КОМЕРЦИЈАЛНИ ПРОГРАМИ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ

Сретен Станојевић¹

COMMERCIAL PROGRAMS IN THE HEALTH SYSTEM OF SERBIA

Sreten Stanojević

Сажетак

Чињеница је да здравствена индустрија постаје све интересантнија великим светским корпорацијама, из различитих области производње, као што су Alcatel, Samsung, Deutsche Telekom, Microsoft, Siemens, које се као и друге мултинационалне корпорације све више окрећу здравственом сектору. Највиши ниво приватних инвестиција, према подацима америчке компаније Bain Capital, у последње две године бележи се у сектору здравства, а пратећа делатност здравства, прецизније здравствени туризам, бележи раст од 14% у прошлој години и тако постаје најбржа растућа индустрија.

Расподела танких финансијских средстава је увек повезана са деобним и интересним конфликтима, јер је основни циљ како остварити максималне потпоре ограниченим средствима, а са друге стране је настојање да се досегне највећа корист. У земљама тржишне економије у порасту је ангажовање нове професије, а то је: менаџер клинике. Несумњиво је да су менаџери одговорни за руковођење клиником, али је притом важно истаћи да они нису само медицински, него истовремено и руководиоци привређивања. Као што је раније на врху стајао шеф лекара, тако данас владају другачије руководне снаге: менаџери клиника, чији је задатак сложенији од бриге за здравље пацијената. У нашим условима привређивања, без обзира на присутне материјалне тежкоће, ваља стално сагледавати развојну концепцију, која подразумева перманентну бригу за унапређење квалитета рада и препознатљиво настојање за стручним усавањањем.

Кључне речи: здравствена индустрија, тржишна економија, менаџери клиника.

Summary

Factual trend is that the health care industry is more interesting large international corporations, from different areas of manufacturing such as Alcatel, Samsung, Deutsche Telekom, Microsoft, Siemens, which like other multinational corporations are increasingly turning to the health sector. The highest level of private investment, according to the American company Bain Capital, in the last two years is recorded in the health sector; and supporting health activities, accurate health tourism grew by 14% last year; thus becoming the fastest growing industry.

Distribution thin funding is always associated with the division and conflict of interest, because the aim to achieve maximum support for limited resources, and on the other hand, an attempt to reach the greatest benefit. In market economies growing is a new institution, and that is the manager of the clinic. There is no doubt that managers are responsible for managing the clinic, but it is important to note that while they are not only medical but also the managers of the economy. As previously stood on top of the head of the doctors, so now ruled by different managerial power: clinic managers, whose task is complicated by concerns for the health of patients. In our business conditions, regardless of the present physical difficulties should be continuous evaluation of the development concept, which implies have permanent concern for improving the quality of work and recognizable efforts for professional development.

Key words: the health care industry, the market economy, clinical managers.

¹ Мг sc. iur. Сретен Станојевић, Институт за рехабилитацију, Београд, Сокобањска 17.

УВОД

Да бисмо успешно одговорили на актуелно питање да ли је неопходна комерцијализација здравствене заштите, подсетићемо на аксиому која има готово анегдотски карактер: шта је јеврејска индустрија? То је производња и трговина златом, затим стамбена изградња и продаја, потом пекарска индустрија, и у америчким условима привређивања то је здравствена делатност. Ево из којих разлога: злато никада не губи на вредности, него у односу на водеће светске валуте сигурно и поуздано протеком времена добија на вредности; изградња станова расте аритметичком прогресијом, а становништво се умножава геометријском прогресијом, те је увек већа потражња од понуде и инвестирање у ову делатност доноси велике профите; хлеб као основна животна намирница представља производњу која има сигурног купца и не може се пословати са губитком, а што се здравствене делатности у америчким условима привређивања тиче, утврђено је да је 5–6% становништва увек болесно и да та константа подразумева промену особа које су болесне, али се број лечених или хоспитализованих људи увек креће око утврђеног процента. Овде многи постављају питање да ли је морално правити business од болесних људи? При томе ваља имати у виду да свака организованост која доприноси побољшању здравља људи и квалитету живота, а притом подразумева улагање значајних диспонибилних средстава је несумњиво не само оправдана него и пожељна компонента.

Управо на таквој констелацији односа можемо запазити да се све више говори о развоју здравствене индустрије, и то не само на америчком, него и много ширем простору, који обухвата све земље са развијеном тржишном економијом. Стога не изненађује чињеница да је здравствена индустрија све интересантнија великим светским корпорацијама из различитих области производње као што су Samsung, Deutsche Telekom, Microsoft, Siemens... Ове и многе друге

мултинационалне корпорације све се више окрећу здравственом сектору. Према подацима америчке компаније Bain Capital (водећег инвеститора у сектору здравства, основане 1984. године у Бостону), највиши ниво приватних инвестиција у свету последње две године забележен је управо у сектору здравства. С друге стране, пратећа делатност здравства, препознатљива у виду здравственог туризма, забележила је импозантан раст од 14% у прошлој години и на тај начин постала најбржа растућа индустрија.

ЦИЉ И МЕТОД РАДА

Циљ овог рада је анализа најразумнијих потеза у ситуацији када смо суочени са недостајућим материјалним средствима за унапређење здравствене заштите. Ако тој околности додамо суочење са увек присутним макроекономским проблемима, реално заостајање у технолошком погледу, смањење личне потрошње, схватићемо да смо директно упућени на превазилажење иновативне инертности и структуралне неприлагођености. То су ставови и опредељења која немају алтернатију, а искрено речено, ни пуно времена за сагледавање оправданости, јер је реч о императивним потребама.

У овом раду даје се предност компаративној методи, јер ова метода у научно-истраживачком поступку даје најобјективније резултате. Поред тога, за овакву тему рада је најцелисходније користити искуства других и сопствена искуствена сазнања и настојања усагласити са већ стеченим искуственим сазнањима земаља са развијеном тржишном економијом. Посебну вредност представљају сазнања која је могуће користити и у нашим условима привређивања.

МАГИЧНИ ТРОУГАО ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ

Расподела танких финансијских средстава је увек повезана са деобним и интересним конфликтима. У теоријском смислу такво стање можемо сигнифицирати економијом друштвеноекономске помоћи. Основни циљ је остварење максималне потпоре ограниченим средствима, а са друге стране настојање да се досегне највећа корист, односно благостање. Из овог произилази да није тешко запазити да у оваквој позиционираниости може се да развије теоријски модел који нуди објашњење деобних проблема, при чему се не узимају у обзир емоције (ограничена сувереност пацијената у избору услуге), а које са друге стране могу да утичу на опредељење индивидуа. Задовољавајуће објашњење је могуће под следећим условима:

- достигнут је друштвени оптимум у алокацији ресурса,
- друштвена новчана помоћ је побољшана код алокационих промена до тог нивоа да може све промене да измери.

Највиши циљ је да се максимизира друштвено благостање. Профитабилност и делотворност медицинских интервенција морају да буду руковођене одлукама које имају за циљ делотворну понуду у вези са свим врстама обољења.

Магични троугао здравствене политике додатно нам појашњава повремена конфликтна стања на различитим нивоима, али са настојањима да се оствари правична деоба ресурса у коришћењу средстава, како на микро и мезо нивоу, тако и макронивоу социјално-политичког и здравствено-економског одлучивања.

Што је шири ниво на коме треба да се одређено питање реши, то је тежа одговорност и то услед комплексности материје, смањене диспонибилности средстава, као и недовољне поузданости података. Услед такве констелације односа уврежило се правило: што је више прецизирана поставка на коју треба дати одговор, то је већа вероватноћа да ће се постићи валидни резултати.

Графикон 1. Графички приказ магичног троугла здравствене политике.

Магични троугао здравствене политике сагледаћемо у контексту актуелних опредељења у нашем систему здравствене заштите. Веома је индикативна Фискална стратегија Владе Србије за 2014. годину са пројекцијама за 2015. и 2016. годину. У склупу ове фискалне стратегије утврђена је реформа система здравствене заштите. У складу са стратешким документима смисао реформе је повећање финансијске одрживости система здравствене заштите, унапређење здравља становништва и повећање квалитета. Да би се испунили наведени циљеви, биће неопходно:

- преусмеравање са куративне на превентивну медицину,
- унапређење система акредитације и сертификације,
- обавезно сертификавање минималних стандарда.

Фискална консолидација подразумева спровођење рационализације здравственог система, а рационализација подразумева три витална дела:

1. смањење броја немедицинског особља,
2. унапређење механизма за одабир приоритета за набавку нове опреме,
3. боља контрола расхода медицинских услуга.

Управо оваква рационализација треба да допринесе ефикасности здравствених установа, вредновању нових учинака и повећању квалитета здравствене заштите, јер се на тај начин омогућују значајне уштеде у трошењу средстава, посебно смањење корупције, а са друге стране се ствара простор већих средстава за модернизацију система и опремање врхунском медицинском опремом.

Досадашњи процес уговарања са Републичким фондом за здравствено осигурање биће промењен на тај начин што ће се, уместо трошковног начина финансирања, прећи на плаћање услуга по моделу *per capita* и на секунадрном и терцијарном нивоу

здравствене заштите по дијагностички сродним групама (до сада се модел примењивао само на примарном нивоу здравствене заштите, и то у рудиментарном виду). Круна таквог опредељења је израда националног здравственог рачуна ради бољег увида у токове новца.

Здравствене установе карактерише неповољна структура запослених, па је у циљу прилагођавања реалним потребама здравственог система неопходно не само смањење броја неадекватног немедицинског особља, него повећање броја лекара специјалиста, како у вези са квалитетном негом и лечењем пацијената, тако и са увођењем нових здравствених технологија. Неопходна је и промена начина финансирања набавке лекова, медицинске опреме и санитетског материјала, у ком смислу се централизују јавне набавке, а такође ће се доносити и друге мере које ће имати задатак да спрече стварање нових дугова и омогуће неопходне уштеде у Републичком фонду за здравствено осигурање, као и већу ликвидност у раду фармацеутске индустрије и стабилност у функционисању здравственог сектора. Што се тиче уреднијег снабдевања лековима, томе ће допринети већа наплата доприноса за здравствену заштиту. Тим настојањима погодује Закон о роковима измирења новчаних обавеза у комерцијалним трансакцијама којим је предвиђено скраћење рока за измирење обавеза са 150 дана у овој години, на 120 дана у 2014. години и само 90 дана у 2015. години. Све наведене уштеде значајно ће допринети стварању електронске картотеке као централизованог софтверског система у који ће бити умрежене све здравствене установе са досијеима свих пацијената.

ИСКУСТВА ДРУГИХ ЗЕМАЉА

Користићемо сазнања која нису присутна само на иностраном простору него имају употребну вредност и код нас. С тим у вези најпре истичемо институцију која је веома заступљена у земљама тржишне економије,

а то је: менаџер клинике (у нашим условима привређивања тотално страна или заступљена у рудиментарним видовима). Несумњиво је да су ови менаџери одговорни за руковођење клиником, али је притом важно истаћи да они нису само медицински него истовремено и руководиоци привређивања. Као што је раније на врху стајао шеф лекара, тако данас владају другачије управне снаге: менаџери клиника, чији је задатак сложенији од бриге за здравље пацијената. У самој Немачкој број клиника са менаџерима достиже две трећине укупног броја и то са тенденцијом раста. Не постоји здравствена установа којој нису потреба додатна средства, па је све већи број упућен ка профитабилном пословању и позитивним резултатима на крају године. У том контексту менаџер координира ресурсним и персоналним потенцијалом и одлучује о великим инвестицијама и набавкама за потребе болнице. Пошто је за овакво одлучивање потребно аналитичко сагледавање потреба до детаља, од менаџера клинике се очекује да влада ситуацијама у којима се расипају ресурси и новчана средства на микронивоу, да специфицира новчане токове готовине, побољша процес одлучивања, с тим да такво пословање буде засновано на оптиматима. При томе се увек имају у виду квалитет и стандард сигурности лечења у клиници. Иако се овде ради о билансима и приходима, требало би да менаџер клинике има медицинско образовање, јер у овој области менаџер одлучује о развоју стручних специфичних области, за које је потребно доношење компетентних и далекосежних одлука. Услед тога је неопходно допуњавање медицинског и клиничког знања знањем из области привређивања, радног права, социјалне сигурности и саодлучивања. Као водеће снаге једног великог и капиталом богатог предузећа од клиничког менаџера се очекује да буде на првом месту добар организатор који размишља на дуге стазе. Првенствено клинички менаџер је особа која треба да омогући профитабилност пословања здравствене установе.

Профитабилност није могуће остварити пословањем само средствима обавезног здравственог осигурања, као јединог и искључивог облика финансирања. И у земљама са развијеном тржишном привредом недостатност буџетских средстава за систем здравствене заштите се све више појачава. То најбоље можемо сагледати на примеру издатака у Немачкој, где су (по подацима *Krankenhaus-Barometer des Deutschen Krankenhausinstituts*) у току 2013. године у односу на исти период претходне године издаци повећани са 31,4 милијарде евра на чак 32,5 милијарди евра (негативна разлика 1 милијарда и 100 милиона евра) са тенденцијом даљег раста. Како се превазилази овакав проблем? У сваком случају не даљим оптерећењем буџетских средстава него усмерењем ка комерцијалним и профитабилним пословима. Анализом структуре корисника здравствених услуга у Немачкој (иначе веома сличној и другим земљама западне Европе) запазићемо велики значај пацијената који услуге плаћају из свог џепа (*out-of-pocket*). Ти, да их назовемо, „приватни“ пацијенти означавају дакле кориснике услуга који услуге лекара, болница, апотека и осталих здравствених активности непосредно плаћају сопственим средствима.

Зато постоји јасна разлика између „сопственог платиоца“ и фондовског корисника осигурања по разним основама. Шароликост и разнородност приватних осигуравајућих кућа говори са једне стране о пожељном тржишном такмичењу, а са друге стране указује на већу флексибилност, због чега ова врста осигурања игра све значајнију улогу у здравственом систему.

Висина накнаде за осигурање регулисана је лекарском тарифом, а она са своје стране представља мултипликацију вредносних категорија укључујући и факторе повећања ризика. Овај фактор се креће од вредности 1 до 3,5 нормираних вредности. Посматран у апсолутном смислу, број приватних осигураника је следећи:

Приватни осигураници:	број / мил.
потпуно осигурање	8,95
додатно осигурање	21,09
стоматолошко осигурање	12,2

Структура приватних осигураника:

Приватни осигураници:	Учешће
службеници и пензионери	42,0 %
предузетници	19,9 %
самостални делатници	15,7 %
запослени у приватном сектору	11,6 %
уживаоци ренте и примања	7,5 %
студенти	2,9 %
незапослени	0,2 %

Које предности уживају овакви осигураници у тржишним условима привређивања? Сопствени платиоци очекују да имају предност у погледу термина. Што се лекара тиче, несумњив значај има чињеница да овакво устројство развија проверу пословања на принципу профитабилности, а лекари такође могу без вођења рачуна о буџетским ограничењима да препишу лекове и друга потребна средства, за која сматрају да су најприкладнија. Приватни пацијент може, такође, да захтева спровођење одређеног поступка или прописивање лекова за које сматра да су за његово здравље најповољнији, поготову ако такве поступке у свом каталогу услуга имају установе са обавезним здравственим осигурањем.

У даљем тексту покушаћемо да направимо поређење претходно наведених примера са актуелним дешавањима на нашем здравственом тржишту. Нећемо компарирати проценте учешћа по структури и броју из средстава обавезног здравственог осигурања и приватног осигурања, јер је оно у нашим условима малено и није за компарацију, али ћемо објаснити наша опредељења, која се састоје у увођењу заштитника права осигураника. Републички фонд за здравствено осигурање је донео Правилник о заштити права осигураника, (Сл. гласник РС 68/13) који се примењује од новембра 2013. године. Овим

правилником се први пут ближе уређује и контролише начин и поступак заштите неприкосновених и законом загарантованих права осигураника. Ове заштитнике сада већ имају све здравствене установе и то на примарном нивоу један заштитник на 500 до 700 запослених, а на секундарном и терцијарном нивоу један заштитник на 300 до 500 постеља. Овде вреди одмах подвући да је у нашим условима привређивања тешко разлучити заштиту права пацијената од заштите права осигураника, јер сви пацијенти су осигураници из средстава обавезног здравственог осигурања! Заштита права пацијената је иначе детаљно регулисана Законом о правима пацијената (Сл. гласник РС 45/13) и истовремено измештена из здравствених установа у јединице локалне самоуправе, али и то измештање, осим очекивања да се буде објективнији и самосталнији у раду, не доноси суштински одговор на питање: шта и кога штити заштитник права пацијената, а шта и кога заштитник права осигураника? То нас упућује да ми, што због помањкања средстава, али и због неке готово историјске склоности да решење актуелних проблема превазилазимо нормативним устројствима, немамо скорашњу намеру да схватимо да је закон само frame-work, а да је суштина у беспрекорном функционалном деловању.

Али, сада ћемо пажњу задржати на реалним комерцијалним пословима. Комерцијализација и приватизација не само примарне здравствене заштите, него и болничког лечења, јесте лајтмотив немачке здравствене политике. Као што смо навели у претходном поглављу, еклатантан пример тржишне оријентације здравства огледа се најпре у околности да у самој Немачкој број клиника са менаџерима достиже две трећине укупног броја клиника, и то са тенденцијом раста, што је сасвим разумљиво пошто не постоји здравствена установа којој нису потреба додатна средства, па је све већи број упућен ка профитабилном пословању и позитивним резултатима на крају године. Ако томе додамо околност да се из године у годину издаци повећавају (већ смо навели да та негативна разлика достиже износ од 1 милијарде и 100 милиона евра) и то, такође, са тенденцијом даљег раста, долази се до круцијалног питања: како се превазилази овакав проблем? Да би се успешно одговорило, неопходно је увек правити разлику између амбулантног и стационарног лечења. У Немачкој је амбулантни сектор (слично нашем здравственом систему) највећим делом финансиран преко здравственог осигурања, без обзира да ли је реч о законском осигурању или приватном осигурању. Њихов однос је 90% законско осигурање и 10% приватно осигурање.

Са друге стране, финансирање стационарног сектора претежно се одвија путем плаћања по принципу „дијагностичког паушалног случаја“ (Diagnosis Related Groups или DRG). Дакле, не врши се плаћање за учињени рад, већ за – настали случај. Новац се даје након дијагнозе, независно од чињенице колико ће стварно бити утрошено за негу болесника као и колико ће трајати лечење пацијента. Због оваквог начина плаћања болница може да буде у добитку или губитку, у зависности од тога да ли је паушални случај предвидео дуже или краће лечење у болници. Оваква констелација односа доводи до јаке економске конкуренције унутар стационарног сектора (имају-

ћи посебно у виду и постојање бројних приватних клиника), а све у циљу скраћења периода лечења. Нормално је очекивати да се болнице понашају по моделу економски конформног капитализма. Оваква позиционираност продукује повећање броја плаћених случаја која узрокују и подразумевају награђивање по леченом пацијенту, али са друге стране води ка смањењу особља, а све у функцији смањења трошкова пословања. Резултанта се огледа у укупном смањењу накнада по пацијенту, односно случају, али се захваљујући повећаном комерцијализирању сви делови процеса у болници структурирају ка економским видовима и постављају себи циљ – максимизирање добитка.

Увек присутна (без обзира на степен економске развијености) оскудност јавних средстава доводи у конкретном случају до ситуације да се болнице налазе у беспопштедном такмичењу. У овој констелацији односа потребе пацијената, медицинска нега и љубазност особља се налазе иза профитних интереса. То се може илустровати конкретним примером: у Немачкој је од 2003. до 2013. године дошло до повећања операције кука за 20%, а операције колена за чак 50%. Овакав еклатантан раст претпоставља да је мање у питању неопходна медицинска потреба, него више економска потреба за максимизирањем профита, јер предметни развој догађаја све више указује да није реч о медицинској неопходности него околности да је пацијент средство за остварење циља. У научној јавности се стога наглашава са једне стране потреба динамичног привредног раста са развијеним иновационим могућностима, а са друге стране да те околности имају за циљ досезање вредности препознатљивих у медицинском усавршавању и техничком напретку, као и повећање здравствене свести становништва. Перманентно се дакле има у виду да је добро здравствено збрињавање од изванредног значаја за продукциону моћ и привредни раст.

ЗАКЉУЧАК

Здравствена индустрија подразумева развијену тржишну економију. Да би се уочила компаративна вредност, морамо стално имати у виду да су укупни здравствени трошкови per capita у Немачкој 4.338 евра (на нивоу Европске уније просечна вредност је 3.268 евра), а у Србији свега 360 евра. Даље, да је просечна зарада у Немачкој 4.350 евра, а код нас 60.803 динара (брuto), односно 43.975 динара (нето), што је прерачунато у европску обрачунску јединицу свега 366 евра. Али, са друге стране ваља стално сагледавати и развојну концепцију

која подразумева перманенту бригу за унапређење квалитета рада, препознатљиво настојање за стручним усавршавањем и континуирано вођење рачуна о стручности рада, увођење иновативне технологије, и саобразно могућностима стандарда грађана, ненаметљиве а ипак присутне понуде засноване на комерцијалним ефектима. То нас упућује да постоји реална шанса ка комерцијализацији здравствених програма, јер и поред у компаративном смислу евидентног материјалног заостајања Србије у односу на Европску унију, не могу се са друге стране оспорити прегнантна настојања са позитивним рефлексијама.

ЛИТЕРАТУРА

1. Fritz Beske, Hermann Bechtel, Johannes Hallauer: Das Gesundheitswesen in Deutschland; Deutscher Aerzte-Verlag, Koeln, 2011.
2. Reinhard Dettmeyer: Medizin und Recht fuer Aerzte ; Springer, Berlin, 2010.
3. Bertram Haeussler, Norbert Schattauer: Jahrbuch der medizinischen Innovation; KG Stuttgart Verlag, 2011.
4. Tobias Weiler, Hans-Peter Bursig: Das Einsparpotenzial innovativer Medizintechnik im Gesundheitswesen; Spectaris, Berlin, 2010.
5. Правилник о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за 2013. годину (Службени гласник РС 125/12).
6. Уредба о корективном коефицијенту, највишем процентуалном увећању плате, критеријумима и мерилима за део плате који се остварује по основу радног учинка, као и начину обрачуна плате запослених у здравственим установама (Службени гласник РС 100/11).
7. Фискална стратегија Владе Србије за 2014. годину са пројекцијама за 2015. и 2016. годину (Службени гласник РС 97/2013).
8. OECD Health Division . Health Data 2012 – frequently Requested Data. Paris OECD. www.oecd.org/doc/aidstat: Development aid at a glance, Statistics by region.
9. Prof Dr Viviane Scherenberg: Intention der Gesundheitsoekonomischer Evaluation; Bremen, Hochschule der Gesundheitswirtschaft, 2010.
10. Manfred Friedler: Perspektiven fuer eine Gemeinwohl orientierte Gesundheitspolitik; Essen, 2012.

Контакт: Mr sc. iur. Сретен Станојевић, Институт за рехабилитацију, Београд, Сокобањска 17, тел: 2667-343, e-mail: sretenstanojevic@gmail.com