

Mirza Totić¹

OSVRT NA ZDRAVSTVENE SISTEME NEKOLIKO DRŽAVA ČLANICA EVROPSKE UNIJE (EU)

Apstrakt: Rad se bavi pitanjima koja su u vezi sa funkcionisanjem i razvojem nacionalnih zdravstvenih sistema u nekoliko država članica Evropske unije (EU). U raspravu je uključen i zdravstveni sistem Velike Britanije, nezavisno od njenog nedavnog izlaska (Bregzit) iz ove velike porodice, jer je utisnuo snažan pečat i ostavio dubok trag u evropskom i svetskom zdravstvenom sektoru. Osnovni cilj rada je osvrt na stvaranje potrebnog zdravstvenog kadra i na njegovu mobilnost, na finansiranje poslovnih procesa i medicinskih procedura i opšte probleme sa kojima se zdravstveni sistemi u Evropskoj uniji (EU) svakodnevno susreću. Kreatori zdravstvene politike u (za ovu priliku) odabranim državama članicama (Danska, Francuska i Velika Britanija) kontinuirano rade na pronalaženju najboljih rešenja kako bi njihovi stanovnici imali kvalitetno zdravlje i načina na koji bi isto u tom stanju što duže potrajalo. Nemoćni da pronađu adekvatna rešenja, zdravstveni radnici u mnogim državama članicama Evropske unije (EU) smatraju da je funkcionisanje zdravstvenog sektora uopšte manje zavisno od načina pribavljanja potrebnih finansijskih sredstava, njihovih iznosa i održivosti izvora, a znatno više od globalizacionih procesa koji kao orkan ruše sisteme (nedovoljnog i stručnog osoblja) bez pravničke i ekonomsko-medicinske uređenosti. S obzirom na to da nije u potpunosti saglasan sa iznetom tvrdnjom, autor pledira na kreatoru zdravstvene politike da najveću pažnju posvete upravo politici finansiranja, humanom kapitalu i njegovom usavršavanju i eliminaciji zdravstvene nejednakosti naročito u domenu primarne zdravstvene zaštite. Pored navedenih pitanja, rad se bavi i odnosom javnog i privatnog zdravstvenog sektora, mogućnostima za obezbeđivanje potpune, nediskriminatorske i adekvatne zdravstvene zaštite, oblicima zdravstvenog osiguranja, ali i mimoilaženjima koja se u interesu građana moraju hitno eliminisati.

Ključne reči: Države članice, zdravstveni sistem, osiguranci, humani kapital, resursi

Uvod

Za neometano funkcionisanje zdravstvenih sistema svaka država članica Evropske unije (EU) obavezno utvrđuje nacionalnu strategiju, odnosno mantru po kojoj treba

¹ Mirza Totić, Docent na Departmanu za pravne nauke Univerziteta u Novom Pazaru, e-mail: m.totic@uninp.edu.rs

da se organizuje savremena zdravstvena zaštita da bi postala sastavni deo međunarodno integrisane zdravstvene delatnosti. Organizacija nacionalnog zdravstvenog sistema u svim njenim državama članicama uglavnom je prepuštena zdravstvenim radnicima i saradnicima, ali i političkim i drugim faktorima koji vrše uobičajeni pritisak na struku, da usvaja odluke koje u datom trenutku odgovaraju političkom establišmentu. U tome ne bi imalo ništa sporno, ničega što nije deo zajedničkog cilja (da struka obezbeđuje sveobuhvatnu, kvalitetnu, pravovremenu i adekvatnu zdravstvenu zaštitu), kada politički predstavnici ponešeni funkcijama ne bi često imperativno zahtevali od zdravstvenih radnika ponašanje suprotno struci. To se ogleđa prilikom donošenja neodgovarajućih, dakle, nametnutih odluka, utvrđivanja nerealnih zdravstvenih programa ili kod preduzimanja određenih akcija za koje nisu stvoreni adekvatni uslovi, na primer, instaliranje savremene informacione tehnologije i nove medicinske opreme po svaku cenu ili nekvalitetne logistike. Do skoro se smatralo da je sudbina svakog zdravstvenog sistema u Evropskoj uniji (EU) isključivo u rukama naučne medicine i da je zbog toga ista bila hermetički zatvorena ili iznad drugih visokouzdignuta. Za ostale profesije i zanimanja tradicionalno je bila rezervisana uloga autsajdera. Međutim, u savremenim uslovima, pod uticajem ekspanzivnih globalizacionih procesa, svet je postao jedno mesto u kome je došlo do intenzifikacije odnosa između pojedinaca, institucija i organizacija na globalnom nivou (26), što znači da su se okolnosti značajno izmenile.

Medicina je vrhunska nauka koja drugim naučnim disciplinama, delatnostima, institucijama i pojedincima, ne samo u državama članicama Evropske unije (EU) već i na globalnom planu, nameće potrebu za stalnim i korenitim promenama čiji će uticaj povezati različita društva da zajedno brinu o ljudskom zdravlju, odnosno o univerzalnoj humanoj vrednosti. Mnoge delatnosti u okviru Evropske unije (EU) su, zahvaljujući uticaju medicine značajno napredovale, ali to ne znači da je potonja nazadovala, naprotiv, napravila je mnogo naprednih koraka. Još uvek je glavni stub nosač zdravstvene delatnosti i to će verovatno zauvek i ostati. S obzirom na to da funkcionisanje zdravstvenih sistema u državama članicama Evropske unije (EU) zavisi od raspoloživog (najpre stručnog) medicinskog kadra koji svoje zadatke izvršava na profesionalan način, realnost je da je istom osnovni cilj unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite, ali i opreznost zbog koje uvek mora računati na probleme za koje često ne postoje adekvatna rešenja. Zdravstveni sistem je društvena tekovina svake države članice Evropske unije (EU). Zato one koriste sopstvenu stručnu snagu, razne politike i obrasce, kako bi ga na nacionalnom nivou uredile kao naučnu bazu i sigurno utočište građana/osiguranika u okviru koga oni pod istim uslovima mogu štiti i unapređivati lično i tuđe zdravlje. (1) Budući da u Evropskoj uniji (EU) postoje različiti modeli zdravstvenog osiguranja, najpre treba odgovoriti na pitanje ko je evropski osiguranik? Izvučen iz raznih direktiva, zakona ili pravilnika odgovor obično glasi da je reč o običnom čoveku, motoru koji pokreće sve aktivnosti, onome ko leči i onom koga

leče, odnosno korisniku zdravstvenih usluga i obvezniku uplate poreza i doprinosa iz kojih se finansira zaštita i unapređenje zdravlja. On se nalazi u zdravstvenom središtu i stvara neophodne uslove za zaštitu zdravlja novih generacija, kreirajući zdravstvenu politiku budućnosti koja mora obezbediti neometano funkcionisanje i razvoj zdravstvenog sistema širom Evropske unije (EU).

Savremena praksa je o poziciji osiguranika ponudila niz argumenata koji kazuju više od bilo koje rezolucije, deklaracije ili direktive. Najuverljiviji argument je da je osiguranik svako lice koje će u zdravstvenoj službi, u bilo kojoj državi članici Evropske unije (EU), moći da koristi zdravstvenu zaštitu u obimu za koji je spreman da izdvoji adekvatna finansijska sredstva. Ona će biti usmerena na finansiranje savremenih zdravstvenih sistema kako bi se obezbedile nove generacije stručnjaka čije će znanje i veštine (pomognute savremenim instrumentima) obezbediti efektivnije lečenje osiguranika/pacijenata. Shvatajući ozbiljnost i značaj zdravstvene zaštite, Savet Evropske unije (EU) je artikulisao izazove sa kojima se suočavaju nacionalni zdravstveni sistemi i istakao potrebu za njihovom održivošću. Ona podrazumeva univerzalnu pokrivenost građanstva zdravstvenim osiguranjem, veći stepen solidarnosti u finansiranju, jednaka prava pristupa svim vidovima zdravstvene zaštite i pravovremeno pružanje/korišćenje kvalitetnih zdravstvenih usluga i drugih oblika medicinske nege i staranja. (23)

Cilj rada

Osnovni cilj rada je osvrt na postojeće načine prikupljanja finansijskih sredstava za finansiranje zdravstvenih usluga koje se pružaju/koriste u okviru zdravstvenih sistema. Njihovo prikupljanje se (nezavisno od modela zdravstvenog osiguranja) u svakoj državi članici Evropske unije (EU) svodi na jedan jedini cilj: pokrivanje zdravstvenih rashoda koji su nastali kao posledica pružanja/korišćenja zdravstvene zaštite za određeni vremenski period. Većina evropskih zdravstvenih sistema svoj finansijski potencijal obezbeđuje na osnovu uplata doprinosa u fondove za zdravstveno i socijalno osiguranje. Time se, osim pribavljanja potrebnih sredstava, glorifikuje zasluga čeličnog kancelara Bizmarka (*Otto Eduard Leopold von Bismarck-Schönhausen*), tvorca prvog modela zdravstvenog osiguranja i inicijator donošenja prvog Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju radnika 1883. godine. To mu istorija nije i nikada neće zaboraviti, međutim, njegov model sve teže odoleva savremenim zahtevima i globalizacionim procesima koji svakodnevno provociraju korenite promene. Uostalom, to najbolje potvrđuje reforma zdravstvenog osiguranja iz 2010. godine, upravo u Nemačkoj. U drugim državama članicama Evropske unije (EU) u osnovne izvore finansijskih prihoda spadaju javna plaćanja (porezi), karakteristična za Beveridžov model (*William Henry Beveridge*), koji je nastao u Velikoj Britaniji i poznat je kao Nacionalna zdravstvena služba (*National Health Service – NHS*). Osim poreza, izvori su i medicinska štednja, plaćanje iz džepa (*out of pocket*), direktna plaćanja, odnosno

naplata od korisnika za usluge koja ne obuhvata korisnički paket koji korisnicima garantuje zakon, podela troškova, kao i neformalna plaćanja. (4)

Većina stručnih autoriteta smatra da je Beveridžov model zdravstvenog osiguranja, odnosno fiskalni način prikupljanja finansijskih sredstava, efektivniji od Bizmarkovog, a i procenat obuhvaćenosti građana pod jednakim uslovima je veći bez obzira na njihov radni status i druga opredeljenja. Zato ostaje dilema zašto je svojevremeno Margaret Tačer, nekadašnja premijerka Velike Britanije, svim raspoloživim sredstvima pokušavala da ubedi britanski parlament da se, po uzoru na Sjedinjene Američke Države, otpočne sa uvođenjem privatnog zdravstvenog osiguranja. Misija *Iron lady* je imala relativnog uspeha jer je u zdravstveni sistem Velike Britanije inkludiran globalni budžet (*Global budget*) koga su vrlo brzo prihvatile Švedska, Norveška, Finska i Kanada. Ovaj potez je protumačen kao preduzimanje konkretne inicijative da se u delo sprovede Deklaracija o primarnoj zdravstvenoj zaštiti koja je, na predlog Svetske zdravstvene organizacije (*World Health Organization – WHO*) donešena 1978. godine u Alma-Ati (Kazahstan). (25)

Obezbeđivanje zdravstvenih kadrova i izazov mobilnosti

Zdravstveni radnici i saradnici su najuzvišeniji oblik kapitala sa kojim raspolaže svaki zdravstveni sistem u dvadeset osam država članica Evropske unije (EU). Oni zbog svog znanja, demonstracije stručnosti i specifičnih veština, kod ogromnog broja građana u svim državama članicama izazivaju ekstremno divljenje i ulivaju poverenje najvećeg stepena. U praksi su pokazali da su adekvatno obučeni, stručni, vešti, humani i da dobijaju nekada i izgubljene bitke, o čemu govore rezultati koji su faktorijalno ojačali zdravstvenu delatnost i učinili je elastičnom, obuhvatnom i dostupnom širokim narodnim masama. Međutim, i pored dokazanog kvaliteta, skeptici drugačije misle, teže da isti iz sebi poznatih razloga ospore, da umanje očito uspešne rezultate, iako za tako nešto nemaju čvrste argumente. Moraju prihvatiti poraz jer su se namerili na formaciju koja broji 1.800.000 zdravstvenih radnika i saradnika ili 8,5% ukupno zaposlenih na teritoriji Evropske unije (EU). Dakle, sektoru koji je uspeo da u razdoblju od 2008. do 2016. godine uveća svoj humani kapital za 13%, stvori mogućnost za otvaranje novih radnih mesta (najviše za lekare) i da značajno podigne kvalitet zdravlja građana, zaista moraju odati priznanje. Za osam godina u zdravstvenim sistemima država članica Evropske unije (EU) ostvaren je najveći apsolutni porast u zapošljavanju među svim privrednim granama i javnim službama, tako da se o njima ne može govoriti sa animozitetom. Doprinos zaposlenih zdravstvenih radnika (i saradnika) se, pored direktnog pružanja klasičnih zdravstvenih usluga, odnosno sprovođenja procedura u lečenju obolelih, ogleda u širokom spektru promovisanja zdravog načina života i aktivnostima poput zdravstveno vaspitnog rada. Njihov glavni cilj je prepoznavanje

i sprečavanje uzroka za nastajanje bolesti, pa tek nakon toga sledi suzbijanje istih, odnosno dijagnostika, medikamentoza i ambulantno, bolničko ili stacionarno lečenje.

Stručno medicinsko osoblje u svim vidovima zdravstvene zaštite uvećava zdravstveni kvalitet građana u državama članicama Evropske unije (EU) i stvara nove šanse za zapošljavanje u mnogim sektorima, što je direktan doprinos privrednom rastu i socijalnoj koheziji. S tim u vezi, Evropski centar za razvoj strukovnog obrazovanja (*European Centre for the Development of Vocational Training – CEDEFOP*) predviđa da će do 2025. godine radna mesta dobiti novih 1.800.000 radnika, što u odnosu na 2016. godinu predstavlja porast od 7,8%. (11) Ovim se u okviru Evropske unije (EU) potvrđuje čvrsta rešenost da se, uporedo sa očuvanjem i unapređenjem globalnog zdravlja, stvore uslovi za smanjenje stope nezaposlenosti i da se podgreje optimizam kod generacija stručnjaka koji dolaze. Pristup je u potpunom skladu sa razmišljanjima eksperata za pitanja medicinske profesije od kojih je svaki na svoj način (Matijas Vismar, Hajnc Joakim Sajtc...) isticao značaj preduzimanja ozbiljnih akcija za unapređenje kadrovske zdravstvene politike i stvaranja potrebnih stručnih kadrova. U pitanju je akademski apel svima koji se bave medicinskom profesijom da ozbiljnije shvate suštinu problema i da koriste sve raspoložive metode i dokazane principe za uspešno stvaranje stručnog zdravstvenog nukleusa. Tome je poslednjih decenija naročito u razvijenim državama članicama Evropske unije (EU) doprinela pojava da se vrlo mali broj svršenih srednjoškolaca odlučuje za studije medicine koje, po njihovom mišljenju, traju dugo, oduzimaju veći deo života, dok se njihova mladost završava tamo gde je i počela – u školskoj klupi. Na studije medicine se više odlučuju mladi u manje razvijenim državama Evropske unije (EU) smatrajući da im je to jedan od načina da se u nekoj drugoj i razvijenijoj državi domognu dobro plaćenog posla, o čemu mladi u razvijenijim državama članicama uopšte ne razmišljaju.

Eurostat (*European Commission- Eurostat*) (14) je, zaključno sa 2015. godinom, precizno uredila podatke o broju zdravstvenih radnika po kojima je istih bilo oko 1.800.000 u 28 država članica Evropske unije (EU). Kriterijum za evidentiranje je njihov broj na 100.000 stanovnika. Na primer, u nemačkom zdravstvu na 100.000 stanovnika pripada 338 lekara. U Italiji ih je 233, u Francuskoj 208, u Velikoj Britaniji 182, u Španiji 179 i sl. U navedenim državama je zaposleno oko dve trećine, odnosno 63,5% lekara. Kuriozitet je da manje razvijene države članice imaju znatno veći broj lekara na 100.000 stanovnika. Grčka, koja pripada siromašnjoj grupi država članica Evropske unije (EU), poznatoj kao PIGS, ima najveći broj lekara, 632 na 100.000 stanovnika. Sledi Austrija sa 510, Portugalija sa 461, Litvanija sa 434 lekara i sl. Na drugoj strani, Luksemburg, Irska, Slovenija, Poljska i Rumunija imaju manje od 300 lekara na 100 hiljada stanovnika. Ovaj broj se uvećava svake godine. Razlog je ili povećanje broja svršenih studenata medicine ili smanjenje broja stanovnika. Najveći porast u periodu od 2010. do 2015. godine zabeležen je u Portugaliji. Za pet godina broj lekara na 100.000 stanovnika je sa 384 u 2010. godini porastao na 461 u 2015.

godini. Nasuprot tome, njihov broj u odnosu na ukupan broj stanovnika u posmatranom periodu, na primer u Danskoj, Velikoj Britaniji i/ili Francuskoj, nije značajnije menjan.

U zadnjim decenijama XX i u prvim decenijama XXI veka sve je izraženija mobilnost zdravstvenih radnika, naročito lekara specijalista koji žele da iskoriste svoje znanje radi obezbeđivanja većeg životnog standarda i izvesnije egzistencije. Mobilnost je dvosmerna i univerzalna stručno-demografska kategorija. Prvi smer kretanja zdravstvenih radnika je napuštanje matične države i odlazak u neku susednu državu članicu Evropske unije (EU). Na primer, odlazak iz Italije u Austriju ili Francusku, iz Portugalije u Španiju ili u Italiju, iz Belgije u Holandiju ili iz Francuske u Veliku Britaniju ili Nemačku. U ovom slučaju, iako su veoma bitne, zarade nisu glavni motiv odlaska zato što mogu biti iste ili približno iste kao i u matičnoj državi članici. Međutim, dobijanje željene specijalizacije, napredovanje u struci, izgradnja karijere ili statusa, radna atmosfera, blizina izabrane države matičnoj državi i sl., i te kako su jaka motivacija. Drugi smer kretanja je isključivo motivisan visinom zarade, dok su uslovi rada, izgradnja karijere ili usavršavanje makar u početku potpuno u drugom planu. Nezavisno od toga koliko je udaljena izabrana država, lekari se sele sa Juga ka Severu (iz Portugalije u Veliku Britaniju, iz Španije u Nemačku ili Švedsku, odnosno iz Bugarske, Rumunije ili sa Kipra u Nemačku ili Francusku). Dakle, mobilnost zdravstvenih kadrova je značajno izmenila medicinsko-populacionu mapu Evropske unije (EU), s tim što sa njenom izmenom još nije završeno. Sve je više lekara i drugog medicinskog osoblja iz manje razvijenih država članica uvek spremno da pođe putem koji im više obećava, pri čemu ne treba zanemariti i veliki broj migranata koji su preplavili Evropu. Ekonomisti bi rekli, a pravnici to potvrđuju, da ne smete sprečavati migrante da dolaze u neku državu, jer bi se u istoj kad-tad javilo radništvo, a onda teško privrednim titanima i bosovima.

Bez obzira na želje mnogih da potraže nove destinacije, većina država članica Evropske unije (EU) nisu za iste dovoljno zainteresovane i nerado se odlučuju da u njima potraže svoju šansu. Slovenija je ulaskom u Evropsku uniju (EU) smatrala da je zbog fantastičnih uslova i načina na koji funkcioniše njen zdravstveni sistem (moderna oprema, evropske zarade, mali broj osiguranika, velike šanse za specijaliziranjem i napredovanjem) zanimljiva i da će najpre od strane lekara, a zatim i drugog medicinskog osoblja biti prosto okupirana. Dolazaka je zaista bilo, ali iz država koje nisu bile članice Evropske unije (EU), tako da je sve umesto „okupacijom” završeno nadanjima. Slično je bilo u Finskoj i Švedskoj. Pored sporadičnih slučajeva, mnogi zdravstveni sistemi se i dalje oslanjaju na inostranu radnu snagu, bilo sa šireg evropskog prostora, koji pokrivaju države članice Evropske unije (EU) ili na onu koja pristiže iz Azije, Afrike i/ili Južne Amerike. Uz puno uvažavanje pomenutih smerova evropske mobilnosti, mora se istaći da svi lekari, koji su iz određenih razloga napustili sopstvenu državu, na kraju bi najradije završili u Sjedinjenim Američkim Državama ili u Kanadi (30), koje uz Australiju i Novi Zeland predstavljaju ogromnu teritoriju

sa izraženim zdravstvenim potrebama. Za mnoge su vrata uvek i širom otvorena tako da posao u struci može dobiti veliki broj medicinskih radnika iz raznih evropskih država i ne samo lekara, već stomatologa, farmaceuta, tehničara, sestara i laboranata. (27) Mobilnost zdravstvenog osoblja nije uvek dobra solucija. Svaki stručnjak ima pravo na sopstveni izbor, za šta ne postoji dilema, jer je reč o najvećoj individualnoj slobodi. (29) Međutim, sa naglašenim odlascima humana strana medicine gubi svoj značaj. Pogubno je kada zdravstveni radnici, humanisti odlaze radi svojih interesa i tom prilikom zanemaruju potrebe svojih dojučerašnjih pacijenata. Vismar ovaj problem odlazaka želi da ublaži nazivajući ga osipanjem: „... jer mnogi zdravstveni radnici zaista odlaze, ali mnogi i ne dobiju posao u struci... veći broj njih završi u sasvim drugim delatnostima... pa se pita kako sprečiti ljude da odlaze i rade poslove izvan profesije, u nekom drugom sektoru... i odgovara da većina obrazovnih sistema pruža obrazovanje pogrešnim ljudima”. (33)

Mobilnost je pogubna i zato što je u mnogim državama članicama prisutan problem starije radne snage, zbog čega se očekuje porast broja penzionera, tako da neće biti prilike za adekvatnim zamenama makar za narednih deset godina. Mobilnost je (naročito tokom druge decenije XXI veka) pojačana i predstavlja sve veći problem, jer ne treba gajiti nadu da će bilo koja od izabраниh država članica Evropske unije (EU) biti država blagostanja ili njena bleđa replika u kojoj mnogi vide mogućnost za ispunjenje sopstvenih želja. S tim u vezi, Of iznosi dve bitne činjenice: „... prva je da kada su u pitanju najbogatije države sveta koje eksplicitno i bez izuzetaka obavezuju sebe da kao bitnom cilju teže opštem blagostanju i, druga je, da sve razvijene države svojim strukturalnim mehanizmima kreiraju endemske (domaći) sistemske probleme i široku skalu neobezbeđenih potreba ljudi, nezavisno od njihovog stepena”. (20)

Obuhvaćenost stanovništva zdravstvenom zaštitom / neki evropski sistemi

Nacionalni zdravstveni sistemi u okviru Evropske unije (EU) razlikuju se od jedne do druge države članice. Pozivajući se na pravnu doktrinu, zdravstveni nacionalni sistemi u državama Evropske unije (EU) mogu se posmatrati sa dva organizaciona aspekta. Prvi aspekt je usmeren na Nacionalnu zdravstvenu službu (*The National Health System – NHS*) koji uspešno funkcioniše u Velikoj Britaniji, ali i u Italiji, Španiji, Portugaliji, Grčkoj (13). Uspostavljen je na temeljima fiskalne politike i zdravstvena zaštita i zdravstveno osiguranje se u njegovom domenu finansiraju iz državnog ili drugih budžeta, odnosno na osnovu prikupljenih prihoda koje čine porezi i drugi parafiskaliteti. Ovaj sistem je karakterističan po tome što je procenat obuhvatnosti stanovništva osiguranjem veoma visok i kreće se do 99 % ukupne populacije. Drugi aspekt je usmeren na njegov pandan, Sistem socijalnog osiguranja (*Social Security System – SSS*) u kome se po osnovu uplate doprinosa za zdravstveno osiguranje i zdravstvenu zaštitu obezbeđuju potrebna sredstva za mnoge građane ili njihove odre-

đene grupe. Uvereni u uspješne rezultate koje su postigli zdravstveni sistemi u mnogim državama članicama Evropske unije (EU), zvaničnici Evropskog saveta (*European council*) su 2006. godine, usvojili Deklaraciju o zajedničkim principima i vrednostima sistema zdravstvene zaštite, koja je obavezujućeg karaktera. (5)

U Deklaraciji o zajedničkim principima i vrednostima sistema zdravstvene zaštite stoji, da je univerzalna pokrivenost zajednička vrednost. Njen sadržaj insistira da nije preporučljivo da bilo koja od država članica ostane izvan utvrđenog okvira ili da na bilo koji način osujećuje pristup zdravstvenoj zaštiti, što bi bio eklatantan primer uskraćivanja prava građanima na zdravstveno osiguranje. U Strategiji „Zajedno za zdravlje” (*Together for Health*) (32), usvojenoj 2007. godine, Evropska komisija (*European Commission-EC*) je poseban akcenat stavila na značaj univerzalne pokrivenosti. Ona predstavlja najveću vrednost u evropskom zakonodavstvu i definisana je kao prostor u kome je građanima omogućen nesmetan pristup svim oblicima zdravstvene zaštite. Ipak, zdravstvena pokrivenost se razlikuje među državama članicama Evropske unije (EU), kao i koristi koje njihovi građani imaju od nje. (34)

Nadležnosti država članica Evropske unije (EU) na planu zdravstvene zaštite regulisana je Lisabonskim sporazumom (*Treaty of Lisbon*) koji je stupio na snagu početkom decembra 2009. godine, nakon ratifikacije od strane tadašnjih 27 država članica. Njime su uvedene promene u evropskom pravu i institucijama koje predviđaju obavezu nacionalnih vlasti da uključe i alociraju sve vrste upotrebljivih resursa kao logistiku prilikom pružanja adekvatne zdravstvene zaštite. Na taj način je uspostavljen kriterijum koji zahteva da svaka država članica koja poseduje institucije za očuvanje demokratskog upravljanja, zaštitu ljudskih prava i funkcionalnu tržišnu privredu, mora pokazati spremnost da prihvati obavezu koja proističe iz namere Evropske unije (EU). To se u potpunosti odnosi na pomenute sisteme zdravstvenog osiguranja koji su kao institucije formirani radi očuvanja ljudskih prava (25), među kojima je vrhunac, očuvanje i unapređenje ljudskog zdravlja. Očuvanje zdravstvenog kvaliteta je jedna od glavnih obaveza svih zdravstvenih sistema koji preuzimanjem pravnih tekovina (*aquis communautaire*) Evropske unije (EU) demonstriraju svoju humanu i pravnu sposobnost. Pravnički posmatrano, ova tekovina je u direktnoj korelaciji sa stepenom univerzalne pokrivenosti stanovništva.

Kraljevina Danska

Zdravstveni sistem u Danskoj funkcioniše na visokom nivou zahvaljujući modelu koji je utemeljio Institut za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu, što znači da vlada nema velikog uticaja na njegovo funkcionisanje. Uloga vlade je prilično ograničena budući da, pored javnog, funkcioniše i privatni zdravstveni sektor. Ukoliko i obavlja određene funkcije, one se uglavnom odnose na regulisanje, koordinaciju, davanje saveta i utvrđivanje odgovornosti za realizaciju postavljenih ciljeva. Vladina tela (Ministarstvo zdrav-

lja, Agencije za zaštitu zdravlja, Farmaceutska komora) su odgovorna za sprovođenje nacionalne zdravstvene politike, uređenje nacionalnog zdravstvenog zakonodavstva, formulisanje mera i propisa, uspostavljanje saradnje između različitih učesnika u zdravstvu, obezbeđivanje potrebnih informacija u vezi sa kvalitetom zdravlja i postupanje po prigovoru pacijenata. Budući da je zdravstvena vlast u Danskoj trostepena (opštinska ili lokalna, regionalna i centralna), ista je 2012. godine uvela Zakon o finansijskoj stabilnosti koji omogućava svim opštinama i regijama da iz svojih budžeta mogu zadržati 1,5% sredstava za interne potrebe. Što se tiče centralne vlade, ista odobrava otvaranje ili puštanje u funkciju novih specijalizovanih ili zatvaranje postojećih, suvišnih zdravstvenih sadržaja i kapaciteta. (6) Javna zdravstvena potrošnja u 2016. godini u Danskoj iznosila je 5.205 \$ US po stanovniku ili vrlo visokih 10,4% bruto domaćeg proizvoda (BDP), što je svrstava na šesto mesto u Evropskoj uniji (EU). U istoj godini, oko 84% ukupnih zdravstvenih rashoda pokriveno je sredstvima iz budžeta, odnosno porezima čija je stopa na ukupni oporezivi dohodak utvrđena u iznosu od 8%. (18)

Uporedo sa javnim (državnim), u Danskoj funkcioniše i privatno zdravstveno osiguranje. U izveštaju Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj (*Organisation for Economic Cooperation and Development – OECD*) za 2016. godinu stoji da su privatni izdaci za zdravstvenu zaštitu iznosili 831 \$ US po glavi stanovnika, ili skoro 1,7% bruto domaćeg proizvoda (BDP). (3) Stanovnici Danske, prema pomenutom zakonu, imaju mogućnost izbora između dve različite kategorije zdravstvene zaštite. Prva kategorija uključuje mahom lekare opšte medicine koji su za svoj rad plaćeni kombinovano, preko glavarine i osnovne naknade za pružene zdravstvene usluge, slično kao i u Velikoj Britaniji. U ovu kategoriju svrstano je blizu 99% danskih stanovnika. Osiguranici koji pripadaju drugoj grupi (njih je svega 1%) imaju mogućnost da u slučaju potrebe, pored lekara opšte medicine, posete bilo kog specijalistu pod uslovom da su spremni da participiraju u pokrivanju zdravstvenih troškova nastalih po osnovu njihove posete. [22] Stanovnici Danske imaju kvalitetno zdravlje i po tome su uspešniji od stanovnika većine drugih država članica Evropske unije (EU). Veliki broj danskih stanovnika je zadovoljan kvalitetom svog zdravlja i ne obazire se na značajne razlike u primanjima, bez obzira što u državama članicama Evropske unije (EU) vlada uverenje da stanovnici sa većim primanjima poseduju bolje zdravlje od onih sa nižim. Budući da je u Danskoj trajanje ljudskog veka prilično produženo (sa 77,9 godina u 2005. na 80,6 godina u 2015. godini), sve je više starih lica koja su izložena različitim zdravstvenim problemima. Međutim, danski zdravstveni sistem sa puno uspeha sprečava nastajanje kardiovaskularnih oboljenja i moždanog udara, tako da je stopa smrtnosti od infarkta miokarda svedena na jednu od najnižih među državama članicama Evropske unije (EU).

Uticao je socijalnih bihejvioralnih faktora koji prouzrokuju određene poremećaje i rizike u ponašanju uglavnom je povoljan. Na primer, uživanje duvana je u poslednjih deset godina doživelo oštar pad, što je poseban uspeh, međutim, Danci, kako

odrasli tako i adolescenti, nekontrolisano konzumiraju alcohol, po čemu su vodeća nacija u Evropskoj uniji (EU). Ova socijalna devijacija je u direktnoj vezi sa stopom smrtnosti koja je veća u Danskoj nego u većini drugih država članica. Uopšte govoreći, danski zdravstveni sistem je dobro organizovan, tehnološki opremljen, efektan i veoma otvoren, što omogućava osiguranicima neograničen pristup svim vidovima zdravstvene zaštite. U njemu je angažovano najviše medicinskih sestara po stanovniku u Evropskoj uniji (EU), a na 100.000 stanovnika dolazi 294 lekara. (15) Jedan je od ne samo evropskih već i svetskih lidera u korišćenju savremene info-tehnologije, zbog čega je njegova informatička infrastruktura prvorazredna. Uz određene dopune uskoro će biti potpuno integrisana, što obećava visok stepen sektorske interoperativnosti. Visoku zdravstvenu tehnologiju za sada najviše koriste zaposleni u sektoru primarne zdravstvene zaštite u kojoj gotovo svaki lekar ima elektronsku evidenciju koja upotpunjava kliničku funkcionalnost. (16) Ovakvom uspehu u razvoju danskog zdravstvenog sistema najviše su doprinele zdravstvene reforme pokrenute 2007. godine. Njihov cilj da objedine trostepenu zdravstvenu vlast na dobrobit budućeg razvoja, da ublaže porast zdravstvene potrošnje, pospeše kvalitet zdravstvene zaštite i unaprede politiku u javnom zdravstvu, skoro je u potpunosti realizovan.

Francuska

Zdravstveni sistem u Francuskoj je od strane Svetske zdravstvene organizacije (*World Health Organization – WHO*), koja je kao kriterijume za ocenu koristila organizaciju u celini, dostupnost i kvalitet zdravstvenih usluga, 2008. godine bio proglašen za najbolji u svetu. (35), (10) Jednim delom se finansira po modelu socijalnog osiguranja, odnosno po osnovu uplate doprinosa u za to namenske fondove, zbog čega se još naziva i fondovski i na osnovu drugih izvora, poput namenskih poreza i direktne naplate od osiguranika (*out of pocket*). Prema Zakonu o socijalnoj sigurnosti (9), uređeno je socijalno osiguranje koje obezbeđuje zaštitu od rizika: 1. bolesti, materinstva, invalidnosti i smrti, 2. nezgode na radu i profesionalne bolesti, 3. starosti i smrti bračnog druga i 4. porodični (dečji) dodaci. Obavezno zdravstveno osiguranje u Francuskoj utvrđeno je u okviru sistema socijalne sigurnosti i simbioza je javnih i privatnih davalaca usluga i subjekata zdravstvenog osiguranja. Javno (državno) osiguranje se finansira na teret poslodavaca i fizičkih lica (zaposleni). Najvažniji izvor finansiranja obaveznog zdravstvenog osiguranja su doprinosi za zdravstveno osiguranje koje su poslodavci i zaposleni obavezni da plaćaju. Učešće doprinosa u prihodima iz kojih se finansira zdravstveno osiguranje je 42%. Pre reformi iz 1998. godine, doprinosi su iznosili 12,8% na dohodak poslodavaca, odnosno 6,8% na teret fizičkih lica (zaposleni). Nakon sprovedenih reformi, odnosno donošenjem Zakona socijalnoj sigurnosti 2001. godine, stopa doprinosa je kumulativna i iznosi 13,55%. Poslodavac uplaćuje 12,8%, a zaposleni 0,75%. Pre reformi stopa doprinosa na teret

fizičkih lica (zaposleni) iznosila je 6,8%, da bi nakon njihovog sprovođenja bila svedena na sadašnju koja iznosi 0,75%. Utisak je da se radi o radikalnom smanjenju, ali nije tako. Prostor koji je stvoren smanjenjem nameta na zaposlena lica popunjen je uvođenjem namenskih poreza na igre na sreću i na sve vrste kockanja.

Privatno zdravstveno osiguranje u Francuskoj oblik je dopunskog zdravstvenog osiguranja. Koristeći ovo pravo osiguranici mogu da ostvare samo dopunsku (komplementarnu) zdravstvenu zaštitu od rizika obolevanja. Imajući u vidu da obavezno zdravstveno osiguranje samo delimično pokriva troškove zdravstvenih usluga, privatno osiguranje je pozvano da pokrije razliku između pune cene medicinskih proizvoda i zdravstvenih usluga i naknade njihovih troškova. Treba istaći da se ne mogu zaključivati ugovori o privatnom zdravstvenom osiguranju, da bi se izbeglo obavezno zdravstveno osiguranje ili da bi se obezbedile zdravstvene usluge na čije korišćenje imaju pravo samo nosioci obaveznog zdravstvenog osiguranja. Dopunsku zdravstvenu zaštitu u Francuskoj obezbeđuju tri vrste privatnih osiguravača: 1. društva za uzajamno osiguranje, 2. akcionarska društva za osiguranje i 3. ustanove za štednju, s tim što društva za uzajamno osiguranje, koja se osnivaju i funkcionišu na načelima uzajamne pomoći i solidarnosti, tradicionalno imaju dominantnu ulogu na tržištu privatnog zdravstvenog osiguranja. (28) Budući da je privatno zdravstveno osiguranje komplementarno javnom, udeo direktnog plaćanja zdravstvenih usluga (*out of pocket*) je ipak najmanji među državama članicama Evropske unije (EU).

Što se tiče izdvajanja za zdravstvenu potrošnju iz bruto domaćeg proizvoda (BDP), ona su podložna odstupanjima od jednog do drugog instituta koji objavljuje takve podatke. Tako je za 2011. godinu Francuska za potrebe zdravstvenog sektora iz bruto domaćeg proizvoda (BDP) izdvojila 11,6% ili 4.086 \$ US po glavi stanovnika, što je bilo znatno više od proseka u državama članicama Evropske unije (EU), dok je za 2015. godinu izdvajanje iznosilo 11,5% ili 4,508 \$ US. Francuska vlada finansira javnim sredstvima između 70% i 80% izdataka za zdravstvo, a za pacijente sa teškim oboljenjima i celih 100%, (2) dok je pravilo da svi građani moraju plaćati doprinose za obavezno zdravstveno osiguranje. Prema poslednjim propisima lekari opšte medicine imaju funkciju čuvara „zdravstvenog trezora”. U njihovim rukama je gusto sito kroz koje kod lekara specijalista mogu proći samo oni pacijenti koji imaju opravdan razlog. Međutim, Zakon o zdravstvenoj sigurnosti osiguranicima garantuje potpunu slobodu izbora lekara, s tim što nema ograničenja da li je isti zaposlen u javnoj ili privatnoj zdravstvenoj ustanovi. Zdravstveni sistem u Francuskoj funkcioniše na impresivan način zbog jasno podeljenih uloga i visokog stepena odgovornosti među nosiocima funkcija i kreatorima politike. Odgovornost vlade se svodi na praćenje, korekciju i standardizaciju (fiksiranje) kretanja troškova lečenja i drugih izdataka vezanih za pružanje/korišćenje zdravstvenih usluga. Ministarstvo zdravlja vodi direktne pregovore sa proizvođačima farmaceutskih proizvoda i drogerijama oko cena lekova i nastoji da iste stavi u ravan sa prosečnim prodajnim/kupovnim u susednim državama članicama Evropske unije (EU). Vlada je takođe odgovorna za ispravno

upravljanje obezbeđenim finansijskim sredstvima i zbog toga vrši stalni nadzor nad institucijama zdravstvenog osiguranja kako bi bila sigurna da primljene iznose troše u skladu sa namenama. Inače, ono što francuski zdravstveni sistem čini posebnim je impozantan obuhvat stanovništva zdravstvenim osiguranjem od 99,9% (21), što znači da su, pored građana Francuske, određenim programima obuhvaćeni i strani državljani. I pored velikih uspeha, odgovorni u zdravstvenom sistemu čine dodatne napore da obezbede manju zdravstvenu potrošnju, visok zdravstveni kvalitet, zavidan uspeh u lečenju pacijenata, što nižu stopu smrtnosti stanovništva u svim kategorijama i visok stepen zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga. (24)

Uprkos kvalitetima po kojima je francuski zdravstveni sistem prepoznatljiv u okviru Evropske unije (EU), isti se ne može pohvaliti konstantnim dotokom finansijskih sredstava ni u budžete, ali ni u fondove. Uostalom, to je primarni problem u celom svetu, pa i u državama članicama Evropske unije (EU), i samim tim i u Francuskoj. Zbog pomenute prepreke koja nije jedina, među osiguranicima vlada strah zbog mogućeg uvećanja tarifa za direktno plaćanje (*out of pocket*). Pored problema sa finansiranjem obima zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja, sistem se najčešće suočava sa raspoređivanjem lekara i drugih zdravstvenih radnika. To znači da se ne postiže mnogo zbog činjenice da u Francuskoj na 100.000 stanovnika dolazi 208 lekara i 965 medicinskih sestara, (12) ukoliko problem predstavlja njihov odlazak u nedovoljno atraktivna geografska područja. Da bi se ovaj problem rešio, francusko Ministarstvo zdravlja preduzelo je niz mera za efektivnije promovisanje uslova za zapošljavanje, ali i duže ostajanje lekara i drugih zdravstvenih radnika u nedovoljno razvijenim regijama. Treći krupan problem je permanentan odlazak lekara (naročito iz javnog sektora), što je i više nego jasan signal za uzbunu, jer postoji bojazan da istih uskoro neće biti dovoljno. Zato je Ministarstvo zdravlja na ovo pitanje odgovorilo „otvaranjem” *numerus claususa*, čime je jednostavno povećalo kvotu upisa za medicinske škole za 6%, sa kojima se započelo septembra 2017. godine.

Francuska je, kao i mnoge druge države, suočena sa asocijalnim ponašanjem svojih građana. U prvo vreme se smatralo da su asocijalni istupi posledica pripadanja siromašnijim slojevima društva, nejednakosti u pristupu zdravstvenim i drugim sadržajima, ali vreme je pokazalo da nije tako. Mnogi dobrostojeći pripadnici francuske populacije su više skloni uživanju duvana, konzumiranju alkohola, opijata i statičnom životu nego što je slučaj sa siromašnim. Različiti oblici negativnog ponašanja svakodnevno uvećavaju stopu smrtnosti od nezaraznih bolesti i sve agresivnije gojaznosti. Pojačana državna politika može uticati na smanjenje socijalne nejednakosti, ali ne poseduje mehanizme da promeni bihejvioralnu mapu naročito mladih francuskih građana. Životni vek francuskog građanina je značajno povećan i iznosi 79 godina za muškarce i 85 godina za žene, što otvara pitanje, dokle bi se pomerile navedene granice da poroci nisu viši od proseka među državama Evropske unije (EU). Iako je uživanje duvana i konzumiranje alkohola smanjeno u poslednjih deset godina, poročno

ponašanje Francuza je više od proseka u državama članicama Evropske unije (EU) sa tendencijom porasta.

Velika Britanija

Sistem Nacionalne zdravstvene službe (*National Health Service – NHS*) u Velikoj Britaniji, pored Engleske, obuhvata Severnu Irsku, Škotsku i Vels. Poznat je i kao Beveridžov (*William Beveridge*) model zdravstvenog osiguranja, jer ga je, kao pandan Bizmarkovom modelu, pomenuti lord formalno ustanovio u Engleskoj 1942. godine. Beveridžov model koriste još i Irska, Kanada, Danska, Finska, Kraljevina Švedska, Italija, Španija, Portugalija i Grčka, s tim što nekima od navedenih isti nije osnovni model, a to znači da postoje i drugi oblici zdravstvenog osiguranja. (16) Velika Britanija za potrebe Nacionalne zdravstvene službe (*National Health Service – NHS*) izdvaja 9,9% iz svog bruto domaćeg proizvoda (BDP). Njegove osnovne karakteristike su da se sve zdravstvene aktivnosti finansiraju javnim (državna) sredstvima, dakle iz državnog budžeta, da je obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom potpun i dostiže 99% ukupne populacije, da je građanstvu obezbeđen slobodan pristup zdravstvenim uslugama, kao i da je obezbeđena javna kontrola svih tokova finansijskih sredstava. Za isti je vezan poseban kuriozitet, javno (državno) vlasništvo nad zdravstvenom imovinom, dakle, zemljištem, zgradama, smeštajnim zdravstvenim kapacitetima, opremom i svim drugim sadržajima koji se koriste u svrhe zaštite ljudskog zdravlja je dominantno. Državne institucije (posebno Ministarstvo zdravlja) odlučuju o projektovanju mreže odgovarajućih zdravstvenih kapaciteta, propisuju mere i načine organizovanja i vođenja zdravstvenih aktivnosti i upravljanja istim i postavljaju zadatke Nacionalnoj zdravstvenoj službi (*National Health Service – NHS*).

U epicentru pomenute službe se nalazi lekar opšte medicine. Isti je oličenje instituta poznatog kao kućni lekar i plaćen je po broju pacijenata uz bonus koji zavisi od broja pruženih zdravstvenih usluga. Broj zaposlenih zdravstvenih i nezdravstvenih radnika na kraju 2017. godine iznosio je 1.187.000, od čega je 113.000 lekara i 320.000 medicinskih sestara, dok ostatak čine druge kvalifikacione grupe. (19) Prema istom izvoru, samo godinu dana pre, dakle, 2016. godine broj zaposlenih je iznosio 1.164.000 od čega 111.000 lekara i 319.000 medicinskih sestara. U 2017. godini zabeležen je zanemarljiv rast zaposlenih lekara od 1,02% i medicinskih sestara od samo 1%. (31) Među lekarima koji su zaposleni u Nacionalnoj zdravstvenoj službi (*National Health Service – NHS*) veliki je broj pripadnika raznih nacionalnosti, tako da je od tri lekara jedan obavezno stranac. Preko 21.000 su Evropljani, dok su izvan kontinenta najbrojniji Indijci, Pakistanci, Nigerijci i Egipćani. Inače na 100.000 stanovnika dolazi 182 lekara i 675 medicinskih sestara. Multinacionalnost se shvata kao lepak koji zdravstveni sistem čini skladnom zajednicom, učvršćuje njegovu humanu strukturu i doprinosi ukupnom funkcionalnom kvalitetu. Uprkos kvalitetima koji su karakteristični za

ovu službu (poznata kao najveći pojedinačni obveznik sistema zdravstvene zaštite u svetu), britanski mediji su 2017. godine objavili, da je Komisija za praćenje kvaliteta zdravstvene zaštite (*Care Quality Commission – CQC*) dala nepovoljne informacije: sistem Nacionalne zdravstvene službe (*National Health Service – NHS*) je isuviše napregnut, blizu je pucanja po šavovima i ima nesigurnu budućnost.

Nacionalna zdravstvena služba svoje aktivnosti u velikoj meri finansira od naknada naplaćenih u skladu sa promenama koje su 2014. godine izvršene u Zakonu o imigraciji. Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti (*Health and Social Care Act 2012*) koji je stupio na snagu u aprilu 2013. godine, svim pravim stanovnicima Velike Britanije dato je pravo na besplatno korišćenje svih zdravstvenih usluga koje se pružaju na jednom mestu. Poznata besplatna zdravstvena zaštita na mestu upotrebe predstavlja negovanje temeljnih principa koje je vlada postavila prilikom osnivanja Nacionalne zdravstvene službe (*National Health Service – NHS*) 1948. godine. To praktično znači da pravo na besplatnu zdravstvenu zaštitu „na mestu upotrebe” ima svako lice koje ima potpun i legitiman status dobijen na osnovu prijavljenog prebivališta u Velikoj Britaniji, bez obzira na nacionalnu pripadnost. U ovu kategoriju korisnika ne spadaju nerezidentni britanski građani. (31) Primetno je da je, ipak, sigurnost građana ugrožena osipanjem zdravstvenog osoblja, što je, prema nekim mišljenjima, vezano za nesposobnost vlade da ispuni svoja obećanja. Samo u toku 2016. godine broj lekara opšte medicine smanjen je za 1.200.000 što je sigurno u nekim područjima izazivalo zabrinutost kod osiguranika, (8) bez obzira što je u pitanju jedan od najvećih zdravstvenih poslodavaca na svetu, ali i potrošač sredstava namenjenih zaštiti zdravlja engleskih građana.

Više milijardi £ Sterlinga se troši u sektoru primarne zdravstvene zaštite, ali i na drugim područjima zdravstva uključujući bolesnike lečene u privatnim zdravstvenim ustanovama, negu u privatnim bolnicama, samofinansirajuće lečenje, privatne stomatološke usluge i nabavku lekova i drugih medicinskih proizvoda. Vispreni ekonomisti su izračunali, da se u jednoj sekundi za pružanje svih usluga koje pružaju zaposleni u Nacionalnoj zdravstvenoj službi (*National Health Service – NHS*) potroši 4.300.000 £ Sterlinga. Od 1948. godine, kada je predloženi Zakon o nacionalnoj zdravstvenoj službi (*National Health Service – NHS*) stupio na snagu, uspostavljena je mogućnost korišćenja privatnog zdravstvenog osiguranja koje danas koristi oko 8% stanovništva. To je u najvećem broju slučajeva dodati iznos sumi pod kojom su pružene zdravstvene usluge u domenu Nacionalne zdravstvene službe, što se posmatra kao naknada za prošireni obim njihovog korišćenja. Vlada Velike Britanije je uspešna u prikupljanju opštih poreza i u politici finansiranja zdravstvenog sektora, gde se kao dobar primer uzima 2014. godina, kada je za njegovo funkcionisanje u budžetu izdvojeno 110.000.000.000 £ Sterlinga. Udeo privatne zdravstvene potrošnje rapidno raste. U toku 2010. godine ona je iznosila 4.100.000.000 £ Sterlinga, da bi 2016. godine dostigla fantastičnih 8.700.000.000 £ Sterlinga. (8) To je veliki problem sa kojim će se ubuduće stalno suočavati i teško nositi Nacionalna zdravstvena služba

ukoliko oficijelna britanska politika ne promeni svoj kurs i započne da uređuje sistem u skladu sa novim, savremenijim a ne tradicionalnim receptima veoma zahtevnih britanskih građana.

Nacionalna zdravstvena služba (*National Health Service – NHS*) je za 2020. i 2021. godinu, predvidela 30.000.000.000 £ Sterlinga za finansiranje akcija za borbu protiv bihejvioralnih incidenata. Vlada očekuje da će ova sredstva efektuirati u pozitivnom pravcu, jer bi to značilo pravi izbor mera njene politike. Ministarstvo zdravlja Velike Britanije ulaže velike napore da ostvari pomak u postizanju pozitivnih rezultata na izmeni ponašanja njenih građana. Uživanje duvana, alkohola i narkotika posebno među mladima je na visokom nivou. Ovi poroci su, kao i svugde u svetu, dopunjeni problemima psihosomatskih poremećaja i socijalnih devijacija. Zvaničnicima u zdravstvenom sektoru Velike Britanije se mogu uputiti prekori, da ne primećuju da su navedene devijacije produkt nepravilne procene kvaliteta zdravlja njenih građana i razlike u obrazovanju i primanjima. Zato su i rezultati nezadovoljavajući, bez obzira što su u mnoge aktivnosti za borbu protiv socijalne ugroženosti uključena i deca ispod 5 godina. Polazeći od ove činjenice, Komisija za praćenje kvaliteta zdravstvene zaštite (*Care Quality Commission – CQC*) nije pogrešila kada je informisala javnost o mogućem pucanju šavova. Naime, centrala za Hitnu medicinsku pomoć je na broju 999 u 2015. godini primala preko 25.000 poziva dnevno i, nažalost, nijedan nije bio lažan. Ovoliki broj poziva je alarmantan, ali je istovremeno najbolja provera strpljenja operatera kao jedne od najvažnijih osobina u njihovom poslu. Zaposleni u Nacionalnoj zdravstvenoj službi u Velikoj Britaniji svakodnevno od korisnika zdravstvenih usluga (u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, stacionarima, bolnicama i sl.), njihove rodbine, ali i od drugih građana doživljavaju neprijatnosti na radnom mestu u vidu uznemiravanja, zlostavljanja ili neposrednog ugrožavanja. Tokom 2014. godine zaposleni su u 14% imali loša iskustva sa fizičkim nasiljem i čestim suočavanjima sa velikim brojem osoba kod kojih su dijagnostifikovani psihološki poremećaji. Samo u toku 2014. godine podneto je 57.100.000 recepata za izdavanje antidepresiva, što je preko 100% više nego pre 10 godina. Pogubno je što je ovaj problem najprisutniji kod mladih osoba među kojima od pet lica obavezno jedno doživljava anksioznost ili neki oblik depresije.

Zaključak

Zdravstveni sistem u svakoj državi članici Evropske unije (EU) je, prema svojoj strukturi, vitalni socijalni segment čiju svrhu i funkcionisanje najbolje razumeju one osobe koje aktivno učestvuju u kreaciji njegovog kvaliteta. Njegovo formiranje, funkcionisanje i razvoj je u službi zdravlja građana, dakle, primarne premise ljudske vrednosti koja nema alternativu. Prema tome, uloga zdravstvenog sistema je bez premca kada je u pitanju negovanje i unapređenje ljudskog zdravlja. U okviru istog

se mora podvući značaj stručnog kadra, savremene tehnologije oličene u medicinskoj opremi i instrumentariju, koja definiše njegovu korektnu strukturu i visoku organizaciju usmerenu na realizaciju mnoštva ciljeva, među kojima je očuvanje ljudskog zdravlja cilj bez premca. Budući da se zdravstveni sistem posmatra kao savremeni sklop u kome sve njegove komponente besprekorno funkcionišu, treba naglasiti da se kao takav začeo i oblikovao pod uticajem programa ubrzane industrijalizacije. Programi su duboko ukorenili očekivanja da će njen veći stepen razvoja direktno doprineti zdravstvenoj ekspanziji, što se i dogodilo pred kraj XX veka, kada su neki zdravstveni sistemi u svom razvoju doživeli pravi *boom*. To je svojstveno zdravstvenim sistemima onih država članica Evropske unije (EU) koje su svesrdno nastojale (mnoge su i uspele) da preko ispravne zdravstvene politike ubrzaju nacionalni zdravstveni uspon, da redistribucionim procesima ostvare materijalno blagostanje, pravilnu raspodelu na osnovu društvenih potreba i da zdravstvenu sigurnost podignu na veći nivo.

Funkcija finansiranja zdravstvene zaštite u državama članicama Evropske unije (EU) značajnija je od svih drugih javnih funkcija jer određuje kvalitet ljudskog zdravlja i donosi presudnu odluku kada i koliko treba investirati u njegovu zaštitu i unapređenje. Belčer, Mosialos i drugi pozvani autoriteti tvrde da je zdravo stanovništvo u okviru Evropske unije (EU) univerzalni i za sve najsigurniji resurs, tako da nije važno koji sistem zdravstvenog osiguranja je na snazi ili kako se finansira zdravstvena zaštita, već je bitno kakav je zdravstveni bilans građanstva u praksi. Naime, nijedan od navedenih načina pribavljanja potrebnih finansijskih sredstava ne uliva potpunu sigurnost, da će, s obzirom na rapidan porast zdravstvenih rashoda, prihodi za njihovo pokrivanje biti dovoljni i konstantno održivi. Zato odgovorni za funkcionalnost zdravstvenog sistema u državama članicama Evropske unije (EU) utvrđuju strategiju njegovog razvoja koja je bitan dokument u kome postoje osetljiva mesta na kojima može doći do pucanja poluge sigurnosti, što u krajnjem prouzrokuje mnoge protivrečnosti. One su najčešće u politici finansiranja poslovnih procesa, u rešavanju kadrovskih pitanja i nepostojanja adekvatnih uslova za pravovremenu primenu naučnih i tehnoloških dostignuća. Mnoge strategije ne dožive da budu primenjene, što nije dobra solucija, zato se očekuje da će svoj puni doprinos na izmeni stanja u tom pravcu dati ekspertna grupa Evropske unije (EU) koja je zadužena za ocenu funkcionisanja sistema primarne zdravstvene zaštite. Pomenuta trenutno radi na identifikaciji alata i metodologije za ocenu postignutih rezultata. Predstavljanje konačnih izveštaja nagovešteno je do kraja 2018. godine. Prve informacije su da zdravstveni rashodi u skoro svim državama članicama Evropske unije (EU) rapidno rastu, da su vrlo visoki i da za njihov rast nije od naročitog značaja da li se finansijska sredstva za njihovo servisiranje obezbeđuju iz budžeta, ubiranjem poreza i drugih fiskaliteta (Velika Britanija, Finska, Italija, Irska) ili od uplate doprinosa u fondove za zdravstveno osiguranje (Nemačka, Francuska i države Beneluksa).

Pomenuto bežanje od medicinskog obrazovanja u državama članicama nije problem novijeg datuma. Države članice koje su svesne njegove težine i koje su u

stanju da primene strategiju uvoza već gotovih medicinskih stručnjaka, ne prezaju od angažovanja istih i ne obaziru se na štetu koju pričinjavaju drugima. Na drugoj strani, praksa je da nerazvijene države upisuju prekobrojne studente medicine skoro do nivoa hiperprodukcije i mnogi od njih će krenuti tamo gde mogu ostvariti svoje snove. Njihova mobilnost biće usmerena tamo gde se bude nudio veći novac i veća mogućnost materijalnog, karijernog i stručnog napredovanja. Konačno, vremenom je shvaćena istina da je uticaj evropske politike na determinisanje zdravlja uopšte u Evropi dugo vremena bio nedovoljan. Razlog tome je što se latentno verovalo, da sve akcije koje idu u tom pravcu nemaju sinhrono dejstvo sa praksom i da zato izostaju željeni rezultati. Međutim, zadnjih godina se formula totalno promenila tako da je njen uticaj snažniji, a uspesi su veći. Ono što su korektne strategije postavile to se i obistinilo, tako da zdravstveni sistemi koji su dobro organizovani izražajno utiču na nacionalni i evropski prostor, zaštitu i unapređenje zdravlja, mehanizme jednakosti, unakrsno subvencionisanje troškova i decentralizaciju zdravstvenih sektora.

Literatura

1. Akcioni program Zajednice u oblasti zdravlja (2007–2013). P6TA 0093. Brisel, Evropski parlament, Savet Evropske unije (EU).
2. Ballas, D., Dorling, D., Hennig, B. *The Human Atlas of Europe*. Bristol: Policy Press. 2011, p. 79.
3. Bech, M. “Restructuring Hospital Planning Denmark”. *Health Policy Monitor*. Health Economics Research Unit University of Southern Denmark. Archived from the original on 2011-11-18.
4. Berridge V. *Public Health Activism*. *British Medical Journal* (335), 2007, pp. 22–29.
5. Borhart, K. – D. Abeceda prava Evropske unije, Kancelarija za publikacije Evropske unije, Luksemburg, 2013, str. 129.
6. Britnell, M. *In Search of the Perfect Health System*. London: Palgrave. 2015, p. 88.
7. Busse, R. B., Figueras, R. J. *Social health insurance systems in western Europe* /World Health Organization. Regional Office for Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies*. Issue Date: 2004, p. 112.
8. Campbell, D. (editor *The Guardian*), *Health policy* (15 August 2016). “How much is the government really privatising the NHS”. Via *The Guardian*.
9. Chevreur, K., Perronin, M. *France. Health system review*, *Health Systems in Transition*, Vol. 12, No. 6/2010, World Health Organization, 2010, pp. 221–244.
10. Cline, M. “The Health Care system i Want is in France”. *ABC News*. (April 15, 2009).
11. European Commission, *State of Health in the EU: Companion Report*, Chapter 4. *Creating a health workforce resilient to future challenges*, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2017, p. 71.
12. Eurostat, 2013 or 2014.
13. Hervei, T. K., Mekhejl, J. V. „Zakon o zdravstvu Evropske unije”. Kembridž, 2004, str. 21.

14. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/The_EU_in_the_world_-_health.
Posećeno: 8 april 2018, 23: 37.
15. Kierkegaard, P. Health in Denmark: A Case Study. *Journal of Medical Systems*, December, 37 (6): 2013, p. 14.
16. Klein, R. "Why Britain's conservatives support a socialist health care system." *Health Affairs* 4#1 (1985): pp. 41–58.
17. Mary, S., Weinrich, M. "Home-and Community-Based Long-Team Care: Lessons from Denmark". *Gerontologist*. 41 (4): 2001, pp. 474–480.
18. Mossialos, E., Wenzl, M. 2015 *International Profiles of Health Care Systems*, Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States, London School of Economics and Political Science, Robin Osborn and Dana Sarnak, The Commonwealth Fund, January, 2016, p. 180.
19. "NHS Staff Headcounts"
<https://www.google.rs/search?ei=LsjMWog9jKeyAYHYjOAI&q=%22NHS+Staff+>.
Posećeno: 11. april 2016. 12: 34.
20. Offe C. *Advanced Capitalism and the Welfare State*, journal: *Politics and Society* Vol. 2. No 4/1972, pp. 479–488.
21. Polton, D. "Recent reforms affecting private health insurance in France", *Euro Observer*, Vol. 6, No. 1/2004, pp. 4–5.
22. Protti, D. J., Bowden, T. and Johansen, I. 2009. "Adoption of Information Technology in Primary Care Physician Offices in New Zealand and Denmark, Part 5: Final Comparisons". *Informatics in Primary Care*, May 2009 17(1): pp. 17–22.
23. Radić, I. Vodič kroz pridruživanje Evropskoj uniji. Edicija: Vodiči, ISAK fond, centar za međunarodne i bezbednosne poslove, uz podršku Savezne Republike Nemačke i ambasade Nemačke u Beogradu, Beograd, 2007, str. 29.
24. Rodwin, V. G. "*NIH & American Journal of Public Health*". *American Journal of Public Health*. 93 (1): (10 September 2002, pp. 31–37).
25. Saltman, R. B., Busse, R., Figueras J. *Social health insurance systems in Western Europe*. Berkshire/New York: Open University Press/McGraw-Hill, 2004, p. 174.
26. Smith, S., Baylis, J. *The Globalization of World Politics*, Oxford Press, New York, 2011, p. 14.
27. Svetska zdravstvena organizacija (SZO). *Komisija za socijalne determinante zdravlja, 2008*.
28. Thomson, S., Mossialos, E. "Private health insurance and access to health care in the European Union", *Euro Observer*, Vol. 6, No. 1/2004, pp. 1–4.
29. Templton, Dž. M. *Knjiga životnih zakona, 200 večnih duhovnih načela iz celog sveta*. Mladinska knjiga, Beograd, 2012, str. 520.
30. Totić, I. *Ekonomika zdravstva*. Državni univerzitet u Novom Pazaru, Novi Pazar, 2016, str. 343.
31. "[UK Dentist Prices – Compare NHS and Private Dental Treatment Costs](#)".

- <https://www.google.rs/search?q=%22UK+Dentist+Prices+%E2%80%93+Compare>.
Posećeno: 10. april 2018, 16: 23.
32. “White Paper”, Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013’ COM (2007) 630 final, p. 3.
 33. Wismar, M. Na kraju svi odu u SAD ili Kanadu, Prva konferencija srpske medicinske dijaspore od 2–4. septembra 2010. godine. Glasnik, Lekarska komora Srbije, Beograd, 6/2010, str. 24–30.
 34. Wismar M., Palm, W., Figueras J., Ernst K., van Ginneken E. Cross-border health care in the European Union, Mapping and analysing practices and policies, World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, p. 47.
 35. *World Health Organization Assesses the World’s Health Systems*. Who. int. 8 December 2010.