Политике у здравственом систему Европске уније

Ибрахим Тотић¹

Policies in Health System in the European Union

Ibrahim Totić

In varietate concordia.

Сажетак: Пред вама је рад који анализира политике које утичу на дизајнирање здравственог система у државама - чланицама Европске уније. Реалност је да је свакој од њих примарни циљ унапређење здравствене заштите, формулација и аплицирање јасних здравствених програма, а многим и грчевита борба са проблемима који их у томе спутавају. Здравствени систем је друштвена тековина сваке државе - чланице и зато оне користе снагу разних политика да га уреде као научну базу и као сигурно уточиште сваком грађанину - осигуранiku у коме би шитио и унапређивао лично и туђе здравље. Ко је осигураник у Европи? Обичан човек, осовина око које се све окреће, лечени и онај који лечи, онај што финансира здравствено осигурање и, на крају, онај чије здравствене трошкове то осигурање покрива. Пракса је рекла више од иједне декларације или директиве: да је то пацијент који ће у свакој здравственој служби у ма којој држави - чланици Европске уније добити онолико квалитетну услугу колико је спреман да је плати.

Здравствена заштита (и образовање) је најбитнија делатност којом се људски род од давнина организовано бави. Јавне здравствене политике и функционални здравствени системи, чији је основни циљ очување јавног здравља, под великим су утицајем глобализације. Политике заслужују посебну пажњу, те су у овом раду нарочито сагледане политика финансирања, одрживости, запошљавања и мо-

Summary: You are looking at the work that analyzes policies that affect the design of health systems in the Member States of the European Union. The reality is that each of them aimed at improving primary health care, the formulation and application of clear health programs, and many and fierce struggle with problems that hinder them from doing so. The health system is a social achievements of each member state and so they use the power of various policies to regulate it, as a scientific base and as a safe haven for every citizen-insured which would protect and promote personal and others' health. Who is insured in Europe? An ordinary man, the axle that everything revolves around, treated, and one that heals, that the health insurance fund, and ultimately the one whose health insurance costs to cover. The practice is said, more than any declaration or directive, that is to be patient in every health service in any Member State of the European Union to get as much quality service for which someone is willing to pay.

Health care (and education) is the most important activity that the human race for centuries engaged in organized. Public health policy and functional health systems have the main goal to preserve the public health, but its greatly affected by the globalization. Policies that deserve special attention in this paper are particularly perceived, financial policy, sustainability, employment and mobility of the medical profession within the European Union. Bearing in mind that the scene of globalization processes, predictions are that they will mark the mobility of the reasons and directions of the medical profession which

¹ Проф. др Ибрахим Тотић, Државни универзитет у Новом Пазару, Депртман за право и департман за економију, Нови Пазар, mail:ibrahimtotic@yahoo.com

билности медицинске професије у оквиру Европске уније. Имајући у виду да су на сцени глобализациони процеси, предвиђања су да ће их обележити разлози и смерови мобилности медицинске професије, чиме се овај рад прилично бави. Такође је повучена паралела између здравственог система Сједињених америчких држава и Европске уније и истакнути су неки недостаци због којих европско здравство није оно што би требало да буде.

Кључне речи: Европска унија, здравствени систем, економска и фискална одрживост, модели финансирања, мобилност кадрова.

Увод

Економија се обично посматра само као неутралан *background* чији је задатак да обезбеђује стални економски раст, односно константну упосленост свих продукционих фактора од којих зависи степен људског материјалног благостања. На тој основи Европска унија покушава да преко здравствене политике убрза здравствени успон, да редистрибуционим процесима оствари материјално благостање, расподелу на основу друштвених потреба и здравствену сигурност за све. Временом се наметнула потреба раздвајања процеса производње од процеса расподеле (није могла да се спречи), услед чега је дошло до губитка моћног аналитичког оруђа које је служило за правилно схватање и разумевање утицаја економских чинилаца на јавне функције, на карактер примарне расподеле и на настајање неједнакости. Што се тиче токова неједнакости, они су последица деловања девастирајућих снага које се отимају поменутим процесима и минирају интегритет здравствене делатности. Резултат је да многе државе - чланице Европске уније о многим стварима не мисле на исти начин. Рачунајући на то, академски експерти и *policy makers* преузели су на себе обавезу да објасне везу између процеса стварања негативних чинилаца и могућности утемељења конкретне здравствене политике као промотивне снаге у скоро свим државама - чланицама Европске уније. Иако немоћни да увек избегну препреке које им стоје на путу, аналитича-

deals with the work fairly. It is also drawn parallels between the health system of the United States and the European Union and highlight some shortcomings due to which European health is not what it should be.

Keywords: European Union, the healthcare system, economic and fiscal sustainability, financing models, the mobility of personnel.

ри су студиозном анализом и вредновањем резултата здравствене делатности дошли до завидних открића. Њихов закључак јесте да савремени здравствени систем и научна медицина у свим државама - чланицама Европске уније имају третман правог националног богатства и друштвеног престижа и чиме су посејали оптимизам о могућности елиминације опаких болести које нападају савременог човека и његову околину.

Разуђена мрежа здравствених установа и специјализоване здравствене службе, с обзиром да су богатство цивилизације, свакој држави посебно обезбеђују припадајуће место у међуконтиненталној здравственој породици. Без сумње, за њих је људско здравље епицентар, највреднији поклон који је природа могла да подари човеку на неколико деценија, упозоравајући га како да живи и како да се понаша и да, иако је поклон (живот) толико вредан, он не припада само њему. Човек мора бити свестан да за вођење здравог живота постоји доступан простор, и да често, против његове воље, на његов квалитет значајније могу утицати спољашњи фактори, укључујући и јавне политике које га обликују и стављају у контекст са укупним окружењем. Јавне политике у највећој мери моделују оквир понашања и намећу стил живота групе и појединаца у свакој земљи на свету, а не само у државама - чланицама Европске уније. Европска унија је без сумње велика породица. Према релевантним подацима броји 499.673.300 становника¹ и у обавези је да у име свог опстанка води

озбиљну бригу о квалитету њиховог здравља. Према истом извору, бруто друштвени производ (БДП) износи 15.247 милијарди УСА \$, или 30.513 УСА \$ *per capita*. У њој се 27 држава - чланица званично служе са 24 језика. Историјски је основана Римским уговором из 1957. године. Идеја о њеном оснивању приписана је Винстону Черчилу (*Winston Churchill*), коју је изнео у свом говору у Цириху 1946. године. Процурела је, до јуче добро чувана вест, да је њено оснивање ипак дело Билдербершке групе из 1954. године². Она је затворени круг од 100-140 моћних људи из целог света који теже укидању нација, увођењу само једног језика, једне цркве, једне владе и сл. Владари из сенке су банкар, медијски магнати, власници великих компанија и моћни политичари. Шеф саветодавне групе је амерички банкар и државник Дејвид Рокфелер, док је кључни члан Хенри Кисинџер, „архитекта“ многих ратова, амерички политичар и лауреат Нобела (поделио је са Ле Дук Тоом, министром спољних послова Вијетнама 1973. године)², замислите због склапања мира између Вијетнама и Сједињених америчких држава, које ни дан-данас не знају шта им је требао тај рат.

Финансирање здравствене заштите у Европској унији схваћено је као озбиљна намера свих влада њених држава - чланица да, кроз свеобухватне и ригорозне анализе резултата сопствених здравствених система, доносе одговарајуће одлуке и програме ради подршке и промоције здравствене политике битне за функционисање здравства у Европи. Ова идеја је окупила велики број академика, експерта, аналитичара и велики број креатора здравствене политике, академика и практичара који не престају да анализирају трендове у здравству, да иницирају спровођење реформи и да вреднују постигнуте резултате, ослањајући се на искуства из целе Европе. Не занемарујући раније акције, Европска комисија је од 1994. године почела озбиљније да посматра и процењује физичко и ментално стање својих грађана и њихово благостање и да значајније демонстрира официјелну бригу о глобалном здрављу. Уговором из Амстердама, 1997. године, утврђен је Програм комисије³ о јавном

здрављу, где су у фокус стављене политике које решавају здравствена питања и идентификују социјалне детерминанте здравља.

Циљ рада

Напори приликом прикупљања финансијских средстава потребних за здравствену заштиту огледају се у њиховом удруживању за одређено време и у куповини здравствених услуга од стране становништва и увек су скопчани са многим ризицима. У ту сврху већина држава - чланица Европске уније, поред доприноса, користиле су и друге механизме, укључујући јавна плаћања (порези), приватна плаћања (медицинска штедња и плаћања из џепа, директна плаћања за услуге које нису садржане у пакету који закон гарантује корисницима), поделу трошкова (наплата од корисника за услуге које не обухвата кориснички пакет) и неформална плаћања⁴. И поред тога средства су увек била недовољна. Данас многе државе - чланице Европске уније, па и оне најразвијеније, имају хронични дефицит који отвара дискутабилно питање како ће даље функционисати њихова економија и у оквиру ње здравствена служба. С обзиром на тенденције, чини се да Грчка, Италија, Ирска и Португалија, као велике опомене, неће бити усамљени случајеви.

Крајње је време да сви који се баве проблемима здравственог осигурања и здравствене заштите престану са ламентирањем радника током XVII, XVIII или XIX века, помињања њихових болести, повреда и других „излизаних“ разлога, а посебно са истицањем огромних Бизмаркових заслуга. Ото фон Бизмарк (*Otto von Bismarck*), немачки „гвоздени канцелар“, јесте 1871. године од 25 држава створио Немачко царство (*Deutsches Reich*), и јесте 1883. године донео Закон о обавезном здравственом осигурању радника и оснивач је првог модела здравственог осигурања⁵. Историја му то неће заборавити, али је ваљда толико година од тада прошло, да се ствари морају фундаментално мењати. Зар то није потврдила реформа здравственог осигурања из 2010. године, управо у Немачкој.

У вези са британским Беверицовим моделом (*National Health Service*), постоји једна нелогичност. Обухват становништва здравственим осигурањем у Великој Британији је фантастичан, преко 93%. Начин прикупљања средстава и под једнаким условима обезбеђен приступ здравственом осигурању свим становницима (а не само запосленим) битно га разликује од Бизмарковог модела. Ако модел функционише на задовољавајући начин, онда се поставља питање зашто је својевремено премијерка Маргарет Тачер, свим расположивим средствима, покушала да убеди британски Парламент да се по узору на Сједињене Америчке Државе уведе приватно здравствено осигурање. *Iron lady* (и она је гвоздена као Бизмарк) није у томе успела. Међутим, успела је да уведе глобални буџет (*Global budget*), који су убрзо прихватиле Шведска, Норвешка, Финска и Канада. То је парадигма спровођења у дело давно донесене резолуције „Здравље за све до 2000. године“, донесене још давне 1977. године, у Алма-Ати (Казахстан)⁶. Здравствена заштита у оквиру Европске уније заснивала се на стратегији свеобухватне и стручне здравствене заштите, универзалне доступности и организовања здравства као јединствене и интегрисане делатности која се препушта лекарима и веровању у оптималну примену научних достигнућа. Савремена, врхунска медицина је високо специјализована, издиференцирана и до те мере уздигнута да све остале професије (и грађане) сматра апсолутним аутсајдерима који треба само слепо да верују у моћи њених виртуоза. Иако врхунска, медицина је све више зависна од других делатности, без којих живот у актуелном тренутку не може ни корак даље. Зато медицинска професија у свим државама - чланицама Европске уније своје задатке све више подређује циљевима индустријског система, а глобалне ствари својим личним интересима. Заведена зависношћу од других сектора у великом броју држава - чланица Европске уније, медицинска професија све више занемарује трагање за узроцима који доводе до типичних масовних болести, и све се више, али арогантније, бави лечењем последица које су друштвено условљене. То значи да на њену усмереност и ефективност све већи утицај

имају економско политички чиниоци и посебно наглашена материјална димензија. Материјална димензија је велики разлог због којег је развијени део Европске уније дефинитивно постао простор на коме је присутна висока мобилност лекара свих специјалности, а затим и других здравствених кадрова. Развијене државе - чланице постале су и формална база здравствене дијаспоре.

Димензије одрживости здравственог система

У оквиру здравственог система у Европској унији који обавља виталне функције социјалне сигурности, Савет Европске уније почиње озбиљније да разматра различите могућности како да ублажи проблеме везане за здравље становништва, како да пресретне финансијске ризике и како да допринесе глобалном друштвеном и економском благостању становништва. У светлу различитих притисака, Савет Европске уније за почетак је артикулисао изазове са којима се суочавају многе њене државе - чланице и истакао потребу да се обезбеди што боља појединачна финансијска одрживост свих здравствених система како не би дошло до угрожавања следећих њихових вредности:

1. универзална покривеност,
2. солидарност у финансирању,
3. једнакост приступа свим видовима здравствене заштите и
4. пружање квалитетних здравствених услуга и медицинске неге⁷.

Осим овог захтева циљ је, а и велики изазов, понудити прави одговор на следећа питања: како уредити дизајн здравствене заштите, како решити проблеме финансирања здравственог система и на који начин обезбедити његову сигурност и одрживост? Одрживости здравственог система у Европској унији посматра се двојако, са економског и фискалног аспекта, али су све акције усмерене на финансијски терен да поменути термини не би збунили онога ко недовољно познаје његову суштину, односно економску и фискалну (по-

реска) димензију. Тиме је учињен маневар ради скретања пажње и озбиљног упозорења компилатора здравствене политике да имају у виду да је проблем одрживости здравственог система првенствено економске (финансијска) природе. Није тајна да у последње време у великом броју држава - чланица Европске уније приходи здравственог система нису ни из далека довољни да покрију расходе настале пружањем здравствених услуга, што додатно истиче значај економске одрживости. Економска одрживост је показатељ здравствене потрошње одређене државе и мери се процентуалним учешћем у њеном бруто друштвеном производу (БДП) у току једне фискалне (календарска) године. На пример, у току 2006. године, учешће здравствене потрошње у Финској износило је 7,5%, Аустрији 10%, Немачкој 10,6%, Малти 9,6%, Литванији 6,1% и сл.⁸

Здравствена потрошња у свакој држави економски је одржива до оне тачке до које њен обим не прелази вредност пружених здравствених услуга (продукти у здравству) које је пружила, односно произвела. Када здравствена потрошња превазиђе укупну вредност таквих продуката, тада она прети да угрози друга подручја и да умањи вредност других, такође важних економских делатности. Дакле, повећана здравствена потрошња у таквим условима постаје економски неодржива и јак реметилачки фактор у привреди сваке земље. Закључак је да се пораст здравствене потрошње не манифестује на исти начин у свим државама - чланицама Европске уније. Већа је вероватноћа да ће представљати озбиљну претњу другим подручјима привредне активност у економијама држава - чланица Европске уније које стагнирају или опадају, него у економијама које бележе макар најмањи привредни раст. Европска унија, као конгломерат држава, по сваку цену тежи да опстане⁹ и, према ставу Комисије за економску политику још из 2006. године, своју економску одрживост заснива на општем консензусу да ће у догледној будућности бруто друштвени производ (БДП) у свим њеним државама - чланицама сигурно бележити пораст који ће бити довољан да се обезбеде издвајања не само за здравствену

потрошњу, већ и за друге економске активности.

Фискална одрживост здравственог система традиционално ствара дозу оправдане забринутости јер се ради о специфичном поимању здравствене потрошње, као дела јавне потрошње. Наиме, здравствени систем може бити економски апсолутно одржив, али то не значи да истовремено мора бити и фискално одржив. Ако су јавни приходи у буџету неке државе - чланице недовољни да покрију пројектоване укупне расходе јавне потрошње, то значи да је прибављање потребних буџетских средстава на основу фискаса (порези, таксе, царине и сл.) створило одређене проблеме. Иначе, фискална одрживост здравственог система се постиже само ако је у укупној јавној потрошњи обезбеђено пристојно место у здравственој потрошњи, чији је она конститутивни део. Реч је пре свега о буџетској снази, односно о апропријацијама које усмеравају довољна или недовољна средства за потребе како здравствене заштите тако и других области од виталног економског интереса. Проблем фискалне одрживости решава се углавном преко три уобичајена приступа:

1. кроз повећање јавних прихода до оне тачке на којој обавезе здравственог система могу бити сервисирани,
2. умањивањем обима обавеза и њихово пројектовање до оне тачке на којој могу бити покривене из постојећих (или пројектовани) приходи и
3. конверзијом одговарајућих ресурса у опипљиве вредности ради побољшања капацитета здравственог система¹⁰.

Напори за повећање јавних прихода могу бити праћени техничким препрекама, као што су институционални капацитети, функционисање тржишта, као и политичке препреке попут неспремности једног дела становништва да субвенционише другим корисницима једнак приступ здравственој заштити. Смањена покривеност обавеза здравственог система могла би да помогне обезбеђивању фискалне одрживости, с тим што би аутоматски биле нападнуте претходно наведене вредности које је утврдио Савет Европске уније. Такође се мо-

ра рачунати да приватно финансирање здравствене заштите може да погорша проблеме економске одрживости због мање вредности новца који је приватно тржиште у стању да обезбеди *vis-a-vis* у јавном систему. Здравствени системи који су способни да генеришу вредности могу се фокусирати на реформирање пружања услуга и њихово финансирање. Експерти који се баве овим проблемима сматрају да побољшање вредности здравља кроз финансирање дизајна здравственог система у принципу представља стални напор да се обезбеди одрживост здравственог система. Треба напоменути да је проблем фискалне одрживости првенствено политички проблем, односно проблем који се односи на нешто што је у литератури названо „политичка економија размене“¹¹.

Прикупљање средстава

Револуционарна промена у финансирању здравствене заштите у државама - чланицама Европске уније настала је у раним 90-им, када је допринос за социјално осигурање постао скоро доминантан механизам прикупљања финансијских средстава. Од 1996. године јавни расходи за здравствено осигурање доминирају као део укупне потрошње у многим државама - чланицама (изузетак је Кипар који је бележио не нарочито велики пад). Томе у великој мери доприноси и приватна потрошња која значајно генерише директна плаћања и бележи пораст укупних трошкова здравствене заштите, али он није алармантан, јер чини мање од трећине укупне потрошње у већини држава - чланица. Истина, здравствена потрошња из године у годину у већини држава - чланица Европске уније бележи пораст, али треба истаћи да он ни у једном случају још увек не прелази годишње пет одсто бруто друштвеног производа (БДП). Према извештају Светске здравствене организације (СЗО)¹², здравствена потрошња, на пример у Португалији, у 1996. години, износила је 8,6% бруто друштвеног производа (БДП), да би у 2005. години порасла на 10,2%, што је један од највећих скокова у Европској унији, раван оном у Аустрији, а нижи само од

Француске и Немачке. У истом периоду укупна јавна потрошња је порасла са 67,5 на 72,7%. Укупни расходи за здравство, као део бруто друштвеног производа (БДП), и у Италији бележе пораст са 7,3% у 1996. години, на 8,8% у 2005. години, док је удео здравствене потрошње у укупној јавној потрошњи порастао са 71,5% у 1996. години, на 75,8% у 2005. години. У Луксембургу је здравствена потрошња током 1996. године учествовала у бруто друштвеном производу (БДП) са 5,7%, да би у 2005. години то учешће износило чак 8,1%. Међутим, учешће здравствене заштите током посматране деценије бележи пад у укупној јавној потрошњи са 92,8 на 90,8%. Укупни расходи за здравствену заштиту на Малти, као део бруто друштвеног производа (БДП), импозантно су порасли од 1996. до 2005. године, са 6,8 на 9,6%, као и здравствена потрошња у укупној јавној потрошњи која је скочила са 70,7% у 1996. години, на 78,1% у 2005. години. Бруто друштвени производ (БДП) Летоније био је оптерећен финансирањем здравствене заштите са 6,1% у 1996. години, односно са 7,1% у 2005. години. У овој релативно младој чланици Европске уније, за посматрани период, здравствена потрошња је забележила приметан пад у укупној јавној потрошњи и то са 57,8 на 52,6%. Коначно и Холандија бележи повећано учешће здравствене заштите у бруто друштвеном производу (БДП) и то са 8,2% у 1996. години, на 8,9% у 2005. години. На другој страни, учешће здравствене потрошње у укупној јавној потрошњи пало је са 67,8 на 62,3% у посматраном периоду.

Поред држава - чланица Европске уније, које су наведене без посебне претензије, има и оних које бележе стабилано учешће здравствене потрошње у бруто друштвеном производу (БДП), на пример, Аустрија, Данска и Кипар, док Финска бележи незнатан пад учешћа са 7,6 на 7,5% у истом периоду.

Удруживање средстава и њихов карактер

Сакупљање средстава која се користе за покривање трошкова здравствене заштите омо-

гућено је обавезном уплатом доприноса од стране оних којима она у датом тренутку јесте и није потребна. То би се могло назвати суштинским прикупљањем финансијских средстава јер је у једном делу реч о субвенционисању здравствене заштите од стране здравих у корист болесних. Прибављена средства имају строгу намену и користе се као подршка сиромашнијим регионима, оним са мањим пореским основицама, и као надокнада за недостајућа средства сиромашнијим или угроженијим осигураницима чије је здравље на неки начин угрожено. Тиме је искључен сваки облик конкуренције како код удруживања средстава тако и код продаје/куповине здравствених услуга. У већини држава - чланица Европске уније укупна јавно прикупљена средства су обједињена на националном нивоу у један *pool*, с тим што се он у многим државама не користи на одговарајући начин. Прво, томе прибегавају државе у којима се и даље за здравствену заштиту користе локални порези (Велика Британија), а затим и оне у којима су приватни здравственим фондови одговорни за прикупљање сопствених доприноса за социјално осигурање (Француска). Француски систем се са много аспеката сматра скоро идеалним и сигурно је водећи у Европској унији. Ако се упореди здравље њене популације са здрављем америчке популације долази се до сазнања да су француска 62 милиона становника здравија од петоструко бројнијих америчких становника. Француско здравство је такав степен здравља обезбедило својим корисницима са упола мањим издвајањима за здравствену заштиту по глави становника од америчког. Многи тај успех приписују срећном *mixu* јавног и приватног финансирања. За разлику од америчких, сваком француском грађанину, посредством Националног фонда у који доприносе уплаћују запослени и послодавци, обезбеђен је приступ основној здравственој заштити. Онима који су без посла и не могу сами себи да обезбеде такав ниво здравствене сигурности, француска влада се побринула да то могу добити преко запосленог члана своје породице. На како је високом нивоу издигнут интерес за квалитетним здрављем најбоље говори податак да близу 90% француских ста-

новника уплаћује премије допунског добровољног (приватно) осигурања. Кључ успеха француског здравственог система јесте што у њему пацијент својевољно врши избор лекара и контролише процедуру у медицинском одлучивању а поступак је исти као и у Сједињеним Амерички Државама. Разлика је, међутим, у томе што се то у Француској чини са 3.500 УСА \$ по глави становника, док Сједињене Америчке Државе за исте процедуре издвајају скоро дупло више 6.100 УСА \$. Учешће здравствене потрошње у бруто друштвеном производу (БДП) у Сједињеним Америчким Државама је близу 17%, док је у Француској 10,7%, с тим што су зараде француских лекара око 30% од онога што зарађују њихове америчке колеге.

Грађани Европске уније никада нису живели тако дуго као данас. Али и те како постоји потреба да се избегне и спречи ниво морбидитета и морталитета и да се додатно коригују још увек присутне разлике међу житељима њених држава - чланица. Но, живот је један велики парадокс. Док се на једној страни суочавамо са буквалним нестајањем на десетине хиљада деце која никада нису сазнала шта је оброк, на другој страни се становници читаве Европске уније упињу да унапреде начин исхране и промовишу здрав стил живота њеним умереним конзумирањем. У последња три месеца, пред очима целог света, у Сомалији је више од 29.000 деце млађе од пет година умрло од глади. Ненси Линдборг из владе Сједињених Америчких Држава изјавила је, а *Press online* је пренео, исход хуманитарне катастрофе, и да је та процена извршена на основу истраге о исхрани и смртности које је проверио Амерички центар за контролу и превенцију болести¹³. „Да, мрс. Линдборг, деца умиру од глади, то је страшна људска небрига, а у Европској унији и Сједињеним Америчким Државама изобиље, опијати и гојазност лагано убијају милионе Европљана и Американаца. Не заборавите, круг се кад-тад мора затворити.“

То су напokon схватили у Европском савету који је апеловао на Комисију да допринесе да се нездрава исхрана и недостатак физичке активности, као водећи узроци болести и пре-

ране смрти у Европи, предупредите и да се преферира конзумирање здраве хране. Истовремено је објављена Зелена књига о европској димензији за промоцију здраве исхране и физичке активности за превенцију гојазности и хроничних болести. На инсистирање Светске здравствене организације, подигнуте су друштвене детерминанте здравља, што би требало да буде од кључног значаја за разумевање његових социјалних квалитета и за смањење неједнакости у здравственом развоју. Сиromaштво и низак квалитет здравља су у тесној корелацији, која ће наставити и даље да живи ако се не искорене социјалне неједнакости, што је тренутно највећи изазов држава - чланица Европске уније¹⁴. Потирање друштвених неједнакости захтева јавну акцију на свим нивоима управљања, и директно суочавање са веома проблематичном детерминантом глобалног здравља. То је централно европско питање које мора да има озбиљан третман у свим јавним политикама, с обзиром да су све оне у непосредној вези са здрављем становништва и у сваком контексту заслужују одређену пажњу.

Карактеристике модела здравственог осигурања

Бизмарков модел здравственог осигурања успоставио је законодавни ред у подручјима која се баве проблемом заштите људског здравља и извршио је велики утицај на развој здравственог осигурања у већем делу Европе. Тако је после Немачке и Аустрија, 1887. године, први пут донела Закон о обавезном здравственом осигурању, Норвешка је то учинила 1902. године, а Велика Британија 1910. године. По овом моделу доприносе за осигурање од ризика плаћају сви који остварују доходак, послодавци и запослени и, по правилу, у једнаком износу. Осигуравајући фондови у које се сливају финансијска средства одређују стопе доприноса за здравствено осигурање, опредељују права осигураних особа у односу на здравствене услуге и утврђују новчане токове¹⁵. Бизмарков модел финансирања здравственог осигурања примењују државе - члани-

це Европске уније (Словенија, Аустрија, Белгија, Француска, Немачка, Луксембург), као и државе које то нису (Швајцарска, Република Србија). Будући да се његови стубови одавно и значајно клате, то је уплашило дисциплиноване Немце који масовно уплаћују премије за приватно (добровољно) здравствено осигурање. То чине и Аустријанци и становници Бенелукса. Један од разлога због којих је управо у Немачкој уследила реформа јесте модификација Бизмарковог модела.

Посланици демохришћанске и либералне странке су *per vota mayora* у немачком Бундестагу, 12. новембра 2010. године, 306 „за“ и 253 „против“, усвојили нови Закон о финансирању здравственог осигурања. Њиме је утврђена нова (већа) стопа доприноса за здравствено осигурање од 15,5%, уместо досадашње 14,9%, чија је примена почела од 1. јануара 2011. године. Сви запослени су дужни да у фонд здравствене заштите уплаћују 8,2%, а послодавци 7,3% од своје бруто зараде. Повећане трошкове мораће убудуће да подмирују сами осигураници, јер је стопа за послодавце фиксна и неће се повећавати. Подмиривање повећаних трошкова пре реформе износило је само 1% од зараде, а у будуће таквих ограничења неће бити. Но, претпоставља се да ће евентуална поскупљења бити подношљива и да неће бити потребно да ико од своје зараде издваја више од 2%.

С обзиром на милијарде еура дефицита здравствених осигурања и оштрих критика опозиције, савезни министар здравства у влади Немачке, Филип Реслер, уверен је да ће спроведена реформа решити проблеме у току 2011. године, и да она представља прелазак на праведнији и бољи систем. Опозиција мисли супротно, да се реформом ствара нова класа која ће директно плаћати здравствене услуге и да ће имати бољи третман него раније. За њу овај систем представља копију приватних осигурања и процене су да реформа може само краткорочно да се одржи, односно само колико је потребно да се преброди очекивани дефицит у 2011. години. И неутрални стручњаци сматрају да ће, ако се усвојени закон не измени, трошкови у здравству дугорочно расти. Становништво Немачке

је из године у годину све старије и трошиће више здравствених средстава, због чега је донесени закон дугорочно неодржив¹⁶. Ако у Немачкој, правој економској сили, са 82 милиона становника и, по многим проценама, осовини Европске уније, ствари не стоје најбоље, каква судбина чека грађане других европских држава и чему се они могу надати?

Енглески лорд Виљем Хенри Беверидџ (*William Henry Beveridge*), критичким ставом према Бизмарковом моделу¹⁷, инициро је успостављање другачијег модела финансирања социјалног система и у оквиру њега здравственог осигурања. На основу његовог извештаја дошло је до формирања Британске националне здравствене службе (*National Health Service*). Њену верификацију извршила је прва послератна влада Лабуриста (1945-1951), на основу закона из 1948. године¹⁸, закључком да је финансирање здравственог осигурања путем пореза ефикаснији начин. Уместо доприноса, премија и субвенција, основни извор за финансирање сигурности енглеских грађана постају порези, односно државни буџет за једну фискалну годину, а здравствени фондови који су изгубили функцију престају да постоје. Држављанство је пресудан услов за стицање права на здравствено осигурање.

Ово је право место да се направи здравствена паралела између Европске уније и Сједињених Америчких Држава. „За оне који могу да плате, Сједињене Америчке Државе обезбеђују највиши квалитет медицинске неге, каква не постоји нигде у свету. Они који не могу да плате, не пролазе нимало добро“¹⁹. Вилиамсон је овим цитатом намеравао да истакне суштину, квалитет и друштвене функције укупног здравственог система који функционише на територији Сједињених Америчких Држава. Међутим, овим цитатом (можда несвесно) заобилази човека, обичног човека који, ако нема, мора да сачека ред код Светог Петра. У америчком здравству не постоји посебна национална здравствена служба која би се бавила мрежом здравствених капацитета и квалитетом здравствених услуга које се пружају у свим видовима здравствене заштите. Такође не постоји дизајниран систем здравственог осигурања који би обухватио станов-

ништво, покрио расходе здравствених услуга и трошкове лекова. Грађани Сједињених Америчких Држава здравствене услуге углавном плаћају из сопственог џепа. Скоро све здравствене службе су у приватном поседу, са изузетком неких врста независних болница чији су оснивачи каритативне организације или држава, које послују на непрофитном принципу. Поређења ради, много је више оних у приватном власништву које раде на профитној основи као и друге привредне организације или компаније.

Фасцинира мера у којој светски жандарм број један нема слуха за људско здравље. То одсуство слуха је разлог зашто су разни истраживачи врло рано одлучили да идентификују праве разлоге заостајања америчког становништва у области здравствене заштите за другим популацијама, првенствено европским. Смит-Абел, не узимајући у обзир специфичност друштвеног развоја Сједињених Америчких Држава, на следећи начин је прокоментаришао основне недостатке у развоју здравства. Наиме, америчко бело становништво било је оптерећено присуством обојених и емиграната који су на разне начине улазили на простор Сједињених Америчких Држава и само увећавали најсиромашнији друштвени слој. Њихови проблеми нису занимали беле Американце који нису имали воље да их идентификују и да их учине јавним. Други разлог изостајања конкретне бриге за здравственим системом су велике површине слободне земље које су сиромашни слојеви запосели не чекајући да им ненаклоњени белци решавају важна животна питања. За разлику од многих европских држава, индустријализација на америчком тлу је знатно каснила. Тако је и концентрација становништва у градовима закасneo процес, због кога је изостало насилно наметање проблема здравствене заштите од стране запослених радника. Није било организованог радничког покрета који би се изборио са пословдацама око решавања сигурности и социјалног обезбеђења радника, јер су се синдикати бавили преговорима око радног времена, услова рада и надница. Професионално здравствено особље је имало веома јак фронт за одбрану монопола и лако је успело да се одупре сваком покушају

оснивања обавезног социјалног (здравствено) осигурања или националне здравствене службе. Традиционални адут максимално приватне иницијативе - минимална улога државе²⁰, до-нео им је превагу у тој борби.

Крај 2009. године обележиле су живе политичке расправе америчких конгресмена око тога да ли председник Барак Хусеин Обама намерава да увођењем обавезног здравственог осигурања Американцима уведе социјализам. Али, ко познаје прилике у америчком здравству, сведок је да је сваки председник Сједињених Америчких Држава, од 1952. године до данас (укупно њих 15), истицао потребу спровођења здравствене реформе као „централног питања будућности и преломне тачке“ у хуманом развоју америчког друштва. Више не вреди подсећати да су жеље свих председника у последњих сто година остале неостварене. А онда на сцену ступа Сорошов кандидат²¹, изјавом: „...да је време препирки и игара завршено и да је време за акцију... ја нисам први председник који се прихватио овог задатка, али сам одлучио да будем последњи. Земља у којој сваки шести становник нема осигурање (таквих је 47 милиона), а тек сваки трећи има само повремено, једина је напредна демократија и једина богата нација која допушта такве тешкоће за милионе својих људи“²². Овај коментар председника Сједињених Америчких Држава је најавио за понедељак, 20. март 2010. године, који представља дан његове историјске победе. Након девет месеци оштре политичке борбе на Капитол Хилу и вишечасовне, често на граници политичке пристojности, бурне расправе, Закон о реформи здравствене заштите, одобрен у Сенату 2009. године, усвојен је са 219 гласова „за“ и 212 гласова „против“.

Усвајање за многе најзначајнијег закона у области социјалне политике истовремено је и највећа победа једног америчког председника у тој области у последњих сто година. „Још 32 милиона Американаца ће имати приступ здравственој заштити, пореским обвезницима ће бити уштеђена 1,3 милијарде УСА \$ долара, осигуравајуће компаније неће моћи да се испрече између пацијената и њихових лекара“, изјавила је том приликом видно узбуђена

председница Представничког дома Ненси Пелоси. Она сматра да ће усвојене мере обезбедити здравију и фискално стабилнију будућност. „Победити у овој борби значи направити огроман корак ка промени целог система здравствене заштите“, нагласио је активиста за људска права Џеси Џексон. Једна од кључних тачака реформе јесте што осигуравајуће компаније неће више имати могућности да ускраћују осигурање људима због постојећег здравственог стања. Процењује се да би трошкови реформе до 2020. године могли достићи око 950 милијарди УСА \$. Узимајући у обзир садашње економске прилике у Сједињеним Америчким Државама, судбина реформе је врло дискутабилна.

Медицинска професија и њена мобилност

Експерти за питања у вези са медицинском професијом (Матијас Висмар, Жил Дисо, Хајнц Јоахим Сајтц и др.), износе заједнички став да би у блиској будућности требало озбиљније пратити развој медицинске професије у државама - чланицама Европске уније како би се додатно упознали са проблемима у глобалној здравственој политици. То је неопходно ради обезбеђивања лакше, а самим тим и обимније, размене постојећих и планирања будућних кадрова, као и упознавање са методама које неке земље користе и ефектно решавају присутне недоумице. То подразумева контролу при упису нових студената медицине, одређивање потребног броја специјалиста и разрешење проблема око запошљавања лекара свих профила у места на перифирији. Деценијама уназад се сакривају, али невешто, познати разлози да се у развијеним државама - чланицама Европске уније врло мало припадника младе генерације одлучују за студије медицине. Она им изгледа тешка, затворена, национално хетерогена (то многим смета), скупа, многи кажу и захтевна. Изнад свега дуго траје и младост се завршава тамо где је и почела - у школској клупи. Државе, имајући проблем у виду, усмерене су у тражењу решења и играју на карту велике мобилности. Чим се појави проблем, примењују

стратегију увоза већ готових стручњака. Тада нема породице (Европска унија), постоје само шићарције које завршавају своје послове без обзира на штету коју наносе другима.

Профил мобилности медицинске радне снаге је прилично тешко објаснити, јер га карактерише двострука тендеција, она у оквиру Европске уније и она према Европској унији. Да би обе биле јасне, треба поћи од чињенице да лекари одлазе у суседне земље, на пример, из Аустрије у Немачку, из Белгије у Холандију, из Белгије у Немачку, из Немачке у Француску, или из Естоније у Финску. При томе треба истаћи да ова селидба није последица мањих зарада од оних у изабраној земљи, напротив, оне су исте или приближне и нису основни мотив мобилности, али добијање жељене специјализације, напредовање у каријери, радни амбијент, близина изабране земље матичној земљи и сл., јесу основни мотив. Друго, независно од тога колико је удаљена изабрана држава, лекари се селе од југа ка Северу (из Италије у Велику Британију, из Шпаније у Француску, из Португалије у Немачку, Шведску и посебно задњих година у Норвешку, односно из Литваније, Летоније, Румуније у Немачку, Француску и сл.). У овом случају основни разлог одласка је зарада, затим услови рада, док се о каријери и стручном усавршавању макар у почетку размишља врло мало. Европска унија је изменила медицинску популациону слику тим пре што је све више лекара из мање развијених држава - чланица Европске уније увек спремно да попуни празнину у некој развијенијој држави - чланици. Приметно је неколико година уназад да на пример Велика Британија све мање упошљава лекаре са Истока (Кореја, Пакистан, Индија и сл.). Али и ту се проблем не завршава.

Постоје државе - чланице Европске уније које једноставно нису из различитих разлога довољно добра дестинација за долазак медицинске професије. Једноставно су затечене чињеницом да људи у њих нерадо долазе. То је случај Словеније, која је уласком у Европску унију гајила наду да ће због заиста фантастичних услова у којима функционише њен здравствени систем (модерна опрема, европске

зараде, мали број осигураника, велике шансе за специјализирањем и напредовањем), лекари из других држава - чланица Европске уније радо долазити, али се све завршило само на надањима. Слично се догодило Финској и Шведској. И поред поменутих неуспеха, многи здравствени системи се и даље у највећој мери ослањају на радну снагу из иностранства, било са ширег европског простора, простора који покривају државе - чланице, или на ону из Азије и Јужне Америке. Поред ових токова мобилности, у Европи постоји уверење да сви лекари који су променили државу због два наведена разлога, на крају би најпре завршили у Сједињеним Америчким Државама или Канади. Према подацима Светске здравствене организације, Сједињене Америчке Државе, Канада и Аустралија, представљају огромна тржишта са великим потребама. Врата су отворена и тамо се може запослити велики број представника медицинске професије, не само лекари, већ и техничари, сестре, лаборанте и слично, из разних европских земаља.

Grosso modo на снази је велика миграција медицинске професије коју воде уклету путеву новца. Дакле, зашто отићи својих интереса ради, не осврћући се на потребе својих дојучерашњих пацијената (*све за пацијента* - прекрижано), на проблеме који остају, јер се са њима могу сретати управо њихови најближи? Матијас Висмар је тај проблем назвао осипање (употребио је благу реч): „...како спречити људе да одлазе да раде у другој професији, у неком другом сектору... образовни систем често пружа образовање погрешним људима. У многим земљама је присутан проблем старије радне снаге и очекује се велики пораст броја пензионера у европским државама. Али у многим европским земљама нема замене за оне који ће напустити радна места у наредних десет година“²³. Ова констатација је само делимично прихватљива. Устаљена је пракса да неразвијене земље уписују прекобројне студенте медицине, скоро до нивоа хиперпродукције, и многи од њих ће кренути тамо где могу остварити своје снове. Осим тога, и сам обим мобилности варира, и то у великој мери. Кретање медицинске професије биће у оним правцима у којима се буде нудио

већи новац и већа могућност каријерног и стручног скока. Није искључено да ће кадрови у Европу опет долазити управо из Европе, можда из Азије и Јужне Америке, али и из Африке. На крају, постављају се питања: колико се у таквим условима може рачунати на стручност, на борбу са све агресивнијим болестима, са заостајањем медицине у односу на поремећаје које трпи људско здравље и која је то зона сигурности у којој су пацијенти безбедни. Илузорно би било очекивати да Европска унија постане, и после свега, обећани простор или реплика давно нестале државе благостања. Међутим, несрећа је што многи у њој заиста виде највише државу благостања, иако се може навести низ чињеница које говоре потпуно супротно. Просто не постоје утемељења да им се жеље могу остварити. У то име подсетимо се на две познате чињенице које је изнео представник Франкфуртске школе научне мисли, Клаус Оф. Прва је: „... када су у питању најбогатије државе на свету које експлицитно и без изузетака обавезују себе да као битном циљу теже општем благостању“, и друга, „да све развијне земље својим структуралним механизмима креирају ендемске (домаће) системске проблеме и ши року скалу необезбеђених потреба људи, независно од њиховог степена“²⁴.

Закључак

Утицај европске политике на детермисање здравља је дуго времена био недовољан, с тим што су све претпоставке ишле у том правцу да ће тај утицај у најскорије време бити много већи. Многе од њих су се обистиниле и већ се показује да су европске политике утицале на национални и европски простор, на обим политике за заштиту и унапређење здравља, на механизме једнакости, на унакрсно субвенционисање трошкова и на децентрализацију здравствених система. Ангажовање свих политика у вези са питањима здравља укључује још један елемент, а то је здравствени систем. „Здравствени систем“ је термин који се често, али исправно, користи као институционални израз здравствене политике, чиме се

покривају не само јавне здравствене мере, попут превенције и промоције здравствене заштите, већ и мере у смислу бољег организовања особља и финансирања здравствених услуга. Будући да се здравствени систем посматра као савремени склоп у коме све његове компоненте беспрекорно функционишу, треба нагласити да се као такав зачео и обликовао под утицајем програма убрзане индустријализације. Њени програми су дубоко укоренили очекивања да ће њен већи степен развоја директно допринети здравственој експанзији, што се догодило пред крај XX века, када здравствени системи у многим земљама бележе прави развојни *boom*. Са развојем друштвено-економског бића Европске уније, развила се потреба за формирањем органа и тела која су постепено преузимала компетенције да уређују битне области које су им припале формирањем (Савет, комисије, Суд правде, влада, парламент и сл.).

Између много одржаних конференција, ни на једној се није тако озбиљно дискутовало о кључним питањима јавног здравља као у Амстердаму 1997. године. Посебно је вреднован значај политика које обезбеђују висок ниво здравствене заштите, при чему је превентива по ко зна који пут истакнута као највећи приоритет. Када смо код приоритета, поменимо да су ту ствари прилично нејасне, без обзира што помињање термина подразумева нешто изванредно важно. Дакле, ако се одређена питања и задаци планирају на бази приоритета, то значи да је у питању само идеја да се успостави некакв поредак у степенима онога што треба уређивати. На пример, приоритет се може успоставити када се каже: „...ублажите прво ово, а када то завршите, пређите на ово друго и све тако док траје могућност градирања задатака по важности...“²⁵. То може бити, а најчешће и јесте, на траци попис поређаних циљева и задатака или најобичнија листа жеља. Рачунајући на то, поставља се питање да ли је приоритет правилно идентификован, да ли реално објашњава потребе, да ли је услов за доношење одлука и да ли се и у којој мери поистовећује са хитношћу. Може се са њом поистовећивати, међутим разлика ипак постоји. Хитност, ма како је посма-

трали, степен је изнад приоритета, ако ни због чега другог, а оно због његове продужене, моралне димензије.

Било је озбиљнијих осврта и на карактер рада, на бирократију у здравству, о којој је као о нечему од чега нема спаса давно писао такав геније попут Вебера (*Karl Emil Maximilian „Max“ Weber*)²⁶. Европска унија уместо да преузме део одговорности за решавање планетарних питања,

она се бави проблемима своје периферије, економијом Грчке, Ирске, Португалије и сл. Значи ли то да ове земље, и поред тога што су у економском колапсу, с обзиром да су у њеном наручју, могу свом грађанству приуштити врхунску здравствену заштиту. Шта је са осталима, и да ли то они нису по укусу политичких кројача Европске уније, која често игра лукаву игру, игру на увек сигурну комбинацију.

Литература

1. Радић И.: Водич кроз придруживање Европској унији. Едисија: Водичи, ИСАК фонд, центар за међународне и безбедносне послове, уз подршку Савезне Републике Немачке и амбасадe Немачке у Београду, Београд, 2007, стр. 29.
2. Deutsche Welle: Билдербершка група „владари из сенке“ Среда, 8 јун 2011. године.
3. Јосимовић О.: Осигурање и здравствено осигурање. Мегатренд, Београд, 2005, стр. 66-68.
4. Kutzin J.: A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 2001, 56(3): 171–203.
5. Тотић И.: Правноекономски аспекти развоја здравственог система. Правни факултет, Крагујевац, 2001, стр. 218.
6. Saltman RB, Busse R, Figueras J: Social health insurance systems in Western Europe. Berkshire/New York: Open University Press/McGraw-Hill, 2004, p. 174.
7. Акциони програм Заједнице у области здравља (2007-2013). П6ТА 0093. У Бриселу, Европски парламент, Савет Европске уније, 2006. године.
8. Светска здравствена организација (СЗО), Копенхаген, 2007. године.
9. Jacobs R, Godard M: Trade-offs in social health insurance systems. *International Journal of Social Economics* Nov. 2002; 11: p. 861–875.
10. Tompson S, Foubister T, Messialos E, Koivusalo M: Finansin Health care in European Union - Challenges and policy responses. *Observatory Studies Series No 17*, World Health Organization (WHO), 2009, p. 5.
11. Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF: US health care spending in an international context. *Health Affairs*, 2004, 23 (3):10–25
12. World Health Organization 2009, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Publications, WHO Regional Office for Europe, Scherfi gsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.
13. Press online, понедељак, 5. август 2011. године.
14. Koviussalo M: Moving higher up the European agenda. *Health in All Policies - prospects and potentials*. Ministry of Social and Affairs Health, Finland, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006, p. 21.
15. Менке Р. и сарадници: Извештај о социо-економским разликама у здравственим индикаторима у Европи. Билефелд, Немачка, Институт за јавно здравље, 2003, стр. 23.
16. Вести, Реформа здравства у Немачкој, петак 12. новембар 2010. године. (Аутор: Борис Рабреновић).
17. Раичевић Б.: Јавне финансије. Центар за издавачку делатност Економског факултета у Београду, 2008, стр. 290.
18. Ружица Мирослав: Социјална политика „ критика теоријских основа. Виша школа за социјалне раднике, Београд, 1985, стр. 113.
19. Williamson JB: *Strategies Against Poverty in America*. John Wiley and Sons, New York, 1975, p. 45-77.
20. Smith B: *History of Medical Care*. In: *Comparative Development in Social Welfare* (ed) EW Martin, G Alenand Unwin, London, 1972, p. 219-240.
21. The Guardian: Билдербершка група најавила нови светски пат. Извор: SEEbiz, петак, 29 јул 2011. године. <http://www.gdeinvestirati.com/ostale-teme/politika-i-drustvo/svet/5217-the-guardian-bilderberska-grupa-najavila-novi-svetски>
22. Тотић И., Марић-Крејовић С.: Финансирање здравственог осигурања и здравствене заштите. Медицински гласник, Чигота, Златибор, 2010, стр. 33.
23. Висмар М.: На крају сви оду у САД или Канаду. Прва конференција српске медицинске дијаспоре од 2-4. септембра 2010. године, Гласник, Лекарска комора Србије, Београд, 6/2010, стр. 24-30.
24. Offe C: *Advanced Capitalism and the Welfare State*. *journal: Politics and Society* Vol. 2. No 4/1972, p. 479-488.
25. Доувер Н.: Светско сиромаштво. (У: Сингер П., Увод у етику, издавачка књижарница Зорана Стојановића, Сремски Карловци-Нови Сад, 2004, стр. 399.
26. Wilensky H, Lebeaux Ch: *Industrial Society and Social Welfare*. The Free Press, New York, 1965, p. 34-35.

Контакт: Проф. др Ибрахим Тотић, Државни универзитет у Новом Пазару, Депртман за право и департман за економију, Нови Пазар, mail:ibrahimtotic@yahoo.com