



Institut za socijalnu medicinu
Medicinskog fakulteta
Univerziteta u Beogradu

Fond za otvoreno društvo
Srbija



“Podrška reformi sistema zdravstvene zaštite i postizanju održivog finansiranja”

PRIRUČNIK
ZA PRAĆENJE IZLAGANJA I RAD U GRUPAMA

Beograd, jun 2004.godine

SADRŽAJ

1. CIKLUS REFORME SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	2
Tekst priredila Zorica Dimitrijević	
2. PROCENA PERFORMANSI SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	13
Tekst priredila Ivana Mišić	
3. OD DIJAGNOZE DO REFORME SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE.....	21
Tekst priredila Milena Šantrić-Milićević	
4. ETIČKI ORISTUPI U REFORMAMA SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	33
Tekst priredile: Vesna Bjegović, Aleksandra Jović-Vraneš, Bojana Matejić	
5. DECENTRALIZACIJA U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE.....	58
Tekst priredila Snežana Simić	
6. FINANSIRANJE SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	71
Tekst priredile: Dragana Grbić, Zorica Terzić i Dejana Vuković	
7. REGULATIVA U OBLASTI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE SA OSVRTOM NA PITANJA KVALITETA	105
Tekst priredila Ivana Mišić	
8. OD PODATAKA, PREKO INFORMACIJA, ZNANJA I RAZUMEVANJA, DO ODLUČIVANJA	113
Tekst priredila Jelena Marinković-Erić	

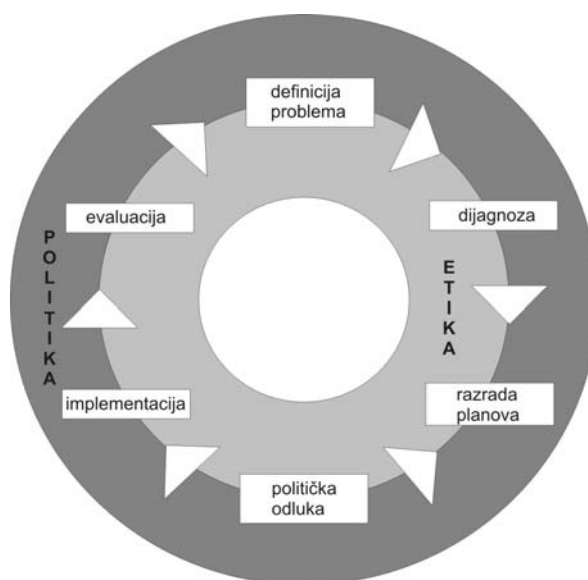
CIKLUS REFORME SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Tekst priredila Zorica Dimitrijević

Uvod

Proces promene zdravstvene politike prolazi kroz ciklus od šest faza; definicije problema, postavljanja uzročne dijagnoze, formulisanje politike, donošenja političke odluke o inicijativi za reforme, sprovođenja reforme i ocene efekata reforme. Ciklus se zatim nastavlja jer se pojavljuju novi problemi koji se moraju rešavati (šema 1).

Shema 1: Ciklus reforme sistema zdravstvene zaštite



Proces reforme može početi u različitim fazama ovog ciklusa, s tim što neke faze mogu biti preskočene ili se nekoliko faza može odvijati istovremeno. Može se početi i od postavljanja *dijagnoze*, konstatujući da uzrok svih naših problema leži u državnim klinikama i bolnicama koje nemaju dovoljno resursa da bi mogle pružati odgovarajuće zdravstvene usluge. Međutim, proces reformi bi trebalo da se odvija kao ciklus promena koje slede određene faze pri sprovođenju u praksi.

Donosioci odluka se suočavaju sa etičkim i političkim problemima tokom celokupnog ciklusa reforme. Ključna pitanja pri tome su “Koji su stvarni prioriteti?” i “Kako odolevati političkim pritiscima?” Pristup reformi sistema zdravstvene zaštite zahteva eksplicitno ispitivanje etičkih osnova zdravstvene politike i odbacivanje ideje da su vrednosti svih sistema isti, ili da je reforma ovog sektora isključivo tehnički problem. Naprotiv, potrebno je sagledati i razmotriti političke faktore u svim fazama procesa reforme.

Prve četiri faze ciklusa: *definisanje problema, postavljanje dijagnoze, formulisanje politike i politička odluka* su najvažnije, uz primenu “kontrolnih mehanizama”, posebno važnih za postavljanje dijagnoze i formulisanje politike. Čisto teorijske rasprave o opcijama reforme sistema zdravstvene zaštite nisu mnogo korisne, pa je potrebno realno sagledati teškoće sprovođenja reforme na nacionalnom nivou. To proističe iz činjenice da se problemi sistema zdravstvene zaštite retko, ili nikada, ne mogu rešiti zauvek. Kako se zemlje razvijaju, tako i njihovi sistemi zdravstvene zaštite moraju da odgovore na nove izazove. Šta više, proces reforme je takođe nesavršen i ciklus reformi se stalno ponavlja.

Prva faza - Definisanje problema

Korak koji se najčešće zanemaruje, a koji je jedan od najvažnijih u reformi sektora zdravstva odnosi se na definisanje problema. Najčešće, reformski proces inicira neka vrsta šoka ili krize, ali konflikti interesa uslovljavaju niz različitih mišljenja o tome kako treba da se definiše problem i šta je to što predstavlja odgovarajuće rešenje. Grupa kojoj pođe za rukom da njena definicija problema bude prihvaćena kao osnova za raspravu o reformi, imaće veliki uticaj na rešenja kojima će se težiti i na politiku koje će se usvojiti.

Prilikom definisanja problema, mogu se postaviti dve vrste pitanja: prva vrsta su *normativna ili preskriptivna* - šta je to što predstavlja dobru definiciju problema? Šta jedno područje lošeg funkcionisanja čini prioritetom u odnosu na neko drugo? Odgovor na ovo pitanje uključuje etičke i filozofske aspekte.

Druga vrsta pitanja je *empirijska ili deskriptivna* - koji su to društveni procesi koji utiču na uočavanje problema? Koji faktori određuju kako će se definisati problem? Dobar pristup definisanja problema se zasniva na stavu da na sektor zdravstva treba gledati kao na *sredstvo* a ne kao na *cilj* i da problemi treba da se definišu u smislu *rezultata*.

Različite etičke teorije nude različite uglove gledanja koji su aspekti najvažniji. Neki rezultati upućuju na *stanje zdravlja* stanovništva - dužinu života, vrstu onesposobljenosti, njihovo variranje u različitim grupama stanovništva, itd. Drugi skup rezultata upućuje na *zadovoljstva* zdravstvenom zaštitom građana nekog društva. Treći skup rezultata odnosi se na *zaštitu od finansijskog rizika* - kapacitete sistema zdravstvene zaštite, finansijskog opterećenja koje bolest može nametnuti, i druge.

Fokusiranje na posledice, reformistima može da bude teško prihvatljivo, a posebno teško sprovodljivo. Zagovornici snažno opredeljeni za određenu politiku često se zalažu za konkurentske fondove zdravstvenog osiguranja, veći značaj porodične medicine ili samostalne bolnice, ne objašnjavajući pritom kako bi takva politika poboljšala funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite. Štaviše, mnogi nadležni u vladi nisu navikli na to da se usmere ka rezultatima funkcionisanja. Umesto toga, oni se usredsređuju na trošenje budžeta, postizanje ciljeva proizvodnje ili postupanja po pravilima. Za njih se problemi definišu u smislu neuspeha da se ispune određene norme ili pravila, a ne u smislu posledica onoga što je učinjeno ili nije učinjeno (Barzelay i Armajani, 1992).

Na osnovu iskustava u raznim delovima sveta, uočava se da se stare navike u načinu mišljenja teško napuštaju. Mišljenje o određenom problemu uglavnom oblikuju okvirne

pretpostavke, tzv. “paradigme” (Kuhn, 1962). Naglasak treba staviti na analizu ciljeva i fokusiranje na posledice, odnosno na “pomeranje paradigme” koje predstavlja nov način razmišljanja u reformi sektora zdravstva. Takav ugao gledanja prisiljava reformiste da utvrde ciljeve i povežu predložene reforme s tim ciljevima, a kao rezultat se postiže veća samokritičnost reformista u pogledu realizacije postavljenih ciljeva.

Uloga podataka u definisanju problema i utvrđivanju prioriteta je važna i čini se da su za identifikovanje problema potrebni samo dobri podaci. Međutim, budući da je to stvar deskripcije, u praksi se to ne odvija tako. Mnoge reforme napreduju i bez dobrih podataka. Štaviše, sa normativne tačke gledišta, podaci ne mogu potpuno definisati probleme i prioritete reforme zdravstva, jer se svaka politička odluka mora oslanjati, implicitno ili eksplicitno, kako na nauku, tako i na etiku. Npr., u većini zemalja žene žive duže od muškaraca, pa se postavlja pitanje da li se ova nepravda koju javna politika treba da ispravi, može ispraviti samo na osnovu podataka?

Ipak, podaci igraju važnu ulogu, jer naučno razumevanje može doprineti da se definišu opcije i razjasne posledice. U tom smislu, eksperti imaju posebnu odgovornost da pomognu da se u političkom procesu promena shvati o čemu se radi u reformi sistema zdravstvene zaštite. U suprotnom, u debati će dominirati i imati inicijativu mit, ideologija i grupni interesi.

Važan način korišćenja podataka u procesu definisanja problema je *utvrđivanje nivoa*, izraz koji je pozajmljen iz literature o upravljanju kvalitetom (Deming, 1982; Juran i Gyrna, 1980). U reformi sektora zdravstva, nivelacija znači upoređivanje sa zemljama sličnim vlastitoj u pogledu nivoa dohotka i rashoda, čiji su rezultati u funkcionisanju sistema naročito efikasni. Tako bi se reformisti u Tajlandu mogli pitati zašto je u Šri Lanki životni vek duži, iako se tamo manje troši na zdravstvenu zaštitu i iskoristiti tu činjenicu da se usredsrede na definisanje sopstvenog problema. Uprkos razlikama među zemljama, međunarodni kriterijumi mogu poslužiti kao korisna početna tačka za raspravu o problemima funkcionisanja.

Druga faza - Postavljanje dijagnoze uzroka problema

Nakon definisanja problema na osnovu rezultata rada sistema zdravstvene zaštite, sledeći zadatak je utvrđivanje odrednica nezadovoljavajućih rezultata. Kao što lekari ispituju anatomiju i fiziologiju, tako reformisti sektora zdravstva moraju da utvrde uzroke problema putem *pet kontrolnih mehanizama* u sektoru zdravstva. To nije jednostavan zadatak – potrebno je ispitati uzroke koji stoje iza, izvan i ispod onoga što je očigledno (Ishikawa, 1988).

Izazov je u tome da se ide dalje, kako bi se shvatilo zašto sistem deluje na takav način. Npr., istraživači koji su zainteresovani za objašnjavanje problema većih troškova zdravstva od očekivanih u urbanim područjima Kine, otkrili su da je bilo neuobičajeno velikog korišćenja lekova (Svetska banka, 1997). Postavljanje dijagnoze uzroka problema je otkrilo sledeće:

- reagujući na budžetske pritiske, kineska vlada je znatno smanjila iznose plaćanja bolnicama,

- bolnice su zbog toga morale da se oslone, ili na plaćanja iz fondova osiguranja kojima su obuhvaćeni državni službenici i industrijski radnici, ili na plaćanja iz džepa pacijenata,
- korišćenje opreme visoke tehnološke vrednosti i propisivanje najsavremenijih lekova u šemi naplate na ime refundiranja po osnovu osiguranja, bilo je naročito profitabilno,
- na osnovu tradicionalne kineske prakse primene lekovitog bilja u medicini, bolnice su prodavale pacijentima neposredno lekove i pružale usluge ambulantnog lečenja u velikoj meri,
- da bi stimulisale svoje lekare, bolnice su počele da ih stimulišu naknadama koje su poticale od profita bolnice nastalih po osnovu recepata koje su propisivali lekari.

Kao rezultat toga, broj recepata za najprofitabilnije lekove značajno se povećao (Dai, 1993; Gao, 1996). Umesto toga, mogao se promeniti način finansiranja bolnica, sistem osiguranja, cenovnik usluga, šeme naknada lekarima, ili propisi o lekovima.

Pet kontrolnih mehanizama

Radi lakšeg razvoja procesa postavljanja dijagnoze i procesa formulisanja politike u reformi sektora zdravstva, pominju se pet “kontrolnih mehanizama”, koje reformisti moraju da prilagode kako bi poboljšali rezultate sistema (šema 2).

Izraz »kontrolni mehanizam« se koristi kao metafora. Kontrolni mehanizam je promena funkcionisanja nekog složenog sistema sa ciljem da se postigne konkretan rezultat. Npr., pilot velikog aviona koji podešava razne komande da bi postigao željenu visinu, brzinu i štednju goriva, odnosno, odabrao odgovarajuću kombinaciju.

Na slične načine zamišljamo i kontrolni mehanizam sistema zdravstva kao nešto što se *može podešavati* delovanjem ministarstva i vlade. Naime, postoje područja strukture sistema zdravstvene zaštite koja su veoma važna za njegovo funkcionisanje (npr. finansiranje), ali sve što ne može biti podložno promenama kao delu reforme, ne može biti kontrolni mehanizam. To su samo oni faktori koji značajno određuju funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite:

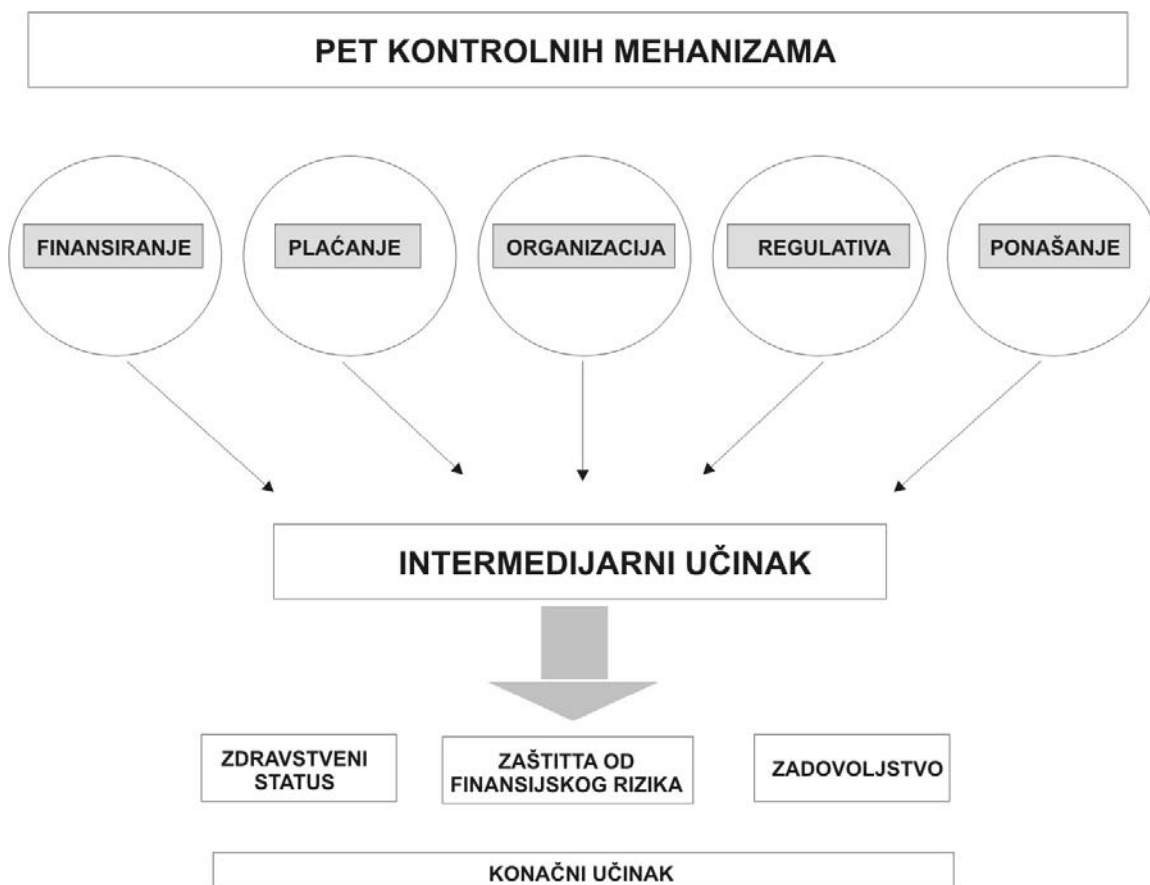
- **Finansiranje** označava sve mehanizme za prikupljanje novca kojim se plaćaju aktivnosti u sektoru zdravstva. Ti mehanizmi obuhvataju poreze, doprinose, premije osiguranja i neposredna plaćanja od strane pacijenata. Koncept institucija koje prikupljaju novac (npr., fondovi zdravstvenog osiguranja) je takođe deo ovog kontrolnog mehanizma, kao i alokacija sredstava za razne prioritetne potrebe.
- **Plaćanje** se odnosi na metode transfera novca onima koji pružaju zdravstvene usluge (lekarima, bolnicama i drugim zdravstvenim radnicima), kao što su honorari, glavarina, budžeti i neposredno plaćanje. Plaćanja stvaraju podsticaje onima koji pružaju usluge.
- **Organizacija** označava mehanizme koje reformatori koriste kako bi uticali na one koji pružaju usluge na tržištima zdravstvene zaštite, njihovu strukturu, uloge i funkcije, kao i to kako ti davaoci usluga funkcionišu interno. Ti mehanizmi

obuhvataju i mere koje utiču na konkurenciju, decentralizaciju i neposrednu kontrolu davanja usluga. Organizacija obuhvata i to šta ko radi, i ko se s kim nadmeće, kao i menadžerske aspekte načina na koji davaoci usluga funkcionišu interno - način izbora menadžera i način nagrađivanja zaposlenih.

- **Regulativa** se odnosi na mere prinude od strane vlade u cilju promene ponašanja aktera u sistemu zdravstvene zaštite, uključujući davaoce usluga, osiguravajuća društva i pacijente. Često se dešava da regulativa “ostaje” u knjigama, ali se ne sprovodi. Reformatori moraju imati na umu onu regulativu koja korespondira i funkcionise u skladu s njihovim namerama.
- **Ponašanje** obuhvata napore da se utiče na to šta pojedinci rade u odnosu na zdravstvenu zaštitu, uključujući tu i pacijente i davaoce usluga. Ovaj kontrolni mehanizam obuhvata sve počev od kampanja u sredstvima masovnog informisanja o pušenju, do promena u seksualnom ponašanju u cilju sprečavanja HIV infekcije, korišćenja lekarskog društva radi uticanja na ponašanje lekara, ubeđivanja građana da prihvate ograničenja u pogledu izbora davanja usluga.

“Kombinacije” ovih kontrolnih mehanizama objašnjavaju mnoge aspekte funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite. *Finansiranje* određuje kolika su sredstva na raspolaganju. *Plaćanje* određuje pod kojim uslovima su ta sredstva na raspolaganju davalcima usluga. *Organizacija* određuje vrste davalaca usluga koje postoje, kao i njihovu strukturu, što sa svoje strane oblikuje način njihovog funkcionisanja. *Regulisanje* nameće ograničenja u pogledu ponašanja svih aktera u sistemu. *Promene ponašanja* utiču na to kako pojedinci reaguju na organizaciju sistema zdravstvene zaštite.

Važno je istaći da i drugi kulturni i strukturni faktori utiču na rezultate sektora zdravstva (npr., nefunkcionalnost regulative upućuje na političke institucije, kulturne tradicije i društveni kapital neke zemlje, a to nije podložno promeni od strane reformatora). Snage u drugim sektorima takođe utiču na stanje zdravlja stanovništva, npr., sistem obrazovanja. Politika razvoja poljoprivrede i industrije takođe utiče na stanje zdravlja i pozitivno i negativno— kroz veličinu dohotka koji se stvara, raspoloživost hrane, kao i njene nutritivne efekte (izloženost pesticidima, npr.). Makroekonomska politika takođe ima višestruko dejstvo na stanje zdravlja u zemljama u razvoju, kao što pokazuje debata o politikama strukturnog prilagođavanja u 1980-im godinama (Bell i Reich, 1988). Sveobuhvatan pristup poboljšanju zdravlja zahteva i međusektorsku saradnju i koordinaciju, tako da razumevanje uloge tih faktora može pomoći reformistima da shvate probleme s kojima se suočavaju.

Shema 2: Pet kontrolnih mehanizama u reformi sistema zdravstvene zaštite**Treća faza - Razrada politike**

Nakon što se postavi dijagnoza nekog problema, sledeće pitanje je šta treba preduzeti. Koje mere i aktivnosti treba preduzeti i koja je politika prikladna da se otklone uzroci? Ovaj proces je teži nego što se može učiniti, jer je potrebno gledati *unapred* prilikom projektovanja politike, imajući u vidu implementaciju i evaluaciju političkih ciljeva, odnosno, reperkusije *procesa* razvoja političkih opcija na kasnije faze ciklusa politike.

Nove ideje

Posebne paradigme se formiraju i razvijaju putem prakse i iskustva zaposlenih u okviru pojedinih profesija (Goode, 1969). Ekonomisti su npr., skloni da sve posmatraju u koordinatama cena i tržišta, a stručnjaci u oblasti javnog zdravlja, u domenu epidemiologije i prevencije. Kada se usvoje i promovišu određene paradigme u okviru neke oblasti, promene i reforme postaju teže (npr., SZO je promovisala koncept PZZ tokom nekoliko decenija, što je znatno smanjilo pažnju koja se posvećuje alternativnim modelima zdravstvene politike u ovoj oblasti - Tarimo i Webster, 1997).

Da bi se prevazišli ovi problemi, međunarodno znanje je jedan od korisnih prilaza. Ako neka zemlja želi da razvija urbane zdravstvene centre, bilo bi razumljivo da prouči iskustvo drugih zemalja, kao i pouke koje su izvučene iz njihovih neuspeha i uspeha. Budući da se ekonomske prilike i političke institucije razlikuju, ideje iz drugih zemalja treba prilagoditi lokalnim uslovima uz svest da je međunarodno iskustvo korisno za početak rada na reformi.

Inovacije u politici izvan sektora zdravstva su još jedan izvor novih ideja. U Bangladešu, npr., jedna nevladina agencija za razvoj je sprovela program za mikro-finansiranje lokalnih zajednica kojim se predviđaju krediti za pokretanje određenih delatnosti. Dohodak koji se stvara iz ovih izvora se prikuplja za lokalno finansiranje zdravstvenog osiguranja. Treći izvor ideja je teorija, kao podsticaj i inspiracija (Enthoven 1988).

Gledanje u budućnost

Da bi se razradio delotvoran plan za reformu sektora zdravstva, reformatori moraju misliti unapred, pre donošenja odluka i pre implementacije programa. Razumni reformatori počinju da razmišljaju o političkoj prihvatljivosti njihovih programa dok ih razrađuju, kako bi plan koji se razmatra imao izgleda da bude usvojen. Slična razmatranja važe i za implementaciju. Međutim, različite zemlje se razlikuju po administrativnom kapacitetu i stavovima koje građani imaju prema vlasti, te se prilikom projektovanja politike moraju imati u vidu mogućnosti zloupotreba i pripremiti odgovori za takve situacije (npr., Mađarska je počela da plaća bolnicama fiksni iznos za svaku vrstu prijema u bolnicu na osnovu dijagnostički srodnih grupa, pa su uskoro svi porođaji bili "komplikovani", Evetovits, 2002).

Problem implementacije se sastoji i u dilemi da li bi trebalo odmah pristupiti celovitoj implementaciji na nacionalnom nivou, ili usvojiti pristup ograničenijeg demonstracionog projekta, tim pre što se reforma često sprovodi u kontekstu krize. U kriznim situacijama postoji iskušenje da se krene direktno, na širem planu, dok se javna pažnja fokusira na problem, a snage za podršku mobilizu. Eksperimentalni ili demonstracioni projekat omogućava učenje i "probu" nove ideje na užem planu, kako bi se otkrile teškoće u sprovođenju i manjkavosti u logici plana pre nego što se usvoji na nacionalnom nivou (npr., u nedavnoj reformi zdravstvenog osiguranja u Kini, prvo su dve, a zatim dvadeset opština, bile obuhvaćene raznim eksperimentalnim programima pre nego što je finalizovan nacionalni plan, Yip i Hsiao, 2001).

Posmatranje inovacije politike kroz eksperiment omogućava da se ocene konkurentni predlozi i kumulira energija i entuzijazam potreban za uspeh reforme. Naravno, u nekim slučajevima se demonstracioni projekt nikada ne proširi u većim razmerama, nego ostane ograničen i od minornog uticaja na širi sistem zdravstvene zaštite.

Proces projektovanja

Zadatak projektovanja reformskih planova je isto toliko politički koliko i analitički. To važi jednako za *sadržinu* reformskih ideja kao i za *proces* razrade ideja. Ovaj proces projektovanja može biti ključni korak u mobilisanju podrške reformi. Razvoj politike treba da rezultira planom koji je istovremeno tehnički solidan i politički izvodljiv.

Klasičan primer kako ne treba projektovati politiku u tom pogledu je propala reforma sistema zdravstvene zaštite u SAD za vreme predsednika Klintonu (Skocpol, 1996). Tehnički eksperti su razvili plan iza zatvorenih vrata, uz ograničeno konsultovanje bilo najvažnijih interesnih grupa (npr., zakonodavaca), bilo političkih lidera u Kongresu.

Uključivanje grupa sa različitim uglovima gledanja pomaže, kako političkim, tako i tehničkim ciljevima. Davanje uloge potencijalnim davaocima podrške u procesu, može doprineti da “potencijalni” postanu stvarni davaoci podrške. Suviše “učesća” može ograničiti sposobnost reformatora da postignu ono što žele, i što proces treba da omogući. Stoga reformisti treba da nadgledaju svakodnevni rad reformske grupe, da projektuju delokrug rada članova radne grupe ili komisije oformljene u cilju detaljne razrade politike. Pažljivo upravljanje procesom projektovanja politike zahteva veliku veštinu i iskustvo i može biti od ključnog značaja za uspeh reforme.

Četvrta faza - Politička odluka

Usvajanje predloga reforme je preduslov za političko odlučivanje od strane izvršne i zakonodavne vlasti. Reforma sistema zdravstvene zaštite se suočava s teškim političkim izazovima. Organizovane interesne grupe sa velikim ulogom u postojećem sistemu (lekari, vlasnici bolnica i farmaceutska industrija) se po pravilu protive promenama, budući dobitnici od reforme (bolesnici, siromašni, nepriviligovani) ostaju često bez uticaja, dok neki potencijalni davaoci usluga (npr., porodični lekari koji tek treba da se obuču) još uvek ne postoje u sistemu zdravstvene zaštite, te tako ne mogu da igraju delotvornu ulogu, itd.

Usvajanje reforme zdravstvenog sektora nije samo stvar političkog opredeljenja i preuzimanja rizika (*politička volja*); to je takođe stvar delotvorne političke strategije i izgradnje koalicije (*politička veština*).

Za reformatore zdravstva, političke veštine su od suštinske važnosti. Da li će predložena reforma biti usvojena, zavisiće od veštine i kapaciteta zagovornika i protivnika, kao i od političke strategije koja će se primeniti. Odluke se, po pravilu, donose kroz borbu unutar državnog aparata (opponenti se bore za kontrolu) koji mora da misli politički i strateški, bez obzira na vrstu sistema u kome funkcioniše.

Ključni politički zadatak je izgradnja snažne koalicije za podršku, što znači identifikovanje grupa i pojedinaca koji imaju dovoljno kolektivne političke moći da postignu prihvatanje predložene politike. Politički strateg za reformu sistema zdravstvene zaštite mora da planira moć i položaj ključnih grupa i da projektuje strategije koje će rezultirati tom podrškom. Strategije takođe moraju uzeti u obzir institucionalnu i političku strukturu zemlje. Međutim, politika se ne završava time što je neki plan usvojen, već nastavlja da igra značajnu ulogu u kontroli sprovođenja reforme, što dovodi do sledeće faze ciklusa.

Peta faza – Implementacija

Američki politikolog Aron Vildavski tvrdio je da dobre ideje ne vrede mnogo ako se ne mogu sprovesti u delo (Pressman i Wildavski, 1973). Mnoge navodno dobre ideje o reformi zdravstvene zaštite su propale upravo zbog toga što nisu mogle biti sprovedene.

Reforma sektora zdravstva *uvek* zahteva da se organizacije i pojedinci ponašaju drugačije. Promenama se gotovo uvek pruža otpor, a jedan od razloga je psihološke prirode, odnosno, straha od nepoznatog. Otpor promenama leži i u rastu troškova za određene grupe i pojedince, za nove procedure i aranžmane, kao i u postojećoj hijerarhiji onih koji su imali koristi od starog sistema.

Još jedna snaga koja koči promene je stari način razmišljanja. Usađeni kalupi razmišljanja i ponašanja mogu imati jako uporište u nama, na šta utiče kultura, klasa, položaj i pol. Sprovođenje reforme u sistemu zdravstvene zaštite zavisi i od menjanja nekih od tih kulturnih modela i modela ponašanja, a to je proces koji može biti veoma težak.

Prevazilaženje otpora promenama je značajno i za rukovodioce koji nisu menadžeri (uključujući ministre zdravlja ili finansija) – to su najčešće lekari, političari ili ekonomisti. Malo njih je imalo iskustva u svojstvu glavnog rukovodioca velike organizacije, a oni retko shvataju značaj menadžerskih veština. Sprovođenje reforme zdravstvenog sistema obuhvata mnoge osnovne organizacione zadatke; razradu plana implementacije, okupljanja tima za sprovođenje plana i podelu zadataka članovima tima, kreiranje i koordinaciju vremenskih planova, kao i motivisanje i davanje povratne informacije onima koji su uključeni.

Napori u pravcu reforme zdravstvenog sektora moraju se pratiti kontinuirano i pažljivo, kako bi se mogli identifikovati problemi i uvesti korektivne mere. Stoga je potrebno obezbediti odgovarajući sistem izveštavanja koji je od velike važnosti za uspešnu implementaciju politike.

Mnogi problemi se mogu pojaviti i u prikupljanju relevantnih informacija. Stoga je ključni zadatak reformista da projektuju sistem praćenja promena koji uspostavlja ravnotežu troškova i kvaliteta podataka, a takođe olakšava rad u smislu otpora zloupotrebama. Takav sistem je od ključnog značaja za delotvorno sprovođenje i evaluaciju reforme.

Šesta faza – Evaluacija

Uspešna evaluacija mora da počne znatno pre nego što se sprovede novi program reforme i ocene efekti nove politike. Često se postavlja pitanje da li je ono što se događa rezultat reforme ili “normalnog toka stvari”. Za prikupljanje podataka se troše oskudni resursi, te se mora doneti niz strateških odluka da bi proces evaluacije bio istovremeno uspešan i održiv. Najjednostavniji pristup evaluaciji je upoređenje pre i posle. To obuhvata analizu načina na koji se rezultati menjaju dok se sprovode reforma. Međutim, ovaj pristup prenebregava ulogu koju igraju drugi događaji ili prilike (npr., poboljšanja

stanja zdravlja bi mogla biti rezultat većeg ekonomskog rasta, a ne uvođenja novog načina finansiranja ili načina plaćanja lekara).

Klasično rešenje za taj problem je da se osmisli “kontrolna grupa”, grupa koja *ne* podleže novom programu ili politici, što omogućava pristup upoređenja razlika pre i posle, između eksperimentalne grupe i grupe za kontrolu. Takav pristup najbolje funkcioniše u kombinaciji sa strategijom demonstracionog projekta, jer na nacionalnom nivou nema mesta kontrolnoj grupi (Smith Morrow, 1996; Rossi, Freeman i Lipsey, 1998).

Kada ne postoji grupa za kontrolu, postoji nekoliko drugih mogućnosti; različiti regioni zemlje ili slična susedna zemlja, kao osnovni parametar. Te probleme bi trebalo pažljivo proučiti prilikom projektovanja procesa evaluacije. Suština je da se moraju pribaviti veoma pouzdani podaci za situaciju pre početka sprovođenja promena. Reformatori u sistemu zdravstvene zaštite bi trebalo da prikupe osnovne podatke znatno ranije, pre nego što se uvede nova politika ili novi program.

Iako ne možemo da proučimo mnoge relevantne probleme za evaluaciju reforme, potrebno je imati na umu nekoliko ključnih pouka o ulozi podataka u evaluaciji. Prvo, prikupljanje podataka nije besplatno, a bolji podaci koštaju više. Dobar plan evaluacije mora da izbalansira odnos troškova i dobiti (cost/benefit). Drugo, troškovi prikupljanja podataka padaju na ljude koji vrše izveštavanje, i ukoliko su troškovi za njih suviše visoki, dobiće se loši podaci (npr., u studiji porodilišta u jednom okrugu u severnoj Gani nađeni su mnogobrojni problemi u pogledu kvaliteta podataka, tako da je dobar deo prikupljenih informacija bio “sumnjivog kvaliteta”. Babice su smatrale da im vođenje evidencije oduzima mnogo vremena, broječni podaci nisu analizirani posle godišnjeg izveštaja, a čitav poduhvat je zbog toga bio od male koristi, Allotey i Reidpath, 2000).

Treće, previše prikupljanja može da dovede do nepotrebnog nagomilavanja podataka. Četvrto, ključno pitanje za svakog menadžera u vezi sa zadatkom predloženog prikupljanja podataka je kako će koristiti podatke kada ih dobije. Podaci koji nisu vezani za aktuelne odluke, ostaće neiskorišćeni.

Jedna od strategija za pribavljanje pouzdanih informacija je da se koriste podaci koje organizacije prikupljaju za svoje vlastite potrebe. Takvi podaci imaju više izgleda da budu prikupljeni i evidentirani precizno, pošto su neophodni menadžerima da bi mogli da rukovode organizacijom (npr., podaci o platnim spiskovima, kartoni personalnih podataka i izveštaji o otpustima iz bolnice).

Ukratko, evaluacija mora od početka da bude briga za reformatore zdravstva. Ona ne može da čeka da novi program bude implementiran. Osnovni podaci moraju se prikupiti pre implementacije, a administrativni sistemi moraju se tako projektovati da se evaluacija ima u vidu. Da bi se izbegle neželjene posledice, evaluacija se mora shvatiti ozbiljno kako bi se posledice mogle otkriti i blagovremeno razmotriti. Ironija je u tome što će reformisti znati da je evaluacija obavljena dobro kada prikupljeni podaci otkriju nove probleme, tako da ponovo počinje ciklus reforme sistema zdravstvene zaštite.

Rezime

- Faza 1:** **Definisanje problema** – zasniva se na izboru, uključuje etičku teoriju, definiše se putem *relevantnih ciljeva funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite*.
- Faza 2:** **Postavljanje dijagnoze** - procena *uzroka lošeg funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite*.
- Faza 3:** **Formulisanje politike** – u više koraka, uz *pet kontrolnih mehanizama*.
- Faza 4:** **Politička odluka** – uz *političku analizu i političku strategiju*.
- Faza 5:** **Implementacija** – sa *prevazilaženjem otpora promenama*
- Faza 6:** **Evaluacija** – *prikupljanje podataka i ustanovljavanje “kontrolne grupe”*

Literatura

1. Barzelay, M., Armajani, B. (1992). Breaking through Bureaucracy: A New Vision for Managing in Government. Berkeley, CA: University of California Press.
2. Kuhn, T. (1962). The structure of Scientific Revolutions. Chicago, IL: University of Chicago Press.
3. Deming, E. (1982). Quality, Productivity and Competitive Position. Cambridge, MA: MIT Press.
4. Ishikawa, K. (1988). What is Total Quality Control? The Japanese Way. Translated by David J. Lu. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
5. Dai, D. (1993). A Review of the Health Care Reform. Chinese Journal of Health Economics 4: 28-30.
6. Bell, D., Reich, M. (1988). Health, Nutrition and Economic Crises: Approaches to Policy in the Third World. Dover, MA: Auburn House.
7. Goode, W. (1980). The Theoretical Limits of Professionalization. In: Amitai Etzioni, et., The Semi-Professions and Their Organization. New York, NY: McGraw-Hill.
8. Tarimo, E., Webster, E.G. (1997). PHC: Concepts and Challenges in a Changing World – Alma Ata Revisited. Geneva: WHO.
9. Enthoven, A. (1988). Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance. Amsterdam: Elsevier.
10. Evetovits, T. (2002). Health Services Management Training Center, Semmelweis University, preson.comunic.
11. Skocpol, T. (1996). Boomerang: Clinton's Health Security Effort and the Turn Against Government in US Politics. New York, NY: W.W. Norton.
12. Pressman, J., Wildavsky, A. (1973). Implementation: How Great Expectations in Washington are Dashed in Oakland. Berkeley, CA: University of California Press.
13. Smith, P., Morrow, R. (1996). Field Trials of Health Interventions in Developing Countries. London: McMillan.
14. Allotey, A., Reidpath, D. (2000). International Quality in a Remote Rural Maternity Unit in Ghana. Health Policy and Planning 15(2): 170 – 76.

PROCENA PERFORMANSI SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Tekst priredila Ivana Mišić

Uvod

Prilikom sagledavanja uzroka nezadovoljavajućih ishoda u oblasti sistema zdravstvene zaštite, određene karakteristike često imaju značajnu ulogu. Njih nazivamo *prelaznim kriterijumima* za procenu funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite, a značajni su zbog uticaja koji imaju na osnovne kriterijume za procenu njegovog funkcionisanja: zdravstveno stanje stanovništva, zadovoljstvo građana zdravstvenim uslugama i finansijska zaštita korisnika usluga. (Berwick, Godfrey and Roessner, 1991)

Iako su prelazni kriterijumi za procenu funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite često bili predmet stručne rasprave, u praksi je uočeno pogrešno korišćenje i nedovoljno razumevanje ovih termina. U tom smislu govori sledeći primer: Predpostavimo da je neka zemlja identifikovala problem lošeg zdravstvenog stanja seoske populacije kao prioritet za rešavanje kroz proces reforme zdravstvenog sektora. Prilikom istraživanja uzroka ovakve situacije, ispostavilo se da stanovnicima ruralnih područja nedostaje pristup zdravstvenim uslugama, a da su već pružene usluge nezadovoljavajućeg kvaliteta. Međutim, samo konstatovanje ovih činjenica ne rešava problem. Ono što je neophodno da tada uradi reformator zdravstvenog sistema jeste istraživanje uzroka nedovoljne pristupačnosti uslugama i razloga njihovog lošeg kvaliteta. Dakle, identifikovanje *pristupačnosti* i *kvaliteta usluga*, kao prelaznih kriterijuma funkcionisanja zdravstvenog sistema, predstavlja pomažući korak u procesu dijagnostikovanja problema, a ove varijable mogu biti predmet detaljne analize.

Na osnovu dosadašnjih proučavanja prelaznih kriterijuma, izdvojene su tri karakteristike koje u procesu reforme sistema zdravstvene zaštite zavređuju značajnu pažnju: *efikasnost*, *pristupačnost* i *kvalitet*, a na kraju biće reči i o procesu *strateškog definsanja problema*.

Efikasnost

Smatra se da nema termina u ekonomskoj i političkoj literaturi koji je korišćen na više različitih i nedovoljno jasnih načina od termina efikasnost. Sa ovim pojmom se susrećemo uvek kada razmatramo pitanja funkcionisanja nekog sistema. Definsanje efikasnosti u kontekstu reforme zdravstvenog sistema, polazi od dva ključna pitanja: «Kako se pružaju zdravstvene usluge?» «Kakvi su ishodi pruženih zdravstvenih usluga?» Celokupni sistem zdravstvene zaštite može se smatrati efikasnim kada se odgovarajuće zdravstvene usluge pružaju na adekvatan način. U tom smislu govori se o dva specifična pojma efikasnosti.

Prvi od njih jeste *tehnička efikasnost*. Ekonomisti koriste ovaj termin kada žele da opišu proces proizvodnje određenih proizvoda ili pružanja usluga uz minimalne prateće troškove, ili, dobijanje maksimalnih ishoda uz što manja ulaganja. U oblasti pružanja

zdravstvenih usluga, tehničkom efikasnošću možemo smatrati npr. pitanje racionalnosti koštanja bolesničkog dana, ili broja lečenih pacijenata u okviru postojećeg budžeta. Ova karakteristika je od centralnog značaja u radu menadžera zdravstvenih ustanova. Dakle, osnovno pitanje na koje treba da odgovorimo prilikom analiziranja tehničke efikasnosti jeste *kako* proizvodimo neku uslugu, odnosno proizvod. Poznato nam je da u zdravstvenoj zaštiti postoji na hiljade različitih usluga. Da bi te usluge bile tehnički efikasne, trebalo bi da budu proizvedene uz minimalne troškove. Proizvodnju gde su troškovi svedeni na minimum opisujemo rezultatima «na granici proizvodnih mogućnosti», i u takvim uslovima jedini način da se od neke usluge dobije veća dobit, jeste ukidanje ili smanjivanje proizvodnje neke duge usluge.

Drugi pojam efikasnosti, po oceni ekonomista, jeste *alokativna efikasnost*. Analizirajući je odgovaramo na pitanja: *Šta se proizvodi?* Da li smo na pravu tačku granice proizvodnih mogućnosti? Da li smo ostvarili prave rezultate u okviru postavljenih ciljeva? Prema ekonomskoj teoriji subjektivnih utilitarista, «alokativno efikasnim» smatraju se oni rezultati kojima se maksimalno povećava zadovoljstvo korisnika određenih roba/usluga. Na sličan način, stručnjaci koji se bave planiranjem u oblasti zdravstvenog sistema ovaj termin koriste da bi objasnili da li određeni skup usluga na najbolji način utiče na unapređenje zdravstvenog stanja određene grupacije stanovništva (ponekad, za ovu karakteristiku koristi se i termin «efektivnost») (Crystal and Brewster, 1966). Prema tome, obezbeđivanje alokativne efikasnosti je pitanje sa kojim se suočavaju planeri u pokušaju promene sadržaja finalnih ishoda proizvedenih u procesu zdravstvene zaštite: npr. smanjenje broja korektivnih hirurških intervencija na račun povećanja broja usluga primarne zdravstvene zaštite.

Sve zemlje koje se suočavaju sa problemom ograničenih fondova za obezbeđivanje zdravstvene zaštite vrlo ozbiljno će razmatrati poboljšanje oba tipa efikasnosti. Međutim, potrebno je naglasiti da često postoje prepreke političke prirode koje otežavaju unapređenje alokativne efikasnosti, pa se može reći da je jednostavniji uticaj na poboljšanje tehničke efikasnosti. Sve ove aktivnosti predstavljaju izazov za menadžera u zdravstvenom sektoru i tokom realizacije takvog zadatka suočavaju ga sa pratećim problemima koje sa sobom nosi reorganizacija institucija i načina rada u njima, kao i novonastali uslovi za ostvarivanje prava pacijenata na zdravstvenu zaštitu.

Zaključno, i tehnička i alokativna efikasnost odnose se na odnos ulaznih veličina i očekivanih rezultata. Ova prva, označava sredstva koja uz minimalne troškove na «pravi» način dovode do željenih ishoda, dok alokativna efikasnost označava «pravi ishod» - kojim bi se postavljeni ciljevi ostvarili u najvećem obimu. Ukoliko zdravstveni sistem nije efikasan i tehnički i alokativno, rezultati nastali tokom njegovog funkcionisanja neće pružiti maksimum u odnosu na raspoloživi budžet. Iz tog razloga je izvesno da će reformator zdravstvenog sistema zasigurno (ne)efikasnost identifikovati kao potencijalni uzrok neadekvatnog rada sistema zdravstvene zaštite.

Pristupačnost

Pristupačnost se može opisati kao mogućnost da pacijent dobije potrebnu zdravstvenu zaštitu u odgovarajućem obimu, po razumnoj ceni, na određenom mestu i u određenom vremenskom periodu (Worning, 1992).

Proučavanje značenja ovog pojma neophodno je za razumevanje suštinskih razloga nastanka nezadovoljavajućih ishoda u procesu funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite. Naime, u praksi se ovim pojmom veoma često opisuju sasvim različite pojave, odnosno karakteristike: na primer, nedovoljna pristupačnost zdravstvenim uslugama na određenom području može se smatrati uzrokom lošeg zdravstvenog stanja te populacije, kao i nezadovoljstva korisnika tih usluga. Radi toga nameće se potreba za daljim pojašnjenjem ove karakteristike.

Fizička dostupnost jednostavno ukazuje na postojanje određenih kapaciteta u nekoj oblasti i ona može biti prikazana distribucijom ulaznih veličina (brojem bolesničkih postelja, lekara, medicinskih sestara isl.) u populaciji, dok se pojam koji bliže opisuje suštinsko značenje pomenutog termina naziva *efektivna dostupnost*. On ukazuje na ocenu koliko je «jednostavno» doći do mogućnosti korišćenja usluga zdravstvene zaštite. Razlika između ova dva pojma postoji i posledica je postojanja različitih prepreka (kao što su plaćanje usluga, trokovi putovanja itd.) koje sprečavaju korišćenje zdravstvenih usluga koje čak mogu fizički da budu dostupne. Imajući u vidu komplikovan način prikupljanja podataka na osnovu kojih bi se odredio validan indeks efektivne dostupnosti (cena usluga, vreme čekanja, kulturološka prihvatljivost određenih terapijskih postupaka...), merenje ove karakteristike veoma je složeno. Iz tih razloga, termin «dostupnost» često se primenjuje da bi se označila iskorišćenost ulaznih resursa (broj postelja po stanovniku, broj lekara/sestara po bolesničkoj postelji.....). Naravno, korišćenje samo delimično odražava efektivnu dostupnost s obzirom da pacijenti ne moraju neizostavno da koriste zdravstvene usluge čak i kada su im dostupne. Pa iako smatramo da nizak stepen korišćenja znači postojanje nekih prepreka, dostupnost se može odbaciti kao značajan uzročni faktor, pošto se ne može pouzdano meriti.

Prema etičkoj teoriji koju zastupaju utalitaristi, dostupnost, kao prelezni kriterijum, smatra se sredstvom koje se usmerava ka zdravlju ili zadovoljstvu pacijenta, kao krajnjim ishodnim rezultatima. Iz ugla egalitarističkih liberala, koji u centar interesovanja postavljaju zdravlje kao aspekt mogućnosti, dostupnost se prihvata kao sredstvo za obezbeđivanje osnovnog kvaliteta života kojeg oni smatraju pozitivnim pravom. Međutim, po shvatanjima nekih egalitarista, dostupnost se posmatra ne kao prelazni, već konačni cilj. Naime, po tom mišljenju se smatra da je država u obavezi da obezbedi dostupnost usluga, a onda da građanima prepusti izbor korišćenja (Sen, Amartya, 1999). Na osnovu toga, efektivna dostupnost zdravstvene zaštite, a ne zdravlje, jeste osnovni cilj funkcionisanja zdravstvenog sistema. Na sličan način, neki komunitaristi težište stavljaju na distribuciju zdravstvenih usluga kao pitanju pravičnosti u lokalnim zajednicama. Kada govorimo o balansu ovakvih stavova, moramo naglasiti da sve dok se sistem zdravstvene zaštite posmatra kao sredstvo za dostizanje ciljeva, i efektivnu dostupnost treba na isti način prihvatati i ne smatrati je konačnim ciljem. Ovakav stav sa sobom povlači ne male implikacije. To npr. znači da sa skepticizmom treba prihvatiti argumente da svaki grad «treba» da ima određene zdravstvene službe iz razloga zadovoljenja principa «pravičnosti», čak iako se pružanjem takvih usluga ne poboljšava zdravstven stanje stanovništva ni zadovoljstvo korisnika usluga. Ali, ako se vrednim smatraju samo one zdravstvene usluge koje daju željene rezultate, onda je i princip drugačiji. Nepostojanje određenih usluga ima najveći značaj u situacijama praćenim nezadovoljavajućim ishodnim rezultatima (Kolata, Gina, 2002).

Kvalitet

Kvalitet je još jedan prelazni kriterijum koji nije vredan sam po sebi, već zbog uloge koju ima u ostvarivanju ciljeva u okviru sistema zdravstvene zaštite. Loš kvalitet (kao i loša pristupačnost) mogli bi predstavljati potencijalno objašnjenje za razne oblike nefunkcionisanja ovog sistema. Na kvalitet se pozivamo u različitim kontekstima zato što, kao i pristupačnost, ovaj termin označava nekoliko različitih fenomena (Tabela 1.). Da bi se objasnio odnos između kvaliteta, kao prelaznog kriterijuma i konačnih ciljeva, neophodno je napraviti razliku između različitih značenja ovog pojma.

Tabela 1.

Značenja termina «kvalitet» u kontekstu zdravstvene zaštite

<u>Kvantitet</u>	<u>Klinički kvalitet</u>	<u>Kvalitet usluga</u>
	• Veštine • Donošenje kliničkih odluka	• Usluge smještaja • Odnos zaposlenih prema pacijentima (ljubaznost, nega..) • Pogodnosti lokacije: putovanje do ustanove.. • Organizacija rada (lista čekanja, zakazivanje pregleda..)

Prvo značenje termina «kvalitet» često se koristi da jednostavno označi *kvantitet* zaštite koja se pruža pacijentu, kao npr. «Moja tetka ima najbolju moguću negu, Čine sve što je moguće»; Drugo, zdravstveni radnici ovaj termin koriste da označe *klinički kvalitet* koji obuhvata i veštine davalaca zdravstvenih usluga (hirurške tehnike) i odluke o dijagnozi i načinu lečenja (Berwick, Godfrey and Roessner, 1991). Treće, pacijenti koji često ne mogu da procene klinički kvalitet, usredsređuju pažnju na razne aspekte *kvaliteta usluga* koje posmatraju i procenjuju (Cunningham, 1991).

Sam kvalitet usluga ima više dimenzija. On obuhvata usluge smještaja, kao što su hrana, higijena prostorija, a takođe i mogućnosti dolaska do zdravstvene ustanove. Putovanje, dužinu čekanja, radno vreme i sl. U tom pogledu razmatra se i ljubaznost osoblja i poštovanje prava pacijenata u procesu pružanja zdravstvenih usluga.

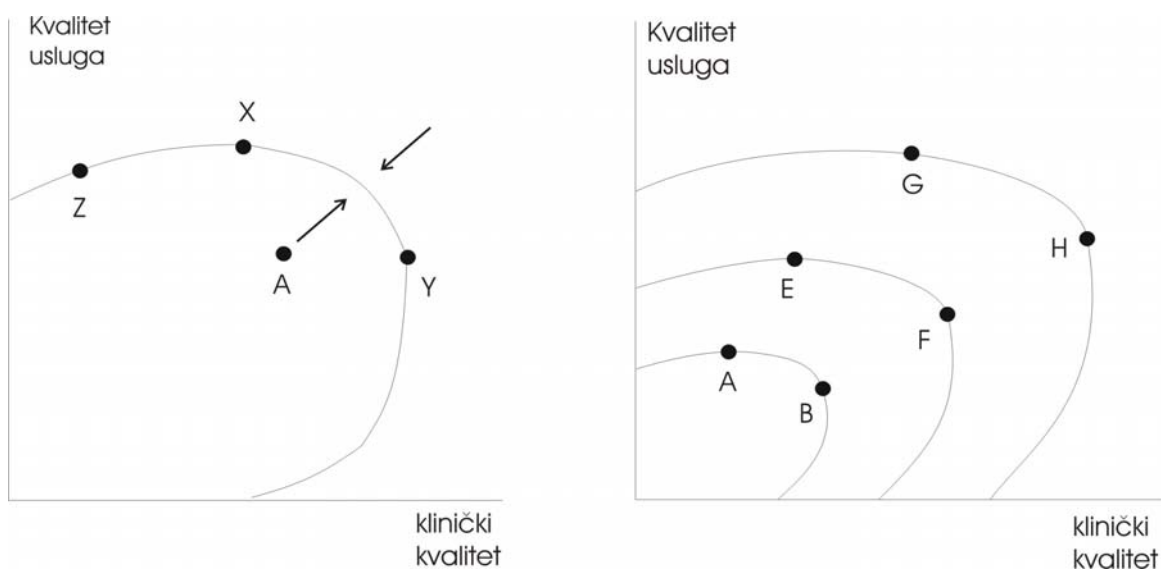
Etičke teorije razlikuju se prema važnosti koju pridaju određenom aspektu kvaliteta. Objektivni utilitaristi se usredsređuju na klinički kvalitet – pošto, po njima, upravo on najviše utiče na poboljšanje zdravstvenog stanja. Subjektivnim utilitaristima su značajni oni aspekti kvaliteta koji pacijenti smatraju bitnim, pošto se tako povećava njihovo zadovoljstvo uslugama. Liberali, opet, naročitu važnost pridaju poštovanju pacijentovog izbora, čak i ako pacijenti ne žele da prave izbor. Za merenje kvaliteta uopšte potrebni su detaljni i skupi podaci. Kvalitet usluga se može evaluirati putem anketiranja pacijenata.

Tehnički kvalitet se može odrediti poređenjem pružene zdravstvene zaštite - kako je zabeleženo u zdravstvenim kartonima, na primer - sa stručnim mišljenjem o odgovarajućem lečenju. Poteškoce koje nastaju prilikom prikupljanja takvih podataka, naročito onih koji se odnose na klinički kvalitet, objašnjavaju zašto se mnoge zemlje u pogledu kvaliteta uglavnom više oslanjaju na regulisanje *ulaznih veličina* (npr. nivo obrazovanja zdravstvenih radnika), nego na praćenje i evaluaciju rezultata.

Štaviše, politički i praktično, važan je ne samo prosečan nivo, nego i distribucija kvaliteta - tj. ko je podložan lošijem kvalitetu. Na primer, pretpostavimo da je problem u zemlji izbegavanje korišćenja zdravstvenih službi na lokalnom nivou i direktan pristup regionalnim i državnim zdravstvenim institucijama. Da bismo odlučili šta da radimo u takvoj situaciji, potrebno je da analiziramo i klinički kvalitet i kvalitet usluga na lokalnom nivou. Ako je kvalitet loš, biće teže sprečiti rasprostranjenu praksu "zaobilazjenja" ovog nivoa. Ako bi se tako nizak kvalitet i dalje zadržao, onda bi to bilo na uštrb siromašnih koji ne mogu da odvoje vreme ili sredstva za putovanje do ustanove koja pruža kvalitetniju negu.

Kada odlučujemo koji tip kvaliteta želimo da dobijemo, moramo da rešimo tri zadatka. U prvom se zahteva da obezbedimo odgovarajuću tehničku efikasnost. Da li se svaka druga usluga pruža na najkvalitetniji način s obzirom na date troškove? Ukoliko usluga nije maksimalnog kvaliteta koji se može postići uz date troškove, onda smo tehnički neefikasni.

Za ilustraciju ovoga treba pogledati dijagram 1 na kojem je prikazana "granica mogućeg kvaliteta" za određenu zdravstvenu uslugu. Ovde smo, zarad shematskog prikazivanja, pretpostavili da "klinički kvalitet" i "kvalitet usluga" imaju različite veličine. U stvari "granica" zaista postoji u prostoru sa više dimenzija. Za određen budžet, svaka usluga može dati ograničeni klinički kvalitet ili kvalitet usluga. Dijagramom želimo da predstavimokazati da ako su oba kvaliteta suviše niska, ostali aspekti kvaliteta takođe trpe; ali to ne mora da bude argument. Ono što je ključno jeste da, ako želimo tehničku efikasnost, usluga mora da bude takva da njen rezultat bude na granici - a ne u tački A, na primer.



Međutim, kada se nađu na granici mogućeg kvaliteta, menadžeri moraju da odluče koji *sadržaj* kvaliteta da ponude na osnovu datog budžeta. (Kao kad bismo se pitali kakav automobil da dizajniramo). U pogledu granice, da li treba da budu u tačkama X, Y ili negde između? (S obzirom na to kako smo nacrtali granicu, nema razloga da bude u tački Z zato što je moguće izvući bolje u obe dimenzije).

Ali postoji i treći zadatak. Kako je prikazano na dijagramu 2, postoje *serije* granica mogućeg kvaliteta za bilo koju uslugu: svaka se zasniva na drugačijem budžetu (I, II, i III na dijagramu). Treći zadatak je, dakle, odrediti *nivo* potrošnje za svaku uslugu što opet, određuje *sadržaj* nivoa kvaliteta koji se može dobiti za tu uslugu.

Kako bi reformatori različitih etičkih stanovišta rešili ove zadatke? Objektivni utilitaristi, koje interesuje poboljšanje zdravlja, žele maksimalan nivo kliničkog kvaliteta za bilo koji dati budžet. Što će reći, oni bi uvek izabrali tačku X na dijagramu 1. Onda bi mogli da odrede budžet za svaku uslugu na osnovu analiza marginalne ekonomičnosti - tj. takav način trošenja novca na različite usluge kojim se dolazi do najveće koristi u pogledu zdravstvenog stanja.

Subjektivni utilitarista, koga interesuje maksimalno zadovoljstvo korisnika usluge, pred sobom ima težu odluku. Pacijente interesuju mnogi aspekti i kliničkog kvaliteta i kvaliteta usluga. Tako, za svaku uslugu, subjektivni utilitarista mora da odluči i o *sadržaju* kvaliteta i o nivou potrošnje na način koji u najvećoj meri izlazi u susret različitim individualnim željama. Očigledna težina ovog zadatka objašnjava zašto mnogi subjektivni utilitaristi zagovaraju tržišno orijentisan zdravstveni system (i ne samo zdravstveni). Tržište svima omogućava da izaberu (i plate) skup usluga i *sadržaj* nivoa kvaliteta tih usluga. Naravno, ovde se pretpostavlja da korisnici usluga (tj. pacijenti) znaju da procene nivoe kvaliteta – što ostavlja mesta sumnji u pogledu kliničkog kvaliteta. Zbog toga bi čak i neki subjektivni utilitaristi regulisali tržište u pogledu tržišta.

Za liberale, koji veruju da je autonomija osnovno pravo, jedan poseban aspekt kvaliteta ima naročit značaj: da li su pacijenti u potpunosti informisani i da li mogu da odluče o vlastitoj zdravstvenoj zaštiti? Relativni komunitaristi, s druge strane, prihvataju činjenicu da u nekim kulturama *pristanak na osnovu informisanosti* nije pravilo. Naše rešenje za ova neslaganja je da viši kvalitet znači dozvoliti pacijentima da imaju onu ulogu koju oni žele da imaju u svom sistemu zdravstvene zaštite. Tako, mogu da izaberu da ne biraju, kada je to u skladu sa njihovom perspektivom.

U zaključku, poboljšanje upravljanja kvalitetom je potencijalno vazan aspekt reforme zdravstvenog sektora – upravo zato jer je kvalitet važna prelazna veličina koja ima uticaj i na zdravstveno stanje i na zadovoljstvo korisnika. U tom kontekstu identifikuju se tri zadatka. Prvi, da li sistem ima tehničke mogućnosti za obezbeđivanje kvaliteta (u različitim sferama) koji je na najvišem nivou u odnosu na dati budžet. Drugi, da li sistem obezbeđuje odgovarajući zbir kvaliteta u okviru datog budžeta za svaku uslugu? Treći, da li su nivoi budžeta pravilno postavljeni za obezbeđivanje optimalnih nivoa kvaliteta za svaku uslugu? Svakodnevna odgovornost u dobijanju granice mogućeg kvaliteta, kao i obezbeđivanje zbira i nivoa kvaliteta, ostaje na menadžerima zdravstvenih usluga. A odluke o tome kako su ti menadžeri izabrani i nagrađeni uticaće i

na njihovo ponašanje. Ukratko, kvalitet je briga svih u zdravstvenom sektoru a njegovo obezbeđenje i stalno unapređenje predstavlja kompleksan i težak zadatak.

Strateško delovanje na problem

Definisanje problema i evaluacija alternativnih rešenja u oblasti reforme sistema zdravstvene zaštite jeste složen zadatak. Ignorisanjem složenosti ovog problema postiže se lažna jednostavnost pri kojoj se relevantnost menja retorikom, a sofisticiranost sloganima. Strateška analiza usmerena je na definisanje problema, pa bi u tom procesu reformator trebalo da odgovori na sledeća pitanja:

- Koja poboljšanja u funkcionisanju zdravstvenog sistema su etički prihvatljiva?
- Za koja se područja lošeg delovanja mogu sa jasnim razlogom da očekuju poboljšanja?
- Kakve će biti političke posledice rešavanja nekog problema?

Realno je da odgovori na sva ova pitanja ne moraju da idu u istom pravcu i da njihove političke konsekvence mogu biti različite za različite aktore: ministar zdravlja i ministar finansija mogu različito sagledavati važne ciljeve zdravstvene reforme sa pratećim konsekvencama, npr. u slučaju nesolventnosti fonda zdravstvenog osiguranja. Na sličan način, usmeravanje aktivnosti na unapređenje zdravstvenog stanja seoskog stanovništva može biti politički korisno za partije čiji prioritet je osvajanje glasačkog tela ruralnih oblasti.

Mogući način određivanja prioriteta problema u funkcionisanju zdravstvenog sistema jeste „benchmarking“ – upređivanje sa poznatim standardima. Ovaj proces može imati sledeće oblike:

- Etičko poređenje – poređenje sa opštim etičkim normama;
- Interno poređenje – poređenje grupa ili regiona u okviru zemlje;
- Istorijско poređenje – poređenje sa prethodnim stanjem;
- Eksterno poređenje – poređenje sa drugim zemljama koje su u sličnoj situaciji;

Prilikom izbora prioriteta, sledbenici različitih etičkih teorija nastoje da u sedište pažnje stave različita pitanja. Objektivni utilitaristi će se baviti poboljšanjem ekonomičnosti u zdravstvenom sistemu, subjektivni utilitaristi će isticati zadovoljstvo korisnika u prvi plan, egalitaristi će propagirati minimalni nivo mogućnosti za svakoga i obraćać pažnju na zdravstveno i ekonomsko stanje najugroženijih u društvu. Objektivni utilitaristi će neke norme smatrati preprekama za racionalnu alokaciju resursa. Konačno, neće se svi složiti o relativnoj važnosti «kliničkog kvaliteta» i «kvaliteta usluga», niti će svi kao prioritet odrediti davanje mogućnosti izbora korisnicima usluga na primer. Upravo zbog toga, određivanje prioriteta problema u funkcionisanju sistema zdravstvene zaštite predstavlja izbor koji mora da se učini i promišljeno i razumno.

Ukratko, definisanje problema odnosno, određivanje prioriteta područja jeste najznačajnija strateška odluka reformatora zdravstvenog sektora. Ona utiče na način fokusiranja na problem, intervencije, i konačno na to kako će se ocenjivati sami

reformatori. To je izbor kojim se alociraju nedovoljni politički i društveni resursi. Ovakvi izbori imaju konsekvence na mnogim nivoima, od nivoa pojedinca, uključenih ustanova i organizacija, do društva u celini. Oni treba da budu transparentni i i dalekosežni. Kako bi drugačije reformator sistema zdravstvene zaštite mogao da omogući najbolju osnovu za težak proces sprovođenja reforme, što je napokon, svrha celog procesa.

Literatura:

1. Berwick, D. M., Blanton G.A., and Roessner J (1991). *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement*. San Francisco, CA: Jossey – Bass.
2. Crystal, R.A., and Brewster W.A. (1966). Cost Benefit and Cost Effectiveness Analyses in the Health Field: An Introduction. *Inquiry* 3(4): 3-13.
3. Kolata, Gina. (2002). Research Suggests More Health Care May Not Be Better. *The New York Times* 21 July.
4. Sen, Amartya. (1999). *Development as Freedom*. New York, NY: Knopf.
5. Worning AM, Mainz J, Klazinga N, Gotric JKr, Johansen KS (1992). Policy on Quality Development for the Medical Profession. *Journal of the Danish Medical Association* 145(49): 3525-3533.
6. Cunningham, L. (1991). *The Quality Connection in Health Care: Integrating Patient Satisfaction and Risk Management*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

OD DIJAGNOZE DO REFORME SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Tekst priredila Milena Šantrić-Milićević

Uvod

«Dijagnoza» je druga etapa ciklusa reforme zdravstvenog sektora i nastavlja se na proces definisanja strateških prioriteta (problema) u oblasti performansi zdravstvenog sektora. To je proces u kojem se pronalaze i razmatraju svi uzroci definisanog prioritarnog problema. Po postavljanju dijagnoze, donosi se odluka o daljem «razvoju politike» koja podrazumeva vešto baratanje skupom pravila i programa s ciljem izmene uzroka (ili njihovih uticaja) i na taj način poboljšati rad i performanse sistema zdravstvene zaštite.

Cilj postavljanja dijagnoze se postiže čestim ponavljanjem pitanja «zašto» da bi se prioritetni problem analizirao «unazad» sve dok se ne otkriju svi razlozi za takvo stanje. Analiza performansi «unazad» je pravo dijagnostičko putovanje čija se maršruta grafički prikazuje kao drvo sa granama, tzv. «dijagnostičko stablo». Ovo analitičko sredstvo služi da se povežu različiti aspekti loše performanse sa uzročnim faktorima koji se mogu promeniti ili modifikovati političkim intervencijama. Znači, polazne tačke dijagnostičkog putovanja i dijagnostičkog stabla su definisani prioritetni problemi performansi zdravstvenog sektora (zdravstveno stanje, zaštita od finansijskog rizika i zadovoljstvo korisnika), a krajnje tačke su identifikovani uzroci podložni promenama uz pomoć kontrolnih mehanizama. «Grane dijagnostičkog stabla» su lanci međusobno povezanih uzroka.

U analizi «unazad» važno je da se ispoštuju tri principa.

Prvi princip je da je "reformski proces bitan" jer načini kojima se različite reformske aktivnosti formulišu mogu imati veliki efekat pri njihovom sprovođenju. Na primer, u zavisnosti da li se ključni akteri i interesne grupe osećaju dovoljno i adekvatno konsultovane ili ne, zavisice i njihov odnos prema bilo kom planu reforme. To zauzvrat može uticati kako na politiku prihvatanja reformskih mera, tako i na to, koliko efektivno će se odabrana politika primenjivati.

Drugi princip je «imitirati ali i prilagoditi». S obzirom da je teško neke nove ideje izmisliti preporučljivo je da se oprobani pristupi u reformama drugih zemalja imitiraju. Sa druge strane, lokalna situacija se razlikuje, tako da bi uspešna imitacija uključivala prilagođavanje i podešavanje tuđih ideja na lokalne uslove.

Treći princip je «uvek koristiti dokaze» pri donošenju odluka. Reforma zasnovana na dokazima je ona čije se aktivnosti zasnivaju na pažljivoj analizi problema, uzroka i verovatnih efekata i čija je efektivnost utemeljena u relevantnim naučnim istraživanjima. Tako, na primer, zalaganje za privatizaciju ili decentralizaciju mora biti zasnovano na pažljivoj analizi da li bi ove intervencije mogle rešiti definisane prioritete i kakvi bi bili ostali efekti.

U nastavku ciklusa reforme formulišu se političke strategije za rešavanje definisanih uzroka loših performansi, uz pomoć matrica sa pet kontrolnih mehanizama (finansiranje, plaćanje, organizacija, regulativa, i ponašanje). Kraj zadatka dijagnostičkog putovanja i početak razvoja politike je identifikacija mogućih uspešnih promena uz pomoć jednog ili više kontrolnih mehanizama. U zavisnosti od specifičnosti problema u sistemu, na primer, moguće je izmeniti finansiranje zdravstvene zaštite promenom poreza ili način plaćanja lekara; ili se kao alternativa vidi promena organizacije i načina rukovodjenja bolnicama. Matrice kontrolnih mehanizama mogu biti i pomoćno organizaciono sredstvo u etapi dijagnoze, da bi se sistematski dijagnostikovali svi uzroci koji se mogu promeniti kontrolnim mehanizmima i predvideli efekti predloženih političkih intervencija.

U ovom delu publikacije će se na primeru efektivne reforme u sektoru zdravstva neke hipotetičke zemlje, formirati dijagnostičko stablo, diskutovati proces dijagnoze uzroka, izvršiti povezivanje sa kontrolnim mehanizmima i razmatrati razvoj političkih intervencija.

Razvoj «dijagnostičkog stabla» u sistemu zdravstvene zaštite

S obzirom na složenost zdravstvenog sektora retko će se desiti da je problem A nastao samo zbog uzroka B, a da je uzrok B jedino prouzrokovan uzrokom C. Umesto toga:

- vrlo je verovatno da će biti više uzroka,
- svaki efekat može biti rezultat više uzroka,
- svaki uzrok će verovatno imati više efekata na više strana,
- uzroci i efekti mogu biti interaktivni i pojačavati jedni druge na različite načine,
- nije svaki uzrok podložan promenama javno-zdravstvene politike,
- moguća je integracija aktivnosti za istovremenu promenu više uzroka – pokretanjem više od jednog kontrolnog mehanizma.

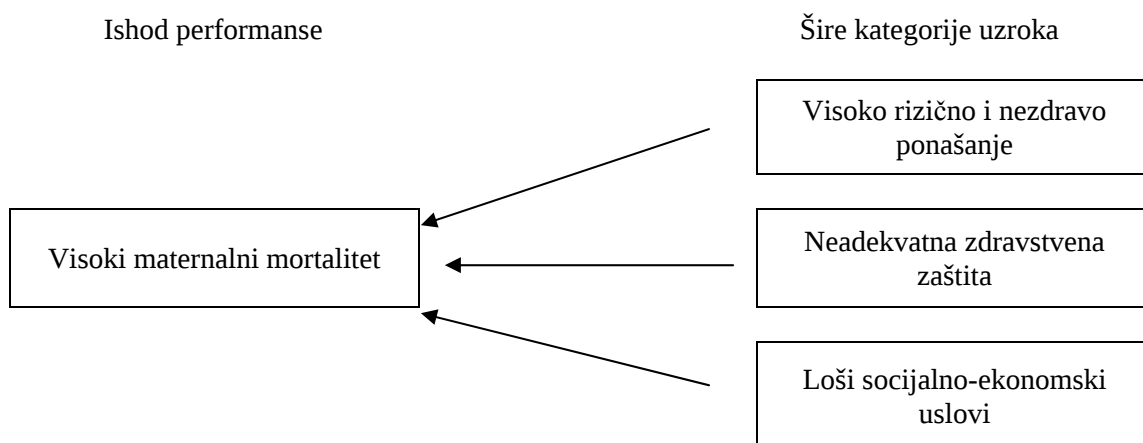
Identifikacija uzroka prioriternih problema zdravstvenog sektora, efekata i mogućnosti za njihovu modifikaciju, se izvodi na dijagnostičkom putovanju, uz pomoć analitičkog sredstva koje se zove «dijagnostičko stablo». Ono se razlikuje od druge dve vrste stabala često pominjanih u literaturi: stabla odlučivanja i stabla dijagnoze u kliničkoj medicini. Stablo odlučivanja predstavlja grafički prikaz procesa donošenja niza odluka (Cucić et al, 2000). Na svakom delu račvanja tog stabla odlučivanja, nalazi se jedan skup medjusobno isključivih događaja (slučajno, ili je tako unapred dogovoreno) (Behn and Vaupel, 1982). Medjutim, na «dijagnostičkom stablu» zdravstvenog sistema, analitičar predstavlja različite moguće uzroke za određene situacije na mestu račvanja, i može se desiti da više uzroka deluju istovremeno jer ne postoji pretpostavka o njihovoj isključivosti.

Drugo dijagnostičko stablo u kliničkoj medicini je stablo simptoma i kliničkih nalaza pacijenta, na osnovu kojih se utvrđuje tačna dijagnoza jer pacijent ima jedno ili drugo oboljenje (Tiernez, Mcphee, Papadakis, 2001). Nasuprot tome, zdravstveni sektor uglavnom ima više udruženih uzroka za nastanak problema, odnosno, istovremeno ima više oboljenja.

Dijagnostičko stablo sistema zdravstvene zaštite je jednostavno način da se prati trag i iscertavaju svi uzroci i faktori koji su podložni političkim intervencijama.

Primer 1. Vlada neke zemlje u razvoju je odlučila da je prioritet da se smanji visoka stopa maternalnog mortaliteta u ruralnim, siromašnim krajevima (znači, glavni cilj promena je zdravstveno stanje stanovništva, a problem je visoka stopa maternalne smrtnosti u ruralnim područjima). *Prvi korak ka reformi u dijagnostičkom putovanju je da se razmotri šira kategorija uzroka.* Da bi se stekao uvid u realnu moć koju reforma ima u rešavanju ovog problema, važno je istaći da vlada ovakvom reformom neće moći da odgovori na uzroke koji se nalaze van sistema zdravstvene zaštite (SZO, 1986). Na slici br 1. navedena su tri moguća i česta uzroka ovog problema u zemljama u razvoju: neadekvatna zdravstvena zaštita, ponašanje visokog rizika, i loši socijalno-ekonomski uslovi. Značaj svakog uzroka pojedinačno može se utvrditi poredjenjem sa normativom ili standardom – benčmarking (Cucić, 2000) ili poredjenjem sa situacijom koja postoji u slično, politički i socijalno uredjenim zemljama. Poredjenje može biti na nivou regiona ili socijalno-ekonomskih populacionih grupa u jednoj zemlji. Porede se postojeće varijacije u ishodima zdravstvenog stanja ili varijacije u uzročnim varijablama koje pokazuju paralelizam sa varijacijama u ishodima (Rossi i Freeman, 1998). Slična zastupljenost faktora nije odgovorna za razlike u performansama njihovih zdravstvenih sektora.

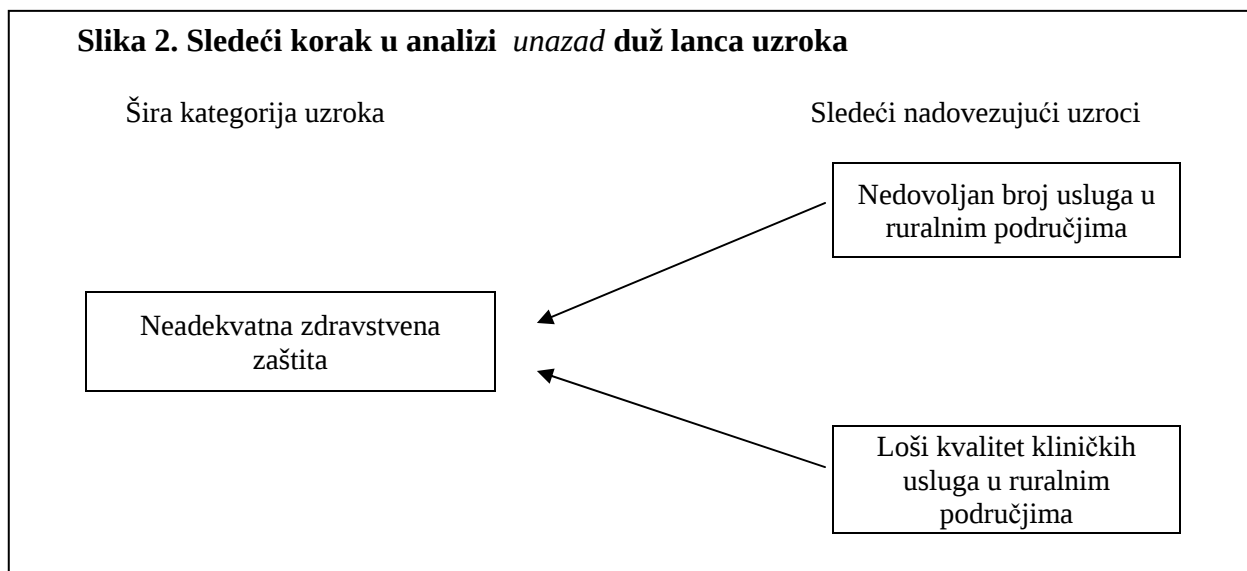
Slika 1. Početak analize unazad * duž lanca uzroka



* u analizi *unazad* strelice pokazuju smer uzročnosti. U dijagnostičkom procesu se analizira u suprotnom smeru od ishoda ka uzroku

Ukoliko se ovim istraživanjima utvrdi da je mogući osnovni uzrok problema zdravstvena služba, razvijanje dijagnostičkog stabla se nastavlja u tom smeru (slika 2). Postavlja se pitanje, šta se podrazumeva pod adekvatnom nacionalnom zdravstvenom službom i kakvo je njeno korišćenje. Kvalitet i kvantitet usluga zdravstvene zaštite

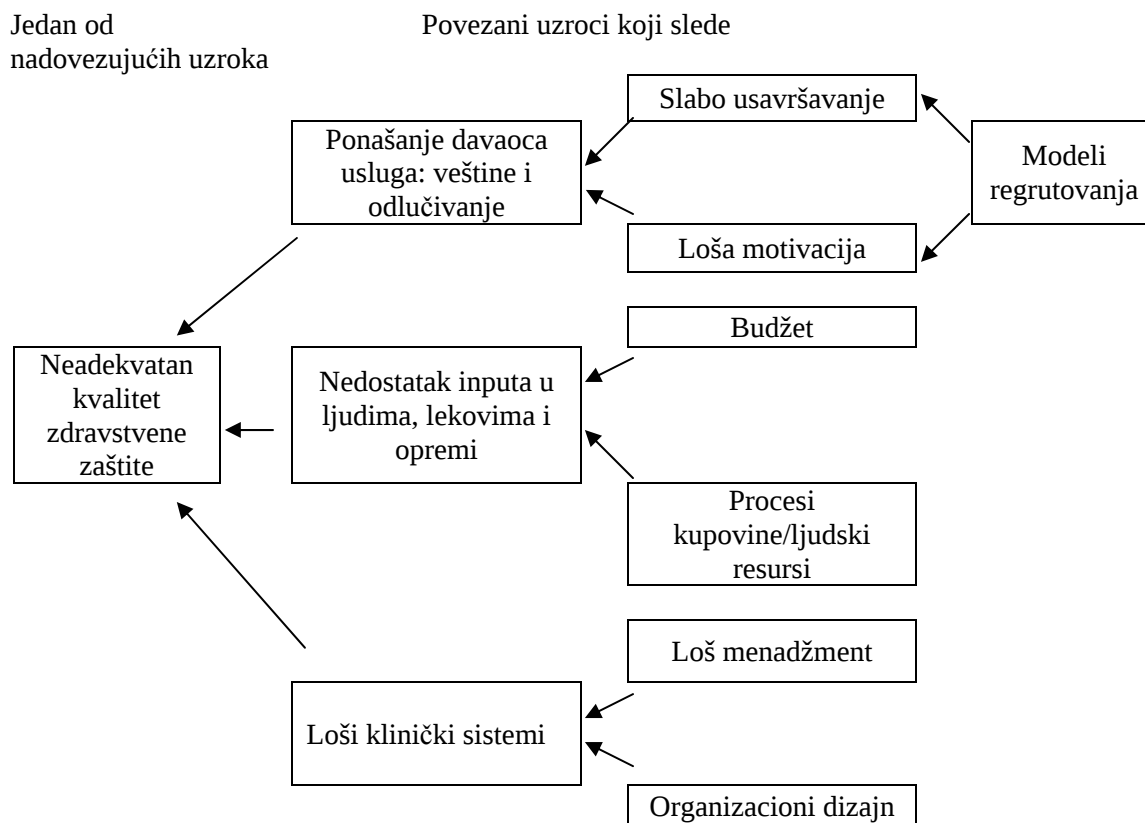
mogu biti problem, u različitim stepenima, u različitim delovima zemlje, jer na dijagnostičkom stablu sistema zdravstvene zaštite ove dve mogućnosti nisu međusobno isključive (slika 2).



Dalje, sledi identifikacija onih uzroka koji su podložni promenama putem novih političkih intervencija. Neophodno je da se analiza bazira na čvrstim dokazima a ne na spekulacijama.

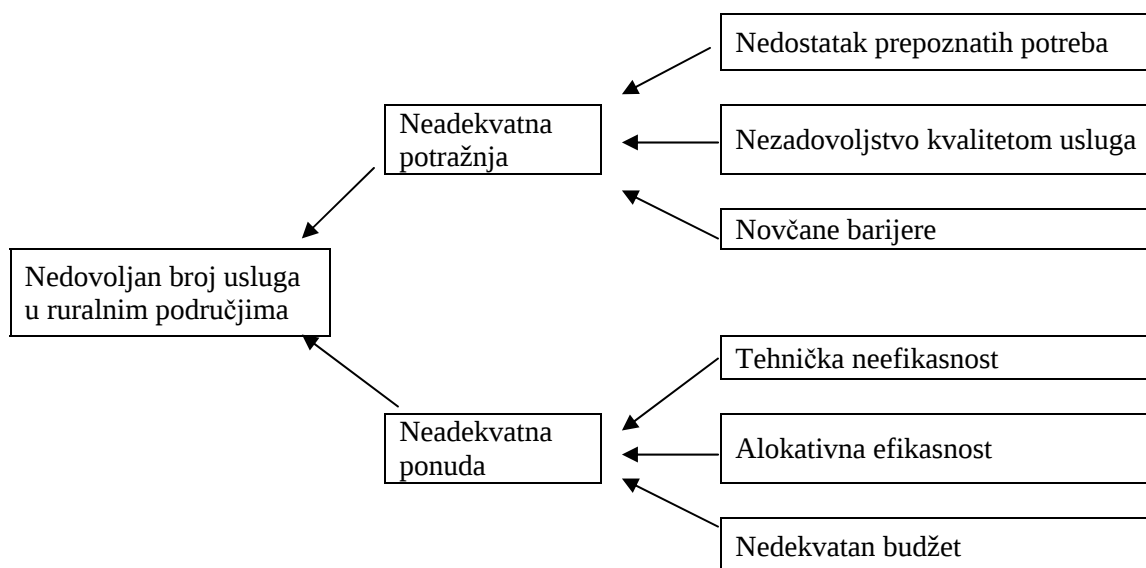
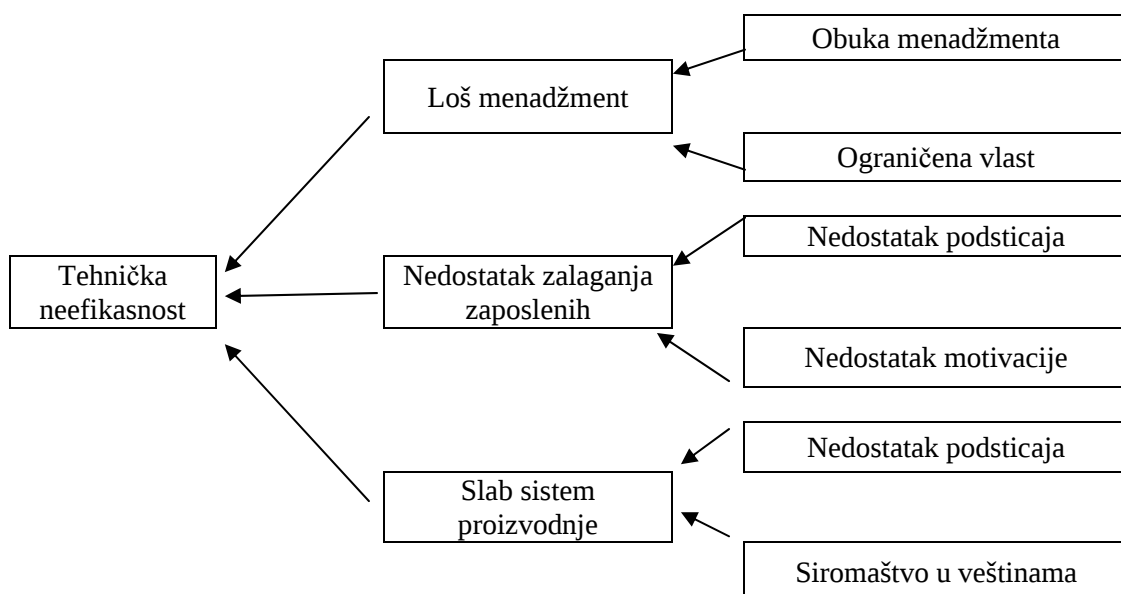
Na primer, ukoliko podaci pokazuju da je loš kvalitet kliničkih usluga glavni razlog, naročito u ruralnim područjima, analizom «unazad» mogu se dijagnostikovati najmanje tri uzroka neadekvatnog kvaliteta zdravstvene zaštite: prvi, problem na strani davaoca usluga; drugi, nedostatak ključnih ulaganja – ljudi, kapaciteta, opreme lekova itd; i treći, loša komunikacija i dokumentacija (slika 3).

Svaki od ovih razloga ima svoje uzroke koje dalje u procesu analize treba otkriti. Na primer, neadekvatno ponašanje pružaoca usluga i donošenje odluka može biti rezultat nedovoljne stručnosti zdravstvenog kadra ili nemotivisanosti da više i bolje radi. Takodje, moguće je da je uzrok ograničenje u inputima, nastalo bilo zbog neadekvatnog budžeta za resurse ili lošeg menadžmenta, bilo organizacije unutar institucija (Roberts 1975). Kretanjem «unazad» po lancu uzroka počinju da se otkrivaju faktori koji su činioci kontrolnih mehanizama, podložni kontroli i promenama.

Slika 3. Dijagnostičko putovanje *unazad* duž lanca uzroka – analiza kvaliteta usluga

Istovremeno kvantitet usluga u ruralnim područjima može biti osnovni uzrok loših performansi. U analizi kvantiteta, dijagnostikujemo da mnogi uzroci postoje na strani ponude i na strani potražnje (slika 4). Na strani ponude, razlozi mogu biti nedostupnost, kada zbog ograničenosti u budžetu nema dovoljno bolnica i klinika sa osobljem, sredstvima i kapacitetom kojima se može obezbediti još usluga, ili tehnička neefikasnosti (zbog visokih cena) ili alokativna neefikasnosti (loša kombinacija zdravstvenih usluga sa gledišta odnosa troškova i efekata usluga) (slika 5). Na strani potražnje, razlozi mogu biti neprepoznate potrebe bilo zbog lokalne kulture koja favorizuje neinstitucionalizovano pružanje usluga, bilo zbog kvaliteta usluga koji ih može činiti neatraktivnim (Mehrotra i Jarett, 2002). Niska potražnja može biti posledica eksplicitne participacije, zatim, zahteva za plaćanjem pune cene usluga pri korišćenju, ili zbog neformalnog plaćanja davaocima usluga.

Može se zaključiti da su karakteristike performansi zdravstvenog sektora, kao što su različiti aspekti efikasnosti, dostupnosti i kvaliteta, intermedijarni uzroci, a ne glavni problemi. Zatim, da one nisu međusobno isključive, iako se nalaze na različitim granama, a da se na kraju grana «dijagnostičkog stabla» nalaze kontrolni mehanizmi sistema zdravstvene zaštite.

Slika 4. Dijagnostičko putovanje *unazad* duž lanca uzroka – analiza kvantiteta usluga**Slika 5. Dijagnostičko putovanje *unazad* duž lanca uzroka – analiza tehničke neefikasnosti**

Povezanost dijagnoze i kontrolnih mehanizama

Kontrolni mehanizmi predstavljaju listu mogućnosti za rešavanje definisanih problema performansi i pružaju okvir za razmatranje mogućih intervencija za poboljšanje funkcionisanja zdravstvenog sektora. Ilustracije njihove koristi u razvijanju opcija za rešavanje problema uočljiva je na primeru maternalnog mortaliteta. Istovremenim aktiviranjem nekoliko mehanizama postiže se sledeće:

Finansiranje: Problem sa kvantitetom usluga može se rešiti otvaranjem novih ili dodatnih izvora finansiranja kako bi se povećao budžet za ove usluge. Alternativno, može se menjati način trošenja postojećih sredstava, da bi se povećala alokativna efikasnost.

Plaćanje: Problem motivacije, bilo na nivou organizacije ili individualnog davaoca usluga, može se rešiti promenom načina ili visine plaćanja (podsticajno ugovaranje).

Organizacija: Tehnička neefikasnost i/ili kvalitet kliničkih ili drugih službi, može se promeniti reorganizacijom na mikronivou da bi se povećala njihova funkcionalnost. Takođe, reorganizacijom se može poboljšati efikasnost a menadžerima mogu povećati ovlašćenja u iste svrhe.

Regulativa: Postoje sredstva regulative koja se mogu upotrebiti da bi se povećao kvalitet i kvantitet usluga ili povećalo njihovo korišćenje.

Ponašanje: Na strani potražnje može se, recimo, tražiti način da majke povećaju korišćenje dostupnih usluga.

Prikupljanje više novca (novi i dodatni izvori finansiranja) i ulaganje u sistem zaštite koji loše funkcioniše može imati manji efekat bez komplementarnih promena u plaćanju (podsticajne šeme plaćanja), organizaciji (restruktuiranje usluga) i u ponašanju pacijenata (podrška korišćenju) u sistemu zdravstvene zaštite. Relativni efekti i sadržaj ovih intervencija će takođe biti različiti u zavisnosti od motivisanosti i stepena uključenosti osoblja u njihovo osmišljavanje.

Proces razvoja politike

Iskustva pokazuju da je proces reforme bitan koliko i elementi a posebno je važno uključivanje interesnih grupa u proces razvoja reformske politike. Postoje četiri osnovna razloga za uključivanje različitih strana u proces reformi.

Prvo, participacija omogućava da se čuju i uzmu u obzir potrebe raznih interesnih grupa i da se na taj način poboljša prihvatljivost.

Drugo, istovremeno se daje legitimitet promenama, a sprečava sumnjičavost i nekonstruktivno kritikovanje.

Treće, zajedničkim sagledavanjem svih prepreka i briga, izbegava se preovladavanje interesa jedne grupe participanata u reformi.

Četvrto, edukacijom učesnika omogućava se detaljno informisanje i umanjuje nesigurnost i njihova anksioznost zbog posledica promena, a povećava uspešnost implementacije.

Medjutim, ravnoteža snaga interesnih grupa se može pomeriti u korist onih koje su stručnije, ili raspolažu sa više resursa (na primer, davaoci usluga) iako je veći relativni značaj drugih snaga (kao što su korisnici). Za početak procesa reforme, za definisanje problema, i za razvoj novih idejnih rešenja potrebna je velika grupa ljudi, jer se on zasniva na prepoznatim vrednostima, političkoj relevantnosti i dokazima, ali i etičkim opredeljenjima donosioca odluka. Za ozbiljan analitički rad, analizu političke i administrativne izvodljivosti i implementacije, i analizu mehanizama kontrolisanja, kao što su skrining testovi političkih intervencija, mnogobrojna grupa ljudi nije najbolje rešenje.

Medjutim, uprkos naporima da se široko sagleda politička situacija pre i posle usvajanja programa reformi, i analiziraju lokalni kapaciteti, običaji, raspoloživost institucija, finansijski i ljudski resursi, i dalje nedostaju kompletne i precizne informacije o tome kakav je odnos zdravstvenog, socijalnog i ekonomskog sektora i u kojoj meri su medjusobno povezani.

Dokazi za reforme zasnovane na dokazima

U sistemu zdravstvene zaštite kruži obilje informacija koje najčešće nisu efektivno iskorišćene u političke svrhe.

Podaci koji su neophodni da podrže proces od dijagnoze do reforme su pre svega pokazatelji krajnjih ciljeva sistema zdravstvene zaštite: poboljšanje zdravstvenog stanja, zaštita od finansijskog rizika, i zadovoljstvo korisnika. Tradicionalni pokazatelji zdravstvenog stanja, kao što su stope mortaliteta odojčadi, i druge specifične stope mortaliteta, sada su dopunjene složenim merama zdravlja, kao što su ukupno izgubljene godine života korigovane u odnosu na nesposobnost i očekivano trajanje života korigovano za nesposobnost. Finansijsko opterećenje korisnika za obezbeđivanje zdravstvene zaštite se dokumentuje u nacionalnim zdravstvenim računima, i različitim studijama radjenim na uzorcima domaćinstava. Podaci o zadovoljstvu korisnika uslugama zdravstvenog sektora se dobijaju iz ciljanih istraživanja sprovedenim na nacionalnom, ili nekom drugom nivou.

O intermedijarnim ishodima u sistemu zdravstvene zaštite, kao što su tehnička i alokativna efikasnost i kvalitet zdravstvene zaštite, ima više podataka i dokaza, mada nisu u istom stepenu i pristupačni. Neki od izvora ovih podataka su:

- nacionalni zdravstveni računi, studije cena zdravstvenih usluga i finansijski izveštaji fondova osiguranja,
- ankete domaćinstava i rutinski statistički izveštaji o pristupačnosti i korišćenju,
- studije kvaliteta i rutinski statistički izveštaji o kliničkih usluga,
- izveštaji vlade i drugih organizacija, i procene mreže zdravstvenih ustanova,
- podaci međunarodnog farmaceutskog tržišta, i
- podaci privatnih službi o dostupnosti i korišćenju lekova.

Poreklo velikih reformskih napora u zdravstvenom sektoru

Proces dijagnoze fokusiran na jedan problem performanse zdravstvenog sektora, poslužio bi za formulisanje pojedinačne programske inicijative, na primer, novi program za reproduktivno zdravlje. Međutim, zdravstveni sektor se suočava sa velikim brojem medjusobno povezanih problema i dijagnostikovanje svakog specifičnog problema je put u veliku fundamentalnu reformu ovog sektora u kojoj se najveće promene izvode udruživanjem više kontrolnih mehanizama. Parcijalno rešavanje, po tipu *program po program* ne bi bilo moguće, jer povlači za sobom rizik nekoordinisanosti i čak nekonzistentnosti, i vrlo često nema dovoljno novca da se isprati cela serija nekordinisanih intervencija (Colombia Health Sector Reform Project, 1996). Takođe, tu se pojavljuje je problem ograničenja drugih resursa dostupnih reformatorima, posebno političkih i tehničkih. Samo dodirivanje velikog broja problema performansi izolovano jednih od drugih može proizvesti izuzetno veliku potrebu za tim resursima. Tako, ukoliko se s jedne strane predlaže decentralizacija primarne zaštite na nivo pokrajina, a s druge strane predlaže centralizovan nacionalni program vakcinacije, rešenje se vidi u koordiniranoj sveobuhvatnoj analizi i planiranju revizije celokupnog sistema.

Jedan integrisan i ekstenzivan reformski napor, sa brojnim promenama u zdravstvenom sektoru, može imati političku vrednost u tome što vrlo često izgleda dramatičnije i privlači veću pažnju nego serija uskih programskih aktivnosti. Obećavanjem više stanovništvu, široke reforme mogu izgledati kao jedna delotvorna politička strategija - naročito kada je stanovništvo nezadovoljno postojećim sistemom (Edelman, 1984). Razlozi za predlaganje skromnijih reformskih promena leže u nedostatku ovlašćenja, manjku resursa, ili otežanoj političkoj i administrativnoj izvodljivosti. Na kraju, treba istaći da su loše dizajnirane i slabo promišljene reformske ideje rezultat neuspešne dijagnostičke analize zdravstvenog sektora. Prikupljanje podataka i dokaza, i njihova adekvatna primena u procesu dijagnoze i reforme podrazumevaju:

- pretraživanje literature,
- savetovanje sa nacionalnom i internacionalnim ekspertima, uz oprez da savet ne uključuje potrebu za skupim informacionim tehnologijama,
- normativno poredjenje,
- brzo procenjivanje, ali i
- dobro istraživanje, koje je nekada neminovno kao podrška svim prethodnim dokazima, iako planiranje i izvođenje takvog istraživanja može biti skupo i dugotrajno.

Nekoliko saveta za kraj:

- Sistem zdravstvene zaštite je sredstvo za postizanje ciljeva. Mada ponekad struktura i organizacija mogu izgledati kao problem one nisu krajnji cilj sistema zdravstvene zaštite same po sebi već su uzroci.
- Potrebno je oprezno i detaljno analizirati “unazad” duž lanca uzročnosti sve dok se ne identifikuju potencijalno promenljive varijable. Dijagnoza zdravstvenog sektora se gradi od simptoma do uzroka i od ishoda do svih izlaznih komponenti!
- Ne donositi brzo zaključke na osnovu pretpostavki i ubedjenja!
- Izbegavati donošenje sudova, dovoljno je izložiti naučne dokaze.
- Uvek kada je moguće koristiti raspoložive kvantitativne podatke jer se njihova validnost može proveriti.

Literatura

1. Behn, Robert D., James W. Vaupel (1982). Quick Analysis for Busy Decision Makers. New York, NY: Basic Books, Inc.
2. Cucu V, Simić S, Bjegović V., Vuković D., Marinković-Erić J., Jelača P., Ananijević - Pandej J. (2000). Terminološki rečnik kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.
3. Colombia Health Sector Reform Project (1996). Report on Colombia Health Sector Reform And Proposed Master Implementation Plan, Final Report. Boston, MA: School of Public Health, Harvard University.
4. Edelman, Murray (1984). The Symbolic Uses of Politics. Urbana, IL: University of Illinois Press.
5. Santosh M, Jarett S. 2002. Improving Basic Health Service Delivery in Low-Income Countries: “Voice to the Poor”. Social Science and Medicine 54 (11):1685-1690.
6. Roberts M. J. (1975). An Evolutionary and Institutional View of the Behaviour of Public and Private Companies. American Economic Review 65 (2):4145-427.
7. Tierney, Lawrence M., Stephen J. McPhee, and Maxine A. Papadakis, eds. (2001). Current Medical Diagnosis and Treatment 2002. 41st edition. New York, NY: McGraw-Hill.

RADIONICA: PRIKAZI SLUČAJEVA ZA CIKLUS REFORME SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Dijagnostičko putovanje sistema zdravstvene zaštite u zemlji X

U nekoj zemlji u razvoju X uočen je porast stope maternalne smrtnosti i male vrednosti očekivanog trajanjg života među stanovništvom siromašnih ruralnih krajeva. Sistem zdravstvene zaštite pripada sistemima sa nacionalnom zdravstvenom službom – finansiran je iz budžeta. Dijagnostičkim putovanjem u potrazi za uzrocima ovih problema je uočeno sledeće: nizak nivo kvaliteta zdravstvenih usluga i njihovo slabo korišćenje. S obzirom da je sistem finansiranja zdravstvene zaštite u svim područjima baziran na budžetu, adekvatan odgovor na ovu situaciju je kompleksan program reforme sistema zdravstvene zaštite, kreiran da unapredi performanse (kvalitet i korišćenje usluga) uz istovremeno korišćenje nekoliko kontrolnih mehanizama a bez porasta troškova.

Pitanja za diskusiju:

- Koje performanse sistema su definisane kao prioritetne - intermedijarne ili krajnje?
- Kako bi se postavljeni ciljevi reforme merili?
- Koji bi bili naredni koraci u ciklusu reforme sistema zdravstvene zaštite u zemlji X?
- Koji sve faktori određuju izvodljivost reforme sistema?

Dijagnostičko putovanje sistema zdravstvene zaštite u zemlji Y

U nekoj zemlji Y je uočena razlika u zdravstvenom stanju i u zastupljenosti programa za prevenciju faktora rizika među zaposlenima u formalnom i neformalnom sektoru (siva ekonomija). Uz pomoć dijagnostičkog stabla iscrtanog za svaki od navedenih problema otkriveno je da su oni koji rade u formalnom sektoru obuhvaćeni zdravstvenim osiguranjem, dok drugi plaćaju zdravstvenu zaštitu iz svog džepa. Brzi odgovori na probleme bi bili: osnivanje novog udruženog sistema zdravstvenog osiguranja da bi se povećala dostupnost svih zdravstvenih usluga pa i preventivnih; zatim, selektivno ugovaranje sa ustanovama od strane novog fonda osiguranja; i reforma menadžmenta bolnicama sa ciljem povećane autonomije ovih ustanova.

Pitanja za diskusiju:

- Koje performanse sistema su definisane kao prioritetne - intermedijarne ili krajnje?
- Kako bi se postavljeni ciljevi reforme merili?
- Koji bi bili naredni koraci u ciklusu reforme sistema zdravstvene zaštite u zemlji Y?
- Koji sve faktori određuju izvodljivost reforme sistema?

DRUGI ZADACI ZA RAD U GRUPI: RAZVIJANJE DIJAGNOSTIČKOG STABLA**Zadatak 1**

1. Izaberi dva najznačajnija problema performanse zdravstvenog sektora u tvom okrugu (pazi da to ne budu intermedijarni faktori).
2. Odredi način na koji će biti definisani izabrani problemi
3. Objasni zašto se grupa opredelila za taj problem

Zadatak 2.

1. Napravi listu problema.
2. Za svaki problem uradi dijagnostičko stablo,
3. Identifikuj uobičajene uzročne faktore i usredsredi se na ključne uzroke
4. Identifikuj set kontrolnih mehanizama kojima će se znatno poboljšati performansa
5. Analiziraj političku izvodljivost ovih promena

ETIČKI PRISTUPI U REFORMAMA SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Tekst priredile: Vesna Bjegović, Aleksandra Jović-Vraneš i Bojana Matejić

U svakom ciklusu reformi sistema zdravstvene zaštite, koji uključuje definiciju problema, dijagnozu, razvoj politike, političku odluku, implementaciju i evaluaciju, etička pitanja zauzimaju posebno mesto, naročito u fazi uspostavljanja prioriteta. Smatra se da je ispitivanje etičke dimenzije svih reformskih koraka nezaobilazno, čak i kad nacionalna zdravstvena politika određene zemlje počiva na univerzalnim vrednostima koje su jednake za sve sisteme zdravstvene zaštite.

Uloga etike u definisanju problema

Širom sveta pojedinci i grupe ulažu napore da reformišu svoje sisteme zdravstvene zaštite, kao i da razumeju kako da definišu problem, gde da počnu; koje vrste promena su poželjne a koje nepoželjne, koje vrste ciljeva treba definisati. Glavne etičke teorije obezbeđuju način razmišljanja i organizovanja raznih alternativnih prioriteta i definicija problema u reformi zdravstvenog sistema.

Uloga etike u definisanju problema

- Pregled teorija etike.
- Kako opravdati teorije etike.
- Korišćenje teorija etike.
- Mogućnost pomešanih pozicija.

Etička dimenzija se neminovno ispituje pri razmatranju ne samo vrednosnih već i tehničkih aspekata reformi sistema zdravstvene zaštite. Iako je to neminovno, ekonomisti se, na primer, najčešće izjašnjavaju da im je prioritet ekonomska efikasnost i da se ne bave etičkim pitanjima. Čak i eksperti javnog zdravlja, zauzimajući slične pozicije, često ne vide etičke probleme kao svoj delokrug i značajan element u procesu odlučivanja. Međutim, možemo pretpostaviti da postoje i situacije u kojima se efikasnost kosi sa dobrobiti po čoveka ili zajednicu ili da pojedini naponi ka unapređenju zdravlja mogu dovesti do ograničavanja lične slobode pojedinca. Svako procenjivanje funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite kao i proces donošenja odluka prilikom reforme zdravstvenog sistema, zahteva ozbiljnu etičku analizu. Donosiocima odluka u zdravstvu kao i analitičarima zdravstvenog sistema u ovom procesu može koristiti poznavanje tri osnovne etičke teorije: utilitarizam, liberalizam i komunitarizam.

Prva etička teorija, utilitarizam, zasniva se na uverenju da političku odluku treba procenjivati na osnovu njenih posledica. Proces evaluacije posledica vrši se procenjivanjem efekata odluke na zbir svih individualnih dobrobiti u društvu. Na ovakvoj etičkoj poziciji bile su mnoge reforme zdravstvenog sistema širom sveta. Ova teorija proističe iz dela velikog britanskog pisca iz XIX veka Džeremi Bentama (Jeremy Bentham). Bentam je tvrdio da su u bilo kojoj vrsti javnog političkog odlučivanja zaista bitni rezultati odluke, ishodi. On je isticao da posebno način na koji treba da

razmišljamo o ishodima je ono što utiče na dobrobit čoveka. Bentam je ovo nazvao nivoom koristi (utility) – dobrobiti i tako je doktrina poznata kao utilitarizam, koji ima fokus na ishodima.

Druga etička teorija, liberalizam, takođe ima značajnu ulogu u debatama o reformi sistema zdravstvene zaštite. Ono što mi podrazumevamo pod liberalizmom je filozofski pristup u kome se razmatra gde ljudi počinju, kakva su im prava data, kakva prava imaju, a u zdravstvenom sistemu kakva prava imaju na zdravstvenu zaštitu ili na zdravstveno stanje. Ova teorija se usmerava na početne pozicije (prava) a ne ishodne rezultate i zasniva se na tvrdnji da građani imaju pravo na zdravstvenu zaštitu, pa čak i na zdravlje kao vrednost za sebe.

Treće gledište je etička teorija komunitarizma koji se na izvestan način suprostaavlja postulatima prve dve teorije. Ovaj pristup se zasniva na mišljenju da su društvo i individue koje ga čine od najvećeg značaja za formiranje javne politike. U tom pogledu, članovi zajednice iskazuju svoje viđenje vrednosnog sistema kome se teži, a da pri tome on može uključiti i akcije koje ograničavaju individualnu slobodu ili nemaju cilj poboljšanje dobrobiti. Ovaj pogled se ne fokusira na ishode u kojima ljudi završavaju ni na početne pozicije, već na karakter samih ljudi i na karakter društva u kome funkcionišu, pa je tako ovaj pristup poznat kao komunitarizam, zato što se bavi prirodom zajednice u okviru koje pojedinci žive i rade. Među filozofima se ovaj pristup ponekad čak naziva »teorija vrline«, zato što se bavi idejama o vrlini, o dobrom karakteru i pojedinaca i zajednice.

Utilitarizam

Bentamov slogan, za koji je mislio da sumira utilitarizam, je bila ideja o najvećem dobru najvećeg broja ljudi. Važna je dobrobit pojedinca i činjenica da su sva ljudska bića podjednako važna, a zadatak javne politike je da na odredjeni način pokaže rezultat posledica bilo koje političke odluke, rezultat pozitivnog delovanja na neke ljude i negativnog na druge i da izabere one politike gde se može postići najveće dobro najvećeg broja ljudi. Bentam je filozof koga mi danas smatramo pristalicom subjektivnog utilitarizma. Što znači da je on verovao da je pravi način da se sazna da li je ljudima bolje ili gore da se njima samima postavi pitanje, da im se dopusti da donesu odluku o tome kako će proceniti svoje sopstvene situacije. Ovaj pogled je i dalje veoma raširen u literaturi o reformi sistema zdravstvene zaštite, zato što on obuhvata poglede prisutne u gotovo svim savremenih ekonomijama. Ekonomisti teže da budu utilitaristi, bilo da su svesni toga ili ne, i celokupni sklop moderne ekonomske teorije, zasnovane na maksimiziranju koristi i sumiranju nivoa koristi različitih pojedinaca da bi se procenili ishodi, direktno potiče iz Bentamovih ideja.

Utilitarizam:

Najveće dobro za najveći broj ljudi.

- Subjekat: Ljudi odlučuju o svojoj dobrobiti.
- Objekat: Stručnjaci smišljaju indeks da procene dobrobit.

Neki teoretičari, koji pripadaju objektivnim utilitaristima, smatraju da pojedinci nisu dobri u procenjivanju sopstvenih ishoda i sopstvenih okolnosti. Nasuprot tome, kada se

ekonomisti zalažu da je pravi način da se procene efekti u posmatranju volje pojedinaca da plate određenu uslugu koja proizvodi efekte ili posmatranju vrednosti usluge postavljene na kupovnom i prodajnom tržištu, onda je to subjektivni utilitarizam. Ovaj pristup uzima u obzir mogućnost da različiti ljudi imaju različita vrednovanja.

Problem sa utilitarizmom

- Da li "korist" postoji?
- Da li postoji jedan pravilan način da se proceni dobrobit?
- Da li zaista možemo da žrtvujemo jedne zbog drugih?

Utilitaristički pristup ima mnogo privlačnosti: numerički je, egzaktno je, izgleda da nudi opravdanje za veliki deo postavki prioriteta u sistemu zdravstvene zaštite, ali ipak ima određenih problema u primeni ovog pristupa. Za subjektivne utilitariste, kao što su ekonomisti, pravo pitanje je da li korist zaista postoji? Da li je ljudsko iskustvo tako jednostavno da možemo reći da postoji jednodimenzionalni značaj koji odražava dobitke i gubitke i koji može dati takav rezultat da dobici za dobitnike mogu biti poravnati sa gubicima gubitnika? Ako je ljudsko iskustvo komplikovanije, onda ne postoji tako nešto kao što je korist, a ako ne postoji, ne može biti ni izmerena. I većina psihologa koji su dosta promišljali o ljudskom iskustvu, još od dana starih Grka Platona i Aristotela, preko Frojda do modernih psihologa, teže da gledaju na ljudsko iskustvo kao na nešto višedimenzionalno i komplikovano. Tako da je celo pitanje da li korist postoji veoma ozbiljno za subjektivne utilitariste.

S druge strane, za objektivni utilitarizam pitanje je: da li zaista postoji jedan pravi način da se proceni ljudsko dobrostanje? Da li postoji jedan pravi kriterijum zdravstvenog stanja? Da li je stvarno primereno reći da ustanovljavanjem nekog panela stručnjaka ili čak neke reprezentativne grupe pacijenata možemo ustanoviti i odrediti zdravstvene posledice svakog dostupnog tretmana? Nakon svega, posledice bilo koje povrede mogu biti vrlo različite u različitim društvima. Na primer, fizički invaliditet je veći hendikep u društvu koje se oslanja na fizički rad i poljoprivredu nego što je to disleksija, zato što je moguće da u poljoprivrednom društvu i onako nema mnogo ljudi koji znaju da čitaju. Ipak, u naprednom industrijskom društvu, upravo bi suprotno bilo slučaj. Takođe, postoje važne kulturološke razlike u stavovima prema invaliditetu. Ono što bi u poslednje vreme moglo da izgleda kao ozbiljna psihijatrijska bolest, u tradicionalnoj kulturi je moglo da deluje kao posednutost duhovima ili glasovi od Boga, koji daje informacije smrtnicima. Pretpostavka DALY-metoda i sličnih analiza objektivnog utilitarizma je da postoji jedan ispravan način da se proceni dobrostanje.

Medjutim, najozbiljnija zamerka utilitarizmu nije praktična već filozofska. To je zamerka koja zadire u srž utilitarističkog pristupa, kako je delimičan proces odlučivanja u vezi najvećeg dobra najvećeg broja ljudi poznat među filozofima. Taj pristup smatra da je potpuno u redu žrtvovati neke zarad dobra drugih. Stoga, pitanje koje moramo da postavimo je: da li se ova implikacija zaista podudara sa našim filozofskim i etičkim stanovištima. Evo veoma poznatog primera:

»Deset ljudi je u čamcu za spašavanje, u čamcu nema hrane, a oni su daleko od kopna. Da li neki ljudi na čamcu imaju pravo da pojedu druge? Ako ste utilitarista, to nije problem zato što bi najveće dobro najvećeg broja ljudi značilo: »Samo napred«, i da je dobro da se nekoliko ljudi žrtvuje ukoliko bi

to omogućilo drugima da žive. Svakako, subjektivni utilitarista bi možda žrtvovao one koje prijatelji najmanje vole, na osnovu toga što bi to izazvalo najmanje tuge među njihovim saputnicima. Objektivni utilitarista bi verovatno žrtvovao one koji najviše jedu, na osnovu toga da bi to maksimiziralo verovatnoću opstanka i zdravstveno stanje onih koji su preostali. Ali u oba slučaja utilitarista može da gleda na žrtvovanje nekih, za dobro ostalih kao pravičan postupak. Ipak ova implikacija narušava stanovišta, koja mnogi od nas imaju o prikladnom ponašanju, i navela je neke filozofe da etiketiraju utilitariste kao »moralna čudovišta«. Ovo iz razloga jer je utilitarizam suštinski i u biti filozofija u kojoj ciljevi opravdavaju sredstva, zbog toga što je to filozofija koja sve procenjuje sa tačke gledišta ciljeva, i tako naravno iz te perspektive ciljevi opravdavaju sredstva.«

Najšire primenjivani pristup etičkim pitanjima, sa stanovišta utilitarizma, u funkcionisanju sistema zdravstvene zaštite je onaj koji se zasniva na posledicama. Kao u izreci koja kaže da »cilj opravdava sredstva«, po ovoj teoriji se smatra da treba procenjivati politiku po tome kakav joj je uticaj na pojedince u društvu i izabrati opciju koja najviše unapređuje njihovu ukupnu dobrobit. Utilitarizam je etički pravac koji smatra da je svrha čovekovog delanja korist i blagostanje, bilo pojedinca (individualni utilitarizam) bilo celine (socijalni utilitarizam) (Vujaklija, 1980). Ali, jedno od osnovnih pitanja na koje prvo treba odgovoriti je kako možemo izmeriti dobrobit tako da nam posluži kao indikator u procesu reformi zdravstvenog sistema? Na ovo pitanje odgovor možemo naći na dva načina:

- putem subjektivnog utilitarizma, ili
- putem objektivnog utilitarizma.

Oba pristupa teže što efikasnijem korišćenju resursa kako bi se stvorilo najviše dobrobiti, ali uz značajne razlike u metodama i posledicama.

Subjektivni utilitarizam

Kao teorijska osnova ovog pristupa već je spomenut rad engleskog filozofa devetnaestog veka, Džeremi Bentama (Jeremy Bentham), koji je verovao da svaki čovek za sebe najbolje može da proceni šta ga čini srećnim. »Korist« na koju je on mislio činilo bi unutrašnje osećanje sreće, koje ljudi mogu doživljavati na različitim nivoima u različitim situacijama, na vrlo individualan način. Ispravnost akcija koje se preduzimaju procenjuje se upoređivanjem zadovoljstva i negativnog iskustva (bola) a kao najuspešnija, bila bi akcija koja stvara »najveću sreću kod najvećeg broja ljudi« (Bentham, 1789). Subjektivni utilitarizam je veoma ne-hijerarhijski koncept. Ovakvo gledište vrši decentralizaciju procesa evaluacije. Individualna procena sreće je jedina merodavna vrednost, ma koliko se ona razlikovala kod velikog broja ljudi. Prema ovom pristupu način da se evaluiira performansa sistema zdravstvene zaštite je da se odredi koliko taj sistem čini srećnim svakog pojedinca i da se ova procena pridoda za sve ljude da bi se odredila korist koju sistem proizvodi.

Ekonomisti primenjuju ovakav teorijski okvir tako što zastupaju stav da treba koristiti analizu troškova i dobiti (kost-benefit analizu), da bi se utvrdilo koja akcija stvara najveću ukupnu korist. Potrebno je utvrditi koliko su potencijalni korisnici određenog

programa ili politike spremni da izdvoje novca za ono što će pri tome dobiti. Ovakvom analizom se evaluiraju troškovi i dobiti u svojoj tržišnoj vrednosti. Ekonomisti vagaju korist u odnosu na troškove zato što cena programa u stvari predstavlja dobit koje smo se odrekli na drugom mestu u ekonomiji, na račun primene programa. Ovako sagledane dobiti nazivaju se *oportunistički troškovi*. Sledbenici subjektivnog utilitarizma nam preporučuju da se bavimo onim aktivnostima kod kojih je dobit koju ostvarujemo veća nego dobit koje se odričemo.

Ipak, nije jednostavno koristiti analizu troškova i dobiti u evaluaciji predloženih reformi u sistemu zdravstvene zaštite. Postavlja se pitanje kako da procenimo koliko su potencijalni korisnici spremni da plate za određenu uslugu. Jedan od načina je anketno istraživanje ali je teško sagledati koliko su anketirane osobe bile iskrene u popunjavanju upitnika. Ne možemo se osloniti ni na činjenicu koliko se određena usluga već plaća, s obzirom da imamo većinu koja je do sada koristila zdravstvene usluge na račun osiguranja, u državnim zdravstvenim ustanovama. Na kraju, pitamo za hipotetičku sumu novca koji bi korisnici dali za isto tako hipotetičku dobit!

Bez obzira na ograničenja koja su izložena, subjektivni utilitarizam je bila značajna struja u debatama o zdravstvenim reformama. Iz perspektive subjektivnog utilitarizma, poželjno tržište usluga je ono u kome su korisnici (ili potrošači) aktivni i upoznati sa uslugama koje se nude, a tržište konkurentno. To nas vodi u »optimalnu Pareto« situaciju u kojoj nema neistraženih ekonomskih dobiti. Ovakvo tržište je uspešno u raspodeli svojih resursa.

Na žalost, većina postojećih tržišta u okviru sistema zdravstvene zaštite daleko je od prethodnih preduslova koji bi ih činili kompetitivnim, kao i »optimalne Pareto« situacije (Arrow, 1963). Pacijenti se najčešće okreću onom obliku zaštite koji im je preporučen od strane lekara, koji koristeći svoj uticaj, mogu zastupati neke posebne interese. Na primer, lekari koji su plaćeni po usluzi, mogu podsticati nepotrebne ili neprikladne usluge. Takođe, korisnici zdravstvene zaštite nisu dovoljno kompetentni da procene klinički kvalitet usluga koje su im pružene, hemijski sastav lekova koji se reklamiraju ili stručnost izvedene operacije. To zdravstveno tržište stavlja u monopolsku poziciju, što su naročito zapazili ekonomisti.

Zalaganje za tržišne principe u zdravstvenoj zaštiti može ugroziti neka važna pitanja jednakosti ili pravičnosti u društvu. Ako je potrošnja proporcijalna prihodima, onda je jasno da siromašni dobijaju manje od bogatih. Vrlo često, siromašni ne mogu da ostvare ni najosnovnije vidove zdravstvene zaštite. Lako se može zaključiti da siromašnima ne treba ni obezbediti skupe usluge, kako neće biti u mogućnosti da ih plate. Argument subjektivnog utilitarizma bi bio da ako siromašnima želimo da poboljšamo dobrobit, društvo treba da obezbedi novac koji će oni trošiti po svom izboru, pa čak iako ne izberu da ga uopšte potroše na sopstvenu zdravstvenu zaštitu. Iako su argumenti za tržišne principe u zdravstvenoj zaštiti politički vrlo uticajni, potrebno je pažljivo proceniti u kojoj meri ograničavaju dostupnost.

Subjektivni utilitarizam shvata pojam zdravlja samo kao jedno od brojnih vrednosti, za koju svaki čovek procenjuje značaj u sopstvenom vrednosnom sistemu. Na osnovu toga će i »ulagati« u sopstveno zdravlje, a lični izbor treba da bude poštovan. Ipak, kritičari

ovog gledišta smatraju da je individualnom izboru dat neopravdan značaj. Oni su bliži alternativnim idejama, takozvanom, objektivnom utilitarizmu (Dworkin, 1993).

Objektivni utilitarizam

Objektivni utilitarizam ima dugu tradiciju u javnom zdravstvu. Ovaj pristup se zasniva na gledištu da zdravstvene reforme treba da budu procenjivane na osnovu svojih ishoda ali se podvlači sumnja da su korisnici zdravstvenog sistema ti koji treba da odlučuju po pitanju svoga zdravlja. Kao ilustraciju, možemo postaviti pitanje: da li vlade treba da se povinuju zahtevima pušača i promovišu tržište duvana? Ili, ukoliko pacijenti traže neku od opasnih ili neefikasnih medicinskih procedura, da li im treba dozvoliti i taj izbor? Ekspertske mišljenje bila bi racionalna alternativa ovakvom individualnom izboru.

Zagovornici objektivnog utilitarizma se zalažu da se razvije indeks koji bi objedinio opšte poznate komponente ljudske dobrobiti i koji bi bio koristan u pojedinačnim evaluacijama (Griffin, 1986). Ovi isti teoretičari smatraju da se dobrobit čoveka najbolje procenjuje specifičnim indeksom za merenje dobrobiti i korišćenjem ovakvog indeksa koji bi definisali stručnjaci za procenjivanje ishoda u svim okolnostima. Još pre drugog svetskog rata je bilo pokušaja da se osmisli ovakav indikator. Ovo je tradicija koja dugo traje u zdravstvenoj zaštiti i odnosi se na korišćenje pokazatelja zdravstvenog stanja, naročito pokazatelja mortaliteta, kao instrumenata koji vode proces postavljanja prioriteta i proces pronalaženja novčanih sredstava. Danas, merenje efekata kao, pristup objektivnog utilitarizma, ima široku primenu u kliničkim istraživanjima, gde se razvilo merenje kvaliteta života u cilju procene alternativnih tretmana. Svetska banka i Svetska zdravstvena organizacija koristi se merama kao što su *godine života korigovane u odnosu na nesposobnost* (DALY- Disability Adjusted Life Years) i *godine života popravljene u odnosu na kvalitet* (QALY- Quality Adjusted Life Years), u proceni opterećenosti bolešću (burden of disease).

Ovaj pristup ne procenjuje dobiti u zdravlju monetarnim vrednostima, kao što se to čini u analizi odnosa troškova i dobiti. Prvi put je primenjen u studiji «Globalna opterećenost bolešću» (Murray and Lopez, 1996). Zajednički imenitelj svih sličnih studija je jedna od zbirnih mera zdravlja stanovništva – godina života korigovana u odnosu na nesposobnost (DALY). Sve zbirne mere zdravlja stanovništva mogu se podeliti u dve klase. U prvoj klasi su one koje mere očekivano trajanje zdravog života, a u drugoj one koje mere zdravstveni jaz. Obe klase zbirnih mera koriste vreme (proživljeno u bolesti ili izgubljeno prevremenom smrću), kao odgovarajuću opštu mernu jedinicu za kvantifikovanje, kako uticaja umiranja, tako i nefatalnih poremećaja zdravlja. Ove dve klase mera se dopunjuju. Okazatelji zdravlja iz klase očekivanog trajanja zdravog života procenjuju prosečno vreme (u godinama) za koje osoba može da očekuje da će živeti u definisanom stanju zdravlja. Pokazatelji zdravlja iz klase zbirnih mera zdravstvenog jaza mere razliku između stvarnog stanja zdravlja populacije i neke određene norme (ili željenog cilja), dakle, odstupanje od punog zdravlja. Glavna karakteristika koja definiše meru zdravstvenog jaza jeste dužina normalnog ljudskog veka (norma). Za osobe koje nisu dočekale, u punom zdravlju, kraj tako definisanog životnog veka, smrt ili onesposobljenost se smatraju prevremenim. Računanje i tumačenje mera zdravstvenog jaza, kao i mera očekivanog trajanja zdravog života zavise, takođe, i od primenjenih metoda za definisanje i merenje stanja zdravlja, te

vrednovanja i zdravlja i drugih društvenih vrednosti (Atanasković i sar, 2003). Najpoznatija od mera zdravstvenog jaza jeste "DALI", fonetska transkripcija engleskog akronima za godine života korigovane u odnosu na nesposobnost (engl. *DALY = Disability Adjusted Life Years*). DALY sažima merenje prevremene smrtnosti i nesposobnosti. Ovaj pokazatelj je zbir godina izgubljenog života (engl. *YLL = Years of Life Lost*) i godina života sa nesposobnošću (engl. *YLD = Years of Life with Disability*) na populacionom nivou, pa zato odslikava "opterećenje bolešću" u populaciji: $DALY = YLL + YLD$.

Dakle, DALY kao zbirni pokazatelj izražava godine života koje su izgubljene usled prevremene smrti zajedno sa godinama života sa nesposobnošću određene težine i trajanja. Jedan DALY je, stoga, jedna izgubljena godina života u punom zdravlju. Sve zbirne mere zdravlja stanovništva, kao što je prethodno navedeno, uključuju i eksplicitne i implicitne izbore društvenih vrednosti.

Objektivni utilitarizam stvara osnovu za *analizu odnosa troškova i efekata* (cost-effectiveness analysis). Ovakav pristup je široko korišćen i van zdravstvenog sektora. Na primer, za vreme drugog svetskog rata, britanski matematičari su ga koristili da izračunaju najbolji način sprovođenja vojnih operacija, a postupak je nazivan *operaciono istraživanje*. Pedesetih godina prošlog veka, ovaj postupak je sprovedila američka Rand korporacija (Rand Corporation), da bi uporedno evaluirala efikasnost različitih oružanih sistema, i to je tada nazivano *analiza sistema*.

Objektivni utilitarizam je centralizovao sve što je Bentam, u predhodnom principu, želeo da bude decentralizovano. Korišćenje jedinstvenih indeksa poništavalo je brojne individualne razlike u poimanju sopstvene dobrobiti. Na primer, mogu postojati osobe koje žele izbeći fizički bol ili nesposobnost, čak i po cenu kraćeg života; drugi žele da žive što je duže moguće, ma koliko odricanja i patnje to zahteva. U objektivnom utilitarizmu nema mesta ovakvim varijacijama.

Ipak, samo praktično merenje dobiti u zdravlju otvara mnoga pitanja. Prvo je, kako naći način koji će kombinovati dužinu života sa kvalitetom života. Metode koje koriste QALY i DALY koriste sledeća rešenja: zdravstveno stanje se opisuje na skali od nula (smrt) do jedan (odlično zdravlje). Eksperti dodeljuju svakoj bolesti ili nesposobnosti poseban skor kvaliteta života negde na ovoj skali. Godina života u dobrom zdravlju se računa kao jedinica dobiti. Vrednost produženja život se izračunava kao kvalitet života koji je osoba sačuvala pomnožena sa brojem godina života. Osnovni problem ovog pristupa je da ljudi više vrednuju sačuvani život od ublažavanja nesposobnosti, pa se postavlja pitanje valjanosti metoda.

Jedan od primera je Oregonski zdravstveni plan (Oregon Health Plan) u SAD. Država je u toku 1994-te godine pokrenula studiju koja bi rangirala sve medicinske tretmane koji su obuhvaćeni Medikeyd programom (Medicaid program), osnovnim vidom osiguranja siromašnih. Korišćen indikator je QALY koji je dobijen za svaki utrošen dolar. Predloženo je ograničavanje pruženih usluga samo na one kod kojih je najbolji odnos cene i efekata (Bodenheimer, 1997). Ali, kako je javnost reagovala sa nezadovoljstvom, procenjujući da su mnoge intervencije koje su od vitalnog značaja podcenjene, kasnije je plan izmenjen (Hardon, 1991).

Korišćenje zdravstvenih indeksa otvara još pitanja. Na primer: mogu li se upoređivati mentalne i fizičke nesposobnosti? Takođe, da li se podjednako vrednuje gubitak života u različitim uzrasnim grupama? Indeks DALY najviše vrednuje srednje godine života (Murray, 1994). Različitosti mogu odslikavati posebnost perspektive pojedinih društava i njihovih socijalnih merila, kao na primer u društvima u kojima je starost cenjena po svojoj mudrosti i iskustvu. Ipak, objektivni utilitarizam može koristiti i neka druga merila o zdravlju osim ovih sveobuhvatnih indeksa. U reformama zdravstvenog sistema, mnogi donosioci odluka su koristili podatke o mortalitetu odojčadi. Ovaj indikator se koristi kako bi se odredili prioritetni ciljevi ili analizirala politika u odnosu na očekivani broj života koji bi bili sačuvani predloženim intervencijama. Postoje ograničenja i kada su jednostavni indikatori u pitanju, kada se u nekim slučajevima može dobiti pogrešna slika situacije. Na primer, ako je u nekom mestu razvijena jedinica intenzivne neonatalne nege, to može dati lažno povećanje izračunatog mortaliteta odojčadi. Zato se svaki indikator mora pažljivo primenjivati i njegova vrednost pažljivo tumačiti.

Broj praktičnih problema se uvećava i kod analize rutinske zdravstvene statistike. U nekim zemljama se javljaju rezlike u prijavljenom mortalitetu odojčadi usled lokalnih običaja kada se dete smatra zaista "rođenim" ili usled podregistracije za neke udaljene krajeve. Drugi praktični problem je procena uzročnosti pojava. Kada se koristi analiza koja se zasniva na posledicama, onda je potrebno evaluirati rezultate određene politike i predvideti buduća kretanja. Ali, svako pouzdano predviđanje vrlo je komplikovano. Pretpostavimo da neka zemlja želi da pređe sa sistema "vertikalne" imunizacije na program po kome je imunizacija integrisana u primarnu zdravstvenu zaštitu. Očekivane uštede zahvaljujući ovoj promeni, za objektivne utilitariste, moraju biti izbalansirane u odnosu na procenu posledica po zdravlje koje mogu nastati smanjenjem obuhvata imunizacijom. Da bi se izvršila takva procena, potrebno je znati kako će novi program biti primenjivan.

Neke od komplikacija utilitarnog principa: nepouzdanost (nesigurnost) i vreme

Dva problema analize koja počiva na utilitarizmu zahtevaju posebno razmatranje, a to su nepouzdanost i vreme. Rezultati reformi sprovedenih u okviru zdravstvenog sistema uvek su, do određene mere, nesigurni, a neki se neće videti još izvestan broj godina (Weinstein, Stason, 1977; Wenz, 1986). Za subjektivne utilitariste, nesigurnost se odražava direktno na volju korisnika da neku uslugu i plate. Ali, to nas vodi da pretpostavimo da potencijalni korisnici znaju ne samo da im se više sviđa ishod A od ishoda B, već i da znaju da im uporede vrednosti. Ovakve evaluacije su posebno značajne u slučajevima kada dobitak zavisi od promene verovatnoće ishoda, kao što je promena u verovatnoći smrtnog ishoda od određene bolesti.

Drugi problem koji se odnosi na dobiti u budućem vremenu možemo razmatrati određenim ekonomskim zakonitostima, a jedna od njih je i diskontna stopa. Na tržištu novca, relativna vrednost zarade tekuće godine u odnosu na zaradu sledeće godine naziva se interesna stopa. Na primer, rata od 7% ukazuje na to da će sledeće godine, onaj koji pozajmljuje pare dati 1.07 puta više od pozajmljene vrednosti, tako da jedan dolar sledeće godine vredi manje nego ove godine. Proces izračunavanja opadanja vrednosti za buduće dobiti naziva se diskontovanje (discounting) a interesna rata koja se

dobija naziva se diskontnom stopom. Sada da se vratimo reformama zdravstvenog sistema. Da li isti princip treba koristiti za njihovu evaluaciju, odnosno, jesu li dobiti u zadržanju takođe diskontovane i po kojoj stopi? Tu su mišljenja podeljena. Kaže se da diskontna stopa ima velikog uticaja na privlačnost onih političkih poteza koji imaju kratkoročne ciljeve. Sa 7% diskontne stope, 10 godina od sadašnjeg trenutka dobitak vredi polovinu od sadašnje vrednosti, a za 40 godina, manje od 6% sadašnje vrednosti.

Postoje dva načina na koja možemo odrediti diskontne stope. Jedan način se zasniva na tržišnim zakonitostima. Za ovaj način se predlaže korišćenje sličnih diskontnih stopa kao na finansijskom tržištu te zemlje. Ovakve rate otlikavaju realne mogućnosti ka investitorima, i potstiču povraćaj sredstava iz privatnog sektora i njihovo korišćenje u javnom sektoru (Marglin 1967). Drugi način određivanja diskontne stope odnosi se na verovanje da tržište privatnog kapitala ne funkcioniše dobro i da društvo treba da izvrši nezavisnu procenu o vrednostima dobiti koje se ostvaruju u različitim vremenskim okvirima. Oni se zalažu za takozvanu *socijalnu diskontnu stopu*. Bez obzira koji način za određivanje diskontne stope je korišćen u analizi, to može imati značajnog uticaja na određivanje prioriteta i na procenu kako neke politike (na primer vakcinacija protiv hepatitisa B) stvaraju dobit u dalekoj budućnosti. Politička odluka deluje mnogo manje privlačno ukoliko smo odredili visoku diskontnu stopu, ako se uporedi sa recimo, brzim dobitcima koje vidimo posle vakcinacije protiv gripa.

Na kraju, problem za pokretače reformi zdravstvenog sistema koji primenjuju utilitaran pristup odnosi se na nemilosrdna očekivanja da će se stvarati najveća dobit od postojećih resursa, bez obzira na pravičnost i jednakost. Neke od negativnih posledica po određene grupe ili individue su pruhvatljive, sve dok krajnji rezultati donose korist. Tako se dobrobit nekolicine može žrtvovati na račun dobrobiti većine korisnika.

Svi pomenuti nedostaci utilitarnog pristupa otvaraju puteve razmišljanja o nekim novim pristupima i teorijama, koje bi se koristili pri donošenju odluka u procesu reformi zdravstvenog sistema.

Liberalizam

Nasuprot utilitarizmu, drugi po rasprostranjenosti pristup u reformama sistema zdravstvene zaštite, je liberalizam. Liberalizam se bazira na poštovanju prava svakog pojedinca da razvije svoj sopstveni životni plan. U osnovi se razmatra pravo pojedinca da koristi koju ostvaruje od društvene polazne situacije, svoje vizije dobrog života i vrsta izbora koji pravi, zavisi od njega samog. U liberalizmu je odgovornost društva da ljudima da odgovarajuću polaznu osnovu. Ovaj pristup je na mnogo načina proizišao iz dela velikog nemačkog filozofa Emanuela Kanta (Immanuel Kant). Njegova centralna ideja je da sva ljudska bića imaju sposobnost da donose, kako ih je Kant nazvao, moralne odluke. Prema Kantu, ove odluke su potkrepljene racionalnim razmišljanjem, a pod racionalnim razmišljanjem smatra se razmišljanje koje vodi računa o posledicama i koje vodi računa o prirodi ljudske odgovornosti. Pošto ljudi imaju sposobnost da razmišljaju i rasuđuju, sposobnost da postupaju moralno, sposobnost da prave svoje sopstvene životne planove, Kant je tvrdio da, radi poštovanja ovih sposobnosti, moramo da osiguramo da će društvo omogućiti svakom pojedincu da razvije svoje životne planove.

Liberalizam: Poštovanje prava pojedinca da izabere svoj sopstveni životni plan.

- Libertanizam: Ostaviti na miru negativna prava.
- Egalistički liberalizam : Pozitivna prava kao preduslov za efektan izbor.

Prva vrsta liberalnog uverenja je ono što filozofi zovu libertanizam. Libertanizam je relativno ekstremna doktrina zato što sugerise da su jedine odgovornosti koje imamo jedni prema drugima one da poštujemo negativna prava koja predstavljaju pravo svake osobe da bude ostavljena na miru. Ovo znači da ne moramo da obezbeđujemo hranu ili odeću ili smeštaj ili medicinsku zaštitu bilo kom pojedincu, samo moramo da osiguramo da nisu prekršena njegova negativna prava i da njegova negativna sloboda nije ograničena. Libertanac bi se, na primer, protivio dozvolama za rad u medicini. Ako jedan pojedinac ima perorez, a drugome treba da se izvadi slepo crevo, i oni žele da sklope dogovor, gde vlasnik peroreza operiše čoveka sa stomaćnim problemom, to je onda, prema libertancima, njihova stvar, zašto bi se država mešala. Libertanci favorizuju dekriminalizaciju svih takozvanih kažnjivih prekršaja, od pušenja marihuane do trgovine seksom. Oni favorizuju najmanju moguću državu ulogu. Međutim, ovo nije dominantna forma liberalizma u naše vreme. Dominantna forma liberalizma našeg vremena započinje od premise da ako ćemo zaista da poštujemo jedni druge kao moralne učesnike, onda društvo mora da obezbedi preduslove za sve da se uključe u moralno delovanje. Mora da osigura da ljudi imaju mogućnosti i prilike.

Sa ove tačke gledišta, egalitarni liberalizam govori da pojedinci imaju pozitivna prava na preduslove za efektan izbor. Ovo je doktrina koja je sadržana u većem delu savremenog zapadnjačkog političkog razmišljanja. To je doktrina koja stoji iza ustanovljavanja javno organizovanih, javno finansiranih sistema zdravstvene zaštite u većini industrijskih društava. To je doktrina koja stoji iza stvaranja opšte finansiranog javnog obrazovanja, na primer. Za liberale egaliste ključno pitanje je kolika su ovlašćenja države. Ako ljudi imaju prava na neki minimum zdravstvenog stanja, kako da znamo koji je taj minimum, i koliko možemo da oporezujemo neke za dobrobit drugih? Teškoća sa kojom se svi liberali suočavaju je znanje o tome šta su prava i odakle dolaze.

Problemi kod liberalizma:

- Kako da znamo ko ima koja prava?
- Kako možemo da preraspodeljemo prava?
- Šta da radimo kada prava dođu u konflikt?

I liberalizam kao i utilitarizam ima svoje probleme. Prvi od ovih problema je kako da znamo ko ima koja prava. Ovaj problem se javlja u mnogim kontekstima i u medicinskoj zaštiti i u politici javnog zdravlja. Debate oko abortusa i eutanazije su na neki način debate oko toga ko ima koja prava. Čak i kada bi odlučili da ograničimo prava nerodjenog deteta, kao što bi to učinila većina liberala, kako možemo da znamo koliko su ta prava široka.

Posebno se izdvaja pitanje preraspodele prava, kao što je to na primer pitanje koliko možemo da preraspodelimo prava sa bogatih na siromašne? Ako prihvatimo da poštujemo prava svakog pojedinca, ljudi koji plaćaju porez su nagrađeni poštovanjem

upravo toliko koliko i ljudi koji uživaju korist preraspodele prava. Neki liberali tvrde da većina nejednakosti prihoda u društvu postoji zahvaljujući onome što oni zovu »prirodne i društvene lutrije«. Neki ljudi imaju novčane prednosti ili zahvaljujući svom nasledstvu, ili zahvaljujući prilikama u kojima su se rodili. Ovi liberali tvrde da te razlike u prihodima koje nastaju zbog »prirodnih i socijalnih lutrija« u suštini nisu zaslužene. Jedine razlike za koje kažu da su zaslužene su razlike nastale zbog razlika u nivou napora. Njima je vrlo lako da oporezuju prihode bogatih zarad dobrobiti siromašnih. Savremeni američki filozof liberalizma – Džon Raul (John Rawls), koji je dosta uticao na rasprave o ovim pitanjima, tvrdi da je jedina nejednakost koju treba tolerisati u društvu nejednakost koja služi za dobrobit onih koji najgore prolaze u društvu. On tvrdi da kada ne bi znali ko ćemo postati u društvu, da bi onda favorizovali ekstremno egalističko društvo i da je u tom smislu ekstremno egalističko društvo prihvatljivo. Raulovo tvrđenje bi podrazumevalo mnogo veći stepen redistribucije, nego što nalazimo čak i u najviše socijalizovanim političkim društvima Zapadne Evrope ili Severne Amerike u današnjem okruženju. Kasnije će se razmotriti pojam »prirodne i društvene lutrije« u svetlu reforme sistema zdravstvene zaštite.

Treća teškoća za sve liberale je šta da se radi kada prava dođu u konflikt. Nakon svega čovek može da ima pravo da se ne kreće, a drugi čovek pravo da ide gde želi. Kako pravo na kretanje treba da bude izbalansirano u odnosu na pravo da se bude slobodan od kretanja? Ako neko želi da se ne puši u njegovoj blizini, zato što mu smeta dim cigarete, kako se to uklapa sa pravom drugog čoveka da se ponaša kako je njemu zgodno – da puši? U praksi, filozofsko liberalni cilj je kako odlučiti šta su prava, koliko su široko dodeljena prava ljudima sa tačke gledišta države, kao što je praktični problem utilitarijanaca da odluče kako da zaista izmere dobrobit, ili subjektivno ili objektivno.

U rezimeu, nasuprot utilitarizmu, kao etička teorija, nalazi se liberalizam koji počiva na filozofiji Emanuela Kanta (Immanuel Kant) nastaloj u 18 veku. Prema modernim shvatanjima ove filozofije pojedinci imaju pravo i poseduju kapacitet da odlučuju o svojoj budućnosti i da donose odluke o sopstvenom životu. Ovakva prava počivaju na osnovnom heksagonu ljudskih prava i svi politički sistemi treba da ih poštuju. Ovakav etički pristup zasnovan na međusobnom poštovanju direktno se suprostavlja pristupu u utilitarizmu koji dozvoljava razmatranje pojedinca kao sredstva za dostizanje cilja (O'Neill 1989).

Osnovni koncept za pristalice liberalizma su prava koja su jedinstvena za svakog pojedinca jer je ljudsko biće. Prava koja počivaju na principu međusobnog poštovanja od strane pristalica liberalizma se tumače na dva različita načina, u zavisnosti da li se radi o *libertancima* ili *egalitarskim liberalima*. Libertanci veruju da samo negativna prava zaslužuju zaštitu (Nozick 1974). Ova prava garantuju individualnu slobodu, tako da ljudi mogu da rade šta hoće bez mešanja države u individualni izbor. Ukoliko se ovakvo mišljenje proširi na politički sistem ovakav postulat vodi ka osnovnim političkim i građanskim pravima, kao što su to sloboda govora, udruživanja i učestvovanja u politici. Libertanci žele da država ima samo ograničena ovlašćenja u zaštiti prava na individualno vlasništvo i ličnu slobodu. Na primer, tipično je njihovo protivljenje restrikcijama u korišćenju droga, ograničavanju prava na abortus, ili čak u licenciranju lekara, budući da ovakve akcije države ograničavaju individualnu slobodu izbora.

Na suprot libertancima, egalitarski liberali smatraju da je sloboda izbora besmislena bez odgovarajućih resursa. Oni se zalažu za pristup koji pri poštovanju drugih kao moralnih aktera, istovremeno obezbeđuje preduslove da njihov smisleni izbor bude moguć. Stoga, svako ima pozitivno pravo na minimalni nivo usluga i resursa koji su potrebni za obezbeđivanje ravnopravnosti u ostvarivanju određene mogućnosti (Daniels 1985). Neko ko je siromašan, neobrazovan, beskućnik i bolestan nema puno mogućnosti za smisleni izbor. Pitanje je, šta princip međusobnog poštovanja zahteva od države da bi ona osigurala pozitivna prava? Posebno se nameće pitanje da li se radi o pravu na zdravstvenu zaštitu ili pravu na samo zdravlje. Ovo pitanje ima važne implikacije u reformama sistema zdravstvene zaštite.

Argumenti pozitivnog prava vode do redistribucije perspektive za ljude koji su bolesni tokom života. Prema ovim argumentima zdravstveni sistemi bi trebalo da usmeravaju prioritete ka smanjivanju preranih smrti i nesposobnosti nasuprot produženju očekivanog trajanja života, budući da su ljudi koji su doživeli određenu starost imali i šanse da razviju svoj život i ispune određene planove. Raul, 1971 godine (Rawls, 1971), naziva ovu perspektivu »pravednost kao nepristrasnost«.

Egalitarski liberali se ne slažu oko načina na koji bi se pozitivna prava rešavala u zdravstvenom sistemu. Neki smatraju da je najbolji način da se poštuje nečiji moralni kapacitet onaj u kome se dohodak pravično distribuira i pojedincima dozvoljava da kupuju usluge zdravstvene službe (ili zdravstveno osiguranje) koje žele (Dworkin, 1993). Za ove liberale, zdravlje se ne razlikuje od drugih dobara, pa su ljudi salobodni da nabavljaju zdravstvene usluge istoi kao što nabavljaju hranu i odeću. Oni veruju da nema specijalnih prava na zdravlje ili zdravstvenu zaštitu. Drugi liberali veruju da društvo ima specijalnu odgovornost u vezi sa zdravljem (Daniels, 1985). Ali i ovde postoje podele među istomišljenicima. Jedni smatraju da je ključ u obezbeđivanju minimalnog nivoa zdravstvene zaštite za sve, dok drugi smatraju da je kritično pitanje za dobijanje zdravstvene zaštite aktuelno zdravstveno stanje pojedinca. Drugim rečima, oni postavljaju sledeće pitanje: ukoliko građani imaju pravo na zdravstvenu zaštitu da li ćemo smatrati da su ova prava zadovoljena ukoliko su zdravstvene usluge pristupačne ili ukoliko je zadovoljavajuće očekivano trajanje života građanina? Prema drugoj alternativni, ukoliko društvo obezbeđuje svakome određen opseg mogućnosti da doživi prosečno očekivano trajanje života, tada pristupačnost zdravstvenih usluga nije dovoljna. Perspektiva zasnovana na pozitivnim pravima čini državu i vladu odgovornima za minimalni kvantitet i kvalitet života za sve građane, kao i za pružanje zdravstvene zaštite koja će garantovati ovaj minimum.

Neslaganje oko opsega odgovornosti države i vlade – prema zdravstvenom stanju stanovništva ili prema pristupačnosti zdravstvenih usluga ima važne implikacije na odnos između države i pojedinca. Danas je poznato da veliki broj bolesti nastaje usled individualnog rizičnog ponašanja. Pušenje, nepravilna ishrana, zloupotreba supstanci i drugi oblici rizičnog ponašanja imaju značajne zdravstvene posledice. Ukoliko bi se reklo da je država – vlada odgovorna za svačije zdravlje to bi značilo da je društvo odgovorno i za uticaj na individualne izbore po ovim pitanjima. Na drugoj strani, ukoliko je društvo odgovorno samo za pružanje usluga, a ne i za korišćenje istih usluga, tada pojedinci imaju daleko veću odgovornost za svoje zdravlje. Zdravstveno stanje tako postaje rezultat individualnog izbora, a ne neprikosnoveno – neodvojivo pravo.

Društvo bi trebalo da bude odgovorno za kreiranje mogućnosti između kojih građani biraju, a ne za izbore koje pojedinci prave (Sen, 1999).

Međutim pravo na zdravlje otvara mnoga pitanja. Ako pojedinci imaju pravo na minimalno zdravstveno stanje, koji je to minimalni nivo. Postavlja se pitanje da li postoje ograničenja u odgovornosti društva prema veoma bolesnim ljudima kojima su potrebne skupe medicinske usluge za koje oni mogu imati male pomake u svom zdravstvenom stanju. Resursi društva su ograničeni i u krajnjem oni dolaze od drugih građana kojima se na taj način ograničavaju sredstva za efikasno dostizanje njihovih mogućnosti. Takođe se postavlja pitanje u svetlu ovog pravca, koje usluge treba da prime oni čije je zdravstveno stanje posledica njihovog vlastitog ponašanja.

U praksi, svaka država koja u svojoj reformi sistema zdravstvene zaštite ima ovakve egalitarističke pristupe mora da odgovori na postavljena pitanja, pronalazeći politički i ekonomski prihvatljive odgovore. Odgovori zavise delom i od državne fiskalne situacije.

Liberalizam i finansiranje zdravstvene zaštite

U odlučivanju koliko da se potroši na zdravlje (i zdravstvenu zaštitu) kritično pitanje za liberale je legitimitet poreza i taksi. Za libertance, samo negativno pravo uključuje i pravo na uživanje sopstvenog vlasništva. Po njima je stoga oporezivanje jednako kradji. Oni se trude da imaju ograničene poreze koji će obezbediti minimalne državne funkcije kao što su to odbrana i policija, dok je oporezivanje u svrhe redistribucije sredstava zbog dobrobiti drugih osoba u osnovi nelegitimno, jer pogadja individualno pravo osobe na vlasništvo.

Za egalitarske liberale, odobravanje redistributivnih taksi je opravdano jer veruju da je većina postojeće distribucije dobara u društvu izvršena na način koji ne zasluži poštovanje. Prema njima neki pojedinci zaradjuju previše jer su bili srećni da se rode u privilegovanim krugovima, da imaju visoko obrazovanje ili uticajne prijatelje, a ne zbog toga što su to zaslužili svojim privredjivanjem. Ovakvu pojavu oni nazivaju »društvena lutrija« i ljudi koji uživaju dobrobiti na ovaj način nisu ništa učinili da ih zasluži (Rawls 1999). Stoga ono što oni zarade može se legitimno oporezovati da bi se pomoglo siromašnima. Pravo na vlasništvo oporezivanjem nije ugroženo, jer i inače takvo vlasništvo nije stečeno na odgovarajući način. Čak ni dobrobit koja se stiče usled prirodnih talenata nije rezultat individualnih napora već rezultat »prirodne lutrije« te se i ona može oporezovati.

U kontekstu reformi sistema zdravstvene zaštite egalitarski liberali smatraju da je najbolje da se zdravstvene usluge finansiraju putem redistributivnih taksi i poreza i to putem opštih poreza na dohodak nego putem poreza na platu, budući da porez na platu ne uključuje investicioni dohodak. Mnoge pristalice ovog pravca navode sistem zdravstvene zaštite i njenog finansiranja u Sjedinjenim Američkim Državama kao nepravičan budući da premije osiguranja ne uvažavaju razlike u investicionim dohodcima. Korišćenje zdravstvene zaštite u ovoj zemlji jednako je korišćenju bilo koje druge skupe robe, što siromašne osobe dovodi u krajnje nepovoljni položaj. Slično, u mnogim nerazvijenim zemljama, zdravstvene usluge u ruralnim područjima se daleko

manje koriste nego u urbanim sredinama, a i očekivano trajanje života je niže u ruralnim područjima. Postavlja se pitanje da li ovaj problem treba da bude fokus reformi sistema zdravstvene zaštite. Za egalitarske liberalne ovo bi verovatno bio visoki prioritet, jer se oni zalažu da svi imaju jednaki minimum mogućnosti. Sa druge strane objektivni utilitaristi bi želeli da znaju odnos troškova i dobiti različitih programa u ruralnim područjima nasuprot onih u urbanim sredinama, da bi doneli odluku o tome gde se postiže najveći efekat.

Uprkos velikim razlikama postoje i izvesne sličnosti između utilitarizma i liberalizma. Obe etičke teorije su univerzalne, one teže da razviju jednostavne moralne standarde za sva društva. Takođe, obe teorije se zasnivaju na blagostanju pojedinca i na individualnim pravima. Stoga su obe teorije izložene kritikama da ne uzimaju u obzir društvenu prirodu čovekovog života (Sandel, 1982). Kritičari liberalizma smatraju da on ignoriše važne vrednosti zajednice jer insistira na individualnom pristupu. Kritičari utilitarizma smatraju da njegova težnja da unapredi zdravstveno stanje dovodi ponekad u pitanje moralne poglede društva. Pojedini autori za ove kritike daju primer distribucije kondoma među mladima ili distribucije sterilnih igala među korisnicima droga, koje su akcije bile prihvatljive za utilitariste u Sjedinjenim Američkim Državama, ali su pokrenule seriju pitanja oko moralnih dilema ovakvih postupaka (Moss 2000).

Komunitarizam

Treća etička teorija koja se koristi kao osnova u reformama sistema zdravstvene zaštite nazvana je komunitarizam. Za razliku od utilitarizma, koji se fokusira na to gde završavamo, ili liberalizma, koji se fokusira na to gde počinjemo, komunitarizam se fokusira na prirodu i karakter zajednice – društva koja zavisi od prirode i karaktera pojedinaca. Zagovornici ovog etičkog pristupa veruju da društvo treba da stimuliše svoje članove da pokažu dobar karakter da bi se stvorilo dobro društvo. Komunitarijanci veruju da ljudi ne žive u izolaciji jedni od drugih. Kao oštar kontrast i utilitarizmu i liberalizmu jedinica za analizu u ovom pristupu nije pojedinac već društvo. Ovakav etički pristup je proširen širom sveta. Najreligioznije tradicije se mogu smatrati komunitarističkim.

Gledište komunitarizma koje je od naročite važnosti za reforme zdravstvene zaštite je ono koje potiče iz Istočne Azije, poznato kao konfučijanizam a nalazi se u delima Konfučea (Confucius) 500 godina pre nove ere. Na Istoku i tradicija budizma i tradicija neo-konfučijanizma, sa naglaskom na ljude koji prikladno ispunjavaju svoje pojedinačne i različite društvene uloge, pokazuju izvesne osobine komunitarističke perspektive. Oba pravca se zasnivaju na idejama da deca poštuju roditelje, da mlađa braća poštuju stariju braću, da se ljudi uklapaju, obavezuju i povezuju sa društvenim poretom. Jedna je od interesantnih istorijskih činjenica da su Konfuče i Platon tvorci sličnih ideja. I Platon, veliki grčki filozof, je u svom čuvenom delu »Republika« ponudio viziju dobrog društva, što je na mnogo načina paralela ili eho Konfučevih ideja. Komunitarijanci, kao i liberali i utilitarijanci, se dele na dve odvojene grupe.

Komunitarizam:

Društva treba da stimulišu svoje članove da iskažu dobar karakter da bi stvorili dobro društvo.

- Relativističko: Svako društvo samo za sebe definiše dobar karakter.
- Univerzalno: Postoji jedna istinita definicija dobrog karaktera.

Prva vrsta komunitarizma je relativni komunitarizam. Prema ovom pristupu veruje se da svako društvo definiše šta je to dobar karakter za njega samog (Mead 1964). Tako da ne postoji jedan pravi odgovor na pitanje dobrog karaktera, na svakom je društvu zadatak da oblikuje svoje članove prema svojim normama. Istovremeno svaka zajednica, prema ovom pristupu odlučuje o svojim normama i obliku društvene organizacije, ne postoji spoljašnji autoritet, izvan društva, koji prosudjuje o određenoj kulturalnoj tradiciji. Oni koji se zalažu za multi-kulturalizam, toleranciju među zajednicama, za međukulturnu empatiju i prihvatanje su komunitarijanci relativisti.

Nasuprot ovom pristupu, univerzalni komunitarizam smatra da postoji univerzalni model za dobro pojedinca i dobro društva (Bloom 1996). Mnogi članovi zelene partije u raznim zemljama su na neki način komunitarijanci univerzalisti. Oni veruju da postoji pravi odgovor o prikladnom odnosu čoveka prema prirodi, i da je posao države da ljude dovede do toga da imaju takva vrednovanja, a posao je članova zelenog pokreta da osiguraju da se sve države na svetu pridržavaju tih vrednosti. Mnoge monotestičke religije su univerzalne po svom delokrugu i po svojoj ambiciji, i isto tako veruju da postoji jedan pravi odgovor koji one imaju u vezi sa pitanjem dobrog karaktera.

Jedan od najjasnijih primera koji razlikuje tri etička pristupa (komunitarizam, utilitarizam liberalizam) je praksa genitalnih mutilacija (osakaćivanja) kod žena u nekim delovima Afrike. Komunitarijanci relativisti smatraju da bi ovakav običaj trebalo da se poštuje od strane onih koji ne pripadaju ovakvim zajednicama, jer običaj ima duboku ukorenjenost u kulturi zajednice i predstavlja integralni deo njenog života. Objektivni utilitaristi se suprostavljaju ovakvim običajima polazeći od činjenice da se povredjuje zdravlje žene. Liberali smatraju da je ovaj običaj nepravedan jer deluje na ženu u njenoim ranom razvoju, ograničavajući njene mogućnosti za izbor tokom života.

Problemi sa komunitarizmom:

- Kako da znamo koje su granice zajednice?
- Koliko toga zajednice mogu da učine da suzbiju neslaganja?
- Šta se dešava kada se ljudi sa suprotstavljenim vizijama susretnu?

Ovaj primer pokazuje da oni koji veruju da svaka zajednica definiše svoje norme, moraju da definišu i granice svake zajednice, kao i ko zastupa zajednicu kao celinu. Mnoge etničke zajednice i religiozne grupe se zalažu za svoja prava unutar većih društava – država. Tako, postavlja se pitanje ko odlučuje da li su zajednice legitimne i koje će se njihove norme i pravila ponašanja prihvatiti. Argumenti komunitaraca se javljaju i pri reformi sistema zdravstvene zaštite na mnoge načine. Tako na primer, za neke u oblasti javnog zdravlja, zdrav stil života je stvar vrline, a ne samo način da se unapredi zdravstveno stanje. Dok je za subjektivne utilitarijance pušenje prihvatljivo (kao traganje za srećom), ili za liberalne prihvatljivo (kao individualna sloboda pušača),

javno zdravstveni komunitarci će se ovome protiviti (budući da pušači ne sprovode pravi način života).

Kao što liberali moraju da ustanove šta su prava, i kao što utilitarijanci moraju da ustanove kako da procene dobrobit, tako i komunitarci imaju svoje probleme. Glavne teškoće sa kojima se komunitarci suočavaju se kreću oko pitanja kako da se sprovede ova ideja zajednice. Koje su granice zajednice? Kako možemo da znamo: da li je Kanada jedna zajednica ili su to dve zajednice? Oni koji žive u Kvebeku imaju drugačije poglede od mnogih koji žive u delu Kanade gde se govori engleski. Da li je Velika Britanija jedna zajednica ili tri zajednice? Koliko autonomije treba da imaju Velšani i Škoti? Da li je Ruanda jedna zajednica ili dve zajednice? I koliko zajednica postoji u Bosni, u Srbiji i Crnoj Gori i tako dalje. Vredi zapaziti da su argumenti u vezi granica zajednica na mnogo načina među najspornijim u našem dobu od Srednjeg Istoka do zapadne Eritreje, do nacionalističkih separatističkih pokreta u Severnoj Italiji ili u baskijskoj regiji u Španiji i tako dalje. Kako da znamo koje su granice zajednice?

Drugi glavni problem sa kojim se komunitarci suočavaju je taj kolika su legitimna ovlašćenja zajednice u suzbijanju neslaganja unutar njenih okvira? Pretpostavimo da ljudi žele da zapale zastavu, simbol američke zajednice, ili pretpostavimo da ljudi ne žele da idu u crkvu, ili pretpostavimo da ljudi žele da stupaju u brakove sa pripadnicima istog pola, ili pretpostavimo da ljudi žele da se upuste u kanibalizam, ili bilo koje drugo delovanje. Pod kojim uslovima je prihvatljivo da članovi zajednice kažu: to ne možete raditi ovde, to ugrožava naša pravila. Sa tačke gledišta liberalizma, naravno, na napore zajednice da ograniče pojedinačne životne planove se uobičajeno gleda kao na nešto neprikladno. Liberali žele da puste svakog pojedinca da bude slobodan da definiše svoju sopstvenu ideju o dobrom, svoju sopstvenu viziju kako da živi svoj život. Nasuprot tome, komunitarci veruju da bi ovo vodilo automatizovanom i otuđenom društvu, društvu u kome ljudi ne bi imali identitet, u kome ne bi imali osećaj pripadnosti, gde ne bi imali posvećenost jedni drugima. Oni postavljaju pitanje kako možemo da opravdamo preraspodelu prava od bogatih ka siromašnima, ako bogati nemaju nikakvu vezu sa siromašnima, nikakav osećaj solidarnosti zasnovan na zajedničkom identitetu. Ali sama mogućnost neutralnog osećanja po ovom pitanju povećava mogućnost suzbijanja neslaganja ili isključivanja različitosti. Istorija Zapadne Evrope, ne pre tako mnogo godina, pokazuje da su pitanja isključivanja različitosti i suzbijanja neslaganja doveli do najvećih društvenih i vojnih kataklizmi našeg vremena. Takođe, sličan primer je i ikustvo na Balkanu.

Zbog toga je treći problem sa kojim se komunitarci suočavaju odnosi se na susretanje suprotnih vizija. Šta se dešava kada se krstaški univerzalni komunitarizam susretne sa univerzalnim komunitarizmom islama? Šta se dešava kada se univerzalini komunitarizam marksista u Avganistanu susretne sa univerzalnim komunitarizmom mudžahedina? Ovo je ozbiljan problem našeg vremena u svetu u kome se udaljenosti smanjuju i komunikacija poboljšava, pa mogućnost da zajednice žive izolaciji, sposobne da ignorišu jedna drugu, počinje da nestaje. A kada se različite zajednice suoče, rešenje je komunikacija ili prinuda ili neki oblik međusobne tolerancije. Članovi manjinskih grupacija u mnogim društvima su ozbiljno postavili pitanje tolerancije čak unutar zajednice, čak i kada se problemi granica zajednice ne dovode u pitanje.

Komunitarci imaju i svoje snažne poglede u vezi sa određenim uslugama zdravstvene zaštite. U mnogim zemljama, religiozni konzervativci se suprotstavljaju mogućnostima abortusa ili čak i uslugama planiranja porodice, zasnivajući svoje stanovište na komunitarizmu. U nekim zemljama (na primer Japanu), praksa definisanja smrti prestankom rada srca ograničava broj organa koji su dostupni za transplataciju (Kimura 1998). S druge strane, neke zemlje (na primer Austrija) predpostavljaju da je onaj ko umre automatski davalac organa, sem ako se porodica izričito ne protivi, što dovodi do očiglednih dobrobiti, ali postavlja i ozbiljna etička pitanja. (Kennedy i sar 1998). Pitanja povezana sa tradicionalnim metodama i narodnim isceliteljima otvaraju slične dileme. Upotreba normi zajednice pri postavljanju prioriteta u reformama sistema zdravstvene zaštite često otvara konflikte.

Etička analiza može da pomogne u procesu reformi rasvetljavajući šta se predpostavlja ili vrednuje u određenim zajednicama, kao i koji su odnosi sa perspektivama zasnovanim na ishodima i zasnovanim na pravima.

Razvoj odgovarajućeg etičkog pristupa u reformi sistema zdravstvene zaštite

Za razvoj odgovarajućeg etičkog pristupa veruje se da je najbolje da se sve etičke teorije posmatraju zajedno kao komplementarne i zauzme pozicija koja ujedinjuje više etičkih perspektiva.

Postoje različiti pristupi kada se odlučuje o etičkoj poziciji. Jedan od takvih pristupa je vera, drugi da ljudi imaju specijalni doživljaj moralnosti koji se ispoljava putem emocija i intuicije, treći pristup se zasniva na logici koja diktira sadržaj moralnosti. Najšire prihvaćen pristup je onaj koji se zasniva na moralnom realizmu (Putnam 1990). U ovom pristupu se smatra da se sadržaj moralnosti uči iz iskustva, kada se ono razume na odgovarajući način i primeni. Moralne činjenice, prema ovom pristupu, mogu se naučiti ako se razume ljudska priroda, analiziraju ljudske potrebe i procene zahtevi društvenog života.

Pregled teorija etike

- Ishodi: Utilitarizam.
- Prava, kao polazište: Liberalizam.
- Karakter i norme zajednice: Komunitarizam

Kako da donesemo odluku, kako da shvatimo osnovu našeg donošenja odluke koje etičke teorije da koristimo u razmišljanju o reformi zdravstvenog sektora? Ovo nas dovodi do pitanja o gledištima u vezi opravdanosti etičkih teorija, koje je podelilo filozofe, i oko koga nema slaganja unutar profesionalne filozofske javnosti. Različiti filozofi koji imaju istu nezavisnu etičku poziciju (stav), na primer, razni utilitarijanci, mogu imati različita gledišta o tome kako opravdati utilitarizam. Ovo je tema, koju filozofi nazivaju meta-etikom, odnosi se na prirodu etike nasuprot onoj koja govori o suštini etike i jedna je od najkomplikovanijih među svim aspektima filozofije.

Tačke gledišta u vezi opravdanosti

- 1. Vera 2. Emocija/Intuicija 3. Logika 4. Svet 5. Nema opravdanja

Kada razmišljamo o gledištima opravdanosti, postoji zapravo pet alternativa. Kao prvo, mnogi iskreni religiozni komunitarci veruju da se etika može opravdati verom. Prema njima postoji natprirodno ili izvanprirodno božansko objašnjenje za etiku - Bog nam je dao Kuran ili Deset zapovesti ili je progovorio kroz Isusa ili Budu i rekao nam kako da živimo svoje živote. Za ljude koji imaju veru, na problem meta-etike je odgovoreno verom. Druga tačka gledišta je ta da etiku u suštini možemo razumeti preispitivanjem samih sebe, da ljudska bića imaju određenu prirodnu sposobnost da razlikuju dobro od lošeg, i da posmatranjem naših emotivnih reakcija ili naše intuicije možemo donositi sudove o etičkoj teoriji. Ovaj stav se zove emotivizam ili intuicionizam ili kognitivizam, u šta su veoma rasprostranjeno verovali filozofi u XIX veku, mada je ove teorije imaju nešto manju popularnost među savremenim akademikima. Treća tačka gledišta je da nam sama logika može reći koji je pravi način razmišljanja o etici, da nekako sama priroda etike zahteva od nas da imamo određene pretpostavke. Na primer, sledbenici Emanuela Kanta veruju da sama priroda etičke teorije zahteva neke uslove u kojima smo nepristrasni, ili tretiramo sve pojedince isto, i tako se oni fokusiraju na logiku. Najproširenije gledište među savremenim filozofima je da nam sam svet može reći u šta da verujemo u vezi etike. Ovo je pozicija poznata kao etički – moralni realizam, da postoje etičke istine na isti način kako postoje naučne ili empirijske istine, i da samo posmatranjem sveta možemo saznati kako on funkcioniše. Oni koji slede ovu tačku gledišta veruju da posmatranjem sveta možemo otkriti kako on treba da funkcioniše. Poslednja tačka gledišta u vezi problema opravdanosti je kontradiktorna, to je tačka gledišta koju su kreirali oni koji sebe nazivaju, ili koji su nazvani, postmodernistima, i to je tačka gledišta koja kaže da za etičku teoriju ne postoji opravdanje. Sa postmodernističke tačke gledišta etika nije nauka, ne postoji način da se određeno stanovište opravda - da posmatranje sveta, intuicija i emocija sami po sebi nisu pouzdani vodiči. Umesto toga, sa tačke gledišta postmodernista, problem etike je bliži problemu umetnosti. Problem etike je - kako ljudska bića mogu da stvore način da se suoče sami sa sobom, sa svetom, jedni sa drugima, društvom, način koji je dobar unutar opsega same strukture etike.

U reformi sistema zdravstvene zaštite ne moramo obavezno da se složimo oko opravdanja da bi imali praktični sporazum o tome kako da postavimo prioritete i kako da nastavimo sa sprovođenjem. Ali, ako bilo koji pojedinac razvije kritičko i transparentno razumevanje svoje sopstvene tačke gledišta, on mora da razmišlja šta je opravdanje za tu tačku gledišta.

Korišćenje etičkih teorija

- Zašto biti dosledan?
- Zašto biti samokritičan/transparentan?
- Pojednostavljenje i upotreba.
- Kritičnost u razmišljanju.

Postavlja se pitanje zašto uopšte koristiti etičku teoriju u razmišljanju o problemu reforme sistema zdravstvene zaštite. Teoretska analiza nam može pomoći da budemo dosledni. Ali to samo postavlja pitanje zašto je potrebno da budemo dosledni. Teoretska analiza nam može pomoći da budemo više samokritični i transparentni da bi razumeli strukturu naših sopstvenih argumenata. Ali zašto uopšte biti kritičan i transparentan? U demokratskom društvu stručnjaci kao što su lekari i ekonomisti i zdravstveni radnici imaju određenu odgovornost da olakšaju javno vođenje rasprave o problemima koji su

bitni, kao što su to organizacija i funkcionisanje zdravstvenog sistema. Ako ta rasprava treba da učini stručnjake odgovornim prema javnosti, onda sami stručnjaci moraju da razumeju osnove svojih sopstvenih uverenja. Kako će inače da razumeju prirodu svojih neslaganja i da jasno objasne probleme javnosti? Razumevanje etičke teorije potencijalno ispunjava ciljeve transparentnosti i odgovornosti i efikasnog demokratskog procesa (Roberts and Reich 2002). Među ostalim prednostima, pomaže svakom učesniku u debati da razume pretpostavke i implikacije koji stoje iza tačke gledišta nekog drugog. Kada vam neko kaže - mislim da treba da garantujemo određeni osnovni minimum prava na zdravstvenu zaštitu svim građanima - sada bar imate neke odnosne pojmove za razumevanje takvog plana. Razumete da je to egalitaran liberalan plan i da bi bio potvrđen, neko treba da vam objasni zašto i kako misli da se takva pozitivna prava pojavljuju, i zašto su toliko proširena, koliko se za takva pozitivna prava tvrdi da jesu.

Deo problema korišćenja etičkih teorija ima veze sa problemima pojednostavljivanja prisutnim u teoriji i zatim primene te teorije u stvarnom svetu. To nas dovodi do metoda i pristupa nazvanog »kritičko razmišljanje«. Svet je zapravo vrlo komplikovan, a filozofi su uglavnom pojedinci zainteresovani za jednostavnost i jasnost i analitičku oštrinu. Stoga su vrste koncepata i okvira koje razvijaju dosta jednostavnije od komplikovanih praktičnih problema sa kojima se susreću pravi reformatori zdravstvenog sistema. Filozofi mogu da govore o blagostanju, a pravim reformatorima je potreban pokazatelj zdravstvenog stanja koji mogu da iskoriste. Filozofi mogu da govore o zajednici i pravima, a praktični reformatori treba da znaju da li mogu ili ne da određene prakse nametnu ljudima koji se ne slažu ili imaju zamerke u vezi njih. Da li treba da fluorizujemo vodu, čak iako neki ljudi ne žele da to radimo? Da li treba da uložimo napore da pušenje duvana stavimo van zakona, čak iako neki ljudi kažu da je to deo naše tradicionalne kulture? Da li treba da uložimo napore da obezbedimo osnovno obrazovanje malim devojkicama da bi poboljšali zdravlje majke i deteta čak iako to uznemirava tradicionalne porodične strukture? Praktični reformatori zdravstvenog sektora moraju da se suoče sa dvosmislenošću i konfliktima stvarnog života. A izrazi kao što su blagostanje, zajednica i prava su često relativno jednostavni.

Kako onda možemo nastaviti na način koji nam zapravo pomaže da obavimo pravi posao? Britanski filozof Bernard Viliams je ovaj izraz nazvao »kritičkim razmišljanjem« (Williams, 1973). Ono šta Viliams tvrdi je da u komplikovanim praktičnim situacijama treba da razmotrimo naša teoretska angažovanja kao što je "najveće dobro najvećeg broja ljudi" i da postavimo pitanje šta bi taj teoretski pristup implicirao za praktični problem sa kojim se suočavamo. Na primer, implicirao bi »spremnost da se pojednu dva člana posade spasilačkog čamca« (primer iz poglavlja o utilitarizmu). A onda treba da postavimo pitanje o našim sopstvenim intuicijama i reakcijama u vezi određenih situacija i da vidimo da li se one slažu ili ne sa teoretskim teorijama i konceptima koje smo eksperimentalno usvojili. A ako se ne slažu, da pokušamo da ta dva pomirimo. Moguće je, kaže Viliams, da naša praksa ili intuicija u vezi određenih slučajeva odražava neko shvatanje nijansi i kompleksnosti realne situacije, sa kojom se naša teorija još nije izborila. Takođe je moguće, da to odražava predrasudu ili nedoslednost ili nemarno razmišljanje. Tako da kada se teorija i naša intuicija u vezi prakse sukobe, moramo da upotrebimo sva sredstva da to rešimo. Moramo da radimo na tome da usavršimo našu intuiciju i da razradimo našu teoriju da bi pokušali da dovedemo do toga da integrišu neutralnu skladnost i doslednost, zato što

bi nam to dalo samokritičnu transparentnost, koja bi nam zauzvrat dozvolila da učestvujemo u javnom razmatranju u vezi zdravstvene politike.

Pomešane pozicije

- Rizik od "kafanske etike".
- Sistematičnost.
- Uloga razmatranja u odgovornosti.

Mnogi pojedinci, kada se upuste u ovu vrstu samokritičnosti, završe na pomešanim pozicijama. Na primer, odluče da im je stalo do individualnih prava i prava na zdravstvenu zaštitu, ali im je takođe stalo da novčana sredstva koriste na efikasan način. Ili: žele da poštuju standarde zajednice, ali samo dok ti standardi ne krše druga univerzalna prava, za koja smatraju da su prikladna. Uvek postoji rizik kada usvojite ovakvu pomešanu poziciju, da ćete se upustiti u nešto što se može nazvati "kafanska etika". Da skupite malo filozofije ovde, malo filozofije onde, ne zato što uzimate filozofiju za ozbiljno, već samo kao varku ili kao opravdanje za politiku koju ste izabrali na drugim osnovama. Medjutim argument je da postoje razlozi da se bude sistematičan, delom zbog uloge odgovornosti u procesu javnog razmatranja. Postoje razlozi da se pokuša da se pažljivo razmisli o tome koja je zaista vaša etička teorija, čak iako završite na pomešanim pozicijama.

Pretpostavimo da neko dođe i kaže vam: »Glavni problem u našoj zemlji je da je zdravstveno stanje siromašnih ljudi mnogo gore od zdravstvenog stanja srednje klase u velikim gradovima«. Kako da znate da li je to stvarno problem? Nakon svega, možda bi bilo prilično skupo da se obezbedi zdravstvena zaštita u ruralnim oblastima, možda je populacija razučeno raspoređena, možda bi bilo teško dobiti prateće lekare za ruralne oblasti, efektivnost cene zaštite bi možda bila manja u udaljenim oblastima. Sa tačke gledišta nekog ko je potpuno okrenut efikasnosti, ko je objektivni utilitarijanac, maksimiziranje zdravstvenog stanja populacije do čisto efektivne nejednakosti ne bi obavezno bio problem. S druge strane, za liberala egalistu, kome je stalo da se svim građanima garantuje određeni minimalan kvantitet i kvalitet života, kao preduslov za njihovu sposobnost da razviju i sprovedu životne planove, slabo zdravstveno stanje među manjinama ili u siromašnim ili udaljenim oblastima bi moglo da bude na samom vrhu njegove liste prioriteta. Tako da sam način na koji gledamo na posledice u vezi sistema zdravstvene zaštite zavisi od naše filozofske tačke gledišta.

Celokupni proces reforme sistema zdravstvene zaštite je uvek vršenje razmene između konkurentskih svrha i ciljeva. Jednom je neko rekao, misleći na određenu zemlju u kojoj je radio, da je proces reforme zdravstvenog sistema pomalo kao proces biranja supružnika, to je biranje niza problema sa kojima ste spremni da živite (Roberts, Reich 2002). Nijedan zdravstveni sistem nije savršen, nijedna veza nije savršena. Ali, etička teorija može da bude veoma od pomoći u odlučivanju koji od problema su vam više ili manje važni, u postavljanju prioriteta i učestvovanju u javnoj debati.

Jedna od novijih metoda koristi benčmarking etičkih pitanja o kojima treba razmišljati, kao instrument u planiranju reformi sistema zdravstvene zaštite (Daniels i sar 2000). Prema ovoj metodi sledeća pitanja se moraju razmotriti sa aspekta etike pri planiranju reformi:

1. Efekti po javno zdravlje
2. Finansijske barijere za postizanje jednake dostupnosti
3. Nefinansijske barijere u dostupnosti
4. Sveobuhvatnost dobrobiti
5. Pravično finansiranje
6. Efikasnost i kvalitet zdravstvene zaštite
7. Administrativna efikasnost
8. Demokratska odgovornost i osnaživanje
9. Autonomija pacijenata / korisnika i davalaca zdravstvenih usluga

Svako od pitanja ima svoje stavke koje se posebno vrednuju i obezbeđuju komplementarnu primenu postojećih etičkih pristupa reformama sistema zdravstvene zaštite. Metod se primenjuje u planiranju reformi sistema nekoliko zemalja u razvoju (Daniels i sar. 2000).

Literatura

1. Arrow K. J (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 53:941-73
2. Atanasković i sar (2003). Opterećenje bolestima i povredama u Srbiji. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.
3. Bentham, J (1789). *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. Hart.J. H. A. ed: New York, NY: Oxford University Press, 1996
4. Bloom I (1996). Confucian Perspectives on the Individual and Collectivity. In Irene Bloom, J. Paul Martin, and Wayne L. Proudfoot, eds. *Religious Diversity and Human Rights*. New York, NY: Columbia University Press, 114-51.
5. Bodenheimer T (1997). The Oregon Health Plan- lessons for the Nation. *New England Journal of medicine* 337:651-5, 720-3.
6. Daniels N (1985). *Just Health Care*. New York, NY: Cambridge University Press.
7. Dworkin R (1993). Justice in the distribution of Health Care. *McGill Law Journal* 38:883-98
8. Griffin J (1986). *Well Being: Its Meaning, Measurement and Moral Importance*. New York, NY: Oxford University Press.
9. Haddon D. C (1991). Setting Health Care Priorities in Oregon: Cost Effectiveness Meets the Rule of Rescue. *Journal of the American Medical Association* 265: 2218-25
10. Kennedy I, Sells R. A, Daar A. S, et al (1998). The Case for Presumed Consent in Organ Donation. *The Lancet* 351: 1650-2.
11. Kimura R. (1998). Organ Transplantation and Brain-Death in Japan: Cultural, Legal and Bioethical Background. *Annals of Transplantation* 3(3): 55-8
12. Marglin S. A (1967). *Public Investment Criteria: Benefit-cost Analysis for Planned Economic Growth*. Cambridge, MA: MIT Press.
13. Mead M (1964). *Continuities in Cultural Evolution*. New Haven, CT: Yale University Press.
14. Moss A. R (2000). Epidemiology and the Politics of Needle Exchange. *American Journal of Public Health* 90: 1385-7.
15. Murray C. J. L (1994). Quantifying the Burden of Disease: The Technical Basis for Disability-Adjusted Life Years. *Bulletin of the World Health Organization* 72(3): 495-509
16. Nozick R. (1974). *Anarchy, State and Utopia*. New York, NY: basic Books.
17. O'Neill O (1989). *Constructions of Reason: Explorations of Kant's Practical Philosophy*. New York, NY: Cambridge University Press.
18. Putnam, H. (1990). *Realism with a Human Face*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
19. Rawls, J (1999). *Collected Papers: John Rawls*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
20. Roberts M. J, Michael R. R (2002). Ethical Analysis in Public Health. *Lancet* 359: 1055-9
21. Sandel M. J (1982). *Liberalism and the Limits of Justice*. New York, NY: Cambridge University Press.

22. Sen A (1999). Development as Freedom. New York, NY: Knopf
23. Vujaklija 1980
24. Weinstein M. C, William B. S (1977). Foundations of Cost-effectiveness Analysis for Health and Medical Practices. New England Journal of Medicine 296: 716-21.
25. Wenz P. S (1986). Utilitarianism and Reliance Upon Intuitions. In: George J. Agich and Charles C. Beyley, eds. The Price of Health. Boston, MA: D. Reichel Publishing Co.
26. Williams B (1973). A Critique of Utilitarianism. In: J. J. C. Smart and Bernard Williams, eds. Utilitarianism For and Against. New York, NY: Cambridge University Press.

Literatura koja se preporučuje

Aspekti medicinske etike značajni za reformu sistema zdravstvene zaštite:

1. Flagship Program on Health Sector Reform and Sustainable Financing. Introduction. The Role on Ethics in Problem Definition. Chapter 3. Judging Health Sector Performance: Ethical Theory. World Bank Institute. The World Bank 2003
2. Flagship Program on Health Sector Reform and Sustainable Financing. Introduction. The Role on Ethics in Problem Definition. Text of the video presentation by Professor Marc J. Roberts. World Bank Institute. The World Bank 2003

Dodatna Literatura:

1. Fry S, Johnson MJ. Etika u praksi medicinskih sestara – priručnik za donošenje etičkih odluka. Savez zdravstvenih radnika RS sa društvom medicinskih sestara i tehničara. Beograd, u pripremi za štampu, 2004.
2. School of Health and Related Research. Public Health Ethics. (Cited 2004, February 03). Available at URL: www.shef.ac.uk/~scharr/public/research/ethics
3. University of Washington School of Medicine. Public Health Ethics. (Cited 2004, February 03). Available at URL: www.eduserv.hscer.washington.edu/bioethics/topics/publied
4. Complete Guide to Ethics Management: An Ethics Toolkit for Managers. (Cited 2004, February 03). Available at URL: www.mapnp.org/libaty/ethics
5. Gostin OL. Public Health Law and Ethics. Berkeley: University of California Press, 2002.
6. Ethics Updates. Glossary. (Cited 2004, February 03). Available at URL: www.ethics.acusd.edu/Glossary
7. American Public Health Association. Public Health Code of Ethics. (Cited 2004, February 03). Available at URL: www.apha.org/codeofethics/ethics
8. Topics and Issues in Health care Ethics and Law. (Cited 2004, February 03). Available at URL: www.umdj.edu/ethicsweb/Public%20Health/Questions
9. Daniels N, Bryant J, castano RA, Dantes OG, Khan KS, Pannarunothai S(2000) Benchmarks of fairness for health care reform: a policz tool for developing countries. Bulletin of the WHO 78(6): 740-750.
10. Marić J. Medicinska etika. Savremena administracija, Beograd 2000.
11. Kaličanin P. Medicinska etika i medicinsko pravo. Institut za mentalno zdravlje, Beograd 1999.

ETIČKI ASPEKTI REFORME SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Zdravlje Roma

VEŽBA 1

Učesnici se podele u dve veće grupe od kojih svaka dobije da reši po jedan slučaj, uz objašnjenje da će učestvovati u igranju uloga, za šta je potrebno po dva predstavnika iz svake grupe. Napomenuti da pri prezentiranju uloge savetnika ne koriste imena aktuelnih političkih partija u Srbiji, radi izbegavanja politizacije.

Vi ste politički savetnik. Situacija Roma kao manjine postala je ključno pitanje u kampanji Vaše političke partije i treba da bude predmet političke debate na televiziji. Po dva predstavnika iz svake političke stranke su pozvana u TV duel, koji će da ponudi odgovore na pitanje da li treba da se povećaju finansijska sredstva u zdravstvenom sistemu koja bi ekskluzivno uticala na dobit za Romsku populaciju u zemlji.

Grupa 1

Pozvani ste od strane političkog lidera jedne partije da mu pomognete da se pripremi za TV duel. Lider "protiv" partije se ne slaže sa političkom odlukom da se povećaju sredstva za zdravstvenu zaštitu Roma i zove vas da ga posavetujete o etičkim i političkim razlozima zašto ovo nije dobra ideja za buduću vladu. Eksperti iz ove partije su već pripremili kratka dokumenta za Vas o situaciji Roma u zemlji.

Grupa 2

Pozvani ste od strane političkog lidera jedne partije da mu pomognete da se pripremi za TV duel. Lider "za" partije podržava političku odluku da se povećaju sredstva za zdravstvenu zaštitu Roma i zove Vas da ga posavetujete o etičkim i političkim razlozima zašto je ovo dobra ideja za buduću vladu. Eksperti iz ove partije su već pripremili kratka dokumenta za Vas o situaciji Roma u zemlji.

Po dva predstavnika iz svake grupe (lider zamišljene političke partije i njegov politički savetnik) na kraju učestvuju u TV duelu koristeći zaključke svojih grupnih diskusija zasnovanih na etičkim teorijama, pristupima i dilemama.

Trajanje vezbe 60 minuta.

STUDIJA SLUČAJA – UVOD ZA GRUPNU DISKUSIJU

Učesnici se podele u dve grupe i vođa radionice pročita sledeći tekst:

U ginekološkoj bolnici zabeležen je slučaj diskriminacije Romkinja. Slučaj su potvrdili par Roma svedoka, jedan ginekolog kao i zapis skrivene kamere. Ovo je prikazano kao dokaz o diskriminaciji u zdravstvenom sektoru. Direktor bolnice i zdravstveni radnici su ove optužbe odbili. Pošto je priča izašla u dnevnim novinama i izazvala kontraverzna mišljenja, direktor bolnice je uputio demanti. Pošto su novine to odbile da štampaju obratio se sudu. Prema izjavama svedoka trudne Romkinje su godinama smeštane u izdvojene sobe, naročito pre porođaja. Kada bi ove prostorije bile pune Romkinja ubacivani su i dodatni kreveti, iako je u drugim sobama bilo mesta. Sud je dokumentovao da postoje dokazi o različitom tretmanu Romkinja ali se nije izjasnio da li je to sistematska diskriminacija ili potrebna praksa. Interna istraživanja u okviru bolnice su pokazala da Romkinje puše, bukom uznemiravaju ostale pacijente i njihovo ponašanje zahteva veliku toleranciju ostalih pacijenata.

- Kakav bi bio Vaš komentar na ovu priču?
- Primenom koje od etičkih teorija bi se najbolje rešio položaj Roma?

Trajanje vežbe 45 minuta, ukoliko je samostalna vežba, ukoliko predstavlja deo prethodne vežbe ne treba da traje duže od 20 minuta.

STUDIJE SLUČAJEVA – DRUGE OPCIJE

Gostin LO. *Tradition, Profession and Values in Public Health*. In: *Public Health Law and Ethics*, Chapter 3. Berkeley: University of California Press, 2002.

Za druge primere potencijalnih vežbi kojima se analiziraju etička pitanja u reformama sistema zdravstvene zaštite, pogledati studije slučaja u vidu elektronskih dokumentata koji se mogu naći na dole navedenoj Internet adresi.

1. **Legal and Ethical Implications of a Public Health Approach to Disability** (Legalne i etičke implikacije javno-zdravstvenog pristupa invalidnosti).
2. **Protecting Health Information Privacy** (Zaštita privatnosti zdravstvene informacije)
3. **Legal and Ethical Implications of a Public Health Approach to Funding Cancer Research and Treatment** (Legalne i etičke implikacije javno-zdravstvenog pristupa u finansiranju istraživanja i tretmana za rak).

University of Washington School of Medicine. *Public Health Ethics: Ethical Topics in Medicine*.
<http://eduserv.hscer.washington.edu/bioethics/topics/public.html>

Osnovna pitanja koja se nameću nakon analize navedenih studija slučaja su sledeća:

1. Kada bolest treba da se prijavi Ministarstvu zdravlja?
2. Da li pacijent može da odbije da se podvrgne rutinskim preventivnim merama?
3. Da li lekar može da odbije da se ponaša prema preporukama javno-zdravstvenog pristupa sa kojim se ne slaže?
4. Kada se pacijent može zadržati u bolnici radi medicinskog tretmana protiv njegove želje?

DECENTRALIZACIJA U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Tekst priredila Snežana Simić

Decentralizacija se može definisati kao prenos vlasti, rukovođenja i donošenja odluka sa nacionalnog nivoa na subnacionalne nivoe ili sa višeg, na niže nivoe vlasti (državne uprave)(1). Sam termin obuhvata širok spektar koncepata koji se moraju pažljivo analizirati pre bilo kakve odluke o tome da li bi predloženi projekti ili programi trebalo da podrže reorganizaciju sa decentralizacijom neke funkcije u sistemu zdravstvene zaštite kao što su finansiranje, ili obezbeđivanje zdravstvenih usluga stanovništvu.

Decentralizacija nije sama sebi svrha. Ona je sredstvo da se dostigne širi spektar ciljeva. Često se ističe da je decentralizacija veoma važan korak u promovisanju demokratije. Zasnovana delom na stavovima liberala, ova tvrdnja sugerise da učešće lokalne zajednice u izborima programa ili uspostavljanju prioriteta na lokalnom nivou predstavlja kamen temeljac demokratije. Različiti ciljevi se mogu navesti kao razumna osnova za decentralizaciju. Ona se često doživljava kao politički ideal koji obezbeđuje način za učešće zajednice u odlučivanju i postizanju samosvesti/samopouzdanja lokalne zajednice, kao i za povećanje odgovornosti (polaganja računa) državnih službenika na nižim administrativnim nivoima. Mnogobrojne političke inicijative koje su uvele decentralizaciju u pojedine zemlje širom sveta su bile inspirisane ovim idejama.

U sistemu zdravstvene zaštite, argumenti kojima se afirmiše decentralizacija se koriste za dokazivanje da se putem nje mogu postići i važni ciljevi, kao što su delotvornost (efektivnost), pravednost, efikasnost, kvalitet, finansijska odgovornost i uvažavanje lokalnih preferencija. Ovi ciljevi odslikavaju naše opšte prihvaćene vrednosti – bliske ciljevima utilitarne i egalitarne liberalne pozicije (tabela 1).

Kada govorimo o delotvornosti ili uspešnosti (efektivnosti), ističe se da lokalni zvaničnici znaju više o specifičnim uslovima povezanim sa zdravljem stanovništva na svojoj teritoriji, te da zbog toga mogu doneti bolje odluke kao odgovor na njihove zdravstvene potrebe nego udaljene birokrate. Ovo je još očiglednije u situacijama kada nacionalne zdravstvene politike ne uzimaju dovoljno u obzir specifične probleme lokalnog stanovništva.

Ipak, trebalo bi naglasiti da povezanost između instrumenta – kao što je decentralizacija, i cilja – delotvornosti, nije jasno demonstrirana u praksi decentralizacije. Postoji malo dokaza koji podržavaju ovu povezanost, i mnogo više onih koji sugerisu da delotvorno donošenje odluka zahteva visok nivo sofisticiranih procena i odgovarajućih intervencija, što su veštine često nedovoljno razvijene na lokalnom nivou.

Takođe se ističe da decentralizacija može povećati pravičnost u sistemu zdravstvene zaštite davanjem više moći i resursa lokalnim zajednicama, dok se centralizovanom raspodelom resursa često favorizuju centri moći. Takođe se ističe, da lokalni zvaničnici bolje znaju ko su siromašni članovi zajednice i mogu da usmere resurse ka njima, tako

da na lokalnom nivou postoje bolje mogućnosti za donosioce odluka u smanjivanju nejednakosti među građanima.

Nažalost, brojni dokazi iz razvijenih federalnih sistema ukazuju na sasvim suprotne zaključke. Bez dobrih mehanizama za redistribuciju resursa među lokalnim vlastima, bogatije zajednice nastoje da prigrabe više nego siromašnije i u tome često uspevaju. Takođe, postoje dokazi da lokalne zajednice nisu dovoljno osposobljene za preraspodelu resursa od bogatih ka siromašnjima.

Tabela 1: Preispitivanje ciljeva decentralizacije

Ciljevi	Argumenti ZA	Argumenti PROTIV
Delotvornost (efektivnost)	Lokalni lideri su više informisani o lokalnim problemima i mogu donositi bolje odluke	Ima malo empirijskih dokaza za ovu tvrdnju i više razloga da se veruje da centralne vlasti imaju bolje informacije o delotvornosti
Pravičnost	Lokalni lideli mogu bolje preusmeriti resurse vulnerabilnim grupama	Na nacionalnom nivou decentralizacija može limitirati sposobnost za redistribuciju resursa od bogatijih ka siromašnima
Efikasnost	Lokalni lideri efikasnije donose odluke zato što imaju bolje informacije	Lokalni zvaničnici mogu biti izloženi pritisku da tolerišu neefikasnost
Kvalitet	Veća odgovornost može voditi lokalne lidere ka unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite	Korisnici ne moraju uvek da izraze svoje zahteve za unapređenjem kvaliteta lokalnim liderima
Finansijska zasnovanost	Lokalni lideri mogu biti efikasniji u alokaciji ograničenih resursa za dostizanje prioriteta	Lokalni lideri mogu biti izloženi pritiscima koji dovode do porasta troškova a time i neefikasnosti
Lokalni izbori i prioritete	Izvesne grupe na lokalnom nivou mogu promovisati svoje izbore kao prioritete	Više mogućnosti za donošenje odluka na lokalnom nivou može povećati moć lokalne elite

Sa više kredibiliteta se navodi da lokalni menadžeri mogu donositi efikasnije odluke od birokratski nastrojenih centralnih vlasti. I ponovo se ističe da oni imaju više znanja i podataka o lokalnim uslovima, te su stoga u boljoj poziciji da donose odluke koje mogu povećati efikasnost njihovog delovanja. U mnogim korporacijama, delegiranje odgovornosti na niže nivoe menadžmenta zajedno sa odgovarajućim podsticajima i razvojem veština, može rezultirati značajnim poboljšanjem efikasnosti i produktivnosti.

Ipak, i ovde postoji osnova za preispitivanje ovih argumenata. Lokalni menadžeri su često izloženi većim pritiscima da zadrže neefikasne kapacitete ili viškove zaposlenih, dok centralne vlasti lakše rešavaju ovakve zadatke.

Kvalitet zdravstvenih usluga, posebno onaj koji korisnici lako primećuju, kao što je čistoća prostorija, dostupnost lekova, osnovna oprema ili ljubaznost osoblja, a koji su povezani sa zadovoljstvom pacijenata su često nešto za šta se lokalne vlasti mogu smatrati odgovornim. Ako su zahtevi na lokalnom nivou za kvalitetom jasno artikulisani lokalnim donosiocima odluka, tada decentralizacija može da im obezbedi mehanizme za unapređenje kvaliteta. Ipak, nije jasno da li korisnici mogu da primete i druge, ključne kliničke aspekte kvaliteta, i nije jasno da li oni mogu da upute svoje zahteve lokalnim vlastima na konzistentan i osmišljen način.

I opet, zbog boljeg poznavanja lokalne situacije i posedovanja odgovarajućih informacija, lokalni menadžeri svesniji finansijskih ograničenja mogu delotvornije usklađivati troškove u odnosu na prihode nego što to čine centralne vlasti. Finansijska odgovornost lokalnih vlasti je na taj način decentralizacijom povećana. Međutim, i u ovoj situaciji ima puno dokaza da lokalna vlast trpi značajne pritiske za prekomernim trošenjem i prebacivanjem budžetskih deficita na više administrativne nivoe.

Decentralizacijom se promovišu lokalni izbori i prioriteti. Time se ističe ono što ljudi stvarno žele, a ne šta udaljene birokrate misle da je za njih najbolje. Ovaj argument obično pretpostavlja postojanje vitalnog demokratskog sistema gde su lokalni zvaničnici odgovorni za zadovoljavanje prioriteta potreba stanovništva. Na primer, bolja lokalna kontrola može rezultirati i većom odgovornošću prema lokalnim potrebama, poboljšanim upravljanjem logistikom i veću motivaciju za lokalne službenike koji na taj način mogu da ubrzaju izvođenje reforme.

Ipak, i ovde se postavlja pitanje ko je sposoban da donosi odluke na lokalnom nivou. Ako se lokalnom politikom daje moć privilegovanoj eliti, tada je njen izbor, a ne lokalne zajednice, šta su prioriteti. Takođe se postavlja pitanje, kako zadržati prioritete na nekim jasnim javnozdravstvenim potrebama kao što je primarna zdravstvena zaštita umesto na izraženim zahtevima za skupim bolnicama ili sofisticiranom opremom, često prisutnim na nivou lokalne zajednice.

Analitički pristupi decentralizaciji

Nekoliko analitičkih pristupa decentralizaciji je poznato iz literature i njihova svrha je preispitivanje prednosti i nedostataka uobičajenih modela decentralizacije poznatih iz postojeće prakse. To su:

1. Pristup javne administracije
2. Pristup lokalnog fiskalnog izbora (fiskalnog federalizma)
3. Pritup društvenog kapitala
4. Pristup agenta principala
5. Pristup prostora za odlučivanje

Pristup javne administracije

Ovaj pristup je široko prihvaćen u međunarodnoj zdravstvenoj zajednici i uvela ga je početkom devedesetih Svetska zdravstvena organizacija publikacijom Ane Mills: *Decentralizacija sistema zdravstvene zaštite: Koncepti, aspekti i iskustva zemalja (Anne Mills, et al. Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience, 1990)*. Ovim pristupom se formuliše danas dobro poznata četvorostruka tipologija različitih oblika decentralizacije: dekoncentracija, devolucija, delegiranje i privatizacija (tabela 2).

U svakom od ovih oblika decentralizacije značajan deo vlasti i odgovornosti ostaje na centralnom nivou. U nekim slučajevima ovo pomeranje redefiniše funkcionalnu odgovornost tako da centri zadržavaju ulogu u formulisanju politike, koordinaciji i praćenju, dok periferija dobija operativnu odgovornost za dnevne odluke. U drugim slučajevima, odnos između centra i periferije se redefiniše u smislu ugovora, tako da se oni međusobno dogovaraju koja se izvršenja za svakog od njih očekuju.

Kako decentralizacija predstavlja prenošenje vlasti i odgovornosti za javne funkcije sa centralnog nivoa na subordinirane ili kvazi-nezavisne nivoe i/ili na privatni sektor, osnovni zadatak pristupa javne administracije je da definiše odgovarajući nivo za decentralizaciju funkcija odgovornosti i ovlašćenja. Osnovni administrativni nivoi na koje se decentralizuju funkcije su: regioni, okruzi i opštine – lokalne zajednice.

Tabela 2: Tipologija decentralizacije

Tipovi decentralizacije	Objašnjenje
Dekoncentracija (administrativna decentralizacija)	Donošenje odluka je prebačeno na niže administrativne nivoe
Devolucija (politička decentralizacija)	Donošenje odluka je prebačeno na niže političke nivoe
Delegiranje (organizaciona decentralizacija)	Zadaci i odgovornost se dodeljuju akterima na nižim organizacionim nivoima
Privatizacija (vlasnička decentralizacija)	Zadaci se prebacuju sa javnog na privatno vlasništvo

Nedostatak pristupa javne administracije je da ne obezbeđuje dovoljno mogućnosti za analizu funkcija i zadataka koji se prenose sa jednog institucionalnog entiteta na drugi, i ne identifikuje spektar izbora koji su na raspolaganju donosiocima odluka na svakom od ovih nivoa. Implicitna pretpostavka koja leži u osnovi ovog pristupa, da će pomeranje od dekoncentracije ka privatizaciji povećati spektar izbora za lokalne zvaničnike i menadžere, nema još uvek dovoljno dokumentovano obrazloženje.

Prednost ovog pristupa je što obezbeđuje razumljivu tipologiju za identifikovanje institucionalnih aranžmana u decentralizaciji. Pri tome usmerava pažnju na nivoe i organizacione entitete koji dobijaju ili gube ovlašćenja i odgovornosti. Najvažnija

odlika ovog pristupa koji bi trebalo istaći je razlika između decentralizovanih i devolviranih sistema. Ovaj institucionalni transfer podrazumeva da se devolucijom uvodi nova grupa aktera u proces donošenja odluka – provincijalne i opštinske vlade. Pri tome je njihovo ponašanje teško predvideti, teško je na njih uticati ili održati ih odogovornim u odnosu na zvaničnike ministarstva.

Pristup lokalnog fiskalnog izbora (fiskalnog federalizma)

Ovaj pristup su razvili ekonomisti kako bi analizirali izbore koje su napravile lokalne vlade koristeći sopstvene resurse i intervladine transfere sa drugih nivoa vlasti. Primenuje se uglavnom u federalnim sistemima gde lokalne vlade imaju istorijski definisanu konstitucionalnost i značajne resurse kojima raspolažu na lokalnom nivou. Ovaj pristup pretpostavlja da se lokalne vlade takmiče za glasače (koji plaćaju porez) i da vladini zvaničnici prave izbore o mobilizaciji resursa, njihovoj alokaciji i programima u pokušaju da zadovolje preferencije prosečnog glasača.

Istraživanja federalnih sistema pokušavaju da utvrde da li su centralne vlade delotvornije u pravičnoj alokaciji resursa (posebno siromašnima) ili su to lokalne vlade koje delotvornije koriste fondove da bi postigle ciljeve efikasnosti i kvaliteta. Opasnost koja se često naglašava u ovoj literaturi je uloga intervladinih grantova kao substitucija za lokalnu potrošnju koji često umanjuju značaj lokalnih fondova za zdravlje umesto da stimulišu lokalno finansiranje.

Važno je napomenuti nekoliko ograničenja za primenu ovog pristupa u zemljama u razvoju. Prvo, u ovim zemljama, lokalni resursi su mali deo ukupnih troškova lokalne zajednice, a intervladini transferi dolaze uz brojna administrativna ograničenja. Prednost ovog pristupa je što usmerava pažnju na donošenje odluka na lokalnom nivou i zahteva jasna obrazloženja u objašnjavanju izbora koji su napravljeni. Koristeći razumne pretpostavke, ovaj pristup ispituje podsticaje – kako ekonomske, tako i političke, za lokalne donosiocje odluka da bi pravili poželjne izbore kako za građane njihove zajednice, tako i za centralnu vladu.

Pristup društvenog kapitala

Ovaj pristup koji je nedavno uveden i predstavlja predmet novih istraživanja u oblasti decentralizacije usmeren je na objašnjenje zašto decentralizovane vlade u nekim oblastima imaju bolje institucionalne performanse nego u drugima. Ustanovljeno je da gustina civilnih institucija – brojne i različite, uglavnom dobrovoljne organizacije kao što su horovi ili fudbalski klubovi – koji kreiraju opšta očekivanja i iskustva među lokalnim stanovništvom – predstavlja nešto što se može označiti kao »društveni kapital«. To je stoga investicija u društveno iskustvo koje ohrabruje ljude da rade zajedno više nego da se ponašaju autonomno kao samodovoljni pojedinci. Društveni kapital na lokalnom nivou razvija međusobno poverenje među ljudima, a to poverenje podstiče ponašanje koje obezbeđuje bolje performanse u lokalnim institucijama.

Kada se ovaj pristup primeni na sektor zdravstva, on ukazuje da će one lokalne zajednice sa dužom istorijom jakih civilnih udruženja imati decentralizovane lokalne vlade sa boljim izvršenjima od onih u kojima nije razvijena mreža civilnih organizacija.

Slabost ovog pristupa je što ne stvara mogućnost za izvođenje politički relevantnih zaključaka. Oblasti bez mreže civilnih institucija izgleda ostaju van domena odgovarajuće analize.

Pristup agenta principala

I ovaj pristup su formulisali ekonomisti i koristi se prvenstveno za ispitivanje izbora koji čine menadžeri privatnih korporacija. Korišćen je prvobitno u analizi federalnih intervladinih transfera na države SAD. Poslednjih godina, pristup agenta principala su koristili sociolozi, ekonomisti i drugi u oblasti zdravstvene zaštite da bi analizirali odnose između davalaca usluga i korisnika tih usluga.

Pristup pretpostavlja postojanje principala (pojedince ili institucije) sa specifičnim ciljevima i agenta koji je potreban da bi se preduzele aktivnosti za realizaciju tih ciljeva. Ovi agenti, iako mogu da dele neke ciljeve principala, takođe mogu imati i sopstvene interese, kao što je povećanje sopstvenih prihoda ili smanjivanje vremena i napora koje posvećuju zadacima principala. Agent takođe ima više informacija o tome šta oni rade od principala, što mu daje prednost da nameće svoje interese na račun principalovih. Principal može želiti da prevaziđe ovu »informacionu simetriju«, ali sakupljanje informacija uzrokuje značajne troškove i može izgledati nemoguće. Pored informacione simetrije, pristup agenta principala se usmerava i na to, ko kontroliše informacije, i kako se poboljšava praćenje ili monitoring.

Ovaj pristup dozvoljava da Ministarstvo zdravlja smatramo principalom čiji su ciljevi pravičnost, efikasnost, kvalitet i finansijska odgovornost (više nego profit – kako je naznačeno u ekonomskom pristupu). Lokalne vlasti su agenti kojima su dati resursi za primenu opšte politike u distizanju navedenih ciljeva. Ovaj pristup ohrabruje analitičare za preispitivanje kako principal prati izvršenja lokalnih vlasti (agenta) i modifikuje mehanizme podsticaja i kažnjavanja.

Pristup prostora za odlučivanje

Ovaj pristup je izgrađen na pristupu agenta principala sa svrhom da napravi razliku u mehanizmima koje centralna vlast (kao principal) može da koristi da bi uticala na izbore lokalnih vlasti (kao agenata). U osnovi postoje dva takva mehanizma:

- definisanje pravila izbora koji su dozvoljeni lokalnim vlastima – ono što nazivamo »prostorom za odlučivanje« i,
- obezbeđivanje podsticaja za ohrabrivanje lokalnih donosioca odluka da izaberu opcije koje preferiraju centralne vlasti.

Decentralizacija implicite podrazumeva širenje mogućnosti izbora na lokalni nivo. Pristup »prostora za odlučivanje« određuje spektar delotvornih izbora koji su na raspolaganju donosiocima odluka na osnovu zakona i regulative. Ovaj prostor definiše specifična »pravila igre« za decentralizivane agente. Prostor za odlučivanje može biti oblast pregovaranja između različitih nivoa što za lokalne autoritete predstavlja izazov u širenju prostora za odlučivanje u odnosu na centralne vlasti.

Prostor za odlučivanje se definiše za različite funkcije i aktivnosti u sistemu zdravstvene zaštite za koje lokalni zvaničnici pretenduju da učestvuju u donošenju odluka. Može se prikazati kao mapa funkcija i nivoa izbora (tabela 3). Ovaj pristup nam mnogo više omogućava da se odrede funkcije za koje lokalni autoriteti imaju definisani spektar odlučivanja, nego što vidi decentralizaciju kao jednostavan transfer vlasti i odgovornosti.

Ova mapa pokazuje funkcionalne oblasti u kojima su izbori doboljeni agentu (lokalnoj zajednici) u okviru mehanizama centralne kontorle. Takođe određuje nivo izbora koji je dopušten u svakom od pojedinih slučajeva. Takođe definiše administrativna pravila koja agentu daju određeni prostor za donošenje odluka.

Odluke u svakoj od navedenih funkcionalnih oblasti će biti pod uticajem performansi sistema zdravstvene zaštite važnih za dostizanje ciljeva kao što su pravednost, efikasnost, kvalitet i funkcionalna odgovornost. Ključne odluke o izvorima prihoda i alokaciji troškova će verovatno imati značajan uticaj na pravednost i finansijsku odgovornost, iako neke odluke o raspodeli resursa na primer – one povezane sa fondovima za prevenciju i promociju zdravlja – mogu takođe uticati na efikasnost i kvalitet usluga. S druge strane, odluke o organizacionoj strukturi mogu imati značajnog uticaja na efikasnost, kvalitet i pravednost u distribuciji resursa. Pojava kompeticije između davaoca usluga i plana osiguranja i između društvenih i privatnih entiteta može povećati efikasnost i kvalitet. Porast fleksibilnosti u odlučivanju o humanim resursima – posebno onih odluka koje dozvoljavaju podsticaje za povećanje produktivnosti i kvaliteta davaocima usluga, i onih koje dozvoljavaju menadžerima više prostora za zapošljavanje i otpuštanje – takođe može povećati efikasnost i kvalitet usluga.

I na kraju, pravila vladanja utiču na uloge lokalnih političkih aktera, korisnika i davaoca usluga koje oni igraju u donošenju lokalnih odluka. Ova pravila struktuiraju učešće lokalnih zajednica u decentralizovanim sistemima.

Decentralizacija u sistemu zdravstvene zaštite

Decentralizacija je atraktivna alternativa centralizovanoj administraciji kojoj je teško da bude dovoljno blizu korisnicima usluga i da brzo i adekvatno odgovori na njihove potrebe i očekivanja. Razočaranja velikim centralizovanim sistemima u bivšim socijalističkim zemljama i često isticane primedbe na njihovu malu efikasnost, sporo uvođenje promena i inovacija, i nedostatak odgovornosti za odrednice zdravlja ljudi kao što su životna sredina, ponašanje i nasleđe su uslovia popularnost ove ideje i zemljama Centralne i Istočne Evrope. Podložnost centralizovanih sistema političkim manipulacijama je takođe često isticana – mada bi trebalo istaći da decentralizacija nije automatski rešenje za te probleme.

Decentralizacija predstavlja jedan od najvažnijih aspekata reforme sistema zdravstvene zaštite u većini evropskih zemalja. Ona se smatra delotvornim načinom za:

- Pобољшanja u obezbeđivanju zdravstvene zaštite stanovništvu;
- Obezbeđivanje bolje raspodele sredstava prema potrebama;

- Uključivanje zajednice u donošenje odluka o prioritetima u sistemu zdravstvene zaštite, i
- Smanjivanja nejednakosti u zdravlju.

Tabela 3: Mapa prostora za odlučivanje

Elementi sistema zdravstvene zaštite	Spektar izbora na lokalnom nivou		
	Uzak	Umeren	Širok
Finansiranje: • Izvori prihoda • Raspodela troškova • Prihodi od naplata i ugovora			
Organizacija službe: • Autonomija bolnica • Plan osiguranja (korpa usluga) • Mehanizmi plaćanja • Ugovaranje sa privatnicima • Programi • Standardi i normativi rada			
Kadrovi u zdravstvu: • Plate • Zapošljavanje • Usavršavanje • Licenciranje			
Upravljanje: • Upravni odbori • Direktori • Participacija lokalne zajednice			

Iako se opšti argumenti za decentralizaciju u sistemu zdravstvene zaštite manifestuju u njenom potencijalu za poboljšanje kvaliteta usluga, finansijskoj odgovornosti i boljem obuhvatu stanovništva zdravstvenom zaštitom, još uvek su aktuelna pitanja koja su prisutna u svakoj sredini, kako koristi od nje na najbolji način realizovati, a zatim, i problem kontroverzne prirode nekih zdravstvenih usluga, kao što je planiranje porodice, formalna edukacija zdravstvenih radnika ili integrisanost nekih zdravstvenih mera i aktivnosti. To sve čini decentralizaciju u sistemu zdravstvene zaštite vrlo kompleksnim poduhvatom i potencijalno težim nego u drugim sektorima (društvenim podsistemima). Pošto je decentralizacija u sistemu zdravstvene zaštite često politički indukovana, teoretska razmatranja često dobijaju veću težinu nego konkretne činjenice o iskustvima drugih zemalja od kojih se može mnogo toga naučiti.

Bez odgovarajućeg planiranja i prihvatanja pouka iz iskustava sa decentralizacijom sistema zdravstvene zaštite drugih zemalja, može doći do mnogih razočarenja i usporavanja ili ugrožavanja celog procesa decentralizacije. Iskustvena zapažanja i studije slučajeva za pojedine zemlje potvrđuju da loše osmišljena i nedovoljno pažljivo implementirana, ili brzo i bez dovoljno priprema primenjena decentralizacija može imati ozbiljne konsekvence na obezbeđivanje zdravstvenih usluga stanovništvu.

Osmišljena decentralizacija u sistemu zdravstvene zaštite podrazumeva posebnu pažnju usmerenu na procenu potreba za zdravstvenim uslugama i uspostavljanju prioriteta u tome koje funkcije i programi se mogu prebaciti na lokalni nivo, a koje zahtevaju centralnu kontrolu. Ako je program ili funkcija od suštinskse važnosti za dostizanje ciljeva na nacionalnom nivou, a njegova održivost se ne može garantovati na lokalnom nivou, ne bi ga trebalo decentralizovati. Stoga se ističe da postoji nekoliko aspekata sistema zdravstvene zaštite koji se ne mogu decentralizovati i koji čine odgovornost nacionalnog nivoa:

- Formulisanje osnovnog okvira zdravstvene politike sa ciljevima i podciljevima koje bi trebalo dostići u razumnim rokovima;
- Praćenje, procena i analiza zdravstvenog stanja stanovništva i obezbeđenosti stanovništva zdravstvenom zaštitom;
- strateške odluke o razvoju resursa (posebno humanih); u sistemu zdravstvene zaštite, i
- regulativa koja se odnosi na javnu sigurnost uključujući akreditacija programai aktivnosti i licenciranje zdravstvenih radnika.

Imajući ovo u vidu, napravljen je opšti okvir za prebacivanje odgovornosti sa centralnog na lokalni nivo (tabela 4).

Već je istaknuto da bi o nekim aspektima decentralizacije trebalo posebno povesti računa (3). Tako na primer, sloboda lokalnih vlasti da se prilagode lokalnim uslovima bi trebalo da bude pažljivo izbalansirana sa zajedničkom vizijom i ciljevima sistema zdravstvene zaštite. Stoga bi politika decentralizacije trebalo da uključi mehanizme koordinacije, pošto jačanje lokalnih političkih interesa raste kako se prenosi više odgovornosti na taj nivo.

Iako je prednost decentralizacije porast odgovornosti na lokalnom nivou, trebalo bi povesti računa o nekim ograničenjima ovog procesa. Prvo, lokalni političari se često menjaju, te mogu biti nedovoljno informisani o osnovnim ciljevima nacionalne zdravstvene politike, i drugo, lokalne grupe mogu biti oponenti nacionalnoj zdravstvenoj politici (tako se dogodilo da je jedan lokalni guverner na Filipinima ukinuo projekat planiranja porodice koji su finansirali donatori). Zdravstvene usluge od nacionalne važnosti bi trebalo ustanoviti, regulisati i finansirati od strane centralne vlade.

Tabela 4: Opšti okvir za opravdanost prebacivanja odgovornosti sa centralnog na lokalni nivo

Funkcija	Centralni nivo	Nivo lokalne zajednice
Kreiranje programa	Planiranje, implementacija i širenje informacija za prioritetne nacionalne programe kao što su planiranje porodice, vakcinacija i drugi.	Detalji mehanizama obezbeđivanja ovih usluga
Finansiranje	Prenos materijalnih sredstava da bi se obezbedila sposobnost lokalnih vlasti da budu odgovorne za troškove, uspostavljanje minimalnih zahteva za troškove održavanja i obuke kadrova kako bi se obezbedio konzistentan kvalitet i održivost u sistemu	Uspostavljanje mehanizama doplate (participacije) kao i finansijskog oporavka zdravstvene službe, planiranje raspodele sredstava unutar kriterijuma postavljenih nacionalnim standardima
Uspostavljanje standarda	Centralni nivo je nosilac aktivnosti kao što su licenciranje zdravstvenih radnika, registracija i kontrola kvaliteta lekova, standarda obezbeđivanja i stalnog unapređenja kvaliteta rada, procene zdravstvenih tehnologija...	

Adekvatno finansiranje i jasno razgraničavanje finansijskih tokova je od suštinske važnosti u procesima decentralizacije. Raskorak između finansijskih mogućnosti i onoga što se očekuje ili čak obezbeđuje, može kompromitovati mogućnost zdravstvene službe da obezbedi pravične, efikasne i kvalitetne usluge u decentralizovanim sistemima. Na osnovu prethodnog iskustva sa decentralizacijom finansiranja može se izvući nekoliko preporuka:

Alokacija prihoda mora da obuhvati i odgovornost za postojeće lokalne troškove i sopstvene resurse zajednice. U mnogim zemljama se koristi fiksna nacionalna formula za alokaciju prihoda, ali se vodi računa da ona uzme u obzir i postojeći nivo razvijenosti zdravstvene službe, jer ako se lokalnoj vlasti prenese odgovornost za skupu tehnologiju ili skup segment sistema (bolnice) ona neće moći da održi nivo usluga koje je prethodno postojao.

Lokalne slobode za alokaciju fondova trebalo bi ograničiti minimalnim skupom zahteva postavljenim na nacionalnom nivou.

Svaka nacionalna politika mora da razmotri lokalne uslove i kapacitete. Ograničenja u kapacitetima na centralnom ili lokalnom nivou ne smeju se ignorisati i potrebno je obezbediti obuku kadrova za njihove nove uloge u procesu decentralizacije. Pošto su to uglavnom zahtevi sa menadžerskim veštinama i znanjima na lokalnom nivou, posebno

bi trebalo obučiti kadrove za donošenje odluka, planiranje, kontrolu i liderstvo u sistemu zdravstvene zaštite.

Decentralizacija menja i ulogu ministarstva zdravlja od neposrednog upravljanja i odlučivanja prema formulisanju zdravstvene politike, tehničkim savetima i pomoći, kao i praćenju i evaluaciji programa i aktivnosti. Zato je potrebna sistematska obuka i preorijentacija osoblja u ministarstvu zdravlja koja se često prenebegava pa ih decentralizacija zatiče nespremljene za nove uloge.

U zaključku se može reći da decentralizacija stvara velike izazove u obezbeđivanju zdravstvenih usluga. Aktivno uključivanje menadžera u zdravstvu u procese decentralizacije podrazumeva stvaranje nacionalnih standarda za alokaciju resursa i norme zdravstvenih usluga. Takođe je potrebno stvoriti novi sistem za praćenje izvršenja i evaluaciju programa i aktivnost, kao i praćenje pravednosti u obezbeđivanju usluga, unapređenju efikasnosti i kvaliteta rada.

Decentralizacija u sistemu zdravstvene zaštite Republike Srbije

Sistem zdravstvene zaštite u Republici Srbiji je izrazito centralizovan na republičkom nivou. Postojećim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (Službeni glasnik RS br. 17/92, 26/92, 52/93, 67/93, 48/94, 25/96 i 18/02) u članu 15. predviđeno je da sve zdravstvene ustanove čijom se delatnošću obezbeđuje ostvarivanje prava građana utvrđenih Zakonom osniva Vlada Republike Srbije, u skladu sa planom mreže zdravstvenih ustanova. Vlada i Ministarstvo zdravlja postavljaju direktore zdravstvenih ustanova i praktično upravljaju zdravstvenim ustanovama.

Posle oktobarskih promena 2000 godine, decentralizacija i jačanje lokalne zajednice se postavljaju kao jedan od nacionalnih zadataka, te se počinje sa pripremom zakonske regulative u ovom domenu.

Zakonom o lokalnoj samoupravi (Službeni glasnik RS, broj 9/2002) u članu 18, tačka 14 predviđena je odgovornost opštine za osnivanje ustanova i organizaciju službi u oblasti osnovnog obrazovanja, kulture, **primarne zdravstvene zaštite**, fizičke kulture, sporta, dečje i socijalne zaštite i turizma, kao i praćenje njihovog funkcionisanja. Navedenim Zakonom je takođe predviđeno da skupština opštine vrši nadzor nad radom ustanova čiji je osnivač, postavlja i razrešava direktore i daje saglasnost za njihove statute u skladu sa zakonom. Na taj način je ovim Zakonom predviđena decentralizacija odgovornosti za menadžment primarnom zdravstvenom zaštitom sa centralnog na nivo opštine u našem sistemu zdravstvene zaštite.

Kako postojeći Zakon o zdravstvenoj zaštiti na drugačiji način reguliše pitanje osnivanja zdravstvenih ustanova u odnosu na predviđena rešenja Zakona o lokalnoj samoupravi, smatralo se da se do izmene i dopune, odnosno do donošenja novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti, kao i do donošenja nove Uredbe o planu mreže zdravstvenih ustanova, odredbe Zakona o lokalnoj samoupravi ne mogu primenjivati. Ovakav stav vezan za tumačenje Zakona o lokalnoj samoupravi podržalo je i Ministarstvo za državnu upravu u lokalnu samoupravu.

Zakonom o utvrđivanju nadležnosti autonomne pokrajine (Službeni glasnik RS, broj 6/2002) u članu 20 je predviđeno da autonomna pokrajina preko svojih organa, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast zdravstvene zaštite:

- Osniva zdravstvene ustanove koje pružaju bolničku, specijalističku i visokospecijalizovanu zdravstvenu zaštitu u skladu sa planom mreže zdravstvenih ustanova koje donosi Vlada Republike Srbije;
- Predlaže plan mreže zdravstvenih ustanova za teritoriju autonomne pokrajine;
- Donosi posebne programe zdravstvene zaštite za pojedine kategorije stanovništva, odnosno vrste bolesti koje su specifične za autonomnu pokrajinu, u skladu sa zakonom;
- Daje mišljenje na predlog za dobijanje primarijusa, u skladu sa Zakonom;
- Utvrđuje cene pojedinačnih usluga, odnosno programa zdravstvene zaštite za koje se sredstva obezbeđuju u budžetu autonomne pokrajine.

Odredbama navedenog Zakona u članu 21 predviđeno je da autonomna pokrajina, preko svojih organa, u skladu sa Zakonom kojim se uređuje oblast sanitarnog nadzora, vrši poslove sanitarnog nadzora. Ove poslove autonomna pokrajina vrši kao poverene poslove. Odredbama člana 22 istog Zakona, regulisana je oblast zdravstvenog osiguranja, odnosno predviđeno je osnivanje Pokrajinskog zavoda za zdravstveno osiguranje, kao organizacione jedinice Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje. Na taj način je predviđena decentralizacija finansiranja i osnivanja zdravstvenih ustanova, kao i obezbeđivanja zdravstvenih usluga sa republičkog na nivo autonomne pokrajine.

Strateška opredeljenja

Vlada Republike Srbije je početkom februara meseca 2002. godine usvojila dokument Zdravstvene politike sa sedam ciljeva, među kojima četvrti cilj predviđa postizanje »Održivog sistema zdravstvene zaštite uz transparentnost i **selektivnu decentralizaciju** u oblasti upravljanja resursima i širenje spektra izvora i načina finansiranja«. U Viziji sistema zdravstvene zaštite u Srbiji koja je donesena na radnom sastanku o strateškim opcijama septembra meseca 2001. godine, vodeći princip broj pet od devet navedenih se odnosi posredno na decentralizaciju: Povećaće se učešće **privatnog, profitnog i neprofitnog sektora** u pružanju zdravstvene zaštite finansirane od strane Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje.

U Strategiji reforme sistema zdravstvene zaštite sa akcionim planom Ministarstva zdravlja Republike Srbije (4) navodi se važnost usvajanja sistemskih zakona kao preduslova za izvođenje reformskih promena. Tri sistemska zakona su pripremljena kao i Zakon o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju tokom 2003. godine, ali nisu prihvaćeni od Vlade Republike Srbije. U predlogu Zakona o zdravstvenoj zaštiti predviđena je decentralizacija osnivačkih prava zdravstvenih ustanova. Zdravstvene ustanove u državnoj svojini, u zavisnosti od vrste, osnivaju Republika, autonomna pokrajina, grad i opština, u skladu sa tim Zakonom i planom mreže zdravstvenih ustanova. Zdravstvene ustanove osnivaju, i to:

- Dom zdravlja i apoteku – opština, odnosno grad;

- Bolnicu, zavod, odnosno institut za javno zdravlje, kliniku, institut i klinički centar – Republikea, a na teritoriji autonomne pokrajine – autonomna pokrajina;
- Zavod i gradsku bolnicu osnovane za teritoriju grada - grad.

Predlogom Zakona o zdravstvenoj zaštiti je predviđena i decentralizacija u obezbeđivanju i sprovođenju zdravstvene zaštite od opšteg interesa i precizirano je šta opšti interes obuhvata na nivou Republike, a šta čini interes na nivou autonomne pokrajine, grada, odnosno opštine. Sredstva za ostvarivanje opšteg interesa na nivou Republike se obezbeđuju iz budžeta Republike, dok se sredstva za ostvarivanje interesa, odnosno zdravstvene zaštite koja se odnosi na praćenje zdravstvenog stanja stanovništva, očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje i suzbijanje bolesti otkrivanje i suzbijanje faktora rizika kao prioritetima primarne zdravstvene zaštite, obezbeđuju u budžetu autonomne pokrajine, odnosno grada, odnosno opštine, kao i drugih izvora u skladu sa zakonom. Takođe je predviđeno da opština, grad i autonomna pokrajina mogu donositi svoje programe zdravstvene zaštite stanovništva.

Iz javne rasprave koja je o Strategiji reforme i predlozima sistemskih zakona vođena u Republici Srbiji stiče se utisak da još nema spremnosti za decentralizaciju u sistemu zdravstvene zaštite, nešto zbog nerazumevanja samog koncepta a potom i zbog nepoznavanja menadžerskih veština za preuzimanje odgovornosti za izvođenje zdravstvenih programa i aktivnosti na nivou zajednice. To se ogleda i u zalaganju za **selektivnu decentralizaciju** na konsensus konferencijama na kojima se raspravljalo o reformskim promenama. Posebno je raširen strah od preuzimanja odgovornosti za finansiranje obezbeđivanja zdravstvenih usluga u situaciji kada nema ekonomskog rasta i razvoja zemlje, niti se može računati na stabilne izvore finansiranja.

Literatura

1. World Bank. Facts about Decentralization. www.worldbank.org
2. Saltman RB, Figueras J (1997). European Health Care Reform - Analzsis of Current Strategies. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
3. Bossert TJ (1999). Decentralization of Health Care, World Bank Flagship Course (module 9). Background Paper. Washington: World Bank.
4. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije (2003). Bolje zdravlje za sve u trećem milenijumu (Zdravstvena politika, Vizija sistema zdravstvene zaštite u Srbiji i Strategija i akcioni plan reforme sistema zdravstvene zaštite u Republici Srbiji – radna verzija). Beograd.

FINANSIRANJE SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Tekst priredile Dragana Grbić, Zorica Terzić i Dejana Vuković

1. Uvod

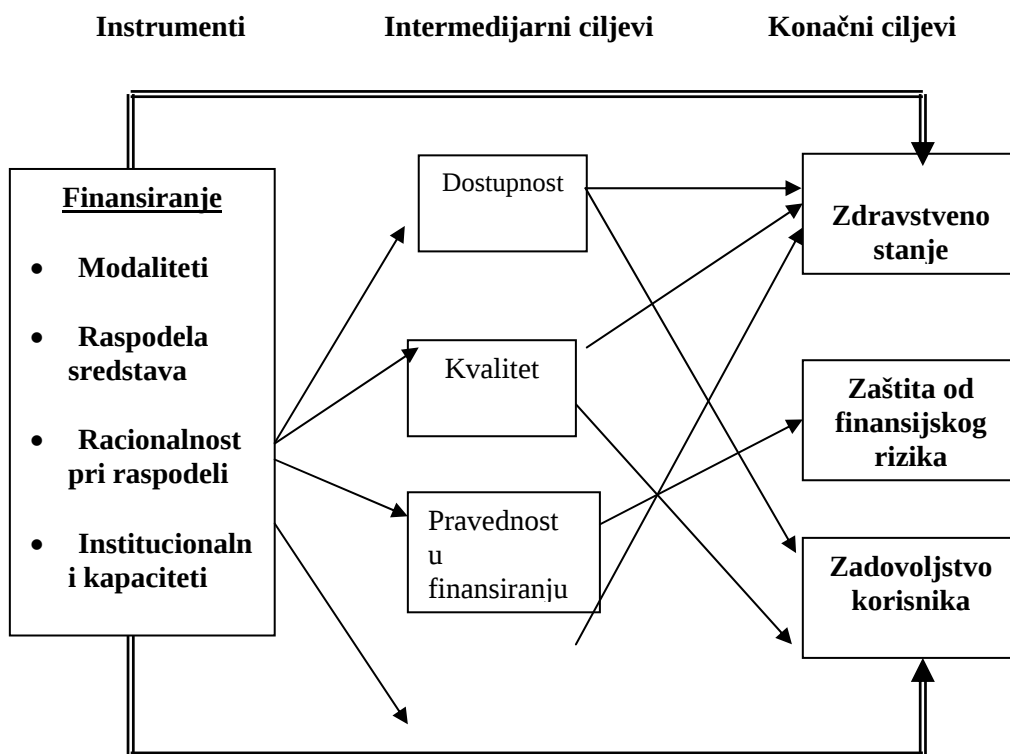
Finansiranje je »kontrolni mehanizam« u sistemu zdravstvene zaštite pod kojim se podrazumeva mobilizacija sredstava za potrebe sektora zdravstvene zaštite i načini na koji se taj novac koristi (na primer, alokacija ili raspodela resursa).

Finansiranje ima izuzetno važan uticaj na performanse sistema zdravstvene zaštite. Način finansiranja ovog sistema, zavisi od količine raspoloživog novca, od toga ko snosi najveći teret finansiranja, ko upravlja fondovima, kako su raspodeljeni rizici finansiranja, i da li se troškovi zdravstvene zaštite mogu kontrolisati. Sav novac, bez obzira na način prikupljanja, potiče direktno ili indirektno od građana. Pitanje opredeljenja za određeni model finansiranja je deo nacionalne strategije razvoja sistema zdravstvene zaštite.

2. Finansiranje i ishodi po zdravlje sistema zdravstvene zaštite

S obzirom da je sistem zdravstvene zaštite sredstvo za postizanje socijalnih ciljeva, finansiranje tog sistema je jedan od glavnih kontrolnih mehanizama koji ima specifičnu ulogu u realizaciji tih ciljeva i krajnjih ishoda. U shemi 1. je prikazan međusobni odnos instrumenata za finansiranje zdravstvenog sistema, kao i njegovih intermedijernih i konačnih ciljeva.

Shema 1. Odnosi između instrumenata i ciljeva finansiranja zdravstvene zaštite



Efikasna
raspodela

3. Razmatranje izbora strategije finansiranja zdravstvene zaštite

Svaka država mora da odluči za koju će se strategiju finansiranja zdravstvene zaštite opredeliti, odnosno koju će kombinaciju modela finansiranja primeniti. U ovom poglavlju je opisano pet modela finansiranja sistema zdravstvene zaštite: državni budžet, zdravstveno osiguranje, privatno osiguranje, lično plaćanje pacijenata, i finansiranje iz sredstava zajednice. Većina zemalja koristi kombinacije ovih modela finansiranja. Na primer, Velika Britanije je poznata po tome što svoj zdravstveni sistem finansira oslanjajući se na državni budžet. Strukturu njihovih izvora prihoda za zdravstvenu zaštitu čine: sredstva budžeta 76%; 12% potiče od doprinosa za zdravstveno osiguranje; 10% od privatnog osiguranja; i direktnim plaćanjem korisnika zdravstvene zaštite se stvara 2% prihoda (OECD Health Data, 2002). Indija je zemlja koja svoj sistem zdravstvene zaštite takođe finansira sredstvima iz budžeta, ali tako da se samo 30% troškova zdravstvene zaštite podmiruje iz budžeta, 60% troškova podmiruju pacijenti direktnim plaćanjem, a 10% se finansira iz drugih izvora (Musgrave et al, 2002).

Kada se traga za boljim nacionalnim strategijama finansiranja radi unapređenja performansi postojećeg zdravstvenog sistema, potrebno je razmotriti nekoliko suštinskih faktora.

3.1 Socijalno-ekonomski razvoj zemlje

Očigledno je da se ista struktura i organizaciona šema finansiranja ne može primeniti na sve zemlje. Zdravstveni sistemi se veoma razlikuju u pojedinim zemljama, posebno u odnosu na njihov socijalno-ekonomski razvoj, pa model koji funkcioniše u Velikoj Britaniji, ne može da funkcioniše u Keniji.

Kapacitet države da prikupi sredstva koristeći različite mehanizme je povezana sa nacionalnim dohotkom po glavi stanovnika u toj zemlji. Taj dohodak određuje kapacitet domaćinstava da plati za zdravstvenu zaštitu i zadovolji potrebe za zdravstvenim uslugama. Ostali značajni faktori, povezani sa visinom sredstava za zdravstvenu zaštitu su: postojeći poreski sistem i način prikupljanja poreza; broj prijavljenih radnika od čijih dohodaka se može izdvojiti doprinos za zdravstveno osiguranje; i broj siromašnih domaćinstava čije se potrebe za zdravstvenom zaštitom moraju sufinansirati. Zemlje sa niskim nacionalnim dohotkom se, u proseku, razlikuju od zemalja sa visokim nacionalnim dohotkom po tome što ostvaruju viši procenat aktivnosti u okviru »sive ekonomije« (neregistrovani prihodi od legalnih i ilegalnih aktivnosti). Schneider (2002) procenjuje da se u okviru »sive ekonomije« u Meksiku, Filipinima, Egiptu i Tajlandu ostvaruje više od 50% njihovog zvaničnog bruto nacionalnog dohotka (BND). U zemljama sa visokim nacionalnim dohotkom, kao što su Japan i SAD, dohodak od »sive ekonomije« čini manje od 10% zvaničnog BND. Ovo je značajno za izbor načina finansiranja zdravstvene zaštite, zbog toga što nije moguće prikupljati porez i doprinose za zdravstveno osiguranje iz prihoda »sive ekonomije«. Različiti metodi prikupljanja sredstava postavljaju veće ili manje zahteve pred nacionalnu infrastrukturu i njene

kompetencije u javnom i privatnom sektoru. Oni su takođe povezani sa dohotkom *per capita* odnosno BND. Navedeni razlozi opravdavaju grupisanje zemalja u kategorije prema visini dohodka *per capita* (Hsiao, 2000).

Grupisanje zemalja prema nivou nacionalnog dohotka, pomaže nam da analiziramo primenljivost modela finansiranja zdravstvene zaštite, količinu sredstava koja se mogu prikupiti iz različitih izvora i mogućnosti za razvoj solidarnosti unutar fondova. U *prvu kategoriju* svrstali smo *zemlje sa niskim nacionalnim dohotkom per capita*. U ovim zemljama se iz budžeta finansira 40-60% ukupnih troškova zdravstvene zaštite, 10-15% se finansira iz fondova zdravstvenog osiguranja (koje obuhvata zaposlene u javnim službama) i 40-50% troškova se finansira ličnim plaćanjem pacijenata. Privatno osiguranje je zanemarljivo, ili ne postoji, zbog toga što veoma mali broj domaćinstava može sebi da priušti plaćanje ovog tipa osiguranja. Sa stepenom rasta industrijalizacije, raste i nacionalni dohodak *per capita*, zdravstveno osiguranje se razvija zbog porasta broja zaposlenih (zvanično prijavljenih), a zemlja prelazi u *kategoriju zemalja sa srednjim nacionalnim dohotkom*. Privatno zdravstveno osiguranje se pojavljuje ali i dalje igra malu ulogu. Značajni deo ukupnih troškova zdravstvene zaštite se i dalje pokriva iz budžeta i plaćanjem iz džepa pacijenata. Najveća razlika između prve i druge kategorije zemalja se nalazi u relativnom odnosu unutar ukupnih troškova zdravstvene zaštite koji su finansirani iz različitih izvora, kao i obimu zdravstvenih usluga koje su finansirane iz zdravstvenog i privatnog osiguranja. Određene usluge se razvijaju sa pojavom drugih raspoloživih izvora finansiranja i pokazuju приметно viši nivo kvaliteta u odnosu na usluge koje se obezbeđuju u javnom sektoru. Treća kategorija obuhvata *zemlje sa visokim nacionalnim dohotkom*, koje (izuzev SAD-a) imaju uspostavljen sistem finansiranja koji obezbeđuje relativno univerzalan pristup zdravstvenoj zaštiti.

3.2 Fiskalni kapacitet zemlje

Ključno pitanje za izbor strategije finansiranja zdravstvene zaštite je, može li se prikupiti dovoljno sredstava za podmirenje troškova u zdravstvenom sektoru? Rezultat bilo koje strategije će zavistiti od ekonomske strukture društva (na primer broja zaposlenih u formalnom sektoru) i kapaciteta administrativnog aparata vlade. Osim toga, »kapacitet« nije definisana veličina, nego raspoloživa količina novca koja zavisi, ne samo od prikupljenih poreskih sredstava, nego i od toga koliko je nacija spremna da se odrekne drugih ciljeva i potreba (na primer više cene rada, ili sredstava za troškove obrazovanja) zarad povećanja troškova u zdravstvenom sektoru. Mogućnost uspostavljanja ravnoteže između finansijske strategije i ciljeva nacionalnog sistema zdravstvene zaštite je ono što se podrazumeva pod terminom »održivost«.

Kapacitet države da prikupi novac iz koga se formira budžet zavisi od visine različitih poreskih osnovica. I dok ovaj kapacitet korelira veoma blisko sa nivoom ukupnog ekonomskog razvoja, postoje određeni faktori koji mogu igrati značajnu ulogu u smislu povećanja tog kapaciteta (na primer olakšice za oporezivanje određenih proizvoda kao što je nafta, ili otežavajuće okolnosti za oporezivanje određenih kategorija kao što je oporezivanje individualnih poljoprivrednih proizvođača).

Kada je u pitanju zdravstveno osiguranje, fiskalni kapacitet zavisi od mogućnosti da se prikupe doprinosi od onih poslodavaca i radnika koji su osigurani. Empirijski je dokazano da se zdravstveno osiguranje može uspešno primeniti samo u firmama sa većim brojem zaposlenih (pr. više od 10) i to pod uslovom da su legalno prijavljeni.

Privatno osiguranje ima kapacitet da prikupi sredstva od onih koji mogu da plate i žele da budu osigurani. Osobe sa većim prihodima radije prihvataju da plate privatno osiguranje radi pokrivanja svojih troškova proširenog i kvalitetnijeg obima zdravstvenih usluga nego da plaćaju poreze od kojih će i drugi imati koristi. Međutim, fondovi privatnog zdravstvenog osiguranja se teško mogu koristiti za finansiranje zdravstvene zaštite siromašnih.

Finansiranje zdravstvene zaštite sredstvima zajednice, posebno u siromašnim ruralnim sredinama, ima ograničene kapacitete za popunu fondova. Ipak, resursi mobilisani na ovaj način, mogu postići umerene ali značajne ciljeve u finansiranju primarne zdravstvene zaštite i skromne bolničke nege koja se obezbeđuje stnovništvu.

I na kraju, lično plaćanje korisnika za zdravstvene usluge je uobičajeno u većini zemalja sa niskim i srednjim nacionalnim dohotkom. Nedavna istraživanja sprovedena na osnovu Nacionalnog zdravstvenog računa (*National Health Account*) ukazuju na to da postoji prilična spremnost korisnika da plate usluge vanbolničke zdravstvene zaštite, čak i među siromašnim ljudima u siromašnim zemljama. Ove studije takođe pokazuju da i u zemljama sa razvijenim sistemom finansiranja iz budžeta, samostalni privatni lekari pružaju visok nivo vanbolničke zdravstvene zaštite a usluge plaćaju direktno »iz džepa« sami pacijenati. U zemljama sa visokim nacionalnim dohotkom, pojedine zdravstvene usluge nisu obuhvaćene zdravstvenim osiguranjem (na primer lekovi ili stomatološke usluge). U drugim situacijama, pacijenti moraju da doplate određene svote za zdravstvene usluge obuhvaćene osiguranjem (tzv. participacija ili lično učešće osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite). Postoje različiti modaliteti participacije, počev od one da uskraćuje nadoknadu troškova korisniku do izvesnog iznosa, recimo prvih 100 dinara je uvek trošak osiguranika (dedukcija), ili one da ograničava visinu sredstava za troškove koji prelaze određeni limit korišćenja zdravstvene zaštite.

3.3 Efikasnost prikupljanja sredstava za finansiranje zdravstvene zaštite

Za efikasno prikupljanje novca u fondove neophodno je ulaganje u formiranje baze podataka o korisnicima zdravstvene zaštite, uvođenje sistema nacionalnog zdravstvenog računa i kontrola prikupljenih sredstava, kao i organizacija administrativnih agencija za servisiranje osiguranika. Ako se sistem oslanja na privatna osiguranja i konkurentno tržište, novac će se ulagati u reklamiranje, prodaju osiguranja i realizaciju profita. Kako god da se organizuje, uvek se postavlja važno pitanje ukupnih administrativnih troškova u okviru različitih finansijskih modela i njihov odnos prema troškovima zdravstvene zaštite.

Prikupljanje poreza je glavni praktični problem sa kojim se suočavaju zemlje sa slabim administrativnim sistemom te ih navodi da se osloni na one poreze koje je najlakše prikupiti (na primer porez na uvoz i porez na dodatu vrednost-VAT), čak i kada to nisu najpoželjniji izvori sredstava u odnosu na druge ekonomske aspekte. Porez na promet je obično lakše prikupiti nego porez na prihod, zato što je manje preduzeća od kojih se može prikupiti porez na promet u odnosu na broj domaćinstava od kojih treba prikupiti porez na prihod i s obzirom na to da je evidencija preduzeća bolja nego evidencija domaćinstava. Osim toga, prihodi sa »crnog« ili »sivog« tržišta se mogu oporezovati

prilikom njihove potrošnje (preko poreza na promet) ali ne i preko prihoda, s obzirom da se isti ne prijavljuju poreznicima. Povrh toga, teško je pratiti doprinose i porez na promet u mnogobrojnim malim neprijavljenim preduzećima, kao što je to slučaj u mnogim siromašnim zemljama.

Dometi mnogih sistema finansiranja zavise od stavova koje javnost ima prema vladi uopšte, a posebno prema poreskom sistemu. Stepenn opšte prihvaćenosti poreskog sistema veoma varira na nacionalnom i internacionalnom nivou, s tim što je uspešnija upotreba onog finansijskog modela koje stanovništvo smatra legitimnim.

Uočeno je da privatno osiguranje ima posebno veoma visoke administrativne troškove. Američke osiguravajuće kompanije uobičajeno potroše 25% do 30% od ukupnih prihoda na troškove koji nisu zdravstvena zaštita osiguranika (prodaja osiguranja, administrativni troškovi i profit). Rezultati istraživanja pokazuju da naprednije američke bolnice imaju po dva administrativna radnika sa punim radnim vremenom po jednoj postelji, što je otprilike deset puta više nego u nemačkim bolnicama (Koeck i drugi, 1998).

Dobra zakonska regulativa bi mogla na neki način da smanji navedene troškove (na primer jedinstven formular zahteva treba da se koriste u svim osiguravajućim kompanijama), mada je i pored toga poprilično opterećenje ovim troškovima. Tržišta privatnih zdravstvenih osiguranja su veoma komplikovani sistemi. Zemlje koje omoguću razvoj privatnih osiguranja, moraju stoga biti spremne ne samo da plate visoku cenu transakcija, nego i da razviju i priličan kapacitet za nadzor, analizu i kontrolu ovih tržišta. U suprotnom, bi mogle da se suoče sa različitim društvenim posledicama.

3.4 Politička izvodljivost

U demokratskom državnom uređenju, odluke o tome kako i koliko novca potrošiti su osnovni izraz moći jedne vlade. Gledano iz perspektive demokratske političke teorije, ovi izbori se moraju načiniti na način koji dozvoljava građanima odgovarajuću kontrolu nad procesom. Postavlja se pitanje da li se neko, ko ima vlast nad finansijskim tokovima, bira demokratskim političkim procesima? Čak i ako je administrator postavljeni tehnochrata, da li postoji lanac odgovornosti ukoliko se isti poveže sa nekim ko je subjekt izbornih odluka?

Ideal političke odgovornosti je, šta više, diskutabilan u mnogim državama. Tamo gde postoji visok stepen sumnje u političke procese, može se dati prednost nezavisnim agencijama kada je u pitanju donošenje odluka o finansiranju zdravstvene zaštite. Ova težnja je naročito prisutna u zemljama gde postoji veliki pritisak na javne budžete. Određene interesne grupe u ovim zemljama smatraju da će, izolovanjem procesa u zdravstvenom sektoru, od procesa u budžetu uopšte, veći obim sredstava otići ka sektoru zdravstva, pa samim tim i u džepove administratora u agencijama.

4. Kriterijumi za procenu i izbor finansijskih modela

Pored ova četiri prikazana elementa za procenu modela finansiranja, govori se još o nekoliko važnih kriterijuma za evaluaciju finansijskih modela i njihovih organizacionih formi. Radi se o pravičnosti, solidarnosti i ekonomskoj efikasnosti.

Pravičnost: S obzirom da način finansiranja direktno utiče na distribuciju troškova zdravstvene zaštite, postavlja se pitanje, ko podnosi teret tih troškova? Kako korišćenje finansijskih sredstava direktno utiče na distribuciju zdravstvenih usluga? Ko ima koristi? Kriterijum za procenu distribucije opterećenja troškovima i korišćenja zdravstvene zaštite ima dve dimenzije: *vertikalna pravičnost* se odnosi na distribuciju finansijskog opterećenja između bogatih i siromašnih i *horizontalna pravičnost* koja se odnosi na kreiranje pravičnosti u raspodeli među osobama sa istim nivoom prihoda, uključujući i korisnike zdravstvene zaštite koji žive u različitim regionima.

Solidarnost: Bolest, kao i troškovi njenog lečenja, ne opterećuju stanovnike jedne zemlje podjednako. Neke grupe ljudi podnose veći stepen zdravstvenih rizika od drugih. Neizvesnost oboljevanja zahteva posebnu strategiju finansiranja kako bi se zdravstveni rizici udružili. Grupe sa niskim rizikom, kao što su mladi i zdravi ljudi, ne žele da budu u istoj kategoriji sa osobama sa visokim rizikom (stari i bolesni), zato što ih model udruživanja rizika opterećuje troškovima lečenja osoba sa visokim rizikom. Mogućnosti za udruživanjem rizika se široko razlikuju unutar različitih modela za prikupljanje sredstava. U modelu »budžeta«, rizici se udružuju radi dostupnosti zdravstvene zaštite za sve, ili radi subvencije nadoknada za osobe iz grupe sa visokim rizikom. Modelom »obaveznog zdravstvenog osiguranja« se može obezbediti znatan stepen solidarnosti, pod uslovom da osiguranje pokriva manje više sve korisnike. Privatno osiguranje ima zastupljen princip solidarnosti samo za odabrane grupacije, kao što su radnici u određenoj kompaniji ili kao što su članovi neke profesionalne grupacije. »Plaćanje iz džepa korisnika« zdravstvenih usluga ne nudi nikakvu opciju za solidarnost.

Ekonomski efekti: Kada vlada prisiljava firmu ili pojedinca da plati porez po određenom osnovu, kao što su na primer porez na lični dohodak, i jedni i drugi mogu da promenom obima rada i količinom novca koji zarade preinače visinu sredstava koji su dužni da plate državi. Različite opcije imaju različite učinke na zadržavanje ili stimulisanje investicija, mogućnosti zapošljavanja i podršku radu, pa na taj način utiču na realizaciju složenih kratkoročnih i dugoročnih ekonomskih aktivnosti.

5. Prikupljanje sredstava za zdravstvenu zaštitu - modeli finansiranja

Prikupljanje sredstava za zdravstvenu zaštitu je kombinacija finansijskih i organizacionih odnosa u procesu prikupljanja novca. Ona odražava i ekonomske izvore, korišćenje u alternativnim metodama prikupljanja sredstava, kao i organizacione pripreme.

U praksi, većina sistema finansiranja je izabrala kombinovan pristup više metoda u zavisnosti od nacionalne, političke i ekonomske istorije jedne zemlje.

Postoji nekoliko modela finansiranja:

- Finansiranje iz budžeta,
- Fondovi obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- Fondovi privatnog osiguranja,
- Finansiranje iz džepa korisnika,
- Finansiranje iz sredstava zajednice, i
- Inostrana pomoć –donacije, krediti pod povoljnim uslovima.

5.1. Finansiranje iz državnog budžeta

U finansiranju iz državnog budžeta, koriste se sredstva dobijena iz različitih vrsta poreza da podrže široko područje vladinih aktivnosti. U takvoj situaciji se sistem zdravstvene zaštite takmiči sa drugim programima finansiranim od strane vlade za finansijska sredstva, i dobija svoje resurse preko zvaničnog vladinog budžetiranja.

Različite vrste poreza su na raspolaganju vladi kao što su:

- porez na dohodak,
- porezi na akcionarski profit,
- porez na dodatu vrednost,
- porez na promet,
- porez na uvoz i izvoz , i
- druge vrste poreza.

Koji će se porez koristiti u nekoj zemlji zavisi pre svega od nivoa njenog ekonomskog razvoja. Zemlje sa niskim nacionalnim dohotkom, oslanjaju se više na poreze koji se lako prikupljaju kao što su porez na uvoz i izvoz i porez na promet. Ostali izvori finansiranja (porez na dohodak i porez na dodatu vrednost) zahtevaju mnogo širi sistem podataka i dobru poresku kontrolu kao i disciplinu građana kada je u pitanju plaćanje poreza.

Državni budžet je glavni izvor finansiranja sistema zdravstvene zaštite i bogatih i siromašnih zemalja. Oni automatski stvaraju više sredstava uporedo sa ekonomskim rastom.

Finansiranje iz budžeta ukazuje na visok stepen političke odgovornosti u demokratskim političkim sistemima, jer je mehanizam finansiranja zakonski regulisan i prolazi direktno kroz zakonske procese. Prema tome i nivo finansiranja se može politički kontrolisati.

Određene usluge, kao što su javno zdravstvene i preventivne ili briga za siromašne su obično podržane porezima, čak i kada drugi metodi dominiraju u finansiranju sistema nacionalne zdravstvene zaštite. To je zato jer se porezi mogu prerasporediti, a mogu se

dobiti i iz različitih izvora (Musgrave and Musgrave, 1989; Atkinson and Stiglitz, 1980).

5.1.1 Vertikalna i horizontalna pravičnost poreza

Vertikalna pravičnost: U mnogim zemljama, jedino sveobuhvatni porezi na dohodak, koji uključuju i poreze na kapitalnu dobit, mogu biti stvarno progresivni. Samo takvi porezi mogu da uključe veći procenat dohotka ljudi sa višim primanjima. Nasuprot ovome, porezi na zaradu (platu) su umereno regresivni, jer procenat ukupnog dohotka (prikupljenih sredstava) koji potiče od plata, opada kod onih sa višim primanjima. Ovakva šema postaje više regresivna ako postoji ograničenje u visini doprinosa koji se izdvaja (što je nekada slučaj). Porezi na promet i porezi na dodatu vrednost su takođe umereno regresivni jer je procenat dohotka, koji je potrošen i oporezovan, a nije ušteđen, niži kod viših primanja.

Horizontalna pravičnost u finansiranju iz budžeta menja se u zavisnosti od vrste prikupljenih poreskih sredstava. Široko primenjivani porezi ne povećavaju horizontalnu pravičnost, dok porezi na akciznu robu (porezi na duvan ili alkohol) to mogu da čine.

Poslednjih godina mnoge zemlje prepuštaju i kontrolu i finansijsku odgovornost za zdravstvenu zaštitu lokalnom nivou. Ovakvi modeli mogu podstaći ozbiljna pitanja o horizontalnoj pravičnosti, jer više razvijenih oblasti može finansirati iste usluge kao i nerazvijene oblasti sa nižim poreskim stopama, ili bolje usluge sa istim iznosom poreskih stopa. Iz tog razloga, zemlje koje sprovode finansijsku decentralizaciju veoma često zaključuju da je neophodno uspostaviti ujednačeno međulokalno finansiranje. Zemlje sa ustaljenim sistemom ovog tipa, kao što su Skandinavske zemlje i Kolumbija, sada se teško oslanjaju na nacionalne poreze da bi dopunili lokalne izvore finansiranja.

5.1.2. Solidarnost

Princip solidarnosti u finansiranju iz budžeta zavisi od vladinog načina raspoređivanja poreza na prihod između različitih zdravstvenih programa. U zemljama sa niskim nacionalnim dohotkom, vladin zdravstveni budžet većinom odlazi na finansiranje državnih bolnica i klinika, gde pacijenti primaju besplatnu ili subvencionisanu zdravstvenu zaštitu.

5.1.3. Ekonomski efekti

Ekonomski efekti finansiranja zdravstvene zaštite iz budžeta zavise od toga koji će se specifični porezi upotrebiti i koliko će iznositi. U teoriji, više poreske stope na prihode, smanjuju dobit, a istovremeno demotivšu radnike da rade (Feldstein, 1995).

5.2. Obavezno zdravstveno osiguranje

Između obaveznog zdravstvenog osiguranja i privatnog zdravstvenog osiguranja postoje tri razlike. Prva je da je *zdravstveno osiguranje obavezno*. Svako ko pripada ovom osiguranju mora biti registrovan i mora platiti doprinos, koji predstavlja određen procenat plate. Druga razlika se odnosi na to, da većina doprinosa za zdravstveno osiguranje predstavlja *društveni dogovor*, zakonski određen i baziran na ugovoru između samog osiguranja i onih koje osiguranje pokriva (osigurani). Građani su spremni da plate određenu novčanu sumu ali i očekuju da će novac biti upotrebljen nepristrasno, pravično i korisno za finansiranje zdravstvene zaštite onih koji pripadaju osiguranju. Treća razlika je da se *programi obaveznog zdravstvenog osiguranja* oslanjaju na *namenske doprinose*, i što im daje određenu prednost u odnosu na privatno osiguranje.

Uobičajeno je da obavezno zdravstveno osiguranje obuhvata samo radnike u državnom sektoru. Međutim, kada zemlja odluči da obezbedi univerzalno zdravstveno osiguranje, vlada mora da upotrebi poreska sredstva kako bi subvencionisala penzionere, nezaposlene, siromašne, radnike u privatnom sektoru, pa čak neke male biznismene i poljoprivrednike.

Zdravstveno osiguranje je generalno organizovano na dva načina. U Bizmarkovom modelu kome pripada većina zemalja Evrope i Latinske Amerike, zdravstveno osiguranje je uspostavljeno i vođeno od različitih neprofitnih organizacija podeljenih u zavisnosti od industrije, zanimanja ili teritorijalne pripadnosti (Saltman and Figueras, 1997). Često se naziva “bolesnički fondovi – kase” i ima ograničen kapacitet za broj osiguranih. Ovakva zdravstvena osiguranja pružaju pakete usluga koje se međusobno malo razlikuju, sa ograničenim izborom za korisnike. Ponekad to vodi riziku negativne selekcije i visokim administrativnim troškovima (Roemer, 1993; Raffel, 1984).

U ekonomskoj literaturi veoma se često opisuje finansiranje zdravstvenog osiguranja na način koji se ne razlikuje od finansiranja putem poreza, s čime se eksperti zdravstvenog osiguranja ne slažu (Ball, 2000; Meyers, 1981). Ekonomisti posmatraju zdravstveno osiguranje uglavnom kao program finansiran putem poreza jer je doprinos zakonski obavezan. Ovakvo gledište ignoriše mnoge važne socijalne i institucionalne razlike koje prave razliku između finansiranja budžetskim sredstvima (Švedska) i obaveznog zdravstvenog osiguranja kakvo je u Nemačkoj, Japanu i Tajvanu. Prvo, doprinosi koji se plaćaju za programe zdravstvenog osiguranja su namenski za te programe, što ih i razdvaja od svrhe potrošnje prikupljene poreskim sredstvima. Zdravstveno osiguranje zahteva novac za održanje svoje solventnosti (platežne moći) i to vodi ka većoj odgovornosti u njegovom finansijskom poslovanju. U isto vreme, zdravstveno osiguranje nije pravedno za sve građane jer obuhvata samo određene populacione grupe i daje onoliko koristi za korisnika, koliki mu je bio i doprinos.

5.2.1 Pravičnost finansijskog tereta i koristi u zdravstvenom osiguranju

Vertikalna pravičnost doprinosa iz plata zavisi od toga, koja visina dohotka bogatih nije obuhvaćena doprinosom. Takođe, ona zavisi i od postojanja ograničenja u plaćanju doprinosa. Horizontalna pravičnost zavisi od toga da li neke grupe (na primer, mali biznismeni ili farmeri) izbegavaju pošteno plaćanje doprinosa usled zakonskih pristrasnosti. Horizontalnu pravičnost umanjuje postojanje više šema zdravstvenog

osiguranja i mogućnost ponude jeftinije i bolje zdravstvene zaštite za istu cenu od strane nekih osiguranja. Ovo je verovatno slučaj sa šemama osiguranja koje obuhvataju radnike sa višim dohotkom, a istovremeno je to i manje bolesna populacija.

5.2.2. Solidarnost

Zdravstveno osiguranje udružuje zdravstveni rizik samo svojih osiguranika. Pošto većina šema osiguranja pokriva samo radnike koji su prijavljeni, onda je samo njihov zdravstveni rizik udružen. Ako vlada želi da obezbedi osiguranje za siromašne, stare i seosku populaciju, ona je u obavezi da prikupi dodatna finansijska sredstva, koristeći sredstva prikupljena porezom.

5.2.3. Ekonomski efekti

Ako na ukupnu cenu rada značajno ne utiču promene u doprinosima, tada se može reći da cena zdravstvenog osiguranja ne utiče mnogo na ekonomski rast. U zemljama sa razvijenim društveno-političkim sistemom i visokim doprinosima, stvarna cena rada može se povećati višim doprinosima za zdravstveno osiguranje.

5.2.4. Primenljivost

Primenljivost šema zdravstvenog osiguranja je veoma važan aspekt. Poverenje osiguranika je obezbeđeno ugovorom između osiguranja i osiguranika, koji garantuje da će osiguraniku na osnovu rezervisanog novca biti omogućeno korišćenje prava iz fonda osiguranja koja mu iz ugovorenog odnosa pripadaju kada nastupi rizik. Međutim, moguće je da model zdravstvenog osiguranja bude viđen kao još jedna vladina funkcija povezana sa nelegalnim režimima koji ne poštuju svoje obaveze prema osiguranicima, kao što je to bio slučaj u nekim post-komunističkim zemljama (npr. Mađarska) (Schneider, 2002; Preker et al., 2002).

5.3. Privatno osiguranje

Privatno osiguranje se odlikuje kupcima koji dobrovoljno kupuju osiguranje od nezavisnih, konkurentnih prodavaca (osiguravajućih agencija). Prodavci naplaćuju premije koje oslikavaju pre kupčev rizik za zdravlje nego njegovu sposobnost da plati. Osiguranje može kupiti bilo koji pojedinac ili grupa.

Poslednjih godina, širom sveta raste interes za različitim oblicima privatnih osiguranja iz dva razloga. Prvi je da privatna osiguranja mogu da mobilišu dodatne izvore finansiranja i da mogu da smanje izbegavanje plaćanja poreza onih koji nemaju osiguranje. Takođe, izborom modela osiguranja stiču se uslovi za veću spremnost plaćanja za svoju zdravstvenu zaštitu. Drugi razlog je, davanje prednosti određenom modelu zdravstvenog osiguranja u zavisnosti od stavova, vrednosti i nivoa dohotka korisnika osiguranja.

Privatno osiguranje je ekonomski naprednije jer privlači kupce osiguranja iz sopstvenog interesa. Poslodavci žele da održe svoje zaposlene zdravim, podstičući njihovu lojalnost i izbegavajući molbe radnika za finansijskom podrškom, na taj način što im otvaraju medicinske račune koje oni sebi ne bi mogli da priušte. Zaposleni često žele osiguranje plaćeno unapred da bi se zaštitili od rizika bolesti, nesrećnog slučaja ili smrtnog ishoda. Prednost daju privatnim osiguranjima čije su cene niže od cene obaveznog osiguranja kada se poređenje vrši putem ekonomske skale i rizika po zdravlje. Iz ovih razloga, u srednje razvijenim zemljama, postoji znatan pritisak na dobro plaćene radnike da se odluče za programe privatnog osiguranja (Čile).

U svetu u kome sve više vladaju hronične bolesti, cena zdravstvene zaštite iz godine u godinu postaje sve veća. Zbog postojanja 5% do 10% ljudi, u bilo kom fondu zdravstvenog osiguranja, koji su najbolesniji i koji često nose 60% do 70% ukupnih troškova, osiguravajuća društva prodaju polise samo zdravim ljudima. Ukoliko bi fondovi prodavali osiguranja svim zainteresovanim po istoj vrednosti, tada zdravi ljudi verovatno ne bi kupovali osiguranje. To bi za njih bilo neprivlačno skupo, jer njihov nizak rizik od oboljevanja ne odgovara toj visini premije osiguranja (Hsiao, 2000).

Problem neuspeha je takođe prisutan. Osiguravajuća društva rade sa novim vlasnicima polisa koji su pre svega zdravi. Oni mogu odbiti da prodaju polise bolesnima, izbegavajući odštete za postojeće stanje, poništiti ili odbaciti nove polise onima koji postaju bolesni ili opterećuju veoma visokim cenama fond privatnog osiguranja. Ovakva praksa privatnih osiguravajućih kompanija se naziva (negativna) *selekcija rizika* i veoma je ozbiljan nedostatak konkurentnosti privatnog osiguranja.

5.3.1. Pravičnost finansijskog tereta i koristi kod privatnog osiguranja

Uticaj pravičnosti u privatnom osiguranju je mešovit. Premije privatnog osiguranja su visoko regresivne pošto se ne menjaju u potpunosti sa dohotkom. Zbog obrnute povezanosti između ekonomskog i zdravstvenog stanja, premije čija je visina zasnovana na riziku, vode do toga da siromašni plaćaju više. Čak i jedinstveno određene premije su više regresivne za razliku od drugih finansijskih mogućnosti jer se ne mogu toliko menjati sa dohotkom. Slično, sa gledišta zaštite rizika, oni sa niskim dohotkom ne mogu sebi dopustiti privatno osiguranje.

Kada se razmatra horizontalna pravičnost vidi se da pri kupovini premija privatnog osiguranja zasnovanih na riziku više plaćaju oni koji su pod višim rizikom.

5.3.2. Solidarnost

Zbog toga što privatno osiguranje udružuje rizike unutar manje grupe, ovaj model finansiranja ukazuje na manju solidarnost u odnosu na obavezno zdravstveno osiguranje i mnogo manju solidarnost u odnosu na finansiranje zdravstvene zaštite iz budžeta. Grupe sa visokim rizicima i troškovima (posebno one sa hroničnim bolestima i penzioneri) se na taj način izbegavaju. Neke zemlje imaju regulisanu kupovinu ma kog privatnog osiguranja po jednobraznim cenama za sve (oporezivanje zajednice) ili ograničenje dozvoljene razlike u cenama (opseg oporezivanja).

5.3.3. Ekonomski efekti

Jedan argument za privatno zdravstveno osiguranje je da takmičenje u kupovini osiguranja vodi ka nižim cenama zdravstvene zaštite. Osiguranja revnosno za kupce snižavaju cene i prave novac, ali sa druge strane pritiskaju svoje prodavce redukcijom honorara (Rodrik, 1997).

Poslednjih 50 godina privatno osiguranje postoji u Sjedinjenim Državama i oslanja se na takmičarsku prodaju osiguranja zaposlenima. Devedesetih godina, došlo je do promena u cenama zdravstvene zaštite, usled porasta tržišne konkurencije privatnih osiguranja. Međutim, korisnici su postali veoma nezadovoljni šemama osiguranja koje ih ograničavaju u mogućnostima korišćenja zdravstvene zaštite. Kao rezultat toga, osiguranja imaju pad u postizanju kontrole davalaca osiguranja, a cene su porasle za 10% do 15% godišnje. Međutim, zbog veoma visokih transakcionih troškova i rascepanih sistema privatnog osiguranja, Sjedinjene Države imaju najviše ukupne troškove zdravstvene zaštite u svetu.

5.3.4. Primenljivost

U kreiranju finansijskog sistema privatnih osiguranja, zemlje se suočavaju sa serijom kritičkih pitanja. *Prvo pitanje* je, koji je osnovni ugovor koji se prodaje jednoj osobi ili grupi. U SAD tržište pre svega čine zaposleni građani. To je urađeno da bi se ograničio podsticaj za rušenjem i destabilizacijom sistema, za ulazak i napuštanje pojedinaca iz sistema kao i za različitu solidarnost (Zelman, 1996). *Drugo pitanje* se odnosi na sam smisao osiguranja, posebno na izbor između opredeljenosti i neopredeljenosti za profit. Ako je opredeljenje kompanije da bude neprofitna, onda su takva privatna osiguranja u formi državnog preduzeća, nezavisne nevaldine organizacije, unije, preduzeća zasnovana na saradnji sa zajednicom ili u vidu neke druge forme. *Treće pitanje* se odnosi na zakonske propise i licenciranje o kojima prodavci osiguranja treba da vode računa (npr. vlada može da insistira na određenom nivou finansijskih rezervi, prilagođavanju premija ili na skupu propisa za minimum odštete). *Četvrto pitanje* odnosi se na povezanost između osiguravajućih kompanija i davalaca zdravstvenih usluga, kao i postojanja vladine regulatorne kontrole. Alternativa privatnog osiguranja nije da isključi vladu iz poslova vezanih za finansiranje zdravstvenog sistema. To je pre postavljanje serije pitanja vezanih za kontrolu finansiranja i upravljanje, koja mogu biti sasvim nova i različita od onih s kojima se vlada susretala, a odnose se na direktno obezbeđivanje sredstava i finansiranje budžetskim sredstvima i sredstvima doprinosa.

5.4. Finansiranje iz džepa korisnika

“Finansiranje iz džepa korisnika” je jedan od načina finansiranja zdravstvene zaštite pri čemu se nastali troškovi ne nadoknađuju od strane trećih lica, kao što su osiguravajuća društva. Korisnička sredstva su podgrupa sredstava dobijenih finansiranjem iz džepa korisnika pri korišćenju zdravstvenih usluga u državnom sektoru.

Reformisti sistema zdravstvene zaštite su se zainteresovali za ovaj vid finansiranja iz dva razloga. Prvi razlog je da su posebno u siromašnim zemljama, korisnička sredstva prihvaćena kao povoljan način za prikupljanje dodatnih prihoda. Novac se prikuplja lokalno i troši lokalno. Ovo bi bio podsticaj za pacijente da plate više za svoju zdravstvenu zaštitu, ako bi ovo plaćanje bilo povezano sa boljim kvalitetom usluga. Drugi razlog, jeste da pružanje besplatnih i lako dostupnih medicinskih usluga dovodi do njihove prevelike nepotrebne upotrebe. Ovo je zasnovano na subjektivnoj koristi da je svrha zdravstvenog sistema povećanje zadovoljstva korisnika mereno njihovom spremnošću da plate (Pauly, 1990). Ako bi cena neke zdravstvene usluge bila nula, korisnici bi je koristili iako je njena vrednost za njih niža od troškova pružanja usluge. Smatra se da bi bilo mnogo bolje sredstva od takvih usluga iskoristiti za neke druge usluge koje su važnije za korisnike. Korisnička sredstva i sredstva koja se prikupljaju participacijom su poželjna, jer se preko njih može uticati da se nepotrebne usluge ne koriste.

Međutim, ova dva argumenta nisu potpuna. Oni koji podržavaju sredstva iz džepa korisnika za svrhe povećanja prihoda, žele da povećaju cene usluga, obrazlažući da se korišćenje usluga neće promeniti. Oni takodje podržavaju ideju pomaganja onih sa malim prihodima, jer u protivnom korišćenje ovakvih zdravstvenih usluga može biti veoma smanjeno. Nasuprot tome, pobornici plaćanja za efikasnost, žele da povećaju cene usluga koje su skupe za ustanovu, a imaju manju vrednost za korisnike. Za njih, smanjenje korišćenja usluga kao posledice direktnog plaćanja pacijenata nije primedba na njihov način rada, već znak ispravnosti njihove odluke da novac ustanove bude na prvom mestu.

Termin "davalac zdravstvenih usluga podstiče zahteve za korišćenjem" znači da na savet lekara neke medicinske usluge mogu biti korišćene iako nemaju značaja za pacijenta (izvedeni zahtevi za korišćenjem usluga). Ako doktor utiče na pacijenta da koristi usluge koje za njega nisu potrebne, neefikasnost će se manifestovati čak i sa sredstvima iz džepa korisnika. Zaista, u praksi, bilo da raspodela efikasnosti raste ili opada uz nametnute cene, ova pojava zavisi od dva suprotna efekta. Jedan efekat je da se uticajem cena pacijenti obeshrabre da koriste usluge koje su od male vrednosti za njih. Drugi je, svaki podsticajni efekat cena na davaoce usluga, koji prouzrokuje porast nepotrebnog korišćenja. Veličina efekta će zavisiti od različitih faktora, uključujući profesionalne norme davalaca usluga, njihovu obučenosť i način da se sredstva koriste za donosiocę odluka u kliničkoj praksi.

Količinu novca koja se prikupi direktnim naplaćivanjem je često teško ustanoviti. U takvim situacijama je veoma važna i vrednost prikupljenih pouzdanih podataka. Nije lako ni kontrolisanje podataka, imajući u vidu da privatna praksa često nije dobro organizovana i da je pojava neformalnih i ilegalnih plaćanja u državnim bolnicama rasprostranjena.

Neformalna plaćanja se često pojavljuju kada je budžetska podrška sistemu zdravstvene zaštite smanjena zbog ekonomskih problema u društvu, a medicinsko osoblje želi da obezbedi sebi odgovarajući prihod. Lokalna tradicija je takodje važna. U nekim zemljama, ti honorari omogućavaju bolju negu, kako od strane lekara tako i od strane sestara. Ona su naročito rasprostranjena u atraktivnijim oblastima kao što su ginekologija i hirurgija. Sa ekonomske tačke gledišta, ova plaćanja su forma

“finansiranja iz džepa”, jer imaju sličan efekat na zahteve za korišćenjem zdravstvenih usluga i na težinu finansiranja koju imaju i legalna sredstva iz džepa korisnika.

Direktna plaćanja mogu biti koristan dodatak poreskim fondovima kao izvor institucionalne podrške. Međutim, ovaj vid finansiranja ne može biti osnovni jer je on privilegija imućnih.

5.4.1. Pravičnost i zaštita od rizika

Iz perspektive i pravičnosti i zaštite od rizika “finansiranje iz džepa” je najgori mogući način finansiranja zdravstvene zaštite. Sa tačke gledišta vertikalne pravičnosti, direktno plaćanje je visoko regresivno, posebno u odnosu na osobe sa lošijim zdravljem i nižim dohotkom. Čak je nepovoljnije od privatnog osiguranja, koje nudi bar neku solidarnost kada grupa kupuje osiguranje ili kada su cene prilagođene.

U mnogim zemljama, plaćanje po usluzi je primer diskriminacije cenama, jer opterećuje mnogo više bogate nego siromašne. U isto vreme, napredovanje prakse pravičnosti, pomaže uvećanju prihoda davalaca usluga.

5.4.2. Prospektivna štednja za zdravstvenu zaštitu

Prospektivna štednja za zdravstvenu zaštitu je metod direktnog plaćanja koji se primenjuje u Singapuru (Hsiao, 1995). Radi se o modelu štednje stvorenom da prisili radnike da unapred štede kako bi mogli da plate skupe medicinske usluge u starijim godinama. Na taj način ulažu prihode u budućnost. Veliki napor je uložen da se podstaknu radnici ili njihove porodice da plate medicinske usluge iz svoga džepa. S obzirom da postoji račun za pojedince ili porodice koji je unapred plaćen, princip solidarnosti je veoma malo prisutan. Ovaj model omogućava “plaćanje iz džepa” za osnovne bolničke usluge, a bolnice obezbeđuju različite nivoe usluga (od višekrevetnih do jednokrevetnih soba). Najniži nivo usluge je subvencionisan od strane poreskih prihoda, omogućavajući ih i ljudima sa skromnijim prihodima (kvalitet medicinske usluge ne treba da se razlikuje, već samo komfor). Ovaj model ima za određene slučajeve subvenciju, kada socijalni radnici ustanove da ni pojedinci ni njihove porodice ne mogu da plate za ono što im je potrebno uzevši u obzir pravičnost i solidarnost (Lim, 1998).

Ova složena šema plaćanja je modifikovana tokom poslednjih deset godina i dovela je do problema pravičnosti pri direktnom plaćanju.

5.4.3. Primenljivost

Najveća prednost “finansiranja iz džepa” jeste u njegovoj primenljivosti. Sa gledišta vlade, ovaj sistem je samoodržavajući, i ne zahteva sredstva iz državnog budžeta za svoj rad. Mnoge kvalitetne inicijative (zakonske regulative ili obezbeđivanje licenciranja), kao i regulisanje cena su razvijane da bi se rešili problemi finansiranja direktnim plaćanjem korisnika (Creese, 1997).

5.5. Finansiranje sredstvima zajednice

Ovaj model finansiranja se sreće u siromašnim zemljama koje pokušavaju da pronađu način za finansiranje svog sistema zdravstvene zaštite. Finansiranje sredstvima zajednice podrazumeva prikupljanje i trošenje novca za primarnu zdravstvenu zaštitu na lokalnom nivou. Sekundarna zdravstvena zaštita je najčešće van ovih okvira, jer je preskupa, teška za održavanje i izvan efikasne lokalne kontrole. Postoje pokušaji stvaranja lokalnih fondova koji finansiraju primarnu zdravstvenu zaštitu, plaćanjem za uslugu, pretplatničkim plaćanjem ili iz poreskih izvora. Nije retko da je članstvo dobrovoljno kao i plaćanje, a usluge mogu biti ograničene (smanjivanje novca za lekove).

Šri Lanka, Kuba i Kerala (u južnoj Indiji) su zemlje koje finansiraju zdravstvenu zaštitu sredstvima zajednice i imaju više nego dobro zdravstveno stanje stanovništva s obzirom na nivo ekonomskog razvoja i relativno gustu mrežu javno zdravstvenih radnika čak i u seoskim oblastima.

5.5.1. Pravičnost i zaštita od rizika

Model finansiranja sredstvima zajednice može prikupiti veoma skromne prihode jer su domaćinstva uključena u ovaj sistem niskog standarda. Izostavljanjem sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite, znači da ovaj model mora biti potpomognut drugim oblicima finansiranja (porezom) ukoliko se želi da građani budu zaštićeni od troškova lečenja ozbiljnih bolesti.

Sa tačke vertikalne pravičnosti, kritičko pitanje je priroda sistema pretplate, a naročito da li se premije menjaju sa dohotkom. Šema plaćanja po glavi ili porodici isključuje najsiromašnije. Iz nacionalne perspektive, ozbiljno pitanje pravičnosti nastaje među relativno siromašnim ljudima u lokalnoj zajednici koji plaćaju za svoju zdravstvenu zaštitu. S druge strane, ako je šema dostupna za jeftine usluge koje u suprotnom ne bi postojale, korisnici tada mogu dobiti i više nego što plaćaju.

Horizontalna pravičnost je ovde paradoksalna. Oblasti sa većim lokalnim organizacionim kapacitetom i administracijom i boljim vođstvom zajednice su bolje u kreiranju i sprovođenju takvih šema. U tom smislu, najnezadovoljniji će biti oni u čijim zajednicama takav sistem nije organizovan, gde loše funkcioniše ili se koristi manji broj usluga. U zemljama sa značajnim razlikama u lokalnoj kulturi, etničkim ili kulturalnim grupama, ove razlike mogu biti značajno pitanje, zato što finansiranje sredstvima zajednice nije podjednako uspešno u svim mestima.

5.5.2. Primenljivost

Primenljivost finansiranja sredstvima zajednice zavisi od kapaciteta i upravljanja na lokalnom nivou. Ovo podrazumeva potrebu da se investira u lokalnu zajednicu. S druge strane, kada ljudi u lokalnoj zajednici imaju poverenje u modele zasnovane na zajednici, prikupljanje premija može biti olakšano.

Neka lokalna područja nisu u stanju da primene finansiranje sredstvima zajednice. Zbog mogućih problema u lokalnoj zajednici (etničkih, religioznih, ekonomskih) vlada treba da ograniči organizacione i tehničke kapacitete dostupne zajednici pri stvaranju ovakvog modela.

5.6. Inostrana pomoć kao izvor finansiranja zdravstvene zaštite

Mnoge siromašne zemlje zavise od inostrane pomoći (donatora) kao izvora finansiranja svog sistema zdravstvene zaštite. Strana pomoć je kombinacija donatorskog interesa, donatorskih vrednosti i politike. Poslednjih godina, donatori se manje fokusiraju na podršku reformama u sistemu zdravstvene zaštite, a više na specifične programe sa merljivim ishodima kao što je vakcinacija, eliminacija bolesti i zdravlje novorođenčadi. Stepen do koga donatori daju prednost promenama ili pogrešnoj nacionalnoj politici jedne zemlje, zavisi veoma mnogo od finansijskih mogućnosti te zemlje kao i njene zavisnosti od novca donatora. Siromašne zemlje i zemlje posle ratova veoma su osetljive po ovom pitanju.

Neophodan je podsticaj za zemlje primaocice da budu aktivnije u odnosima sa donatorima (bilateralnim i multilateralnim) i neophodan je podsticaj lokalnim liderima i ekspertima da više doprinose u diskusijama koje se odnose na političke mogućnosti. S druge strane istovremeno strani eksperti, mogu biti dragocen izvor za upravljanje kao i konsultanti u reformama. Lokalni reformisti ne treba da shvataju preporuke stranih eksperata kao nepoštovanje ili intelektualni imperijalizam. Reforme u zdravstvenom sektoru su toliko kompleksne i teške da su samokritika i širina mišljenja obaveza onih koji proces reforme shvataju ozbiljno.

6. Alokacija resursa u sistemu zdravstvene zaštite

Način i svrha korišćenja prikupljenih sredstava u velikoj meri određuju ko će imati pristup zdravstvenoj zaštiti i koji će kvantitet i kvalitet zdravstvenih usluga biti dostupan stanovništvu. Ovi intermedijarni faktori, zapravo utiču na ishode po zdravlje, na zaštitu od finansijskih rizika, kao i na alokativnu efikasnost sistema zdravstvene zaštite i njene ukupne troškove u jednoj zemlji.

Potreba za raspodelom sredstava proizilazi iz nesrećne činjenice da su ljudske želje i očekivanja u nesrazmeri sa raspoloživim sredstvima. Vlada, privatne firme i pojedinci moraju da naprave bolne izbore za alokaciju veoma oskudnih sredstava; o visini troškova za zdravstvenu zaštitu i druge značajne svrhe; o tome kako će se novac trošiti da bi se postigli najbolji mogući rezultati. Vlada pravi ovaj izbor na dva nivoa. Kao prvo, uspostavlja se raspodela između dva sektora, a drugo, unutar zdravstvenog sektora se donosi odluka koji će se program zdravstvene zaštite finansirati. Na primer, ako se uloži više novca za primarnu zdravstvenu zaštitu biće manje sredstava za bolničke usluge (Bitran and Asociados, 2000).

Međutim, same odluke o alokaciji, čak i kada su donešene «korektno» najverovatnije neće uvek dati željene ishode. Sam novac ne obezbeđuje zdravstvenu zaštitu. Resursi treba da se transformišu u zdravstvenu zaštitu kroz organizovane aktivnosti. Na to, kako organizacije i pojedinci pružaju zdravstvenu zaštitu, utiču sistem makro organizacije i

struktura stimulacija. Ova dva kontrolna mehanizma veoma mnogo utiču na efektivnost i efikasnost transformisanja novca u zdravstvenu zaštitu. Veoma često, tehnički eksperti zastupaju mišljenje da će se ishodi po zdravlje poboljšati ukoliko se izvrši pravilna raspodela sredstava

6.1. Definicije

Raspodela zdravstvenih resursa se odvija na dva nivoa – u smislu kako da se izvrši distribucija resursa i za koga – kako za nivo populacije/zajednice tako i za nivo pojedinca (literatura o ekonomskoj alokaciji resursa ne pravi razliku između ova dva nivoa). To je razuman postupak kada se kao alokativni mehanizam koristi tržišna cena. Međutim, u nacionalnim zdravstvenim sistemima, često se sredstva za zdravstvenu zaštitu alociraju prvo po formuli za zajednice, a onda se koriste druga sredstva da se odredi obim zdravstvene zaštite za pojedince. Zdravstveno osiguranje takođe koristi pristup na dva nivoa: kroz dizajn paketa zdravstvenih usluga, sredstva se prvo alociraju za vrstu usluge, a zatim se koriste druga sredstva za raspodelu prema osiguranicima. U ovom izlaganju napravićemo razliku u tome kako se resursi raspoređuju za zajednicu/grupu ili za odabrane vrste usluga (kao što su primarna zaštita i bolnička zdravstvena zaštita) i ovo se naziva *alokacija resursa*; kako se oskudna zdravstvena zaštita distribuira pojedincima nazivamo *racionalizacija* (distinkciju između alokacije i racionalizacije napravio je Roger Evans)

6.2. Dileme u alokaciji resursa

Čak iako se skoro svi slažu da zdravstvena zaštita treba da bude alocirana, nije postignut precizan dogovor o tome koje kriterijume bi trebalo primeniti da bi se utvrdila pravila za alokaciju sredstva. No i pored toga, neke države su jasnije i eksplicitnije u utvrđivanju ovih pravila, dok druge nisu. Evropljani češće raspravljaju o alokaciji resursa u zdravstvu što se u SAD skoro nikada ne radi (Klein, Len Doyal).

Veliki broj principa i kriterijuma se koriste za alokaciju sredstava na nivou zajednice ili za vrste usluga i oni isključivo zavise od ciljeva sistema zdravstvene zaštite. Većina ovih principa pokušava da uzme u obzir zdravstvene potrebe zajednice. Na primer, Velika Britanija i Kanada alociraju sredstva za zajednicu na osnovu svog dohotka i zdravstvenog stanja stanovništva. Za finansiranje zdravstvenih usluga sredstvima osiguranja, Svetska banka podržava izbor onih zdravstvenih usluga koje bi se uključile u osiguranje kroz osnovni paket usluga na osnovu njihove relativne isplativosti. S druge strane, konfliktne situacije nastaju kada javnost treba da postigne konsenzus o paketu jasnih kriterijuma koji određuje obim zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju pojedincima (Maynard, 1996), a razlog tome je možda što jasna pravila određivanja mogu doslovno da znače odluku o životu ili smrti za određene pojedince. Druga teškoća u definisanju pravila odnosi se na to čije su vrednosti najvažnije – pacijenata, lekara, finansijera, političara, javnozdravstvenih stručnjaka ili drugih? Ovo je glavna razlika između sledbenika subjektivnog i objektivnog utilitarizma.

7. Mehanizmi za alokaciju resursa i određivanje prioriteta

Veliki broj mehanizama se koriste za alokaciju sredstava na nivou zajednice, ili za vrste usluga, uključujući i formule kojima se obuhvataju zdravstvene potrebe zajednice, realtivna isplativost zdravstvenih usluga, i cena osiguranja i zdravstvenih usluga. Mehanizmi za određivanje zdravstvene zaštite za pojedince obuhvatili su cenu, vreme čekanja i putovanja, mogućnost izbora doktora, i postojanje osnovne profesionalne kulture u zdravstvenim ustanovama. Različite metode određivanja cene mogu onemogućiti pristup zdravstvenoj zaštiti siromašnom stanovništvu više nego bogatom, dok vreme čekanja u ambulanti više utiče na zadovoljstvo pacijenata i to više onih sa visokim prihodima nego one sa niskim, zbog gubitka vremena, pa samim tim i novca.

Kada se sredstva alociraju prema populacionim grupama, ili vrstama usluga, zdravstvena zaštita treba da bude *određena* za pojedince jer ne postoji država koja ima mogućnost da obezbedi resurse za zdravstvenu zaštitu koja će zadovoljiti sve potrebe i želje ljudi.

Cena je uobičajena mera koja se koristi za određivanje, ali ima ozbiljne implikacije na pravičnost, kada se koristi za zdravstvenu zaštitu. Kao alternativu, većina zemalja je izvršila selekciju besplatnih zdravstvenih usluga (ili skoro besplatnih) i oslanja se na vreme čekanja kao sredstvo za ograničenje ponude. Velika Britanija je dobar primer korišćenja analize isplativosti prilikom izbora koje zdravstvene usluge treba da budu ograničene, u uslovima kada potrebe prevazilaze ponudu. Usluge preventivne i primarne zaštite se kvantifikuju u meri da ispune potrebe pacijenata po nultoj cijeni, što nije slučaj sa skupim hirurškim i laboratorijskim uslugama; one su određene utvrđivanjem prioriteta u odnosu na hitnost intervencije. Druga sredstva koja se često koriste u ograničavanju zahteva je snižavanje nivoa kvaliteta određenih usluga, duže vreme čekanja i nemogućnost izbora lekara.

8. Principi alokacije i mogućnost njihove implementacije

Bez obzira koja se etička vrednost sledi, postoji opšta saglasnost da država treba da odredi glavne prioritete za finansiranje javnih i drugih važnih aktivnosti kao što su javno zdravstvo i programi prevencije, uključujući imunizaciju i zdravstvenu zaštitu majke i deteta. Glavna teškoća nastaje prilikom određivanja raspodele javnih sredstava između primarne zaštite i bolničkih usluga.

Utvrđivanje prioriteta potrošnje između primarne zaštite i kurativnih službi obuhvata usklađivanje između poboljšanja zdravlja u odnosu na osiguranje zaštite od finansijskog rizika. Alociranje resursa za plaćanje primarne zaštite je isplativije u poboljšanju zdravstvenog stanja, ali ne pruža zaštitu od finansijskog rizika. Istovremeno, alociranje resursa za plaćanje bolničkih usluga nudi zaštitu od finansijskog rizika, ali je manje isplativa u poboljšanju zdravstvenog stanja. Ovo je glavna dilema zemalja sa niskim i srednjim nacionalnim dohotkom koje nemaju dovoljno javnih sredstava da plate i jedno i drugo.

Svetska banka i Svetska zdravstvena organizacija predlažu vladama da koriste isplativost kao kriterijum za alokaciju sredstava i da dizajniraju paketa osnovnih usluga.

Ipak, javnost jasno želi i traži zaštitu finansijskog rizika od skupih medicinskih usluga. Shodno tome, veliki broj zemalja smatra da ne može slediti preporuke ovih međunarodnih organizacija. Ustvari, kada zemlje nemaju javna sredstva da finansiraju i primarnu zaštitu i bolničke usluge, većina ih smatra da treba da daju veći prioritet plaćanju bolničkih usluga. U tabeli 3. prikazano je veliko učešće budžeta javnog zdravstva u finansiranju bolničke zdravstvene zaštite u odabranim zemljama.

Tabela 3. Učešće državnog budžeta u finansiranju bolnica u pojedinim zemljama

<i>Država</i>	<i>Učešće budžetskih sredstava u procentima (%)</i>
Bangladeš	61
Burundi	66
Kina	61
Obala Slonovače	46
Etiopija	49
Jamajka	72
Meksiko	58
Filipini	71
Somalija	70
Turska	63
Zimbabve	54
Prosek za OECD zemlje	54

Izvor: Barnum i Kutzin

9. Politička ekonomija alokacije sredstava

Pored usklađivanja između alokativne efikasnosti u ostvarenju ciljeva zdravstvenog sistema i zaštite finansijskog rizika, pojedine vlade su odlučne i alociraju svoja oskudna javna sredstva da bi postigli najveću moguću pravičnost. Takve vlade usmeravaju svoja sredstva za subvencioniranje siromašnih i onih koji imaju najveće zdravstvene potrebe, a nemaju mogućnost da plate zdravstvenu zaštitu. Vlada može usmeriti svoja sredstva korisnicima na različite načine. Može usmeriti svoje subvencije na osnovu dohotka, zdravstvenog i socijalno-ekonomskog stanja zajednice, klase bolničkog odeljenja, i vrste usluga. Alternativno, vlada može direktno obezbediti besplatne usluge (ili skoro besplatne) siromašnim zajednicama i najosjetljivijim kategorijama stanovništva, kao što su invalidi i stare osobe. Koristi se nekoliko tehničkih pristupa za alokaciju javnih sredstava. Neke napredne ekonomije, kao što su Velika Britanija i Kanada alociraju sredstva za regije i zajednice delomično na osnovu zdravstvenih «potreba» zajednice. Prioritet se daje kapitalnim investicijama na osnovu isplativosti tehnologije ili usluge u proizvodnji ishoda po zdravlje.

Formulisanje politike finansiranja, je u potpunosti politički proces. Postoji nekoliko jakih učesnika u zdravstvenom sektoru –medicinska udruženja, sindikati i farmaceutska industrija. Svaka od tih grupacija poseduje politička sredstva i uloge u političkoj strukturi koja određuje njihovu relativnu vlast u oblikovanju politike finansiranja sistema zdravstvene zaštite.

Naučnici koji su se bavili političkom praksom, kao što je Alvares (1991), Marmor (1983), i Reich (1994) dugo su tvrdili da politika ima kritičnu ulogu u odlučivanju ko mora da plaća, a ko ima korist od toga. Ekonomska i politička elita želi da osigura barem nekoliko institucija «svetske klase» u zemlji u kojoj oni mogu dobiti zdravstvenu zaštitu. Ovakve usluge treba da se pružaju na tercijarnom nivou, u vrhunskim bolnicama ili medicinskim centrima. Prioritet je često na tercijarnim bolnicama koje koriste skupu opremu (često uvozu) i pružaju usluge ekonomskoj i političkoj eliti zemlje. Uobičajeno je za ove nacionalne i regionalne centre (koje su često i bolnice u kojima se obavlja nastava) da oni absorbuju veoma veliki dio državnog budžeta za zdravstvo. Osim toga, najprestižnije institucije često imaju značajne političke veze i uticaj koji im omogućavaju da uspešno brane svoje interese.

Podaci pokazuju da veliki broj država ne alociraju svoja sredstva za zdravstvenu zaštitu pravično, a alokacija sredstava od poreza za programe često smanjuje, a ne povećava pravičnost u pružanju zdravstvene zaštite. Dok se budžet često koristi za finansiranje besplatne javne zdravstvene zaštite, koja treba da osigura pravičan pristup siromašnim i domaćinstvima sa niskim prihodima, stvarnost je sasvim drugačija, zato što beneficije obično ne idu onima kojima su namenjena. Slično, kao što je Bates (1981) utvrdio u svojoj studiji o poljoprivrednoj politici u Africi, opšti prihod za finansiranje zdravstvenih usluga «grabila» je visoka i srednja klasa umesto da su sredstva odlazila ruralnom i urbanom siromašnom stanovništvu. Analiza pokazuje da su javne troškove neproporcionalno koristili bogati u Gani, Indoneziji, Vijetnamu i Brazilu. (Tabelu 4).

Ova nepravična distribucija sredstava javnog zdravstva u korist bogatih je alarmantna. Iako politička ekonomija ovih država može ponuditi objašnjenje ovih ishoda, ona naglašava postojanje bazičnih teškoća u sektoru zdravstvene zaštite.

10. Metode plaćanja i podsticaji koje one stvaraju davaocima usluga

Sistem plaćanja davaocima za pružene usluge u zdravstvenoj zaštiti ima značajan uticaj na ponašanje lekara i drugih zdravstvenih radnika, na aktivnosti zdravstvenih ustanova kao i na ponašanje pacijenata. Ovo je jedna od kontrolnih poluga kojima se reguliše sistem zdravstvene zaštite.

Ključne odluke koje treba doneti kada se osmišljava sistem plaćanja davaocima zdravstvenih usluga se odnose na: jedinicu usluge za koju se vrši plaćanje, visinu iznosa koji se plaćaju davaocima za njihove usluge, da li se iznos plaćanja određuje retrospektivno ili prospektivno i kako se vrši usklađivanje visine iznosa za plaćanje tokom vremena.

10.1. Izbor metoda plaćanja i jedinice usluge na osnovu koje se vrši plaćanje

Metod plaćanja i jedinica usluge na osnovu koje se vrši plaćanje su tesno međusobno povezani. Definicija jedinice usluge na osnovu koje se vrši plaćanje utiče na obim usluga koje će biti pružene, na efikasnost i kvalitet rada. Ukoliko se na primer za sve zdravstvene usluge koje se pružaju za određenu bolest (testovi, laboratorijske analize, lekovi, itd) plaćanje udruži, tako da se na primer, kao jedinica za plaćanje usvoji

bolnički dan ili bolnička epizoda, bolnice se podstiču da budu efikasnije do izvesne mere, ali se može dogoditi da pacijent dobije nedovoljnu zaštitu.

10.2. Određivanje visine iznosa koji se plaćaju davaocima za pružene zdravstvene usluge

Veoma je važno odrediti odgovarajuću visinu iznosa koji se plaća davaocima za pružene usluge. Ukoliko se odrede previše visoki iznosi, tako da davaoci mogu da ostvare značajan profit, to će dovesti do neefikasnog korišćenja resursa a verovatno i do povećanja broja usluga. Ukoliko se odrede preniski iznosi, to će uticati na kvalitet i pružanje usluga.

Na koji će se način odrediti visina iznosa koji se plaćaju davaocima zavisi delom i od metoda plaćanja. Kada se radi o plaćanju po usluzi, iznosi se mogu odrediti na osnovu cena koje zaračunavaju davaoci. Obzirom da se na tržištu zdravstvenih usluga javljaju faktori koji ometaju tržišne mehanizme (asimetrija informisanosti, zahtevi koje podstiču davaoci) ovo nije najbolji mehanizam određivanja iznosa za plaćanje. Obično ga primenjuju organizacije privatnog osiguranja jer nemaju mogućnosti da ih odrede na drugi način. Jedan od pristupa za određivanje iznosa je baziran na stvarnom utrošku resursa za svaku uslugu. Ovo zahteva dobar kvalitet podataka i dosta je komplikovano kada se određuje za veliki broj različitih usluga koje se pružaju.

Kada se bolnicama plaća putem globalnog budžeta ili budžeta po stavkama, iznosi se često određuju na osnovu budžeta u prethodnim godinama.

Razvijeni su i neki noviji pristupi koji se zasnivaju na pregovaranju između onih koji plaćaju i davalaca usluga, ili se primenjuje javno nadmetanje.

Plaćanje lekara za njihov rad je posebno osetljivo pitanje. Nije pogodno da se visina iznosa koji se plaćaju lekarima određuje na osnovu potencijalne zarade u privatnoj praksi, zato što su u privatnoj praksi lekari u poziciji da monopolistički određuju cene svojih usluga. Jedan od načina za određivanje visine iznosa koji se plaćaju lekarima je da budu zasnovani na prihodima drugih visoko kvalifikovanih stručnjaka.

Da li je iznos za plaćanje postavljen na odgovarajućem nivou, može se prosuditi na osnovu toga da li uspeva da održi balans između ponude i potražnje za lekarima.

10.3. Prospektivno ili retrospektivno utvrđivanje visine iznosa koji se plaća

Visine iznosa koji se plaćaju davaocima usluga može se utvrditi prospektivno, na početku godine, ili retrospektivno na kraju godine kada su poznati stvarni troškovi. Retrospektivno odnosno prospektivno utvrđivanje visine iznosa različito utiče na troškove i efikasnost rada. Ukoliko se visine iznosa utvrđuju prospektivno, davalac je stimulisan da smanji troškove i da radi efikasnije da bi mu na kraju preostao višak.

Ukoliko se visina iznosa utvrđuje retrospektivno, davaoci će biti stimulisani da potroše što više mogu da bi im se to nadoknadilo na kraju godine.

10.4. Usklađivanje visine iznosa tokom vremena

Visina iznosa koji se plaćaju davaocima mora se usklađivati svake godine. Neki se sami po sebi usklađuju, kao što je to slučaj kada su zasnovani na cenama davalaca ili retrospektivnom plaćanju prema troškovima. U slučaju prospektivnog određivanja visine iznosa, usklađivanje predstavlja izazov. Da bi se izbegle tenzije između onih koji plaćaju i davalaca u nekim zemljama se, za usklađivanje, koriste indeksi porasta plata ili cena. Ponekad se indeks za usklađivanje postavlja ispod indeksa rasta plata ili cena da bi se davaoci stimulisali da budu efikasniji.

10.5. Uticaj različitih metoda plaćanja na ponašanje onih koji pružaju usluge u zdravstvenoj zaštiti

Metod putem koga su plaćeni različiti davaoci usluga u zdravstvenoj zaštiti utiče na njihovo ponašanje, a preko toga i na dostizanje ciljeva sistema zdravstvene zaštite (efikasnost, pravičnost i ograničavanje troškova). Centralno pitanje u izboru metoda plaćanja je da se obezbede odgovarajući podsticaji da bi se stimulisalo određeno ponašanje, odnosno da se destimuliše nepoželjno ponašanje, što na kraju sve zajedno vodi ispunjenju postavljenih ciljeva.

Lekari mogu biti plaćeni po usluzi, putem kapitacije ili plate. Metode plaćanja bolnica uključuju plaćanje po usluzi, po bolničkom danu, plaćanje po lečenom pacijentu, po lečenom pacijentu na osnovu njihove težine slučajeva (dijagnostički srodne grupe) ili putem globalnog budžeta. Svaki od ovih metoda stvara različite finansijske podsticaje i raspodeljuje finansijski rizik na različite igrače u sistemu.

10.5.1. Plaćanje lekara i drugih zdravstvenih radnika

Plaćanje po usluzi

Kod ovog metoda plaćanja lekar dobija nadoknadu za svaku pojedinu pruženu uslugu kao što su to injekcije, laboratorijski testovi, rendgenski snimci. Ovakav metod plaćanja podstiče lekare da pružaju što više usluga. Oni, zbog sopstvenog interesa, mogu iskoristiti svoje superiorno znanje i uticati na zahteve pacijenata za zdravstvenom zaštitom. Usled toga će cene pruženih usluga biti veće nego što bi to bio slučaj kada bi pacijenti bili potpuno i neutralno informisani i kada bi bili slobodni da izaberu način lečenja. Ovo je jedini mehanizam plaćanja pri kome lekari nemaju nikakav podsticaj da biraju zdravije pacijente. Finansijski rizik u potpunosti snosi onaj koji plaća, osiguranje odnosno pacijent/korisnik. Istraživanja su pokazala da prelazak na ovakav mehanizam plaćanja dovodi do značajnog povećanja broja pruženih usluga. Uprkos tome što se zna

za inflatorni uticaj plaćanja po usluzi, ovaj metod plaćanja se još uvek koristi u mnogim zemljama u razvoju za plaćanje privatnih bolnica, zdravstvenih centara i pojedinih lekara. Ovaj mehanizam plaćanja nepovoljno utiče na kontrolu troškova za zdravstvenu zaštitu kao i na efikasnost.

Plaćanje putem plata

Mehanizam plaćanja lekara putem plata podrazumeva da se plaćanje zasniva na vremenu koje lekar provodi na poslu, bez obzira na broj pacijenata koje pregleda, broj usluga koje izvrši, ili cenu usluga koje pruži. Ovakav mehanizam ne podstiče lekare da pružaju više usluga ili da više rade. Štaviše, lekari u bonicama mogu produžavati ležanje pacijenata jer to smanjuje radno opterećenje dok plata ostaje ista. Gosden i saradnici(2001) su našli povezanost između plaćanja putem plata i:

1. smanjenog broja usluga po pacijentu;
2. smanjenog broja pacijenata po lekaru;
3. dužih poseta pacijenata; i
4. većeg broja preventivnih usluga, u poređenju sa plaćanjem po usluzi.

U ovom mehanizmu plaćanja finansijski rizik je potpuno na onome koji plaća.

Visina plate se najčešće određuje pregovorima između onog koji plaća (država, osiguranje) i profesionalnih udruženja i varira zavisno od godina, iskustva i stepena odgovornosti lekara.

Kako ovakav mehanizam ne podstiče bolju produktivnost, oni koji plaćaju u nekim slučajevima uvode podsticaje da bi smanjili troškove i povećali efikasnost. Na primer, uvode bonuse za lekare ako su troškovi ispod planiranog budžeta, ili se lekari mogu obavezati ugovorom da pregledaju određeni broj pacijenata na sat.

Plaćanje putem kapitacije (liste opredeljenih pacijenata)

U mehanizmu plaćanja lekarima putem kapitacije, plaćanje se vrši po pojedincima opredeljenim za lečenje kod njega. Iznos je fiksna za sve usluge koje osoba koristi za određeni vremenski period. Najčešće je lekar opšte prakse plaćen za svakog pacijenta koji se opredeli za njega, bez obzira da li je pacijent tražio ili dobio bilo koje usluge. Iznos može varirati zavisno od starosti, pola i zdravstvenog stanja pacijenata.

Ovakav mehanizam plaćanja ceo finansijski rizik svaljuje na davaoca usluga.

Kapitacija kao mehanizam plaćanja lekara ima prednost zato što ne podstiče prekomerno lečenje kao što je to slučaj sa plaćanjem po usluzi. Takođe, podstiče se održavanje kvaliteta rada da bi se privukli i zadržali pacijenti (mada je ovo ograničeno problemima sa informacijama). Lekari su podstaknuti da pružaju preventivne usluge kao i zdravstveno promotivne usluge jer će im to kasnije uticati na smanjenje troškova. Postoji, međutim, podsticaj da pacijenti budu nedovoljno lečeni da bi se smanjili troškovi. Mana ovog metoda je i u tome što su lekari stimulisani da troškove prebacuju na druge, ukoliko je to moguće, na primer povećanim upućivanjem pacijenata na više

nivo zaštite. Ukoliko se plaćanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti vrši putem kapitacije, a u sekundarnoj po usluzi, ovo svakako ohrabruje preterano i nepotrebno upućivanje pacijenata na sekundarni nivo. Zato se kod izbora metoda plaćanja moraju uskladiti metodi po nivoima zaštite kao i u odnosu na sistem upućivanja pacijenata.

Plaćanje putem kapitacije podstiče lekare da efikasnije koriste resurse. Kada lekar dobija fiksnu nadoknadu za svakog registrovanog pacijenta, on se trudi da bira zdravije pacijente da bi smanjio svoj rizik, ovo se naziva »selekcija rizika«.

Koji će mehanizam plaćanja biti prihvaćen u sistemu zdravstvene zaštite zavisi od načina finansiranja sistema, udela privatnog i javnog finansiranja i pružanja usluga kao i od toga da li želimo da postaknemo pružanje određenih usluga. Plaćanje lekarima najčešće se zasniva na kombinaciji više metoda. Na primer, ukoliko se želi podstaći pružanje preventivnih usluga kao metod plaćanja može se primeniti kapitacija uz dodatno plaćanje po usluzi za određene preventivne usluge (npr. vakcinaciju). Takođe ciljevi sistema zdravstvene zaštite (efikasnost, ograničenje troškova i pravičnost) mogu odrediti metod plaćanja. Tako plaćanje putem plata omogućava bolju kontrolu troškova, ali ne podstiče efikasnost. Plaćanje po usluzi povećava efikasnost, ali vodi povećanju troškova.

Neke zemlje su uvele sistem u kome lekari raspolažu budžetom za svoje pacijente. Da bi se povećala svest lekara o troškovima omogućava im se da direktno upravljaju svojim prihodom ili im se dozvoljava da zadrže svaki višak budžeta u svojoj praksi i da ga iskoriste za sopstvene pacijente.

Svuda postoji konflikt između sopstvenih novčanih interesa lekara i njihovog osećanja dužnosti prema pacijentu. Dizajn podsticaja za lekare mora uzeti u obzir bazične ekonomske teorije o tome kako finansijski podsticaji utiču na ponašanje lekara i sa dobrim i sa slabim stranama lokalnih etičkih i poslovnih normi.

Tabela 5. Zbirni prikaz metoda plaćanja lekarima: finansijski rizik i podsticaj

Metod plaćanja	Korpa usluga za koju se plaća	-----Ko snosi rizik:-----		-----davalac ima podsticaj da:-----			
		Onaj ko plaća	davalac	Poveća broj lečenih ili registrovanih pacijenata	Smanji broj usluga po troškovnoj jedinici zaštite ili konsultacije	Poveća prijavljenu ozbiljnost bolesti	Bira zdravije pacijente
Plaćanje po usluzi	Svaka jedinica usluge i konsultacija	Sve rizike snosi onaj ko plaća	Nema rizika za davaoca	da	ne	Da	ne
Plata	Jedna nedelja ili jedan mesec rada	Svi rizici	Lekar ne snosi rizik	ne	N/A	N/A	ne
Plata i bonus	Bonus baziran na broju pacijenata	Deo koji čini plata	Deo koji čini bonus	da	N/A	N/A	da
Kapitacija	Sve usluge koje su pokrivene za jednu osobu u datom periodu	Iznos iznad plafona "stop-gubitku"	Sav rizik snosi davalac do određenog plafona "stop-gubitku"	da	N/A	Ne	da

10.5.2 Plaćanje bolnica i drugih zdravstvenih ustanova

Globalni budžet

Globalni budžet je operativni budžet koji je utvrđen unapred i uključuje sve. Najčešće se koristi kao mehanizam plaćanja bolnica u zdravstvenim sistemima koji su pretežno finansirani iz javni prihoda, kao što je to slučaj u Velikoj Britaniji i Novom Zelandu kao i u velikom delu zemalja u razvoju. U određivanju globalnog budžeta važno je specificirati određene ciljeve koji treba da budu dostignuti kao što je na primer broj bolničkih dana ili broj pregleda. Ukoliko se ciljevi ne ispune ustanova će biti kažnjena.

Ovo je veoma važno jer su u suprotnom davaoci podstaknuti da minimiziraju broj lečenih pacijenata i zaštitu koju pružaju pacijentima, obzirom da u svakom slučaju dobijaju isti iznos.

Kod primene globalnog budžeta kao metoda plaćanja, direktori bolnica i zdravstvenih centara su podstaknuti da kontrolišu troškove uz istovremeno ispunjavanje zadatih ciljeva rada. Ovo može imati neželjene efekte. Ako se, na primer, kao cilj postavi broj ostvarenih bolničkih dana, može se dogoditi da bolnica neopravdano dugo zadržava pacijente da bi ostvarila cilj (Ovo se navodi kao jedan od glavnih razloga velike prosečne dužine bolničkog lečenja u Nemačkoj-tri puta duže nego u SAD).

Globalni budžet povezuje resurse koji se koriste sa preduzetim aktivnostima. U stvari fokusira se na ulaganja (inpute) a ne na rezultate (outpute), odnosno ishode lečenja ili efektivnost pruženih usluga. Obzirom da su davaoci podstaknuti da pružaju zaštitu što je moguće jeftinije, ovo potencijalno može ugroziti kvalitet pružene zaštite. Da bi se održao kvalitet potrebno je da ugovor jasno naznači standarde kvaliteta koji se traže od davalaca u okviru određenog budžeta.

Efikasnost i pravičnost u uslovima globalnog budžeta kao metoda plaćanja zavise od toga kakav je ugovor napravljen između onih koji plaćaju i bolnica. U zemljama u razvoju često se iznos budžeta zasniva na istorijskim faktorima, odnosno prethodnom radnom opterećenju (eventualno budžet za prethodnu godinu uvećan za nivo inflacije). U tom slučaju on odražava ranije uspostavljene nejednakosti i ne daje podsticaje za unapređenje efikasnosti. Slično tome, budžeti koje se zasnivaju na broju postelja ili osoblja nisu dobri u smislu pravičnosti i efikasnosti. Ukoliko globalni budžet ne obuhvata sve troškove ili nivoe zaštite, postoji težnja da se troškovi prebacuju, odnosno da se uvećava broj usluga koji nisu u okviru budžeta. Maynard (2001) smatra da je idealno da budžeti budu zasnovani na formuli kapitulacije (RAWP u Velikoj Britaniji) koja uzima u obzir varijacije u zahtevima za zaštitom između geografskih regiona, tako da uvažava ciljeve pravičnosti.

Pri uspostavljanju globalnog budžeta važno je definisati kako će bolnica biti plaćena ukoliko premaši dogovorene ciljeve, kao i to kako će biti kažnjena ukoliko ih ne ispuni.

Ovo pitanje postaje komplikovano, zato što bolnice imaju i fiksne i varijabilne troškove kada leče pacijente. Na kratke staze, prosečan trošak lečenja pacijenta je veći nego

marginalni trošak zbog fiksnih troškova koje imaju bolnice. Ako se globalni budžet primenjuje uz utvrđivanje ciljeva koje bolnica treba da ispuni onda je, jednom kada se dostigne cilj, to slično plaćanju bolnica po danu. Iznos po danu je prosečan trošak po danu za tu bolnicu. Kada premaši utvrđene ciljeve ona može uvećavati profit dok ne popuni kapacitete. Plaćanje bolnicama za dodatni marginalni trošak kada premaši zadate ciljeve, i smanjivanje plaćanja za marginalni trošak kada ne ispuni ciljeve, može rešiti ovaj problem.

Nemačka je jedna od zemalja koje su prihvatile ovaj pristup. Tokom 1993-95, koristila je broj "očekivanih dana ležanja" kao cilj obima rada (Hoffmeyer et al, 1994). Kada bi bolnice premašile ovaj prethodno postavljen cilj, Nemački "bolesnički fond" bi plaćao bolnice samo do 25% od prosečnih troškova po danu. Kada cilj nije ispunjen, bolnice bi bile kažnjene sa 25%. Tako, čak i kada bolnica ne ispuni cilj, ona može da pokrije fiksne troškove i da nastavi da radi.

Budžet po stavkama

Jedna od varijanti globalnog budžeta je budžet po stavkama. U ovom metodu plaćanja davaocima se obezbeđuje fiksni budžet za određene stavke troškova, kao što su osoblje, hrana, lekovi, održavanje, itd.. Kada se jednom budžet odobri, davalac ima malu mogućnost da prebacuje troškove sa jedne na drugu stavku budžeta, uglavnom se zahteva da se drži strukture koja je ugovorena.

U celini uzev, budžet po stavkama daje slične podsticaje kao i globalni budžet sa jednim izuzetkom. To što ne postoji mogućnost da se sredstva prebacuju sa jedne na druge stavke budžeta može da veže bolnicu za neefikasne metode rada. Na primer, nema podsticaja da se smanje preterani kapaciteti jer to može voditi smanjenju budžeta za bolnicu. Ovo ne postoji u slučaju plaćanja putem globalnog budžeta jer se resursi mogu prebacivati tamo gde se mogu produktivnije iskoristiti.

Plaćanje po bolničkom danu

Jedinica plaćanja je definisana na osnovu broja dana lečenja (per diem). Davaocu se plaća određeni fiksni iznos za svaki dan lečenja pacijenta, bez obzira na stvarne usluge koje su pružene i njihove troškove. Ovaj metod se uobičajeno koristi za plaćanje bolnica. Fiksni iznos koji se plaća po danu podstiče bolnice da budu efikasnije i da smanje testove i procedure. Bolnica, koja sada nosi veći deo finansijskog rizika, ima podsticaj da ograniči usluge pacijentu za svaki dan i da drži pacijente duže u bolnici. Tako, plaćanje po danu podstiče bolnice da imaju veću stopu zauzetosti i da šire kapacitet kreveta. Da bi ovo predupredili oni koji plaćaju vrše provere korišćenja da bi sprečile opravdano produžavanje ležanja u bolnici.

U istraživanjima je pronađena korelacija između plaćanja po danu i prosečne dužine lečenja. Na primer, našli su da je prosečna dužina lečenja u bolnici u Japanu tri puta duža nego u Sjedinjenim državama za iste dijagnostičke kategorije (prosečna dužina bolničkog lečenja apendicitisa u Japanu je bila 9,8 dana dok je u SAD, gde su bolnice često plaćene po slučaju, dužina ležanja je 3 dana) (Rodwin and Okamoto (2000).

Plaćanje po lečenom pacijentu

Jedinica usluge se definiše kao lečeni pacijent i utvrđen iznos pokriva sve usluge koje su pružene u toku jedne bolničke epizode, bez obzira na stvarni obim ili troškove pruženih usluga. Ovaj metod prebacuje deo finansijskog rizika na davaoce. Kada se bolnici plaća fiksni iznos za svakog primljenog pacijenta, a uključuje sve usluge povezane sa tim prijemom bez obzira na stvarni iznos pruženih usluga i njihove troškove, bolnica ima podsticaj da smanji dužinu ležanja i broj pruženih usluga. Metod plaćanja po lečenom pacijentu takođe podstiče bolnice da biraju pacijente sa manje ozbiljnim oboljenjima i da prime što je moguće više pacijenata.

Tabela 6. Zbirni pregled metoda plaćanja bolnica: njihovi finansijski rizici i podsticaji

		-----ko snosi rizik:-----		-----davaoci su podstaknuti da:-----			
Mehanizam plaćanja	Korpa usluga za koju se plaća	Onaj ko plaća	davalac	Povećanje broja pacijenata	Smanjenje broja usluga po jedinici plaćanja	Povećanje prijavljene ozbiljnosti bolesti	Selekcija zdravijih pacijenata
Plaćanje po usluzi	Svaka jedinica usluge i konsultacija	Sav rizik nosi onaj koji plaća	Nema rizika na strani davaoca	da	ne	da	Ne
Po lečenom pacijentu usklađeno sa težinom slučajeva (npr. DSG)	Stope plaćanja variraju po slučajevima	Rizik zbog broja pacijenata ili klasifikovanja težine slučajeva	Rizik zbog troškova lečenja određenog slučaja	da	da	da	Da
Po lečenom pacijentu	Svaki primljeni	Rizik zbog broja primljenih	Rizik zbog broja usluga po lečenom pacijentu	da	da	ne	Da
Po bolničkom danu	Svaki bolnički dan	Rizik zbog broja dana ležanja	Rizik zbog troškova usluga tokom datog dana	da	da	ne	Ne
kapitacija	Sve pokrivene usluge za jednu osobu u toku datog perioda	Iznos iznad plafona "stop gubitku"	Sav rizik nosi davalac do iznosa datog plafonom "stop gubitku" (stop-loss)	da	da	N/A	Da
Globalni budžet	Sve usluge koje pruža ustanova u datom periodu	Onaj koji plaća ne snosi nikakav rizik	Sav rizik snosi davalac	ne	N/A	N/A	Da

Plaćanje po lečenom pacijentu na osnovu težine slučajeva

Da bi se prevazišli neki od nedostataka plaćanja bolnica po lečenom pacijentu predložen je način plaćanja koji je pacijente razvrstavao u kategorije prema resursima potrebnim za njihovo lečenje. Postoji više metoda među kojima je najrasprostranjeniji metod plaćanja prema dijagnostički srodnim grupama – DSG (DRGs).

Prospektivno plaćanje putem dijagnostički srodnih grupa i drugi slični mehanizmi plaćanja imaju prednost u tome što smanjuju podsticaje za prekomernim lečenjem, omogućavaju obuzdavanje troškova i podstiču genrisanje podataka i informacija. Ako se dobro usklade u odnosu na teainu slučajeva ovakvi mehanizmi mogu zadovoljiti i ciljeve koji se odnose na pravičnost. Međutim problemi korišćenja su sledeći:

- Neke usluge nisu pokrivene ovim mehanizmom plaćanja. Ukoliko se za njih plaća po usluzi dolazi do prekoračenja troškova.
- »Lepljive« cene. Kada se jednom utvrde cene za određenu grupu one se teško menjaju. U uslovima kada napreduju tehnologije može doći do značajne promene u stvarnim troškovima lečenja.
- Preduzimaju dodatni dijagnostički testovi i identifikuju dodatni poremećaji zdravlja da bi se slučajevi klasifikovali u kategoriju sa što većim iznosom za plaćanje.
- Zahtevi za podacima. Ovakav način plaćanja daje korisne podatke o troškovima i aktivnostima, ali upravo zahtevnost u pogledu podataka može ograničiti upotrebu ovog metoda u zemljama gde se takvi podaci ne prikupljaju rutinski, posebno u zemljama u razvoju.

10.6. Povezanost metoda plaćanja sa ponašanjem pacijenata

Metode plaćanja za zdravstvene usluge utiču na ponašanje pacijenata pre svega time što definišu koliko pacijenti moraju da plate za zdravstvene usluge.

Države koriste dva načina da smanje iznos koji pacijenti moraju da plate u trenutku korišćenja usluga, direktni i indirektni način. Države ovo čine da bi obezbedile pravičnost u pristupu zdravstvenoj zaštiti i da bi pacijenti bili zaštićeni od plaćanja koja bi mogla značajno da ugroze njihovo materijalno stanje. Na direktan način države dotiraju cene zdravstvenih usluga u javnim zdravstvenim ustanovama tako da pacijenti plaćaju niže cene. Ovo sa svoje strane može da dovede do povećanja zahteva za zdravstvenim uslugama. Indirektno države mogu dotirati premije osiguranja tako da osiguranici kupuju osiguranje po nižim cenama. Sa svoje strane ovo može dovesti do povećanja kupovine osiguranja i do poremećaja alokativne efikasnosti.

Da bi se smanjio mogući »moralni hazard« u državama gde je zdravstvena zaštita besplatna često se uvode participacije. U sistemima gde postoji zdravstveno osiguranje uvode se kao mere koje utiču na ponašanje pacijenata u sistemu zdravstvene zaštite: dedukcije, participacija, koosiguranje i plafoni za plaćanje (maksimalni iznos koji pokriva osiguranje).

- Dedukcije koje predstavljaju iznos koji pacijent mora da plati pre nego što osiguranje počne da pokriva troškove. Ako se iznos dedukcija postavi previsoko, ljudi će biti destimulisani da se osiguravaju jer veliki deo troškova snose sami.
- Participacija je fiksni iznos koji pacijenti plaćaju svaki put kada posete lekara ili za svaki dan ležanja u bolnici. Koosiguranje podrazumeva da osiguranje refundira pacijentu određeni procenat cene usluge. Najveća prednost participacije i koosiguranja je što raspodeljuje rizik između osiguranja i osiguranika
- Utvrđivanje maksimalnog iznosa koji osiguranje plaća za troškove zdravstvene zaštite godišnje po pacijentu. Mana ovog mehanizma je u tome što stavlja u nepovoljan položaj obolele od teških hroničnih bolesti kojima su potrebne vrlo skupe usluge

Tabela 7. Finansijski rizik i podsticaji za pacijenta i osiguranje u uslovima “besplatne” zdravstvene zaštite i prava koja pokriva osiguranje

	-----Ko snosi rizik:-----		Podsticaj za:
<u>D</u>	Onaj ko plaća (npr osiguranje ili vlada)	Pacijent	Pacijent
Besplatno	sav	Nikakav	Povećava zahteve
Plaćanje pune cene	nikakav	Sav	Smanjenje zahteva
Dedukcija	Suma iznad dedukcije	Suma do nivoa dedukcije	Smanjuje zahteve dok se ne dostigne iznos dedukcije, zatim povećava zahteve
Fiksni iznos participacije po poseti	Puna cena umanjena za participaciju	participacija	Smanjuje zahteve za posetama
Koosiguranje	$(1-X)\%$ od cene	$X\%$ od cene	Smanjuje zahteve (zavisno od procenta koosiguranja)
Granica iznosa koji plaća osiguranje	Iznos ispod granice	Iznos iznad granice	Smanjuje zahteve kada se pređe granica

Zaključna razmatranja

Istraživanja su pokazala da mehanizmi plaćanja imaju merljive efekte na:

- modalitet zdravstvene zaštite koji se obezbeđuje pacijentu (na primer da li se primenjuje konzervativno ili hirurško lečenje angine);
- vrstu i cene propisanih lekova;
- kvantitet usluga pruženih po jednoj poseti ili po danu hospitalizacije;
- dužinu ležanja u bolnici;
- proporciju pacijenata lečenih vanbolnički u odnosu na bolničko lečenje za datu bolest;
- klasifikovanje oboljenja i njegove težine, i

- učestalost kojom se pacijenti upućuju specijalistima i na laboratorijske testove. Kako je pokazano u tabeli 8, nijedan metod plaćanja nije savršen - svaki ima neke pozitivne i neke negativne atribute. Nudimo nekoliko uslovnih preporuka baziranih na iskustvima u svetu sa primenom različitih metoda plaćanja.
- Odluke o metodu plaćanja se moraju razmatrati u makro-organizacionom kontekstu; moraju biti komplementarne jedna drugoj.
- Metod plaćanja po usluzi uzrokuje brzu inflaciju zdravstvene potrošnje. Izbegavati ovaj metod izuzev kada postoje jasni i jaki razlozi koji ga opravdavaju.
- Metod plaćanja plata-plus-bonus je bolji od plaćanja samo putem plate. Može motivisati zdravstvene radnike da povećaju produktivnost i poboljšaju kvalitet usluga.
- U mnogim situacijama, plaćanje putem kapitacije za lekare opšte prakse je metod kome se daje prednost kada postoje kompetitivni lekari opšte prakse koji opslužuju istu zajednicu. Što se tiče specijalista, prednost se daje metodu plaćanja plata - plus-bonus, ali to podrazumeva da su specijalisti zaposleni u ustanovama kao što su bolnice ili programi osiguranja.
- Za zemlje sa visokim i srednjim dohotkom, plaćanje bolnicama po lečenom pacijentu ili plaćanje pojednostavljenim dijagnostički srodnim grupama su metodi kojima se daje prednost. Za bolnice u zemljama sa niskim dohotkom, prednost se daje plaćanju putem globalnog budžeta.

Tabela 8. Značaj finansijskih podsticaja

Mehanizam plaćanja	Uticaj na medicinske odluke i troškove
Plaćanje po usluzi	Davaoci favorizuju ovaj metod; kvantitet usluga po pacijentu i ukupna ponuda rastu; inflatoran; kvalitet može opasti zbog preteranog lečenja i prevelike upotrebe lekova.
Po lečenom pacijentu	Poboljšava efikasnost bolničkih usluga; uspostavlja uniformne finansijske i kliničke informacione sisteme; klasifikacija pacijenata u grupu sa višim iznosom; nešto povećava prijeme u bolnicu; kvalitet može opadati zbog suviše kratkog boravka pacijenta ili premalo korišćenja testova.
Po bolničkom danu	Manje inflatoran od plaćanja po usluzi; značajno povećava dužinu boravka; kvalitet usluga po danu može opadati.
Kapitacija	Značajno smanjuje nepotrebne usluge; poboljšava efikasnost; pacijenti mogu biti lečeni manje nego što je potrebno; selekcija rizika od strane davalaca.
Globalni budžet	Poboljšava efikasnost; najuspešniji za kontrolisanje inflatornih zdravstvenih troškova; kvalitet može opadati; kvantitet se može povećavati ako je standard obima vezan sa budžetom.
Plata	Otklanja podsticaje za previše ili premalo zaštite za pacijenta; kvantitet autputa po satu može opadati; kvalitet zaštite može opadati; davaoci sami sebi upućuju pacijente u svoje privatne prakse.

Literatura

1. Berman P, Chawla M (1999). A Model for Analyzing Strategic Use of Government Financing to Improve Health Care Provision. Partnerships for Health Reform Project, Harvard School of Public Health.
2. Bitrán et al (1999). Targeting Public Subsidies for Health. A Background Paper, This paper is the revision of the Background Paper on Health Care Financing written by the author for the World Bank's Flagship Course on Health Sector Reform & Financing.
3. Creese A, Parker D (1994). Cost Effectiveness Analyses. Module 9 in: Cost Analyses in Primary Healthcare – A Training Manual for Programme Managers, WHO, Geneva.
4. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al (2001). Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 6(1): 44-55
5. Hsiao W (2000). Health Care Financing in Developing Nations. A Background Paper, This paper is the revision of the Background Paper on Health Care Financing written by the author for the World Bank's Flagship Course on Health Sector Reform & Financing.
6. Hsiao W, Li K.T (2000). Health Care Financing in Developing Nations A Background Paper. Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing. World Bank Institute.
7. Hoffmeyer U (1994). The economics of health reform. A prototype. *Pharmacoeconomics* 6(Suppl 1): 39-41
8. Hurley J, Feeny D, Giacomini M, Grootendorst P., Lavis J, Stoddart GL, Torrance G (1998). Introduction to the concepts and analytical tools of health sector reform and sustainable financing. A pre-course distance-learning module. Funding for this educational module was provided by the Economic Development Institute of the World Bank as part of its Flagship Program on Health Sector Reform and Sustainable Financing. Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University.
9. Maynard A, Bloor K (1996). Introducing a market to the United Kingdom national Health Service. *New England Journal of Medicine* 344(9):604-608.
10. Maynard A, Bloor K (2001). Payment and regulation of providers. Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing. World Bank Institute.
11. Maynard A, Bloor K. Dilemmas in regulation of the market for pharmaceuticals: controlling costs, improving quality and ensuring access (cited 2002); Available from URL: <http://www.lse.ac.uk/Depts/lsec/menupages/astec> project.htm
12. **Maynard A, Bloor K (2000). *Payment and Regulation of Providers. Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing* World Bank Institute.**
13. Overview of the Hungarian DRG based hospital payment system. Flagshipcourse Budapest, July 2003.
14. Palm W (2001). Voluntary Health Insurance and EU Insurance Directives: Between Solidarity and the Market. Voluntary Health Insurance and EU Insurance Directives.
15. Roberts MJ, Hsiao W, Berman PM, Reich R (2001). Financing. Getting Health Reform Right, Flagshipcourse, Washington, October : 156-186.
16. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR (2001). Payment Systems and Their Incentives. Getting Health Reform Right, Flagshipcourse, Washington, October : 187-209.
17. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR (2001). Getting Health Reform Right Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing. World Bank Institute.
18. Robinson J (2001). Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives. *The Milbank Quarterly, Journal of Public Health and Health Care Policy* 79(2).
19. Rodwin MA, Okamoto A (2000). Physicians' conflicts of interest in Japan and the United States: lessons for the United States. *J Health Polit Policy Law* 25(2): 343-75
20. Wolf J. et al (1991). Managing your Finance. Chapter 9 in: *The Family planning Managers Handbook*, Kumarian Press; p. 279-319.
21. Wong H, Bitrán R (1999). Designing a Benefit Package. A Background Paper, This paper is the revision of the Background Paper on Health Care Financing written by the author for the World Bank's Flagship Course on Health Sector Reform & Financing.

PLAĆANJE LEKARA I BOLNICA

Vežba za rad u grupama

Uvod

Sanserif je srednje razvijena zemlja sa populacijom od 17,8 miliona stanovnika i procenjenim bruto društvenim proizvodom od 1750 USD po glavi stanovnika. Ekonomski rast je bio negativan u skoroj prošlosti, ali sada se beleži rast po stopi od 1.5% godišnje. Stanovništvo je koncentrisano na istoku zemlje, posebno u glavnom gradu Platdumu gde živi 6.5 miliona ljudi. Zapadna oblast je planinska sa retko naseljenim stanovništvom i poljoprivredom kao glavnim zanimanjem. Dohodak je veći na istoku, oko glavnog grada gde je smeštena teška industrija. Obalski deo se razvija sa rastom turizma.

Sistem zdravstvene zaštite pripada nacionalnoj zdravstvenoj službi Sanserifa, koja se finansira putem poreza. Nacionalna zdravstvena služba je glomazna, sa brojnom loše obučenom radnom snagom i posteljinim fondom, koji se koristi neefikasno dok kvaliteta zdravstvenih usluga opada. Budžet Nacionalne zdravstvene službe je praktično statičan zahvaljujući nesposobnosti države da naplaćuje poreze, kao i zbog zahteva Svetske banke da se ograniči javna potrošnja. Državne bolnice se finansiraju putem budžeta, koji je izračunat na osnovu prethodne potrošnje a koji se distribuira preko regionalnih vlasti, birokratizovanih i konzervativnih. Zdravstveni radnici i menadžeri su plaćeni putem plata, i često se dešava da im plate kasne.

Formalni privatni sektor je prividno mali, dok je obim neformalnog plaćanja značajan ali ga je teško izmeriti. Najveći deo potrošnje je na istoku, posebno oko glavnog grada Platduma, gde glavni klinički centar ima nešto opreme visoke tehnologije kao što su skeneri i NMR.

Očekivano trajanje života na rođenju je opalo tokom devedesetih, ali se sada nešto popravilo; mada će proći još neko vreme dok ne dostigne vrednosti iz perioda kada je zemlja bila ekonomski stabilnija. Mortalitet odojčadi i zdravlje dece značajno variraju u zavisnosti od socijalne klase i regiona i pokazuju male znake poboljšanja. Na istoku je došlo do porasta oboljevanja od seksualno prenosivih bolesti, kao i štetnih efekata visoke potrošnje duvana i alkohola zajedno sa atmosferskim zagađenjem.

Grupa 1: Plaćanje lekara

Platdumske »Novosti«, najveći dnevni list u glavnom gradu i glavni izvor nezavisnih vesti u Sanserifu, je ovog jutra objavio priču o platama doktora. Ministar će morati da odgovara na ove navode danas posle podne u skupštini, a večeras i na televiziji.

Priča u novinama navodi da:

1. Neki lekari zarađuju više od 20 000 USD i izbegavaju da leče pacijente u državnim ustanovama
2. Mnogi doktori, iako zaposleni u državnoj službi, izbegavaju da idu na posao, a i oni koji idu provode malo vremena tamo i/ili traže značajno plaćanje ispod stola

3. Pacijenti u državnim ustanovama moraju da čekaju 12 meseci za ambulantne preglede i 2 godine za operaciju zamena kuka ili operaciju katarakte.
4. Vodeći lekari »utvrđuju« cene na sastancima u lokalnom restoranu teniskog kluba. Ovi doktori su takođe poznati po tome što dobijaju visoke honorare u kešu i uslugama (ove poslednje u luksuznom salonu za »masažu«) za »konsultacije« od glavnog dobavljača lekova i sanitetskog materijala, kompanije »Skupi lekovi«

Podgrupa 1A

Vi ste članovi ekspertske grupe koja je ustanovljena da savetuje ministra. On treba da odgovara na pitanja koja će mu postavljati novinari i članovi skupštinskog odbora. Ministra treba pripremiti za ove nastupe. On treba da pokaže poznavanje problematike kao i da izbegne eventualne zamke sa kojima će se susresti.

Pitanja:

1. Koje su prednosti a koji nedostaci sadašnjeg sistema plaćanja doktora u Sanserifu?
2. Identifikovati opcije za reformu sadašnjeg sistema plaćanja i evaluirati njihove dobre i loše strane
3. Kakav je uticaj privatnog sektora na ponašanje u javnom sektoru zdravstva i kako se ovi problemi mogu bolje regulisati?
4. Savetujte ministra kakvo bi rešenje za plaćanje lekara trebalo da predloži i da odbrani

Podgrupa 1B

Vi ste novinari na televiziji. Ministar zdravlja večeras gostuje u vašoj emisiji. Treba da se pripremite da postavljate pitanja Ministru. Emisija treba da razjasni gledaocima:

1. Koje su prednosti a koji nedostaci sadašnjeg sistema plaćanja doktora u Sanserifu?
2. Kakve planove ima ministarstvo zdravlja u vezi sa reformom sadašnjeg sistema plaćanja i da li će to dovesti do bolje zdravstvene zaštite za pacijente
3. Kakav je uticaj privatnog sektora na ponašanje u javnom sektoru zdravstva i kako se ovi problemi mogu bolje regulisati?

Grupa 2: Plaćanje bolnica

Platdumske »Novosti« su objavile reportažu o navodnom internom izveštaju ministarstva koji se zalaže za promenu načina plaćanja bolnica i uvođenje sistema plaćanja na osnovu dijagnostički srodnih grupa. Novine uveravaju da će konsultantska grupa »Uradi malo-opljačkaj i zgrabi« koristiti sredstva Svetske banke za pilot ovog sistema dijagnostički srodnih grupa u glavnom gradu i zapadnoj oblasti zemlje. Istraga Ministarstva zdravlja je pokazala da je taj plan analiziran od strane kancelarije Svetske banke u zemlji a i neki lokalni »eksperti« su bili uključeni. Ministar će večeras na

televiziji da odgovara po ovom pitanju dok premijer želi razjašnjenje ovog problema pre njegovog pojavljivanja na televiziji.

Podgrupa 2A

Vi ste članovi ekspertske grupe koja je ustanovljena da savetuje ministra. On treba da odgovara na pitanja koja će mu postavljati novinari i premijer. Ministra treba pripremiti za ove nastupe. On treba da pokaže poznavanje problematike kao i da izbegne eventualne zamke sa kojima će se susresti.

Pitanja:

1. Koje su dobre strane i slabosti sadašnjeg sistema plaćanja državnih bolnica u Sanserifu?
2. Identifikovati opcije za promenu sistema plaćanja bolnica i savetovati ministra o njihovim prednostima i manama.
3. Savetovati ministra o tome koju politiku plaćanja bolnica da prihvati.

Podgrupa 2B

Vi ste novinari na televiziji. Ministar zdravlja večeras gostuje u vašoj emisiji. Treba da se pripremite da postavljate pitanja Ministru. Emisija treba da razjasni gledaocima:

1. Koje su dobre strane i slabosti sadašnjeg sistema plaćanja državnih bolnica u Sanserifu
2. Opcije za promenu sistema plaćanja bolnica, njihove prednosti i mane, i
3. Kako će se eventualne promene načina plaćanja bolnica odraziti na njihovo funkcionisanje.

REGULATIVA U OBLASTI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE SA OSVRTOM NA PITANJA KVALITETA

Tekst priredila Ivana Mišić

U svim kolektivima i društvima u kojima pojedinci međusobno deluju, moraju postojati pravila koja regulišu prava imovine i razmene rada, usluga i roba (Douglas, 1990; Fuller, 1969). U protivnom najjače osobe, one koje imaju najviše znanja, sposobnosti ili političke moći, uzeće sve. U civilizovanim društvima država nameće ograničenja organizacijama i pojedincima. To je, po (Heriot-u, 1997) regulativa.

Regulativa je jedan od kontrolnih mehanizama za zdravstvene sisteme. Njome se može uticati na alokaciju i razvoj fizičkih resursa, higijensko-sanitarne uslove u zdravstvenim ustanovama, a indirektno na zdravstveni status stanovništva i zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga. Regulativom se kreiraju i pravila za uređivanje zdravstvenog osiguranja: konkurentnost i efikasnost osiguravajućih društava s jedne strane i zaštita od rizika i zaštita prava osiguranika na drugoj strani.

Međutim, neadekvatna regulativa često može pogoršati funkcionisanje zdravstvenog sistema, pa stoga kreatori zdravstvene politike moraju detaljno sagledati sve prednosti i ograničenja ovako moćnog kontrolnog mehanizma (Roberts, 2001).

Šta je regulative i zašto se ona donosi?

Regulativa u užem smislu, predstavlja ovlašćenje vlade da upotrebi moć za nametanje ograničenja organizacijama i pojedincima. Po ovoj definiciji samo zakonska pravila (a ne i drugi kontrolni mehanizmi, kao što su stimulacije ili uticaj na javno mnjenje) smatraju se regulativom – uređenjem. Ona obuhvata niz instrumenata: zakone, dekrete, naloge, administrativna pravila, vodiče, uputstva itd. nezavisno od toga da li su ih izdala vladina ili nevladina tela ili organizacije kojima je vlada delegirala regulatornu vlast (OECD, 1996). Po drugoj definiciji, regulativa predstavlja kohezionu silu koja tera ljude da urade i ono što možda ne žele (Roberts, 2001).

Uopšteno govoreći, najčešći razlozi za upotrebu moći države su sa ciljem sprečavanja pojedinaca ili drugih subjekata da povrede interese ostalih. Drugi bitni razlozi uređivanja su obezbeđivanja su obezbeđivanje javnih dobara kao i poštovanje tržišnih zakonitosti i ispravljanje greški koje se javljaju u njegovom funkcionisanju.

Preduslovi za efektivnu regulativu

Kreiranje efektivne regulative ne predstavlja nimalo lak i jednostavan proces. To zahteva nekoliko osnovnih preduslova: političku prihvatljivost, kompatibilnost sa kulturnim osobenostima društva, javnom upravom zemlje i drugim odgovarajućim institucijama.

Prateći i proučavajući tok reformskih procesa u zemljama sa niskim nacionalnim dohotkom, uočava se da većina ovih zemalja nije u mogućnosti da adekvatno promovise

regulativne norme. Osnovni razlog tome je nepostojanje potrebnih administrativnih kapaciteta – odnosno institucija u kojima i preko kojih bi se sprovodile pomenute norme, kao i nedostatak informacija neophodnih za proces praćenja implementacije donešenih mera.

Međutim, stvarni domet regulative najviše zavisi od načina njenog sprovođenja, tačnije od sposobnosti otkrivanja i sankcionisanja svih koji ne postupaju u skladu sa postavljenim pravilima. Najmanji otpor u implementaciji sreće se kod normi koje poseduju visok nivo dobrovoljne prihvatljivosti u određenom socijalnom miljeu. I konačno, nezavisno da li su legislativne ili neke druge, regulative se donose kroz političke procese, pa su u njihovom dizajniranju političke veštine od velikog značaja (Roberts, 2001).

Praksa u regulisanju kvaliteta zdravstvene zaštite

Osnovni razlozi regulisanja zdravstvenog sektora su: obezbeđivanje opšte zdravstvene sigurnosti svih građana kao osnovnog cilja, obezbeđivanje pravičnosti i jednakosti u procesu pružanja i korišćenja zdravstvenih usluga i kontrolisanje pojava na tržištu zdravstvenih usluga (humani resursi, zdravstvena tehnologija, investicije, cene zdravstvenih usluga i njihov kvalitet...), uspostavljanje pravila poslovanja činioca zdravstvenog sistema (oglašavanje, odgovornosti za nemar i pogrešnu praksu, prava pacijenata, profesionalna etika, solventnost i bankrot zdravstvenih institucija...). Većina zemalja, uključujući i one siromašnije poseduju mehanizme za uređivanje većine gore pomenutih pitanja. Oblasti koje su do sada najmanje regulisane – posebno u zemljama koje su u razvoju ili procesu tranzicije su: kvalitet zdravstvene zaštite, cene zdravstvenih usluga, prava pacijenata, profesionalna etika, informisanost stanovništva i monopol na zdravstvenom tržištu (Roberts, 2001).

I ovom prilikom, kada se govori o uređivanju kvaliteta u zdravstvu, moramo imati na umu činjenicu da je zdravstveno tržište, po sebi nesavršeno, pa samim tim i proizvod takvog tržišta – zdravstvenu uslugu – je mnogo teže regulisati od fizičkog proizvoda – robe. Uređivanje sektora zdravstva i zdravstvene službe, zapravo podrazumeva regulisanje sve tri komponente kvaliteta: input, proces i ishod. Regulativu inputa najlakše je napraviti i sprovoditi, tako da ona i dominira u mehanizmima kontrole kvaliteta zdravstvenog sektora. Ona međutim, sama po sebi, ne osigurava bolje zdravstvene ishode. Uređivanje procesa zdravstvene zaštite, mnogo je delikatnije. Najčešće se svodi na prenošenje ovlašćenja na medicinsku profesiju za samo-regulativu kada su u pitanju proces i ishod, komponenta kvaliteta za koju je društvo najviše zainteresovano.

Kvalitet zdravstvene zaštite

Za donošenje suda o kvalitetu, odnosno o načinu izvršavanja profesionalnih dužnosti od strane zdravstvenih radnika u zdravstvenom sistemu, neophodno je posedovanje odgovarajućih mehanizama za evaluiranje prethodno utvrđenih standarda.

Akreditacija kao uobičajeni alat koji se koristi za obezbeđivanje osnovnog nivoa kompetentnosti zdravstvenih profesionalaca, često kombinuje visoke standarde sa zahtevima za re-sertifikacijom. Za zdravstvene ustanove proces akreditacije generalno se fokusira na strukturalne mere. Akreditacija se ograničava na dostizanje osnovnog nivoa kvaliteta i njome se ne može postići dalje poboljšanje (Bennet, 1994). Definisanjem neophodnih elemenata kao preduslova za pristupanje i delovanje u zdravstvenom sistemu, država preuzima direktnu ulogu u procesu akreditacije. Pored vlade ovaj proces može biti poveren i nekom samo-regulativnom telu koje definiše i prati standarde institucija koje su dobrovoljno odabrale da učestvuju u šemi.

Pored akreditacije, posebno zemlje sa visokim nacionalnim dohotkom, sa ciljem unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite, vrše i proces licenciranja. Njega izvode vladine agencije, a odnosi se na ocenu kompetentnosti pojedinca ili ustanove (Roberts, 2001). Licenciranje se obično vrši na osnovu obrazovanja i ispitivanja, a ne na osnovu performansi (izvršenja). Ono se obnavlja periodično, pri čemu se zahteva demonstriranje kompetentnosti ili se može zahtevati stalna edukacija. Licencu može oduzeti agencija koja ju je i dala, zbog nekompetentnosti pojedinca ili ustanove, kriminalnog čina ili nekih drugih razloga navedenih u pravilniku o licenciranju određene oblasti (Como, 1995).

Na proces kliničkog odlučivanja najviše se može uticati *vodičima dobre prakse*. Oni predstavljaju sistematski formulisana uputstva koja donosiocima odluka omogućavaju pružanje odgovarajuće zdravstvene zaštite bolesnicima u određenim kliničkim okolnostima (TA 101, Glossary, 1998).

Međutim, dokazano je da samo postojanje ovih »vodiča« u zdravstvenoj ustanovi nije dovoljno da bi se značajno uticalo na promenu postojeće prakse među zdravstvenim radnicima. Lekari radije slede one »vodiče« čija je primena regulativno povezana sa određenim stimulacijama. Na primer: U jednoj bolnici u Masačusetsu odlučeno je da se smanji učestalost hipoksijskog oštećenja mozga nakon anestezije. Vlada je donela određenu regulativnu meru kojom je bilo predviđeno da anesteziolozi koji u tretmanu pacijenata postupaju po pravilima vodiča za praćenje pacijenata u opštoj anesteziji koje je donelo Američko društvo anesteziologa, ne mogu biti okrivljeni za nemar ili pogrešnu praksu. Primena ovih mera doprinela je da u toj bolnici više nije bilo epizoda hipoksijskog oštećenja mozga (Roberts, 2001). Uz vodiče dobre prakse, u klinikama razvijenih zdravstvenih sistema veoma često se primenjuje i *klinička provera* sa ciljem utvrđivanja usklađenosti određene aktivnosti sa eksplicitno prethodno definisanim standardima (Overtveit, 1997).

Kao što je već naglašeno, komponenta kvaliteta zdravstvene zaštite za koju je javnost najviše zainteresovana jeste ishod. Sagledavajući zakonitosti koje karakterišu proces kvaliteta generalno, očekivalo bi se da između sva tri činioca (strukture, procesa i ishoda), postoji nedvosmislena povezanost. Međutim, studije rađene u zemljama u kojima se sva ova pitanja proučavaju sa najvećom pažnjom, govore drugačije: ustanovljeno je da je primena mera obezbeđenja kvaliteta kao što su akreditacija i vodiči dobre prakse u maloj statističkoj povezanosti sa merljivim ishodima, kao što su na primer stope mortaliteta. Ponekad, samo objavljivanje rezultata ishoda može uticati na poboljšanje kvaliteta: objavljivanje podataka o stopi hirurške smrtnosti nakon operacije

bajpasa koronarne arterije na području Njujorka, bilo je praćeno padom operativnog mortaliteta u četvorogodišnjem periodu u vrednosti od 41% (ističe se podatak da ovaj pad nije nastao zbog selekcije pacijenata) (Roberts, 2001). Mora se istaći da u većini zemalja postoji praksa prikupljanja podataka o ishodu, ali i njihovog neobjavljivanja zbog protivljenja stručne medicinske javnosti.

Postojeći zakonski propisi kojima se reguliše kvalitet zdravstvene zaštite u Republici Srbiji

Osnovne pretpostavke, tačnije pravni osnov za obezbeđenje, merenje, odnosno procenu i kontrolu kvaliteta zdravstvene zaštite, su standardi utvrđeni zakonskim i podzakonskim aktima. Analizirajući postojeća rešenja kojima se ova materija uređuje, može se oceniti da su direktno ili indirektno, ali nedovoljno koherentno, uređena samo neka pitanja iz ovog domena.

1) Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (Službeni glasnik RS br.17/92.) i Uredbom o planu mreže zdravstvenih ustanova u državnoj svojini (Službeni glasnik RS br. 13/97.), utvrđene su vrste zdravstvenih ustanova i njihova delatnost, odnosno oblasti zdravstvene zaštite i specijalnosti iz kojih one mogu da obavljaju zdravstvenu delatnost;

2) Pravilnikom o uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima obavljanja zdravstvene delatnosti (Službeni glasnik RS br. 2/2000), utvrđeni su, za svaku vrstu zdravstvene ustanove uslovi u pogledu kadrova, opreme i prostorija. Ove uslove zdravstvena ustanova mora da ispunjava i za početak i u procesu rada;

3) Pravilnikom o načinu i postupku sprovođenja nadzora nad stručnim radom u zdravstvenoj delatnosti (Službeni glasnik RS br. 27/93), uređeni su način i postupak sprovođenja spoljašnjeg i unutrašnjeg nadzora nad stručnim radom u obavljanju zdravstvene delatnosti i mere koje se preduzimaju za otklanjanje uočenih nedostataka u stručnom radu;

Prema ovom pravilniku nadzor se vrši:

- »posmatranjem obavljanja stručnog rada, odnosno izvođenja pojedinih medicinskih postupaka,
- neposrednom, odnosno ličnom proverom pojedinih nalaza, odnosno postavljenih dijagnoza, odnosno drugih primenjenih oblika zdravstvene zaštite,
- učešćem u viziti i izvođenju, odnosno obavljanju pojedinih preventivnih, dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacionih medicinskih postupaka,
- pregledom, odnosno analizom propisane medicinske dokumentacije, evidencije i periodičnih, odnosno godišnjih izveštaja o obolelim, odnosno lečenim licima, utvrđenim oboljenjima i stanjima, o radu i dr.,
- pregledom, odnosno analizom medicinske dokumentacije o licima umrlim u bolnici,
- proverom nivoa opšte medicinske nege i ishrane hospitalizovanih bolesnika,

- proverom obezbeđenosti propisanih uslova za obavljanje zdravstvene delatnosti u pogledu kadrova, opreme, prostorija i lekova,
- uvidom u postojanje, kvalitet i sprovođenje unutrašnjeg nadzora i plana stručnog usavršavanja zdravstvenih radnika,
- proverom iskorišćenosti opreme visoke tehnološke vrednosti.«

Na osnovu nalaza nadzornika, odnosno komisije, ministarstvo nadležno za poslove zdravstva može:

- »naložiti da se utvrđene nepravilnosti otklone u roku određenom rešenjem ministra,
- predložiti direktoru zdravstvene ustanove, odnosno vlasniku drugog oblika obavljanja zdravstvene delatnosti da zdravstvenog radnika uputi na vanredno, odnosno ciljano stručno usavršavanje, odnosno da zdravstvenog radnika rasporedi na poslove za koje je stručno osposobljen,
- naložiti privremeno ostvarivanje zdravstvene zaštite u drugoj organizacionoj jedinici, odnosno zdravstvenoj ustanovi, sve dok se utvrđeni nedostaci ne otklone,
- zabraniti obavljanje zdravstvene delatnosti, u skladu sa zakonom,
- podneti prekršajnu, odnosno krivičnu prijavu, u skladu sa zakonom.«

4) Stručno metodološki i doktrinarni rad u zdravstvu utvrđuju i kontrolišu referentne zdravstvene ustanove i stručne komisije koje obrazuje ministar, a koje su sastavljene od najistaknutijih stručnjaka iz odgovarajuće oblasti, odnosno specijalnosti. Za pojedine oblasti zdravstvene zaštite sa zadatkom utvrđivanja metoda i procedura u zdravstvenoj delatnosti, donešena su stručno-medicinska uputstva;

5) Pravilnikom o načinu i postupku za utvrđivanje vremena i uzroka smrti, za obdukciju leša kao i za postupanje sa odstranjenim delovima ljudskog tela (Službeni glasnik RS br.9/99) uređen je način i postupak za utvrđivanje vremena i uzroka smrti umrlih lica;

6) Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (Službeni glasnik RS br.17/92) u članu 77b, predviđeno je pored ostalog, da lekarska, odnosno farmaceutska komora:

- »utvrđuje profesionalna prava i dužnosti i etičke norme ponašanja lekara, odnosno farmaceuta u obavljanju zdravstvene delatnosti i zastupa njihove interese;
- organizuje sudove časti za utvrđivanje povreda profesionalne dužnosti i odgovornosti lekara, odnosno farmaceuta, kao i za izricanje mera za te povrede;
- posreduje u sporovima između lekara, odnosno farmaceuta i između lekara, odnosno farmaceuta i građana«.

Pažljivijim osvrtnom na napred navedene propise može se oceniti da je gotovo celokupna regulativa usmerena na uređivanje strukturalnih elemenata kvaliteta, dakle elemenata inputa, dok su činioci praćenja i merenja procesa odnosno ishoda u zdravstvenoj zaštiti, ako uopšte postoje, implicitnog karaktera, bazirani na subjektivnim procenama i stavovima. Zbog toga, u cilju celovitijeg i kvalitativno drugačijeg načina rešavanja pitanja unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite, u novom nacrtu Zakona o zdravstvenoj zaštiti čitavo poglavlje posvećeno je uređivanju ove oblasti, uključujući i sledeću definiciju:

»Pod kvalitetom zdravstvene zaštite u smislu ovog zakona, podrazumeva se stepen povećanja mogućnosti povoljnog ishoda i smanjivanje rizika i drugih neželjenih posledica u pružanju zdravstvene zaštite, koji se postiže merama, aktivnostima i postupcima u skladu sa savremenim mogućnostima medicinske nauke i prakse.«

Zadržavajući neka osnovna rešenja o kvalitetu iz dosadašnjeg propisa (uslovi za početak rada i obavljanje zdravstvene delatnosti, stručno obrazovanje i specijalizacija zdravstvenih radnika, nadzor nad stručnim radom, republičke stručne komisije i dr.), kroz jedanaest članova uređena su mnoga pitanja vezana za proces obezbeđenja kvaliteta stručnog rada u zdravstvenim ustanovama, kao što su: obrazovanje stručnog tela (komisije) za kvalitet, kao i donošenje sopstvenih kriterijuma i merila za proveru i unapređenje kvaliteta rada pri svakoj zdravstvenoj ustanovi; određivanje obaveza i odgovornosti za kvalitet stručnog rada u zdravstvenoj ustanovi; ukazivanje na obaveznost postupanja zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika po usvojenim kriterijumima i standardima zdravstvene ustanove.

Prateći i analizirajući savremena kretanja u uređivanju i kontroli kvaliteta stručno-medicinskog rada u drugim zemljama, slobodna sam da zaključim, da su »stara« i »nova« rešenja u nacrtu Zakona o zdravstvenoj zaštiti, nekoherentna i još uvek nedovoljna i neprecizna i za regulisanje i za obezbeđivanje i sistematsko praćenje i kontrolu kvaliteta zdravstvene zaštite.

Iako ovakav pristup u regulisanju kvaliteta zdravstvene zaštite predstavlja značajnu novinu u našem zdravstvenom zakonodavstvu, celovito uređivanje ove oblasti zahtevaće još dosta rada na pronalaženju rešenja za mnoga otvorena i složena pitanja koja prate proces unapređenja kvaliteta. U tom smislu, smatramo da pri uređivanju ove oblasti treba uvažavati i zaključke sa 15. međunarodne konferencije o kvalitetu u Budimpešti (1998), koji u integralnom tekstu glase:

- kvalitet rada u zdravstvenoj službi je ozbiljno pitanje u čitavom svetu (kako u razvijenim, tako i u zemljama u razvoju);
- svi pokušaji unapređenja kvaliteta rada u zdravstvenom sektoru razočaravajuće su teški;
- postojeća kultura medicinske profesije u svim zemljama shvaćena je kao stalna barijera poboljšanju;
- možda je vreme da se ponovo razmotre vrednosti koje karakterišu rad u zdravstvenoj službi i da unapređenje kvaliteta postane sastavni deo novoutvrđenih vrednosti kriterijuma (Dixon, 1999).

U tom smislu, u cilju unapređenja funkcionisanja zdravstvenog sistema, odnosno kvaliteta zdravstvene zaštite, Ministarstvo za zdravlje bi trebalo da:

1) na nacionalnom nivou napravi zakonski i institucionalni okvir kojim bi se dala podrška stručnim timovima da se bave pripremom i primenom profesionalnih standarda, obukom kadrova, supervizijom i informisanjem stručne i društvene javnosti;

2) uspostavi stvarnu vezu i međuzavisnost zdravstvenih institucija i individualnih učesnika u pružanju zdravstvenih usluga, kvalitetu zaštite, finansiranja i prava građana

da budu informisani i da mogu svojim izborom davalaca uticati na poboljšanje kvaliteta. Ovo stvara mogućnost da se pokrene pitanje odgovornosti zdravstvenih radnika, ali i pacijenata i partnerskih rizika, a ne kao do sada između jednog od njih i države ili osiguranja;

3) obezbedi monitoring zdravstvenog sistema koji će omogućiti da se svaka zdravstvena ustanova:

- opomene kada njena aktivnost u nekom delu odstupa od utvrđenih standarda (»sklizne«);
- istakne kada se uoči da su naponi za unapređenje kvaliteta uspešni (Donaldson, 1999).

Na nivou države, u okviru ministarstva za poslove zdravlja treba formirati stručno telo koje će se trajno baviti pitanjima kvaliteta zdravstvene zaštite.

U poslednjoj deceniji, a naročito u proteklih nekoliko godina, sve rojniji su zahtevi za sudsko-medicinskim veštačenjem i odlučivanjem o nepovoljnim ishodima u pružanju zdravstvene zaštite građanima, u zdravstvenim ustanovama i od strane pojedinih zdravstvenih radnika. Ove zahteve pokreću sami građani i nadležni pravosudni organi. Zbog toga, zdravstveni radnici moraju biti zainteresovani za preciznije uređivanje kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti, ali i za izmene i dopune koje se predviđaju, odnosno koje se mogu predvideti u zakonskim propisima u oblasti krivičnog zakonodavstva. Sudsko-medicinski aspekti i rešenja o kvalitetu i ishodu zdravstvene zaštite u zakonskim propisima o krivičnom zakonodavstvu, trebalo bi da budu predmet posebnog razmatranja.

Literatura

1. North, Douglass C. (1990) Institutional Change and Economic Performance pp. 69, 135-137; also Structure and Changes in Economic History (1981)-the need of legal protection of basis property and contractual rights for economic development.
2. Fuller, Lon The Mortality of Law 28 (rev-ed. 1969)-argued market economics require the establishment of property and contracts as institutions.
3. Oakeshott, Michael (1975) On Human Conduct. Rule of Law for human behavior and interaction.
4. Heriot, Gail L. (1997) An Introduction: The Symposium on Law, Human Behavior and Evolution, 8J. Contemp. Legal Issues I, 1-2.
5. OECD, (1996)
6. Roberts, M., Hsiao, W., Reich, M., Berman, P. (2001) Analyzing Health Sector Performance, Background Note, World Bank Institute Flagship program, Senior Policymakers Seminar.
7. Bennett S., and Ngalande-Bandu E., (1994): Public and Private Roles in Health: A Review and Analysis of Experience in Sub-Saharan Africa. World Health Organization SHS Paper No 6. Geneva: WHO. Contracting and Regulation of Private Provider.
8. Como D., (1995): Mosby's medical Encyclopedia for Health professionals (CD ROM) Version. 1.0. St. Louis (MI): Mosby Year Book, Inc.
9. TA 101. Glossary. In: Introduction to Health Care Technology Assessment. National Information Center of Health Services Research & Health Care Technology (NIC HSR). (cited 1998, August 11) Available from URL: http://www.nlm.nih.gov/nichsr/ta_101

10. Overtveit J., (1997) Evaluating Health Interventions. Backingham: Open University Press.
11. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Službeni glasnik RS br.17/92).
12. Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova u državnoj svojini (Službeni glasnik RS br.13/97).
13. Pravilnik o uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima obavljanja zdravstvene delatnosti (Službeni glasnik RS br.2000/02).
14. Pravilnik o načinu i postupku sprovođenja nadzora nad stručnim radom u zdravstvenoj delatnosti (Službeni glasnik RS broj 27/93).
15. Pravilnik o načinu i postupku za utvrđivanje vremena i uzroka smrti, za obdukciju leša kao i za postupanje sa odstranjenim delovima ljudskog tela (Službeni glasnik RS br.9/99).
16. Dixon N., (1999): Journal for Quality in Health Care. Volume 11, Number I: pp. 86-87.
17. Donaldson MS (1999): Measuring the Quality of Health care, Institute of Medicine USA, National Academy Press

OD PODATAKA, PREKO INFORMACIJA, ZNANJA I RAZUMEVANJA DO ODLUČIVANJA

Tekst priredila Jelena Marinković

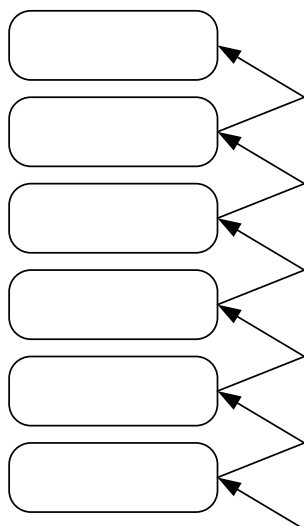
Značaj podataka i informacija je već dugo prepoznat kao jedan od neophodnih infrastrukturnih pretpostavki uspešnog rada sistema zdravstvene zaštite, njegove promene ili evaluacije. Naravno, podaci i informacije nisu cilj sami po sebi, nego pretpostavke i sredstva za donošenje boljih odluka koje obuhvataju širok spektar aktivnosti – planiranje, implementaciju, evaluaciju programa i usluga, itd.

Implicitna je pretpostavka njihovom korišćenju da će jednom dostupni “dobri” podaci biti transformisani u “korisne” informacije koje će uticati na donošenje “prave” odluke. Većina će se složiti da ova idealna situacija podrazumeva bar dve stvari:

- relevantnost, pouzdanost i dostupnost informacija donosiocu odluka i
- njihovo adekvatno korišćenje u procesu odlučivanja.

Nažalost, literatura o nedovoljnom ili pogrešnom korišćenju informacija je veoma obimna. Tako je Chambers (1994) opisao sledeći scenario, reklo bi se - sa dozom sarkazma: ”Dobar deo materijala ostaje neobrađen, ili ako je obrađen nije analizovan, ili ako je analizovan nije pročitao, ili ako je pročitao nije shvaćen, ili ako je shvaćen nije iskorišćen za neku akciju”.

Slika 1. Model odlučivanja zasnovan na znanju (modifikovano prema Van Lohuizenu, 1986)



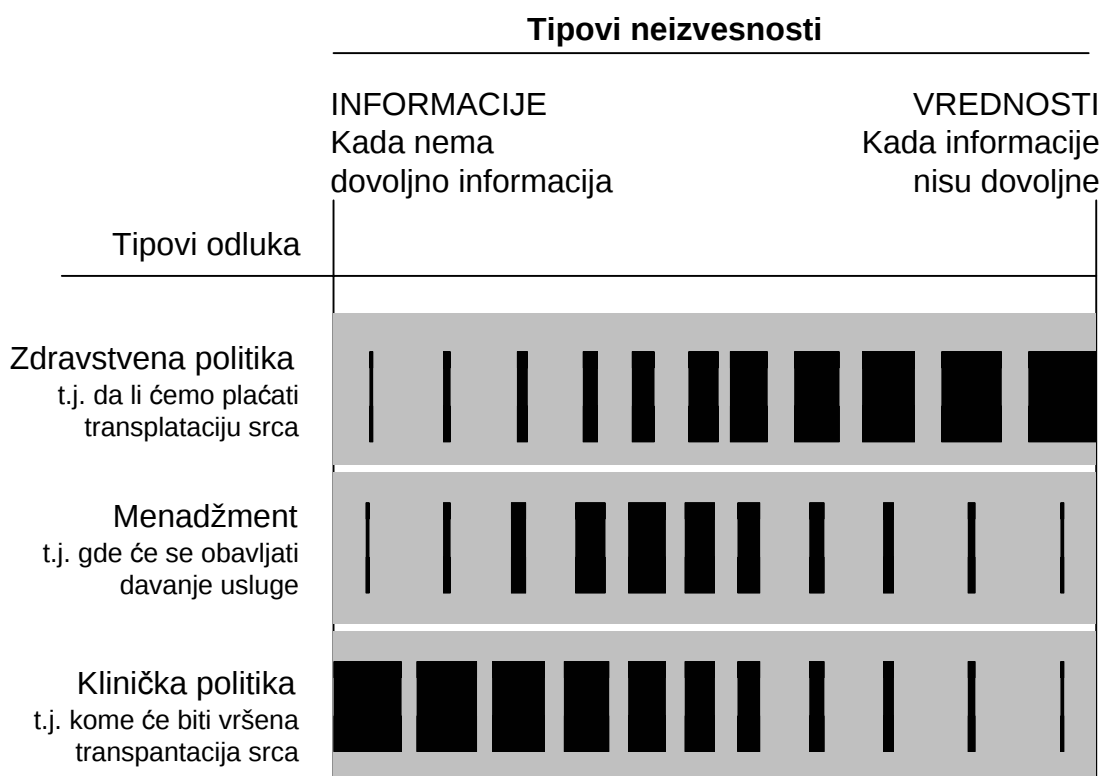
Stoga je naša osnovna namera da se upoznamo sa strategijama koje unapređuju korišćenje informacija u procesima odlučivanja. Dakle, pre svega da razmotrimo proces transformacije podataka u odluke. Jasno je da su sirovi podaci sami po sebi bez ikakvog

smisla i da treba da prođu kroz niz kognitivnih transformacija pre nego što dobiju oblik, smisao i značenje koje utiče na odlučivanje. Van Lohuizen (1986) je predložio kognitivni model odlučivanja prikazan slikom 1.

U prvom koraku ovako definisanog modela odlučivanja podaci se prevode u informacije procesima selekcije i redukcije. Procesovanje i analizovanje informacija kroz okvir rešavanja problema vodi ka novom znanju. Interpretacija ovog znanja, potom, vođena je pre subjektivnim sudovima nego strogim, objektivnim, naučnim mišljenjem.

Napori ka afirmaciji objektivnog prilaza prisutni su poslednjih desetak godina u okviru koncepta zdravstvene zaštite zasnovane na dokazima, tj. sistematske primene najboljih mogućih dokaza za evaluaciju alternativa i za donošenje odluka bilo u kliničkom okruženju, u menadžmentu ili u okviru zdravstvene politike. Ovaj koncept je proširenje koncepta medicine zasnovane na dokazima u svet menadžera i zdravstvenih političara. Međutim, treba imati na umu da se pretpostavke na kojima počiva medicina zasnovana na dokazima ne mogu i ne smeju direktno generalizovati na rad menadžera i zdravstvenih političara. Razlog tome je pre svega u prirodi neizvesnosti sa kojom su suočeni lekari s jedne, i menadžeri i političari sa druge strane. Podrazumevajući da je uloga svih donosilaca odluka da kombinujući činjenice i vrednosti definišu akciju, čini se da je značaj neizvesnosti u lekara usmeren više ka pojašnjavanju činjenica a manje ka vrednosnim aspektima, dok je kod menadžera i političara situacija upravo suprotna (slika 2).

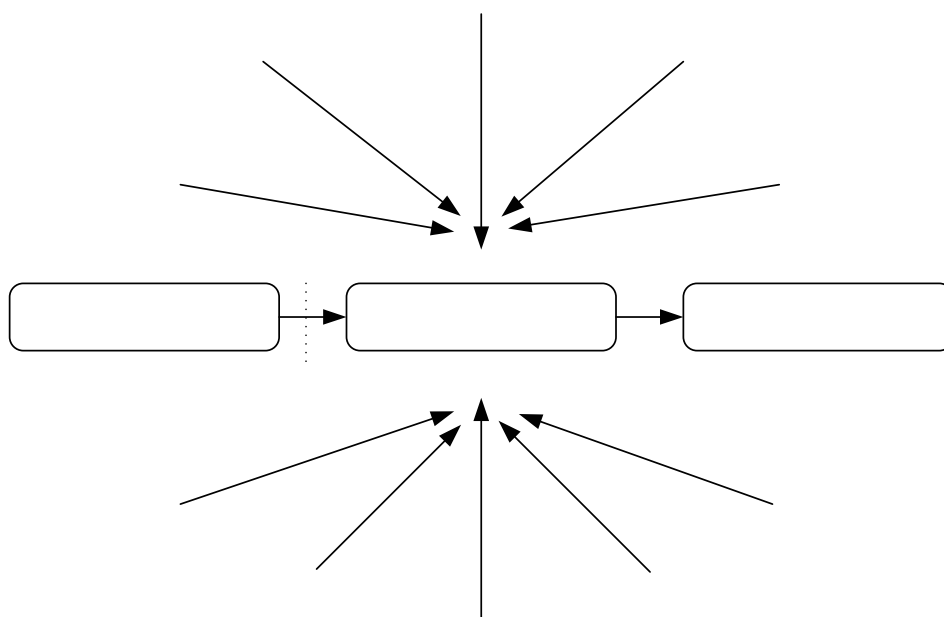
Slika 2. Odlučivanje i neizvesnost (modifikovano prema Canadian Health Services Research Foundation, 2000)



Uzimajući transplataciju srca kao primer, zdravstveni političar donoseći odluku o uključivanju ili ne ove procedure u sisem zdravstvenog osiguranja sem kliničke efikasnosti same procedure vrednuje i druge aspekte: kulturološke, ostvarljivost, raspodelu koristi, itd. - dovodeći ih u ravnotežu. Na taj način prilikom donošenja odluke suočen je pre sa vrednosnom nego sa informacionom neizvesnošću. Okolnosti u kojima menadžer donosi administrativnu odluku o tome gde će biti locirana usluga su nešto manje ograničene vrednosnom neizvesnošću. Samo lekar ima istinsku privilegiju korišćenja naučnog dokaza prilikom donošenja odluke o tome da li određenom pacijentu predložiti ili ne transplataciju srca.

Kao i svaki model i Van Lohuizenov model ima svoje vrline, ali i mane. Koristan je u pogledu preciznog razdvajanja koraka u ovom procesu ali je manjkav u pogledu nedovoljnog uključivanja političke i socijalne dimenzije, koja sa svoje strane svakako utiče na konačnu odluku (slika 3).

Slika 3. Neinformacioni faktori koji utiču na donosiocce odluka (modifikovano prema Lippeveli i saradnicima, 2000)



Dunn (1980) je ispitujući faktore koji utiču na korišćenje informacija u procesu odlučivanja naveo sledeću klasifikaciju:

- karakteristike podataka;
- karakteristike problema i odluka koje oni podrazumevaju;
- organizacione ili strukturalne karakteristike;
- kulturalne razlike između ljudi koji rade sa podacima i onih koji donose odluke i
- komunikaciju među ovim interesnim grupama.

Analizovaćemo ovih pet faktora nešto detaljnije.

Karakteristike podataka

Mnoga istraživanja su pokazala da je veće korišćenje informacija direktna posledica aktivnog učestvovanja u njihovom izboru i stvaranju. Ovo podrazumeva ceo proces – od identifikacije podataka koji će se sakupljati, preko izbora indikatora i definisanja praga vrednosti koje zahtevaju akciju i odluku, pa do definisanja tipova informacija koje su potrebne specifičnim korisnicima.

Pored toga, istraživanja takođe pokazuju da se one informacije za koje korisnici smatraju da su pouzdane i valjanje češće koriste. Stoga je kvalitet podataka važan aspekt koji se mora redovno proveravati određenim procedurama.

Uobičajeni odgovor donosilaca odluka na pitanje: “Zašto češće ne koristite informacije koje su vam na raspolaganju?” je da su one ili nedovoljno agregirane bilo u vremenu ili u prostoru ili, potpuno suprotno, da su previše agregirane u vremenu ili prostoru. Zaključujemo da se agregiranje podataka mora individualizovati prema potrebama specifičnih korisnika – dakle, različitim korisnicima potrebne su različite informacije (različiti agregati istih podataka), tabela 1.

Tabela 1. Tipovi korisnika i njihove informacione potrebe

Tipovi potrebnih informacija	Korisnici				
	Lokalna zajednica	Region/okrug	Ministarstvo zdravlja	Drugi sektori	Javnost/mediji
Demografski podaci	++++	+++	++++	++++	++++
Socijalno-ekonomski podaci	++	++	++++	++++	++++
Obuhvat zdravstvenom službom	++++	++++	++++	+	++++
Zdravstveno stanje	++++	++++	++++	++++	++++
Kvalitet zdravstvene zaštite	++++	++++	++++	+	++++
Zgrade / oprema	+	++++	++++	+	+
Kadrovi	++	++++	++++	+	+
Finansijski podaci	+++	++++	++++	+	++++

- broj pluseva u svakoj kategoriji u funkciji je značaja navedenih informacija za potencijalnog korisnika
 ## - tabelom nisu obuhvaćeni različiti agregati podataka u okviru istog tipa informacija za pojedine korisnike

Jedan od najvažnijih razloga kojim donosioci odluka obrazlažu nedovoljno korišćenje informacija je njihova pravovremenost. Dakle, informacije po pravilu dolaze kasno, onda kada je odluka već morala biti donesena. Slična primedba čuje se i sa druge strane, dakle od onih koji informacije proizvode. Ona se odnosi na kašnjenje bilo zahteva za informacijama bilo primedbi ili predloga za njihovo unapređenje od strane donosilaca odluka.

Karakteristike problema i potrebnih odluka

Donosioci odluka koriste mnogo češće informacije pri odlučivanju koje je motivisano kratkoročnim problemom, za razliku od procesa odlučivanja kada je u pitanju dugoročni problem. Zapravo, što je jasnija i formalnija odluka u pitanju veća je verovatnoća da će ona biti zasnovana na informacijama. Slično se ponašaju i kada su suočeni sa odlukama visokog rizika koje mogu uzrokovati različite tipove sukoba. U tim situacijama retko se oslanjaju na informacije.

Bez obzira na karakteristike problema koji u velikoj meri utiču na način donošenja odluka postoji veća ili manja potreba za određenim tipom i oblikom informacija specifično oblikovanim za potrebe različitih korisnika i različitih tipova odluka (tabela 2).

Tabela 2. Informacione potrebe različitih korisnika u sistemu zdravstvene zaštite.

Korisnici	Važne informacione potrebe
Menadžment pacijenata / korisnicima	- Identifikatori - Praćenje zdravstvenog stanja - Važne bolesti - Faktori rizika i alergije
Menadžment zdravstvenom ustanovom	- Podaci o korišćenju i obuvatu kurativnim i preventivnim uslugama - Podaci o resursima
Menadžment sistemom zdravstvene zaštite	- Karakteristike teritorije (epidemiološki, demografski, socio-ekonomski i profil okoline izabrane zajednice) - Agregirani podaci o funkcionisanju sistema zdravstvene zaštite - Makrofinansijski podaci - Raspodela resursa - Zakonski i regulatorni okvir - Informacije iz drugih sektora

Karakteristike organizacije

Istraživanja koja ispituju korišćenje informacija u različitim tipovima organizacija retka su u zdravstvenom sektoru. Dokazi koje ćemo navesti rezultat su ponašanja vanzdravstvenog sektora pa je veliko pitanje koliko se mogu generalizovati i na njega.

Ukratko, privatne organizacije sa orijentacijom ka profitu najčešći su korisnici informacija; znanje generisano unutar organizacije/sistema češće se koristi nego ono van njega; pravila koja definišu uključivanje informacija u planiranje stimulišu njihovo korišćenje.

Kulturalne razlike između ljudi koji se bave podacima i onih koji donose odluke

Nekoliko autora naglašava razliku među onima koji koriste podatke ("ljudi od akcije") i onih koji sakupljaju podatke, analizuju ih i izveštavaju ("ljudi od podataka"), tabela 3.

U tabeli su definisane brojne oblasti u kojima se glavni akteri u procesu odlučivanja mogu razlikovati. Naravno, ove razlike su idealizovane i sve su manje što se u piramidi sistema zdravstvene zaštite ide ka njegovoj bazi. S druge strane, njihovo ignorisanje (razlika) ogleda se u lošoj adaptaciji informacija informacionim potrebama donosilaca odluka. Posledica ovog je smanjeno korišćenje proizvedenih informacija.

Aktivnosti u prevazilaženju navedenih problema uključuju promenu ponašanja pre svega "ljudi od podataka". Ta promena uključuje veće razumevanje potreba i ograničenja koja pred donosiocima odluka stoje, potom promociju i informacija i promena koje one mogu usloviti, kao i zajednički rad sa donosiocima odluka u svim fazama proizvodnje informacija.

Tabela 3. Različite karakteristike korisnika i proizvođača informacija

Karakteristike	"Ljudi od akcije"	"Ljudi od podataka"
Ciljevi	Ponovni izbor na funkciju, dobar odnos sa supervizorima, promena	Publikacije, detaljni izveštaji
Vremenski okvir	Kratkoročan: dani ili nedelje	Dugoročan: meseci ili godine
Šta vide u podacima?	Relativne vrednosti koje porede: sadašnje stanje sa željenim, dva ili više regiona, trendovi	Apsolutne vrednosti i zbirovi
Cena orijentacije	Važna, uvek žele da znaju koliko neka akcija košta	Malo važna, uglavnom nezainteresovani za cenu
Jezik	Orijentisan ka akciji, menadžerski žargon	Precizan, akademski žargon
Način komunikacije	Kratke beleške, sažeci, poslovni sastanci, ...	Potpuni izveštaji, pisane publikacije, kongresi, ...
Obrazovanje	Administracija, ekonomija, menadžment, medicina, ...	Statistika, informatika, medicina, ...
Bliskost sa podacima	Ograničena	Odlična
Bliskost sa predmetom odlučivanja	Odlična	Ograničena
Kompjuterska pismenost	Ograničena	Odlična

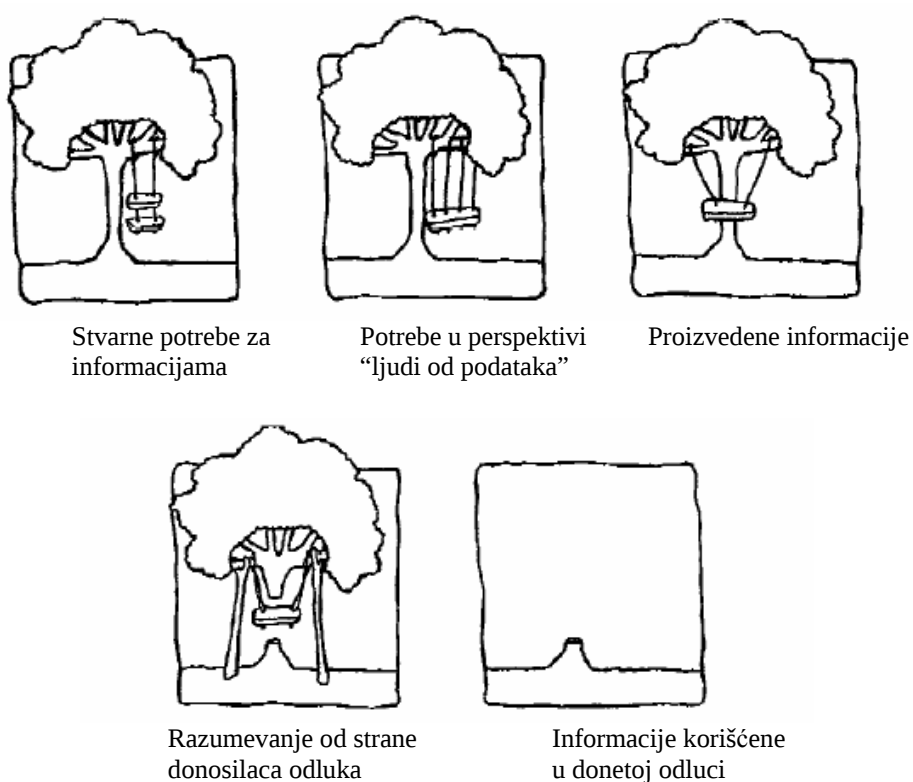
Komunikacija

Kritična tačka za bolje korišćenje informacija je način na koji se informacijama komunicira, slika 4. On može biti unapređen bilo promenom procesa komunikacije bilo oblikom samog proizvoda.

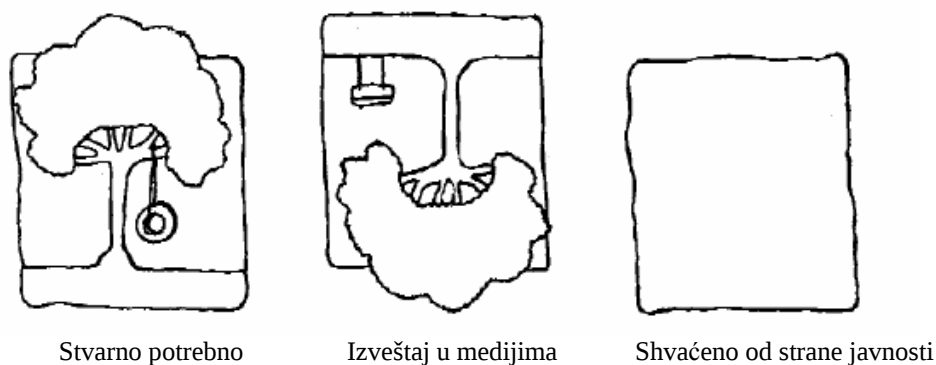
Primer: Merenje rezultata reforme sistema zdravstvene zaštite

Implementiranje reformi praćeno je po pravilu od strane zajednice, upravljača, donatora i/ili kreditora unapred definisanim sistemom nadzora i evalucije sistema. Cilj praćenja je, bilo procena uspeha ili, u slučaju uočenih problema, promena, odnosno, adaptiranje akcija na nove uslove. Brojni indikatori koji se preporučuju za praćenje i procenu, po pravilu, glavnih ciljeva reformi sistema (pristupačnost, jednakost, kvalitet, efikasnost, efektivnost i održivost, slika 5) treba istovremeno da zadovolje naučne kriterijume (valjanost, pouzdanost, važnost, kvantifikacija) i pragmatske kriterijume (dostupnost, kvalitet i pravovremenost podataka), tabela 4.

Slika 4. Korišćenje informacija (modifikovano prema Oliveru Feinu iz Arkansas Trial Lawyer Association)



Ili, kako mediji i građani najčešće razumeju prezentovanu informaciju:



Slika 5. Odnosi među glavnim ciljevima reformi sistema zdravstvene zaštite (modifikovano prema Huttonu, 2000)

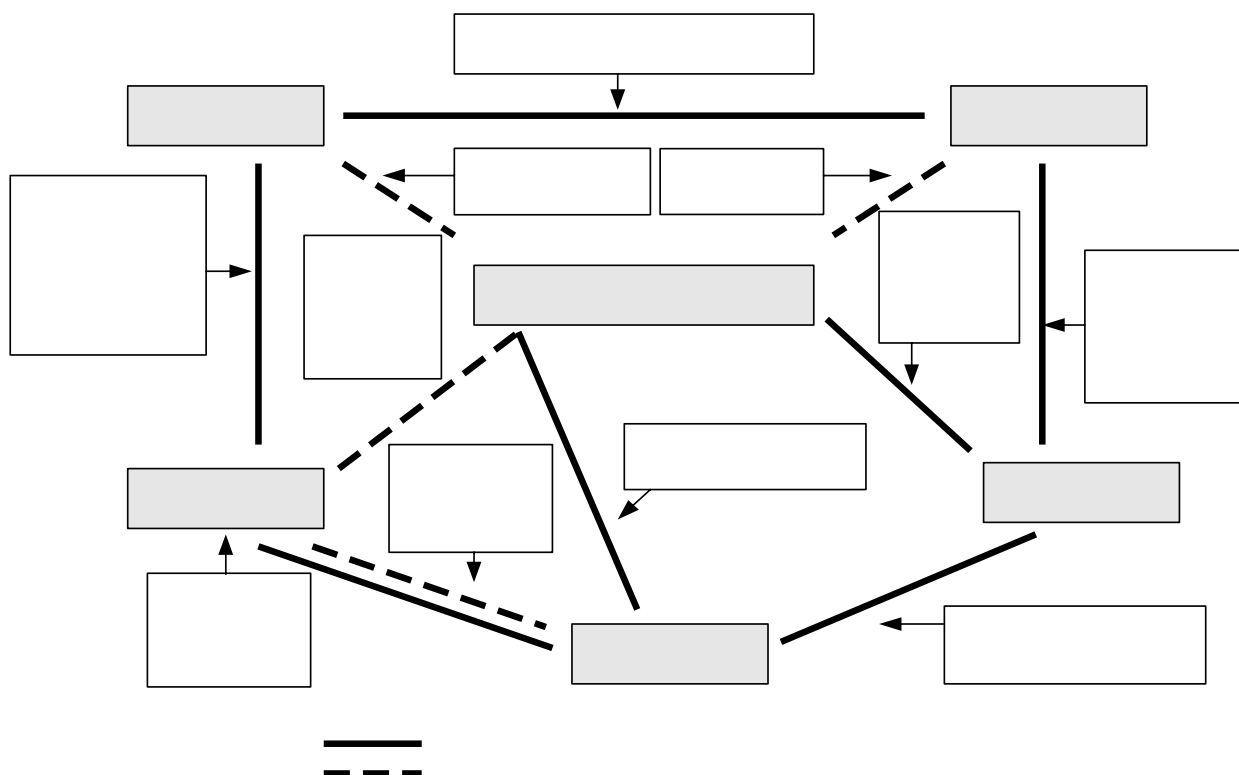


Tabela 4. Kriterijumi za ocenu korisnosti izabranih indikatora performansi sistema (modifikovano prema Knowlesu i saradnicima 1997)

Valjanost	Da li meri ono što se očekuje da meri?
Relevantnost	Da li je indikator relevantan za definisane ciljeve? Da li indikator ima direktne posledice na donosiocce odluka? Da li je smislen i zanimljiv donosiocima odluka?
Preciznost	Da li je indikator jasno i nedvosmisleno definisan?
Pouzdanost	Da li će dva merenja izabranog indikatora istog sistema dati iste rezultate?
Statistička moć	Da li se događaji koji se mere pojavljuju dovoljno često da bi obezbedili poređenja iz godine u godinu?
Kvantikacija	Može li indikator biti kvantifikovan koristeći prihvatljivu definiciju i referentni standard?
Osetljivost	Da li odlikava promene koje su značajne i merljive?
Interpretativnost	Da li je sam indikator dovoljan za razumevanje fenomena?
Pravovremnost	Da li je indikator dostupan na regularnoj osnovi i bez ikakvog kašnjenja?
Cena	Da li je cena razumna?
Prilagodljivost na nove zahteve / potrebe	Da li su obuhvaćeni i aspekti koje donosioci odluka nisu u potpunosti predvideli?

Pristupačnost

Jednakost u pristupačnosti je najpopularniji način definisanja jednakosti u pružanju zdravstvene zaštite, ali on ne garantuje i jednakost u zdravlju.

Jedan od mogućih skupova indikatora koji ispunjavanju prethodno navedene kriterijume prikazan je u tabeli 5.

Tabela 5. Izbor mogućih indikatora za praćenje reformi sistema zdravstvene zaštite zemalja u razvoju (modifikovano prema Huttonu, 2000)

Pristupačnost	Jednakost	Kvalitet	Efektivnost	Efikasnost	Održivost
Blizina službe	Ekonomski podsticaji	Struktura zdravstvenih kapaciteta	Mortalitet	Tehnička efikasnost	Finansijski izvori
Vreme i prostor do:	učesće Vlade	promene u kvalifikaciji osoblja	maternalni	vanbolničke posete po osoblju	% troškova iz poreza
osnovnog paketa usluga	Đini koeficijent	Minimalni standardi kod:	odojčadi	bolnički dani po osoblju	% troškova od ličnog plaćanja
službe u zajednici	pristupačnost testiranju opreme	osoblja	dece mlađe od 5 godina	zauzetost postelja	% troškova od donatora
ordinacije lekara	garantovanje vanrednih plaćanja	opreme	HIV-a	plaćanja osoblju na vreme	Jasne finansijske sheme
apoteke	Mogućnost udruživanja rizika	preporučenih lekova	stopa vanbolničkog fataliteta	podsticaji za performanse	Veličina zdravstvenog sektora
opšte bolnice	populacija sa pristupom	korišćenje vodiča dobre prakse	smrt zbog vakcinama preventabilnih bolesti	nivo dugovanja	zdravlje prema ukupnim troškovima
24-časovne ambulate	Dobrovoljne usluge	održavanje opreme	Prevalencija	Ekonomska efikasnost	Zdravstveni trokovi prema BDP
Odnosi osoblje / populacija:	dostupne usluge nevladinih organizacija	Obezbeđenje kvaliteta	HIV seropozitivni	sestre po lekaru	Troškovi
Cene:	korišćenje usluga NVO	mehanizmi podrške kvalitetu	TBC	sestre po posteljama	% državnih troškova na primarnu zz
vanbolničkih epizoda bolesti	Troškovi	nadzor	dijareja (<5)	lekari po posteljama	% državnih troškova na prevenciju
boravka u bolnici	troškovi po glavi stanovnika	Kvalitet interakcija	Pneumonia (<5)	cena vanbolničke posete	% državnih troškova na bolničku zz
Korišćenje zdravstvene službe:	investicije po glavi stanovnika	Minimalni standardi za:	hemoragija posle porođaja	cena bolničkog dana	Institucionalna
vanbolničke posete	troškovi primarne zz	uobičajene konsultacije	Završen tretman	ukupni rezultati i cene	lekari strani državljeni
bolnički prijemi	investicije u primarnu zz	upućivanja u hitnu službu	TBC	% troškova osoblja	godišnja obuka osoblja
bolničke usluge	korišćenje formula alokaciju resursa	upućivanja van hitne službe	Indikatori budućih oboljenja	% troškova lekova	tehnička pomoć donatora

% vakcinisanih	Pristupačnost (kolona 1)	razumevanje korisnika	mala telesna težina na rođenju	% generičkih / patentiranih lekova	istraživanje i obučavanje od strane donatora
pokrivenost bolničkim krevetima	Zdravstveno stanje (kolona 4)	neželjeni događaji zbog lošeg kvaliteta zaštite	pušenje	Alokativna efikasnost	Participacija lokalne zajednice
Liste čekanja	Druge determinante zdravlja	Zadovoljstvo korisnika	Demografski indikatori	%troškova usluge javnog sektora	Transparentni međusobni odnosi
liste čekanja na operacije	voda i sanitacija	Uvažavanje ličnosti	očekivano trajanje života	% troškova primarne zz	
Dostupnost hitnoj službi	ishrana	Orijentacija ka korisniku	stopa fertiliteta	% troškova na nivou okruga	
Radno vreme klinika	nivo siromaštva i karakteristike domaćinstava		sirova stopa rađanja	funkcionisanje sistema upućivanja	
			sirova stopa smrtnosti	prosečna dužina ležanja	
				Aktivnosti koordinacije	
				vanbolnička zaštita u NVO	
				postelje u NVO	
				zarade osoblja u privatnom sektoru	
				privatne apoteke	

Broj indikatora navedenih u prethodnoj tabeli je za praktičnu upotrebu sasvim sigurno prevelik. Lista od 10-20 indikatora trebala bi da je dovoljna za valjanu karakterizaciju performansi izabranog sistema. Redukovanje na kratku listu indikatora rezultat je najčešće procesa dogovaranja, koji bi trebalo da bude kvantitativno orijentisan (sistemom skoriranja značaja svakog od mogućih indikatora).

Tako bi proces odlučivanja o indikatorima efikasnosti sistema zdravstvene zaštite imao sledeće faze i dao hipotetičke rezultate, tabele 6 i 7. U tabeli br. 6 prikazano je hipotetičko skorovanje (od skora 5=visoko do skora 1=nisko) svakog od indikatora efikasnosti zdravstvenog sistema prema naučnim i pragmatiskim kriterijumima o kojima smo malo pre nešto rekli. Na primer, indikator “ambulantne posete po jednom satu rada lekara” ima relativno nizak skor za kriterijum valjanost (ne odslikava korišćenje drugih inputa, kao što je rad drugog osoblja, na primer) ali visoke skorove za skoro sve ostale kriterijume (jasno je definisan; daje konzistentne rezultate; može biti osnova za poređenje različitih ustanova, geografskih jedinica pa čak i zemalja; lako se interpretira i cena izračunavanja je mala).

U tabeli br. 7 prikazani su obični i težinski zbrovi hipotetičkih skorova iz tabele br. 6, kao i njihovi rangovi. Težinski zbrovi rezultat su stava da svaki od predloženih kriterijuma u svakoj situaciji nema istu vrednost, odnosno, težinu. U ovom primeru hipotetički težinski koeficijenti definisani su na sledeći način: valjanost (težina je 3.0), cena (težina je 2.0) a svi ostali imaju težinski koeficijent 0.5.

Sagledavajući rangove dobijene u tabeli 7 jasno je da se slični indikatori po pravilu slično rangiraju. Na primer, dva najviše rangirana indikatora u običnom zbiru skorova su “ambulantne posete po jednom satu rada lekara” i “ambulantne posete po jednom satu rada sestre”. Oba indikatora su mere produktivnosti rada pa nije razumno oba istovremeno izračunavati. Tako bi kratka lista zasnovana na običnim zbirovima skorova mogla da uključuje:

Tabela 6. Individualno skoriranje indikatora efikasnosti sistema zdravstvene zaštite

(Izvor: Knowles i saradnici, 1997)

Indikatori efikasnosti	Kriterijumi							
	Valjanost	Preciznost	Pouzdanost	Pravovremenost	Poredljivost	Aditivnost	Interpretativnost	Cena
Vanbolničke posete po satu rada lekara	3	5	5	5	5	5	5	5
Vanbolničke posete po lekaru	2	5	5	5	5	5	5	5
Vanbolničke posete po satu rada sestre	3	5	5	5	5	5	5	5
Vanbolničke posete po jednoj sestri	2	5	5	5	5	5	5	5
Odnos između vanbolničkih poseta i troškova osoblja	4	5	5	5	3	5	5	5
Cena po vanbolničkoj poseti	5	4	3	4	3	5	5	3
Operativna cena po vanbolničkoj poseti	4	4	3	4	3	5	5	3
Cena bolničkog dana	4	4	3	4	3	5	4	3
Cena bolničkog prijema	4	4	3	4	3	5	4	3
Procenat vanbolničkih poseta obavljenih u privatnom sektoru	3	4	3	3	4	4	4	3
Privatne bolničke postelje kao procenat od ukupnih postelja	3	4	3	5	5	5	4	5
Troškovi zaposlenih kao procenat tekućih zdravstvenih troškova	5	5	5	4	5	5	3	5
Troškovi za lekove i pomoćni materijal kao procenat ukupnih tekućih troškova u sistemu	5	5	5	4	5	5	3	5
Broj sestara po lekaru	4	5	5	5	5	5	3	5
Broj sestara po bolničkom krevetu	4	5	3	5	3	5	3	5
Broj lekara po bolničkom krevetu	4	5	3	5	3	5	3	5
Odnos prosečne plate iste strukture zaposlenih u javnom i privatnom sektoru	4	4	3	4	4	4	4	3
Plaćanje zaposlenih u javnom sektoru je pravovremeno (da/ne)	3	2	2	4	3	2	5	4
Aдекватni podsticaji za performanse rada zaposlenih u javnom sektoru postoje (da/ne)	4	3	3	4	3	2	5	4
Zaposleni u javnom sektoru mogu raditi i u privatnom sektoru (da/ne)	2	4	4	4	4	2	3	5
Troškovi za generičke lekove kao procenat od ukupnih troškova za lekove	4	4	4	3	4	2	4	4
Javni sektor koristi osnovnu listu lekova pri nabavljanju (da/ne)	4	5	5	5	5	2	5	5
Procenat tekućeg budžeta za zdravstveni sistem potrošen na usluge javnog sektora	4	3	3	3	4	3	5	5
Troškovi primarne zdravstvene zaštite kao procenat tekućih troškova	3	3	4	3	4	3	2	5
Plaćanje se obavlja u svim službama (da/ne)	4	5	5	5	5	3	5	5
Nivo plaćanja promoviše efikasnost (da/ne)	5	3	3	5	5	3	5	4
Sistem zakazivanja funkcioniše efektivno (da/ne)	5	3	3	5	5	3	5	4
Prosečna dužina ležanja	3	5	5	5	3	5	3	5
Zauzetost bolničkih postelja	3	5	5	5	3	5	3	5
Procenat osiguranika koji plaćaju participaciju	4	4	4	4	4	2	5	4

Ambulantne posete po jednom satu rada lekara

- Troškove zaposlenih kao procenat od ukupnih zdravstvenih troškova
- Broj sestara na jednog lekara
- Plaćanje usluga u ustanovama (da/ne)
- Korišćenje osnovne liste lekova prilikom njihovog nabavljanja (da/ne)
- Prosečnu dužinu ležanja
- Stopu zauzetosti postelja

Tabela 7. Obični i težinski zbirovi i rangovi individualnih skorova iz tabele 6

(Izvor: Knowles i saradnici, 1997)

Indikatori	Običan zbir skorova	Rang	Težinski zbir skorova	Rang
Vanbolničke posete po satu rada lekara	38	1	34	3
Vanbolničke posete po lekaru	37	2	31	10
Vanbolničke posete po satu rada sestre	38	1	34	3
Vanbolničke posete po jednoj sestri	37	2	31	10
Odnos između vanbolničkih poseta i troškova osoblja	37	2	36	2
Cena po vanbolničkoj poseti	32	6	33	6
Operativna cena po vanbolničkoj poseti	31	7	30	12
Cena bolničkog dana	30	8	29.5	13
Cena bolničkog prijema	30	8	29.5	13
Procenat vanbolničkih poseta obavljenih u privatnom sektoru	28	10	26	16
Privatne bolničke postelje kao procenat od ukupnih postelja	34	4	32	8
Troškovi zaposlenih kao procenat tekućih zdravstvenih troškova	37	2	38.5	1
Troškovi za lekove i pomoćni materijal kao procenat ukupnih tekućih troškova u sistemu	37	2	38.5	1
Broj sestara po lekaru	37	4	36	2
Broj sestara po bolničkom krevetu	33	5	34	5
Broj lekara po bolničkom krevetu	33	5	34	5
Odnos prosečne plate iste strukture zaposlenih u javnom i privatnom sektoru	30	8	29.5	13
Plaćanje zaposlenih u javnom sektoru je pravovremeno (da/ne)	25	12	26	16
Adekvatni podsticaji za performanse zaposlenih u javnom sektoru postoje (da/ne)	28	10	30	12
Zaposleni u javnom sektoru mogu raditi i u privatnom sektoru (da/ne)	28	10	28.5	15
Troškovi za generičke lekove kao procenat od ukupnih troškova za lekove	29	9	30.5	11
Javni sektor koristi osnovnu listu lekova pri nabavljanju (da/ne)	36	3	35.5	3
Procenat tekućeg budžeta za zdravstveni sistem potrošen na usluge javnog sektora	30	8	32.5	7
Troškovi primarne zdravstvene zaštite kao procenat tekućih troškova	27	11	28.5	14
Plaćanje se obavlja u svim službama (da/ne)	37	2	36	2
Nivo plaćanja promoviše efikasnost (da/ne)	33	5	35	4
Sistem zakazivanja funkcioniše efektivno (da/ne)	33	5	35	4
Prosečna dužina ležanja	34	4	32	8
Zauzetost bolničkih postelja	34	4	32	8
Procenat osiguranika koji plaćaju participaciju	31	7	31.5	9

U slučaju težinskih zbirova kratka lista indikatora efikasnosti mogla bi da sadrži sledeće indikatore:

- Troškovi zaposlenih kao procenat od ukupnih zdravstvenih troškova
- Odnos broja vanbolničkih poseta i troškova zaposlenih
- Plaćanje usluga u ustanovama (da/ne)
- Broj sestara na jednog lekara
- Ambulantne posete po jednom satu rada lekara
- Korišćenje osnovne liste lekova prilikom nabavljanja (da/ne)
- Nivo plaćanja promoviše efikasnost (da/ne)

Zadatak: Doneti odluku o kratkoj listi indikatora za praćenje dostignutog cilja o jednakosti (a u sledećim vežbama o preostala četiri cilja) u definisanom sistemu zdravstvene zaštite.

Literatura:

1. Chambers R (1994). *Rural development: putting the last first*. New York. Longman
2. Dunn WN (1980). The two-communities metaphor and models of knowledge use: an exploratory case survey. *Knowledge*, 1:515-536.
3. *Health services research and...Evidence-based decision-making*. Canadian Health Services Research Foundation, June 2000. Dostupno na <http://www.chsrf.ca/>, pristupljeno februara 2004. godine
4. Hutton G (2000). Indicators for Monitoring Health Sector Reform and the Sector-Wide Approach, presentation at Sector-Wide Approach in Health Conference "Moving from Policy to Practice", Royal Tropical Institute, Amsterdam
5. Knowles JC, Leighton C, Stinson W (1997). *Measuring Results of Health Sector Reform for System Performance: A Handbook of Indicators*. Partnerships for Health Reform, Special Initiatives Report No 1, Bethesda, Maryland, Abt Associates Inc.
6. Lewin ME, Lipoff E (1997). *Information Trading: How Information Influences the Health Policy Process*. Washington, National Academy Press
7. Lippevela T, Sauerborn R, Bodart C (2000). *Design and implementation of health information systems*. World Health Organization, Geneva
8. Van Lohuizen CW, Kochen M (1986). Introduction: mapping knowledge in policy-making. *Knowledge*, 8(1): 3-11.