Проблеми у здравственом систему независно од политике финансирања

И. Тотић¹

Problems in the Health Care System Regardless of the Funding Policy

Ibrahim Totić

Сажетак: Рад који је пред вама у најискре- нијем смислу представља подршку оном делу здравствених радника који заслужују да њихов професионализам, хуманизам и стручност буду слављени и издигнути на највиши ниво. Његов циљ је да због неколицине саможивих и неморалних људи, који себе сматрају носиоцима посла у здравственом систему, и њиховог необјашњивог опхођења (спремни су да за ша- ку девиза окаљају свој и образ својих колега), заштити све оне којима је девијантно пона- шање страшно и чији је основни квалитет са- мопрегор, пожртвовање и уважавање осигу- раника – пацијената. Посебан простор пос- већен је девијацијама које су продукт неспо- собности креатора система, људске несавести, посртања и необјашњиве похлепе. О финан- сирању неће бити ни једне једине речи. То је свима познат проблем, а, у ствари, само је параван иза кога се заклањају многе негатив- ности.

На адресу здравственог система свакоднев- но стиже велики број примедби у чију садр- жину је тешко поверовати, али изазивају чуђење и попримају епидемијске размере. Уг- лавном је реч о лошем односу лекара према пацијентима, и/или односа према колегама, што је сочна храна за све врсте медија, у којима све чешиће читамо наслове: “Лекари убијали децу непримерним дозама цитоста- тика”... “Родитељи ће тужити установу и лекаре”... “Лекари краду од пацијента органе приликом операције”... “Ухапшеним лекарима и фармацеутима продужен притвор”... “Још пет ухапшених лекара и фармацеута у ак- цији ‘Краба’” и слично. Шта је следеће? И

Summary: The work that is in front of you in the sincerest sense represents the support in that part of health workers who deserve that their professionalism, humanism and competence are celebrated and elevated to the highest level. His goal is to, because of the unexplained be- havior of a few selfish and immoral people who consider themselves to be the operator of the health system (and that are also willing to in a exchange for a handful of money defile not just they own cheek but also they colleagues, too), protecting all that is strange and deviant behavior with the basic quality of self, sacrifice and appreciation of the insured - the patients. A special emphasis is given to deviations that are a product of the inability of the system design- ers, human unconscientiousness, stumbling and unexplained excess. The funding will not be one word. For everyone this is well-known problem, and in fact just a smokescreen behind which are concealed many of negativities.

On the address of the health care system comes every day a big number of objections of the content that is hard to believe, but they are causing surprise and take on epidemic propor- tions. Basically it is all about poor relation of physicians to the patients and / or treatment of colleagues that are moist food for all types of media in which the happiness Titles: Doctor mur- dered children with inappropriate doses of chem- otherapeutic agents...Parents will sue the facility and the doctors...Doctors stealing organs from a patient during surgery...Arrested doctors and pharmacists custody...Another five arrested doc- tors and pharamacist in action „Crab“,etc. What's next and what's with these people? Many

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

шта је са тим људима? Многи мисле да је анатемисање здравствених радника и здравственог система само тендециозно режирана представа коју већ неколико деценија гледамо. Међутим, ти исти заборављају да је реч о суду народа. Сви који искрено траже потврду своје стручности, квалитета и исправности позивају се на тај суд, а његова коначна оцена јесте да је здравствени систем такав какав не желимо. Заостајање у развоју базичне медицине, недовољан научно-истраживачки рад и неубедљива законодавна регулација, само додатно компликују ствари.

Кључне речи: Здравствени систем, девијације, научно-истраживачки рад, стандарди, корупција.

Увод

Здравље је, осим личног богатства, и друштвена вредност и богатство. Оно људима доноси различите користи, јача њихову социјалну и здравствену сигурност, чини живот садржајнијим и лепшим, и знатно унапређује њихово материјално благостање и квалитет живљења. Ова дефиниција само се у редоследу речи разликује од оне која је прихваћена на Првој међународној конференцији о примарној здравственој заштити, одржаној у Алма-Ати (Казахстан), од 6. до 12 септембра 1978. године, у сарадњи Светске здравствене организације (СЗО) и УНИЦЕФА¹. Суштина им је потпуно иста. Човеку је најдражи природни дар живот, тај недодирљиви свет. Многи често и не спознају живот, али знају да им је поверен на неколико десетина година и да ће се завршити независно од њихове воље, јер, иако им је дат, он не припада само њима. Човеку модерног доба, услед наметнуте трке за стварањем егзистенцијалних добара, остало је врло мало времена за лично и за туђе здравље, тако да ће у будућности бригу о здрављу морати у већем обиму да препусти здравственој делатности и њеним службама.

Савремене анализе здравственог система јасно показују да је он састављен од здравствених, социјалних и економских активности које заједно чине јединствен ланац организа-

people think that by putting the anathema on the health workers and health systems is just tendentious directed plays that we see for several decades. However, the same people forgot that it is a court of the people. All those who sincerely seek your expertise, with quality and safety are invited to this court, and the court's final assessment is that the health system is not as we wish him to be. Delays in the development of basic medicine, insufficient scientific research and inconclusive legislative regulation, only complicates the things.

Key words: Health system, deviations, scientific research, standards, corruption.

ционих, синхронизованих и интегрисаних мера које утичу на здравствено стање и на квалитет живота становништва. Здравствени систем (ланац) толико је јак колико је јака његова најслабија карика. Кидање само те једне карике ремети еквилибријум и неизбежно подстиче појаву негативних утицаја на укупно здравље грађана. Са правом се сматра да је очување људског здравља циљ до кога се стиже кроз коридор низвесности, преко здравствене Сциле и Харибде, преко тешко премостивих препрека и недовољно неиспитанх узрочника који девастирају темеље здравственог система. Свака сумња у спровођење досадашњих, поштом нејављиваних, акција и здравствених програма била је потпуно оправдана. За многе од њих унапред се могло наслутити да овако конципиран здравствени систем нема довољно капацитета за њихову реализацију. Тако су многа настојања здравственог система да побољша статус, да постане јавни сервис са изгледном приликом да у будућност крочи садржајнији, ангажованији, комплекснији, ефектнији и изазовнији, била само пуцањ у празно, и/или по-рука без садржаја.

Ствари су се отргле контроли и показале су да је у питању систем са многим проблемима. Проблеми су вишеструки. Прво медицинска наука је у великом *time lage*, и нема услова да се равноправно носи са медицином у развијеним земљама, о чему постоје прове-

рене информације и убедљива сазнања. Заостајање за другим системима је евидентно, а примарни разлог, према многим мишљењима, јесте што он највећу пажњу побуђује код припадника институција власти којима служи само у циљу освајања и очувања политичког трона и формирања бирачког корпуса. Не постоји боља потврда да је здравство у дубоком сиромаштву од оне која показује да је велики број његових припадника спреман на сваку врсту недозвољених потеза, што је плодна подлога за криминалане радње, мито и корупцију. Може се констатовати да здравствени радници, делећи судбину укупног друштва, све више постају део црног миљеа и наносе непроцењиву штету професији и осигураницима. Такође је велики проблем што савесни научни радници, који још нису рекли све у науци, и они који праве прве кораке у њој, немају довољно простора, остају без изазова и део су научне мистерије. Ипак, највише брине чињеница да је здравствени систем најмање убедљив код полузадовољног грађанства које од њега захтева квалитетне здравствене услуге.

Циљ рада

Светска банка је изнела констатацију о стању у здравству Републике Србије. Детаљно је обрадила недостатке и понудила решења, уз примедбу да је незамисливо да земља која пледира на висок степен здравственог развоја не зна колико тачно одваја за лечење по једном осигуранику, да ли је то 105, 250 или 400 евра. Републички завод за здравствену заштиту и здравствено осигурање (РЗЗО) делимично сноси кривицу за наведену слабост и друге слабости које га терете, али никако и за корупцију и за законе који омогућавају сукоб интереса *par excelans*. Занимљиво, он је вечито у сенци медицинских установа, што је за многе неприхватљиво, иако су многе од њих референтне. Сведоци смо да последњих деценија агресивна фармацеутска индустрија и њени бескрупулозни агенти форсирају негативне појаве, налазећи партнере искључиво у похлепним и несавесним здравственим радницима, махом лекарима.

Недовољне инвестиције, криминогене радње у области јавних набавки, узурпација друштвене имовине и ниска научна база, означени су као примарни реметилачки фактори који не допуштају правилну функционалност здравственог система. Када се потенцирају слабости у оквиру здравственог система, обично представници владе покушавају да их невешто и на недовољно убедљив начин одбаце, јер су свесни да за њихово настајање највећу одговорност сносе управо они.

Дискусија

Базична медицина, као водећа научна дисциплина, практично представља центар здравственог система и треба да иницира примену савремених техничких, научних и стручних достигнућа које нуде различите научне гране (имунологија, молекуларна биологија, генетика, социјална медицина, медицинска технологија, хемија и сл.). Њен утицај би требало да се одрази на ниво укупног друштвеног и техничког знања, и ову чињеницу нема право нико (ако правилно расуђује) да оспорава. Истовремено, на другој страни не може се занемарити да су њени укупни резултати испод очекиваних, а понашање дела оних који су се заклели Хипократу скоро је шокантно. Присутна стагнација, по свему судећи, потпуно је оправдана, а ниско место на коме се данас налази меродавана је оцена њеног неуспеха. Неприхватљиво је толерисање њене недовољне развијености, лимитиране стручне и техничке потенције, као и трагање за олакшавајућим и/или правдајућим разлозима, док десетине непознатих или недовољно испитаних болести загорчавају и односе животе великог броја грађана. Дијагностика је нарочито у развијеним земаљама на врло високом нивоу. Такође, сви резултати према валидним информацијама су врхунски. Међутим, шта вреди када су ти бриљантни резултати и могућности ван домаћаја наших осигураника, који показују исте потребе за медицинским услугама као и осигураници у другим развијеним земљама. Дакле, висок ниво информисаности осигураника, сам по себи, не представља посебну предност ако

њихова здравствена сигурност зависи од квалитетне медицине која је у некој другој високо развијеној земљи. То је у већини случајева далеко од њих и, упркос приметној немоћи, преостаје им само да се диве успесима других.

Упркос свему, медицину, ма како је схватали, реално гледано не треба глорификовати или преферирати у односу на друге, такође битне, научне дисциплине. Напротив, према њој треба бити крајње критичан и пооштрили режим њеног осавремењавања и развоја (нарочито када је у питању образовање здравственог кадра - лекари), и поступати према концепту који је усвојила Светска здравствена организација (СЗО) приликом селектирања приоритетних циљева. Евидентни су напори да медицина и здравствена служба теже да се усаврше како би досегле висок друштвени престиж и постале право благо савремене цивилизације. Поставља се питање – да ли је важније решавати присутни проблем заостајања (*time lage*) или испунити циљ ка остваривању престижа? Приоритет свакако заслужује прва солуција, јер су проблеми препрека прогресивном развоју. Јавност је свакодневно бомбардована информацијама о успесима медицине, о високом нивоу здравствене службе, о савременој опреми...? Проблем је што су то изјаве политичара који тако промовишу свој статус, говорећи о акцијама хуманитарних организација или хуманом гесту влада појединих земаља које на неки начин помажу здравствени систем, што га озбиљно унижава и штети угледу медицине. Истина, у неким здравственим установама присуство савремене опреме у служби медицине није спорно и недоказиво, али шта од тога имају осигураници – пацијенти у, на пример, неким сеоским дестинацијама или забитима. Осим тога, апострофира се велики број лекара и другог медицинског особља, њихово запошљавање и обухватна мрежа здравствених установа, што се сматра индикаторима благостања. Тврдња је до те мере агресивна да постоји општи консензус да је наш здравствени систем спреман на компарацију са било којим здравственим системом из окружења, па и шире.

Да ли је баш тако? Није! Истина је на сасвим другом крају. Али и ова тврдња била би

неоснована ако се реално не би сагледали интеграциони процеси који треба да усмере здравствену делатност на пут захтева савременог развоја. Дакле, треба сагледати да ли је наш здравствени систем спреман, а ако јесте, до ког нивоа, да обезбеди несметано етичко, стручно, интелектуално и хуманистичко комуницирање између здравствених радника и сарадника (здравствене службе и сектори) са крајњим корисницима здравствених услуга – осигураницима. Процеси интегрисања везани су за индивидуално усавршавање и активно учешће у научно-истраживачком раду, тако да је постојала нада да ће развој медицине и пораст мреже здравствених установа, као и велики број здравствених радника, допринети елиминацији већине основних болести које нагризају здравствени корпус. Веровање, а некада чак и убеђење, да је то могуће, настало је тако што је развој медицине и научне технологије постао синоним за општу културну творевину и својеврстан мит наше епохе². То су чињенице које диктирају одговорност у обављању задатака и стварању потребног склада који је до сада, из мање-више познатих разлога, једноставно изостао. Медицина је попут флуида коме прети стална опасност од прскања. Зато су јој потребни кротитељи, односно одважне личности које би биле спремне да после извесног времена сопствену жртву преточе у успех и у научни допринос. У складу са нашим навикама, често се у јавност на веома чудан и попезан начин износи да је медицина постигла висок ниво развоја ако се, на пример, у неком здравственом субјекту изврши рутинска операција. А истина је да се од ње и њених делатника тако нешто и очекује.

Суштина скоро сваке анализе јесте да, упркос развоју медицине и њеног тријумфа над низом болести, неизоставно долази до пораста оболења пред којима је она, ма колико да је развијена и технолошки подржана, ипак немоћна. Поменуте анализе показале су да се велики број основних опасних болести из прошлости провукао, за шта се пре могу окривити друштвене околности него медицинске процедуре. Административно лечење болести показало се као тежак бумеранг, што је додатно обавезало медицину да се врати назад, да им

се изнова супростави и да се грчевито до краја бори против њих. Преовладава мишљење да је медицина способна да се бори против болести које су мање опасне по здравље становништва, а да њеним могућностима и капацитетима измиче низ опаких и веома распрострањених оболења, која су често фатална. На крају, медицина се изричито окреће појединцу, од кога је створила изразит оквир за примену својих процедура, чиме је непотребно занемарено просторно друштвено окружење. То је разлог што су све присутније замерке да медицина, захваљујући свом присуству и ауторитету, који досеже митско пространство, ствара нове облике зависности људи и да превише медиализује здравствени концепт. Здравље више није ствар самих људи³ и природног начина његовог чувања и одржања само зато што медицинска професија претенциозно намеће свој империјум, туторство, обрасце понашања и ригорозне контроле. О њему се незаобилазно брину шире друштвене структуре, изван медицинске. Према томе, видљива је тесна повезаност економског и здравственог система у којој су економски интереси врло јасни, обухватнији и као такви су у благој предности.

У тој повезаности скрива се циљ стварања посебног тржишта медицинске опреме, технологије, лекова и помагала, односно новог начина за обезбеђивање перманентних и сигурних извора акумулације. Тежња за професионалним престижом, која је невероватно изражена међу лекарима, а која се изражава у све већој специјализацији на уже гране медицине, очито подстиче даљи развој скупе опреме и технологије, која је центар индустрије медицинске и друге опреме⁴. Задњих година посебан проблем је што се тиме јача све наглашеност негативна синергија између појединих лекара и представника фармацеутске индустрије, при чему се фармацеутска индустрија веома офанзивно, чак крајње агресивно, бави пролиферацијом нових и све скупљих врста лекова, што учвршћује уверење да је више обузета економијом него медицином. За фармацеутску индустрију, људско тело је највеће светско тржиште. Она, како наводи Матијас Рат, у спрези са медицином, не лечи људе да

би оздравили него зато да буду што дуже болесни, јер то гарантује енормно високе профите чији се износи некада не могу ни претпоставити⁵. Нормалном човеку, коме је примарни циљ поседовање и очување доброг здравља, није појмљиво да се фармацеутска индустрија налази или испред или у егалу са дуванском индустријом (гле апсурда), индустријом оружја, и/или са производњом и кријумчарењем дрога. Много је доказа да је већ неколико деценија фармакопеја водећа међу поменутих, са тенденцијом и великим изгледима да учврсти позицију и сачува трон.

Конфликт здравствених циљева и научно-истраживачког рада

Често се и без основа скоро сваки здравствени план и програм проглашавају револуционарним подухватом и изричу тврдње да иза њих стоји интезиван истраживачки ентузијазам који почива на јединственом критеријуму – здравственим потребама људи. Тиме су здравствене потребе наметнуле друштву обавезу да здравственом систему обезбеди услове, како би их он адекватно задовољавао. То јесте основни циљ. Међутим, његова реализација је више него далеко од стварности, тако да је све у вези са тим класичан идеализам. Чудније од свега јесте то што се у складу са овим циљем формулише и сам концепт здравствене заштите⁶ за који се унапред зна да нема већих изгледа да буде успешно реализован. Ипак друштво стреми том циљу, сматрајући да се он може остварити зато што здравствени систем и његове службе своју активност заснивају на:

- свеобухватној и стручној медицинској заштити,
- универзалној доступности здравствених услуга сваком грађанину,
- јединственој интегрисаности коју организује држава,
- бесплатним здравственим услугама на свим нивоима здравствене заштите (примарни, секундарни и терцијарни),
- превенцији чији је циљ сусретање свих врста здравствених поремећаја и стварање услова за очување здравља укупне популације и

- партиципирању здравствених радника у активностима које су заступљене у здравственим службама и у укупном систему.

Познато је да Европа има врло дугу традицију да њене посебно развијене земље презимају одговорност над стањем и развојем здравственог система и, у оквиру њега, здравствене службе⁷. Према томе, инсистирање на постављеним циљевима сматра се традиционално оправданим и представља витални аспект легитимизације здравственог система, његових служби и целокупне друштвене заједнице. Сталним уверавањем јавности да су сви програми, задаци и циљеви здравственог система у потпуном складу са трајним друштвеним циљевима, хтело се доказати да је и пракса мајка тих циљева, и да се очекује да здравствени систем постане значајан чинилац друштва у целини. Наравно, жеље су једно, а стварност је сасвим друго. Ако је сновна улога здравствене делатности очување и обнављање здравља и радне способности хуманог капитала, како се онда може тумачити да је: „...најважнији циљ редуцирање болести радника које су везане за привремену неспособност за рад... медицинско-санитетске службе врло често подређују своју целокупну делатност интересима испуњавања производних планова индустријских предузећа... тако да таква оријентација доводи до драстичних ставова... да, на пример, штета по радничково здравље није тако озбиљна као што је економска штета по производњу“⁸.

Може се рећи да је овде пукла полуга сигурности и да је озбиљно нападнута недодирљивост лекарске професије, односно, да је настао преломни тренутак када инжењер у компанији постаје „већи и значајнији“ од лекара у ординацији, што потоњима наравно смета и са чиме се они апсолутно не мире. *Prima facie*, у томе треба тражити разлоге вечног сукоба или, боље речено, ривалитета између белих и плавих мантила (крагне), који је актуелнији него икада пре. Тешко је срести лекара, у било којој здравственој служби, који не мисли да баш он треба да зарађује више од сваког припадника било које друге професије. Такви ставови су довели до стравичних

торзија у здравственом систему, до срозавања лекарске професије и до стрмоглавог пада њеног ауторитета. Томе уз раме иде масовни процес образовања који је допринео смањењу стручног квалитета али огромном повећању квантитета. Не треба подсећати да сваке школске године медицински факултети у Републици Србији уписују на стотине нових студената и тиме потврђују да је једини изванредан пут у будућност – апсолутна хиперпродукција лекара. А онда, они који не могу добити посао, и они који нешто значе у струци, одлазе ван земље и тамо се запошљавају, а да се нико не упита шта је са уложеним средствима у њихово образовање. Крајње је поражавајуће да се на Првој конференцији српске медицинске дијаспоре, одржане у Београду од 2. до 4. априла 2010. године, др. Ханс Јоахим Сајтц, професор Универзитетске клинике из Хамбурга (Немачка), јавно захвали Републици Србији што је послала око 1,5 хиљада лекара и толики број зубара и фармаколога у Европу. „Ако узмемо у обзир“, рекао је Сајтц, „да образовање једног лекара кошта око милион евра, ви сте за нас у Европи утрошили износ од три хиљаде пута по милион евра. Хвала вам најлепше. Ви сте очигледно богата земља.“⁹ Неопростива је грешка тако лако препустити стручне младе људе другима, који нису у њих уложили ни цента. Сигурно нема тога ко се у потпуности не слаже са овим мишљењем, нарочито они који припадају здравственом систему и размишљају исправно и стварност око себе доживљавају онаквом каква она реално и јесте.

Међутим, тако раде земље – чланице Европске уније, Сједињене Америчке Државе, Нови Зеланд и друге. Високим платама и могућностима за изграђивање каријере привлаче лекаре и друге стручњаке и тако без икаквих улагања добију оно што немају. Према извештају Светске здравствене организације (СЗО), а према пројекту који је финансирала Европска унија, стоји да, на пример, у здравству Велике Британије чак 36,8% здравственог кадра долази из других земаља (Индија, Пакистан), у Шпанији 12,5%, махом из Латинске Америке, у Белгији 9%, у Аустрији 8,8% и сл.¹⁰ Многи не схватају, или схватају али не

желе да признају, да је разлога за одлазак много, и да су они превасходно материјалне и каријерне, а не баш толико стручне природе. Довољно је да лекар у избору специјализације који преферира (на пример, гинекологија или хирургија имају наглашенију комерцијану димензију) не оствари своју жељу па да се отисне у неку од развијених земаља. Питамо се шта је са потребама наших осигураника, и зашто лекар због неостварене специјализације престаје да мисли о онима због чијих се потреба образовао. Има ли бољег примера за друштвени конфликт?

Ипак, ма шта мислили о срозавању лекарске професије, не можемо се сложити са мишљењем Висентеа Навара који каже: „... када професија губи на престижу, онда у њој већину запослених чине жене... а жене су радници другог реда и требало би да обављају послове другог реда“¹¹. Врло суров и несхватљив начин размишљања, имајући у виду да су савремени захтеви пред крај двадесетог века до детаља издиференцирали поделу послова и да су том приликом многа занимања апострофирана као апсолутно женска. Тако се без страха од грешке мора признати да је медицина поодавно постала доминантно женско занимање. Овде се не ради ни о каквој победи жене.¹² Напротив, реч је о искоришћеној шанси за вођење оштре конкурентске борбе и тежњи да се буде међу онима који имају моћ, жељу да иду испред других, а осим тога имају потребно знање и изнад свега резултате који говоре. Индивидуално образовање представља тежњу да се стекне одређена вештина у лечењу и као процес оно не сме бити лимитирано, али ни циљеви на том плану не смеју бити високо постављени, јер су извор конфликта који не дозвољавају лаку реализацију. Ко није спреман да избегне конфликт, онда нема потребну снагу, јер му је битан само формални сјај, или титула - само титуле ради, без обзира на знање и оправданост постављених циљева. Они научно-истраживачки рад и едукацију доживљавају као коцкарски блеф, не поседују одговарајуће знање и лишени су мултидисциплинарног образовања неопходног да би се постао будући стручњак – истраживач. Ко не поседује знање

и снажну мотивацију за избегавање конфликта, далеко је од стручњака.

Истраживач (стручњак) не може бити неко чије идеје показују одсуство стручних компоненти и ко је усмерен на добијање битке са маргинализацијом, неко коме материјална страна, пре научне, представља примарни мотив, или ако било којим издвојеним маниром показује да може негативно утицати на процесе интеграције¹³. Имајући у виду да је истраживање врло тежак посао, свако ко жели да се њиме предано и озбиљно бави треба да обрати пажњу на следеће чињенице:

- здравствена заштита становништва је врло скупа делатност, јер њено финансирање оптерећује фондове услед издвајања средстава намењених увођењу најсавременијих, најекономичнијих и најефикаснијих стандарда, чија примена треба да омогући квалитетно пружање здравствених услуга,
- пружање здравствених услуга је императив и као такво мора да се заснива на новим сазнањима која су срж научно-истраживачког рада, без обзира да ли у њему партиципирају појединци или институције,
- развој глобалне, као и медицинске науке раван је експлозији, што је резултат примене нових технолошких решења у медицинским процедурама које стварају нове, практичне предности и могућности перманентне едукације, усавршавања и подизања постојећег знања и стицање вештина у свим областима медицинског рада,
- здравствена заштита захтева перманентан процес научне евалуације, складну организацију, приступачност, доступност, благовременост у пружању здравствених услуга и континуитет и координацију у оквиру здравственог система ради усклађивања здравствених потреба са методологијом њиховог задовољавања и
- да одређени број лекара има погрешан приступ и убеђење да све најбоље знају, што наравно нема чврсто утемељење, а што не сме бити разлог да се занемаре грандиозни доприноси других научних дисциплина у достигнућима медицине, подизању квалитета здравствених услуга и укупном развоју друштва заједнице.

Вечна дилема, лекар или менаџер?

Појединци, у жељи да по сваку цену буду менаџери, свесно занемарују свој примарни квалитет и вредносне компоненте људског здравља, најважнијег дела душтвеног благостања, његову заштиту, унапређење и чување. Заштита људског здравља је озбиљна и одговорна делатност која подразумева предузимање различитих врста здравствених процедура. Она је основа здравствених програма и активности које остварују вредне друштвене циљеве, иако није и не може бити конвенционално, економски посматрано роба, произведена и пласирана на тржиште¹⁴. За здравство се обично каже да је инвестиција, да припада групи издржаваних делатности (нечиста јавна добра), да је велики потрошач финансијских средстава, која се углавном прикупљају путем доприноса¹⁵. Недавно је бивша директорица Републичког завода за здравствено осигурање Републике Србије врло ревносно, чак рутинерски, изјавила, као да се ради о нечем што изазива усхићење, да преко 80% средстава Завода, која су предвиђена за финансирање здравствене заштите и здравственог осигурања за 2010. годину, одлази на зараде и друге припадљености запослених у здравству. Ништа ново! Али је занимљиво питање – зашто сви који имају прилике да се медијски експонирају, деценијама само понављају познате податке а практично ништа не мењају. Зашто се „менаџери” у здравству стално утркују да потврде удварачке особине „модерног менаџмента”, односно, *leadership-a* (лидершипа)?

Лидершип је изгледа потпуно погрешно схваћена организационо-оперативна функција и доживљава се као командна форма, као облик моћи, јер, према многим мишљењима, припада само одређеном кругу одабраних људи. Питање је – чиме се валоризује моћ одабраних људи – кадровском инсуфицијенцијом, функцијом лобираним политичком подршком и припадањем странци, стручним капацитетом и организационим вештинама или финансијском снагом? Одговор је садржан у сваком делу питања и свака компонента је на свој начин значајна и, у складу са актуелним тренутком, ниједна од

њих не сме бити занемарена. Има ли кога да правилно разуме лидершип и да је спреман да пружи, не довољно убедљив или конкретан већ апроксимативан одговор на питање – ко ће убудуће финансирати циљеве Министарства здравља зацртане до 2015. године? За многе од њих ни само министарство у својој Стратегији нема јасну концепцију¹⁶. Здравственом систему не требају менаџери ради лидершипа, њему су потребни истраживачи, иницијатори и егзекутори интеграционих процеса, дакле, универзалне и комплетне личности какве наука тражи, поштује и награђује.

Погубно је за здравствени систем да се више бави едукацијом менаџера који на брзопотезним курсевима „подижу знање” ради своје слепе похлепе за функцијом, него што се бави приоритетима у очувања здравља становништва. А како раде здравствени менаџери и зашто је ефекат лидершипа низак, може се видети из извештаја Светске банке, у којем су експерти утврдили да у здравственом систему Републике Србије број запослених није у складу са стандардима који важе за здравствене системе земаља чланица Европске уније. У извештају стоји да је број лекара запослених у домовима здравља изнад прихватљивог критеријума. По њиховим оценама, нема оправдања да тренутно у Републици Србији у области примарне здравствене заштите једном лекару припада око 800 осигураника, а да у развијеним земљама, чланицама Европске уније, тај просек износи око 3,5 хиљада осигураника. Крајем 2002. године, Светска банка, у анализи о функционисању здравственог система у Републици Србији, обелоданила је да у њему ради преко 27% немедицинског особља, иако, према утврђеним стандардима, добро организован здравствени систем не би смео да упошљава више од 15% таквог особља. За само седам година (крајем 2009. године) здравствени систем Републике Србије запошљавао је преко 38% немедицинског особља, што прелази трећину укупно запослених¹⁷. За очекивати је да едуковани „менаџери” дају објашњење у вези са одступањима од утврђених стандарда, јер ово није дебата, већ тежак проблем, који за решавање, осим публицитета, заслужује примену ригорозних мера.

Развијање стандарда у циљу унапређења здравственог система представља пројектовање жељеног стања, тј. дефинисање одређених циљева и процеса њиховог извршавања, или, једноставније речено, обавезу менаџера. Жељено стање је иницирано скупом различитих потреба и представља потребу да се утврђени циљеви остваре под условима који могу да обезбеде квалитетну здравствену заштиту. Развијање стандарда у будућим временским интервалима односи се на спровођење функције контроле и студиозног праћења односа између планираних и остварених резултата. Исто важи и за примену корективних мера у случају да планирани токови у одређеним вредностима одступају од токова остварења. Стандардизација је камен о врату, и најчешће је продукт половичне, критичке програмске оријентације и једна од потврда да се већина менаџера злопати и врло тешко сналази на местима на којима се случајно налазе. Типичан пример њихове дезоријентације јесте што у својим разматрањима врло често и невешто истичу конфликате између три различита оквира: политичког, административног и стручног. У питању је чист еуфемизам, јер је, заправо, реч о конфликтима између истоимених носећих оквирских структура, односно конфликтима који по својој природи не представљају ништа друго до међусобно статусно провоцирање оквирских управљачких хијерархија. Конфликти између политичког, административног и стручног оквира, дакле, не могу служити као полазиште у акцији чији би циљ био превазилажење постојећих несувислости здравствене заштите, јер би као такви водили у нове следеће улице¹⁸. Независно од изнетих конфликтних оквира, грађанима се у моменту опажене потребе мора пружити здравствена услуга на начин који одговара њиховом очекивању, тако да је заштита појединца шира од лечења манифестних обољења и повреда, и као таква није никакв нови концепт¹⁹.

Грађане не занима никакав конфликт, едукација и слично. Њих занимају њихова права и задовољавање основних здравствених потреба које и ако извиру из прикривене аутохтоности, ипак не могу изаћи из оквира медицинског права. „Правила медицинског права

нису униформна, наше норме медицинске етике су сигурно различите, али стално подржавајући и развијајући медицинско право ми смо сви истомишљеници ... коначно смо убеђени, да је владавина права, укључујући и медицинско право, неопходна компонента друштвене хармоније где људи живе једни уз друге“²⁰.

Корупција – јавна и масована појава

Надахнута иступања министра за здравље у влади Републике Србије у средствима јавног информисања о корупцији која је напала здравствени систем у сваком његовом делу само је терање страха да она постоји у много већем обиму него што је иначе ико, па и сам министар, спреман да прецизно оцени. И поред свега, занимљиво је да се ништа спектакуларно не догађа и да се ништа озбиљније не чини како би се то зло сузбило. А у међувремену, у здравству се све нуди и све купује. О куповини кревета, боловања, укључивања у операциони програм пре времена и/или без чекања, илузорно је говорити. Колико је само белих мантила „порадило“ у познатој афери око инвалидских пензија. У комисијама које доносе одлуке о томе ко може, а ко не може ићи у пензију, раде ислужени, оронули и болесни лекари, чији је статус давно решен социјалним програмом и исплатом 200 евра по години радног стажа. Зашто су они поново у комисијама? Да би још мало „зарадили“ на муци народа и допринели урушавању Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање. Корупција у здравству је правило са статусом и не сме се повређивати. Његова неповредивост је јача од морала, професионализма и од сваке законске норме. Савесни и професији одани здравствени радници гласно и јединствено тврде да је корупција одавно постала правило а не изузетак. Савесни професионалци не могу да се помире са тим да у здравственим установама постоје „невидљиви ценовници“ где се ни једна услуга не пружа ван њих, а да се о њима скоро никада не говори јавно. Медији су истражили да се за кревет у болници мора издвојити између 400 и 800 евра.

Данима ће пацијент без новца, или без икога „статистички подизати искоришћеност здравствених капацитета“, и то без адекватног медицинског третмана. То је сигнал њему и његовој породици да се снађу, јер доктору треба новац, а сестри квалитетна шминка. Што пре схвате поруку, он ће пре поћи на скенер, на магнетну резонанцу, на операцију и слично. Да ли су једини кривци и једини митомани ухапшени и неки већ осуђени хирурзи? Јесу! Прво, дозволили су да буду ухапшени, а друго, знају да је њима равних приличан број и о томе ћуте. Они ће, док их не ухапсе (а то ће се десити), и даље „аутомобиле прати вискијем“, увређени што народ све мање доноси новац, а све чешће пиће. Да ли је могуће прећи преко тога, да у једном удравственом центру лекар хирург јавно каже човеку чијег оца очекује неодложна операција: „Ако не донесеш 500 евра, слободно води баба кући...?“

Погрешан је утисак да се новац „на црно“ за здравствену услугу не тражи директно, међутим, сада је то пракса и чак се зна лимит испод кога лекар не почиње посао. Ако питате лекара шта је мито а шта корупција, лаконски ће вам одговорити: „...Не разумем питање, ми лекари никада ништа и никоме не тражимо, а ако неко нешто понуди, онда не можемо да га одбијемо, увредиће се... ваше питање нема смисла и тендециозно је, и ипак је боље да ви то зовете како је вама воља“ и слично. Да ли је мито када неко примети част, а ако не примети корупција? Најбољи одговор је уследио у Скупштини Републике Србије од стране једног народног посланика: „...када неко лекару донесе одређени поклон после обављеног посла, а он га није ничим условио, то се никако не може рачунати ни као мито ни као корупција“. У питању је лекар који уместо да се бави хуманим послом за који се специјализовао сервира петпарачке приче јавности и присутним народним посланицима у скупштинској сали, иако врло добро зна да у уређеним здравственим системима (и не само њима) нема никаквих поклона. Сви запослени раде за свој новац, па и онај у чије образовање није инвестирано толико државног новца као што је случај са лекарима.

Да ли је кога дирнула фрапантна изјава директорке канцеларије Светске банке у Београду: „...да у Србији 2% БНП одлази на корупцију у здравству“ и да су експерти Светске банке презентирали истраживање по коме се „Србија по корупцији у здравству котира веома високо и да заузима четврто место у свету“. Много је оних који више не носе ни бели образ, нити бели мантил, и све је више оних који заборављају на стручност, одговорност, самопрегорован рад и ентузијазам, чему је кумовао атрактивни евро. За велики број здравствених радника пресахла је крилатица – „све за пацијента“, јер је на снази нова – „може све, али за девизе“. Сигурно нигде у свету не постоји такав апсурд у законодавству, као што је Нацрт закона о здравственим осигурању којег је ресорни министар ставио пред народне посланике у Скупштини Републике Србије. Нацрт отворено афирмише корупцију и врши дискриминацију запослених, предлажући да само одређени лекари у истој здравственој установи, са којом имају уговор о раду, могу после редовних послова бити и приватници, под условом да закључе уговор о додатном (допунском) раду до 30% пуног радног времена. Тешко је наћи од овога бољи пример сукоба интереса (или конфликт циљева) и саопштити га јавности. Корупција у здравству и није тема озбиљних аутора који пишу стручне и научне радове за озбиљне часописе, и зато ће ово питање бити остављено да га до краја решавају Министарство за унутрашње послове, правосудни органи, седма сила, менаџери и они који тврде да је 99% лекара поштено.

Неоправдани страх од приватизације

Нема нерешивих проблема ако друштво и његове институције заиста желе да они буду решени. Посебно је решив проблем лоших менаџера, мита и корупције. Услов је да Република Србија макар делимично преда здравство у руке приватним предузетницима који могу да га воде успешније од њене владе. Овако, стиче се утисак да она намерно осујећује развој приватног здравства тиме што не дозвољава фер конкурентску утакмицу на

тржишту и на тај начин руши темеље демократије. Није могуће да је здравство лишено права да почива на демократији? Зашто се не следи пример високо моралних земаља (Данска, Нови Зеланд, Швајцарска, Финска)? Зашто је дозвољен подао, неменаџерски, коруптиван и нехуман односа са пацијентом. Поједини лекари у државној установи лече пацијента саветима да дође у приватну здравствену установу где они раде по уговору. Приватизација у здравству је неминовност. Ако би се спровела супротно од оне која јој је претходила, сигурно би дошло до ефектнијег коришћења хуманог капитала и ангажованих средстава. То би за здравствени систем значило скидање са врата врло јефтине омче која прети да га коначно угуши. Коректна приватизација претпоставља да сваком запосленом, који је заинтересован за развој и опстанак здравственог система, буду понуђене акције и/или да се примени реалан социјални програм. То значи да се приватизација не сме изводити на досадашњи начин.

Недопустиво би било да здравствене установе, опрему, запослено особље и слично, „купи“ неко ко је научио да купује све за један \$ УСА. Приватно здравство сваким даном све више стиче легитимитет, јер је ефектније од државног, и нема проблема са корупцијом. То је чињеница коју држава треба озбиљно да схвати и да се лагано привикава на губљење монополистичке улоге. Међутим, квазистручњаци немају модус и њима заиста није јасно како се то постиже. Врло лако! Само треба озбиљно схватити да је све пролазно, осим интереса, и ствари се правилно решавају, нарочито када се интерес свесно гурне у страну да би сви били задовољни. Постоје потврде да је здравствена делатност ипак успела да се пробије у ред приватних, с обзиром да је у Републици Србији до самог краја двадесетог века била забрањена. Будући да потези у том правцу нису ни данас тако чести, државно здравство у односу на приватно има одређену супремацију.

Дивимо се успесима Турске, Малезије, Бразила, Индије, Сингапура, Кине. Чему то? Њихов здравствени систем не воде неспособни, корумпирани и непредузимљиви менаџери, а

још мање страначки лидери. Кина је једна од земаља која је постигла невероватан успех на том плану. Пре непуне две деценије, тачније од почетка корених економских реформи, близу 800 милиона људи нису имали никакав облик здравственог осигурања²¹, да би на крају прве деценије двадесетог века здравственим осигурањем било обухваћено близу 1,26 милијарди становника²². Међутим, они су рашчистили са ентузијазмом, а ми се уопште не упитамо докле ће се наш здравствени систем ослањати управо на ентузијазму. Коначно је време да се манемо начела солидарности и узајамности, јер производња и друге делатности не могу више да их финансирају. Профит је узео свет под своје и онај ко то не види или не осећа мора отићи неком поштом офталмологу. Приватни и државни сектори не морају бити патрнери, али је међу њима сваки облик сарадње врло могућ, а уколико не сарађају, онда у пословању треба да уживају приближно иста права. Препоручљиво је да користе могућности за прављење заједничких пројеката и да извуку све што је добро и обострано корисно. На тај начин би обезбедили излазак на светско тржиште без комплекса и проблема, што гарантује квалитетнију здравствену заштиту нашим и страним пацијентима. Пожељно је да се због грађанства допуњавају и заједничким снагама боре против свега што их може дезавуисати. Према правилима и према заузетим ставовима, што је само по себи и стандард, примарна здравствена заштита мора да обухвати близу 85% становништва²³ и да пружа услуге које су јефтиније од оних које се пружају/користе у клиничким центрима. Тешко се је мирити са чињеницом да је наша примарна здравствена заштита, упоређена са другим, међу најниже пласираним у Европи. Данас домови здравља у Републици Србији све више личе на сеоске амбуланте. На другој страни, клинички центри, болнице и друге високоспецијализоване установе попримају карактер домовна здравља у којима се врхунски лекари баве јефтином медицинском процедуром за велики новац.

Зар се после свега може било шта замерити седмој сили која се брутално обрушава на здравствени систем, и може ли се седма сила

оптужити за распиривање и потхрањивање нерасположења према лекарима и здравственом систему? Не може. Истина, све што се говори о здравственом систему није искључивост, нетолеранција или осуда без кривице. Фронтални и континуирани напади имају објективно упориште и исходиште у реалним проблемима који постоје у здравственом систему Републике Србије и који се деценијама не решавају (корупција, митоманија, лекарске грешке и превиди, велики број кривичних пријава против лекара због разних преступа, хапшења, притварања, криза руковођења установама и још много тога)²⁴. Све су учесталије примедбе на непотребно фаворизовање, глорификацију и уздизање лекарске професије. Многи то сматрају фразом и дегутантном појавом, јер нема професије којом се човек коректно бави и доприноси развоју друштва за коју се може рећи да није узвишена. Агресивна карактеризација и непотребно фетишизирање не само да код многих скрива непоштен и непрофесионалан рад, већ неретко делује крајње провокативно. Зар васпитачица у јаслицама, учитељ у разреду, професор у амфитеатру, пољопривредник на њиви, возач у јавном саобраћају у коме су путници сигурни и сл., не обављају хуману професију? Свакако, нарочито ако то чини у складу са прописима и професионално.

Закључак

Наш здравствени систем је одавно тешки болесник, са познатом дијагнозом, али лошом терапијом. Његово оздрављење је под знаком питања, зато јесте и остаће неодржив, у чему нема много нејасноћа. Дугорочно гледано, Република Србија мора да размишља како да у том правцу направи глобални заокрет. Све се више верује да ће је једино економска криза приморати да се озбиљно позабави још озбиљнијим системом. Међутим, сваки човек, појединац, било како да је везан за здравствени систем, мора бити свестан да од његове улоге у организацији и функционисању система зависи правилно уживање вредног природног дара – живота и здравља. Дакле, само успешно конципиран здравствени систем ствара ус-

лове за добро здравље, истиче жељу да га појединац поседује, чува, не злоупотребљава и, коначно, сачува. Само је питање да ли за то и држава има слуха, да ли показује добре намере и да ли је спремна да прихвати реалну позицију и захтеве сваког њеног појединца. Наш здравствени систем често се компарира са другим здравственим системима, што није лоша пракса, али је лош начин на који се то чини. Компарација са другима није разлог за несувисле нападе, напротив, то је способност од уздржавања, јер нико нема право да омаловажава успешне и квалитетне здравствене системе у другим државама. Колико је примерено да се, на пример, за Македонију говори да она није ни економски снажнија од наше земље, нити је уређенија, а њен систем здравствене заштите, истини за вољу, функционише успешније од нашег више од једне деценије. У њему осигураници могу да бирају где ће се лечити, јер их њихов новац прати, с тим што се може десити да морају симболично доплатити само разлику у цени, а никако комплетну услугу. Ко је неразвијен а ко развијен веома је јасно, али је нејасно зашто је неко малициозан и арогантно препотентан.

Наши стручњаци или добију од европских ментора готове материјале како да у одређеним моментима поступају или оду и препишу оне који им се чине прикладним. Нема ту ничега спорног, чак није то ни лоша пракса, али је нејасно зашто се не примењују правила која важе, на пример, у Данској, Француској, Пољској, Шпанији и Шведској, где пацијенти имају могућност да се у болници лече према властитом избору и могу да бирају и мењају лекара унутар регије у којој живе²⁵. У земљама чланицама Европске уније државно здравство закључује уговоре са приватним болницама и другим пружаоцима здравствених услуга. Тиме се руководе и здравствени системи већине земаља Средње и Источне Европе (Бугарска, Чешка, Мађарска, Словачка, Словенија, Румунија и Хрватска).

У Великој Британији почетком деведесетих година двадесетог века уведен је лекар опште праксе (General Practitioner Fundholders) који склапа уговор за обављање посебних услуга са болницама. На другој страни, Белгија, Не-

мачка и Холандија су ојачале конкуренцију између организација здравственог осигурања. У Немачкој је на снази правило – уколико је корисник здравствене заштите незадовољан условима под којима користи здравствене услуге, он може без проблема променити организацију здравственог осигурања. Посебно питање везано за функционисање националног здравственог система односи се на САД. У свету (и код нас) влада велико интересовање како ће се завршити започета процедура око увођења обавезног здравственог осигурања за грађане САД, где највише проблема председнику Бараку Обама стварају амерички здравствени економисти, иначе заговорници ригидног тржишног модела здравственог осигурања²⁶. Ако не сви, онда многи од њих, по-

знати су по томе што арогантно игноришу дух и принцип солидарности и карактеришу га као комунистички.

Постоји сумња да мали број стрчњака у нашем здравству заиста разуме праве начине које би допринели да се уведе приватно здравствено осигурање и омогући здрава конкуренција. Осим тога у нашем систему здравствене заштите нису предвиђене адекватне мере за сузбијање корупције, нема правила код утврђивања дугих листа чекања познатих као „листе одложене смрти“, а посебно недостају правила која би омогућила тржишне принципе у пословању. О научно-истраживачком раду влада унифицирано мишљење да он мора бити један од путева који води у извеснију и срећнију будућност.

Литература

1. Alma – Ata. Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma – Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva, WHO.
2. **Тотић И.: Правно-економски аспекти развоја здравственог система. Докторска дисертација, Правни факултет, Крагујевац, 2001, стр. 218.**
3. Peterson RE., Seo KK: Benefit – cost Analyses for Developing Countris, A Decision Tree Approach, Economic development and Cultural Change, USA, 2007., pp. 281.
4. Андре Џ.: Медицина, здравље и друштво. књига, Екологија и слобода, Просвета, Београд, 1982, стр. 181–230.
5. Гласник коморе здравствених радника, Београд, 2010. бр.5, стр. 32.
6. Georg V, Manning N: Socialism, Social Welfare and the Soviet Union, Routledge and Kegan Paul, London, 1980., pp. 50.
7. Smith B. Abel: History of Medical Care, i the book „Comparativve Development in Social Welfare“ ed. EW Martin, izd. G. Allen and Unwin, London, 1972., pp. 219–240.
8. Higgins J: States of Welfare, ed. B. Blackwell and M. Robertson, Oxford, 1981., pp. 9.
9. Гласник коморе здравствених радника, Београд, 2010, бр. 6, стр. 37.
10. Скала кретања здравствених радника, прелиминарни подаци, Глобални кодекс праксе етичког запошљавања СЗО, 2006–2009., Гласник коморе здравствених радника, Београд, 2010, бр. 6, стр. 26.
11. Ружица М.: Социјална политика – Критика теоријских основа, Виша школа за социјалне раднике, Београд, 1985, стр. 150.
12. Тотић И.: Здравствено осигурање и политика финансирања, Пословна политика, Београд, 2010, бр. 5–6, стр. 34–39.
13. Константиновић Д.: Будућност и перспективе симпозијума конгреса Домова здравља Југославије, Пети конгрес Домова здравља Југославије, Симпозијум и конгреси Домова здравља 1972–1997, Београд, 1997, стр. 247.
14. Vukmanović I Ć: Health Management, Pollicy and Strategy of Health Development Management of Health programmes and Health Systems, Savremena administracija, Beograd, 1994., pp. 21.
15. Popović D: Poresko pravo, Pravni fakultet, centar za publikacije, J.P. Službeni glasnik, Beograd, 2008., str. 29.
16. Reformska vlada Republike Srbije, Ministarstvo zdravlja, (2003), Bolje zdravlje za sve u trećem milenijumu, Strategija i akcioni plan reforme sistema zdravstvene zaštite u Republici Srbiji do 2015. godine, Beograd, str. 70.
17. Вечерње новости, Јавна трибина о финансирању у здравству, Институт „Батут“, 10.07.2009.
18. Стамболовић В: Конфликти и модели, Технологија у здравственој заштити, монографија РСИЗ Здравствене заштите, Институт за социјалну медицину, статистику и иистраживања у здравству Медицинског факултета универзитета у Београду, 1983, стр. 20.

19. Келер М.: Превентивни систем примарне здравствене заштите, Технологија у здравственој заштити, монографија РСИЗ Здравствене заштите, Институт за социјалну медицину, статистику и истраживања у здравству Медицинског факултета универзитета у Београду, 1983, стр. 23.
20. Карми А.: Људска права и здравље, излагање на 18. светском конгресу медицинског права, Загреб, 8–12 август 2010. године.
21. Тотић И.: Здравље и здравствени систем, Интернационални универзитет у Новом Пазару, Универзитетска мисао, 2003, бр. 2, стр. 439–459.
22. Инфо-експрес, амбасада Босне и Херцеговине у Кини, изјава Ху Сиаоји-а заменика министра за Људске ресурсе и друштвено осигурање, 10 март 2011. године. <http://serbian.cri.cn/341/2011/03/10/21s112941.htm>, посећено (2011/3/24/16, 56/)
23. Шимунић М., Бартолић А.: Примарна здравствена заштита, Загреб – Пазин, 1985, стр. 201.
24. Делић Д.: Quo vadis Srbijo?, Гласник лекарске коморе Србије, Београд, 2010., бр. 5, стр. 32.
25. Пуљиз В.: Трендови у финансирању мировина и здравствене заштите у Европи, Ревизија за социјалну политику, Загреб, 2001, свезак 8, бр. 3.
26. Тотић И., Крејовић С., Трипковић В.: Финансирање здравственог осигурања и здравствене заштите, Медицински гласник, Специјална болница за болести штитасте жлезде и болести метаболизма, Златибор, 2010, бр. 36, стр. 27–42.