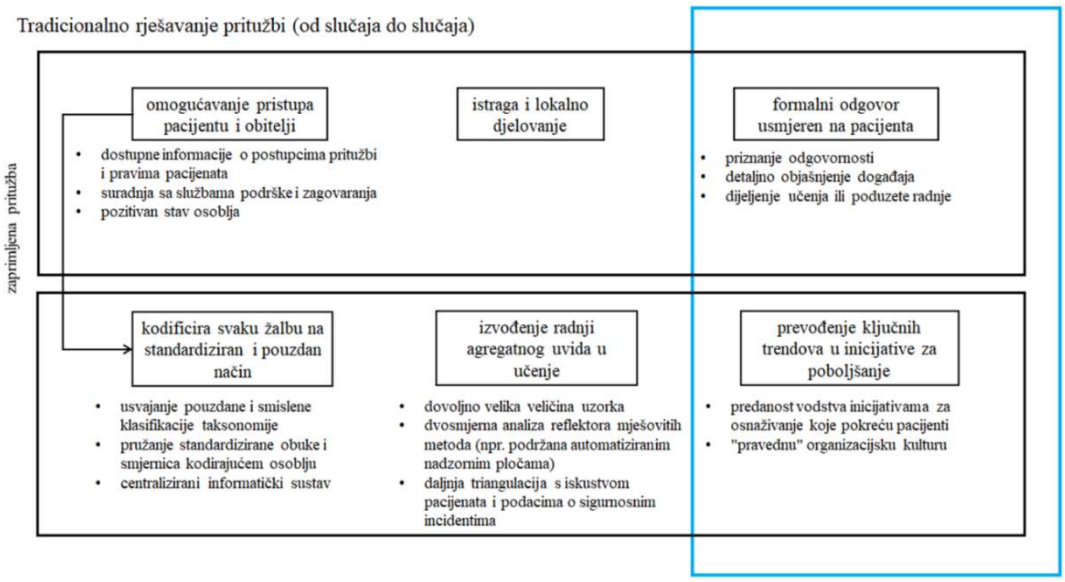
Pojam dužnosti pacijenata povremeno je dobivao znanstvenu pozornost, ali je i dalje preplavljen pažnjom prema dužnostima zdravstvenih radnika (124). Pacijenti su u javno financiranim zdravstvenim sustavima dužni sudjelovati u kliničkim istraživanjima koja proizlaze iz njihovog duga prema prethodnim pacijentima (205). Potreban je i znatno prošireni raspon dužnosti pacijenata koji svoju moralnu snagu posebno zasniva na interesima suvremenih i budućih pacijenata, jer medicinski tretman koji se nudi jednom pacijentu uvijek može predstavljati oportunitetni trošak (koliko god opravdan) u smislu liječenja potrebnih drugim pacijentima (206). To generira i negativne i pozitivne dužnosti. Predlaže se deset dužnosti - koje uključuju obveze u rasponu od sudjelovanja u zdravstvenim programima do promicanja vlastitog najranijeg oporavka od bolesti (204). Razmatraju se obilježja tih dužnosti, uključujući njihovu osnovu, moralnu snagu, opseg i izvršnost. Testiraju se protiv niza prigovora - principijelnih, društvenih, epistemoloških i praktičnih - i utvrđeno je da prežive (207). Konačno, rad sugerira da bi se moglo misliti da ove dužnosti pojačavaju nažalost kontradiktornu karakteristiku, podijeljenu s pristupima zasnovanima na pravima te da bi se poželjnija alternativa mogla potražiti kroz (ovdje neistraženi) pojam „kreposnog pacijenta“ koji doprinosi problemu - rješavanje partnerstva s kliničarom. Međutim, u definiranju i davanju sadržaja tom partnerstvu, postoji jasna uloga većine, ako ne i svih predloženih dužnosti; njihova se vrijednost tako širi izvan kontradiktornog konteksta u kojem bi se prvo moglo pomisliti da će se pojaviti (208). Svaki pacijent ima odgovornosti brinuti se o svom zdravlju, zaštiti okoliša, poštivati prava drugih pacijenata i pružatelja zdravstvenih usluga, pravilno koristiti zdravstveni sustav i ne zloupotrebljavati ga (209). Mora spoznati što nudi njegova lokalna zdravstvena ustanova te je važno da zna sve o pružanju zdravstvenih usluga i relevantnim i točnim informacijama u svrhu dijagnostike, liječenja, rehabilitacije ili savjetovanja. (210).

1.1.6. Problemi na razini sustava

Prigovori pacijenata dragocjeni su izvor uvida u sigurnosne probleme u zdravstvenim organizacijama (211). Pacijenti su osjetljivi na moguće otklone u sustavu liječenja i mogu prepoznati niz problema u pružanju zdravstvene zaštite, (212) od kojih neki nisu identificirani tradicionalnim sustavima praćenja zdravstvene zaštite (npr. sustavi izvještavanja o incidentima, retrospektivni pregledi slučajeva) (213). Dakle, pritužbe pacijenata mogu pružiti važne i

dodatne informacije zdravstvenim organizacijama o tome kako poboljšati sigurnost pacijenta (214). Nadalje, analizom podataka o negativnom iskustvu pacijenta jača sposobnost zdravstvenih organizacija da otkrivaju sustavne probleme u njezi. To je nedavno istaknuto u Velikoj Britaniji kroz Francisov izvještaj (215) o 1200 smrtnih slučajeva koji su se dogodili tijekom tri godine u Mid-Staffordshire NHS Foundation bolnici. Izvještaj je utvrdio da su tijekom trajanja incidenta pisane žalbe pacijenata identificirale probleme zanemarivanja i loše skrbi u povjerenstvu. Ipak, nedostaci u rješavanju pritužbi značili su da su propušteni kritični znakovi upozorenja, a istaknuti su brojni izazovi u korištenju podataka o pritužbama pacijenta za poboljšanje sigurnosti pacijenta (216). Zdravstvene organizacije primaju ogromnu količinu pritužbi (npr. preko 100 000 godišnje na bolničku njegu u NHS-u), a pritužbe se mogu usredotočiti na različite probleme (od parkiranja automobila do pogrešaka u propisivanju lijekova, opisati različite vrste štete (npr. fizičku, emocionalnu) (**Slika 3**). Pritužbe imaju pravne posljedice ili zloupotrebe te imaju različite temeljne ciljeve (npr. rješavanje nezadovoljstva, stvaranje promjena, sprečavanje budućih problema) (217). Razina standardizacije tehnika korištenih za analizu pritužbi pacijenta nije jasna i možda će imati koristi od razvoja standardizirana i pouzdana taksonomija za analizu i tumačenje (u smislu sigurnosti pacijenta) podataka o prigovorima (218). Pritužbe pacijenata obično se odnose na „izraz žalbe“ i „spor unutar zdravstvene ustanove“ (219). Često su to službena pisma koja se pišu zdravstvenoj organizaciji (ili regulatoru) nakon prelaska praga nezadovoljstva njegom (136). Tipično, pritužbe podnose pacijenti ili obitelji (220). Kako bi riješile prigovore, zdravstvene ustanove obično uspostavljaju dijalog o prigovoru, istražuju ga i donose rješenje za pojedinog pacijenta (npr. ispričavaju se, odbijaju, nadoknađuju) (221). Razmatrajući kako bi se podaci o prigovorima pacijenta mogli koristiti za identificiranje ili smanjenje problema u sigurnosti pacijenta, potrebno je raspraviti brojne značajke koje pacijent ima u vidu (220). Prvo, pritužbe pacijenata ne odražavaju sustavnu istragu neuspjeha; umjesto toga, predstavljaju pojedinačna iskustva pacijenta (219). Žalbe su nestandardne, iako se mogu prijaviti slučajevi fizičke ili mentalne ozljede. Drugo, pritužbe pacijenata često su emotivne (23). Oni mogu opisati bijes i nevolju, uz kritiziranje vještina i stavova pojedinih zdravstvenih radnika. Treće, ne mogu se izlagati pritužbe pacijenata za poboljšanje pružanja zdravstvene zaštite pa stoga ne smiju izričito isticati ključne točke učenja koje bi se mogle koristiti za poboljšanje zdravstvenih usluga. Četvrto, pritužbe pacijenata često daju prednost problemima u interakciji sa zdravstvenim osobljem, (222) što dovodi do usredotočenosti na subjektivne i manje proceduralizirane vidove liječenja (npr. suosjećanje i dostojanstvo) i na način na koji povezuje kvalitetu i sigurnost. Peto, pritužbe pacijenta mogu biti napisane bez svijesti o širim sustavnim

pritiscima koji utječu na skrb (npr. opterećenje osoblja), što znači da možda neće identificirati sve čimbenike koji doprinose stvaranju problema u skrbi (223). Stalni porast pritužbi pacijenata popraćen je sve većim naporima za učinkovitom analizom pritužbi radi poboljšanja kvalitete (224). Prigovori su složeni narativi koji izvještavaju o uočenim neuspjesima u pružanju zdravstvene zaštite iz perspektive pacijenta (225). Žalbe su prepoznate kao vrijedan izvor podataka iz više razloga. Za razliku od većine mehanizama povratnih informacija o pacijentima (npr. ankete o zadovoljstvu pacijenta, savjetovanja s pacijentima), prigovori su nepoželjni: oni predstavljaju pitanja skrbi koja prelaze prag zabrinutosti i prisiljavaju pacijente i obitelji na akciju. To uključuje sigurnosne incidente (226) i loše iskustvo (227) koji nisu uvijek identificirani u internim sustavima praćenja zdravstvene zaštite (npr. izvješća o incidentima, retrospektivni pregledi slučajeva). Prigovori sadrže podatke o teško nadziranim područjima prakse, (228) kao što su pristup ili kontinuitet skrbi, sustavni problemi i propusti u njezi. Žalbe, nadalje, opisuju kliničke, socijalne i institucionalne aspekte problema u skrbi; (229) hvatanje sociostrukturnih dimenzija, ili 'sustava', (230) do pogrešaka i nemara (231). Međutim, za razliku od standardnih mehanizama za povratne informacije i izvještavanje o incidentima, sustavi za pritužbe nisu prvenstveno namijenjeni praćenju i poboljšanju kvalitete, a pretežno se tiču postupaka kojima bi se pojedinačnim podnositeljima zahtjeva moglo pružiti formalni odgovor, odnosno rješavanje pritužbi (232).



Slika 3. Mehanizmi za rješavanje pritužbi usmjerenih na pacijenta i poboljšanje kvalitete na razini cijelog sustava. Prema: Van Dael J, Reader TW, Gillespie A, et al. BMJ Qual Saf 2020;29:684–695

1.2. Potrebe pacijenata - Zdravstvena pismenost

Kako bi pacijent osvijestio i ostvario svoja prava, treba dobro razumjeti zdravstvenu informaciju, kako bi dobio uvid u svoje zdravstveno stanje i donio najbolju odluku.

Zdravstvena pismenost definirana je kao skup vještina, uključujući sposobnost obavljanja osnovnih zadataka čitanja i numeričkih zadataka potrebnih za djelovanje u zdravstvenom okruženju. Već je dugo prepoznata kao važan čimbenik kako za razumijevanje zdravstvenih informacija, tako i za predviđanje zdravstvenog stanja (233). Učinkovita komunikacija pokazuje pozitivan utjecaj na zadovoljstvo pacijenata, usklađenost i liječenje s rezultatima, istodobno smanjujući troškove zdravlja. Pisane informacije pacijentima moraju odgovarati predviđenoj razini edukacijske pismenosti građana (234). Premalo ili previše informacija može dovesti do kontraproduktivnog učinka: pacijent će se žaliti da mu nije sve rečeno ili će se žaliti da je pretrpan gomilom detalja u kojim ne može razlučiti što je bitno (235). Velika dostupnost i lakoća uporabe Interneta posebno su popularni za pacijente koji žele brze odgovore i povratne informacije, poput informacija o uobičajenim lijekovima i emocionalnoj podršci za suočavanje sa svakodnevnim medicinskim izazovima. Zdravstvene informacije trebale bi biti lako dostupne ljudima s niskom razinom zdravstvene pismenosti (236), što znači da bi pisane informacije morale biti lako čitljive i napisane običnim jezikom (237). Po mogućnosti na razini čitanja šestog razreda u SAD-u (238), što u prijevodu znači osnovno obrazovanje djece od 11 do 12 godina. Brojne studije pokazale su da su materijali koji sadrže informacije o zdravlju često iznad razine čitalačke pismenosti pacijenta (239) također, pacijenti i opća populacija imaju nisku zdravstvenu pismenost (240), s rezultirajućim deficitima u odlučivanju (241) Zdravstvena pismenost definirana je u izvješću Instituta za medicinu: recept za zaustavljanje zbunjenosti, (veza je vanjska) kao "stupanj u kojem pojedinci imaju sposobnost pribavljanja, obrade i razumijevanja osnovnih zdravstvenih informacija i usluga potrebnih odgovarajuće zdravstvene odluke." (242). Koncept 'zdravstvene pismenosti' odnosi se na osobne i relacijske čimbenike koji utječu na sposobnost osobe da stekne, razumije i koristi informacije o zdravlju i zdravstvenim uslugama. Dugi niz godina napori u razvoju koncepta zdravstvene pismenosti premašili su razvoj mjernih alata i intervencija (243). Nadalje, diskursi o razvoju zdravstvene pismenosti u javnom zdravstvu u kliničkim uvjetima često su se bitno razlikovali. Ovaj rad donosi ažuriranje o nedavno razvijenim pristupima mjerenju koji procjenjuju snage i ograničenja zdravstvene pismenosti pojedinaca i grupa u više aspekata zdravstvene pismenosti (244). Ovaj napredak u mjerenju sada omogućuje dijagnostičke

pristupe i pristupe rješavanju problema u razvijanju odgovora na utvrđene snage i ograničenja. U ovom radu razmatramo kako se takav pristup može primijeniti u raznim okruženjima u kojima je primijenjena zdravstvena pismenost (245). Konkretno, razmatramo neke pristupe primjeni zdravstvene pismenosti u svakodnevnoj praksi pružatelja zdravstvenih usluga u mnogim okruženjima te kako novi uvidi i alati, uključujući pristupe temeljene na razumijevanju raznolikosti potreba zdravstvene pismenosti u ciljanoj zajednici, mogu pridonijeti poboljšanjima u praksi (246). Uz pažljivo razmatranje razlika između prevladavajućih koncepata, zdravstvena pismenost može se upotrijebiti kao dopuna mnogim poljima, od individualne skrbi za pacijenta do razvoja na razini zajednice te od poboljšanja usklađenosti do osnaživanja pojedinaca i zajednica (247). Zdravstvena pismenost zahtijeva vještinu čitanja, slušanja, analitike i donošenja odluka, kao i sposobnost primjene tih vještina na zdravstvene situacije (248). Na primjer, uključuje sposobnost razumijevanja uputa na bocama s lijekovima na recept, listića za imenovanje, brošura o medicinskom obrazovanju, liječničkih uputa i obrazaca za pristanak te sposobnost pregovaranja o složenim sustavima zdravstvene zaštite (249). Novije se definicije usredotočuju na specifične vještine potrebne za snalaženje u zdravstvenom sustavu i važnost jasne komunikacije između pružatelja zdravstvenih usluga i njihovih pacijenata (250). I pružatelji zdravstvenih usluga i pacijenti igraju važnu ulogu u zdravstvenoj pismenosti. (**Tablica 2**). Broj različitih definicija zdravstvene pismenosti pokazuje kako se to područje razvijalo (251). Zdravstvena pismenost podrazumijeva postizanje razine znanja, osobnih vještina i samopouzdanja za poduzimanje mjera za poboljšanje osobnog zdravlja i zdravlja zajednice promjenom osobnog načina života i životnih uvjeta. Dakle, zdravstvena pismenost znači više od mogućnosti čitanja brošura i dogovora. Poboljšavanjem pristupa zdravstvenim informacijama korisnicima i njihove sposobnosti da ih učinkovito koriste, zdravstvena pismenost će se poboljšati (252).

Tablica 2. Svrhe mjerenja i analize zdravstvene pismenosti na različitim razinama*

Razine na kojima se može mjeriti zdravstvena pismenost	**Potencijalne svrhe za mjerenje zdravstvene pismenosti**
Postavke zdravstvenih usluga	
1. pojedinačni pacijenti	• rješavanje problema složenih pacijenata • osposobljavanje osoblja za odgovaranje na različite potrebe zdravstvene pismenosti • identificiranje zajedničkih čimbenika koji doprinose slabom pristupu i zdravstvenim ishodima • planiranje usluga koje odgovaraju potrebama zdravstvene pismenosti • informiranje o aktivnostima zagovaranja • dijagnosticirati snage i ograničenja zdravstvene pismenosti ciljne populacije i kako te snage i ograničenja doprinose poznatim nejednakostima u pristupu sudjelovanju u zdravlju i zdravstvenim ishodima • razviti posebne strategije za odgovor na zajedničko ograničenje zdravstvene pismenosti
2. grupe pacijenata	
3. pojedinačne zdravstvene usluge	
Postavke zajednice i stanovništva	
4. lokalna područja (i zdravstvene i službe u zajednici / tijela)	• planirati marketinške i obrazovne strategije u svim službama • procijeniti sposobnost članova zajednice da sudjeluju u aktivnostima zdravstvenog planiranja u zajednici (kritična zdravstvena pismenost) i razviti odgovarajuće pristupe koji će omogućiti njihovo sudjelovanje
5. nacionalna istraživanja (za usporedbu regija i grupa)	

6. zemlje (međunarodne usporedbe)	• identificirati odnose između zdravstvene pismenosti i pristupa, pravičnosti i ishode kako bi se razvile odgovarajuće zdravstvene usluge i politike i strategije javnog zdravstva • planirati kampanje zdravstvenog odgoja ili kampanje za podršku uvođenju novih usluga, inicijativama provjeravanja (npr. raka crijeva ili kože) ili programa cijepljenja • procijeniti regionalne "poteškoće pacijenata" u svrhu planiranja i financiranja (pretpostavlja se da su za intenziviranje zdravlja potrebni intenzivniji resursi ishodi za ljude s niskom zdravstvenom pismenošću nego za osobe s višom zdravstvenom pismenošću) • zagovaranje za vlade u zemljama u kojima postoji sustavna niska zdravstvena pismenost • identificiranje zemalja koje su uzor za poboljšanje razine zdravstvene pismenosti stanovništva

*Prema: Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities (247).

1.2.1. Osnaživanje i uloga pacijenata u zdravstvenoj pismenosti

Poboljšanje zdravstvene pismenosti stanovništva daje osnovu kojom se građanima omogućuje aktivna uloga u poboljšanju vlastitog zdravlja, uspješno se angažiraju u zajedničkim aktivnostima za zdravlje i guraju se vlade da ispune svoje odgovornosti u rješavanju pitanja zdravlja i zdravstvene ravnopravnosti (253). Udovoljavanje potrebama zdravstvene pismenosti najugroženijih i marginaliziranih društava posebno će ubrzati napredak u smanjenju nejednakosti u zdravstvu i šire. Napori na podizanju zdravstvene pismenosti bit će presudni u tome hoće li se socijalne, ekonomske i ekološke ambicije Agende 2030 za održivi razvoj u potpunosti ostvariti (254). Vlade mogu preuzeti snažnu vodeću ulogu u razvoju i provedbi politika promicanja zdravstvene pismenosti osiguravanjem trajnih financijskih sredstava, uspostavljanjem posebnih projekata, koordinacijom djelovanja u svim sektorima i redovitim provođenjem nadzora zdravstvene pismenosti. Poboljšanje i mjerenje zdravstvene pismenosti

(i snage i potrebe) posebno je važno u siromašnijim područjima, tako da se ranjive populacije osnažuju za sudjelovanje u ranim i trajnim aktivnostima promicanja zdravlja, bilo radi sprečavanja akutnih i kroničnih stanja ili promicanja aktivnog i kurativnog liječenja (240). Primjeri uloga sudionika u unapređivanju i povećanju zdravstvene pismenosti i ciljeva održivog razvoja uključuju razvijanje politike i planova za promicanje zdravstvene pismenosti, uključujući trajno financiranje, sustavnu intervenciju i nadzor; rad u svim sektorima za dobit i ispunjavanje obveza kako bi ljudima pružili točne, ažurne informacije koje su otporne na utjecaje izvan zdravstvenog sektora. Potrebno je uključiti civilno društvo, medije (uključujući društvene medije, istraživačke i akademske institucije) (255). Kreće se prema zdravstvenoj zaštiti usmjerenoj na pacijenta kao dio sveukupnih napora za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite i smanjenje troškova. Pojedinačni pacijenti i pružatelji usluga moraju surađivati kako bi osigurali učinkovitu komunikaciju. Pacijenti trebaju aktivno sudjelovati u donošenju zdravstvenih odluka i razviti snažne vještine zdravstvenih informacija. Pružatelji zdravstvenih usluga moraju se koristiti učinkovitim vještinama zdravstvene komunikacije. Zdravstveni odgajatelji moraju ispisivati tiskane informacije i podatke na internetskim stranicama jednostavnim jezikom (256).

1.2.2. Razumljivost zdravstvene informacije

Zdravstvena pismenost važna je za svakoga jer u određenom trenutku svog života svi moramo biti u mogućnosti pronaći, razumjeti i koristiti zdravstvene informacije i usluge (257). Briga o zdravlju dio je svakodnevnog života, ne samo kada posjetimo liječnika, kliniku ili bolnicu. Zdravstvena pismenost može pomoći da spriječimo zdravstvene probleme i zaštitimo svoje zdravlje, kao i da bolje upravljamo tim problemima i neočekivanim situacijama koje se događaju (258). Iako postoje brojni napori za prevođenje zdravstvenih informacija različitih vrsta u oblik pogodan za pacijente i širu javnost, poseban izazov za postizanje odgovarajuće zdravstvene pismenosti su sustavni pregledi zdravstvenih intervencija, jer sažimaju dokaze iz pojedinih studija kako bi se liječnicima i pacijentima omogućio informiran izbor zdravstvenih tretmana. Čak se i ljudi koji dobro čitaju i dobro koriste brojevima mogu suočiti s problemima zdravstvene pismenosti, a nisu upoznati s medicinskim terminima (259). Moraju tumačiti statistiku i procjenjivati rizike i koristi koji utječu na njihovo zdravlje i sigurnost. Dijagnosticirana im je ozbiljna bolest i uplašeni su i zbunjeni (260). Imaju zdravstvena stanja

koja zahtijevaju kompliciranu brigu o sebi. Oni odlučuju o problemu koji utječe na zdravlje zajednice i oslanjajući se na nepoznate tehničke informacije (261). Problem zdravstvene pismenosti imamo kada organizacije ili ljudi stvaraju i drugima daju zdravstvene informacije koje su previše teške za njihovo razumijevanje, mi stvaramo problem zdravstvene pismenosti. Kad od njih očekujemo da shvate zdravstvene usluge s mnogim nepoznatim, zbunjujućim ili čak proturječnim koracima, također stvaramo problem zdravstvene pismenosti (262). Možemo pomoći ljudima da koriste vještine zdravstvene pismenosti koje imaju. Možemo stvoriti i pružiti informacije i usluge koje ljudi mogu najučinkovitije razumjeti i koristiti pomoću vještina koje imaju (263). Pacijenti su često suočeni sa složenim informacijama i odlukama o liječenju. Pacijenti trebaju vještine koje su potrebne za efektivnu zdravstvenu pismenost (264).

Pacijenti moraju artikulirati svoje zdravstvene probleme i točno opisati svoje simptome. Moraju postavljati odgovarajuća pitanja i moraju razumjeti izgovoreni medicinski savjet ili upute za liječenje (265). U doba zajedničke odgovornosti liječnika i pacijenta za zdravstvenu zaštitu, pacijenti trebaju snažne vještine donošenja odluka. Razvojem Interneta kao izvora zdravstvenih informacija, zdravstvena pismenost može uključivati i sposobnost pretraživanja Interneta i procjene internetskih stranica (241). Prema Agenciji za istraživanje zdravstvene zaštite i izvješću o kvaliteti, zdravstvena pismenost možda nije povezana s godinama obrazovanja ili općenitom sposobnošću čitanja (125). Osoba koja dobro funkcionira kod kuće ili na poslu može imati prosječnu ili lošu pismenost u zdravstvenom okruženju (266). Nekoliko socioekonomskih čimbenika utječe na zdravstveno stanje. Pismenost utječe na razinu dohotka, zanimanje, obrazovanje, stanovanje i pristup medicinskoj skrbi (248). Siromašni i nepismeni ljudi vjerojatnije će raditi u opasnim uvjetima ili biti izloženi toksinima iz okoliša (267). Niska zdravstvena pismenost nekoć se promatrala kao deficit pojedinog pacijenta, odnosno nedostatak znanja i vještina pacijenta u vezi sa zdravstvenim problemima (268). Zajedničko povjerenstvo, skupina koja akreditira i certificira zdravstvene organizacije i programe u Sjedinjenim Državama, naglašava važnost zdravstvene pismenosti, zdravstvene komunikacije i kulturnih kompetencija kao elementa kvalitetne zdravstvene zaštite (269). Poboljšanje zdravstvene pismenosti radi zaštite sigurnosti pacijenata, Komisija navodi: pitanja zdravstvene pismenosti i neučinkovite komunikacije stavljaju pacijente u veći rizik od neželjenih događaja koji se mogu spriječiti (270). Ako pacijent ne razumije implikacije svoje dijagnoze i važnost planova prevencije i liječenja ili ne može pristupiti zdravstvenim uslugama zbog problema s komunikacijom, može se dogoditi neželjeni događaj. Isto vrijedi i ako liječnik koji liječi ne razumije pacijenta niti kulturni kontekst unutar kojeg pacijent prima kritične informacije (271).

Standardi akreditacije zajedničkog povjerenstva ističu temeljno pravo i potrebu da pacijenti dobivaju informacije - usmeno i pisano - o svoju brigu na način da mogu razumjeti ove informacije (272). Ljudi s niskom zdravstvenom pismenošću imaju manju vjerojatnost da će dobiti cjepivo protiv gripe, razumiju medicinske naljepnice i upute, a imaju veću vjerojatnost da pogrešno uzimaju lijekove u usporedbi s ljudima s većom zdravstvenom pismenošću (273). Pojedinci s ograničenom zdravstvenom pismenošću prijavili su lošiji zdravstveni status i rjeđe su koristili preventivnu skrb (274). Pojedinci s niskom razinom zdravstvene pismenosti vjerojatnije će biti hospitalizirani i imati loše ishode bolesti (265). Niska pismenost negativno utječe na učestalost raka, smrtnost i kvalitetu života. Na primjer, informacije o otkrivanju raka mogu biti neučinkovite, a kao rezultat toga, pacijentima se rak može dijagnosticirati u kasnijoj fazi. Opcije liječenja možda se neće u potpunosti razumjeti; stoga neki pacijenti možda neće dobiti terapije koje najbolje odgovaraju njihovim potrebama (275). Dokumenti s informiranim pristankom mogu biti presloženi za mnoge pacijente pa posljedično, pacijenti mogu donositi neoptimalne odluke o prihvaćanju ili odbijanju intervencija (276). Nacionalni akcijski plan za zdravstvenu pismenost identificira sljedeće strategije za zdravstvene radnike i administrativne djelatnike koji mogu pridonijeti zdravstvenoj pismenosti (277). Potrebno je pomoći osposobiti sve zdravstveno osoblje za načela zdravstvene pismenosti (npr. obrasci i upute za osiguranje, informirani pristanak te drugi pravni dokumenti, upute za njegu i lijekove te materijali za edukaciju pacijenata članovima ciljne populacije (278). Mogu se davati višejezični materijali koji su kulturološki primjereni i lako čitljivi (247) te se mogu razviti metode i materijali koji podučavaju potrošače kako procijeniti izvore zdravstvenih informacija, posebno one koji se nalaze na Internetu (279,280).

Rezultat truda u izradi prilagođenih zdravstvenih podataka je Cochrane, međunarodna profesionalna zajednica posvećena izradi sustavnih pregleda zdravstvenih intervencija (281). Cochrane je uložio ogroman napor da razvije zasebne formate sažetih prezentacija za različite korisnike (282). Osnovni oblik sažimanja rezultata Cochrane sustavnog pregleda je znanstveni sažetak. Napisali su ga autori recenzija, a usmjeren je na zdravstvene radnike i istraživače. Zdravstveni djelatnici i profesionalci također su ciljali Cochrane Clinical Answers, koji su "čitljivi, probavljivi, klinički usredotočeni" formati prezentacija, koje proizvodi Cochrane (283). Priopćenja za tisak su sažetog formata o Cochrane sustavnim pregledima koji se pružaju medijskim profesionalcima; ovo je napisao Cochrane. Konačno, sažeci na običnom jeziku su formati napisani za laike - potrošače, pacijente i njihove obitelji i prevedeni su na nekoliko jezika. Laičke sažetke Cochraneovih sustavnih pregleda napisali su autori recenzija, ali oni

često ne slijede Cochraneove standarde pisanja pa su stoga različiti u stilu, upotrebi riječi i možda u zahtjevima za opismenjavanjem (284).

1.2.3. Testiranje zdravstvene pismenosti i formule čitkosti

Pisane informacije za pacijente moraju odgovarati razini zdravstvene pismenosti javnosti. Formule čitljivosti dobro koreliraju s testovima čitanja i razumijevanja, ali uzimaju se u obzir lakša i brža metoda za procjenu poteškoća u tekstu. SMOG formulu za čitljivost koja je dizajnirana za engleski jezik potrebno je izmijeniti ako se koristi za tekstove na drugim jezicima (285). Najčešći alat za čitanje zdravstvenih podataka je SMOG indeks ("Simple Measure Of Gobbledygook"). Odabran je kao najprikladniji među 12 različitih formula čitljivosti testiranih na njihove karakteristike i prediktivnu valjanost za javni materijal i materijal za pacijente koji je izradio Nacionalni institut za rak u SAD-u (286). Studije drugih jezičnih karakteristika također ukazuju na važnost subjektivnog izražavanja stavova, osjećaja i osjećaja, kao i na jezičnu tečnost za obradu i tumačenje činjenica predstavljenih u tekstualnim informacijama (287). Iako postoje mnogi napori da se zdravstvene informacije različitih vrsta prevedu u oblik pogodan za pacijente i širu javnost, poseban izazov za postizanje odgovarajuće zdravstvene pismenosti su sustavni pregledi zdravstvenih intervencija, koji trebaju sažeti dokaze iz pojedinih studija kako bi pomogli liječnicima i pacijentima da donose informirane odluke o zdravstvenim tretmanima.

Postoji i formula čitljivosti koja se temelji na SMOG-u koja bi se mogala koristiti za procjenu tekstualne teškoće pisanih materijala za pacijente na hrvatskom jeziku (288). Kontrastna analiza engleskog i hrvatskog jezika koja obuhvaća korpus od gotovo 100 000 tekućih riječi pokazala je jasne lingvističke razlike u broju višesložnih riječi. Nova formula, nazvana SMOG-Cro, predstavljena je kao jednadžba: SMOG-Cro = 2 + √4 + slogova, s ocjenom koja pokazuje broj godina obrazovanja koje osoba treba imati kako bi bila u stanju razumjeti dio spisa.

1.3. Potrebe pacijenata na globalnoj razini – Zdravstvena diplomacija

Pandemija COVID-19 kao pravi primjer problema na globalnoj razini pokazala je da je pravo na razumljivu i točnu informaciju neizostavni dio prava pacijenata. Mogući plan rješenja problema pacijenta na globalnoj razini je globalna zdravstvena diplomacija (eng. global health diplomacy). To je područje koje predstavlja najveći rastući izazov u medicini 21. stoljeća te postaje jedan od vodećih znanstvenih izazova na svijetu u globalnoj zdravstvenoj zaštiti (289). Prema definiciji američkog Ministarstva zdravstva (eng. Health and Human Services), globalna diplomacija je novo područje na granici javnog zdravstva i vanjskih poslova (290). Standardizirani alati koji će se implementirati diljem svijeta svakako mogu biti od pomoći, ali stručnjaci su pozvali na razvoj „individualiziranih" rješenja koja uzimaju u obzir lokalne društveno-kulturne čimbenike (291).

Rješavanje pitanja globalnog zdravlja i krize međunarodnog značaja neizostavan su dio suradnje među državama kojom upravljaju i koordiniraju zdravstveni predstavnici (atašei) – diplomatski profesionalci koji usklađuju ishode javnog zdravlja i stranih diplomacija. Međusobno povjerenje poznatih svjetskih diplomata predstavlja ključ rješavanja tih pitanja (292). Znanstvena diplomacija i zdravstvena diplomacija mogu se promatrati kao različita polja interesa, ali se preklapaju na više načina (293). Obje su sastavni dio i medicine i vanjske politike i imaju za cilj rješavanje globalnih izazova, gdje treba uravnotežiti nacionalni i globalni interes u pružanju zdravstvene zaštite između vrijednosti i načela političke i ekonomske moći (294). Takva diplomacija znanja nezamjenjiva je i u učinkovitom prikupljanju poslovnih podataka te korištenju informacija i inovacija pri postizavanju širih ciljeva vanjske politike u globalnoj ekonomiji informacijskoga doba, dok je zdravstvena diplomacija od posebnih područja unutar znanstvene diplomacije (295). Globalna zdravstvena diplomacija (GZD) je nova specijalnost s konceptom u zdravstvu i medicini koji se fokusira na prioritete za poboljšanje međunarodnih odnosa u vanjskim poslovima. (**Slika 4**). Globalna zdravstvena diplomacija nedavno je prihvaćena kao tema akademskog istraživanja i područje na koje se vanjska politika može koncentrirati (296).



Slika 4. Piramida globalne zdravstvene diplomacije. Prema: Katz et al., "Defining Health Diplomacy: Changing Demands in the Era of Globalization."

Unatoč tome što se provodi više od 150 godina, naziv je relativno nov. Iako postoji mnogo rasprava o globalnom stupnju zdravstvene zaštite, brojne definicije i koncepti koji definiraju ovu praksu i dalje su nejasni (297).

GZD je praksa kojom vlade i nedržavni akteri pokušavaju koordinirati rješenja globalne politike za poboljšanje globalnog zdravlja. To predstavlja glavni izazov zbog potrebe spajanja nekoliko disciplina, uključujući javno zdravstvo, međunarodne poslove, upravljanje, pravo, ekonomiju, trgovinsku politiku i još mnogo toga (298). S obzirom na sve veću potrebu za mobilizacijom različitih globalnih sudionika u zdravstvu, zajedno s potrebom stvaranja složenih javnozdravstvenih partnerstava za rješavanje pitanja od međunarodnog značaja, presudna je učinkovita i pravodobna suradnja među državnim akterima (299). Osobito se to odnosi na zdravstvena pitanja i odrednice koje prelaze državne granice, globalne su prirode i zahtijevaju globalne sporazume za njihovo rješavanje. Diplomacija se tradicionalno odnosi na zastupanje nacionalnih interesa u međunarodnoj zajednici, obično provedena u sferi vanjskih poslova

(300). Iako postoji mnogo rasprava o GZD-u, skup definicija i koncepata koji definiraju ovu praksu ostaje nejasan, posebno u odnosu na prava pacijenta. Sve dublje veze između zdravstva i vanjske politike zahtijevaju da obje zajednice preispitaju vještine, razumijevanje i resurse potrebne za postizanje zajedničkih ciljeva (301). Praktična diplomacija promatra se kao dio prava na zdravlje zajamčenog ljudskim pravima (302). Cilj zdravstvene zaštite, na koju svi pojedinci imaju pravo kao ekonomsko, socijalno i kulturno pravo na univerzalni minimalni zdravstveni standard, je poboljšati kvalitetu života i stvoriti uvjete za ekonomski rast kroz očuvanje i poboljšanje zdravlja svakog pojedinca i cjelokupnog stanovništva (289). U WHO-u Europska regija, okoliš i zdravstveni proces mogu se shvatiti kao prekretnica u modernoj zdravstvenoj diplomaciji (303). Zdravstveni sustav i zdravstvena zaštita neizostavni su dio društvenog života svakog pojedinca na svijetu, uključujući zdrave i bolesne (304). Sustav ispravnog razmišljanja trebao bi dati pacijentima središnju i aktivnu ulogu koja se temelji na visokim etičkim i moralnim standardima (305). Razumijevanje potreba svakog pojedinog pacijenta na lokalnoj razini dovodi do najboljeg ishoda liječenja i tako uspostavlja jači odnos povjerenja između pacijenata i zdravstvenih radnika, (306). Nerazumijevanje prava pacijenata na međunarodnoj razini globalni je javnozdravstveni problem. Jačanje uloge zdravstvene diplomacije kroz akcije Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) poboljšava komunikaciju u odnosu liječnika i pacijenta (307). Utjecaj globalnog političkog okruženja na zdravlje obično je neučinkovit za prava pacijenata (308). Slijedom toga, zdravstveni atašei predstavljaju žarište koordinacije i ključni su diplomatski stručnjaci i u prvom su planu GZD-a. Unatoč njihovom jedinstvenom mandatu, malo se objavljuje o toj struci i perspektivama onih koji rade na terenu (309). Nadogradnja na postojeća istraživanja u ovom području vrlo je važna pa ćemo proširiti prethodna istraživanja o primijenjenoj globalnoj zdravstvenoj diplomaciji na profil zdravstvenih diplomata akreditiranih u Sjedinjenim Državama i stranim vladama, koji su naznačili da je GZD rastuće područje koje premošćuje prioritete globalnog zdravstva i vanjskih poslova (310). Nalazi ovog istraživanja pokazuju da su vještine diplomacije i pregovaranja, primijenjene znanosti i međukulturne kompetencije ključne za državnu službu zdravstvenih atašea (311). Dodatno, uspostavljanje jasnog puta karijere za atašee u zdravstvu presudno je za buduće sazrijevanje profesije i za poticanje učinkovitih globalnih zdravstvenih akcija koje su u skladu s rezultatima javnog zdravstva i inozemne diplomacije (312). Ostvarivanje ovih ciljeva osiguralo bi da ovaj specijalni kadar diplomata može učinkovito prakticirati GZD, a također bi bolje pozicioniralo zdravstvene atašee da preuzmu vodeću ulogu u unapređivanju zajedničkih globalnih zdravstvenih ciljeva među nacionalnim državama u novoj eri diplomacije 21. stoljeća (313). Međutim, nedostatak formalnog konceptualnog okvira za područje GZD-a i nedefiniran

opis posla "zdravstvenog diplomata" zahtijeva više informacija od onih koji se bave diplomacijom u ovom prostoru (314). Zdravstvena diplomacija provodi se više od 150 godina, ali pojam je relativno nov. To se posebno odnosi na zdravstvena pitanja i odrednice koje prelaze državne granice globalne prirode i zahtijevaju globalne sporazume za njihovo rješavanje (315). U europskoj regiji SZO, okoliš i zdravstveni proces mogu se shvatiti kao prekretnica u modernoj zdravstvenoj diplomaciji. Krajem 1980-ih, europske države članice pokrenule su prvu suradnju na uklanjanju najznačajnijeg okoliša prijetnje zdravlju ljudi (316). Niz ministarskih konferencija, koje se održavaju svakih pet godina i koje koordinira SZO-ov regionalni ured za Europu, potiče napredak prema ovom cilju (317). Ovaj međusektorski pristup najavio je današnji pristup zdravstvenoj diplomaciji. Ljudi imaju bolje razumijevanje uloge višestrukih determinanti zdravlja i potreba uključivanja mnogih nezdravstvenih sektora i organizacija u pristupe boljem zdravlju i dobrobiti za sve koji uključuju cijelu vladu i cijelo društvo i uzimaju u obzir zdravlje u svim politikama (318). Kao što pokazuje ova knjiga, takvi su široki pristupi ključni u rješavanju trenutnih problema, poput borbe protiv antimikrobne rezistencije i nekomunikacije bolesti ili rješavanju zdravstvenih problema migranata i izbjeglica (319). Netko je jednom izjavio da je nepravedna raspodjela moći, novca i resursa jedna od najozbiljnijih prijetnji zdravlju (320). U siječnju 2017. Svjetski ekonomski forum potvrdio je porast nejednakosti u bogatstvu kao najznačajniji trend koji će izazvati globalnu razvoj tijekom sljedećih 10 godina, iako su milijuni ljudi odvedeni u siromaštvo u svijetu u razvoju (321). Svjetska i europska izvješća WHO-a o socijalnim odrednicama zdravlja pokazuju da su nejednakosti u bogatstvu popraćene dubokim nejednakosti u zdravlju (322). Zdravlje je jedna od temeljnih sastavnica razvoja i međunarodne zdravstvene suradnje ostaje jedna od sila objedinjavanja i čvrsta referentna točka za pružanje poštenog zdravlja i društvenih ishoda (323). Osnovni ciljevi zdravstvene diplomacije uključuju pravednije poboljšanje zdravlja i dobrobiti populacije. To je bio primjer dvogodišnjeg procesa koji razvio Health 2020, europski okvir politike i strategiju za 21. stoljeće, koji je u središte stavio zdravstvenu pravednost (324). Danas je zdravstvena diplomacija presudna da nas vodi kroz razdoblje znatne neizvjesnosti u Europi i širem svijetu (325). U europskoj regiji SZO-a velik dio zdravstvene diplomacije bavi se zdravstvenim izazovima tijekom sastanaka Regionalnog odbora SZO za Europu i na drugim događanjima na visokoj razini u koje su uključene europske države članice i šira raznolikost država sudionica (326). Današnji su zdravstveni problemi složeni, a ovi sastanci postaju sve važniji tijekom posljednjih desetljeća (327). Brojni određeni i ponekad sukobljeni interesi oblikuju zdravstvenu politiku pa je za razvoj takvih politika potrebna veća koordinacija i bliska suradnja između zdravstvene, vanjske, ekonomske i razvojne politike. Postizanje strateških

nacionalnih ciljeva uvjeravanjem i privlačenjem ključna je komponenta u praksi diplomacije, državne uprave i vanjskih poslova (328). To se također odražava na rastućoj važnosti zdravstvene sigurnosti, s današnjim svijetom koji je međusobno povezan i mobilan više nego ikad, zemlje od globalnog značaja ne mogu se boriti protiv zemalja koje djeluju izolirano (329). Koncept udruživanja država na diplomatskim forumima radi rješavanja problema javnog zdravstva osnovno je načelo GZD-a. U tom kontekstu, GZD se definira kao dvostruki cilj poboljšanja zdravlja uz jačanje odnosa među državama (330). Danas se GZD smatra nužnim alatom u praksi moderne ili „pametne“ diplomacije, šireći tradicionalne sfere ekonomske, političke i vojne diplomacije. Globalni odgovor na izbijanje ebole 2014. akutna je ilustracija potrebe za pravodobnom i učinkovitom praksom GZD-a (331). Ilustrirajući tu potrebu, među popisom pogrešnih koraka koje je istaknulo nekoliko odbora i odbora osnovanih za preispitivanje uspješnosti SZO tijekom izbijanja, bilo je petomjesečno kašnjenje u proglašenju hitne situacije u javnom zdravstvu međunarodne zabrinutosti (PHEIC) i nedostatak koordinacije među zemljama članicama SZO-a u vezi sa zabranama putovanja (332), što je očito kršenje Međunarodnih zdravstvenih propisa (IHR), a kočilo je napore globalne zajednice da reagiraju i odražava važnost učinkovite diplomacije u hitnim zdravstvenim situacijama (333). Zbog formaliziranih procesa vjerodostojnosti zdravstvenih atašea, koji uključuju dobivanje sporazuma između dva državna ministarstva vanjskih poslova, osnovni GZD praktičari najmanji su broj GZD praktičara i koriste alate prvenstveno usmjerene na djelovanje na državnoj razini (334). Akteri GZD-a s više dionika uključuju vladine zaposlenike i multilateralne predstavnike koji imaju različitiju razinu vjerodostojnosti i tako predstavljaju veću populaciju praktičara i koriste alate usmjerene na djelovanje više dionika. I na kraju, neformalni GZD, koji uključuje dužnosnike zemalja domaćina, nevladine organizacije, privatna poduzeća, sveučilišta i širu javnost, ima najmanje potrebnih vjerodajnica, a potom predstavlja najveći broj liječnika i najrazličitiji skup pridruženih alata (335). GZD na svakoj razini prakse jednako je važan i neophodan za učinkovito globalno zdravstveno djelovanje. Svaka posebna skupina njeguje odgovarajuće najbolje prakse, definicije, alate i ima različite komparativne prednosti kojima se može utjecati na diplomatske ishode (336). Zdravstveni atašei predstavljaju ključne liječnike GZD-a koji prikupljaju, analiziraju i djeluju na informacijama u vezi sa zdravljem u stranoj zemlji ili zemljama i njeguju odnose uspostavljajući kritične veze između zainteresiranih strana u javnom zdravstvu i vanjskim poslovima (337). Da bi bili učinkoviti, zdravstveni atašei moraju zastupati stavove svojih vlada i uspostaviti partnerstvo s drugim vladama, multilateralnim institucijama, tvrtkama iz privatnog sektora, nevladinim organizacijama, akademskom zajednicom i javnošću. Unatoč svojoj ulozi žarišne točke u GZD-

u, zdravstveni atašei nisu na odgovarajući način opisani u literaturi, a nikada nije objavljen niti jedan profil koji bi prikazao njihove poglede na praksu GZD-a (338). Uz to, malo se zna o osnovnom GZD-u kao obliku trgovačkog broda ili o procesu pripreme za karijeru koji je uključen u postajanje zdravstvenih atašea (339). Zapravo, budući da ne postoji formalizirani trening ili priprema za zdravstvenog atašea, a mnogi dolaze s različitim razinama znanja ili iskustva iz vanjskih poslova, tradicionalni diplomati možda neće lako razmotriti svoje ključne uloge u veleposlanstvu ili misiji (340). Kao odgovor na ovu prazninu u znanju, postavili smo se kako bismo razumjeli uloge i odgovornosti trenutno akreditiranih zdravstvenih atašea, kao i opisali uočene izazove s kojima se suočavaju u području GZD-a (341). Nalazi studije mogu pomoći u razvoju ciljanih programa obuke za bolju pripremu diplomata, zdravstvenih atašea ili bilo kojeg sličnog stručnjaka zaduženog za praksu GZD-a, jer odgovaraju na hitne slučajeve u javnom zdravstvu i u konačnici poboljšavaju sposobnost država da pronađu i obrađuju zajednički jezik u rješavanju globalnih zdravstvenih problema i izazova (342). GZD je u ovom trenutku veoma važna. Sve veći broj zdravstvenih izazova sada nadilazi državne granice. To također generira zahtjeve za usklađenijim odgovorima na politike kao diplomatska koordinacija na globalnoj razini (343). Za razliku od domaće razine, gdje zemlja reagira na niz zdravstvenih stanja putem svog nacionalnog zdravstvenog sustava, na globalnoj razini potrebno je razumijevanje ovih zdravstvenih stanja u kontekstu transnacionalnih/prekograničnih prijenosa zdravstvenih rizika (344). Najnoviji primjeri su izbijanje SARS-a 2003. godine, rastuća prijetnja antimikrobne rezistencije (AMR), zika ebola Virus Chikungunya, HIV/AIDS (345). Uloga zdravstvene diplomacije je bitna. Zdravlje postaje sve kritičniji element vanjske politike, politička sigurnost, razvojne strategije i trgovinski sporazumi, kreatori politike za zdravstvo i vanjsku politiku trebali bi imperativno stjecati nove vještine za pregovaranje u korist zdravlju nad ostalim interesima (346). Sve veći broj izazova za zdravlje se više ne može rješavati samo na tehničkoj razini - oni zahtijevaju političke pregovore i rješenja, što uključuje širok spektar aktera (347). Zdravstvena diplomacija igra se na nekoliko razina i uglavnom je zanimaju zdravstvena pitanja koja zahtijevaju suradnju nekoliko zemalja u području zajedničkog interesa, ali ovaj oblik diplomacije također može igrati središnju ulogu na regionalnoj, bilateralnoj i nacionalnoj razini (348). Zdravstvena diplomacija odnosi se na pregovaračke procese koji oblikuju i upravljaju političkim okruženjem za zdravlje (349). Odvija se na mnogim mjestima, od kojih su neka posvećena pregovorima u zdravstvu tijekom Svjetske zdravstvene skupštine, a za ostale pokrivaju veći program, poput Generalne skupštine Ujedinjenih naroda ili Vijeće za ljudska prava (350). To može dovesti do sklapanja sporazuma, međunarodnih ugovora i konvencija (351). Članove predstavljaju viši zdravstveni službenici, kao što su ministri

zdravlja; na drugim međunarodnim forumima ili konferencijama premijeri, pregovore obično vode diplomati, ali možemo uključiti i druge glavne igrače, poput međunarodnih nevladinih organizacija. Mnogi primjeri pokazuju da zdravstvena diplomacija djeluje te da usklađivanje zdravstvene i vanjske politike mogu donijeti zdravstvene koristi (352). Promatramo priznanje rastućeg zdravlja kao vanjskopolitički cilj i čimbenik doprinosa razvoju, miru i smanjenju siromaštva, socijalnoj pravdi i ljudskim pravima (353). Zdravstvena diplomacija može igrati važnu ulogu u potpori održivom razvoju zdravstva smatrajući ga važnim društveno-ekonomskim pitanjem te rješavanjem zdravstvenih izazova pojedinačno i kolektivno (354). To omogućuje podršku zemljama u zaštiti zajedničkih interesa i zauzeti stav o pitanjima od zajedničkog interesa, poput pristupa zdravstvenoj sigurnosti, promicanju zdravlja, suzbijanju bolesti, pristup lijekovima i tehnologijama, sigurnosti hrane, vode i razvojni program nakon 2015. godine održiva u svijetu. (355). Neke su vlade poduzele korake kako bi zdravstvo uvrstile u vanjskopolitičko sredstvo. Možda je, pak, obrnuto: vanjsku politiku sada u velikoj mjeri pokreće zdravlje radi zaštite nacionalne sigurnosti, slobodne trgovine i gospodarskog napretka. Nudimo nekoliko primjera ovog promjenjivog područja zdravstva i vanjske politike kao pozadinu našeg akademskog odgovora: (356) Ujedinjeno Kraljevstvo pokušava uspostaviti koherentnost politike s razvojem središnje vladine globalne zdravstvene strategije koja se temelji na zdravlju kao ljudskom pravu i globalnoj javnosti dobro (357). Ukorijenjen u prepoznavanju globalizacije i njezinih učinaka na zdravlje, ovaj novi napor okupit će međunarodne politike Ujedinjenog Kraljevstva, međunarodni razvoj, trgovinu i ulaganja koja mogu utjecati na globalno zdravlje.Švicarska je dala prioritet zdravstvu u vanjskoj politici naglašavajući usklađenost politika kroz mapiranje globalnog zdravstva u svim vladinim sektorima (358). Preko Odjela za unutarnje poslove (javno zdravstvo) i vanjskih poslova, švicarskom Saveznom vijeću podnijet je sporazum o ciljevima međunarodne zdravstvene politike kako bi se osigurala koordinirana razvojna pomoć, trgovinske politike i nacionalne zdravstvene politike koji služe globalnom zdravlju (359). Konkretno, uloga Brazila u utvrđivanju fleksibilnosti u sporazumu o trgovinskim aspektima prava intelektualnog vlasništva (TRIPS) za podršku zdravstvenim problemima suverenih država postavila je temelj za integrirani pristup trgovinskoj politici zasnovanoj na pravima (360).

Središnja i povijesna odgovornost za Svjetsku zdravstvenu organizaciju (WHO) bila je upravljanje globalnim režimom za kontrolu međunarodnog širenja bolesti (322). Današnje rasprave o globalnoj zdravstvenoj diplomaciji karakteriziraju dva glavna upravljačka izazova u globalnoj zdravstvenoj domeni koji odražavaju globalizirani i sve više međusobno ovisan svijet

(361). Prvo, posljednje desetljeće svjedočilo je nekoordiniranom razmnožavanju širokog spektra globalnih zdravstvenih aktera s različitim interesima, protokom resursa, načelima i ciljevima (362). Eksponencijalni porast aktera i inicijativa rezultirao je polilateralnom i fragmentiranom globalnom zdravstvenom domenom koja nedostaje u približavanju strategija i resursa na transparentan i učinkovit način (363). Drugo, na stanje globalnog zdravlja sve više utječu odluke donesene u sektorima koji nisu dio globalnog sustava upravljanja zdravljem. Zaštita i promicanje procesa upravljanja zdravljem poput trgovine, okoliša i sigurnosti hrane je teško i još uvijek nisu dobili dovoljnu pozornost (364). To se sve više naziva globalnim upravljanjem zdravljem. Potrebni su novi procesi zdravstvene diplomacije kako bi se osiguralo veće razmatranje utjecaja na zdravlje u drugim sektorima (365). Tradicionalni pojmovi diplomacije također se mijenjaju kao odgovor na rastuću međuovisnost i složenost mnogih trenutnih globalnih problema, a dogodio se i prelazak na nove prostore pregovora i utjecaja. To se odražava u mnoštvu literature o međunarodnim odnosima (366). Zdravlje je ušlo u područje vanjske politike zbog zabrinutosti za nacionalnu sigurnost i kao mehanizam meke moći koji služi geopolitičkim interesima. Međutim, vanjske politike zemalja također sve više služe zdravstvenim ciljevima - to se počinje sve više prepoznavati u literaturi. Primjerice, da bi poboljšali razvoj, diplomati su pregovarali o međunarodnim sporazumima poput Milenijskih razvojnih ciljeva koji su također pridonijeli pregovorima o velikim zdravstvenim sporazumima poput Okvirne konvencije o kontroli duhana i ključni su u stvaranju mnogih glavnih globalnih zdravstvenih saveza (367). Danas diplomati igraju presudnu ulogu u stvaranju i upravljanju globalnim zdravstvenim partnerstvima koja pokrivaju širok spektar aktera. Globalna zdravstvena diplomacija temelji se na tom poimanju diplomacije kao uključene u upravljanje globalizacijom i pokušava obuhvatiti višerazinske i višestruke aktere pregovaračkih procesa koji oblikuju i upravljaju globalnim zdravstvenim okruženjem. S obzirom na interdisciplinarnu prirodu mladog područja, pregled literature o globalnoj zdravstvenoj diplomaciji zahtijeva razmatranje uvoda u diplomaciju, globalno zdravlje i globalno zdravstveno upravljanje (368). Globalizacija je promijenila tradicionalne načine konceptualizacije i organiziranja medicinskih, ekonomskih, političkih i tehnoloških sredstava za poboljšanje zdravlja (369). Zdravstveni ataše definiran je kao diplomat koji prikuplja, analizira i djeluje na temelju zdravstvenih podataka u stranoj zemlji ili zemljama i pruža kritične veze između javnoga zdravstva i dionika vanjskih poslova (370). Međutim, malo radova posebno opisuje ovaj poseban kadar diplomata (371). Vanjska politika zemlje može se shvatiti kao strategija države da postigne svoje ciljeve i zaštiti svoje nacionalne interese u međunarodnoj zajednici (372). Ipak, prije dvadeset godina malo bi tko upotrijebio riječi "globalno zdravlje" i "diplomacija" u istoj rečenici, iako je zdravlje

sastavni dio globalne sigurnosti (373). Pojam "globalna zdravstvena diplomacija" sada je čvrsto uspostavljena u globalni zdravstveni leksikon, relevantan i za javnozdravstvenu praksu i za vanjsku politiku (374).

U odnosu zdravstvene diplomacije i zdravstvene politike postavlja se važno pitanje o tome koji argumenti prevladavaju u stvarnom državnom odlučivanju. Zdravstvena politika je interdisciplinarno područje koje se bavi analizom političke moći nad zdravstvenim statusom pojedinaca (375). Temeljni cilj zdravstvene politike je produžiti očekivano trajanje života te poboljšati kvalitetu života (376). Osim liječenja bolesnih, zdravstvena politika mora uključivati i prevenciju, promicanje zdravijeg načina života te poboljšanje kvalitete života kroničnih bolesnika i invalida.

Tako zdravstvena politika ne kreira samo procese liječenja, već i prevenciju uz promicanje zdravijeg načina života (377). Kombinirajući političku znanost s proučavanjem javnog zdravlja zdravstvena politika želi razumjeti jedinstvenu interakciju politike unutar ove domene. Među profesionalcima u javnom zdravstvu na politički se sustav često gleda negativno jer postizanje ciljeva javnog zdravstva ovisi o održivom konstruktivnom angažmanu javnog zdravstva i političkih sustava. Problemi javnog zdravstva izričito su politički i prate ih nacionalne vlade donoseći rješenja jednako kao i na druga politička pitanja. Ako je javno zdravstvo područje koje dijagnosticira i nastoji izliječiti društvene nevolje, onda bi razumijevanje političkih uzroka i rješenja zdravstvenih problema trebalo biti unutarnji dio politike (378). Kada se kritizira javno zdravstvo do te mjere da ga se uklanja iz javnog angažmana, depolitizirajući ga u tom procesu, tada se moć prenosi s javnog tijela na medicinsku struku i industriju (379). Ako je javno zdravlje područje koje dijagnosticira i nastoji izliječiti društvene bolesti, onda bi razumijevanje političkih uzroka i rješenja za zdravstvene problema trebalo biti sastavni dio tog područja (380). Zdravstvena politika zajednička je disciplina javnog zdravstva i politike iako, kao i mnoga druga interdisciplinarna područja poput sociologije, fenomenologije ili javne politike, često uključuje pristupe i metodologije drugih srodnih područja proučavanja, poput intersekcionalnosti (381), ima za cilj shvatiti političku prirodu zdravstva, zdravstvene zaštite i šireg javnog zdravstva i medicinskog konteksta koji se u njoj nalaze (382). Usporedna zdravstvena politika uzima utjecaj iz usporedne politike, glavnog podpolja politike. usmjerava se na interakcije zdravstvene politike u zemlji ili na usporedbu zemalja s unutarnjim interakcijama, za razliku od međunarodne zdravstvene politike (383).

Doprinos političke znanosti zdravstvenim studijama sugerira da koncepti i metode političke znanosti imaju jasan potencijal doprinijeti proučavanju zdravlja. Međutim, do danas (osim specifičnih rasprava o zdravstvenoj zaštiti), zdravlje se nije smatralo političkim entitetom unutar akademskih rasprava ili, što je još važnije, onih društvenih. Noviji argumenti sugeriraju da je zdravlje političko pitanje i da prema tome politička znanost može ponuditi odgovor (384). Marginalizacija zdravstvene politike vjerojatno neće imati jednostavno rješenje jer je tretiranje zdravlja kao apolitičnog (tj. Ne političkog) gotovo sigurno rezultat složene interakcije niza različitih čimbenika. Zdravlje se često smanjuje i pogrešno predstavlja kao zdravstvena zaštita. Slijedom toga, zdravstvena politika postaje značajno pogrešno interpretirana kao politika zdravstvene zaštite (385). Ograničena, jednodimenzionalna (386) priroda ovog političkog diskursa o zdravlju može se pratiti do dvaju ideoloških pitanja: definicije zdravlja i definicije politike. Definicija zdravlja koja je konvencionalno operacionalizirana u zapadnom kapitalizmu ima dva međusobno povezana gledišta: zdravlje se smatra i odsutnošću bolesti (biomedicinska definicija) i kao roba (ekonomska definicija). Obje ove definicije usredotočuju se na pojedince, za razliku od društva: zdravlje se promatra kao proizvod pojedinačnih čimbenika kao što su genetsko nasljeđe ili odabir načina života te kao roba kojoj pojedinci mogu pristupiti putem tržišta (387). Zdravlje je u tom smislu individualizirana roba koju proizvodi i isporučuje tržište ili zdravstvena služba. Nejednakosti u raspodjeli zdravlja stoga su ili rezultat propusta pojedinaca, na primjer, njihovim odabirom načina života; ili načina na koji se zdravstveni proizvodi distribuiraju i isporučuju. Važno je napomenuti da je ovaj ograničavajući jednodimenzionalni pogled na zdravlje uobičajen u čitavom političkom spektru (388). Dok se politika zdravstvene zaštite kreće oko politike institucija, sustava, financiranja i elitnih interakcija, ona odgovara prioritetima ovih glavnih škola političkih znanosti. Stoga se o zdravlju, u širem smislu, misli apolitično i akademski se odnosi samo na discipline kao što su sociologija, javno zdravstvo ili medicina. Politička priroda zdravlja, nade, težnje i očekivanja napretka znanstvenog i medicinskog znanja u poboljšanju ljudskog zdravlja i blagostanja, prognozirana na početku 20. stoljeća, nisu se ostvarila (389). Zdravlje stanovništva može se poboljšati samo organiziranim aktivnostima zajednice i društva. Zdravlje ili pravo na životni standard primjeren zdravlju i dobrobiti (UN, 1948) važan je dio socijalnog građanstva. Socijalna država osigurala je da određene zdravstvene usluge i određeni životni standard postanu pravo državljanstva. Međutim, mjera u kojoj je zdravlje pravo državljanstva kontinuirani je i stalni izvor političke borbe (390). Medicina je društvena znanost, a politika nije ništa drugo doli medicina u velikim razmjerima. Medicina, kao društvena znanost, kao znanost o ljudima, dužna je ukazivati na probleme i ponuditi njihovo teorijsko rješenje:

političar, praktični antropolog, mora pronaći sredstva za njihovo stvarno rješenje (391). Najbolji primjer zdravstvene politike jest nabavka cjepiva i proces pregovaranja, vidljiva na primjeru strategije EU-a za ubrzavanje razvoja proizvodnje i uvođenja cjepiva protiv COVID-19. Isporuke cjepiva zemljama EU-a neprestano se povećavaju, a cijepljenje ubrzava. Komisija također surađuje s industrijom na povećanju proizvodnih kapaciteta (392). Istodobno je započeo rad na rješavanju novih varijanti, s ciljem brzog razvoja i proizvodnje učinkovitih cjepiva protiv novih inačica u velikim razmjerima. HERA inkubator pomoći će odgovoriti na ovu prijetnju. EU se zalaže za to da sigurna cjepiva dođu do svih krajeva svijeta.

Zdravstvene politike, strategije i planovi nisu sami sebi svrha. Dio su većeg procesa usmjerenog na usklađivanje nacionalnih prioriteta sa stvarnim zdravstvenim potrebama stanovništva. Cilj im je dobiti potporu vlade, zdravstvenih i razvojnih partnera, civilnog društva i privatnog sektora. Također, radi se o boljem korištenju svih dostupnih zdravstvenih resursa - kako bi svi ljudi, ma gdje se nalazili, imali pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti i mogli živjeti dulje i zdravije. Neusklađenost djelotvorne izvedbe zdravstvenih sustava i rastućih očekivanja društva postaje izvor zabrinutosti i stvara unutarnje pritiske na zdravstvene vlasti i kreatore politike. Zajednička procjena također može pomoći u jačanju nacionalnih zdravstvenih strategija, planova i povećanju povjerenja partnera što dovodi do predvidljivijeg i usklađenijeg financiranja. Također, može smanjiti transakcijske troškove koji bi proizašli iz višestrukih procjena različitih organizacija (393).

Količina znanstvene literature o socijalnim nejednakostima u zdravlju posljednjih se godina eksponencijalno povećala. Međutim, učinak politike i politika na zdravlje i socijalne nejednakosti u zdravlju rijetko je proučavan. Navarro i suradnici, predložili su višedimenzionalni konceptualni okvir koji je korišten za razumijevanje odnosa između politike i zdravstvenih ishoda (394). To je pokušaj da se pokaže kako je politika (izražena u terminima izbornog ponašanja i sindikalnih obilježja) povezana sa širenjem socijalne države, što odražava stupanj u kojem se društva brinu o svojim građanima i politike tržišta rada. Politike države blagostanja i tržišta rada utječu na dohodak i socijalne nejednakosti u stanovništvu. Sve su ove politike i čimbenici povezani sa zdravljem i nejednakostima u zdravlju (395).

Prihvaćanje uloge civilnog društva u zdravstvu povezano je s razumijevanjem važnosti organizacija civilnog društva općenito i s doprinosom koji može dati u visoko profesionalnoj areni, poput zdravstva (396). Trebalo je vremena da bismo shvatili da je živo civilno društvo presudno za prostor učenja i izgradnju povjerenja koje pomaže mobilizirati pojedince da

sudjeluju kao građani u poslovima svojih društava, a da se to odnosi i na ono što se smatralo domenom medicinskih radnika (397). Zdravstveni sektor još uvijek se bori s prihvaćanjem uloge osnaženog građanina, uključivanjem drugih čimbenika, sektora i novih oblika odgovornosti za zdravstvene ishode (398).

U odnosu na zdravlje, moraju se uzeti u obzir dvije dodatne važne dimenzije:

• utjecaj civilnog društva kao ključne odrednice zdravlja i

• doprinos zdravstvenog aktivizma demokratskom društvu – mnoga zdravstvena pitanja imaju snažnu dimenziju kvalitete života, a mnoga socijalna pitanja (poput nasilja, zlouporabe droga i prostitucije) postala su dio zdravstvene domene (399).

Jedan je od preduvjeta za potpunije korištenje zdravstvenih usluga razumijevanje zdravstvene informacije i pravo je svakog pacijenta. Za bolju iskoristivost zdravstvenih usluga važna je njihova dostupnost svima onima kojima su one potrebne. Njihova dostupnost svakom građaninu kao pacijentu ovisi upravo o uključivanju građana kao aktivnih sudionika u funkcioniranje zdravstvenog sustava. To se izravno odražava na zdravlje čitave populacije, kao pokazatelj efikasnosti zdravstvenog sustava u cjelini.

1.3.1. Povezivanje javnog zdravstva i vanjskih poslova

Kako je svijet postajao sve više povezan, povećavala se potreba za koordiniranim odgovorima na zajedničke globalne prijetnje javnom zdravlju (400). Mali, ali rastući kadar diplomata poznatih kao zdravstveni atašei ključan je među praktičarima globalne zdravstvene diplomacije (GZD) koji koriste alate diplomacije i državnog zrakoplova kako bi premostili vladine ciljeve javnog zdravstva i vanjske politike (401). U svom najširem smislu pojam "vanjski poslovi " odnosi se na vanjsku politiku neke države. U većini zemalja vodi ga Ministarstvo vanjskih poslova (402). Glavne teme studija su međunarodno pravo, međunarodna politika, međunarodno gospodarstvo i povijest međunarodnih odnosa (403). Pod tim se pojmovima obično određuje proučavanje vanjskih poslova i glavnih pitanja međunarodnog sustava: uloga država, međunarodnih organizacija, nevladinih organizacija (NVO) kao i multinacionalne tvrtke (404). Međunarodni odnosi pripadaju i akademskom i političkom području. Oni se mogu proučavati bilo iz pozitivističke perspektive ili iz normativnog stajališta, kako traže i analizirati

i formulirati međunarodne politike u zemljama (235). Suradnja između Vijeća Europe i Ujedinjenih naroda započela je "Sporazumom između Generalnog tajništva Vijeća Europe i Tajništvom Ujedinjenih naroda " potpisanog 15. prosinca 1951. Ovaj je sporazum ažuriran 19. studenog 1971." (405).

Vijeće Europe također je sklopilo sporazume i usko surađuje s nizom tijela Ujedinjenih naroda i specijaliziranih agencija (406). Generalna skupština Ujedinjenih naroda 17. listopada 1989. usvojila je Rezoluciju, koju su predložile brojne države članice Vijeća Europe, kojom se Vijeću Europe dodjeljuje status promatrača (A / RES / 44/6) (407). Slijedom toga, Vijeće Europe je pozvano da sudjeluje na zasjedanjima i radu Generalne skupštine Ujedinjenih naroda i njegovih šest glavnih odbora (408). Stajalište Republike Hrvatske (RH) je kako vjerodostojna politika poštivanja ljudskih prava počinje od obveze države za usvajanjem, osiguranjem poštivanja, zaštitom i ostvarenjem najviših međunarodno prihvaćenih standarda (409). Samo u svijetu zasnovanom na istinskom poštivanju temeljnih sloboda i vladavine prava ljudi mogu razvijati svoje individualne i kolektivne potencijale (410). U skladu s takvim načelima Ministarstvo vanjskih i europskih poslova u vanjskopolitičkom djelovanju promiče politiku zaštite ljudskih prava svih osoba u svim državama (411). (412). Samo u svijetu zasnovanom na istinskom poštivanju temeljnih sloboda i vladavine prava ljudi mogu razvijati svoje individualne i kolektivne potencijale. U skladu s takvim načelima Ministarstvo vanjskih i europskih poslova u vanjskopolitičkom djelovanju promiče politiku zaštite ljudskih prava svih osoba u svim državama (413). Crveni križ i Caritas su organizacije izravno povezane s međunarodnom politikom. Gdje god postoji potreba za svijetom, postoji organizacija Caritasa koja pruža praktičnu pomoć, ljubav i podršku (414). Članovi Caritasa na terenu reagiraju na hitne slučajeve izazvane prirodnim katastrofama i one koje su stvorili ljudi (415).

1.3.2. Definiranje globalne zdravstvene krize

Na zdravstvene krize zapravo utječu događaji ili potencijalno veliki broj ljudi, koji utječu na zdravlje, a možda i značajan faktor koji može povećati smrtnost. Proglašava ih država (416). Neki od njih također mogu biti predmet zdravstvenog skandala kada je u pitanju povjerenje potrošača i građana (417). Postoji nekoliko vrsta globalnih kriza. Epidemije ili pandemije utječu na razvijene i nerazvijene zemlje (418), krize su povezane s kontaminiranim ili zagađenim lijekovima ili cjepivima, povezane su s klimatskim ili meteorološkim događajima (prekomjerna

smrtnost uzrokovana toplinskim valom, posljedicama tsunamija ili potresa , iznimna suša ili poplava), mogu biti izazvane posljedicama nesreće koja uzrokuje onečišćenje vode ili zraka. Određene prehrambene krize pogađaju milijune ljudi, Vidljive su posljedice kronične izloženosti opasnom dugotrajnom zagađivaču (npr. azbest) (419). U svim tim slučajevima zdravstvene krize mogu imati značajne ekonomske, socijalne i političke troškove (**Tablica 3**).

Tablica 3. Primjeri zdravstvenih kriza u svijetu. Prema: Fixing the Crisis in Diplomatic Readiness. Washington, DC: American Academy of Diplomacy and Stimson Center; 2008. (305).

1347. – 1352.	Crna smrt
1918.	Španjolska gripa
1950. – 1977.	Distilbene - lijek koji je propisan za sprečavanje pobačaja tijekom trudnoće zabranjen je nakon što je utvrđeno da uzrokuje malformacije
1980.	Sindrom stečene imunodeficijencije ili AIDS
1983. – 1985.	Hormon rasta • Goveđi somatotropin-povučen sa tržišta radi utvrđene smrtnosti
1984.	Transufuzija kontaminiranom krvi
1986.	Katastrofa u Černobilu
1996. - 2017.	Kriza kravljeg ludila
1997.	Izomeridna kriza
Od 1997.	Slučaj azbest
1999.	Kontaminirana hrana dioksinom
2001, 2016.	Bolest slinavke i šapa
1997: H5N1 2009: H1N1 2013: H7N9	Ptičja gripa i pandemije
2003.	Teški akutni respiratorni sindrom (SARS)

2013 – 2016.	Izbijanje bolesti virusa ebole u zapadnoj Africi
2015.	Epidemija zika groznice u Americi
2019.	Pandemija COVID-19 (SARS-CoV-2)

Razumijevanje katastrofalnog međunarodnog odgovora na pandemiju ebole u zapadnoj Africi važno je kako bi se osiguralo da se takve pogreške ne ponove (420). O tome je izvještavala bivša suradnica za globalno zdravstvo Vijeća za vanjske poslove Laurie Garrett koja detaljnije proučava pogreške WHO-a i obrazlaže zašto se zdravstvena agencija Ujedinjenih nacija mora razvijati (421). Svjetska zdravstvena organizacija objavila je popis deset prijetnji globalnom zdravlju u 2019. godini. Oni uključuju zagađenje zraka i klimatske promjene, nezarazne bolesti, prijetnje globalnom pandemijom gripe, krhke i ranjive okoline, poput regija pogođenih sušom i sukobima, antimikrobnu rezistenciju, ebolu i uzročnike visoke prijetnje, slabu primarnu zaštitu, oklijevanje oko cjepiva, dengu, HIV (422).Razorna godina za globalno zdravlje bila je 2020. Ranije nepoznati virus jurio je svijetom, brzo se pojavio kao jedan od njegovih najvećih ubojica, otkrivajući nedostatke zdravstvenih sustava. Danas se zdravstvene službe u svim regijama bore kako u borbi protiv COVID-19, tako i u pružanju vitalne skrbi ljudima. U još jednom udaru, pandemija prijeti zaustaviti teško stečeni globalni zdravstveni napredak postignut u posljednja dva desetljeća - u borbi protiv zaraznih bolesti, na primjer, i poboljšanju zdravlja majki i djece.

Sto godina nakon izbijanja početkom dvadesetog stoljeća u Srednjoj Africi], epidemija HIV-a nije završila. Iako smo vidjeli pozitivne pokazatelje s afričkog kontinenta, mnogi problemi i dalje ometaju kontrolu nad ovom pandemijom (423). Na globalnom zdravstvenom krajoliku pojavljuju se novi zdravstveni izazovi (424). Izbijanje virusa ebole (EVD), kataklizmična zdravstvena kriza, otkrilo je očajno stanje zdravstvenih sustava u zemljama s niskim resursima. Kronične nezarazne bolesti - dijabetes, rak i kardiovaskularne bolesti - danas ubijaju više ljudi nego zarazne bolesti, čak i u Africi (425). U međuvremenu, zarazne bolesti, poput zike, kuge i žute groznice, nastavljaju se pojavljivati (426). Klimatske promjene i sigurnost hrane ozbiljni su problemi. I ne smijemo zaboraviti prethodne pošasti koje vrebaju iza kulisa, danas bolje kontrolirane, ali još uvijek vrlo prisutne: tuberkuloza, malarija i smrtnost novorođenčadi i majki (427). Suočeni s ovim nametajućim teretom, u kontekstu UHC-a koji su obećali nove ciljeve održivog razvoja Ujedinjenih naroda (428) ključno pitanje s kojim se suočavaju globalni

zdravstveni radnici jest: kako izraditi "globalni" putokaz za zdravlje i zdravstvenu ravnopravnost koja je i realna i učinkovit? (429). Globalno zdravlje zapravo više ne daje prednost bolesti, određenom aspektu zdravstvenog sustava ili jednom kontinentu nad drugim, već se usredotočuje na poboljšanje zdravlja i zdravstvene jednakosti za sve na planetu. Zaista ogroman pothvat! (430). Kako bismo krenuli naprijed, oslanjajmo se na lekcije i iskustva koja smo osobno stekli tijekom „globalne“ zdravstvene krize izazvane pandemijom HIV-a i ebole (431). Odgovor mora biti ran, primjeren i održiv (432). Nažalost, vidljivo je podcjenjivanje potreba na početku epidemija i pretjerano procjenjivanje ishoda nakon završetka epidemije (433, 434). Epidemiju HIV-a, koja seže do početka dvadesetog stoljeća, nakon čega je uslijedilo njezino "otkriće" 1980-ih, tadašnji su službenici uglavnom podcijenili prema vlastitom priznanju, što je rezultiralo gubitkom dragocjenog vremena za međunarodni odgovor (435). I danas se pandemija nastavlja širiti na terenu unatoč usporavanju ili čak preokretu u nekim zemljama. Opasnost leži u preranom slavljenju nakon popuštanja mjera. Iz tog su razloga najave njezinog iskorjenjivanja do 2030. kontraproduktivne: vjerojatno će trebati još nekoliko desetljeća napora prije nego što se ova pandemija uistinu stavi pod kontrolu, posebno s trenutnom zabrinjavajućom pojavom antiretrovirusne rezistencije (360). Slično tome, postoji široki konsenzus da je lokalni i međunarodni odgovor na epidemiju EVD-a od 2013. do 2016. kasnio i bio loše prilagođen. Skup čimbenika - nepoznavanje ili podcjenjivanje ranih upozorenja, inertnost odgovornih institucija i neprikladnost početnih odgovora - omogućili su epidemiji da dosegne razmjere bez premca u povijesti (436). I unatoč obećanjima, na terenu se sada mobilizira premalo sredstava kako bi se spriječio početak drugih epizoda epidemije(437). Jačanje zdravstvenih sustava, u smislu prevencije i suzbijanja infekcija, i dalje je u početnoj fazi u većini afričkih zemalja, unatoč ovom ozbiljnom upozorenju (438). Rano i primjereno djelovanje također znači mogućnost mobilizacije potrebnih ljudskih i financijskih resursa koji općenito premašuju ono što zemlje s niskim resursima mogu prikupiti (439). Borba protiv AIDS-a dugo vremena nije imala financijsku potporu sve dok 2002. godine nije stvoren Globalni fond za borbu protiv AIDS-a, tuberkuloze i malarije, nakon čega je 2003. uslijedio Plan za hitne slučajeve AIDS-a (PEPFAR) američkog predsjednika (372). Borba protiv AIDS-a u Africi uglavnom je izravna posljedica ovih ulaganja. Slično tome, s ebolom, financiranje je mobilizirano presporo, djelomično objašnjavajući kašnjenja u borbi protiv epidemije. Državni i međunarodni resursi nevladinih organizacija brzo su se iscrpili, što je ostavilo međunarodnoj zajednici da mobilizira hitna sredstva isključivo nestrukturiranim kanalima (440). Unatoč tome, lekcija je urodila plodom stvaranjem, iako kasnih i osnovnih, fondova SZO-a i Svjetske banke za hitne slučajeve. Međutim, dobra vijest je da je ova epidemija kontrolirana, vremenom i

kontinuiranim naporima (298). Odgovor prvoga dana mora biti sveobuhvatan i svestran, kombinirajući prevenciju i liječenje, pružanje bolničke njege i primarne zdravstvene zaštite, sudjelovanje zajednice i međunarodnu mobilizaciju, terenski pristup zajednici kao i sofisticirane intervencije (418). Međunarodne humanitarne intervencije - različite, loše koordinirane, čak se i međusobno nadmeću - često utječu na neorganizirano i neprimjereno upravljanje hitnim zdravstvenim situacijama od strane država (322). Zapadnjaci često primjenjuju tehnološki sofisticirani, a ponekad i dogmatski pristup koji je slabo prilagođen lokalnom kontekstu, a može biti i kontraproduktivan kada rezultira marginalizacijom bitne uloge zajednica. Sve se komponente zdravstvenog sustava moraju uključiti i ojačati. Pristup mora biti globalni i koordiniran, a zasnovan na uključivanju lokalnih aktera (441). Civilno društvo uvijek treba biti ključni sudionik intervencija. U međusobno povezanom svijetu transnacionalne mreže, partnerstva i koalicije - posebno između međunarodnih i lokalnih nevladinih organizacija – ekonomske mreže brzo se razvijaju i transformirat će svijet zdravlja (442). Ovdje političari imaju veliku odgovornost. Te brze promjene doista moraju biti popraćene revizijom zakonskih, etičkih i društvenih pravila i okvira (UHC, pravo na zdravlje, participativno upravljanje, klima i okoliš, zdravstvene odrednice, itd.) (443). Pružanje zdravstvenih usluga mora se rekonfigurirati kako bi se međusobno povezane komponente - status i osposobljenost davatelja skrbi, zdravstveni sustav, socijalna pravda, transparentnost i odgovornost - odvijale učinkovito (444). Priroda i opseg međunarodnih konvencija, sporazuma i propisa (uključujući međunarodne zdravstvene propise) moraju se ažurirati. Te su promjene hitne jer ekonomska, demografska i klimatska pitanja povezana sa zdravljem postaju još više goruća (445).

1.3.3. Diplomatski izazovi u COVID-19 pandemiji

COVID-19 je globalna kriza našeg doba i najveći izazov s kojim smo se suočili od Drugog svjetskog rata. Zdravstvena kriza čiji će se učinci osjećati još desetljećima. No, pandemija je mnogo više od zdravstvene krize, ona je i socijalna i ekonomska kriza bez presedana. Pritiskom na svaku zemlju na koju utječe, ona ima razarajuće socijalne, ekonomske i političke učinke koji će ostaviti duboke ožiljke koji će polako nestajati (446). UNDP predvodi socijalno-ekonomski odgovor Ujedinjenih naroda zajedno sa zdravstvenim odgovorima SZO-a i sveobuhvatnim humanitarnim akcijskim planom, a sve na čelu sa stalnim koordinatorima Ujedinjenih naroda (447). Pandemija koronavirusa (COVID-19) dobar je primjer važnosti zdravstvene diplomacije

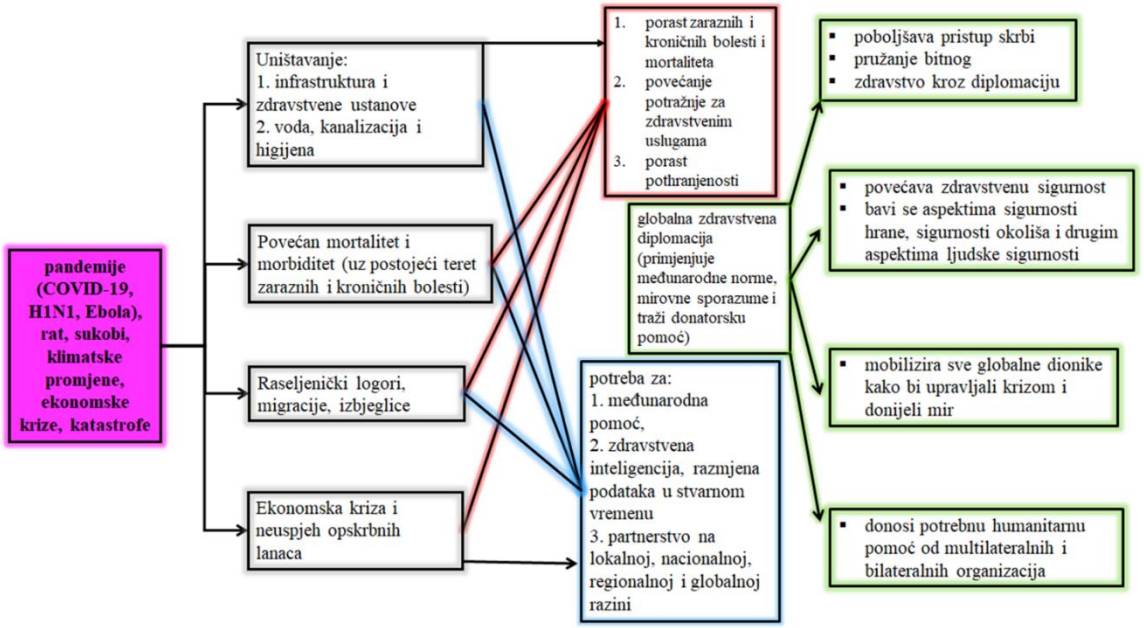
i vanjskih poslova kada je potrebno koordinirati sve države kako bi se dao brz odgovor na krizu i poduzele akcije širom svijeta (448). Prema uputama WHO-a, svaka zemlja mora provesti mjere, izvještavati u stvarnom vremenu o broju pacijenata i potrebno je kontinuirano uspoređivati krivulju rasta broja pacijenata i širenja bolesti (449). Pandemija je pokazala važnost globalnog zdravlja koje nadilazi nacionalne granice i vlade i poziva na globalnu akciju kako bi se utvrdilo zdravlje ljudi. Pandemija koronavirusa utjecala je na međunarodne odnose i izazvala diplomatske napetosti, kao i rezultirala rezolucijom Vijeća sigurnosti Ujedinjenih naroda koja zahtijeva globalno primirje (450). Znatan utjecaj na diplomatske odnose imale su napetosti oko trgovine i prijevoza lijekova, dijagnostičkih testova i bolničke opreme za virus SARS-CoV-2. Čelnici nekih zemalja optužili su druge zemlje da ne sprječavaju širenje bolesti dovoljno efikasno što rezultira nekontroliranim širenjem virusa (451). Svakodnevno se gube poslovi i prihodi, bez ikakvog saznanja kada će doći do povratka u "normalnost". Male otočne države, u velikoj mjeri ovisne o turizmu, suočavaju se s praznim hotelima i pustim plažama (452). Međunarodna organizacija rada procjenjuje da bi moglo biti izgubljeno 195 milijuna radnih mjesta. Svjetska banka ove godine predviđa pad dohotka za 110 milijardi dolara, što bi moglo značiti da 800 milijuna ljudi neće moći zadovoljiti svoje osnovne potrebe (453). Vodstvo i solidarnost ono su što čovječanstvo treba da bi pobijedilo COVID-19“ Pandemija koronavirusa COVID-19 definira globalnu zdravstvenu krizu našeg doba kao najveći izazov s kojim smo se suočili od Drugog svjetskog rata. Od pojave u Aziji 2019. godine, virus se proširio na sve kontinente, osim na Antarktiku. Sada smo dosegli tragičnu prekretnicu od više od dva milijuna smrtnih slučajeva, a obitelj pati pod gotovo nepodnošljivim teretom gubitka (454). Sve veći broj smrtnih slučajeva je zapanjujući i moramo zajedno raditi na usporavanju širenja ovog virusa." (455).

Ali pandemija je puno više od zdravstvene krize, to je i socijalno-ekonomska kriza bez presedana. Ugrožavajući svaku zemlju koju dotakne, ona može stvoriti razorne socijalne, ekonomske i političke učinke koji će ostaviti duboke i dugotrajne ožiljke (456). UNDP je tehničko vodstvo u socijalno-ekonomskom oporavku UN-a, zajedno sa zdravstvenim odgovorima, na čelu sa SZO-om i Globalnim humanitarnim planom odgovora, a djeluje pod vodstvom stalnih koordinatora UN-a (457). Svakog dana ljudi gube posao i prihode, nikako ne znajući kada će se normalnost vratiti. Male otočne države, u velikoj mjeri ovisne o turizmu, imaju prazne hotele i puste plaže. Međunarodna organizacija rada procjenjuje da bi moglo biti izgubljeno 400 milijuna radnih mjesta (458). Odgovor UNDP-a je da svaka zemlja mora odmah djelovati kako bi se pripremila, odgovorila i oporavila. Glavni tajnik Ujedinjenih naroda

António Guterres pokrenuo je globalni plan humanitarnog odgovora u vrijednosti od dvije milijarde američkih dolara za najugroženije (459). Zemlje u razvoju mogle bi izgubiti najmanje 220 milijardi američkih dolara prihoda, a Konferencija Ujedinjenih naroda o trgovini i razvoju zatražila je od njih 2,5 bilijuna američkih dolara da ih podrži (460). Pandemija COVID-19 sada djeluje kao katalizator i povećalo svih tih trendova i napetosti. Pandemija je stvorila višedimenzionalnu krizu s jakim utjecajem na zdravstvene, socijalne, ekonomske, političke i kulturne uvjete svih zemalja. Ova se kriza odvija tijekom različitih faza hitne zdravstvene zaštite i zaključavanja, s ponovno otvaranje i ponovno pokretanje ljudskih aktivnosti zajedno s nekoliko neuspjeha, suzbijanje velike recesije i priprema za oporavak transformacijom naših ekonomija i društava (461). Europska unija sada je na putu razvijanja jačih instrumenata za europsku suverenost u proračunskom, ekonomskom, socijalnom i okolišnom području, i trebala bi imati za cilj da se afirmira kao punopravni politički entitet s vitalnim interesom za obranu i ažuriranje multilateralnog sustava na svjetskoj razini, izgradnjom globalnog koalicija saveznika (462). Stoga je krajnje vrijeme da se razvije plan za novi multilateralizam za 21. stoljeće koji je učinkovitiji u suočavanju s raznim trenutnim globalnim izazovima i to je legitimnije, ne samo zato što je učinkovitije, već i zato što je je inkluzivnije i pravednije (463). Pandemija COVID-19 neizbježno je utjecala na ovaj program. Nadalje, dvije nevladine inicijative, „UN 2020“ i „Zajedno prvo“, mobiliziraju javnost s ciljem konstruktivnog dijaloga s nacionalnim i lokalnim vlastima (464). Međutim, postoje očiti razlozi za zabrinutost, ne samo zbog COVID-19 krize i njegovih posljedica povijesne veličine (465). Unatoč izuzetno podcijenjenim povijesnim postignućima UN-a tijekom posljednjih 75 godina, posebno obuzdavanju tendencija prema novim svjetskim ratovima, a unatoč inovativnom zalaganju Guterresova vodstva i mobilizaciji više aktera za mir, Sustav Ujedinjenih naroda, zajedno s cijelom multilateralnom mrežom, ima kritičnu fazu, što se vidi u (466) paralizi sigurnosti Ujedinjenih naroda Vijeće (UNSC) u rješavanju epidemije Covid-19 (467). Ovo je paradoks jer unatoč tome što je evidentan transnacionalni i globalni karakter zarazne bolesti, to je nacionalizam i logika moći koja je do sada prevladavala (vidi, na primjer, neuspjeh na sastanku Vijeća sigurnosti UN-a 10. travnja 2020., u samoj sredini krize). Izražene su mnoge zabrinutosti da 75. obljetnica riskira da bude propuštena prilika i fatalan neuspjeh za hitno potrebnu inovacija multilateralizma, s posljedicom daljnjeg vrlo opasnog - makar i iluzorno - nacionalističkog vala na svim kontinentima (468). COVID-19 može uzrokovati trajno loše zdravlje. Otprilike četvrtina ljudi koja je imala virus ima simptome koji se nastavljaju najmanje mjesec dana, no jednom od 10 i dalje je loše nakon 12 tjedana. Grupe pacijenata to su opisale kao "dugi COVID" (469). Upravljanje dugim COVID-om još uvijek se razvija, ali stanje može biti vrlo obeshrabrujuće.

Povezan je s nizom preklapajućih simptoma, uključujući generaliziranu bol u prsima i mišićima, umor, otežano disanje i kognitivnu disfunkciju, a uključeni mehanizmi višestruko utječu na organizam i uključuju trajnu upalu, trombozu i autoimunost. Može utjecati na svakoga, ali čini se da su žene i zdravstveni radnici u većem riziku (470). Dugi COVID ozbiljno utječe na sposobnost ljudi da se vrate na posao ili imaju društveni život. Utječe na njihovo mentalno zdravlje i može imati značajne ekonomske posljedice za njih, njihove obitelji i društvo (471). Odgovori politike moraju uzeti u obzir složenost COVID-a i kako se ono što se zna o njemu brzo razvija (472). Područja kojima se treba obratiti uključuju potrebu za multidisciplinarnim, multispecijalističkim pristupima procjeni i upravljanju (473.). Razvoj novih putova njege i kontekstualno prikladnih smjernica za zdravstvene radnike, posebno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, u suradnji s pacijentima i njihovim obiteljima, mora se prilagoditi manifestacijama bolesti i zahvaćenosti različitih organskih sustava. Uključuju stvaranje odgovarajućih usluga, uključujući alate za rehabilitaciju i internetsku podršku (474) te korake u suočavanju sa širim posljedicama dugog COVID-a, uzimajući u obzir prava iz radnog odnosa, politike plaća zbog bolovanja i pristup paketima naknada i invalidnina; (475). Važno je uključivanje pacijenata u poticanje samopomoći u oblikovanju svijesti o COVID-u i (476) potrebama usluga (i istraživanja) koju on generira. Važna je primjena dobro funkcionirajućih registara pacijenata i drugih nadzornih sustava, stvaranje udruga pacijenata i praćenje pogođenih kao sredstvo za potporu istraživanjima koje su toliko važno za razumijevanje i liječenje COVID-a (477). COVID-19 bi mogao biti posljednji čavao u lijesu međunarodnog poretka temeljenog na pravilima (478), ali mogao bi također roditi novog feniksa koji se diže iz svog pepela. Globalno, COVID-19 razotkrio je granice upravljačke arhitekture koja ne samo da nadgleda i sugerira, nego i provodi (479). Međutim, neke države, posebno u razvoju, nemaju mogućnosti pružanja točnih informacija (480). Drugi, osobito autoritarni oni poput Rusije, nisu voljni to učiniti. Takvo praćenje je složeno zbog neobvezujućih preporuka SZO-a kojima nedostaje bilo kakav mehanizam provedbe (481). Trenutna kriza otkriva neadekvatnost trenutnog poretka, ukazujući na potrebu za globalnijom koordinacijom i suradnjom. (482). Sada je na multilateralnim platformama i institucijama teret da dokažu svoje vrijednosti, ne samo usporavanjem i konačnim uništavanjem virusa i održavanjem globalnog gospodarstva, nego i učenjem iz pozitivnih dugoročnih lekcija ove krize (483). Dva su načina djelovanja ključna. Zdravstvena dimenzija ove krize je koordinacija i suradnja s javnošću. Mora se raditi na osiguranju transparentne razmjene informacija i najboljih praksi u suočavanju s krizom poput COVID-19 koristeći standardizirane metodologije za prikupljanje podataka. Isto tako, suradnja u opskrbi medicinske opreme minimalni je uvjet za učinkovit međunarodni odgovor (484).

Pandemija COVID-19 kriza je bez presedana i njezin ekonomski utjecaj traje i neusporediv je i sa čim ranije. Međunarodni monetarni fond (MMF) predviđa da će 2020. svjetska ekonomija zabilježiti najgoru recesiju još od Velike depresije gore od one globalne financijske krize 2008.-2009. (485). Prema Svjetskoj trgovinskoj organizaciji (WTO), svjetska trgovina će pasti 9,2 % u 2020. godini, više nego je očekivani pad svjetskog BDP-a (486). U ovoj bi se situaciji mogla povećati nova ograničenja trgovine. Usred pandemije Covidom-19, zabrinutost zbog nacionalne sigurnosti i javnog zdravlja pruža nove razloge za protekcionizam, posebno za medicinske potrepštine i hranu (487). Kad pandemija prođe, dogodit će se određeni oporavak u proizvodnji i trgovini i bit će uklonjeno mnogo prepreka (488). No, malo je vjerojatno da će doći do potpune obnove režima međunarodne trgovine kakav je postojao prije pandemije. Mogu se očekivati duboke transformacije gospodarstva i globalne trgovine. Neki analitičari idu dalje i predviđaju epohalne promjene u svjetskoj i međunarodnoj ekonomiji trgovine: trend deglobalizacije koji karakterizira porast nacionalizma i protekcionizma, razbijanje lanaca opskrbe (489). Takav se scenarij čini pretjerano pesimističan. Kriza pandemije vjerojatno će ojačati neke političke i ekonomske trendove koji su već bili moćni prije krize (490). Pandemija Covida-19, međunarodni odgovori koji uključuju odluke vlada o ograničavanju međunarodne prodaje zdravstvenih proizvoda i potvrđivanje nacionalnih dimenzija - pojačat će ovu krizu globalizacije i multilateralnog poretka (491). COVID-19 je vrijeme za promjenu paradigme povezanosti između lokalnog, nacionalnog i globalnog zdravlja. (**Slika 5).** U 2015., članovi G7 proglasili su da je ebola bila ‘poziv na uzbunu’ zbog potrebe za boljom globalnom suradnjom (492). Također je prepoznato da je antimikrobna rezistencija prijetila umiranjem 300 milijuna ljudi do 2050., zahtijevajući tako hitnu akciju. Ipak je malo učinjeno kako bi se riješili ovi postojeći nedostaci globalnog upravljanja zdravstvom. Zasad se zasnivaju hitni odgovori na COVID-19 na takozvanoj "pasteriurskoj paradigmi", koja navodi da je svaka bolest posljedica jednog patogena; dakle, za svaku bolest postoji jedan lijek, usmjeren na odgovornog patogena. (492). U ovom slučaju, laboratoriji se utrkuju kako bi pronašli lijek ili cjepivo protiv COVID-19. Ipak se vidi kako bi više patogena moglo postojati u budućnosti (koja će i biti)(492).



Slika 5. Reprezentacija kritične uloge zdravstvene diplomacije u oglašavanju krizne situacije. Prema: Chattu, V.K.; Chami, G. Global Health Diplomacy Amid the COVID-19 Pandemic: A Strategic Opportunity for Improving Health, Peace, and Well-Being in the CARICOM Region—A Systematic Review. Soc. Sci. 2020, 9, 88.

U postpandemijskom svijetu najprikladnija će struktura biti ona u kojoj se međunarodna suradnja artikulira oko tri glavna globalna pitanja: zdravstva, kako bi se osiguralo da sve regije svijeta imaju pristup lijekovima i cjepivima bez diskriminacije kako bi se spriječile buduće pandemije (493); gospodarstva, kako bi se odgovorilo na ekonomsku recesiju koja će utjecati na sve države i njihovo stanovništvo, posebno u najugroženijim regijama u kojima postoji akutni osjećaj nejednakosti; i okoliša, kako bi se pronašao odgovor na ozbiljnu prijetnju koju stvara globalno zagrijavanje za naš okoliš, a koja će imati razarajući učinak na život na Zemlji (493). Odgovor na glavne socijalne, ekološke i zdravstvene izazove u post-COVID-u-19 svijetu trebao bi biti cilj inicijative Ujedinjenih naroda. Što se tiče okoliša u pitanju je „zelena“ dimenzija, cilj bi trebao biti uspostaviti „pravni status zemaljski sustav kao novi cilj ili obveza u međunarodnom pravu“ (493).

2. CILJEVI RADA I HIPOTEZE

2.1 Ciljevi rada

Glavni cilj disertacije je analizirati rješavanje potreba pacijenata kroz tri razine: zdravstvenu informaciju – čitkost informacije kao prepreka pacijentima za razumijevanje zdravstvene informacije; prava pacijenata u zdravstvenom sustavu – percepcija pacijenata o ugrožavanju njihovih prava u sustavu zdravstvene zaštiti te briga za prava i potrebe pacijenata na globalnoj razini – percepcija prava pacijenata u zdravstvenoj diplomaciji.

Specifični ciljevi ove disertacije su:

1. Usporediti jezična obilježja različitih tekstualnih formata Cochrane sustavnih pregleda o istim zdravstvenim podacima. Pacijenti s najvećom potrebom za zdravstvenom zaštitom morali bi imati barem mogućnost čitanja i razumijevanja informacija potrebnih za uspješno funkcioniranje kao pacijenta.

2. Procijeniti karakteristike sustava pritužbi na kršenje prava pacijenata u Hrvatskoj na institucionalnoj razini i vaninstitucionalnoj razini. Sustav pritužbi pacijenata u Hrvatskoj nije dobro prepoznat kao čimbenik relevantan za informacije o kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti. Nestandardizirani postupak za pritužbe direktno utječe na nezadovoljavajuće iskustvo pacijenta. Većina pacijenata je iskusila nepravdu u smislu institucionalnog odgovora na prigovore, stoga traže pomoć od neovisnog tijela.

3. Procijeniti značaj znanstvene diplomacije u svrhu ostvarivanja zaštite prava pacijenata. Zdravlje kao ljudsko pravo navedeno je u Univerzalnoj deklaraciji o ljudskim pravima. U razgovorima s diplomatima i stručnjacima zaduženim za zdravstvo cilj nam je identificirati trenutno stanje u praksi kao i čimbenike koji utječu na implementaciju koncepta prihvaćanja odgovornosti za globalno zdravlje. Ti čimbenici su, primjerice, kako se racionalno donose odluke u trenutku pandemije, kako se provodi strategijsko djelovanje i solidarnost među državama kao i ograničavanje kretanja koje zasigurno predstavlja problem u diplomatskim odnosima ali i u poštovanju prava pacijenata.

2.2. Hipoteze

1. Svi tekstualni formati sažetaka Cochrane sustavnih pregleda imaju slabu čitkost. Analizom SMOG za procjenu čitkosti medicinske literature očekuje se da je izmjerena čitkost veća od preporučene razine američkog 6. razreda obrazovanja.

2. Usprkos pravnoj zaštiti na nekoliko razina, pacijenti smatraju da se u hrvatskom zdravstvenom sustavu krše njihova prava.

3. U kvalitativnim studijima se ne polazi od hipoteze nego se iz dobivenih podataka slože hipoteze, stoga ćemo opisati probleme u diplomatskom odgovoru na globalne zdravstvene izazove poput pandemije COVID-19 u kontekstu razumijevanja prava i potreba pacijenata na međunarodnoj razini.

3. METODE ISTRAŽIVANJA

3.1. Pacijent kako pojedinac – razumljivost zdravstvene informacije

Ustroj studije i izvori podataka

Odabrali smo presječno istraživanje kao ustroj studije prikladan za analizu skupova različitih oblika tekstualnih sažetaka Cochrane sustavnih pregleda dostupnim u veljači 2016. na http://www.cochrane.org/media u kojima smo analizirali čitkost i lingvističke značajke različitih tekstualnih sažetaka Cochrane sustavnih pregleda. Tekstualne formate unio je jedan istraživač u Excel datoteku i formatirao uklanjanjem svih podnaslova kako bi se stvorio jedan tekstualni odlomak. Drugi istraživač je provjerio kvalitetu i potpunost unosa podataka.

Jedinica analize su sažetci Cochrane sustavnih pregleda:

1. Priopćenje za javnost (Press release)
2. Znanstveni sažetak (Scientific abstract)
3. Cochrane klinički odgovor (Cochrane clinical answer)
4. Laički sažetak na engleskom jeziku (Plain language summary)
5. Prijevodi laičkih sažetaka na francuskom jeziku
6. Prijevodi laičkih sažetaka na njemačkom jeziku
7. Prijevodi laičkih sažetaka na hrvatskom jeziku

Čitkost teksta

Napravili smo deskriptivnu analizu tekstova priopćenja za javnost koji su dostupni na Cochranovoj mrežnoj stranici (n=162) i odgovarajućih znanstvenih sažetaka (n=158), Cochranovih kliničkih odgovora (n=35) i laičke sažetke na engleskom (n=156), francuskom (n=101), njemačkom (n=41) i hrvatskom jeziku (n=156). Koristili smo "Simple Measure Of Gobbledygook" (SMOG) indeks za procjenu tekstualne čitkosti svih tekstualnih formata (281). SMOG indeks za tekstove na engleskom, francuskom i njemačkom jeziku mjeren je internetskim programom (www.readable.io). Čitkost sažetaka na hrvatskom jeziku izračunata je korištenjem SMOG formule prilagođene hrvatskom jeziku i uspješno korištene za analizu medicinskih podataka za pacijente u Hrvatskoj.

Broj riječi, broj rečenica te riječi po rečenici i slogova po riječima predstavljeni su kao medijani s intervalima pouzdanosti od 95% s obzirom da raspodjela podataka nije pratila normalnu distribuciju, što je testirano Kolmogorov Smirnovljevim testom. Koristili smo Kruskal Wallis test i post-hoc Conover Iman test za usporedbu skupina sažetaka. Također smo koristili Kruskal Wallisov test za usporedbu rezultata za različite prijevode jezika. Usporedba rezultata provedena je koristeći i frekvencijske i Bayesove statističke tehnike. Bayesov faktor (BF10) korišten je kao kvantitativni izraz relativne vjerojatnosti za alternativu hipotezu u odnosu na ništičnu hipotezu. Bayesov faktor izračunat je pomoću JASP 0.8.3.1 (https: // jasp-stats.org /) i uz pretpostavku zadane prethodne distribucije (Cauchi raspodjela). Bayesovi faktori iznad 3 ukazuju su na značajne dokaze za alternativnu hipotezu (494).

Tumačenje SMOG indeksa za područje zdravstvenih informacija je da se vrijednosti iznad 6 (što znači razinu obrazovanja u 6. razredu u SAD-u, tj. 11 do 12 godišnjaka) smatraju teškim za čitatelja koji nije specijalist. SMOG indeks za tekstove na engleskom, francuskom i njemačkom jeziku mjeren je s pomoću online programa (www.readable.io). Isti program korišten je za izračunavanje broja riječi, broja rečenica, riječi po rečenici i slogova po riječi za sve uzorke formata sažetka. Čitkost sažetaka na hrvatskom jeziku izračunata je s pomoću SMOG formule prilagođene hrvatskom (288) i uspješno korištena za analizu medicinskih informacija za pacijente u Hrvatskoj.

Primjer sažetka u svim njegovim oblicima:

NASLOV (Press release title)

Effect of natural sweetener Xylitol in preventing tooth decay still unproven

1. Priopćenje za javnost (Press release)

Effect of natural sweetener Xylitol in preventing tooth decay still unproven

New research out today concludes that there is limited evidence to show that xylitol is effective in preventing dental cavities in children and adults. Xylitol is a natural sweetener that is widely promoted globally, and can be found in wide range of everyday products including sugar–free chewing gum, toothpaste, gels, lozenges and sweets. Xylitol is a popular sugar substitute in sweets and it is already known to cause less damage to teeth than sugar. It has also been suggested that the addition of xylitol to products may help to prevent tooth decay by stopping the growth of decay-producing bacteria. However, according to new evidence published in the

Cochrane Library there is little high quality evidence that it is beneficial in the fight against tooth decay, which affects up to 90% of children and most adults worldwide.

The authors gathered together data from 5,903 participants in ten different studies. In most cases, the studies used such different methods that the researchers could not combine the results to create a summary effect estimate. Based on information from 4,216 school children who took part in two Costa Rican studies, they found low quality evidence that levels of tooth decay were 13% lower in those who used a fluoride toothpaste containing xylitol for three years, compared to those who used a fluoride-only toothpaste. For other xylitol-containing products, such as xylitol syrup, lozenges and tablets, there was little or no evidence of any benefit. Lead researcher, Philip Riley of the School of Dentistry at the University of Manchester, said, "This Cochrane review was produced to assess whether or not xylitol could help prevent tooth decay in children and adults. The evidence we identified did not allow us to make any robust conclusions about the effects of xylitol, and we were unable to prove any benefit in the natural sweetener for preventing tooth decay. The limited research on xylitol-containing toothpastes in children may only be relevant to the population studied. He added, "For other products containing xylitol we were unable to determine whether they were beneficial. We were particularly surprised to see such a lack of evidence on xylitol-containing chewing gums." Several of the studies included in the Cochrane review did not report sufficient information on the side effects of xylitol, which can include bloating, diarrhoea and laxative effects. Philip Riley remarked, "We expected all studies to report adverse effects as an outcome. Sugar-free gums, sweets, mints and other products are well-known for their gastrointestinal effects and these should be clearly reported in future studies."

2. Znanstveni sažetak (Scientific abstract)

Background

Dental caries is a highly prevalent chronic disease which affects the majority of people. It has been postulated that the consumption of xylitol could help to prevent caries. The evidence on the effects of xylitol products is not clear and therefore it is important to summarise the available evidence to determine its effectiveness and safety.

Objectives

To assess the effects of different xylitol-containing products for the prevention of dental caries in children and adults.

Search methods

We searched the following electronic databases: the Cochrane Oral Health Group Trials Register (to 14 August 2014), the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (The Cochrane Library, 2014, Issue 7), MEDLINE via OVID (1946 to 14 August 2014), EMBASE via OVID (1980 to 14 August 2014), CINAHL via EBSCO (1980 to 14 August 2014), Web of Science Conference Proceedings (1990 to 14 August 2014), Proquest Dissertations and Theses (1861 to 14 August 2014). We searched the US National Institutes of Health Trials Register (http://clinicaltrials.gov) and the WHO Clinical Trials Registry Platform for ongoing trials. No restrictions were placed on the language or date of publication when searching the electronic databases.

Selection criteria

We included randomised controlled trials assessing the effects of xylitol products on dental caries in children and adults.

Data collection and analysis

Two review authors independently screened the results of the electronic searches, extracted data and assessed the risk of bias of the included studies. We attempted to contact study authors for missing data or clarification where feasible. For continuous outcomes, we used means and standard deviations to obtain the mean difference and 95% confidence interval (CI). We used the continuous data to calculate prevented fractions (PF) and 95% CIs to summarise the percentage reduction in caries. For dichotomous outcomes, we reported risk ratios (RR) and 95% CIs. As there were less than four studies included in the meta-analysis, we used a fixed-effect model. We planned to use a random-effects model in the event that there were four or more studies in a meta-analysis.

Main results

We included 10 studies that analysed a total of 5903 participants. One study was assessed as being at low risk of bias, two were assessed as being at unclear risk of bias, with the remaining seven being at high risk of bias.

The main finding of the review was that, over 2.5 to 3 years of use, a fluoride toothpaste containing 10% xylitol may reduce caries by 13% when compared to a fluoride-only toothpaste (PF -0.13, 95% CI -0.18 to -0.08, 4216 children analysed, low-quality evidence).

The remaining evidence on children, from small single studies with risk of bias issues and great uncertainty associated with the effect estimates, was insufficient to determine a benefit from xylitol products. One study reported that xylitol syrup (8 g per day) reduced caries by 58% (95% CI 33% to 83%, 94 infants analysed, low quality evidence) when compared to a low-dose xylitol syrup (2.67 g per day) consumed for 1 year.

The following results had 95% CIs that were compatible with both a reduction and an increase in caries associated with xylitol: xylitol lozenges versus no treatment in children (very low quality body of evidence); xylitol sucking tablets versus no treatment in infants (very low quality body of evidence); xylitol tablets versus control (sorbitol) tablets in infants (very low quality body of evidence); xylitol wipes versus control wipes in infants (low quality body of evidence).

There was only one study investigating the effects of xylitol lozenges, when compared to control lozenges, in adults (low quality body of evidence). The effect estimate had a 95% CI that was compatible with both a reduction and an increase in caries associated with xylitol.

Four studies reported that there were no adverse effects from any of the interventions. Two studies reported similar rates of adverse effects between study arms. The remaining studies either mentioned adverse effects but did not report any usable data, or did not mention them at all. Adverse effects include sores in the mouth, cramps, bloating, constipation, flatulence, and loose stool or diarrhoea.

3. Cochrane klinički odgovor (Cochrane clinical answer)

Question:

Do xylitol-containing products help prevent dental caries in children?

Clinical Answer:

This Cochrane Clinical Answer is under development. For full details about effects of the intervention(s) on key clinical outcomes, click below.

4. Laički sažetak na engleskom jeziku (Plain language summary)

Can xylitol used in products like sweets, candy, chewing gum and toothpaste help prevent tooth decay in children and adults?

Review question

This review has been produced to assess whether or not xylitol, a natural sweetener used in products such as sweets, candy, chewing gum and toothpaste, can help prevent tooth decay in children and adults.

Background

Tooth decay is a common disease affecting up to 90% of children and most adults worldwide. It impacts on quality of life and can be the reason for thousands of children needing dental treatment under general anaesthetic in hospital. However, it can easily be prevented and treated by good oral health habits such as brushing teeth regularly with toothpaste that contains fluoride and cutting down on sugary food and drinks. If left undisturbed, the unhelpful bacteria in the mouth - which cause decay - multiply and stick to the surfaces of teeth producing a sticky film. Then, when sugar is eaten or drank, the bad bacteria in the film are able to make acid resulting in tooth decay.

Xylitol is a natural sweetener, which is equally as sweet as normal sugar (sucrose). As well as providing an alternative to sugar, it has other properties that are thought to help prevent tooth decay, such as increasing the production of saliva and reducing the growth of bad bacteria in the mouth so that less acid is produced.

In humans, xylitol is known to cause possible side effects such as bloating, wind and diarrhoea.

Study characteristics

Authors from the Cochrane Oral Health Group carried out this review of existing studies and the evidence is current up to 14 August 2014. It includes 10 studies published from 1991 to 2014 in which 7969 participants were randomised (5903 of whom were included in the analyses) to receive xylitol products or a placebo (a substitute without xylitol) or no treatment, and the amount of tooth decay was compared. One study included adults, the others included children aged from 1 month to 13 years. The products tested were the kind that are held in the mouth and sucked (lozenges, sucking tablets and sweets) or slowly released through a dummy/pacifier, as well as toothpastes, syrups, and wipes.

Key results

There is some evidence to suggest that using a fluoride toothpaste containing xylitol may reduce tooth decay in the permanent teeth of children by 13% over a 3 year period when compared to a fluoride-only toothpaste. Over this period, there were no side effects reported by the children.

The remaining evidence we found did not allow us to conclude whether or not any other xylitol-containing products can prevent tooth decay in infants, older children, or adults.

Quality of the evidence

The evidence presented is of low to very low quality due to the small amount of available studies, uncertain results, and issues with the way in which they were conducted.

5. Prijevodi laičkih sažetaka na francuskom jeziku

Objectif de la revue

Cette revue a été réalisée pour évaluer si oui ou non le xylitol, un édulcorant naturel utilisé dans les produits tels que les bonbons, le chewing-gum et les dentifrices, pouvait aider à prévenir les caries dentaires chez les enfants et les adultes.

Contexte

La carie dentaire est une maladie très répandue qui touche jusqu'à 90 % des enfants et la plupart des adultes dans le monde. Elle a un impact sur la qualité de vie et elle peut être responsable de milliers d'hospitalisations d'enfants nécessitant un traitement dentaire sous anesthésie générale. Cependant, il est facile de prévenir et de traiter les caries en adoptant de bonnes habitudes de santé bucco-dentaire, comme se brosser régulièrement les dents avec un dentifrice contenant du fluorure et réduire la consommation d'aliments et de boissons sucrés. Si elles ne sont pas éliminées, les mauvaises bactéries buccales responsables des caries se multiplient et adhèrent à la surface des dents, formant un film collant. Puis, lorsque du sucre est consommé sous forme d'aliments ou de boissons, les mauvaises bactéries dans ce film se mettent à fabriquer de l'acide qui provoque la carie dentaire. Le xylitol est un édulcorant naturel au goût aussi sucré que le sucre ordinaire (la saccharose). En plus de fournir une alternative au sucre, le xylitol a d'autres propriétés censées aider à prévenir la carie dentaire, comme augmenter la production de salive et réduire la croissance des mauvaises bactéries buccales, de sorte à diminuer la production d'acide. Chez l'homme, les effets secondaires du xylitol sont connus et peuvent inclure ballonnements, gaz et diarrhée.

Caractéristiques des études

Cette revue des études existantes a été menée par des auteurs du groupe Cochrane sur la santé bucco-dentaire ; les preuves sont à jour à la date du 14 août 2014. Elle comprend 10 études

publiées entre 1991 et 2014, dans lesquelles 7 969 participants ont été randomisés (dont 5 903 ont été inclus dans les analyses) pour recevoir des produits au xylitol ou un placebo (substitut sans xylitol) ou aucun traitement, et l'étendue des caries dentaires a ensuite été comparée. Une étude portait sur des adultes, les autres sur des enfants âgés de 1 mois à 13 ans. Les produits testés étaient gardés dans la bouche et sucés (pastilles, comprimés à sucer et bonbons) ou lentement libérés par une tétine, ainsi que des dentifrices, des sirops et des lingettes.

Principaux résultats

Certaines preuves suggèrent que l'utilisation d'un dentifrice au fluorure contenant du xylitol peut réduire la carie dentaire dans les dents permanentes des enfants de 13 % sur une période de trois ans par rapport à un dentifrice au fluorure seul. Aucun effet secondaire n'a été signalé par les enfants pendant cette période. Les autres preuves découvertes ne nous permettent pas de conclure si, oui ou non, d'autres produits contenant du xylitol peuvent prévenir les caries dentaires chez les nourrissons, les enfants plus âgés ou les adultes.

Qualité des preuves

Les preuves présentées sont de qualité faible à très faible en raison du petit nombre d'études disponibles, de leurs résultats incertains et de problèmes dans leur réalisation.

6. Prijevodi laičkih sažetaka na njemačkom jeziku

Review-Frage

Dieser Review wurde erstellt, um festzustellen, ob Xylitol, ein natürlicher Süßstoff, der in Produkten wie Süßigkeiten, Bonbons, Kaugummi und Zahnpasta verwendet wird, zur Vorbeugung von Karies bei Kindern und Erwachsenen beitragen kann.

Hintergrund

Karies ist eine weit verbreitete Krankheit, von der weltweit bis zu 90% der Kinder und ein Großteil der Erwachsenen betroffen sind. Sie beeinträchtigt die Lebensqualität und kann für Tausende Kinder eine Zahnbehandlung unter Vollnarkose im Krankenhaus nötig machen. Karies kann jedoch mit guten Mundpflegegewohnheiten wie regelmäßiges Zähneputzen unter Verwendung von fluorhaltiger Zahnpasta und Einschränkungen bei zuckerhaltigen Lebensmitteln und Getränken leicht vorgebeugt und behandelt werden. Wenn man sie ungestört

lässt, vermehren sich die schädlichen, Karies verursachenden Bakterien im Mund und haften an der Zahnoberfläche fest, wo sie einen klebrigen Film (Zahnbelag) bilden. Wenn man dann Zucker in Speisen oder Getränken zu sich nimmt, können die schädlichen Bakterien im Zahnbelag Säure produzieren, die zu Karies führen.

Xylitol ist ein natürlicher Süßstoff, der genauso süß wie normaler Zucker (Saccharose) ist. Er ist nicht nur eine Alternative zu Zucker, sondern hat auch weitere Eigenschaften, von denen angenommen wird, dass sie zur Vorbeugung von Karies beitragen können. Zum Beispiel regt er die Speichelbildung an und verringert die Vermehrung der schädlichen Bakterien im Mund, so dass weniger Säure produziert wird.

Bei Menschen ist Xylitol als Ursache für mögliche Nebenwirkungen wie Blähungen, Flatulenz und Durchfall bekannt.

Studienmerkmale

Dieses Review bestehender Studien wurde von Autoren der Cochrane Oral Health Group durchgeführt und die Evidenz ist auf dem Stand vom 14. August 2014. Er umfasst 10 zwischen 1991 und 2014 durchgeführte Studien, mit 7969 randomisierten Teilnehmern (von denen 5903 in die Auswertung aufgenommen wurden), die xylitolhaltige Produkte oder ein Placebo (einen xylitolfreien Ersatz) oder keine Behandlung erhielten, wobei das Ausmaß der Karies verglichen wurde. Eine Studie schloss Erwachsene ein, die anderen Kinder im Alter von einem Monat bis 13 Jahren. Die getesteten Produkte waren solche, die im Mund behalten und gelutscht werden (Lutschpastillen, Lutschtabletten und Bonbons) bzw. langsam von einem Schnuller freigesetzt werden, sowie Zahnpasten, Sirups und Zahnputztücher.

Wesentliche Ergebnisse

Es gibt Evidenz, die nahelegt, dass die Verwendung von fluorhaltiger Zahnpasta mit Xylitol im Vergleich zu nur fluorhaltiger Zahnpasta Karies an den bleibenden Zähnen von Kindern über einen Zeitraum von drei Jahren um 13% verringert. Für diesen Zeitraum berichteten die Kinder über keinerlei Nebenwirkungen. Die übrige Evidenz, die wir fanden, erlaubte uns keine Schlussfolgerungen über die vorbeugende Wirkung von anderen xylitolhaltigen Produkten gegen Zahnkaries bei Säuglingen, älteren Kindern oder Erwachsenen.

Qualität der Evidenz

Die vorgestellte Evidenz ist aufgrund der geringen Anzahl verfügbarer Studien, unsicheren Ergebnisse und Probleme in Verbindung mit der Art und Weise ihrer Durchführung von niedriger bis sehr niedriger Qualität

7. Prijevodi laičkih sažetaka na hrvatskom jeziku

Istraživačko pitanje

Ovaj Cochrane sustavni pregled je napravljen kako bi se ocijenilo da li ili ne ksilitol, prirodni zaslađivač koji se koristi u proizvodima kao što su slatkiši, bomboni, žvakaće gume i pasta za zube, može pomoći u sprečavanju karijesa u djece i odraslih.

Dosadašnje spoznaje

Karijes je česta bolest koja pogađa 90% djece i većine odraslih diljem svijeta. To utječe na kvalitetu života i može dovesti do liječenja zuba brojne djece u općoj anesteziji u bolnici. Međutim, to se lako može spriječiti i liječiti dobrim oralnim zdravstvenim navikama kao što su redovito četkanje zubi s pastom koja sadrži fluoride i smanjivanjem količine konzumirane slatke hrane i pića. Ako se ne čiste, nepotrebne bakterije u ustima - koje uzrokuju truljenje - množe se i lijepe na površinu zuba te proizvode ljepljivi film. Zatim, kada se šećer pojede ili popije, loše bakterije u tom filmu na površini zubi mogu napraviti kiselinu koja uzrokuje karijes.

Ksilitol je prirodni zaslađivač, koji je jednako sladak kao normalan šećer (saharoza). Osim što se može koristiti kao alternativa šećeru, ima druga svojstva za koja se misli da bi mogla spriječiti karijes, kao što je povećanje proizvodnje sline i smanjenje rasta loših bakterija u ustima, tako da se proizvodi manje kiseline. Poznato je da kod ljudi ksilitol može uzrokovati nuspojave kao što kao što su nadutost, vjetrovi i proljev.

Obilježja istraživanja

Autori iz Cochrane skupine za oralno zdravlje napravili su ovaj pregled postojećih istraživanja i u njega uključili dokaze iz istraživanja objavljene do 14. kolovoza 2014. Uključili su 10 studija objavljenih od 1991. do 2014. u kojima je sudjelovalo 7969 nasumično razvrstanih sudionika (od kojih su 5903 bili uključeni u analizu), a koji su primali proizvode s ksilitolom ili placebo (zamjena bez ksilitola) ili nikakvu terapiju, a nakon čega se uspoređivala količina karijesa među skupinama. Jedno istraživanje uključilo je odrasle, ostala su uključila djecu u dobi od 1 mjeseca do 13 godina. Testirani su proizvodi koji se drže u ustima i sišu (pastile, tablete za

sisanje i slatkiši) ili polako oslobađaju putem dude varalice, kao i zubne paste, sirupi i maramice.

Ključni rezultati

Postoje određeni dokazi da korištenje fluoridne paste za zube koja sadrži ksilitol može smanjiti karijes na trajnim zubima djece od 13% kroz razdoblje od 3 godine u odnosu na pastu za zube koja sadrži samo fluorid. Tijekom tog razdoblja nisu zabilježene nuspojave kod djece. Preostali dokazi koji su nađeni u analiziranim studijama ne dopuštaju zaključke o tome da li i drugi proizvodi koji sadrže ksilitol mogu spriječiti karijes u male djece, starije djece ili odraslih.

Kvaliteta dokaza

Prikazani dokazi su niske do vrlo niske kvalitete zbog malog broja dostupnih studija, nejasnih rezultata i problema s načinom na koji su studije provedene.

3.2. Pacijent u zdravstvenom sustavu – prava pacijenata

Provedeno je presječno istraživanje za analizu pritužbi pacijenata na dvije razine:

a) pritužbe pacijenata zaprimljene putem službenog e-maila Hrvatskoj udruzi za promicanje prava pacijenata u 2017. i 2018. godini.,

b) godišnja izvješća 21 županijskih povjerenstava za prava pacijenata poslani Ministarstvu zdravstva u 2017. i 2018. (javni podaci, dostupni na zahtjev)

Dva autora (JK, MV) raspravljala su o svakom pojedinačnom izvješću i mapirali sadržaj pritužbi u 14 EPPP kategorija prava pacijenata. U slučajevima neslaganja konzultiralo se s trećim autorom (AM). Također smo izdvojili podatke o dobi i spolu osobe u izvješću, mjestu zdravstvene ustanove, razini skrbi i vrsti zdravstvene ustanove (javna ili privatna).

Podatke smo anonimizirali te dobivene sadržaje prijava svrstali u 14 kategorija iz Europske povelje za prava pacijenata (pravo na preventivne mjere, pravo na dostupnost, pravo na informaciju, pravo na pristanak, pravo na slobodan izbor, pravo na privatnost i povjerljivost, pravo poštovanja pacijentovog vremena, pravo na nadgledanje standarda kvalitete, pravo na sigurnost, pravo na inovacije, pravo da se izbjegne nepotrebna patnja – bol, pravo na individualni pristup, pravo na pritužbu, pravo na kompenzaciju). Također smo razložili podatke

prema dobi i spolu osobe u pritužbi i, ako je bilo moguće, lokaciji zdravstvene ustanove, kao i vrsti zdravstvene ustanove (javna ili privatna). Budući da su pacijenti često upućivali i dopise gdje su postavljali općenita pitanja ili su tražili savjet, uvrstili smo i dodatnu kategoriju "Upiti".

Ekstrakcija podataka

Analizirali smo podatke godišnjih izvješća za 2017. i 2018. godinu dostavljenih Ministarstvu zdravstva kao i javno dostupna godišnja izvješća 21-og županijskog povjerenstva za prava pacijenata. Nije bilo moguće dobiti potpune, već samo agregirane podatke koje je institucija koja je uključena u rješavanje pritužbi u sljedećim kategorijama: obiteljska medicina, bolnički liječnici i bolnice, liječnici specijalisti, stomatologija, psiholozi, medicinske sestre, HZZO, povjerenstvo za lijekove, medicinsko vještačenje, hitna pomoć, medicinsko biokemijski laboratorij, fizikalna terapija - njega u kući te ostalo.

Za upite podnesene HUZPP-u 2017. i 2018. analizirali smo tekstove svih izvješća kako bismo identificirali prava na koja se pritužitelji obraćaju.

Rezultati su prikazani kao brojevi i postotci u pojedinim kategorijama.

3.3. Pacijent u globalnom okružju – zdravstvena diplomacija i prava pacijenata

Ispitanici:

U kvalitativnoj studiji koristili smo metodu polustrukturiranog intervjua relevantnih dionika u zdravstvenoj diplomaciji EU-a i stručnjaka koji se bave zdravstvenom politikom. Za regrutiranje sudionika u studiju korišten je pristup strateškog teorijskog uzorkovanja. Sudionici su bili iz nacionalne vlade, unutar vladinih organizacija, parlamenta, nevladinih udruga i veleposlanstva.

Sudionike smo regrutirali preko diplomatskih misija, koje su službeno navedene na web stranicama diplomatskih misija s predstavništvom u Bruxellesu, te one koji su bili panelisti na zdravstvenom političkom summitu i sudjelovali u zdravstvenim radnim skupinama u Vijeću EU-a, kao što su predstavnici Ministarstva zdravlja i predstavnici donositelja politika. Nastojali smo da sudionici predstave različita iskustva iz Europe, iz zemalja na sjeveru i jugu te zapada i istoka Europske unije. Svi razgovori su provedeni između rujna 2020. i siječnja 2021. godine.

Postupci:

Proveli smo polustrukturirane intervjue s diplomatima akreditiranim za zdravstvo iz stalnih predstavništava (diplomatske misije) u Bruxellesu te drugim relevantnim stručnjacima zaduženim za zdravstvenu politiku na međunarodnoj razini.

Naši intervjui i rasprave sa stručnjacima odgovornim za zdravlje imali su cilj istražiti i identificirati trenutnu situaciju u praksi, kao i čimbenike koji utječu na provedbu koncepta prihvaćanja odgovornosti za globalno zdravlje. Specifično smo pitali kako se donose racionalne odluke u vrijeme pandemije, kako se provodi strateško djelovanje i solidarnost između država, također i problem ograničavanja kretanja što je svakako problem u diplomatskim odnosima, ali i u poštivanju prava pacijenata.

Sve informacije dobivene od sudionika istraživanja zabilježene su zvučnim zapisom. Zvučni zapisi su korišteni samo u svrhu ProDeM projekta. Napravljeni su transkripti snimljenih razgovora i analizirani su pomoću softvera za kvalitativnu analizu teksta. Analiza podataka napravljena je pomoću softvera NVivo 11, QSR International koji uključuje kodiranje transkripta, kategorizaciju početnih kodova i identifikaciju tema i obrazaca. Koristili smo tematsku analitičku metodu (495).

Transkripti intervjua anonimizirani su i tako obrađeni.

Obrasci za informirani pristanak pohranjeni su odvojeno od snimljenih datoteka i transkripata razgovora. Sav podatkovni materijal pohranjen je šifrirano i sigurno na SharePointu, mrežnoj platformi usklađenoj s Općom regulacijom o zaštiti osobnih podataka. Podatci će se čuvati 5 godina nakon istraživanja. Pristup mrežnoj platformi imaju samo autori istraživanja (doktorand, postdokotorand i voditelj istraživanja). Rezultati kvalitativne analize intervjua su anonimizirani i pohranjeni na istoj platformi. Citati iz intervjua i poziv na obilježja ispitanika prikazani tu tako da se ne spominju niti otkrivaju nikakvi osobni podatci. Kao vodič koristili smo dokument Etika i zaštita podataka koji su stvorili stručnjaci na zahtjev Europske komisije (DG Research and Innovation) čiji je cilj podići svijest o zaštiti podataka u znanstvenoj zajednici.

Sudionici su ispunili upitnik (prethodno poslan e-poštom) o svojim podatcima: spolu, dobi, ulozi u zdravstvenoj diplomaciji, godinama iskustva i zemlji prebivališta

Teme su prikupljene kao dio literature i prilagođene su trenutnoj situaciji s pandemijom COVID – 19 pa su se tako koristile za izradu vodiča za intervju.

Istražili smo ključne teme za konceptualno razumijevanje GZD-a s obzirom na svrhu, opseg i definiciju GZD-a (poduzete aktivnosti su unutar te rubrike), diplomatske izazove s kojima se suočava u postizanju ciljeva povezanih s GZD-om, aktivnosti povezane sa zdravstvom koje su zahtijevale diplomatske pregovore, specifični ili opći trening u GZD-u, prijedloge za poboljšanje područja i prakse GZD-a, etičke i moralne dileme oko ograničavanja pristupa zdravstvenoj zaštiti i rizika od COVID– 19 i prava pacijenata te ograničavanje pristupa zdravstvenoj zaštiti.

Ranije definirana pitanja smo nadopunili dodatnima kada su se pojavila važna pitanja tijekom intervjua. Tijekom intervjua postavljena su sljedeća pitanja:

1. Koje su Vaše službene dužnosti i odgovornosti zdravstvenih aktivnosti ili tema? Postoji li službena organizacijska struktura unutar vašeg veleposlanstva za upravljanje zdravstvenim pitanjima?

2. Koje su druge organizacije i subjekti s kojima surađujete vezano uz globalne zdravstvene projekte ili pregovore? Možete li opisati bilo koja relevantna svjetska dostignuća u zdravstvu ili pregovore čiji ste dio bili?

3. Jeste li imali određeno obrazovanje o globalnoj zdravstvenoj diplomaciji? Postoje li mogućnosti za programe obuke u kojima ste sudjelovali da obučite zdravstvenu diplomaciju? Koje su vještine važne za obavljanje zdravstvene diplomacije – kao zdravstveni ataše?

4. Kakva je Vaša definicija globalne zdravstvene diplomacije? Mislite li da bi trebalo učiniti nešto konkretno za poboljšanje prakse GZD-a?

5. Jesu li prava pacijenata relevantna za GZD? Prema vašem osobnom mišljenju, mogu li se poboljšati prava pacijenata? Primjerice: Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima, formirana 1948., prepoznaje „urođeno dostojanstvo“ i „jednaka i neotuđiva prava koja se duguju pacijentu kao ljudskom biću i koja se u velikoj mjeri oblikovala zahvaljujući razumijevanju osnovnih prava osobe od strane liječnika i države. Kakvo je vaše iskustvo?

6. Jeste li upoznati s Europskom poveljom o 14 prava pacijenata koja je pokrenuta 2002. godine? Jeste li se susreli s poveljom u Vašem radu ili na diplomatskim sastancima?

7. Koliko su po vašem mišljenju pacijenti u vašoj zemlji i u EU informirani o svojim pravima kao pacijenti?

8. Što mislite o pravima pacijenata u pandemiji COVID-19? Jesu li pacijenti bili pogođeni tim preventivnim mjerama koje su ograničavale pristup zdravstvenoj skrbi?

9. Kako globalna zdravstvena diplomacija može pomoći zdravstvenim profesionalcima koji moraju uravnotežiti strah za vlastitu sigurnost pružanjem potpune skrbi svojim pacijentima?

10. Što mislite o reakciji nacionalnih i međunarodnih zdravstvenih organizacija na pandemiju COVID-19?

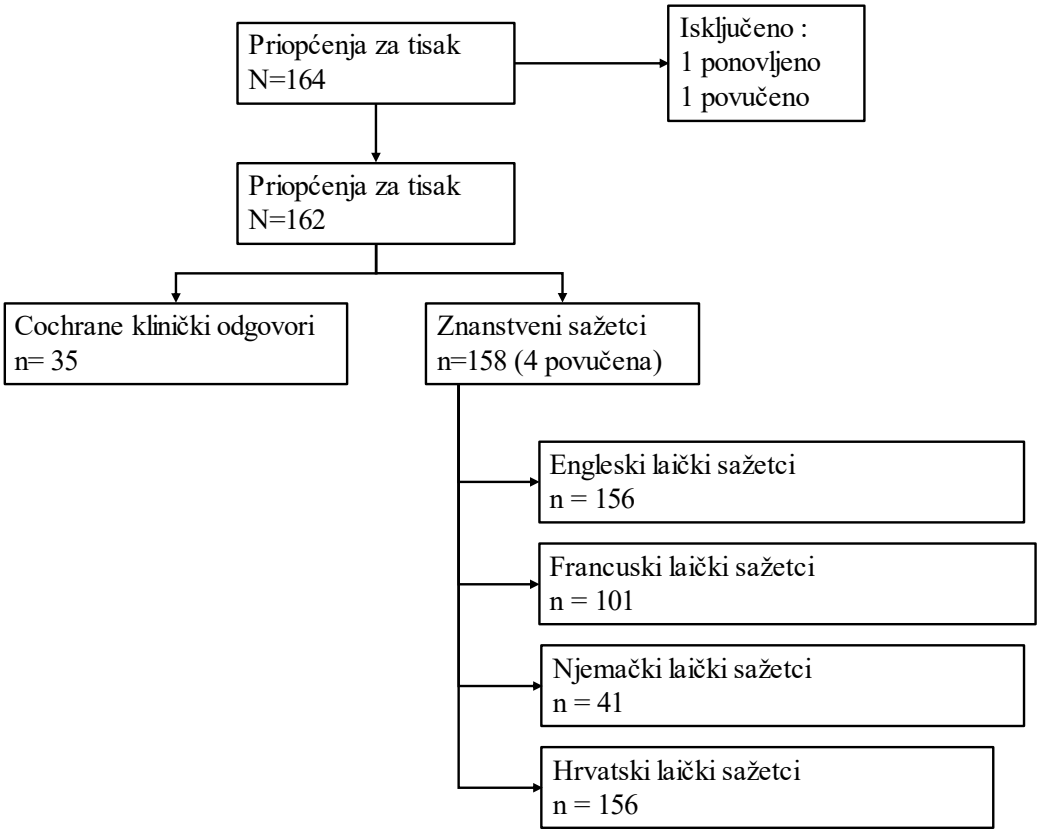
11. Predstavlja li pandemija COVID-19 globalnu krizu koja zahtijeva nepredviđene diplomatske odnose među zemljama da brže reagiraju na prijeteće pandemije u budućnosti? Kako možemo osigurati poštivanje pacijentovih prava?

Studiju je odobrilo Etičko povjerenstvo Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu (u okviru projekta Hrvatske zaklade za znanost: "ProHealth - Profesionalizam u zdravstvu") (IP-2019-04-4882, Klasa: 003-08/19-03/0003, ur. br.: 2181-198-03-04-L9-0044) i dobila pozitivno mišljenje. Također, od svakog sudionika smo pribavili pisani informirani pristanak prije provođenja intervjua.

4. REZULTATI

4.1. Pacijent kao pojedinac – razumljivost zdravstvene informacije

Za 162 jedinstvena priopćenja za medije na mrežnoj stranici Cochrane kolaboracije mogli smo identificirati 35 Cochrane kliničkih odgovora, 158 znanstvenih sažetaka, 156 sažetaka engleskog jezika i njihovih prijevoda na francuskom (n = 101), njemačkom (n = 41) i hrvatskom (n = 156) jeziku. (**Slika 6**).



Slika 6. Cochrane sustavni pregled sažetih tekstualnih formata uključenih u analizu. Početna skupina za formiranje uzoraka bila je zbirka Cochrane priopćenja za medije u veljači 2016.

Čitkost

Čitkost sažetaka na standardnom engleskom jeziku i njihovih prijevoda na francuskom, njemačkom i hrvatskom jeziku bila je znatno niža od one u znanstvenom sažetku, formatima Cochrane Clinical Answer i Press release, na što ukazuju njihovi niži i viši SMOG rezultati. Za sve formate SMOG rezultat bio je veći od 10, što ukazuje na razinu čitkosti u sustavu obrazovanja u SAD u razini 10. razreda školovanja. Najmanji rezultat SMOG indexa imao je laički sažetak, zatim ga je slijedio Cochrane klinički odgovor te priopćenja za javnost. Znanstveni sažetak imao je najveći SMOG indeks. Broj višesložnih riječi u hrvatskom jeziku bio je mnogo bliži pronađenim za engleski jezik kada se pojam „višesložni" redefinira za hrvatski jezik tako da znači riječi s najmanje četiri sloga. U usporedbi prijevoda laičkih sažetaka na različitim jezicima, najnižu vrijednost SMOG indeksa imao je hrvatski jezik, zatim njemački, francuski dok je najveći indeks imao engleski jezik. (**Tablica 4**).

Tablica 4. Karakteristike čitkosti (medijan, 95% interval pouzdanosti) različitih formata sažetih informacija za Cochrane sustavne preglede i odgovarajuće prijevode laičkih sažetaka (PLS)

Formati sažetih informacija	**A – Priopćenja za javnost (n=162)**	**B – Cochrane klinički odgovori (n=35)**	**C – znanstveni sažetci (N=158)**	**D – laički sažetak (n=156)**	
Broj riječi	407.5 (388.1-425.9)^{BCD}	178 (143.0-208.5)^{ACD}	555.5 (495.6-600.8)^{ABD}	334.5 (286.0-363.4)^{ABC}	P<0.001
Broj rečenica	17.0 (16.0-18.0)^{BC}	8.0 (7.0-10.0)^{ACD}	26.0 (24.0-28.0)^{ABD}	17.0 (15.0-19.0)^{BC}	P<0.001
Riječi po rečenici	23.6 (23.1-24.0)^{BCD}	20.4 (15.8-21.1)^{AC}	20.8 (20.3-21.4)^{ABD}	18.3 (17.7-19.1)^{AC}	P<0.001
Slogovi po riječi	1.8 (1.8-1.8)^{BCD}	2 (1.9-2.0)^{ACD}	1.9 (1.9-1.9)^{ABD}	1.8 (1.8-1.8)^{ABC}	P<0.001
SMOG index	15.4 (15.1-15.5)^{CD}	15.2 (14.8-16.6)^{D}	15.6 (15.3-15.9)^{AD}	14.7 (14.4-15.0)^{ABC}	P<0.001
PLS prijevodi	**E – English (n=156)**	**F – German (n=41)**	**G – French (n=101)**	**H – Croatian (n=156)†**	

Broj rečenica	17.0	(15.0-	19.0)^{F}	22.0	(19.5-	25.0)^{EGH}	15.0	(13.0-	17.0)^{F}	17.0	(15.0-	19.0)^{F}	P=0.007
Riječi po rečenici	18.3	(17.7-	19.1)^{G}	17.9	(16.9-	18.7)^{G}	21.7	(20.9-	22.7)^{EFH}	18.1	(17.5-	19.0)^{G}	P<0.001
Slogovi po riječi	1.8	(1.8-	1.8)^{FGH}	2.1	(2.1-	2.2)^{EGH}	1.8	(1.8-	1.8)^{EFH}	2.5	(2.5-	2.5)^{EFG}	P<0.001
SMOG index	14.7	(14.4-	15.0)^{FGH}	12.0	(11.7-	12.3)^{EGH}	15.3	(14.8-15-	5)^{EFH}	10.3	(9.9-	10.3)^{EFG}	P<0.001

* Kruskal Wallisov neparametrijski test i post-hoc Conoverov Iman test. Velika slova u eksponentu označavaju statistički vjerodostojnu razliku u odnosu na relevantne studijske grupe označene istim slovom.

†SMOG indeks za hrvatski jezik izračunat je prema formuli prilagođenoj hrvatskom jeziku (288).

Za računanje ukupnog broja riječi i broja znakova korištena je opcija "wordcount" iz računalnog programa za obradu teksta Word (Microsoft 365).

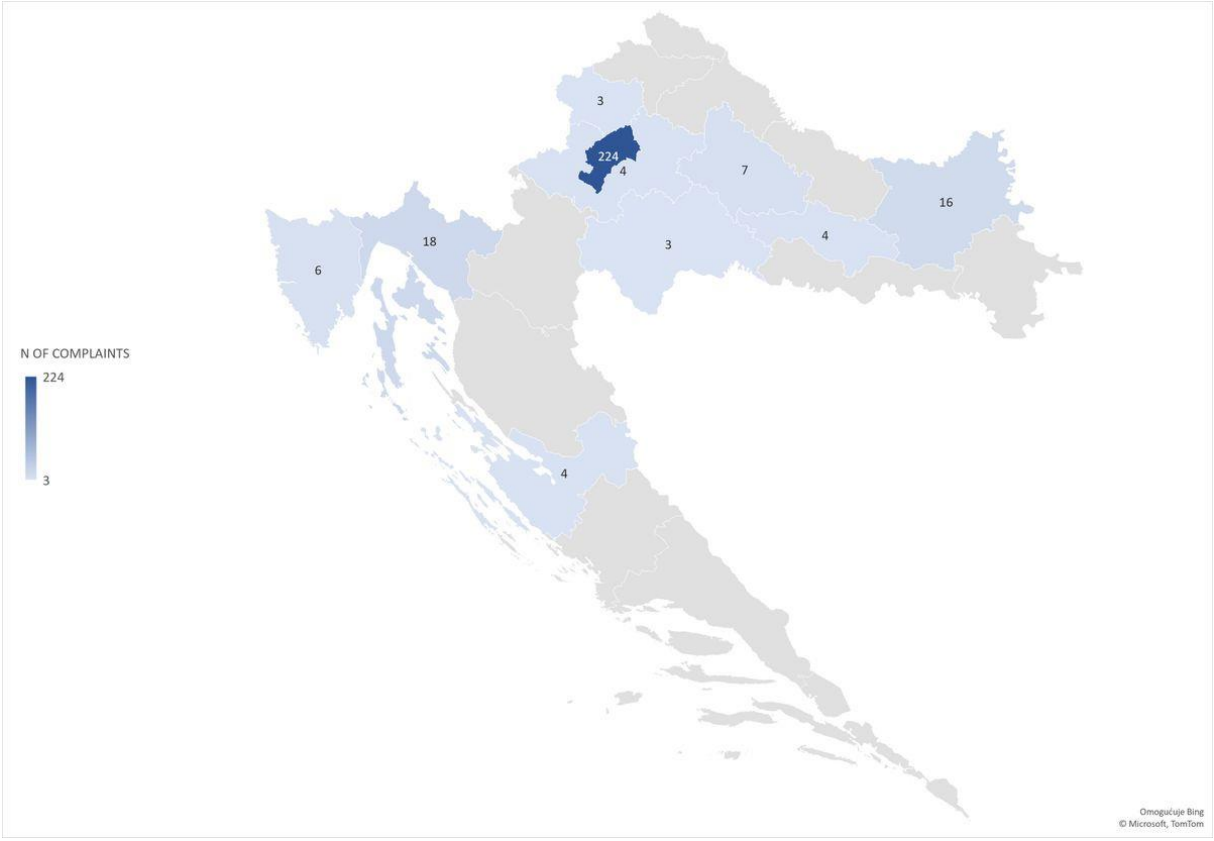
Za računanje ukupnog broja slogova i broja trosložnih riječi korišten je program za računanje varijabli dostupan na Internetu (Words Count Readability www.wordscount.info/wc/clear/analyze_readability.jsp)

4.2. Pacijent u zdravstvenom sustavu – prava pacijenata

Prijave Ministarstvu zdravstva

Ministarstvo zdravstva zaprimilo je 289 pojedinačnih pritužbi u 2017. i 2018.godini (**Tablica 5**). Te su pritužbe stigle od 10 regionalnih odbora. Podaci ostalih 11 regionalnih odbora nisu bili dostupni. Od 289 prijava, 77,5% (n = 224) je iz grada Zagreba. Županije sa sljedećim najvećim brojem prigovora bile su Primorsko-goranska županija (6,2%) i Osječko-baranjska županija (5,5%) (**Slika 7**).

Ta se izvješća nisu mogla mapirati u kategorije EPPP jer sadržaj žalbe nije bio dostupan. Prema kategorizaciji Ministarstva, najčešće su se pritužbe odnosile na sekundarne i tercijarne zdravstvene ustanove (regionalne i sveučilišne bolnice), slijedi primarna zdravstvena zaštita (obiteljski liječnici i liječnici opće prakse), ostalo (nespecificirani izvještaji) i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (**Tablica 6**).



Slika 7. Pritužbe pacijenata regionalnim odborima u 20 upravnih jedinica (županija) i Gradu Zagrebu. Za županije u sivoj boji podaci Ministarstva zdravstva nisu bili dostupni.

Tablica 5. Broj pritužbi pacijenata regionalnim odborima koje je zaprimilo Ministarstvo (N=289)

Županija	**Broj (%)**
Zagreb	4 (1.38%)
Krapina – Zagorje	3 (1.04%)
Sisak – Moslavina	3 (1.04%)
Bjelovar – Bilogorje	7 (2.42%)
Primorje – Gorski Kotar	18 (6.23%)
Požega – Slavonia	4 (1.38%)
Zadar	4 (1.38%)
Osijek – Baranja	16 (5.53%)

Istra	6 (2.08)
City of Zagreb	224 (77.5%)
Total	289 (100%)

Tablica 6. Analiza izvješća pacijenata iz Ministarstva zdravstva, mapirana prema ustanovi uključenoj u izvješće (N=289)

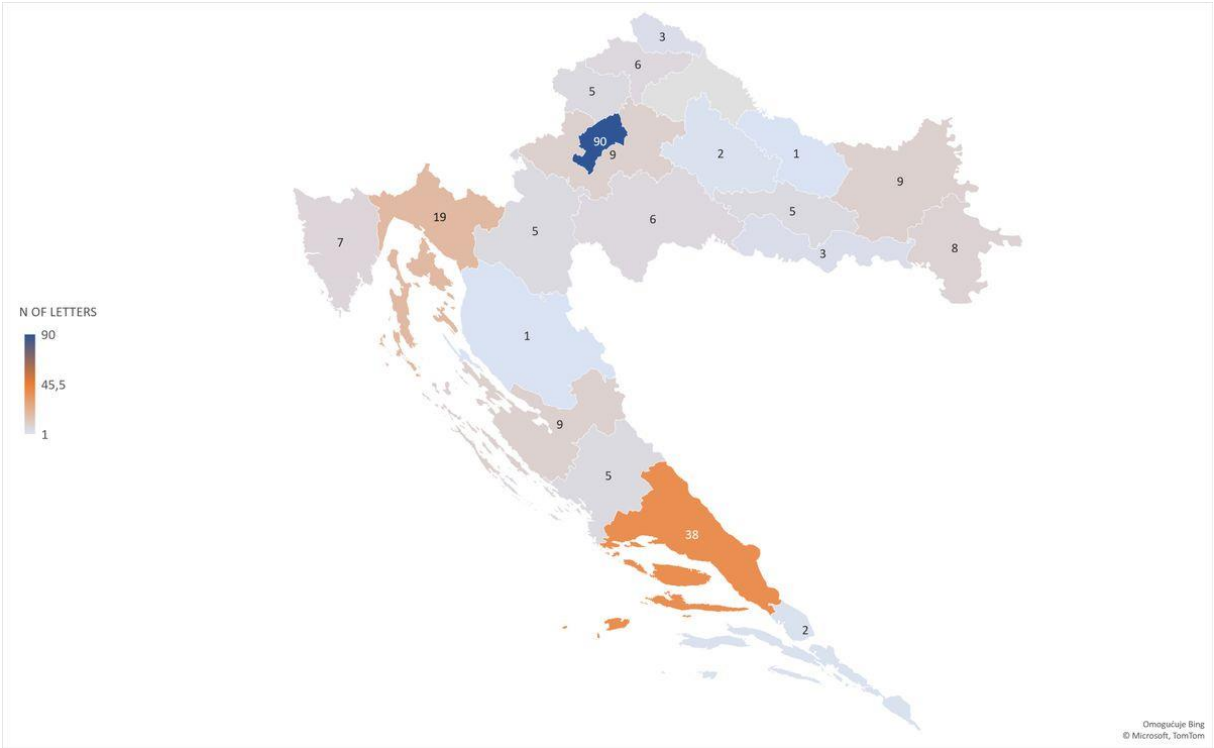
	Total	**Grad Zagreb**	**Zagrebačka**	**Osječko-Baranjs**	**Bjelovarsko -**	**Krapinsko-**	**Istra**	**Primorsko-**	**Sisačko-Moslavač**	**Zadarska**	**Požeško-Slavons**
Primarna zdravstvena zaštita	59	43	1	3	3	2	1	4		2	
Sekundarna zdravstvena zaštita	77	56		5	1	1	2	8	2	1	1
Liječnici specijalisti	27	20	1		1		1	3			1
Dentalna medicina	9	6					1	1			1
Psiholozi	3	3									
Medicinske sestre	20	19			1						
Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje	31	26		3				1		1	
Odbor za lijekove	3			3							
Služba za kvalitetu	1								1		
Hitna medicina	3		1		1						1
Laboratorijska medicina	1		1								

Fizikalna terapija	2						1	1			
Ostalo	53	51		2							
Ukupno	289	224	4	16	7	3	6	18	3	4	4

Prigovori upućeni Hrvatskoj udruzi za promicanje prava pacijenata:

HUZPP je e-poštom primio 440 pisama pacijenata u 2017. i 2018. godini (**Tablica 7**). U 242 (55,0%) pisma sudjelovale su žaliteljice i 151 (34,3%) žalitelj, u 6 (1,4%) pisama uključeni su pacijenti oba spola, a u 41 (9,3%) pismu spol nije zabilježen ili se iz teksta nije moglo zaključiti.

Pojedinosti o osobi ili instituciji zbog koje je podnesena žalba nisu navedene u 46,1% primjera. Pisma u koja su uključeni ovi podaci (n = 237) dolazila su uglavnom iz glavnog grada (20,5%) i Splitsko-dalmatinske županije (8,6%), što uključuje i Split, drugi po veličini grad u Hrvatskoj (**Slika 8**).



Slika 8. Zemljopisno podrijetlo pisama Hrvatskoj udruzi za prava pacijenata (n=237).

Tablica 7. Pritužbe pacijenata Hrvatskoj udruzi za promicanje prava pacijenata prema administrativnoj regiji Hrvatske (N=440)

Županija	**Broj (%)**
Zagreb	9 (2.0%)
Krapina –-Zagorje	5 (1.1%)
Sisak – Moslavina	6 (1.4%)
Karlovac	5 (1.1%)
Varaždin	6 (1.4%)
Koprivnica-Križevci	0 (0%)
Bjelovar - Bilogorje	2 (0.5%)
Primorje - Gorski Kotar	19 (4.3%)
Lika - Senj	1 (0.2%)
Virovitica - Podravina	1 (0.2%)
Požega - Slavonia	5 (1.1%)
Brod - Posavina	3 (0.7%)
Zadar	9 (2.0%)
Osijek - Baranja	9 (2.0%)
Šibenik - Knin	5 (1.1%)
Vukovar - Srijemska	8 (1.8%)
Split - Dalmacija	38 (8.6)
Istra	7 (1.6%)
Dubrovnik - Neretva	2 (0.5%)
Međimurje	3 (0.7%)
Grad Zagreb	90 (20.5%)
Izvan Hrvatske	4 (0.9%)
Nejasna geografska lokacija	203 (46.1%)
Total	440 (100.0%)

Većina komentara u pismima pacijenata (233; 2,9%) bila su općenita pitanja o zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj. U 207 pisama koja su sadržavala pritužbe na navodne povrede EPPP-a, identificirali smo ukupno 301 prigovor koji uključuje povrede prava pacijenata kako je navedeno u EPPP-u. Medijan broja pritužbi na kršenje prava pacijenata bio je 1 (interkvartilni raspon = 1-2, raspon = 1-5).

Pritužbe na pravo pristupa bile su najčešće (n = 73; 35,3%), zatim pravo na informaciju (n = 62; 29,9%), pravo na sigurnost (n = 45; 21,7%), pravo na poštovanje vremena pacijenta (n = 38; 18,4%) i pravo na izbjegavanje nepotrebne patnje i boli (n = 38; 18,4%). Pravo na žalbu, pravo na inovaciju, pravo na preventivne mjere, pravo na naknadu štete i najmanje su prijavljeni (manje od 2% slučajeva za svako pravo; **Tablica 8**).

Tablica 8. Pritužbe pacijenata Hrvatskoj udruzi za prava pacijenata prema Europskoj povelji o pravima pacijenata (N=207)

Prava iz Europske povelje	N (%)*
Pravo na pristup	73 (35.3)
Pravo na informacije	62 (29.9)
Pravo na sigurnost	45 (21.7)
Pravo na postivanje pacijentovog vremena	38 (18.4)
Pravo na izbjegavanje nepotrebne patnje i boli	38 (18.4)
Pravo na personalizirani tretman	8 (3.7)
Pravo na pristanak	7 (3.7)
Pravo na poštivanje standarda kvalitete	7 (3.7)
Pravo na slobodan izbor	6 (2.9)
Pravo na privatnost i povjerljivost	5 (2.4)
Pravo na žalbu	4 (1.9)
Pravo na inovacije	3 (1.4)
Pravo na naknadu štete	3 (1.4)
Pravo na preventivne mjere	2 (1.0)

* Ukupan broj kršenja prava povelje veći je od broja analiziranih pritužbi (N=207) jer su neke pritužbe uključivale više kršenja prava povelje.

Većina pritužbi odnosila se na prava pacijenata u sekundarnim i tercijarnim zdravstvenim ustanovama (n = 112, 54,1%), a slijede pružatelji primarne zdravstvene zaštite (uključujući liječnike opće medicine, liječnike obiteljske medicine, pedijatre primarne zdravstvene zaštite, hitnu medicinu i stomatologe u državnom sektoru), liječnici medicine; n = 46, 22,2%). Prigovori su bili rjeđi zbog palijativne skrbi (n = 7, 3,4%), privatnih medicinskih specijalista ili ustanova (n = 5, 2,4%) ili privatnih pružatelja dentalne medicine (n = 5, 2,4%). Tri pritužbe (1.4) bavile su se više od jednom kategorijom, a zdravstvene ustanove nisu mogle biti identificirane u tri pritužbe (1,4%). Ukupno je podneseno 10 (4,8%) žalbi protiv privatnih zdravstvenih ustanova.

4.3. Pacijent u globalnom okružju – zdravstvena diplomacija i prava pacijenata

Za intervjue smo odabrali 33 zdravstvena atašea, iz predstavnika zemalja EU delegiranih u Europsku uniju zbog sudjelovanja u intervjuu, dva zdravstvena atašea odbijaju sudjelovati jer nemaju dozvolu veleposlanika, prihvaćen je samo jedan zdravstveni ataše i nije bilo odgovora od ostalih, čak niti na ponovljeni zahtjev.

Osim diplomatskih misija, kontaktirano je 98 zdravstvenih i političkih stručnjaka od kojih je osam sudjelovalo u intervjuu.

Osam sudionika dolazi iz različitih zemalja EU, uključujući Švedsku, Grčku, Italiju, Španjolsku, Italiju, Belgiju, Nizozemsku i Finsku te jednu iz Švicarske, EFTA (Europsko gospodarsko područje).

Među njima su bili sudionici diplomatske misije, ministarstva, parlamenta, privatnog sektora i nevladinih organizacija.

Svi sudionici posjeduju barem magisterij (sveučilište), jedan je doktor znanosti. Sudjelovalo je šest ispitanika i tri ispitanice , u dobi od 36 do 59 godina. Dugotrajnost obavljanja posla je od 1,5 do najdulje 12 godina (**Tablica 9**).

Tablica 9. Karakteristike ispitanika

Ispitanik	**Zemlja**	**Starost**	**Spol**	**Koliko dugo obavljaju ovaj posao (godine)?**
1	Švedska	38	M	10
2	Grčka	35	M	1,5
3	Italija	51	M	6
4	Španjolska*		F	
5	Belgija*		M	
6	Finska	45	F	7
7	Švicarska	59	M	12
8	Nizozemska	40-45	M	8
9	Italija	36	F	5

*Ispitanici nisu dali podatak o godinama i vremenu provedenom na odgovarajućem radnom mjestu.

Odgovori dobiveni intervjuom na postavljena pitanja:

1. Svrha, opseg i definicija GZD-a

Definicija GZD je bila vrlo teška za ispitanike, a percepcije sudionika o definiciji GZD je da nema dovoljno informacija o tome. Globalna zdravstvena diplomacija usredotočena je na ona zdravstvena pitanja kod kojih je potrebna suradnja mnogih zemalja kako bi se riješili problemi od zajedničkog interesa, ali zdravstvena diplomacija također može igrati središnju ulogu na regionalnoj, bilateralnoj i nacionalnoj razini. Sudionici ističu kako na pitanje o definiciji GZD-a odgovaraju na temelju intuicije, a ne nekog prijašnjeg znanja.

„Nisam ni znao za pojam zdravstvene diplomacije i mislim da je ona vrlo zanimljiva, posebno u ovom čudnom Covid trenutku i također u perspektivi, ako mislite da ove godine idemo prema

povećanoj integraciji u zdravstvu. Doista imam osjećaj da bi zdravstvena diplomacija zaista mogla postati vrlo važna skupina aktivnosti u bilateralnim odnosima među europskim državama članicama kako bi se postigao konsenzus oko vizije zdravstvene zaštite u Europi. " (*P2)*

Većini sudionika ovo je prvi put da netko od njih traži definiciju GZD-a. Složili su se da je to važno područje rada regionalnog ureda, zajedno s državama članicama, usredotočujući se na zdravstvena područja.

„Zdravstvena diplomacija trebala bi se temeljiti na solidarnosti između država članica, solidarnosti između zdravstvenih vlasti ili javnih zdravstvenih organizacija, empatiji o onome s čime se zdravstveni i socijalni radnici trenutno bave i o čemu sada pričamo.“ (P6)

Sudionik koji je dio diplomatske misije navodi:

„GZD je mjesto na kojem pregovaramo o globalnom zdravlju“ (P1)

Sudionici na GZD gledaju kao na potencijalni autoritet, kada mnogi zdravstveno – politički stručnjaci žive u eri u kojoj moraju raditi i putovati s jednog mjesta na drugo u različitim zemljama.

„Donošenje odluke o upravljačkoj nabavi i bavljenju GZD-om ovisi o redovnom kontaktu s veleposlanstvom, europskim institucijama i ostalim stalnim predstavništvima u Bruxellesu.“ (P1)

Sudionici prepoznaju koliko je važna njihova uloga u definiranju GZD-a, da bi se trebali brinuti o pružanju usluga primarne socijalne skrbi i zdravstvenih usluga te bi morali promovirati strateške čimbenike zemalja koje je izradio odgovorni ministar. Oni su imali veze s ekstroverzijom, bili su povezani s institucionalizacijom i s udomiteljstvom, promicanjem udomiteljstva i politike posvojenja.

„Sve razrađeno u vezi s nacionalnim organizacijama, operativnim procesima i zdravstvenim atašeom ima više uloga u definiciji globalne zdravstvene diplomacije“ (P3)

Sudionici su naglasili da su GZD i diplomatski odnosi odgovornost Ministarstva vanjskih poslova.

„Skoro sve u različitim oblicima u kontaktu je s obojicom, mojim kolegama iz drugih država članica, ali i s drugim institucijama. I također mislim, izvana, industrija orijentirana na interes" (P1)

"Nazvao bih to zdravstvenom vježbom usmjerenom na bilateralne rizike, rizike zdravstvene zaštite i rizike zaštite okoliša zbog zdravstvenih problema." (P7)

2. Radne odgovornosti i organizacijska struktura zapošljavanja

Diplomatska misija i stalni predstavnik u Europskoj uniji služe općem pravilu radnog mjesta zdravstvenog atašea, odražavajući glavno pravilo u organizacijskoj strukturi zdravstvene radne skupine u pregovaračkom procesu Vijeća Europske unije.

„Općenito u svakom stalnom predstavništvu, ataše je savjetnik veleposlanika i oni su posebno usredotočeni na sve u vezi sa zdravstvenom politikom.“ (P1)

„Radim u stalnom predstavništvu i bavim se pitanjima koja se odnose na javno zdravstvo, zdravstvenu zaštitu i farmaceutske proizvode.“ (P1)

„Zastupam vladu u neformalnim pregovorima i radnim skupinama, ali i u odnosu s drugim institucijama. Dakle, Europskim parlamentom i Komisijom u raznim oblicima. Također pokrivamo pitanja cjepiva. "(P1)

Paralelno s tim, imperativno pravilo pretvara WHO-ov odnos s Ujedinjenim narodima (UN) u sustav izgrađen kako bi se osiguralo učinkovito i djelotvorno djelovanje UN-ovog razvojnog sustava i kako bi ispunio svoj mandat za potporu zemljama u postizanju boljih ciljeva zdravlja i održivog razvoja.

„Dakle, pitanja javnog zdravstva prema važećem zakonodavstvu, nedavno je osnovana Nacionalna organizacija za javno zdravstvo i ta je organizacija uglavnom bila tijelo odgovorno za suzbijanje pandemije COVID – 19.“ (P7)

„Sada djelujem kao voditelj jedinice za odjel za upravljanje sustavima u okviru Odjela za zdravstvene sustave, upravljanje i financiranje, a ono što radimo je da gledamo strukture i institucije koje podržavaju upravljanje zdravstvenim sustavom.“ (P4)

Sudionici su izjavili da sudjeluju u svakodnevnim aktivnostima za poboljšanje pozicije zdravlja u raspravama i odlukama međuvladinih tijela; da se ojača djelotvornost i vodeća ulogu zemalja

u zdravstvu, da se stvori i održava učinkovite mreže i koalicije s relevantnim partnerima, pridonose koherentnom i učinkovitom sustavu na globalnoj, regionalnoj i državnoj razini.

„Ja sam međunarodni digitalni koordinator za zdravlje u Ministarstvu zdravlja, socijalne skrbi i potpore, što znači da svaka aktivnost koju Ministarstvo zdravlja obavlja u području razmjene zdravstvenih podataka, e-zdravstva, korištenja aplikacija i sličnih stvari funkcionira na međunarodnoj pozornici. To za nas znači suradnju s Beneluxom unutar europske suradnje ili čak s WHO-om, OECD-om, a imamo i druge globalne i druge međunarodne suradnje poput Globalnog digitalnog zdravstvenog partnerstva ili Globalnog konzorcija za interoperabilnost e-zdravstva“ (P6)

Sudionici komuniciraju sa svim ključnim tijelima koja donose odluke i odgovarajućim političkim, ekonomskim, socijalnim, humanitarnim i razvojnim skupinama, vode i daju širok spektar preporuka o političkim pitanjima, međuagencijskoj i međuvladinoj suradnji i aktivnostima, odnosima s nevladinim organizacijama i medijima.

„Počeo sam raditi kao znanstveni suradnik parlamenta. Dakle, morali smo promovirati svoje strateške aspekte koje je izradio odgovorni ministar, naravno. Imali smo veze s ekstroverzijom, oni s institucionalizacijom, a mi s udomiteljstvom, promicanjem politike udomiteljstva i posvojenja. "(P8)

„Moj se portfelj usmjerava na odnos s Europskom unijom.“ (P3)

„Odgovorni smo za ishod poboljšanih zdravstvenih sustava, globalnog upravljanja.“ (P9)

Značajan je doprinos Uprave civilne zaštite, a to je izvedivo i postaje učinkovitije i izvedivije u kombinaciji sa svakom regionalnom i općinskom vlašću kako bi se to dalje razjasnilo. Usredotočeni na zajednicu, tada će nacionalne vlasti morati surađivati s općinama i regionalnom upravom.

„Imamo široku mrežu inovacija, atašea, te u konzulatima i veleposlanstvima. A imamo ih po cijelom svijetu. Stoga, imamo prilično veliku mrežu koja koristi veleposlanstva putem ovog atašea za inovacije i našeg zdravstvenog atašea u vrlo specifičnim veleposlanstvima. "(P1)

3. Izbor karijere

Samo neki od sudionika izjavili su da je njihov odabir karijere bio planiran. Za neke od njih suradnja s EU-om je bila opći interes, ali na području zdravstva nije bilo previše ponuda. Jedan

sudionik izjavio je da ideja dolazi iz prethodnog dobrovoljnog rada, a jedan sudionik izjavio je da se slučajno našao u trenutnoj karijeri. Pronašli smo sudionike koji svoj posao obavljaju s velikim entuzijazmom.

„Bila sam vrlo mlada. Jako me privlačilo znanje, razumijevanje stvari. Bila sam vrlo znatiželjna, a željela sam i stvari za koje sam mislila da bih ih možda mogla otkriti, a koje bi mogle promijeniti život ljudi. Znate. Pozitivna promjena. " (P6)

Otkrili smo specifične ciljeve sudionika koje se odnose na njihovu strast povezanu s izborom karijere.

„Sada je, ono što volim raditi i ono u čemu volim misliti da sam dobar, izgradnja uspješnih ekosustava, u kojima su mnogi različiti sudionici iz mnogo različitih perspektiva, i okupiti ih kako bismo izgradili nešto veće nego što bi to činili sami. I opet, ovo zdravlje i inovacije također se dotiču obiju stvari. Mislim, ovo je o budućnosti naše djece koja bi mogla doživjeti 100 godina, kako to rade i slične teme. Dakle, ovo je vrlo je osobno za sve, a istovremeno se radi o cijelom društvu. Ono što volim raditi je da ih izgradim, kao što sam rekao, u ekosustav. Dakle, uključivanje svih iz njihove perspektive i sa vlastitim strahovima i nadama i svim tim stvarima, i stvaranje ovog naprednog procesa u kojem zajedno idete naprijed.“ (P2)

Za sudionike je opći interes za suradnju s EU-om bio glavni pokretač, ali za neke od njih interes je na kraju bilo konkretno zdravlje, nije to nužno bila vrsta planiranja, ovo je bilo više.

„Zaista sam na sjecištu strateškog savjetovanja i javnog zagovaranja i zagovaranja javnih poslova i kombiniram njih dvoje i zapravo to nije određeni razlog, to je bila neka prirodna evolucija nakon završetka mog sveučilišnog putovanja, i tada je bila ta vrsta prilika, izgradnja prilika ono što stvara put na kojem sam danas. " (P9)

Sudionici iz nevladinih organizacija opisali su mogućnosti suradnje s EU.

„Samo uglavnom zato što mi omogućuje, znate, da mogu biti u kontaktu s nekoliko sudionika. Dakle, posebno u zdravstvenom sektoru imate toliko različitih vrsta sudionika, poput nekih profesionalnih organizacija Međunarodne europske organizacije. Baš mi se sviđa.“ (P5)

4. Obrazovanje i specifični trening u GZD – u

Zanimljivo je da nismo utvrdili da postoji specijalno obrazovanje i obuka za zdravstvenog atašea koji pregovara u Vijeću EU–a. Postoji mogućnost osnovnog obrazovanja na

diplomatskoj akademiji za posao u vanjskim poslovima. Govorilo se o treningu u zdravstvenoj zaštiti u privatnom ili državnom sektoru, ali općenito, nedostaje sveobuhvatno obrazovanje, uključujući zdravstvo, politiku i diplomaciju.

Svi sudionici naglasili su potrebu za posebnom obukom za prakticiranje globalne zdravstvene diplomacije i služenje u diplomatskoj misiji. Spomenuli su da bi moglo biti vrlo zanimljivo organizirati trening specifičan za GZD.

Jedan je polaznik bio je na tečaju u Ženevi kojim je upravljao Global Institute, a mi smo otkrili da u Ženevi postoji Global Health Center, istraživački centar Graduate Institutea o globalnom zdravstvenom upravljanju i diplomaciji koji je najbliže traženoj obuci.

„U mom slučaju, to je bilo uglavnom na tečajevima za izvršne radnike koje sam pohađao u Ženevi, a njima je uglavnom upravljao Global Institute, dobro pod vodstvom Greater Institute for International Development. I oni imaju posebni Globalni zdravstveni institut. A pogotovo se temelje na tečajevima za osposobljavanje, čak i više, mislim, u globalnoj zdravstvenoj diplomaciji." (P9)

Sudionici su objasnili da se to uglavnom odnosi na obrazovne programe za zdravstveni sektor.

„Dakle, sve što je zapravo povezano s vještinama, obukom i prekvalifikacijom, također smo morali poraditi kako bismo se, znate, mogli suočiti s trenutnim izazovima, posebno onim koji se odnosi na COVID - 19.“ (P3)

„Ako mislite na sveučilišno obrazovanje, to je bilo općenitije. To ni na koji način nije bilo specifično za zdravlje. "(P5)

„Pohađao sam razne vrste tečajeva, ali ne posebno na tu temu.“ (P8)

Obrazovanje GZD-a za neke sudionike znači čitanje dokumenata koji su interni dokumenti i razgovor s raznim osobama koje su se ranije bavile problemima.

„Pa, mislim, treba puno interakcije s drugim osobama da bi ih se uputilo što treba učiniti u pregovorima ili već u neko vrijeme. Pokušavam zadržati puno informacija u glavi, jer se pitanja pojavljuju i neočekivano, jer ste vi ti koji ćete morati nekako biti svjesni onoga što imate i kada imate strukturiranije pregovore, naravno, da ste dobro upoznati s temom.“ (P9)

Sudionici podižu svijest o mogućnosti postojanja obuke u budućnosti.

„Pretpostavljam da bi se to moglo dogoditi. Nešto slično bi se moglo događati kroz operativni proces, ali kao neka vrsta međunarodnog procesa nacionalne organizacije javnog zdravstva. Ali još nisam sasvim siguran u to. "(P3)

Sudionici ističu potrebu za posebnom obukom za obavljanje GZD-a.

„Nisam svjestan mogućnosti obuke u zdravstvu. Nisam bio ni svjestan pojma zdravstvene diplomacije, to ne znači da oni ne postoje, jednostavno toga nisam svjestan i znam da bih trebao napraviti još istraživanja kako bih bio upućeniji i imao potpuno znanje o ovome. "(P1)

„Član sam Udruge za znanost, istraživanje i inovacije. Dakle, moja obuka znači da imamo sastanak o znanosti, diplomaciji, ali diplomacija nije nešto za što obično dobivamo usavršavanje." (P4)

Neke organizacije pružaju internetsku specifičnu obuku vezanu uz određena pitanja koja ovisi o trenutnim događajima.

„Periodički radimo na obuci kojoj sam prisustvovao koja se radila o nacionalnom planiranju i stvarima u kojima sam sudjelovao i kojima sam pridonio“ (P5)

Sudionici ističu diplomatsku školu.

„Postoji opća diplomatska izobrazba, diplomacija za upravljanje sukobima, pregovori o međunarodnoj trgovini, sve one stvari koje možete slijediti kao državni službenik. Dakle, oni su vam dostupni. A postoje i privatne obrazovne ustanove koje imaju specijalizirani obrazovni program također za zdravstvo. Ali ja nisam sudjelovao ni u čemu od toga. "(P1)

„Ako idete u diplomatsku školu, na svakom se području dugo i temeljito radi. Ali nisam siguran postoje li takvi moduli, posebno za zdravstvene probleme. " (P6)

Sudionici nisu imali mogućnost obuke, iako su željeli odraditi obuku, ona je bila dostupna samo višem osoblju.

„Nisam, nikad nisam sudjelovao u obuci zdravstvene diplomacije. Kao što sam rekao, to je za razinu ravnatelja. Jako bih to volio, ali nisam. Dakle, većina onoga što znam je iz vlastitog iskustva i naravno iz učenja kako napredujem "(P5)

5. Vještine važne za vježbanje GZD-a

Sudionicima je žao što diplomatska struka mora stvoriti vlastite najbolje prakse za uspješnu karijeru, dok diplomatske vještine obuhvaćaju niz snaga i sposobnosti koje profesionalcima omogućuju upravljanje profesionalnim odnosima. Nekoliko osobina koje su ključne za diplomatske vještine uključuju usredotočenost na međuljudske vještine, komunikaciju, vodstvo, rješavanje sukoba i emocionalnu inteligenciju za snalaženje u profesionalnim interakcijama. Sudionici identificiraju praznine u obuci i izazove za upravljanje potrebnim vještinama.

„Morate uzeti u obzir ažurirane informacije iz pouzdanih izvora poput ECDC-a ili možda američkog CDC-a i drugih široko naglašenih organizacija, na primjer OECD i organizacija na visokoj razini. Mislim da trebate biti pronicljivi i da biste se mogli suočiti sa okružjem zajedničkog razumijevanja između vlasti odgovornih za bavljenje tim pitanjima. "(P8)

„Pa, prije svega, mislim da morate razumjeti kako stvari funkcioniraju na globalnoj razini, a također, znate, i na svojoj razini. Morate biti povezani.“ (P2)

„Potrebno je mnogo interakcija s drugim osobama kako bi ih se uputilo što treba učiniti u pregovorima ili već duže vrijeme kada imate strukturiranije pregovore, naravno, da imate dobru ideju o toj temi. "(P7)

Studiranje međunarodne diplomacije priprema pojedince za učinkovito snalaženje u kulturnim običajima i jasno priopćavanje namjere, osposobljavajući ih za administrativne položaje u međunarodnim podružnicama tvrtki, državnih agencija i financijskih institucija. Uspješna diplomacija zahtijeva i duboko i trajno zagovaranje vlastitih interesa i uvažavanje ciljeva i ciljeva druge stranke kako bi se stvorilo obostrano korisno rješenje i izgradila osnova na kojoj će se temeljiti buduće interakcije.

„*Na primjer, multikulturalna i višejezična izloženost, što znači visoku sposobnost pregovaračke pozicije i izgradnju i preoblikovanje argumenata u pregovaračkom procesu. Ali također mislim da je ovo slučaj u kojem trebate kombinirati sve ove tipične diplomatske meke vještine s velikom količinom znanstvene i usmjerene suradnje u nekim segmentima, u nekoj misiji zdravstva. Mislim da vam zaista treba izvrsna priprema u smislu stvarne zdravstvene ekonomije, zdravstva, znanosti i zdravstvenih tehničkih detalja kombinacija je ove dvostruke vještine. Dakle, diplomatske vještine i vještine zdravstvene zaštite mogle bi, po mom mišljenju, postati vrlo dobro oblikovan profil u zdravstvenoj diplomaciji. "(P2)*

„To nije formalna stvar, već bi to trebale biti pregovaračke vještine, znanje o javnom zdravstvu i znanstveno znanje te razumijevanje prioriteta i kulturna kompetencija.“ (P4)

„Vjerujem da prije svega trebate biti vrlo dobar politički analitičar, trebate imati komunikacijske vještine, a zatim, naravno, vještine pisanja. A ja ću dodati sposobnost i pregovaranje. "(P3)

Sudionici opisuju da je važno ne samo imati posebne vještine, već i koristiti se vještinama i biti interaktivan kako bismo implementirali GZD.

„S moje točke gledišta, onoga što sam vidio i kako sam radio na međunarodnoj razini ili u EU, vidim da su to više osobine ličnosti. Morali biste biti aktivna osoba, biti pristupačni ili dostupni ili ne previše zapovijedati. Naučit ćete male sitnice onoga što želite. Ali ako ste jednostavno tamo, ne govorite nigdje, ne budete aktivni ni u čemu, onda je svejedno na kojem ste polju. Postoje te meke, meke stvari, poput promocije zdravlja, što je vrlo važno, i sve te vrste stvari koje se ne moraju nužno natjecati iz istih izvora kao što govorimo o protuterorizmu ili slično. "(P7)

Sudionici smatraju da je vrlo važno pozadina koja se sastoji od sveučilišnog obrazovanja i istraživanja.

„Nekako posebno za ovu promociju zdravlja, mislim da bi bilo vrlo važno kakva je osobnost osobe, također kako se može koristiti znanstvenim podacima i također to na neki način objasniti čak i ako naravno ... Svi se slažu da je terorizam užasan, ali ne slažu se svi sa znanošću da alkohol uzrokuje rak." (P5)

Primjenjivost vještina ovisi o razini i položaju u organizaciji. Ljudi koji rade te poslove pokušavaju smisliti kako biti od pomoći.

„Osoba na nižoj razini možda neće misliti da je to prioritet koliko to misli ministar, a događa se i puno politike ... Ali ponekad ne žele pomoć. Ponekad ne prepoznaju da postoji problem. "(P1)

Sudionik shvaća emocionalnu notu u potrebnim vještinama i globalnu brigu o drugima u zdravlju. Moderno doba donosi globalnu konkurenciju među zemljama, svaka zemlja želi biti zdravija od drugih i mora se uspoređivati s drugima. Svaka zemlja pokušava biti bolja u statistici i inovacijama u zdravstvu u međunarodnim okvirima.

„Jedna od najvažnijih vještina je imati empatiju, jer zdravlje je uistinu univerzalno takvo kakvo jest, dodiruje svakoga i to je nešto u čemu se svi slažemo gdje god se nalazimo da je zdravlje ta globalna vrijednost na kojoj se možemo povezati.“ (P2)

„Svatko pokušava izvući što veću vrijednost iz ovoga, učiniti vlastitu populaciju zdravijom, dati im više alata i ponovno ih upotrijebiti za poticanje tržišta i gospodarstva, izgraditi otpornosti i svih onih tema koje su sada svima na umu svugdje. Svi se pozivaju na ovaj zajednički skup vrijednosti zdravlja i inovacija. Postoje mnoge zemlje s kojima imamo memorandume o razumijevanju o razmjeni znanja o zdravstvenim inovacijskim praksama, a zatim, nadovezujući se na to, i ideje kako bismo mogli početi razumijevati kulturu jedni drugih, vrijednosti drugih. A zdravlje i inovacije dvije su stvari koje ih na pravi i moćan način spajaju." (P9)

6. Zdravstvene aktivnosti, suradnja i pregovaračko iskustvo

Pregovori oko cjepiva protiv koronavirusa predstavljaju glavnu i najpopularniju pregovaračku strategiju Europske komisije i država članica. Ti su pregovori složeni i dugotrajni procesi. Europska komisija predstavila je europsku strategiju za ubrzavanje cijepljenja protiv COVID – 19. Strategijom o cijepljenju Komisija podupire napore i ubrzava razvoj i dostupnost sigurnih i učinkovitih cjepiva. Prema svojoj strategiji o cijepljenju, Komisija je sklopila sporazume s pojedinačnim proizvođačima cjepiva u ime zemalja EU-a, ali glavni se problem dogodio u komunikaciji o pitanjima Europske unije o strategiji cijepljenja protiv COVID-19i dogovorima o nepoštivanju. Komisija zajedno sa Zajedničkim pregovaračkim timom provodi pregovore s dobavljačima cjepiva. U timu su zastupljene sve države članice EU. Pregovarački tim prvo održava istraživačke razgovore s tvrtkom kako bi utvrdio postoje li dovoljni zajednički temelji za nastavak detaljnih pregovor o ugovoru. Ako je to slučaj, pozivnica za nadmetanje šalje se tvrtki koja tada mora predložiti ponudu.

"Što se tiče sada, moramo obaviti pregovore o procesu cjepiva, a imamo i naš postupak Nacionalne organizacije." (P1)

„Uz odgovarajući europski instrument, oni moraju osigurati distribuciju cjepiva širom zemlje u suradnji s Ministarstvom zdravstva, što je već napravio odgovorni ministar.“ (P6)

„Europska povjerenica za zdravlje i sigurnost hrane Stella Kyriakides najavila je kakav će plan cijepljenja biti za zajednicu. Prije par dana izjavila je da će biti stvoreno tisuću i osamnaest punktova za cijepljenje. Želimo da ih ljudi posjete i uzmu cjepivo, ono neće biti obavezno. A nakon toga, cijepljenje će biti usmjereno na mlađe generacije, 40-te ili 50-te tijekom generacije

40-ih ili 50-ih. To je to za cjepivo. I sve se usmjerava u Nacionalnu organizaciju za javno zdravstvo. Sve se razrađuje u vezi s nacionalnim organizacijama i operativnim procesima.“ (P5)

Sudionici su se izrazili o različitim iskustvima u zdravstvenim i političkim aktivnostima. Ekvivalent su države članice u kojima se ljudi bave istim pitanjima, ali imaju i odnose s drugim institucijama ili Europskom komisijom ili parlamentom.

„Imamo mrežu e-zdravstva koju je izgradio WHO, koji je tijelo donošenja odluka i surađuje u 27 europskih država članica, a koje Komisija pomaže, tako da ne odlučuje povjerenstvo, već tijelo 27 država članica odluke." (P7)

„Pregovaramo o vrstama prijedloga komisija i prijedloga predsjednika o zaključcima Vijeća. Dakle, bavimo se onim što je na stolu. Pokušavamo promovirati inovativne forume, ali dnevni je red manje-više da želimo zakonodavne prijedloge na stolu ili zaključke vijeća i tako dalje o našem položaju." (P1)

„Sudjelovao sam u vježbi pripravnosti nazvanoj Quiksilver, a surađivali smo s ostalim europskim državama članicama i drugim zemljama u rješavanju zdravstvene zaštite i dvostranih zdravstvenih izazova. Nazvao bih to zdravstvenom vježbom usmjerenom na bilateralne rizike, rizike zdravstvene zaštite i rizike zaštite okoliša u okolišu." (P5)

„To stvarno ovisi o konkretnim projektima. Ponekad imamo bliske veze s Europskim trgovinskim udruženjem, zdravstvenim prostorom, poput Europskog udruženja farmaceutske industrije, koje je EPHIA, ili drugim udrugama koje su vrsta udruga pacijenata orijentiranih na pacijenta poput Europskih udruga za istraživanje raka ili Europskog karcinoma Udruga pacijenata, ima ih niz.“ (P4)

Sudionici iz privatnog sektora ne sudjeluju izravno, već rade preliminarne poslove za pregovore.

„Ne sudjelujemo izravno u pregovorima jer smo strateški savjetodavni butik, radimo studije, istraživanja, prikupljanje empirijskih dokaza, analizu podataka, a zatim pružamo ishod našeg istraživanja našim klijentima, udruženjima ili međunarodnim tvrtkama u području zdravstva, a tada će i sami zaista lobirati u SAD-u, europskim institucijama i oni očito sudjeluju u tim pregovaračkim stolovima i u drugim raspravama zapravo sudjeluju u tom pogledu.“ (P5)

Sudionik iz nevladine organizacije koja se bavi strategijama u projektu za globalnu organizaciju.

„Nekoliko puta sam predstavljao u Europskom parlamentu i povodom toga pokušavamo naučiti više u smislu dobivanja veće potpore za istraživanje. Sada radimo na više načina kako bismo pokušali razumjeti kako vlasti vode pregovore, jer mislimo da od njih moramo poprilično naučiti, pomoći će nam i da razvijemo više ovih aspekata." (P9)

Sudionici iz međuvladine organizacije prisustvovali su pregovorima WHO-a za HIV, u programima pomoći UN-u, kao i UNHRC-u.

„Radio sam za UNHRC na humanitarnim pitanjima, naravno, kriza ebole, sudjelovao sam na konferenciji na visokoj razini o eboli 2016.“ (P8)

„Jako puno surađujemo s akademskim krugovima i s nekim drugim velikim agencijama poput Globalnog fonda i Svjetske banke, ali puno posla obavljamo i s istraživačima i sveučilištima širom svijeta koji imaju veze s Južnom Afrikom i Sjedinjenim Američkim Državama, s Belgijom, s Korejom i Japanom i Filipinima, najbliži su odnosi s regijama, s Kairom, Manilom, Delhijem i Washingtonom, koji potom surađuju s pojedinim državama članicama u tim regijama. Najvažniji posao obavlja se na toj razini. "(P7)

„Radim sa zemljama koje imaju postavke krhkosti, sukoba i hitnih slučajeva, postoji skupina koja se zove Suradnja u upravljanju zdravstvenim sustavima za koju sam ja odgovoran." (P1)

„Sporazumi su postignuti na vrlo visokoj razini između organizacija, pa sam sklon raditi na, znate, poigravanju s određenim pitanjima provedbe kada je to u pitanju ili na pomaganju u strategiji kako stupiti u kontakt s drugim agencijama u tim zemljama.“ (P1)

„Imamo kontakt s Europskom unijom privatnih bolnica ovdje u Bruxellesu, a zatim, naravno, uglavnom s nacionalnim poslodavcima i sindikatima te s nacionalnom razinom. Što se tiče uglavnom prekogranične upotrebe, uporaba za zdravstveni sektor, također s vremena na vrijeme OECD, posebno za sve što je povezano s digitalnim vještinama za zdravstveni sektor. "(P3)

„U prošlosti je bio slučaj da je postignut sporazum koji je nastao socijalnim radom. To je zapravo prevedeno u direktivu i bilo je u dogovoru. Dakle, počevši od sporazuma sindikata, europskih sindikata i europskih poslodavaca, onda je otišao gore dok nismo preveli direktivu, koja je oštra direktiva.“ (P2)

7. Odnosi sa zemljama u globalnoj krizi i COVID-19 u postizanju ciljeva povezanih s GZD-om

Svi sudionici se slažu da je sada više nego ikad važna učinkovita zdravstvena diplomacija i da su se Komisija i države članice dogovorile o zajedničkoj akciji na razini EU-a. Sudionici su se složili ukazati na snagu GZD-a u primjeru plana Komisije za centralizirani pristup EU-a osiguranju opskrbe i pružanju podrške za razvoj cjepiva. Pogrešno komuniciranje može rezultirati teškim uvredama ili konfuzijom do te mjere da diplomatske inicijative mogu biti ugrožene.

„*Mislim da se cijela hitna situacija s COVID-19 preuveličava. I dio problema ove pandemije zapravo je taj što je i s osamljene i s političke točke gledišta preuveličan. To je izazvalo ozračje straha i ozračje nedostatka povjerenja, što je zaista štetilo potrazi za nekim razumnim rješenjem, a mi smo, na neki način, žrtva vlastite manjkavosti." (P5)*

„Kontakti, brojni sastanci na ministarskoj razini, također su očito porasli. Dakle, prema intenzitetu i smjeru nešto se povećalo. "(P1)

„Surađujemo na nizu pitanja, kako na razini EU-a, tako i u drugim aspektima, naravno u drugim organizacijama, kao i na financijskim programima koje imamo, na primjer, strategiju cijepljenja koja na tome surađuje. Pa bih rekao čitav niz suradnji koje se svakodnevno odvijaju. "(P2)

„Moramo naučiti kako provoditi mjere javnog zdravlja ne zbog COVID-19, već zato što to moramo učiniti. Dobro, ne zato što se pandemija COVID-19 dogodila jednom u životu, već zato što to moramo činiti svaki dan u svakodnevnom životu, u svom poslu, u svojoj kući svugdje. "(P6)

Sudionici se slažu da pandemija predstavlja globalnu krizu koja zahtijeva nepredviđene diplomatske odnose među zemljama.

„Globalna kriza može se riješiti bilateralnom suradnjom, transnacionalnom suradnjom, multilateralnom suradnjom. Moramo postaviti stavove, moramo se promijeniti, moramo usvojiti dobre prakse. Moramo pronaći zlatne standarde kako bismo mogli naučiti lekciju iz ove pandemije i mudriji krenuti prema budućnosti.“ (P3)

„Ovo je još jedan element koji nedostaje u odgovoru na pandemiju, globalnoj koordinaciji, jer smo se nekako borili unutar Europe kako bismo organizirali europski odgovor. Bilo je svojevrsna izolirana inicijativa predsjedništva Europske komisije da se pridruži nekoj

globalnoj inicijativi, ali to je bilo više dobrovoljno nego na strukturi i dobro organiziranom pothvatu.“ (P2)

„Mislim da je tamo još puno posla. Također razmišljam o odnosu između razvijenih i zemalja u razvoju, posebno Afrike, u tom pogledu predstoji mnogo posla u smislu smanjenja jaza i zatvaranja ne samo suradnje između Europe i Afrike, Europe i Azije, Europe i Južne Amerike itd." (P1)

Nove obveze vlada, međunarodnih organizacija i privatnog sektora podržavaju jedinstveni pristup zaustavljanja pandemije, podržavajući dogovor bez presedana, opsega i brzine kroz pristup COVID-19 Accelerator Tools (ACT) jer je pandemija uzela više od milijun života. Ujedinjeni narodi i njihovi partneri danas su pozdravili monumentalni prikaz solidarnosti jer su vlade, privatni sektor, civilno društvo i međunarodne organizacije pružile potporu pristupu COVID-19 ACT-u koji je pokrenula Svjetska zdravstvena organizacija zajedno s međunarodnim partnerima. ACT je globalna suradnja bez presedana vodećih svjetskih međunarodnih zdravstvenih organizacija koje zajedno rade na ubrzavanju razvoja, proizvodnje i pravedne isporuke COVID-19 testova, liječenja i cjepiva.

„Vjerujem da odgovori trebaju biti globalni i europski, ali više globalni. Vjerujem da će pitanja podataka, razmjene informacija o slučajevima i izlječenju trebati poboljšati i ojačati. Također vjerujem da treba riješiti osnovu zaštitne opreme, kao i zaštitu od kriminala, jer organizirani kriminal raste kroz svu pandemiju. I vjerujem, u tom slučaju, moramo raditi na jačanju izgradnje kapaciteta i na transregionalnim odgovorima. "(P6)

Sada je vidljivo kako je javno zdravstvo važno kao odgovor na pitanje na visokoj razini u zdravstvenoj diplomaciji. Također, nije zanemarivo da privatni zdravstveni sustav može stvoriti zabrinutost tako da se i zarazni pacijenti bez osiguranja mogu zanemariti.

„Mislim da je to globalna kriza. Potrebna je diplomacija jer vidimo da te stvari mogu eskalirati. uz dobru diplomaciju, iz ovoga možemo proizvesti i neke veće stvari. Unutar EU-a kad smo svi bili poput mene, mi prvo mi. I zabrinutost komisije da COVID-19 može razdvojiti zemlje." (P2)

Sudionik govori o tome što možemo naučiti iz neuspjeha diplomacije da spriječi, zaustavi i završi situaciju i želi znati razloge neuspjeha diplomacije; dogovor ili konsenzus koji nije postignut ni u jednom trenutku, kontinuirani diplomatski bojkot, države ga prestaju prakticirati, završava bez ikakvog zaključka, idealistička utopija, zahtijevaju veći udio bez poštivanja prava druge strane, biti na pogrešnoj strani međunarodnog prava.

„To je primjer neuspjeha u diplomaciji. Budimo iskreni." (P7)

„Glavni alat za njegovo poticanje bio bi poput zajedničke vizije. I nažalost, imam osjećaj da smo barem u Europi, pomalo daleko od zajedničke vizije. " (P8)

8. Kritika na reakcije međunarodnih organizacija vlasti i SZO

Sudionici smatraju da je proces procjenjivanja bio loš i uglavnom su osuđivali i kritizirali mjere i odluke međunarodnih vlasti. One kasne s protokolima i nacionalnim vlastima nisu pružili jasne upute koje se temelje na dokazima.

„Ovo je bilo nešto novo, što je opustošilo svijet“ (P6)

„Dijelim mišljenje da WHO nije bio dorastao izazovu, posebno u početku. Čuo sam da postoji svojevrsno pitanje o upravljanju na razini WHO-a, što znači da se čini da su na njega Kinezi previše i izravno utjecali, a ovo je vrsta induciranog pristranog pristupa svjetskoj pandemiji.“ (P2)

„Mislim da ste kao građani mogli očekivati puno bolji posao od međunarodnih organizacija posebno posvećenih očuvanju javnog zdravlja u slučaju pandemije.“ (P4)

„Jedino što se sada kritizira je u kojoj je mjeri reakcija trebala biti ranija kada smo saznali za slučajeve u Kini. U to smo vrijeme trebali stvarno djelovati. Ali tko bi mogao predvidjeti da će to biti tako? Stoga mislim da je to dobra lekcija za budućnost. Dakle, ovo bi trebao biti njihov način da poboljšaju buduće korake. "(P2)

„Vjerujem da, općenito, čak i ako smo znali i vjerujem da su ljudi u tom sektoru znali da postoji rizik od pandemije, vjerujem da je ebola, ali i SARS očito pokazatelj rizika od globalne pandemije. Vjerujem da vlada, posebno također u Europi, nije na početku poduzela sve smjernice pripravnosti kako bi se pripremila za pandemiju. Smatram da je europski odgovor malo zakasnio. Ali isto tako, znate, i sama komisija prepoznala je da je Italija u odgovoru ostala pomalo sama." (P9)

„Znamo za Kinu. Razumijem da Kinu ne mogu naljutiti i , znate, ako započnete igru krivnje, situacija bi se mogla pogoršati kad ljudi prestanu slušati i kad ih krivite, pa ni to nije dobar pristup." (P3)

„Mislim da je do sada bilo puno samokritičnosti u onome što su rekli i što su riješili do sada. Mislim da su naučili lekciju i zato je znanstvena zajednica vrlo brzo reagirala, a mislim na

proizvodnju cjepiva. Postojala je znanstvena suradnja između znanstvenika, vlada, privatnih fondova i drugih dionika kako bi se cjepiva mogla proizvesti u vrlo kratkom vremenu. Uravnotežili su svoj učinak na razini prevencije, a zatim i na razini spremnosti. Ovo je šire pitanje koje utječe na svako nacionalno gospodarstvo i svaki nacionalni zdravstveni sustav i oni bi trebali više ulagati u prevenciju i u javno zdravstvo." (P6)

"Moramo raditi sveobuhvatno, a oni moraju ustrajno raditi na percepciji ljudi." (P3)

„Ne bih htio kvalificirati jer znam da se svi trude raditi najbolje što mogu. Pa mi to ne bi htjeli kvantificirati. Mislim da im je teško na neki način dati kvalifikaciju o tome kako su se nosili s tim." (P1)

„Slušao sam stvari i bio sam svjestan što se događa, stvari se kreću vrlo brzo. Ali mislim da postoji mnogo kritika na račun WHO-a. Mislim da ovu kritiku treba shvatiti vrlo ozbiljno." (P8)

"Oni dobivaju novac koji ne ide samo za covid istraživanje već za administrativne stvari, za zgrade ili bazene." (P5)

„Da, kritičari. Definitivno mislim da transparentnost.“ (P2)

Neki od sudionika nisu željeli komentirati ili kritizirati čak i ako se slažu s kritikom. Prepoznajemo neku vrstu straha oko toga što bi se moglo dogoditi ako podijele svoje mišljenje s autoritetom.

„Pa, ne bih to želio komentirati. Postoji svijest u istraživanju kako to možete strukturirati u budućnosti, vrste procesa kada je u pitanju učiniti sve što možemo kako bismo poboljšali suradnju. Također u drugim postavkama, još uvijek postoji postupak. Morao sam pregledati razne suradnje, uključujući WHO, kako možemo poboljšati ono što imamo, da tako kažem. "(P1)

"Pa, ne bih želio ulaziti u razjašnjavanje njihovog rada u tom smislu." (P7)

„Nisam u stanju suditi tim stručnjacima koji su na visokoj razini.“ (P8)

Neki od njih pokušali su naći opravdanje.

„Bilo je puno stvari, ne puno aspekata. Mislim da je ovu pandemiju doista teško riješiti od samog početka." (P6)

„Mislim da je sasvim normalno da što god radili bit ćete kritizirani. I zato mislim da je važno da nakon toga napravimo recenzije." (P9)

„Zdravstvo ima problem što nitko nije glavni pa to nikako ne može učiniti kako treba, jer kad se dogodi nešto dobro, nema reakcija i ako se dogodi nešto loše, tada nisam uspio koordinirati, voditi ili osigurati resurse. Dakle, netko je uvijek na pogrešnoj strani. A to je trenutno neizbježno.“ (P4)

Prema riječima sudionika, to se neće uskoro promijeniti. U većini kritika, naravno, postoji srž istine, ali to je i najlakša meta. Ne postoji vrlo dobar model kritike da model upravljanja koji nam omogućuje zdrav pogled na naše operativne vrijednosti i utvrđivanje odgovara li on još uvijek potrebnoj situaciji. Ne postoji dobar mehanizam. Unatoč kritičarima zbog reakcije WHO-a, on nam još uvijek treba. I UN i Ministarstvo zdravstva imaju isti problem na nacionalnoj razini.

„Uvijek ste laka meta i zamka u koju ponekad padnu jest da zaborave svoju svrhu, jer je WHO neophodan. I to je njegov mandat, koji se osvježava na svakom sastanku Generalne skupštine, jer države članice i dalje glasuju kako bi to učinile. Ali ovo je poput samoispunjavajućeg proročanstva. "(P1)

„Primjer za to u sferi digitalnog zdravstva je da se odvija natjecanje između Europske komisije i WHO.“ (P7)

„Pretpostavljam da bi ministarstvo ili nadležni službenici na nacionalnoj razini trebali biti transparentniji u vezi s tim. Mislim, imali smo ovaj slučaj u Italiji, na primjer, ali zahvaljujući medijima. Vjerojatno ministar nikad ne bi izvijestio parlament o ovom slučaju. "(P2)

Jedan sudionik istaknuo je ekonomsku krizu uzrokovanu pandemijom kao relevantnu za GZD u vezi s cjepivima, preventivnim mjerama i opremom te bolničkim tretmanima.

ACT-akcelerator koji su zajedno pokrenuli Svjetska zdravstvena organizacija, Europska komisija, Francuska i Zaklada Bill & Melinda Gates, treba dodatnih 35 milijardi američkih dolara kako bi ostvario svoje ciljeve proizvodnje 2 milijarde doza cjepiva, 245 milijuna tretmana, i 500 milijuna testova. Nova opredjeljenja za inicijativu su dobrodošla i iskoristit će se za kataliziranje daljnjeg financiranja za nastavak temeljnog rada ACT-Acceleratora.

„Kritika na mjere jer nije bila baš produktivna turistička sezona za nas. Prihvaćene su Hrvatska i Grčka. Dakle, ovaj će gubitak dovesti do velike nezaposlenosti, a na temelju

jučerašnjeg istraživanja Eurostata, Grčka ima najslabiju stopu rasta među zemljama EU-a. „(P2)

9. Prijedlozi za poboljšanje područja i prakse GZD-a

Globalno zdravlje treba globalnu zdravstvenu diplomaciju i sudionici definiraju više načina za poboljšanje GZD-a i njegove prakse, jer zdravlje postaje sve važniji element u vanjskoj politici, sigurnosnoj politici i razvojnim strategijama. Sve veći broj zdravstvenih izazova ne može riješiti na tehničkoj razini zbog upravljanja pandemijom COVID-19 zato što samo oni zahtijevaju političke pregovore i rješenja, zato se zdravstvena diplomacija odvija na mnogim razinama. Složili su se da postoji potreba za širim angažmanom zemalja regije u jačanju sučelja zdravstva i vanjske politike, kako unutar tako i među zemljama, uz potporu WHO-a. To može značiti uključivanje drugih ministarstava, posebno ministarstava financija, kao i uključivanje drugih sudionika, poput privatnog sektora i nevladinih organizacija. Ciljevi procesa angažmana moraju biti jasni, a moraju se osigurati transparentnost i odgovornost.

„Pa, mislim da smo u to vrijeme surađivali, naravno, kako bismo bili sigurni da imamo otvoren i trajan dijalog između predstavništva, različitih ministarstava u glavnom gradu, kao i predstavništva u Ženevi i New Yorku.“ (P8)

„Moramo naučiti kako provoditi mjere javnog zdravlja ne zato što je COVID – 19 pandemija dogodila jednom u životu, već zato što to moramo činiti svaki dan u životu, na poslu, u kućanstvima i svugdje.“ (P1)

„Mislim da će javno zdravstvo i zdravstvena politika biti okruženje na kojem bi se moglo kultivirati daljnje znanje. Dakle, zdravstvena diplomacija, na način na koji smatram da bi to mogla biti podtip ovoga, povećati i ažurirati ovo kako bi stvorila profesionalce koji bi trebali dalje razrađivati daljnja pitanja zdravstvene diplomacije u ovom trenutku. Primijetio sam da naša zemlja vrlo dobro surađuje s našim vlastima i našim institucijama i donošenjem odluka, a institucije utječu na ishode donošenja odluka. "(P6)

Sudionici su izjavili da treba, na neki način, stvoriti zajedničko stajalište jer smo danas još uvijek u vrlo raščlanjenom svijetu u zdravstvu i zaista je vrlo teško imati zajedničke stavove. Doživjeli su, posebno na početku pandemije COVID - 19, gdje su, umjesto bliske suradnje različitih europskih zdravstvenih sustava postavljenje razne vrste blokada i prepreka.

„Mislim da zaista moramo imati što sličniji pogled na glavne izazove u zdravstvu. Stvarno trebamo stvoriti zajedničku osnovu o ovim ključnim pitanjima i ključnim izazovima za zdravstvenu zaštitu u Europi. A nakon što se pozabavi ovim preliminarnim korakom, možete krenuti dalje i razmišljati o usredotočenijoj, vertikalnoj kooperaciju i suradnji, u određenim poljima." (P4)

Legitimnost i osporavanje u globalnom upravljanju vide se u njegovim pravilima i odlukama.

Sudionici ističu postojanje strategija u ova nepredvidiva vremena i forsiraju spremnost za buduće globalne prijetnje zdravlju.

„Pomalo sam se bojao da mnogi ljudi koji su razvijali ove aktivnosti nemaju dobru znanstvenu formaciju ili čak niti dobro znanje o javnom zdravstvu. To je problem. Morate uzeti u obzir međunarodne zdravstvene propise i kako se oni slažu ili ne slažu s lokalnim propisima. To je vrlo komplicirana stvar." (P7)

Činjenica da sudionici vjeruju da trebaju imati više javne svijesti o tim problemima i kako se donose odluke može rezultirati potporom stanovništva, posebno kada se moraju suočiti s problemima poput pandemije.

„Tijekom našeg predsjedanja vijećem EU, vrsta opće teme bila je ekonomija blagostanja, što je također novi pojam. teško je razgovarati s ljudima ako nemaju ništa opipljivo. EU obitelj za njih je svojevrsna odskočna daska. Ako nešto poleti u EU, imamo veće šanse za to. Ako to kolege iz EU ne razumiju, onda to države EU.“ (P6)

„To je previše u svom malom vakuumu u njegovom zdravlju. Velika si riba u malom ribnjaku." (P2)

Perspektiva sudionika pokazuje da je zdravlje ključno za ekonomsku i socijalnu dobrobit i oporavak, a također i za nacionalnu sigurnost, tako da angažman mora biti u cjelini s ljudima koji donose odluke o dodjeli resursa. Ljudima koji donose sigurnosne odluke mora biti jasno da moraju podupirati zdravstvo i moraju razumjeti da nije dovoljno samo izjaviti „oh, trebate paziti na zdravlje“.

Sudionici primjećuju sve veće shvaćanje da nacionalna sigurnost, nacionalni ekonomski i socijalni razvoj ovise o zdravlju. Ako zdravlje nema ili ako postoji propust u zdravstvu, ako postoji hitna zdravstvena situacija, to ima posljedice na nacionalnu sigurnost, kao što smo svi već iskusili. A to znači da već tada razgovor mora biti u tijeku, da ministarstva zdravstva moraju

biti na prvim linijama. Nacionalna vlast mora voditi razgovore o sigurnosti i razgovore o gospodarskom razvoju. Treba ih saslušati jer je to zbog sigurnosti i ekonomskog razvoja.

„Ovdje se ne radi o zalaganju za zdravlje, već o tome da strateške odluke koje su same po sebi nisu ne zdravstvene odluke, budu dovoljno dobro informirane. Tako da i mislim da globalna zdravstvena zajednica, kao što je to bilo, i globalne zdravstvene agencije nisu to dobro učinile. WHO bi trebao sudjelovati u NATO-u. „(P3)

Jedna od stvari koja zdravlje čini dodatno posebnim ili specifičnijim jest to što je uključeno toliko puno sudionika, tako da se mnogo puta diplomatski dio odnosi na nacionalne vlasti i tamo može puno toga raditi.

„Stoga moramo pronaći način na koji možemo imati ovu konstruktivnu raspravu i model upravljanja gdje možemo uključiti sve glavne sudionike u proces donošenja odluka, koji će na kraju biti na razini WHO-a ili Europske zdravstvene mreže ili gdje god to moglo biti, a posebno u zdravlju. A morate imati ono što nazivamo stručnjacima za iskustvo koji su voljni sudjelovati. "(P1)

Prvi prijedlog za poboljšanje bilo bi obrazovanje, kako bi se stručnjacima u budućnosti omogućilo znanje o tome što pokušavaju učiniti, da razumiju situaciju. Druga je promjena njihovog stava o ovoj novoj stvari. I treći je promjena ponašanja jer ih na taj način udaljavate od starog i potičete na rad s novim. Put od znanja do promjene stava do promjene ponašanja je kroz emocije.

„Jedini način na koji možete promijeniti vlastito ponašanje ako je to nešto što vas također dodiruje emocionalno. Najbolji način da prenesete osjećaje je imati ljude koji imaju stvarno praktično iskustvo. Objasniti vam u čemu je problem koji pokušavate riješiti. "(P9)

10. Ograničenje prava pacijenta za pristup zdravstvenoj zaštiti u COVID-19

Sudionici stavljaju naglasak na činjenicu da stavljanje bolnica u lockdown donosi ograničenja s posljedicama, jer je narušeno pravo na pristup zdravstvenoj zaštiti širom svijeta. Kako pandemija COVID-19 povećava broj pacijenata koji ulaze u bolnice s respiratornim simptomima, zdravstveni radnici posebno su oprezni u vezi s liječničkim konzultacijama za „ambulantne pacijente“. Mnogi „bolnički pacijenti“ puštaju se iz bolnice kako bi ih zaštitili od infekcije, za kronične bolesnike to može biti jako opasno i može rezultirati nepredvidivim komplikacijama. Potreban nam je sustavniji i proaktivni pristup kako bismo identificirali i

razumjeli ključne trenutne i buduće promjene koje utječu na prava pacijenata i kako bismo izgradili kapacitete među državama članicama da bismo podržali neophodne kolektivne akcije kako bismo iskoristili sve mogućnosti u osiguranju da ta prava u potpunosti promatranom.

„Izazov je za zdravstveni sustav pokušati održavati redovnu proizvodnju, naravno. I očito je bilo situacija da se, na primjer, neurgentni postupci moraju odgoditi. Očito, to može utjecati na pristup kada su u pitanju drugi tretmani ili postupci. "(P2)

Primjerice, u Nizozemskoj u Ministarstvu zdravstva postoji Vijeće službenika s iskustvom, skupina od preko 50 odvjetnika pacijenata. Vijeće mora pregledati sve naše politike u nastajanju i razvoju koje donosimo. Ono može reći sve o procesu i može učiniti sve što se od njih zatraži, ali sustav se stalno mora ažurirati.

„OK, kako se možemo poboljšati? Pitajte prava pitanja i ne zaboravite, medicinske sestre, imaju ogromno iskustvo u prevođenju potreba pacijenta na ono što zdravstveni sustav može pružiti i ima puno velike kreativnosti u prilagođavanju pravila tako da se uklapa u njega.“ (P4)

„Pa, rizik je kada imate vrlo povećanu potražnju zbog pandemije da to utječe i na sposobnost ostalih problema.“ (P6)

„Mnogo je prava bilo ograničeno u kontekstu restriktivnih mjera, ali svatko od nas trebao bi shvatiti da je to važno jer su vlasti trebale donijeti odluku, a ispravne odluke u ovoj fazi bile su provođenje i izricanje restriktivnih mjera.“ (P2)

Sudionik je također naveo da ograničavanje prava pacijenta nije povezano s pandemijom COVID – 19 te da jedinice za njegu prihvaćaju svaku osobu koja je bila pogođena COVID – 19, za ovu vrstu prava zalagala se država. Tijekom pandemije u medijima smo mogli vidjeti da postoji više problema.

„Ljudi imaju pravo znati što se događa u njihovoj zemlji, koji su testovi pozitivni, koja je stopa pozitivnosti u svakoj regiji, koja je stopa smrtnosti u svakoj regiji, kako mobilnost utječe na broj COVID - 19 slučajeva, na koji način mobilnost utječe na prijenos između regija.“ (P2)

„Mislim da postoji problem oko toga, a nedavno je naglašen i na političkoj razini, u kontekstu parlamentarne kontrole i parlamentarnih rasprava, moramo biti oprezni. Ali istodobno, ne sumnjam u stručnost i sposobnost domaćih znanstvenika i sposobnost suočavanja s ovom pandemijom. Imam puno povjerenje u znanstveni rad. Ali postoji pukotina u povjerenju i pretpostavljam da političari koji obično instrumentaliziraju znanstvenike. "(P9)

„Impresivno je vidjeti kako se hitna situacija zbog bolesti COVID-19 doista zanemaruje postojanje druge patologije. To je kao prije nego što u prioritet liječenja uvedemo žutu plahtu i svu pažnju koju pacijent zaslužuje, što zaista nije opravdano. Ako ne vidim zašto bi se pacijent na kojega utječe COVID-19 trebao kretati brzo i učinkovitije od pacijenta s davnom prošlošću pogođenom rakom, pa tako i drugim patologijama. "(P5)

„Mislim da je to doista velika greška i velika šteta.“ (P8)

Bilo je implikacija da nitko nije bio spreman nositi se s pandemijom. Bolnice su preplavljene pacijentima i velikim brojem pacijenata koji dugo borave na odjelima intenzivne njege, nadalje ljudi nisu htjeli odlaziti u bolnice jer su se bojali da će oboljeti od nekakve infekcije. Svi ovi faktori imali su utjecaj na prava pacijenata.

„Ne mislim na manje probleme, ali na ljude s karcinomom koji su tijekom pandemije trebali i dalje dobivati liječenje, a zatim jednu operaciju ili bilo što drugo, to se nije moglo dogoditi i takve stvari i puno stvari su odgođene i to je bio problem. “ (P4)

"Pojavio se problem jer nisu razumjeli sustav trijaže." (P9)

„Vjerujem da je posebno postojao problem kod starijih ljudi.“ (P2)

Pandemija je veliki izazov za stjecanje prava u hitnim slučajevima.

„Prije svega, postojalo je ograničenje u pristupu za liječenje bolesti, a imate i ograničenje u pristupu drugim poslovima.“ (P8)

„Imamo prilično stroge zakone, da bismo imali njegu, imamo ovakvu vrstu garancije za njegu. Dakle, oni su ukinuti zbog covida. Puno je pritužbi i slučajeva da li su neki ljudi zanemareni u liječenju zbog bolesti COVID-19. Tako će se oni i dalje povećavati. "(P2)

"Bila je to neželjena, ali neizbježna nuspojava, a posebno u zaključavanju još uvijek primamo sve više i više mjera, pa se toliko izbornih tretmana odgađa, a zdravstvena šteta uzrokovana time bit će ogromna." (P6)

„Mislim da nijedan zdravstveni sustav nije u stanju u potpunosti preuzeti teret koji donosi ova pandemija i redoviti teret zdravstvene zaštite.“ (P1)

„Moramo pronaći druge alate za liječenje pacijenata također zato što se, poput, vrlo brzo prebacujemo iz bolničke u skrb u zajednicu. Dakle, sve nove modele liječenja.“ (P9)

11. Europska povelja o pravima pacijenata

Nažalost, nismo pronašli nijednog sudionika koji je u potpunosti upoznat s Europskom poveljom o pravima pacijenata koja navodi 14 prava pacijenata koja zajedno imaju za cilj zajamčiti "visoku razinu zaštite ljudskog zdravlja i osigurati visoku kvalitetu usluga koje pružaju razne nacionalne zdravstvene službe u Europi“.

Sudionici se ne bave sadržajem Povelje u svom radu, neki sudionici su čuli za Povelju, ali nisu upoznati s njenim sadržajem. 14 prava utjelovljenje su temeljnih prava i kao takva moraju se priznati i poštivati u svakoj zemlji. Povezana su s dužnostima i odgovornostima koje moraju preuzeti i građani i sudionici zdravstvene zaštite. Povelja se odnosi na sve pojedince, prepoznajući da razlike, poput dobi, spola, vjere, socijalno-ekonomskog statusa itd., mogu utjecati na individualne zdravstvene potrebe.

„Pa, nisam upoznat s tim, pročitao sam mnogo članaka o pravima pacijenta, a sudjelovao sam i na nacionalnim kongresima, gdje je zajednica pacijenata, vrlo važan i koristan doprinos aktivnostima Kongresa. Ali nisam svjestan što kažete. "(P1)

„Ne znam. Znam Povelju o temeljnim pravima, ali ne i ovu. "(P2)

„Čuo sam za to jer su nas često kontaktirali iz različitih udruženjima pacijenata, ali da budem iskren, nisam to stvarno pročitao ili nisam prošao kroz to ili slično tome.“ (P3)

„Je li to utjecalo ili je to bio određeni primjer, ali kao referentni materijal postoji. Dakle, koriste se kao i svi ovi međunarodni dokumenti, ja ih koristim kao referentni materijal.“ (P9)

Nekoliko sudionika identificiralo je EPPP sa sličnim dokumentom ili politikom, posebno za prekograničnu zdravstvenu zaštitu.

„Oni su osnova i za Europsku direktivu o pacijentima koja europskim pacijentima omogućuje da dobiju onu vrstu skrbi za koju su osigurani u drugoj europskoj zemlji. Dakle, ne mogu vam odbiti njegu jer nemate model osiguranja te zemlje i tu direktivu “ (P3)

Sudionik naznačuje da nije dovoljno samo postojanje EPPP-a dok se ne primjenjuje u nacionalnom zakonu.

„I tako povelja ima prava, a direktiva ih pretvara u ono što svaka država članica treba provesti u skladu sa svojim propisima, kako biste vi mogli ostvariti ta prava.“ (P8)

12. Jačanje prava pacijenta kao temeljnog ljudskog prava

Razumijevanje zdravlja kao ljudskog prava stvara zakonsku obvezu državama da osiguraju pristup pravovremenoj, prihvatljivoj i pristupačnoj zdravstvenoj zaštiti odgovarajuće kvalitete, kao i pružanje temeljnih determinanti zdravlja, kao što su sigurna i pitka voda, sanitacija, hrana, stanovanje, zdravstvene informacije i obrazovanja te rodna ravnopravnost. Ovo je najviši dostižni zdravstveni standard kao temeljno pravo svakog čovjeka.

„Bilo je prilično visceralno jasno koliko je to važno, jer ako pacijenti nemaju prava, povjerenje je teško u sustav. A onda, ako sustav ne uživa povjerenje, postoje poteškoće u pogledu usklađenosti i uvjeta. "(P2)

„Pa, mislim da je pandemija također stvorila probleme u pravima. Ljudska prava igraju presudnu ulogu u osiguravanju naše demokratske kvalitete zdravlja. Zato vjerujem da bismo trebali preispitati pitanje prava. Prvo bismo trebali procijeniti negativne implikacije izazvane pandemijom COVID - 19 u području prava. A onda bismo se trebali usredotočiti na prava pacijenta." (P4)

Vrhunski stručnjaci i politički čelnici Europske komisije nemaju pravo na povjerenje, već ga moraju zaraditi i potruditi se da im javnost vjeruje i moraju pokazati da djeluju u interesu onih koje zastupaju, a ne u interesu drugih, a osim toga javnost bi trebala imati pravo očekivati da oni koji donose odluke to čine na osnovi najboljih dostupnih dokaza.

„Mislim da ovakva referenca odražava trenutne socijalne potrebe. Ljudi imaju pravo znati što se događa, žele znati što je sigurno, a što nije sigurno. Ljudi imaju pravo znati što je za njih korisno, a što ne. Ljudi imaju pravo znati što je produktivno, a što kontraproduktivno. Ljudi imaju pravo znati hoće li gospodarstvo, hoće li se njihovi poslovi zadržati ili neće. Ljudi imaju pravo znati koji će se programi koristiti kako bi se pripremili. Ljudi moraju znati unaprijed što će se dogoditi u svjetlu budućnosti zdravstvenih izazova u svijetu." (P6)

„Mislim da smo još uvijek na početku doista važne uloge pacijenata u formuliranju zdravstvene politike. Ali danas je to još uvijek vrsta iznimke kada su pacijenti izravno uključeni u donošenje politika. Što se tiče zdravstvene zaštite, mislim da bismo trebali postati puno normalniji i puno više ugrađeni u proces donošenja odluka." (P3)

„Mislim da je to često slučaj, izjave o ljudskim pravima principa vrlo su dobro izrađene i fascinantne, ali tada je vrlo teško vidjeti kako se one primjenjuju i primjenjuju u zdravstvenoj praksi, što je slučaj u ovoj domeni.“ (P7)

„Mislim da je presudno znati da bi se pomoću bioetike bolje definiralo koja su prava.“ (P1)

Postoji suglasnost sudionika da se prava pacijenata moraju poboljšati kao temeljno pravo. Može se poboljšati promjenom kulture osoba koje rade u medicinskoj profesiji, moraju biti svjesni ovih problema. Jedan sudionik govori iz iskustva da su tijekom pandemije nevladine organizacije koje štite ljudska prava bile pomalo nespremne zaštitu prava pacijenata, nisu navikle raspravljati o tim pitanjima. Počinju smišljati raspravu o zagovaranju prava pacijenta, posebno za starije ljude.

„Ljudska prava i prava pacijenata su temeljna. Vjerujem da trenutno postoji i pitanje kako učiniti pacijenta akterom ne samo predmetom medicinskih problema, već i na globalnoj razini. Vjerujem da bi ova inicijativa, uzimajući u obzir i pravni okvir ljudskih prava, mogla uzeti u obzir." (P2)

„Deklaracija o ljudskim pravima, koja se odnosi i na prava pacijenta i prava djeteta. Također vidimo da postoji obveza liječenja i njege." (P8)

„Mislim da postoje čak i mnoge civilizirane zemlje koje ne žele dodirnuti Deklaraciju o ljudskim pravima, na primjer, jer kad je otvorite, morate je otvoriti za sve jer je nemoguće otvoriti je samo za ovu stvar. Dakle, to zasigurno nije način na koji bih to učinio." (P7)

„Mislim da će upravo takve izjave i priče dirnuti u srce. Tako da ne treba ostati racionalan ili na papiru ili dokumentu. To moraju postati priče ljudi na koje pokušavate utjecati i koje će vam pomoći promijeniti ponašanje. To će vam također pomoći kao diplomatu da svojoj zemlji ispričate priču da trebaju promijeniti svoje ponašanje, a također će vam pomoći učvrstiti svoje pozicije jer su te pozicije izvedene iz vrijednosti koje želite podržati. "(P6)

„Mislim da treba još puno raditi, kad govorimo o digitalizaciji, mogućnosti da pacijenti imaju pristup liječenju i naravno, također zbog povjerenja, vidjeli smo da je sve manje pacijenata imalo mogućnost čak pristupiti bolnicama. No, istina je i da kada govorimo o digitalizaciji, moramo doći i do najugroženijih ljudi koji se obično ne koriste u korištenju digitalnih alata. "(P5)

13. Svijest pacijenta o svojim pravima

Prava pacijenata su ona osnovna pravila aktivnosti između pacijenata i pružatelja zdravstvenih usluga. Većina pacijenata i liječnika otkrivaju da su se mnogi detalji o pravima pacijenata promijenili i da se mijenjaju tijekom vremena. Ljudi često ne ostvaruju svoja posebna prava u vrijeme skrbi, jer ta prava ili nisu jasno definirana ili su uključena u svežanj papira koji pacijenti ne razumiju. Pravo na najviši dostižni zdravstveni standard ”podrazumijeva jasan skup zakonskih obveza država da osiguraju odgovarajuće uvjete za uživanje u zdravlju za sve ljude bez diskriminacije“. Pravo na zdravlje jedan je od niza međunarodno dogovorenih standarda ljudskih prava. Svijest pacijenta o njihovoj vladavini ovisi o zemljama, pacijent ima središnju ulogu u zapadnoeuropskim zemljama gdje popularno potiče dobru komunikaciju između pacijenta i liječnika. Ovo se gradi na povjerenju i partnerstvu. Glavni problem kod nadležnih tijela zdravstvenih usluga i jednosmjerna komunikacija najpoznatiji su u zemljama Balkana.

„Pa, prije svega, ovo je vrlo kulturno vođeno područje. Dakle, ono što se događa je da se liječnici uče da su oni Božji predstavnici na Zemlji jer oni mogu tako liječiti, a pacijenti su njihovi sljedbenici, i oni samo liječe i liječe i liječe. To je vrlo velika razlika u perspektivi tko je glavni u ovom odnosu između pacijenta i njegovog liječnika. A to je gotovo posvuda. Dakle, liječnici se cijene vrlo visoko. Pacijenti ovise o tome što vole njihovi liječnici." (P2)

„Mislim da se događa neka vrsta poboljšanja, ja sam ovdje u Bruxellesu već 21 godinu, ali kad sam stigao ovdje, mislim da stvarni pojam prava pacijenta zapravo nije bio u zraku, a s vremenom, vidio sam da se događa zaista važna promjena, posebno u bolnicama." (P5)

„Mislim da je u Italiji nekako teže promovirati kulturu prava pacijenata, ali naravno, možete zatražiti prava koja možete unaprijediti ako na neki način plaćate, ako ne obraćate pažnju , čak i ne razmišljate o pravima pacijenta, jer to je moja intuicija." (P3)

„Mislim, sada su puno bolji, moram reći. Prije mnogo godina prava ljudi koji nisu toliko raširena stvar. Ali u današnje vrijeme to je pokušaj da se stvarno proširi i da pacijenti znaju koja su njihova prava. Tako da mislim da je sada to puno, puno bolje, iskreno govoreći. "(P9)

„Vjerujem da trenutno postoji GDPR direktiva, a postoji i snažno kretanje, također i liječnici, koji se obično informiraju puno o medicinskom postupku i donose odluku za pacijente. Vjerujem da postoji poboljšanje, naravno, pitanja ekonomske krize i kašnjenja u mogućnostima za ispite još trebaju biti poboljšana." (P7)

„Još je puno stvari potrebno učiniti kako bi se pacijenti uključili u zajedničku odluku, učinili je bolje informiranom i pružili lijek usmjeren na osobu. Svaka zemlja mora imati mogućnost uložiti žalbu. U nekim europskim zemljama postoji nevladin sektor koji je pokrivao prava pacijenata bolje od nacionalnog tijela." (P1)

Nismo primijetili da postoji razlika u svijesti kod pacijenata između privatnog i javnog sektora.

„Vidjela sam u talijanskom javnom sustavu da postoji diskriminacija između jednog razloga prema drugima. Također sam vidjela Belgiju, diskriminaciju u pristupu zdravlju. Razlika između sektora ovisi i o ekonomskim prihodima. Pacijenti uopće nisu informirani. "(P5)

„U Finskoj se redovito daju informacije, a nevladin je sektor vrlo aktivan i prilično dobro financiran. Dakle, vlada financira mnoštvo udruga pacijenata za različite bolesti, a mi imamo pučkog pravobranitelja za podnošenje pritužbi. Postoji nacionalno nadzorno tijelo za dobrobit i zdravlje. "(P6)

„Što više problema imate, to manje znate o svojim pravima.“ (P2)

„I jedan od nagona koji trebamo učiniti i koji pokušavamo učiniti u Nizozemskoj, kao i da oni postanu ravnopravniji partneri. Zapravo imamo velik program za ravnopravno partnerstvo, što znači da se kao pacijent trebate educirati u zdravstvenoj pismenosti da biste mogli razgovarati o svom zdravlju i posljedicama na liječenje sa svojim stručnjakom." (P8)

Sudionik izvan Europe naveo je:

„U usporedbi s većinom mjesta na svijetu, Europljani se prilično dobro snalaze. Uvijek postoji način za poboljšanje." (P7)

14. Relevantnost prava pacijenta na GZD

Prava pacijenata se stalno mijenjaju. Strateška važnost zdravlja promijenila se, budući da je zdravlje postalo sastavnim dijelom dnevnog reda ekonomske, geopolitičke, sigurnosne i socijalne pravde, uključujući ljudska prava i unutarnju i vanjsku politiku, među ostalim programima u nastajanju. Politike u područjima izvan zdravstvenog sektora, poput trgovine i gospodarskog razvoja, sada trebaju biti nadopunjene politikama u područjima okoliša i zdravlja. Sudionici su identificirali važnost prava pacijenta za GZD, a ona se opisuju kao temeljna.

„Mislim da su oni zapravo ključni, a također mislim da pacijenti ne bi trebali dolaziti samo kao brojke, prihvatiti to ili ići u bolnicu, već da bi se na njih gledalo kao na ključ i trebali bi biti uključeni u proces liječenja. I samo kao krajnji korisnik.“ (P2)

„Prava pacijenta uvijek su mjerodavna bez obzira na točne postavke, to je nešto što će, naravno, biti prisutno u raznim kontekstima koji pregovaraju.“ (P4)

„Mislim da bi zajednica pacijenata trebala ojačati sama sebe.“ (P5)

„Potrebno je da prava pacijenata budu presudnija, važnija u procesu donošenja odluka, pacijenti, volja, želje i percepcije su u srži. Smještanje jezgre u naše akademsko područje.“ (P6)

„To je osnovna uloga u zdravstvu, sve je važnija. Stoga osjećam da u smislu zdravstvene diplomacije postoji potreba za sigurnošću i uloga pacijenata i organizacija pacijenata da imaju priliku izraziti se i iznijeti vlastite stavove. "(P1)

„Imamo zakon za pacijente i on je kristalno jasan. Mi imamo pučkog pravobranitelja. Ako smatrate da ne dobivate liječenje koje zaslužujete ili se s vama maltretiraju, postoje postupci za žalbu. Postoje sustavi postoje svi. Ali opet, govoreći iz nordijske vrlo organizirane zemlje. Da, drugačije je od Rusije ili Kine." (P2)

„Prava pacijenata često budu stavljena u pozadinu ministarstava trgovine. Ako pogledate privatni sektor, tržište djeluje učinkovito samo ako neki od ljudi imaju relativno dobre informacije. Situacija je takva da je ogromna neravnoteža moći ili ogromna neravnoteža informacija, moći, privilegija. S odnosom s vladom imate i sličnih problema." (P5)

15. Kako GZD može pomoći zdravstvenim radnicima u pandemiji?

Ovo je vrlo teško vrijeme za zdravstvene radnike koji moraju uravnotežiti strah od vlastite sigurnosti s pružanjem pune njege svojim pacijentima. Zdravstveni radnici suočeni su s etičkim i moralnim dilemama oko ograničavanja pristupa zdravstvenoj zaštiti i rizika od COVID-19. Morali su birati između pružanja njege ili odgađanja već zakazanog postupka dijagnostike i terapije, ali poslušati i pravila zdravstvenih ustanova.

„Zbog toga su odgovorne vlasti uvijek postavljene pred veliku dilemu, moraju odabrati ili zaštitu zdravlja ljudi, bilo od javnog zdravlja, bilo da odu na posao i donose odluke u korist

našeg gospodarstva. Ovo je vježba, teška vježba, a vi morate, i vrlo je teško, postići ravnotežu, a ovo je postupak donošenja odluka. "(P8)

Većina sudionika naglasila je činjenicu da zdravstveni radnici uvijek moraju imati nacionalnu podršku i bolničku podršku za donošenje odluka. Pandemija COVID-19 također je pokazala važnost globalnog zdravlja. COVID-19 nadilazi nacionalne granice i vlade i poziva na globalnu akciju kako bi se utvrdilo zdravlje ljudi.

„Postoje smjernice i tako dalje, koje se mogu uspostaviti na različitim razinama.“ (P6)

Međutim, razumijevanje potreba svakog pacijenta ujedinjuje najbolji ishod liječenja i uspostavlja jači odnos povjerenja između pacijenata i zdravstvenih radnika.

Pristup pacijenata skrbi ponovno se oporavlja nakon gašenja pandemije COVID-19, što sugerira da su napori pružatelja usluga da ponovno pokrenu pacijenta tijekom ponovnog otvaranja imali pozitivan utjecaj,

„Pa, ne bih mogao ulaziti u vrlo specifične detalje, ali mislim, očito postoje, na primjer, preporuke o standardima testova i tako dalje, u to sam čitav siguran. Ali samo da im dam primjer nečega za što je očito da vam treba suradnja." (P1)

„Bio sam uključen u razvijanje specifičnih smjernica u tom smislu. jednom kad imate, tajne interpretacije, s njima se pregovara na određeni način." (P3)

„Mislim da zdravstvena diplomacija može utjecati preispitivanjem ispravnih savjeta i ispravnih znanstvenih savjeta i savjeta naših državnih vlasti utemeljenih na dokazima o tim narativima.“ (P2)

„Tijekom pandemije mislim je neovisan pogled na dinamiku i razvoj situacije nedostajao u cijelom odgovoru na pandemiju, ako je netko zdravstveni diplomat koji bi mogao biti dovoljno mjerodavan za promicanje i poticanje osnaživanja uloge lokalnih liječnika na terenu da interveniraju kao prva linija obrane od virusa. To bi bio vrlo, vrlo važan korak ka izbjegavanju ogromnih naknada za zdravstveni sustav u cjelini." (P6)

„Radije dopuštamo ljudima da se uplaše i trče u bolnice, a zatim vape za uzbunom jer nemaju dovoljno kapaciteta za pacijente. No, prije svega imamo mnogo mudriji i učinkovitiji plan koji kao prvu liniju obrane uključuje lokalne liječnike na terenu koji bi bili previše ograničeni." (P4)

"Ne mogu reći je li ovo pitanje protokola koje nedostaje ili je to više pitanje vezano za organizaciju zdravstvenih sustava, ali sigurno je tu zaista nešto nedostajalo." (P6)

„Način na koji GZD može pomoći jest da na pomoćnom transportu, svojoj zaštitnoj opremi, vjerujem da je postojala jača snaga jer neke države nisu imale materijale za zaštitu tog medicinskog osoblja i to je bio i bio glavni problem u jamčenju prava zdravstvenih radnika, ali i pacijenata. Bilo je vrlo teško premještati se s jednog mjesta na drugo, tijekom mjera i ograničenja, također u potrazi za pomoći." (P2)

„Prate ono što kolege rade u različitim zemljama i mogli bi sugerirati da trebamo raditi poput Norveške. Nećemo željeti što i Švedska, ali zbog ideje i koncepta, ne bih rekao da možda to još postoji." (P8)

„Radi se o tome da osiguramo da sve zemlje imaju pristup najboljim informacijama, a puno toga ne uključuje diplomaciju. Riječ je o slanju poruke. Riječ je o tihim razgovorima i, ako imate patogena koji dolazi iz neke države članice, a tajništvo nije ovlašteno prozivati neku državu članicu i reći da nešto ne valja, oni su također odgovorni za učinkovitu komunikaciju o postojanju opasnosti." (P9)

„Uvijek postoji napetost između toga da je zdravlje vrlo lokalno i da se zdravstvene zaštite, uvjeti i zahtjevi više temelje na sustavu i ne moraju biti nacionalni ili regionalni, ali mogu biti itekako međunarodni. Razmišljam, zašto naknada nije međunarodni standard.“ (P7)

„A to nije lako jer postoji toliko različitih stavova, ali ipak i sada se ubrzava. GZD bi trebao ukloniti mnoge zabrinutosti zbog kojih liječnici ne bi trebali uzeti u obzir imaju li kvalitetne podatke o ovom pacijentu ili ne, može li taj pacijent dobiti recept na bilo kojem mjestu. "(P2)

"Ne znam na kojoj se razini među profesionalcima može primijeniti globalna diplomacija, ali to bi sigurno trebalo biti dio njihove životne obuke." (P5)

16. Odgovor na buduću pandemiju i osiguravanje prava pacijenta

Sudionici odlučno vjeruju da će se GZD kao područje i praksa i dalje širiti i razvijati po važnosti u budućnosti, a zatim moramo imati diplomatske zdravstvene radnike koji će biti spremni za buduće prijetnje jer je šansa da nova pandemija poremeti stanje u svijetu prilično velika .

„Procesi razmišljanja već su u tijeku, i na razini WHO-a, ali i na razini EU. Stoga će pokušati shvatiti kako pokušava nekako pronaći dobar, dobar odgovor na te stvari, naravno, bit će važan." (P7)

Većina ispitanika imala je mišljenje da suradnja između znanstvene zajednice, zdravstvene zajednice i pacijenata treba bi biti ojačana nakon ove pandemije. Moramo učiti na učinjenim pogreškama i nikada ih ne ponavljati u budućim prijetnjama, jer sada vjerojatno imamo više mrtvih kod pacijenata od komplikacija kronične bolesti i neotkrivene osnovne bolesti.

„Morat ćemo imati jasnu postpandemijsku analizu. Doista pokušati prepoznati što nije u redu i učiti na greškama, ali i problemima ili stvarima koje nismo učinili dovoljno učinkovito. Moramo se riješiti politizacije koju je imala sva pandemija, i definirati kako javnost, kako profesionalci, kako pacijenti trebaju biti informirani. Mislim da u ovome trebamo raditi na načinu na koji stvari priopćavati javnosti." (P2)

„Morat ćemo više slušati pacijente, trebamo učiti o tome što više trebamo učiti od njih, više moramo razumjeti što su prošli. Moramo znati o njihovim akutnim ili izazvanim poteškoćama prilagođavanjem njihovih restriktivnih mjera] također se baviti izazovima mentalnog zdravlja. Moramo pronaći način da im se obratimo i ublažimo ih, moramo razgovarati, moramo više razgovarati s njima, trebamo za početak i započinje i od razgovora s njima. A za to nam treba vremena i treba nam vrijeme da uspostavimo pravilan odnos s njima.“ (P6)

Potrebno je bolje razumjeti statistiku praćenja kako bismo vidjeli kako pacijenti utječu na njihov zdravstveni problem koji nije COVID-19.

"To zahtijeva ulogu u zdravstvenoj diplomaciji koja razmišlja upravo tu poruku." (P2)

„Stoga mislim da je ova pandemija prva velika uzbuna i u tom pogledu to je prilika koju ne bismo smjeli propustiti. Stoga mislim da bi stručnjaci u domeni zdravstvene zaštite zaista trebali proći prave pouke naučene u ovoj pandemiji jer će to omogućiti da se sljedeći put budu puno dobro pripremljeni." (P8)

„To je toliko neodoljivo da ljudi povećavaju svoje mentalne probleme zbog ovih pandemija, ne samo zbog zatvorenosti, već i zbog ogromne količine informacija koje dobivaju.“ (P3)

„Vjerujem da novu generaciju medicinskog osoblja treba osposobiti i za reagiranje na pandemije, jer to može biti pandemija ebole ili sljedeća generacija covida. Vjerujem da zalihe

zaštite moraju biti ključne. I vjerujem da je usredotočenost na spremnost na katastrofe i dalje temeljna za pandemiju." (P9)

„-Nadam se da se u svakoj zemlji provodi neka vrsta procjene što se dogodilo i kako možemo naučiti i možda bi, kada ovo sve završi, WHO mogao preuzeti vodstvo, također prikupiti najbolje prakse iz različitih zemalja i, a ovo bi definitivno bilo nešto za GZD i za prava pacijenata da možda uzmu i tu temu čak i u WHO-u, na primjer, kako možemo zaštititi prava pacijenta u budućoj pandemiji, jer ovo nije bilo posljednja kriza." (P7)

„Dakle, vidim da rizik uvijek postoji, kad se svi cijepimo, a zatim, dvije godine, tri godine kasnije, nitko se ničega ne sjeća. Iz toga proizlazi toliko istraživačkih projekata i toliko doktora znanosti, nadam se da će znanstvena zajednica širiti najbolje informacije i najbolje prakse." (P4)

„Ono što trebamo učiniti je pripremiti se, a zdravlje treba shvatiti kao ključno za sigurnost i gospodarski razvoj. To znači da u razgovore o sigurnosti i gospodarskom razvoju treba uključiti stručna i zdravstvena ministarstva. To ne znači da ga mora preuzeti vojska." (P1)

„Slušajte ministra zdravlja.“ (P2)

„Prava pacijenta su ključna za dobro funkcioniranje zdravstvenog sustava. I to je dio diplomacije čiji su cilj prava pacijenata. Jedan od razloga je taj što je to suštinski važno. Povezano je s Univerzalnom deklaracijom. Još jedan razlog o kojem ljudi često ne govore je taj da zdravstveni sustav mora funkcionirati dovoljno dobro da bi pružio zdravstvenu sigurnost." (P6)

„O krizi ovisi perspektiva država članica da budu odgovorne za svoje građane. Sad znam da Europska unija zaista nastoji postići da vidimo kako program EU za zdravstvo utječe na nacionalne nadležnosti država članica. Ali naravno, na državama članicama još uvijek je da budu prvi, znate, branitelji svojih građana kada je riječ o zdravlju." (P2)

„Ova pandemija pokazuje da trebate imati globalni pristup za sve što možete učiniti globalno, a zatim morate imati geografsku superregiju poput Europe ili Sjeverne Amerike ili jugoistočne Azije pristup svemu što trebate učiniti da biste se tamo uredili, a zatim izgradili prema lokalnim, više implementiranim, približite ih tome, potrebama tih određenih pacijenata. Ova pandemija pokazuje da u ovom hiperpovezanom svijetu, brzinom kojom takva pandemija prolazi, da u svim

krajevima svijeta ne postoji drugi način nego da postanemo izdržljivi, osim da ne samo surađujemo." (P3)

5. RASPRAVA

Istraživanja prikazana u ovoj disertaciji prokazala su probleme koje pacijenti imaju u ostvarivanju adekvatne zdravstvene skrbi: najkvalitetnije zdravstvene informacije napisane su njima nečitljivim jezikom, teško mogu ostvariti zaštitu svojih prava u kompliciranom sustavu prijave prekršaja, a postoji i neslaganje na globalnoj razini među stvoriteljima zdravstvenih politika koje bi trebale zaštiti pacijente od globalnih, pandemijskih zdravstvenih ugroza.

Istraživanjem prikazanim u ovoj disertaciji o razumijevanju zdravstvene informacije pridonijeli smo razumijevanju zašto je pacijentima teško razumjeti zdravstvene informacije. Temeljem naših spoznaja može se planirati oblikovanje informacija za pacijente tako da oni mogu aktivnije sudjelovati u postupku liječenja, a prema principima medicine usredotočene na pacijenta (eng. patient-centered medicine). Očekujemo da će rezultati ovog istraživanja pružiti korisnicima, kliničarima i donositeljima odluka u zdravstvu najnovije i najbolje dokaze o učinkovitom provođenju zdravstvene zaštite u skladu sa zakonom RH te usklađivanjem s EU direktivama

Istraživanje je pokazalo nisku ukupnu čitkost tekstualnih formata koji sažimaju rezultate Cochrane sustavnih pregleda. Iako je formate sažetka običnog jezika bilo znatno lakše čitati od ostalih formata, potrebna razina pismenosti i dalje je bila visoka: u prosjeku je potrebno više od 10 do 15 godina obrazovanja za lako čitanje sažetka običnog jezika na različitim jezicima, što je mnogo više od preporučena američka razina čitanja za 6. razred (494).

U okviru ovog doktorata nije uključeno istraživanje koje su najvećim dijelom obavili kolege suradnici iz Irske (School of Computer Science, Technological University Dublin, Dublin, Ireland). Rezultati tih istraživanja su otkrili da je jezik profesionalno napisanih priopćenja za tisak uglavnom bio emocionalno i kognitivno zanimljiviji od jezika znanstvenih sažetaka i laičkih sažetaka koja su napisali autori sustavnih pregleda. Buduća istraživanja koja koriste nove alate za obradu jezika mogu pomoći u spajanju potreba i želja različitih korisnika zdravstvenih podataka i pružiti više dokaza o karakteristikama teksta koji utječu na kognitivnu obradu korisnika, kao i o važnosti iznošenja dovoljnih detalja o znanstvenoj valjanosti i tumačenju zdravstvenih dokaza.

Dostupnost novih tehnologija za obradu prirodnog (ljudskog) jezika pružila nam je jedinstvenu priliku da identificiramo i kvantificiramo afektivna stanja i subjektivne informacije u različitim formatima sažetka tekstualnih sustavnih pregleda. Subjektivno iskustvo ljudi kada obrađuju

informaciju utječe na to hoće li informaciju smatrati istinitom, hoće li im se svidjeti i hoće li imati povjerenja u informaciju. Jezične karakteristike teksta doprinose načinu na koji ljudi reagiraju na zdravstvene informacije. Analiza osjećaja komunikacije liječnik-pacijent pokazala je da su se pacijenti više pridržavali savjeta liječnika koji su koristili manje riječi povezanih s negativnim emocijama i manje zamjenica u prvom licu u jednini. Pokazalo se da kliničke reklame centara za rak u američkim potrošačkim časopisima i TV mrežama koriste emocionalne pozive za izazivanje nade i straha, ali ne pružaju dovoljno informacija o objektivnim informacijama o rizicima u odnosu na koristi i troškovima.

Koristili smo tri različita alata za analizu prirodnog jezika i procijenili smo različite jezične osobine kako bismo usporedili tekstualne formate o zdravstvenim dokazima koji ciljaju različitu publiku. Znanstveni sažeci imali su ne samo najduži format, nego i manje emotivnih riječi. Znanstveni sažeci namijenjeni su profesionalcima i za očekivati je emocionalnu „hladnoću" jer predstavljaju informacije potrebne liječnicima i drugim stručnjacima kako bi stekli bolji uvid u metodološki aspekt istraživanja potreban za kritičku procjenu. Nasuprot tome, priopćenja za tisak napisana su zanimljivije, imala su više utjecaja (visoka stručnost i samopouzdanje), kao i općenito pozitivnije raspoloženje, pozitivnije i privlačnije osobine osobnosti i bila su privlačnija od znanstvenih ili laičkih sažetaka. Laički sažeci također su imali najviši "probni" ton, što može biti povezano s poteškoćama u objašnjavanju složenih znanstvenih otkrića, koji su po svojoj prirodi kontradiktorni i na neki način nesigurni, te probni.

Kao što svjedoče podaci iz sva tri alata za jezičnu analizu, stil pisanja u priopćenjima za tisak slijedio je standarde zdravstvene novinarske profesije kako bi „privukao pozornost, pobudio interes i potaknuo emocije". S druge strane, jezični stil i emocionalni sadržaj laičkih sažetaka bio je sličniji onom znanstvenih sažetaka, što se može očekivati od tekstova iste osobe – autora sustavnog pregleda. To je ostavilo laičke sažetke u metakognitivnoj "ničijoj zemlji": nedostajala im je kognitivna tečnost da olakšaju prosuđivanje o prezentiranim informacijama, ali su također nedostajali detalji za potpuno kritičko tumačenje metoda, nalaza i ograničenja istraživanja. Također smo pronašli očito kontradiktorne nalaze dvaju različitih alata za jezičnu analizu, poput nižeg analitičkog tona za znanstvene sažetke, mjereno Watsonovim analizatorom tona, ali većeg analitičkog razmišljanja prema LIWC analizatoru. Ova očita razlika može biti povezana s različitim rječnicima koji koriste te dvije metode, ali nije moguće precizno identificirati njezin izvor jer rječnici za ta dva alata nisu javno dostupni.

Teško je procijeniti "klinički" značaj statistički značajnih razlika uočenih za jezične karakteristike u našoj studiji, budući da, koliko nam je poznato, ne postoje slične jezične usporedne studije različitih tekstualnih formata za iste zdravstvene informacije. Buduća istraživanja trebala bi testirati hipoteze koje se mogu proizvesti iz naše studije, kao što je: kako jezične karakteristike teksta utječu na sposobnost čitatelja da razumije i interpretira prezentirane informacije.

Istraživanje opće zdravstvene pismenosti kreće se između dvije krajnosti: tvrdnja da bi se vijesti trebale čitati kao istraživački članci kako bi se točno izrazili znanstveni nalazi i tvrdnja da bi vijesti trebale uključivati ljudskiji, emotivniji element u tekst kako bi se poboljšalo razumijevanje zdravstvenih informacija. Naša je studija pokazala da su priopćenja za tisak o Cochrane sustavnim pregledima slijedila potonji pristup više razgovornog jezika i izdvajanja znanstvenih detalja, iako su bila usmjerena na navodno visoko zdravstveno pismene potrošače – zdravstvene novinare. Laički sažeci imali su mješavinu formata za visoko i nisko zdravstveno pismene čitatelje, što možda nije učinkovita metoda prijevoda zdravstvenih dokaza pacijentima i laičkoj javnosti općenito.

Buduća istraživanja korištenjem novih alata za obradu jezika mogu pomoći u povezivanju potreba i želja različitih korisnika zdravstvenih informacija i pružiti više dokaza o karakteristikama teksta koje utječu na kognitivnu obradu korisnika, kao i o važnosti predstavljanja dovoljno detalja o znanstvenoj valjanosti i tumačenju zdravstvenih dokaza.

Ograničenja istraživanja:

Ovi rezultati moraju se tumačiti s ograničenjima svojstvenim svim studijama čitkosti, kao što su prikladnost za zdravstvene informacije (259), varijabilnost rezultata za različite jezike, kao što je bio slučaj za hrvatski jezik u našoj studiji (289) i neprecizna razina obrazovanja pragovi za kratke tekstove, kakvi se koriste u našoj studiji. Razlozi za razlike u SMOG indeksu za različite jezične prijevode istih podataka nisu jasni jer postoji malo literature o upotrebi SMOG formule za usporedbu različitih jezika. Izvorna SMOG formula, razvijena za engleski jezik, korištena je za proučavanje zdravstvenih tekstualnih informacija na njemačkom jeziku (259). Nadalje, studija koja je uspoređivala rezultate SMOG-a za isti tekst koji nije povezan sa zdravljem na engleskom, španjolskom i francuskom jeziku otkrila je da su ocjene za engleski jezik bile niže (tj. tekst je bio čitljiviji) nego na francuskom i španjolskom. Naše je istraživanje pokazalo isti nalaz za tekstualne zdravstvene informacije (niža ocjena SMOG-a za francuski, nego za sažetak na engleskom običnom jeziku), ali mnogo niže ocjene (tj. bolju čitkost) za

njemački i hrvatski prijevod. Daljnje ograničenje je uporaba Cochranea kao jedinstvenog izvora sažetaka zdravstvenih informacija. Međutim, zbirka različitih Cochrane formata za pojedinačne sustavne preglede bila je prikladan model za usporedbu jezičnih karakteristika u različitim sažetim formatima koji su predstavljali iste informacije različitoj publici. Usporedba je pokazala značajne statističke razlike između formata, ali nema stvarne "kliničke" razlike (236). Ograničili smo se i malim uzorkom priopćenja za javnost Cochranea koja su bila početna točka za prikupljanje odgovarajućih formata sažetka teksta. Konačno, na čitkost može utjecati vizualno oblikovanje teksta ili strukturirana prezentacija (236). što nije testirano u našoj studiji. Niska čitkost različitih tekstualnih sažetaka sustavnih pregleda ima važne implikacije na napore u prevođenju tekstualnih zdravstvenih dokaza različitoj publici. S jedne strane, slaba čitkost nužno dovodi do manje dostupnih zdravstvenih informacija, posebno za pacijente kao nespecijaliziranu publiku. S druge strane, složenu znanstvenu literaturu sve je teže čitati što može smanjiti točnost razumijevanja informacija, a time i utjecati na zdravstvene odluke vođene tim informacijama. To znači da bi trebala postojati ravnoteža između lakoće čitanja i točnih podataka o zdravlju. Cochrane je testirao različite intervencije u tom cilju, uključujući PLEACS standarde (obična jezična očekivanja za autore Cochrane sažetaka) za pisanje sažetaka na običnom jeziku. Međutim, autori Cochrane sustavnih pregleda, koji pišu i sažetak formata sažetaka i znanstvenih tekstova, često ne slijede ove standarde (496). Ostali formati, poput infografike, također možda neće biti bolji za razumijevanje rezultata Cochraneova sustavnog pregleda u usporedbi s dobro napisanim sažetkom na običnom jeziku (233). Naše je istraživanje pokazalo da su priopćenja za javnost o Cochrane sustavnim pregledima slijedila potonji pristup više razgovornog jezika i raščlanjivanja znanstvenih detalja, iako su bila usmjerena na navodno visoko zdravstveno pismene potrošače - zdravstvene novinare (497). Sažeci na običnom jeziku sadržavali su kombinaciju formata i za čitatelje s visokom i sa niskom zdravstvenom pismenošću, što možda nije učinkovita metoda prevođenja zdravstvenih dokaza pacijentima i široj javnosti općenito adherencija pacijenta ovisi o pismenosti.

Samo dobro informirani pacijent može razumjeti svoja prava kao pacijenta u zdravstvenome sustavu, tako da smo u drugom istraživanju analizirali sustav pritužbi pacijenata na kršenje njihovih prava u Hrvatskoj. Zdravstveni sustav u Hrvatskoj pruža složen okvir za prijavu i rješavanje pritužbi pacijenata, uključujući i službeno priznata tijela i nevladine organizacije. Istraživanjem o kršenju europske povelje o pravima pacijenata smo prvi puta analizirali neposredne pritužbe pacijenata koji se upućuju nevladinoj udruzi za prva pacijenata i uspoređuju s podatcima koji dolaze službeno od županijskih tijela u Ministarstvo zdravstva te

je kao takvo jedinstveno. Rezultati istraživanja mogli bi dati znanstvenu podlogu za oblikovanje smjernica za kliničku praksu i na politiku zdravstvene zaštite kako bi bolje razumjeli pacijentovo viđenje svojih prava u zdravstvenom sustavu, a kako bi se temeljem toga mogle planirati aktivnosti i politike koje bi poboljšale i zaštitile prava pacijenata. Ovo je prva studija, prema našim saznanjima, koja je mapirala pritužbe na kršenje prava pacijenata prema EPPP-u. Povelja sama po sebi nije zakon, ali je razvijena kao konsenzusni dokument i valjani alat za analizu i mapiranje pritužbi pacijenata na kršenje njihovih prava. Glavni nalaz studije bio je da službena dokumentacija o pritužbama pacijenata nije bila informativna o kršenju njihovog prava. Iako postoji nekoliko službenih putova kako se pacijenti mogu žaliti na kršenja svojih prava, službene informacije bile su dostupne samo za manje od polovice administrativnih i zemljopisnih jedinica Republike Hrvatske. Nismo dobili informacije zašto su te županije izostavljene iz izvješća. Vrlo je malo vjerojatno da nijedan pacijent nije podnio pritužbe u nestalim županijama, jer su pritužbe pacijenata koje je primio nevladin HUZPP stigle iz 20 od 21 županije. Suprotno tome, analiza pritužbi specijaliziranoj nevladinoj organizaciji za zaštitu prava pacijenata pokazala je da je najčešće prijavljeno kršenje pravo na pristup, a zatim pravo na informacije i pravo na sigurnost. Većina navodnih prekršaja odnosila se na zdravstvene ustanove u Gradu Zagrebu, a slijedi Splitsko-dalmatinska županija, druga najveća administrativna jedinica u Hrvatskoj. Većina komunikacija od pacijenata do HUZPP-a odnosila se na institucije iz grada Zagreba. Zdravstveni sustav u Hrvatskoj centraliziran je, a velika većina službenih referentnih centara za Ministarstvo zdravstva nalazi se u različitim bolnicama na području Zagreba (498). Više od polovice svih pritužbi odnosilo se na bolnice (ustanove srednje razine), sveučilišne bolničke centre (ustanove tercijarne razine) i specijaliste. Nismo mogli naći studije iz Hrvatske koje bi se bavile usporedbom pritužbi pacijenata u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, no nedavni sustavni pregled pokazuje da pacijenti uglavnom češće izražavaju zabrinutost zbog sekundarne i tercijarne razine skrbi, uključujući probleme s komunikacijom i koordinacijom. Pacijenti češće razvijaju povjerljive i dobro povezane odnose sa svojim liječnikom primarne zdravstvene zaštite, što dokazano smanjuje broj tužbi zbog nesavjesnosti. Prethodna analiza EPPP-a Mathuna i sur. (205) kodificirala je 15 prava EPPP-a u pet različitih skupina kako bi se stvorio funkcionalniji analitički okvir. Prva tema je "Pristup zdravstvenoj zaštiti", uključujući pravo na preventivne mjere, pravo na pristup, pravo na slobodan izbor, pravo na poštivanje vremena pacijenta, pravo na inovaciju i pravo na personalizirano liječenje. Ta se prava smatraju osnovnim pravima pacijenta (Huntington et al 2003). Pravo na pristup i pravo na poštivanje vremena pacijenata bili su među najčešće utvrđenim kršenjima u našoj studiji, čineći više od trećine svih utvrđenih kršenja. Pristup

zdravstvenoj zaštiti u Hrvatskoj prepoznat je kao problem, posebno za pacijente s nižim socioekonomskim statusom (205). Strateški plan Ministarstva zdravstva za razdoblje 2018. - 2021. naglašava važnost jednakog pristupa zdravstvenoj zaštiti, posebno za izolirane dijelove i otoke (498.), ali to nisu podaci o tome jesu li mjere bile uspješne. Pravo na zdravstvene inovacije utvrđeno je u samo nekoliko slučajeva (23). Ukupno znanje hrvatskih pacijenata o kliničkim ispitivanjima prilično je nisko, a uglavnom nisu svjesni registara ispitivanja i dostupnosti informacija za pacijente o kliničkim ispitivanjima (52). Nadalje, broj kliničkih ispitivanja u Hrvatskoj opada. U samo nekoliko slučajeva utvrđene su i žalbe pacijenata na pravo na preventivne mjere. To može biti odraz duge hrvatske tradicije preventivnog javnog zdravlja (Prikaz uspostave sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj. Hrvatski zavod za javno zdravstvo pruža široku potporu različitim javnozdravstvenim kampanjama, uključujući cijepljenje i probir. Ostale teme u analitičkom okviru Mathuna i sur. (205) su "Upućeni pristanak" (Pravo na informacije i Pravo na pristanak), "Sigurnost i osiguranje kvalitete" (Pravo na poštivanje standarda kvalitete, Pravo na sigurnost i Pravo na izbjegavanje nepotrebne patnje i boli), "Privatnost i povjerljivost“ (Pravo na privatnost i povjerljivost) i „Ispravka“ (Pravo na žalbu i Pravo na naknadu štete). Pravo na informacije i pravo na informirani pristanak priznati su u svim hrvatskim zakonima koji reguliraju prava pacijenata od 1993. godine. Pravo na informacije jako je naglašeno u PRPA-u, a pacijenti imaju pravo na informacije o svom zdravlju, uključujući pravo na drugo medicinsko mišljenje, pravo na informacije pružene na razumljiv način, kao i pravo da ne znaju (22). Pravo na informaciju bilo je drugo najčešće prijavljeno kršenje u našoj studiji, koje se moglo povezati s napretkom hrvatskog zdravstvenog sustava iz paternalističkog u partnerski model. Potrebne su buduće studije kako bi se procijenilo je li to istina. U PRPA-u (22) pravo na zajedničko donošenje odluka uključuje i pravo na informiranost i pravo na pristanak. Nedavno istraživanje pokazalo je da je provedba informirane suglasnosti zadovoljavajuća, ali su identificirali probleme u procesu informirane suglasnosti, poput niske kvalitete i razumljivosti pisanih obrazaca koji se koriste za dobivanje pristanka (63). Štoviše, studije iz Hrvatske pokazuju da zajedničko obrazovanje za donošenje odluka u nastavnim programima medicinskih fakulteta često nedostaje, a ovaj aspekt nekurikuluma može se prevesti u svakodnevnu kliničku praksu (63). S druge strane, bilo je samo nekoliko slučajeva u kojima smo identificirali potencijalne povrede prava na pristanak, što je najvjerojatnije posljedica strogih zakonskih pravila, jer se pružanje liječenja bez pristanka u Hrvatskoj smatra i kaznenim i građanskim djelom (22). Povreda prava na žalbu prijavljena je u malom broju slučajeva. Vjerujemo da to odražava činjenicu da u Hrvatskoj postoji nekoliko slučajeva u kojima pacijenti mogu podnijeti žalbu (poput zdravstvenih ustanova u kojima je do kršenja

moglo doći (23), regionalnih odbora za zaštitu pacijenata (22) ili komore zdravstvenih djelatnika. Pravo na naknadu štete utvrđeno je u samo nekoliko slučajeva. Nema dostupnih podataka o broju tužbi za naknadu štete i mogućim trendovima, osim u rijetkim slučajevima koji u Hrvatskoj privuku medijsku pažnju, često slijedeći dugotrajnim i napornim pravnim postupcima i ogromnim novčanim naknadama (21). Da bi utjecale na kvalitetu skrbi, pritužbe pacijenata trebaju biti sveobuhvatne i specifične za kontekst. Iako smo pritužbe kategorizirali prema pravima opisanim u EPPP-u, većina pritužbi zapravo su bila pitanja o zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj. To je u suprotnosti sa sličnim istraživanjima, gdje se većina pritužbi bavila stvarnim kršenjima prava pacijenata, poput Irske (221). Mnoga pitanja o zdravstvenom sustavu, kao i kršenje prava na informaciju, koja je bila druga najčešća pritužba pacijenata na HUZPP, mogla bi ukazati na nisku zdravstvenu pismenost u Hrvatskoj (236). Zdravstvena pismenost širok je pojam - skup vještina potrebnih za funkcioniranje i razumijevanje zdravstvenog okruženja. Čini se da je niska zdravstvena pismenost povezana s lošijim zdravstvenim ishodima (188), a različite informacije o zdravlju ili zdravstvenom sustavu trebaju biti lako dostupne pacijentima niske zdravstvene pismenosti (236). Sve u svemu, zdravstvena pismenost u Hrvatskoj kod hospitaliziranih pacijenata manja je od odgovarajuće (262). Potrebne su buduće studije kako bi se istražila zdravstvena pismenost u široj javnosti, kao i među onima koji traže pomoć od CARP-a, te utvrdile specifične karakteristike i čimbenici rizika za nisku zdravstvenu pismenost i kako to može biti povezano s razumijevanjem prava pacijenata. Naše je istraživanje pokazalo da sustav pritužbi na pacijenta u Hrvatskoj nije dobro organiziran, jer ne postoje razvijeni standardizirani postupci za odgovaranje na pritužbe pacijenata, niti definirani pristupi zakonskoj zaštiti, promicanju ili priznavanju prava pacijenata, unatoč različitim službenim uputama za podnošenje pritužbi pacijenata. Dok se u drugim zemljama EU odnos između zdravstvenih radnika i pacijenata gradi na povjerenju i suradnji (172), što je zadovoljeno komunikacijom usmjerenom na osobu, hrvatski zdravstveni sustav još uvijek je izgrađen na paternalističkom odnosu liječnik-pacijent u kojem pacijenti često ne znaju ni imena njihovih pružatelja zdravstvenih usluga (172). Isto tako, neophodna je edukacija na medicinskim fakultetima o komunikaciji s pacijentom. Pacijenti danas na konzultacije dolaze pripremljeni i često informirani s raznih izvora koje nisu medicina utemeljena na dokazima.

Istraživanje pritužbi pacijenta važno je jer pomaže identificirati probleme u pravima i sigurnosti pacijenta (319). Da bi se to postiglo, potrebno je standardizirati način na koji se pritužbe pacijenta analiziraju i tumače. Iako pritužbe pacijenata pružaju jedinstveni uvid u probleme koji se javljaju u zdravstvenom sustavu, ne postoji sustavni pristup za procjenu i analizu tih pritužbi

na središnjoj razini (228). Čini se da postojanje nekoliko paralelnih putova za prijavljivanje kršenja prava pacijenata u Hrvatskoj ne povećava povjerenje pacijenata, ali je prilično zbunjujuće jer ne postoje jasne upute za pacijente o njihovim pravima i postupcima za njihovu zaštitu. Službena tijela odgovorna za zaštitu prava pacijenata ne surađuju i ne slijede protokole. Na temelju rezultata naše studije, preporuka za Ministarstvo zdravstva bila bi usvajanje jasnog puta za pritužbe na zdravstvene usluge, poput one Nacionalne zdravstvene službe u Velikoj Britaniji, koja pruža detaljne upute o načinu žalbe na zdravstvene usluge, bilo na mreži, u čekaonici ili na web mjestu pružatelja usluga (425). Pacijenti koji podnose izvještaj mogu se žaliti samo jednom tijelu, bilo izravno NHS-u ili povjereniku usluga. Na taj način zdravstvene organizacije moraju zajedno raditi na osiguranju. Glavno raspravno pitanje je pravni učinak navedene zakonske regulative, odnosno jesu li sve stavke zakona u praksi primjenjive. Posebno se to odnosi na mogućnosti ustanove u odnosu na njen ustroj. Zdravstvene ustanove u Republici Hrvatskoj, jesu to klinički bolnički centri, kliničke bolnice, klinike, opće bolnice, specijalne bolnice, lječilišta, domovi zdravlja ili zavodi. Vjerujemo da se mogućnosti pa i kvaliteta zdravstvena zaštita razlikuju u navedenim ustanovama, a potom primjena zakona. Također nije isključeno postupanje u slučajevima kada nije moguće provesti zakon, a isto tako niti u slučajevima kada ga je moguće provesti, a ne provodi se.

Otkrića prikazana u ovoj disertaciji sugeriraju da zdravstveni sustav u Hrvatskoj pruža složeni okvir za izvješćivanje i rješavanje pritužbi pacijenata, uključujući i službeno priznata tijela i nevladine organizacije. Međutim, ovaj sustav nije učinkovit u preciznom bilježenju i odražavanju stvarnog stanja zaštite prava pacijenata u hrvatskom zdravstvenom sustavu: javno dostupni podaci regionalnih odbora ne navode pritužbe povezane s mogućim kršenjima prava pacijenata, a komentari poslani nevladinim organizacijama za zaštitu pacijenata nisu službeni i vjerojatno nisu u potpunosti reprezentativni. Potrebna je veća transparentnost i jasan postupak podnošenja pritužbi kako bi se bolje razumjele potrebe pacijenata, riješili navodi, spriječile buduće pritužbe, povećavajući tako kvalitetu i sigurnost zdravstvenog sustava.

Istrage o pritužbama pacijenata povećavaju se, kako u ukupnom broju tako i u zastupljenim zemljama. Analize pritužbi pacijenata imaju dvije ključne funkcije u zdravstvenim organizacijama. Prvo, omogućuju da se uvaže zabrinutosti određenih pacijenata, da se pojave pravni lijekovi i osmisle rješenja za rješavanje sigurnosnih problema specifičnih za svaki slučaj. Drugo, mogu pružiti uvid u probleme sustava skrbi u cijelom sustavu i omogućiti usporedbu između zdravstvenih organizacija. Potonje zahtijeva zbirnu analizu pritužbi pacijenta kako bi se podaci o pritužbama pacijenta mogli koristiti za utvrđivanje problema sigurnosti i kvalitete

u zdravstvenim sustavima ili uvjetima (npr. Problemi upravljanja) koji povećavaju vjerojatnost lošeg liječenja.

Pritužbe pacijenata trebale bi služiti kao materijal iz kojeg će se izvući pouka i neće se ponavljati greške. Vrijeme je da današnja moderna medicina odstupi od defenzivne medicine i pretjeranog liječenja unatoč dostupnosti sve više dijagnostičkih i terapijskih resursa (previše medicine, a premalo brige). Previše ispitivanja stanja ljudi i nedovoljna briga za bolesnike pogoršava zdravstvene nejednakosti i oduzima profesionalnost, štećeći i onima kojima je potrebno liječenje i onima kojima ne treba.

Sve veća frustracija u kliničkoj medicini je što smo sada toliko zauzeti upravljanjem čimbenika rizika, "incidencije", i zabrinuti smo što nam nedostaje vremena za odgovarajuću skrb za one koji su ozbiljno bolesni. Kako su se definicije uobičajenih stanja poput dijabetesa i bolesti bubrega proširivale, a kategorije i granice mentalnih poremećaja rasle, smanjivalo se naše vrijeme i pažnja za zabrinjavajuće bolesne, poremećene i ranjive pacijente. Previše lijekova šteti i bolesnima i zdravima.

Za buduća istraživanja potrebno je donijeti protokole oko vođenja medicinske dokumentacije, vlasništva medicinske dokumentacije te brisanja podataka na zahtjev pacijenta iz evidencije bilo koje zdravstvene ustanove.

Ograničenja istraživanja

Pritužbe koje zaprima Hrvatska udruga za prava pacijenata šalju sami pacijenti. Naše je istraživanje počelo od dva različita izvora: godišnja sumarna izvješća koja Ministarstvu zdravstva šalju županijski odbori za zaštitu prava pacijenata, i koji daju samo agregirane podatke pojedinačnih pritužbi lokanim zdravstvenim ustanovama ili tijelima, i izravne primjedbe pacijenata koje su sami pacijenti slali Hrvatskoj udruzi za prava pacijenata. Svjesna sam da u potonjim podatcima postoji sustavni odmak jer su Udruzi pisali pacijenti ili njihove obitelji koje znaju koristiti elektroničku poštu. I u jednom i drugom slučaju postoji dodatni otklon da će se na kršenja prava pacijenata odlučiti oni pacijenti koji su svjesni svojih prava te da svi pacijenti nisu svjesni koja prava imaju u sustavu zdravstva. S druge strane, anketno ispitivanje pacijenata na licu mjesta – u zdravstvenim ustanovama, bilo bi jako opterećeno socijalno poželjnim odgovorima i strahu od posljedica prigovora.

Nadalje, zaprimljene i analizirane pritužbe Hrvatskoj udruzi za promicanje prava pacijenata su se rješavale na individualnoj razini, no u ovom istraživanju nismo mjerili ishode pritužbi, što bi

moglo biti interesantno za jedno od slijedećih istraživanja. Podaci iz Ministarstva zdravstva, odnosno županijskih povjerenstava ne prate ishode rješavanja pritužbi.

Osim zaštite prava pacijenata u pojedinim zemljama, u nekim situacijama je zaštita zdravlja i prava pacijenata potrebna i na globalnoj razini. Naše istraživanje je pokazalo da su vještina pregovaranja i komunikacijske vještine najvažniji za obavljanje dužnosti zdravstvenog atašea. Bilo je vrlo teško doći do odgovora definicije globalne zdravstvene diplomacije, ali su se svi ispitanici složili kako bi trebalo učiniti nešto konkretno za poboljšanje prakse GZD-a (289). Prava pacijenata su relevantna za GZD te se putem GZD-a trebaju poboljšati, po svim dosadašnjim iskustvima, osnovna prava pacijenata država i liječnici ne razumiju. Univerzalna Deklaracija o ljudskim pravima, formirana 1948., prepoznaje „urođeno dostojanstvo“ i „jednaka i neotuđiva prava koja se duguju pacijentu kao ljudskom biću. Iako je na snazi od 2002. godine, Europska povelja o pravima pacijenata koja uključuje 14 prava nije prepoznata kao važeći dokument i nema svoju pravnu i obvezujuću vrijednost. Ispitanici ističu kako pacijenti nisu dovoljno informirani o svojim pravima diljem EU-a. Pandemija COVID-19 posebno je pogodila pacijente u odnosu na preventivne mjere, kao i na ograničen pristup zdravstvenoj zaštiti. Posebnost ovog istraživanja i značaj jest u tome da se donese zaključak kako globalna zdravstvena diplomacija može pomoći zdravstvenim profesionalcima koji moraju uravnotežiti strah za vlastitu sigurnost pružanjem potpune skrbi svojim pacijentima, jer su zdravstveni radnici, posebice liječnici bili prisiljeni organizirati zdravstvenu zaštitu bez jasnih protokola. (499).Tako su primjerice na COVID odjelima radili specijalisti oftalmologije, fizijatri i dr., a mnogi odjeli u bolnicama bili su prazni. Globalne reakcije nacionalnih i međunarodnih organizacija nisu pokazale zadovoljavajuće reakcije na vrijeme (499). Pandemija COVID-19 predstavlja globalnu krizu koja zahtijeva nepredviđene diplomatske odnose među zemljama da brže reagiraju na prijeteće pandemije u budućnosti kako bi se osiguralo poštivanje pacijentovih prava.

Uloga zdravstvene diplomacije je ključna. Zdravlje postaje sve kritičniji element u vanjskoj politici. Politička sigurnost, razvojne strategije i trgovinski sporazumi, kreatori zdravlja i vanjske politike trebali bi imperativno stjecati nove vještine za pregovaranje u korist zdravlja nad ostalim interesima. Sve veći broj izazova za zdravlje više se ne može temeljiti samo na tehničkoj razini - oni zahtijevaju političke pregovore i rješenja, što zahtijeva često uključivanje široki spektar sudionika (186). Zdravstvena diplomacija odvija se na nekoliko razina i uglavnom je zanimaju pitanja koja zahtijevaju suradnju nekoliko zemalja u područjima od zajedničkog interesa, ali ovaj oblik diplomacije također može igrati važnu ulogu na regionalnoj,

bilateralnoj i nacionalnoj razini. Zdravstvena diplomacija odnosi se na pregovaračke procese koji oblikuju i upravljaju političko okruženje važno za zdravstvo. Odvija se na mnogim mjestima, od kojih su neka posvećena pregovorima u zdravstvu tijekom Svjetske zdravstvene skupštine, a ostale pokrivaju širi program, poput Generalne skupštine Ujedinjenih naroda ili Vijeće za ljudska prava. To može dovesti do sklapanja sporazuma, međunarodnih ugovora i konvencija (290). U nekim slučajevima države članice predstavljaju viši zdravstveni službenici, kao što su ministri zdravlja. Na drugim međunarodnim forumima ili konferencijama, pregovore obično vode diplomati, ali možemo uključiti i druge glavne igrače, poput organizacija međunarodnih nevladinih organizacija. Mnogi primjeri pokazuju da zdravstvena diplomacija djeluje te da usklađivanje zdravstvene i vanjske politike može donijeti zdravstvene koristi. Promatramo osiguravanje zdravlja kao vanjskopolitički cilj i čimbenik doprinos razvoju, miru i smanjenju siromaštva, socijalnoj pravdi i ljudskim pravima. Zdravstvena diplomacija može igraju važnu ulogu u potpori održivom razvoju smatrajući zdravlje važnim socijalno-ekonomskim pitanjem te rješavanjem zdravstvenih izazova pojedinačno i kolektivno. To omogućuje podršku zemljama u zaštiti zajedničkih interesa i zauzimanje stava o pitanjima od zajedničkog interesa, poput pristupa zdravstvenoj sigurnosti, promicanja zdravlja, suzbijanja bolesti, pristupa lijekovima i tehnologijama, sigurnosti hrane, voda i razvojnog programa nakon 2015. godine održivog u svijetu. Zdravstvena diplomacija važna je za zemlje u regiji istočnog Mediterana kao i mnogi razvojni problemi s kojima se izravno suočavaju i koji utječu na zdravlje i koji uzrokuju humanitarne krize. Važnost raste jer regija mora pronaći rješenja za probleme koji zahtijevaju globalne akcije i prekograničnu suradnju, poput Bliskoistočnog respiratornog sindroma (MERS), zdravstvenog djelovanja u humanitarnom polju, nezaraznih bolesti i otpora antimikrobnih sredstava. Iskustvo također pokazuje da je zdravstvena diplomacija na nacionalnoj i regionalnoj razini vrlo važna za provedbu zdravstvenih programa kroz složena partnerstva (296). Na primjer, iskorjenjivanje dječje paralize u regiji ovisi o uspješnosti pregovora s brojnim akterima čije je samopouzdanje važno za jačanje programa suzbijanja bolesti i izgradnju zdravog i sigurnog okruženja za kampanje imunizacije. Imajući na umu ova pitanja, Regionalni ured za SZO za istočni Mediteran bio je domaćin trećeg seminara o zdravstvenoj diplomaciji od 3. do 5. svibnja 2014. u Kairu (Egipat). Njegovi ciljevi su bili jačanje kapaciteta država članica i usmjeravanje na prioritetna pitanja za regiju te podizanje svijesti o vrijednosti integracija koncepata zdravstvene diplomacije u vanjsku politiku. Sudjelovali su visoki dužnosnici iz ministarstava Republike Hrvatske, za vanjske poslove i zdravstvo, veleposlanici, dekani instituta diplomatske misije, regionalni zavodi za javno zdravstvo i šefovi parlamentarnih odbora. Današnje rasprave o globalnoj zdravstvenoj

diplomaciji karakteriziraju dva glavna upravljačka izazova u globalnoj zdravstvenoj domeni koji održavaju globalizirani i sve više međuovisni svijet (296). Prvo, posljednje desetljeće svjedočilo je nekoordiniranom razmnožavanju širokog spektra globalnih zdravstvenih aktera s različitim interesima, resursima, načelima i ciljevima. Eksponencijalni porast aktera i inicijativa rezultirao je polilateralnom i fragmentiranom globalnom zdravstvenom mrežom koja na transparentan i učinkovit način ne uspijeva približiti strategije i resurse. Drugo, na stanje globalnog zdravlja sve više utječu odluke donesene u sektorima koji nisu dio globalnog sustava upravljanja zdravstvom. Zaštita i promicanje procesa upravljanja zdravstvom poput trgovine, okoliša i sigurnosti hrane teško je i još uvijek nije dobilo dovoljnu pozornost. To se sve češće naziva globalnim upravljanjem zdravstvom. Potrebni su novi procesi zdravstvene diplomacije kako bi se osiguralo šire razmatranje utjecaja ostalih sektora na zdravstvo. Tradicionalni pojmovi diplomacije također se mijenjaju kao odgovor na rastuću međuovisnost i složenost mnogih trenutnih globalnih problema, a dogodio se i prelazak na nove prostore pregovora i utjecaja. To se ogleda u širokoj literaturi o međunarodnim odnosima koja se ovdje ne može prepoznati. Zdravstvo je ušlo u područje vanjske politike zbog zabrinutosti o nacionalnoj sigurnosti i kao mehanizam moći koji služi geopolitičkim interesima. Međutim, vanjske politike zemalja sve više služe zdravstvenim ciljevima - to se počinje sve više prepoznavati u literaturi (375). Danas diplomati igraju presudnu ulogu u stvaranju i upravljanju globalnim partnerstvima za zdravstvo koja pokrivaju širok spektar aktera. Globalna zdravstvena diplomacija temelji se na ovom poimanju diplomacije uključene u upravljanje globalizacijom i pokušava obuhvatiti višerazinske i višestruke aktere pregovaračkih procesa koji oblikuju i upravljaju globalnim zdravstvenim okruženjem. S obzirom na interdisciplinarnu prirodu mladog područja, pregled literature o globalnoj zdravstvenoj diplomaciji zahtijeva razmatranje uvoda u diplomaciju, globalno zdravlje i globalno zdravstveno upravljanje (375). Ispitanici su istaknuli službene dužnosti u području zdravstvene diplomacije, no nitko od ispitanika nije naveo da postoji službena organizacijska struktura unutar veleposlanstva za upravljanje zdravstvenim pitanjima. Iako postoji suradnja vezana uz globalne zdravstvene projekte ili pregovore, nisu zabilježena relevantna svjetska dostignuća u zdravstvu. Istraživanje je pokazalo kako ne postoji specifično obrazovanje o globalnoj zdravstvenoj diplomaciji, a da su mogućnosti za programe obuke vrlo ograničene (417). Postojeći pregledi literature i bibliografije odražavaju interdisciplinarnu i multisektorsku prirodu globalne zdravstvene diplomacije. Literatura se može podijeliti u dvije široke kategorije. Prva u kojoj publikacije nastoje dokumentirati kako su nacionalne vlade koristile zdravstvo za postizanje strateških, ekonomskih ili ideoloških ciljeva i druga u kojoj literatura opisuje globalne rasprave o problemima kolektivnog djelovanja i kako se složeni

zdravstveni problemi mogu riješiti zajedničkim radom u različitim sektorima i na različitim razinama upravljanja. Blouin i suradnici 2012. s regionalnom mrežom za jednakost u zdravstvu u istočnoj i južnoj Africi ispituju ulogu globalne zdravstvene diplomacije u rješavanju odabranih ključnih izazova za zdravstvo i jačanju zdravstvenih sustava. Okupljajući središnja djela iz različitih disciplina, daje sveobuhvatan pregled članaka o globalnim zdravstvenim izazovima koji zahtijevaju da vanjska politika služi zdravstvenim ciljevima. Diplomacija je srž svakog pokušaja rješavanja problema poput nedostatka zdravstvenih radnika, pristupa lijekovima i tehnologijama, kao i širenja zaraznih i nezaraznih bolesti. Globalna zdravstvena sigurnost sastavni je dio vanjske politike. Nacije su odavno prepoznale središnju važnost zdravstvene sigurnosti za nacionalnu sigurnost i mnoga desetljeća su provodili mjere u pokušaju da kažu "Stop" bolesti na granicama; na primjer određivanjem karantena. U novije vrijeme nacije su to počele prepoznavati kao zdravstvenu sigurnost koja nadilazi nacionalni okvir; to je doista pitanje globalnog utjecaja ne samo na zemlje, već i na razne industrije, nacionalne i međunarodne tvrtke (431). Ovo ilustrira usku vezu između unutarnje i vanjske politike. Posljednjih desetljeća globalni pristupi zdravstvu javnost usmjerava na bolesti, njegu, prevenciju, istraživanje i praćenje. U eri koju karakterizira globalizacija i geopolitičke promjene, nove dimenzije veze između zdravlja i sigurnosti sada su u prvom planu (375). Važno je da naša otkrića mogu pridonijeti pedagogiji, dodatnim istraživanjima i usavršavanju procesa treninga u području GZD-a. Prikupili smo informacije o najboljim praksama i identificirali izazove u GZD-u s kojima su se suočili osnovni GZD-ovi. Otkrili smo da su zdravstveni atašei u jedinstvenoj poziciji i da izvještavaju o tome kako se diplomacija može primijeniti na području globalnog zdravstva i vanjskih poslova budući da djeluju kao glavni savjetnici diplomatskog osoblja u vezi s javnozdravstvenim pitanjima u zemljama iz kojih dolaze i zemljama domaćinima. U osnovi, oni djeluju kao veza između vlada u zdravstvenim pitanjima, što zahtijeva da budu uspješni u izgradnji i održavanju odnosa na svim razinama GZD-a. Da bi uspješno stvorili i njegovali te odnose, atašeima je potreban jedinstveni set međukulturnih, multidisciplinarnih i diplomatskih vještina i iskustava koja im omogućuju uspješno identificiranje i korištenje područja međusobnog dogovora i rješavanje ili umanjivanje područja neslaganja među više dionika (439). Moraju biti upućeni i učinkovito se kretati u raznim zdravstvenim i vanjskopolitičkim pitanjima (od prava intelektualnog vlasništva, tokova međunarodne razvojne pomoći, zdravstvene sigurnosti, zdravlja i ljudskih prava, socijalnih odrednica zdravlja, do posebnih pitanja poput zdravstvenih rizika kao što su falsificirani ili nekvalitetni lijekovi i akutnih zdravstvenih hitnih slučajeva kao što su ebola ili zika), a također trebaju biti spretni i brzo učiti o novim zdravstvenim i vanjskopolitičkim izazovima. Oni

također moraju biti sposobni pažljivo saslušati zabrinutosti i razgovarati s više aktera o mnogim temama, istodobno razumijevajući kulturni kontekst zdravstvenih problema u zemlji u kojoj rade. Konačno, moraju imati određenu obuku i kompetencije u vanjskim poslovima kako bi razumjeli kako se različite zdravstvene teme uklapaju u ukupne vanjskopolitičke ciljeve i ciljeve njihove misije (439). Sudionici su također razgovarali o određenim područjima u kojima bi se to područje moglo poboljšati. Na primjer, kako bi se olakšala komunikacija među ključnim akterima, netko je predložio stvaranje ključnog popisa kontakata zdravstvenih stručnjaka i njihovih područja specijalizacije u zemlji ili regiji. S obzirom na zabrinutost zbog ograničenih resursa za GZD, usvajanje tehnologije (kao što je korištenje postojećih platformi LinkedIn, WeChat, WhatsApp, itd.) može imati potencijal za olakšavanje bolje komunikacije između javnog zdravstva i diplomatske zajednice ako odgovarajuće izvorne resurse osigura zemlja domaćin (444). Uz to, zdravstveni atašei pomažu i u pisanju i oblikovanju prioriteta misije i linija komunikacije, te izravno sudjeluju u oblikovanju zdravstvenih prioriteta, koje su kritične točke za poticanje i integriranje zdravstvenih ciljeva u tradicionalna područja diplomacije. U tom smislu, zdravstveni atašei mogu poslužiti kao važni zagovornici zdravstvenih inicijativa ako se dogovaraju u skladu s ukupnim ciljevima Misije (319.) Ovo ima dodatni značaj s obzirom na to da su svi sudionici izvijestili da su zdravstveni problemi prisutni u gotovo svim vanjskopolitičkim ciljevima i da se predviđa da će te potrebe s vremenom rasti. Međutim, da bi GZD nastavio rasti u budućnosti, liječnici GZD-a moraju biti u stanju uravnotežiti ciljeve i ciljeve javnog zdravstva i vanjskih poslova i pronaći strateška područja preklapanja i konvergencije. Premošćivanje globalnih ciljeva u zdravstvu i vanjskim poslovima specijalizirana je praksa i perspektiva pa su zdravstveni atašei u izvrsnom položaju za provođenje na prvim crtama GZD-a (373). Sudionici su također opisali uočenu napetost između javnog zdravstva i ciljeva vanjskih poslova. Iako se nisu svi zdravstveni atašei složili oko toga trebaju li se ciljevi javnog zdravstva koristiti za unapređenje vanjskopolitičkih ciljeva ili bi se ciljevi vanjske politike trebali koristiti za napredovanje javnozdravstvenih ciljeva, sudionici su vjerovali da je potrebna zajednička perspektiva. Kao što je izjavio američki zdravstveni ataše u Indiji, ciljevi nijednog polja ne nadmašuju drugoga; GZD praktičari trebali bi raditi na istim ciljevima kao i kolektivna misija. Djelomično, s obzirom na nedostatak obuke i pripreme potrebne da bi postao zdravstveni ataše, što je u potpunoj suprotnosti s onima koji rade u vanjskim poslovima, ova napetost može se pripisati nedostatku standardizacije definiranih stručnih kompetencija i razlikama u pripremi između područja GZD-a i vanjskih poslova. GZD, za razliku od standardnih područja tradicionalne diplomatske prakse je vrlo zahtjevna jer uključuje političku, ekonomsku, javnu politiku i obrambenu diplomaciju, a koja nema dobro

utvrđene putove karijere, uključujući kompetencije za praksu, definirane razine svladavanja i opsežne pripreme potrebne za opterećivanje diplomatskog položaja na raznim razinama. Standardizacija područja i prakse GZD-a može pomoći u rješavanju i pomirenju ove napetosti i učinkovitijem zbližavanju sudionika u ovim često sukobljenim područjima. U skladu s ovom prijavljenom potrebom za izgradnjom GZD profesionalnih vještina, naši rezultati također sugeriraju da bi multidisciplinarni globalni zdravstveni trening (gdje se trenutno razvijaju ključne kompetencije) mogao rezultirati bolje pripremljenim zdravstvenim atašeima koji bi mogli učinkovitije provoditi GZD (373). Na kraju, svaki je sudionik izjavio da je najbolja priprema i osposobljavanje za rad u misiji kao atašea za zdravstvo "obuka na poslu". Ipak, obratno, kao što je rečeno, niti jedan zdravstveni ataše nije formalno osposobljen za zdravstvenog atašea. Povećana ulaganja u standardiziranu pedagogiju i snažnije multidisciplinarno obrazovanje u kombinaciji s pristupom mentorskim iskustvima mogu bolje ojačati razvoj vještina u primijenjenom kontekstu, što bi moglo pridonijeti i bolje definiranom GZD karijernom putu. Resurse za uspostavu ove vrste obuke, uključujući rigoroznu pedagogiju, primijenjenu i mjerljivu, treba dalje razvijati. Ovaj bi korak pomogao dovesti do istinskog razvoja i širenja specijaliziranog kadra glavnih liječnika GZD-a te osigurati da zdravstveni atašei imaju definiran put karijere i zauzmu zasluženo mjesto na čelu zalaganja za globalno zdravlje u diplomaciji dvadeset prvog stoljeća. Diplomacija se mijenja. Zemlje i njihovi predstavnici ne komuniciraju samo tradicionalnim diplomatskim kanalima, a utjecaj neovisnih aktera na vanjsku politiku je značajan. Unatoč raširenim pozivima zdravstvenih aktera na učinkovitiju koordinaciju na razini države, formalni mehanizmi komunikacije često su fragmentirani bolestima, sektorima ili birokratskim silosima. Stručnjaci za javno zdravstvo mogu djelovati bez svijesti o većim diplomatskim strategijama ili napetostima koje bi mogle biti u igri. Iako svoju prvu odanost očito duguju humanitarnim imperativima, posebno tijekom krize, višegodišnje zdravstvene inicijative ovise o dobroj volji i povjerenju izgrađenom s osjetljivošću na lokalni društveno-politički i kulturni kontekst. Istodobno, diplomatska zajednica tek je počela uvažavati složenost globalnog zdravstvenog krajolika, uključujući i sjenku neformalne diplomacije za zdravlje. Kako pojedinci i međunarodne mreže nadilaze tradicionalne vanjskopolitičke kanale, bit će potrebni novi alati za sve inkluzivniju sferu aktera globalne zdravstvene diplomacije (373). Trenutna obuka inozemnih profesionalnih službenika i zdravstvenih radnika na tom polju ne naglašava profesionalizaciju "zdravstvenih diplomata". Novi zahtjevi za stručnošću globalne zdravstvene diplomacije znače da vlade i multilateralne organizacije ne mogu čekati da njihov kapacitet znanja naraste tijekom desetljeća, pa čak i godina. Umjesto toga, potreban je bolji kontinuitet profesionalnog razvoja, od unakrsnog

treninga u ključnim konceptima u agencijama i institucijama do specijaliziranijih mogućnosti za obrazovanje specifičnih za rad. Izvješće iz 2008. o američkom osoblju za pomoć u inozemstvu preporučuje značajno ulaganje u povećanu tehničku stručnost, uključujući zdravstvene discipline (437). Ovo je otkriće naknadno potvrđeno opsežnim pregledom američke diplomacije i razvojnih mogućnosti koji poziva na sustavnije metode uvođenja i održavanja takve stručnosti u kulturama civilnih agencija (442). Dionici su počeli razvijati resurse koji pomažu demistificirati prioritete, principe i prakse svake zajednice, a podrška takvim pothvatima se povećava. Na primjer, samo nekoliko godina nakon vlastitog pokretanja, Globalni zdravstveni program Diplomskog instituta – Ženeva izvršni tečaj globalne zdravstvene diplomacije već je postao predložak za razvoj državnih tečajeva o zdravstvenim pregovorima. Američki Nacionalni centar za obuku vanjskih poslova / Institut za vanjske poslove pokazao je zanimanje za integriranje globalnih zdravstvenih problema u svoj kurikulum. Ostali akademski i vladini programi proširuju mogućnosti i identificiraju najbolje prakse za osposobljavanje diplomata za složenija zdravstvena pitanja. Međutim, bit će potrebni mnogo složniji napori kako bi se zdravstvenim radnicima i diplomatima pružili praktični alati koji su im potrebni za prepoznavanje i upravljanje ulogama u temeljnoj, multinacionalnoj i neformalnoj zdravstvenoj diplomaciji. Prepoznavanje vrsta globalne zdravstvene diplomacije pomaže stvoriti okvir za razumijevanje vještina i sklonosti koje su potrebne i koje bi trebale biti nagrađene u okviru ove poddiscipline. Institucionalizacija obuke za prenošenje takvih vještina i sklonosti zahtijeva da je prihvate diplomstski zbor i profesionalizirana globalna zdravstvena zajednica. To može uspjeti samo ako kontinuum profesionalnog razvoja izričito vrednuje izobrazbu izvan one potrebne za tehničku kompetenciju u javnom zdravstvu, medicini ili znanostima o životu. To bi moglo biti orijentacija u vrstama međukulturalnih kompetencija, upravljanja i osnovnih pregovaračkih vještina koje se rutinski nude novim profesionalcima iz inozemnih usluga. Ovaj trening ima daleko više koristi od stvaranja rezervoara znanja koji će se iskoristiti za temeljnu diplomaciju i multidioničarsku diplomaciju. Takvi kapaciteti mogu pomoći u poboljšanju učinkovitosti zdravstvenog programa na terenu i potaknuti razvoj transnacionalnih zajednica prakse, s koristima i za privatni i za javni sektor. Relativno novi aspekt globalizacije je sve veći broj diplomanata koji se u svojim životopisima mogu pohvaliti inozemnim iskustvom. Pružanje orijentacije u "praktičnoj diplomaciji" studentima bi na putu globalne zdravstvene karijere pomoglo da shvate gdje se njihovi napori uklapaju u kontekst lokalnih, regionalnih, nacionalnih i globalnih problema, a također bi im pomoglo da razumiju alate i usluge koji su im dostupni u Polje. Rastući interes za globalno zdravlje kao akademsko

područje studija (421) pruža priliku da se nova generacija kroz formalne poduke i terenska iskustva upozna s konceptima koji su na sjecištu zdravlja, diplomacije i politike (421).

Iz perspektive trenutnog prakticiranja zdravstvenih atašea, glavni zdravstveni diplomati predstavljaju državne aktere i povezuju zainteresirane strane u javnom zdravstvu i vanjskim poslovima s učinkovitijim globalnim zdravstvenim akcijama (458). Naša otkrića pokazuju da su vještine diplomacije i pregovaranja, primijenjene znanosti i međukulturalne kompetencije ključne za edukaciju zdravstvenih atašea. Uz to, uspostavljanje jasnog puta karijere za atašee u zdravstvu presudno je za buduće sazrijevanje profesije i za poticanje učinkovitih globalnih zdravstvenih akcija koje usklađuju ishode javnog zdravstva i vanjske politike.

Vanjska politika može pridonijeti zdravstvenoj diplomaciji uz podršku SZO-a za ojačati vezu između zdravstva i vanjske politike. Potrebno je definirati zdravlje kao strateški prioritet dijaloga i inicijativa kroz međunarodne pregovore. Utjecaj EU-a je veći nego što se misli te ima iznenađujuće velik utjecaj na zdravlje, od kojeg većina dolazi iz područja izvan formalnog zdravstvenog članka i koji trenutno prolazi kroz najveće promjene u ovom desetljeću. Međunarodne inicijative koje se bave pravima pacijenata prenijele su snažnu poruku zemljama u Europskoj regiji SZO-a o ovom pitanju (442).

Zdravstvena diplomacija može podići svijest da zdravlje nije samo nacionalno pitanje. Ona također uključuje različite globalne i prekogranične dimenzije i može značajno pridonijeti akciji od javnog interesa za globalni razvoj i dobrobit ljudi širom svijeta. Zdravstvena diplomacija također je odgovorna za činjenicu da će mnogi zdravstveni izazovi 21. stoljeća zahtijevati rješenja koja će biti više politička nego tehnička.

Akademska znanost je počela oblikovati globalne programe zdravstvenog usavršavanja kako bi dobila profesionalce kroz interdisciplinarno didaktičko i iskustveno učenje. Neupitna je dodatna potreba za edukacijom u području zdravstva i vanjske politike kako bi definirali područje zdravstvene diplomacije unutar globalnog zdravstva (235).

Identificirali smo odgovarajuće lekcije koje GZD može primijeniti za pomoć ZD-u. Sudionici su izvijestili da je ovo vrlo teško vrijeme za ZD koji mora uravnotežiti strah od vlastite sigurnosti pružanjem pune njege svojim pacijentima. Zdravstvena diplomacija je suočena s etičkim i moralnim dilemama oko ograničavanja pristupa zdravstvenoj zaštiti i rizika od COVID-19. Mora li se birati između pružanja njege ili odgađanja već zakazanog dijagnostičkog i terapijskog postupka, ali također treba poslušati pravila zdravstvenih ustanova. Većina

sudionika naglasila je činjenicu da zdravstvena diplomacija uvijek mora imati nacionalnu i bolničku podršku za donošenje odluka. COVID-19 nadilazi nacionalne granice i vlade i poziva na globalnu akciju kako bi se sačuvalo zdravlje ljudi.

Otkrića prikazana u ovoj disertaciji pokazuju da razumijevanje potreba svakog pacijenta lokalno okuplja najbolji ishod liječenja i uspostavlja jači odnos povjerenja između pacijenata i zdravstvenih radnika. Pristup pacijenta skrbi ponovno se oporavlja nakon isključenja pandemije COVID-19, što sugerira da su napori pružatelja usluga da ponovno pokrenu pacijenta tijekom ponovnog otvaranja imali pozitivan utjecaj. Za ZD je najvažnije imati jasne upute od GZD-a, a uspostavljanje jasnog puta protokola presudno je za budućnost i za poticanje učinkovitih rezultata GDH-a.

Nacionalne strategije, politika i diplomacija moraju se voditi načelom da samo dobro informiran pacijent može se uključiti u zajedničko donošenje odluke sto će rezultirati najbolje korištenom zdravstvenom zaštitom.

Dok se politika zdravstvene zaštite bavi politikama institucija, sustava, financiranja i elitnih interakcija, ona odgovara prioritetima političkih znanosti. Stoga se o zdravlju, teži apolitičnom i akademskom interesu samo za discipline poput sociologije, javnog zdravstva ili medicine. Politika se tradicionalno ne fokusira na zdravlje. Postoje razni razlozi za to, uključujući istaknute rasprave o zdravstvenoj zaštiti. Politička analiza može ponuditi načine razumijevanja zdravlja stanovništva i zdravstvenih nejednakosti i dati prijedloge kako ih se može poboljšati. Zdravlje se često umanjuje na ljestvici važnosti i pogrešno predstavlja kao zdravstvena zaštita. Slijedom toga, zdravstvena politika postaje pogrešno konstruirana kao politika zdravstvene zaštite. Neki će politolozi tvrditi da proučavaju zdravlje kao politički entitet, ali ono što se obično analizira je politika zdravstvene zaštite. Zdravlje kao apolitična marginalizacija zdravstvene politike vjerojatno neće imati jednostavno rješenje jer je tretiranje zdravlja kao apolitičnog (tj. ne političkog) gotovo sigurno rezultat složene interakcije niza različitih čimbenika.

Trenutna kriza COVID-19 traži promjenu paradigme u javnim i globalnim zdravstvenim institucijama. Zdravstveni djelatnici su izloženi etičkim i moralnim dilemama o ograničavanju zdravstvene zaštite i riziku od bolesti COVID-19. Borimo se sa svjetskom krizom u kojoj se svatko boji postati običan pacijent koji nije zaražen s COVID-19, međutim trebamo imati na umu da pacijenti imaju svoja prava i njima mora u potpunosti biti uvaženo njihovog ljudsko pravo na zdravstvenu zaštitu čak i u trenutnoj situaciji s COVID-19 ili za vrijeme bilo koje

druge pandemije. Mnogi „ambulantni pacijenti“ bivaju otpušteni iz bolnica kako bi ih se, između ostalog, zaštitilo od moguće zaraze virusom. Takva situacija može predstavljati etičku i moralnu dilemu za medicinsko osoblje koje mora birati između pružanja medicinske skrbi i odgađanja već zakazanih dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Također moramo imati na umu da je ovo vrlo teško razdoblje za zdravstvene djelatnike koji moraju balansirati strahom za vlastitu sigurnost i pružanjem pune zdravstvene njege svojim pacijentima. Pandemija COVID-19 je pokazala važnost globalnog zdravlja. COVID-19 je iznad državnih granica i vlada te poziva na globalnu akciju određivanja zdravlja ljudi, međutim razumijevanje potreba svakog individualnog pacijenta na lokalnoj razini dovodi do najboljeg postupka liječenja i uspostavlja snažniji odnos povjerenja između pacijenata i zdravstvenih radnika. Sada vidimo koliko je važno javno zdravstvo kao odgovor na pitanja na visokoj razini u zdravstvenoj diplomaciji. Također nije zanemarivo da privatno zdravstvo može dovesti do zabrinutosti o tome da čak i zarazni pacijenti bez osiguranja mogu biti ignorirani. Potreban nam je sustavniji i aktivniji pristup da bismo prepoznali i razumjeli ključne trenutne i buduće promjene koje utječu na prava pacijenata, te da izgradimo sposobnost među državama članicama da podupiru potrebne zajedničke akcije kako bi se iskoristile sve mogućnosti u ostvarivanju toga tih prava i da ona budu u potpunosti vidljiva. Moramo bolje razumjeti sustavno praćenje kako bismo jasno vidjeli kako su bili pogođeni pacijenti u odnosu na njihove zdravstvene probleme koji nemaju veze s COVID-19. Trenutno vidimo mnogo različitih brojeva i nije jasno je li smrt izravni rezultat COVID-19 ili je osoba bila zaražena s COVID-19, ali je smrt nastupila iz drugih razloga.

Glavna slabost naše studije bio je naš ograničeni uzorak ispitanika. Bilo je vrlo teško dobiti sudionike iz diplomatskih misija. Kao što je objavljeno, ova se studija usredotočila samo na glavne praktičare GZD-a, koja je po definiciji vrlo mala i specifična.

Međutim, nedostatak formalnog konceptualnog okvira za područje GZD-a i nedefinirani opis posla za ‘zdravstvenog diplomata’ zahtijeva više informacija od onih koji se bave diplomacijom u ovom prostoru.

Također jedno od ograničenja je mogla predstavljati suzdržanost u odgovorima s obzirom na to što smiju reći jer sama uloga u državnim nacionalnim aktivnostima zahtjeva visoki stupanj lojalnosti i nemogućnosti davanja drugačijeg i osobnog mišljenja.

6. ZAKLJUČCI

1. Jezik kojim su napisane najkvalitetnije zdravstvene informacije, kao što su laički sažetci Cochraneovih sustavnih pregleda, je nečitak.
2. Potreban je sustavni pristup sadržaju i formatu zdravstvenih informacija za pacijente kako bi se osiguralo da su prikladni za ciljanu publiku.
3. Sustav pritužbi pacijenata u Hrvatskoj nije dobro organiziran jer ne postoje razvijeni koordinirani postupci za odgovore na pritužbe.
4. Sustav zdravstvene zaštite nije učinkovit u preciznom bilježenju i odražavanju stvarnog stanja zaštite prava pacijenata u hrvatskom zdravstvenom sustavu.
5. Potrebna je veća transparentnost i jasan proces podnošenja pritužbi kako bi se bolje razumjele potrebe pacijenata, razriješile optužbe, spriječile buduće pritužbe, čime bi se povećala kvaliteta i sigurnost zdravstvenog sustava.
6. Uloga zdravstvene diplomacije za povezivanje javnog zdravstva i vanjskih poslova je ključna za poštivanje prava pacijenata.
7. Zdravlje postaje sve kritičniji element u vanjskoj politici te je povećana potreba za koordiniranim odgovorima na zajedničke globalne prijetnje javnom zdravlju.
8. Politička sigurnost, razvojne strategije te kreatori zdravlja i vanjske politike trebali bi imperativno stjecati nove vještine za pregovaranje u korist zdravlja nad ostalim interesima.
9. Vještine diplomacije i pregovaranja, primijenjene znanosti i međukulturalne kompetencije najbitnije su za posao zdravstvenih atašea.
10. Uspostavljanje jasnog puta u karijeri za zdravstvene atašee ključno je za buduće sazrijevanje profesije i za poticanje učinkovite globalne zdravstvene diplomacije koja usklađuje javno zdravstvo i vanjsku politiku.

7. SAŽETAK

Ciljevi:

Provedenim istraživanjima u ovoj doktorskoj disertaciji željeli smo analizirati kako se rješavaju potrebe i problemi pacijenata kroz tri razine: zdravstvenu informaciju - prepoznati zašto je pacijentima teško razumjeti zdravstvene informacije, prava u zdravstvenom sustavu - probleme pacijenata sa kojima se suočavaju u pristupu zdravstvenoj zaštiti te prava i potreba na globalnoj razini - odgovoriti na pitanje kako zdravstvena diplomacija može pomoći zdravstvenim djelatnicima u borbi sa pandemijom COVID-19.

Metode:

Za procjenu čitkosti teksta koristili smo dizajn presječne studije i pristup s više osobina i više metoda za analizu jezične karakteristike svih 164 priopćenja za javnost o Cochrane sustavnim pregledima. U presječnom istraživanju analizirati smo pritužbe pacijenata na dvije razine: a) pritužbe pacijenata zaprimljene putem službenog e-maila Hrvatskoj udruzi za promicanje prava pacijenata u 2017. i 2018. godini te b) godišnja izvješća 21 županijskih povjerenstava za prava pacijenata poslani Ministarstvu zdravstva u 2017. i 2018. godini (javni podaci, dostupni na zahtjev). U kvalitativnoj studiji koristili smo metodu intervjua relevantnih sudionika zdravstvene diplomacije u EU i stručnjaka povezanih sa zdravstvenom politikom da bismo identificirali i razumjeli ključne trenutne i buduće promjene koje utječu na globalno javno zdravstvo, prikupili iskustva i mišljenja o najboljim načinima balansiranja globalnog zdravstvenog djelovanja i zaštite osobnih prava pacijenata.

Rezultati:

Formati sažetih informacija za Cochrane sustavne preglede imaju nisku čitkost i niske jezične karakteristike. Jezik kojim su napisane najkvalitetnije zdravstvene informacije, kao što su laički sažetci je nečitak. Sustav za pritužbe pacijenata u Hrvatskoj nije učinkovit u preciznom bilježenju i odražavanju stvarnog stanja zaštite prava pacijenata u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Na globalnoj razini ispitanici utvrđuju da je uloga zdravstvene diplomacije ključna te da je potrebno uspostavljanje jasnog puta u karijeri za zdravstvene atašee i za poticanje učinkovite globalne zdravstvene diplomacije koja usklađuje javno zdravstvo i vanjsku politiku.

Potrebna je veća transparentnost i jasan proces podnošenja pritužbi kako bi se bolje razumjele potrebe pacijenata, razriješile optužbe, spriječile buduće pritužbe, čime bi se povećala kvaliteta i sigurnost zdravstvenog sustava.

Zaključak:

Središte zdravstvenog sustava je pacijent koji koristi zdravstveni sustav i zdravstvenu zaštitu. Zdravstvena pismenost za razumijevanje zdravstvenih informacija i predviđanje zdravstvenog stanja te učinkovita komunikacija pokazuju pozitivan utjecaj na zadovoljstvo pacijenata, istodobno smanjujući troškove zdravstvu. Potreban je sustavni pristup sadržaju i formatu zdravstvenih informacija za pacijente kako bi se osiguralo da su prikladni za ciljanu publiku. Zdravlje postaje sve kritičniji element u vanjskoj politici, a uloga zdravstvene diplomacije je ključna. Zdravstveni radnici i pacijenti imaju isti cilj: imati dobru kvalitetu zdravstvene zaštite koja omogućava partnerski odnos liječnika i pacijenta u zdravstvenom sustavu. Zdravstvena politika mora štititi zdravstvene djelatnike, kako bi oni mogli zaštiti pacijente.

8. SUMMARY

READABILITY OF HEALTH INFORMATION, PATIENTS 'RIGHTS IN THE HEALTHCARE SYSTEM AND PATIENTS' RIGHTS IN HEALTHCARE DIPLOMACY: A MULTIMETHODOLOGICAL RESEARCH

Aims:

The research conducted in this doctoral dissertation aimed to analyze how the needs and problems of patients are solved through three levels: health information - identify why patients find it difficult to understand health information, rights in the health system - problems of patients in accessing health care and rights and global need - to answer the question of how health diplomacy can help health professionals fight the COVID-19 pandemic.

Methods:

To assess the readability of the text, we used a cross-sectional study design and a multi-feature and multi-method approach to analyze the linguistic characteristics of all 164 press releases on Cochrane systematic reviews. In the cross-sectional study, we analyzed patient complaints at two levels: a) patient complaints received via official e-mail to the Croatian Association for the Promotion of Patients' Rights in 2017 and 2018 and b) annual reports of 21 county patient rights commissions sent to the Ministry of Health in 2017 and 2018 (public data, available on request). In the qualitative study, we used the interview method of relevant EU health diplomacy participants and health policy experts to identify and understand key current and future changes affecting global public health, gather experiences and opinions on the best ways to balance global health and personal protection. patient rights.

Results:

Summary information formats for Cochrane systematic reviews have low readability and low language characteristics. The language in which the highest quality health information is written, such as plain language summaries, is illegible. The patient complaints system is not effective in accurately recording and reflecting the actual state of protection of patients' rights in the Croatian healthcare system. At the global level, participants identify that the role of health diplomacy is crucial and that a clear career path needs to be established for health attaches and to promote effective global health diplomacy that aligns public health and foreign policy.

Greater transparency and a clear process of complaints submission are needed to better understand patients' needs, resolve complaints and prevent future complaints, thus increasing the quality and security of the health care system.

Conclusion:

The center of the health system is the patient who uses the health system and health care. Health literacy for understanding health information and predicting health status and effective communication show a positive impact on patient satisfaction while reducing healthcare costs. A systematic approach to the content and format of health information for patients is needed to ensure that it is appropriate for the target audience. Health is becoming an increasingly critical element in foreign policy, and the role of health diplomacy is crucial. Healthcare professionals and patients have the same goal: to have a good quality of healthcare that enables a partnership between doctors and patients in the healthcare system. Health policy must protect health professionals so that they can protect patients.

9. POPIS LITERATURE

1. Figueras J, McKee M, Cain J. Health systems in transition: learning from experience. 2004. World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies.
2. Buss PM, Machado JM, Gallo E, Magalhães Dde P, Setti AF, Franco Netto Fde A, Buss DF. Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável [Health and environmental governance for sustainable development]. Cien Saude Colet. 2012 Jun;17(6):1479-91. Portuguese.
3. Dil Y. IAPO launched the Patient-Centred Healthcare Indicators Review. Generics and Biosimilars Initiative Journal. 2013;2(1):52-52).
4. Cashin C. Paying For Performance In Healthcare: Implications For Health System Performance And Accountability. Open University Press. 2014.
5. Genov N. Sociology on trial: the challenge of transformation risks. A conference paper from the "Personal and Institutional Strategies for Management of Transformation Risks in central and eastern Europe" 2000. Project Conference.
6. Babić-Bosanac S, Dzakula A. Patients' rights in the Republic of Croatia. European Journal of Health Law 2006;13:399-411.
7. Džakula A, Sagan A, Pavić N, Lončarek K, Sekelj-Kauzlarić K. Croatia: health system review. Health Syst Transit 2014;16(3):1-162.
8. 120 Official Journal of the European Communities. Charter of Fundamental Rights of the European Union. OJ C 364/01. 2000.
9. Page EC. The European Union and the bureaucratic mode of production. In: Menon A, ed. From the nation state to Europe: essays in honour of Jack Hayward. Oxford, Oxford University Press, 2001.
10. Babić-Bosanac, Sanja; Borovečki, Ana; Fišter, Kristina. Patients' rights in the Republic of Croatia – between the law and reality // Medicinski glasnik Ljekarske komore Zeni -dobojskog kantona, 5. 2008. 1; 33-36
11. Papadimos TJ. Healthcare access as a right, not a privilege: a construct of Western thought. Philos Ethics Humanit Med 2007;2:2.
12. Nickel, J. 1987.Making sense ofhuman rights: philosophical reflections on the Universal Declaration ofHumanRights. Berkeley: University of California Press.
13. A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe: Principles of the Rights of Patients in Europe: A Common Framework Amsterdam Declaration of

Patients' Rights, Endorsed by the World Health Organization European Consultation on The Rights of Patients, 28-30 March 1994. eweb:135192.

14. Cohen J, Ezer T. Human rights in patient care: a theoretical and practical framework. Health Hum Rights 2013;15:7-19.
15. International Council of The Patient Ombudsman. Dostupno na: https://patientombudsman.eu/. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
16. Proso, Maja; Sunara Rušinović, Đula. Legal issues of the protection of patients rights in Croatia. International Congress on Medical Law and the 1st World Conference on Public Health and Ethics-Book of proceedings, Seoul, Korea. 2005.
17. European Observatory on Health Systems and Policies. Croatia: Country health profile 2017, State of Health in the EU. Bruxelles. OECD; 2017.
18. Ustav Republike Hrvatske, NN 85/2010. Dostupno na: https://www.zakon.hr/z/94/Ustav-Republike-Hrvatske. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
19. Rusinovic - Sunara D, Radovancevic L, editors. Croatian Association for Patients' Rights. 2004; Sydney, Australia: 15th World Congress on Medical Law.
20. Obvezno osiguranje. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje RSS. 2018. Dostupno na: https://hzzo.hr/obvezno-osiguranje/opseg-prava-na-zdravstvenu-zastitu. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
21. Proso M, Rušinović Sunara Đ. Neka pravna pitanja zaštite prava pacijenata u Hrvatskoj. Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu 2005;3(79);381-390.
22. Zakon o zaštiti prava pacijenata. Dostupno na: https://www.zakon.hr/z/255/Zakon-o-za%C5%A1titi-prava-pacijenata. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
23. Reader TW, Gillespie A, Roberts J. Patient complaints in healthcare systems: A systematic review and coding taxonomy. BMJ Quality and Safety 2014;23:678-89.
24. Thi Thu Ha B, Mirzoev T, Morgan R. Patient complaints in healthcare services in Vietnam's health system. SAGE Open Medicine 2015;3:205031211561012.
25. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/11). Dostupno na: https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1693.html. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
26. Byrne I, Ezer T, Cohen J, Overall J, Senyuta I. Human Rights in Patient Care: a practitioner guide (Ukraine). L'viv, Ukraine: Publishing House Medicine and Law; 2012.

27. Horodovenko VV, Pashkov VM, Udovyka LG. Protection of patients' rights in the european court of human rights. Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960) 2018;71:1200-6.
28. Croatian Association For Patients' Rights. LobbyFacts Database. 2020. Dostupno na:https://lobbyfacts.eu/representative/cada51bff4c64209a57525f3941a2984/croatian-association-for-patients-rights. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
29. United Nations Search results for CSos. Dostupno na: https://esango.un.org/civilsociety/getByAllHavingStatus.do;jsessionid=D1304C9B6E66FC239AF1491F457E5890?method=getByAllHavingStatus&searchType=csSearch. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
30. Odluka i Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske broj: U-I-4892/2004 i U-I-3490/2006 od 12. ožujka 2008. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/full/2008_03_37_1267.html. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
31. Scott LG, Nick F, Heather AE, Matthias W, Holly J, Willy P. Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask. 2012 978 92 890 50 272.
32. D. S. Martinsen, 'Towards an internal health markets with the European court', West European Politics 28 (2005), 1035–56.
33. Greer SL. Glass half empty: the eurozone and internal market overshadow the health effects of Maastricht. European Journal of Public Health, 2013, 23(6):907–908;
34. Greer SL. The three faces of European Union health policy: policy, markets and austerity. Policy and Society, 2014, 33(1):13–24.
35. Hannikainen, P. et al. Three years in force: has the Finnish act on the status and rights of patients materialized? Helsinki, The Ministry for Social Affairs and Health, 1996, p.17.
36. Council of the European Union. Council conclusions on common values and principles in European health systems. Official Journal, 2006, C 146:1–4.
37. OECD. Health at a glance: Europe 2012. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development,2012.
38. Mossialos E et al. Health systems governance in Europe: the role of EU law and policy. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 2010. van de Gronden JW et al. (eds.). Health care and EU law. New York, Springer, 2011.

39. European Commission. Europe 2020: a strategy for smart, sustainable and inclusive growth. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2010.
40. Lingard LS, Espin S, Whyte G, et al. Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. Qual Saf Health Care. 2004;13:330–334.
41. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care. 2004;13:85–90.
42. Dingley C, Daugherty K, Derieg MK, Persing R. Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
43. Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T, et al. Improving communication in the ICU using daily goals. J Crit Care. 2003;18:71–75.
44. Rosero EB, Romito BT, Joshi GP. Failure to rescue: A quality indicator for postoperative care. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2021 Dec;35(4):575-589.
45. Song H, Tucker AL, Graue R, Moravick S, Yang JJ. Capacity pooling in hospitals: The hidden consequences of off-service placement. Management Science 2020;66:3825-42.
46. Smolle C, Sendlhofer G, Cambiaso-Daniel J, i sur. Official definitions for undesirable medical events: Are they correctly applied in medicine? Wiener Klinische Wochenschrift 2019;131:23-8.
47. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, et al. An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. Ann Intern Med. 1986;104:410–418
48. Patient safety assessment manual : second edition, 2nd ed.. World Health Organization. 2016. Regional Office for the Eastern Mediterranean. https://apps.who.int/iris/handle/10665/249569.
49. Heath I, Hippisley-Cox J, Smeeth L. Measuring performance and missing the point? BMJ 2007;335:1075-6.
50. Karacic, J.; Bursztajn, H.J.; Arvanitakis, M. Who Cares What the Doctor Feels: The Responsibility of Health Politics for Burnout in the Pandemic. Healthcare 2021, 9, 1550.
51. Garcia CL, Abreu LC, Ramos JLS, Castro CFD, Smiderle FRN, Santos JAD, Bezerra IMP. Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. Medicina (Kaunas). 2019 Aug 30;55(9):553.

52. Solic I, Stipcic A, Pavlicevic I, Marusic A. Transparency and public accessibility of clinical trial information in Croatia: how it affects patient participation in clinical trials. Biochem Med (Zagreb) 2017;27:259-69.
53. Woolf SH, Kuzel AJ, Dovey SM, et al. A string of mistakes: The importance of cascade analysis in describing, counting, and preventing medical errors. Ann Fam Med. 2004;2:317–326.
54. Zimmerman JE, Shortell SM, Rousseau DM, et al. Improving intensive care: Observations based on organizational case studies in nine intensive care units: A prospective, multicenter study. Crit Care Med. 1993;21:1443–1451.
55. Boyle DK, Kochinda C. Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units. J Nurs Adm. 2004;34:60–70.
56. Stiggelbout AM, Molewijk AC, Otten W, Timmermans DR, van Bockel JH, Kievit J. Ideals of patient autonomy in clinical decision making: a study on the development of a scale to assess patients‘and physicians’ views. J Med Ethics. 2004;30(3):268–74
57. United Nations General Assembly. United Nations General Assembly Resolution 217A (III): Universal Declaration of Human Rights (UDHR). UN Doc. A/810 at 71. December 12, 1948.
58. Wiesing U. The Hippocratic Oath and the Declaration of Geneva: legitimisation attempts of professional conduct. Med Health Care Philos. 2020 Mar;23(1):81-86.
59. Kubová K, Vysloužil J. Honoring the 80th Anniversary of the World War II outbrake. Ceska Slov Farm. 2019 Winter;68(5):204-207. English. PMID: 31896264.
60. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013 Nov 27;310(20):2191-4.
61. Flott K, Durkin M, Darzi A. The Tokyo Declaration on patient safety. BMJ. 2018 Aug 8;362:k3424.
62. Hospital Committee of the EEC adopts "Charter of the Hospital Patient". Int Dig Health Legis. 1980;31(2):411-3. PMID: 10317010.
63. Wang ZE, Li P, Li J. [The development of Informed Consent]. Zhonghua Yi Shi Za Zhi. 2011 Sep;41(5):279-83. Chinese. PMID: 22340006.
64. Wilks M. Guantanamo: a call for action. BMJ. 2006;332(7541):560-561. Europska deklaracija o unapređenju prava pacijenata – Amsterdam (1994.);

65. The Jakarta Declaration on health promotion in the 21st century. Health Millions. 1998 Jan-Feb;24(1):29-30, 35. PMID: 12348529.
66. Roberto Andorno, The Oviedo Convention: A European Legal Framework at the Intersection of Human Rights and Health Law, JIBL Vol 02, 2005
67. Fallberg L, Mackenney S. Patient Ombudsmen in seven European countries: an effective way to implement patients' rights? Eur J Health Law 2003;10:343-57.
68. Liev D, Vienonen M. Patients' Rights in Europe as at June 1997 Draft for Consultation at the Gothenburg Workshop 18-19 August. 1997. Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108073/E58605.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
69. EUROPEAN PARLIAMENT DIRECTORATE GENERAL FOR RESEARCH HEALTH CARE SYSTEMS IN THE EU A COMPARATIVE STUDY Public Health and Consumer Protection Series SACO 101 EN. (n.d.). Dostupno na: http://europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf . Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
70. Evaluative study on the cross- border healthcare Directive (2011/24/EU) Final report Executive Summary [Internet]. Directorate-General for Health and Food Safety Directorate D— Health Systems and Products Unit D2— Healthcare Systems. 2015. Dostupno na: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_evaluative_study_exsum_en.pdf. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
71. Spa KA. Evaluative study on the cross-border healthcare Directive (2011/24/EU) Final report. 2015.
72. Johnson GL, Nelson RM. Informed consent and assent in human subject research. Journal of Public Health Management and Practice 2000;6:9-18.
73. Stone Sweet A. Judicial authority and market integration in Europe. In: Ginsburg T, Kagan RA, eds. Institutions and public law: comparative approaches. Frankfurt, Peter Lang, 2005.
74. Dearden L, McIntosh S, Myck M, Vignoles A. The Returns to Academic and Vocational Qualifications in Britain. Bulletin of Economic Research 2002;54:249-74.
75. Raz, J. 1984. Rights-based moralities.IN: Theories ofrights. J. Waldron (ed.) Oxford: Oxford University Press,pp182-200
76. Woolf, Lord. 1996.Access to justice: final report , London: HMSO

77. Vetlesen, A. J. 1994.Perception, empathy and judgment: an inquiry into the preconditions ofmoral performance. University Park, PA: Pennsylvania State University Press.
78. Dute J. European Court of Human Rights. Eur J Health Law. 2019 Feb 15;26(1):61-73.
79. Abbasi M, Majdzadeh R, Zali A, Karimi A, Akrami F. The evolution of public health ethics frameworks: systematic review of moral values and norms in public health policy. Med Health Care Philos. 2018 Sep;21(3):387-402
80. Nys H. European Court of Human Rights. Eur J Health Law. 2020 Sep 21;27(5):499-506.
81. Annas GJ, Mariner WK. (Public) Health and Human Rights in Practice. J Health Polit Policy Law. 2016 Feb;41(1):129-39.
82. Niveau G, Materi J. Psychiatric commitment: over 50 years of case law from the European Court of Human Rights. Eur Psychiatry. 2007 Jan;22(1):59-67.
83. Barnett, Daniel J, Holly A. Taylor, James G. Hodge Jr, and Jonathan M. Links. 2009. Resource Allocation on the Frontlines of Public Health Preparedness and Response: Report of a Summit on Legal and Ethical Issues. Public Health Reports 124: 295–303.
84. Baylis, Françoise, Nuala P. Kenny, and Susan Sherwin. 2008. A Relational Account of Public Health Ethics. Public Health Ethics 1 (3): 196–209.
85. Carter, Stacy M., Lucie Rychetnik, Beverley Lloyd, Ian H. Kerridge, Louise Baur, Adrian Bauman, Claire Hooker, and Avigdor Zask. 2011. Evidence, Ethics, and Values: A Framework for Health Promotion. American Journal of Public Health 101 (3): 465–472.
86. Karen, M., and B. A. Meagher. 2011. Considering Virtue: Public Health and Clinical Ethics. Journal of Evaluation in Clinical Practice 17 (5): 888–893.
87. Louis Henkin, The Age of Rights. New York: Columbia Press, 1990. p. 19
88. Christina M. Cerna. Universality of human rights and culturaldiversity: implementation of human rights in different socio-cultural contexts.” 16 Hum. Rts. Q.740. 1994. p.745.
89. Buelens W, Herijgers C, Illegems S. The View of the European Court of Human Rights on Competent Patients’ Right of Informed Consent. Research in the Light of Articles 3 and 8 of the European Convention on Human Rights. Eur J Health Law. 2016 Dec;23(5):481-509. doi: 10.1163/15718093-12341388. PMID: 29210248.

90. Farrell, A.-M. (2005). T. HERVEY and J. McHALE, Health Law and the European Union, Cambridge University Press, Cambridge, 2004, Paperback, 469 pp., 35. Medical Law Review, 13(3), pp.430–434.
91. Fallon, P. 2002. National patient perception of the quality of health care. Dublin: Irish Society for Quality & Safety in Health care.
92. Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions. 2002;15(4):503–529.
93. Transdisciplinary research. Futures: The Journal of policy, planning and futures studies. 2010;42(10):1146–1155. doi: 10.1016/j.futures.2010.04.025.
94. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7. New York and Oxford: Oxford University Press; 2012.
95. Carew AL, Wickson F. The TD wheel: a heuristic to shape, support and evaluate
96. Boyle PJ, DuBose ER, Ellingson SJ, Guinn DE, McCurdy DB. Organizational ethics in health care: principles, cases, and practical solutions. San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
97. Balmer A, Bulpin K, Calvert J, Kearnes M, Mackenzie A, Marris C, Martin P, Molyneux-Hodgson S, Schyfter P. Towards a manifesto for experimental collaborations between social and natural scientists. 2012.
98. Hsieh SY. An exploratory study of complaints handling and nature. Int J Nurs Pract 2012;18:471–80
99. Bismark M, Dauer E, Paterson R, et al. Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience. CMAJ 2006;175:889–94.
100. Sandor J. Data Protection in Health Care. Beyond Biomedical Use. In: Frontiers of European Health Law.Yearbook, 2002;76.
101. Zlatovic D. Criminal legal protection in the field of intellectual property and computer related rights in the Republic of Croatia. Pravni zapisi. 2015;6(2):394–427.
102. Lustria ML, Smith SA, Hinnant CC. Exploring digital divides: an examination of eHealth technology use in health information seeking, communication and personal health information management in the USA. Health Informatics J 2011;17:224-43.
103. Cashore B. Legitimacy and the privatization of environmental governance: how non-state market-driven (NSMD) governance systems gain rule-making authority.

104. Reich WT. Introduction. In: Reich WT (ed). Encyclopedia of Bioethics. 2nd Edition. New York: Macmillan,1995;21.
105. Walker, Margaret Urban (2006). Moral Repair: Reconstructing Moral Relations after Wrongdoing. Cambridge: Cambridge University Press
106. Wolf, Susan M. (1999). "Erasing Difference: Race, Ethnicity, and Gender in Bioethics," in Anne Dochin and Laura Martha Purdy, eds. Embodying Bioethics: Recent Feminist Advances. Lanham, MD: Rowman & Littlefield: 65-84
107. Kirchhoffer D. G. Bioethics and the Demise of the Concept of Human Dignity: Has Medicine Killed Ethics?. HRGE 17.2(2011) 141-154.
108. Pellegrino, E.D. and Thomasma, D. C. (1988). For the Patient's Good. The Reconstruction of Beneficence in Health Care. New York: Oxford University Press
109. Waldron.J. How law protects dignity. Cambridge Law Journal, 71(1), March 2012, pp. 200–222
110. Childress, J. F. (1982). Who Should Decide? Paternalism in Health Care. New York: Oxford University Press
111. Komrad MS. A defence of medical paternalism: maximising patients' autonomy. J Med Ethics. 1983;9(1):38–44.
112. Travaline,J.M. ,Ruchinskas, R. and D'Alonzo, G.E. (2005). Patient-Physician Communication: Why and How. The Journal of the American Osteopathic Association Volume 105. Number 1, 13-18.
113. Ubel PA, Arnold RM. The unbearable rightness of bedside rationing: physician duties in a climate of cost containment. Arch Intern Med. 1995;155:1837–1842.
114. Beauchamp, T. and Childress, J., 2021. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. Oxford University Press, pp 454. ISBN 0-19-514332-9., pp.57-58.
115. Red liječnika BMA, Medical Ethic Today, Its Practice and Philosophy, London 1995, 326.
116. Kassirer JP. Managing Care – should we adopt a new ethic? New Engl J Med. 1998;339:397–398.
117. Çipi B, Bioethics in a legal Medicine point of view, Publishing house "Naim Frashëri" Tirana 2005,26-27, 217-223.
118. Fernandez PO, Origines et évolution de la déontologie médicale; Rapport de recherche DESS Doit de la Santé, Bordeaux 1994
119. Scheunemann, L.P. and White, D.B. (2011). The Ethics and Reality of Rationing in Medicine. Chest, 140(6), pp.1625–1632.

120. Mandal J, Ponnambath DK, Parija SC. Utilitarian and deontological ethics in medicine. Trop Parasitol. 2016;6(1):5-7.
121. Freeman VG, Rathore SS, Weinfurt KP, Schulman KA, Sulmasy DP. Lying for patients: physician deception of third- party payers. Arch Intern Med. 1999;159:2263–2270
122. Garbutt G, Davies PShould the practice of medicine be a deontological or utilitarian enterprise?Journal of Medical Ethics 2011;37:267-270.
123. Elwyn G et al. Developing a quality criteria framework for patient decisionaids: online international Delphi consensus process. British Medical Journal,2006, 333:417–419.
124. Milosevic M, Brborovic H, Mustajbegovic J, Montgomery A. Patients and health care professionals: Partners in health care in Croatia? British Journal of Health Psychology 2013
125. Mastaneh Z, Mouseli L. Patients' awareness of their rights: insight from a developing country. Int J Health Policy Manag. 2013;1(2):143-6.).
126. Balint, M. (1955). THE DOCTOR, HIS PATIENT, AND THE ILLNESS. The Lancet, 265(6866), pp.683–688.
127. Meuter RFI, Gallois C, Segalowitz NS, Ryder AG, Hocking J. Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. BMC Health Serv Res. 2015;15(1):371.
128. Weinstock D. Are you communicating what you want to say? J Med Pract Manage 2012;27:355-8.
129. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc Sci Med. 2000 Dec;51(11):1611-25.
130. Montgomery A, Todorova I, Baban A, Panagopoulou E. Improving quality and safety in the hospital: the link between organizational culture, burnout, and quality of care. Br J Health Psychol. 2013 Sep;18(3):656-62.
131. Hall J. A., Roter D. L., Rand C. S. Communication of affect between patient and physician. J Health Soc Behav. 1981;22((1)):18–30.
132. Duffy F. D., Gordon G. H., Whelan G., et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. Acad Med. 2004;79((6)):495–507.

133. Henrdon J., Pollick K. Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. J Bone Joint Surg Am. 2002;84-A((2)):309–315
134. Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC, National Academies Press, 2004.
135. Lalani M, Baines R, Bryce M, i sur. Patient and public involvement in medical performance processes: A systematic review. Health Expect 2019;22:149-61.
136. Arora N. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. Soc Sci Med. 2003;57((5)):791–806.
137. Mulcahy L, Tritter JQ. Pathways, Pyramids and Icebergs? Mapping the Links Between Dissatisfaction and Complaints. Sociology of Health & Illness 1998;20:825-47.
138. Stewart M. A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ. 1995;152((9)):1423–1433
139. Braš M, Dubravac J, Đorđević V, Pjevač N. Perception of communication between doctors and patients - On-line research among doctors in Croatia. undefined 2019.
140. N. Shared decision making: why the slow progress? An essay by Neal Maskrey.BMJ 2019;367:l6762. 10.1136/bmj.l6762 31806646.
141. Kindler C. H., Szirt L., Sommer D., Häusler R., Langewitz W. A quantitative analysis of anaesthetist-patient communication during the pre-operative visit. Anaesthesia. 2005;60((1)):53–59.
142. Middleton S., Gattellari M., Harris J. P., Ward J. E. Assessing surgeons' disclosure of risk information before carotid endarterectomy. ANZ J Surg. 2006;76((7)):618–624.
143. Roter D. L. Physician/patient communication: transmission of information and patient effects. Md State Med J. 1983;32((4)):260–265
144. Platt F. W., Keating K. N. Differences in physician and patient perceptions of uncomplicated UTI symptom severity: understanding the communication gap. Int J Clin Prac. 2007;61((2)):303–308.
145. Harmon G., Lefante J., Krousel-Wood M. Overcoming barriers: the role of providers in improving patient adherence to antihypertensive medications. Curr Opin Cardiol. 2006;21((4)):310–315.

146. Gulbrandsen P, Clayman ML, Beach MC, etal . Shared decision-making as an existential journey: Aiming for restored autonomous capacity. Patient Educ Couns 2016;99:1505-10.
147. Kaplan S. H., Greenfield S., Ware J. E., Jr Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care. 1989;27((3 Suppl)):S110–S127
148. Greenfield S., Kaplan S., Ware J. E., Jr Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. Ann Intern Med. 1985;102((4)):520–528.
149. Alazri M. H., Neal R. D. The association between satisfaction with services provided in primary care and outcomes in Type 2 diabetes mellitus. Diabetes Med. 2003;20((6)):486–
150. O'Keefe M. Should parents assess the interpersonal skills of doctors who treat their children? A literature review. J Paediatr Child Health. 2001;37((6)):531–538
151. Hall J. A., Roter D. L., Katz N. R. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Med Care. 1988;26((7)):657–675.
152. Giugliani C, Gault N, Fares V, i sur. Evolution of patients' complaints in a French university hospital: is there a contribution of a law regarding patients' rights? BMC Health Serv Res 2009;9:141.
153. DiMatteo M. R. The role of the physician in the emerging health care environment. West J Med. 1998;168((5)):328–333.
154. Gulbrandsen P. (2020). Shared decision making: improving doctor-patient communication. BMJ, m97. doi:10.1136/bmj.m97
155. A. M., Hak T., Koëter G., van Der Wal G. Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. BMJ. 2000;321((7273)):1376–1381.
156. Sandman L, Munthe C. Shared decision making, paternalism and patient choice. Health Care Anal. 2010;18(1):60–84.
157. Gillotti C, Thompson T, McNeilis K. Communicative competence in the delivery of bad news. Soc Sci Med. 2002;54(7):1011–23. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00073-9
158. Sobel D. S. Rethinking medicine: improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. Psychosom Med. 1995;57((3)):234–244.
159. Lee R. G., Garvin T. Moving from information transfer to information exchange in health and health care. Soc Sci Med. 2003;56((3)):449–464.

160. Parker S. M., Clayton J. M., Hancock K., et al. A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. J Pain Symptom Manage. 2007;3((1)):81–93.
161. Lippincott W. Patient Guide: 10 Ways to Improve Communication With Your Doctor. Journal of Patient Safety 2005;1:227-.
162. Cornaglia-Ferraris P. Camici e pigiami: Economica Laterz; 2008
163. Harms C., Young J. R., Amsler F., Zettler C., Scheidegger D., Kindler C. H. Improving anaesthetists' communication skills. Anaesthesia. 2004;59((2)):166–172.
164. Ferreira-Padilla G, Ferrández-Antón T, Baleriola-Júlvez J, Braš M, Dordević V. Communication skills in medicine: Where do we come from and where are we going? Croatian Medical Journal 2015;56:311-4
165. Hagihara A., Tarumi K. Doctor and patient perceptions of the level of doctor explanation and quality of patient-doctor communication. Scand J Caring Sci. 2006;20((2)):143–150.
166. Bensing J. M., Sluijs E. M. Evaluation of an interview training course for general practitioners. Soc Sci Med. 1985;20((7)):737–744.
167. Linney BJ. The successful physician negotiator. Physician Exec 1999;25:62-5
168. Feudtner C. Collaborative communication in pediatric palliative care: a foundation for problem-solving and decision-making. Pediatr Clin North Am. 2007;54((5)):583–607
169. Ware J. E., Jr, Davies A. R. Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care. Eval Program Plann. 1983;6((3–4)):291–297
170. Kienle, G.S. and Kiene, H. (1997). The Powerful Placebo Effect: Fact or Fiction? Journal of Clinical Epidemiology, 50(12), pp.1311–1318.
171. Minhas R. Does copying clinical or sharing correspondence to patients result in better care? Int J Clin Prac. 2007;61((8)):1390–1395
172. Lydia S. Dugdale, Mark Siegler and David T. Rubin (2008). Medical Professionalism and the Doctor-Patient Relationship. Perspectives in Biology and Medicine, 51(4), pp.547–553.
173. Girón M., Manjón-Arce P., Puerto-Barber J., Sánchez-García E., Gómez-Beneyto M. Clinical interview skills and identification of emotional disordes in primary care. Am J Psychiatry. 1998;155((4)):530–535.

174. Harrison M, Milbers K, Hudson M, Bansback N. Do patients and health care providers have discordant preferences about which aspects of treatments matter most? Evidence from a systematic review of discrete choice experiments. BMJ Open 2017;7:e014719-e.
175. Cicak P, Thompson S, Popovic-Grle S, Fijacko V, Lukinac J, Lukinac AM. Palliative and End-of-Life Care Conversations with Older People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Croatia-A Pilot Study. Healthcare (Basel) 2020;8
176. Suarez-Almazor M. E. Patient-physician communication. Curr Opin Rheumatol. 2004;16((2)):91–95.
177. Skea Z., Harry V., Bhattacharya S., et al. Women's perceptions of decision-making about hysterectomy. BJOG. 2004;111((2)):133–142
178. Coulter A, Ellins J. Patient-focused Interventions: A Review of the Evidence. London, UK: Health Foundation; 2006.
179. Church J, Saunders D, Wanke M, Pong R, Spooner C, Dorgan M. Citizen participation in health decision-making: past experience and future prospects. J Public Health Policy. 2002;23(1):12-32.
180. Pearson SD, Raeke LH. Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. J Gen Intern Med. 2000;15(7):509-513.
181. Jordan J, Dowswell T, Harrison S, Lilford RJ, Mort M. Health needs assessment. Whose priorities? Listening to users and the public. BMJ. 1998;316(7145):1668-1670.
182. Cornwell J. What Matters to Patients? Developing the Evidence Base for Measuring and Improving Patient Experience. Coventry, UK: National Nursing Research Unit, King's College London, NHS Institute; 2011.
183. Goodyear-Smith, F., Buetow, S. Power Issues in the Doctor-Patient Relationship. Health Care Analysis 9, 449–462 (2001).
184. Nimmon L, Stenfors-Hayes T. The "Handling" of power in the physician-patient encounter: perceptions from experienced physicians. BMC Med Educ. 2016;16:114. Published 2016 Apr 18.
185. Sacristan JA: Patient-centered medicine and comparative effectiveness research. Med Clin (Barc) 2011, 136:438–440.
186. Kickbusch I. Enabling healthy choices in modern health societies. EighthEuropean Health Forum, Bad Gastein, Austria, 5–8 October 2005.

187. Solé M, Panteli D, Risso-Gill I, et al. How do medical doctors in the European Union demonstrate that they continue to meet criteria for registration and licencing? Clin Med. 2014;14(6):633-639.
188. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 2000, 15(3):259–267.
189. Truog RD: Patients and doctors. The evolution of a relationship. N Engl JMed 2012, 366:581–585.
190. Laine C, Davidoff F: Patient-centered medicine. A professional evolution. JAMA 1996, 257:152–1562.
191. Meyer UA: Personalized medicine: a personal view. Clin Pharmacol Ther 2012, 91:373–375.
192. Godlee F: Outcomes that matter to patients. BMJ 2012, 344:e318.
193. Sehlbach C, Govaerts MJ, Mitchell S, Rohde GGU, Smeenk FWJM, Driessen EW. Doctors on the move: a European case study on the key characteristics of national recertification systems. BMJ Open. 2018;8(4):e019963.
194. Irvine D. Standards and revalidation or recertification. Ann Acad Med Singapore. 2004;33(6):715-719
195. Emanuel EJ, Emanuel LL. WHat is accountability in health care? Ann Intern Med. 1996;124(2):229-239.
196. Ocloo J, Matthews R. From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. BMJ Qual Saf. 2016;25(8):626-632
197. Norcini JJ. Recertification in the United States. BMJ. 1999;319(7218):1183-1185.
198. Sir William Osler, Mark E. Silverman, T. J. Murray, Charles S. Bryan, American College of Physicians--American Society of Internal Medicine (2003). "The Quotable Osler", p.190, ACP Press.
199. Centor RM. To be a great physician, you must understand the whole story. MedGenMed. 2007;9(1):59. Published 2007 Mar 26.
200. Farzianpour F, Rahimi Foroushani A, Shahidi Sadeghi N, Ansari Nosrati S. Relationship between' patient's rights charter' and patients' satisfaction in gynecological hospitals. BMC Health Serv Res. 2016;16:476. doi: 10.1186/s12913-016-1679-9.

201. Ozdemir MH, Ergönen TA, Sönmez E, Can IO, Salacin S. The approach taken by the physicians working at educational hospitals in Izmir towards patient rights. Patient Educ Couns. 2006;61:87–91. doi: 10.1016/j.pec.2005.02.013.
202. Ghodsi Z, Hojjatoleslami S. Knowledge of students about patient rights and its relationship with some factors in Iran. Procedia Soc Behav Sci. 2012;31:345–8. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.12.065
203. Al-Saadi AN, Slimane SBA, Al-Shibli RA, Al-Jabri FY. Awareness of the importance of and adherence to patients' rights among physicians and nurses in oman an analytical cross-sectional study across different levels of healthcare. Sultan Qaboos University Medical Journal 2019;19:e201-e8.
204. Iltanen S, Leino-Kilpi H, Puukka P, Suhonen R. Knowledge about patients' rights among professionals in public health care in Finland. Scand J Caring Sci. 2012;26:436–48.
205. O'Mathúna D SMD. Health Care Rights and Responsibilities A Review of the European Charter of Patients' Rights | Request PDF. Dublin: 2005.
206. Wilson C L. Seeking a balance: Patient responsibilities in institutional health care. Med Law Int 19983183–195.
207. Buetow S. High need patients receiving targeted entitlements: what responsibilities do they have in primary health care? J Med Ethics 200531304–306.
208. Evans HM. Do patients have duties?. J Med Ethics. 2007;33(12):689-694.
209. Buetow S. The scope for the involvement of patients in their consultations with health professionals: rights, responsibilities and preferences of patients. J Med Ethics 199824243–247,
210. Evans H M. Should patients be allowed to veto their participation in clinical research? J Med Ethics 200430198–203
211. Donaldson L. An organisation with a memory: Learning from adverse events in the NHS. London: Department of Health, 2000
212. Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, et al. Patient-reported service quality on a medicine unit. Int J Qual Health Care 2006;18:95
213. Levtzion-Korach O, Frankel A, Alcalai H, et al. Integrating incident data from five reporting systems to assess patient safety: making sense of the elephant. Jt Comm J Qual Patient Saf 2010;36:402–10

214. Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, et al. What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. J Gen Intern Med 2005;20:830–6.
215. Francis R. Report of the mid-Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. London: The Stationary Office, 2013
216. Harrison R, Walton M, Healy J, Smith-Merry J, Hobbs C. Patient complaints about hospital services: Applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints. International Journal for Quality in Health Care 2016;28:240-5.
217. Bark P, Vincent C, Jones A, et al. Clinical complaints: a means of improving quality of care. Qual Health Care 1994;3:123–32
218. Önal G, Civaner MM. For what reasons do patients file a complaint? A retrospective study on patient rights units' registries. Balkan Med J 2015;32:17-22.
219. Lloyd-Bostock S, Mulcahy L. The Social Psychology of making and responding to hospital complaints: an account model of complaint processes. Law Policy 1994;16:123–47
220. Carmel S. Patient complaint strategies in a general hospital. Hosp Health Serv Adm 1990;35:277–88
221. Wallace E, Cronin S, Murphy N, i sur. Characterising patient complaints in out-of-hours general practice: a retrospective cohort study in Ireland. Br J Gen Pract 2018;68:e860-e8..
222. Jangland E, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement. Patient Educ Couns 2009;75:199–204
223. Reader TW, Gillespie A, Roberts JPatient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomyBMJ Quality & Safety 2014;23:678-689.
224. van Dael J, Reader TW, Gillespie A, Neves AL, Darzi A, Mayer EK. Learning from complaints in healthcare: a realist review of academic literature, policy evidence and front-line insights. BMJ Qual Saf 2020;29:684-95.
225. Cruess RL, Cruess SR. Expectations and obligations: professionalism and medicine's social contract with society. Perspect Biol Med. 2008;51(4):579-598
226. Gallagher TH, Mazor KM. Taking complaints seriously: using the patient safety lens. BMJ Qual Saf 2015;24:352–5

227. Gurley KL, Wolfe RE, Burstein JL, et al. Use of physician concerns and patient complaints as quality assurance markers in emergency medicine. West J Emerg Med 2016;17:749–55.
228. Gillespie A, Reader TW. Patient- Centered insights: using health care complaints to reveal hot spots and blind spots in quality and safety. Milbank Q 2018;96:530–6
229. Mack JW, Jacobson J, Frank D, et al. Evaluation of patient and family outpatient complaints as a strategy to prioritize efforts to improve cancer care delivery. Jt Comm J Qual Patient Saf 2017;43:498–507
230. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National academy press, 2000
231. Sage WM. Putting the patient in patient safety: linking patient complaints and malpractice risk. JAMA 2002;287:3003–5. 16 de Vos MS, Hamming JF, Marang-van de Mheen PJ. The problem with using patient complaints for improvement. BMJ Qual Saf 2018;27:758–62.
232. Howard M, Fleming ML, Parker E. Patients do not always complain when they are dissatisfied: implications for service quality and patient safety. J Patient Saf 2013;9:224–3.
233. Karačić J, Dondio P, Buljan I, Hren D, Marušić A. Languages for different health information readers: multitrait-multimethod content analysis of Cochrane systematic reviews textual summary formats. BMC Medical Research Methodology 2019;19.
234. Cornaglia-Ferraris P. Kute i pidžame. Economica Laterz; 2008. Dostupno na: https://www.laterza.it/index.php?option=com_laterza&Itemid=97&task=schedalibro&isbn=9788842063247. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
235. Austermann F. European Diplomacy after Lisbon - Different speeds instead of one voice. In: European Union Delegations in EU Foreign Policy. London: Palgrave Macmillan UK; 2014, pp. 1-14.
236. Kim H, Xie B. Health literacy in the eHealth era: a systematic review of the literature. Patient Educ Couns. 2017;100:1073–82
237. Kurtzman ET, Greene J. Effective presentation of health care performance information for consumer decision making: a systematic review. Patient Educ Couns. 2016;99:36–43.

238. Vargas CR, Koolen PG, Chuang DJ, Ganor O, Lee BT. Online patient resources for breast reconstruction: an analysis of readability. Plast Reconstr Surg. 2014;134:406–13.
239. Morony S, Flynn M, McCaffery KJ, Jansen J, Webster AC. Readability of written materials for ckd patients: a systematic review. Am J Kidney Dis. 2015;65:842–50.
240. Kutner, M., Greenberg, E., Jin,Y., and Paulsen, C. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483).U.S.Department of Education.Washington, DC: National Center for Education Statistics.
241. Beaunoyer E, Arsenault M, Lomanowska AM, Guitton MJ. Understanding online health information: evaluation, tools, and strategies. Patient Educ Couns. 2017;100:183–9.
242. Bennett IM, Chen J, Soroui JS, et al. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults.(link is external) Annals of Family Medicine, 2009, May-Jun;7(3):204-11.)
243. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Annals of Internal Medicine 2011;155:97.
244. Fox S. The Social Life of Health Information | Pew Research Center. 2014. Dostupno na: https://www.pewresearch.org/fact-tank/2014/01/15/the-social-life-of-health-information/. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
245. McCray AT. Promoting health literacy. Journal of the American Medical Informatics Association 2005;12:152-63.
246. Jacobs E, Chen AH, Karliner LS, Agger-Gupta N, Mutha S. The need for more research on language barriers in health care: A proposed research agenda. Milbank Q; 2006. p. 111-33.
247. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. Public Health. 2016 Mar;132:3-12.
248. No authors listed. Health literacy: report of the council on scientific affairs. Ad hoc committee on health literacy for the council on scientific affairs, American Medical Association. JAMA. 1999;281:552–7.

249. Joint Commission. (2007). What did the doctor say?: Improving health literacy to protect patient safety. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
250. Pelletier D, Green-Demers I, Collerette P, Heberer M. Modeling the communication-satisfaction relationship in hospital patients. SAGE Open Medicine 2019;7:205031211984792-. I
251. Parker R, Ratzan SC. Health Literacy: a second decade of distinction for Americans.(link is external) Journal of Health Communication, 2010:15(Suppl 2)20-33.
252. Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population.(link is external) Journal of General Internal Medicine, 2006, Aug;21(8):857-61.
253. Swain JM, Cara O. Changing the home literacy environment through participation in family literacy programmes. Journal of Early Childhood Literacy 2019;19:431-58.
254. Paasche-Orlow, M. K., Riekert, K. A., Bilderback, A., Chanmugam, A., Hill, P., Rand, C. S., Brancati, F. L., Krishnan, J. A. (January 01, 2005). Tailored education may reduce health literacy disparities in asthma self-management.(link is external) American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 172, 8, 980-6.
255. Rudd, R. Improving Americans' health literacy.(link is external) New England Journal of Medicine, 2010; 363(24):2283-85.
256. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). 2011. Health Literacy Interventions and Outcomes: an Update of the Literacy and Health Outcomes Systematic Review of Literature, 2011
257. Cline RJW. Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. Health Education Research 2001;16:671-92.
258. Benigeri M. Shortcomings of health information on the Internet. Health Promotion International 2003;18:381-6.
259. Larson L. Health literacy: how are your patients reading you? Trustee 2007;60:8-12, 1.
260. de Moissac D, Bowen S. Impact of language barriers on access to healthcare for official language minority Francophones in Canada. Healthcare Management Forum 2017;30:207-12.

261. Schenker Y, Wang F, Selig SJ, Ng R, Fernandez A. The impact of language barriers on documentation of informed consent at a hospital with on-site interpreter services. Journal of General Internal Medicine 2007;22:294-9.
262. Brangan S, Ivanišić M, Rafaj G, Rowlands G. Health literacy of hospital patients using a linguistically validated Croatian version of the Newest Vital Sign screening test (NVS-HR). PLOS ONE 2018;13:e0193079-e.
263. Groot W, Maassen van den Brink H. The health effects of education. Economics of Education Review 2007;26:186-200.
264. Guilbert J-J. Why is it taking so long for healthcare professional education to become relevant and effective? What can be done? Education for Health 2014;27:59.
265. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Sullivan GD, Bindman AB. Association of health literacy with diabetes outcomes. JAMA. 2002 Jul 24-31;288(4):475-82. doi: 10.1001/jama.288.4.475. PMID: 12132978.
266. Institute of Medicine and Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., Kindig, D. A., Health Literacy: A Prescription to End Confusion
267. Centers for Disease Control and Prevention. Older Adults: Why Is Health Literacy Important? Dostupno na: https://www.cdc.gov/healthliteracy/developmaterials/audiences/olderadults/importance.html. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
268. American Medical News. Gerontologists outline how doctors can bridge communication gap with older patients
269. Groot, M., Maassen van den Brink, H. Dormant Capital: a research into the social expenses of low literacy. The Hague: Stichting Lezen & Schrijven.2007.
270. Segalowitz N, Kehayia E. Exploring the determinants of language barriers in health care (LBHC): Toward a research agenda for the language sciences. Canadian Modern Language Review 2011;67:480-507.
271. United States Department of Health and Human Services.Office of Disease Prevention and Health Promotion. Quick Guide to Health Literacy Fact Sheet: Health Literacy Basics.(link is external)Retrieved December 29, 2016.
272. Vernon, J. A., Trujillo, A, Rosenbaum, S, (2007). Low health literacy: Implications for national health policy.
273. Fisher S, Bennett C, Hennessy D, Robertson T, Leyland A, Taljaard M, Sanmartin C, Jha P, Frank J, Tu JV, Rosella LC, Wang J, Tait C, Manuel DG. International

population-based health surveys linked to outcome data: A new resource for public health and epidemiology. Health Rep. 2020 Jul 29;31(7):12-23. doi: 10.25318/82-003-x202000700002-eng. PMID: 32761580.

274. Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. In The Natioanl Academic Press (pp. 31-58).

275. Davis, T. C., Williams, M. V., Marin, E., Parker, R. M., & Glass, J. (January 01, 2002). Health literacy and cancer communication.(link is external) Ca: a Cancer Journal for Clinicians, 52, 3.

276. Weiss, B. D., American Medical Association., & AMA Foundation. (2007). Health literacy and patient safety: Help patients understand. Chicago, Ill: AMA Foundation.

277. Paige SR, Krieger JL, Stellefson ML. The Influence of eHealth Literacy on Perceived Trust in Online Health Communication Channels and Sources. J Health Commun. 2017;22(1):53-65.

278. Davis C. Patient Rights: Confidentiality & Informed Consent [Internet]. eMedicineHealth. 2017. Dostupno na: https://www.emedicinehealth.com/patient_rights/article_em.htm.

279. D. W., Honig, E. G., Lee, T. M., & Nowlan, A. (January 01, 1998). Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care.(link is external) Chest, 114, 4, 1008-15.

280. White S, Chen J, Atchison R. Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study.(link is external) American Journal of Health Behavior, 2008 May-Jun;32(3):227-42.

281. Luk A, Aslani P. Tools used to evaluate written medicine and health information: document and user perspectives. Health Educ Behav. 2011;38:389–403.

282. Cochrane Clinical Answers. Dostupno na: https://www.cochranelibrary.com/cca/about. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.

283. Cochrane. Our vision, mission, and principles. Dostupno na: https://www.cochrane.org/about-us. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.

284. Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, de Andrade V, Azogui-Levy S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature [Health literacy and patient education interventions: a review]. Sante Publique. 2017 Nov-Dec;29(6):811-820. French.

285. Brangan S. Razvoj formula čitkosti za zdravstvenu komunikaciju na hrvatskom jeziku [Developing readability formulas for healthcare communication in Croatian language]. 2011.
286. Alter AL, Oppenhiemer DM. Uniting the tribes of fluency to form a metacognitive nation. Personal Social Psychol Rev. 2009;13:219–3
287. Pennebaker JW, Mehl MR, Niederhoffer KG. Psychological aspects of natural language use: our words, our selves. Annu Rev Psychol. 2003;54:547–77.
288. Brangan, S. (2015). Development of SMOG-Cro readability formula for healthcare... Collegium Antropologicum, 39(1), 11-20
289. Adams V, Novotny T, Leslie H. Global Health Diplomacy. Medical Anthropology. 2008;27(4):315–23.
290. Kickbusch I, Novotny T, Drager N, Silberschmidt G, Alcazar S. Global Health Diplomacy: Training across Disciplines. Bulletin of the World Health Organization. 2007;85(12):971–73.
291. WHO Global Consultation Setting Priorities for Global Patient Safety.2016.
292. Amorim C, Douste-Blazy P, Wirayuda H, Støre JG, Gadio CT, Dlamini-Zuma N, Pibulsonggram N. Oslo Ministerial Declaration—Global Health: A Pressing Foreign Policy Issue of Our Time. The Lancet. 2007;369(9570):1373–78.
293. Bourne P. A Partnership for International Health Care. Public Health Reports. 1978;93(2):114–23.
294. WHO (World Health Organization) International Health Regulations (2005) (2nd edition) 2008 Geneva. Dostupno na: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241580410_eng.pdf. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
295. Abbott F. The WTO Medicines Decision: World Pharmaceutical Trade and the Protection of Public Health. American Journal of International Law. 2005;99(317):317–58.
296. Katz R, Kornblet S, Arnold G, Lief E, Fischer JE. Defining health diplomacy: Changing demands in the era of globalization. Milbank Quarterly 2011;89:503-23.
297. 6th High-level Symposium on Global Health Diplomacy "Health Diplomacy Meets Science Diplomacy": IHEID. 2019. Dostupno na: https://graduateinstitute.ch/communications/events/6th-high-level-symposium-global-health-diplomacy-health-diplomacy-meets).

298. Feldbaum H, Michaud J. Health Diplomacy and the Enduring Relevance of Foreign Policy Interests. PLoS Medicine 2010;7:e1000226-e.
299. WHO (World Health Organization) and FAO (Food and Agriculture Organization) Understanding the Codex Alimentarius. 3rd ed. Rome: 2006.
300. Chattu VK, Kevany S. The need for health diplomacy in health security operations. Health Promotion Perspectives 2019;9:161-3.
301. Kickbusch I, Kokeny M. Global health diplomacy: five years on. Bull World Health Organ 2013;91:159-A.
302. Novotny, Thomas E., Ilona Kickbusch, and Michaela Told, eds. 2013. 21st Century global health diplomacy. Global Health Diplomacy 3. Hackensack, NJ: World Scientific.
303. DeLaet, Debra L., and David E. DeLaet. 2012. Global health in the 21st century: The globalization of disease and wellness. Boulder, CO: Paradigm.
304. Kerr, Pauline, and Geoffrey Wiseman. 2013. Diplomacy in a globalizing world: Theories and practices. New York: Oxford Univ. Press.
305. Adams G, Bacchus WI, Chaplin S, Glaudemans D, Lief E, Nygard R, Saulino JJ, Silverman S, Siu Y. A Foreign Affairs Budget for the Future: Fixing the Crisis in Diplomatic Readiness. Washington, DC: American Academy of Diplomacy and Stimson Center; 2008.
306. Parker, Richard Guy, and Marni Sommer. 2011. Routledge handbook of global public health. London: Routledge.
307. Schrecker, Ted, ed. 2012. The Ashgate research companion to the globalization of health. Farnham, UK, and Burlington, VT: Ashgate.
308. Aginam O. Global Health Governance, Intellectual Property and Access to Essential Medicines: Opportunities and Impediments for South-South Cooperation. Global Health Governance. 2010;4.
309. McInnes, Colin, and Kelley Lee. 2012. Global health and international relations. Malden, MA: Polity.
310. Wilder A. Perceptions of the Pakistan Earthquake Response. Medford, MA: Feinstein International Center; 2008.
311. Youde, Jeremy R. 2012. Global health governance. Cambridge, UK, and Malden, MA: Polity.
312. Nowotny, Thomas. 2011. Diplomacy and global governance: The diplomatic service in an age of worldwide interdependence. New Brunswick, NJ: Transaction.

313. Garrett L. The challenge of global health. Foreign Aff 2007; 86: 1-17.
314. Amorim, Celso, Phillippe Douste-Blazy, Hasan Wirayuda, Jonas Gahr Støre, Cheikh Tidiane Gadio, and Nkosazana Dlamini-Zuma. 2007. Oslo Ministerial Declaration. Global health: a pressing foreign policy issue of our time. The Lancet 369.9570: 1373–1378
315. Wang, Kai, Sarah Gimbel, Elfatih Malik, Sara Hassen, and Amy Hagopian. 2012. The experience of Chinese physicians in the national health diplomacy program deployed to Sudan. Global Public Health 7.2: 196–211.
316. Moss, Kellie, and Joshua Michaud. 2013. The U.S. Department of Defense and global health: Infectious disease efforts. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation.
317. Minear, Larry, and Hazel Smith. 2007. Humanitarian diplomacy: Practitioners and their craft. Tokyo and New York: United Nations Univ. Press.
318. Long, William J. 2011. Pandemics and peace: Public health cooperation in zones of conflict. Washington, DC: United States Institute of Peace.
319. Brown M, Mackey T, Shapiro C, Kolker J, Novotny T. Bridging Public Health and Foreign Affairs: The Tradecraft of Global Health Diplomacy and the Role of Health Attachés. Science and Diplomacy AAAS 2014.
320. Kickbusch, Ilona. 2011. Global health diplomacy: How foreign policy can influence health. British Medical Journal 342:d3154.
321. Labonté, Ronald, and Michelle L. Gagnon. 2010. Framing health and foreign policy: Lessons for global health diplomacy. Globalization and Health 6.1: 1–19.
322. Katz, Rebecca, Sarah Kornblet, Grace Arnold, Eric Lief, and Julie E. Fischer. 2011. Defining health diplomacy: Changing demands in the era of globalization. The Milbank Quarterly 89.3: 503–523.
323. Feldbaum, Harley, and Joshua Michaud. 2010. Health diplomacy and the enduring relevance of foreign policy interests. PLoS Medicine 7.4: 1–5.
324. The Sustainable Development Goals Report. New York: United Nations Publications; 2020. 28-34 p.
325. Møgedal, Sigrun, and Benedikte Louise Alveberg. 2010. Can foreign policy make a difference to health? PLoS Medicine 7.5: e1000274.
326. Kamradt-Scott, Adam. 2010. The WHO secretariat, norm entrepreneurship, and global disease outbreak control. Journal of International Organizations Studies 1.1: 72–89.

327. Novotny TE. Global health education and careers. In: Markle W, Fisher M, Smego R, eds. Understanding Global Health. New York: McGraw-Hill; 2007.
328. Fidler DP. Reflections on the revolution in health and foreign policy. Bull World Health Organ 2007; 85: 243-4.
329. Donaldson L. Health is global: proposals for a UK Government-wide strategy. Lancet 2007; 369: 857-61.
330. Kickbusch I, Silberschmidt G, Buss P. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. Bull World Health Organ 2007; 85: 243-4.
331. Drager N, Fidler DP. Foreign policy, trade, and health: at the cutting edge of global health diplomacy. Bull World Health Organ 2007; 85: 162.
332. Lee, Kelley, and Richard Smith. 2011. What is "global health diplomacy?" A conceptual review. Global Health Governance 5.1: 1–12.
333. Ministers of Foreign Affairs of Brazil. France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa and Thailand. Oslo Ministerial Declaration — global health: a pressing foreign policy issue of our time. Lancet 2007; 369: 1373-8.
334. Evans, Graham, and Jeffrey Newnham. 1998. The Penguin dictionary of international relations. London: Penguin.
335. Fidler D. Negotiating Equitable Access to Influenza Vaccines: Global Health Diplomacy and the Controversies Surrounding Avian Influenza H5N1 and Pandemic Influenza H1N1. PLoS Medicine. 2010;7(5):e1000247.
336. Harman, Sophie. 2012. Global health governance. Routledge Series on Global Institutions. London and New York: Routledge.
337. Glickman SW, McHutchison JG, Peterson ED, Cairns CB, Harrington RA, Califf RM, Schulman KA. Ethical and Scientific Implications of the Globalization of Clinical Research. New England Journal of Medicine. 2009;360(8):816–23.
338. Berridge, Geoff, and Alan James. 2003. A dictionary of diplomacy. 2d ed. Basingstoke, UK, and New York: Palgrave Macmillan.
339. Brown MD, Bergmann JN, Novotny TE, Mackey TK. Applied global health diplomacy: profile of health diplomats accredited to the UNITED STATES and foreign governments. Globalization and Health 2018;14:2.
340. Frishman A. Major Reason for Nigerian Boycott of Polio Vaccine. Health Affairs. 2009;28(6):1860–61.

341. Burci, Gian Luca, and Claude-Henri Vignes. 2004. World Health Organization. The Hague: Kluwer Law International.
342. Drager N, Fidler D. Foreign Policy, Trade and Health: At the Cutting Edge of Global Health Diplomacy. Bulletin of the World Health Organization. 2007;85(3):161–244. [PMC free article]
343. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) Implementation of Health Initiatives During a Cease-Fire—Sudan 1995. Morbidity & Mortality Weekly Report. 1995;44(23):433–36.
344. Lee, Kelley, and Jennifer Fang. 2013. Historical dictionary of the World Health Organization. 2d ed. Historical dictionaries of international organizations. Lanham, MD: Scarecrow.
345. Hocking B. Multistakeholder Diplomacy: Forms, Functions and Frustrations. In: Kurbalija Jovan, Katrandjiev Valentin., editors. Multistakeholder Diplomacy: Challenges and Opportunities. Geneva: DiploFoundation; 2006. pp. 13–29.
346. Morgenthau HJ. Diplomacy. Yale Law Journal. 1946;55(5):1067–80.
347. Kickbusch, Ilona, Graham Lister, Michaela Told, and Nick Drager, eds. 2013. Global health diplomacy: Concepts, issues, actors, instruments, fora and cases. New York: Springer.
348. Timmons KH, Marx D. Strategies for Consumer Protection in Health Care: The Case for Public-Private Partnerships. The Joint Commission Journal on Quality and Safety 2004;30:9-14.
349. Kaufmann, Judith R., and Harley Feldbaum. 2009. Diplomacy and the polio immunization boycott in northern Nigeria. Health Affairs 28.4: 1091–1101.
350. Chan, Margaret, Jonas Gahr Støre, and Bernard Kouchner. 2008. Foreign policy and global public health: Working together towards common goals. Bulletin of the World Health Organization 86.7: 1–2.
351. Morton MJ, Burnham GM. Dilemmas and Controversies within Civilian and Military Organizations in the Execution of Humanitarian Aid in Iraq: A Review. American Journal of Disaster Medicine. 2010;5(6):385–91.
352. Nishtar S. Public-Private "Partnerships" in Health—A Global Call to Action. Health Research Policy and Systems. 2004;2:5–12. [PMC free article]
353. Rodriguez-Garcia R, Macinko J, Solórzano FX, Schlesser M. CERTI Crisis and Transition Toolkit: How Can Health Serve as a Bridge for Peace? Washington, DC: George Washington University Center for International Health; 2001.

354. Gostin LO. Public Health Law: Power, Duty, Restraint. 2nd ed. Berkeley: New York: University of California Press; 2008. Global Health Law: Health in a Global Community; pp. 229–83. Revised and Expanded Milbank Memorial Fund.
355. Novotny T. U.S. Department of Health and Human Services: A Need for Global Health Leadership in Preparedness and Health Diplomacy. American Journal of Public Health. 2006;96(1):11–13. [PMC free article]
356. Ravishankar N, Gubbins P, Cooley RJ, Leach-Kemon K, Michaud CM, Jamison DT, Murray CJL. Financing of Global Health: Tracking Development Assistance for Health from 1990 to 2007. The Lancet. 2009;373:2113–24.
357. Ross C. Independent Diplomacy. Harvard Business Review. 2010:57. January/February 2010.
358. Novotny T, Kickbusch I, Adams V, Leslie H. Global Health Diplomacy: A Bridge to Innovative Collective Action. Global Forum Update for Health. 2008;5:41–44.
359. Liang, Bryan A., and Tim Mackey. 2012. Preparing for health diplomacy negotiations: Global governance and the case of Taiwan, WHO, and SARS. In Negotiating and navigating global health: Case studies in global health diplomacy. Edited by Ellen Rosskam and Ilona Kickbusch, 173–202. Global Health Diplomacy. Singapore and Hackensack, NJ: World Scientific.
360. Pang T, Lansang MA, Haines A. Brain Drain and Health Professionals. BMJ. 2002;324:499–500.
361. Gagnon ML, Labonté R. Human rights in global health diplomacy: A critical assessment. Journal of Human Rights 2011;10:189-213.
362. McCartney M. The patient paradox: why sexed up medicine is bad for your health. Pinter and Martin, 2012
363. Irwin, Rachel. 2010. Indonesia, H5N1, and global health diplomacy. Global Health Governance 3.2.
364. Serafino N. Congressional Research Service Report: The Department of Defense Role in Foreign Assistance: Background, Major Issues, and Options for Congress. 2008 Dostupno na: at
365. Kates J, Wexler A, Lief E, Seegobin V. Donor Funding for Health in Low- & Middle-Income Countries, 2001–2008. Washington, DC: Kaiser Family Foundation; 2010.
366. Kauffmann J, Feldbaum H. Diplomacy and the Polio Immunization Boycott in Northern Nigeria. Health Affairs. 2009;28(4):1091–1101.

367. Jones K-A. Washington, DC: Remarks at Negotiating Health in the 21st Century Conference; 2009. Global Health Diplomacy: Negotiating Health in the 21st Century. November 2.
368. United Nations. World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children. New York: UNICEF; 1990.
369. Fidler, David P., and Kelley Lee. 2010. Negotiating equitable access to influenza vaccines: Global health diplomacy and the controversies surrounding avian influenza H5N1 and pandemic influenza H1N1. PLoS Medicine 7.5: e1000247.
370. Ilona Kickbusch and Christian Erk, Global Health Diplomacy: A Survey on Training Programmes & Courses (Geneva: The Graduate Institute, May 2008), http://graduateinstitute.ch/files/live/sites/iheid/files/sites/globalhealth/shared/1894/Health%20Diplomacy%20Education%20Survey%20-%20v9.pdf.
371. Herbert G. Shepler, "First Public Health Attaché Appointed," Journal Of The American Medical Association 10 (1948):761.
372. Lee, Kelley, Luiz Carlos Chagas, and Thomas E. Novotny. 2010. Brazil and the Framework Convention on Tobacco Control: Global health diplomacy as soft power. PLoS Medicine 7.4: 1–5.
373. Matthew Brown, Craig Shapiro, Alicia Livinksi, Thomas E. Novotny, and Jimmy Kolker, "Intersection of Diplomacy and Public Health: The Role of Health Attaches in the United States Government's Global Engagement." Paper presented at the 141st Annual Meeting of the American Public Health Association, Boston, MA, November 2-6, 2013.
374. Jeffrey P. Koplan et al., "Towards a common definition of global health," The Lancet 373, no. 9679 (2009):1993-5, http://www.ianphi.org/documents/articlesArchives/2009Koplan%20Lancet.pdf.
375. Bambra, Clare; Fox, Debbie; Scott-Samuel, Alex (2005-06-01). "Towards a politics of health". Health Promotion International. 20 (2): 187–193.
376. General Secretariat of the Council. Working party on public health at senior level on 8 October 2013. Brussels, Council of the European Union, 2013.
377. Greer, Scott L.; Bekker, Marleen; de Leeuw, Evelyne; Wismar, Matthias; Helderman, Jan-Kees; Ribeiro, Sofia; Stuckler, David (2017). "Policy, politics and public health". European Journal of Public Health.
378. Hunter, Edward L. (2016). "Politics and Public Health—Engaging the Third Rail". Journal of Public Health Management and Practice. 22: 436–441. PMC 4974059.

379. Carpenter, Daniel (2012-06-15). "Is Health Politics Different?". Annual Review of Political Science. 15 (1): 287–311.
380. Gore, Radhika; Parker, Richard (2019). "Analysing power and politics in health policies and systems". Global Public Health. 14 (4): 481–488.
381. Gkiouleka, Anna; Huijts, Tim; Beckfield, Jason; Bambra, Clare (2018). "Understanding the micro and macro politics of health: Inequalities, intersectionality & institutions - A research agenda". Social Science & Medicine (1982). 200: 92–98.
382. Ghilardi, Giampaolo; Campanozzi, Laura Leondina; Ciccozzi, Massimo; Ricci, Giovanna; Tambone, Vittoradolfo (2020-04-25). "The political nature of medicine". The Lancet. 395 (10233): 1340–1341. doi:10.1016/S0140-6736(20)30168-9. ISSN 0140-6736. PMID 32334696.
383. Sparer, Michael S. (2011-02-01). "Comparative Health Politics: The United States and the United Kingdom - Editor's Note". Journal of Health Politics, Policy and Law. 36 (1): 1–4.
384. Drummond, Michael F. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes.2005. Oxford University Press. ISBN 0-19-852945-7
385. Freeman, R. The Politics of Health in Europe. 2000. University of Manchester Press, Manchester.
386. Carpenter, M. Left orthodoxy and the politics of health. 1980. Capital and Class, 11, 73–98.
387. Scott-Samuel, A.The politics of health. 1979. Community Medicine, 1, 123–126. Zdravlje
388. Nazarko Y, Iliashko O, Kaminska N. Implementation of the right to health care in the countries of the European Union. Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960) 2019;72:1337-42.
389. Acheson, D. Independent Inquiry into Inequalities in Health. 1998. The Stationery Office, London.
390. D. S. Martinsen, 'The Europeanization of welfare – the domestic impact of intra-European social security', Journal of Common Market Studies 43 (2005), 1027–54.
391. Virchow R. An Address on the Value of Pathological Experiments. Br Med J. 1881;2(1075):198-203. doi:10.1136/bmj.2.1075.198

392. Politika i zdravlje. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/49951184_Politics_and_health Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
393. Piggott T, Nowak A, Brignardello-Petersen R, Cooke GS, Huttner B, Schünemann HJ, Persaud N, Magrini N, Moja L. Global status of essential medicine selection: a systematic comparison of national essential medicine lists with recommendations by WHO. BMJ Open. 2022 Feb 10;12(2):e053349.
394. Navarro V. ed. The political and social contexts of health. Amityville, New York: Baywood Publishing, 2004.
395. Dahl E, Fritzell J, Lahelma E.et al Welfare state regimes and health inequalities. In: Siegrist J, Marmot M, eds. Social inequalities in health. New evidence and policy implications Oxford: Oxford University Press, 2006193–222.
396. Dahrendorf R. Reflections on the revolution in Europe. New York, 1990. Random House.
397. Marlowe D. Pricing in health care organizations. A key component of the marketing mix. 1989. Clin Lab Manage Rev; 3(1): 11-19.
398. Fric P et al. (1997). The non profit sector in the Czech Republic. Prague, Institute of EastWest Studies.
399. Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC) 1999. Report to Congress: Medicare Payment Policy. (Washington, DC: MedPAC, 1999).
400. Dario Battistella, Théorie des relations internationales, Paris: Les presses de science po, 2006, 588 p.
401. Bresolin LB. Health literacy: Report of the council on scientific affairs. Journal of the American Medical Association 1999;281:552-7.
402. Jean-Marie Moeglin et Stéphane Péquignot, Diplomatie et "relations internationales" au Moyen Age (IXe-XVe siècle), PUF, 2017
403. Nigel Hawkes, “Ebola outbreak is a public health emergency of international concern, WHO warns,” 2014. BMJ 349:g5089,
404. Reinicke, Wolfgang H. Global Public Policy: Foreign Affairs,. 1997. Washington,
405. Graham T. Allison, L'Essence de la décision. Expliquer la crise des missiles de Cuba, 1e éd. 1971, Little Brown. (ISBN 0-673-39412-3), 2e ed. revue avec Zelikow, Phillip, 1999, Longman. (ISBN 0-321-01349-2).* Raymond Aron Paix et guerre entre les nations

406. Martin Griffiths, Steven C. Roach i M. Scott Solomon, Pedeset ključnih mislilaca u međunarodnim odnosima , Routledge, 2009.
407. Giovanni Arcudi, La sécurité entre permanence et changement, Relations internationales, n° 125, pp. 97-109. https://doi.org/10.3917/ri.125.0097
408. Jean-François Guilhaudis, Suvremeni međunarodni odnosi , LexisNexis , Pariz, 2010., str.2.
409. Granić M. VANJSKI POSLOVI - Iza kulisa politike. Zagreb: Algoritam; 2005. 94-7 p.
410. Jean-François Guilhaudis, Suvremeni međunarodni odnosi , Pariz, LexisNexis , 2010., 874 str.
411. Frank Attar Dictionnaire des relations internationales de 1945 à nos jours.
412. Wolfgang H R. Global Public Policy: Brookings Institution Press; 1998.
413. http://www.mvep.hr/hr/vanjska-politika/multilateralni-odnosi0/ljudska-prava/ljudska-prava-u-hrvatskoj-vanjskoj-politici/
414. Jean-Baptiste Duroselle, „ Studija međunarodnih odnosa: objekt, metoda, perspektive “, Revue française de science politique , sv. 2, br . 4,1952, Str. 676–701 (ISSN 0035-2950 , DOI 10.3406 / rfsp.1952.392166 ,
415. Limerick SR. The International Red Cross and Red Crescent Movement. J R Coll Physicians Lond. 1991;25(3):246-251.
416. Jordan S. Kassalow, Why Health is Important to U.S. Foreign Policy (New York: Council on Foreign Relations, 2001), http://www.cfr.org/world/why-health-important-us-foreign-policy/p8315.
417. Journal of Health Diplomacy and Global Health and Diplomacy. See Rachel Irwin and Mark Pearcey, “Editors’ Introduction,” Journal of Health Diplomacy 1, no. 2 (2013); and Joanne Manrique, “Letter from the Editor,” Global Health and Diplomacy 1, no. 1 (2012).
418. Grigory Tunkin, “Vienna Convention on Diplomatic Relations,” International Affairs 7 (1961):51-6.
419. Pierre Buhler, La puissance au XXIe siècle ; les nouvelles définitions du monde [archive], Chap. II, CNRS Éditions, Paris, 2011.
420. Ghebreyesus TA. All roads lead to universal health coverage. Lancet. 2017; https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30295%2D4. published Online July 17.

421. Erondu NA, Martin J, Marten R, et al. Building the case for embedding global health security into universal health coverage: a proposal for a unified health system that includes public health. Lancet. 2018;392:1482–6.
422. Sams K, Desclaux A, Anoko J, et al. Mobilizing experience from Ebola to address plague in Madagascar and future epidemics. Lancet. 2017;390(10113):2624–5. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33088-X Epub 2017 Nov 28.
423. Fallah M, Dahn B, Nyenswah TG, et al. Interrupting Ebola transmission in Liberia through community-based initiatives. Ann Intern Med. 2016;164(5):367–9. https://doi.org/10.7326/M15-1464.
424. Frances A. Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life. William Morrow, 2013.
425. Raguin G, Eholie S. Ebola: national health stakeholders are the cornerstones of the response. Lancet. 2014;384(9961):2207–8. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62419-3 Epub 2014 Dec 19.
426. Tom Frieden, "CDC: 5 ways diseases in other countries can kill you," CNN, February 13, 2014, http://www.cnn.com/2014/02/13/health/frieden-global.
427. Raguin, G., Girard, PM. Toward a global health approach: lessons from the HIV and Ebola epidemics. Global Health 14, 114 (2018).
428. Diplomacy at the GHP. Dostupno na: http://graduateinstitute.ch/home/research/centresandprogrammes/globalhealth/about-us/diplomacy.html. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
429. The Center for Global Health and Diplomacy. Dostupno na: http://globalhealthanddiplomacy.org. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
430. "Health Diplomacy," Department of Health and Human Services. Dostupno na: http://www.globalhealth.gov/global-health-topics/health-diplomacy. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
431. Office of Global Health Diplomacy, U.S. Department of State. Dostupno na: http://www.state.gov/s/GZD. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
432. Lencucha, Raphael, Anita Kothari, and Ronald Labonté. 2011. The role of non-governmental organizations in global health diplomacy: Negotiating the Framework Convention on Tobacco Control. Health Policy and Planning 26.5: 405–412.

433. Roess A. The promise, growth, and reality of mobile health. Another data free zone. N Engl J Med. 2017;377(21):2010–1. https://doi.org/10.1056/NEJMp1713180 Epub 2017 Nov 8.
434. Whelan, Mary. 2008. Negotiating the International Health Regulations. Global Health Programme Working Paper No. 1. Geneva, Switzerland: Graduate Institute.
435. Eduardo J. Gómez, "The Politics of Global Health Diplomacy: Conceptual, Theoretical, and Empirical Lessons from the United States, Southeast Asia, and Latin America," in Global HIV/AIDS Politics, Policy, and Activism: Persistent Challenges and Emerging Issues , (Santa Barbara: Praeger 2013), 73.
436. Blouin, Chantal, Jody Heymann, and Nick Drager. 2007. Trade and health: Seeking common ground. Montreal: McGill-Queen's Univ. Press
437. Vincanne Adams, Thomas E. Novotny, and Hannah Leslie, "Global Health Diplomacy," Medical Anthropology 27, no. 4 (2008): 315-23, http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01459740802427067#.VAoWGPmwLQA.
438. Roffe, Pedro, Geoff Tansey, and David Vivas Eugui. 2006: Negotiating health: Intellectual property and access to medicines. London and Sterling, VA: Earthscan.
439. Rebecca Katz, Sarah Kornblet, Grace Arnold, Eric Lief, and Julie E. Fischer, "Defining Health Diplomacy: Changing Demands in the Era of Globalization," The Milbank Quarterly 89, no. 3 (2011): 503-523, http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2011.00637.x/abstract.
440. Davies L, Welch HG. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002. JAMA 2006;295:2164-7.
441. Joseph S. Nye, "Soft Power and American Foreign Policy," Political Science Quarterly 119, no. 2 (2004): 255-70, http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.2307/20202345/abstract.
442. Ilona Kickbusch and Mihály Kökény, "Global health diplomacy: five years on," Bulletin of the World Health Organization 91 (2013):159, http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/13-118596/en.
443. Tim K. Mackey, "Global Health Diplomacy and the Governance of Counterfeit Medicines: A Mapping Exercise of Institutional Approaches," Journal of Health Diplomacy 1, no. 1 (2013), http://www.GZDnet.org/sites/default/files/Global%20Health%20Diplomacy%20and%20the%20Governance%20of%20Counterfeit%20Medicines_0.pdf.

444. Kerri-Ann Jones, “New Complexities and Approaches to Global Health Diplomacy: View from the U.S. Department of State,” PLOS Medicine (2010): e1000276, http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000276.
445. Ilona Kickbusch, “Global health diplomacy: how foreign policy can influence health,” BMJ 342 (2011), http://www.bmj.com/content/342/bmj.d3154.
446. Pescarini JM, Williamson E, Nery JS, i sur. Effect of a conditional cash transfer programme on leprosy treatment adherence and cure in patients from the nationwide 100 Million Brazilian Cohort: a quasi-experimental study. The Lancet Infectious Diseases 2020;20:618-27.
447. Giordano A. Avoiding Covid-19 Only to Die of Cancer? The Shadow Curve of Other Diseases – La Voce di New York.
448. Kickbusch I, Silberschmidt G, Buss P. Global health diplomacy: The need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. Bull World Health Organ; 2007. p. 230-2.
449. Paul E, Brown GW, Kalk A, Van Damme W, Ridde V, Sturmberg J. "When My Information Changes, I Alter My Conclusions." What Can We Learn From the Failures to Adaptively Respond to the SARS-CoV-2 Pandemic and the Under Preparedness of Health Systems to Manage COVID-19? Int J Health Policy Manag. 2020 Nov 29.
450. Paul E, Brown GW,Ridde V. COVID-19: time for paradigm shift in the nexus between local, national and global health. BMJ Global Health 2020;5:e002622.
451. Xiao Y, Torok ME. Taking the right measures to control COVID-19. Lancet Publishing Group; 2020. p. 523-4.
452. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19)Situation Report – 79 [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health
453. Protopapas EM, Rito ML, Vida VL, i sur. Early Impact of the COVID-19 Pandemic on Congenital Heart Surgery Programs Across the World: Assessment by a Global Multi-Societal Consortium. World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery 2020;11:689-96.
454. De Filippo O, D’Ascenzo F, Angelini F, i sur. Reduced Rate of Hospital Admissions for ACS during Covid-19 Outbreak in Northern Italy. New England Journal of Medicine 2020.

455. Heggen K, Sandset TJ, Engebretsen E. COVID-19 and sustainable development goals. Bull World Health Organ 2020;98:646.
456. Forum of International Respiratory Societies. The Global Impact of Respiratory Disease – Second Edition [Internet]. Sheffield, UK: European Respiratory Society, 2017. Dostupno na:: https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease.pdf
457. Spinelli A, Pellino G. COVID-19 pandemic: perspectives on an unfolding crisis. British Journal of Surgery 2020;107:785-7.
458. Vijay Kumar Chattu & Georgina Chami, 2020. "Global Health Diplomacy Amid the COVID-19 Pandemic: A Strategic Opportunity for Improving Health, Peace, and Well-Being in the
459. Australian Institute of Health and Welfare. Cancer survival and prevalence in Australia:period estimates from 1982 to 2010. 2012. www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=10737422721.
460. Lee IK, Wang CC, Lin MC, Kung CT, Lan KC, Lee CT. Effective strategies to prevent coronavirus disease-2019 (COVID-19) outbreak in hospital. J Hosp Infect 2020;105:102-3.
461. Alessandro Liberati & Douglas G Altman & Jennifer Tetzlaff & Cynthia Mulrow & Peter C Gøtzsche & John P A Ioannidis & Mike Clarke & P J Devereaux & Jos Kleijnen & David Moher, 2009. "The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration," PLOS Medicine, Public Library of Science, vol. 6(7), pages 1-28, July.
462. Martineau AR, Jolliffe DA, Hooper RL, et al. Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory tract infections: systematic review and meta-analysis of individual participant data. BMJ 2017;356:i6583.
463. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, et al. The global Syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. Lancet 2019;393:791–846.
464. United N. The Sustainable Development Goals Report. 2020.
465. Ridde V, Ramel P. The migrant crisis and health systems: Hygeia instead of panacea. Lancet Public Health 2017;2:e447.

466. Brown GW. The 2015 G7 summit: A missed opportunity for global health leadership. Global Policy [Internet], 2015.
467. Shiffman J. Knowledge, moral claims and the exercise of power in global health. Int J Health Policy Manag 2014;3:297–9.
468. Di Rosa M, Malaguarnera M, Nicoletti F, et al. Vitamin D3: a helpful immuno-modulator. Immunology 2011;134:123–
469. Yazdanpanah Y. COVID-19 and Personalised Medicine - ICPerMed. ICPerMed. 2020.
470. Kohn R, Harhay MO, Weissman GE, i sur. The association of geographic dispersion with outcomes among hospitalized pulmonary service patients. American Thoracic Society; 2020. p. 249-52.
471. Delmas-Marty, M. (2020) 'Profitons de la pandemie pour faire la pax avec la Terre', Le Monde, 17 March.
472. Zylberman, P. (2020) 'Face au coronavirus l'OMS est aujourd'hui le point faible du duspositive', Le Monde, 11 March
473. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world: the argument. Int J Epidemiol 2017;46:1312–8.
474. Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. N Engl J Med 2013;368:936–42
475. Harrison CA, Taren D. How poverty affects diet to shape the microbiota and chronic disease. Nat Rev Immunol 2018;18:279–87.
476. Morrell S, Barratt A, Irwig L, Howard K, Biesheuvel C, Armstrong B. Estimates of overdiagnosis of invasive breast cancer associated with screening mammography. CancerCauses Control 2010;21:275-82.
477. Habibi R, Burci GL, de Campos TC, et al. Do not violate the International health regulations during the COVID-19 outbreak. The Lancet 2020;395:664–6.
478. Chonghaile C. Ebola spending: will lack of a positive legacy turn dollars into dolour? The Guardian 2015.
479. Kickbusch I, Reddy KS. Global health governance - the next political revolution. Public Health 2015;129:838–42.
480. Pawson R, Tilley N. Realistic evaluation. London: Sage, 1997.
481. Swanson RC, Atun R, Best A, et al. Strengthening health systems in low-income countries by enhancing organizational capacities and improving institutions. Global Health 2015;11:5.

482. Seeberg J, Meinert L. Can epidemics be non communicable? Reflections on the spread of ‘noncommunicable’ diseases. Medicine Anthropology Theory [Internet], 2015. Dostupno na::
483. Scrimshaw NS. Historical concepts of interactions, synergismand antagonism between nutrition and infection. J Nutr 2003;133:316S–21.
484. Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. J Natl Cancer Inst 2010;102:605-13.
485. Muraille E. The unspecific side of acquired immunity against infectious disease: causes and consequences. Front Microbiol 2015;6:1525.
486. Farmer P. Social inequalities and emerging infectious diseases. Emerg Infect Dis 1996;2:259–69.
487. Irwin, D. (2020) ‘The pandemic adds momentum to the deglobalisation trend’, Vox.EU.org, May. Dostupno na: at: https://voxeu.org/article/pandemic-adds-momentum-deglobalisation-trend.
488. Parmet WE, Sinha MS. Covid-19 — the law and limits of quarantine. N Engl J Med Overseas Ed 2020;382:e28 https://www.nejm.org/doi/ full/
489. Williamson, J. (1990) ‘What Washington means by policy reform’ in Williamson J. (ed.) Latin American Adjustment:How much has happened? Washington DC: Institute for International Economics.
490. Julia V, Macia L, Dombrowicz D. The impact of diet on asthma and allergic diseases. Nat Rev Immunol 2015;15:308–22.
491. Gepp S, et al. Who should declare climate changea public health emergency. BMJ 2020;368:m797.
492. Tiefer L, Witzak K, Heath I. A call to challenge the “Selling of Sickness.” BMJ 2013;346:f2809
493. de Savigny D, Adam T. Systems Thinking for Health Systems Strengthening [Internet]. Alliance for Health Policy and Systems Research and World Health Organization, 2009. Dostupno na:: http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/9789241563895/en/
494. Smith S. Readability Testing Health Information (1998). Dostupno na: http://www.prenataled.com. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
495. Braun V., Clarke V., Hayfield N., Terry G. (2019) Thematic Analysis. In: Liamputtong P. (eds) Handbook of Research Methods in Health Social Sciences. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103

496. Jelicic Kadic A, Vucic K, Dosenovic S, Sapunar D, Puljak L. Extracting data from figures with software was faster, with higher interrater reliability than manual extraction. J Clin Epidemiol. 2016 Jun;74:119-23.
497. MacDonald SP. The language of journalism in treatments of hormone replacement news. Writ Commun et al 2005.
498. Strateški plan Ministarstva zdravstva 2018-2020. Dostupno na: https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2017%20Savjetovanje%20sa%20zainteresiranom%20javno%C5%A1%C4%87u/Strate%C5%A1ki%20plan%20Ministarstva%20zdravstva_final%202018.-2020.pdf. Pristupljeno: 4. prosinca 2021.
499. Karacic J, Bursztajn HJ, Arvanitakis M. Who Cares What the Doctor Feels: The Responsibility of Health Politics for Burnout in the Pandemic. Healthcare (Basel). 2021 Nov 15;9(11):1550.

10. ŽIVOTOPIS

Jasna Karačić, mag.forens. https://orcid.org/0000-0002-6551-0154

Sveučilište u Zagrebu, E-adresa: jkaracic@unizg.hr

Obrazovanje:

- Sveučilište u Splitu- Centar za forenzične znanosti- biomedicina i zdravstvo
- Sveučilište u Padovi, Italija- Magistar medicinskih znanosti
- Specijalizacija psihoterapije (Integrativna i psihoanalitička, Zagreb- Milano)
- Diplomatska akademija Ministarstva vanjskih i Europskih poslova
- IESE Business School- Health MBA

Aktivnosti i aktualno vodstvo:

- Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata https://pravapacijenata.hr/
- International Council of the Patient Ombusman https://patientombudsman.eu/
- Health Diplomacy Unit of International Chair in Bioethics (Former UNESCO)
- Université Libre de Bruxelles- znanstveni istraživač
- Ujedinjeni Narodi- Konzultativni status
- Europski Parlament- registar transparentnosti za prava pacijenata
- Cochrane Croatia, Cochrane Belgium

Ostalo:

- Rektorova nagrada za postignuća na UNESCO razini za ljudska prava u medicini
- Proglašena „Young Leaderom“ za upravljanje kriznim situacijama u zdravstvu
- Kao diplomat zadužen za zdravstvo predsjedala je Vijećem Europske unije 2020
- Nositelj autorskih prava na području EU za Patient Ombudsman i prava pacijenata

Strani jezici: Engleski, Talijanski, Francuski

Ostali objavljeni radovi

- ✓ Karačić J. Ethical and moral dilemmas about limiting access to healthcare and risk of COVID-19. Croatia: The UNESCO Chair in Bioethics; 2020. 13 p.

- ✓ Karacic J. The Latest Challenge on Patient Rights and Safety in Limited Healthcare During COVID-19. Jundishapur J Chronic Dis Care.10(3):e114501.

- ✓ Karacic, J, Arvanitakis, M, Van Den Haute, E. and D'Souza, R. Failure Of Health Diplomacy to Communicate Covid-19: Political, Ethical, Legal And Medical Perspective. 2021.Global Bioethics Enquiry The Scholarly Publication of the UNESCO Chair in Bioethics, 9(2).

- ✓ Karacic, J.; Bursztajn, H.J.; Arvanitakis, M. Who Cares What the Doctor Feels: The Responsibility of Health Politics for Burnout in the Pandemic. Healthcare 2021, 9, 1550. https://doi.org/10.3390/healthcare9111