Економски аспекти реформи у здравственом систему

И. Тотић¹

Economic Aspects of Health System Reform

I. Totic

Сажетак: Здравствени систем је правно-економско-медицински заокружен и по сталним реформама препознатљив простор. Као акцелератор и незаобилазни учесник у укупном друштвено-привредном развоју земље, због значаја делатности коју обавља, због организационе структуре, начина функционисања и савремених стремљења, представља посебну врсту националне вредности. Егзистира као јавна служба са карактеристичном пословном филозофијом и озбиљним друштвеним третманом. Располаже великим фондом знања и вештина које користи за обављање важних здравствених функција. Његова нераскидива веза са економијом и правом налаже му да директно (индиректно) уређује услове у којима треба људи да живе. У складу са економским могућностима брине о здрављу људи које је примарна премиса њихове вредности и темељ духовности и физичке моћи. Уверава их да њихов живот (и здравље), није недодирљив свет, иако га поседују, он не припада само њима, поверен им је на само неколико деценија.

Искуства су пре да се забораве, него да се глорификују. Уважавање економске и правне регулативе деценијама га приморава на балансирање између различитих жеља и могућности. Због тога је често, не својом вољом, западао у слепе улице, али је успео да из њих изађе и очува здравствени фонд. Данас се суочава са захтевима модерног доба, присиљен на реформе, прилагођавања, нову функционалност и на примену модерних достигнућа и изума. Здравствене реформе нису новина, њима се баве многе земље, па и наша, али су честе и прилично неуспешне. У овом раду ће

Summary: The health system is a legal-economic-medical rounded and permanent reforms known space. As the accelerator and unavoidable participant in the overall socio-economic development of the country, because of the importance of work is done, due to organizational structures, ways of functioning and modern approach, a special kind of national values Exists as a public service with distinctive business philosophy and a serious social treatment. Owns a large fund of knowledge and skills used to carry out important health functions. His unbreakable connection to the real economy and it requires the direct (indirect) the conditions in which people need to live. In accordance with the economic possibilities of the health care of people is the primary premise of their value and the foundation of spirituality and physical power. Assures them that their life (and health), the world is not untouchable, though he does not possess belongs to them, they were entrusted to only a few decades.

Experience before to forget, but to glorify. Considerations of economic and legal regulations for decades it forces of balancing between the desire and opportunity. Therefore, it is often not willingly blind wandered into the street, but managed to come out from them and preserve the health fund. Today it faces with the requirements of the modern age, forced to reform, adjustment, and new functionality to the application of modern achievements and inventions. Health care reforms are not innovation, they are dealing with many countries including ours, but they are frequent and rather unsuccessful. This work will be perceived some of them, to getting to know the reasons for them

1 Проф. др Ибрахим Тотић, Државни универзитет у Новом Пазару, Департман за право и економију, Нови Пазар.

бити сагледане неке од њих, ради упознавања са разлозима који их иницирају и вредновања постигнутих ефеката након њиховог спровођења.

Кључне речи: Здравствени систем, здравствена заштита, финансијски ресурси, здравствене реформе.

Увод

Друштвени развој уопште подразумева стално унапређивање већ постојећих и стварање нових животних и радних услова, односно подизање квалитета живота на виши ниво, како појединаца тако и целе заједнице. Ако друштвени развој посматрамо кроз призму економских активности, онда мислимо на стварање потребних јавних добара чије уживање омогућава грађанима да живе продуктиван и социјално задовољавајући живот. Јавне финансије као научна економска дисциплина деле јавна добра на чиста и нечиста¹. Нама су интересантна нечиста зато што у складу са класификацијом, карактеристикама и остваривањем јавног интереса, обухватају здравствену делатност и образовање, а потом саобраћајну, стамбену и социјалну инфраструктуру. Економисти-планери и финансијери до недавно су, без правог разлога, здравство као делатност од посебног друштвеног интереса сматрали сектором апсолутне потрошње. Међутим, последњих година та схватања се радикално мењају. Напокон је схваћен огроман допринос који здравствена делатност даје укупном економском развоју наше заједнице.

Истовремено су се изменила схватања и од стране грађана. Стварање материјалног богатства престаје полако да буде њихова примарна мотивација. Сада је за њих важније стварање прихватљивог нивоа здравља које задњих деценија у практичном животу потискује све вредности па и економске (материјалне). Тиме је утемељена чињеница да је здравствени сектор коначно постао основ социјалног и економског развоја. Активности које томе доприносе чврсто се међусобно везују и нису у конкурентском односу. Очување и унапређивање здравља је најважнија карика у

to initiate the evaluation of effects achieved following their implementation.

Key words: health system, health care, financial resources, health care reform.

ланцу активности помоћу којих људи уређују животну и радну средину, чинећи је адекватном за живот и привређивање. Присутво различитих фактора, од којих неки могу довести до нарушавања хармоније у уређеној средини, изнудило је контролу као неопходан процес. То је процес који је добио на значају након великог броја истраживања која су вршена у низу земаља чији су резултати показали да је ниво здравствене заштите у опадању, нарочито на периферији здравственог систем. Такође је доказано да су здравствене службе, ма како биле организоване, принуђене да, често против своје воље, смањују, на пример, обим здравствене заштите и утичу на повећану миграцију здравствених радника који са периферених подручја одлазе или у урбане центре или у приватну праксу. За његово спровођење врло је важна формулација економске и здравствене политике. Оне морају бити конципиране тако да обезбеђују трајну и функционалну везу између свих делова здравственог система који чине његову композицију. Здравствена политика (писана или неписана), извире из процеса одлучивања влада или државних органа и организација на свим нивоима друштвено-политичке заједнице. Њен домен је, између осталог, дефинисање и истицање у први план приоритетних циљева чија реализација треба да утемељи и унапреди укупну структуру здравственог система и у оквиру њега здравствене заштите.

Вођење здравствене политике јесте посао владе, али не само ње, јер у њеном вођењу морају бити заступљени и други субјекти (политичке партије, синдикати, регионалне и локалне управе, појединци и сл.). Истина, њихово учешће је лимитирано снагом утицаја. Реформама здравственог система се не бави само Република Србија. То чине многе земље

озбиљније и чешће. Министарство здравља Републике Србије се за тај подухват озбиљно спрема, јер је у наредном средњорочном периоду предвиђено да наш здравствени систем усагласи своје развојне правце са препорукама и опредељењима укупне здравствено-економске политике. Влада је у оквиру својих програма за наредни период узела у обзир потребе реформисања постојећег здравственог система, у име чега је недавно представљена нова стратегија која је начелно нацрт реформи које следе у српском здравству.

Циљ рада

У обиљу материјала који доводи у везу здравствени систем и здравствену заштиту са економијом као научном дисциплином, није лако изабрати тематску област која се може посматрати независно, аутохтоно или изоловано. У намери да дођем до циља и да тријумфујем над тим изазовом, покушаћу да сагледам њихове додирне тачке, односе и корелацију са критичким освртом на спровођење здравствених реформи.

Дискусија

Дуго је, чак и у академским круговима, владало мишљење да министарство здравља не располаже са довољним бројем квалитетних економиста и да због тога изостају правилне процене, како вредности реализованих националних здравствено-економских програма, тако и штете у случају да исти остану нереализовани. Међутим, то није прави проблем, нити се може говорити о било каквом недостатку, поготову не економиста. Проблем је првенствено у ангажовању здравствених радника који не познају (макар не довољно) економску компоненту здравствене делатности, а при том имају могућности да значајно утичу на доношење круцијалних одлука. Осим тога, већина њих је, или због неразликовања здравства од медицине, или због неспремности да између њих повуку јасну границу, утицала на доно-

шење често погрешних одлука које су по аутоматизму приписиване економистима. Таква констатација нема нити може имати чврсто упориште. Економисти (и други стручни профили), не могу бити подвргнути критици због лоше конципираних програма који су често пута само листинг нереално исказаних здравствених потреба. Њихово задовољење, то је познато, много пута је било под знаком питања искључиво због недостатака финансијских средстава. Оно што више од свега забрињава јесте чињеница да велики број земаља (и наша) и даље свесно занемарује укупну важност, а нарочито специјалне карактеристике здравља и здравствене заштите. Заправо та њихова специфичност, или специјална важност, диктирају правилно вођење здравствене и економске политике у интересу општег друштвеног благостања.

Економски гледано здравствена заштита, као најбитнији део здравственог система, није нити може у било ком облику бити производ, роба или нешто друго, што се оптимално производи и ставља тржишту на располагање. И здравље је такође одавно престало да буде оно што стоји у Статуту Светске здравствене организације „...стање потпуног физичког, психичког и социјалног благостања, а не само одсуство болести и неспособности“². Данас је здравље најузвишенији човеков циљ, благостање чију вредност он почиње да схвата тек оног момента када се почне озбиљно сукобљавати са проблемима који му то благостање угрожавају. Без обзира што здравље није роба и што се може другачије дефинисати, то не даје право носиоцима укупне политике да га игноришу тако што здравство, изоловано или у склопу са другим друштвеним делатностима, стављају под удар финансијске рестрикције. Ни теоријски ни практично, рестрикција није одговарајућа економска мера, нити је срећно решење. Боља решења су правилан избор економске политике, стратегије и доследна примена економских мера. Њима се и званично здравствени систем и његови делови најефектније брани од рестрикције.

Једно од решења јесте правилна алокација, пре свих – финансијских ресурса. Ово решење економска наука познаје као програмирање и

буџетирање (*Programme Budgeting*)³ и као таквог га имплементира у здравствену делатност. Програмирање и буџетирање представља дубл који континуирано разматра расположиве (економске, правне, медицинске) ресурсе на свим нивоима. Основни циљ овог дубла јесте пружање помоћи код одлучивања о приоритетима и код избора најбоље здравствене стратегије на основу адекватних информација о расположивим финансијским средствима, о коштању и ефектима појединих алтернативних решења. Други важан циљ је увођење исказаних здравствених потреба у буџет институција које су одговорне за њихово финансирање. Програм-буџетирање помаже имплементацију здравствених програма са утврђеним заједничким потребама. Укупна финансијска средства предвиђена за њихово финансирање групишу се у једну за то предвиђену целину. Зато је неопходно важно да се спроводи исправна здравствена политика чији би главни циљ био одређивање и финансирање здравствених приоритета – утврђивање остваривих здравствених програма. Овај дубл је комбинација у којој је програмирање усвајање циљева здравственог развоја, а буџетирање њихова финансијска подршка.

Економски чиниоци и здравствена делатност

Међу свим чиниоцима који утичу на развој здравственог система и његових делова, чиниоци економске природе завређују посебну пажњу. Њихово присуство асоцира на чврсту везу између здравствених потреба и финансијских средстава која омогућавају њихово задовољавање. Успостављена веза, начелан је став, не сме бити прекинута, иако заправо она производи заиста велики апсурд. О чему је реч? Економски ресурси земље из којих се финансирају права из здравственог осигурања и потребе из области здравствене заштите сваким даном су све сиромашнији, а њихова судбина све неизвеснија. Горка је истина, али је истина, да из било којих разлога све већи број радно способног становништва остаје без својих радних места и наравно без прихода,

али наставља и даље да живи и да ако не у већем, онда у истом обиму исказује своје потребе за здравственим третманом. Слична ситуација је и са оним грађанством које не налази ниједан пут до запослења. На другој страни, као да се ништа спектакуларно не дешава. Институције које финансирају здравствену делатност остају без дела редовних финансијских средстава (за отпуштене нико не уплаћује доприносе), са истом или чак са увећаном обавезом да и даље финансирају здравствене услуге које показују тенденцију раста.

Од здравственог система се не захтева да запошљава грађане, али се императивно захтева да брине о њиховом здрављу и обиму права који је гарантован Законом о здравственом осигурању (Службени гласник РС 75/08). Шта чинити у таквим ситуацијама? Питање је тешко, јер додатно компликује укупну ситуацију. Информација да преко 90 одсто средстава са којима располаже Републички завод за здравствено осигурање одлази на зараде запослених, свима је доступна; као и она да се остатак, који је више него занемарљив, усмерава на задовољавање свих преосталих потреба. То је најстудиозније објашњење хроничог недостатка финансијских средстава. У наредном периоду се рачуна на нови извор средстава за финансирање обавезног здравственог осигурања, односно на капитацију – модел плаћања здравствених услуга у области примарне здравствене заштите по глави – особи - јединици⁴. Колико ће такав извор, под условом да прво заживи, бити издашан, остаје времену да покаже. Ако случајно и заживи, не треба очекивати веће финансијске ефекте, напротив. Остаје дилема који ће то приходи поред оних од капитације представљати финансијску сигурност примарне здравствене заштите? Јесу ли то они исти приходи који су годинама недовољни и који су због тога добили епитет генератора здравствених реформи. Дакле, различити модели се могу уводити, али се не сме заборавити да су неки од њих (капитација) раније коришћени али су давно напуштени⁵. Питање је да ли је капитација модел који може да реши тако крупне проблем у здравству.

Поред штедње и унапређења превентивне здравствене заштите, следећи корак изласка

здравственог система из незавидне позиције у којој је сада налази свакако је у сарадњи са Медицинским факултетима. Њега би требало пре да искораче Министарство здравља и Министарство за образовање, с обзиром на чињеницу да наши грађани могу без проблема да студирају у било којој земљи света. Постоји могућност за похађање бољих студијских програма, стварања здравије конкуренције, а за посао би се ангажовали кандидати са најбољим референцама. Отпуштање запослених или спречавање незапослених да добију посао престао би да буде циљ ма које реформе, а питања везана за запошљавање и отпуштање била би и искључиво у надлежности менаџмента. Примедбе да штедња и квалитет услуга не иду заједно имају основа. Квалитет у оквиру здравственог система сам по себи није споран, он сигурно постоји, али недостају адекватни ресурси који тај квалитет подржавају да досегне ниво раван оном који поседују успешније земље од наше. Овај проблем наравно тангира терен штедње. Без ње нема квалитетних и постојаних финансијских извора, односно без економске инјекције нема ефектне здравствене заштите ни функционалног здравственог система. Штедња је гаранција дугорочне одрживости и актуелног опстајања квалитета. Наш здравствени систем се деценијама дави у дуговима, губи поверење међу популацијом и што је трагично, сваким даном све више и више остаје без економске снаге. Зато чудно звуче изјаве, посебно компилатора здравствене политике, да реформе треба извести у складу са економским, односно материјалним могућностима земље. Ако се мисли на материјалне могућности земље у актуелном тренутку, а очито се мисли, онда су реформе унапред осуђене на неуспехе.

Здравствена политика и стратегија

Здравствена политика је условљена животним детерминантама. Њих диктирају прво, ендегени фактори, односно дешавања у људском организму везана за људско здравље, које је проблем медицине, и егзогени фактори, односно сва друга дешавања у средини која ок-

ружује човека. Здравствена политика треба да обезбеђује информације о опасностима по људско здравље, да подиже ниво сазнања код људи о здравственим питањима и да пружа одговарајућу помоћ приликом савладавања насталих проблема. Углавном је формулисана на основу државног (административног) уређења. Ако је држава централистички уређена, логично је да и здравствени систем буде њена парадигма. Уколико је реч о децентрализованом државној власти, тада су одређене ингеренције са вишег нивоа пренесене на ниже, регионалне и локалне нивое.

Здравствена стратегија је процес предузимања широког спектра активности у здравственим а затим и у другим секторима и областима који имају утицаја на реализацију усвојених здравствених програма. Њен главни смисао је развијање потребне здравствене инфраструктуре, почевши од примарне здравствене заштите као првог нивоа, па према наредним, вишим нивоима. Здравствена инфраструктура обухвата различите врсте здравствених услуга: опрему, институције, грађевине, организовану везу у оквиру система и руковођење као менаџмент функцију. Њен проблем је што, иако изабрана, она не мора бити и реализована, јер се догађа да дефинише специфичне програме чија реализација зависи од официјелне, а понекад и здравствене политике. То је нормално, јер је здравствени програм дефинисан као организован агрегат активности које су свесно донесеном одлуком усмерене на реализацију одређених циљева (општи и специфични). За њено спровођење неопходна је политичка воља и подршка владе, планера економског и друштвеног развоја земље и мобилизација потребних ресурса, почевши од људских до финансијских и политичких. Економска и здравствена политика у садејству са здравственом стратегијом представља оруђе у рукама оних који реално схватају проблеме у здравственом сектору и желе да их без оклевања на најповољнији и ефектан начин савладају. За њих су оне извор могућности са најбољим изгледима за ефектно спровођење реформи.

Реформе су захтеван и обиман посао, нарочито у секторима који непрестано функционишу, попут здравства или образовања. Мада се

термин реформа превише експлоатише, чак вишеструко у односу на саму процедуру која треба да буде спроведена. Због тога се стиче утисак да је само њено помињање или често истицање довољно да се ствари коренито промене набоље. Утисак је апсолутно погрешан. У вези са тим најсликовитије се изразио некадашњи француски председник Шарл Де Гол рекавши „...да велики број народа (међу њима и наши), све своје политичке, економске или привредне промашаје назива кратко, реформама“⁶. Веровања у реформе су интересантнија уколико се њима неко озбиљно бави и о њима на стручан начин полемише. Оно не може бити изоловано посматрано ма колико економски и јурисдистички закони били реформски и демократски.

Циљеви здравствених реформи

Упоређујући циљеве раније предузиманих реформи и предложене мере и циљеве нове стратегије, треба истаћи да између њих нема значајнијих разлика. Наиме, неки циљеви су потпуно исти, и треба да остану исти. Не треба их мењати, али их треба увести у програм као поновљене и под измењеном формулацијом. Нови циљеви, програми и предложена решења представљају појачану иницијативу да се следе савремена искуства и модернији правци које диктирају новонастали услови, исказане заједничке потребе и искуства развијених земаља. Спровode их домаће и иностране организације и институције. Сами циљеви који очекују реализацију нису никаква непознаница. Многи од њих се и даље називају основним, као и раније, јер су под тим именом служили као темељ претходним реформама. Њихова реализација је увек имала задатак да свим грађанима обезбеди праведну и на исти начин доступну здравствену заштиту, да подигне ниво њиховог здравственог стања на већи подок и да активност здравственог система (његових служби) усмери ка осигурању – пацијенту⁷. Слично је и сада. Већ се као конкретни циљеви, боље рећи разлози, за спровођење здравствених реформи наводе ревизија мреже здравствених установа, смањење

смештајних капацитета, отпуштање запослених, увођење приватног здравственог осигурања и сл.

Што се давно замишљене рационализације мреже здравствених установа тиче, сматрало се да је она “успешно” изведена за наредних десет година. Али истина станује на другом крају. У овом тренутку, без обзира на озбиљност реформи, рационализација не заслужује да буде неки посебан циљ. Није прихватљиво да, на пример, у извештају Светске банке из 2009. године стоји податак да је Србија можда једина држава у Европи у којој дом здравља и даље функционише као здравствена установа.⁸ Оцена у извештају је још комплекснија и неповољнија. У Републици Србији укупан концепт здравственог система са свим његовим компонентама је ван стандарда који се примењују у европским земљама. Није проблем у постојању или не постојању здравствених установа. Проблем је у њиховој сврсисходности, односно наменском коришћењу уз поштовање одређеног рација. Не окупира пажњу податак да преко 70 одсто сеоских амбуланти и здравствених станица у Републици Србији више не функционише на предвиђен начин, нити непотребно изношење тврдњи да је тиме мрежа здравствених установа довољно редуцирана.

Село јесте изгубило лекара, а притом није ни чуло за здравствену реформу ни за рационализацију. Зато следи логично питање: колико је тим непромишљеним потезом изгубила превентивна здравствена заштита на сеоском подручју, и шта су осим проблема добиле здравствене службе у урбаним срединама. Ово може личити на абдикацију из контекста који се односи на саму рационализацију мреже здравствених установа, или пре на питање везано за здравствене капацитете који су више руине него употребљив или функционалан простор. Али није. Зато што је рационализацију могуће извести на други начин. Можда је рационалније редуцирати установе које се баве образовањем (хиперпродукција) здравственог кадра, а након тога се посветити примени захтева и стандарда који постоје у развијеном свету.

Прихватљиво је мишљење да постоје непотребни смештајни (болнички) капацитети, али

се у њих морају уврстити и ови претходно поменути који постоје, али ничему не користе. Међутим, ако се мисли на смањење капацитета који су у функцији, ту ствари другачије стоје. Многе функционалне јединице (капацитети) не служе правој намени, а ако којим случајем и служе, онда већина нема довољан проценат искоришћености. Њих треба или упослити или рентирати. То јесте велики проблем, али не заборавимо, ни много успешнијим здравственим системима у свету није пошло за руком да суровом редукацијом постигну импресивне резултате. Прави начин за рационализацију мреже здравствених капацитета је модернији развој сусретне – превентивне здравствене заштите, која коначно треба да преузме улогу легитимног чувара здравственог трезора, која јој је намењена пре више од пола века. Предности су вишеструке. За њен савремени развој нису потребни посебни капацитети, она је замишљена да буде мобилна и на “туђем терену”, што ближе осигуранику – пацијенту коме је потребна. Осим тога, институт породичног лекара даје за право сваком ко размишља у том працу. То значи да треба напустити ординације, саветовалишта, службе “под кровом” и кренути трагом потреба чије је задовољавање економично.

Да ли су здравствене реформе на правом курсу ако њихово спровођење захева неодложно смањење броја запослених? Да ли то значи да неће бити места за младе који стижу? Да ли ће према тој замисли стручњаци који нису довољног здравственог образовања морати на улицу и да ли ће редуцирана финансијска средства бити довољна да покрију расходе који настају као последица “популарних социјалних програма”? Није лоше сетити се речи некадашњег француског председника. При сваком помињању реформи здравственог система дискусија се усмерава на увођење добровољног здравственог осигурања. Многи мисле да је добровољно осигурање транзициони процес и продукт приватизације и зато код њих изазива двоструко неповерење. Прво, због раније стечених навика да је обавезно здравствено осигурање за већину грађана једина сигурност, и друго, што су транзициони процеси нанели огромне штете укупној привреди (и

непривреди) па би здравствени систем, колико је то могуће, требало поштедети. Срећна је околност што је добровољно здравствено осигурање познато много раније и што су оваква размишљања апсолутно неисправна. Будућност здравственог осигурања уопште, ма колико се око тога ставови разликовали, заправо јесте у увођењу приватног, и само приватног здравственог осигурања. То је једини начин да се напokon схвати да само ригорозна штедња и унапређење примарне здравствене заштите могу помоћи прво – осигуранику и здравственој служби, а потом и укупном здравственом систему. Нереално је очекивати да се унапред може трошити оно што није дошло на ред, ни да буде зарађено. О томе је пре скоро једну деценију врло надахнуто говорио некадашњи министар здравства у влади Немачке Хорст Шифер. Мислим, рекао је он, да би се висок стандард квалитета здравства у земљи могао дуго одржавати када би постојао консензус да трошкови за здравство не могу расти брже од укупног бруто националног дохотка и да приватно здравствено осигурање узме већег учешћа. Позивам вас на штедњу... у томе се сви слажемо, само је питање од кога треба почети, али да први не помисли како не треба поћи од њега⁹.

Оптимисти, уверени да су реформе у здравственом систему и поред много нерегулисаних, а по свему кључних питања, ипак изводљиве, поставили су основне правце здравствене политике. Њихов циљ је да њиховим спровођењем створе услове за унапређење здравствене заштите, за боље здравље угрожених групација становништва и особа оболелих од болести од већег социјално-економског значаја. У том случају би дошло до успостављања новог модела функционалне организације здравственог осигурања, фармацеутске делатности и санитарног надзора. Као по инерцији, реформе почињу са информацијом да се финансирање здравствених функција из јавних извора врши са око 6% ДБП, што је према неким мишљењима, а упоређено са међународним стандардима, прилично висок ниво. Међутим, следи питање: која је основица на коју се примењује ова стопа и који је то износ који би упоређен са износом из неке друге земље

изазвао импресију. Проблем је што ни издаци од шест одсто нису релевантан податак. Извештаји који се односе на учешће укупних трошкова здравствене заштите у ДБП, а које обелодањују домаће и иностране институције, већ дуги низ година сопштавају податке који напосто збуњују. У домаћим извештајима учешће у ДБП је око шест одсто, а према иностраним извештајима (ММФ, ИБРД, СЗО), здравствени издаци достижу износ преко 10 одсто ДБП.

Здравствене реформе у неким земљама света

Да би схватили ефекте здравствених реформи послужиле нам искуства неколико земаља које су на том плану оставиле значајнији траг. Пре тога траба завирити у разлоге њиховог спровођења код нас. Истраживања у Републици Србији потврђују да су људи забринуте за сопствено здравље и за здравље својих најближих. То је осврт на бојазан од оболевања и на обим претњи од разних болести које су реално присутне и угрожавају витално популационо језгро. Додатни проблем је што здравствени систем, конципиран на овакав начин, не улива поверење и не даје никакве гаранције за безбедност људи, ни у превентивним ни у постпревентивним акцијама. Осим тога здравствене потребе у Републици Србији не наилазе на одговарајуће разумевање, зато се заштита људског живота не посматра из угла безбедности. Поставља се питање: шта ће убудуће радити Влада, Народна скупштина, Министарство здравља и друге референтне институције? Неће ваљда, као до сада, својом спором реакцијом не само кочити реформске кораке већ додатно стварати погодне услове за несметано настајање негативних појава попут корупције и неконтролисаног инкорпорирања група са посебним интересима у сам државни врх.

Прилике су да хоће, јер су многа истраживања показала да је за многе негативности главни кривац Закон о здравственом осигурању (Службени гласник РС 55/05), тачније његов члан 199. који је лекарима запосленим

у јавним здравственим службама дао могућност за склапање уговора о додатном раду са другим послодавцима који углавном обављају приватну лекарску праксу. Од тада просто бујају различите врсте злоупотреба, од слања пацијената из државних установа у приватне ординације (кружни пацијенти), па до њиховог непотребног излагања додатним и често високим трошковима, што неминовно проузрокује нарастање незадовољства. Здравство оптерећује тешко доказива корупција, која је несумњиво присутна, од ситног подмићивања медицинског и немедицинског особља, преко стицања функција и стручних звања, до појединих, крајње сумњивих тендера за набавку медицинске опреме и извођење грађевинских радова.

Здравство у **Србији** тренутно личи на кућу без темеља. Недостају економски ресурси, мањка чврста и јасна законска регулатива, а при томе се ни постојећи закони не спроводе и не поштују јер обилују лошим решењима. Несумњиво, мањкавости постоје, али постоји и чврста решеност да се уз помоћ Светске банке, Европске Уније (Европске агенције за реконструкцију), УНИЦЕФ-а, Канадске агенције за међународни развој, Глобалног фонда (међународне фондације за борбу против ХИВ/АИДС-а), владе Норвешке, Кине и Јапана, реализују вредни пројекти са циљевима попут:

- унапређења примарне здравствене заштите,
- адаптације болничких и других капацитета,
- реформисања финансирања здравственог осигурања,
- увођења нове технологије и политике у фармакопеји и управљању лековима,
- реформисања постојећег и увођења новог модела награђивања и
- инсталирања и развоја интегрисаног здравственог информационог система¹⁰.

Не постоји држава у свету која не тежи сталном преуређивању система здравственог осигурања и здравствене заштите. Томе највише теже управо оне државе које су га прве уредиле и у којима је практично профункционисао. Проблем је, међутим, што многе од њих стално покушавају да реформама дођу до одговарајућих решења, али у томе мало успевају. Једна од таквих која деценијама живи са про-

блемима јесте *Италија*. У здравственом сектору у Италији присутан је вишегодишњи, хронични дефицит. Никада се не зна колико износи и са коликим процентом у ДБП учествују издаци за здравствено осигурање и здравствену заштиту. Према подацима ИБРД, издаци су у најбољем случају нешто преко пет одсто од ДБП. Италијански здравствени систем није имао посебне шансе за ревитализацију ни уочи XXI века када је она озбиљно планирана. Да проблеми нису од скора, најбоље говори интервју тадашње министарке здравства у Влади Италије, сињоре Розе Бради, који је у фрагментима пренела наша штампа¹¹. Износећи многе проблеме министарка је између осталог казала „...да Италија има преко 315 хиљада лекара, или једног на 180 становника, што је најбољи просек у Европској унији...“ „Примера ради, Велика Британија има једног лекара на 600 становника (стандард Светске здравствене организације), Холандија 400, Шведска 300, Немачка 250 и тако редом... Медицински факултети лиферију лекаре као земичке... данас их је преко 60 хиљада без запослења у струци... студирају до 30 године и ту су ствари сасвим јасне. Зараде су ниске, а врло је мали број оних који могу лечити богату клијентелу...“. Ни данас стање није боље, а криза која потреса земљу не дозвољава да се на коректан начин спроведе започети процес приватизације. Италија има невероватно висок унутрашњи консолидовани дуг који према извештају ММФ износи близу 116 милијади €. То је један од највећих дугова у Европској унији и врло јасна порука да у таквим условима здравство нема великих изгледа.

Систем здравственог осигурања у Европи прве кораке у организованом облику направио је пре 127 година у *Немачкој* (Пруска) осигурањем радника. То је добро знани модел „гвозденог канцелара“ Ото фон Бизмарка из 1883. године. У данашњим условима тај дуго коришћени модел полако бива напуштен и само је питање дана када ће се његови стубови сами урушити¹². Све су чешће оцене да је немачко здравство болесно. Дијагноза је озбиљна – огромни, чак штавише, ненадокнадиви издаци за здравствену заштиту. Немачки здравствени систем годишње располаже са

близу 260 милијарди € и спада међу највеће и најскупље на свету. Занимљиво је да и поред тога изазива гнев осигураника који су незадовољни здравственом заштитом и посебно негом болесних и старих особа. Посебно чуде критике на рачун квалитета здравствене заштите који је пословично у самом врху развијених земаља ОЕЦД-е. То што је Немачка у економском и у сваком другом погледу водећа европска сила, не утиче много да у погледу здравственог осигурања и здравствене заштите буде на самом дну европске лествице. У погледу расхода за здравствену заштиту, Немачка је неприкосновена са близу 11% ДБП или нешто више од 3.000 € по глави становника. Здравствено осигурање се финансира према начелима солидарности, с тим што и држава са одређеним износом пореза учествује у приходима Националног фонда.

У време процвата немачке економије, ниске стопе незапослених и супремације младе популације, већих проблема у здравству Немачке није било. Проблеми су настали када су право на здравствено осигурање равноправно остварили, како запослени тако и незапослени, с тим што потоњи не уплаћују обавезне доприносе. Осим тога, немачко становништво је све старије захваљујући савременој медицини (квалитетна здравствена заштита, скупи лекови, интензивна нега, савремени медицински апарати и сл.) која је успела да знатно продужи животни век. Истина, продужени животи век додатно кошта. Осигураници захтевају нове лекове и здравствене третмане а свежег новца за њихову набавку и обављање нема. Дакле, Немцима предстоји велика битка против онога што су са модерним средствима створили.

Подаци из извештаја Америчког бироа за војна истраживања да ратни ангажмани у Ираку и Авганистану до почетка кампање за увођење обавезног здравственог осигурања коштају САД преко хиљаду милијарди USA \$, не изазива неверицу као намера Барака Обаме да Американцима уведе обавезно здравствено осигурање. Али и та намера у САД-у има противника. На пример, нобеловац Џејмс Бјукенен (*Нобел за економију*), сматра да председник САД-а великим давањима из буџета

чини исте грешке које су државници у Америци чинили током Велике депресије тридесетих година прошлог века. Економисти Чарлс Роули и Натенијел Смит сматрају да ће велика издвајања за помоћ привреди, која је учинила Обамина администрација, имати, дугорочно гледано, веома лоше последице по економију САД-а. Новодошли становник Беле куће је просто поклатио близу 800 милијарди USA \$ најбогатијим власницима компанија и тада га нико није звао (за америчке погледе) погрдним именом Стаљин, Хитлер или Лењин¹³. За такве фарисеје, он је просто био мудри, далековиди државник који брине о америчкој економији. За сенаторку из Калифорније Барбару Боксер (интервју телевизија CNN) поражавајућа је велика смртност деце. Према подацима Светске здравствене организације (СЗО), САД за здравствену заштиту троше близу осам хиљада USA \$ по становнику. О каквом се квалитету здравствене заштите ради, пита се она и одговара, о компромитујућем наравно. Да ли је после овога уопште битно што амерички здравствени буџет за лечење својих грађана издваја по једној особи двоструко више од било које друге земље на свету. Издаци за те намене износе годишње преко 2,5 милијарди USA \$, што представља око 17% ДБП. До 2020. године близу 32 милиона Американаца имаће обавезно здравствено осигурање за које у идућих 10 година предстоји издвајање од скоро 940 милијарди USA \$.

Амерички конгрес је тесном већином (219:212) изгласао нови закон о обавезном здравственом осигурању и он ће се примењивати на особе слабијег имовинског стања и учиниће приступачнијим здравствено осигурање свим грађаним САД-а. Што су у последње четири деценије XX века безуспешно покушали републиканац (Ричард Никсона) и демократа (Бил Клинтон), Барак Обама је одмах успео? Мишљења су и даље подељена. Сада се не говори да преко 47 милиона Американаца нема ниједан облик здравственог осигурања. Али плаши предвиђање америчког министарства финансија, да ће 57 одсто грађана САД-а испод 21 године живота бити без здравственог осигурања у некој од десет на-

редних година. Што значи да ствари нису доведене до краја и да је здравствено осигурање у САД-у прави хазард. Може се изгубити у моменту кад је најпотребније. У САД-у су као и у Великој Британији проблем лица старија од 65 година (MEDICARE) и лица која су без икаквих примања (MEDICAID). Ове категорије су приморале велики број приватних осигуравајућих друштава, као на пример, Плави крст (*Blue cross*) и Плави штит (*Blue shield*), да због конкуренције са државним фондом смање цене својих осигуравајућих пакета.

Према извештајима ИБРД **Велика Британија** годинама издваја између шест и осам одсто ДБП за здравствено осигурање и здравствену заштиту својих грађана и посредством познатог Беверицовог (*Beveridge*) модела¹⁴ остварује популациони обухват око 90 одсто. Она је међу првим земљама у свету која је прогласила Закон о здравственом осигурању још тако давне 1910. године, а данас не спада у ред земаља у којој је оно обавезно. Конференција у Алма-Ати (Казахстан), одржана септембра 1978. године, допринела је да Велика Британија направи велики искорак и оснује Националну здравствену службу (*Health National Service*) којом су се дуго времена Британци поносили. Тада је уведен Глобални буџет – декларисан као фиксна сума новца у оквиру које даваоци здравствених услуга морају да покрију захтеве својих осигураника у току једне године. Велика Британија је иначе колевка породичног лекара. Овај организациони потез показао се као рационалан и врло уверљив. Његовом применом дуго се одолевало у борби са издацима који су настајали према захтевима оболелих и старих осигураника (MEDICARE) и осигураника са ниским примањима (MEDICAID). Међутим, и Глобални буџет је почео да се озбиљније тањи, што поменуте категорије осигураника и те како осећају. Посебан проблем представљају листе чекања које онемогућавају правовремену заштиту. Не зна се да ли су ефикасније финансијски или погубније хумано, али се зна да имају велики број противника. У последњих неколико деценија Британци, иако препознатљиви по поштовању традиционалних вредности, какав је и Беверицов модел здравстве-

ног осигурања, све више напуштају тврде оквири традиције и прелазе на добровољно (приватно) здравствено осигурање.

Закључак

У мноштву циљева којима човек у свом животу тежи, најузвишенији је, свакако, поседовање доброг здравља. Многе земље у свету су давно и врло озбиљно схватиле његов значај и улогу. Стављајући себи у задатак да привредни развој не сме стати, већина њих је прихватила обавезу да своју развојну, макроекономску политику дефинише тако што су све расположиве потенцијале усмериле на заштиту, унапређење и очување здравља своје популације. Здравље је „основно средство“ за обављање свих врста делатности које су својствене човеку. За бригу о њему неопходан је уређен систем који ће то чинити на квалификован и одговоран начин. Национална политика и стратегија здравственог развоја управо се огледа кроз организацију и функционисање здравственог система и његових структурних делова. Нарочито је важно за његово функционисање да се обезбеде сигурни, константни финансијски ресурси, рационална дистрибуција и правилна алокација финансијских средстава.

Занимљиво је да се од реформи здравства у Републици Србији, тачније од увођења капитације, очекује толико колико и америчка сиротиња очекује од Обамина реформе. На њој се ради скоро целу деценију без опипљивог резултата, ако се изузме правилан превод. Да би се почело са њеном евентуалном применом неопходно је пре тога изменити Закон о здравственом осигурању, а већ је речено колико је

штете било од његове примене. Размишљањима да проблеме у здравственом систему једино могу да реше средства која притичу од донација коначно би требало да уследи крај.

Почетак ове године обележила је победа Барака Обама и истомисљеника. С тим што има основа свака тврдња да реформа здравственог осигурања у САД-у неће донети крупније промене јер већи број њених становника неће имати боље здравствене услове. Сигурно је само једно, у САД-у ће и даље примат у систему здравствене заштите имати тржишни модел који пружа квалитет једино ако се услуге скупо плате. А ни тада нема довољно гаранција да је квалитет здравствене заштите у складу са издвајањима. Преовладавају мишљења, а у њих донекле треба веровати, да суштинске реформе у здравственом осигурању САД-а није ни било. Поменуто тржиште је и даље остало модератор свих односа и збивања, због чега ће и даље преко 15 милиона Американаца бити без иједног вида здравственог осигурања. Да би Американац добио прилику да буде осигуран, треба да приложи уверење о свим врстама обољења која има (или да их нема), да би осигуравајуће друштво довео у прилику да му понуди уговор о осигурању и висину премије коју треба да уплаћује. Дакле, здравствено стање осигураника и цене здравствених услуга диктирају облик осигурања. Ако је неко више болестан, па му се осигурање одобри, мораће да уплаћује премије на већи износ. У америчкој пракси је познато да већи број осигуравајућих друштава не жели да осигура лица која према њиховим критеријумима имају статус болесника. То ће реформа, ако је уопште буде било, исправити на задовољство већине америчких грађана.

Литература

1. Анђелковић М.: Јавне финансије и финансијско право. Правни факултет, Центар за публикације, Ниш, 2009.
2. Суџум Р., Ралевић Р.: Приручник за примену прописа у здравственој заштити. Нова просвета, Београд, 1984.
3. Вукмановић Л.Ч.: Менаџмент у здравству – Политика и стратегија здравственог развоја – Менаџмент здравствених програма и здравственог система. ECPD, Европски центар за мир и развој, Савремена администрација, Београд, 1984.
4. Тотић И., Крејовић С.: Финансирање здравствених потреба и обрачун и плаћање здравствених услуга. Медицински гласник, Златибор, Специјална болница за болести штитасте жлезде и болести метаболизма, 2010.
5. Шимунић М., Бартолић А.: Примарна здравствена заштита, Загреб–Пазин, 1985.

6. Љутић Ж.Б.: Безранско и банкарско пословање – Инвестициони приступ. Младост биро, Едиција – Магистар бизнис администрације, МВА Press, Београд, 2007.
7. Влада Републике Србије: Стратегија за унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената.
8. Закон о Влади, Службени гласник РС 65/08.
9. Марковић З.: Економско наличје здравствених реформи. Економска политика, Београд, 2010.
10. Глас осигураника: часопис за пензијско, инвалидско и здравствено осигурање, Београд, јул 2003.
11. Фонд за отворено друштво, Хелсиншки одбор за људска права у Србији, Центар за образовне политике, Амбасадори животне средине: Извештај о стању људске безбедности у Србији за 2005–2006.
12. Политика, Београд, 13 јул 1997.
13. Раичевић Б.: Јавне финансије. Економски факултет, Центар за издавачку делатност, Београд, 2008.
14. СО – свијет осигурања. ТЕКТУС: часопис за право, економику и праксу осигурања и реосигурања, Загреб, септембар, 2009.
15. Тотић И.: Правно-економски аспекти развоја здравственог система. Правни факултет, Крагујевац, 2001.