

DECENTRALIZACIJA I KAKO JE PROVESTI – REVOLUCIJSKI ILI EVOLUCIJSKI?

JACANJE JAVNOZDRAVSTVENOG I UPRAVLJAČKOG KAPACITETA REGIONALNE SAMOUPRAVE KAO PREDUVJET ZA USPJEŠNO PROVOĐENJE DECENTRALIZACIJE U REPUBLICI HRVATSKOJ

SELMA ŠOGORIĆ, ALEKSANDAR DŽAKULA, OZREN POLAŠEK, SONJA GROZIĆ-ŽIVOLIĆ¹
i SLOBODAN LANG

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Zagreb i

¹Istarska županija, Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb, Pula, Hrvatska

Prikazane su najvažnije sastavnice programa „Rukovođenje i upravljanje za zdravlje“ kao važnog dijela u razvoju decentraliziranog modela planiranja za zdravlje u Republici Hrvatskoj. U radu je prikazana usporedba ishoda radionica provedenih za predstavnike županijskih timova za zdravlje u razdoblju od 2002. do 2008. godine. Usporedba matrice temeljnih funkcija između županija prvog i drugog vala nije pokazala statistički značajne razlike ($P=0,183$). Rezultati su ukazali na nisku stopu samostalnog korištenja materijala i spontanog učenja (bez organizirane edukacijske podrške). Zaključak je da decentralizirani model rukovođenja i upravljanja za zdravlje nije moguće razviti samom promjenom legislative. Nižoj razini upravljanja potrebna je edukacijska podrška koja će joj omogućiti usvajanje vještina oblikovanja javnozdravstvene politike.

Ključne riječi: decentralizacija, javno zdravstvo, matrice temeljnih funkcija

Adresa za dopisivanje: Doc. dr. sc. Selma Šogorić, dr. med.
Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“
Rockefellerova 4
10000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: ssogoric@snz.hr

UVOD

Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj ima dugu tradiciju decentraliziranog upravljanja (1). U razdoblju tranzicije nakon 1990. godine proces donošenja odluka i alokacija resursa nisu koristili predviđene mogućnosti decentralizacije već je glavina odluka vezanih za zdravstvenu zaštitu donošena na isti način na razini cijele države (2,3). Novi ciklus prijenosa odgovornosti i odlučivanja s razine države na lokalnu i područnu samoupravu u Republici Hrvatskoj službeno je započeo 1. srpnja 2001. godine. Osnovni cilj procesa decentralizacije bio je potaknuti demokratizaciju procesa odlučivanja i izvršavanja javnih potreba te time omogućiti razvoj učinkovitijeg i racionalnijeg javnog sektora koji će potaknuti gospodarski i sveukupni napredak regija. Decentralizacija nije viđena kao puki prijenos sredstava, ona je podrazumijevala i obvezu optimalnog izvršavanja funkcija za koja se prenose sredstva (4). Temeljem analize javnozdravstvenih kapaciteta u Hrvatskoj koja je provedena u sklopu Motovunske ljetne škole 1999. godine te na osnovi iskustava pro-

jekta „Zdravi grad“ koncipiran je program „Rukovođenje i upravljanje za zdravlje“ (5,6). Svrha programa bila je pružiti podršku županijskim tijelima lokalne uprave i samouprave u procesu decentralizacije sustava zdravstva i socijalne skrbi.

U jesen 2001. godine program je operacionaliziran kao partnerski, dugoročni projekt Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, županija, mreže zdravih gradova i Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Institucija partner Školi narodnog zdravlja u provođenju ovog projekta bio je Centar za kontrolu i prevenciju bolesti (CDC) iz Atlante, SAD (7). Temeljna postavka programa „Rukovođenje i upravljanje za zdravlje“ bila je da će zajedničko obrazovanje ključnih partnera i kasniji zajednički rad na programu Zdrava županija, po modelu „učenja kroz djelovanje“ (engl. *learning by doing*), u određenom vremenskom okviru ojačati upravnu sposobnost i javnozdravstvenu kompetenciju županijske samouprave.

Strategija pristupa bila je kroz obrazovanje: a) ojačati prednosti decentraliziranog modela planiranja (poznavanje lokalnih osobitosti, bolje poznavanje potreba, bolje prepoznavanje resursa, veća mogućnost uključivanja zajednice, struke i politike, lakše usuglašavanje oko prioriteta, neposrednije dogovaranje, lakša kontrola provođenja) i istodobno b) adresirati (Motovunskom radionicom 1999.) prepoznate najslabije točke županijske zdravstvene politike i prakse (ne čini se ocjena, odabir i postavljanje prioriteta među zdravstvenim potrebama, ne radi se na razvoju sveobuhvatnih planova, definiranju strategije za rješavanje prioriteta zdravstvenih potreba, ne postoji analiza adekvatnosti postojećih zdravstvenih resursa, ne osiguravaju se zdravstveni programi koji bi obuhvatili identificirane potrebe, nedostatna je suradnja između različitih sektora i sa zajednicom).

CILJ RADA

Cilj ovoga rada bio je, temeljem rezultata prve faze programa „Rukovođenje i upravljanje za zdravlje“ provedenog u Republici Hrvatskoj u razdoblju 2002. do 2008. godine, istražiti koliko je sustavno obrazovanje uvjet za usvajanje vještina strateškog planiranja i rukovođenja za zdravlje na regionalnoj razini. Postavljena je pretpostavka da za proces provođenja decentralizacije nije dostatna samo promjena zakonske osnove već da je nižoj razini upravljanja potrebna obrazovna potpora koja će joj omogućiti usvajanje vještina oblikovanja javnozdravstvene politike.

METODE

U razdoblju od 2002. do 2008. godine, tijekom prve faze trajanja programa modularno je obrazovanje pohađalo ukupno 364 polaznika, članova dvadeset županijskih timova za zdravlje (tim grada Zagreba prošao je kroz edukaciju po modificiranom programu pa je isključen iz ovog prikaza). Županijske timove za zdravlje činilo je deset do petnaest sudionika, predstavnika političke (županijska poglavarstva) i izvršne sastavnice (županijski odjeli za zdravstvo i socijalnu skrb), tehničke sastavnice (zavodi za javno zdravstvo, bolnice, domovi zdravlja, domovi za stare, centri za socijalni rad i drugi) i zajednice (predstavnici nevladinog i društvenog sektora te medija). Kroz šestomjesečni proces modularnog obrazovanja (četiri obrazovna modula sa četiri dana intenzivne nastave i domaćom zadaćom između modula) prolazila su istodobno po tri žu-

panijska tima za zdravlje (8).

Odluka o formiranju županijskog tima za zdravlje i njegovom uključivanju u obrazovanje donosila se lokalno, na razini Županije. Iako su župani, pomoćnici župana za društvene djelatnosti i pročelnici županijskih odjela za zdravstvo i socijalnu skrb, svih županija, redovito bili pozivani na uključivanje u Program i izvještavani o njegovom napretku, interes županija nije bio jednak. U razdoblju od 2002. do 2005. godine kroz obrazovni je proces prošlo 15 županijskih timova (pet skupina po tri županije) koje ćemo u ovom prikazu nazvati županijama prvog vala. Nakon trogodišnje stanke interes za obrazovanjem iskazalo je i preostalih pet županija koje ćemo u ovom prikazu nazvati županijama drugog vala. Za njih je obrazovanje provedeno tijekom 2007. i 2008. godine.

Kao mjerni instrument za procjenu polaznog ili „0“ stanja županijske zdravstvene politike i prakse koristili smo matricu temeljnih funkcija javnog zdravstva (*The Local Public Health Practice Performance Measures*), instrument razvijen u US CDC's *Public Health Practice Program Office*, koju je svaki županijski tim za zdravlje ispunio na početku obrazovanja (9-11).

U okviru triju temeljnih funkcija javnog zdravstva (procjena stanja, oblikovanje zdravstvene politike i osiguravanje resursa) kroz deset osnovnih skupina aktivnosti i uz njih vezano 29 pokazatelja, instrument omogućava procjenu postojeće javnozdravstvene prakse na lokalnoj razini. Na svako pitanje bila su moguća tri odgovara: da, postoji u potpunosti; da, postoji, ali nezadovoljavajuće; i ne postoji. Svakom od navedenih odgovora pridružena je brojčana vrijednost (da u potpunosti=2; da, ali nezadovoljavajuće=1; ne postoji=0). Prije ispunjavanja Matrice članovi timova za zdravlje bili su iscrpno informirani o instrumentu i savjetovano im je da detaljno rasprave i slobodnim tekstom opišu svaku aktivnost te zajednički odluče o zbroju bodova koji će najbolje opisati sadašnje stanje svake od njih.

Prva kohorta županija (Dubrovačko-neretvanska, Varaždinska, Istarska) ispunjavala je Matricu temeljnih funkcija u ožujku 2002. godine, druga kohorta županija (Bjelovarsko-bilogorska, Krapinsko-zagorska, Vukovarsko-srijemska) u rujnu 2002. godine, treća kohorta županija (Osječko-baranjska, Primorsko-goranska, Zagrebačka) u siječnju 2003. godine, četvrta (Virovitičko-podravska, Sisačko-mosla-

vačka, Splitsko-dalmatinska) u rujnu 2003. godine i peta (Međimurska, Brodsko-posavska, Ličko-senjska) u travnju 2004. godine. Šesta kohorta županija (Zadarska, Šibensko-kninska, Požeško-slavonska) ispunjavala je Matricu u siječnju 2007. godine i sedma (Karlovačka, Koprivničko-križevačka) u rujnu 2008. godine.

Podaci su nakon određivanja pojedine dimenzije na ljestvici od 0 do 2 analizirani neparametrijskim metodama (Mann-Whitneyev test). Kako bi se prikazao rezultat za pojedinu županiju, svi brojevi pokazatelji pojedine županije prikazani su radarskim prikazom, kojim je na grafu za svaku pojedinu županiju prikazan rezultat u svih deset sastavnica matrice temeljnih funkcija. Kako bi se prikazalo ukupne razlike provedena su dva kruga sumiranja, jedan u kojem su sve dimenzije svedene na tri sastavnice (1., 2. i 3.) te drugi u kojem je provedeno zbrajanje svih sastavnica u jedan broj. Grafički prikaz izrađen je u programu MS Excel. U analizi podataka korišten je programski paket R (www.r-project.org), a razina statističke značajnosti bila je postavljena na $P < 0,05$.

Slobodni tekst kojim su opisivane pojedine aktivnosti analiziran je metodom analize sadržaja (engl. *content analysis*)(12).

REZULTATI

Prikupljeni su odgovori svih dvadeset županijskih timova dobiveni Matricom temeljnih funkcija koja opisuje početno stanje županijske javnozdravstvene politike i prakse obrađeni su metodom analize slobodnog teksta i numerički.

Opisujući funkciju procjene sve su županije konsenzusom iskazale da postoji, ali ne zadovoljava. Procjenu zdravlja i zdravstvenih potreba populacije rutinski provode županijski zavodi za javno zdravstvo. Oni prikupljaju osnovne morbiditetne i mortalitetne pokazatelje i o njima godišnje izvještavaju, ali bez revidiranja zdravstvenog stanja i potreba stanovništva. Podaci su neažurni, neosjetljivi na promjene, nezadovoljavajuće kvalitete, nedostatni i ne postoji mogućnost njihovog praćenja po jedinicama lokalne uprave. Istraživanje zdravstvenih rizika postoji kroz epidemiološki sustav nadzora i izvještavanja koji zadovoljava isključivo za zarazne bolesti i zdravstvenu ekologiju, ali ne zadovoljava kod vodećih nezaraznih bolesti. Analiza odrednica

zdravlja ne traga za uzrocima, ne postoji za najčešće, kronične bolesti i za skupine pod rizikom. Ne postoji analiza adekvatnosti postojećih zdravstvenih resursa.

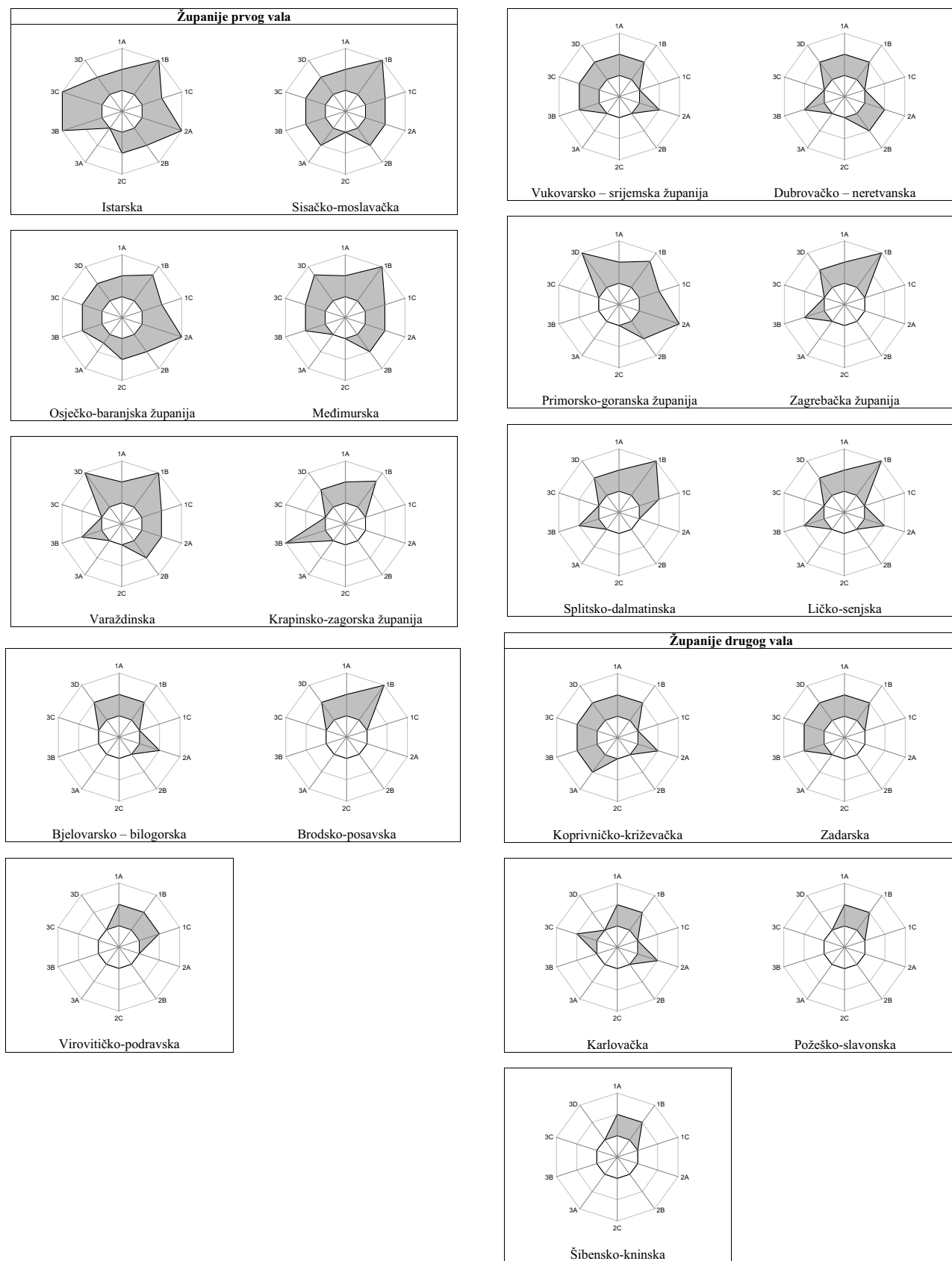
U funkciji uobličavanja javnozdravstvene politike pronađene su najveće razlike između županija. Ako funkcija i postoji (u sedam od dvadeset županija), ne zadovoljava. Zagovaranje, građenje podrške, stvaranje partnera, identificiranje potencijala u zajednici zadovoljavajuće je samo u tri županije, revizija misije županijskog odjela za zdravstvo nije napravljena u sedamnaest županija, suradnja s medijima je sporadična, uglavnom na zahtjev novinara, i uglavnom vezana uz probleme bolesti. Određivanje prioriteta među zdravstvenim potrebama nije ni u jednoj županiji adekvatno odrađeno, većina prioriteta određena je nacionalno i spuštena na lokalnu razinu ili su prioriteta odabrani "politički" bez sudjelovanja profesionalaca i zajednice. Razvoj planova i politike rješavanja prioriteta zdravstvenih potreba ne postoji u osamnaest županija (sl. 1).

Tablica 1.

Prikaz medijana i interkvartilnog raspona za svaku sastavnicu i ukupan rezultat za županije prvog i drugog vala

Sastavnica	Prvi val	Drugi val	P (Mann-Whitney)
1A	2,0 (-)	2,0 (-)	*
1B	2,8 (1,0)	2,0 (-)	0,024
1C	1,5 (1,0)	1,0 (-)	0,075
2A	2,0 (1,0)	1,5 (1,0)	0,471
2B	1,0 (1,0)	1,0 (-)	0,110
2C	1,0 (0,0)	1,0 (-)	0,468
3A	1,0 (0,0)	1,0 (0,8)	0,494
3B	2,0 (1,0)	1,5 (1,0)	0,396
3C	1,0 (1,0)	2,0 (0,8)	0,171
3D	2,0 (0,0)	1,5 (1,0)	0,094
Zbroj sastavnice 1	6,0 (1,9)	5,0 (-)	0,042
Zbroj sastavnice 2	4,0 (2,0)	3,5 (1,0)	0,277
Zbroj sastavnice 3	6,0 (2,1)	6,0 (3,5)	0,773
Ukupno (zbroj svih)	16,0 (5,1)	14,5 (4,0)	0,183

Funkcija osiguranja ne postoji ni u jednoj županiji. Rukovođenje resursima i organizacijskom strukturom je slabo. Ne postoji organizacijska samoprocjena resursa. Implementacija programa koji trebaju udovoljiti prepoznatim potrebama postoji kod dogovorenih programa, ali nadzor nad provođenjem je slab (samo kroz godišnje izvještaje). Evaluacija



Sl. 1. Radarski prikaz rezultata Matrice temeljnih funkcija za 20 županija uključenih u program u prvom i drugom valu. Funkcija procjene stanja 1 A, 1B i 1 C. Funkcija oblikovanja zdravstvene politike 2 A, 2B, 2C. Funkcija osiguravanja resursa 3A, 3B, 3C i 3D. Pojašnjenje sastavnica matrica nalazi se u odjeljku Materijali i metode.

programa i osiguravanje kvalitete ne postoji. Obrazovanje i informiranje javnosti postoji ali je sporadično, vezano uz trenutni interes javnosti i medija, a upitno je dopire li do skupina pod rizikom. Usporedba županija prvog i drugog vala ukazala je na nepostojanje statistički značajnih razlika u zbrojnim sastavnicama temeljnih matrica.

RASPRAVA

U evaluaciji ishoda obrazovanja za županije prvog vala pokazano je da sustavna edukacija provedena u ovom programu značajno unaprjeđuje temeljne javnozdravstvene funkcije u županijama (8).

Usporedbom matrica temeljnih funkcija županija prvog vala (2002. do 2005.) s matricama županija drugog vala (obje ispunjene na početku obrazovanja) nije nađena razlika. Usprkos vremenskom odmaku (od tri do pet godina) od ulaska u edukaciju dviju skupina te mogućnosti samostalnog korištenja nastavnih materijala i iskustva prve skupine, matrice temeljnih funkcija obih skupina pokazuju tekstualno i numerički veliku sličnost. Naime, nastavni materijal o tome kako oblikovati javnozdravstvenu politiku na regionalnoj razini (od procjene potreba, određivanja prioriteta, do definiranja i izrade intervencija za rješavanje prioriteta, procjene resursa, raspodjele resursa temeljem potreba i mogućnosti te mjerenje postignuća i evaluacija) javno je prezentiran krajem 2002. godine i dostupan na web stranicama Hrvatske mreže zdravih gradova od proljeća 2003. godine. Kako je koja skupina županija završavala obrazovni modul njezini su „proizvodi“ Županijske slike zdravlja i Strateški okviri županijskih planova za zdravlje stavljeni na web da bi služili drugima kao model dokumenata za razvoj vlastitih smjernica (engl. *policy paper*). Od 2003. do 2007. održano je desetak radionica i seminara na kojima su rezultati programa predstavljani politici (donositeljima odluka), profesionalnoj zajednici (javnozdravstvenim djelatnicima), medijima ili široj javnosti.

Uz sve navedeno županije drugog vala samostalno, bez organizirane edukacije, znanje nisu znale iskoristiti. Nije se dogodilo „prelijevanje znanja“. Nije uspostavljen proces spontanog učenja.

ZAKLJUČAK

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da decentralizirani model rukovođenja i upravljanja za zdravlje nije moguće razviti bez pružanja edukacijske podrške nižoj razini upravljanja. Tek prolaskom kroz edukaciju u programu „Rukovođenje i upravljanje za zdravlje“ županijski su timovi u Republici Hrvatskoj uspjeli razviti funkciju oblikovanja zdravstvene politike i izraditi Županijske slike zdravlja i Strateške okvire Županijskog plana za zdravlje (8). Prolaskom kroz edukacijski ciklus svih je dvadeset županija i grad Zagreb napravilo participativnu procjenu potreba, odabralo javnozdravstvene prioritete, razvilo planove za zdravlje i radi na njihovoj implementaciji.

Kroz program „Rukovođenje i upravljanje za zdravlje“ izgrađen je model za uspješniju decentralizaciju koji daje odgovor na pitanje: „Kako upravljanje za zdravlje prenijeti nižoj razini odlučivanja i upravljanja?“. Primjenom modularne edukacijske tehnologije, a posebno metode „učenja kroz djelovanje“ osnažen je javnozdravstveni i upravljački kapacitet regionalne samouprave. Program je pomogao da planovi za zdravlje postanu sistematičniji, a odluke zasnovane na dokazima. Takvo strateško planiranje osigurat će da sredstva budu usmjerena upravo u područja u kojima postoje najveće potrebe, ali gdje će i intervencije biti najučinkovitije.

LITERATURA

1. Šarić M, Rodwin VG. The once and future health system in the former Yugoslavia: myths and realities. *J Public Health Policy* 1993; 14: 220-3.
2. Hebrang A. Reorganization of the Croatian health care system. *Croat Med J* 1994; 35: 130-6.
3. Džakula A, Orešković S, Brborović O, Vončina L. Decentralization and healthcare reform in Croatia 1980-2002. U: Shakarishvili E, ur. *Decentralization in Healthcare – Analyses and Experiences in Central and Eastern Europe in the 1990s*. Budapest: Local Government and Public Service Reform Initiative and Open Society Institute, 2005, 133-73.
4. Lukeš PM. Fiskalna decentralizacije javnog sektora u Republici Hrvatskoj - proces i učinci. [4 stranice]. Dostupno na URL adresi: <http://www.ijf.hr/index.php?ime=100> Datum pristupa informaciji: 29. listopada 2010.

5. Šogorić S. Stvaranje nacionalne mreže zdravih gradova. U: Šogorić S, Popović D, urednici. Pokret zdravih gradova – djelotvorno znanje za zdravlje. Zagreb: Hrvatska mreža zdravih gradova, 2010, 55-277.
6. Šogorić S. Application of the modified method of "Rapid appraisal to assess community health needs" for making rapid city health profiles and city action plans for health. *Croat Med J* 1998; 39: 267-75.
7. Šogorić S, Rukavina TV, Brborović O, Vlahušić A, Zganec N, Orešković S. Counties selecting public health priorities - a "bottom-up" approach (Croatian experience). *Coll Antropol* 2005; 29: 111-9.
8. Šogorić S, Džakula A, Rukavina TV i sur. Evaluation of Croatian model of polycentric health planning and decision making. *Health Policy* 2009; 89: 271-8.
9. Miller CA, Moore KS, Richards TB, McKaig CA. Screening survey to assess local public health performance. *Public Health Rep* 1994; 109: 659-64.
10. Handler AS, Turnock BJ, Hall W i sur. A strategy for measuring local public health practice. *Am J Prev Med* 1995; 11(Suppl 2): 29-35.
11. Richards TB, Rogers JJ, Christenson GM i sur. Assessing public health practice: application of 10 core function measures of community health in six states. *AJPM* 1995; 11(Suppl. 2): 36-40.
12. Patton MQ. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Serv Res* 1999; 34: 1189-208.

S U M M A R Y

DECENTRALIZATION AND HOW TO CONDUCT IT - AS A REVOLUTION OR AN EVOLUTION? COUNTY PUBLIC HEALTH AND MANAGEMENT CAPACITY BUILDING AS A PREREQUISITE FOR SUCCESSFUL DECENTRALIZATION IN THE REPUBLIC OF CROATIA

S. ŠOGORIĆ, A. DŽAKULA, O. POLAŠEK, S. GROZIĆ-ŽIVOLIĆ and S. LANG

Andrija Štampar School of Public Health, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia

Aim: Based on the results of the first phase of the County Public Health Capacity Building Program named *Health-Plan for It*, implemented in the Republic of Croatia during the 2002-2008 period, this article analyzes the relationship between training of the county teams and their ability to develop health policy. Our hypothesis was that decentralized model of health planning and management would not occur just by changing legislation alone. Counties in Croatia needed educational support (learning-by-doing training) in order to improve public health practices at the county level.

Sample and Methods: During the 2002-2005 period, the first 15 county teams (so-called first cycle counties) completed their training. The teams consisted of 12 to 15 members, representatives of political and executive component, technical component (public health professionals, representatives of health and social welfare institutions) and community members (non-government sector and media). Teams were trained in cohorts. Three counties passed together through the six-month process of modular training (four education modules, with four days of intensive training and "homework" between modules) at the time. The remaining 5 counties (second-cycle counties) completed the same kind of training in 2007-2008. The Public Health Performance Matrix (the Local Public Health Practice Performance Measures instrument developed by the US CDC Public Health Practice Program Office) was used as an evaluation instrument. Each county team had to fill it out at the beginning of education.

Results: Comparison of the Public Health Performance Matrices of first cycle counties (training in 2002-2005) with those of the second cycle counties (trained several years later) yielded no differences. Although training materials were publicly available (accessible through the Croatian Healthy Cities web pages) for years, the second cycle counties did not spontaneously (without training) increase their county-level capacities for participative health needs assessment, health planning, and provision of health services tailored to the local needs.

Conclusion: Results of this study showed that decentralized model of health planning and management in Croatia could not be developed without educational support given to the lower level of administration. Only through the training process (the *Health-Plan for It* County Public Health Capacity Building Program), county teams had managed to develop policy function and create County Health Profiles and Strategic Framework of the County Health Plan

Key words: decentralization, health planning and management, county team training