
Mirko Štifanić

GLOBALIZACIJA I ZDRAVSTVO

Prof. dr. sc. Mirko Štifanić, Medicinski fakultet, Rijeka
Stručni rad

Globalizacija kao kompleksan suvremeni društveni proces izaziva brojne izazove s kojima su suočene europske države, pa tako i Hrvatska. Promjene utemeljene na neoliberalnom modelu i u zdravstvo uvode tržišna načela. Modeli europskih zdravstvenih sustava izloženi su riziku, jer je zdravstvena dimenzija potisnuta u drugi plan, odnosno prepušta se «tržištu». Država se postupno odriče svojih obveza/brige za zdravlje građana, a zdravstvene reforme temelje se na stvaraju predodžaba ili, bolje rečeno, na iluziji da se s manje (novca) može postignuti više (zdravlja). Političari gube povjerenje među građanima.

Globalizacija ima dvostruki učinak: bogatijima otvara nove mogućnosti, a siromašnjima nove restrikcije. Za našu, pa i europsku zdravstvenu tradiciju to predstavlja kulturnu mijenu, odnosno promjenu koja se temelji na ekonomskim interesima, te zanemarivanju socijalnih, društvenih, duhovnih i zdravstvenih potreba čovjeka. To donosi mutaciju kulture. Pravo na zdravlje sve je češće tek formalno opće ljudsko pravo, a u zbilji sve rjeđe. Stoga je sve manja društvena prihvatljivost takvog modela zdravstva, odnosno njegova «uporabna vrijednost». To će utjecati na podjelu povijesti zdravstva na dva razdoblja: a) prije i b) nakon globalizacije.

Prije globalizacije u zdravstvu postoje samo dva aktera: liječnik i pacijent. Između njih nema ljudskih, administrativnih ni tehničkih posredničkih struktura. Njihov je međusobni odnos profesionaliziran, zasniva se na povjerenju i uključuje kvalitetnu komunikaciju. Liječnikov je pristup individualiziran, a u prvom je planu dobrobit pacijenta kao pojedinca, bez obzira na platežne mogućnosti. U donošenju odluka o dijagnozi i liječenju liječnik je potpuno autonoman. Naime, njegove su odluke plod vlastitih prosudbi stanja pacijento-

va zdravlja/ bolesti utemeljenih na teorijskom znanju i praktičnom iskustvu.

Međutim, globalizacija u sustav zdravstva uvodi sustav formalne racionalnosti, a to mijenja sve, pa i profesionalno ponašanje, odnosno kulturu liječnika, sestre i dr. Sociolog Josip Županov (1996.) racionalizaciju zdravstva analizira putem sljedećih dimezija:

- efikasnost
- kalkulabilnost
- predvidljivost
- kontrola.

Efikasnost

Više je nego očito da globalizacija u zdravstvu nameće kretanje prema većoj efikasnosti. U sklopu toga snažan je pritisak, primjerice, da se standardiziraju medicinske aktivnosti i poduzimaju druge mjere s ciljem povećavanja efikasnosti.

Kalkulabilnost

U profitnim zdravstvenim organizacijama prirodna je kvantifikacija različitih aspekata liječničke prakse, poput utroška vremena po jednom pacijentu i ukupnog broja pregledanih pacijenata dnevno, mjesečno, odnosno godišnje. Da bi povećala dobit, organizacija nastoji smanjiti troškove, a to znači smanjiti utrošak vremena po pacijentu i povećati broj pregledanih pacijenata. Ujedno, treba napustiti dugotrajne dijagnostičke i terapijske postupke, ali ne samo to. Naime, ne primaju se pacijenti koji ne ulijevaju povjerenje da će moći platiti račun, ili će se primati samo one čija vrsta bolesti pruža izgled za veliki profit. Međutim, tako ne djeluju samo profitne organizacije nego sve zdravstvene birokracije. Naime, čak i neprofitne organizacije, pod pritiskom globalizacije, zapošljavaju profesionalne menadžere i formiraju sofisticirane sustave računovodstva koji omogućavaju bolju kalkulabilnost (Županov, 1996.).

Predvidljivost

Prije globaliziranja zdravstva svaki liječnik prakticirao je medicinu na svoj način pa je ona bila nepredvidljiva djelatnost. Danas globalizacija od zdravstva traži ponašanja koja će biti predvidljiva, a to se postiže nizom pravila, regulacija, naputaka i kontrola. Sada su akcije liječnika, na određenom mjestu i u određeno vrijeme, slične akcijama liječnika na drugom mjestu i u drugo vrijeme. To je osobito cilj profitnih organizacija, jer predvidljive akcije vode većoj profitabilnosti. Osim toga, oni koji plaćaju račune nastoje kontrolirati troškove. Stoga se liječniku više ne može dopustiti da sam, neovisno o prosudbi koliko je pretraga potrebno i koliko dana pacijent mora provesti u bolnici – to određuju (na temelju «prosjeka») oni koji plaćaju račune (Županov, 1996.). Za trošenje iznad «prosjeka» predviđene su negativne sankcije. Međutim, u najnovije vrijeme uvode se pozitivne novčane sankcije, odnosno uvodi se novčana stimulacija liječniku da «štedi» na štetu pacijenata. Ta se «štednja» ne odnosi samo na uskraćivanje potrebnih lijekova nego i na odbijanje otvaranja bolovanja u slučajevima kad je to očigledno potrebno. Poznati su slučajevi da se odbije bolovanje kada netko dođe liječniku s povišenom temperaturom, upalom grla i drugim simptomima gripe. Sve to govori da je u nas – rebus sic stantibus – (kako stvari sada stoje) iluzorno očekivati da bi primarna zdravstvena zaštita mogla evoluirati u obiteljsku medicinu, a liječnik opće prakse u obiteljskog liječnika u doglednoj budućnosti, zaključuje akademik Županov (2003.).

Kontrola

Kao i svi racionalni sustavi, i zdravstvo tendira da od ljudskih tehnologija kontrola prijeđe na ne-ljudske tehnologije. Od nezavisne subjektivne prosudbe liječnika prelazi se na prosudbe koje određuju birokratska pravila i regulacije. Subjektivna prosudba nadomješta se tehnološkom prosudbom, te se približava vrijeme kad će kompjutor davati polaznu, pa i konačnu dijagnozu. Ukratko, liječnik koji iz torbe vadi nekoliko primitivnih instrumenata doista je prošlost. Postao

je dispečer koji upućuje pacijente specijalistima (koji u globaliziranom zdravstvu ne mogu raditi bez «svojih» aparata). No najgore je što globalizacija povećava broj organizacija za kontrolu. Kako je birokracija hijerarhijski strukturirana, sve češće liječnika će kontrolirati menadžeri i administratori koji uopće nisu liječnici. Međutim, nije to sve. Kako medicinski uređaju postaju sve složeniji, liječnik će sve manje biti sposoban razumjeti ih i kontrolirati. Kontrolu će preuzimati medicinska tehnologija i stručnjaci koji ju stvaraju i njome rukuju, a preko njih to će činiti fondovi iz kojih se zdravstvo plaća (Županov, 1996.).

Posljedice

Glavno obilježje globalizacije zdravstva jest racionalizacija. To ima neke pozitivne, odnosno racionalne (razumne) posljedice poput napretka tehnologije s ciljem spašavanja života, te ublažavanje rasta troškova za zdravstvo. Ali kao i svaki racionalni sustav, racionalizirano zdravstvo stvara niz iracionalnosti za: a) liječnika, b) pacijenta, te c) zdravlje nacije (Županov, 1996.).

Za liječnika iracionalnosti proizlaze iz gubitka kontrole nad vlastitim radom, koju je ranije ograničavala samo kontrola kolege i zahtjevi pacijenata. Sada se povećava eksterna kontrola socijalnih struktura i institucija, a u njima menadžera i birokrata. Gubitak kontrole izvor je sve većeg nezadovoljstva poslom i bitna dimenzija otuđenja. Stoga globalizacija zdravstva može voditi k demistifikaciji struke, čak i gubitku grupne karizme, čemu pridonosi i sve viša obrazovna razina pacijenata. U tom procesu gubi se izazov i uzbuđenje. Na taj se način narušavaju bitni elementi profesije poput gubitka autonomije, kršenja profesionalne etike, kada se ne smije pružiti potpuno i kvalitetno liječenje onome tko ne može platiti troškove. Tome valja dodati slabljenje društvene moći profesije i opadanje profesionalnog standarda, što je u biti - deprofesionalizacija. Pored «akutne» deprofesionalizacije moguća je i «tiha» («puzajuća») koja je bila na djelu u svim socijalističkim zemljama (Županov, 1996.). U globaliziranom svijetu «tiha» se deprofesionalizacija pojavljuje u svim ra-

zviženim zemljama, pa i u zemljama u tranziciji. Njezine posljedice (ni)je teško predvidjeti. Neke su već osjetili pacijenti i liječnici.

Pacijent se osjeća kao objekt na traci (posljedica efikasnosti); gubi personalni odnos s liječnikom i drugim osobljem (posljedica predvidljivosti); osjeća se kao broj u sustavu, a ne kao osoba (posljedica kalkulabilnosti); kao i liječnik, sve više osjeća kontrolu velikih struktura i institucija (HZZO-a i Ministarstva zdravstva) koje su mu daleke, indiferentne i nedodirljive. Konačno, pacijent je sve više u interakciji s impersonalnim tehnologijama i tehničarima. Ukratko, rezultat mnogih aspekata globalizacije, a u sklopu nje i racionalizacije, sve je veća dehumanizacija i depersonalizacija medicinske prakse (Županov, 1996.).

Sa stajališta narodnog zdravlja racionalizacija, odnosno globalizacija može imati neočekivane posljedice: opadanje kvalitete medicinske prakse i pogoršanje zdravlja pacijenata. Smanjivanje kvalitete usluge radi smanjenja troškova i povećanja profita posebno će pogoditi siromašnije. Neki će ljudi postati bolesniji i čak umrijeti zbog racionalizacije zdravstva. Kao da se ostvaruje Illicheva (1977.) osuda u knjizi «Medical Nemezis»: institucionalizirana medicina postala je najveća pogibelj za zdravlje (Županov, 1996.).

Zaključak

I u zdravstvo se umiješala (neoliberalna) politika globalizacije. Njezino je glavno obilježje racionalizacija, koja ima neke pozitivne i brojne negativne posljedice. Zdravstvo postaje stvar zatvorenih krugova i političkih interesa ministara i vlada. Oni donose zakone o zdravstvenoj politici koji za njih ne vrijeđe.

Sigurno je da se proces globalizacije i/ili racionalizacije ne može zaustaviti, jer oni koji bi željeli – ne mogu, a oni koji mogu – ne žele. Može li se, ipak, što poduzeti da zdravstvo učinimo društveno prihvatljivijim? Potrebno je reafirmirati zdravlje kao opće društveno dobro, a pravo na zdravlje kao univerzalno ljudsko pravo, što će poštovati svako društvo s ciljem da zdravlje pojedinca ne ovisi o platežnoj sposobnosti, položaju u društvu i sl. Država, dakle, mora

solidarno osigurati pravo na zdravlje svima. O tome se treba i može postignuti novi društveni ugovor (Orešković, 1997.), odnosno konsenzus o zdravstvu (Cornaglia-Ferraris, 1999.). U protivnom, proces globalizacije zdravstva značit će snižavanje kvalitete i ograničavanje kvantitete u zdravstvu. Želi li to izbjeći, Hrvatska kao europska država mora organizirati minimum zdravstvene solidarnosti kako bi izbjegla ugrožavanje društvenog napretka i slabljenje društvenog kapitala koji u nas nije visoko razvijen (Pavić-Rogošić, 2007.). S time bi jačala društvenu koheziju i doprinijela etabliranju zdravstveno prihvatljive Europe.

Literatura:

- Županov, J. (1996.), McDoctors. Ratio i razum u suvremenoj medicini, *Hrvatsko gospodarstvo*, br. 79/1996., Zagreb.
- Illich, I. (1997.), *Nemezi medica*, Mondadori, Milano.
- Županov, J. (2003.), Kamo to u nas ide primarna zdravstvena zaštita?, *Vjesnik*, Zagreb.
- Orešković, S. (1997.), *Novi društveni ugovor*, Razvoj i okoliš, Zagreb.
- Cornaglia-Ferraris, P. (1999.), *Camici e pigiami*, Editori Laterza, Roma-Bari.
- Pavić-Rogošić, L. (2007.), Nedostatak povjerenja koči razvoj, *Novi list*, 4. 3. 2007., Rijeka.