

Časopis „Poslovne studije”, 2013, 9–10:

Rad primljen: 15.03. 2013.

Rad odobren: 22.04. 2013.

UDK: 005.915:[614.2+364.32-624

COBISS.BH-ID 3834392

DOI: 10.7251/POS1310011R

Originalan naučni rad

Ristić, dr Žarko¹

Ristić, dr Kristijan²

ZDRAVSTVENI MENADŽMENT U EKONOMSKOJ TEORIJI I PRAKSI

Rezime: *Medicinska doktrina pledira na širi pristup definisanju sistema zdravstva i zdravstvene zaštite. U tom smislu, zdravstvo bi se moglo definisati kao skup institucija i aktivnosti koje djeluju na očuvanje i unapređenje zdravlja. Međutim, ovaj pristup sistemu zdravstva je nešto uži u odnosu na sistem zdravstvene zaštite koji, osim aktivnosti medicinskih zdravstvenih institucija, uključuje i sve ostale mjere usmjerene ka očuvanju i unapređenju zdravlja, odnosno sistem zdravstvene zaštite uključuje i ostale sektore koji aktivno pridonose unapređenju zdravlja.*

Ključne riječi: *zdravstveni menadžment, zdravstvena zaštita, zdravstveno osiguranje, rentabilnost čovjeka, indeks zdravlja.*

JEL klasifikacija: *Z19, E22*

¹ Redovni profesor Univerziteta za poslovne studije Banja Luka, Jovana Dučića 23a, profesor@zarkoristic.com

² Docent Univerziteta za poslovne studije Banja Luka, Jovana Dučića 23a, ristic.kristijan@yahoo.com

UVOD

U najširem smislu riječi, sistem zdravstvene zaštite obuhvata i zdravstveno osiguranje, koje inkorporira socijalnu sigurnost građana. U užem smislu, sistem zdravstvene zaštite odnosi se pak na mjere koje su usmjerene na suzbijanje i sprečavanje bolesti, liječenje i rehabilitaciju. Elementi sistema zdravstva jesu zdravstveni kapaciteti, zdravstveni kadrovi, zdravstvena tehnologija i zdravstveni postupci. Sistem zdravstva dijeli se na djelatnost primarne zdravstvene zaštite i sistema zdravstva i specijalističko-konzilijarnu djelatnost, čiji je zadatak pregled bolesnika u specijalističkim ordinacijama, uključujući i znatan dio laboratorijsko-dijagnostičke aktivnosti i dio terapijskih i rehabilitacijskih aktivnosti, te djelatnost stacionarne zaštite zdravstvenih usluga (komprehenzivna zdravstvena zaštita), koja pretpostavlja integralno tretiranje, odnosno funkcionalno povezivanje svih tih djelatnosti.

1. EKONOMIKA ZDRAVSTVA I ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Primarni ljekar jeste centralna figura zdravstvene zaštite koja „balansira” preventivne, kurativne i socijalne aktivnosti. Po svojoj funkciji, primarni ljekar prati proces dijagnostike i tretiranje bolesnika, sprovodi posthospitalnu negu i kućno liječenje, i uključuje se u procese konzilijarno-specijalističke i stacionarne zdravstvene zaštite, a pošto je snabdjeven odgovarajućom laboratorijsko-dijagnostičkom službom, doprinosi smanjenju pritisaka zahtjeva za skupim zdravstvenim uslugama visokospecijalizovanih poliklinika i bolnica. U našem sistemu zdravstvene zaštite, timovi primarnih ljekara locirani su u zdravstvenim stanicama preduzeća i mjesnih zajednica, u domovima zdravlja, koji obuhvataju kompleksnu službu primarne zdravstvene zaštite, higijensko-epidemiološku djelatnost, te laboratorijsko-dijagnostičku službu. Konzilijarno-poliklinička djelatnost sprovodi se u bolničkim poliklinikama i samostalnim dijagnostičkim centrima, i u sklopu posebnih domova zdravlja. Stacionarnu zdravstvenu zaštitu provode opšte, specijalne i kliničke bolnice, te različite ostale stacionarne zdravstveno-socijalne institucije. Osnovni zadatak ovako definisanog sistema zdravstva i

zdravstvene zaštite jeste očuvanje i unapređivanje zdravlja kao opšteg dobra. Realizacija ovog cilja reflektuje proces ostvarivanja konačnog zadatka, kao intermedijarnog cilja svakog društva, koji se ogleda u podizanju nivoa blagostanja ljudi, koji sintetizuje povećanje kvaliteta života, podizanje stvaralačkih mogućnosti i obezbjeđivanje socijalne sigurnosti.

Prema tome, ciljevi sistema zdravstvene zaštite su (1) očuvanje i unapređivanje zdravlja (povećanje kvaliteta života, povećanje stvaralačkih mogućnosti i povećanje socijalne sigurnosti), (2) povećanje produktivnosti rada, (3) jačanje odbrambene sposobnosti zemlje i (4) povećanje doprinosa ekonomskom i socijalnom razvoju društva; dok su oblici zdravstvene zaštite (1) primarna zdravstvena zaštita (preventiva i kurativa), (2) polikliničko-konzilijarna zdravstvena zaštita i (3) stacionarna zdravstvena zaštita.

Samim tim, oblici funkcionalnog organizovanja zdravstvene zaštite su (1) u primarnoj zaštiti – zdravstvena stanica, dom zdravlja, medicinski centar; (2) u polikliničko-konzilijarnoj i stacionarnoj zaštiti – poliklinike, opšte i specijalne bolnice, specijalni zavodi, medicinski centri; (3) ostale institucije – zavodi za zaštitu zdravlja, stanice za hitnu pomoć i apoteke. Ekonomika zdravstva se, po pravilu, bavi identifikovanjem nivoa i strukture zdravstvenih potreba, iznalaženjem najefikasnijih metoda zadovoljavanja zdravstvenih potreba, procjenjivanjem zdravstvenog stanja nacije, utvrđivanjem inputa i outputa u zdravstvu i mjerenjem dobitaka/ gubitaka u slučaju zadovoljavanja/ nezadovoljavanja zdravstvenih potreba. U tom kontekstu, važne su osnovne ekonomske karakteristike zdravstvenih usluga, koje su brojne i različite u odnosu na ekonomska dobra i usluge. Prof. Jurković navodi sljedeće distinktivne ekonomske karakteristike zdravstva i zdravstvenih usluga: (1) neregularnost i nepredvidivost izbijanja bolesti, (2) postojanje tzv. eksternih efekata (eksternalija), (3) nesposobnost pojedinca da ocijeni sopstveno zdravstveno stanje, (4) dvostruki karakter izdataka za zdravstvenu zaštitu, simultano posmatranih i kao potrošnja i kao investicija, (5) niska supstitibilnost inputa i relativno visoko angažovanje i rada i sredstava po jedinici outputa, (6) međuzavisnost osnovne djelatnosti sa procesom obrazovanja novih kadrova (tzv. proizvodnja vezanih proizvoda), i (7) netečevinski karakter zdravstvene djelatnosti.

Posljedice konceptualnih reformi ili intervencija na području socijalne medicine i zaštite zdravlja doprinijele su kreiranju novih termina i koncepata, kao što su: quality of life, health development, lifestyle, behaviour modification, holistic health, health promotion, self-care (lay-care, mutual aid), s ciljem da zamijene klasične termine, kao što su prevention, health protection, health education, health information. U tom kontekstu, prof. Letica izdvaja termin „health promotion”, koji izražava novu filozofiju i novu paradigmu zdravstvene politike i razvoja. U dosadašnjem „modelu bolesti”, bolest je reflektovala fundamentalni kriterijum globalne produkcije zdravstvenih usluga: prevencija bolesti, otkrivanje bolesti, liječenje bolesti, rehabilitacija bolesnog, osiguranje za slučaj bolesti, naknada ekonomskih gubitaka zbog bolesti. Koncept „health promotion” ne negira važnost bolesti, ali zahtijeva radikalnu orijentaciju medicine i socijalne politike prema zdravlju: „otkrivanje” zdravlja i njegovih determinanti, mjerenje zdravlja, poboljšavanje zdravlja. U epicentru je, dakle, „pozitivno zdravlje”, tj. ono zdravlje kojim raspolaže čovjek koji živi sa dijagnozama. Koncept „health promotion” implicira akciju.

U tom spektru, vaskrsava tehnološki scenario zdravstvenog razvoja, koji se temelji na primjeni savremene medicinske tehnologije i na kompjuterizaciji medicine. Genetska istraživanja, vjeruje se, pomoći će u budućnosti eliminisanju genetskih bolesti i hendikepa; transplantacija organa i „banke rezervnih delova” učiniće mogućim popravljanje ljudskog tijela; novi će lijekovi kontrolisati društveno zdravlje i liječiti mentalne bolesti, prevenirati rak, debljinu, narkomaniju, senilnost, virusne bolesti.

2. EKONOMSKA VRIJEDNOST ŽIVOTA

U problematici procjenjivanja ekonomske vrijednosti čovjeka i ekonomskih gubitaka zbog prerane smrti poznata su dva metoda, i to: Weisbrodova i Hanlonova metoda u analizama ekonomskih efekata zdravstvenih programa. U svojoj analizi, Weisbrod je pošao od shvatanja da se „bolje zdravlje može kupiti” i pokušao da kvantifikuje ekonomske efekte kao odlučujući kriterijum za procjenu socijalnih benefita

unapređenja zdravlja. Pošto je primijenio specifične metode kvantifikovanja ekonomskih gubitaka usljed prerane smrti proizvođača, Weisbrod je sastavio tablice iz kojih se, na bazi razlike između prosječnog dohotka i prosječne potražnje proizvođača, u svakoj godini starosti od 0 do 75 godina, mogu izračunati sadašnje vrijednosti budućih zarada. Iz Weisbrodove tablice se može vidjeti koliko je prosječno društveno ulaganje u čovjeka u njegovom neproduktivnom dobu i koliki je njegov prosječni doprinos povećanju društvenog bogatstva u produktivnom dobu.

Wiesbrodova metoda omogućava nam da procijenimo koliko bi prosječni radnik zaradio da nije prerano umro, odnosno kolika je sadašnja neto vrijednost njegovih budućih zarada, koja je izgubljena zbog prerane smrti. To omogućuje da se izračunavaju gubici nastali zbog prerane smrti od bilo koje bolesti ili drugog uzroka jednostavnim unošenjem odgovarajućih sadašnjih neto vrijednosti budućih zarada s brojem umrlih po dobu i polu. Tablica pruža mogućnost da se izračunavaju i gubici društvene zajednice ukoliko proizvođač umre na samom početku produktivnog doba, odnosno prije početka vraćanja društvu iznosa sredstava koje je društvo u njega ulagalo u periodu odgoja. Zbir uložениh sredstava društva i sadašnje vrijednosti budućih zarada daje ukupan gubitak zbog prerane smrti. Tablica, dakle, omogućuje dva tipa računanja gubitaka zajednice usljed prerane smrti čovjeka: prvo, računanje gubitaka koji znače čisti odbitak od postojećeg društvenog bogatstva u slučajevima kada je osoba umrla prije nego je svojim produktivnim radom uspjela stvoriti višak vrijednosti kojim zajednici vraća dug u iznosu koji je uložen u podizanje te osobe do faze produktivne sposobnosti; drugo, kalkulisanje gubitaka potencijalne zarade žrtve prerane smrti kojima bi ona, da nije prerano umrla, vratila zajednici investirani iznos i obogatila zajednicu.

Hanlonova metoda, za razliku od Weisbrodove metode, daje detaljnije i kompleksnije kvantifikovanje ekonomske vrednosti života, uzimanjem u obzir sljedećih faktora: (1) kapitalno koštanje (investicije koje svaka društvena zajednica ulaže u svako dijete prije njegovog rođenja), (2) koštanje uvođenja čovjeka u produktivnu fazu života (investicije koje društvo ulaže u čovjeka od samog njegovog rođenja pa sve do navršenih 18 godina života) i (3) period produktivnosti (povraćaj sredstava koje

društvo očekuje od svojih ulaganja u čovjeka, uključujući i razlike). Hanlon je sada svaki od navedenih faktora „razbio” na kalkulatívne elemente socijalno-ekonomske vrijednosti ljudskog života. Kapitalna vrijednost je, naime, razbijena na sedam elemenata. Prvi element se odnosi na ekonomsku cijenu nesposobnosti za rad majke za vrijeme graviditeta, u kome se gubi dio produktivnog potencijala. Po Hanlonu, gubitak produktivnog potencijala trudnice (usljed graviditeta) za dato vrijeme trudnoće, značio je ekonomsku investiciju u dijete od 500 dolara. Drugi element kapitalnog ulaganja u život jeste procjenjivanje vrijednosti rizika smrti majke usljed porođaja. Hanlon iznos rizika smrti po roditelje, izražen u dolarima za svako živorođeno dijete, uračunava u investiranje u čovjeka. Treći element kapitalne vrijednosti odnosi se na procjenu vrijednosti rizika od povrede majke pri porođaju sa evidentnim posljedicama na njenu proizvodnu sposobnost i na dužinu života. Hanlon i ovu vrijednost uračunava kao inicijalno ulaganje u život čovjeka. Četvrti element kapitalne vrijednosti života reprezentuju direktni troškovi porođaja (koštanje prenatalne i postnatalne zdravstvene zaštite, koštanje hospitalizacije i porođaja, koštanje opreme porodilje i novorođenčeta, i gubitak „proizvodnje” majke za vrijeme porodiljskog odsustva sa posla). Peti element inicijalnih ulaganja u život čovjeka odnosi se na procjenu vrijednosti rizika od mrtvorodenosti i neonatalne smrti djeteta (smrtnost do mjesec dana života), mada je veoma teško pronaći monetarni izraz ekonomske vrijednosti rizika od mrtvorodenosti i neonatalne smrti. Šesti element kapitalne vrijednosti jeste sama ekonomska vrijednost rizika od dječje bolesti i povrede u samom toku porođaja i neposredno poslije porođaja. Konačno, sedmi element inicijalnog ulaganja u život odnosi se na kamatu koja bi se mogla dobiti na iznos koji je inicijalno investiran u čovjeka da je taj iznos, umesto što je uložen u čoveka, bio stavljen na štednju. Kalkulisanjem sa svim ovim navedenim elementima kapitalne vrijednosti, Hanlon je izračunao da je u SAD-u u jedno dijete u trenutku njegovog rođenja bilo već investirano oko 1070 dolara.

Drugi faktor Hanlonove metode jeste cijena uvođenja čovjeka u produktivnu fazu života. U tu drugu fazu života ulažu i roditelj i društvo, i to u fizičko sazrijevanje i profesionalno osposobljavanje djeteta. „Koštanje” ulaganja u čovjeka do njegove 18. godine života, kada faktički počinje produktivna faza ljudskog života, kalkuliše se sljedećim

elementima: (1) troškovi smještaja, odjeće, obuće i ishrane; (2) vrijednost vremena koje je majka posvetila njezi i odgoju djeteta, (3) troškovi edukacije, (4) troškovi zdravstvene zaštite, (5) troškovi rekreacije i transporta (prevoza), (6) ostali troškovi, (7) procjena vrijednosti rizika u slučaju smrti prije 18 godina i (8) kamata na investicije u tzv. formativni period.

Konačno, treći faktor u Hanlonovoj računici ekonomske vrijednosti života jeste period produktivnosti, koji počinje sa navršениh 18 godina ili sa punoljetstvom. Tek tada čovjek dolazi u poziciju da proizvodi sredstva za vlastito izdržavanje, ali i višak dovoljan da vrati roditeljima i zajednici ono što su u njega do tada uložili, da stekne uštedu za vlastito izdržavanje u staračkom neproduktivnom dobu i da doprinese svoj udio opštem društvenom progresu. U kalkulisanju čovjekove proizvodne vrijednosti u njegovoj produktivnoj fazi života valja uzeti u obzir ne samo stavke njegovih doprinosa društvenom bogatstvu, nego i stavke odbitaka od društvenog bogatstva koji nastaju kao posljedica izloženosti čovjeka u tom dobu rizicima da postane trajno nesposoban za rad, da oboli, da prerano umre ili da postane supstandardan (fizički ili psihički defektan, asocijalan). Čovjekov doprinos društvenom bogatstvu Hanlon kalkuliše preko sljedećih elemenata: (1) potencijalne neto zarade, (2) kamata na neto zarade i (3) neekonomski produktivni potencijal. Na bazi prosječne neto zarade i prosječno očekivanog trajanja radnointenzivnog života procjenjuje se ukupna potencijalna neto zarada koju čovjek ostvaruje u toku svog radnoaktivnog života. Po odbitku prosječnih troškova života u radnoproductivnoj fazi ostaje neto vrijednost od koje jedan dio pojedinac vraća zajednici (u ekvivalentnom iznosu investiranog u njegovo podizanje). Drugi dio neto vrijednosti služi za „kreditiranje” budućeg izdržavanja pojedinca u kasnijoj fazi neproduktivnog života. Treći pak dio neto vrijednosti reprezentuje učešće pojedinca u povećanju društvenog bogatstva koje će koristiti buduće generacije. Pored potencijalne neto zarade za procjenu doprinosa (čovjeka) društvenom bogatstvu, važna je i kamata na neto zarade, kao ekvivalent oplodnje kapitala „da je on bio uložen u proizvodnju ili trgovinu”. Neto zarada, bilo kako da je uložena, donosi društvu godišnju dobit u „iznosu vrijednosti kamate”. Računici doprinosa društvenom bogatstvu zato valja pridodati „i iznos dobiti koju je društvo na toj zaradi ostvarivalo tokom

vremena (a koja je jednaka sumi prihoda od kamate koji bi se dobili da je cjelokupna zarada bila stavljena na štednju). Konačno, u obračunu treba uzeti u obzir i socijalne i etičke vrijednosti čoveka, koje se ne mogu monetarno izraziti. Intelektualni potencijali čoveka jesu nemjerljiva kategorija, ali i nemjerljive vrijednosti čine društvo bogatijim.

U produktivnoj fazi čovjeka, pored dobitaka, javljaju se i gubici, koji nastaju zbog izloženosti čovjeka raznim rizicima. Radi se, u stvari, o odbicima od društvenog bogatstva, kojima treba kalkulisati. Hanlonova metoda kalkuliše sljedećim stavkama: (1) vrijednost rizika nesposobnosti za rad u toku produktivne faze života, (2) cijena zdravstvene zaštite, (3) vrijednost rizika od prerane smrti u produktivnoj fazi života, (4) vrijednost rizika od „stvaranja” subnormamog ili asocijalnog čovjeka i (5) kamata na gubitke društvenog bogatstva zbog izloženosti građana različitim rizicima u toku produktivne faze života. Sve ove odbitke Hanlon je uračunao u ukupne odbitke od potencijalnog proizvodnog doprinosa čovjeka zajedno sa kapitalnim investicijama u čovjeka i troškovima uvođenja čovjeka u produktivnu fazu života, i tako omogućio realniju procjenu stvarne ekonomske vrijednosti ljudskog života, odnosno realniju procjenu ekonomskih gubitaka, zbog prerane smrti čovjeka izazvane bolešću. Međutim, tim gubicima treba pridodati i gubitke zbog povremene ili trajne nesposobnosti za rad izazvane bolešću ili povredama, i ekonomske troškove ulaganja u liječenje i rehabilitaciju oboljelih ili povrijeđenih.

3. CIJENA – RENTABILNOST ČOVJEKA

Pojam „cijena čovjeka” bio je poznat u svim eksploatatorskim društvima idući kroz istoriju ekonomske misli. Tada je objekat kupoprodaje bio i sam čovjek, ali bez spoznaje da se u novčanom obliku izraze troškovi radne snage u prirodnoj proizvodnji. Tek u robnoj proizvodnji predstavnici politekonomista polazili su od cijene koja se sastoji iz tri faktora proizvodnje (zemlja, rad i kapital). Kasnije su i teoretičari počeli da radnu snagu shvataju kao svojevrsni „ljudski kapital”, pošto je osposobljavanje radnika podrazumijevalo određene novčane izdatke.

Porast izdataka za kvalifikovanu radnu snagu, koja je odbacivala dopunski profit, nagnalo je buržoaske teoretičare da se ozbiljnije pozabave problemom „rentabilnosti” čovjeka u formi lansiranja nove koncepcije „ljudskog kapitala”.

U ekonomskoj literaturi smatra se da je Peti bio pionir u procjeni „novčane vrijednosti” stanovništva. Njegov metod bio je zasnovan na indirektnom određenju fonda zarađene plate u njenoj kapitalizaciji prema prosječnoj normi bankarskog procenta. To je, u osnovi, bio vrlo grub metod, jer nije implicirao nikakve pretpostavke o cijeni izdržavanja radne snage od rođenja pa do sposobnosti za rad. Ovaj nedostatak otklonio je engleski demograf Far, na čijim je proračunskim šemama Engels utvrdio da „cijena proizvodnje” čovjeka zavisi i od njegovog uzrasta u momentu procjenjivanja. Rashodi „proizvodnje” čovjeka počinju još prije njegovog rođenja (troškovi udaje njegove majke i troškovi za vrijeme bremenitosti majke), nastavljaju se sa troškovima izdržavanja i vaspitanja djeteta, i završavaju se sa troškovima dostizanja socijalne zrelosti. Ovu ukupnu sumu troškova Engels je nazvao „investiciona cijena čoveka”. Međutim, Engels je razlikovao „investicionu cijenu”, koja dostiže najviši nivo pri kraju perioda mladosti, od „unosnosti” čovjeka, koja se maksimalno dostiže u zreлом rastu. „Unosnost” čovjeka se, međutim, ne poklapa sa njegovom socijalnom vrijednošću.

Ipak, socijalna vrijednost čovjeka, po pravilu, ne može se izmjeriti. Nemoguće je, naime, izmjeriti u novcu vrijednost Njutnovog uma, imaginaciju Mocarta, darovitost Pikasa, lucidnost Marksa, revolucionarnost Lenjina itd., iako su ovi ljudi koštali svoje roditelje. Docije je Engels pokazao da svaki odrasli čovjek može da proizvede više nego što je njemu potrebno, od čega bi živjelo mlado pokoljenje. Od tada, ekonomska rentabilnost mladog pokoljenja „mjerila” se kao odnos cijena proizvodnje i usluga koje je proizvela mlada generacija u toku njene radne aktivnosti, u odnosu na cijenu proizvodnje i usluga koje su joj potrebne u toku cijelog njenog života. Međutim, u životu i radu, produktivnost rada i potrošnja rastu, što otežava procjenjivanje udjela pojedinih generacija u proizvodnji. Zato se prešlo na utvrđivanje nivoa „rentabilnosti uslovne generacije”, koja je svoj život preživjela uz stalno održavanje ulaznih pokazatelja proizvodnje i potrošnje, odnosno obima proizvodnog nacionalnog dohotka i fonda potrošnje. U tom sklopu,

sovjetski teoretičari su pokušali da dokažu da je nivo „rentabilnosti uslovne generacije” tijesno povezan sa promjenama obima akumulacije (Notkin). Međutim, nivo „rentabilnosti generacije” se ne poklapa sa obimom dodatne proizvodnje date generacije, pošto dodatna proizvodnja služi i za izdržavanje neproizvodne sfere rada. Zato se uvode tzv. ekonomske uzrasne piramide (Valkovič), kojima se procjenjuje ekonomska efikasnost grane neproizvodne sfere. Naime, povećanje ulaganja u obrazovanje vodi produženju perioda obrazovanja i smanjenju radnog perioda života, ali i povećanju kvalifikacione strukture i produktivnosti rada. Pomjeranje na stariji uzrast sada dovodi do „gašenja duga” kada čovjek vrijednost koju je proizveo (stvorio) rekompenzuje vrijednošću sredstava utrošenih od strane društva i porodice. Saldo se tako mijenja. Gubici u vremenu rada i dobici u kvalitetu jesu sada novi sintetički pokazatelj „rentabilnosti generacije”. Stvaranje piramide proizvodnje i potrošnje za stanovništvo sa različitim nivoima obrazovanja pokazuje aproksimativno efekat povećanja obrazovanja.

Kvantitativni podaci o troškovima (javni izdaci) obrazovanja i zdravstva, doduše, ne pokazuju „efekte” povećanja obrazovanja i zdravstva, već „spremnost i sposobnost” društvene zajednice da izdvaja finansijske resurse za formiranje „ljudskog”, humanog kapitala.

4. INDEKS ZDRAVLJA

Problem mjerenja učinka, outputa u zdravstvu, povezan je sa problemom iznalaženja agregatnog „indeksa zdravlja”, kao indikatora zdravstvenog stanja populacije. U medicinskoj doktrini se pak često tzv. indeks zdravlja izjednačava sa zdravstvenim potrebama populacije izraženim u resursima. Zdravstvene potrebe impliciraju zdravstvene intervencije u funkciji očuvanja i unapređivanja zdravlja. Zdravstvene potrebe, kao takve, diferiraju od tražnje za zdravstvenim uslugama i od utilizacije usluga. Jer, zdravstvene potrebe korisnika zdravstvenih usluga ipak zavise od personalnog stava prema zdravlju, materijalnog statusa korisnika, načina pružanja usluga, nivoa kulture, načina života, tradicije, vjeroispovijesti i načina finansiranja, ali i od stepena osjećaja bolesti.

Nivo, struktura i dinamika zdravstvenih potreba determinisani su i veličinom i strukturom populacije, zdravstvenim stanjem populacije, demografskim i socijalnim faktorima, i nivoom medicinske tehnologije i okolinom. Važne su, međutim, i informacije o starosnoj i polnoj strukturi stanovništva, socijalnom sastavu stanovništva, obrazovnoj strukturi stanovništva, sastavu stanovništva prema društveno-ekonomskoj aktivnosti, strukturi osiguranika po vrstama zdravstvenog osiguranja, strukturi zaposlenih po djelatnostima, geografskoj distribuciji stanovništva, gustini naseljenosti, stepenu urbanizacije i migracijama. Konačno, na zdravstveno stanje utiču i uslovi stanovanja, način ishrane, stepen zagađenosti vode i vazduha, način života itd. Za procjenu zdravstvenih potreba i kvantuma zdravstvenih usluga za zadovoljavanje zdravstvenih potreba, potrebno je raspolagati preciznim informacijama o zdravstvenom stanju nacije, kako bi se konstruisao adekvatni agregatni pokazatelj zdravstvenog stanja. Napori medicinske nauke bili su usmjereni u pravcu osmišljavanja prosječnog očekivanog trajanja zdravog življenja (života). Ali, na primjedbu da nije bitno „koliko se živi nego kako se živi”, zdravstveni naučnici nisu „znali” da odgovore iznalaženjem najboljeg „indeksa zdravlja”. Zato su otvorili problem podataka o opštim i specifičnim stopama mortaliteta, opštim i specifičnim stopama morbiditeta (stope incidencije i prevalencije pojedinih oboljenja), stopama apsentizma i stepenu invalidiziranja.

5. FINANSIRANJE ZDRAVSTVA

U finansijskoj teoriji i praksi egzistiraju i funkcionišu tri modela finansiranja zdravstvene zaštite, i to: (1) tržišni model, (2) model nacionalne zdravstvene službe, i (3) model obaveznog zdravstvenog osiguranja. U tržišnom modelu zdravstvena zaštita se pretežno finansira iz fondova dobrovoljnih oblika zdravstvenog osiguranja i direktnim plaćanjem građana. U modelu nacionalne zdravstvene službe dominira budžetsko finansiranje zdravstvene zaštite. U modelu obaveznog zdravstvenog osiguranja dominira pak finansiranje zdravstvene zaštite iz javnih fondova obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Model slobodnog tržišta u organizovanju i finansiranju zdravstvene zaštite u primjeni je u SAD-u, iako se američki sistem zdravstvene zaštite u značajnoj mjeri naslanja na ulogu države i agencija zdravstvenog osiguranja. Danas se gotovo 1/3 zdravstvene potrošnje alimentira iz budžeta savezne države, federalnih jedinica i lokalnih organa vlasti. Fondovi „volonterskih” zdravstvenih osiguranja, takođe, sa 1/3 participiraju u finansiranju zdravstvene zaštite. To pak znači da građani samo sa 1/3 učestvuju u alimentiranju zdravstva direktnim, nesporednim plaćanjem.

Država danas participira u finansiranju određenih zdravstvenih programa, određenih zdravstvenih usluga pojedinim populacionim grupama i u liječenju određenih bolesti. Isto tako, federalna država sa saveznim državama snosi troškove zdravstvene zaštite za one osobe za koje se ocjenjuje da materijalno nisu osposobljene da snose troškove sopstvene zdravstvene zaštite (po tzv. Medicare programu).

Volonterska zdravstvena osiguranja imaju, isto tako, značajnu ulogu u sistemu zdravstvene zaštite u SAD-u. U ovoj formi ljudi su osigurani za slučaj najtežih zdravstvenih rizika. Osiguranje ide preko komercijalnih osiguravajućih kompanija i neprofitnih osiguravajućih društava. Osiguranje se, u pravilu, odnosi na hirurške zahtjeve i na hospitalizaciju.

Konačno, neposredna plaćanja zdravstvene zaštite u SAD-u bilježe rastuću tendenciju, naročito u fazi reprivatizacije i demontaže države blagostanja. Danas direktna plaćanja građana zajedno sa privatnim sredstvima građana u fondovima privatnih volonterskih agencija zdravstvenog osiguranja čine 70% ukupne zdravstvene potrošnje. U SAD-u privatni ljekari naplaćuju svoje usluge po metodi direktnog naplaćivanja usluga. Na tim principima plaćanja zasnovana je gotovo čitava američka primarna zdravstvena zaštita, koja uključuje i službu hitne pomoći i bolničke poliklinike. Javne zdravstvene institucije, koje sprovode preventivnu zdravstvenu zaštitu, finansiraju se iz budžeta lokalnih organa vlasti. „Bolnice su organizovane bilo kao državne institucije, bilo kao institucije filantropskih organizacija, ili volonterskih agencija zdravstvenog osiguranja, bilo kao privatne profitne institucije”.

Model nacionalne zdravstvene službe nominuje sistem u kome su svi građani „jednaki” u korišćenju zdravstvene zaštite, koja se finansira ili iz

namjenskih javnih fondova ili iz državnog budžeta. Tipični predstavnici ovog modela organizovanja i finansiranja zdravstvene zaštite su Rusija i V. Britanija. U Rusiji se cjelokupna zdravstvena zaštita finansira iz poreskih sredstava koja napajaju budžete. Iz budžeta centralne vlade i budžeta lokalnih organa finansira se zdravstvena zaštita, uključujući i naučni rad u medicini i edukaciji zdravstvenih radnika. Participacije građana su gotovo zanemarljive i odnose se uglavnom na lijekove u izvanbolničkom korišćenju, koji se proizvode po subvencionarnim cijenama. Sistem finansiranja zdravstvene zaštite bazira se na istim principima kao i sam sistem zdravstvene zaštite: (1) besplatna i univerzalno dostupna zdravstvena zaštita visokog standarda svakog građanina, (2) primarni naglasak zaštite na preventivi, i (3) visoka koordinacija između medicinskih naučnih istraživanja i prakse zdravstvene zaštite. Integrisanu preventivno-kurativnu zdravstvenu zaštitu sprovodi mreža vanbolničkih i stacioniranih zdravstvenih institucija. Zdravstvenu zaštitu prvog kontakta sprovode ljekari – terapeuti (sa svojim timom na određenoj teritoriji), ljekari dispanzersko-polikliničkih institucija, ljekari zdravstvenih ustanova u industrijskim preduzećima i ljekari službe hitne medicinske pomoći. Kućno liječenje sprovode zdravstveni radnici iz primarne zdravstvene zaštite.

Model obaveznog zdravstvenog osiguranja karakterističan je po tome što se zdravstvena zaštita finansira iz brojnih izvora: državni budžeti, sredstva filantropskih organizacija, fondovi dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja, sredstva privrednih preduzeća i neposredna plaćanja građana. U osnovi, radi se o vrlo fleksibilnim sistemima finansiranja zdravstvene zaštite u kojima ipak dominira fondovski model finansiranja – fondovi obaveznog zdravstvenog osiguranja. U okviru ovog modela egzistira (1) finansiranje sa jedinstvenim fondom (u Francuskoj i Švedskoj), i (2) sistem finansiranja sa autonomnim fondovima (kakav je inače u primjeni u Njemačkoj, Holandiji i Italiji).

Jedinstveni fondovski model finansiranja zdravstvenog osiguranja sa decentralizovanim i autonomnim formama alimentiranja, poznat je u finansijskoj literaturi kao francuska verzija debudžetskog i defiskalizovanog finansiranja. Od 1967. godine, zdravstveno osiguranje je osamostaljeno i odvojeno od fondova penzijskog osiguranja. Od tada, funkcioniše jedan bolesnički fond koji se alimentira doprinosima, koje

plaćaju zaposleni iz zarada i poslodavci na zarade svojih radnika. Fondovi plaćaju bolnicama hospitalizaciju osiguranika. Izvanbolničke usluge, lijekove i pomagala svaki bolesnik plaća u punom iznosu (po cijeni), sa mogućnošću refundacije do 80% troškova. Ovi fondovi ugovaraju cijene usluga sa profesionalnim ljekarskim udruženjima i predstavnicima vlasti. Ugovorima se fiksiraju cijene različitih zdravstvenih usluga koje osiguranje priznaje i plaća.

Za razliku od francuskog modela finansiranja sa jedinstvenim fondom, njemački sistem finansiranja zdravstvene zaštite sa autonomnim fondovima podrazumijeva obavezno pristupanje nekog građanina jednom od brojnih bolesničkih fondova. U toku je i ubrzani razvoj sve većeg broja zaposlenih fondova, koji za veće doprinose nose veća prava u odnosu na tzv. obavezno zdravstveno osiguranje.

Federalno ustrojstvo pogoduje razvoju lokalnih fondova na nivou pokrajina, čime se povećava autonomnost u finansiranju zdravstvene zaštite. Od bolesničkih fondova osiguranik dobija „tiket” sa kojim odlazi kod bilo kog ljekara koji ima aranžman sa zdravstvenim osiguranjem. Ljekari ugovaraju preko svojih udruženja zdravstvenu zaštitu sa fondovima osiguranja, koji plaćaju ljekare po standardizovanim cijenama. Ove fondove alimentiraju poslodavci i zaposleni, plaćanjem doprinosa na zarade po proporcionalnim stopama.

U finansijskoj praksi savremenog svijeta egzistiraju brojne metode plaćanja zdravstvene zaštite, među kojima se posebno ističu tradicionalni metodi plaćanja ljekara i klasični metodi plaćanja zdravstvenozaštitnih aktivnosti. Metodi plaćanja ljekara, u stvari, svode se na metode obračuna društvene nadoknade za rad zdravstvenih radnika na području zdravstvene zaštite. Ti metodi, koji egzistiraju u praksi, jesu sljedeći: (1) plaćanje po usluzi, (2) plaćanje po slučaju, (3) plaćanje po glavi, i (4) plaćanje po sistemu redovne plate.

Tabela 1: Struktura izdataka za zdravstvo – međunarodni pregled

Zemlje	Ukupni izdaci za zdravstvo (% BDP-a)	Struktura po poreklu		Struktura po načinu korišćenja u %			
		Javni izdaci	Privatni izdaci	Bolničko liječenje	Ambulantne usluge	Lijekovi	Terapeutska oprema
Njemačka	8,1	78,0	22,0	38,5	28,3	22,2	7,2
Australija	6,9	72,7	27,3	51,2	24,6	7,2	1,6
Austrija	8,1	65,4	34,6	29,4	21,3	11,6	2,5
Belgija	7,2	76,9	23,1	34,2	39,9	16,0	2,1
Kanada	8,5	75,2	24,8	51,7	22,5	10,2	2,2
Danska	6,1	85,2	14,8	65,3	-	5,4	3,4
SAD	10,9	41,1	58,9	47,2	29,0	6,7	1,8
Finska	7,4	77,2	22,8	47,3	33,4	9,2	3,1
Francuska	8,5	79,3	20,7	47,1	26,9	16,4	1,9
Italija	6,7	78,8	21,2	44,6	34,1	18,5	2,8
Luksemburg	6,8	90,2	9,8	33,4	43,0	16,0	6,8
Norveška	6,6	97,2	2,8	73,6	15,0	5,0	1,1
Holandija	8,3	78,0	22,0	57,8	25,4	11,1	1,5
V. Britanija	6,1	86,1	13,9	46,0	21,5	11,1	1,3
Švedska	9,2	91,0	9,0	67,0	18,1	7,0	2,3

Izvor: OECD, Holandija, *Ekonomске studije OECD-a, Pariz, 2005, strana 48–49.*

Plaćanje po usluzi predstavlja plaćanje svake medicinske procedure posebno. Ovo plaćanje može biti organizovano tako da bolesnik plaća punu cijenu za dobijenu uslugu ili bolesnik plati uslugu, s tim da osiguranje refundira u cjelini ili djelimično troškove bolesniku. Plaćanje usluga može biti organizovano i na način da društveni budžet i/ili socijalno osiguranje snose troškove plaćanja po usluzi, a ljekar se faktički plaća za svaku pojedinačnu uslugu bez obzira na to da li se radi o rentgenskom snimku, pregledu u ordinaciji, hirurškom zahvatu ili kućnoj poseti.

U praksi se često dešava da se plaćanje po usluzi svodi na tzv. plaćanje po slučaju. U tom kontekstu, tretman određene bolesti ima precizno utvrđenu cijenu, nezavisno od broja i vrsta usluge koje je ljekar sada obavezan da pruži. Cijene ovih usluga, koje utvrđuju zajedno (dogovorno) eksperti ljekarskih profesionalnih udruženja, predstavnici državnih (i lokalnih) organa i zastupnici fondova osiguranja, nalaze se pod društvenom kontrolom, iako često zavise od platežne sposobnosti korisnika zdravstvenih usluga.

Plaćanje po glavi, za razliku od prethodna dva tradicionalna metoda plaćanja ljekara, predstavlja plaćanje ljekara po određenom fiksnom godišnjem iznosu za zdravstvenu zaštitu pojedinca (građanina), koji je prijavljen na tzv. listi čekanja kod dotičnog ljekara. Primjena ovakvog metoda plaćanja ljekara u osnovi podstiče preventivu i usmjerava zdravstvene radnike prema tzv. komprehenzivnoj zdravstvenoj zaštiti.

Najzad, metod redovne plate (ili standardnog ličnog dohotka), podrazumijeva mjesečno plaćanje ljekara po fiksnom iznosu za mjesečni kvantum rada. Plata ljekara u osnovi ne zavisi od broja pruženih usluga niti od broja pacijenata. Zato se ovaj metod plaćanja ljekara najčešće primjenjuje u institucijama javnog zdravstva i državnim bolnicama. Lekar je „vezan” za zdravstvenu organizaciju, za radno vrijeme u ustanovi i za mjesečnu platu, a svoje slobodno vrijeme može koristiti za privatnu praksu.

Pored metoda plaćanja ljekara, za zdravstvenu zaštitu su važni i metodi obračunavanja i plaćanja zdravstvenozaštitnih aktivnosti. Prof. Škrbić navodi tri osnovna mehanizma, i to: (1) mehanizam finansiranja kroz cijenu usluga, (2) mehanizam finansiranja kroz cijenu programa i (3) mehanizam finansiranja kroz dotiranje ili subvencionisanje djelatnosti institucija iz namjenski alimentiranih sredstava.

Po prvom mehanizmu, cijena usluge jeste kalkulatívna osnova finansiranja zdravstvenozaštitnih aktivnosti, iako cijena nije ekonomski izraz vrijednosti pojedine usluge. Cijena je, zapravo, obračunska kategorija i tehnički instrument valorizacije dogovorene naknade za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Cijena usluga, kao kalkulatívna veličina, anglobira materijalne rashode (troškove) poslovanja, troškove amortizacije, lične dohotke zdravstvenih radnika (zarade, plate), poreze i doprinose iz dohotka i ličnih dohodaka radnika, i sredstva za unapređenje materijalne osnove rada.

Drugi mehanizam finansiranja zdravstvenozaštitnih aktivnosti je sličan prvom mehanizmu, pošto se bazira na gotovo istim principima. Naime, finansiranje putem mehanizma „cijena programa” reflektuje sistem alimentiranja skupih usluga koje su integrisane u program. Pojedinačne usluge nisu osnova za utvrđivanje cijena, nego integralan program, kao cjelina. Zato je ugovaranje cijena programa složeniji posao od dogovaranja pojedinačnih cijena usluga.

Konačno, treći mehanizam finansiranja zdravstvenozaštitnih aktivnosti svodi se, praktično, na subvencionisanje ili dotiranje institucija (djelatnosti). Dotacije ili subvencije idu iz namjenskih sredstava, odnosno iz fondova, mada nije rijedak slučaj da se ova sredstva regrutuju iz budžeta države.

Tabela 2: Statistička poredjenja stanja zdravstva i izdataka za zdravstvo

		Nivo socijalne zaštite *							
Zemlje	% izdvajanja zdravstvo od		Bolnička njega	Ambulantna njega	Dužina traja hospitalizac (% varijaci po podacim zadnjih 5 god		Odsustvo: d. godišnje		Zdravstven radnika na 1. stanovnik
	1982.	1986.			1987.	2005.	1983.	2002	
Njemačka	8,0	8,1	92,2	92,2	-3,3	-1,6	12,6		27
Australija	6,9	6,9	100,0	100,0	-		-	-	21
Austrija	7,9	8,2	99,0	99,0	-2,1	-2,3	16,2	14,7	1,9
Belgija	7,1	7,2	98,0	93,0		-	7,5	7,7	3,1
Kanada	8,5	8,6	100,0	100,0	1,5	-0,2	6,0	6,0	2,1
Danska	6,7	6,1	100,0	100,0	-2,6	-3,0		-	2,6
Španija	6,1	6,0	98,0	97,0	-1,9	-2,6	15,3	16,2	3,4

POSLOVNE STUDIJE/ BUSINESS STUDIES

SAD	10,5	11,3	40,0	25,0	-1,4	2,3	4,4		22
Finska	6,6	7,4	100,0	100,0	2,1	-0,9	3,6	3,9	23
Francuska	8,0	8,5	99,0	98,0	-4,2		14,5	-	24
Grčka	4,3	4,1	100,0	100,0	-	-	6,0	-	3,0
Irska	8,0	7,8	100,0	37,0	-2,1	-3,8	33,5	-	1,5
Italija	6,7	6,8	100,0	100,0			17,7	-	1,3
Japan	6,9	6,7	100,0	100,0	-0,9	-5,6	-	-	1,4
Luksemburg	6,5	6,8	100,0	100,0		-	11,7	-	1,9
Norveška	6,8	6,6	100,0	100,0	-	-	-	-	2,3
Novi Zeland	6,7	6,9	100,0	100,0	-	-3,3	2,4		1,8
Holandija	8,6	8,4	77,0	72,0	-2,4	-2,3	7,8	6,9	24
Portugal	5,5	5,6	100,0	100,0	-	-7,1	4,6	-	2,5
V. Britanija	6,0	6,2	100,0	100,0	-3,3	-2,9	20,0	-	1,3
Švedska	9,7	9,2	100,0	100,0		5,9	19,1		2,6
Švajcarska	7,6	7,7	98,3	98,3	-0,3	-1,2			1,5

* *Stopa rasta broja stanovnika obuhvaćenih režimom javnih ili privatnih obaveza*

** *Procenat godišnjeg prosjeka indeksa rasta cijena medicinskih troškova u periodu prethodnih pet godina, u odnosu na indeks cijena uključen u BDP*

6. COST-CONTAINMENT POLITIKA U ZDRAVSTVU

Troškovi zdravstvene zaštite pokazuju značajno učešće u nacionalnom dohotku – između 7% i 11%. To pak reflektuje činjenicu da je „proizvodnja zdravlja” postala izuzetno skupa „fabrika” u gotovo svim zemljama savremenog svijeta. Švedski sistem je, npr., prilično skup, budući da troškovi zdravstvene zaštite iznose više od 10% društvenog proizvoda. V. Britanija troši 7% nacionalnog dohotka za zdravstvo. SAD, Njemačka i Francuska ne troše mnogo manje, pošto i njihovo zdravstvo

„guta” 8,1%–11% društvenog proizvoda. U praksi se, dakle, potvrđuje činjenica o previsokim i rastućim izdacima za zdravstveno osiguranje. Međutim, i pored toga, nijedan zdravstveni sistem nikada neće biti u mogućnosti da odgovori potrebama svakog pojedinca.

Tabela 3: Troškovi zdravstvenog osiguranja

Zemlje	Ukupni troškovi u % BDP-a	Od toga, privatni izdaci u %	% privatno osiguranih stanovnika	% pokrivenosti stanovništva zdravstvenim osiguranjem	„Javno” osiguranje Participacija u troškovima
V. Britanija	6,2	13,8	10,6	100	Lijekovi: 2,20 funti bez izuzetka
Italija	6,7	22	5	100	Bolničko liječenje: učešće u najskupljem liječenju Lijekovi: 3.000 lira + 30% od vrijednosti do 20.000 lira Medicinske usluge: 15.000 lira + 30% od cijene analiza i radiografija Bolničko liječenje: 10.000 lira dnevno
Švedska	9,1	9,1	1,3	100	Lijekovi: 60 kruna po receptu Medicinske usluge: 50 kruna po poseti Bolničko liječenje: 50 kruna dnevno
Francuska	8,5	21,8	18	100	Lijekovi: 35%–50% od vrijednosti Medicinske usluge: 25% od vrijednosti Bolničko liječenje: 20% + 25 franaka na dan
Nemačka	8,1	21,9	36,8	88	Bolničko liječenje: 5 maraka na dan Lijekovi: na teret pacijenta Medicinske usluge: na teret pacijenta, preko priznate cijene
SAD	11,1	58,2	90,3	40	Bolničko liječenje: pokriva za prvih 90 dana, uz participaciju poslije

• *Izvjestan broj osiguranika posjeduje i privatno i javno zdravstveno osiguranje*
Izvori: OECD, Komitet za zdravstvo EZ, World Security Program, II Sole 24 Ore, i Ekonomska politika, 1942. 19. jun 1989.

Period tih 70-ih godina predstavlja period procvata tzv. cost-containment literature, odnosno literature o realizaciji zdravstvene djelatnosti i kontroli zdravstvene potrošnje. U tom sklopu, prof. Leticia mjere politike racionalizacije dijeli na tri grupe, i to: (1) strukturalne promjene zdravstvenog sistema, (2) mjere orijentisane kontroli – planiranju ponude zdravstvenih usluga i (3) mjere orijentisane kontroli – smanjivanju utilizacije, a za sam proces eksperimentisanja sa različitim mjerama isti autor koristi matrice osnovnih metoda cost-containment politike.

U savremenom svijetu preduzimaju se različite akcije na planu cost-containment politike u zdravstvu, koje impliciraju ograničavanje troškova (kontrole) i ugrađivanja elemenata racionalizacije u procesu upravljanja zdravstvenom potrošnjom. Cost-containment politika u Francuskoj podrazumijeva: (1) kontrolisanje broja bolničkih kreveta i tzv. teške opreme, (2) standardizaciju zdravstvenih profila i zanimanja, (3) ograničenje cijene bolničkog dana, (4) restrikcije naknada zdravstvenog osiguranja i povećanja participacija korisnika, (5) podsticanje preventivnih aktivnosti, (6) regulisanje cijena lijekova i usavršavanje distribucije farmaceutskih proizvoda, (7) diversifikaciju mehanizama za podsticanje vanbolničke zaštite, (8) smanjivanje troškova lijekova i (9) smanjivanje broja studenata. U V. Britaniji ova politika uključuje: (1) smanjenje kapitalne potrošnje, (2) racionalizaciju bolničkog sistema, (3) formulisanje načela prioriteta u potrošnji primjenom metoda zdravstvenog planiranja, (4) regulisanje stope rasta tekuće zdravstvene potrošnje, (5) limitiranje rasta troškova u farmaceutskoj službi, (6) stimulisanje alternativa u bolničkoj zaštiti, (7) podsticanje prevencije i (8) povećanje naknade za zubnu i očnu njegu. I u ostalim zemljama Evrope (Italija, Belgija, Holandija, Danska, Njemačka), strategija cost-containmenta uključuje ograničavanje investicija u zdravstvu, orijentaciju na preventivu, stimulisanje alternativne medicine, kontrolu potrošnje lijekova, povećanja participacija korisnika zdravstvenih usluga, selekciju prava iz zdravstvenog osiguranja, zaustavljanje dodatnog zapošljavanja zdravstvenih radnika i blokiranje rasta administrativnih troškova.

7. ZDRAVSTVENA POTROŠNJA

U gotovo svim industrijski razvijenim zemljama OECD-a, kontinuirano rastu troškovi za zdravlje i penzije za „stanovništvo koje stari”. Troškovi socijalnog osiguranja između 1985. godine i 2000. godine, zbog „čistog efekta starenja stanovništva,” godišnje se uvećavaju za gotovo 1%. Pod uticajem „baby-boom” generacije (porast nataliteta), tzv. index skips (indeks skakutanja), u perspektivi do 2040. godine treba da pokaže rastuće učešće stanovništva u godinama za penziju u radno sposobnom stanovništvu (sa 22% na 36%) i odslika rastuće i visoko učešće socijalnih rashoda u nacionalnom dohotku. Po tom osnovu, očekuje se rastući deficit socijalnog osiguranja koji će, možda, predstavljati potencijalnu „vremensku bombu” u procesu konsolidacije finansijske pozicije javnog sektora.

U Evropi, u posljednjoj deceniji, izuzetno su rasli troškovi zdravstvene zaštite, i apsolutno i relativno. Eksperti u Kopenhagenu su pokušali da utvrde faktore koji generišu rastući trend troškova za zdravstvenu zaštitu, i to (1) kvalitativne promjene u starosnoj strukturi stanovništva (povećanje broja starih osoba), (2) porast hroničnih oboljenja, bolesnika i invalida, (3) povećanje broja osiguranika i veći obim socijalne zaštite i socijalnih prava, (4) kontinuelne promjene u medicinskoj tehnologiji i porast medicinskog znanja, (5) povećanje broja medicinskih kadrova i vrhunskih stručnjaka, i (6) porast troškova za ljudski rad, uključujući i povećanje vrijednosti radne snage. Na troškove zdravstva utiču simultano i ponuda i tražnja za medicinskim uslugama. Ponuda zdravstvenih usluga putem novih zdravstvenih kapaciteta, novih medicinskih kadrova i novih tehnologija u zdravstvu „provocira” rast tražnje. Porast tražnje za zdravstvenom zaštitom zavisi uglavnom od tri faktora, i to: (1) dostupnost resursa i kapaciteta zdravstvene zaštite, (2) sistem finansiranja i (3) zdravstvena tehnologija (Klincov i Ristić 2011, 44).

U strukturi javnih socijalnih rashoda, učešće javnih rashoda zdravlja povećalo se od 18% u 1960. godini na 25% u 2000. godini u zemljama OECD-a. Javni i privatni rashodi zdravstva su, istovremeno, povećali

svoje učešće u društvenom proizvodu od 4,2% na 7,6% u istom vremenskom razdoblju. Za 40 godina (od 1960. do 2004. godine), realni rashodi zdravstva su za 60% više progresirali od realnog društvenog proizvoda. Socijalna klima koju je kreirala „Etat protecteur” tokom 70-ih i 80-ih godina, pogodovala je ekspanziji „proizvoda” zvanog „soins de sante”. Tome je doprinijela i distribucija zdravstvenih usluga nezavisno od kapaciteta plaćanja, kao i koncentracija medicinske njege na starije osobe i odsustvo mjerenja rezultata rashoda zdravstva. Nova skupa medicinska tehnika i favorizovanje skupe bolničke njege u odnosu na ambulantnu medicinu, dovoljno su se odrazili na rastući trend rashoda zdravstva.

Usljed toga, rashodi zdravstva su toliko progresirali da su dostigli nivo od 252 dolara po stanovniku u Grčkoj, pa do 1.388 dolara po stanovniku u SAD-u (prosjeak za sve zemlje OECD-a podigao se na nivo od 790 dolara po stanovniku). U tom kontekstu, statističari su „otkrili” značajnu zakonomjernost: varijacija društvenog proizvoda od 10% indukuje varijaciju zdravstvenog rashoda od 14%, ili varijacije društvenog proizvoda po glavi stanovnika objašnjavaju 76% varijacija rashoda zdravstva po stanovniku.

Zdravstveni rashodi su najviše progresirali u SAD-u, Francuskoj, Holandiji, Švedskoj, Švajcarskoj, Norveškoj, Japanu, Španiji i Irskoj. Sporiji rast je zabilježen u Australiji, Kanadi, Finskoj, Grčkoj, Islandu, V. Britaniji i Turskoj. Generalno posmatrano, razvijenije zemlje više su izdvajale iz društvenog proizvoda za zdravstvo u čitavom periodu 1960–2003. godine. U tom periodu, u strukturi ukupnih rashoda zdravstva, najviše su progresirali javni zdravstveni rashodi. U prosjeku za sve zemlje OECD-a, učešće javnih rashoda zdravstva u ukupnim rashodima zdravstva povećalo se od 60% u 1960. godini na 80% u 2003. godini.

Kvantitativni podaci zemalja OECD-a pokazuju da su se realni rashodi zdravstva za 60% više uvećavali od realnog društvenog proizvoda u periodu 1960–1975. godine, odnosno za 40% u periodu 1975–2003. godine. Koeficijent elastičnosti u periodu 1960–2003. god. kretao se od 0,8 u Austriji do 2,7 u Švedskoj.

Rast rashoda zdravstva može se dokumentovati sa tri elementa, i to: (1) rast cijena zdravstvene zaštite (njege, usluge), (2) demografske promjene, i (3) progresija u utilizaciji (upotrebi) i/ili intenzitet usluga po stanovniku. Doprinos svakog elementa pojedinačno u rastu ukupnih rashoda zdravstva je različit po zemljama OECD-a. Globalni rast nominalnih rashoda zdravstva od oko 14% godišnje dekomponuje se na rast cijena zdravstvene zaštite od 7,6%, na rast populacije od 0,8% i na rast intenziteta korišćenja usluga od 5,3%.

U Srbiji ne postoje takve analize koje empirijski razlažu kompoziciju faktorijalnosti, koje ukazuju na rastući trend zdravstvenih troškova. No, i pored toga, analitičari mogu identifikovati, u aproksimativnoj formi, portret faktora koji determinišu rast zdravstvenih rashoda. U prvom redu, u te faktore ubrajamo sljedeće: permanentni rast stope inflacije i troškova života, prenaplašena regionalna i lokalna disperzija zdravstvenih kapaciteta, hipertrofirana organizacija zdravstvene djelatnosti, prevelika bolovanja, neracionalnosti u zdravstvenoj potrošnji, neefikasno pružanje zdravstvenih usluga, neekonomsko obavljanje zdravstvene djelatnosti, nedovoljno korišćenje zdravstvenih kapaciteta, prebukirana režija itd.

Ovakav „skup faktora” neminovno je uticao na materijalni položaj zdravstva, na kvantum finansijskih sredstava, na nivo društvenih rashoda i na gubitke. Naime, prezentovani skup faktora generisao je rast troškova zdravstva, iznuđivao i povećavao gubitke u zdravstvenoj delatnosti.

ZAKLJUČAK

Socijalne politike destiniране kočenju (frenaži) zdravstvenih rashoda uglavnom se usredsređuju na ponudu i tražnju zdravstvenih usluga i na finansiranje zdravstva posredstvom „kontraudara” na (1) cijene, (2) količinu i intenzitet, (3) pristup i pokriće i dr. Mjere redukovanja cijena zdravstvene zaštite impliciraju fiksiranje tarifa koje favorizuju efikasnost u korišćenju medicinskih usluga, etabliranje „baremes de paiement” i regrupisanje prestacija u globalnoj fakturaciji. Politiku limitiranja cijena po pravilu treba da slijede mjere redukovanja medicinske potrošnje i troškova zdravstvene zaštite. To pak implicira limitaciju količine i intenziteta zaštite i njege, racionalizaciju nove tehnike i plafoniranje

rashoda opremanja zdravstvenih objekata i medicinskih kapaciteta. Na to se nadovezuje politika redukcije troškova, pooštavanje uslova bolesničkog osiguranja, smanjenja budžetskih subvencija, limitiranja slobode izbora usluga, orijentacije na manje skupe usluge i na preventivu. Konačno, strategija limitiranja ekspanzije troškova zdravstva inkorporira i promjenu mehanizma finansiranja koji se okreće politici redukovanja javnog finansiranja i povećanju samofinansiranja zdravstva, uključujući i participacije i tržište. A da li će prezentovane mjere biti dovoljno snažne da blokiraju rastući trend rashoda zdravstva u uslovima relativno značajnog produženja života, relativno izraženog porasta stare populacije, eskalacije novih bolesti, eksplozije medicinske tehnike i volumeniziranja vrhunske medicine, ostaje da se vidi u okviru formalizovane zdravstvene strategije za 21. vijek.

LITERATURA

1. Čekerevac, A., *Socijalno osiguranje u Švedskoj*, Socijalna politika 5/88.
2. Economic de la sante, Problemes economiques, 2002. No 2.296.
3. Jurković, P., 1986. *Osnove ekonomike društvenih djelatnosti*, Zagreb: Ekonomski institut.
4. Hanlon, J. 1974. *Public Health Administration and Practice*, The C. W. Mosby Co., Saint Louis.
5. Klincov, R., Ristić, Ž. 2011. „Ekološki menadžment”. *Poslovne studije*. 5–6: 35–56.
6. Letica, S., 1986. *Kriza i zdravstvo*, Zagreb: Stvarnost.
7. Le Pen, C., 1988. „Demande de Loins, demande de santé”, *Revue d'economie politique*, juli–avgust, 1988.
8. Labourdtette, A. 1988. *Economie de la sante*, Paris: P.U.F.
9. Levy, E., „La demande en economie de la santé”, *Revue d'economie politique* 4/88.
10. Letica, S., 1988. „Zdravstvo: Reformističke iluzije”, *Ekonomska politika* 1735/85.
11. Madžnard, A. i Hutton J. (Ed.), 1996. *Health Econocomics*, New York: J. Wiley and Sons.

12. Mougeot, M., 1986. *Le systeme de sante*, Paris: Economica.
13. OECD, 1988. *La sante: financement et prestations*, Paris.
14. Poullier, J. P., 1985. *La sante en chiffres, 1960–1983*, Paris.
15. Scheiber, G. J., 1985. „Depenses de sante: croissance et maitrise”, *L'Observateur de OECD*, No. 137.
16. Škrbić, M., 1978. *Uvod u ekonomiku zdravstva*, Zagreb: Jugoslovenska medicinska naklada.
17. Weisbrod, B. A., 1961. *Economic of Public Health: Measuring the Economic Impact of Diseases*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Žarko Ristić, PhD
Kristijan Ristić, PhD

MEDICAL MANAGEMENT OF ECONOMIC THEORY AND PRACTICE

Summary: *Medical doctrine advocates the approach of defining a health care system in a broad sense. Health could be defined as a set of institutions and activities that act to maintain and improve health. “However, this approach is somewhat narrower than the health care system that, apart from the activities of medical health care institutions, includes all of the other measures aimed at the preservation and improvement of health and a health care system should include other sectors that actively contribute to the promotion of health. ”*

Key words: *health management, health care, health insurance, profitability man, an index of health.*

JEL classification: *Z19, E22*