



УНИВЕРЗИТЕТ У ПРИШТИНИ
ЕКОНОМСКИ ФАКУЛТЕТ

Мр Сања Добричанин

**ДЕФИНИСАЊЕ МОДЕЛА ФУНКЦИОНИСАЊА
ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА ПРИМЕНОМ МЕТОДА И
ТЕХНИКА САВРЕМЕНОГ МЕНАџМЕНТА**

Докторска дисертација

Косовска Митровица, 2016.

ИДЕНТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

<i>I. Аутор</i>
Име и презиме: Сања Добричанин
Датум и место рођења: 11.04. 1973. Ђаковица
Садашње запослење: Економски факултет у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици
<i>II. Докторска дисертација</i>
Наслов: Дефинисање модела функционисања здравственог система применом метода и техника савременог менаџмента
Број страница: 317
Број слика: 38
Број табела: 22
Број библиографских података: 268
Установа и место где је рад израђен: Економски факултет у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици
Научна област (УДК): Стратегијски менаџмент
Ментор: Проф. др Срећко Милачић
<i>III. Оцена и одбрана</i>
Датум пријаве теме: 14.10.2013.
Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације: 152/14; 28.02.2014.
Комисија за оцену подобности теме и кандидата: 1. Проф. др Срећко Милачић, председник -ментор 2. Доц. др Драгић Марић, члан 3. Проф. др Божидар Лековић, члан
Комисија за оцену докторске дисертације: 1. Проф. др Божидар Лековић, председник 2. Доц. др Драгић Марић, члан 3. Проф. др Срећко Милачић, ментор
Комисија за одбрану докторске дисертације: 1. Проф. др Божидар Лековић, председник 2. Доц. др Драгић Марић, члан 3. Проф. др Срећко Милачић, ментор
Датум одбране докторске дисертације:

САДРЖАЈ

УВОД	1
------------	---

ГЛАВА I

ОПШТИ АСПЕКТИ РАЗВОЈА МЕНАЏМЕНТА У ЗДРАВСТВУ

1. МЕНАЏМЕНТ У ЗДРАВСТВУ, ПОТРЕБА И ПРИОРИТЕТ ДРУШТВЕНЕ ЗАЈЕДНИЦЕ	9
2. ФУНКЦИЈЕ МЕНАЏМЕНТА	11
2.1. Планирање	11
Дефинисање визије, мисије и циљева организације	12
Планови као резултат процеса планирања	14
2.2. Организовање у здравственом менаџменту	15
2.3. Вођење.....	19
2.3.1. Мотивација.....	21
2.3.1.1. Стратегије радне мотивације.....	22
2.3.2. Менаџмент људских ресурса	24
2.3.2.1. Менаџмент људских ресурса у здравству	26
2.3.2.2. Развој и планирање људских ресурса у здравству	28
2.3.2.3. Планирање и организација људских ресурса у здравству са освртом на одређене земље региона	31
2.3.2.4. Миграције здравствених радника и њихов утицај на квалитет и стабилност здравственог система	37
2.3.3. Менаџери у здравству и њихове карактеристике.....	40
2.3.3.1. Врсте менаџера	42
2.3.3.2. Менаџерске улоге – начин обављања менаџерских функција	43
2.3.3.3. Карактеристике успешног менаџера у здравству	45
2.3.4. Комуникација у здравственом менаџменту	48
2.3.5. Тимови и тимски рад.....	51
2.3.6. Здравствени информациони систем и e-health – фактор успешности здравствене делатности.....	53
2.4. Контрола – завршна фаза процеса здравственог менаџмента	57

ГЛАВА II

МЕНАЏМЕНТ И ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМИ

1. ИСТОРИЈАТ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА И ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ	59
2. РАЗВОЈ ЗДРАВСТВА У СРБИЈИ	60
3. ПОЈАМ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА.....	62
4. КЛАСИФИКАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНИХ СИСТЕМА.....	64
5. КОМПОНЕНТЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА	66
6. НИВОИ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА	69
7. ОДГОВОРНОСТ НА РАЗЛИЧИТИМ НИВОИМА ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА	73
8. ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ – ПРЕДУСЛОВ УСПЕШНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА	75
8.1. Историјат здравственог осигурања	75
8.2. Најзначајнији модели здравственог осигурања	78
9. ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА – ОДРЕДНИЦА ФУНКЦИОНИСАЊА ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА	85
10. СВЕТСКА ЗДРАВСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА И ЊЕНА УЛОГА У РАЗВОЈУ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА	91
10.1. Светска здравствена организација у србији	96
10.2. Светска здравствена организација у црној гори	97

ГЛАВА III

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМИ У ПОЈЕДИНИМ ЗЕМЉАМА

1. ВЕЛИКА БРИТАНИЈА	99
2. САВЕЗНА РЕПУБЛИКА НЕМАЧКА	104
3. РЕПУБЛИКА ФРАНЦУСКА.....	110
4. АУСТРАЛИЈА.....	116
5. КРАЉЕВИНА ШВЕДСКА.....	123
6. РЕПУБЛИКА ИТАЛИЈА.....	126
7. СЈЕДИЊЕНЕ АМЕРИЧКЕ ДРЖАВЕ	128
8. ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ СРБИЈЕ	142

8.1. Реформа здравственог система Србије	144
8.2. Здравствено осигурање у Србији	154
8.3. Анализа здравствене службе Србије.....	157
8.4. Институције здравственог система Србије	159
8.5. Финансирање здравственог система Србије	160
8.6. Здравствено законодавство у Србији.....	167
9. ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ ЦРНЕ ГОРЕ	169
9.1. Реформа здравственог система Црне Горе	170
9.2. Систем здравственог осигурања у Црној Гори и извори финансирања здравственог система Црне Горе.....	178
9.3. Анализа здравствене службе Црне Горе.....	181
9.4. Здравствена политика Црне Горе	184
9.5. Правни прописи на подручју здравствене заштите и здравственог осигурања у Црној Гори.....	190

ГЛАВА IV

ФИНАНСИРАЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

1. МОДЕЛИ ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ.....	193
2. МОДЕЛИ ПЛАЋАЊА ДАВАЛАЦА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА.....	199
2.1. Систем плаћања путем плате	200
2.2. Плаћање по здравственој услузи	201
2.3. Плаћање по болничком дану.....	201
2.4. Плаћање по основу унапред одређеног буџета	201
2.5. Плаћање по основу капитације	202
2.5.1. Капитација у Републици Србији.....	204
2.5.2. Капитација у Црној Гори	207
2.6. Нови модели финансирања здравствених услуга	209
2.6.1. Casemix	209
2.6.2. Дијагностички сродне групе ДСГ (Diagnosis Related Groups - DRG)	209
2.6.2.1. Искуства у примени ДСГ	211
2.7. Клинички путеви и њихова улога у финансирању здравствених услуга	221

ГЛАВА V

ОЦЕНА ЕФИКАСНОСТИ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА ПРИМЕНОМ МЕТОДА И ТЕХНИКА САВРЕМЕНОГ МЕНАЏМЕНТА - Студија случаја на репрезентативном скупу земаља ОЕЦД-а, Србије и Црне Горе

1. БЕНЧМАРКИНГ (BENCHMARKING).....	224
1.1. Процес бенчмаркинга	225
1.2. Задаци и потреба увођења бенчмаркинга.....	227
2. БЕНЧМАРКИНГ У ЗДРАВСТВУ	228
3. БЕНЧМАРКИНГ АЛАТ – DATA ENVELOPMENT ANALYSIS.....	231
4. МЕРЕЊЕ ЕФИКАСНОСТИ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА	232
4.1. Студија случаја на одабраном скупу земаља ОЕЦД-а, Србије и Црне Горе ...	232
4.2. Примењена методологија.....	236
4.3. Резултати мерења ефикасности	247
5. ЕВРОПСКИ ЗДРАВСТВЕНИ ПОТРОШАЧКИ ИНДЕКС – ОЦЕНА НИВОА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ.....	255
ЗАКЉУЧАК	264
ЛИТЕРАТУРА	272

УВОД

Здравствена делатност и систем су области од посебног значаја како за државу, друштво тако и за појединце. Здравствени систем, један је од најважнијих подсистема друштвеног система и истовремено мерило његовог квалитета, достигнутог нивоа развоја и показатељ његове перспективе.

Време промена које са собом доноси транзицију читавог друштвеног система укључујући и здравствени систем, као императив намеће потребу примене основних постулата савременог менаџмента и у тој области. Менаџмент, научна дисциплина, теорија, пословна вештина и уметност има задатак да свима онима који желе да се докажу у актуелним, турбулентним условима пословања, помогне у разумевању и превазилажењу бројних препрека које се намећу на путу ка успеху. Често се описује као функција чији је циљ да се на ефикасан начин обезбеде и користе људски напори и физички ресурси, како би се постигао неки циљ. Он као активност постоји у свим организацијама, профитним и непрофитним, и неопходан је кад год људи желе да сарађују при обављању неког задатка.

Проучавање менаџмента у једној од најкомплекснијих и најосетљивијих људских делатности као што је здравство резултат је свеукупних промена савременог окружења друштва. Улагање у здравље је најзначајније улагање за одрживи развој друштва. Здрави грађани су темељ развоја сваке земље, јер само здрави људи доприносе укупном и економском развоју једне државе. Стога, менаџмент у здравству представља потребу и приоритет сваке друштвене заједнице. Менаџмент у здравству постаје неопходна функција чији је циљ решавање комплексних проблема са којима се суочава ова специфична делатност. Инсистирање на увођењу ефикасног и ефективног менаџмента у подручје здравства, кроз савремене моделе и технике које ће применити и на одговарајући начин спровести школовани професионалци (менаџери) за циљ имају остваривање позитивних резултата и одговарајућег квалитета пословања.

Са друге стране, реформе у здравству су постале светски феномен последњих двадесет година XX века. Једно од кључних средстава за спровођење тих реформи постаје менаџмент. Неколико година уназад термин *менаџмент у здравству* изазивао је негативну конотацију и отпор и често се сматрао помодарством. Међутим, захваљујући позитивним искуствима које је менаџмент обезбедио његовом применом у привреди, убрзо се почиње развијати и

прихватати и у ванпривредним делатностима, па и у сегменту здравствене заштите. Менаџмент у здравству постаје истовремено наука и вештина без које је незамисливо ефикасно функционисање здравственог сектора. То је процес којим се планирају, усмеравају, контролишу и координирају ресурси и процедуре помоћу којих се задовољавају потребе и потражња за здравственим и медицинским услугама.

Основни задатак и циљ менаџмента у здравству је да допринесе приступачној, континуираној и висококвалитетној здравственој заштити кроз услуге које су прилагођене потребама, жељама и очекивањима становништва. У том смислу менаџмент је фокусиран на ефикасност тј. правилно коришћење ресурса, обезбеђење правовремених информација, предвиђање околности и прилагођавање променама у окружењу.

Предмет истраживања ове докторске дисертације је сагледавање улоге и значаја менаџмента, тј. примене његових метода и техника у здравственој делатности, односно здравственом систему. У вези са назначеном проблематиком и предметом истраживања детерминише се и циљ истраживања докторске дисертације који кроз сагледавање и анализу актуелног стања треба да укаже на проблеме са којима се суочавају здравствени системи и да на основу тога предложи могућа решења која би за коначан резултат имала стварање новог ефикасног модела здравственог система, заснованог на примени метода и техника савременог менаџмента.

Намера аутора је била да се у истраживању, на основу дефинисаног предмета и циља истраживања, а на основу спроведеног теоријског истраживања, тестирају следеће хипотезе:

- Процес глобализације светског пословања намеће потребу изучавања и примене менаџмента у свим привредним и непривредним делатностима;
- Промене које се дешавају задњих деценија попримају континуелни карактер и здравствени систем прихвата менаџмент као механизам за избегавање опасности хаотичног окружења Улагање у здравље је најбитније улагање за одрживи развој друштва.
- Менаџмент има кључни утицај на успешно функционисање здравственог система и увођење и примена модерних концепата, менаџмент метода и техника обезбеђује подизање нивоа његовог квалитета пословања и функционисања.
- Ефикасност здравственог система може се одредити применом метода и техника савременог менаџмента.
- Дефинисање модела функционисања здравственог система може се остварити применом метода и техника савременог менаџмента.

У изради дисертације и спровођењу одговарајућих истраживања примењено је више метода. Методом дескрипције, у оквиру теоријско – сазнајног дела рада описана су стања и значајније

појаве у здравственом систему, као и примена менаџмента у њему. Методом анализе разлагао се садржај сложених појава, процеса и поступака управљања у здравственом систему на простије делове, ради њиховог ближег сагледавања. Такође, спроведен је и процес синтезе у циљу спајања разложених-проучених делова области менаџмента у здравственом систему у (нову) целину.

Историјском методом сагледан је међуоднос менаџмента и здравства у претходном периоду, а компаративном методом као поступком поређења, утврдиле су се сличности, истоветности, разлике и супротности, чиме се створила основа за оцену успешности примене менаџмента у здравственом систему.

Методом класификације груписани су и разврставани општи појмови, процеси и појаве у здравственом систему и примени менаџмента у њему, према одређеним критеријумима на одговарајуће подврсте. Наведена метода је коришћења и приликом груписања података добијених истраживањем. У оквиру истраживачког дела коришћена је и Data Envelopment Analysis (DEA), техника непараметарског линеарног програмирања за процену релативне успешности/ефикасности здравствених система.

Метода индукције, као облик мишљења и логичког закључивања користила се при поласку од познатих појединачних и посебних појава – процеса у менаџменту здравствених система, ка непознатом и општем. Дедукцијом, као супротним процесом мишљења од индукције, закључивало се о посебним и појединачним случајевима у менаџменту здравствених система, на основу општих ставова усвојених у науци (Менаџменту).

Дисертација се састоји од пет издвојених тематских целина.

У **првој глави** докторске дисертације разматрани су општи аспекти развоја менаџмента у здравству као и његова улога и значај за друштвену заједницу. Менаџмент у здравству се одвија кроз четири функције: планирање, организовање, вођење и контролу. Планирање се односи на креирање жељених будућности и избора начина за њихово остварење. У здравственом сектору планирање је неопходно како би се обезбедио адекватан квалитет будућних здравствених услуга. Процес планирања заснован је на рационалном аналитичком приступу: дефинисање проблема, одређивање циљева, коришћење информација за доношење одлука, спровођење изабране опције, разматрање и процена резултата. Уједно, ова функција представља један од најбољих начина за побољшање пословних перформанси.

Након завршене активности планирања, у којој се доносе одлуке о мисији и циљевима, плановима, програмима и стратегијама, следи активност организовања. У оквиру организовања здравствени менаџери морају обезбедити ресурсе, дефинисати послове и конкретне задатке, извршити поделу рада, одредити активности и људе који су неопходни за остварење постављених циљева. Организовање има за циљ да обезбеди да сви задаци

неопходни за испуњење циљева буду додељећи и да их добију они који их могу на најбољи начин извршити.

Трећа функција здравственог менаџмента, вођење, уједно је и најдинамичнија. Вођење представља интегрални део процеса менаџмента који се остварује са људима и преко људи да би се постигао одговарајући резултат. Вођење подразумева инспирисање и мотивисање људи да напорно раде како би остварили постављене циљеве. Вођење укључује мотивацију, лидерство, тимове и тимски рад и комуникацију. У оквиру ове функције потребно је посебно анализирати лидерство, људске ресурсе, мотивацију, комуникацију и тимове и тимски рад. Лидерство, често дефинисано као феномен XXI века, од кључног је значаја за перспективу здравства. Уколико тежимо конкурентном и ефикасном здравственом систему лидерство постаје нужност, а не опција. У којој је мери лидерство потребно у здравству, које концепте лидерства је могуће применити само су нека од питања на која је потребно дати одговоре. Један од главних задатака менаџмента у здравству је обезбеђење потребног особља, односно људских ресурса. Управљање људским ресурсима подразумева обезбеђење и распоред квалификованог особља на радна места у разним оперативним јединицама здравствених организација. Људски ресурси су од кључног значаја за ефикасност и квалитет здравственог система. Тај ресурс у здравственом систему у свим земљама чини највећу појединачну ставку у укупној потрошњи за здравље (образовање, плата, континуирана едукација). Учинак здравственог система зависи од броја, квалификованости, оспособљености и мотивисаности радне снаге.

Питање мотивације је веома сложено и комплексно, а сам термин мотивације у данашњем менаџменту се често помиње. Здравствени систем, као све комплекснији и компликованији систем због саме природе здравствене делатности, исказује јаку потребу за добрим вођењем и мотивисањем како би запослени у здравственим организацијама били и ефикаснији и ефективнији у процесу пружања услуга. Успешно мотивисање запослених подразумева примену одређених стратегија што је и задатак здравственог менаџера. Свака стратегија радне мотивације има за циљ да задовољи потребе запослених кроз одговарајуће организационо понашање. У поступку објашњења значаја мотивације не треба занемарити важност здравственог менаџера у управљању мотивацијом запослених у здравственом сектору као и мотивисање њих самих у циљу успешног остварења планираних циљева и задатака. Значајно место у процесу мотивације заузима комуникација. Ова активност је подједнако важна за све функције здравственог менаџмента. Комуникација је крвоток сваке организације, према томе и здравствене. Она је потребна за успешно дефинисање и остваривање циљева, утврђивање планова за њихово остваривање, избор и организовање људског ресурса на најуспешнији начин као и вођење, мотивисање и усмеравање односа у радном окружењу.

Анализирајући значај људског ресурса веома је битно дотаћи се и тимског рада, једног од услова за побољшање квалитета услуга здравственог система. У здравственом систему квалитет пружене услуге безусловно зависи од координације и комуникације између здравствених професионалаца. Тим је радна група која се формира ради олакшања комуникације и координације унутар организације или ван ње. Здравствени менаџер има посебну одговорност за развој тима. Он је често једина особа која контактира са тимом као целином, као и са појединцима из тима. Како би утицао на успешност тима он мора користити те релације у циљу стварања баланса између овлашћења која се преносе на појединца и овлашћења тима, индивидуалног доприноса и сарадње.

И на крају, контрола представља последњу функцију менаџмента. Она подразумева перманентну проверу остварења циљева у односу на план, са циљем сагледавања и отклањања слабости и грешака и спречавања њиховог евентуалног понављања. Успешна контрола је основни фактор и одредница успешности сваке здравствене организације и система.

Друга глава је тежишно посвећена здравственом систему који се дефинише као један од најважнијих подсистема општег друштвеног система, чији је главни задатак унапређење и очување здравља људи. Светска здравствена организација према извештају из 2000. године здравствени систем дефинише на следећи начин: *Здравствени систем је скуп свих организација, институција и ресурса који предузимају здравствене акције у личној здравственој заштити и друштвеној здравственој служби да побољша стање људи.* Здравствени систем спада у групу најсложенијих друштвених система које карактерише динамичност, сложена структура, стохастичност и хијерархијска организација. Посматрано са аспекта опште теорије система здравствени систем је део већег, сложенијег система – друштвеног система и истовремено систем вишег реда у односу на своје подсистеме. Здравствени систем и његов положај зависи од актуелне политике коју држава води, социјалних утицаја и владајућих друштвених стандарда, финансијске ситуације и других утицаја који директно или индиректно утичу на систем.

Успешност здравственог система зависи од степена достигнућа следећих циљева: унапређење и очување здравља људи; адекватан одговор на очекивање и захтеве људи за здравственом заштитом и праведна финансијска расподела. Истовремено, успешност здравственог система је последица следећих фактора: учешће државе и њена политичка, социјална и финансијска одговорност и потпора; правилно оријентисан и професионалан здравствени кадар; одрживо финансирање, широка примена доступне и одговарајуће технологије.

Сваки здравствени систем је састављен од повезаних, сродних елемената који директно условљавају квалитет и његово функционисање. Структура и функционална повезаност елемената здравственог система било које државе може се анализирати на основу пет главних

компоненти упрошћеног модела здравственог система, од којих је свака, директно или индиректно, повезана једна са другом.

Његове основне компоненте су здравствени ресурси, организација и администрације, менаџмент, финансије и обезбеђивање и пружање здравствене заштите.

Развој здравствених ресурса у здравственом систему се односи на: људске ресурсе (лекари, стоматолози, медицински техничари и сестре и сарадници); установе (зграде и опрема) и средства (лекови и санитарски материјал). Организовање и администрације се односи на планирање и успостављање приоритета за постизање циљева, формулисање одговарајуће здравствене политике као и постизање одговарајуће „вредности за новац“ који је на располагању. Организација је од великог значаја за квалитет и ефикасност здравственог система и чине је здравствене власти једне државе, здравствено осигурање и његова организација, остале државне агенције које су делови система, невладине организације и приватни сектор са различитим нивоима самосталности.

На ефикасност и квалитет здравственог система битно утиче и квалитет менаџмента и менаџерских структура.

Систем здравствене заштите је обично организован на три нивоа:

- Примарном
- Интермедијарном или секундарном
- Централном или терцијарном нивоу

Сва три нивоа су међусобно и функционално повезана у јединствен систем, у коме виши ниво пружа подршку нижем, обезбеђује несметану проходност у складу са потребама, има јединствену медицинску документацију и информисање нижи ниво о третману.

Битан сегмент здравственог система представља и систем здравственог осигурања. Здравствено осигурање представља специфичан облик социјалног осигурања који за циљ има унапређење здравља становништва. Осигурање, у најширем смислу речи, представља такав облик организовања појединца или организација који су у сличној ситуацији ради смањивања ризика од тешких материјалних губитака. Материјални губици усред болести, радне неспособности и старости су губици које појединац и његова породица тешко могу да надокнаде. Због тога појединци и организације формирају заједничка финансијска средства која уплаћују када су здрави и способни, а користе када су болесни или неспособни.

У свету постоје различити модели организовања здравственог осигурања који се разликују према укључености у здравствени систем, начину финансирања, начину организовања, критеријуму обавезности и сл.

Поред осигурања, битна фактор успешности здравственог система је и усвојена здравствена политика. Светска здравствена организација здравствену политику дефинише као збир одлука

надлежног државног органа које представљају основ за остваривање дефинисаних циљева за унапређење здравља. Здравствену политику утврђује држава а спроводи се преко здравствених организација, здравствених радника и одговарајућег система здравственог осигурања. Изворни циљ сваке здравствене политике је унапређење здравља.

Опис здравствених система појединих држава и њихова компарација дата је у **трећој глави** ове дисертације. Поред значајнијих светских здравствених система детаљно су анализирани здравствени системи Србије и Црне Горе.

Имајући у виду да здравствена заштита представља саставни део целокупног друштвеног живота, данас се придаје велика важност организацији и финансирању здравствене заштите тј. води се рачуна колико се средстава издваја за потребе здравственог система и на који се начин та иста средства користе. Ова проблематика је предмет обраде **четврте главе** дисертације. Финансирање здравствене заштите подразумева континуирано и одрживо обезбеђење потребних средстава из свих расположивих извора без обзира на њихову изложеност утицају разноврсних фактора политичке, економске, техничке или друштвене природе. Појам финансирање односи се на начин на који се новац мобилише и како се користи.

Начин финансирања здравствене заштите директно одређује здравствени квалитет грађана и то на два начина која подразумевају правовремену доступност здравственим услугама и једнакост за све осигуранике у свим здравственим процедурама. Постоји неколико начина финансирања при чему треба истаћи да ни један модел не представља савршено решење за финансирање савременог здравственог система. Из тог разлога чак и развијене земље прибегавају комбинацији различитих модела почев од доприноса као основног механизма, укључујући и јавно здравствено осигурање, приватно здравствено осигурање и плаћање директно (из сопственог џепа).

Модел плаћања даваоцима здравствених услуга представља такође важан инструмент у промовисању развоја здравственог система и остваривању циљева здравствене политике. Он представља механизам за преношење средстава од купца здравствених услуга на пружаоца. Модел плаћања значи начин на који се новац дистрибуира од извора средстава (Влада, Фонд за здравствено осигурање или други финансијер који поседује средстава за здравствену заштиту) до здравствених установа (болнице, домове здравља и сл.) и индивидуалних провајдера (доктори, медицинске сестре и др.)

Начин плаћања здравствене услуге је од великог значаја јер утиче и на понашање давалаца тих услуга и на ниво и квалитет здравствене заштите што утиче на економску ефикасност система здравствене заштите.

И у овом случају не постоји универзални модел плаћања давалаца здравствених услуга (провајдера), већ се такође прибегава комбинацији више модела плаћања, у зависности од конкретних услова који владају у датом систему здравствене заштите.

Истраживачки део представљен је у **петој глави** дисертације. Ова последња глава компонована је од више јединица. Најпре је дато појмовно објашњење бенчмаркинга, затим су описани задаци, потребе, предности и недостаци његове примене као и његова улога у здравственој делатности. Након тога приказана је студија случаја мерења ефикасности здравственог система на одабраном скупу земаља ОЕЦД-а, Србије и Црне Горе. Затим је развијена методологија истраживања и презентован узорак истраживања. Након тога анализирају се добијени резултати, презентују закључци и дају препоруке за дефинисање модела функционисања здравственог система.

Све напред наведено указује на то да су здравствени системи сложене, променљиве и нестабилне организације за пружање услуга здравствене заштите. Модерни здравствени системи функционишу као отворени, сложени, динамички, флексибилни, зависни и хијерархијски системи чији је циљ унапређене здравља људи путем обезбеђивања здравствених услуга становништву на ефикасан начин.

Полазећи од тих чињеница примена метода и техника савременог менаџмента у области здравствене делатности могла би да буде од суштинске помоћи у креирању модерног здравственог система који би одговорио захтевима савремене здравствене политике инициране променама у окружењу.



**ОПШТИ АСПЕКТИ
РАЗВОЈА МЕНАЏМЕНТА
У ЗДРАВСТВУ**

ГЛАВА I

1. МЕНАЏМЕНТ У ЗДРАВСТВУ, ПОТРЕБА И ПРИОРИТЕТ ДРУШТВЕНЕ ЗАЈЕДНИЦЕ

Менаџмент, вештина и наука вуче корене још од првобитног човека и његовог сталног залагања да се непрекидним радом одржи у директној борби са природом. Обављање и најједноставнијих послова тог периода захтевало је одређене активности планирања, организовања и контроле. Прве трагове постојања и развоја менаџмента налазимо на просторима Далеког и Блиског Истока, Месопотамије, Кине, Египта, старог Рима.

Међутим, развој менаџмента као научне дисциплине везује се за задње деценије XIX века. Потреба за озбиљнијим проучавањем начина вођења и управљања јавља се са суочавањем човечанства са великом индустријском револуцијом и појавом великих пословних система. Генеза мисли о менаџменту, током историје, пратила је све техничко-технолошке проналаске које су на великим прекретницама човечанства усмеравали његов развој. За утемељивача менаџмента као научне дисциплине сматра се Frederick W. Taylor који је 1911. године издао књигу *Principles of scientific Management* у којој је теорија научног менаџмента описана као коришћење научних метода с циљем дефинисања *најбољег начина* за обављање посла.¹

Многи аутори на различите начине дефинишу менаџмент, а једна од најчешће коришћених дефиниција је да *менаџмент представља уметност извршавања посла помоћу људи*. Stoner J. менаџмент дефинише као процес планирања, организовања, вођења и контроле рада чланова организације и коришћење свих расположивих ресурса у постизању циљева организације. Он је фундаментално важан за успех свих организација и друштва у целини. За P. Drucker-а менаџмент је прича двадесетог века. Менаџери су синтисајзер који повезује ресурсе и имају способност да осете шансу и време за њену реализацију. У раду *Развој друштва знања*, Drucker о менаџменту каже: *Ми данас знамо да менаџмент представља генеричку функцију свих организација без обзира на то чиме се конкретно баве. Менаџмент је генерички орган друштва знања.*²

Менаџмент није ништа друго до обављање послова које захтева ангажовање одређеног броја људи у циљу реализације унапред дефинисаних задатака и циљева. Његов значај је неспоран за све делатности, привредне и ванпривредне као и за организације, како профитне тако и непрофитне. Захваљујући развоју менаџмента предузећа постају флексибилнија за промене које диктира пословно окружење, повећава се ефикасност коришћења расположивих ресурса као и мотивација што за крајњи резултат има већу успешност и конкурентност предузећа.

¹ Robbins, P. S., Coulter, M., 2005, *Менаџмент*, Београд, Дата статус, стр.28

² Лојпур, А., Куљак, М., 1998, *Менаџмент*, Подгорица, Економски факултет, стр. 4.

Управо, захваљујући оваквим искуствима и сазнањима, менаџмент налази своје место и примену у ванпривредном сектору па и у здравственој делатности.

Проучавање менаџмента у једној од најкомплекснијих и најосетљивијих људских делатности као што је здравство резултат је свеукупних промена савремене данашњице. Улагање у здравље је најзначајније улагање за одрживи развој друштва. Здрави грађани су темељ развоја сваке земље, јер само здрави људи доприносе укупном и економском развоју једне државе. Стога, менаџмент у здравству представља приоритет и потребу сваке друштвене заједнице. Менаџмент у здравству постаје веома значајна и неопходна функција чији је циљ решавање комплексних проблема са којима се суочава та специфична делатност.

Развој здравственог менаџмента у одређеном смислу је заостајао за развојем тзв. општег менаџмента што се може објаснити специфичностима везаним за здравствени систем и организације у односу на предузећа и друге облике привредних система. Основне карактеристике развоја здравственог система су:³

- *Здравствени систем није имао своју индустријску револуцију*
- *Значајна медицинска открића почела су да се дешавају тек крајем XIX и почетком XX века*
- *Овај систем је постао значајан подсистем друштвеног система тек после Првог, а нарочито после Другог светског рата*
- *На почетку свог развоја није био ни компликован ни комплексан*
- *Није био подесан за развој менаџмента због његове претежно друштвене а не комерцијалне делатности*
- *Здравствени систем је данас један од комплексних подсистема који се развијао захваљујући доприносу људи, науке комерцијалних фактора и других социјалних снага, а углавном без детаљног проучавања или систематског планирања*
- *Здравствени систем представља једну кохерентну целину састављену од много повезаних делова и компоненти*
- *Здравствени систем мора да буде креиран на начин који омогућава заједнички рад и међусобно прилагођавање његових саставних делова*
- *Рад на унапређењу здравља и здравствена заштита људи има своје специфичности у односу на класичан рад других организација и установа*
- *Успешност рада овог система, односно његову ефикасност и ефективност, није једноставно и лако мерити*

³Мићовић, П., 2008, *Здравствени менаџмент – менаџмент здравственог система и здравствених установа*, Београд, Обележја, стр. 49.

- *За успех неких мера и акција у развоју здравственог система потребан је дужи временски период.*

На развој здравственог менаџмента поред развоја општег менаџмента утицали су и сви они фактори који карактеришу здравствену делатност и здравствени систем као што је развој здравствене заштите, здравствене технологије и информационог система, схватање појма здравља и здравствене превентиве, место и улога здравственог менаџера и здравственог радника у процесу одлучивања и решавања актуелних проблема, реформе здравствених система и др. Имајући у виду све ове чињенице могло би се закључити да здравствени менаџмент представља све активности које обављају здравствени менаџери у оквиру одговарајуће здравствене организације применом одговарајућих ресурса у циљу успешног остварења постављених циљева.

2. ФУНКЦИЈЕ МЕНАЏМЕНТА

Менаџмент представља синтезу одговарајућих, међусобно повезаних функција у чијем су извршењу менаџери стално ангажовани. Према Henri Fayol-у менаџер треба да обавља пет менаџерских функција да би био успешан: планирање, организовање, координација, командовање и контрола.⁴ Међутим с временом је елиминисана функција координације, а функција командовања је преиначена у функцију вођења. У складу са тим може се закључити да су елементарне функције менаџмента:

- Планирање
- Организовање
- Вођење
- Контрола.

Све напред наведене функције су у служби остваривања основног циља менаџмента – обезбеђивање раста и развоја организације. Овакав менаџмент процес одговара свим организацијама, како профитним тако и непрофитним.

2.1. ПЛАНИРАЊЕ

Планирање представља примарну функцију менаџмент процеса, јер омогућава организовање посла, његову координацију и контролу у односу на постављене циљеве организације. У том смислу, то је функција која претходи осталим функцијама јер одређује оквире у склопу којих се оне спроводе.

⁴ Williams, Ch., 2010, *Принципи менаџмента – МGMT*, Београд, Дата статус, стр. 4.

Планирање није заокружена активност с јасним почетком и крајем. То је процес који непрекидно траје. Модерне здравствене активности одвијају се у окружењу које се непрекидно мења на начин који се не може нити предвидети нити контролисати. Оваква ситуација намеће потребу за планирањем јер је то једини начин на који се здравствени системи и организације правремено прилагођавају променама и обезбеђују своју егзистенцију. Значи, планирање је процес активног или пасивног прилагођавања променама у окружењу.⁵ Планирање је процес који омогућава реално предвиђање проблема, њихово анализирање, одређивање њиховог ефекта на активности и одлучивање о плану акција које ће довести до жељених резултата.

Планирање укључује дефинисање циљева организације, утврђивање стратегије за остварење тих циљева и савремено планирање како би се организациони рад интегрисао и координисао. Планирање обухвата и циљ (шта чинити) и средства (како чинити).⁶ Оно је пропусница за успешно пословање. Планирање трасира правац деловања менаџера и свих запослених у организацији; смањује несигурност приморавајући менаџера да гледа унапред, предвиди резултате промена као и реакцију на њих; смањује вишак активности и споредне активности и омогућава дефинисање циљева и стандарда који се користе при контроли. Једино планирањем може да се обезбеди најбоља искоришћеност ресурса, како материјалних тако и људских. Упркос наведеним предностима, многобројни аутори сматрају да планирање може да нашкоди организацији на неколико начина:⁷

- Спречава промену – организације су некада толико посвећене реализацији планова да једноставно не примећују да планови не дају жељене резултате,
- Ствара лажно осећање извесности – креатори планова понекад сматрају да тачно знају шта их очекује у будућности. Међутим, уколико су претпоставке погрешне извесно је да се планови неће успешно реализовати,
- Креатори планова често праве планове за нешто што не разумеју, зато што не учествују у свакодневним активностима. Израда реалних планова захтева упознатост планера са детаљима свакодневног пословања.

ДЕФИНИСАЊЕ ВИЗИЈЕ, МИСИЈЕ И ЦИЉЕВА ОРГАНИЗАЦИЈЕ

Један од првих корака у процесу планирања је стварање визије организације. Њеном дефинисању претходи процена и анализа средине која обухвата: анализу постојећих и потенцијалних конкурената у окружењу, садашњих и потенцијално будућих купаца,

⁵ Тодосијевић, Р., 2009, *Стратегијски менаџмент – теоријске поставке I*, Суботица, Економски факултет, стр. 208.

⁶ Robbins, P. S., Coulter, M., 2005, *Менаџмент*, Београд, Дата статус, стр.158.

⁷ Williams, Ch., 2010, *Принципи менаџмента – МГМТ*, Београд, Дата статус, стр. 78.

друштвених промена (као што су демографске промене које су великог значаја посебно за сектор здравства), регулаторних и акредитационих промена, промене у информационим технологијама (ИТ).

Визија је изјава о сврси или разлогу постојања организације. То је изјава о томе где менаџмент види организацију у наредном периоду. Визија представља оно што интересне групе (запослени, лекари, пацијенти) желе да организација буде испуњавајући своју сврху. Изјава о визији једне здравствене установе најчешће изгледа овако: *Наша организација (болница) жели да постане лидер на тржишту пружајући највиши квалитет здравствене заштите и неге уз најмање трошкове.*

*Визија се може дефинисати и као једна усмеравајућа сила која је резултат три компоненте: отворености, аналитичности и смисла за реалност. Отвореност је усмерена према вани, а аналитичност према унутра. Синтеза отворености и аналитичности мора се темељити на реалности, ако желимо да визија успе.*⁸

Мисија представља кратак опис кључних вредности организације. Она описује сврху организације или разлог постојања. Визија је фокусирана на будућност организације док је мисија дефинисана у садашњости. Мисија пружа неку врсту оријентира, она одређује смер али не и одредиште. Мисија здравствене организације представља водич за будуће акције у правцу који је дефинисан визијом. Мисија означава основни задатак здравствене организације, при чему мисија сваког одељења или сектора мора да буде у њеној функцији. Своју мисију здравствене установе остварују поштовањем принципа примарне превенције, етичких принципа и научних метода, креирањем здравствене стратегије, високоспецијализованим особљем на свим нивоима који безбеђују висок квалитет како у исходу лечења тако и у пружању услуга.

Свако планирање има одређену сврху, а то је дефинисање циљева и начина њиховог остварења. Циљеви су жељени исходи за појединце, групе или целокупне организације. Један од начина за успешно дефинисање циљева је коришћење *паметних* смерница. *SMART циљеви су конкретни, мерљиви, достижни, реални и добро темпирани.*⁹

У зависности о каквој је организацији реч зависи и циљ који она поставља. Профитне организације као примарни циљ наводе профит, док непрофитне за циљ имају остварење потребе неке конзистентне групе. У суштини, организације имају вишеструке циљеве који се могу дефинисати као примарни или секундарни. Када је о здравственим организацијама реч њихов примарни циљ би био:

⁸ Шофранац, Р., Шофранац, М., 2009, Усклађеност визије, мисије политике и стратегије – услов за ефикасно функционисање здравствене организације, *Шести научни скуп са међународним учешћем „Квалитет 2009“*, Неум, БиХ, 04-07. јуни, стр. 841.

⁹ Williams, Ch.: Принципи менаџмента – МGMT, Дата статус, Београд, 2010., стр. 79.

- Пружање примарне, секундарне или терцијарне здравствене заштите
- Пружање здравствене заштите по прихватљивој (разумној) цени
- Одржавање здравља и превенција од разних болести
- Научно-истраживачки рад
- Рад на унапређењу медицинског знања

Осим ових циљева, здравствене установе могу имати и друге циљеве као што су унапређење процеса управљања квалитетом, одржавање доброг рејтинга на тржишту здравствених услуга, успостављање и одржавање добре слике у друштвеној заједници, спровођења концепта друштвено одговорног пословања. Веома битан циљ за непрофитну здравствену установу је осигурање фискалног интегритета у оквиру расположивих финансијских средстава и буџета. За оне здравствене делатности које су организоване као профитне, добит је сигурно један од главних циљева.

Насупрот примарним циљевима који се могу дефинисати као циљеви организације (здравствене), секундарни (оперативни) циљеви су циљеви појединих одељења. Свако одељење мора имати свој јасно дефинисан циљ који је у функцији остварења општих примарних циљева организације.

С обзиром да се данас пословање обавља у окружењу кога карактерише динамичност и турбулентност, нормално је да таква ситуација често ствара потребу за променом циљева. Стога циљеви морају да буду флексибилни и прилагодљиви на промене како у унутрашњем тако и у спољашњем окружењу. Разматрање, ревидирање и ажурирање циљева мора да буде обавеза менаџера на свим нивоима.

ПЛАНОВИ КАО РЕЗУЛТАТ ПРОЦЕСА ПЛАНИРАЊА

Процес планирања је динамичан процес који подразумева дефинисање како циљева тако и начина за њихово остварење. Управо су планови средство за њихову реализацију и један од резултата процеса планирања. Планови су документа која утврђују начин остваривања циљева и документа која дају типичан опис расподеле ресурса, програма и других неопходних корака за постизање циљева.¹⁰

У свакој организацији планови имају више функција:¹¹

- Они садрже циљеве које треба постићи одређеним плановима на нижим нивоима
- Садрже средства за остварење циљева дефинисаних плановима на вишим нивоима
- Они су средство комуникације између чланова организације.

¹⁰ Ибидем, стр.160.

¹¹ Тодоровић, Ј., Ђурићин, Д., Јаношевић, С., 1998, *Стратегијски менаџмент*, Београд, Институт за тржишна истраживања, стр. 42.

Гледано са временског аспекта, планирање и планови могу бити на дуги, средњи и кратак рок. Тачне дефиниције дугорочног, средњорочног и краткорочног планирања зависе од нивоа менаџера у организацији, типа организације и врсте активности у којој је ангажован.

Топ менаџери су одговорни за креирање дугорочних стратешких планова који се односе на период од две до пет година. Планирање изнад пет година је доста непоуздано због сталних промена које прате савремено окружење. У здравственој делатности дугорочно планирање је потребно у свим оним случајевима стицања нових вештина и образовања, учења нових процедура и техника које су неопходна као резултат нових и различитих начина дијагностификовања и лечења одређених медицинских стања. Увођење нових технолошких решења, захтева планирање на дуге стазе због високих трошкова и времена потребног да се обезбеди опрема, адекватан простор, особље, њихова обука и др.

Средњорочним или тактичким плановима дефинишу се циљеви за период од шест месеци до две године. Ти планови садрже мање неизвесности него планирање на дуге стазе. Средњи менаџмент је одговоран за припрему и спровођење тих планова. Тактички планови показују како организовати ресурсе, буџете и људе да би се остварили конкретни циљеви дефинисани у мисији.

Оперативни планови се доносе за период од тридесет дана до шест месеци. Они су у надлежности менаџера најнижег нивоа. Планирање кратког домета захтева од менаџера (начелника) одељења да размотри природу и количину задатака који треба урадити, од стране кога и на који начин.

Интеграција, координација и балансирање планова различитих временских димензија је од суштинског значаја за успешност функционисања сваке организације. Краткорочни планови треба да подржавају средњорочне планове, што заузврат представља подршку дугорочном планирању. Дугорочно планирање не треба посматрати као активност одвојену или супротну од краткорочног и средњорочног планирања. Међутим, често постоји јаз између топ менаџмента и менаџмента нижег нивоа у погледу планирања. Тај јаз се често оправдава поверљивошћу података и планова. Ипак, у циљу успешне реализације задатака потребно је упознати запослене на свим нивоима са плановима и циљевима које треба постићи.

2.2. ОРГАНИЗОВАЊЕ У ЗДРАВСТВЕНОМ МЕНАЏМЕНТУ

Уско повезана функција са планирањем и друга фаза у процесу менаџмента је функција организовања. Организовање је утврђивање и спровођење задатака потребних за реализацију постављених циљева у једној организацији. Функција организовања, значи, врши расподелу посла и успоставља међузависност између чланова организације. Менаџмент предузећа користи организовање да што ефикасније комбинује материјалне и људске ресурсе,

прилагођавајући се условима у окружењу.¹² Наиме, организовање предузећа је управљачка активност из које проистиче одлука о дефинисању елемената у структури, додељивању задатака тим елементима и начину њиховог повезивања у целину.¹³

Резултат процеса организовања је стварање одговарајуће организационе структуре која показује како су напори организације повезани и интегрисани. Сврха организационе структуре је креирање амбијента у коме ће се одвијати делатност предузећа. Под организационом структуром се подразумева формалана подела послова унутар организације. Развијање и промена организационе структуре представља организациони дизајн. То је избор организационе структуре која одговара стратегији организације и окружењу у коме ће чланови организације реализовати стратегију.¹⁴

Процес формирања организационе структуре обухвата следећих шест кључних елемената и то: специјализацију посла, департаментализацију, ланац командовања, распон контроле, централизацију и децентрализацију и формализацију. У складу са поделом рада у свакој организацији долази до специјализације посла која подразумева да су појединци специјализовани за обављање једног дела посла а не за целокупан посао. Она се потврђује чињеницом да запослени не могу обављати све послове на адекватан и оптималан начин. Специјализација посла је достигла изузетно висок ниво захваљујући развоју науке, технологије и технике. Континуирани напредак и развој медицинске науке и технологије резултирао је већом специјализацијом стручњака, опреме и пружања услуге у оквиру здравствених организација. Већина запослених у здравственим организацијама је уско специјализовано за посао који обавља. Лекари настоје да остваре што већи ниво специјализације у оквиру својих занимања. Претходно наведена специјализација медицинске науке и технологије условила је веома сложену организациону структуру здравствених установа. Што је здравствена индустрија софистициранија то је и већа потреба за специјализацијом њених стручњака и особља. Оваква специјализација посла има својих предности а и недостатака. Са аспекта корисника (пацијента) омогућава висок ниво квалитета услуге тзв. *state-of-the-art care*, док са друге стране ствара велике проблеме у администрацији здравствених услуга због потребе за различитим организационим структурама у циљу координације ових специјалности.¹⁵

Департаментализација је процес груписања послова и њихово додељивање непосредним извршиоцима које што за резултат има формирање организационих јединица. Процес

¹² Ставрић, Б., Кокеза, Г., Милачић, С., 2004, *Менаџмент*, Приштина, Економски факултет, стр.168.

¹³ Стефановић, Ж., Петковић, М., Костић, Ж., Јанићијевић, Н., Бабић, В., 1999, *Организација предузећа – теорија, структуре, понашање, развој*, Београд, Економски факултет, стр. 130.

¹⁴ Stoner, Dž., Friman, E., Gilbert, D., 2002, *Менаџмент*, Београд, Зелнид, стр. 298.

¹⁵ Dunn, R., 2002, *Haimann's healthcare management*, Chicago, Health Administration Press, стр. 203.

департаментализације је карактеристичан за веће организације. У оквиру њих се стварају департмани на чијем се челу налазе менаџери који имају одређени ауторитет, овлашћена али и одговорност за пословање дела организације који они воде. У оквиру здравствене установе (болнице) то би била нпр. одељења хирургије, гинекологије или у оквиру Клиничког центра – нпр. Клиника за хирургију или Клиника за гинекологију. У суштини постоји пет форми груписања послова или департаментализације:

- Функционална
- Производна
- Географска (територијална)
- Према купцима
- Матрична департаментализација

Најчешће примењиван облик департаментализације је функционална департаментализација. Она се односи на груписање послова према функцијама. Овај облик департаментализације обезбеђује ефикасно коришћене ресурса, олакшава и побољшава координацију између запослених, олакшава њихово професионално усавршавање.

Код производне департаментализације послови се групишу по производима. Производна департаментализација у здравству подразумева формирање одељења на основу *производа*, нпр. одељење за хирургију, гинекологију, онкологију, радиологију или кардиологију. Свако то одељење има главну сестру задужену за надзор сестринског кадра, своје особље за одржавање хигијене, особу за надзор програма исхране и директора. Директор одељења је задужен за све функције у оквиру свог одељења укључујући и активности пружања неге и терапије, услуге хране, одржавања хигијене. Предности тог модела су да менаџери постају експерти у оквиру свог делокруга рада и тај модел обезбеђује већу приступачност клијенту. Недостаци су дуплирање функција и ограничен увид у организационе циљеве.

Географска (територијална) департаментализација подразумева груписање послова на основу географских локација почев од различитих географских области, градова или различитих делова града или различитих спратова у истој згради. На пример, Sante Plus Group Hospitals је водећа у Европи. Поседује своје болнице у осам земаља са једном централном у Истанбулу и две у Анталији и као таква представља пример географске департаментализације у здравственој делатности. Тај модел је типичан и за организацију домова здравља где у једном граду постоје домови здравља за поједине његове делове. Предност таквог модела је ефикасније решавање специфичних регионалних проблема који се појављују као и могућност развијања менаџерског талента.

Департаментализација према купцима (корисницима) групише послове према купцима који имају заједничке проблеме или потребе. Примена такве департаментализације су

карактеристичне за универзитете или здравствене организације. Постоје здравствене организације које су изградиле објекте усмерене на одређени тип пацијената (купаца), нпр. дечије болнице попут Children's Hospital of Chicago. Услуге здравствене заштите по таквом приступу су у порасту.

Матрична департаментализација је хибридна структура у којој се комбинују два или више облика департаментализације. У пракси, све болнице имају одељења која комбинују функцију, производ, локацију, купца као основ за груписање послова. На пример, главна сестра (функција) пружа негу у хируршкој јединици (производ), западно крило, други спрат (локација) на одељењу за гинекологију (жена – купац).

Линија вертикалних односа власти од надређеног ка подређеном је скаларни ланац или ланац командовања. Ланац командовања је вертикална линија надлежности која јасно показује ко коме подноси извештај у организацији.¹⁶ Скаларни ланац се заснива на принципу јединства командовања према коме запослени подноси извештај само једном менаџеру.

У процесу организовања веома је битно питање распона контроле јер тај распон одређује број запослених којима менаџер ефикасно и ефективно управља. Класичан менаџмент сматра да је оптималан распон 8 до 12 запослених у надлежности једног менаџера. У садашњим условима акцентира се шири распон контроле јер се показало да је у том случају организација ефикаснија. Шири распон омогућује смањење трошкова, већу флексибилност и брже и ефикасније одлучивање а све под условом што већег инвестирања у професионални развој и обуку запослених.

Веома битан елемент организационог дизајна је централизација и децентрализација. Централизација подразумева ситуацију у којој кључну улогу у доношењу одлука има топ менаџмент, односно надлежност у доношењу одлука је на највишим нивоима организације. Супротно томе, децентрализација подразумева укључивање нижих нивоа у доношење одлука и решавања проблема. И на крају, формализација представља степен до којег су послови у оквиру организације стандардизовани и степен до којег је понашање запослених у складу са правилима и процедурама.¹⁷

У оквиру организовања веома је битна активност координације. Координација је процес којим се интегришу активности појединих сектора да би се ефикасно реализовали циљеви организације.¹⁸ Одсуство активности координације може да проузрокује проблеме и конфликте у односима између појединаца, група, организационих јединица, менаџерских нивоа, пословних функција у оквиру организације.

¹⁶ Williams, Ch., 2010, *Принципи менаџмента – МGMT*, Београд, Дата статус, стр. 159.

¹⁷ Robbins, P. S., Coulter, M., 2005, *Менаџмент*, Београд, Дата статус, стр. 240.

¹⁸ Stoner, Dž., Friman, E., Gilbert, D., 2002, *Менаџмент*, Београд, Зелнид, стр. 295.

2.3. ВОЂЕЊЕ

Вођење представља интегрални и веома важан део менаџмента који функционише са људима и преко људи да би се постигао одређени резултат. Способност човека да утиче на друге људе у процесима рада, стваралаштва и остваривања циљева организације, назива се вођење.¹⁹ Суштина вођења је слеђење. Другим речима, спремност људи да следе је оно што човека чини вођом. Људи следе оне које осигуравају средства за остваривање њихових властитих жеља, потреба и циљева. Лидерство је способност једне особе да утиче на друге људе тако да они сарађују и доприносе напорима усмереним ка остваривању циљева организације.²⁰ Koontz и Weihrch лидерство дефинише као утицај, тј. уметност и процес утицања на људе на начин да спремно и полетно теже ка остварењу заједничких циљева.²¹ Према Stoner-у, лидерство је процес издавања директива и утицања на чланове групе што подразумева следеће:²²

- Лидерство постоји само ако постоје људи који следе вођу, само у том случају процес вођења је могућ;
- Вођење подразумева расподелу моћи између вође и чланова групе;
- Поред легитимне моћи издавања директива, вођа и на друге начине може да оствари утицај на чланове групе;
- Лидерство је феномен који укључује вођу, али и све запослене којима треба омогућити да учествују у креирању циљева и да схвате да су они битна својства у њиховом реализовању.

Упркос мноштву дефиниција, постоји неколико карактеристика које представљају окосницу лидерства и то:

- Лидерство је процес, а не особина, што значи да лидер утиче на следбенике и они на њега. То је интерактивни феномен доступан свима а не појединцу.
- Лидерство подразумева утицај. Утицај је *conditio sine qua non* за лидерство и без њега лидерство не постоји.
- Лидерство се реализује у групама.
- Лидерство укључује усмереност на циљеве.²³

Лидерство представља динамичан и комплексан процес који је усмерен унутар или према окружењу организације. Унутар организације, лидерство се своди на усмеравање људи и утицај на њихову мотивацију, док према окружењу лидерство има за задатак да креира визију организације, омогући њен развој и раст у складу са њом и, такође, обезбеди жељену

¹⁹ Лековић, Б., Вученовић, В., 1998, *Менаџмент – филозофија и технологија*, Београд, Зелнид, стр. 181.

²⁰ Wren, D., Voich., D., 1994, *Менаџмент – структура, процес и понашање*, Београд, ПС Грмеч, стр. 370.

²¹ Weihrch, H., Koontz, H., 1994, *Менаџмент*, Загреб, USIS, стр. 49.

²² Stoner, J., Freeman, E., 1998, *Management*, New Jersey, Prentice Hall, стр. 459.

²³ Northouse, P.G., 2008, *Лидерство – теорија и пракса*, Београд, Дата Статус, стр. 2.

стратегијску позицију организације на тржишту. Лидерство спаја таленат са способношћу утицаја на друге – појединце, групе или организације.²⁴

У условима све веће турбуленције и комплексности пословања, одсуство лидерства условљава неуспехе и слабљење конкурентске позиције организације. Лидерство буквално значи ићи испред других. Ефикасно лидерство даје људима осећај сигурности и значаја. Ефикасно лидерство условљава успешну организацију. Свако од запослених осећа свој допринос успеху организацију. Тамо где постоји лидерство постоји и тим, породица, јединство. Лидери вреднују знање и учење. Кључни део успешног лидерства је вући, а не гурати људе ка циљу. Вући људе ка циљу значи улити им енергије и учинити атрактивним идеју да узму учешће у узбудљивој визији будућности.

Основна карактеристика лидерства је стварање визије и циљна координација људи ка тој визији. Реченица: *Ако желите саградити брод немојте окупљати људе и наређивати им да набаве дрво, припреме алат и поделе задатке, већ их учите чежњом за морем*, указује на значај стварања визије да би се успешно руководило људима.

Када се говори о лидерству, незаобилазно је напоменути и неке митове везане за тај појам, попут:²⁵

- Лидерство је ретка вештина
- Лидер се рађа, а не ствара
- Лидер је харизматична особа
- Лидер постоји само на врху предузећа
- Лидер контролише, усмерава и манипулише

Ово су углавном погрешна схватања. Лидерска вештина се учи. Лидер се може моделирати, то није ствар урођених гена. Нико није открио лидерске гене, бар не до сада. Обични људи постају лидери због околности са којима се суочавају. Лидери се стварају. Погрешно је и схватање да свако ко се нађе на *челу колоне* је лидер. То, међутим, није довољно. Потребно је да људи намерно следе идеје и визије које лидер има. Без тима нема ни лидера. Лидерство настаје у очима следбеника.

Разматрати функцију вођења подразумева и осврт на појам мотивације, људских ресурса, комуникације, тимова.

²⁴ Милисављевић, М., 2008, *Лидерство у предузећима*, Београд, Мегатренд, стр. 5.

²⁵ Bennis, W., Nanus, B., 1975, *Leaders*, Harper and Row Publishers, New York, стр.224., преузето из: Милисављевић, М., 2000, *Стратегијски менаџмент*, Београд, Чигоја штампа, стр. 69.

2.3.1. МОТИВАЦИЈА

Питање мотивације је сложено и комплексно и сам термин је у данашњем менаџменту веома распрострањен. Мотивација је управљачки процес којим се утиче на понашање људи на основу сазнања о томе шта изазива одређено људско понашање.²⁶ Под мотивацијом се подразумева подстицање запослених да се понашају на начин који доприноси остваривању циљева организације, уз истовремено задовољавање њихових личних потреба.²⁷ Проф. др Ђорђевић мотивацију дефинише као драговољан рад да се драговољним напором остварује организовани циљ.²⁸

Мотивација као менаџерска активност добија на значају тек после индустријске револуције. Начин привређивања у раздобљу пре револуције карактерише систем казни као средство мотивације. Тек са индустријском револуцијом која је значила нови приступ и услове привређивања појављују се нови начини мотивисања запослених. Истраживања на том пољу резултирала су појавом многобројних теорија које би се могле груписати у две групе: првобитне теорије мотивације и савремене теорије.

Групу првобитних теорија о мотивације чине теорија А. Maslow-а, McGregorova теорија X и Y и Herzberg-ова теорија о хигијенској мотивацији.

Велики део истраживања феномена мотивације и учење о мотивацији углавном је заснован на теорији хијерархије људских потреба чији је творац А. Maslow. Та теорија је веома једноставна и заснива се на разноврсности потреба у односу на људе и појединце. Он је људску мотивацију дефинисао као хијерархију пет потреба (егзистенцијалне потребе, потребе за осећајем сигурности и безбедности, потребе за осећајем вољености и припадности групи, потребе за поштовањем и уважавањем и потребе за самоактуелизацијом). Према Maslow-у, ако желите неког да мотивишете морате, пре свега, да утврдите на ком се нивоу хијерархије налази та особа па се тек онда усмерите на задовољење потреба. Многе спроведене студије, на жалост, нису могле да потврде валидност те теорије.

Крајем педесетих година прошлога века, F. Herzberg предложио нову теорију мотивације засновану, такође, на идеји о људским потребама, и назвао је теоријом два фактора. Основна идеја теорије о *хигијенској* мотивацији јесте постојање два нивоа потреба: потребе нижег нивоа или хигијенске потребе и потребе вишег степена или прави фактори мотивације - мотиватори. Хигијенски фактори (међуљудски односи, физички квалитет радне средине, плате, пословна политика предузећа) проузрокују незадовољство запослених, али ни њихов оптимални ниво неће довести до задовољства или мотивисаности. Прави фактори мотивације – мотиватори

²⁶ Stoner, J., Freeman, E., Gilbert, D., 1997, *Менаџмент*, Београд, Зелнид, стр.408.

²⁷ Јанковић, С., Собхам, С., 1996, *Време менаџера и бизниса*, Ниш, стр. 47.

²⁸ Ђорђевић, Б., 1998, *Менаџмент*, Приштина, Универзитет у Приштини, Економски факултет, стр. Д-2.

(успех, изазован посао, признање за постигнуте резултате, могућност за раст и развоја) повећавају задовољство на послу и мотивацију. Та теорија је била веома популарна до почетка 80-тих година.

Велику пажњу проучавању феномена мотивације посветио је D. McGregor што је резултирало развијањем теорије X и теорије Y. Према теорији X људи имају урођену одбојност према раду и избегавају одговорност. Из тог разлога менаџери примењују контролу, принуду или претњу како би мотивисали људе да раде. Теорија Y нуди више оптимизма. По њој рад је природна потреба и људи желе да раде јер им рад пружа задовољство. Аутор сматра да су претпоставке теорије Y валидније од оних из теорије X и да су основни покретачи мотивације добри односи у групама и могућност учествовања у изазовним пословима и доношењу одлука.

Савремене теорије о мотивацији дале су, такође велики допринос објашњењу феномена мотивације. У ту скупину теорија спадају теорија о три потребе, теорија подршке и дизајнирања послова који мотивишу, теорија о правичности и теорија очекивања.

Теорија која је најдаље отишла у објашњењу мотивације је теорија очекивања. Њен представник је психолог V. Vroom. Према теорији очекивања, мотивација је производ валенције, вредности одређене награде за појединца, и очекивања, индивидуалног схватања о томе да ли ће дати облик понашања довести до задовољења његових или њених потреба или неће.²⁹

2.3.1.1. Стратегије радне мотивације

Мотивација је процес задовољавања људских потреба и добијања најбољих резултата подстицањем залагања. Тај процес је у уској вези са појмом мотив под којим се подразумева унутрашњи људски фактор који покреће, усмерава, одржава и обуставља одређену људску активност. Мотивација се још може описати и као циљно усмерено понашање.

Како мотивисати људе представља кључни проблем сваког менаџмента, па и здравственог. Имајући у виду хетерогеност структуре запослених у здравственим организацијама различити су и мотиви који их покрећу. Стога је највећа одговорност на менаџменту здравствене организације да мотивише запослене на прави начин, начин који доприноси остварењу њихових личних циљева као и циљева организације.

Здравственим менаџерима су на располагању различите стратегије мотивације, а која ће бити примењена зависи од ситуације у којој се организација у том тренутку налази.

Прва и основна стратегија мотивисања је комуникација. Добра комуникација између менаџера као носиоца тог процеса и њему подређених омогућава стварање осећаја задовољства, осећаја

²⁹ Wren, D., Voich., D., 1994, *Менаџмент – структура, процес и понашање*, Београд, ПС Грмеч, стр. 405.

припадности организацији, осећаја сигурности што обезбеђује задовољење основних људских потреба и истовремено њихове веће мотивисаности.

Друга стратегија мотивације, заснована на теоријама X и Y, јесте став менаџера према запосленима који може бити негативан (теорија X) и позитиван (теорија Y). Уколико се под негативним ставом подразумева равнодушно и незаинтересовано понашање запослених у смислу њихове незаинтересованости за успех и судбину организације, није увек сигурно да ће примена репресије деловати немотивишуће. Са друге стране, позитиван став менаџера заснованог на претпоставци да су запослени вредни, одани и предани организацији, сигурно делује мотивишуће.

Трећа стратегија мотивисања запослених је осмишљавање и обогаћивање посла. Та стратегија подразумева предузимање акција које имају за циљ смањивање рутине у обављању посла а ради повећања ефикасности на радном месту. Један од начина је ротација радника са једног радног места на друго. Ротација подразумева вишеструку квалификацију запосленог.

Четврта стратегија радне мотивације заснива се на концепту тзв. модификације понашања. Она подразумева подстицање одређених понашања у зависности од последица које то понашање изазива. Појединац настоји да понавља оно понашање које награђује а да елиминише понашање које за последицу има кажњавање.

Претходно наведене стратегије мотивације и анализа процеса мотивације представља основу сваког мотивационог система. Мотивациони систем организације мора да обезбеди услове битне за функционисање и развој исте, а под њима се подразумева привлачење и задржавање најквалитетнијег особља, подстицање квалитетног извршења задатака и обавеза, подстицање креативности и осигурање идентификације са организацијом и њеним интересима сталног развоја и успешности. За остварење претходно наведених циљева потребна је одговарајућа комбинација финансијских и нефинансијских фактора мотивације како би се задовољиле различите људске потребе. Опасност од неуспеха у процесу мотивације проистиче не само из непознавања кључних мотиватора него и у пренаглашавању значаја појединих мотиватора као и у третирању процеса мотивације као статичког процеса. Процес мотивације је пре свега континуирани процес који се никад не завршава.

Опште је познато да мотиви који покрећу људе нису универзални. Сви мотиватори се могу груписати у две групе:

- Материјални мотиватори (плата, пензија, могућност решавања стамбеног проблема, власништво над акцијама и сл.)
- Нематеријални мотиватори (рад и задовољство у обављању одређеног посла, напредовање у каријери, учествовање у одлучивању, добри међуљудски односи и сл.)

Материјални мотиватори представљају основу процеса мотивисања. На ту основу могуће је надоградити широку структуру мотиватора различите природе. Новац као мотиватор омогућује широк спектар задовољења различитих људских потреба. Са друге стране акцентира се и значај мотивационе снаге међуљудских односа. Ништа више не може да деморалише или демотивише запосленог као недостатак међусобног поверења, уважавања и разумевања између људи. Уколико постоји атмосфера узајамног поштовања сарадње и разумевања сваки посао ће се брже, лакше и боље одрадити. Успешни менаџери умеју да комбинују материјалне и нематеријалне мотиваторе како би запослене покренули, извукли њихов максимум и активирали најбољи део њихове личности.

Основни фактори који мотивишу запослене у здравству су: одговорност, обука и препознавање њиховог рада од стране других (пацијената, колега и руководиоца) и плата.

Истраживање везано за мерење мотивације здравствених радника (2009) показало је да су за здравствене раднике најснажнији мотиватори алтруистичка природа њиховог посла и континуирана едукација. Осим тога, фактори који имају утицај на мотивацију здравствених радника су и организација посла, услови рада и веза између запослених и руководиоца. Врло изражени демотивациони фактори су: велики обим посла, застарела опрема и недостатак медицинских и немедицинских средстава за рад.³⁰

Жене лекари су више мотивисане, а мање радно задовољне од својих мушких колега. Број жена које се баве медицинском науком стално расте и њихов утицај на професију ће се више осећати у годинама које долазе. Комуникационе вештине жена лекара могу унапредити здравствени исход њихових пацијената.

Мотивација је кључни фактор успешности пословања. Мобилност у политици људских ресурса, стимулативно плаћање запослених, препознавање квалитетних радника, рад на едукацији и усавршавању и одговоран однос према властитим људима доноси директан успех у пословању. Треба истаћи да не постоји идеалан модел мотивације.

2.3.2. МЕНАѢМЕНТ ЉУДСКИХ РЕСУРСА

Управљање људским ресурсима је најосетљивије подручје менаџерских активности. Разлог томе што је данас стратегија развоја неке организације у исто време и стратегија развоја људских ресурса и стварање атмосфере у којој ће се сви ти ресурси на најбољи начин употребити за циљеве организације.

Људи, као ментално витални ресурс, основни су носиоци радне и пословне ефикасности сваке организације. С обзиром на значај који има, том ресурсу се мора поклонити највише пажње

³⁰ Стоиљковић, М., 2012, Радно задовољство и радна мотивација запослених у државном сектору здравствене заштите Србије, *Правно – економски погледи*, бр.2/2012., стр. 8

јер су људи одлучујући фактор конкурентске способности и развоја сваке организације. Управљање људским ресурсима представља управљање највреднијим капиталом организације, чија је сврха побољшање радног учинка запослених на стратешки, етички и друштвено одговоран начин.

Менаџмент људских ресурса је релативно новији термин који је настао осамдесетих година прошлога века. До тада се углавном говорило о персоналном менаџменту који је био у складу са Тејлоровом организацијом посла и научним менаџментом. Активности персоналног менаџмента су биле усмерене на циљеве усмерене на запослене, циљеве који се односе на рад, циљеве који се односе на менаџмент промена и административне циљеве.³¹ Функција управљања сводила се на обављање административних послова и задатака на бирократски начин.

Савремена привредна кретања, процеси транзиције, укључивање у савремене интеграционе процесе захтевају другачији приступ у изучавању и поимању људског ресурса као најбитнијег ресурса сваке организације. Такви новонастали услови проузровали су прекид са парадигмом персоналног менаџмента. У конкурентској глобалној економији, са напредном и стално променљивом технологијом и боље едукованом радном снагом, није више било довољно управљати људима реактивно и пасивно. Конкурентска предност више не долази искључиво од капиталних инвестиција, већ од људских ресурса, којима је неопходно управљати проактивно и стратегијски, уколико организација жели да буде успешна.³²

Значај људских ресурса постаје све већи па је и овај прелазак са персоналног на менаџмент људских ресурса био неминован. Менаџмент људског ресурса представља филозофију која иде у сусрет потребама модерне и савремене организације. Менаџмент људских ресурса представља процес привлачења, ангажовања, обуке, мотивације, задржавања и награђивања запослених, са циљем стварања безбедног и праведног окружења за запослене са једне стране, а са друге стране постизање стратегијских циљева организације. Још краће речено, улога људских ресурса јесте да омогући организацији да оствари успех помоћу људи.³³

Основни циљ тог менаџмента је уклађивање броја и структуре расположивог људског ресурса са обимом и структуром планираних задатака организације. Основне карактеристике менаџмента људских ресурса су:³⁴

- Запослени се третирају као људски капитал који треба развијати и усавршавати

³¹ Torrington, D.H., Taylor, S., 2004, *Менаџмент људских ресурса*, Београд, Дата Статус

³² Бољановић Ђорђевић Ј., Павић, Ж., 2011, *Основе менаџмента људских ресурса*, Београд, Универзитет Сингидунум, стр. 10.

³³ Armstrong, M., 2006, *A Handbook of Human Resource Management Practice*, 10th edition, Kogan Page, London, стр.6., преузето из: Бољановић Ђорђевић Ј., Павић, Ж., 2011, *Основе менаџмента људских ресурса*, Београд, Универзитет Сингидунум, стр. 5.

³⁴ Лојић, Р., Шкрбић, Ж., Ристић, В., *Стратешки приступ менаџменту људских ресурса*, COOBIS.BH-ID2507032, doi: 10.5570/dfnd.1231.04.se стр.6

- Људски ресурси су основни извор конкурентности
- Смањење броја управљачких нивоа ради директније комуникације на релацији менаџер-запослени
- Децентрализација управљачког процеса
- Партиципација запослених у управљачком процесу
- Прилагодљивост управљачког процеса захтевима окружења
- Фаворизовање знања, способности и креативности
- Подстицање самосталности у раду и у одлучивању запослених
- Опредељеност за остваривање и индивидуалних циљева
- Хуманизација производних односа између менаџмента организације и запослених

Са појавом менаџмента људских ресурса дошло је потпуне промене у начину разумевања, вођења и уопште у начину дефинисања позиције људских ресурса у организацији.

2.3.2.1. Менаџмент људских ресурса у здравству

Успешност функционисања сваке делатности па и здравствене, подразумева обезбеђење одговарајућих ресурса. Као и у другим системима, тако и у здравственом систему људски ресурси су један од значајних носилаца пословне успешности и ефикасности. Услед хетерогености, ресурси потребни здравству могу се груписати на следећи начини:

- Људски ресурси који чине сви запослени у здравству са својим знањем, образовањем, искуством, вештинама као и планирањем њиховог развоја
- Материјални ресурси које чине објекти, простор, опрема, медикаменти и сл.
- Финансијски ресурси обезбеђени из различитих извора финансирања попут буџета, сопствених средстава, донација, фондова осигурања и сл.
- Технолошки ресурси које чине информациона технологија, увођење нове медицинске опреме, процедуре, прописи, процеси и методе здравствене заштите и сл.

Питање људских ресурса и посебно управљање људским ресурсима од великог је значаја за побољшање перформанси здравственог система. Успех здравствених активности у великој мери зависи од ефикасности и квалитета управљања тим средствима односно људским ресурсом. Од осам стандарда који прописује ISQua (International Society for Quality in Health), један, који се односи управо на људски ресурс, обухвата:³⁵

- Планирање људских ресурса
- Избор и именовање најкомпететнијих кадрова
- Њихов развој кроз одговарајуће програме едукације и обуке

³⁵ Видети <http://www.isqua.org>

- Комуникативност и дефинисање међусобних односа
- Безбедност на радном месту
- Објекти, опрема, технологија који треба да буду адекватни захтевима и пословима у здравственој делатности
- Менаџмент људских ресурса или процес проналажења, усавршавања и задржавања квалификованог кадра представља један од најважнијих и најтежих задатака менаџера у здравству

У оквиру управљања људским ресурсима постоје следеће области које треба посебно изучити:

- Анализа и дефинисање посла
- Регрутовање и селекција кадра
- Обука и развој
- Управљање учинком

Анализа и дефинисање посла - Ова активност има за циљ давања информација о задацима и условима за одређени посао. Анализа посла је сврсисходан, систематски процес сакупљања информација о важним факторима везаним за рад на одређеном радном месту.³⁶

Регрутовање и селекција кадрова - Регрутовање представља процес идентификовања и ангажовања способних кандидата за обављање послова у здравственој организацији. Регрутовање може бити интерног (обезбеђење кадрова од људи који већ раде у организацији) или екстерног (обезбеђење кандидата од људи из окружења) карактера. Селекција кадрова врши се на основу описа посла. Селекција и распоређивање запослених у здравственим организацијама од кључног су значаја за остварење мисије и циљева те организације.

Обука и развој - Обука и развој заузимају значајно место у процесу управљања људским ресурсима. Обука има за циљ да запосленом омогући стицање и усвајање нових вештина и знања са намером да боље обављају свој посао и на директан начин утичу и на свој радни учинак. Колики је значај улагања у обуку запослених показује податак Америчког удружења за обуку и усавршавање, према коме је резултат оваког инвестирања смањење стопе флукуације запослених у компанији за 17% и истовремено повећање профитабилности. Процењено је да пословне компаније у САД-у троше више од 54 милијарди долара за развој радне снаге.

Такав облик усавршавања посебно је значајан за здравствену делатност. Раст конкурентности на тржишту као и непрестане иновације медицинске технологије захтевају адекватан одговор здравствене организације у правцу додатне обуке и усавршавања како новог особља углавном са малим искуством тако и постојећег особља без одговарајућих квалификација. Примарни

³⁶ Williams, Ch., 2010, *Принципи менаџмента – МGMT*, Београд, Дата статус, стр. 195.

циљ обуке и развоја је успостављање и одржавање одговарајућег нивоа компетентности сваког здравственог радника понаособ.

У оквиру ове функције, пре свега, потребно је анализирати потребу за обуком, затим утврдити методе за њихову анализу и на крају дати и проценити резултат обуке.

Управљање учинком - Управљање учинком обухвата мерење учинка запосленог и пружање повратне информације запосленима о њиховим резултатима и оствареном учинку. Процена радног учинка је процес током којег се процењује колико добро запослени обављају свој посао. Процена учинка се још назива евалуација/оцена. Систем процене учинка обухвата следеће параметре:³⁷

- Одређивање потреба здравствене организације, посебно њених стратешких циљева
- Повезивање процене учинка са планирањем рада организације
- Анализа посла ради утврђивања радних дужности и одговорности
- Избор одговарајуће методе процене учинка ради оцене понашања на послу или резултата рада
- Развој процеса за саопштавање очекивања у вези са послом запосленима пре периода оцене
- Успостављање система повратних информација које се односе на радни учинак и
- Оцена функционисања система процене учинка у односу на његове зацртане циљеве.
- Учинак је функције способности и мотивације, односно:

$$\text{Радни учинак} = f(\text{способност, мотивација})$$

Способност запосленог зависи од његовог образовања, искуства, обуке док мотивација зависи од многобројних фактора као што су: систем награђивања, позитивна подршка, дисциплинске мере и казне, правично поступање са запосленим и др.

За оцену односно мерење радног учинка користе се објективна и субјективна мерила.

Процена учинка представља веома важно средство путем којег здравствена организација идентификује могућности како за побољшање процеса рада тако и за повећање доприноса сваког запосленог понаособ.

2.3.2.2. Развој и планирање људских ресурса у здравству

Развој и планирање људских ресурса у здравству заузима значајно место у стратегији раста и развоја здравствене организације. Планирањем људских ресурса омогућава се утврђивање

³⁷ Бјеговић-Микановић, В., 2011, *Основе менаџмента у систему здравствене заштите*, Београд, Министарство здравља Републике Србије, стр. 101.

потреба у људском ресурсу по занимањима, броју, квалификацијама као и предвиђање финансијских средстава потребних за реализацију тих планова. Битно је истаћи да планирање потребних људских ресурса захтева студиозан и тимски приступ овом питању при чему је највећа одговорност у реализацији истог на топ менаџменту организације и сектору/одељењу људских ресурса.

Успешно планирање људских ресурса у организацији подразумева испуњење одређених предуслова:

- Менаџмент организације људски ресурс мора да третира као најважнији капитал
- Планирање људских ресурса је саставни део укупног стратегијског планирања организације,
- Топ менаџмент координира и сноси одговорност за ову активност и
- Менаџмент организације акцентира дугорочни развој стратегије људских ресурса.

Планирање развоја људских ресурса у здравственој организацији обухвата следеће кораке:³⁸

1. Припрема особља за процес израде плана
2. Извештај о стању људских ресурса и пружању здравствених услуга
3. Дефинисање будућих потреба за људским ресурсима
4. Сагледавање потреба у смислу броја, квалитета и обезбеђења потребних здравствених радника
5. Анализа диспаритета између постојећег и потребног особља
6. Решавање проблема недостатка здравственог особља
7. Избор најбољег решења и израда општег плана људских ресурса и
8. Израда детаљног акционог плана за људске ресурсе

Фаза припреме подразумева формирање тима који ће се бавити планирањем. У тиму се морају наћи особе које су у довољној мери упознате са законима, прописима, стратегијама здравствене заштите и уједно су релевантни представници свих одељења и топ менаџмента здравствене установе.

Следећи корак се односи на припрему извештаја о стању људских ресурса и пружању здравствених услуга. Припреми извештаја претходи прикупљање података из расположивих екстерних и интерних извора као и њихова анализа и класификација. Након тога се врши процена будућих потреба за људским ресурсима. Главни чиниоци који утичу на будуће потребе за људским ресурсима су измена друштвених, политичких, економски, правних, демографских и технолошких околности, затим трендови појаве болести, промене

³⁸ Бјеговић-Микановић, В., 2011, *Основе менаџмента у систему здравствене заштите*, Београд, Министарство здравља Републике Србије, стр. 97.

карактеристика појединаца (обавезна обука, потреба за већим техничким карактеристикама, професионалне лиценце и др.).

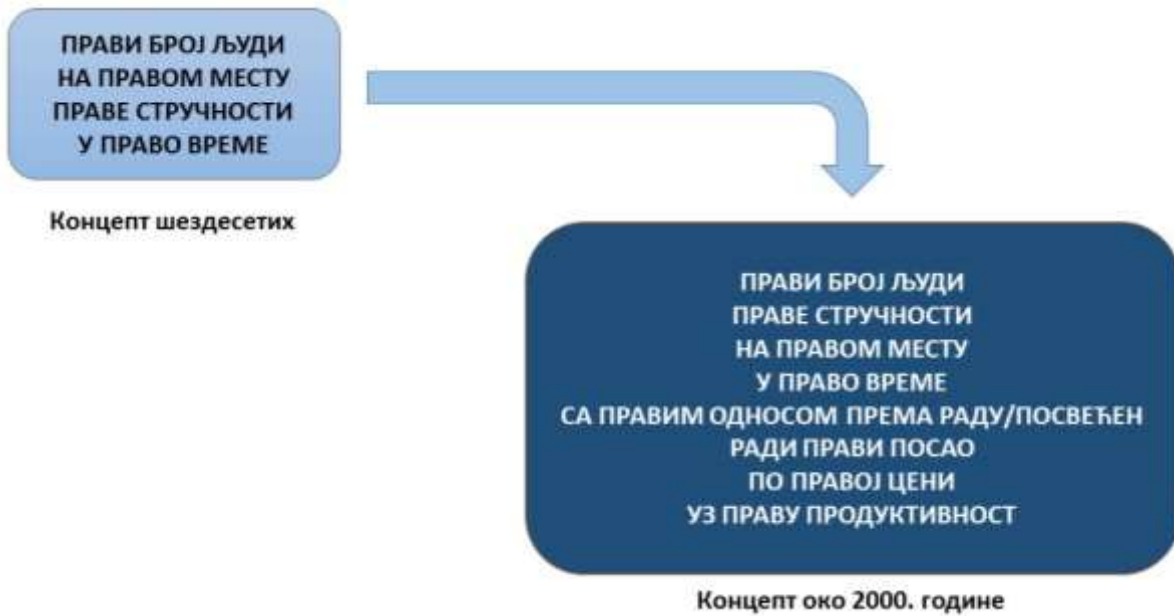
Сагледавање потреба у смислу броја, квалитета и обезбеђења потребног броја здравствених радника заснива се следећим методама процене потреба за људским ресурсима:

- Процена потребе на основу здравствених потреба заједнице
- Процена потребе на основу циљних група или кључних здравствених услуга
- Методе које се ослањају на здравствене и економске захтеве заједнице
- Методе које се ослањају на однос између броја становништва и броја здравствених радника

Анализа неподударности између постојећих и потребних људских ресурса има за циљ идентификацију узрока тих неподударности и предлагање мера и начина за њихову елиминацију. У оквиру ове фазе потребно је посебно анализирати укупан број запослених, расподелу запослених, њихово знање и вештине и др. У случају исказаног недостатка здравственог особља потребно је предложити сва могућа решења (нпр. преквалификација радника, прерасподела радника у оквиру смена или одељења и сл), анализирати све недостатке и предности понуђених решења и проценити резултате сваког решења применом одговарајуће методе или технике. Након тога следи избор најбоље алтернативе и израда општег плана људских ресурса. Општи план треба да обухвата преглед досадашњег стања, избор решења и акционе планове. Последњи корак у процесу израде плана развоја људских ресурса је израда детаљног акционог плана. Акциони план даје смернице менаџерима у реализацији планираних активности и истовремено обезбеђује одговарајући степен флексибилности у процесу доношења одлука.

У процесу планирања људских ресурса на располагању је већи број техника и метода које у задњих пет деценија доживљавају значајне промене. Током педесетих и шездесетих година прошлога века болнице су имале централну улогу у здравственим системима, приватна пракса је била веома малим процентом заступљена у систему здравствене заштите, планирање људских ресурса у здравству сводило се на повећање броја здравствених стручњака проширењем образовних капацитета или спровођењем краћих обука. Планирање људских ресурса заснивало се на нормативном односу броја становника и здравствених радника и сводило се на задовољење краткорочних потреба. Величина установе, а не обим и врста услуге које она обезбеђује, диктирала је алокацију здравственог кадра. Међутим, седамдесете године прошлога века и читав период после тога, доносе значајне новине и савремени приступ у третирању овог проблема што се може приказати следећом сликом.

Слика 1. Планирање људских ресурса



Извор: Бјеговић-Микановић, В., 2011, *Основе менаџмента у систему здравствене заштите*, Београд, Министарство здравља Републике Србије, стр.110.

Без обзира на све наведено, у многим земљама планирање људских ресурса у здравству је и даље краткорочно и засновано углавном само на демографским променама.

2.3.2.3. Планирање и организација људских ресурса у здравству са освртом на одређене земље региона

Питање људских ресурса и управљање људским ресурсима у здравству је било често изостављано из планова реформи здравствених сектора у већини земаља. Иако успех здравствене активности увелико зависи од ефикасности и квалитета људских ресурса често се се овој области није давао приоритет.

Оно што се намеће као императив је промоција нових концепата људских ресурса и управљања људским ресурсима у здравству. Перформансе људских ресурса зависе од примене знања и технологије. Свака здравствена активност се заснива на знању, а њени протогонисти, људски ресурси, вешти су у примени тог знања. Због тога људске ресурсе треба посматрати као интелектуални капитал у здравственом систему. Управљање људским ресурсима је кључ за унапређење квалитета здравствене заштите сваке земље. Људски ресурси су основна детерминанта система здравствене заштите и истовремено највећи и најскупљи инпут здравственог система, као и ресурс који је најтеже развијати. Тачније речено, људски ресурси су један од трију улазних јединица здравственог система, поред физичког капитала и потрошних добара.³⁹

³⁹ Health System, 2000, *Improving Performance*, World health Report 2000., Geneva, WHO.

Стратегија људских ресурса у здравству на нивоу једне земље требало би да обухвати:

- Артикулацију управљања људским ресурсима у служби здравственог менаџмента уз промовисање нове праксе и стилова управљања, као и интеграцију циљева и стратегије
- Активности усмерене на децентрализованом развоју и институционалном јачању; стварање јединица за управљање људским ресурсима
- Ажурирање и поједностављење прописа
- Развој здравствених информационих система
- Пружање релевантних информација о добрим праксама у циљу побољшања перформанси управљања људским ресурсима

Систем здравства Србије у задње две деценије бележи значајан напредак. Улазак Србије у прву фазу Економских реформи 2001. године означило је промене у здравственом сектору. Усвајањем Визије система здравствене заштите, Стратегије и Акционог плана реформе система здравствене заштите у Републици Србији створене су основе за израду Нацрта стратегије управљања људским ресурсима од стране Министарства здравља Републике Србије и Светске банке. Планирање људских ресурса у здравству Србије заснива се на усаглашавању са међународним стандардима и реструктурирањем мреже пружалаца здравствених услуга. Постављени су нови стандарди и норме које се односе на здравствени кадар, уведени нови критеријуми за обезбеђење медицинских специјализација, укинута могућност волонтерских медицинских специјализација, извршена је рационализација кадра у здравственим установама. Кључне интересне групе за планирање људских ресурса у здравству су Министарство здравља, Министарство просвете, Министарство финансија и Републички фонд за здравствено осигурање. Надлежност у области планирања људских ресурса је у рукама Министарства здравља и Здравственог савета Србије док регулаторну и законодавну улогу имају Министарство здравља, Народна скупштина и Влада Републике Србије. Генерисање здравственог кадра са универзитетским дипломама је у надлежности Министарства просвете и факултета здравствене струке, док су специјалистичке студије у надлежности Министарства здравља. За потребе планирања људских ресурса у здравству Републике Србије на располагању су одређене базе података у надлежности Завода за здравствено осигурање, Лекарске коморе, Националне службе за запошљавање, Агенције за привредне регистре и Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (располаже са две базе података: једна која постоји од Другог светског рата и друга, електронска база из 2004. године која евидентира све здравствене раднике запослене у здравственим установама, државног и приватног сектора).

У оквиру Сектора за организацију здравствених служби при Министарству здравља Републике Србије формирано је Одељење за здравствену технологију и развој људских ресурса. Одељење

чине две групе од којих је једна група за праћење и развој људских ресурса у систему здравствене заштите и нормативне послове у организацији здравствене струке.

Успешно планирање и организовања људских ресурса у здравству захтева формирање одређене јединице (при Министарству здравља) која би се бавила том проблематиком и коју би сачињавали стручњаци за планирање људских ресурса, статистичари, стручњаци из области друштвених наука, стручњаци из области информационих технологија и сл. Основне активности те јединице сводиле би се на:⁴⁰

- Управљање процесом израде годишњих, средњорочни и дугорочних планова људских ресурса у здравству,
- Обезбеђивање техничке подршке у изради планова људских ресурса у здравству,
- Координацију планова и активности планирања људских ресурса са радом стручњака за планирање здравствене заштите и здравствених услуга, укључујући планирање образовања и обуке,
- Истраживање или организацију истраживања о управљању, образовању и учинку људских ресурса у здравству и њиховој распоређености,
- Развијање политичких решења у вези са људским ресурсима у здравству,
- Обезбеђење информација за доносиоце одлука о питањима који се односе на људске ресурсе,
- Утврђивање потребе за обуком,
- Праћење учинка у области људских ресурса,
- Развијање стандарда који се односе на управљање и планирање људских ресурса у здравству,
- Одржавање комуникације и координације са одговарајућим секторима у другим релевантним министарствима и институцијама и
- Обезбеђење доступне базе података о људским ресурсима у здравству.

Законом о здравственој заштити Републике Србије прецизира се да Министарство здравља Републике Србије сачињава кадровски план запослених у свим здравственим установама за територију Републике Србије, а на основу кадровских планова за сваку здравствену установу. Кадровски планови морају бити усклађени са одређеним финансијским средствима у Финансијском плану Републичког фонда за здравствено осигурање у одређеној буџетској години. У изради кадровског плана користе се подаци о кадровској обезбеђености

⁴⁰ Бјеговић-Микановић, В., 2011, *Основе менаџмента у систему здравствене заштите*, Београд, Министарство здравља Републике Србије, стр. 112.

здравствених установа, а које доставља Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

Систем здравства у Србији, као и многи здравствени системима у Европи, суочава се са повећаном потрошњом у здравству што је последица старења становништва, увођења нове технологије и нових фармацеутских производа. Све то увећава фискални притисак који иначе постоји као последица глобалне економске кризе. Спорији економски раст условљава већу незапосленост и сиромаштво, те уједно смањује приходе Фонда за здравствено осигурање и увећава број угрожених група које се морају дотирати из буџета државе.

Поред неповољног тренда у погледу издвајања за потребе здравствене заштите, тај тренд је карактеристичан и за сектор људског ресурса у здравственом систему. При томе треба истаћи да људски ресурси у здравственом систему чине највећу појединачну ставку у укупној потрошњи за здравље (образовање, плате, континуирана едукација). Према подацима од 31.12.2014. године у здравственим установама на територији Републике Србије било је запослено 109.237 радника од тога 20.645 лекара⁴¹ односно 289 лекар на 100.000⁴² становника што је мање у односу на просек у ЕУ који износи 334 лекара. Тај просек је нешто виши у односу на нове чланице ЕУ али много мањи него код старих чланица. Највећи број лекара је регистрован у Нишком округу (398 на 100.000 становника) а најмањи у Сремском округу (188 лекара на 100.000) Број немедицинског особља у том периоду је 27.533, што је готово исто као број лекара.

Немедицински кадар чини 24% од укупног броја запослених у здравству што је веома висок постотак имајући у виду препоруку ЕУ која износи 10%. Слична ситуација је и у земљама у региону.

Према подацима из Статистичког годишњака 2012, о здрављу становништва и здравственој заштити у Црној Гори, на дан 31.12.2012, у здравственим установама на територији ове државе било је запослено 6.644 радника од тога 1305 лекара односно 216 лекара на 100.000 становника што је такође мање у односу на просек у ЕУ. И у Црној Гори број немедицинског особља је висок и износи у том периоду 1.558 што је више од броја запослених лекара.⁴³

У здравственом систему Републике Хрватске крајем 2013.године било је запослено 74.489⁴⁴ радника од тога 17.4% или 12.980 чине лекари односно 276 лекара на 100.000 становника. У здравству Федерације Босне и Херцеговине крајем 2012. године радило је 26.192 радника. Од

⁴¹ Главни актери на сцени здравствене заштите су лекари, те стога индикатор броја лекара по броју становника даје праве смернице за процену стања здравствене заштите у одређеној земљи

⁴² *Одабрани здравствени показатељи за 2014. годину*, 2015, Београд, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, стр.87.

⁴³ *Статистички годишњак 2012. о здрављу становништва и здравственој заштити у Црној Гори*, 2013, Подгорица, Институт за јавно здравље Црне Горе, стр.90.

⁴⁴ *Хрватски здравствено-статистички љетопис за 2013., 2014*, Загреб, Хрватски завод за јавно здравство, стр.73

тог броја је само 4.519 лекара, што представља 107 лекара на 100.000 становника и троструко је мање од просека за ЕУ.⁴⁵ И у овој држави број немедицинског особља је висок и износи 7.282 или нешто мање од трећине укупног особља запосленог у здравству. Што се тиче Словеније, ни у њој ситуација није боља. У 2012. години број лекара на 100.000 становника био је 254,3.

Када се говори о планирању људских ресурса у здравству треба напоменути да тај процес подразумева низ корака који би требало да резултирају најоптималнијим решењем. Израда плана људских ресурса у здравству заснива се, пре свега, на утврђивању будућих потреба за здравственим кадром. За утврђивање тих потреба могу се користити традиционалне методе (однос броја становника и здравственог кадра, процена здравствених циљева/потреба становника, процена потреба за кадром у здравственим установама и процена потражње здравствених услуга) или модели за предвиђање које су развили Развојни програм УН (UNDP), Агенција САД за међународни развој (USAID) и модел који је развија Светска здравствена организација и који је доступан бесплатно.

На будуће потребе за здравственим кадром утиче следећи фактори:

- Демографске промене
- Технолошке промене
- Искоришћеност особља
- Стандарди квалитета
- Индивидуални учинак
- Организациона ефикасност
- Структура запослених (број, профил, стручна спрема)
- Здравствени проблеми
- Очекивања јавности
- Расположиве финансије
- Потребности становника за здравственим услугама
- Предвиђање миграционих токова здравственог кадра

Израда плана људских ресурса у здравству, такође, подразумева идентификацију, прикупљање и анализу података и информација у вези са здравственим кадром, опис трендова током времена (прилив-дипломирани студенти и одлив- пензионисани радници) као и постављање стандарда (бенчмаркинг) за поређење. Препоручљиво је за репер узети здравствени систем који носи карактеристике најефикаснијег и најекономичнијег.

⁴⁵ *Здравствено статистички годишњак Федерације БиХ 2012.*, 2013, Сарајево, Завод за јавно здравство БиХ.

Министарство здравља Црне Горе је, у складу са стратегијом Здравствене политике до 2020. године, усвојила документ План људских ресурса у здравству у периоду 2013-2022.⁴⁶ Основни циљ тог документа је израда плана људских ресурса за подршку оптимизације мреже давалаца здравствених услуга, уз анализу и постављање референтне тачке за планирање кадрова у здравству на основу постојећег нормативног оквира (Закон о здравственој заштити, Закон о здравственом осигурању, Закон о раду, Правилник о специјализацијама и субспецијализацијама и осталих). У методологији припреме плана пошло се од основних параметара које подржавају актуелне захтеве а узети су у обзир приликом планирања људских ресурса: величина гравитационог подручја, просечна оптерћеност лекара, подаци о тренутној кадровској структури и сл. За референтну државу односно здравствени систем узета је Естонија. Издвајања те државе за потребе здравства су 6% БДП, исто као у Црној Гори (ВНО, 2010.), али стварни приступ здравственој заштити и њен квалитет је на далеко вишем нивоу него у Црној Гори. Индикатори покривености становништва лекарима су ближи просеку ЕУ. Број лекара на 100.000 становника у 2010. је 324, док је у ЕУ 334, а у Црној Гори 216. Осим лекара учешће и других профила кадрова пружају добар кључ за планирање људских ресурса у здравству. За израду плана битна је и демографска ситуација и пројекција. На основу података и узимајући у обзир пад стопе природног прираштаја претпоставља се да ће број становника остати на нивоу од 620.000, те да неће доћи до промена у проценту деце до 15 година старости. Тим планом и одабраним сценариом предвиђа се да се достигне број од 260 лекара на 100.000 становника до 2022. године што је за Црну Гору захтеван задатак али реална процена. При томе не треба заборавити да у процес планирања треба укључити пројекцију прилива дипломираних студената медицине као и одлив односно пензионисање лекара. Анализирајући претходне податке могло би се закључити да је ситуација која се односи на људски ресурс у здравственим системима земаља на бившим југословенским просторима релативно слична. Узимајући у обзир индикатор број лекара на 100.000 становника може се рећи да је у свим тим државама на нивоу који је испод просека ЕУ. Успешно планирање људског ресурса у овим случајевима мора да се базира на:

- Реалним стратегијама
- Јачању постојећих капацитета
- Развоју законских регулатива за оквир људских ресурса у здравственом сектору
- Планирању овог ресурса у сарадњи са образовним, здравственим и сектором запошљавања
- Решавању питања миграција здравствених радника у земље ЕУ

⁴⁶ План људских ресурса у здравству у периоду 2013-2022., 2013, Подгорица, Министарство здравља Црне Горе.

Планирање и управљање људским ресурсима у здравству је динамичан процес који утиче на смањење трошкова, повећање квалитета у пружању услуга и самим тим и на ефективност и ефикасност здравственог система.

2.3.2.4. Миграције здравствених радника и њихов утицај на квалитет и стабилност здравственог система

Успешност сваког здравственог система и његов квалитет зависи, првенствено, од људских ресурса односно здравствених радника, њиховог знања, мотивације и вештине. Здравствени радници су сви људи ангажовани у активностима чија је првенствена намера да побољшају здравље.⁴⁷ Улагање у тај ресурс је од великог значаја јер омогућава здравственим системима да остваре своје циљеве и да одговоре новим изазовима које намећу глобализација и савремени трендови живота.

Према подацима Светске здравствене организације у свету постоји око 60 милиона здравствених радника. Око две трећине чине они који пружају здравствене услуге (лекари, медицинске сестре, фармацеути, стоматолози), док остатак чини немедицинско особље које обезбеђује менаџмент и подршку. И поред оволиког броја здравствених радника евидентан је и њихов глобални недостатак који се процењује на 2,4 милиона.

Процес глобализације и неравномерна дистрибуција здравствених радника доводи до појаве миграција. Здравствени радници су релативно мобилна радна снага. Лекари, а посебно медицинске сестре су дефицитаран кадар у многим, најчешће високо развијеним земљама. Миграције здравствених радника су актуелан проблем коме се посвећује све већа пажња јер његово неправилно третирање може да доведе у питање опстанак здравствених система појединих земаља.

Основни разлози миграције здравствених радника су:

- Приходи
- Бољи услови за рад
- Каријера
- Квалитет управљања и руковођења
- Професионална и економска несигурност
- Нестабилна политичка ситуација

Миграције лекара због лоших услова живота и рада, као и нестабилне политичке ситуације, довеле су здравствене системе неких земаља на ивицу колапса. Примера ради, у Анголи од 1975. године (година стицања независности) одвија се невероватан одлив лекара услед лоше

⁴⁷ *The World health report 2006.*, 2006, Ženeva, Working together for health, SZO, стр.2.

политичко-економске ситуације. Последица тога је око 2.000 лекара на 14,5 милиона становника. Слична ситуација је у Мозамбику (500 лекара на 18.000.000 становника) и Гани (1.500 лекара на 20.000.000 становника). Процена СЗО је да је земљама Субсахарске Африке потребно око милион лекара за осигурање минималне заштите.⁴⁸ Истовремено, расте тражња за лекарима у високо развијеним земљама. Разлог томе је старење становништва, што се односи и на здравствене раднике и на пацијенте. Уз то, те земље су такође и веома привлачна дестинација због бољих услова за рад и, што је најважније, добре зараде. У земљама ОЕЦД-а око 20% лекара су из иностранства. У Кувајту или Уједињеним Емиратима више од 50% здравствених радника су мигранти. Највећи део здравствених радника који се налазе на радним местима ван своје матичне државе су лекари из Индије и медицинске сестре са Филипина.

Табела 1. Највећи „извозници“ лекара

Назив земље	Број лекара који раде у ОЕЦД
Индија	55.794
Немачка	17.214
В. Британија	17.006
Филипини	15.859
Кина	13.391

Извор: www.oecd.org/health/workforce, annex C. Expatriation rates for nurses and doctors, circa 2000

Табела 2. Стопе експатријације лекара

Назив земље	Процент запослених у ОЕЦД
Antigua and Barbuda	89,3
Grenada	72,7
Guyana	72,2
Mozambique	64,5
Angola	63,2
Dominica	60,4
Fiji	58,5
Sierra Leone	58,4
Liberia	54,2
St. Vincent and the Grenadines	53,2

Извор: www.oecd.org/health/workforce, annex C. Expatriation rates for nurses and doctors, circa 2000

⁴⁸ www.hlk.hr/1396

Највеће стопе експатријације за лекаре имају земље са најнижим животним стандардом. И у Европи је присутна све већа мобилност здравственог кадра. Немци су почетком 1990. године имали вишак лекара да би се само деценију касније суочили са њиховим недостатком. Немачки лекари (око 19.000) ⁴⁹ углавном одлазе у Велику Британију (4.139), Швајцарску (2565), а остатак у САД, Норвешку, Аустралију, Данску. С друге стране у Немачкој ради 16.800 лекара углавном из Пољске, Словачке, Грчке, Аустрије и Русије. Велика Британија своје потребе у здравственом сектору покрива са 30% лекара из других земаља. У Пољској је такође изражен одлазак лекара. Уласком у ЕУ Пољска је за мање од шест месеци остала без 3.000 лекара. Што се тиче Србије, према информацијама из Лекарске коморе Србије све је више лекара који захтевају издавање сертификата добре праксе који им је потребан за одлазак у иностранство. У 2013. години било је 850 таквих захтева. Тренутно у Србији има око 2.400 незапослених лекара који на запослење у просеку чекају 1,9 година. То је још један разлог због чега расте заинтересованост за одлазак у иностранство. Таква ситуација представља немерљив губитак за државу имајући у виду да се за школовање лекара годишње издваја око 3.000 евра. С друге стране 60% лекара специјалиста су старији од 55 година, тако да је за десетак година неминовно суочавање државе са недостатком лекара. Уласком Србије у ЕУ очекује се већи одлив здравственог кадра.

Поред миграције лекара изражена је и миграција медицинских сестара. Највећи глобални увозници медицинских сестара су В. Британија и САД. Што се тиче земаља извозница, азијске земље у овом случају доминирају. У томе предњаче Филипини. Студија рађена 2005. године показала је да 25% свих медицинских сестара које учествују у миграцијама потичу са Филипина, а готово 80% њих ради у САД-у.⁵⁰ Поред напред наведених миграција, у последње време постају популарне привремене миграције на пет до десет дана (актуелне су викенд миграције пољских лекара у В. Британију) и све чешћа кретања здравствених радника из државног у приватни сектор. Феномен миграција здравствених радника изазива забринутост на глобалном нивоу. Миграција здравствених радника је двосмерни процес који погађа и земље увознице и земље извознице радника. Развијене земље, углавном, увозом решавају проблем недостатка стручне радне снаге, док земље извознице трпе губитке на више поља. То су пре свега економски губици. Одласком здравствених радника држава губи новац који је уложила у њихово школовање и уједно оштећује ефикасност свог здравственог система. Међутим, уколико је перманентна и прекомерна, озбиљно угрожава економски раст земље, посебно ако је реч о земљи у развоју.

⁴⁹ www.hlk.hr/1396

⁵⁰ Ивковић, М., Интернационалне миграције медицинских сестара – глобални трендови, *Зборник радова Географског института „Јован Цвијић“*, САНУ 61(2)(53-68), стр.62.

Табела 3. Могућности и изазови миграције здравствених радника

Земље	Могућности	Изазови
Земље одредишта	Решавање проблема несташнице особља	Како бити ефикасан и етичан при регрутацији кадрова
Земље порекла	Дознаке од радника из иностраниства, Радници са бољим вештинамау (уколико се врате)	Резултирајући недостаци квалификација, са негативним утицајем на пружање здравствених услуга, Трошак <i>изгубљеног</i> образовања радника, Управљање миграцијом
Међународно мобилни здравствени радници	Побољшана зарада, образовање, могућност напредовања у каријери	Постизање једнаких могућности у земљама одредишта
Статични здравствени радници	Побољшане могућности за посао и каријеру (у случајевима вишка понуде радника)	Повећано радно оптерећење, Нижи морал

Извор: <http://www.canbhp.org/>

Са аспекта појединца/лекара миграција има позитиван ефекат јер обезбеђује боље услове рада, каријеру, већа примања. Са позитивне стране гледано, миграције генеришу милијарде долара дознака у земље извознице које су углавном ниско развијене, и на тај начин се доприноси смањењу сиромаштва. Осим тога, радници који се врате са собом доносе ново знања, вештине и искуство стечено на раду у иностранству.

С обзиром на то да се миграције дешавају и да ће се дешавати а с циљем спречавања њених негативних ефеката СЗО је развила Кодекс о ангажовању здравствених радника који забрањује довођење здравствених радника из земаља у којима постоји недостатак такве стручне радне снаге. Реч је о државама у којима на 1.000 становника има мање од 2,29 медицинског особља. Тај проценат подразумева да је медицински могуће збринути око 80 одсто становништва, док остатак нема изгледа да добије помоћ. Оваква ситуација је присутна у Вијетнаму и Индонезији.

2.3.3. МЕНАѢРИ У ЗДРАВСТВУ И ЊИХОВЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ

МенаѢри постоје у свим организацијама у којима људи раде заједно да би остварили свој циљ. МенаѢр је особа која управља људима и пословима, и која у том управљању користи свој ауторитет.

Менаџери имају одређену функцију и положај у организацији. Они представљају малтер организације јер успостављају ред и компактност кроз планирање и решавање проблема. Менаџери су усмерени на ефикасност – раде ствари на прави начин. Менаџер је неко ко ради са људима и уз помоћ других људи координира њихов рад да би постигао одређене циљеве.⁵¹ Као што је речено менаџери постоје у свим организацијама па и у здравственим. У теорији менаџмента, здравствене установе се дефинишу као најкомплексније организације са веома сложеним менаџментом. Самим тим и потреба за професионалним менаџерима је веома изражена. Здравствени менаџери су лица – здравствени стручњаци који обављају руководеће функције и задатке и који су одговорни за стварање ресурса, њихово рационално коришћење како би се остварили постављени циљеви њихове организације, установе, програми, не узимајући у обзир њихово слободно време и уложени напор.⁵² Основне особине које треба да одликују менаџера у здравству су пре свега знање, флексибилност, креативност, лидерство, иновативност, комуникативност, подстицање тимског рада, мотивисање и награђивање за квалитетан рад као и истрајност и упорност у реализацији постављених циљева. Менаџер истовремено мора да буде и лидер и визионар.

Здравствени менаџер мора на основу свог знања, професионалног искуства и одговарајућих вештина да обавља следеће функције:⁵³

- Планира рад своје установе, одељења, тима и сл.
- Организује и спроводи рад установе и одговарајућег програма
- Контролише реализацију активности
- Координише рад особља, комуницира и решава конфликте
- Мотивише и води своје људе
- Колаборира са другим организацијама, пружа потпору партиципације заједнице и људи
- Делегира одговарајући ауторитет и одговорност
- Доноси одговарајуће праве и правовремене одлуке на бази анализа, како би се постављени циљеви установе, програма, пројекта, тима, постигли на што ефикаснији и ефективнији начин.

⁵¹ Robbins, P. S., Coulter, M., 2005, *Менаџмент*, Београд, Дата статус, стр. 5.

⁵² Мићовић, П., 2008, *Здравствени менаџмент*, Београд, Комора здравствених установа Србије и Факултет за менаџмент Зајечар, стр.263.

⁵³ Мићовић, П., 2008, *Здравствени менаџмент*, Београд, Комора здравствених установа Србије и Факултет за менаџмент Зајечар, стр. 264.

2.3.3.1. Врсте менаџера

У зависности од организацијске структуре креирају се радна места и организацијске јединице а самим тим и одговарајуће менаџерске позиције унутар одговарајуће организације. Имајући у виду успостављене организацијске нивое разликују се четири врсте менаџера:

- Менаџери прве линије (first line managers)
- Менаџери средњег нивоа (middle managers)
- Топ менаџери (top managers) и
- Лидери тимова

Менаџери прве линије су менаџери на првом организационом нивоу који кординирају и контролишу рад извршиоца на оперативном нивоу. Карактеристика тог типа менаџера је да су они једини менаџери који не надгледају друге менаџере. Њихова одговорност се своди на надгледање, подучавање и краткорочно планирање. У здравственим установама пример овог менаџера био би шеф (начелник) дигестивне хирургије, шеф грудне хирургије или шеф рачуноводства као посебне организацијске јединице.

Менаџери средњег нивоа су менаџери између менаџера прве линије и топ менаџера. Број менаџера средњег нивоа одређен је самом дубином организацијске структуре, што значи да број организацијских нивоа директно одређује и број менаџера средњег нивоа. Одговорност менаџера средњег нивоа своди се на следеће:⁵⁴

- Планирају и распоређују ресурсе на начин који омогућава остварење постављених циљева
- Усклађују и повезују групе, секторе и одељења у организацији
- Надгледају и управљају перформансама појединаца и појединих менаџера који им подносе извештаје
- Одговорни су за спровођење промена или стратегија дефинисаних од стране топ менаџера

Менаџер средњег нивоа је најчешће здравствени професионалац који има добро развијене вештине клиничара, али којем је, од стране здравствене установе дат нови ауторитет односно управљање одељењем или клиником. У здравственим установама пример менаџера средњег нивоа у клиничком центру био би директор хирургије, директор ургентног центра или директор онкологије. Менаџер на том нивоу све мање времена проводи са пацијентом, а све више времена користи за развијање нових знања и вештина које се односе на управљање људским ресурсима, финансирање и сл.

⁵⁴ Williams, Ch., 2007, *Принципи менаџмента – МGMT*, Београд, Дата статус, стр. 7.

Топ менаџери налазе се на организацијском врху и одговорни су за општи правац развоја организације. У односу на менаџере средњег нивоа имају крос-секторску одговорност односно носе одговорност за пословање целокупне организације. Топ менаџери су пре свега одговорни за стварање услова за промену; стварање осећаја посвећености и одговорности код свих запослених; креирање позитивне организационе културе и на крају они имају одговорност надгледања пословног окружења у циљу што успешније реализације пројектованих пословних стратегија. На овом нивоу менаџери се користе посебним вештинама као што су стратешко размишљање и стратешко планирање. Стратешко размишљање представља императив менаџера на овом нивоу, јер кроз њега реализује своје функционалне и професионалне способности за постизање резултата, а чиме се директно промовишу репутација организације, финансијска ефикасност и одрживост.⁵⁵ Често се за ову врсту менаџера каже да су они организацијски кључни ресурс. У оквиру здравствених институција топ менаџер је директор неке здравствене установе нпр. директор болнице, директор дома здравља односно генерални директор клиничког центра. Топ менаџер је често у дилеми да ли напустити клиничку праксу и потпуно се посветити здравственом менаџменту или, уколико је то могуће, балансира између те две врсте обавеза.

У новије време појављује се нова врста менаџера – лидер тима. Традиционална хијерархијска структура у менаџменту подразумева да је менаџер прве линије одговоран за учинак запослених који нису менаџери и да има овлашћења да запошљава и отпушта раднике, дели радна задужења и контролише ресурсе. У тој новој структури, сами тимови обављају готово све функције које су менаџери прве линије обављали у складу са традиционалном хијерархијом.⁵⁶

2.3.3.2. Менаџерске улоге – начин обављања менаџерских функција

Улога представља сет очекивања за менаџерско понашање.⁵⁷ У истраживању, спроведеном раних 70-тих година, Н. Mintzberg је извео закључак да се менаџерски посао може организовати кроз десет различитих, међусобно повезаних менаџерских улога. Те улоге подељене су у три концептуалне категорије:

- Интерперсоналне улоге
- Информационе улоге
- Улоге пословног одлучивања

⁵⁵ Антонић, Д., Мијић-Дмитрашиновић, Б., Антонић, Б., 2011, Улога здравствених менаџера у побољшању квалитета здравствене заштите, VII Научно-стручни скуп са међународним учешћем „Квалитет 2011“, Неум, 01.-04. јуни, стр. 983.

⁵⁶ Williams, Ch., 2010, *Принципи менаџмента – МГМТ*, Београд, Дата статус, стр. 10.

⁵⁷ Борђевић, Б., 2003, *Менаџмент*, Приштина/Блаце, Економски факултет, стр. А-90

Интерперсонална улога произилази из формалног ауторитета и статуса, односно моћи коју менаџер има на располагању приликом обављања послова из свог делокруга рада и односи се на све могуће интерперсоналне контакте. Менаџерски посао подразумева много контаката са људима. Већина менаџера проводи између две трећине и четири петине свог времена у директној комуникацији са људима.

Информацијске улоге представљају другу категорију улога које се односе на процес прикупљања, обраде и пласирања информација од стране менаџера. У свом истраживању Н. Mintzberg је установио да менаџери 40% свог времена утроше управо на ту улогу.

Улога пословног одлучивања чини суштину сваког менаџерског посла и односи се на иницирање промена, решавање проблема, доношења одлука и сл.

Успешно обављање менаџерског посла захтева поседовање одговарајућег знања, способности, искуства као и одређених менаџерских вештина које су могу разврстати у одговарајуће категорије: техничке, интерперсоналне и концептуалне вештине или способности. Техничке вештине се односе на познавање процедура, правила, техника и знања приликом обављања одређеног посла. За лекара или медицинског техничара техничка вештина подразумева његову способност да рукује опремом за реанимацију у случају да пацијент доживи срчани застој. Интерперсоналне вештине или вештина опхођења људима представља способност појединца да успешно мотивише, комуницира и да сарађује са људима. Менаџери који владају тим вештинама у стању су да извуку најбоље резултате од људи са којима раде. Та вештина је од посебног значаја за менаџере средњег нивоа и топ менаџере. У просеку, менаџери прве линије проводе 57% времена са људима, али се та бројка повећава на 63% за менаџере средњег нивоа и 78% за топ менаџере.⁵⁸ И на крају, концептуалне (појмовне) вештине представља способност менаџера да концептуално размишља, да сагледа организацију као целину, да схвати односе између појединих делова организације и како се организација уклапа у спољашње окружење и како елементи тог окружења утичу на њу.

Различити нивои менаџера захтевају и различите нивое потреба за одговарајућим вештинама. На нижим нивоима менаџмента израженија је потреба за техничким вештинама (шеф хирургије у стању је да обави било који хируршки захват). Што је ниво виши, израженије су потребе за вештином опхођења са људима као и за концептуалним способностима. Топ менаџери морају поседовати концептуалну способност и способност виђења велике слике пре свих осталих. Реч је о способностима и вештинама које се не могу стећи кроз едукацијски процес, већ су привилегија креативних појединаца.

⁵⁸ Williams, Ch., 2010, *Принципи менаџмента – МГМТ*, Београд, Дата статус, стр. 14.

Савремени услови пословања од данашњих менаџера захтевају да буду истовремено руководиоци, тренери, лекари, психолози односно добри познаваоци људске природе како би успешно руководили њима. Модеран начин пословања захтева од менаџера да поред традиционалног предуслова, који подразумева интелигенцију, образовање и стучност, поседује емоционалну интелигенцију и компетенцију како би успешно руководили и владали собом и другима.

2.3.3.3. Карактеристике успешног менаџера у здравству

Менаџмент и менаџери су веома важни за успешно функционисање здравственог система и здравствених организација уопште.

Менаџери у здравству организују, усмеравају, контролишу и оцењују пружање здравствених услуга у оквиру институција које пружају здравствену заштиту – услуге. Менаџер у здравству обавља неки или све од следећих задатака:

- Планира, координира, успоставља и одржава стандарде за пружање услуга
- Консултује се са одбором директора и виших менаџера да одржи и успостави стандарде за пружање услуга
- Развија систем евалуације за праћење квалитета здравствене заштите пацијената
- Развија и спроводи планове за нове програме, специјалне пројекте, нове материјале и опреме, оспособљавање људи
- Планира и контролише буџет
- Представља одељење или установу на састанцима са владиним званичницима, медијима и другим организацијама
- Регрутује и надзире здравствене раднике.

Менаџери у здравству заузимају различите нивое на хијерархијској лествици руковођења што истовремено одређује услове које треба да испуне да би били успешни. Руководилац на првом нивоу мора да испуни следеће захтеве:⁵⁹

- Пружа услуге здравствене заштите
- Одлучује о технологијама, процедурама, терапији и сл.
- Одржава двосмерну комуникацију са члановима свог тима и са окружењем

Менаџер на средњем нивоу (менаџер здравствене установе):

- Мање времена проводи у пружању услуга здравствене заштите
- Припрема, надгледа и контролише израду и примену планова и програма рада установе

⁵⁹ Мићовић, П., 2008, *Здравствени менаџмент*, Београд, Комора здравствених установа Србије и Факултет за менаџмент Зајечар, стр. 265.

- Води кадровску политику установе
- Брине о усавршавању и едукацији запослених
- Учествоје у изради буџета установе и проналажењу потенцијалних извора финансирања
- Унапређује, координира и мотивише тимски рад
- Стара се да доноси праве одлуке у право време и
- Настоји да одлуке делегиране од стране надређених (тип менаџмента) спроведе на што ефикаснији и ефективнији начин

Топ менаџери (или менаџери на централном, највишем нивоу) раде на:

- Креирању здравствене политике и стратегије
- Законима и другим прописима
- Предлогу и изради стандарда здравствене заштите
- Дефинисању циљева, доктрина, општих принципа финансирања здравствене заштите
- Развоју здравственог информационог система
- Процени и анализи здравственог стања
- Усавршавању здравствене технологије
- Реформи здравственог система
- Спровођењу стручног надзора и сл.

Успешан менаџер на свим нивоима је приоритет сваке здравствене организације зато што он директно утиче на ефикасност целокупног здравственог система.

Као што је наведено, здравствени менаџери су углавном здравствени радници – лекари. Према Закону о здравственој заштити, уколико директор здравствене установе има високу школску спрему друге струке (правник, економиста) онда заменик или помоћник мора бити неко ко има високу школску спрему здравствене струке. У Србији 99% здравствених руководиоца (менаџера) су лекари, док су њихови заменици из области економије или права, што се показује као добра комбинација.

Постоје многобројни разлози бојажљивог укључивања здравствених радника/лекара у процес менаџмента. Најпре је у питању недостатак одговарајуће финансијске награде за бављење менаџментом, недостатак тренинга, способности, вештина у менаџменту и немогућност усклађивања обавеза и функција у случају обављања два посла. У свим тим случајевима од непроцењивог значаја је права информација - да прихватање тих обавеза не значи и губитак аутономије и слободе медицинске струке. Са друге стране, постоје и многобројни разлози за

ангажовање и укључивање здравствених радника у менаџмент здравствене организације/установе:⁶⁰

- Потреба за смањењем трошкова и уштедама, смањењем прекорачења буџета
- Потреба за асистирањем лекара у финансијским проблемима здравствене установе, посебно тамо где ресурси не одговарају захтевима

Увођењем менаџмента у клиничку праксу здравствени радници се едукују у пракси менаџмента и методама и алатима као што су:

- Децентрализација и делегирање
- Усавршавање у раду са информативним системима
- Рушење или смањење баријера унутар професионалне хијерархије,
- Побољшање квалитета клиничких услуга
- Смањење високих трошкова здравствених услуга
- Тимски рад у групи отвореног, критичког оцењивања клиничког рада и резултата.

Укључивање лекара у процес здравственог менаџмента има и своју лошу страну. У случајевима када се лекари покажу као одлични менаџери, трпи њихово примарно занимање и најчешће они бивају изгубљени за струку, јер једноставно не може се истовремено бити успешан менаџер и одличан хирург. Значи, у таквој ситуацији лекари се налазе пред дилемом да ли се у потпуности препустити менаџменту или покушати ускладити обавезе што је, мора се напоменути, веома тешко.

С обзиром да задњих деценија расте потреба за квалитетним руковођењем здравственим установама, а у складу са променама које се дешавају у здравственим системима, долази до већег укључивања здравствених радника у процес менаџмента кроз процес континуиране едукације. Континуирана едукација омогућава здравственим радницима непрекидно упознавање и стицање знања и овладавање новим техникама за побољшање и постизање бољих резултата. Осим тога, све више је високошколских установа које у свој образовни програм укључују и едукацију из здравственог менаџмента, организовање бројних семинара, вежби, предавања. Основни циљ свега тога је добијање компететних професионалаца у области јавноздравствених и клиничких дисциплина који ће поседовати одговарајуће знање и вештине из здравствене политике и менаџмента, примењљива у здравственим програмима и здравственом систему а ради достизања најважнијег циља – очување и побољшање здравља становништва.

Улога менаџера у здравственој организацији је веома битна јер се од њега очекује, пре свега, усклађивање економског и медицинског аспекта односно смањење трошкова пословања са

⁶⁰ Теодоровић, Н., Гајић-Стевановић М., 2008, Запослени у здравству у трансформацији здравственог менаџмента, *Стом Глас С*, вол. 5., стр. 188.

једне и унапређење квалитета рада са друге стране. Са друге стране њихова улога је и веома тешка имајући у виду промене и проблеме које потресају здравствени сектор. У таквим условима менаџер мора да се прилагођава путем стратегија које подстичу правилну употребу расположивих ресурса, укључују запослене у процес одлучивања, подстичу тимски рад и отвореност у међуљудским односима и на тај начин ствара услове за постизање веће ефикасности и квалитета у пружању услуга здравствене заштите.

2.3.4. КОМУНИКАЦИЈА У ЗДРАВСТВЕНОМ МЕНАЏМЕНТУ

Комуникација представља саставни део и неопходан услов успешног одвијања процеса менаџмента. Комуникација се дефинише као процес помоћу којег људи покушавају да се споразумеју преношењем симболичких порука.⁶¹ Комуникација је средство којим убеђујемо, информишемо, мотивишемо и водимо појединца према групним циљевима. Суштина групних напора је сарадња, а кључ за сарадњу је комуникација.⁶² Комуникација је крвоток сваке организације (о чему говори и то да се овај систем упоређује са кардиоваскуларним системом⁶³), она јој даје „живот“ и представља процес који обликује и руководи организацијом.

Комуникација је интегрални део процеса менаџмента због тога она мора бити систематична, непрекидна и потпуно интегрисана у организационе моделе како би се циљеви организације могли остварити. Њена улога се састоји у преносу информација, идеја, ставова, планова између различитих делова организације и истовремено њиховом повезивању. Са друге стране успостављање међуљудских односа је немогуће без комуникације, тако да је добра и ефикасна комуникација неопходан део како људских односа тако и успешног пословања.

Када се говори о здравственом систему може се рећи да комуникација има значајну улогу у његовој организационој структури. Она утиче на квалитет рада на свим нивоима здравствене заштите. Успешност сваке организације, па и здравствене зависна је од квалитета комуникације унутар организације како између запослених истог али и различитог хијерахијског нивоа, исто тако и од брзине комуникације унутар целе организације.

Комуникација у здравственој установи поред интерперсоналне и групне комуникације укључује и потребу за комуникацијом, факторе који делују на комуникацију и путеве за побољшање комуникације.⁶⁴

⁶¹ Stoner, J., Freeman, E., Gilbert, D., 1997, *Менаџмент*, Београд, Зелнид, стр. 480.

⁶² Wren, D., Voich., D., 1994, *Менаџмент – структура, процес и понашање*, Београд, ПС Грмеч.

⁶³ Шехић, Ц., Рахимић, З., 2006, *Менаџмент*, Сарајево, Економски факултет, стр. 259.

⁶⁴ Мићовић, П., 2008, *Здравствени менаџмент – менаџмент здравственог система и здравствених установа*, Београд, Обележја, стр. 73.

- Потреба за комуникацијом у организацији. Комуникација треба да се одвија на свим и између више нивоа. Процес комуникације може да се одвија у различитим правцима: одозго ка врху (bottom-up), од врха ка доле (top-down) или бочно-латерално.
- Фактори који делују на комуникацију у организацији. У ову групу фактора спадају: однос између претпостављеног и подређеног, успостављена хијерархија у организацији, перцепција природе информације, социјални притисак и престиж, стабилно и динамично стање, статус и размена информација и незванична/неформална мрежа комуникације
- Начини побољшања комуникације у организацији су: смањење и елиминација сметњи у комуникацији, усклађивање комуникације са пољем интересовања примаоца, употреба ранијег искуства у дешифровању поруке, употреба фидбек система за све главне комуникације, употреба многоструких канала, подстицање комуникације лицем у лице, организовање стручних састанака, састанака чланова организације и сл.

Комуникација у здравственој организацији зависи и од формалне организационе структуре. Запослени на нижим нивоима организационе хијерархије су под ризиком од неадекватне комуникације са запосленим на вишим нивоима. Пол је такође значајан фактор у комуникацији. Здравствене организације карактерише доминантност женског пола у сестринској професији и све већа његова заступљеност и у лекарској професији. Са друге стране, у здравственом сектору већина руководиоца су мушкарци. Разлог томе је и даље став да таква улога није својствена женама јер се оне углавном карактеришу као пасивне и недовољно способним да брзо и одлучно реагују и доносе значајне одлуке. Само стварањем равноправног амбијента за све, без обзира на пол, може омогућити жени да се докаже и на тај начин оствари сопствени развој и развој организације којој припада. Све разлике у половима, моћи и статусу у великој мери угрожавају квалитет комуникације у организацији. Поред ових, најчешће баријере у комуникацији здравствених радника су: разлике у личностима, личне вредности и очекивања, интерпрофесионално и интрапрофесионално ривалство, разлике у језику и жаргону, различити нивои образовања и статуса, разлике у одговорности, платама и наградама и др.

Комуникација у здравственим установама је део пословне културе организације и веома важно средство њеног конкурентног позиционирања. Ефикасна комуникација омогућава стицање нових знања, праксе и веома је плодно тле за покретања иновација. У здравственим организацијама од посебног значаја је интерперсонална комуникација. У случају здравствене организације издвајају се два начина комуницирања и то на релацији запослени – запослени

(нпр. лекар – медицинска сестра) и онај најбитнији здравствени радник – пацијент. И у једном и у другом случају, ефикасност у комуникацији значи⁶⁵:

- Правилан избор речи и њиховог значења
- Јасно изражавање ставова саговорника
- Способност да се не само правилно комуницира, већ и са пажњом слуша саговорник.

Ефикасна комуникација између здравствених радника је основ успешног планирања, доношења одлука, решавања проблема у процесу пружања здравствене заштите. Нефикасна комуникација за последицу може имати грешке у пружању здравствених услуга. Здравствене организације су изражене хијерархијске структуре на чијем се врху налази лекари који могу да имају перцепцију отворене комуникације за разлику од људи на нижем нивоу (медицинске сестре) који доживљавају проблеме у комуникацији. Оваква ситуација омета нормалну комуникацију што доводи до проблема у третману пацијената на различите начине. У Аустралији око 50% нежељених догађају су последица лоше комуникације између здравствених радника односно лекара и медицинске сестре.

Имајући у виду да информација представља основ сваке комуникације може се рећи да у циљу ефикасне комуникације између здравствених радника она треба да буде:⁶⁶

- Комплетна - да одговори на сва питања до задовољавајућег нивоа свих учесника у размени информација
- Концизна - укључује само релевантне информације, без понављања или ширења вишка информација
- Конкретна - употреба јасних речи, тачних чињеница и бројки
- Јасна - кратке и познате речи за лако разумљиву поруку
- Тачна - избегавати двосмисленост, употребу жаргона и снисходљивост

Комуникација између здравственог радника и пацијента је важан облик интерперсоналне комуникације и истовремено основ успешности здравствене организације у пружању здравствених услуга. У корист овоме говори и Хипократова синтагма *прво реч па онда лек* коју бисмо данас могли једноставно превести у – комуницирајте са пацијентима. Из наведеног се може закључити да здравствени радници морају бити оспособљени за квалитетно комуницирање са пацијентима, али и међусобно, како би здравствени систем функционисао на задовољавајући начин.

⁶⁵ Црњански, В., 2012, *Људски потенцијал и друштвена одговорност у здравственим установама Србије*, Београд, Задужбина Андрејевић, стр. 40.

⁶⁶ Брестовачки, Б., 2013, Лоша комуникација као узрок потенцијалних професионалних грешака, *Curr Top Neurol Psychiatr Relat Discip*. Vol XXI No. 3-4, стр. 77.

Лекари и медицинске сестре користе различите комуникационе стилове. Медицинске сестре чешће користе наративни и дескриптивни стил док су лекари чешће концизни. У литератури постоји 14 различитих акронима који се користе у стандардној комуникацији са пацијентима. Најчешће коришћена је SBAR техника комуницирања чији је аутор M. Lenard:

- **S** (Situation) – ситуација – лична индетификација, индетификација пацијента и сажет приказ проблема
- **B** (Background) – позадина – основне клиничке информације
- **A** (Assessment) – процена – разматрање опције, мишљења
- **R** (Recommendation) – препорука – шта урадити.⁶⁷

У нашој здравственој пракси примењује се комуникацион стил *Студеница* који карактеришу: ефикасна комуникација, визуелан ефекат (особља и просторија), стрпљивост, непристрасност, толеранција, љубазност, ефикасно слушање, тимски рад, невербална комуникација, деловање примером, давање јединственог примера другима и узајамно поштовање и поверење.

Услов за успешност у пружању здравствених услуга поред ефикасне комуникације је и сарадња и тимски рад запослених.

2.3.5. ТИМОВИ И ТИМСКИ РАД

Тим представља најјачи инструмент савремене организације рада и битан предуслов ефикасног функционисања сваке организације. Тим се може дефинисати као двоје или више људи који делују заједнички, на јединствен начин, у правцу остваривања заједничких циљева.⁶⁸ Тим је увек група појединаца која, формирањем тима, укида “високе границе” хијерархијске структуре.⁶⁹ Сваки менаџер ствара тим у складу са задацима и циљевима организације. Из тог разлога неопходна је сарадња између менаџера и тима како би заједно успешно остваривали своје функције и на тај начин допринели повећању нивоа продуктивности, сатисфакције чланова тима и остварењу циљева организације.

Основне карактеристике тима су:⁷⁰

- Чланови тима деле један или више заједничких циљева
- Тимови захтевају интеракцију и комуникацију међу члановима
- Чланство у тиму претпоставља улоге
- Тимови су обично већи део тима.

⁶⁷ Ибидем, стр. 79.

⁶⁸ Wehrhch, H., Koontz, H., 1994, *Менаџмент*, Загреб, USIS, стр. 528.

⁶⁹ Трифуновић, С., Ковач, Е., Скоруп, А., Скоруп, С., 2010, Тимски менаџмент и нови дух толеранције у свету рада, *Међународна научна конференција Менаџмент 2010.*, Крушевац, 17-18. март, стр. 259.

⁷⁰ Wehrhch, H., Koontz, H., 1994, *Менаџмент*, Загреб, USIS, стр. 528.

Тимски рад представља незаобилазни услов успешног професионалног деловања и квалитетног руковођења у здравственим организацијама. Природа посла у здравству захтева стручно знање и искуство запослених различитих профила почев од лекара, преко медицинских техничара па до социјалних радника, социолога, психолога. Према томе, тимски рад је резултат експазивног развоја медицинске струке у којој један особа не може преузети одговорност за остварење свих могућих захтева оних који траже здравствену услугу. У здравству, према дефиницији Светске здравствене организације, тимски рад представља рад више стручњака на постизању заједничког циља. Тај рад не сме бити фрагментиран и неповезан већ добро координиран од стране вође тима. У здравству је углавном функционишу мултидисциплинарни и интердисциплинарни тимови. Мултидисциплинарне тимове сачињавају особе исте медицинске струке (нпр. интернисти и хирурзи) или различите струке (ортопед, физиотерапеут) који решавају комплексне проблеме пацијента у дијагностичком или терапијском смислу. Сличан је случај и са трансплатацијским тимовима који своје захтевно деловање управо организују кроз тимски рад. Карактеристично за мултидисциплинарни тим је да нису сталног карактера већ делују само када за то постоји потреба. Интердисциплинарни је тим који окупља стручњаке различитог профила, који раде стално заједно и у свакодневной су међусобној комуникацији. У тиму се налазе стручњаци различитих струка који равноправно делују и сnose одговорност у оквиру своје струке и компетенција. На пример, у болници Suburban Hospital у Bethesda, у Мериленду, тимови за пружање интезивне неге, фармацеута, социјалних радника, нутрициониста, главне сестре за инезивну негу, респираторног терапеута и свештеника, свакодневно се састају са болничком сестром сваког пацијента да би разговарали и договорили се о најбољем правцу лечења. Болница се ослања на тим да таквим приступом смањи грешке, скрати време које пацијенти проведу у болници и унапреди комуникацију између породице и медицинског особља.⁷¹

Тимски рад у здравству има своје предности, а и недостатке. Предности се односе на чињеницу да овакав начин деловања и извршења задатака доприноси већој продуктивности и квалитету обављеног посла, бржем остварењу постављеног циља, већем задовољству кориснику услуга, финансијским уштедама као и већем нивоу одговорности сваког појединог члана тима у процесу доношења и спровођења одлука. Недостаци које носи тимски рад односе се на потешкоће и проблеме који настају у самој његовој организацији. Проблеми који се најчешће срећу су:

- Недостатак подршке тиму од стране сарадника и одговорних руководиоца
- Нејасно дефинисани циљеви и недовољно структурирана организација тимског рада

⁷¹ Ибидем, стр. 384.

- Нејасно дефинисана одговорност сваког појединца – члана тима
- Нерешавање интерперсоналних сукоба унутар тима
- Нејасан процес одлучивања и нејасна одговорност вође тима
- Учестале промене појединих чланова тима
- Неспремност за преузимање одговорности од стране чланова тима
- Недовољни и неадекватни ресурси за функционисање тима

Успешност тима је у великој мери условљена вођом и квалитетом професионалног руковођења. Често питање које се поставља је да ли вођа тима мора бити особа која има највише квалификација, особа коју тим изабере или она особа која најбоље познаје проблеме. Пракса је показала да вођа треба да буде неко ко познаје проблеме којима се тим бави и има јасно дефинисане циљеве и начине за њихово остварење.

Успешност у руковођењу зависи и од одабраног стила вођења. Стил вођења зависи од многобројних фактора као што су знање, способност, култура и вештина вође, врсте организације, њене организационе структуре, окружења и сл. У пракси, најчешће се примењују следећа три стила управљања: аутократски, либерални и демократски стил управљања. Који ће од стилова бити примењен зависи од актуелне ситуације и личних карактеристика вође.

Тимски рад у здравству је неопходност јер природа тог посла често не омогућава самостално спровођење активности у процесу задовољење потреба корисника здравствене услуге и самостално доношење одлука. У здравству доминира екипни рад хијерархијског типа у којем одлуке доноси вођа тима, а остали му помажу. Пример за тај тип тимског рада је хируршки тим за време извођења операције. Други тип је тзв. процесни екипни рад где се одлука доноси заједнички (процесни екипни рад изабраног доктора и патронажне сестре).

2.3.6. ЗДРАВСТВЕНИ ИНФОРМАЦИОНИ СИСТЕМ И E-HEALTH – ФАКТОР УСПЕШНОСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЕЛАТНОСТИ

Здравствени информациони систем представља окосницу успешности и ефикасности здравствене делатности. Под информационам системом, уопштено, подразумева се скуп људи, материјалних средстава и организованих процедура који обезбеђују информације за подршку организацији. Светска здравствена организација, здравствени информациони ситем (ЗИС) одређује као део општег информационог система и подразумева механизам за прикупљање, обраду, анализу и пријем информација потребних за организацију и спровођење здравствене заштите, али и за истраживања и организацију у здравству. Здравствени информациони систем представља модел помоћу којег се прати стање здравља и здравствених потреба становништва;

усклађује се однос понуде и тражње унутар здравственог система са крајњим циљем – унапређење квалитета пружања здравствених услуга на ефикаснији начин.⁷²

Имајући у виду природу и специфичност здравствене делатности увођење и примена ЗИС-а обезбеђује већу ефикасност и продуктивност рада, смањење трошкова као и већи квалитет у пружању услуга. Преко овог система функционишу све битне информације потребне за идентификовање проблема и изналажења начина за њихово решавање као и све остале информације битне за унапређење здравствене делатности и уједно здравствене заштите становништва. Развој, циљеви и схватања везана за информационе системе у здравству мењала су се протеклих деценија:⁷³

- Специфичност 70-их година заснивала се на техничко-технолошкој основи информационих система. У том периоду здравство се почело компјутеризовати, умрежавати уз истовремено стварање банака података.
- Интересовање 80-их година преноси се на дефинисање информационих система у функцији управљања и менаџерске контроле и сагледавања његове најуже повезаности са стратегијом, организацијом и циљевима објективног система.
- Време током 90-их година егзистира на схватању фудаменталног значаја информационог система као стратегијског ресурса за развој свих суштинских циљева и активности објективног система.

Основне компоненте здравственог информационог система су:

- Људски ресурси (кадрови) – корисници услуга, менаџери, остали запослени у здравственом сектору
- База података
- Техничка база
- Програмска подршка

Увођење информационих система у здравствену делатност представља један, потпуно нов вид комуникације између свих учесника у процесу пружања здравствене заштите. Са једне стране, кориснику здравствене услуге односно пацијенту омогућено је да преузме комплетну контролу и самостално доноси одлуке које се тичу његовог лечења. Са друге стране, лекару, односно пружаоцу здравствене услуге, олакшава се посао у погледу могућности да брзо и лако дође до података битних за пацијента и успешно решавања проблема и постављање дијагнозе.

⁷² Црњански, В., 2012, *Људски потенцијал и друштвена одговорност у здравственим установама Србије*, Београд, Задужбина Андрејевић, стр. 38.

⁷³ Лутовац, М., 2008, Информациони систем и информационе технологије у здравству, *Школа бизниса*, бр.1., стр.97.

Бенефити увођења здравственог информационог система су:⁷⁴

- Економски – уштеда материјала, радне снаге и финансијских средстава; повећање обима услуга; повећање ефикасности лечења смањењем дужине хоспитализације; већи степен искориштености ресурса; пословање по трошковном принципу; повећање степена наплате кроз потпуну евиденцију пружених медицинских услуга, као и праћење њихове реализације и мањи степен везаности финансијских средстава у облику залиха материјала и лекова.

- Квалитативни – смањење обима административних активности уз њихово ефикасније извршавање; повећање нивоа знања и осавремењавање здравствене технологије; системско планирање, извршење, увођење, праћење, прикупљање, анализирање и интерпретација радних активности; тренутна контрола свих интерних, а донекле и екстерних фактора пословања; повећање дисциплине у вођењу материјалних и рачуноводствених послова и повећање поузданости информација због уграђеног механизма контроле.

- Организациони – стандардизација процеса пружања услуга; стандардизација материјала, побољшање квалификационе структуре; подршка спровођењу програма здравствене заштите, брз приступ подацима о стању финансијских и других ресурса установе; скраћење времена: захтев-реализација; планирање рада и праћење тока делатности по свим нивоима у установи; ефикасна комуникација између појединих учесника у извршавању радних процеса и располагање великим обимом података и информација корисних за доношење одлука.

- Медицински – осавремењавање и стандардизација метода и процедура у процесу пружања медицинских услуга; повећање дијагностичког и терапијског квалитета ауторизованим приступом свим релевантним дијагностичким и анамнестичким подацима; редукција негативних ефеката погрешне дијагностике; рано откривање ефеката неадекватне терапије; контрола квалитета и поузданости услуга и синхронизација савремених дијагностичких и терапијских процедура у складу са модерно биомедицинском технологијом.

- Научно-истраживачки – перманентна примена савремених научних достигнућа, ретроспективне студије, проспективне студије, едукација и иновације знања и повезивање са познатим ресурсима знања и референтним телемедицинским центрима у земљи и иностранству.

Увођење савременог здравственог информационог система има за циљ постизање стратешких циљева здравственог система и уједно задовољење потреба и интереса грађана, здравствених професионалаца - давалаца услуга, менаџмента здравствених установа и управљача здравственог система. Најпознатији здравствени информациони систем је MEDICAS који

⁷⁴ Стратегија примјене у ICT здравству, Министарство здравља Црне Горе, www.mzdravlja.gov.me

представља такав информациони систем за здравствене установе који покрива широк спектар активности у вези са пацијентима, пружаоцима услуга и системом здравствене заштите.

Уважавање модерних трендова и потреба модернизације система здравствене заштите подразумева афирмацију и увођење концепта електронског здравства (e-health). Светска здравствена организација дефинише Е здравство као трошковно ефикасну и сигурну употребу информационих и комуникационих услуга за подршку здрављу и областима које се односе на здравство, укључујући услуге здравствене неге, надзора здравља, литературу о здравству, образовање о здрављу, знање и истраживање и сл.⁷⁵ Концепт електронског здравства један је од најкомпликованијих примена информационих и комуникационих технологија у некој области друштвеног живота. Имајући у виду специфичност здравствене делатности, примена Е здравства је од суштинског значаја за побољшање ефикасности, ефикасности и квалитета медицинских и пословних процеса које спроводе учесници у здравственом систему. Увођење Е здравства представља веома скуп процес па из тога разлога треба да буде оправдан чврстим разлозима везаним, пре свега, за рационализацију и смањење трошкова. Додатни разлог за његово увођење лежи у начелима Европске Уније која у име економског напретка жели створити велико, јединствено тржиште које карактерише слободан и несметан проток робе, услуга, људи и капитала. Слободно кретање људи неминовно тражи и једноставнији приступ здравственим услугама и подацима о властитом здрављу.⁷⁶

Ефекти увођења електронског здравства односи се на смањење трошкова, елиминацију просторно-географске удаљености, повећање транспарентности и доступности информација, повећање расположивости услуге и побољшање рада администрације. Примена тог вида комуницирања елиминира коришћење папира као медија и омогућава да се сви подаци о пацијенту складиште у електронској форми, при чему се путем интернет технологије истом омогућује несметан приступ и корисне информације на основу којих пацијент може успешно да реши свој проблем. Увођење електронског здравственог картона већ је сада пракса у већини развијених земаља. Још 2004. године савезна администрација САД, са тадашњим председником Џорџом Бушом Млађим на челу, захтевала је прелазак на електронске здравствене картоне у наредних десет година. За потребе промовисања тог предлога те године је било издвојено 125 милиона долара. Тренутно, мање од трећине здравствених институција у Америци је у процесу потпуног преласка на електронски картон. Што се тиче Европске Уније, у већини земаља се увелико експериментише са електронском здравственом књижицом, заснованој на smart card технологији. У Србији већи број здравствених установа

⁷⁵ <http://www.who.int/trade/glossary/story021/en>

⁷⁶ Биочанин, Р., Амиџић, Б., Козомара, Р.: Менаџмент у здравству уз коришћење електронске комуникације, Универзитет у Нишу, Технолошки факултет у Лесковцу, Зборник радова бр. 17, стр. 198.

планира увођење електронских картона. У томе се посебно истичу Клинички центар Србије, КБЦ Краљево, Дом здравља Земун, Дом здравља Младеновац, Дом здравља Савски венац и др. У Црној Гори је обезбеђен јединствен електронски картон за све осигуранике на примарном нивоу.

Здравственим системима је на располагању могућност коришћена различитих модела e-health а попут: G2B, G2C, B2B, B2C и B2E. Најзаступљенији модел је B2E јер представља најбољу могућу варијанту истовременог задовољења потреба корисника здравствених услуга и потреба здравствених радника.

Добро конципиран систем Е здравства обезбеђује унапређење здравствене заштите, усавршавање комуникације између здравствених радника и, на крају, повећање ефикасности, ефективности и квалитета рада. Осим тога, примена информационих и комуникационих технологија у здравству омогућиће да тај сектор с временом постане најуноснији, имајући у виду да се наредних година очекују високе стопе раста на тржишту здравствених услуга. С обзиром да здравствена заштита представља и економску категорију, Е здравство омогућује бољу услугу за мање новца, односно ефикасније коришћење буџетских средстава на основу уштеда коју примена информационих и комуникационих технологија пружа. У условима када се многе земље суочавају са старењем становништва, недостатком квалитетног здравственог кадра и неадекватним привредним растом те технологије су једино решење - да се са истом количином средстава и кадрова подмире потребе све већег броја људи, уз одржавање и побољшање квалитета здравствене услуге.

2.4. КОНТРОЛА – ЗАВРШНА ФАЗА ПРОЦЕСА ЗДРАВСТВЕНОГ МЕНАЏМЕНТА

Контрола представља последњу функцију менаџмента блиско повезану са остале четири функције. Успешна контрола је основни фактор и одредница успешности сваке организације, па и здравствене. У организацији у којој пословање лоше иде, често се може чути следећа реченица: *све је у реду али систем контроле ништа не ваља.*

Прву дефиницију контроле дао је Н. Fayol и она према њему подразумева перманентну проверу сталног понашања организације у односу на планирано, са циљем да се сагледају и отклоне слабости и грешке и да се спречи њихово евентуално понављање. Контрола није чин, већ процес. Она је регулаторни процес којим се успостављају стандарди за остварење организационих циљева, упоређују стварне перформансе са тим стандардима и предузима корективна акција када је то неопходно да би се перформансе вратиле на стандарди ниво.⁷⁷

⁷⁷ Williams, Ch., 2010, *Принципи менаџмента – МGMT*, Београд, Дата статус, стр. 290.

Контрола се одвија стално и упоредо са одвијањем процеса менаџмента. Контрола је потребна без обзира на величину и врсту организације. Док у мањим организацијама контролу обавља сам менаџер, у великим организацијама тај процес је знатно комплекснији и сложенији.

У оквиру процеса контроле могу се издвојити четири основне фазе:

- Успостављање стандарда
- Мониторинг активности
- Поређење остварених резултата са стандардима
- Евалуација и предузимање корективних акција

Прву фазу контроле представља фаза успостављања стандарда. Стандарди су основ за поређење помоћу кога се мери колико су организационе перформансе задовољавајуће или незадовољавајуће. Они морају бити пажљиво одабрани узорак са којима ће се поредити остварени резултати, реални и довољно мотивирајући за чланове организације.

Другу фазу процеса контроле представља мониторинг активности, односно утврђивање шта ће бити мерено, од стране кога, када и шта је од оног што је мерено најважније. Мониторинг представља једну квантитативну меру, односно механизам који идентификује шта се то дешава са активностима без упуштања у резултате тих активности.

Поређење остварених резултата са постављеним стандардима представља трећу и, уједно, најједноставнију фазу контролног процеса. Квалитет поређења у великој мери зависи од система мерења и информационог система који организација користи за праћење перформанси. Основни циљ ове фазе је утврђивање девијантног понашања и у којој мери су она довела у питање остварење коначног циља. Оно што је битно за ту фазу је брзина и тачност добијених информација. На бази расположивих информација потребно је утврдити стварни узрок девијације и на основу тога предузети одговарајуће корективне акције које ће омогућити реализацију постављених циљева.

Контрола је бесмислена уколико не омогући правовремено предузимање корективних акција.

Контрола се може вршити на нивоу тима, организационе јединице, организације, програма, пројекта, политике и стратегија, тактичких и оперативних планова. Што се тиче контроле на нивоу организације, она може бити: претходна, текућа и накнадна; стручна (интерна и екстерна) и материјална (финансијска и економска). У скорије време прихвата се један нови приступ у области контроле – контролинг или навигатор здравственог менаџмента - који се спроводи од највишег нивоа менаџмента и менаџера и представља управљање контролом у читавом процесу менаџмента.⁷⁸

⁷⁸ Мићовић, П., 2008, *Здравствени менаџмент*, Београд, Комора здравствених установа Србије и Факултет за менаџмент Зајечар, стр. 86.



МЕНАЏМЕНТ И ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ

ГЛАВА II



1. ИСТОРИЈАТ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА И ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Општа теорија система све појаве у природи и друштву проучава као једну целину, односно систем састављен од већег броја елемената који су усмерени ка остварењу укупног циља и задатка система. Под системом, уопште, подразумева се скуп међусобно повезаних елемената који заједно доводе до постизања циљева у средини у којој егзистира или групу елемената (особе, организације, опрема, идеја и др.) који су повезани на такав начин да утичу један на другог и на понашање елемената у целини. Систем обухвата укупност или комплексност елемената или појединачних делова. Сваки систем поседује структуру, реализује одређену функцију, прерађује или пласира одређене информације.

Здравствени систем је један од најзначајнијих подсистема друштвеног система који свој рад и функцију усмерава ка здравственој заштити људи током читавог њиховог живота. С обзиром да представља кључни део општег друштвеног система, подразумева се да његов настанак и развој прати општи економски и друштвени развој људског друштва. Трагови најпримитивнијих облика здравственог система и заштите још у првобитној људској заједници указују на постојање неколико фаза у развоју здравствене заштите: нагонска, емпиријска, магијска, магијско-религиозна и хуморална. Нагонска фаза јавља се у периоду када тадашњем човеку нагон игра кључну улогу у стицању искуства и умног напретка. Човек на основу једноставног посматрања стиче сазнања о биљкама и њиховом коришћењу у лечењу. Емпиријска фаза се везује за постојање првих искустава и вештина у лечењу заснованом највише на причи, сугестијама, молбама упућеним демонима за које се тада сматрало да су главни узрок настанка болести. Магијска фаза се везује за врачеве, чаробњаке који су се служили магијом (ритуални плесови и песме) у сузбијању и лечењу болести. У магијско-религиозној фази лекар се јавља као свештеник, болест се објашњавала као Божја казна, а лечење се заснивало на молитвама. И на крају, хуморална фаза која се дефинише као последња фаза у развоју здравствене заштите утемељена је на научним принципима, истраживањима, технологијама, примени лекова и др. У тој фази здравствени систем добија на значају као подсистем укупног друштвеног система.

Период крајем XIX и почетком XX века карактерисао је неразвијен здравствени систем са малим бројем лекара и здравствених радника који су пружали услугу великом броју људи. Тадашњи број болница је био више него скроман. Резултат свега тога је био веома кратак животни век (око 50 година) и веома висока стопа смртности одојчади и мале деце. Тек после Првог светског рата почињу први организовани покушаји планирања здравственог система и

здравствене заштите. Од тада па све до данас здравствени системи пролазе кроз процесе сталних реформи, у циљу веће ефикасности и успешности. Данас здравствени системи представљају неизбежну и битну компоненту друштвеног система у којима је запослено око 60 милиона здравствених радника и сарадника који пружају здравствене услуге у својим заједницама.

2. РАЗВОЈ ЗДРАВСТВА У СРБИЈИ

Зачеци организованог облика пружања здравствене заштите на нашим просторима били су у манастирима. Тадашњи пружаоци здравствених услуга били су монаси. У оквиру манастира спроводили су се и одређени видови болничког лечења који су били на далеко нижем нивоу у односу на Европу. Прву болницу основао је Свети Сава у манастиру Студеница (1207-1216). Тај пример су убрзо следили и други манастири. Свети Сава и његова дела су створила основ за даљи развој медицине и организацију здравства у средњовековној Србији и касније до XIX века. Следећа дела су била од великог значаја за зачетак и даљи развој и организацију здравствене службе и заштите код нас:⁷⁹

- „Карејски типик“ Светог Саве из 1199. године је најстарије и најзначајније дело које се бавило овом проблематиком.
- „Хиландарски медицински кодекс“ је зборник записа српске научне медицине од XII до XV века наше ере.
- „Хиландарски типик“ Светог Саве обрађује у једном свом делу правила понашања у болници.
- „Студенички типик“ Светог Саве, такође, има сличну намену и садржај као и Хиландарски типик.

Пропаст средњовековне државе значио је и стагнацију у развоју српске медицине и здравствене заштите. Тек почетком XVIII века почело је формирање језгра будућег напретка српске медицине. Године 1759. Србија је добила првог доктора медицине Јована Апостоловића који је студије завршио у Јени а лекарску праксу у Новом Саду.

Почетком XIX века на студијама медицине у Бечу и Пешти појављују се и први српски студенти. Истовремено се појављују и прве књиге из савремене медицинске науке које су у ствари биле преводи са француског и немачког језика. Ови моменти су били веома битни у процесу формирања српске медицине новијег доба. Прву болницу у Србији оснива Јеврем, брат кнеза Милоша Обреновића, 1826. године у Шапцу. У Србији је, на основу решења из

⁷⁹ Михајловић, Б.; Костић, Н., 2005, *Менаџмент у здравству*, Београд, Чигоја штампа, стр. 17.

Првог земаљског устава, 1838. године формирана и прва санитетска служба која је поставила основе организације здравствене службе у Србији. Те године у Србији је радило 9 лекара и 4 помоћника. Такође, прва апотека је отворена у Београду 1830. Године, а у Крагујевцу шест година касније. Краљевина Србија је 1879. године донела Закон о народном санитетском фонду и Закон о очувању здравља у народу и домаћој стоци којима су били добро уређени односи у здравственој надлежности на основу којих је Србија на међународном састанку у Паризу 1902. године добила високе похвале за организацију здравствене заштите становништва. Сви ти догађаји су убрзали развој здравствених служби и отварање нових болница, апотека и других објекта сличне намене. Број школованих лекара био је све већи. Прва жена лекар у Србији била је 24-годишња Драга Љочић, иначе Шапчанка, која је 1878. године завршила студије медицине у Цириху (једини европски град у коме су могле да студирају жене) и била промовисана у доктора медицине, хирургије, бабичлука и очних болести. Била је јединствена по много чему: пионир женског лекарског позива у својој земљи и прва жена лекар са словенског југа, неуморни борац за равноправност жена, бескрајно пожртвован хуманитарни радник, велики патриота и мајка четворо деце. Др Драга Љочић је била иницијатор стварања женског лекарског друштва после Првог светског рата као и отварања Женске болнице на Дедињу.

Крај XIX века карактерише велики број подзаконских аката и закона којима се дефинише организационо устројство здравствене службе као и кодекс понашања здравствених радника у функцији очувања народног здравља. У јесен 1911. основано је Министарство народног здравља а девет година касније (1920.) почиње да ради Медицински факултет у Београду чији су оснивачи били др Милан Јовановић-Батут, др Војислав Суботић и др Ђорђе Јовановић, имена која су одиграла најважнију улогу у савременом развоју здравствене организације, науке и образовања.⁸⁰

Период развоја организације здравственог система у некадашњој Југославији којој је припадала и Србија може се поделити на пет фаза. Прва фаза обухвата период од 1945. до 1950. године. Тај период карактерише, пре свега, обнова ратом разрушене земље тако да се и политика здравствене организација темељила на том задатку. То је подразумевало обнову здравствених капацитета (удвостручен је постељни фонд као и број амбулантно-поликлиничких установа) и спречавање појаве заразних болести које су карактеристичне за ратна подручја. Друга фаза обухвата период од 1950. до 1956. године. Значајно за ту фазу је плански развој здравствене делатности као и увођење модела самосталног финансирања који је базирао на финансирање преко фондова социјалног осигурања. У трећој фази (1957-1960)

⁸⁰ Ибидем, стр.20.

долази до повећања капацитета и квалитета пружених здравствених услуга, појачана је контрола над радом здравствених организација и ограничена приватна лекарска пракса. Доношење Општег закона о организацији здравствене службе у СФРЈ је доминантна карактеристика четврте етапе која се одвијала у интервалу од 1960. до 1963. године. Здравствени центар постаје основна ћелија у здравственој заштити становништва. Тим законом регулишу се права и обавезе грађана у здравственој заштити, њихово право на слободан избор лекара као и права и обавезе здравствених установа. Доношењем новог Устава 1963. почиње пета фаза развоја здравственог система. Битна одлика те фазе је усклађивање потреба здравства са друштвено економским развојем и могућношћу земље да прати развој здравствене делатности. Седамдесетих година донет је и Средњорочни програм развоја здравствене заштите у Србији што је представљало израз високог степена организованости здравствене службе. Низ закона који су донети током деведесетих година, југословенско здравство је сврстало у групу средње развијених здравствених система.

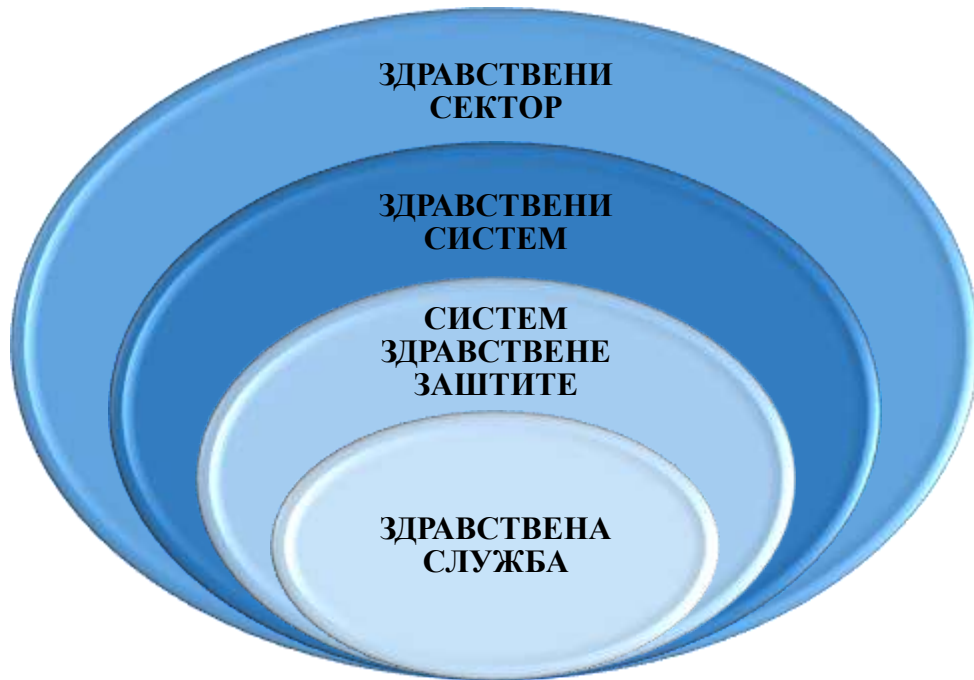
3. ПОЈАМ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА

Концепт здравственог система различито се схвата и разуме. Термини као што су здравство, здравствени систем, здравствени сектор, систем здравствене заштите, здравствена делатност често се користе наизменично што доводи до конфузије. Иако слични појмови у суштини су веома различити, јер се односе на улоге, институционалну одговорност, ресурсе и моћ. Здравствена служба, било да је приватна или јавна, представља „индустрију“ која обезбеђује здравствене услуге (јавне или приватне). Систем здравствене заштите подразумева шири концепт и односи се на финансирање, регулативу, ресурсе и улоге. Он обухвата здравствену инфраструктуру која обезбеђује спектар програма и услуга и пружа здравствену заштиту појединцима, породицама и заједници. И на крају, здравствени систем и здравствени сектор обухвата све оно што је повезано са здрављем почев од образовања до пољопривреде и урбаног живота.

Светска здравствена организација према извештају из 2000. године здравствени систем дефинише на следећи начин: Здравствени систем је скуп свих организација, институција и ресурса који предузимају здравствене акције у личној здравственој заштити и друштвеној здравственој служби да побољша стање људи.⁸¹ Здравствени систем спада у групу најсложенијих друштвених система које карактерише динамичност, сложена структура, стохастичност и хијерархијска организација.

⁸¹ <http://www.who.int>

Слика 2. Структура здравственог сектора



Извор: Аутор

Према томе, здравствени систем представља неодвојиви део друштвене заједнице – део без којег је незамисливо функционисање те заједнице и функционисање његових подсистема. Према СЗО здравствени систем је више него пирамида јавних објеката које пружају здравствене услуге. Тај систем, поред тога, обухвата и програме здравствене заштите, кампање у промоцији здравља, здравствено осигурање, законодавство у тој области и све остало што подстиче и обезбеђује боље здравље становништва. Здравствени систем се односи на све организације, људе и поступке чија је примарна намена промоција, враћање или одржавања здравља.

Национални здравствени системи су сложене, променљиве и нестабилне организације за пружање услуга здравствене заштите. Питање које се често поставља је колико здравствених система постоји? Одговор је једноставан, онолико колико има и држава. Модерни здравствени системи функционишу као отворени, сложени, динамички, флексибилни, зависни и хијерархијски системи чији је циљ унапређене здравља људи путем обезбеђивање здравствених услуга становништву на ефикасан начин.

4. КЛАСИФИКАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНИХ СИСТЕМА

Здравствени системи се могу класификовати према различитим критеријумима:

1. Економски критеријум (показатељ економске развијености је друштвени производ /национални доходак per capita)
 - Здравствени системи развијених земаља - ЕУ, САД и Јапан у којима бруто друштвени производ по становнику износи преко 10.000 US\$
 - Здравствени системи земаља у транзицији и развоју - Русија, Мађарска, Србија, Црна Гора у којима је бруто друштвени производ по становнику мањи од 10.000 US\$
 - Здравствени системи неразвијених земаља - Афричке земље у којима је БДП мањи од 1000 US\$
2. Друштвено-политички критеријум (идеологија, норме, вредносни систем)
3. Административна структура која обухвата:
 - Државну/приватизовану
 - Централизовану/децентрализовану
 - Монистичку/плуралистичку структуру
4. Критеријум организованости⁸²
 - Добро организован
 - Средње организован и
 - Скромно организован
5. Критеријум функционисања
 - Задовољавајући
 - Делимично задовољавајући и
 - Незадовољавајући
6. Према врстама здравственог осигурања
 - Друштвено
 - Приватно и
 - Комбиновано
7. Према начину организације
 - Систем ванболничке здравствене заштите – амбуланте, поликлинике, дневне болнице и сл.

⁸² Мићовић, П., 2008, *Здравствени менаџмент – менаџмент здравственог система и здравствених установа*, Београд, Обележја, стр.11.

- Систем болничке здравствене заштите – болнице (опште и специјалне), клинике, клинички центри, лечичишта и сл.
 - Систем примарне здравствене заштите
 - Систем секундарне здравствене заштите
 - Систем терцијарне здравствене заштите
8. Здравствени системи према задацима у пружању здравствене заштите становништва
- Систем пружања превентивних услуга
 - Стратегије и мере превенције које су оријентисане на спречавање погоршања здравља
 - Лечење и рехабилитација у циљу побољшања здравственог положаја болесне особе (медицинска превенција, превенција понашања код становништва и превенција понашања код оболелих)
 - Систем пружања куративних услуга чији је циљ обезбеђење здравља уз поступак лечења и дијагностике
 - Систем пружања услуга рехабилитације – спречавање или ублажавање последица болести са нагласком на рехабилитацију
 - Систем пружања услуге неге – нега код оштећења здравља или неге у току болести
9. Здравствени системи према популационим групама
- Здравствена заштита деце узраста до пет година
 - Здравствена заштита школске деце и младих узраста до 6-26 година
 - Здравствена заштита жена и материнства
 - Здравствена заштита радника
 - Здравствена заштита одраслог становништва старосне доби преко 18 година
 - Здравствена заштита особа треће животне доби
 - Здравствена заштита посебних група

Према ОЕСД-у, здравствени системи се могу класификовати према следећим критеријумима:

- Обухват становништва здравственом заштитом и права из здравствене заштите
- Извори финансирања здравствених система
- Власти над објектима и опремом у здравству

Сваки од напред наведених критеријума може се користити у процесу класификације а такође и у поступку оцене успешности одређеног здравственог система. Системи се разликују од земље до земље па се слободно може рећи да нема истих здравствених система јер сваки од њих има неке своје карактеристике и специфичности које их чине различитим од других.

5. КОМПОНЕНТЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА

Здравствени систем, један од најсложенијих друштвених система, састављен је од повезаних сродних елемената који директно условљавају квалитет и његово функционисање. Структура и функционална повезаност елемената здравственог система било које државе може се анализирати на основу пет главних компонента упрошћеног модела здравственог система (дефинисаног од стране В. Класуковског и А. Ван Дер Верфу-а), од којих је сваки, директно или индиректно, повезан један са другим.⁸³

Основне компоненте сваког здравственог система су:

1. Здравствени ресурси
2. Организација и администрација
3. Менаџмент
4. Финансије
5. Обезбеђивање и пружање здравствене заштите

Светска здравствена организација наводи да је за одрживост једног здравственог система битно постојање следећих сегмената:

- Отпоран финансијски механизам
- Оспособљено стручно особље
- Поуздане и тачне информације на којима се базирају одлуке у здравственој политици
- Добро одржавани објекти и логистика
- Квалитетни лекови и технологија

Када се говори о кључним компонентама одрживости здравственог система, СЗО даље наводи и:

- Побољшање здравственог стања појединаца, породице и шире друштвене заједнице
- Одбрана популације од онога што угрожава здравље
- Штити људе од финансијских последица у погледу лошег живота и
- Обезбеђивање једнаког приступа неге свим људима

⁸³ Мићовић, П., Мићовић, И., 2013, *Здравствени систем*, Београд, Европски центар за мир и развој, стр.13.

Слика 3. Здравствени систем



Извор: Мићовић, П., Мићовић, И., 2013, *Здравствени систем*, Београд, Европски центар за мир и развој, стр. 14.

Ресурси у здравственом систему се односе на:

- Људске ресурсе (лекари, стоматолози, медицински техничари и сестре и сарадници)
- Установе (зграде и опрема)
- Средства (лекови и санитетски материјал)

За ресурсе, као компоненту здравственог система, веома је битна њихова правилна алокација. Алокација здравствених ресурса мора бити правична како би квалитет функционисања здравственог система био на задовољавајућем нивоу. Под правичном алокацијом ресурса подразумева се правична и једнака расподела средстава према географском (развијена/неразвијена подручја и рурална /урбана подручја) и социјалном критеријуму (расподела средстава према социјалним слојевима). У оквиру људских ресурса веома битан аспект представља одговарајуће образовање и обука кадрова као и обезбеђеност становништва одговарајућим бројем здравствених радника (број лекара на одређени број становника). Важно питање са којем се суочавају све земље је колико здравствених радника треба образовати и обучавати за потребе здравствене заштите.

Организација је од великог значаја за квалитет и ефикасност здравственог система и чине је:

- Здравствене власти једне државе

- Здравствено осигурање и његова организација
- Остале државне агенције које су делови система
- Невладине организације
- Приватни сектор са различитим нивоима самосталности.

Организовање и администрирање се односи на планирање и успостављање приоритета за постизање циљева, формулисање одговарајуће здравствене политике као и постизање одговарајуће „вредности за новац“ који је на располагању.

Од економске моћи једне државе, такође, зависи квалитет његовог здравственог система.

Компоненту економске моћи чине:

- Државни извори финансирања
- Извори локалне заједнице
- Организације и волонтерске агенције
- Приватна плаћања и донације и др.

Извори финансирања система здравствене заштите су:

1. Државни буџет – општи и специфични порези
2. Фонд осигурања
 - Обавезно здравствено осигурање – доприноси
 - Добровољно приватно осигурање – премије осигурања
3. Плаћање из џепа
 - Партиципација (лично учешће у трошковима)
 - Пуна цена услуга (приватна пракса)
4. Донације, добровољни прилози

На ефикасност и квалитет здравственог система битно утиче и квалитет менаџмента и менаџерских структура. Менаџмент се односи на вођство, одлучивање, регулацију, планирање, одлучивање, мониторинг и евалуацију и квалитетну информатичку подршку и помоћ.

Пружање здравствене заштите је различито у појединим државама али се оно у смислу сложености дели на:

- Примарни
- Секундарни
- Терцијарни ниво.

6. НИВОИ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА

У Закону о здравственој заштити Републике Србије здравствени систем се дефинише као укупност елемената који суделују у обезбеђивању здравствене заштите становништва. Термин здравствени систем означава активности које укључују здравствени као и низ других сродних сектора (привредних и друштвених) који скупа учествују у обезбеђивању здравствене заштите становништва.⁸⁴ Систем здравствене заштите је обично организован на три нивоа:

- Примарном
- Интермедијарном или секундарном и
- Централном или терцијарном нивоу.

Сва три нивоа су међусобно и функционално повезана у јединствен систем, у коме:

- Виши ниво пружа подршку нижем
- Информише нижи ниво о третману
- Има јединствену медицинску документацију

Примарни ниво здравственог система је основни и централни део здравственог система на којем се пружа примарна здравствена заштита и он мора покривати најмање 2/3 здравствених потреба. Примарна здравствена заштита је први ниво на коме грађанин остварује здравствену заштиту и преко кога се укључује у процес здравствене заштите на другим нивоима. Установе које обављају здравствену делатност на примарном нивоу су:

- Дом здравља
- Апотека
- Завод за здравствену заштиту.

Дом здравља представља најважнију установу на примарном нивоу здравственог система и основни је носилац примарне здравствене заштите. У дому здравља се обезбеђује:

- Примарна здравствена заштита
- Хитна медицинска помоћ
- Општа медицина
- Здравствено васпитање
- Патронажна служба
- Лабораторијска и друга дијагностика

У дому здравља, осим наведеног, обезбеђује се и:

- Превенција и лечење у области стоматолошке здравствене заштите
- Здравствена заштита запослених (медицина рада)

⁸⁴ Михајловић, Б., Костић, Н., 2005, *Менаџмент у здравству*, Београд, Чигоја штампа, стр.54.

- Физикална медицина и рехабилитација (ако није организована у другој здравственој установи на територији за коју је основан ДЗ)
- Санитетски превоз (ако та служба није организована у болници или другој здравственој установи на територији за коју је основан ДЗ)
- Фармацеутска здравствена делатност

Планом здравствених активности у дому здравља може се обављати и друга специјалистичко-консултативна делатност. У неким случајевима, у дому здравља може се организовати породилиште и стационар за дијагностику и лечење акутних и хроничних болести.

У циљу обезбеђења здравствене заштите већим или удаљеним насељима Дом здравља може организовати:

- Здравствене амбуланте (у којима се обавља најмање делатност опште медицине)
- Здравствене станице (обављају најмање хитну медицинску помоћ, делатност опште медицине и здравствену заштиту деце)

Апотека представља здравствену установу у којој се обавља фармацеутска здравствена делатност на примарном нивоу. Њена делатност се своди на:

- Промоцију здравља, односно здравствено васпитање и саветовање у циљу очувања и унапређења здравља правилном употребом лекова и медицинских средстава
- Праћење савремених стручних и научних достигнућа у области фармакотерапије и пружање информације грађанима и свим заинтересованим субјектима о лековима и одређеним врстама медицинских средстава
- Промет на мало лекова и медицинских средстава
- Давање савета пацијентима за правилну употребу лекова и медицинских средстава
- Израда магистралних лекова и галенских препарата и сл.

Апотека може функционисати као самостална организациона јединица или бити део неке здравствене установе.

Завод је здравствена установа која обавља здравствену делатност на примарном нивоу. Завод се оснива као:

- Завод за здравствену заштиту студената
- Завод за здравствену заштиту радника
- Завод за хитну медицинску помоћ
- Завод за геронтологију
- Завод за стоматологију
- Завод за плућне болести и ТБЦ
- Завод за кожно венеричне болести

- Завод за трансфузију крви и др.

Секундарни ниво здравственог система решава сложеније здравствене проблеме користећи специјализоване кадрове и вишу технологију рада. Уколико дом здравља није у могућност да пацијенту пружи одговарајућу специјалистичку здравствену заштиту или проблем није могуће решити услед недостатка одговарајућих техничких услова, у том случају он се упућује на виши секундарни ниво. Здравствене установе задужене за пружање здравствене заштите на секундарном нивоу су:

- Опште болнице
- Специјалне болнице

Болнице су установе које обављају здравствену делатност у „продужењу“, односно оне су наставак делатности домова здравља. Основна делатност савремене болнице је да прихвати и прегледа болесне и повређене; да лечи и излечи; да збрињава и прима хитне медицинске случајеве; да обавља специјалистичку службу и изван својих простора и да својом активношћу, путем рехабилитације, врати човека у процес рада.⁸⁵

Општа болница пружа здравствену заштиту лицима свих узраста и формира се у државној својини за територију једне или више општина. Она мора имати организоване службе најмање за:⁸⁶

- Пријем и збрињавање хитних случајева
- Обављање специјалистичко-консултативне и стационарне здравствене делатности из интерне медицине, педијатрије, гинекологије и акушерства и опште хирургије
- Лабораторијску, РТГ и другу дијагностику у складу са својом делатношћу
- Анестезију са реанимацијом
- Амбуланту за рехабилитацију
- Фармацеутску здравствену делатност преко болничке апотеке

Специјална болница пружа здравствену заштиту лицима одређених старосних група, односно оболелих од одређених болести. Специјална болница обавља:

- Специјалистичко-консултативну и стационарну здравствену делатност за област за коју је основана
- Лабораторијску и другу дијагностику
- Фармацеутску здравствену делатност преко болничке апотеке

Општа и специјална болница морају обезбедити самостално или преко друге здравствене установе и:

⁸⁵ Михајловић, Б., Костић, Н., 2005, *Менаџмент у здравству*, Београд, Чигоја штампа, стр.129.

⁸⁶ Из Закона о здравственој заштити Републике Србије, www.zdravlje.gov.rs

- Санитетски превоз за упућивање пацијената на терцијарни ниво
- Снабдевање крвљу и крвним продуктима
- Службу за патолошку анатомију

Терцијарни ниво здравственог система мора пружити врхунску дијагностику и лечење кроз високоспецијализовану кадровску и технолошку опремљеност. Такође, тај ниво пружа стручну помоћ и подршку секундарном нивоу и обавља делатност медицинске едукације и научноистраживачког рада. Здравствену делатност на том нивоу обављају следеће установе:

- Клиника
- Институт
- Клиничко-болнички центар
- Клинички центар

Све напред наведене институције могу се основати само у седишту универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке. Такође, те установе су обавезне да, уколико у њиховом окружењу не постоји општа болница, пружају услуге секундарног нивоа.

Клиника обавља високоспецијализовану специјалистичко-консултативну и стационарну здравствену делатност из одређене гране медицине/стоматологије, као и образовну и научно-истраживачку делатност. У складу са делатношћу коју обавља мора имати организоване службе прописане за општу болницу.

Институт обавља високо специјализовану специјалистичко-консултативну и стационарну здравствену делатност или само високоспецијализовану специјалистичко-консултативну здравствену делатност из једне или више грана медицине или стоматологије, као и образовну и научно-истраживачку делатност. У складу са делатношћу коју обавља мора имати организоване службе прописане за општу болницу. Институт који спроводи болничко лечење и болничку рехабилитацију испуњава услове прописане законом за специјалну болницу.

Клиничко болнички центар је здравствена установа која обавља високоспецијализовану специјалистичко-консултативну и стационарну здравствену делатност на терцијарном нивоу из једне или више грана медицине. Поред услова прописаних за општу болницу, у гранама медицине из којих обавља високоспецијализовану здравствену делатност мора испуњавати услове предвиђене за клинику. Савремени концепт организовања клиничко-болничког центра представља претечу тржишне оријентације здравства, у коме пацијент добија и улогу контролора пружене здравствене услуге.

Клинички центар обједињује делатност три или више клиника, тако да чини функционалну целину, организовану и оспособљену да може успешно обављати послове и задатке који се односе на:

- Обављање високоспецијализоване, специјалистичко – консултативне и стационарне здравствене делатности
- Образовно-наставну делатност
- Научноистраживачку делатност

Сва три претходно наведена нивоа здравственог система морају бити организована на начин који обезбеђује кохезију елемената система и несметано остварење функције у складу са договореном здравственом политиком.

7. ОДГОВОРНОСТ НА РАЗЛИЧИТИМ НИВОИМА ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА

Сви здравствени системи подразумевају одговорности различитих типова, које функционишу са различитим успехом. Често је перцепција неуспеле или недовољне одговорности подстицај за реформу здравственог система. Када се говори о одговорности онда је, пре свега, треба дефинисати. Суштина одговорности је одговор на питање у вези са одлуком и/или радњом, односно пружање информације о томе шта је учињено/спроведено и зашто.

Санкције представљају другу битну одлуку одговорности. Она се обично изједначава са захтевима и казнама оличеним у законима и прописима, али санкције могу бити шире. Оне укључују, на пример, професионалне кодексе понашања, подстицаје као што су тржишни механизми или другу врсту санкције у виду негативног публицитета. Самоконтрола међу даваоцима здравствених услуга је такође пример санкција, где се професионални кодекси понашања користе као стандард. Дефинисање одговорности намеће питање и на шта се она односи. Постоје три категорије одговорности:⁸⁷

- Financial (финансијска),
- Performance (одговорност перформансе) и
- Political/democratic accountability (политичко/демократска одговорност).

Финансијска одговорност везана је за праћење и извештавање о расподели, исплати и коришћењу финансијских ресурса у оквиру здравственог система, заснованом на коришћењу и поштовању одређених рачуноводствених правила и стандарда. Посебну улогу у сношењу финансијске одговорности има Министарство финансија, Министарство здравља, Фонд за здравствено осигурање као и одређене агенције које финансирају здравствено осигурање.

⁸⁷ Brinkerhoff, D., 2003, *Accountability and Health Systems: Overview, Framework and Strategies*, <http://www.who.int>

Performance accountability или одговорност перформанси односи се на одговорност у реализацији договорених циљева. Његов фокус је на услугама, аутпутима и резултатима јавних агенција и програма. Одговорност перформанси концентрише се на резултате.

Политичко/демократска одговорност има везе са институцијама, процедурама и механизмима који теже да осигурају и оправдају поверење јавности и интересе грађана. Главни механизми и путеви за ту врсту одговорности су политички процеси и избори. Питање здравства и проблеми здравствене заштите често заузима истакнуто место у политичким кампањама у изборним тркама у многим земљама. На пример, изградња здравствене установе може бити атрактивна опција за политичара у генерисању изборне подршке.

Одговорност за развој здравственог система мењала се у складу са стадијумима његовог раста и развоја. Почетна фаза развоја здравствених система подразумевала је степен одговорности који је био на релативном ниском нивоу. Међутим, виши степен развоја здравственог система подразумевао је и већи степен одговорности. У централизованим системима праћење примене стратегије врши се централном контролом, па се самим тим, одговорност за развој и функционисање система директно односи на државу и Министарство здравља. У децентрализованим системима одговорност и ауторитет се преносе са централног ка регионалном и локалном нивоу. Према дефиницији, децентрализација представља пренос власти, руковођења и доношења одлука са националног на субнационалне нивое или са вишег на ниже нивое власти. Децентрализација у систему здравствене заштите има за циљ приближавање корисницима здравствених услуга кроз брзо и одговарајуће прилагођавање њиховим потребама и очекивањима. Велики централизовани системи у бившим социјалистичким земљама показали су низ недостатака који су се односили на недовољну ефикасност, споро увођење промена и иновација, као и подложност политичким манипулацијама. Управо ти недостаци су били разлог да се у већини земаља Централне и Источне Европе и бившег Совјетског Савеза изврши децентрализација одговорности здравственог система ка регионалним и локалним нивоима.

Децентрализација система здравствене заштите представља сигуран начин за:⁸⁸

- Побољшање у обезбеђивању здравствене заштите
- Бољу расподелу средстава према потребама
- Укључивање заједнице у доношењу одлука о приоритетима у систему здравствене заштите

Систем здравствене заштите у Републици Србији је био изразито централизован. Према Закону о здравственој заштити (Службени гласник РС бр. 18/02), све здравствене установе

⁸⁸ Симић, С., 2006, Децентрализација у систему здравствене заштите, Брошура „Ка реформи јавног здравства у Србији“, Београд, Палго центар, стр.8.

оснива Влада Републике Србије, њихове директоре такође поставља Влада и Министарство здравља што значи да на тај начин директно управљају здравственим установама. Међутим, током 2002. године Влада Републике Србије је усвојила документ Здравствене политике са седам циљева, међу којима четврти циљ предвиђа постизање „Одрживог система здравствене заштите уз транспарентност и селективну децентрализацију у области управљања ресурсима и ширење спектра извора и начина финансирања”. У Визији система здравствене заштите у Србији водећи принцип број пет (од девет наведених) се односи посредно на децентрализацију: повећаће се учешће приватног, профитног и непрофитног сектора у пружању здравствене заштите финансиране од стране Републичког завода за здравствено осигурање.⁸⁹

У системима са значајним учешћем приватног сектора који није под утицајем државе и не представља део општег здравственог система контрола и надзор се искључиво врше на бази профитабилности.

Када се говори о одговорностима за развој здравственог система највећи терет пада на државу (Владу и Министарство здравља) чији је задатак да уз све расположиве ресурсе и укључивање свих релевантних сектора обезбеди нормално функционисање здравственог система. На регионалном нивоу тај терет носе СЗО, ЕУ и друге организације, док на глобалном нивоу главна активност се своди на мобилизацију колективног искуства, истраживања и предлагања стратегија у режији СЗО, УНИЦЕФ-а и Светске банке.

8. ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ – ПРЕДУСЛОВ УСПЕШНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА

8.1. ИСТОРИЈАТ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Здравствено осигурање представља специфичан облик социјалног осигурања који за циљ има унапређење здравља становништва. Осигурање, у најширем смислу речи, представља, такав облик организовања појединца или организација који су у сличној ситуацији, ради смањивања ризика од тешких материјалних губитака. Материјални губици услед болести, радне неспособности и старости су губици које појединац и његова породица тешко могу да надокнаде. Због тога појединци и организације формирају заједничка финансијска средства да би, када су здрави и способни они уплаћују та средства, а користе их када су болесни или неспособни.⁹⁰

⁸⁹ Ибидем, стр. 10.

⁹⁰ Михајловић, Б., Костић, Н., 2005, *Менаџмент у здравству*, Београд, Чигоја штампа, стр.223., преузето из Група аутора: Здравствено осигурање, Теорија и пракса, Београд, 1995.

Првобитни облици здравственог осигурања јављају се у XVIII веку, када су се стварале радничке Уније које су водиле бригу о радницима у случају њихове болести или привремене радне неспособности. У току XVIII и почетком XIX века организације које су уређивале здравствено осигурање називане су болничким касама или заједницама узајамног профита. На крају XIX века, у Европи је функционисао велики број таквих фондова. Из тих фондова се најпре пружала новчана помоћ њеним члановима а касније су се склапали уговори са лекарима за пружање здравствене заштите. Следећа фаза у развоју здравственог осигурања био је први Закон о обавезном здравственом осигурању којег су донели Немци 1833. године у оквиру Бизмарковог плана осигурања. Тај закон се односио на одређене категорије радника који су имали примања испод одређеног минимума, са обавезом уплаћивања доприноса у болесничку касу. Овај закон је подразумевао и обавезу послодавца на уплату доприноса у болеснички фонд. Творац тог закона је био немачки канцелар Бизмарк који је на овај начин планирао да подигне свој утицај у радничким круговима. У тадашњој Немачкој је било формирано 22.000 болничких каса. Убрзо, тим примером су се руководиле и друге земље. Закон о обавезном здравственом осигурању доноси Аустрија (1886), Мађарска, Норвешка (1902). Сличан закон је ступио на снагу у Великој Британији и скандинавским земљама, а 1911. године и у Француској. Током тог периода скоро све европске земље су имале законе везане за здравствено осигурање углавном унајмљених радника. Тренд идеје о здравственом осигурању није заобишао ни земље ван европског подручја. Први систем обавезног осигурања у Азији увео је Јапан 1922. године и он се тада односио само на раднике. У Латинској Америци, Чиле је била прва земља која је увела здравствено осигурање које је обухватало 15% популације. Током Другог светског рата и остале земље тог региона (осим Аргентине) придружиле су се заједници земаља са регулисаним здравственим осигурањем. Здравствено осигурање које се односило на целокупно становништво није имала ни једна земља све до Првог светског рата. Немачка 1937. године уводи нови национални здравствени систем осигурања из којег су биле искључене популационе групе са вишим доходком. Прва земља која је увела здравствено осигурање које покрива 100% становништва је Нови Зеланд (1939). Међународна организација рада, 1944. године, усвојила је препоруке о здравственој заштити, којима се земље чланице позивају да свом становништву омогуће одговарајућу здравствену заштиту. После Другог светског рата Новом Зеланду се придружују Норвешка и Шведска. У том периоду, у свим државама у којима је био формиран социјалистички систем целокупно становништво је било обухваћено правом на бесплатну здравствену заштиту по моделу обавезног здравственог осигурања. Велика Британија је 1948. године увела Националну здравствену службу која је омогућила једнак приступ здравственим услугама за све грађане. Касније су све земље Западне Европе постепено уводиле систем здравственог осигурања.

И Србија има дугу традицију у здравственом осигурању која започиње познатим Законом о народном санитетском фонду, усвојеном 1879. године у тадашњој Краљевини Србији. Средства за фонд обезбеђивана су из тзв. болничког пореза који је износио 1.6 динара per capita на годишњем нивоу. Први Закон о социјалном осигурању донет је 1922. године. Тај закон је обезбеђивао право на здравствено осигурање само запосленим у одређеним привредним гранама што је и резултирало веома малим бројем осигураника на 1000 становника (4,2). Период после Другог светског рата представља период развоја новог система здравственог осигурања у оквиру укупног социјалног осигурања. Шездесетих година XX века систем почиње да функционише самостално. Законом су биле дефинисане две категорије осигураника. Прва категорија су била лица која имају право на потпуну здравствену заштиту (лица у редовном радном односу), док су другу категорију осигураника чинила лица осигурана за случај повреде на раду и професионалних обољења (лица која раде краће од половине радног времена, лица на стручном усавршавању, ученици и студенти на пракси и лица на преквалификацији). Тим Законом није била предвиђена било каква партиципација осигураника у плаћању трошкова. Међутим, услед нарасталих потреба везаних за здравствену заштиту, допунама закона уводи се партиципација осигураника у смислу личног учешћа у трошковима за поједине врсте лекова и одређене здравствене услуге. Велики допринос у развоју система здравствене заштите и здравственог осигурања дао је најпре општи савезни, а затим републички Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите 1970. године. Оно што је интересно и везано за тај Закон је да је он био један од модела за израду документа Међународне конференције о примарној здравственој заштити која је одржана 1978. године у Алма Ати. Закон је био добро постављен, био је добар у погледу заштите здравља људи али је недостајала материјална основа за његову успешну примену. Резултат такве ситуације је доношење Закона о здравственој заштити који је објединио организацију здравствене службе и здравственог осигурања. Тим законом су била дефинисана три стратешка правца:

- Равномернији развој свих видова здравствене заштите са нагласком на превентивну и примарну здравствену заштиту,
- Регионални развој
- Рационалнији распоред здравствених установа

Нажалост, и овог пута као и код претходног закона системски добро постављена замисао није могла бити реализована због недостатка финансијских средстава. Постављају се темељи за развој врло важне делатности, а њихово финансирање дефинише се преко замишљених економских категорија слободне размене рада, СИЗ-ова, органа и тела руковођења заједница, без реалне економске подлоге, а на принципима удруживања рада и средстава. Ту се, онда

поставља једно значајно питање: - Како ћете средства удружити ако их немате или их нисте од некога добили?! Пројекат се остварује задуживањем код банака, банака код иностраних поверилаца, тако да се дугови према иностранству повећавају и стварају обавезе њихових плаћања за генерације које долазе. Дакле, добро постављени теоријски модели здравствене заштите у пракси нису могли бити реализовани због недостатка средстава.⁹¹ Доношењем Закона о здравственој заштити и Законом о здравственом осигурању 1992. године одвојена је регулатива здравственог осигурања од здравствене заштите у Србији. Обавезним видом здравственог осигурања обухваћено је скоро целокупно становништво. Тим законом дефинисана је организација и финансирање здравственог осигурања на територији читаве Републике Србије.

8.2. НАЈЗНАЧАЈНИЈИ МОДЕЛИ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Са аспекта нивоа здравствене заштите и врсте услуга које се нуде осигуранику разликујемо следеће облике осигурања:

- Обавезно здравствено осигурање којим се обавезује држава својим прописима
- Допунско здравствено осигурање је осигурање које покрива разлику од обавезног здравственог осигурања до пуне вредности услуга
- Додатно здравствено осигурање је добровољно осигурање које осигуранику обезбеђује покриће услуга које превазилазе права из обавезног и допунског осигурања
- Приватно здравствено осигурање је осигурање које плаћају појединци или њихови послодавци

У свету постоје различити модели организовања здравственог осигурања који се разликују према укључености у ЗС, начину финансирања, начину организовања, критеријуму обавезности и сл.

Светска здравствена организација истиче следеће најзначајније облике здравственог осигурања:

- Бизмарков модел здравственог осигурања – систем социјалног осигурања
- Бевериџов систем националног осигурања
- Семашков социјалистички модел здравственог осигурања
- Тржишни (комерцијални) модел

⁹¹ Михајловић, Б., Костић, Н., 2005, *Менаџмент у здравству*, Београд, Чигоја штампа, стр.231.

Табела 4. Модели здравственог осигурања

	Бизмарков модел	Беверицов модел	Семашков модел	Тржишни модел
Финансирање	Доприноси послодавца, осигураника итд.	Порези, буџет	Централни државни буџет	Приватна средства осигураника, приватна осигурања
Управљање	Самоуправно од представника, послодавца и осигураника	Држава и њени органи	Централна влада и Министарство за здравље	Приватне организације и агенције
Одлучивање о правима и обавезама	Носиоци јавног осигурања у оквиру јавних овлашћења	Држава и њени органи	Централна влада	Нема права, све се темељи на понуди потражњи
Укљученост (обавеза) становништва у заштиту	Целокупно становништво са неким изузецима	Целокупно становништво	Целокупно становништво	Нема обавезе осигурања, одлука је добровољна
Солидарност	Апсолутна	Апсолутна	Апсолутна	Не постоји
Планирање подручја осигурања	Држава и носиоци	Држава	Држава	Не постоји

Извор: www.rzso.rs

Бизмарков модел је најстарији систем здравственог осигурања, продукт првог Закон о обавезном здравственом осигурању донетог у Немачкој 1833. године у време владавине Otto von Bismarck-а. Тим законом права из области здравственог осигурања су осигурана свим становницима државе.

Основни извор средстава за здравствену заштиту представљају средства социјалног осигурања које у виду доприноса плаћају сви који имају било какав доходак. Доприноси су сразмерни висини примања тј. одређени су у облику процента од зараде. Они се сливају у болесничке касе или осигуравајућа друштва која су независна али ипак у одређеној мери под државним надзором. Начин плаћања пружаоцима услуга зависи од обима послова који је одређен уговором између извођача и носиоца осигурања.

Основна карактеристика овог система је његова независност од државе и државног буџета. Међутим, држава ипак има одређену регулативну и надзорну улогу у том систему. Овај модел се темељи на принципима непрофитности. Приватна осигурања могућа су само за појединце који имају приходе који прелазе одређени ниво. Са друге стране, за групе становника нижег

економског стандарда (незапослени, избеглице, социјално угрожени и сл.) обезбеђују се одређене здравствене субвенције. Поред Немачке овај систем се примењује и у Аустрији, Белгији, Француској, Луксембургу, Холандији, Швајцарској, Словенији итд.

Беверицов (либерални) модел националног здравственог осигурања своје зачетке вуче још са почетка XX века али је формално дефинисан од стране Беверица тек 1942. године. Основна карактеристика тог модела је да се базира на солидарности и обезбеђује покриће целокупног становништва (а не само запослених) здравственом заштитом у државним или приватним здравственим установама. Обим права је добро ограничен и стиче се држављанством. За разлику од Бизмарковог модела, управљање је у надлежности државе. Држава преузима улогу вођења и управљања. Средства се прикупљају пореским путем и сливају се у државни буџет што значи да здравствени систем нема сопствена средства. Држава одлучује о делу буџета намењеном здравственој потрошњи и о његовој расподели. Држава, такође, оснива и обезбеђује здравствене капацитете, финансира их и управља и контролише њихов рад. Државе са Беверицовим моделом су Велика Британија, Финска, Италија, Шведска, Шпанија, Данска, Португалија, Грчка, Норвешка, Исланд, Ирска, Нови Зеланд, Канада итд.

Семашков (социјалистички) модел здравственог осигурања је модел совјетског здравственог система централистичког типа настао у време социјалистичког друштвеног уређења. Тај модел здравственог осигурања имале су све бивше социјалистичке државе Европе. Семашков модел произилази из истог начина размишљања као и Беверицов модел, односно да је држава одговорна за бесплатну здравствену заштиту свог становништва. Разлика је само идеолошка. Средства се, такође, обезбеђују путем пореза, односно здравство се финансира из јавног државног буџета. С обзиром да друштвени систем почива на друштвено-државној својини, приватна здравствена заштита није била могућа. Целокупни здравствени капацитети су у јавном власништву па су према томе и здравствене услуге јавно доступне. Тај модел осигурања има одређене предности али и недостатке. Добре стране се односе на:

- Висока доступност здравственим услугама
- Добра географска покривеност становништва здравственим услугама
- Добро извођење јавних програма здравствене заштите попут вакцинације, систематских прегледа, ерадикације појединих болести и сл.

Недостаци Семашковог модела здравственог осигурања су се односили на следеће:⁹²

- Недовољан обим здравствених услуга
- Велики број лекара на број становника

⁹² Јоксимовић, З., Јоксимовић, М., 2007, Приказ најзначајнијих система здравствених осигурања, *Тимочки медицински гласник*, Волумен 32, Број 4, <http://www.tmg.org.rs>

- Неприлагођеност здравствене службе и здравствених услуга потребама пацијената
- Релативна потцењеност и недовољно финансирање здравствених радника и услуга по међународним стандардима
- Наглашена улога болничког збрињавања и лекара специјалисте уместо ванболничких услуга и примарне здравствене заштите
- Привилегије и боља доступност здравствених услуга „посебним“ групама осигурача (људи из власти)
- Појава сиве економије и сл.

Овај систем у свом првобитном облику више не постоји, мада неки његови облици опстају и функционишу у неким азијским земљама (Кина, Северна Кореја, Вијетнам, Монголија), на Куби и још неким земљама.

Тржишни (комерцијални) модел здравственог осигурања се појавио крајем шездесетих година прошлога века. У овом случају здравствено осигурање организују и спроводе приватне организације и агенције са циљем остварења профита. Финансирање овог модела је из фондова приватног осигурања који се формирају из премија осигурања. Приватно здравствено осигурање потискује социјалну солидарност и не обезбеђује универзално покриће. Премије осигурања су подређене ризику, тако да болесни плаћају више од здравих чиме се крши принцип солидарности. Оно што је карактеристично за овај модел је и приватно власништво над здравственим капацитетима. Основни недостатак овог модела здравственог осигурања је велики број неосигураних лица. Тржишни модел постоји у САД-у, Турској и Швајцарској.

Као пети модел здравственог осигурања наводи се Сингапурски модел (1984) који подразумева обавезно отварање медицинско-здравствених штедних рачуна. Ти рачуни могу бити добровољни (САД, Јужна Африка) и обавезни персонални рачуни који се могу користити само за трошкове здравствене заштите и терета болести (Сингапур и Кина).

Поред напред наведене поделе постоји још једна, веома значајна, подела на европски и амерички модел организовања здравственог осигурања.

Европски модел здравственог осигурања заснива се на обавезном (социјалном) осигурању, које се финансира из доприноса на зараде на терет запослених и послодаваца и из пореза. Обавезно здравствено осигурање се на почетку односило само на поједине категорије запослених у индустрији, железници, рударству и у другим високоризичним гранама привреде. Касније, са економским растом и развојем, оно се проширује и на остале категорије запослених попут земљорадника, службеника, предузетника, пензионера и сл. Један од основних циљева је да што већи проценат укупног становништва буде обухваћен здравственим осигурањем односно здравственом заштитом. Овај модел, данас, обезбеђује пакет основних здравствених услуга и заступљен је у свим земљама ЕУ.

Уз обавезно постоји и добровољно здравствено осигурање као његова допуна. Наиме, ради се о осигурању на основу кога његови носиоци желе већа права и виши стандард услуга. Средства која се прикупљају на тај начин могу користити само лица која се на тај начин осигуравају. Добровољно здравствено осигурање јавља се у три основна облика:⁹³

- Substitutive (замена или алтернативно)
- Complementary (допунско)
- Supplementary (додатно)

Алтернативно здравствено осигурање намењен је специфичним групама корисника и приступ овој врсти осигурања условљен је висином прихода или статусом запосленог. Ова врста осигурања може бити намењена за део становништва које има високе приходе и по том основу је искључен из обавезног здравственог осигурања што је случај у Холандији. У другом случају корисник може да бира између обавезног и добровољног осигурања (Немачка). И на крају, тај вид осигурања може бити намењен делу популације тзв. самозапослених (Аустрија и Белгија). Ниво покрића креће се од 0,2% у Аустрији до 24,7% у Холандији. Висок ниво покрића у Холандији је резултат законских решења њихове владе да се из система обавезног здравственог осигурања искључе људи са годишњим приходом већим од 30.700 евра за услуге ванболничког лечења и краткорочне болничке заштите.

Као што је напред напоменуто, у Немачкој делу становништва чији је годишњи приход већи од 45.900 евра оставља се на располагању могућност избора између обавезног и добровољног осигурања. Међутим, само се једна трећина корисника одлучује на напуштање обавезног здравственог осигурања. Углавном је реч о млађој и здравој популацији.

У Аустрији и Белгији део популације (са одређеним приходима), тзв. самозапослени, могу да да напусте обавезно и прихвате алтернативно осигурање.

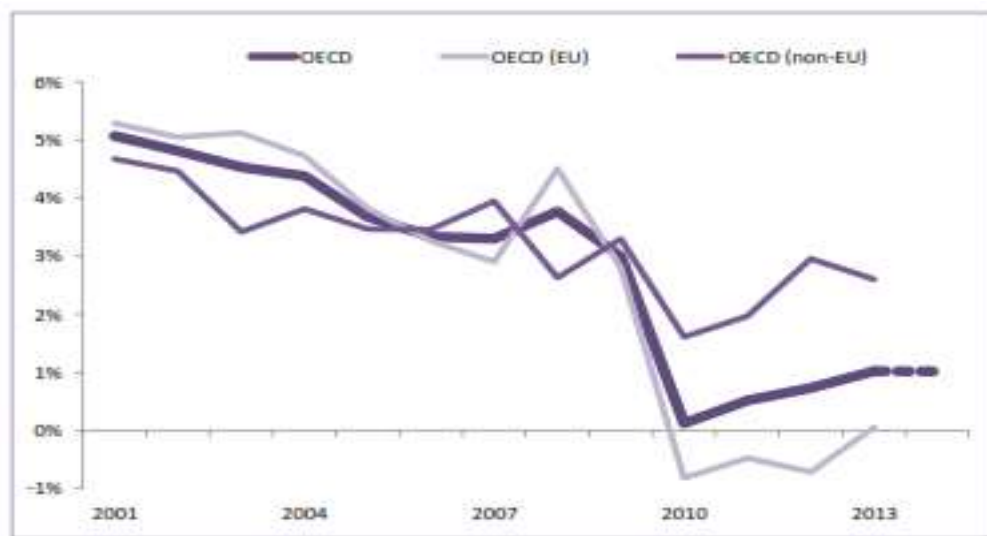
Допунско добровољно осигурање је присутно у свим државама ЕУ, а највише у Белгији, Данској, Француској, Шведској, Холандији и Луксембургу. Због све већег раста трошкова здравствене заштите уводи се партиципација корисника здравствених услуга која се покрива управо допунским здравственим осигурањем. Код те врста осигурања ниво покрића креће се од 20% до 70%.

За разлику од допунског осигурања које покрива различите категорије популације, додатно осигурање је намењено лицима са вишим професионалним статусом и вишим приходима. Овај вид осигурања обезбеђује приступ ширем спектру здравствених услуга (и оних које нису обухваћене обавезним здравственим осигурањем), брже и боље али и не квалитетније здравствене услуге.

⁹³ Mossialos, E., Thomson, S., 2004, *Voluntary health insurance in the European Union*, Brussels, World Organization, стр. 16.

На висину издвајања средстава за здравство и здравствено осигурање утичу реалне материјалне могућности државе условљене постојећом глобалном економском ситуацијом. Економска и финансијска криза која је потресла светску привреду 2009. године оставила је траг и на сектор здравства односно на ниво здравствене потрошње. Према статистичким подацима публикованим од стране ОЕЦД-а потрошња у здравству доживљава благи раст у 2013. години са тенденцијом наставка таквог тренда и у 2014. години.⁹⁴ Спор раст здравствене потрошње у 2010. године је резултат глобалне економске и финансијске кризе. Међутим, многе европске земље (чланице ЕУ) доживљавају раст здравствене потрошње али испод просека ОЕЦД. Процењује се да је здравствена потрошња порасла за 1,0% у земљама ОЕЦД у 2013, у односу на 0,7% у 2012. и скоро 0% раста у 2010. години. Ипак, раст у 2013. години је остао далеко у односу на ниво пре кризе. У периоду од 2000. до 2009. године просечан раст здравствене потрошње износио је 3,8%.

Слика 4. Просечна годишња стопа раста здравствене потрошње *per capita*

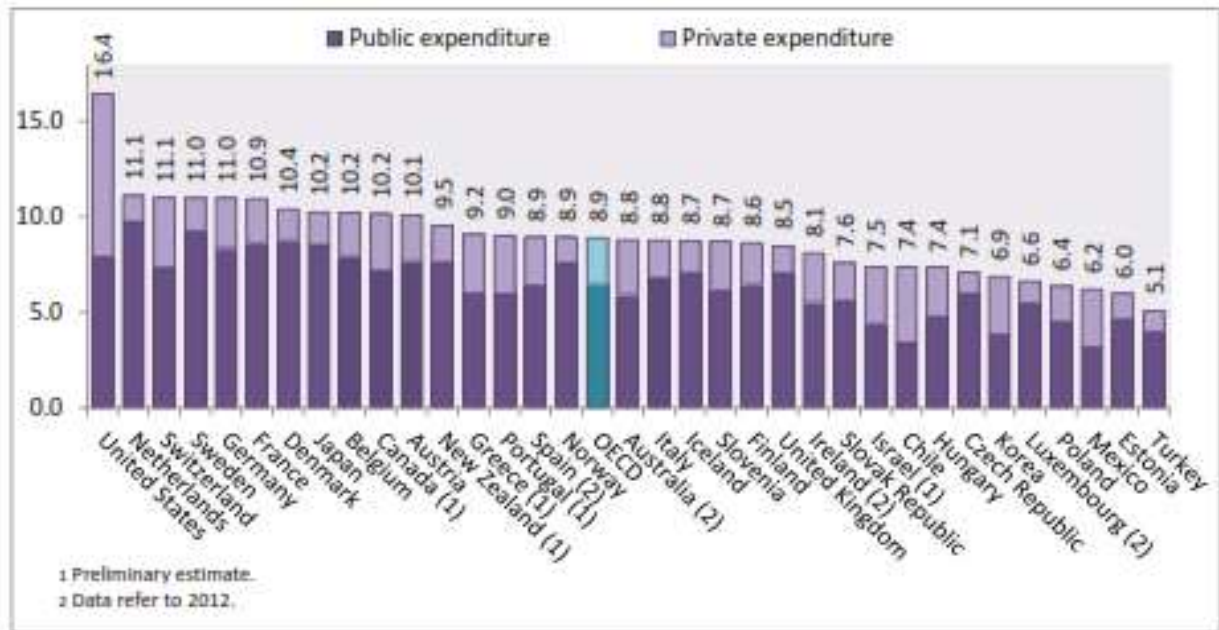


Извор: OECD Health Statistics 2015. www.oecd.org/health

Са повећањем потрошње у здравству које је у складу са укупним економским растом, учешће здравствених трошкови у БДП је остало стабилно у претходним годинама. То је у супротности са годинама пре кризе када је здравствена потрошње надмашила остатак привреде. У 2013. години, здравствена потрошња ОЕЦД-а (укључујући и улагања) износи 8,9% БДП, у распону од 5,1% у Турској до 16,4% у САД.

⁹⁴ *Focus on Health Spending*, 2015, www.oecd.org/health

Слика 5. Здравствена потрошња као проценат БДП у ОЕЦД земљама (2013.)

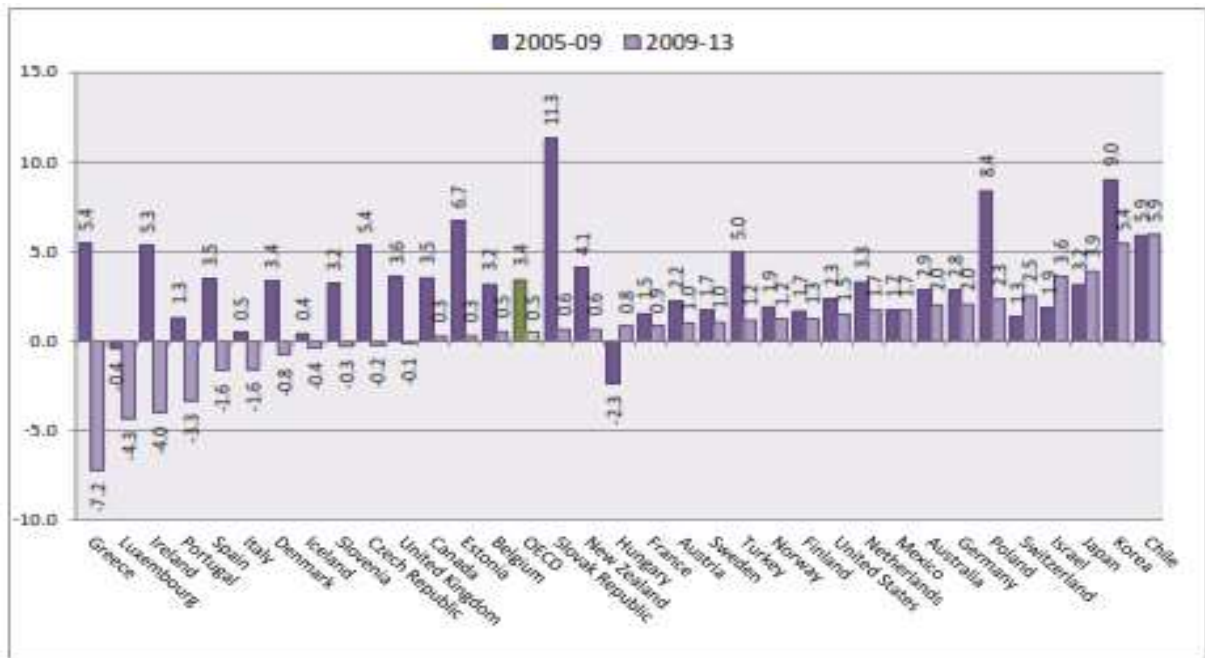


Извор: OECD Health Statistics 2015. www.oecd.org/health

Од 2009. дошло је до разлике у расту здравствене потрошње између земаља ЕУ и остатка ОЕЦД-а. Док су обе групе земаља показали сличне нивое раста пре кризе, многе европске земље су после 2009. биле суочене са драстичним смањењем здравствене потрошње. Просечан раст здравствене потрошње у земљама ЕУ чланицама ОЕЦД-а забележио је раст изнад нуле у 2013. године, након три узастопне године смањења. У осталим земљама чланицама ОЕЦД-а просечан раст здравствене потрошње пао је у 2010. години (са 3.3% у 2009. на 1,6% у 2010) и од тада у просеку између 2% и 3% сваке године. Из слике 6 може се видети да је у трећини земаља ОЕЦД-а евидентан пад здравствене потрошње у периоду 2009-2013. године (европске земље изузев Новог Зеланда).

Грчка, Италија и Португалија бележе у том периоду највећи пад здравствене потрошње по глави становника. Аустрија и Холандија пад здравствене потрошње први пут бележе у 2013. години. Само шест земаља (Мађарска, Мексико, Швајцарска, Израел, Јапан и Чиле) су оствариле већи раст од почетка економске кризе, односно већи раст током кризе него пре 2009. године. Након снажног раста (2009-2013) Јапан бележи у 2014. пад здравствене потрошње за 0,1% у односу на претходну годину. У САД-у здравствена потрошња је порасла за 1,5% у 2013. години, односно упола мање у односу на просечну годишњу стопу раста до 2009. године. Канада у периоду 2009-2013. бележи низак раст од 0,3% што је у супротности са просечним годишњим растом од 3,5% између 2005-2009.

Слика 6. Просечна годишња стопа раста per capita здравствене потрошње, ОЕЦД земље, 2005 – 2013.



Извор: OECD Health Statistics 2015. www.oecd.org/health

Амерички модел здравственог осигурања заснива се на приватном здравственом осигурању које се обезбеђује преко приватних осигуравајућих компанија чије је пословање базирано на тржишним принципима. Основ финансирања здравствене заштите чини премија осигурања. Амерички модел се заснива на добровољности и не обезбеђује универзално покриће.

У сваком од наведених облика осигурања присутна је веома компликована администрација, као и морални хазард⁹⁵, који утиче на повећање трошкова здравствене заштите.

9. ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА – ОДРЕДНИЦА ФУНКЦИОНИСАЊА ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА

Светска здравствена организација здравствену политику дефинише као збир одлука надлежног државног органа које представљају основ за остваривање дефинисаних циљева за унапређење здравља.⁹⁶ Документ о здравственој политици представља основ за законску регулативу, националне здравствене програме и стратегије и реформу здравственог система.

⁹⁵ Морални хазард је облик немарног понашања према могућим трошковима, јер их појединац не сноси, већ компанија за осигурање. Јанковић, Д., 2011, Здравствено осигурање као фактор трошкова здравствене заштите, *Школа бизниса*, бр.4, стр.75.

⁹⁶ <http://www.who.int/>

Здравствену политику једне државе дефинише њен највиши законодавни орган. У демократским парламентарним земљама то је парламент, док у државама са председничким системом тај акт доноси председник државе. Здравствена политика једне државе мора да буде усклађена са циљевима и мерама здравствене политике Светске здравствене организације.

Изворни циљ сваке здравствене политике је унапређење здравља. Да би се могла дефинисати здравствена политика на локалном, регионалном, националном или међународном нивоу морају се, пре свега, разумети главне детерминанте здравља као и друштвено, економско и социјално окружење у коме се та политика креира и примењује.

Процес креирања здравствене политике пролази кроз четити фазе:

- Постављање политике
- Формулација
- Имплементација
- Евалуација политике

Постављање политике подразумева процес идентификовања проблема и развој циљева који ће бити усмерени на њихово решавање. Почетни корак у постављању политике представља идентификовање здравствених проблема који могу бити многобројни и различити, као и успостављање приоритета за њихово решавање на основу научних доказа, консензуса и заступања. У тој фази користе се различити приступи и методе са циљем да се одређени проблем заступа и постави у центар пажње доносиоца одлука. У овом процесу је значајан утицај медија, интересних група, партија.

Формулација политике укључује развијање алтернативних предлога и прикупљање и анализирање информација које су неопходне за процену алтернатива и заступање једног или другог предлога. Процес формулисања политике подразумева и стварање коалиција подршке изабраним алтернативама. Затим следи усвајање специфичних политика. Овај процес познат је под називом „легитимизација“ током које влада одлучује о одговарајућем начину да се политика спроведе. Средства за спровођења политике чине закони, подзаконска акта – прописи и судске одлуке. И у овом процесу је веома значајан утицај медија, интересних група, партија.

Имплементација подразумева три групе активности: тумачење, организовање и примењивање. Тумачење захтева превођење програмског језика политике у одговарајуће административне директиве – упутства на основу којих се изводе конкретне активности. Организовање обезбеђује методе и средства неопходна да политика заживи (новац, зграде, особље, опрема). Примењивање подразумева рутински рад служби у спровођењу активности.

Евалуација политике, као последња фаза одређује да ли су циљеви достигнути, како су примењене активности и какав је њихов утицај. Резултати евалуације могу довести до даљег

одржавања програма са активностима, његовог ширења, мењања и евентуално обустављања. И овде је значајно учествовање свих интересних група у процесу евалуације.

Министарство здравља у процесу креирања здравствене политике системом својих инструмента и мера подстиче све секторе да буду усмерене ка политикама које подстичу и помажу унапређење здравља. Главни изазови здравствене политике су:

- Како ефикасно одговорити на нове изазове на здравље попут климатских промена, нове технологије и сл.
- Како том политиком обухватити сложене интеракције између биолошких, друштвених и еколошких одредница здравља и болести
- Како спровести у праксу схватање да је здравствена политика неодвојив део глобалног друштвеног, економског одрживог развоја

Често се дешава да здравствена политика буде креирана под утицајем тзв. лобија клиничара или политичара, што условљава њену неефикасност јер нема јасну стратегију, циљеве и приоритете.

Највиши важећи акт међународне здравствене политике је глобална стратегија „Здравље за све у XXI веку“, који је усвојила Скупштина Светске здравствене организације. Претходна резолуција "Здравље за све", која је донета 1977. године, сматрала се најважнијим документом који је усвојила СЗО током свог постојања. Ова Резолуција имала је за циљ постизање таквог нивоа здравља који ће сваком становнику света омогућити да води социјално и економски продуктиван живот. Глобална стратегија за остваривање циља "Здравље за све", донета је 1981. године и имала је огромну улогу у развоју националних стратегија и здравствене политике у свим земљама света. Нешто раније, 1978. године на Међународној конференцији у Алма Ати, усвојена је и Декларација о примарној здравственој заштити, која се може сматрати најважнијим инструментом за постизање циља "Здравље за све". Седам година касније, 1988. године, у Риги је извршена евалуација о остваривању Декларације о примарној здравственој заштити, а 1993. године разматран је други извештај о остваривању Глобалне стратегије. Утврђено је да су извесни резултати постигнути, али не у мери у којој се очекивало. Стручњаци СЗО тада нису предложили нову стратегију нити неке радикалне промене, већ су сматрали да треба тражити начине да се заједнички усвојена здравствена политика брже и доследније спроводи. У складу са тим, а као одговор на бројне промене на крају XX века (старење становништва, сиромаштво и раст неједнакости, урбанизација, промене у животној средини, еколошки проблеми итд.), 1995. године започет је процес иновације Стратегије и израда документа "Здравље за све у XXI веку". Три године касније, 1998. године, усвојен и

нови документ "Здравље за све - политика за XXI век". Као основни циљеви те глобалне политике издвојени су:

1. Повећање дужине здравог живота за све људе
2. Обезбеђивање приступа свих адекватној и квалитетној здравственој заштити
3. Једнакост у здрављу између земаља и унутар земаља

Такође је и дефинисано десет глобалних циљева СЗО за XXI век:⁹⁷

1. Повећати једнакост у здрављу
2. Повећати преживљавање и квалитет живота
3. Зауставити глобалне трендове водећих пандемија
4. Ерадикација и елиминација одређених болести
5. Побољшати приступачност воде, санитације, хране, становања
6. Унапредити здраве стилове живота и смањити штетне по здравље
7. Развој, имплементација и мониторинг националних политика здравље за све
8. Унапредити приступачност есенцијалне високо квалитетне здравствене заштите
9. Имплементација националних и глобалних здравствених информација
10. Подршка истраживању за здравље

СЗО је утврдила критеријуме за оцену примене заједнички усвојене здравствене политике у земљама чланицама:⁹⁸

- Да ли је у највишем законодавном органу земље усвојен документ здравствене политике у складу са циљевима и мерама који су наведени у документима здравствене политике СЗО
- На који начин је регулисано питање једнакости у правима и остваривању права на здравствену заштиту
- Да ли је примарна здравствена заштита основни и главни део укупног система здравствене заштите
- Колики проценат друштвоног производа се троши на здравствену заштиту, колико је учешће примарне здравствене заштите и да ли су утврђени приоритети код преусмеравања средстава
- Да ли је успостављен систем мониторинга и оцене остваривања примене докумената здравствене политике

У складу са десет циљева тог документа, регионални комитет СЗО за Европу усвојио је 1998. године документ „Здравље 21“ што симболично представља 21 циљ за XXI век.

⁹⁷ http://izjzv.org.rs/soc/Kat_socMed_Strategija_zdravlje_za_XXI%20vek.pdf

⁹⁸ Ђокић, Д., 2011, *Здравствена политика*, Крагујевац, Институт за јавно здравље, стр. 2.

Тим документом дефинисане су четири главне стратегије, и то:

- Међусекторска сарадња
- Повезивање мера здравствене заштите и инвестиционог улагања са исходом
- Примарна здравствена заштита оријентисана ка породици и заједници подржана флексибилним и одговорним болничким системом
- Развојни процес у коме учествују сви заинтересовани фактори друштва

Циљеви европског региона за XXI век предвиђени тим документом су⁹⁹:

1. Солидарност у здрављу у земљама у оквиру европског региона
2. Једнакост у здрављу унутар земаља
3. Здрав почетак живота
4. Здравље младих особа
5. Здравно старење
6. Унапређење менталног здравља
7. Редукција заразних болести
8. Редукција незаразних болести
9. Редукција повреда
10. Здрава и безбедна физичка средина
11. Здрављи живот
12. Редукција штетности алкохола, дроге, пушења
13. Услови за здравље
14. Мултисекторска одговорност за здравље
15. Интегрисани здравствени сектор
16. Руковођење за квалитетну заштиту
17. Финансирање здравствене заштите и алокација ресурса
18. Развој људских ресурса за здравље
19. Истраживање и знање за здравље
20. Мобилизација партнера за здравље
21. Политике и стратегије за „Здравље за све“

Тим документом је предвиђено да напред наведени циљеви представљају основ здравствене политике сваке европске земље.

Државе чланице у европском региону СЗО (10-12. септембра 2012. Малта) су уговориле нови заједнички оквир политике – Здравље 2020. Њихови заједнички циљеви су „значајно унапређење здравља и благостања становништва, смањење неједнакости у здрављу, јачање

⁹⁹ http://izjzv.org.rs/soc/Kat_socMed_Strategija_zdravlje_za_XXI%20vek.pdf

јавног здравља и обезбеђивање здравствених система усредсређених на људе који су универзални, равноправни, одрживи и висококвалитетни.¹⁰⁰

У оквиру ове политике су одређени стратешки правци и приоритетне области за деловање политике за државе чланице и Регионалну канцеларију СЗО за Европу.¹⁰¹

Здравље 2020 је прилагодљив и практичан оквир политике. Та политика обезбеђује јединствену платформу за заједничко учење и размену стручног знања и искуства између земаља. Она признаје да је свака земља јединствена и да ће настојати да оствари ове заједничке циљеве на различите начине. Земље ће користити различите улазне тачке и приступе, али ће остати уједињене по питању сврхе. Политика Здравље 2020 подржава и подстиче министре здравља да окупе кључне интересне групе у заједничком напору за здравији европски регион. У процесу креирања јавноздравствене политике већина земаља се руководи предложеним циљевима међународних организација или међународне заједнице. Један од основних путоказа у дефинисању здравствене политике су и Миленијумски циљеви Уједињених нација. На Миленијумском самиту одржаном у Њујорку септембра 2000. године, лидери 189 земаља чланица УН усвојили су Миленијумску декларацију у којој су наведене основне вредности на којима треба да се заснивају међународни односи у XXI веку: слобода, једнакост, солидарност, толеранција, поштовање природе и подела одговорности. Миленијумски циљеви развоја су изведени из Миленијумске декларације и промовисани у септембру 2001. године, са одговарајућим показатељима којима се процењује достигнуће и задацима које би требало остварити до 2015. године.

Миленијумска декларација обавезује земље потписнице на остварење следећих осам циљева:

1. Искорењивање екстремног сиромаштва
2. Постизање универзалног основног образовања
3. Промовисање једнакости полова
4. Смањење смртности код деце
5. Побољшање здравља мајки
6. Борба против сиде, маларије и других обољења
7. Обезбеђење еколошке одрживости
8. Стварање глобалног партнерства за развој

Миленијумски циљеви развоја се прилагођавају су специфичним потребама и проблемима грађана и здравствених система.

¹⁰⁰ Здравље 2020., 2012, *Европски оквир политике који подржава акције свих нивоа власти и друштва за здравље и благостање*, Малта, Светска здравствена организација- Регионални комитет за Европу, 10.-12. септембар, <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2012/Decembar/WHO2020.pdf>

¹⁰¹ Ибидем

10. СВЕТСКА ЗДРАВСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА И ЊЕНА УЛОГА У РАЗВОЈУ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА

Прве сарадње између држава у циљу организовања бриге о здрављу датирају још пре два века. Почетак су били покушаји спречавања и сузбијања заразних болести. Године 1838. у Цариграду је формиран "Међународни здравствени савет" - са циљем да усклади пограничну заштиту од куге и колере. Прва Међународна здравствена конференција, "Сузбијање заразних болести" одржана је 1851. године у Паризу. Тада је и прихваћена је Међународна конвенција о карантину. Године 1907. у Паризу је основан "Међународни уред за јавну хигијену", са Одељењем за регистровање заразних болести и брзо пружање информација о њиховој појави и ширењу који се 1950. године укључио у Светску здравствену организацију. Значајан напредак у развоју организоване бриге о здрављу било је и оснивање "Здравствена организација лиге народа" 1921. године. Одмах после Другог светског рата, на првој конференцији Уједињених нација, у Сан Франциску, 1945. године, прихваћен је предлог о оснивању Светске здравствене организације. У Њујорку, 19. јуна 1946. године, одржана је конференција на којој је усвојен Статут будуће Светске здравствене организације. Статут је ратификован 07. априла 1948. године од стране 26 земаља чланица. Због тога се 7. април обележава као Дан оснивања Светске здравствене организације и Светски дан здравља. Прва здравствена скупштина одржана је у Женеви 24. јуна 1948. године, тада већ са 53 земље чланице. Председавао је др Андрија Штампар, лекар из Хрватске, утемељивач службе јавног здравља у предратној Југославији и међународни стручњак за социјалну медицину. Др Штампар је и израдио устав СЗО. Светска здравствена организација почиње активно да ради 01. септембра 1948. године. Седиште СЗО се налази у Женеви. Највиши је орган СЗО-а је Светска здравствена скупштина која се одржава једанпут годишње (увек у мају). На њој су заступљени делегати свих земаља чланица (преко 200). Између две скупштине послове СЗО-а води Извршни одбор (са 32 члана) и Секретаријат, са генералним директором на челу. СЗО делује као усмеравајући и координирајући фактор у међународном здравству, помаже владама у јачању здравствене службе и пружа им техничку помоћ, делује на сузбијању епидемијских, ендемијских и хроничних незаразних болести, учествује у борби против алкохолизма, пушења и уживања дроге, ради на побољшању исхране, становања, јавног здравства, радних услова и услова животне средине, унапређује обуку здравствених стручњака, ради на здравственом просвећивању и др.

Да би се лакше бавила очувањем и унапређењем здравља људи на целој планети, та организација обухвата шест регионалних комитета.

Слика 7. СЗО региони



Извор: <http://www.who.int>

Сваке године, већ дуже од 50 година, ти комитети заседају од августа до октобра у некој од земаља чланица.

Седиште Европског регионалног комитета налази се у Копенхагену и годишња конференција одржава се увек у септембру. Утврђени ред налаже и то да се регионални европски састанци одржавају једне године у свом седишту, у Копенхагену, а друге године у једној од земаља чланица.

Једна од редовних годишњих конференција Регионалног комитета за Европу била је одржана и у Београду (17-20. септембра 2007) што значи први пут у, до тада, 60 година постојања Светска здравствена организација је заседала у Србији. На конференцији је учествовало 53 министра здравља из европских земаља чланица СЗО-а, заједно са својим делегацијама, и неколико стотина иностраних учесника. Међу њима је била генерална директорка СЗО-а Маргарет Чен из Кине, затим генерални директор Комитета за Европу Марк Данзон из Француске, представници Савета Европе, представници невладиних организација, представници Светске банке, међународних финансијских удружења и други.

Светска здравствена организација има свој Устав у коме је дефинисан начин рада и координација међународне сарадње у области здравља. Најважније активности СЗО су следеће:

- Формулисање глобалне здравствене политике и постављање општих стандарда за здравље, уз тежњу да се смање разлике у нивоу здравствене заштите народа између појединих држава, и појединих региона унутар одређене државе
- Међудржавна сарадња, размена искустава, информација и технологије у унапређивању здравствених метода
- Помагање земљама чланицама у развијању и јачању националних здравствених служби

Устав СЗО даје веома широку дефиницију значења здравља: „Здравље је стање потпуног физичког, психичког и социјалног благостања, а не само одсуство болести и неспособности“. У складу са високим идеалима Повеље УН, "највиши могући стандард здравља " је основно људско право. Здравље свих народа је од суштинског значаја за постизање мира и сигурности и зависи од сарадње појединаца и држава.

Основни свој циљ СЗО је реafirмисала у Алма Ати (СССР) 1978. године, када је сачињена „Декларација о примарној здравственој заштити“

Изводи из декларације из Алма Ате

1. Конференција снажно потврђује да је здравље, стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести или слабости, основно људско право и да је достизање највишег могућег нивоа здравља најзначајнији светски друштвени циљ чија реализација захтева акцију многих других друштвених и привредних грана, поред здравственог сектора.

2. Постојећа бруто неједнакост у здравственом стању народа, посебно између развијених и земаља у развоју је политички, социјално и економски неприхватљива и, самим тим, од заједничког интереса за све земље.

3. Економски и социјални развој, на основу новог међународног економског поретка, је од основног значаја за постизања здравља за све и за смањење јаза између здравственог стања земаља у развоју и развијених земаља. Промоција и заштита здравља људи је од суштинског значаја за одржив економски и социјални развој и доприноси бољем квалитету живота и светском миру.

4. Владе имају одговорност за здравље свог народа која се може испунити само уз обезбеђивање адекватних здравствених и социјалних мера. Главни циљ влада, међународне организација и целе светске заједнице у наредним деценијама треба да буде постизање нивоа здравља који ће људима дозволити да воде друштвено и економски продуктиван живот. Примарна здравствена заштита је кључ за постизање овог циља.

5. Примарна здравствена заштита је основна здравствена заштита заснована на практичним, научно и социјално прихватљивим методама и технологијама, универзално доступна појединцима и породицама у заједници кроз њихово пуно учешће и по цени коју заједница и држава могу себи да приуште одражава у свакој фази њиховог развоја у духу самопоуздања и самоопредељења. Она представља саставни део здравственог система у

земљи, чија је централна функција и главни фокус. То је први ниво контакта појединаца, породица и заједница са државним системом здравствене заштите и представља први елемент континуираног процеса здравствене заштите.

6. Примарна здравствена заштита:

- одражава и еволуира из економских услова и друштвено-културних и политичких карактеристика земље и њених заједница и заснива се на примени релевантних резултата социјалних, биомедицинских и здравствених истраживања;
- евидентира главне здравствене проблеме у заједници, пружајући услуге промотивног, превентивног лечења и рехабилитације у складу са тим;
- обухвата најмање: образовање у вези са преовлађујућим здравственим проблемима и методе превенције и контроле; промоцију понуде хране и правилне исхране; адекватно снабдевање исправном водом и основну канализацију; здравствену заштита мајке и детета, укључујући и планирање породице; вакцинацију против најчешћих заразних болести; превенцију и контролу локалних ендемских болести; одговарајуће лечење честих болести и повреда; и обезбеђење суштинско значајних лекова;
- укључује, поред здравственог сектора, све секторе у вези са националним развојем заједнице, посебно пољопривреду, сточарство, прехрамбену индустрију, образовање, становање, јавне радове, комуникацију и друге сектора; и захтева координиране напоре свих тих сектора;
- захтева и промовише максималну заједницу и индивидуално самопоуздање и учеиће у планирању, организацији, раду и контроли примарне здравствене заштите, што обезбеђује потпуније коришћење локалних, националних и других расположивих средстава;
- доводи до прогресивног побољшања свеобухватне здравствене заштите за све, и даје приоритет онима којима је најпотребнија;

7. Све владе треба да формулишу националне политике, стратегије и акционе планова за покретање и одржавање примарне здравствене заштите као део свеобухватног националног здравственог система и у координацији са другим секторима.

8. Све земље треба да сарађују у духу партнерства и услуга како би се осигурала основна здравствена заштита за све људе, јер постизање одговарајућег нивоа здравља људи у било којој земљи директно утиче и ствара користи за сваку другу земљу. У том контексту заједнички СЗО/УНИЦЕФ извештај о примарној здравственој заштити представља солидну основу за даљи развој и рад примарне здравствене заштите широм света.

9. Прихватљиви ниво здравља за све људе на свету до 2000. године може се постићи кроз потпуније и боље коришћење светских ресурса, знатан део који се сада троши на наоружање и војне сукобе. Права политика независности, мира и разоружања може и треба да ослободи додатне ресурсе који би били посвећени мирним циљевима, а посебно убрзању друштвеног и економског развоја код кога примарна здравствена заштита представља есенцијални део.

Међународна конференција о примарној здравственој заштити позива на хитну и ефикасну националну и међународну акцију за развијање и имплементирање примарне здравствене заштите широм света, а нарочито у земљама у развоју. Она подстиче владе, СЗО и УНИЦЕФ, као и друге међународне организације, као и мултилатералне и билатералне агенције, невладине организације, агенције за финансирање, све здравствене раднике и целу светску заједницу да подржи националну и међународну посвећеност примарној здравственој заштити и обезбеди повећану техничку и финансијску подршку за то, посебно у земљама у развоју. Конференција позива све наведене да сарађују у увођењу, развоју и одржавању примарне здравствене бриге у складу са духом и садржајем ове Декларације.

Извор: Светска здравствена организација, "Примарна здравствена заштита: Извештај Међународне конференције о примарној здравственој заштити, Алма-Ата, СССР, 6-12 септембар 1978. године, Женева, 1978., http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

Циљ ове Декларације је био да примарна здравствена заштита постане "централна функција и главни фокус здравственог система земље".

Године 1981, формулисана је стратегија "Здравље за све до 2000.", која се базира на примарној здравственој заштити уз активно учешће и одговорност сваког појединца, социјалне групе, али и целог друштва и државе која покреће полуге без којих нема реализације тог циља до којег је пут веома сложен. Здравље за све, подразумева да сваки појединац добије шансу да има квалитетнији живот у свим аспектима. Промене у двадесет првом веку наметнуле су потребу креирања новог документа „Здравље за све-политика за XXI век“ којим су дефинисани нови циљеви као и правци политике за њихову реализацију у оквиру здравства (1998).

Највиднији резултати на глобалном плану који су настали претходних година постојања и рада Светске здравствене организације су свакако у ерадикацији појединих заразних болести (сматра се да су велике богиње ерадициране 1980. године). У нашој земљи, искорењена је и маларија.

Педесет и три земље европског региона окупиле су се на годишњем заседању Регионалног комитета СЗО за Европу у септембру 2012. како би усвојиле нови европски оквир политике за здравље за Европу, Здравље 2020, и обавезале се да ће га спроводити. Разлог за настанак оквира Здравље 2020 јесу разлике у стању здравља широм европског региона СЗО. Здравље се унапређује, али су и даље присутне огромне неједнакости. Иста слика показује да код детета рођеног у Заједници независних држава постоји три пута већа могућност да ће умрети пре навршене пете године него код детета рођеног у некој од земаља Европске уније.

Циљ овог документа је смањење неједнакости у здрављу широм региона и креирања оквира за будуће активности. Изради документа претходио је преглед стања који је рађен је у две фазе током периода од две године. Преглед се бавио анализом степена неједнакости у здравству на националном и међунационалном нивоу у европском региону и разматрао различите опције за решавање истих. Анализе су указале да до неједнакости у здрављу долази због услова у којима се људи рађају, одрастају, живе, раде и старају, док неједнакости у погледу моћи, новца и ресурса, доводе до разлика у условима за свакодневни живот. На основу тих чињеница и анализе, преглед стања нуди и конкретне и практичне препоруке за интервенције политичким деловањем којима се могу смањити наједнакости у здравству.

Државе чланице европског региона СЗО усвојиле су оквир Здравље 2020 у два облика. У документу Европски оквир политике за пружање подршке властима и друштву за постизање здравља и благостања, политичарима и кључним практичарима у оквиру одређене политике презентирају се основне вредности и принципи, који треба да послуже као стратешко усмерење у оквиру дате политике како би се Здравље 2020 спровело у пракси. Дужи документ, под називом Оквир политике и стратегија Здравље 2020, садржи много детаљнији опис доказа

и пракси везаних за здравље и благостање и намењен је онима који се баве креирањем политике и њеним спровођењем на оперативном нивоу.

Здравље 2020 је иновативни путоказ, који поставља нове визије и стратешке приоритете у циљу промовисање здравља и смањење здравствених неједнакости.

Визија СЗО о глобалном здрављу, на темељу једнакости и солидарности, позива на изградњу нових партнерстава са међународним агенцијама, донаторима, министарствима, невладиним организацијама, академским институцијама, те приватним иницијативама у оквиру различитих сектора.

СЗО данас делује у сложеним и рапидно променљивим условима у оквиру којих су се јавне здравствене активности почеле ширити и у друге секторе који директно утичу на здравствене прилике и исходе.

Светска здравствена организација промовише програме и делатности у сврху заштите здравља и подизања квалитета људског живота на свим нивоима, за све људе света - и регионално и глобално. Најпознатији програми су: "Здрав начин живота", "Здрави градови", "Здрава села", "Здрава острва", "Здрава школа", "Здрава радна места", "Здраве болнице", "Заједница без дуванског дима", "Очишћен ваздух за дисање", "Безбедна вода за пиће", "baby friendly" - програм у сарадњи са УНИЦЕФ-ом и сл.

10.1. СВЕТСКА ЗДРАВСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА У СРБИЈИ¹⁰²

Канцеларија СЗО у Србији је основана као канцеларија хуманитарне помоћи у јуну 1992. године у Београду са циљем да обезбеди јавно здравље и хуманитарну помоћ угроженим популацијама током сукоба у бившој Југославији. У октобру 2002. године, формалним споразумом између Министарства спољних послова и СЗО, та канцеларија је трансформисана у СЗО канцеларију која је кључна тачка за све активности СЗО у Србији.

Приоритети за ту канцеларију наведени су у двогодишњем споразуму о сарадњи између СЗО/Европа и земље домаћина. Канцеларија спроводи споразум у тесној сарадњи са националним институцијама и међународним партнерским агенцијама. Свим активностима за Југоисточну Европу управља се из те канцеларије. Србија је регионални менаџер пројекта за Југоисточну Европу Здравствене мреже у области безбедности хране и исхране, као и деце са сметњама у развоју. У том својству, Канцеларија пружа потребну подршку, заједно са СЗО/Европа. Она такође пружа подршку југоисточним европским земљама у питањима везаним за животну средину и здравственим питањима.

Основни задаци те канцеларије су да:

¹⁰² <http://www.euro.who.int/en/countries/serbia>

- Помогне у идентификовању и одређивању приоритета за сарадњу и спроводи СЗО политику у земљи;
- Управља спровођењем двогодишњег заједничког споразума (Biennial Collaborative Agreement ВСА) између СЗО/ Европа и Србија и прати спровођење свих активности СЗО;
- Координира улаз СЗО у националне здравствене власти;
- Обезбеди повезивање са СЗО центрима и пројектима;
- Ради у блиској сарадњи са УН сродним агенцијама, Европском унијом и другим међународним агенцијама у циљу постизања синергије и максималаног ефекта међународне помоћи у здравственом систему Србије.

Циљ ВСА између СЗО/Европа и Србије је да се подигне ниво здравља у земљи и смањи неједнакост у расподели здравља у оквиру њеног становништва. Приоритети из овог споразума односе се на следеће категорије:

- Заразне болести
- Незаразне болести
- Унапређење здравља током живота
- Здравствени системи
- Програм за надзор и одговор

Улога канцеларије је да одговори на захтеве за подршку у креирању политике одрживог развоја здравства кроз пружање смерница, изградњу локалних односа за имплементацију техничке сарадње, стандарда и споразума, и да осигура да су мере јавног здравља координиране и на месту током кризе .

10.2. СВЕТСКА ЗДРАВСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА У ЦРНОЈ ГОРИ

Црна Гора је постала 193. држава чланица Светске здравствене организације и 53. чланица европске регионалне групе, 14. септембра 2006. године. Сарадња Владе Црне Горе, односно Министарства здравља и Светске здравствене организације заснована је на Споразуму о међународној сарадњи. На основу Споразума дефинисане су приоритетне области из сектора здравства, и то:

- Јачање система здравства, у циљу обезбеђивања боље размене информација, фармацеутске политике и спремности здравственог система да одговори за случај несрећа
- Унапређење промоције здравља и превенција заразних болести
- Унапређење одговора на заразне болести, кроз надзор и имунизацију

- Заштита животне средине у циљу унапређења здравља, са посебним нагласком на безбедност хране

Црна Гора редовно учествује на заседањима Скупштине СЗО у Женеви. На 58. заседању Регионалног комитета СЗО за Европу у Тбилисију, Грузија, 15-18. новембра 2008. године, представник Црне Горе је примљен у чланство Сталног комитета Регионалног комитета за Европу.

СЗО канцеларија у Црној Гори је основана у априлу 2008. године у Подгорици. Канцеларија је кључна тачка за СЗО активности. У 2012. години, Генерални секретар Уједињених нација остварио је своју прву званичну посету Црној Гори.¹⁰³

Приоритети за канцеларију су наведени у двогодишњем споразуму (BCA-Biennial Collaborative Agreement) о сарадњи између СЗО/Европа и Црне Горе за 2014–2015. Канцеларија спроводи споразум у тесној сарадњи са националним институцијама и међународним партнерским агенцијама.

¹⁰³ <http://www.euro.who.int/en/countries/montenegro>



**ЗДРАВСТВЕНИ
СИСТЕМИ У
ПОЈЕДИНИМ ЗЕМЉАМА**

ГЛАВА III
ГЛАВА III

1. ВЕЛИКА БРИТАНИЈА

Велика Британија има Беверицов модел организације здравственог система. Основна карактеристика тог модела је да се заснива на солидарности и обезбеђује покриће целокупног становништва (а не само запослених) здравственом заштитом у државним или приватним здравственим установама.

Битни елементи Беверицових реформи које су предузете после Другог светског рата изражени су организацијом Националног здравственог сервиса - National Health Services (NHS) 1948. године. Велика Британија је прва увела систем националне здравствене службе, да би ускоро и друге земље такав систем прихватиле. Модел националне здравствене службе подразумева систем у коме су сви грађани једнаки у коришћењу здравствене заштите. Финансира се из државног буџета или наменских јавних фондова. Упркос бројним политичким и организационим променама, NHS је до данашњих дана остао универзално доступан свим становницима на основу потребе, а не способности плаћања а при томе финансиран путем пореза и доприноса националних осигурања. Дакле, основне медицинске услуге су загарантована свим становницима Велике Британије.

Доминација конзервативне владе Маргарет Тачер, од 1979. до 1997. године, битно је утицала на здравствени систем и здравствену политику Велике Британије. Основне карактеристике NHS до 1980. године биле су:¹⁰⁴

- Висок степен централизације (који је био један од разлога релативно мањих здравствених трошкова В. Британије)
- Географски дисперзивна административна структура
- Трипартитна организација
- Корпоративистички стил одлучивања
- Недостатак јасне менаџерске структуре
- Слаб систем демократске контроле

Прве године конзервативне доминације карактерисале су непромењљивост NHS што се могло објаснити окупираношћу тадашње Владе економском ситуацијом и ратом за Фолкланде. Ситне реформе током 80-их година биле су заокружене здравственим реформским пакетом 1991. године. Основна карактеристика те реформе било је успостављање интерног тржишта унутар здравственог система што је подразумевало настанак категорије „понуђача“ и „купца“ здравствене заштите. Лекари и здравствене установе почели су исказивати цену својих услуга,

¹⁰⁴ Зриншчак, С., 1999, Суштави здравствене политике у свијету: основна обиљежја и актуални процеси, *Ревизија за социјалну политику*, Свезак 6, бр.1, стр. 3-19.

док су пацијенти као купци добили могућност да бирају нижу цену и бољу услугу. Истовремено NHS одређене здравствене активности уступа приватним организацијама. Здравствене установе добијају менаџере који сnose одговорност за финансијско пословање. Целокупни трошкови у оквиру система бивају подвргнути строгој контроли. Тренд приватизације у оквиру NHS условио је повећање броја приватних кревета и особа са приватним осигурањем за 200% у периоду од 1979. до 1986. године. Истовремено је раст трошкова приватног сектора био три пута већи од раста трошкова унутар NHS-а.

У свакој од земаља В. Британије (Шкотска, Велс, Енглеска, Северна Ирска), NHS има своју посебну структуру и организацију. У суштини, здравство се састоји из два дела: део који се бави политиком, стратегијама и менаџментом и онај други део који се бави медицином који је опет подељен на примарну, секундарну и терцијарну заштиту.

На врху NHS-а се налази Министарство здравља (Department of Health) чији је задатак расподела средстава и доношење законске регулативе. У оквиру NHS-а постоје стратегијске здравствене јединице (Strategic Health Authorities – SHA) које представљају везу између пружаоца здравствених услуга и уговарача здравствене заштите – фондова здравствене заштите којих у Британији има око десет. У оквиру NHS посебну улогу имају фондови примарне неге Primary Care Trusts који су уведени 1997. године као тела надлежна за омогућавање приступа лекарима и уговарање здравствених услуга. У целој В. Британији има око 152 фонда који покривају одређена географска подручја. Већина јавног новца предвиђеног за здравствену заштиту иде преко тих фондова.

У оквиру примарне здравствене заштите кључно место заузимају лекари опште праксе (general practitioners). Они представљају окосницу здравствене службе, пружају примарну здравствену заштиту и делују као чувари другим службама. У В. Британији их има око 30.000. Поред пружања стандардних здравствених услуга (уговарају их са надлежним фондовима), лекари опште праксе наплаћују посебне услуге (консултативно-специјалистичке, болничке и сл.). На тај начин смањују укупне трошкове NHS-а. Фондови уговарају услуге и секундарне и терцијарне здравствене заштите. Уговори се закључују како са болницама које су у саставу NHS тако и са приватним болницама.

Слика 8. Организација Националне здравствене службе (NHS) у Великој Британији



Извор: Thomson J., 2007, Methods of financig health care, *Fifteenth International Conference of Social Security Actaries and Statisticians Helsinki*, Finland, 23-25 May.

NHS је највећи послодавац у В. Британији са преко 1,3 милиона запослених и буџетом од преко £ 90 милијарди. У 2014. години у NHS је било запослено 150.273 лекара, 377.191 квалификованог медицинског особља, 155.960 научног, терапијског и техничког особља као и 37.078 менаџера.¹⁰⁵ У десетогодишњем периоду 2004-2014. повећан је број лекара за 32.467, односно годишње 2,5%. Менаџери и виши менаџери чине 2,67% особља од 1.388 милиона запослених у NHS 2014. године. Број менаџера и виших руководилица незнатно је порастао у 2014. години, пошто је тај број падао у свакој од претходне четири године.

У поређењу са здравственим системима десет других земаља (Аустралија, Канада, Француска, Немачка, Холандија, Нови Зеланд, Норвешка, Шведска, Швајцарска и САД)

NHS је оцењен као најбољи систем у смислу ефикасности, ефикасног збрињавања, безбедне неге, координиране неге, неге пацијената и трошкова у вези са тим проблемима.

¹⁰⁵ <http://www.nhsconfed.org/resources/key-statistics-on-the-nhs>

Здравствени трошкови у Великој Британији износили су у 2013. години 8,46 % БДП-а. Ово се пореди са 16,43% у САД, 11.12% у Холандији, 10.98% у Немачкој, 10.95% у Француској, 10.40% у Данској, 10.16% у Канади и 8.77% у Италији. Јавно здравствени трошкови (public health spending - обухвата порезе и доприносе за социјално осигурање) чине 83.5% укупних здравствених трошкова (total health spending), приватно здравствено осигурање (private health spending) чини 16,5% од укупних здравствених трошкова (од тога 54,6 представља потрошња из џепа – out-of- pocket).

Текући расходи за здравство по становнику у Великој Британији били су \$ 3.235 у 2013. Ово се може поредити са \$ 8.713 у САД, \$ 5.131 у Холандији, \$ 4.819 у Немачкој, \$ 4.553 у Данској, \$ 4.351 у Канади, \$ 4.124 у Француској и \$ 3.077 у Италији.

Велика Британија је имала 2,8 лекара на 1.000 људи у 2013. години, у односу на 4,1 у Немачкој, 3,9 у Италији, 3,8 у Шпанији, 3,4, 3,3 у Аустралији и Француској, 2,8 на Новом Зеланду и 2,6 у Канади.

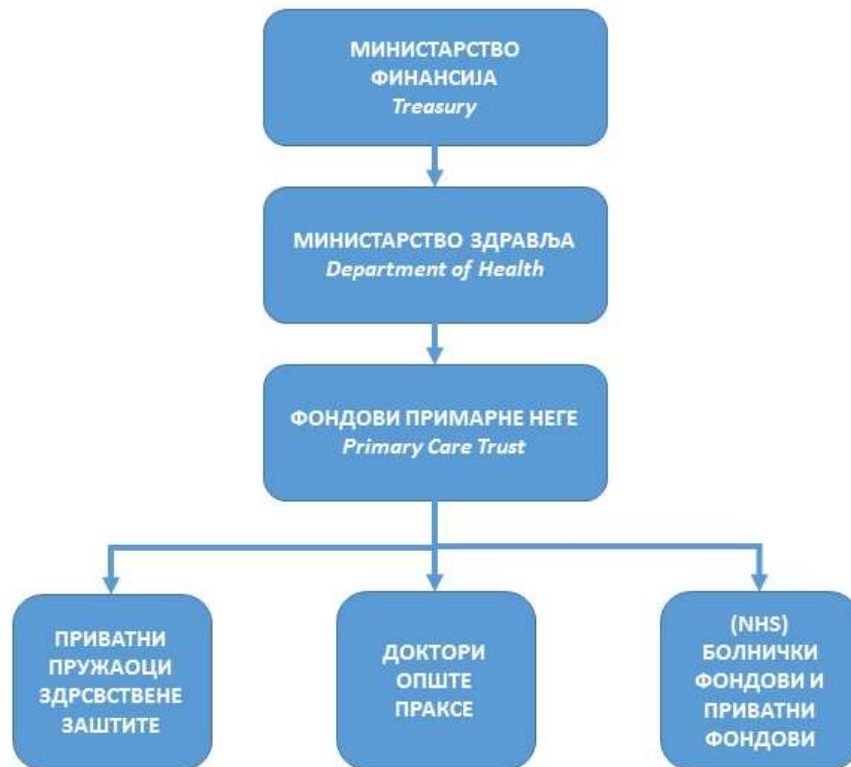
Велика Британија је имала 2,8 болничких кревета на 1.000 становника у 2013. години, у односу на 8,3 у Немачкој, 6,3 у Француској, 3,1 у Данској, 3,0 у Шпанији и 2,8 на Новом Зеланду.

Здравствена заштита у Великој Британији је систем који се финансира кроз порезе, али који се полако преноси са Министарства здравља на регионалне и локалне здравствене центре. Међутим, Министарство здравља (кроз државни здравствени сервис) регулише смернице здравства и дистрибуцију фондова за здравство. Локалне власти су одговорне за управљање локалним проблемима.

Данас се око 87% свих трошкова здравствене службе финансира из пореза који плаћају сви обвезници, а остатак из доприноса који плаћају послодавци и запослени. Јасно је изграђена обавеза извршења пореских обавеза, тако да тај вид финансирања представља добру основицу за даљи развој система здравствене заштите. Грађани Велике Британије могу бирати и приватно здравствено осигурање. Додатно, приватно осигурање има око 15% становништва са тенденцијом непрестаног раста у будућности. Иако ови осигураници не користе услуге NHS, они не добијају за узврат смањење пореза.

Начин расподеле средстава из буџета је централизован што омогућује контролу трошења истих. Расподелу новца на фондове врши Министарство здравља на основу одређених критеријума, попут броја становника, њиховог здравственог стања, цене здравствених услуга и сл. Фондови неге уговарају здравствене услуге (цене и тарифе) са пружаоцима услуга и исте расподељују у складу са критеријумима Министарства здравља.

Слика 9. Модел финансирања у NHS у Великој Британији



Извор: Thomson J., 2007, Methods of financing health care, *Fifteenth International Conference of Social Security Actaries and Statisticians Helsinki*, Finland, 23-25 May.

Коришћење здравствених услуга је дефинисано на основу рефералног система. То значи да се само са упутом лекара опште праксе могу користити услуге специјалиста или болничка служба. Лекари опште праксе поред редовне плате која се обрачунава на основу броја одређених пацијената и успешности у њиховом излечењу имају право на различите врсте стимулација на основу одређених усавршавања оствареним додатном едукацијом.

Процес приватизације је узео маха и у NHS што се рефлектовало повећањем броја приватних осигураника и броја приватних кревета. Поред тога, здравственим установама сада управљају менаџери који строго воде рачуна о целокупном пословању тих установа. Контрола трошкова лекара опште праксе је повећана путем увођења механизма ограничења трошкова и уграђивања елемената рационализације у процесу управљања здравственом потрошњом, тзв. Cost-containment. Период 70-их година представља период процвата cost-containment литературе која објашњава три мере политике рационализације:¹⁰⁶

- Структуралне промене здравственог система
- Мере оријентисане контроли – планирању понуде здравствених услуга
- Мере оријентисане контроли - смањивању утилизације

¹⁰⁶ Ристић, Ж., Динчић, М., 2010, *Управљање социјалним финансијама*, Београд, ЕтноСтил, стр. 144.

У Великој Британији та политика укључује:

- Смањење капиталне потрошње
- Рационализацију болничког система
- Формулисање начела приоритета у потрошњи применом метода здравственог планирања
- Регулисање стопе раста текуће здравствене потрошње
- Лимитирање раста трошкова у фармацеутској служби
- Стимулисање алтернатива у болничкој заштити
- Подстицање превенције
- Повећање накнаде за зубну и очну негу

Анализирајући здравствени систем Велике Британије могло би се закључити да је реч о веома стабилном, развијеном систему који свим грађанима обезбеђује одговарајућу здравствену заштиту те као такав може послужити као пример другим земљама приликом доградње или изградње њихових здравствених система. Ипак, поред свега напред реченог ни овај систем није без „мана“, односно и у његовом функционисању јављају се одређене тешкоће и проблеми. Један од недостатака односи се на чињеницу да корисници приватног осигурања нису ослобођени пореза. Поред тога, осигураници који нису користили здравствене услуге немају право на повраћај уложених средстава (пореза).

Финансијски притисци на NHS се настављају, а стручњаци предвиђају забрињавајућих 2 милијарде фунти дефицита у NHS буџету у 2015/16. Потрошња по глави становника такође расте, тако да се 2013. приближила износу од око 2000 британских фунти што је удвостручено у односу на 2000. годину када је тај износ био свега 889 фунти. NHS потрошња је порасла у просеку 1.2 % годишње у периоду од 2010 – 2011. до 2015 – 2016. Евидентно је и повећање трошкова у приватном сектору у односу на лечење у NHS. Тај раст је најзначајнији у подручју хладних оперативних захвата где су трошкови најнижи, а профит највећи.

2. САВЕЗНА РЕПУБЛИКА НЕМАЧКА

У Немачкој егзистира Бизмарков модел још од давне 1833. године када је донет први Закон о обавезном здравственом осигурању у време владавине Otto von Bismarck-a.

У 1885. години обавезно здравствено осигурање је обезбедило медицинску помоћ за 26% радника са ниским примањима. Овај систем социјалне сигурности био је заснован на принципима солидарности, субсидијарности и корпоративизма. Принцип солидарности значи да Влада преузима на себе одговорност да свим лицима обезбеди једнак приступ здравственој заштити. Принцип субсидијарности се односи на децентрализован систем здравственог

осигурања, док се принцип корпоративизма огледа у демократски изабраном престављању послодаваца и запослених у управним одборима здравствених фондова, као и значају датом националним и регионалним телима које доносе одлуке.

Иако замишљен, на почетку, да се односи само на запослено становништво, здравствени систем Републике Немачке је више пута реформисан са циљем проширења његове приступачности различитим категоријама корисника независно од њиховог социјалног статуса или запослености. Осим тога до рушења Берлинског зида (1989) и уједињења Немачке постојала су два различита система здравствене заштите. У Источној Немачкој је постојао систем централизованог државног здравства у коме су лекари били државни службеници. У Западној Немачкој држава је имала само надзорну улогу над здравством. Влада је обезбеђивала потребна финансијска средства док су недржавни субјекти (удружење болница на државном и регионалном нивоу, волонтерске организације, приватне осигуравајуће компаније и сл.) обезбеђивали пружање здравствених услуга и њено управљање.

У тој земљи око 85% становништва је покривено обавезним осигурањем док приватно осигурање користи 12% популације. Категорија обавезног здравственог осигурања обухвата све запослене који не зарађују више од 4.350 евра месечно, студенте на државним и акредитованим факултетима, пензионере који су били корисници обавезног осигурања или су пак били осигурани као зависна лица током бар пола радног стажа, лица која одрађују праксу и незапослени који примају надокнаду од Савезне службе за запошљавање. Посебну категорију осигураника за коју се примењује посебан режим осигурања чине војници и полицајци. Од 2009. године сва лица са немачким држављанством или дугорочним боравиштем у Немачкој обавезна су да буду осигурана на један од два начина.

Поред обавезног, у Немачкој постоји и добровољно (приватно) осигурање које је резултат ситуације у којој обавезно осигурање више није у могућности да покрива све здравствене трошкове осигураника. Тај облик осигурања финансира се из премија које су дефинисане на основу одређених параметара попут година старости, висине примања, здравственог стања корисника и сл. Корисници добровољног осигурања могу бити лица која су искључена из обавезног здравственог осигурања (самозапослени - лица која се баве слободним занимањима и државни службеници којима Влада рефундира део трошкова здравствене заштите) и лица која годишње зарађују више од 53.550 евра и тиме имају право да бирају између две опције осигурања. Међутим, интересантна је чињеница да 75% лица која могу да приуште приватно осигурање одлучују се за обавезно осигурање. У Немачкој постоје три врсте добровољног осигурања:

- Алтернативно осигурање које је намењено самозапосленим, лицима које се баве слободним занимањем или лицима који зарађују преко наведеног износа

- Комплементарно осигурање које је намењено државним службеницима и које најчешће покрива онај део трошкова које Влада не рефундира и
- Суплементарно осигурање које омогућава осигураницима већи избор здравствених услуга, боље услове и погодности у здравственим установама

Расподела средстава у обавезном здравственом осигурању врши се на основу начела солидарности, а код приватног осигурања на основу начела штедног рачуна. Код приватног осигурања важи начело покрића трошкова и не постоје никакве бенефиције за одређене категорије као што су труднице, тешко болесни. То је карактеристика искључиво обавезног здравственог осигурања. Повраћај једног дела уплаћених средстава код приватног осигурања могућа је уколико корисник у току године није користио здравствене услуге. Та могућност код обавезног осигурања је потпуно искључена.

Немачки здравствени систем је законом прописан компетитивни систем који се састоји од државног и приватног сектора. То значи да здравствене установе могу бити и јавне и приватне, али су саставни део здравственог система и пружају услуге свим осигураницима по истим правилима.

На врху немачког здравственог система се налази Федерално Министарство здравља и социјалне сигурности чији је задатак расподела средстава и доношење законске регулативе везане за здравствену политику државе. Појединачне владе и организације цивилног друштва Немачке су одговорне за правилно функционисање система здравства у њиховим специфичним географским подручјима.

У Немачкој услуге обавезног здравственог осигурања пружају здравствене касе (фондови). Осигураници бирају касе (којих има око 150) где желе бити осигурани и могу их мењати сваких 12 месеци. Сви осигураници плаћају доприносе на основу својих примања и имају исти третман без обзира на висину издвајања. Здравствене касе уплаћују новчане износе регионалним удружењима лекара који даље та средства дистрибуирају лекарима по одређеним правилима. По правилу, пацијент не плаћа здравствену услугу, већ се лекари обраћају здравственим касама за исплату. Здравствене касе немају унапред одређене буџете, али су дужне да покрију све своје трошкове.

Чланови регионалних удружења су лекари опште праксе и лекари специјалисти који уговарају активности са здравственим фондовима, организују пружање здравствених услуга и имају улогу финансијског посредника. У тим удружењима не прави се разлика између приватних лекара и лекара који раде у систему јавног здравља. Од 2004. године уведена је могућност избора породичног лекара. Као финансијски подстицај, лекари опште праксе на крају године добијају по 100 евра по уписаном пацијенту.

Компезациони фонд је централни фонд у који се сливају средства за финансирање обавезног здравственог осигурања. Здравствене касе добијају средства од Компезационог фонда и то просечне трошкове за сваког осигураника појединачно и додатне новчане износе одређене на основу старости, пола, здравственог стања. Уколико су трошкови здравствене касе већи од просечних Компезациони фонд их не рефундира. Уколико су трошкови мањи од просечних, разлику каса задржава за себе.

Заједнички савезни комитет (Г-БА) је далеко најважнији невладин ентитет у оквиру система доношења одлука из области здравства и осигурања. Од 2008. године, он је имао 13 чланова са правом гласа: пет из Савезног удружење здравствених фондова, по два из Савезног удружења лекара у обавезном здравственом осигурању и Удружења немачких болница, један из Савезног удружења стоматолога у обавезном здравственом осигурању и три неутрална. Пет представника пацијента има саветодавну улогу, али нема глас у одбору. Једна од битних улога тог одбора је да прописује степен квалитета здравствених услуга као и дефинисање услуга које треба да буду покривене обавезним здравственим осигурањем.

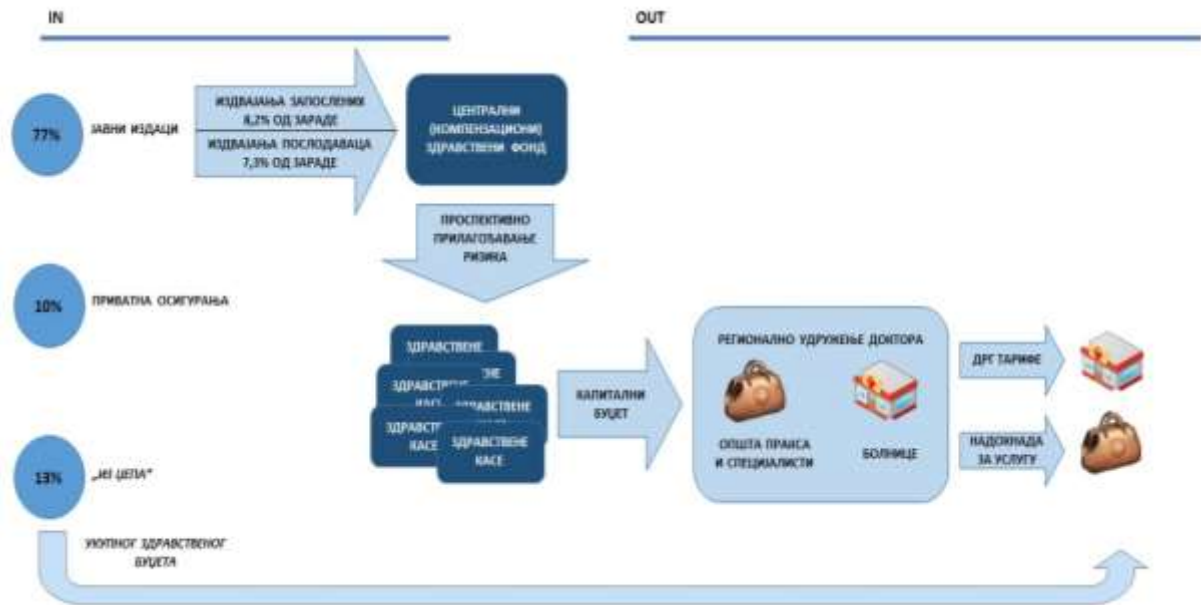
У Немачкој не постоји један извор, односно буџет за финансирање здравства. Систем финансирања здравствене заштите карактеришу више извора. На савезном нивоу, за финансирање се издвајају средства из буџета Министарства здравља, образовања и науке, унутрашњих послова, одбране. На пример, Министарство здравља обезбеђује средства за капиталне инвестиције за клиничке центре, болнице; Министарство образовања и науке за различита истраживања а Министарство унутрашњих послова за пружање неге и помоћ у хитним случајевим, ванредним ситуацијама и сл. На покрајинском нивоу средства се обезбеђују из буџета надлежних институција и органа тог нивоа. Још једна значајна карактеристика немачког система финансирања здравствене заштите је прављење разлике између здравствених услуга на амбулантном и болничком нивоу.

Носиоци здравствених услуга на амбулантном нивоу су лекари опште праксе из шеме обавезног осигурања. То је услов да би услуга била покривена обавезним осигурањем. Начин надокнаде пружених здравствених услуга подразумева два корака. У првом, здравствене касе исплаћују средства регионалним удружењима лекара, а у наредном, другом кораку, регионално удружење врши расподелу средстава између лекара по одређеном механизму плаћања по здравственој услузи. Исплаћена средства из здравствене касе морају да покрију пацијентове трошкове лекарских услуга као и плате за све лекаре из система обавезног осигурања у том региону.

На болничком нивоу, без обзира да ли је реч о приватним или државним болницама, лекарима се исплаћују плате. Старији лекари могу да лече приватне осигуранике, што подразумева и наплату услуга по вишим ценама. Од 2004. године уведен је посебан систем наплате пружених

здравствени услуга – систем ДСГ (дијагностичких сродних група). Дијагностички сродне групе (Diagnostic Related Groups) представљају клинички смислен начин груписања пацијената према количини ресурса потребних за њихово лечење (одн. хоспитализацију/епизоду неге). За сваку групу утврђује се вредност која се множи са основном болничком тарифом и тако се добија цена здравствене услуге.

Слика 10. Модел финансирања здравственог система у Немачкој



Извор: Civitas: Healthcare systems: Germany

Здравствена заштита у Немачкој је систем који се финансира путем доприноса за обавезно здравствено осигурање, државних средстава (пореза), премија приватног осигурања и партиципација осигураника. Доприноси за обавезно осигурање уплаћују запослени, пензионери и послодавци на основу својих плата и пензија по одређеним стопама. За лица која су дуже време незапослена, Влада уплаћује одређене фиксне износе. Доприноси се уплаћују здравственим касама које та средства даље прослеђују Компензационим фондовима. Компензациони фондови, како је раније наглашено, средства расподељују између здравствених каса у износима који су у складу са потребама покривања здравствених услуга њихових осигураника.

Из државних средстава, односно пореза, финансирају се посебне медицинске услуге, капиталне инвестиције, разне врсте истраживања у универзитетским болницама као и услуге од општег државног интереса. Један део пореза се користи за бесплатну здравствену заштиту припадника полиције и војске, затворенике и имигранте који чекају азил.

Партиципације представљају значајан извор финансирања здравства. На тај начин се углавном финансирају лекови и медицинска помагала. Од плаћања партиципације су ослобођени труднице и малолетна лица, док социјално угрожена лица плаћају само део партиципације.

На дан 31. децембра 2012. године, око 5,2 милиона људи, или приближно један од осам запослених, ради у здравственом сектору у Немачкој. Број запослених у здравственом сектору повећан је за око 950.000 или 22,6% од прве референтне 2000. године тако да је повећање броја радних места у здравственом сектору отприлике три пута веће него у укупној привреди. Запосленост у сектору здравства је посебно популарано међу женама. У 2012. години, нешто више од три четвртине запослених су жене (75,8%). У 2014. години у немачком здравственом систему било је запослено 365.247 лекара. Просечан број лекара је 4,1¹⁰⁷ на 1000 становника што је више од светског нивоа (ОЕЦД 3,1).

Здравствени трошкови у Немачкој су у 2013. години износили 314,9 милијарди евра што је 11,2% њиховог БДП. Од тог износа 57% долази од обавезног здравственог осигурања, 9,2% од приватног осигурања а 12,9% од „плаћања из џепа“. Јавна потрошња износи 76,8% укупних здравствених трошкова. Трошкови за здравство *per capita* у 2013. години износили су 3.910 евра.

Здравствени систем Немачке представља веома успешан и развијен систем који карактерише висок квалитет пружених здравствених услуга, посвећено и стручно медицинско особље, што је последица великих финансијских улагања у овај сектор (око 12% БДП). Ипак задњих година постоје извесни проблеми. Проблеми у вези са тим системом се, пре свега, односе на раст трошкова за здравство, што је последица многобројних реформи здравства, недостатка транспарентности у деловању недржавних субјеката у том сектору. Осим тога, немачки здравствени систем се суочава са новим изазовом, а то је чињеница да немачко становништво убрзано стари, што доводи до демографских промена које стварају озбиљан притисак на политику здравствене заштите и социјалног осигурања. Такође, до повећања трошкова у здравству доводе и институционалне промене што значи да они који зарађују више могу приватно да се осигуравају чиме се ускраћују приходи обавезном здравственом осигурању. Из тих разлога покренуто је низ реформи. Циљ свих досадашњих реформи у Немачкој био је спречити повећање трошкова у здравственом систему, обезбедити да се финансирање здравствене заштите темељи на здравој и правичној основи као и да се свим појединцима омогући приступ квалитетној нези по приступачним ценама.

¹⁰⁷ <http://www.euro.who.int/en/countries/germany/data-and-statistics>

3. РЕПУБЛИКА ФРАНЦУСКА

Француски здравствени систем се заснива на Бизмарковом систему. Међутим, током вишегодишњег развоја попримио је и карактеристике Беверицовог модела социјалне сигурности. Из тог разлога тај систем се често дефинише као комбинација та два модела. Здравствено осигурање се заснива на Бизмарковом моделу, али потпуна покривеност целокупног становништва здравственом заштитом и финансирање здравственог система наменским порезима представља одлику Беверицовог модела. Систем здравствене заштите је организован у оквиру система социјалне сигурности. Покривеност здравствене заштите у Француској је универзална. То подразумева обавезно здравствено осигурање за све запослене и за одређене групе грађана. Француско здравствено осигурање представља систем обавезног, универзалног и солидарног осигурања које се заснива на три основна начела: једнака доступност здравствене заштите, квалитет здравствене заштите и солидарност.¹⁰⁸ Француски систем здравственог осигурања обухвата обавезно здравствено осигурање, приватно здравствено осигурање и универзално обезбеђење од ризика болести.

У оквиру обавезног здравственог осигурања разликује се општи, посебан и специјалан режим осигурања. Општи режим обавезног здравственог осигурања обезбеђује заштиту свим запосленим лицима, корисницима старосних пензија, незапосленим лицима, студентима, свештеницима и лицима која нису обухваћена неким другим обликом здравственог осигурања. Тим видом осигурања обухваћено је 88% становништва. Посебан режим осигурања се односи на категорију пољопривредника и samozапослених лица, док су специјалним режимом обухваћени запослени у јавном сектору (нпр. поморци, рудари и сл.). Обавезним здравственим осигурањем у Француској је обухваћено 99,9% становништва. Оно што треба нагласити је да осигураници немају право избора. При том, могу бити обухваћени само једним режимом осигурања. Обавезним здравственим осигурањем покрива се у просеку 70-75% укупних трошкова пружених здравствених услуга. Преостале трошкове корисници су дужни да сами надокнаде. Обавезно здравствено осигурање покрива болничко лечење, амбулантно лечење и лекове.

Обавезно здравствено осигурање рефундира трошкове здравствених услуга, али само под условом да пружаоци услуга имају закључени уговор са Фондом за здравствено осигурање, независно од тога да ли су из приватног или државног сектора што значи да осигураници имају право избора при лечењу. Обавезно здравствено осигурање надокнађује само један део трошкова, а остатак трошкова сноси осигураник тако што плаћа обавезну партиципацију коју

¹⁰⁸ <http://www.legifrance.gouv.fr>

утврђује Државни савет. Партиципација осигураника је 0-85% за лекове, 35% за трошкове превоза, 20% за трошкове хоспитализације, 30-40% за хонораре лекара и сл.

Приватно здравствено осигурање у Француској представља допунско здравствено осигурање, односно оно покрива разлику између пуне цене одређене здравствене услуге и трошкова које покрива обавезно здравствено осигурање (у просеку 70-75% трошкова). Приватно здравствено осигурање не представља замену за обавезно здравствено осигурање већ је само допуна у оним случајевима када обавезно осигурање не покрива или само делимично покрива трошкове здравствених услуга. Обавезно здравствено осигурање не може да обезбеди потпуну здравствену заштиту и не покрива све трошкове, иако оно покрива целокупну популацију. Оно покрива у потпуности трошкове (100%) само у одређеним случајевима који су строго прописани законом. То је и један од разлога што се становништво опредељује и за приватно (допунско) осигурање које према подацима ОЕЦД-а користи око 92% Француза.

Универзално обезбеђење од ризика болести је облик здравственог осигурања намењен одређеним категорија становништва и то: лицима која из одређеног разлога нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем нити неким другим режимом и лицима са најнижим примањима. Прва категорија корисника има право на бесплатно здравствено осигурање (*Couverture Maladie Universelle – CMU de base*), док лица са ниским примањима стичу право на бесплатно допунско приватно осигурање (*CMU complémentaire*). Лица која су корисници универзалног осигурања и немају обавезно осигурање имају право на покриће свих трошкова под истим условима и на исти начин као и корисници обавезног осигурања, као и право на лечење у било којој здравственој установи. Лица која имају право на допунско приватно осигурање су лица која имају обавезно осигурање, али немају ниво примања који ће обезбедити приватно осигурање. У том случају универзално осигурање покрива оне трошкове који нису обухваћени обавезним осигурањем и на тај начин та лица су ослобођена плаћања свих здравствених трошкова.

Једини услов да становник има право на универзално осигурање је да има регулисан статус пребивалишта на територији Француске и њеним прекоморским департманима најмање три месеца. Лица са минималним примањима која живе у Француској дуже од три месеца, а при томе немају регулисано пребивалиште, имају право на Државну здравствену помоћ на основу које остварују бесплатну здравствену заштиту.

Систем здравственог осигурања Француске организован је преко мреже фондова здравствених осигурања која обухвата:

- Национално здравствено осигурање и
- Примарне и регионалне фондове

Здравствени фондови обезбеђују престаације из здравственог осигурања на локалном, регионалном и националном нивоу, на основу којих осигураници остварују накнаду трошкова здравствених услуга и сл.

Национални фонд за здравствено осигурање запослених лица је јавно правна установа чија је основна услуга финансирање престаација из здравственог осигурања које пружају примарни фондови за осигурање. Један од задатака тог фонда је осигурање финансијске равнотеже општег режима здравственог осигурања.

Сваки становник који борави у Француској више од три месеца мора да се региструје у локалном примарном фонду здравственог осигурања. Када је то урадио, појединац добија *carte vitale*, сличну кредитној картици која обезбеђује национална права осигурања у електронској форми. *Carte vitale* није средство плаћања, али уклања потребу за попуњавањем великог броја формулара и такође омогућава брзу размену информација између здравствених радника и примарног фонда за здравствено осигурање. Французи су били забринути за своју приватност и поверљивост личних података који се налазе на картици. Међутим, безбедност је осигурана другом картицом за лекара, *Carte Professionnel de Santé (CPS)*, која идентификује лекара и мора бити унета у машину заједно са *Carte vitale* пацијента како би се добио приступ свим информацијама у вези са пацијентом. Улога примарних фондови осигурања своди се на евиденцију осигураника са његовог подручја у матичну евиденцију и пружање престаације из здравственог осигурања, односно исплату накнада за трошкове здравствених услуга.

Регионални фондови здравственог осигурања се у хијерархији налазе изнад примарних фондова и обављају задатке који су од заједничког интереса за те фондове.

Систем здравственог осигурања Француске је децентрализован, али држава контролише и надзире његов рад преко Министарства здравља, односно преко Управе за социјалну сигурност. Министарство привреде и финансија врше финансијски надзор над радом тог система, односно његових органа. Доприносе за здравствено осигурање наплаћују Уније за наплату доприноса за социјалну сигурност и дечије додатке.

Носиоци примарне здравствене заштите су изабрани (породични) лекари - *médecin traitant* који су углавном приватни. Реформом здравствене заштите 2004. године уведено је право слободног избора те категорије лекара за сваког осигураника старијег од 16 година. Изабрани лекар може бити лекар опште праксе или специјалиста. Његова основна улога се своди на усмеравање пацијента у остваривању здравствене заштите и упућивање другом лекару, уколико за то постоји потреба. Иако избор тог лекара није законска обавеза, постоје јаки финансијски подстицаји за осигуранике да бирају свог лекара и да прво њега посећују. Уколико осигураник нема изабраног лекара или пак без упута свог лекара консултује неког другог лекара, сноси

веће трошкове и плаћа цену која је већа од званичне тарифе. Више од 85% становника Француске има свог изабраног лекара.

Лекари примарне здравствене заштите (или специјалисти) који не раде у јавним или непрофитним установама припадају категорији samozапослених који наплаћују накнаде за пружене здравствене услуге. Од 2011. године договором Владе, медицинских синдиката и шеме јавног осигурања установљена је цена по посети која износи 23 евра. У зависности од степена њиховог образовања и додатне едукације, лекари могу наплатити и више од тога.

Самозапошљавање, које је у просеку чини 59%, више практикују лекари опште праксе (68%) него специјалисти (51%). Самостална пракса доминира као облик запошљавања у Француској, како за лекаре опште праксе тако и за специјалисте. Лекари у самосталној пракси не запошљавају медицинске сестре. Лекарима који раде у јавним и непрофитним установама се исплаћују плате.

Здравствена заштита на секундарном нивоу (амбулантно и болничко лечење) обезбеђује се у болницама (чешће у државним и приватним непрофитним него у приватни профитним болницама). Трећи ниво здравствене заштите или трећи сектор представља ниво пружања помоћи, неге и збрињавања старих и изнемоглих лица. Тај ниво представља комбинацију медицинске и социјалне неге и финансира га Национални фонд солидарности.

Болнице у Француској су приватне или јавне, неке су комерцијално организоване. Болнице заједно са универзитетима представљају место за истовремено пружање здравствене заштите, обуку професионалаца и научно истраживачке активности. Све универзитетске болнице су јавне. Све остале су приватне и профитне. Оне су у власништву појединаца, више њих, или у власништву великих корпорација (нпр. Générale de Santé, највећа приватна клиника у Европи). Јавних болница је 65%, а 35% су приватне. Две трећине болничких кревета је у власништву владе или непрофитних болница. Те болнице су финансиране од стране обавезног здравственог осигурања (SHI-Statutory Health Insurance, приватног здравственог осигурања (VHI-Voluntary Health Insurance) 80% и директним плаћањем пацијената 20%. У Француској, број расположивих болничких кревета је међу највишим у Европи (6,3 кревета на 1000 становника¹⁰⁹). Механизми финансирања за приватне болнице су исти као и за јавне болнице, с тим да су удели SHI, VHI и директно плаћање из џепа разликују.

До 2004. године, јавне и непрофитне приватне болнице су плаћене на основу глобалних буџета, док су профитне приватне болнице финансиране на дневној бази (из дневнице). Међутим, механизам плаћања који се користио за финансирање јавне болнице, заснован на историјском буџету, није био одраз стварних здравствених потреба и капитала. Од 2008.

¹⁰⁹ <https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>

године све болнице и клинике болничко збрињавање наплаћују путем DRG (Diagnostic Related Groups – напредни систем плаћања), тј. дијагностичко сродних група - ДСГ. Увођење ДСГ имао је за циљ повећање ефикасности и правичности и, такође, повећање конкуренције између јавног и приватног усклађивањем извора и начина њиховог финансирања. Његова примена је почела у марту 2005. године, и постепено реализована од 10% буџета јавне болнице у 2004. на 50% у 2005, и 100% у 2008. години. Треба напоменути да су ДСГ тарифе различите за државне болнице и приватне клинике. У државним и непрофитним болницама, лекарима ДСГ тарифе покривају плате. У приватним, профитним болницама лекари поред ДСГ тарифе наплаћују додатно од пацијената за пружене услуге. Међутим, план је да се до 2018. године у потпуности усклади начин плаћања и тарифе оба сектора. Државне и непрофитне болнице додатне финансије обезбеђују путем донација које служе за покривање трошкове истраживања и наставе (додатних 13% буџета) и пружање услуга хитне медицинске помоћи као и трансплатације органа (додатних 10-11% буџета болнице).

Француски здравствени систем је потпуно под надзором и контролом Владе која дефинише општу оријентациону здравствену политику. Здравствена политика је национална, и заснива се на различитим законима који предвиђају организацију и финансирање целог система здравствене заштите. Влада организује формирање свих категорија здравствених професионалаца и на тај начин директно контролише њихов број. У Француској сваке године, у просеку, дипломира 4.500 студената медицине. Влада, такође одређује број и локације болница које су адекватне потребама француског становништва. Она надгледа рад државних и приватних болница у циљу обезбеђења одговарајућег стандарда у пружању здравствених услуга. Такође, Влада предлаже здравствени буџет Парламенту на одобрење.

Поред тога, Влада директно контролише:

- Број болничких кревета и технолошке опреме на регионалном нивоу
- Обим радне снаге, утврђивањем број студената који могу уписати медицину
- Износ болничких трошкова, одређивањем годишњих буџета за јавне болнице
- Увођење нових лекова, као и њихове цене у складу са споразумима са фармацеутским компанијама
- Стопе доприноса послодаваца и запослених за здравствено осигурање

Од 1996. и Јурре реформе, Француски парламент има крајњу одговорност за постављање циљева и годишњи буџет за социјално осигурање. То значи да француска влада преузима примарну одговорност за здравље и социјалну заштиту свих њених грађана и уређује здравствени систем.

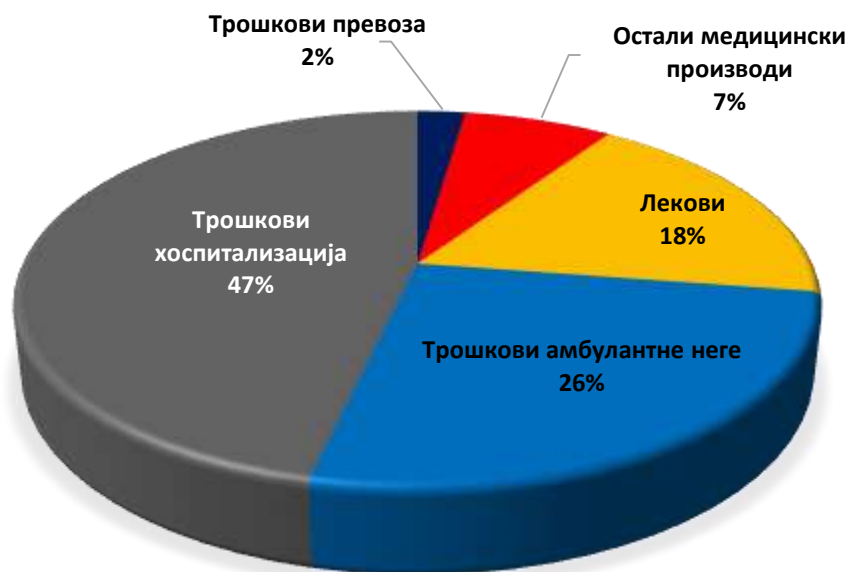
Министарство здравља је главно владино министарство одговорно за здравствену политику. Оно надгледа управљање ресурсима и регулише трошкове здравствене заштите, на основу

оквира који даје парламент и Министарства буџета. Министарство здравља је на крају одговорно за одређивање цена одређених медицинских поступака и лекова.

У француском здравству ради око 1,675 милиона људи. Тај број се утростручио у последњих тридесет година. Запосленост у сектору здравства је посебно популарна код жена. Жене представљају 76% од укупног броја здравствених професионалних радника, с тим што тај проценат расте. Од укупног броја лекара 42% су жене. Жене већ представљају већину (56%) и међу лекарима млађим од 34 године. У 2013. години у француском здравственом систему је било запослено 212.306 лекара. Просечан број лекара износио је те исте године 3,19 на 1000 становника.

Медицински трошкови у 2013. години износили су 186,7 милијарди евра, што је 74% од укупних здравствених трошкова.¹¹⁰

Слика 11. Структура медицинских трошкова у Француској 2013.



Извор: Comptes nationaux de la santé 2013., стр. 33.

Трошкови здравствене заштите у Француској су у 2013. години износили око 247,7 милијарди евра што је 11,7% њиховог БДП. Учешће public health spending у укупним здравственим трошковима је 78%, private health spending чини 21,5%, а од тога 32,9% представља потрошња директно из џепа. Трошкови здравствене заштите per capita у 2013. години износили су 4.449 америчких долара. Француска спада у земље које највише издвајају за здравство.

¹¹⁰ Comptes nationaux de la santé 2013., стр. 33.

Здравствена заштиту у Француској карактерише национални програм социјалног осигурања којим управља држава и финансира се из доприноса запосленог и послодавца и наменских пореза. Учешће доприноса послодаваца и запослених у приходима из којих се финансира здравство у 2013. били су 43%; приходи од пореза на дуван и алкохол 8%, државне субвенције 2% и трансфери из других грана социјалног осигурања 8%. Доприноси за здравство су 13,55% и уплаћују се на терет послодавца 12,8% и на терет запосленог 0,75%. Од доприноса на терет запосленог 5,1% издваја се за здравство и његово учешће у финансирању здравства је око 30%. Француски здравствени систем карактерише необичан спој слободе и регулаторног ограничење рада система. С једне стране, француски систем здравствене заштите може се посматрати као најслободнији у свету у погледу аутономије коју уживају и пацијенти и лекари. С друге стране, неки аспекти система су високо и централно регулисани од стране владе или Националног здравственог осигурања. Светске здравствена организација француски здравствени систем рангира као најбољи, односно сматра да Француска пружа најбољу укупну здравствену заштиту.

Поред позитивних страна, тај систем карактерише и два проблема: социјална и регионална неједнакост и постојање неравнотеже између ресурса и трошкова Националног здравственог осигурања. Један од проблема тог система је и непостојање одговарајуће сарадње између лекара у државном и приватном сектору која се негативно одражава на континуитет и квалитет у пружању здравствених услуга као и њихово систематско повезивање кроз примарну, секундарну и терцијарну здравствену заштиту. Светска финансијска криза и њене последице попут повећање стопе незапослености, повећање трошкова здравствене заштите, смањење броја обвезника који уплаћују доприносе за здравствено осигурање додатно су оптеретили здравствени систем Француске. Осим тога, високе партиципације и велики трошкови универзалног обезбеђења од ризика болести додатно доприносе кризи. У 2009. години укупан дуг овог система је достигао износ од 20 милијарди евра. У таквим условима контрола трошкова постаје кључно питање у француском здравственом систему. Због свега тога предузете су промене и реформе које за циљ имају повећање његове ефикасности и квалитета.

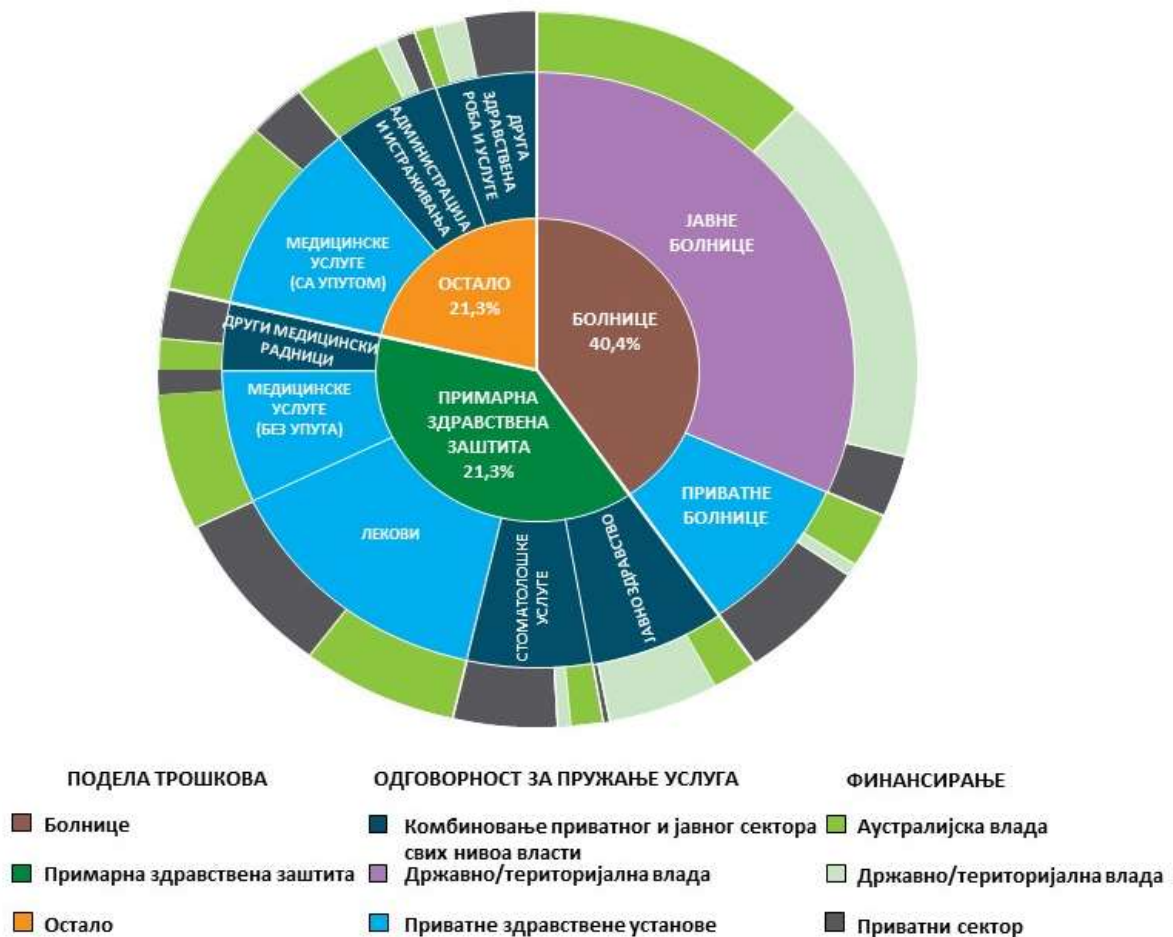
4. АУСТРАЛИЈА

Аустралијски здравствени систем је веома комплексан систем здравствене заштите подржан мрежом управљања и механизмима који омогућавају законодавства, политике, координација, регулација и финансирања пружања здравствених услуга. Може се рећи да тај систем представља мрежу приватних и јавних услуга, поставки, провајдера и пратећих механизма. Здравствени провајдери су лекари, медицинске сестре и други здравствени радници, болнице,

клинике, владине и невладине агенције, односно сви они који пружају услуге почев од превентивних услуга и услуга јавног здравља, примарне и хитне здравствене заштите па све до болничког лечења и рехабилитације.

Поред провајдера, битан део здравственог система су и институције (организације) које обављају активности од великог значаја за његово успешно функционисање. То су на пример: друштвене и добровољне организације које својим активностима обезбеђују новчана средства за финансирање истраживања или организују образовно-здравствене промоције; статистички органи који својим истраживањима обезбеђују информације битне за превенцију болести, рано откривање, лечење и сл.; универзитети који омогућавају обуку медицинских стручњака.

Слика 12. Здравствени систем Аустралије



Извор: <http://www.aihw.gov.au/australias-health/2014/health-system/>

Унутрашњи сегменти показују учешће сваког сектора здравства (примарна здравствена заштита, болнице и других (остало) у укупним здравственим трошковима. Сваки од тих сектора имају своје подсекторе што се види и на слици. Болнички сектор обухвата приватне

и јавне (државне) болнице. Примарна здравствена заштита обухвата услуге изабраног доктора (ГП), стоматолошке услуге, услуге јавног здравља, трошкове лекова и услуге физикалне терапије и оптометрије (мерење вида). Категорија остало обухвата трошкове медицинских истраживања, здравствених помагала, услуге превоза пацијената и здравствене администрације.

Средњи прстен означава одговорност за пружање услуга која може бити у надлежности приватног и јавног сектора свих нивоа власти, државе и територијалне владе и приватних установа.

Спољни прстен показује изворе финансирања здравствене заштите. Кодирање боја на слици показује да ли је услуга понуђена од приватног сектора, јавног сектора, или од обоје. Услуга приватног сектора обухвата приватне болнице, медицинске праксе и апотеке. Одредба јавни сектор је одговорност државе и територијалне владе за јавне болнице, а мешавина аустралијске владе и државе, територије и локалне самоуправе за заједнице и јавне здравствене услуге.

Здравствени систем обезбеђује здравствену заштиту свим својим грађанима, странцима, носиоцима сталних и привремених виза и азилантима. Аустралијски здравствени систем има две компоненте:

- Јавни здравствени систем и
- Приватни здравствени систем

Јавним здравственим системом управља аустралијска влада и зове се Medicare. Начин на који се та два сектора комбинују и међусобно допуњују има за циљ обезбеђење квалитетне неге и право избора за све Аустралијанце.

Medicare (Национално здравствено осигурање) је уведен 1984. године са задатком да пацијентима пружи бесплатну или јефтину здравствену негу од здравствених професионалаца као што су лекари, специјалисти и сл. Medicare финансира висок ниво здравствене заштите за све становнике Аустралије, без обзира на њихов ниво прихода. Аутоматски је доступан и обезбеђује слободан приступ неким елементима здравствене заштите, укључујући болничко лечење и субвенционисање неболничких третмана. Главни елементи Medicare укључују бесплатан третман за јавне пацијенете у јавним болницама, исплату накнада или надокнаде за здравствене службе наведене на Medicare Benefits Schedule МВС и субвенционисање трошкова широког спектра лекова на рецепт који су у категорији фармацеутских бенифиција.

Medicare омогућава бесплатно болничко лечење и смештај за јавног пацијента у јавној болници код лекара којег одређује болница. Medicare у овом случају обухвата следеће:

- Бесплатни или субвенционисани третман од стране здравствених професионалаца и смештај у државној болници

- 75% накнаде за трошкове услуга и процедура уколико сте приватни пацијент у јавној или приватној болници
- Одређене здравствене услуге у одређеним земљама,
- Јавни пацијент нема право на избор свог лекара уколико је примљен у болницу због изборних процедура

Medicare не покрива:

- Медицинске и болничке услуге који нису клинички неопходне (већину стоматолошких прегледа и лечења, већину физикалних терапија и сл.)
- Хирургију из естетских разлога
- Хитну помоћ

Medicare бенифиције су засноване на распореду накнада за стандардне здравствене услуге (Medicare Benefits Schedule - МВС) које утврђује аустралијска влада са представницима здравства. Medicare Benefits Schedule наводи све покривене услуге, укључујући и услуге лекара и болница на основним и средњим нивоима, али и прихватљивих стоматолога, сродних здравствених стручњака, оптометриста, здравствене превенције и промоције, и дугорочне неге. Лекари опште праксе нису обавезни да се придржавају тог распореда и могу да наплаћују више од тог износа. У том случају, пацијент је дужан да плати ту разлику (gap payment). Уколико пацијент посети лекара ван болнице, Medicare надокнађује 100% за лекара опште праксе, док је за специјалисте 85%. Генерално, Medicare бенифиције нису доступне за лечење особа у иностранству. Међутим, аустралијска влада је потписала низ споразума који омогућавају да Medicare покриве одређене трошкове лечења у одређеним земљама.

Особа може да буде корисник само Medicare или да комбинује Medicare и приватно здравствено осигурање.

Аустралијски здравствени систем се често описује као комбиновани, јер поред јавног система обухвата и приватни здравствени систем. Њега сачињавају приватне болнице, медицинска пракса, апотеке и приватне здравствено осигуравајуће куће. У јуну 2013. око 47% становника Аустралије (10.8 милиона) је имало неку врсту приватног болничког осигурања, а скоро 55% (12.7 милиона) је имало покриће за услуге попут стоматолошких и оптометријских. Приватно здравствено осигурање није обавезно, а људи који се одлуче за њега могу да бирају и комбинују различите опције које одговарају њиховим потребама. Приватни систем здравствене заштите покрива следеће услуге:

- Третман у приватној болници
- Трошкове хитне помоћи
- Третмани као што је оптометрија, стоматолошке услуге и физикалну терапију

Корисници приватног здравственог осигурања могу изабрати свог лекара и избећи потенцијалне листе чекања у јавном систему. Особа може изабрати да буде третирана као јавни пацијент у јавној болници, иако има приватно здравствено осигурање.

У Аустралији здравствена заштита је организована кроз примарну и секундарну здравствену заштиту. Примарна здравствена заштита је прва контакт тачка пацијента са здравственим системом и најчешће се остварује изван болнице. Остварује се без упута и обухвата услуге које може пружити лекар опште праксе, стоматолози, медицинске сестре и други здравствени радници. Примарна здравствена заштита остварује скоро исти ниво трошкова као и болничко лечење. Примера ради, у 2012. години трошкови лечења у примарној здравственој заштити су износили 36,1% укупне здравствене потрошње, док су трошкови болничког лечења износили 38,2%.¹¹¹

Примарна здравствена заштита представља степен ка ширем делу систему здравствене заштите који укључује друге услуге и секторе, односно она је увод за улазак у секундарну здравствену заштиту. Секундарна здравствена заштита представља виши ниво у пружању здравствених услуга од стране лекара специјалисте на основу упута лекара примарне здравствене заштите. Она укључује услуге које пружају болнице и специјалистичка медицинска пракса.

Први контакт са здравственим системом пацијенти остварују преко лекара опште праксе (General Practitioner-GP) који функционишу као чувари система, обезбеђујући пацијентима специјалистичке здравствене услуге, када је то потребно. Појединци нису обавезни да се региструју у примарној здравственој заштити и да бирају свог лекара. Пацијенти могу да бирају свог лекара и да остваре право на надокнаду целог износа или само једног дела трошкова од Medicare. Имајући у виду недостатак лекара, лекари са већим бројем пацијената могу да не прихвате нове пацијенте. Пацијенти обично имају медицински дом у коме више људи или породица имају своје здравствене картоне. Углавном се ради о клиникама опште праксе које функционишу у њиховој локалној заједници.

Већина лекара опште праксе су samozапослени и покренули су своје приватне праксе, самостално или удружени са другим лекарима.

Око 37,5% лекара је запослено у приватној пракси и 35% су специјалисти. Већина лекара и здравствених радника раде заједно у приватној пракси и наплаћују накнаду за пружене услуге. Многи приватни лекари специјалисти раде и у јавном и у приватном сектору.

У Аустралији болничке услуге пружају јавне и приватне болнице. Јавне болнице пружају бесплатну болничку негу јавним пацијентима. Такође, ту негу пружају и приватним

¹¹¹ <http://www.aihw.gov.au/australias-health/2014/health-system/>

пацијентима уз одговарајућу накнаду. Јавне болнице финансирају аустралијска влада и државно-територијалне владе, путем споразума на пет година. Један део средстава добијају и наплатом услуга од приватних пацијената.

Приватне болнице могу бити профитне и непрофитне и њихов приход потиче од пацијената са приватним здравственим осигурањем.

Већина хитних интервенција (операција) се обавља у јавним болницама, док се већина изборних процедура обавља у оквиру приватних болница и установа.

У 2012 – 2013. било је 1.359 болница, од тога 747 јавних и 612 приватних. Укупан број хоспитализација, у истом периоду био је 9,7 милиона. Број доступних кревета на 1000 становника је 3,8.

У 2012 – 2013. болничка потрошња је била 55,9 милијарди долара, од тога јавне болнице су потрошиле 44 милијарди, а приватне болнице 11 милијарди долара.

Управљање и координација јавног здравственог система је одговорност свих аустралијских министарстава здравља. Министри здравља чине Стални савет за здравство који има и допунску улогу координатора здравственог система. Главни задатак тог Савета је постизање боље здравствене услуге и обезбеђење одрживог здравственог система Аустралије. Осим тога, он надгледа спровођење здравствених реформи чији је циљ да пацијенти добију квалитетну здравствену негу и обезбеде сигурне изворе финансирања здравства.

Одговорност за финансирање и регулисање здравственог система у великој мери је подељена између аустралијске владе и државно-територијалних влада, али њихове улоге нису увек јасне. Аустралијска влада је првенствено одговорна за финансирање здравствених услуга, регулисање здравствених производа, услуга и радне снаге и националну здравствену политику. Државно-територијалне владе одговорне су, првенствено, за испоруку и управљање јавним здравственим службама (укључујући и јавне болнице, домове здравља у заједници и јавне стоматолошке заштите), као и регулисање здравствених услуга у приватним здравственим установама. Поред тога, локалне самоуправе играју такође важну улогу у здравственом систему, укључујући и пружање здравствених услуга заштите животне средине (као што су санитарни услови) и низа услуга здравствене и кућне неге у заједници.

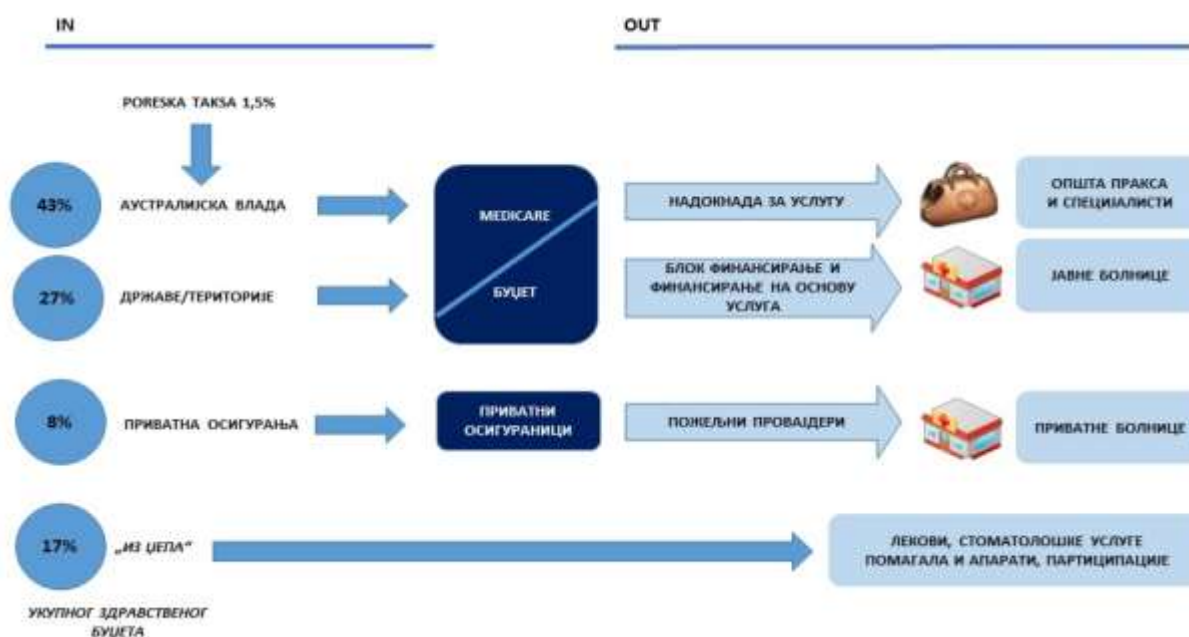
У периоду 2013 – 2014, око 287.000 људи је било запослено у здравственом систему Аустралије. У 2013. у аустралијском здравственом систему било је регистровано 95.013 лекара од тога 34,7% су специјалисти, 32,7% лекари опште праксе, 17,5% лекари на специјализацији и 12,3% болнички неспецијалисти. Просечна старост лекара је 45,7 година, а жене чине 39,7%

од укупног броја лекара. Просечан број лекара у 2013. години је 3,8 лекара на 1000 становника.¹¹² Главни градови имају већи број лекара него удаљена места.

Здравствени систем се углавном финансира из општег опорезивања прихода, као и путем приватних плаћања. Влада здравствене трошкове (аустралијска влада и осам држава / територија) финансира из општег пореза, укључујући порез на робу и услуге, а поред тога велики део прихода за здравство долази од накнада пацијената и других невладиних извора. Medicare се финансира углавном из општих прихода, а делом од 1,5% таксе од пореске основице, иако су појединци са ниским примањим ослобођени или плаћају смањену таксу. Појединци и породице са вишим примањима (83.034 до \$ 166.067) који не обезбеде приватно болничко осигурање морају да плати Medicare доплату, што је додатних 1% опорезивања прихода.

Здравствени трошкови у Аустралији су у 2013. години износили 140,2 милијарди долара, што је 9,5% њиховог БДП. Од тог износа учешће public health spending у укупним здравственим трошковима 67,6%, private health spending чини 32,4%. Потрошња директно из џепа (out-of-pocket) износи 19.9% укупних здравствених трошкова. Већина тих расхода је за лекове који се не издају на рецепт, стоматолошке услуге, помагала и апарате, и партиципације. Трошкови здравствене заштите per capita у 2013. години износили су 6.110 америчких долара.¹¹³

Слика 13. Модел финансирања здравственог система Аустралије



Извор: Victoria Department of Health, Commonwealth Fund: International profiles of health care systems, 2011.

¹¹² <http://www.aihw.gov.au/workforce/medical/>

¹¹³ <http://data.worldbank.org/indicator/>

У 2012 – 2013, 55.9 милијарди долара је потрошено на болнице у Аустралији, 52.9 милијарди долара на примарну здравствену заштиту и 29.9 милијарди долара на друге области здравствене потрошње. Капитални трошкови износили су 8.6 милијарди долара.

Светска здравствена организација оцењује здравствени систем Аустралије као првокласан кад је реч о ефикасности и продуктивности. У прилог томе иде и чињеница да је више година заредом ова земља међу највише рангираним у групи земаља са најбољим здравством, што подразумева највећа издвајања средстава и најдужи животни век становника.

5. КРАЉЕВИНА ШВЕДСКА

Шведски здравствени систем се заснива на Беверицевом моделу социјалног осигурања и подразумева универзалну доступност здравственој заштити у здравственим установама јавног и приватног сектора. То подразумева да право на здравствену заштиту имају сви становници Шведске. Систем здравствене заштите се заснива на три основна принципа:

- Људско достојанство (сва људска бића имају једнак право на достојанство и имају иста права без обзира на њихов статус у заједници)
- Здравствена потреба и солидарност (они са највећим потребама имају предност у третману)
- Ефективност (код избора, требало би да постоји разуман однос између трошкова здравствене заштите и користи мерених у смислу побољшања здравља и квалитета живота)

Законом је предвиђена здравствена заштита за све становнике. Деца имигранти (млађи од 18 година) имају право на здравствену заштиту као и деца која траже азил и деца која имају стално пребивалиште у Шведској. Право на хитну медицинску помоћ имају држављани земаља ЕУ и Европског економског простора. Такође, помоћ се пружа и држављанима из девет других земаља са којима Шведска има билатералне споразуме.

Шведски здравствени систем представља национални здравствени систем који обезбеђује грађанима широку доступност и једнак приступ квалитетној здравственој заштити. Здравствено осигурање је универзално и обавезно. Приватно здравствено осигурање је скоро непостојеће у Шведској, само 4% становништва је покривено приватним осигурањем и оно чини само 2% од укупних здравствених трошкова. Приватно здравствено осигурање има улогу допунског добровољног осигурања, што значи да корисници немају могућност замене обавезног здравственог осигурања приватним осигурањем. Тим осигурањем се покривају трошкови услуга које обавезно осигурање не покрива или покрива делимично (трошкови лекова, стоматолошких услуга и лечења у приватним болницама).

Здравствена заштита је организована на примарном, секундарном и терцијарном нивоу. Примарна здравствена заштита остварује се у примарним здравственим јединицама преко лекара опште праксе, медицинских сестара, психолога, гинеколога, физиотерапеута. Њихова улога се своди на усмеравање пацијената на виши ниво здравствене заштите у оквиру здравственог система. Постоји више од 1.100 јединица примарне здравствене заштите широм земље, од којих је око једна трећина у приватном власништву.

Секундарна и терцијарна здравствена заштита се остварује у болницама. На том нивоу се обезбеђују пружање медицинских услуга које захтевају савременију и додатну медицинску опрему која не постоји на примарном нивоу заштите. У Шведској постоји седам универзитетских регионалних болница, и око 70 окружних болница. Окрузи су груписани у шест региона здравствене заштите како би се олакшала сарадња и одржао висок ниво медицинске неге. Већина болница су јавне. Приватне болнице су углавном специјализоване за изборне операције и имају закључене уговоре са окрузима.

У Шведској од 2010. године постоји обавеза избора лекара опште праксе или другог пружаоци здравствене услуге на примарном нивоу здравствене заштите, у државној или приватној здравственој установи која има склопљени уговор са округом. Пацијент има право избора болнице приликом даљег лечења, што значи да има право да се лечи и у приватној болници под условом да она има закључен уговор са округом и општином. Лекар опште праксе нема толики значај као у другим здравственим системима. Пацијент се може обратити лекару специјалисти без његовог упута, уз обавезно плаћање партиципације. У току 2005. године уведено је, а законом регулисано 2010. године правило „0-7-90-90“¹¹⁴ којим се пацијенту гарантује право на здравствену заштиту. Тим правилом се пацијенту гарантује пријем код лекара опште праксе у року од седам дана, код лекара специјалисте у року од наредних 90 дана и на основу постављене дијагнозе медицински третман или интервенција, такође у року од 90 дана. Уколико пацијент не може или не жели да чека на заказан термин, здравствену услугу може платити сам или преко приватног осигурања.

Здравствене услуге дефинисане обавезним осигурањем нису све бесплатне. За поједине се плаћа минимална обавезна партиципација. Особе млађе од 20 година не плаћају партиципацију или плаћају партиципацију нижу од уобичајене.

У здравствени систем Шведске укључена су три нивоа власти, централни (национални), окружни (регионални) и локални. На националном нивоу, Министарство здравља и социјалне политике је одговорно за свеукупно здравље и здравствену политику, а ради у сарадњи са осам националних владиних агенција које су директно укључене у област здравства, здравствене

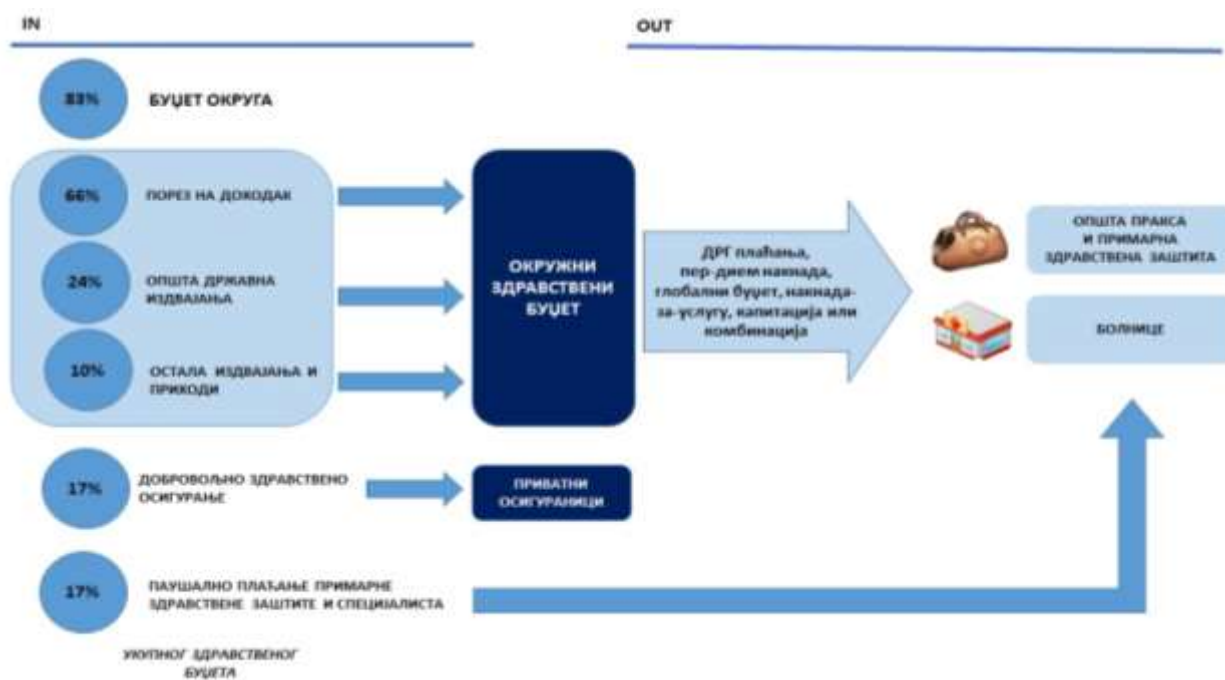
¹¹⁴ *International Profiles of Health Care Systems*, 2013, The Commonwealth Fund, стр. 116
<http://www.commonwealthfund.org>

заштите и јавног здравства. На регионалном нивоу, окружна већа (има их 24 плус 4 регионална тела) и на локалном нивоу 290 општина имају потпуну аутономију у погледу обезбеђења, организовања и финансирања здравствене заштите. Према томе, систем здравствене заштите је потпуно децентрализован.

Основни извори финансирања здравственог система у Шведској су:

- Приходи прикупљени од пореза на доходак грађана које окрузи и општине намећу грађанима
- Средства из државног буџета од централног пореза на доходак и индиректних пореза
- Приходи од продаје и других прихода
- Приходи на основу накнаде пацијената и других накнада.

Слика 14. Модел финансирања здравственог система Шведске



Извор: Victoria Department of Health, Commonwealth Fund: International profiles of health care systems, 2011.

Здравствени трошкови у Шведској су у 2013. години износили 9,7% њеног БДП. Од тог износа учешће public health spending у укупним здравственим трошковима 81,5%, private health spending чини 18,5%. Потрошња директно из џепа (out-of-pocket) износи 88,1% од private health spending. Трошкови здравствене заштите per capita у 2013. години износили су 5.580 америчких долара.¹¹⁵ Шведска броји 4 лекара на 1000 становника што је више од светског нивоа (ОЕЦД 3,1).¹¹⁶ Број доступних болничких кревета на 1000 становника је 2,6.

¹¹⁵ <http://data.worldbank.org/indicator/>

¹¹⁶ <https://data.oecd.org/>

Шведски здравствени систем, имајућу у виду универзалну доступност здравственој заштити и претходно наведене индикаторе, спада у групу земаља са најбољим здравством.

6. РЕПУБЛИКА ИТАЛИЈА

Након Другог светског рата у Италији је доминирао Бизмарков модел социјалног осигурања. Више од двадесет година здравствени систем Италије био је доминантно приватан, заснован на уговорима између великог броја здравствених осигуравајућих фондова и приватних лекара, болница и апотека. До промена долази 1978. године, када се по угледу на британску националну службу уводи Национални здравствени систем који замењује дотадашњи Бизмарков систем фондова за здравствено осигурање. Здравствени систем Италије припада Бевериџевом моделу социјалног осигурања.

Здравствени систем Италије је организован као Национални здравствени систем (Servizio Sanitario Nazionale – SSN) који карактерише универзална здравствена заштита, односно општа здравствена заштита. Универзална здравствена заштита гарантује доступност здравственој заштити свим италијанским држављанима, грађанима ЕУ и страним држављанима чија је здравствена заштита омогућена билатералним споразумима Италије и њихових држава.

Национални здравствени систем се заснива на обавезном здравственом осигурању које подразумева:

- Обавезу здравственог осигурања за све становнике Италије
- Право свих на услуге здравствене заштите
- Покриће свих медицинских третмана неопходних за лечење

Систем обавезног осигурања подразумева да су и права из обавезног осигурања иста за све становнике (једино постоји посебан режим за војна лица).

Поред обавезног здравственог осигурања, у Италији је доступно и приватно здравствено осигурање. Међутим, његов значај је маргиналан имајући у виду да само 15% становништва има тај вид осигурања. То осигурање има карактеристику допунског добровољног осигурања, зато што не може заменити обавезно здравствено осигурање, већ се користи за покривање трошкова оних здравствених услуга које обавезно здравствено осигурање не покрива или то чини делимично. Приватно здравствено осигурање омогућава кориснику право на слободан избор породичног лекара или лекара специјалисте, право на лечење у приватним болницама, покривање трошкова стоматолошких услуга, трошкова партиципације и сл.

Здравствена заштита је организована на примарном, секундарном и терцијарном нивоу. Носиоци примарне здравствене заштите су лекари опште праксе, педијатри и samozапослени и независни лекари који имају закључене уговоре са Националним здравственим системом.

Њихова улога се своди на пружање примарних здравствених услуга и, уколико се за то укаже потреба, упућивање пацијента на секундарни ниво. Секундарна здравствена заштита се остварује преко лекара специјалиста у амбулантама у оквиру приватних и јавних болница. Терцијарна заштита се пружа у независним државним болницама које обухватају универзитетске болнице и високо специјализоване болнице од националног значаја. Значајно за те болнице је то што имају статус независног здравственог предузећа што значи да су финансијски и технички самосталне.

Болнице могу бити јавне и приватне. У 2010. години било је око 200.000 болничких кревета у јавним болницама и 48.000 кревета у приватним болницама.¹¹⁷

У Италији постоји категорија породичног лекара. Реч је о лекару опште праксе кога по закону, слободно и обавезно, бира сваки становник Италије који је регистрован у Националном здравственом систему. Породични лекар је услов за остваривање здравствене заштите. Пацијенти могу изабрати било ког лекара чији списак није достигао максималан број дозвољених пацијената (1.500 за породичног лекара и 800 за педијатара) и могу га променити у било ком тренутку. Породични лекар усмерава пацијента у остваривању здравствене заштите и на тај начин координира услуге на примарном, секундарном и терцијарном нивоу. Након упућивања од стране породичног лекара, пацијент има право слободног избора здравствене установе у којој ће наставити даљи медицински третман. Трошкове покрива обавезно здравствено осигурање под условом да одабрана установа, приватна или јавна, има закључен уговор са Националним здравственим системом. У супротном, трошкове пацијент сноси сам. У 2010. години, било је око 53.500 лекара опште праксе и педијатара (33,3%) и 107.000 болничких лекара (66,7%).

Систем здравствене заштите Италије је децентрализован, јер је организован на три нивоа: централном (националном), регионалном и локалном. На националном нивоу, Министарство здравља и владине институције одговорне су за креирање и спровођење здравствене политике и остваривање општих циљева и задатака здравственог система. Министарство здравља је одговорно за управљање Националним здравственим системом.

На регионалном нивоу регионалне владе и институције су одговорне за организацију и пружање здравствених услуга преко локалних здравствених јединица и јавних и приватних болница које су у Националном здравственом систему. На локалном нивоу, локалне здравствене јединице су одговорне за пружање здравствених услуга и управљање системом здравствене заштите. Локалне здравствене јединице су одговорне за заштиту и промоцију јавног здравља и за остваривање здравствених циљева и задатака утврђених на националном

¹¹⁷ *International Profiles of Health Care Systems*, 2013, The Commonwealth Fund, стр.69.

и регионалном нивоу. Највећу улогу у реализацији здравствене заштите имају управо региони и локалне заједнице.

Здравствени систем Италије се финансира из пореза и то централних и локалних. Највише средстава се обезбеђује на основу пореза за додату вредност и акцизе и два локална пореза. Поред тога, одређена средства за финансирање здравствене заштите обезбеђују се путем трансфера средстава из државног буџета, из приватних извора и сопствених и других прихода. Расподела средстава се врши на централном нивоу тако што централна власт финансира Национални здравствени систем који даље врши расподелу средстава регионалним органима а они даље локалним здравственим јединицама.

Здравствени трошкови у Италији су у 2013. години износили 9,1% њеног БДП. Од тог износа учешће public health spending у укупним здравственим трошковима је 78%, private health spending чини 22%. Потрошња директно из џепа (out-of-pocket) износи 82% од private health spending. Трошкови здравствене заштите per capita у 2013. години износили су 3.155 америчких долара.¹¹⁸ Италија је 2013. године имала 3,9 лекара на 1000 становника што је више од светског нивоа (ОЕЦД 3,5).¹¹⁹ Број доступних болничких кревета на 1000 становника у истом том периоду износио је 3,4.

Према процени СЗО Италија се сврстава у ред земаља са веома ефикасним здравственим системом имајући у виду његову универзалну доступност и квалитет пружене здравствене заштите. Међутим, и поред тога и тај систем је суочен са различитим проблемима попут дугих листа чекања, финансијских проблема пружалаца здравствених услуга, нејасних правила расподеле средстава са централних на регионалне нивое и финансијских проблема које је изазвала светска економска криза.

7. СЈЕДИЊЕНЕ АМЕРИЧКЕ ДРЖАВЕ

Сједињене Америчке Државе представљају државу у којој је заступљен тржишни (комерцијални) модел финансирања здравствене заштите. Основна карактеристика тог модела је доминација приватног здравственог осигурања које потискује социјалну солидарност и не обезбеђује универзално покриће што за последицу има велики број неосигураних лица. Основне карактеристике америчког здравственог система су:¹²⁰

- Тржишна оријентација. Доминација приватног осигурања и здравствено осигурање финансирано од стране Владе намењено мањем делу становништва. Већина издатака за

¹¹⁸ <http://data.worldbank.org/indicator/>

¹¹⁹ <https://data.oecd.org/>

¹²⁰ Вукотић, М., 2008, Амерички здравствени систем: изузетак или правило, *Entrepreneurial economy*, Volume XV, Issue I, Подгорица 05/2008, стр. 24.

здравство су приватни издаци. Тржиште здравства Америке је далеко од савршено конкурентног тржишта и то условљава некоректне услове за његове учеснике. То је и један од разлога за укључивање Владе у његово регулисање.

- Приватизација и *за профит* власништво. Повећан тренд приватизације у САД-у условио је да су многе јавне болнице и здравствене институције приватизоване и постале профитне. Тржиштем доминирају профитне осигуравајуће компаније, а осим тога евидентно је да се и непрофитне институције понашају као профитне.

- Диверсификованост и комплексност система. Константни напредак медицине условљава повећање разноврности здравствених услуга, диверзификацију и специјализацију функција, већу предузетничку иницијативу што све заједно за последицу има веома комплексан и компликован здравствени систем.

- Фрагментација. Фрагментација, као логичка последица специјализације, доводи до стварања функционалних јединица које у међусобном такмичењу доводе до повећања ефикасности.

- Децентрализација и разноврсност локалних система. У оквиру америчког здравственог система присутна је децентрализација што значи да се многе одлуке доносе на нивоу локалних јединица. То представља предност, јер у том случају акције које се предузимају на основу локалних одлука могу се прилагодити захтевима и потребама локалне заједнице.

- Корпорацијација и менаџеризам. Под тим појмом подразумева се све већа употреба модерних менаџерских метода и структура у оквиру већ углавном приватизованог здравственог система. Неке од карактеристика тог феномена су: повећана моћ менаџера, развој информационог менаџмента, концентрација на остварење организационих циљева и рационално планирање, као и бирократска контрола као последица.

- Консолидација. Оно што карактерише амерички здравствени систем је талас мерџера и аквизиција који су довели до формирања мањег броја већих или моћнијих субјеката у систему.

- Нагле промене. Нагли развој технологије, појава мерџера и консолидације, изразита менаџерска и предузетничка иновативност у приватном сектору условили су нагле и велике промене у америчком здравственом систему.

Осигураници на основу запослености или индивидуални осигураници плаћају приватна здравствена осигурања на основу посебно дефинисаних уговора о здравственом осигурању. Посебна јавна здравствена осигурања у САД-у су Medicare, Medicaid, S – chip (State Children's Health Insurance Program) и VHA.

Преко 43 милиона (14,4% у 2013) Американаца нема здравствено осигурање а много више њих сматра да су недовољно осигурани. Већина неосигураних су незапослени, samozапослени или

у сталном прелазу са једног радног места на друго код послодавца који не пружа здравствено осигурање. Већина земаља тежи да својим грађанима обезбеди универзални приступ здравственој заштити. У Америци је тај процес обустављен, увођењем Medicare и Medicaid амандмана. И Medicare и Medicaid створени су када је председник Lyndon B. Johnson потписао измене и допуне Закона о социјалној сигурности 30. јула 1965. године.

Medicare програм пружа здравствену заштиту особама старијим од 65 година и хендикепираним особама. Да би се квалификовали за Medicare, појединац мора имати најмање 65 година, мање од 65 и да је инвалид, или било ког узраста са завршном фазом болести бубрега (трајног отказивања бубрега која захтева дијализу или трансплантацију.)

Данас око 50 милиона Американаца користи тај програм. Предвиђа се да ће до 2030. године право на Medicare имати 80 милиона Американаца. Програм је финансиран од пореза на доходак (2.9%) за приходе веће од 250.000\$ годишње. У 2012. години трошкови тог програма износили су пола трилиона долара.

Medicaid је програм осигурања који пружа заштиту онима чија су примања испод границе сиромаштва или онима који примају државну помоћ. Може укључити и здравствену заштиту породица са децом, старије, труднице и људе са инвалидитетом. У 2012. години границу сиромаштва су представљали приходи од 11.000\$ за појединца и 23.000\$ годишње за четворочлану породицу. Тај програм финансира савезна и државна влада, и покрива све медицинске трошкове. Програмом се управља на савезном нивоу али свака америчка држава поставља своје смернице за Medicaid подобности, одређује врсту, количину, трајање и обим услуга и управља својим Medicaid програмом. Укупни трошкови за Medicaid програм у 2012. су били 258 милијарди долара.

Програм за Државно здравствено осигурање деце S– chip (State Children's Health Insurance Program) је партнерство између савезне и државне владе које пружа здравствену заштиту за неосигурану децу чије породице зарађују превише да би се квалификовали за Medicaid, али премало да би имали приватно здравствено осигурање.

Veterans Health Administration (VHA), обезбеђује здравствену заштиту за америчке војне ветеране. До раних 90-их, VHA је имао репутацију пружање ограничене, сиромашно-квалитетне бриге, што је довело до реформе здравствене заштите. Од 2000. године, VHA је значајно напредовала у погледу бројних показатеља квалитета процеса, а неки докази показују да укупан учинак сада премашује остатак америчког здравства. Поред овог постоје и програми (TRICARE) који обезбеђују здравствену заштиту за војна лица и њихове породице.

Наравно, највећи број Американаца има приватно здравствено осигурање. Око 58% Американаца има приватну покривеност здравствене заштите. Многима трошкове осигурања сnose послодавци. Међутим, све чешће трошкове свог осигурања морају да сnose сами

запослени. Пореско ослобођење за послодавца на бази здравственог осигурања износило је око 248 милијарди долара у 2013. Постоје појединци који користе и јавно и приватно здравствено осигурање. У 2013. години, приватно здравствено осигурање је чинило 37,1%¹²¹ укупне потрошње здравствене заштите.

У 2013. години било је 44,3 милиона неосигураних особа млађих од 65 година, што износи 16,6%. Приватно осигурање имало је 61% особа млађих од 65 година. У истом периоду у категорији деце (млађи од 18 година) неосигурано је било 6,5%, са приватним осигурањем је било 52,6% и 42,2% деце било је покривено планом јавног здравља. У категорији одраслих коју чине особе од 18 до 64 године, неосигурано је било 20,4%, приватно осигурано 64,2% и 16,7% је било покривено планом јавног здравља.¹²²

У 2013. години 151,14 милиона људи у Америци (54% становништва) је било покривено приватним здравственим осигурањем. То је мање у односу на 2010. (195 милиона људи - 64%) и 2000. годину (200 милиона - 72%) што се може објаснити да приватно осигурање не може да држи корак са растом популације у САД-у. Популациона група која је одговорна за већину тог раста, Хиспано, учествује у приватном осигурању само са 39%.

Примарну здравствену заштиту у Америци пружају лекари примарне здравствене заштите, често и у приватној пракси (амбулантама). Лекари опште праксе чине трећину свих лекара у Америци. Пацијенти имају право на слободан избор лекара и немају обавезу регистрације у примарној заштити. Лекари специјалисти могу да раде и у приватној пракси и у болницама.

Број америчких лекара стално расте. У 2012. у Америци је било 1.026.788 лекара од којих је 826.001 активно. Просечан број лекара у том периоду био је 2,83 на 1.000 становника.¹²³ Међутим, проценат лекара у приватној пракси је опао са 57% на 33% током истог временског периода.

Од 624.434 лекара у САД који проводе већину времена у директној нези пацијената, нешто мање од трећине су специјалисти у примарној здравственој заштити. Примарна здравствена заштита се састоји од породичних лекара и лекара опште праксе, општинских интерниста, педијатара и лекара геријатрије.

Лекари су плаћени кроз комбинацију метода, укључујући договорене таксе (приватно осигурање), капитације (приватно осигурање), и административно постављене таксе (јавна осигурања). Лекари такође често добијају финансијске подстицаје на основу различитих критеријума учинка.

¹²¹ <http://www.cdc.gov/nchs/data/abus/2014/104.pdf>

¹²² <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/health-insurance.htm>

¹²³ <http://www.statista.com/>

Болнице у Америци су непрофитне (~ 70% кревета), профитне (~ 15% кревета), или јавне (~ 15% кревета). Јавни болнице могу опслуживати и приватне пацијенте. Непрофитне болнице су ослобођене пореза, док се профитне болнице опорезују.

Непрофитне болнице могу бити приватне, или у својини владе ентитета. Постоји неколико врста приватних непрофитних болница. На пример Memorial Hospital у Чикагу је приватна непрофитна болница која је повезана са Northwestern University али није у његовом власништву. Тај Универзитет, односно његов Медицински факултет користи болницу, односно њене капацитете за школовање медицинских стручњака. Друга врста приватних непрофитних болница су у власништву одређене религиозне заједнице (нпр. New York Presbyterian Hospital) и оне могу али не морају бити академски наставни центар. И на крају, највећи број непрофитних приватних болница су ненаставног карактера и налазе се у свакој заједници од 75.000 до 100.000 становника. Приватне непрофитне болнице средства за рад обезбеђују путем донација од захвалних богатих пацијената и истраживачких грантова. Што се тиче болница које су у власништву влада (Federal Administration Veterans, војне болнице, State University Hospital и добротворне болнице које пружају помоћ сиромашнима) битно је истаћи да њихов рад у великој мери зависи од средстава које обезбеђује влада.

Профитне болнице пружају здравствену заштиту са циљем остварења одређеног профита. Та категорија броји веома мали број болница у САД-у. У Америци, према подацима из 2012, постоји 5.686 болница са 914. 513 кревета.

Финансирање здравствене заштите у САД-у остварује се кроз комбинацију јавних и приватних извора. Medicare се финансира кроз комбинацију пореза на плате, премија и савезних општих прихода. Стопе плаћања по Medicare програму се обично усклађују са таксама уз регионална прилагођавања (на пример, на основу трошкова живота). Medicaid се финансира из пореза који одређује заједнички савезно-државни програм здравственог осигурања од стране државе која послује у оквиру широких федералних смерница.

Државе примају и одговарајућа средства из савезне владе по стопама које варирају зависно од њиховог per capita дохотка. Очекује се да ће се до 2020. године удео средстава владе смањити за 90 процената. Стопе плаћања по Medicaid програму варирају у зависности од државе. Приватно здравствено осигурање чини значајан део укупне потрошње здравствене заштите.

Слика 15. Модел финансирања здравственог система САД



Извор: Kao-Ping Chua, 2006, Overview of the U.S. Health Care System, *AMSA Jack Rutledge Fellow 2005-2006*, стр. 3 и 4.

Значајну улогу у финансирању здравствене заштите имају и тзв. волонтерски фондови који финансирају одређене здравствене услуге попут неких хируршких интервенција.

Финансијска средства у америчком здравственом систему крећу се у два правца¹²⁴:

- Прикупљени новац стиже у надлежне институције
- Из тих надлежних институција врши се расподела финансијских средстава пружаоцима здравствених услуга.

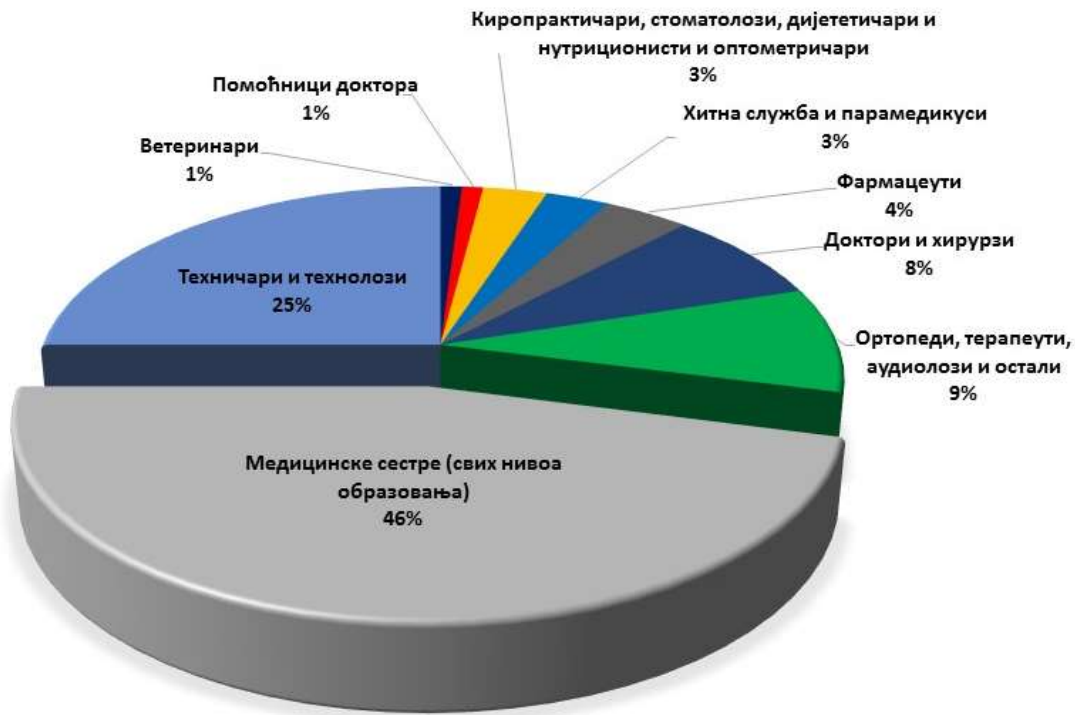
Запослени и њихови послодавци плаћају порезе на доходак. Поред тога, плаћа се и посебан порез за посебне здравствене програме, нпр. Medicare. Послодавци, углавном, плаћају цели износ или највећи део премије здравственог осигурања, а запослени остатак премије. Када је у питању индивидуално осигурање, запослени плаћају цели износ премије, и то директно.

У САД-у, у 2013. години у здравству је радило око 7,8 милиона људи. Од тог броја највећи проценат (46%) чине медицинске сестре. У 2013. години у америчком здравственом систему је било запослено 934.000 лекара. Од тог броја, 198.160 чине лекари који раде у примарној здравственој заштити.¹²⁵

¹²⁴ Марковић, Б., Вукић, С., Модели организације и финансирања здравства у одабраним земљама свијета, стр. 186., www.hrčak.srce.hr

¹²⁵ <http://dpeaficio.org/professionals/professionals-in-the-workplace/healthcare-professionals-and-technicians/>

Слика 16. Структура запослених у здравственом систему САД



Извор: „Occupation Profiles“. Occupational Employment Statistics, Bureau of Labor Statistics, US Department of Labor, April 1, 2014.

Трошкови здравствене заштите у САД-у су у 2013. години износили око 2,9 трилиона долара што је 17,1% њиховог БДП. Учешће public health spending у укупним здравственим трошковима је 48,2%, private health spending чини 51,8%, а од тога 22,3% представља потрошња директно из џепа (out-of-pocket). Плаћања директно из џепа (нпр. директна плаћања од стране потрошача за здравствене услуге, партиципација) по глави становника знатно су повећала реално у последњих неколико година, мада због раста укупне здравствене потрошње, проценат учешћа out-of-pocket потрошње у укупним здравственим трошковим је смањен. Сједињене Америчке Државе су константно рангиране при врху када је у питању out-of-pocket потрошња међу земљама са високим приходима. Они су у 2013. години износили 1.074\$ per capita, односно са 12,3% су учествовали у укупним здравственим трошковима.¹²⁶

Трошкови здравствене заштите per capita у 2013. години износили су 9.146 америчких долара (7.965 евра) што је скоро дупло више од светског просека. САД је земаља које највише издваја за здравство у свету.

Здравствени систем САД-а има значајне предности али га карактеришу, и многобројни недостаци. Здравствени систем те земље, пре свега, карактерише добро обучено и многобројно

¹²⁶ <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

радно особље, квалитетни медицински стручњаци на секундарном и терцијарном нивоу као и велика улагања у развој технологије и науке.

С друге стране, најочљивији проблем тог система је велики број неосигураних лица, неадекватна брига за неосигуране, високи здравствени трошкови *per capita* који далеко превазилази све остале земље, неједнака дистрибуција средстава по државама и сл.

Као што је напред наведено, око 45 милиона људи нема никаво здравствено осигурање. Од тога, половину чине Афроамериканци. У просеку, сваке године банкротира око 700.000 породица покушавајући да плате здравствену заштиту. Здравствени систем Америке карактерише и мањи број лекара и медицинских сестара у односу на друге земље са високим приходом. Постоји пројектовани мањак лекара примарне здравствене заштите (44.000 у наредних десет година).

Здравствени систем САД је високо стратификован, што подразумева разумевање разлике на различите слојеве, нивое, категорије људи који користе различите нивое здравствене заштите. Истраживања показују да се у оквиру система често крше права обојених људи. На пример: десетогодишња стопа преживљавања за белце оболеле од рака је 60% а за црнце 48%. Квалитет неге обојених људи је генерално нижи него за белце. Док су имигранти генерално здравији од просечног грађанина по доласку у САД, њихово здравље има тенденцију погоршања током дужег боравка у земљи.

Процена делотворности и ефикасности здравственог система САД-а коју врши СЗО на основу одређених индикатора показала је следеће:

- Смрт настала као последица срчаних болести опала је за две трећине у последњих педесет година
- Леукемија код деце бележи високу стопу излечења
- Осам од десет медицинских достигнућа у задњих двадесет година, имала су корене или су развијена у САД-у. Тај податак оправдава чињеницу да је највећи број добитника Нобелове награде за медицину и физиологију управо из САД
- Осам од десет најпродаванијих лекова у свету направљено је у америчким фармацеутским компанијама
- САД има највећу стопу преживљавања када су у питању оболели од карцинома дојке, простате и дебелог црева у свету

Ове и сличне чињенице указују на то да велике количине новца који се троши у здравству односно на истраживања, иновације у опреми и процедурама имају крајњу корист за становништво САД-а.












Здравствени систем САД је најскупљи на свету, али извештај Фонда Комонвелта¹²⁷ из јуна 2014. године доследно показује да је САД испод перформанси у односу на друге земље у погледу већег броја индикатора. Студија која је обухватила 11 земаља (Аустралија, Канада, Француска, Немачкоа, Холандија, Нови Зеланд, Норвешка, Шведска, Швајцарској, Велика Британија и САД) показала је да се САД налази на последњем месту. У том извештају, Велика Британија заузима прво место, затим следи Швајцарска.

Тај извештај садржи резултате анкете пацијената и лекара о искуствима заштите и оцене о различитим димензијама заштите, затим информације из три међународна истраживања пацијената и лекара примарне заштите о медицинским праксама и ставовима здравствених система својих земаља (2011 – 2013), као и информације Светске здравствене организације (СЗО) и Организације за економску сарадњу и развој (ОЕЦД).

Основни проблем и оно по чему се САД разликује од других земаља је одсуство универзалног здравственог осигурања. Остале државе обезбеђују доступност здравствене неге преко универзалних здравствених система и кроз боље везе између пацијената и лекара.

САД се, такође, рангира иза већине земаља по многим мерама здравствених исхода, квалитета и ефикасности.

Табела 5. Рангирање по мерама здравствених исхода, квалитета и ефикасности.

											
УКУПНИ ПЛАСМАН (2013)	4	10	9	5	5	7	7	3	2	1	11
КВАЛИТЕТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ	2	9	8	7	5	4	11	10	8	1	3
Ефикасна заштита	4	7	9	6	5	2	11	10	5	1	3
Сигурна заштита	3	10	2	6	7	9	11	5	4	1	7
Координисана заштита	4	8	9	10	5	2	7	11	3	1	6
ПРИСТУПАЧНОСТ	5	8	10	7	3	6	11	9	2	1	4
Проблеми везани за трошкове	8	9	11	2	4	7	6	4	2	1	9
Показатељ благовремености заштите	9	5	10	4	8	6	3	1	7	1	11
ЕФИКАСНОСТ	6	11	10	4	2	7	8	9	1	3	5
КАПИТАЛ	4	10	8	9	7	3	4	2	6	1	11
ЗДРАВ ЖИВОТ	5	9	7	4	8	10	6	1	2	2	11
ЗДРАВСТВЕНИ ТРОШКОВИ PER CAPITA 2011	4	8	1	7	5	9	6	2	3	10	11
	\$3,800	\$4,522	\$4,118	\$4,495	\$5,099	\$3,182	\$5,669	\$5,925	\$5,643	\$3,405	\$8,508

Извор: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>

У извештају, земље се рангирају на основу пет категорија:

1. Квалитет заштите (Quality Care)
2. Приступ (Access)
3. Ефикасност (Efficiency)
4. Капитал (Equity)

¹²⁷ <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>

5. Здрав живот (Healthy lives)

На основу претходне слике може се закључити следеће:

- Индикатори квалитета су груписани у четири категорије: ефикасна заштита, сигурна заштита, координирана заштита и заштита пацијената. У овој категорији САД су заузеле пето место. Најбољи резултат је остварен у погледу ефикасности здравствене заштите а најгори се односи на сигурност (безбедност) и координисаност заштите што повлачи укупан квалитет на доле. Што се тиче заштите пацијената, САД заузима високо 4. место у поређењу са осталим земљама.

- Индикатор приступа здравственој заштити САД позиционира на 9. место што је и последица одсуства универзалног здравственог осигурања и проблема повезаних са трошковима (Cost-Related problem). Проблем приступа здравственој заштити је често последица високих цена и трошкова која она проузрокује (САД је на 11. месту). Пацијенти имају брз приступ специјализованим здравственим службама што се не би могло рећи и за приступ примарној здравственој заштити. Показатељ благовремености неге (Timeliness of Care) САД позиционира на 5. место.

- Према показатељу ефикасности, САД се налази на последњем, 11. месту.

- И на основу показатеља капитала и здравог живота, САД заузима последње место. Американци са примањима испод просека, чешће него у другим земљама, избегавају посете лекару, узимање преписане терапије због високих трошкова. САД се налази на последњем месту и када су у питању индикатори здравог живота. Очекивано трајање живота, како на рођењу, тако и при старости од 65 година, налази се на нивоу медијане ОЕЦД земаља. Други индикатор, смрт одојчади, показује још горе резултате (6,26% на 1.000 рођених беба - ова стопа у ЕУ је 5,72%). СЗО је рангирала САД веома ниско (72. место од 191 земље) при мерењу перформанси здравља. Тај индикатор представља процену у којој мери је нека земља достигла оптимални ниво здравља у односу на ниво њеног економског развоја, односно да ли је ниво здравља те земље у складу са нивоом њеног економског развоја.

Амерички здравствени систем показује добре резултате када су у питању мерила реакције (1. место) и мерила исправности система (54. место). Мерила реакције се заснивају на оцењивању понашања пружаоца здравствених услуга према пацијентима, брзина пружања услуга, нивоа услуга као и доступности услуга. Мерило исправности система оцењује могућност доступности здравствене заштите, ниво до ког се систем штити од здравственог ризика и да ли су трошкови здравственог осигурања регресивни. СЗО је 2007. године сврстала амерички здравствени систем на 37. место, одмах поред Словеније.

Претходно наведене чињенице, и највећа слабост – огроман број неосигураних лица, биле су довољан разлог за покретање здравствене реформе. На њој су посебно радили Бил и Хилари

Клинтон, за време његовог првог мандата као председника САД-а. У току своје предизборне кампање 1992. године, Бил Клинтон је велику пажњу посветио питању реформи здравственог система. Године 1993. реформа је предложена Конгресу. Образложена је на 1000 страница и заснивала се на концепту универзалне здравствене заштите. У пролеће, 1994, Хилари Клинтон започиње кампању која је наговештавала реорганизацију система здравственог осигурања. Према тадашњем предлогу, плаћање услуга би се вршило кроз годишње премије. Запосленим лицима 80% здравствених трошкова би било покривено осигурањем док би остатак од 20% сносили сами. Незапослени и неосигурани би сами плаћали трошкове, док би сиромашним држава гарантовала покривање њихових трошкова. Циљ тог предлога био је приближавање америчког здравственог система моделу европског здравственог осигурања. Међутим, тај предлог је наишао на снажно противљење републиканаца који су имали подршку здравствених осигуравајућих друштава и организација, попут American Medical Association. План је дефинитивно пропао 1994. године.

Здравствена заштита је била једно од најзначајнијих политичких питања и у време владавине Џорџа Буша. Председник Буш је имао план, који се, углавном заснивао на пореским олакшицама за оне који сами купују здравствено осигурање. Тадашње процене су биле да би такав план требало да доведе до смањења здравствених трошкова за 31 милијарду америчких долара. Међутим, Commonwealth Fund је сматрао да би примена таквог плана обезбедила већу корист породицама које зарађују преко 150.000 долара него породицама које зарађују мање од 10.000 долара. Поред тога, трошкови администрирања здравственог осигурања порасли би за 5,5 милијарди долара док би применом неких других предложених планова они били смањени. Коначно, тим планом би било покривено само 9 милиона неосигураних Американаца што у односу на цифру од скоро 45 милиона и није представљало неки напредак. Коначно, Бушова администрација за време његовог мандата није успела да реформише здравствени систем упркос постепеном расту трошкова.

Када је Обама преузео власт у 2008. години, реформа америчког здравственог система била је срж његове политичке кампање и главни део његових платформи. Тадашња ситуација је увелико ишла у корист здравствене реформе. Како је и сам Обама говорио: *Звезде су наклоњене реформи као никада до сад*. Трошкови здравствене заштите вртоглаво су били у порасту (око 8.000\$ per capita), а нација од тога није постала здравија. Упркос тако великим издвајањима за здравство просечни животни век је био краћи а смртност одочајди већа него у осталим развијеним земљама у којима је здравствена заштита била доступна свима уз знатно нижу цену. Лекари и болнице су плаћани по процедури, тј. по учинку, што је повећавало трошкове и смањивало ефикасност. Изузетак те праксе, што је и сам Обама често наглашавао, су клинике Мејо у Минесоти и Кливленд у Охају које су познате по квалитету здравствених услуга и које

би по томе требале да буду узор осталим болницама. Преко половине личних банкротстава били су бар делимично резултат здравствених трошкова. Тадашња процена америчке владе је била да ће се до 2025. године трошити око 7,5% БДП на Medicare и Medicaid (4,7% БДП у 2007.). Треба нагласити да је тадашњи систем стварао јаз између оног дела становништва са добрим здравственим осигурањем и оних који га немају.¹²⁸

Своја залагања за реформу Обама је често опрвадавао економским аргументима, тврдећи да убрзан раст здравствених трошкова доводи до банкротства не само појединаца него и државе и да су они кључни разлог буџетског дефицита. У томе га је подржавао и амерички Нобеловац Пол Кругман који је тврдио да трошкови од 16% БДП у периоду од петнаест година могу да порасту толико да прогутају 25% америчког дохода. Уз то рецесија је представљала погодан амбијент за покретање реформе, зато што је било све више оних који су се налазили пред амбисом. За време Клинтеновог мандата економија је била у успону, док је Буш својом мером смањења пореза олакшао државну касу за око 2.000 милијарди долара што је било двоструко више од тога колико је нова Обамина реформа требало да кошта.

Три године пре усвајања Обаминог закона о реформи здравственог система, сличан закон је уведен у америчкој држави Масачусетс. Током мандата Џ. Буша, цене здравственог осигурања су се удвостручиле што је проузроковало опадање броја осигураних. То је био разлог за доношење закона који је омогућио држање под контролом цена осигурања и здравствених услуга. Резултат примене тог закона било је 3% неосигураних лица у Масачусетсу у односу на Америку у којој је та цифра у том тренутку била 16%, што је представљало доказ да је реформисани систем успешно функционисао.

Марта 2010. амерички Конгрес је усвојио Закон о реформи здравствене заштите, што је тада сматрано највећим успехом председника Барака Обаме и његове администрације у другој години његовог мандата. Усвојени закон, захваљујући којем ће око 32 милиона Американаца добити здравствено осигурање, представљао је најзначајнији документ из области социјалног законодавства у САД-у од 1930. године. Пројекције су биле да ће трошкови реформе здравственог система износити 940 милијарди долара за период до 2020. године (толико је утрошено на ратовање у Авганистану и Ираку). Такође, планирано је да ће се закон у потпуности реализовати у јануару 2020. године. Реформа здравственог система би требала да обезбеди смањење трошкова, гаранцију да свако може да изабере систем осигурања које највише одговара његовим потребама, укључујући и јавно осигурање, као и квалитет и доступност најбоље могуће здравствене неге.

¹²⁸ Једна студија је показала да код Американаца са дијагнозом карцинома дебелог црева, пацијенти без осигурања имају 70% веће шансе да умру у наредне три године у односу на пацијенте који поседују здравствено осигурање.

Крајњи циљ те реформе је био смањење здравствене потрошње, подизање квалитета здравствене услуге и смањење премија за осигурање. Првобитна процена је била да ће се здравствена потрошња смањити за 590 милијарди долара током 2010-2019. године уз смањење премија по скоро 2.000\$ по породици. Осим тога, годишња стопа раста здравствених трошкова могла би бити успорена са 6,3% на 5,7%. Реформом здравственог система је планирано је да се на националне здравствене трошкове утиче преко четири канала:¹²⁹

- Утицајем путем веће покривености осигурањем
- Штедњом у јавним програмима
- Смањењем административних трошкова
- Модернизацијом здравственог система

Повећање покривености здравственог осигурања ће, у суштини, за све Американце повећати медицинску потрошњу, бар у кратком року. Потпуно у фазама, постепена покривеност требала би да кошта око \$ 75 милијарди долара годишње да би се покрило 60% неосигураних, или 2% укупне здравствене потрошње. Процене су указивале на то да ће нови закон за 10 година проузроковати кумулативни раст медицинске потрошње за 415 милијарди долара у периоду 2010-2019. године.

Нови закон здравствене реформе садржи низ промена Medicare и Medicaid плаћања. Предлог реформе је да се смањи Medicare и Medicaid потрошња за 416 милијарди долара током периода 2010-2019. године. Смањење потрошње у овим јавним програмима је приближно на истом нивоу са порастом здравствених трошкова повезаних са покривањем неосигураних.

Административни трошкови крећу се у распону 5% за велике фирме до 30% за појединце и чине 13 посто сваке премије осигурања. Спајањем појединаца и малих предузећа у веће ентитете омогућава се смањење и административних трошкова. Омогућавање појединцима и малим фирмама да добију исте премије као велике фирме обезбеђује смањење трошкова администрације осигурања за 10%. Укупне уштеде по том основу би износиле 184 милијарди долара у периоду од 2010. до 2019. године.

Законом су планиране многобројне активности које би омогућиле бољу доступност здравственим услугама и на тај начин здравствену заштиту учинили ефикаснијом. Модернизација и побољшање квалитета здравственог система требало би да доведе до значајног смањења трошкова. Јавне и приватне уштеде од модернизације здравственог система би биле \$ 406 милијарди долара током 10 година. Те уштеде су мање у почетним годинама, али се повећавају током времена. Узимајући у обзир утицај свих тих различитих

¹²⁹ Cutler D., Davis, K., Stremikis, K., *The Impact of Health Reform on Health System Spending*, <https://cdn.americanprogress.org>

фактора, нови закон ће смањити здравствену потрошњу за 590 милијарди долара у периоду 2010 – 2019.

Веома је важно и истаћи да ће се реформисањем здравственог система остварити и утицај на федерални буџет, Medicare и на покривеност премијама приватног осигурања.

Реформом система здравствене заштите и мерама које он предвиђа омогућиће се смањење федералног дефицита за 400 милијарди долара током 2010 – 2019. године. Пре реформе, Medicare расходи су пројектовани на раст од 6,8 одсто на годишњем нивоу од 2010 до 2019. године. Реформом би годишња стопа раста била смањена на 4,9% уз укупну уштеду од 524 милијарди долара за период 2010 – 2019. Утицај размене осигурања и реформа система у просеку ће смањити премије за 2.000\$ по породици до 2019.

Као и што се може закључити, нови закон о реформи здравства уводи низ промена које могу резултирати значајним успоравањем раста трошкова здравствене заштите. Поред тога, тај закон би требало да осигура право сваког појединца и сваке породице на здравствену негу која им је потребна, као и финансијску сигурност и ослобођење од пораста премија. Побољшање приступа нези требало би да обезбеди значајно побољшање укупног здравље становништва, повећање продуктивности радне снаге и друге економске користи.

Иако се очекивало да се том реформом обезбеди 32 милиона новоосигураних Американаца до краја деценије, пројектовани циљ је враћен на 27 милиона – што је далеко од универзалне покривености.

Непредвиђени догађаји, попут значајних промена у трендовима здравствених трошкова и одлуком Врховног суда о проширењу Medicaid-а, утицали су на то да ће одредбе о осигурању у закону коштати 139 милијарди долара мање у наредних пет година него што је планирано у 2010.

За пет година, закон је константно био усмерен ка општем циљу односно смањењу броја неосигураних Американаца.

Несумњиво, закон је довео до мањег броја неосигураних Американаца. Процент неосигураних одраслих у САД-у 2010. години био је 16,4%; на крају 2014. године пао је на 12,9%. Међутим, предвиђа се да ће и даље бити око 31 милион неосигураних одраслих особа у САД до 2025. године. Један од разлога за тако велики број неосигураних је да 30% њих чине илегални имигранти, за које закон изричито не важи.

Позитивни иницијални резултати мера реформе здравственог система ипак не могу оповргнути чињеницу да су САД и даље једина развијена земља за коју је универзална здравствена заштита далеки а можда и недостижни циљ.

Чињеница је и та да поред веома великих улагања у здравствену заштиту (више троши *per capita* него било која друга чланица УН), амерички здравствени систем не производи добра

мерила здравственог стања. Сви индекси који служе за оцену здравственог стања нације су на нивоу или испод светског просека. Становништво САД чини свега 5% укупне светске популације док здравствени трошкови представљају више од 40% укупне светске потрошње. То је много више у односу на Кину која као најмногољуднија земља (20% светске популације) учествује у светској здравственој потрошњи са свега 8%. Здравствени издаци по глави становника у САД су двадесет пута већи од просека у Кини.

Један од разлога овако високих издатака за здравство је америчко медицинско лидерство засновано на иновацијама и истраживањима. Америка је светски лидер:

- По количини и квалитету спроведених медицинских истраживања и едукације
- У биомедицини и њеној примени на пацијенте
- У употреби технолошки напредних дијагностичких уређаја и лабораторијских тестова и иновативне терапеутске технике

Дакле, оријентација на ширење и унапређење медицинске науке и технологије је оно што разликује амерички здравствени систем од свих осталих здравствених система. Уједно, та оријентација је и један од разлога раста здравствених трошкова.

Здравствени систем САД-а као пример тржишног модела и финансирања здравства показује одређене недостатке, као што су велики број неосигураних лица, високи издаци за здравство као и хирове здравственог тржишта на коме су правила током последњих деценија постала нарочито сурова за већ осиромашену средњу класу. С друге стране, здравствени систем САД-а је носилац најновијих достигнућа из области медицине.

8. ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ СРБИЈЕ

Систем здравствене заштите Србије (у оквиру тадашње ФНР Југославије) у периоду после Другог светског рата карактерисао је наслеђен низак ниво развоја здравствених служби, неразвијена мрежа здравствених установа и малобројан здравствени кадар, као и доношење Закона о обавезном социјалном осигурању радника и службеника и законских прописа којима се обезбеђивала бесплатна здравствена заштита.

Децентрализацијом у здравству (1953) створени су услови за развој здравствене службе и истовремено већу концентрацију средстава за њихове потребе. Доступност здравственим службама била је неуједначена због тога што су биле сконцентрисане у развијенијим подручјима земље где је било више радника и службеника. Здравствени кадар, као најважнији елемент здравствене заштите, стално је квантитативно и квалитативно напредовао.

У послератном периоду индикатори здравственог стања становништва бележили су велики напредак. У периоду од 1948. до 1989. године у Југославији је повећан просечни животни век

са 50 година у 1948. години на 72 у 1989. године. Очекивано трајање живота у 1989. години било је нешто ниже него у високо развијеним земљама (В. Британија, САД, Јапан), али више или на нивоу источно-европских земаља. Велики је напредак постигнути у смањењу стопе смртности становништва, смањењу смртности одојчади, искорењивању заразних болести, са знатним разликама по републикама и покрајинама.¹³⁰

Право на основну здравствену заштиту се ширило. Тако да је од 1962. године право на основну здравствену заштиту имало целокупно становништво, мада су постојале разлике по појединим скупинама становништва. Број корисника здравствених услуга је растао, али издвајања за здравство нису пратила тај тренд, што је проузроковало пад квалитета здравствене услуге. То је посебно било карактеристично за неразвијена подручја (нпр. простор Косова и Метохије, где улагања у здравство нису могла да прате убрзан пораст броја становника).

Бивши здравствени систем социјалистичке Југославије био је јединствен међу европским социјалистичким земљама у смислу финансирања. Под комунистичким режимом југословенски систем здравствене заштите није финансиран кроз буџет Министарства здравља, као што је био у случају са остатком источне Европе, него кроз Фонд социјалног осигурања, по узору на Бизмарков систем. Систем омогућава свим запосленима и њиховим породицама, доприносима за обавезно осигурање, корист од Фонда за здравствено осигурање, док они који не раде потпадају под посебан систем осигурања (финансиран из државног буџета). Приступ здравственој заштити било је уставно право сваког грађанина. Међутим, пружање услуга је било више као код Семашког модела, са лекарима као плаћеним државним службеницима.

Распад СФРЈ (Социјалистичка Федеративна Република Југославија), затим ратне године и њихове последице (ембарго, долазак огромног броја избеглица, хипер-инфлација, колапс БДП-а и уништење средње класе), у великој мери су промениле окружење у којем је систем здравствене заштите функционисао. Међународне реномиране институције као што је Институт Торлак, велики произвођач вакцина, изгубиле су инострана тржишта.

Распадом Југославије, Србија је наследила здравствени систем финансиран обавезним давањима за здравствено и социјално осигурање, заснован на стопи пореза од 12,3%. Систем је за циљ имао лак и брз приступ обавезном и бесплатном коришћењу здравствених услуга за целокупно становништво.

У том периоду јаз између огромне структуре наслеђене из времена комунизма и могућности финансирање је био све већи, што је довело до погоршања квалитета здравствене заштите и истовременог погоршања здравља становништва. Постојаност система била је угрожена и

¹³⁰ Чекеревац, А., 2007, Здравствена заштита у Србији – услов социјалне сигурности, *Социјална мисао*, год. 14, бр. 4, стр. 29-48.

чињеницом да је два милиона запослених финансирало седам милиона осигураних. Пацијенти су плаћали за одређене лекове и лекарске прегледе које у теорији покрива социјално осигурање. Константан недостатак средстава условио је смањење инвестирања у здравствену инфраструктуру, смањење плата здравственим радницима и хроничан дефицит средстава у фонду здравственог осигурања због високих трошкова лечења. Поред тога, здравствени систем је патио од недостатка лекова и медицинског материјала, корупције, трансфера средстава и пацијената из државног у приватни сектори сл.

Од почетка деведесетих почео је и процес стварања паралелног, приватног здравственог сектора у коме су радили *на црно* лекари из државног сектора, пружајући бољу и квалитетнију здравствену услугу коју су пацијенти самостално плаћали. На тај начин становништво је било двоструко оптерећено: уплаћивало је доприносе за обавезно здравствено осигурање за право које није могло да оствари, а с друге стране плаћало легално услуге у приватној пракси или нелегално у државним установама. Услед константног дефицита средстава у фондовима пацијенти су плаћали за одређене лекове које у теорији покрива социјално осигурање. Здравствени систем Србије је био у тоталном колапсу.

8.1. РЕФОРМА ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА СРБИЈЕ

Променом власти у октобру 2000. године, реформа здравственог система проглашена је националним приоритет нове владе. Доласком демократске коалиције на власт међународна сарадња се поново успоставља. Упркос томе, неповољан политички контекст, нарочито између 2001. и 2003. године, успорио је процес реформи система.

Реформа здравственог система је континуиран процес који треба да прати промене друштвено-економског система у циљу очувања и унапређења здравља становништва, омогућавања једнаке доступности здравственој заштити, селективне децентрализације у области управљања ресурсима и ширења извора и начина финансирања, побољшања здравственог система уз остваривање посебних програма, кадровског јачања, као и дефинисање улоге приватног сектора.¹³¹

Комисија за реформу здравственог система, основана у јулу 2001, израдила је документ политике јавног здравља који је усвојила Влада, у фебруару 2002. Национални специјалистички тимови формиран у области јавног здравља, менталног здравља, стоматологије и сл. почели су да раде на многим пројектима за израду и усвајање нових законских прописа.

¹³¹ Ибидем, стр. 39.

Влада Републике Србије почетком 2002. године усвојила је документ „Здравствена политика Републике Србије” којим је утврђен један од основних циљева у реформи здравственог система „постављање корисника (пацијента) у центар система здравствене заштите”, што треба да допринесе већем учешћу становништва у одлучивању о здравственој заштити.

Реформа система здравствене заштите започета је 2003. године, дефинисањем докумената Здравствене политике и Визије здравствене заштите који су, заједно уз радну верзију Стратегије са акционим планом реформе система здравствене заштите у Републици Србији до 2015. године објављени у публикацији Министарства здравља „Боље здравље за све у трећем миленијуму“ те исте године.

Усвојени документ Здравствене политике на нивоу Владе Републике Србије односио се на политику која води ка здрављу. Циљеви тог документа поставили су здравље високо на листу приоритета у земљи, имајући у виду његову тесну повезаност са свим секторима друштва и државе. Тим документом се почео је нови процес залагања за здравље у складу са политиком Европске заједнице у овој области. Општи циљеви здравствене политике Србије, представљени у овом документу, су следећи:¹³²

1. Очување и унапређење здравственог стања становништва Републике Србије и јачање здравственог потенцијала нације;
2. Правичан и једнак приступ здравственој заштити свим грађанима Републике Србије, за исте потребе, као и унапређење здравствене заштите угрожених популација;
3. Постављање корисника (пацијента) у центар система здравствене заштите;
4. Одрживост здравственог система уз транспарентност и селективну децентрализацију у области управљања ресурсима, и ширење извора и начина финансирања;
5. Побољшање функционисања, ефикасности и квалитета здравственог система уз дефинисање посебних националних програма у области кадрова, мреже институција, технологије и медицинског снабдевања;
6. Дефинисање улоге приватног сектора у пружању здравствених услуга становништву;
7. Унапређење кадрове базе здравствене заштите (хумани ресурси за здравље).

Здравствена политика Србије је пропраћена Визијом здравствене заштите у Србији којом је дефинисана визија развоја здравства заснована на следећим принципима:

1. Први принцип је подразумевао организацију система у три функционална нивоа (примарни, секундарни и терцијарни), да би се обезбедила прихватљива и делотворна здравствена заштита становништву при чему ће се она обезбеђивати на најнижем могућем

¹³² www.srbija.gov.rs

нивоу који има довољну стручност и опремљеност.¹³³ Овај принцип је подразумевао стављање акцента на примарни ниво, који је до тада био запостављан што је доводило до нерационалног коришћења расположивих средстава.

2. Други принцип се односи на једнаку приступачност за услуге основног садржаја и обима здравствене заштите (пакет здравствених услуга) за све осигуране грађане и финансијско покриће истих од стране Републичког завода за здравствено осигурање. Истовремено се за неосигуране грађане гарантује финансирање из државног буџета за тај пакет услуга. Овим принципом се наглашава значај примарног нивоа (јер он обезбеђује основни пакет услуга) и обезбеђује очување принципа солидарности који се односи на ону категорију становништва којој је омогућена здравствена заштита без уплаћивања доприноса.

3. Увођење економског критеријума у област здравства представљао је трећи принцип овог документа. Cost-benefit, тј. однос трошкова и ефеката представљаће основ здравствених услуга, односно основ рационалне потрошње у здравству.

4. Четврти принцип се односи на давање високог приоритета превентивној и примарној здравственој заштити којој се додељује улога *чуvara капије* за улаз у систем здравствене заштите. Овим принципом настоји се да се умањи доминација секундарног и терцијарног нивоа у односу на примарни ниво, чиме ће се обезбедити већи квалитет и рационалнија потрошња у здравству.

5. Петим принципом регулисан је приватни здравствени сектор и повећање његовог удела у пружању здравствене заштите становништву. Визијом је планирано и укључивање приватног здравственог сектора у пружању здравствене заштите путем уговарања са РЗЗО, што би за резултат требало да има бољу интегрисаност ова два система.

6. Шестим принципом планиран је и други аспект финансирања тј. извори финансирање здравства ће поред главног извора, односно обавезног здравственог осигурања обухватити и додатне изворе, тј. допунско (профитно или непрофитно) здравствено осигурање.

7. Седмим принципом је предвиђена категоризација здравствених установа, што подразумева утврђивање постојећих капацитета и нивоа заштите који остварују, дефинисање планова за њихов правилан распоред по појединим подручјима као и утврђивање стандарда у циљу смањења сувишних капацитета.

8. У циљу обезбеђења правичности, ефикасности и финансијске одрживости здравственог система, осмим принципом се предвиђа јасно дефинисање улоге корисника, посредника и давалаца здравствених услуга.

¹³³ Боље здравље за све у трећем миленијуму, Министарство здравља РС, стр. 21.

9. И на крају, девети принцип се односи на квалитет здравствених услуга и установа који ће бити промовисан, побољшан, праћен, контролисан, на бази националног система за обезбеђивање квалитета и лиценцирање.¹³⁴

У циљу спровођења реформе здравственог система поред напред наведених докумената донешен је велики број различитих стратегија које су биле потпора планираних акција. Национална стратегија за борбу против ХИВ/АИДС-а (2005), Стратегија развоја здравља младих у Републици Србији (2006), Стратегија развоја заштите менталног здравља (2007), Стратегија контроле дувана (2007), Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената (2009), Стратегија за борбу против дрога у Републици Србији 2009-2013. (2009), Стратегија за палијативно збрињавање, и Стратегија јавног здравља Републике Србије су стратегије које су требале да усмере развој здравственог система. Осим њих, Стратегија за смањење сиромаштва (2003), Стратегија за старе (2005), Стратегија за младе (2008), Стратегија одрживог развоја (2008), Стратегија за унапређење положаја особа са инвалидитетом, Стратегија локалног одрживог развоја и бројни други документи по свом садржају су усмерене и на промене у здравству и улагања у здравље.

Законодавну основу за реформу здравственог система представљали су следећи закони:

- Закон о лековима и медицинским средствима (2004)
- Закон о заштити становништва од заразних болести (2004)
- Закон о санитарном надзору (2004)
- Закон о здравственој заштити (2005)
- Закон о коморама здравствених радника (2005)
- Закон о здравственом осигурању (2005)

Циљ реформе здравственог система је био да се у фокус стави примарна здравствена заштита која је у претходном периоду била потпуно запостављена као и давање приоритета превентиви у односу на куративу, затим побољшање здравственог информационог система, интензивније здравствено васпитање становништва и сл. Један од циљева била је и интеграција и бољи увид у пружање приватних здравствених услуга. Такође, реформа је предвиђала и реструктурирање болница и развој базичног пакета здравствених услуга прилагођених захтевима њихових корисника.

Посебно место у програму реформе здравственог система је заузимало финансирање система. Промене у финансирању су подразумевале да токови новца прате пацијента кроз систем. Као опција је изабрана капитација за примарну здравствену заштиту, а ДСГ (дијагностичко сродне групе) за секундарну здравствену заштиту. У циљу побољшања рада здравственог система и

¹³⁴ Ибидем, стр. 27.

добијања правих и поузданих информација о квалитету финансијских средстава употребљених за здравство, њиховим изворима и начину њихове употребе, Влада Републике Србије 2004. године доноси одлуку о имплементирању Националних здравствених рачуна (НЗР) у здравствени систем Србије.

Систем Националних здравствених рачуна је успостављен у Европи да би се подржале анализе трошкова у здравственом сектору, са циљем да се пацијентима омогући слободно кретање и избор најповољније здравствене услуге у оквиру Европе, као и да се доносиоцима здравствене политике пруже међународно упоредиви показатељи. Увођење НЗР у земљама Европске Уније постаје обавеза, па је и наша земља као претендент на чланство у Унији кренула са његовим успостављањем.

Рад у Републици Србији на успостављању Националних здравствених рачуна почео је крајем 2004. године у оквиру пројекта Министарства здравља „Развој здравства Србије”¹³⁵, а завршен је у марту 2008. године, када је извршена институционализација НЗР-а у Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”.¹³⁶

Национални здравствени рачун представља алатку за менаџмент у здравству и доносиоцима одлуке обезбеђује боље управљање здравственим ресурсима. Онима који планирају финансирање здравственог система НЗР омогућује да имају бољи увид у токове финансијских ресурса намењених здравству, анализу трендова потрошње у претходном периоду, као и предвиђање будућих кретања у финансирању здравственог сектора. Национални здравствени рачун представља скуп табела које приказују ток финансијских средстава у здравственом систему, односно приказује трошкове и финансирање здравственог система једне државе. НЗР даје информације о томе:

- Одакле новац долази (извори финансирања)
- Где новац иде (пружалац здравствене услуге) и
- Која врста услуге се пружа и која врста добара се купује.

Поред тога, НЗР обезбеђује и:

- Анализу потрошње за здравство
- Извештаје о трошковима у здравству
- Праћење кретања нивоа потрошње у здравству (јавни и приватни сектор)
- Међународну упоредивост добијених података

Помоћу НЗР-а утврђен је образац здравствене потрошње у Републици Србији у периоду од 2003. до 2008. године, утврђена висина расхода за здравствenu заштиту по становнику у истом

¹³⁵ Пројекат је био финансиран од стране Светске Банке

¹³⁶ <http://www.batut.org.rs/download/nzr/3%20Nacionalni%20zdravstveni%20racun.pdf>

периоду и обезбеђена већа транспарентност финансијских токова у здравственом сектору (приватном и јавном). Шест табела за сваку посматрану годину са индикаторима здравствене потрошње омогућиле су упоредивост здравственог система Србије са здравственим системима других земаља.

Шестогодишњи период проучавања финансијских токова у здравству није био довољан за тачну и прецизну анализу као и за процену будућих финансијских токова. Ипак, неки резултати су били уочљиви:¹³⁷

- У 2007. години, проценат БДП који је био издвојен за потребе здравства био је на истом нивоу као у земљама ЕУ
- Издвајања финансијских средстава у пракси је било изузетно ниско као последица ниског БДП
- Уочени су велики диспаритети куповне моћи здравствених услуга између становника Србије и оних у другим земљама
- Релативно стабилно учешће финансијских извора јавног сектора није могло да спречи повећано учешће финансијера у приватном сектору

У том периоду главни финансијски извор здравственог сектора је био Републички фонд за здравствено осигурање (РФЗО) са 60% учешћа у укупним трошковима за здравство (5,6% БДП). Све бројнија старија популација и повећани трошкови увођења нових технологија условљавали су да и поред сталног повећања, прилив средстава из фонда у здравствени сектор није био довољан. Учешће јавног и приватног сектора у укупном финансирању здравства у Србији био је у односу 70:30.

Прилично нејасна ситуација у финансирању и пружању услуга у приватном здравственом сектору покушана је да се реши увођењем фискалних рачуна (2009). Обавеза издавања фискалних рачуна у приватном здравственом сектору требало је да обезбеди већу транспарентност финансијских токова и смањење сиве економије у здравственом сектору.

Праћење финансијских извора у том периоду показује константно смањење финансијских средстава за превентивну здравствену заштиту и повећање трошкова за рехабилитацију, дијагностику, лабораторију и лекове. Позитивне промене су запажене у организацији и протоколима писања упута из примарне у секундарну и терцијарну здравствену заштиту. Израђен НЗР у оквиру пилот пројекта Развој здравства Србије, на жалост, није доживео свој наставак после 2009. год. И поред огромних средстава која су уложена у овај пројекат, Национални здравствени рачун Србије није постојао. Непостојање тог рачуна отежава увид у

¹³⁷ Гајић-Стевановић, М., Димитријевић, С., Вукша, А., Јовановић, Д.: Здравствени систем и потрошња у Србији, <http://www.batut.org.rs/download/nzr/7%20Zdravstveni%20sisten%20i%20potrosnja.pdf>

укупну потрошњу у здравству, због тога што се ти трошкови не односе само на доприносе који се издвајају у ту сврху, већ обухватају трошкове који се плаћају из џепа, кад се користе у услуге у приватном здравственом сектору, затим ванстандардне услуге у државном здравству и сл. Просечни трошкови здравства по глави становника нису поуздан податак зато што то није једини новац у здравству с обзиром на то да одређени део средстава пролази кроз приватно здравство и донације. Непостојање НЗС значи и да се новац креће у сивој зони, без информације како се расподељује и где завршава.

Првог јануара 2014. године представници Министарства здравља, Министарства финансија и привреде, Института за јавно здравље Др Милан Јовановић–Батут, Републичког фонда за здравствено осигурање и Завода за статистику потписали су споразум за израду НЗР у циљу праћена протока новца кроз здравствени систем земље, повећања ефикасности здравствених услуга и равноправне расподеле прихода. Истовремено, тај рачун треба да омогући Србији да буде део међународног система који се у свету користи од 2000. године.

Реформом здравственог система детаљно је планирано обухватање сва три нивоа здравствене заштите: примарни, секундарни и терцијарни.

Имајући у виду да примарна здравствена заштита представља основу система здравствене заштите, у планираној реформи здравственог система том сегменту се поклонила посебна пажња. Проблеми који су били карактеристични за тај ниво здравствене заштите били су још један од разлога покретања реформа здравственог система. Нерационално пословање, недостатак одговарајуће повезаности и комуникације са вишим нивоима (секундарни и терцијарни), прекомерно коришћење услуга од стране пацијената, недостатак критеријума за оцену квалитета рада на том нивоу само су неки од проблема које је требало решити. Као могућа решења наводи се:

- Рационализација пословања домова здравља као основних носилаца здравствених активности на том нивоу здравственог система
- Увођење концепта породичне медицине и породичног лекара
- Континуирана едукација и доедукација здравствених радника
- Побољшање квалитета рада уз инсистирање на поштовању права пацијената повећањем одговорности здравствених радника
- Дефинисање основног пакета услуга на нивоу примарне здравствене заштите који би се финансирао из средстава РЗЗО
- Обезбеђење одговарајућег квалитета датог пакета услуга
- Повећање ефикасности коришћења постојећих ресурса
- Развој одговарајућег информационог система и менаџмента

- Укључивање приватног сектора у овај ниво здравствене заштите и обезбеђење његовог равноправног третмана
- Контрола квалитета рада здравствених установа и боља повезаност примарне здравствене заштите и општих болница

Здравственом реформом примарна здравствена заштита се усмерава према породици, односно ка замени болничког лечења одређеним видом дневних болница и кућне неге и лечења.

Ни секундарни ниво здравствене заштите није заобишла планирана реформа. Уочени проблеми у секундарној здравственој заштити били су:

- Предимензирани и неравномерно распоређени капацитети
- Велики број специјализованих здравствених радника
- Велики број немедицинског кадра
- Смањена вредност основног капитала (запуштеност зграда и застарелост опреме)
- Неадекватан реферални систем¹³⁸ између нивоа здравствене заштите
- Неуједначени клинички стандарди
- Отежано снабдевање (лекови, медицинска средства, енергенти)
- Неусклађен квалитет услуга (разлика у квалитету услуга по окрузима)
- Ниска продуктивност и ефикасност
- Проблеми у организацији и управљању
- Неодговарајуће финансирање
- Недовољно слободе за управљање ресурсима

Мере у циљу решавања претходних проблема су подразумевале рад на бољој организацији и опремљености здравствених установа на том нивоу, бољој едукованости здравствених радника, дефинисању стандардног пакета услуга и стандарда опреме, обезбеђењу дијагностичких и терапијских протокола и развоју болничких информационих система и повезивање са примарном здравственом заштитом.

На терцијарном нивоу здравствене заштите такође је било неопходно успоставити бољу сарадњу и регулативу између примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите, успоставити стандардне пакете здравствених услуга и цена, дефинисати и заштитити права лекара паралелно са дефинисањем права пацијената и сл.

У реформи система здравствене заштите такође значајно место је дато превентиви која је у претходном периоду била запостављена, недовољно финансирана, без законске регулативе. У

¹³⁸ Под рефералним системом подразумева се континуирано пружање здравствене заштите на свим нивоима њеног остваривања путем здравствених мера и услуга које се међусобно надовезују уз коришћење медицинске документације која прати пружање здравствених мера и услуга од нижег ка вишем рефералном нивоу и обрнуто.

стратегији за решавање тих проблема предложено је, између осталог, спровођење, превентивно, програма на националном нивоу, спровођење националних локалних кампања, израда водича добре праксе, боља едукација едукатора, интензивније здравствено васпитање становништва итд. (Реформе у здравству, 2002).

Велики допринос у спровођену реформе здравственог система дали су и међународни партнери: Светска банка, Европска Унија, Европска агенција за реконструкцију, Европска инвестициона банка, Међународни комитет Црвеног крста, Светска здравствена организација, УНИЦЕФ, Влада Норвешке, Влада Јапана, Влада Кине и Влада Италије финансирањем многобројних пројеката. Европска Унија је прва притекла у помоћ 2000. године и то набавком лекова за становништво у износу од 33,5 милиона евра. Од тада, скоро 147 милиона евра бесповратних средстава ЕУ је уложено у здравствени сектор.

Главна достигнућа реформе била су:

- Велики напредак у превенцији пушења и контроле дувана
- Покрет за увођење културе квалитета у здравственом систему
- Усвајање системских закона
- Велико и равномерно инвестирање у објекте здравствене заштите
- Почетак рационализације кадрова и капацитета у здравственим установама и
- Активно учешће у раду СЗО

Међутим и поред ових достигнућа реформа је, ипак, показала и низ недостатака.¹³⁹ Иако спроведена са циљем да се увођењем европских стандарда здравствени систем Србије приближи здравственим системима Европске Уније, реформа није дала очекиване резултате. У прилог томе говоре подаци ЕСНА (European Consumer Health Agency) за 2013. годину који здравствени систем Србије рангира на самом дну листе од 34 земље на основу критеријума квалитета и положаја пацијента у систему. Осим тога, Србија је водећа када је у питању стопа смртности од канцерогених болести и четврта када је реч о корупцији у здравству.¹⁴⁰

Шта недостаје здравственом систему Србије да би се ухватио у корак са стандардима ЕУ?¹⁴¹

- Не постоји интегрисаност државног и приватног сектора у јединствени здравствени систем, на начин да новац прати пацијента, без обзира да ли се пацијент лечи у државном или приватном сектору.

- Здравствени систем није у потпуности информатизован што онемогућава увид у трошење новца осигураника. Због нејасног односа државног и приватног здравства пацијенти често два пута плаћају здравствену услугу, једном кроз доприносе за Фонд за здравствено

¹³⁹ http://www.acas.rs/wp-content/uploads/2012/06/Izvestaj_o_sistemu_zdravstva_-_Final.pdf

¹⁴⁰ Податак Светске банке. Србија заузима четврто место, после Молдавије, Таџикистана и Марока

¹⁴¹ http://www.acas.rs/wp-content/uploads/2012/06/Izvestaj_o_sistemu_zdravstva_-_Final.pdf, стр.8.

осигурање а други пут директно из свог џепа. То плаћање је, углавном нерегистровано и креће се у сивој зони. Зато Србија троши 11,3% БДП, више од земаља у окружењу а при томе има лошије здравство. Примера ради, Хрватска за здравство троши 8% БДП а Мађарска 7,5.

- Реформа здравственог осигурања није почела али је једна од најосетљивијих тачака у здравственом систему.

- Србија је последња са простора бивше Југославије која је покренула доношење Закона о заштити права пацијената, што говори да су људска права у здравству на веома ниском нивоу. Бујање административног апарата у здравству условило је његову неефикасност али и велико незадовољство како струке тако и пацијената.

- Увођење капитације додатно је изазвао незадовољство код здравствених радника. Тај начин плаћања који узима у обзир број пацијената и број прегледа не стимулише квалитет, јер не мери добре резултате у лечењу. На овај начин за лекаре је боља ситуација да има болесније пацијенте који долазе чешће што је у потпуној супротности са етичким нормама струке.

- Патерналистички однос на релацији лекар-пацијент тешко се мења, грађанин још увек види себе као поданика, а не као пореског обвезника који има право да зна где се и како троши његов новац који се издваја за здравство, као и да систем здравства мора да се прилагоди потребама грађана.

Покретање процеса придруживања Србије Европској Унији неминовно захтева и реформу здравственог система како би се испунили стандарди Уније. Србија предузима кораке за унапређивање свог ослабљеног здравственог система. Застарела опрема, недостатак медицинских стручњака, лоша здравствена инфраструктура само су неки од многобројних проблема. Велики камен спотицања у реформи здравства је и превелик број немедицинског кадра чија је заступљеност у просеку око 25%. Према инструкцијама ЕУ тај удео је потребно спустити на 10%. Боља организација у здравственом систему, коришћење расположивих ресурса и знања на најпродуктивнији могући начин, умрежавање здравственог система, хармонизација прописа са ЕУ, побољшање квалитета здравствене заштите, неки су од приоритета неопходних за укључивање у процес европских интеграција. Здравствени систем Србије мора да консолидује своје напоре у покушају да се приближи принципима које заговара ЕУ. Потребно је истаћи да за здравствени сектор није планирана допунска финансијска помоћ ЕУ, пошто је Србија корисница највећег износа за здравство међу земљама које нису њене чланице.

8.2. ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У СРБИЈИ

Систем здравствене заштите у Србији организован је на начин да обезбеди доступност свим здравственим услугама за читаву популацију. Покривеност осигурањем се односи на сва запослена лица, пензионере, samozапослене и земљораднике који плаћају доприносе. Поред тога, државни буџет обезбеђује средства за здравствено осигурање и за незапослене, интерно расељена лица и избеглице. Специјални систем покривености здравственим осигурањем примењује се на војску, цивиле у војсци и пензионере оружаних снага, као и чланове њихових породица и издржавана лица.

У Србији се систем здравственог осигурања заснива на обавезном здравственом осигурању као и у свим државама које су имале социјалистичко државно уређење. Све до 2005. године то је био и једини могући вид осигурања. Међутим, целокупна ситуација у земљи, појава приватне здравствене праксе, економска криза и сл. проузроковале су потребу за приватним осигурањем.

Доношењем Закона о здравственом осигурању из 2005. године и Уредбом о добровољном здравственом осигурању ствара се могућност за увођење добровољног здравственог осигурања. Уредбом су се требали створити услови за организовање и развој добровољног здравственог осигурања по угледу на земље ЕУ. Циљ увођења тог начина осигурања је да се обезбедее бољи услови за пацијенте као и додатни извори финансирања здравствене заштите. У Србији је добровољно здравствено осигурање организовано као: паралелно, додатно и приватно.

Паралелно здравствено осигурање је осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите који настају када осигураник остварује здравствену заштиту која је обухваћена обавезним здравственим осигурањем на начин и по поступку који је другачији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања, који је прописан законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог Закона.¹⁴²

Додатно здравствено осигурање покрива трошкове здравствених услуга, лекова, медицинско-техничких помагала и имплантата, односно новчаних накнада које нису обухваћене правима из обавезног здравственог осигурања, односно осигурање на већи садржај, обим и стандард права, као и износ новчаних накнада обухваћених обавезним здравственим осигурањем.¹⁴³

Приватно здравствено осигурање односи се на осигурање лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем или која се нису укључила у обавезно здравствено

¹⁴² Уредба о добровољном здравственом осигурању (Сл. гласник РС бр. 108/08, 49/09)
http://www.lat.rzso.rs/download/dobrovoljno/Uredba_dobrovoljno_zdr_osiguranje.pdf

¹⁴³ Ибидем

осигурање, за покривање трошкова за врсту, садржај, обим и стандард права која се уговарају са даваоцем осигурања.¹⁴⁴

Добровољно здравствено осигурање у Србији могу спроводити друштва за осигурања и РЗЗО (само паралелно и додатно).

Обавезно здравствено осигурање је здравствено осигурање којим се запосленима и другим грађанима обухваћеним обавезним здравственим осигурањем обезбеђују право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде за случајеве утврђене овим законом.¹⁴⁵

Обавезно здравствено осигурање организује се на начелу солидарности и узајамности, као и другим начелима, утврђеним овим законом. У спровођењу обавезног здравственог осигурања примењују се начела здравствене заштите и остварују права пацијената, утврђена законом којим се уређује здравствена заштита.

Начело обавезности обезбеђује се обавезом плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање од стране запослених и послодаваца, као и других обвезника уплате доприноса у складу са законом, што представља услов за остваривање права из обавезног здравственог осигурања. Начело обавезности остварује се и спроводи укупном организацијом обавезног здравственог осигурања, којом се запосленима и другим лицима обухваћеним овим осигурањем обезбеђује и гарантује остваривање права из обавезног здравственог осигурања прописаних овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Начело солидарности и узајамности остварује се успостављањем таквог система обавезног здравственог осигурања у којем трошкове обавезног здравственог осигурања сnose осигураници и други уплатиоци доприноса, сразмерно својим материјалним могућностима, и то уплатом доприноса на остварене приходе, с тим да права из обавезног здравственог осигурања користе она лица код којих је наступила болест или други осигурани случај.

Начело јавности остварује се правом осигураних лица на све врсте информација у вези са правима из обавезног здравственог осигурања и јавношћу рада органа и служби Републичког фонда за потребе осигураних лица, органа и организација заинтересованих за рад Републичког фонда.

Начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса остварује се предузимањем мера и активности које омогућавају да интерес осигураног лица, заснован на праведној доступности, представља основу система обавезног здравственог осигурања, као и да осигурано лице што лакше заштити и оствари своја права из обавезног здравственог осигурања, водећи рачуна да остваривање тих права не буде на штету права и правних

¹⁴⁴ Ибидем

¹⁴⁵ Закон о здравственом осигурању у Србији,

<http://www.lat.rzso.rs/download/zakoni/Zakon%20o%20zdravstvenom%20osiguranju-prettekst-24022015.pdf>

интереса других осигураних лица нити у супротности са законом утврђеним јавним интересом.

Начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса остварује се и обавезом Републичког фонда да осигураним лицима укаже на постојање основа за остваривање права из обавезног здравственог осигурања, као и на обавезе осигураног лица ради остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

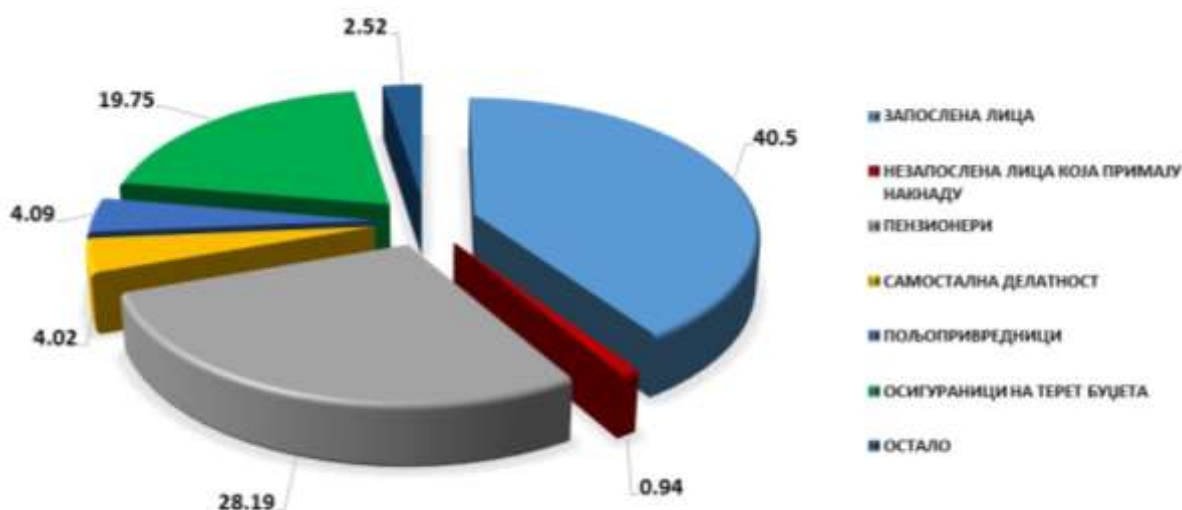
Начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса остварује се и предузимањем мера и активности за финансирање права из обавезног здравственог осигурања на начин који омогућава да финансијска средства која се обезбеђују од уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање прате осигураника према месту утврђивања својства осигураника, односно остваривања права.

Начело сталног унапређивања квалитета обавезног здравственог осигурања остварује се праћењем савремених достигнућа у области обавезног здравственог осигурања и спровођењем мера и активности којима се у складу са развојем система здравственог осигурања повећавају могућности повољнијег остваривања права из обавезног здравственог осигурања за свако осигурано лице.

Начело економичности обавезног здравственог осигурања остварује се сталним настојањем да се права из обавезног здравственог осигурања остварују уз што мање финансијских и других средстава.

Начело ефикасности обавезног здравственог осигурања остварује се постизањем најбољих могућих резултата у односу на расположиве ресурсе, као и постизањем највишег нивоа права из обавезног здравственог осигурања уз најнижи утрошак финансијских средстава.

Слика 17. Структура осигураника здравственог система Републике Србије 2014.



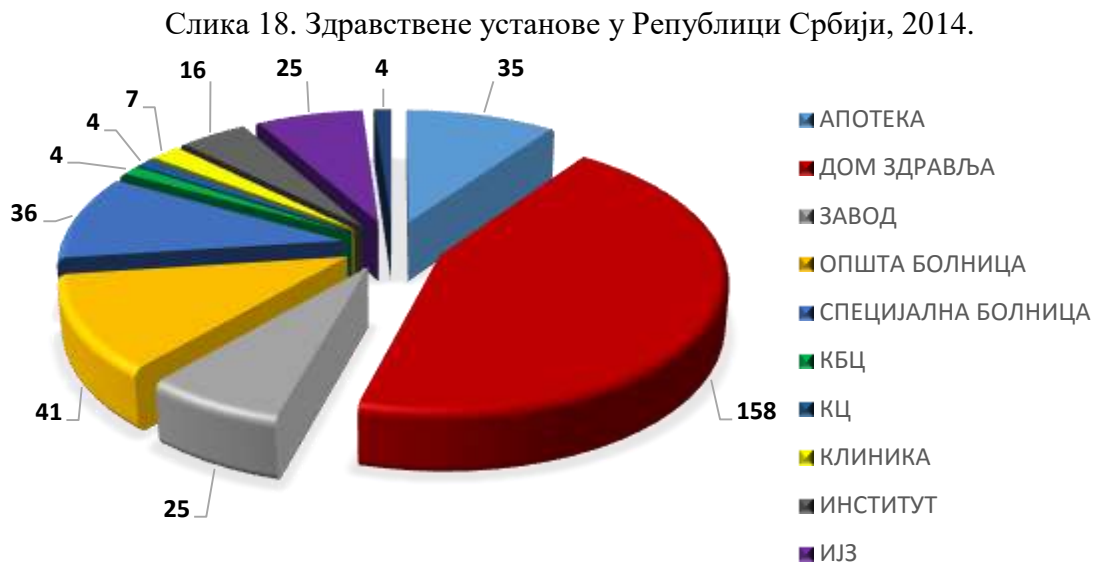
Извор: РФЗО Србије¹⁴⁶

¹⁴⁶ <http://www.rfzo.rs/index.php/broj-osiguranika-stat>

У Србији је, закључно са 31.12.2014. године, било обавезно здравствено осигурано 6.940.959 грађана. По основу запослености осигурано је 2.810.877 лица, што чини 40% од укупног броја обавезно осигураних лица, а од тог броја носилаца осигурања има 1.669.392 док је 1.150.485 лица која су осигурана преко њих. На другом месту по броју осигураника у односу на основ осигурања су пензионери, којих је 1.956.987, односно 28%, а на трећем месту су лица чије се осигурање финансира из буџета Републике Србије, а којих је 1.370.593 тј. 20%.

8.3. АНАЛИЗА ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ СРБИЈЕ

Здравствена заштита становништва непосредно се спроводи преко мреже здравствених установа и условљена је развијеношћу организације и технологије рада. Основну организациону структуру у систему здравствене заштите чине здравствене установе у државној својини, као и здравствене установе у приватној својини и пракса. Оснивачи здравствених установа у државној својини су Република, аутономна покрајина и локална самоуправа. Укупан број здравствених установа према Уредби о плану мреже здравствених установа („Сл. гласник РС” бр. 42/06, 119/07, 84/08, 71/09, 85/09, 24/10, 6/12, 37/12 и 8/14) у 2014. години у Србији је износио 355.¹⁴⁷



Извор података: *Одабрани здравствени показатељи за 2014. годину*, 2014, Београд, Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут”, стр. 87.

Као што се може и видети са претходног графика, мрежу здравствених установа чини 158 домова здравља, 35 апотеке, 25 завода на примарном нивоу, 41 општа болница, 36 специјалних болница

¹⁴⁷ *Одабрани здравствени показатељи за 2014. годину*, 2014, Београд, Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут”, стр. 87.

за акутна и хронична стања и за рехабилитацију, 4 клиничко-болничка центра, 7 клиника, 16 института, 4 војно-здравствене установе од којих је једна Војно-медицинска академија, 4 клиничка центра и 25 института завода за јавно здравље који обављају делатност на више нивоа.

Мрежа здравствених установа у државној својини организована је на три нивоа: примарном, секундарном и терцијарном. Примарна здравствена заштита се пружа у 158 домова здравља и здравственим станицама. Пружање примарне здравствене заштите у Србији је релативно децентрализовано, где поред изабраног лекара (опште праксе), услуге пружају и педијатри, гинеколози и стоматолози. И поред тога, изузетно је висок проценат реферисања на виши ниво здравствене заштите (трећина пацијенат се упућује на секундарни ниво) чак и у поређењу са земљама које на примарном нивоу углавном имају лекаре опште праксе.

Поред домова здравља, у оквиру делатности на примарном нивоу, постоје заводи као здравствене установе које обављају здравствену делатност на примарном нивоу и спроводе здравствену заштиту појединих групација становништва.

Секундарна и терцијарна заштита обезбеђује се у систему који обухвата опште болнице, специјализоване болнице или институте и универзитетске болнице. Болничка здравствена заштита представља интегрални део система здравствене заштите. Основна функција болнице је да обезбеђује стационарно лечење оболелих и повређених лица, али и да врши специјалистичку службу, као и да учествује у спровођењу превентивних мера у оквиру своје делатности. Болничку или стационарану здравствену заштиту у јавном сектору у Републици Србији у 2014. години је пружало 127 здравствених установа и то: 41 општа болница, 36 специјалних болница, 4 клиничко-болничка центра, 7 клиника, 14 института, два завода, 19 стационара при домовима здравља и 4 клиничка центра.

Укупан број постеља у стационарним здравственим установама у Србији у 2014. години износио је 40.928 постеља (без постеља дневних болница) или 5,7 постеља на 1.000 становника, што је нешто више од просека ЕУ (5,2 на 1.000 становника), а значајно мање од европског региона СЗО који износи 6,68 постеља на 1.000 становника. Обезбеђеност постељама у Србији је мања од Украјине (8,91 на 1.000 становника), а знатно већа од Грузије и Албаније (2,53, односно 2,59 на 1.000 становника).¹⁴⁸

На дан 31.12.2014. године је у систему здравствене заштите Републике Србије било запослено укупно 109.237 радника. Здравствених радника и сарадника са високом стручном спремом је било 26.507. Доктора медицине је било 20.645 (78%), доктора стоматологије 2005 (8%), фармацеута 2.186 (8%) и осталих 1.671 (6%). Просечан број лекара је био 2,89 на 1.000

¹⁴⁸ Ибидем, стр. 86.

становника, док је у ЕУ тај број нешто већи - 3,2 лекара на 1.000 становника. Удео жена међу запосленим докторима медицине (65%) је знатно већи у односу на мушкарце (35%).

У здравственим установама је 2014. године било укупно 8.874 здравствених радника и сарадника са вишом стручном спремом, од чега 4.785 (54%) медицинских сестара-техничара. Са средњом стручном спремом било је запослено 47.852 здравствених радника и сарадника, од тога 34.491 (72%) медицинских сестара-техничара. У здравственим установама било је запослено и 25.698 немедицинских радника.¹⁴⁹

Упркос високој обезбеђености кадровима, у здравственом систему Србије је присутан проблем територијалне неједнакости у погледу обезбеђености становништва здравственим радницима. На пример, највећи број лекара у односу на број становника регистрован је у Нишавском округу (3,98 на 1.000), а најмањи у Сремском округу (1,88 на 1.000).

У Републици Србији здравствене услуге пружају и здравствене установе у приватној својини и пракси. Према подацима Агенције за привредне регистре у Србији има око 1.500 приватних здравствених установа, а подаци Светске здравствене организације кажу да се у њима потроши око 38 одсто целокупног новца за здравствене услуге. У приватној пракси стално је запослено 3.732 лекара, што је једна десетина укупног броја лекара у Србији. Уколико се том броју додају и медицинске сестре, процењује се да у приватном сектору ради најмање 10.000 здравствених радника и значајан број немедицинског особља.¹⁵⁰

8.4. ИНСТИТУЦИЈЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА СРБИЈЕ

Институције здравственог система Србије су: Министарство здравља са специјализованим Агенцијама, Заводи за јавно здравље, Републички завод за здравствено осигурање и остало. Здравствени систем у Републици Србији организују и њиме управљају три најзначајније институције: Министарство здравља, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић - Батут” и Републички завод за здравствено осигурање.

Централна институција у здравственом систему Србије је Министарство здравља. Оно обавља послове државне управе који се односе на: систем здравствене заштите; систем обавезног здравственог осигурања, других облика здравственог осигурања и доприноса за здравствено осигурање; ближе уређивање права из здравственог осигурања; учествовање у припреми и спровођењу међународних споразума о обавезном социјалном осигурању; стварање услова за приступ и реализацију пројеката из делокруга тог министарства који се финансирају из средстава претприступних фондова Европске уније, донација и других облика развојне

¹⁴⁹ *Здравствено-статистички годишњак Републике Србије 2014., 2015*, Београд, Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут”, стр. 65.

¹⁵⁰ <http://www.apr.gov.rs>

помоћи; садржај здравствене заштите, очување и унапређење здравља грађана и праћење здравственог стања и здравствених потреба становништва; организацију здравствене заштите; стручно усавршавање и специјализацију здравствених радника; здравствену инспекцију; организацију надзора над стручним радом здравствене службе; обезбеђивање здравствене заштите из јавних прихода; здравствену заштиту странаца; евиденције у области здравства као и друге послове одређене законом.¹⁵¹ Министарство здравља је одговорно за здравствену политику и спровођење те политике кроз институције здравственог система.

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић - Батут” је надлежан за:

- Прикупљање података о здравственом стању грађана и раду здравствених установа
- Анализу прикупљених показатеља јавног здравља
- Предлоге мера за побољшање јавног здравља
- Предлог годишњег плана рада здравствених установа
- Развој и координацију здравствених информационих система.

Институт „Батут” је здравствена установа која обавља послове из области социјалне медицине, хигијене, епидемиологије и микробиологије. Такође, то је и стручно-методолошка и образовна институција која координира и прати стручни рад осталих Завода јавног здравља и других установа.

Републички завод за здравствено осигурање своју делатност заснива на:

- Финансирању функционисања здравствене заштите на свим нивоима
- Уговарању пружања услуга са здравственим установама у јавном и приватном сектору
- Контролисању спровођења обавеза преузетих приликом уговарања
- Дефинисању основног пакета здравствених услуга

Републички завод за здравствено осигурање је национална организација кроз коју грађани остварују своје право из здравственог осигурања и финансирају своју здравствену заштиту.

Поред напред наведених институција потребно је нагласити и значај Агенције за лекове и медицинска средства Србије која је овлашћена за бројне послове везане за регистрацију лекова, произвођача, увозника и дистрибутера лекова и надзор квалитета лекова на тржишту.

8.5. ФИНАНСИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА СРБИЈЕ

Финансирање здравствене заштите у Србији представља комбинацију Бизмарковог и Беврицевог модела. У основи, финансирање система здравствене заштите заснива се на обавезном здравственом осигурању које средства обезбеђује из доприноса (стопа 10,3%),

¹⁵¹ Закон о министарствима, Службени гласник РС, бр. 44/2014, 14/2015 и 54/2015, члан 15.

што представља основу Бизмарковог модела. Са друге стране, за лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем (неосигурана лица, избеглице и интерно расељена лица) обезбеђено је финансирање из буџета Републике, што је иначе карактеристика Беверицевог модела. Према томе, финансирање здравствене заштите у Србији карактерише искључиво јавни извор финансирања јер се финансирање највећим делом остварује из средстава доприноса и из буџета Републике.

Поред јавног сектора (кога чине РФЗО, буџет Републике, буџети општина и градова, буџет Министарства одбране) изворе финансирања чини и:

- Приватни сектор са сопственим издацима становништва за здравство, приватним осигурањима, предузећима
- Сектор осталих финансијера представљен страним донаторима

Што се тиче приватног финансирања, он углавном потиче из џепа (out of pocket), допуњено од стране неколицине већих предузећа која имају сопствене установе за лечење професионалних болести, а обезбеђују и услуге примарне заштите.

Најважнији извор финансирања система здравствене заштите у Србији је Републички фонд за здравствено осигурање (РФЗО).

Републички фонд за здравствено осигурање је правно лице које обезбеђује и спроводи обавезно здравствено осигурање у складу са Законом о здравственом осигурању. Овај фонд обавља и послове добровољног здравственог осигурања, такође, у складу са законом. Средства за финансирање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се уплатом доприноса за обавезно здравствено осигурање и из других извора. На тај начин ова средства представљају приход Фонда.

Одлуку о износу средстава доноси Републички фонд за сваку буџетску годину и за њу сагласност даје Влада. Износ средстава мора бити усклађен са пословима за које је надлежна филијала, односно пословима који су у надлежности Републичког фонда.

Одлука о износу средстава заснива се на:¹⁵²

1. Финансијском плану Републичког фонда;
2. Плану здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања;
3. Броју и старосној структури осигураних лица чије је својство утврдила матична филијала;
4. Подацима о осигураним лицима која су оболела од болести од већег социјално-медицинског значаја на подручју матичне филијале;

¹⁵² Закон о здравственом осигурању, www.rfzo.rs

5. Износу средстава доприноса који се уплаћује на подручју матичне филијале према евиденцији о висини уплаћених средстава;
6. Пословима матичне филијале у спровођењу обавезног здравственог осигурања;
7. Пословима које обавља Републички фонд у спровођењу обавезног здравственог осигурања;
8. Показатељима о недостајућим средствима која се уплаћују на подручју матичне филијале за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања;
9. Износу средстава који је потребно обезбедити за уједначено остваривање права из обавезног здравственог осигурања;
10. Другим показатељима.

Око 90% јавних трошкова финансира се преко РФЗО или у међуресорским трансферима преко РФЗО. Средства која се обезбеђују путем доприноса од запослених и послодаваца сливају се на подрачун РФЗО у који има увид и Министарство финансија. У 2014. години у укупним приходима Фонда најзначајнији су били приходи од доприноса за здравствено осигурање (око 67%). Поред доприноса, РФЗО се додатно финансира из других буџетских извора попут Пензионог фонда, Министарства финансија које обезбеђује средства за незапослена лица и сл. Преко РФЗО се обезбеђује финансирање здравствене заштите и других права из здравственог осигурања за око 7,7 милиона лица у Србији и то:

- 6,5 милиона које чине осигураници и чланови њихових породица по Закону о здравственом осигурању и
- 1,2 милиона које чине тзв. неосигурана лица и избеглице, прогнана лица и привремено расељена лица са Косова и Метохије

Имајући у виду начин обезбеђења средстава за финансирање здравствене заштите становника Србије, свако неиспуњење финансијских обавеза од стране државе, правних или физичких лица према Фонду, има за последицу отежано испуњење обавеза Фонда у погледу здравствене заштите према становништву. Фонд за здравствено осигурање Србије се суочава са веома тешком финансијском ситуацијом у последњих неколико година. Један од битних проблема је недостатак адекватне наплате прихода. Економска криза довела је до високе стопе незапослености и ниске просечне зараде тако да је основа за опорезивање мала. Утаја пореза је оставила много запослених људи и њихових породица неосигураним. Осим тога, један број осигураних лица, у складу са Законом о здравственом осигурању, јесу и привремено расељена лица са Косова и Метохија. Они користе једнако право на здравствену заштиту, и Влада је дужна да плати за то из државног буџета.

Осим тога, континуирано смањење доприноса за здравствено осигурање, упркос растућим потребама, погоршава положај не само Фонда већ и укупног здравственог система. Стопа

доприноса за здравствено осигурање бележила је следеће кретање: у периоду од 1994-1996. износила је 20,2 %; 1996-1998. 16,2 %; 1999-2001. 19,4 %; 2001-2004. 11,9 %; 2004-2014. 12,3% и од 1. августа 2014. укупна стопа доприноса за здравствено осигурање износи 10,3%.

Чак и континуирано смањење стопе осигурања здравствене заштите је био превелик терет за послодавце, тако да многи од њих нису успели да плате обавезне доприносе РЗЗО.

Треба напоменути и да расходи здравствене заштите расту у апсолутном износу из године у годину што се може видети из финансијског извештаја РФЗО за 2014. годину. Њихово учешће у укупним расходима и издацима највише је у 2013. години и износе 206.600.592.000 динара (94,48%).¹⁵³

Табела 6. Преглед најважнијих расхода и издатака у периоду 2010 – 2014.

(У 000 динара)

СТРУКТУРА РАСХОДА	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
Накнаде осигураним лицима	7.413.861 (4,05%)	6.957.043 (3,60%)	7.922.348 (3,78%)	8.127.245 (3,71%)	9.792.378 (4,45%)
Расходи здравствене заштите	171.323.928 (93,61%)	182.443.171 (94,46%)	197.779.489 (94,33%)	206.600.592 (94,48%)	206.764.178 (93,88)
Остали расходи	4.286.691 (2,34%)	3.739.646 (1,94%)	3.976.061 (1,89%)	3.940.993 (1,80%)	3.672.478 (1,67%)
Укупни расходи	183.024.481 (100,00%)	193.139.860 (100,00%)	209.677.897 (100,00%)	218.668.830 (100,00%)	220.229.034 (100,00%)

Извор: http://rfzo.rs/download/FINANSIJSKI_IZVESTAJ_ZA_2014.pdf

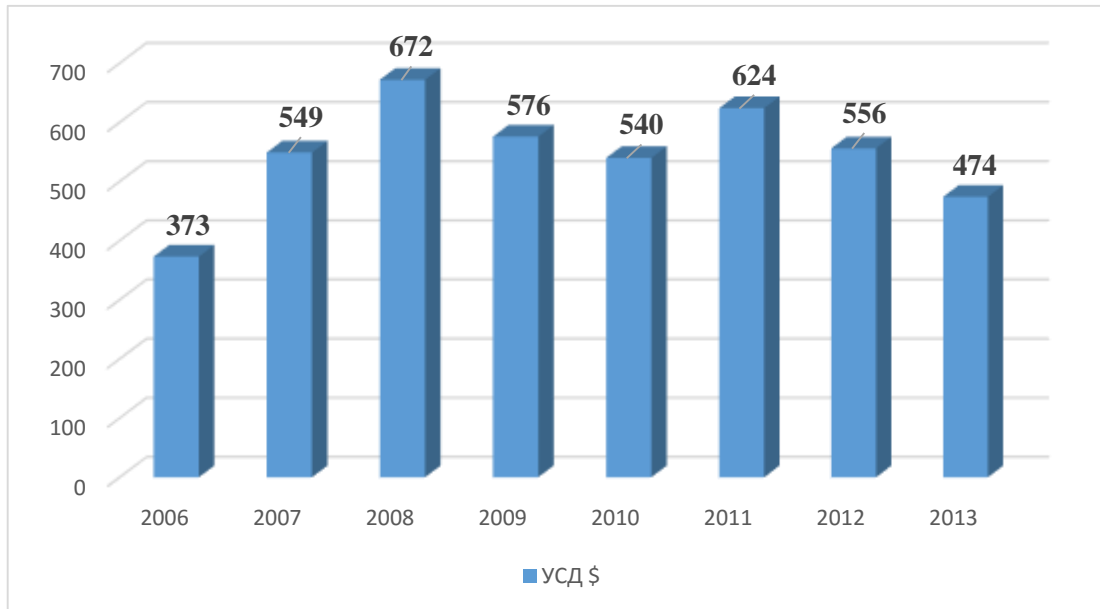
Расходи за здравствену заштиту *per capita*, показују осцилације у периоду 2006–2013. године, како у свом укупном износу, тако и по свакој од посматраних компоненти: расходи Републичког фонда за здравствено осигурање, јавни расходи и приватни расходи за здравствену заштиту.

Посматрано у динарским износима, расходи за здравствену заштиту расту, уз релативно стабилно учешће у бруто домаћем производу. У 2009. години, услед споријег раста издатака за здравствену заштиту, негативне стопе раста бруто домаћег производа а израженијег пада курса динара према евр, укупни расходи за здравствену заштиту по становнику, изражени у еврима, мањи су у односу на претходну годину. Расходи за здравствену заштиту у 2010. години у Србији стабилизују се на достигнутом нивоу. У 2011. години расходи за здравствену заштиту у Србији поново расту. Укупни расходи за здравствену заштиту у 2012. години задржавају стопу раста из претходне године и већи су за 7%. Међутим, индексирано у доларима, они су у

¹⁵³ http://rfzo.rs/download/FINANSIJSKI_IZVESTAJ_ZA_2014.pdf

опадању и износе 556\$ по становнику. У 2013. години трошкови здравствене заштите по становнику износе 474\$.

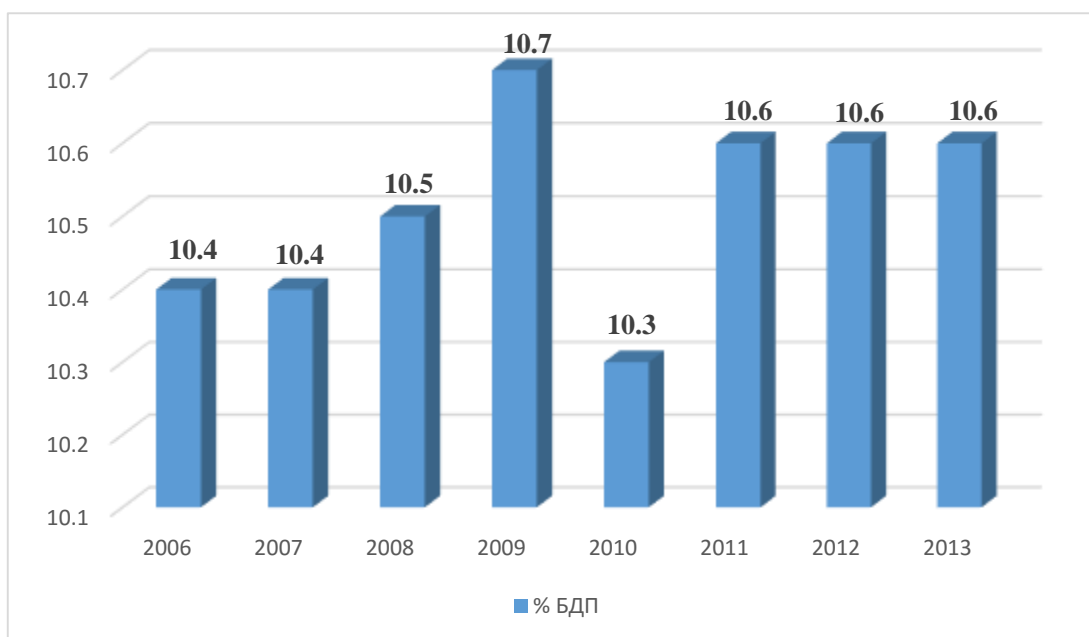
Слика 19. Трошкови здравствене заштите per capita у Србији



Извор: Аутор

Учешће укупних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу Србије благо осцилира: од 10,4% у 2008. години, 10,5% у 2009. години, 10,7% у 2010. години, да би у 2011. години бележио благи пад на 10,3%. То учешће повећава се на 10,6% у 2013. години.

Слика 20. Укупни трошкови здравствене заштите изражени у % БДП Србије



Извор: Аутор

Посматрајући издвајања за здравствену заштиту као проценат од бруто домаћег производа, Србија је са својих 10,6% изнад светског просека за 0,7 процентна поена у 2013. години (9,9%) 0,3 процентна поена изнад просека у ЕУ. За здравствену заштиту Србија издваја релативно више од низа европских земаља. Заправо, већа издвајања за здравствену заштиту од Србије, као проценат од БДП-а, у Европи има свега неколико земаља: Аустрија, Белгија, Данска, Француска, Немачка, Холандија, Молдавија и Швајцарска. Међутим, у поређењу са земљама Европске уније и неким другим европским земљама, као и просеком земаља Европске уније, Република Србија издваја у апсолутном износу мала средства за здравствену заштиту, што је последица релативно ниског нивоа бруто домаћег производа Србије.

Финансирање здравственог система Србије у периоду од 2003. до 2013. године, карактерисала је преобладајућа улога јавног сектора финансијера.

Табела 7. Финансирање по изворима интернационалне класификације здравствених рачуна – класификација финансијера у здравству (ИСНА-НФ), изражено у процентима (%) у односу на бруто домаћи производ (БДП)¹⁵⁴

	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.
Учешће укупних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу БДП (у %)	8,8	8,7	9,1	9,4	10,4	10,4	10,5	10,4	10,4	10,5	10,6
Учешће јавних расхода за здравствену заштиту у БДП (у %) НФ.1	6,3	6,0	6,0	5,9	6,4	6,4	6,5	6,4	6,5	6,4	6,4
Учешће расхода за здравствену заштиту РФЗО у БДП (у %) НФ.1.2	5,8	5,5	5,6	5,5	6,0	5,9	6,1	6,0	6,0	6,0	6,0
Учешће приватних расхода за здравствену заштиту у БДП (у %) НФ.2	2,5	2,7	3,1	3,5	4,0	4,0	4,0	4,0	3,9	4,1	4,2

Легенда:

НФ.1 Државни сектор финансијера

НФ.1.2. РФЗО

НФ.2 Приватни сектор финансијера

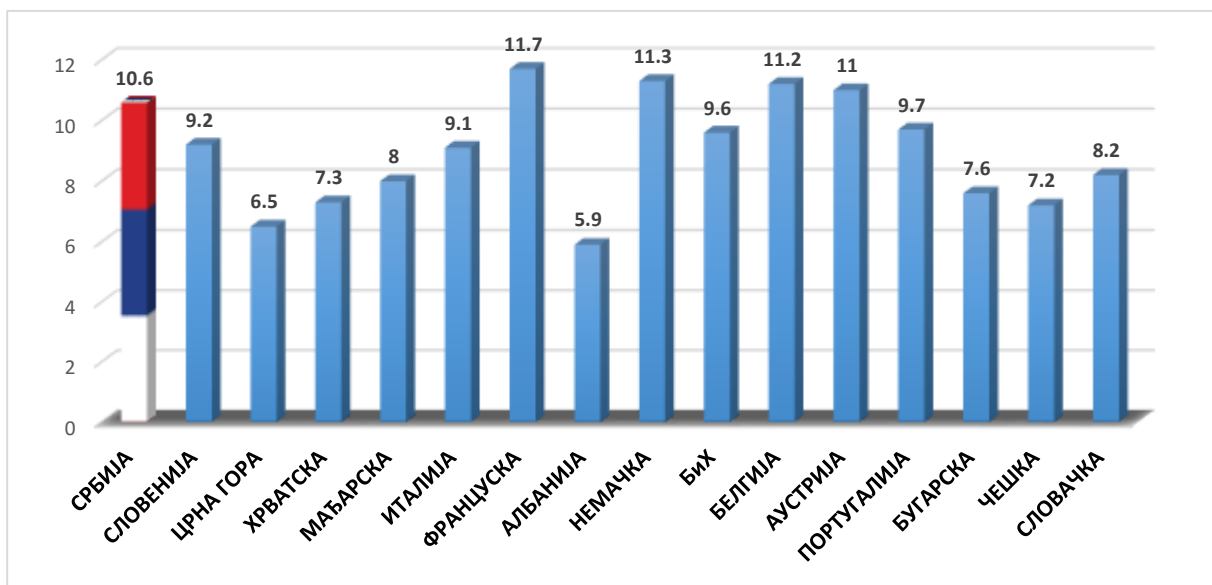
Извор: www.batut.org.rs

¹⁵⁴ www.batut.org.rs

Учешће страних донација у финансирању здравства са 1,7% БДП у 2003. години смањило се на 0,6% БДП у 2013. години. Србија добија значајне донације намењене за здравље. Како је већина донација намењена за побољшање услова рада и медицинско-техничке опреме, њихов утицај на здравствене трошкове је прилично мали.

У оквиру јавног сектора финансијера здравствене заштите у Србији утврђено је да је преобладајући финансијер био РФЗО са учешћем од 91,2% у 2003. години, 93,6% у 2013. години. Последице, плаћање РФЗО већим делом одређује јавно пружање услуга. Део јавног финансирања здравствених услуга обезбеђује и Министарство здравља, преко регионалних и локалних влада, Министарства одбране, Министарства правде и Војно здравственог осигурања.

Слика 21. Укупни трошкови за здравствену заштиту у Србији у 2013. години у поређењу са другим земљама у региону изражени у % од бруто домаћег производа



Извор: www.batut.org.rs

Учешће расхода за здравствену заштиту у БДП у 2013. години у Србији је износио 10,6% што је нешто више у односу на светски просек (9,9%). Учешће приватних расхода за здравствену заштиту карактерише износ од 4,2% БДП у посматраном периоду. Учешће јавних расхода за здравствену заштиту у БДП је 6,4% у 2013. години, док они у укупним здравственим трошковима чине 60,5%. Трошкови здравствене заштите per capita у Србији у 2013. су износили 474,8 УС\$ што је за половину мање од просечних светских здравствених трошкова по глави становника (1.014,9УС\$).

8.6. ЗДРАВСТВЕНО ЗАКОНОДАВСТВО У СРБИЈИ

Право на здравствену заштиту и унапређење здравља загарантовано је у свим земљама света одговарајућим међународним декларацијама и уговорима. Светска здравствена организација у свом Статуту као основни и трајни задатак наводи достизања највиших стандарда здравља за све људе на свету. Први пут се у том међународном документу здравље проглашава за једно од основних и неотуђивих права сваког човека, без обзира на расу, религију, политичка убеђења, економски или друштвени положај. Поред тога, овај документ наглашава да влада сваке државе сноси одговорност за здравље свог народа и да та преузета одговорност захтева и проузрокује доношење одговарајућих закона и мера социјалног карактера у области здравствене заштите.

Здравствено законодавство у Србији је фокусирано на субјекте здравственог система са циљем подизања стандарда квалитета пружања услуга. Акцентирање значаја нове категорије права тзв. пацијентова права, основна је карактеристика закона који уређују област здравствене заштите.

Садашњи закони у области здравства, базирани на Уставу Републике Србије, полазе од чињенице да су здравље и здравствена заштита основна права човека и да је здравствена заштита обавеза сваке заједнице. Легислатива везана за ову област друштвеног живота односи се на примену следећих закона:

- Закона о здравственој заштити
- Закона о здравственом осигурању
- Закона о коморама здравствених радника
- Закона о социјалној заштити
- Закона о раду и радним односима
- Закона о заштити на раду
- Закона о породици и
- Закона о заштити животне средине.

Права из области здравља даље се разрађују кроз одговарајућа подзаконска акта, као што су уредбе, правилници, одлуке и упутства.

Законом о здравственој заштити се уређује систем здравствене заштите, организација здравствене службе, друштвена брига за здравље становништва, општи интерес у здравственој заштити, права и обавезе пацијента, здравствена заштита странаца, оснивање Агенције за акредитацију здравствених установа Србије, надзор над спровођењем овог закона, као и друга

питања од значаја за организацију и спровођење здравствене заштите.¹⁵⁵ Према овом закону, здравствена заштита представља организовану и свеобухватну делатност друштва са основним циљем да се оствари највиши могући ниво очувања здравља грађана и породице. Право на здравствену заштиту, у складу са законом, има сваки грађанин Републике Србије као и друга лица која имају пребивалиште или боравиште на њеној територији. Здравствена заштита се остварује преко здравствене службе коју чине здравствене установе и други облици здравствене службе који се оснивају ради спровођења и обезбеђивања здравствене заштите, као и здравствени радници, односно здравствени сарадници, који обављају здравствену делатност, у складу са законом. Средства за спровођење здравствене заштите, као и за рад и развој здравствене службе, обезбеђују се у складу са законом.

Закон о здравственом осигурању уређује права из обавезног здравственог осигурања запослених и других грађана, обухваћених обавезним здравственим осигурањем, организацију и финансирање обавезног здравственог осигурања, добровољно здравствено осигурање и друга питања од значаја за систем здравственог осигурања.¹⁵⁶ Овај закон ствара боље услове за здравствену заштиту и уводи одређене промене у правима по основу осигурања грађана. Поред обавезног предвиђа се и добровољно здравствено осигурање. Законом се дефинишу осигурана лица и посебно заштићене категорије; одређује се начин прикупљања и расподеле средстава; права и обавезе осигураника и систем здравственог осигурања у целини.

Закон о коморама здравствених радника први пут је за Србију донет 2005. године, не рачунајући Закон о лекарима за време краљевине Југославије (1931). Тим законом се оснивају коморе здравствених радника, као независне, професионалне организације, уређује чланство у коморама здравствених радника, послови, организација и рад комора, посредовање у споровима и судови части, као и друга питања од значаја за рад комора.¹⁵⁷

Закон покрива кључна питања обављања здравствене професије: кодекс етике, лиценце, контрола квалитета медицинских услуга, заштита чланова коморе и посредовање у споровима са пацијентима.

Закон о социјалној заштити уређује делатност социјалне заштите, циљеве и начела социјалне заштите, поступке за остваривање права у социјалној заштити и коришћење услуга социјалне заштите, права и обавезе корисника социјалне заштите, оснивање и рад установа социјалне заштите, услове под којима услуге социјалне заштите могу пружити други облици организовања, надзор над радом установа социјалне заштите, инспекцијски надзор у вршењу социјалне заштите, финансирање социјалне заштите као и друга питања од значаја за

¹⁵⁵ http://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zdravstvenoj_zastiti.html

¹⁵⁶ http://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zdravstvenom_osiguranju.html

¹⁵⁷ http://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_komorama_zdravstvenih_radnika.html

социјалну заштиту. Социјална заштита, у смислу овог закона, јесте организована друштвена делатност од јавног интереса чији је циљ пружање помоћи и оснаживање за самосталан и продуктиван живот у друштву појединца, као и спречавање настајања и отклањање последица социјалне искључености.¹⁵⁸

Закон о раду регулише радне односе; права, обавезе и одговорности који проистичу из радног односа за све запослене на територији Републике Србије.

Здравствено законодавство Србије којим се регулише обављање здравствене делатности, права и обавезе даваоца и корисника услуга тежи да буде усклађено са европским прописима (хармонизација и унификација) што потврђују сталне промене законских решења. Један број правних питања у оквиру здравственог права је одавно регулисан, док друга треба осавременили и дати им нови смисао.

У Европи је на здравственом плану усвојен значајан број докумената од којих су најважнији: Декларација о промовисању права пацијената (1994), Конвенција о људским правима и биомедицини (1997), као и Повеља о правима пацијената (2002).

9. ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ ЦРНЕ ГОРЕ

Први зачеци здравствене делатности на просторима Црне Горе јављају се у Боки Которској, односно у Котору у првој половини XIV века. Буран историјски развој овог дела Црне Горе, мешавина разних култура и цивилизација имали су позитиван утицај на развој опште па и здравствене културе. Прва болничка установа на територији Црне Горе основана је управо у Котору 1067. године. Први школовани лекари помињу се 1326. године, такође у Котору. Према једном извору из 1326. године, Котор је имао два лекара, интернисту, хирурга, бербериначубара и апотекара. Исте године отворена је и прва апотека. У периоду од 1325 до 1797. године (до пада Млетачке Републике), у Котору је радило 17 лекара и постојале су две апотеке. Док је Котор предњачио у организацији здравствене службе и развоју здравствене културе, на осталим просторима Црне Горе до XIX века владала је заосталост и доминација народне медицине.

Права организација здравствене службе почиње на Цетињу, оснивањем болнице „Данило I“ 1873. године. Пет година касније, 1878. основана је и прва државна апотека на Цетињу. Доласком познатог др Милана Јовановића Батута за првог управника болнице „Данило I“ (1890), почиње и нагли развој здравствене делатности у Црној Гори.

¹⁵⁸ http://paragraf.rs/propisi/zakon_o_socijalnoj_zastiti.html

Организовање сталне Бактериолошке станице на Цетињу (1922) представљало је базу за институционализацију данашњег Института за јавно здравље који представља водећу установу превентивне медицине у Црној Гори.

Претеча данашњег Клиничко центра Црне Горе био је Медицински завод Титоград основан 1963. године. Осим ове две водеће здравствене установе, здравствени систем Црне Горе сачињава разграната мрежа здравствених установа. Поред тога, окосницу даљег развоја овог система од 1996. године чини и Медицински факултет Универзитета Црне Горе.

Здравствени систем Црне Горе представљао је део здравственог система бивше СФРЈ који се одликовао нерационалном и неефикасном организацијом. У периоду од 1991. до 2006. године, Црна Гора је била део Савезне Републике Југославије, а касније Државне заједнице Србија и Црна Гора. У том периоду здравствени систем Црне Горе је имао исту организациону, економску и социјалну структуру као и здравствени системи других бивших југословенских република. Оно што је било карактеристично за тај период је да је створена слика да грађани имају право на било коју здравствену услугу без обзира на њену стварну неопходност, а да при томе није развијена свест грађана да здравство није бесплатно и да свака здравствена услуга има своју цену.

9.1. РЕФОРМА ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА ЦРНЕ ГОРЕ

Здравствени систем, као део општег друштвеног система, развијао се током времена под утицајем многобројних фактора, углавном без значајнијег проучавања и системског планирања. Реч је о подсистему чију структуру, организацију, циљеве и начин функционисања одређује економски потенцијал земље, њена политичка структура, здравствено стање нације, култура, традиција и сл.

Када је реч о здравственом систему Црне Горе мора се рећи да је то систем са наслеђеним карактеристикама и проблемима здравственог система државне заједнице чији је он био део, као што је случај са осталим бившим југословенским републикама. Вредносни постулати тог система били су друштвена својина и самоуправљање, док су основне карактеристике здравственог система биле:

- Одсуство свих контролних државних механизма у вођењу здравствене политике
- Социјални принципи који су омогућавали највећи могући обим права грађана на здравствену заштиту и
- Друштвена својина која није обавезивала учеснике у систему здравства на ефикасност што је проузроковало дугорочну кризу финансирања.

Наведени проблеми са којима се здравство суочавало оставиле су неизбежне последице и на здравствени систем Црне Горе. У периоду транзиције у складу са променама у друштву, све друштвене установе су постале државне, а истовремено је дошло до увођења приватне парксе. Финансирање здравствене заштите је претежно остало у домену јавног финансирања и партиципације грађана. Поред тога, здравство је било изложено и додатним тешкоћама (рат и санкције).

Здравствени систем Црне Горе заснивао се на начелима социјалне правде, једнакости и доступности која су обезбеђивала универзалну доступност, равноправност и право на здравствену заштиту за све грађане које се финансирало из јавних средстава. Овакав приступ је проузроковао велика очекивања грађана од здравственог система, што је условило повећање трошкова изнад реалних могућности.

Здравствени систем Црне Горе са наслеђеним проблемима из државне заједнице захтевао је свобухватну реформу. Опредељујући разлози за реформу здравственог система Црне Горе били су:

- Растући трошкови за здравствену заштиту који су условљени старењем популације, порастом хроничних болести, повећаним захтевима за квалитетнијим услугама, економском ситуацијом и реалним падом средстава за здравствену заштиту
- Немогућност обезбеђења потреба за здравственим услугама у обиму утврђеном Законом
- Погоршање показатеља здравственог стања условљено погоршањем квалитета живота, животног стандарда и сиромаштвом
- Неразвијеност економских односа у здравству и финансирање здравствене делатности са посебно израженом ниском професионалном сатисфакцијом и мотивацијом за рад здравствених радника
- Превелика потрошња и обавезе Фонда здравства
- Недовољно регулисан рад приватног сектора у здравству, без објективних параметара о ефектима приватизације
- Неразвијени информациони систем за подршку управљању и
- Неадекватно планирање и управљање здравственим системом, које не одговара савременој концепцији здравственог система.

Осим тога, евидентна је и концентрација ресурса и капацитета на секундарном нивоу (болничка заштита) где су корисници користили највећи проценат услуга јер здравствена

заштита на примарном ниову није успевала да реши највећи број здравствених проблема. Овом треба додати и следеће чињенице које иду у прилог покретања процеса реформе:¹⁵⁹

- Здравствени систем, иако организован на основама примарне здравствене заштите, не функционише на координиран и интегрисан начин
- Здравствене установе су првенствено усмерене на пружање куративне заштите грађанима, а много мање ка превентивном раду целокупног становништва
- Постоји раскорак између утврђених права из здравственог осигурања и финансијских могућности да се задовоље нереална очекивања грађана и запослених у здравству од здравственог система,
- Неадекватан начин алокације средстава са приоритетима и нивоима здравствене заштите
- Неадекватан метод плаћања здравствених услуга и нејасан начин финансирања здравствених установа
- Здравствена заштита није програмирана у складу са потребама, приоритетима и специфичностима, посебно локалних нивоа
- Велики број немедицинских радника и неадекватна структура здравствених радника, посебно у појединим сегментима система здравства
- Непостојање националне политике лекова и нерационална потрошња лекова
- Евиденције и систем извештавања прописани законом слабог су квалитета и прилично су застарели.

Процес структурних реформи у здравственом систему Црне Горе почео је 2004. године са реформом примарне здравствене заштите, а настављен је реформом болничке здравствене заштите 2009-2012. године.

Структурна реформа у систему здравства подразумева побољшање и унапређење на местима препознатих слабости система чиме се жели постићи финансијски одржив здравствени систем, који уз ефикасност пружа одговарајући квалитет за све кориснике услуга. Циљ реформе је да се те слабости елиминишу, а да се кроз нове процесе систем другачије организује, остварујући при том економске и финансијске резултате.¹⁶⁰

Реформа здравствене заштите на примарном нивоу започела је 2004. године имплементацијом Пројекта унапређења система здравства у Црној Гори уз подршку кредита Светске банке у

¹⁵⁹ Стратегија развоја здравства Црне Горе, 2003, Подгорица, Министарство здравља Републике Црне Горе, стр. 10.

¹⁶⁰ Структурне реформе у здравственом систему са акционим планом за период 2015-2017. године, 2015, Подгорица, Министарство здравља Републике Црне Горе, стр. 3.

износу од 7,5 милиона долара, а настављена је додатним финансирањем истог пројекта, у износу од 7,2 милиона долара или 5,10 милиона евра.

Прва фаза пројекта завршена је 31. децембра 2009. године, и у петогодишњем периоду у оквиру овог пројекта постигнути су значајни резултати, и то:

- Дом здравља је постављен као основна јединица примарне здравствене заштите (ПЗЗ) у оквиру кога постоји категорија изабраног доктора, центар за подршку и јединица за подршку. Грађанин и његове потребе су постављени у центар целокупног система реформисане примарне заштите, који почива на изабраном доктору као носиоцу пружања здравствене заштите на примарном нивоу. Од 1. априла 2008. године у свим општинама Црне Горе започет је процес регистрације код изабраног доктора. Ниво регистрације осигураника до данас износи 94,6% .

- Извршено је материјално и просторно обезбеђивање и изједначавање услова за пружање примарне здравствене заштите на читавој територије Црне Горе.

- Дефинисан је основни пакет здравствених услуга за ниво примарне здравствене заштите.

- Извршена је трансформација модела плаћања примарне здравствене заштите (на бази 50% капитације и 50% услуге).

- Извршена је кадровска реорганизација запослених у примарној здравственој заштити (стоматолози су приватизовани, број немедицинског особља је редукован на минимум, а проблем вишка медицинског особља се решава кроз социјални програм).

- Извршена је интеграција приватног и јавног сектора на нивоу примарне здравствене заштите

- Извршена је доедукација тимова изабраних лекара (свих тимова у Подгорици и 28% тимова ван Подгорице, у сарадњи са Медицинским факултетом).

- Уведен је интегрални Информациони систем на територији читаве Црне Горе, као и ИСРС-2 као стандардни систем кодирања здравствених услуга (препоручен од ЕУ). Обезбеђена је билатерална финансијска помоћ Владе Аустрије као вид подршке интегрисаном болничком информационом систему (ИБИС) Клиничког центра Црне Горе.

Треба истаћи да су у том периоду, и поред бројних проблема, очувани основни здравствени ресурси, знатно унапређена материјална основа рада, а сходно томе здравствена служба је пружала здравствену заштиту становништву Републике и бројним расељеним лицима. Међутим, недостатак адекватних механизма управљања системом здравства, у првом реду институционалних механизма, утицао је на раскорак између извора средстава и потреба за здравственом заштитом.

Фонд за здравствено осигурање у 2001. години је бележио дефицит од 6,2 милиона евра, а ниво покрића расхода са приходима износио је нешто испод 92%. Укупна дуговања Фонда су до краја 2003. године достигла износ од око 28 милиона евра. Реформске активности које су у том периоду имплементирани у Црној Гори, у првом реду нова методологија финансирања, имале су низ позитивних резултата. Од 2004. године Фонд бележи позитиван тренд смањења дефицита. Током 2004. године, постојао је суфицит од 0,82 милиона евра, а у 2005. године дефицит је увећан на 2,5 милиона евра. Разлог томе је био веома високо оптерећење здравственог система трошковима проузрокованим приливом избеглица. Иако је дефицит у 2005. и 2007. године растао у апсолутној вриједности у еврима, стопа увећавања дефицита је значајно опала.

Фонд за здравствено осигурање (ФЗО) је први пут на крају 2008. године остварио позитиван резултат пословања, односно буџетски суфицит. Учешће примарне здравствене заштите у укупним расходима показује смањење (са 38,02% у 2006. год. на 33,65% у 2008. год.). све је то био резултат спроведене реформе и мера која је она подразумевала (контрола трошкова).

Влада је, не рачунајући на појаву глобалне економске кризе, донела одлуку о смањењу стопе доприноса за здравствено осигурање са 12% на 10,5% у 2009. Године, са намером да се у наредном периоду настави са смањивањем ове стопе на 9%. Међутим, у наредној години стопа је враћена на 12,3%.

Реформу примарне здравствене заштите пратила је и промена модела финансирања кроз:

- Конципирање, припрему и имплементацију ефикасног, делотворног, правичног и одрживог механизма плаћања услуга примарне здравствене заштите у Црној Гори
- Дефинисање методологије одређивања вредности капитације и цена здравствених услуга у примарној здравственој заштити на следећи начин;

Табела 8. Начин плаћања у примарној здравственој заштити

Организационе јединице ПЗЗ	Начин плаћања
Изабрани доктори (ИД)	50 % капитацијом и 50 % накнадом за услуге
Центри за подршку и јединице	по услугама
Центар за превенцију и ХЕС	по спроведеним програмима
Хитна медицинска помоћ	паушално по вредности тимова

Извор: <http://www.mzdravlja.gov.me>

Крајњи ефекти реформе здравствене заштите на примарном нивоу били су:

- Смањени издаци за лекове издате на рецепт,
- Квалитетнија расподела средстава
- 74% изабраних доктора по новој методологији прима већу зараду у односу на ранији начин обрачуна
- Квалитетни и ажурни подаци о здравственом стању пацијента
- Квалитетни извештаји о обиму и структури пружених услуга
- Подаци који омогућавају свеобухватне контроле
- Менаџмент одлучује на основу стварних и правовремених података

Други део реформе здравственог система настављен је реформом болничке здравствене заштите 2009-2012. године у циљу његове даље надоградње. Циљ наставка реформе је елиминисање препознатих слабости здравственог система са намером постизања финансијског одрживог здравственог система, који уз ефикасност пружа и одговарајући квалитет за све кориснике услуга.

Даљи развој здравственог система Црне Горе у том периоду заснивао се на Мастер плану 2010-2013. донетом од стране Министарства здравља. Мастер план наставља да усмерава развој здравственог система на основу смерница тог документа као и здравствене стратегије Европске Уније „Заједно за здравље“: Стратешки приступ ЕУ за период 2008-2013. и смерница СЗО. Мастер планом су обезбеђене и главне поставке за развој Стратегије секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите. Важнији циљеви који се наводе у том документу су:¹⁶¹

- Наставак усклађивања правног оквира у здравству са ЕУ прописима. Реформа правног оквира у здравству има за задатак да се финансијске одговорности са ФЗО пребаци на извршиоце на секундарном и терцијарном нивоу, што ће имати за последицу домаћинско понашање болница, повећање позитивне конкуренције као и подизање квалитета здравствених услуга;
- Припреме за увођење новог система плаћања на секундарном нивоу здравствене заштите (ДСГ модел плаћања по групама дијагноза). ДСГ систем, као светски признат стандард за упоређивање ефикасности и трошкова у здравству, омогућава прављење одговарајућих економских анализа које треба да одреде даље кораке, и обезбеђује упоредивост података између болница у земљи, са болницама у ЕУ и шире;
- Успостављање система за контролу квалитета у здравству и развој стратегије контроле квалитета у здравству, што подразумева и развијање стручних стандарда (протоколи и

¹⁶¹ <http://www.mzdravlja.gov.me>

клиничке смјернице) којима ће се дефинисати процедуре и нивои знања и вештина којима треба да овладају здравствени радници;

- Успостављање Националног здравственог рачуна;
- Изградњу правног оквира за приватно-јавно партнерство у здравству, на основу анализе позитивне праксе ЕУ у области укључивања приватних установа у здравствени систем, давања концесија, статуса коминтента, директних заједничких улагања, закупа опреме и простора у јавним установама, и изнајмавања оптималних модела за ЦГ;
- Дефинисање Основног пакета здравствених услуга за секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите;
- Израду Мреже здравствених установа, и норматива и стандарда за секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите;
- Развој информационог система за здравство, укључујући развој и повезивање информационог система Агенције за лекове и медицинска средства и информационог система општих болница;
- Увођење добровољног финансирања здравствених услуга као начина да се повећа удео приватног новца у систему здравства, на транспарентан начин. ФЗО ће обезбеђивати финансирање основног пакета здравствених услуга, док ће све остале услуге, као и разлику у цени коју плаћа осигураник кроз систем партиципације, бити предмет добровољног здравственог осигурања;
- Увођење савремених информационо-комуникационих решења и технологија, у циљу смањивања трошкова набавке опреме и одржавања, превазилажења проблема недостатка медицинског кадра у појединим областима Црне Горе и, што је најважније, подизања квалитета дијагностике на целом подручју Црне Горе;
- Изградњу одговарајућег модела плаћања за терцијарни ниво здравствене заштите, на основу анализе модела из ЕУ;

У оквиру спровођења, реформа је требало да обухвати све сегменте здравственог система, од организација и начина рада Министарства здравља, мреже здравствених установа и њиховог функционисања, приватног сектора здравства, начина рада и организације Фонда здравства, начина финансирања здравствене заштите, начина плаћања, мониторинга и контроле.

Носиоци реформе система здравствене заштите и здравственог осигурања су: Министарство здравља Црне Горе, Фонд за здравствено осигурање и Институт за јавно здравље Црне Горе, уз активно учешће свих осталих здравствених и других институција. Како би се реформа спровела, неопходно је укључити и међународне институције и организације, а посебно ММФ, Светску банку, СЗО и др.

Спровођење реформе обухвата спровођење краткорочних и дугорочних мера које ће бити засноване на пројектима. Министарство здравља настоји да инструментима здравствене политике обезбеди услове за:

- Јачање примарне здравствене заштите
- Изворе финансирања и развој новог система здравственог осигурања
- Унапређење система плаћања здравствених услуга и програма кроз систем уговарања услуга на бази капитације, буџетирања и других метода плаћања
- Приватизацију у систему здравства – регулација приватног сектора
- Дефинисану улогу државе у вођењу здравствене политике: Влада, Савет за здравље и Министарство здравља
- Рационализација јавног здравства
- Интеграција приватног сектора у здравствени систем

Правци реформе обухватају:¹⁶²

- Институционалну реформу
- Реформу економских односа у здравству
- Реформу односа према здрављу

Институционална реформа за циљ поставља оспособљавање здравствене администрације, здравствених установа на национално нивоу и примарном нивоу ради ефикаснијег управљања здравственим системом. Задаци у оквиру тог домена своде се на дефинисање законских инструмента (законске и подзаконске регулативе) који треба да обезбеде услове за унапређење здравствене заштите и стабилно функционисање здравственог система.

Реформа економских односа у здравству има за циљ успостављање стабилних извора финансирања здравствене заштите, унапређења плаћања здравствених услуга, равноправних облика власништва, укидање монопола и афирмација тржишних принципа у појединим сегментима система увођењем, поред обавезног и добровољног здравственог осигурања и нових метода плаћања здравствених услуга.

Реформа односа према здрављу подразумева промену односа према здрављу као основном људском праву и промоцију здравља успостављањем етичких и грађанских односа кроз афирмацију лекарске професије и јачање свести грађана о здрављу, и повећање професионалности и оспособљености здравственог особља.

Основно законодавство за ову реформу чине Закон о здравственој заштити (2011.) и Закон о здравственом осигурању (2012) којима су постављене институционалне основе модерно конципираног и ефикасног здравства.

¹⁶² Стратегија развоја здравства Црне Горе, 2003, Подгорица, Министарство здравља Црне Горе, стр. 21.

Стратегија развоја здравства у Црној Гори се заснива на здравственој политици чији је циљ да се здравствена заштита учини ефикаснијом и квалитетнијом, а здравствени систем Црне Горе укључи у европски и светски процес здравственог развоја.

9.2. СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У ЦРНОЈ ГОРИ И ИЗВОРИ ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА ЦРНЕ ГОРЕ

Оптималан и ефикасан систем здравственог осигурања представља основ за несметани раст и развој сваког здравственог система. Успостављање и одржавање стабилног система здравственог осигурања је веома комплексан процес који се не може одвијати независно од постојећих финансијских, политичких, друштвених и демографских дешавања.

На једној страни је држава која је одговорна за одређени ниво здравственог стања становништва, правну регулативу и организацију здравствених установа, и која мора балансирати и тежити ка смањивању трошкова и растерећењу привреде, а на другој страни су грађани којима здравствена заштита значи све више и код којих је неопходно развијати свест о обавези очувања здравља као и већем личном учешћу у трошковима за остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

Систем здравственог осигурања регулисан је Законом о здравственом осигурању („Сл. лист РЦГ“ бр. 39/04 и „Сл. лист ЦГ“ бр. 12/07, 14/12) као и целим низом сличних правилника. Црна Гора је усвојила и Стратешки развојни план здравственог осигурања у Црној Гори.

Здравственим осигурањем грађана се обезбеђује остваривање права на здравствену заштиту и других права, у складу са овим законом. Основни циљеви дефинисани Законом о здравственом осигурању су да се створе услови за:¹⁶³

1. Обезбеђивање обавезног здравственог осигурања
2. Стабилно финансирање здравствене заштите, усклађивањем здравствене потрошње са реалним материјалним могућностима
3. Увођење добровољног здравственог осигурања

Законом о здравственом осигурању утврђено је да Фонд за здравствено осигурање Црне Горе (ФЗО) врши јавна овлашћења у решавању о правима и обавезама из обавезног здравственог осигурања. Фонд има својство правног лица, са правима, обавезама и одговорностима утврђеним Законом и Статутом ФЗО ЦГ. Фонд за здравствено осигурање Црне Горе дужан је да обезбеђује права осигураних лица на основу финансијских могућности. Осигурана лица остварују здравствену заштиту у јавним здравственим установама и установама са којима ФЗО

¹⁶³ <http://www.amrrs.gov.me/sites/default/files/Zakoni/Zakon%20o%20zdravstvenom%20osiguranju.pdf>

ЦГ има закључене уговоре. Законске обавезе за наплату доприноса обједињују се у Пореској управи Црне Горе.

Закон о здравственом осигурању регулише обавезно здравствено осигурање и предвиђа могућност добровољног здравственог осигурања.

Систем обавезног здравственог осигурања у Црној Гори организован је на принципима социјалног здравственог осигурања по Бизмарковом моделу, по коме доприноси чине основни извор прихода.

Систем обавезног здравственог осигурања и начин финансирања здравствене заштите у Црној Гори заснива се на генерацијској узајамности и солидарности у прикупљању средстава, као и на правичности у употреби тих средстава како би се обезбедио једнак приступ здравственим услугама и неопходна покривеност становништва здравственим осигурањем. Организација и финансирање здравствене заштите заснива се на доминантној улози јавног сектора. Обавезним здравственим осигурањем за 644.000 осигураних лица у Црној Гори осигурава се право на коришћење здравствене заштите у јавним здравственим установама и остала права из здравствене заштите.

Обавезно здравствено осигурање се финансира из доприноса, а мањим делом из средстава буџета, накнада штета и других извора. Законом о доприносима за обавезно социјално осигурање утврђене су основице и стопе доприноса, као и обвезници плаћања доприноса. Као и у свим земљама у транзицији, постоји велики проблем нередовног плаћања доприноса од стране обвезника.

Доприноси за обавезно здравствено осигурање су приход Фонда за здравствено осигурање Црне Горе. Највише прихода од доприноса, Фонд за здравствено осигурање Црне Горе остварује од доприноса за здравствено осигурање запослених у привреди и ванпривреди (реалном и јавном сектору). Те доприносе за запослене плаћају послодавци приликом исплате зараде, односно новчане накнаде. Почетком 2015. године повећана је кумулативна стопа доприноса за здравствено осигурање са 12,3% на 12,8% (стопа за послодавце 4,3% а за запослене 8,5%). Повећањем стопе доприноса за здравствено осигурање обезбеђује се повећање буџетских прихода, што за последицу треба да има боље и ефикасније пружање здравствених услуга осигураницима. Поред тога обавезно здравствено осигурање финансира се доприносима које уплаћују и Фонд пензијског за пензионере, Завод за запошљавање, samozапослени, пољопривредници, правна и физичка лица.

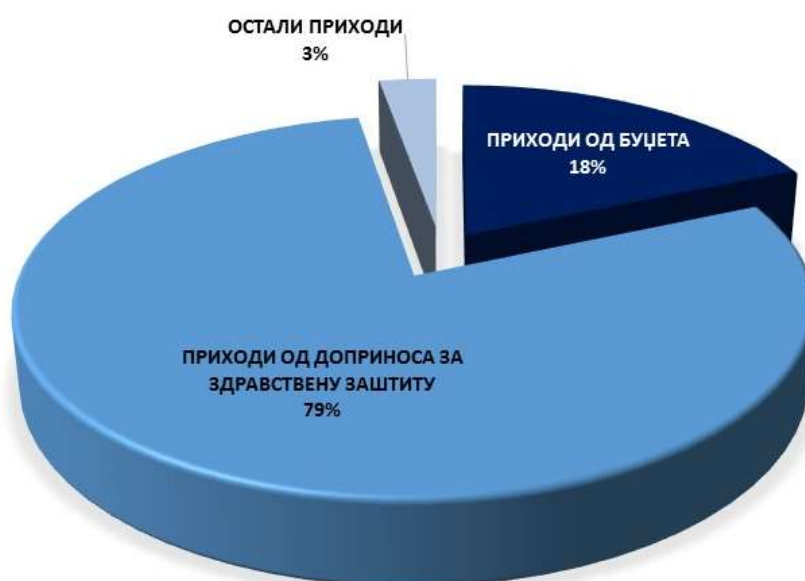
Осим прихода од доприноса, значајан извор прихода (око 20%) су општи приходи из Буџета из којих се обезбеђује здравствена заштита незапослених лица која не примају новчану накнаду, избеглих лица, као и недостајућа средства за финансирање здравствене делатности због мањег остварења прихода услед смањења стопе доприноса.

Од приватних средстава у систем здравства укључена су само средства од партиципације која подразумева учешћа осигураника у трошковима коришћења здравствене заштите. Ова средства чине мање од 1% укупних расхода за здравствену заштиту.

Према извештају о раду и пословању Фонда за здравствено осигурање, овај Фонд је у 2013. години исказао укупне приходе 171.218.424,79€.

Средства за финансирање здравствене делатности преко Фонда за здравствено осигурање чине наменски приходи – приходи од доприноса за здравствену заштиту и општи приходи Буџета.

Слика 22. Структура укупних прихода ФЗО Црне Горе у 2013.



Извор: <http://fzocg.me>

У структури укупних прихода Фонда, приходи од доприноса за здравствену заштиту за 2013. годину износе 134,71 мил. € и чине 78,68 %. Приходи од буџета за 2013. годину су 31,74 мил. € и чине 18,54 % укупних прихода. Остали приходи су 4,77 мил. € и чине 2,79% укупних прихода.

Укупно остварени расходи Фонда у 2013. години су 178,23 милиона евра. Расходи за здравствену заштиту су најзначајнији расходи Фонда, са учешћем од 92,10% у укупним расходима. Они обухватају расходе за стационарно и амбулантно лечење у земљи и иностранству, трошкове за лекове издате на рецепт и за лекове и медицински материјал утрошен за време болничког и амбулантног лечења и трошкове за финансирање јавног здравља преко Института за јавно здравље. Ови расходи су у 2013. години износили 164.155.782,00 €.

Од укупних расхода Фонда 61,10 мил. € или 34,84 % односи се на обезбеђење здравствене заштите на примарном нивоу. Ови расходи обухватају средства за пружање здравствене

заштите у домовима здравља, лекове издате на рецепт и средства за уговорене услуге за стоматологију. Трошкови здравствене заштите на секундарном и терцијарном нивоу су 85,50 мил. € или 47,97 % укупних трошкова Фонда.¹⁶⁴

Закон о здравственом осигурању поред обавезног увео је и добровољно здравствено осигурање којим грађанин може себи и члановима своје породице обезбедити посебне услове пружања здравствене заштите и права која нису обезбеђена обавезним здравственим осигурањем, у складу са овим законом.

Добровољно здравствено осигурање могу обезбедити и послодавци за своје запослене. Добровољно здравствено осигурање обезбеђује и спроводи Фонд за здравствено осигурање Црне Горе. У 2012. години је донет Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању који је ступио на снагу у марту 2012. године. Тим законским изменама створене су нормативне претпоставке за реализацију пројекта увођења допунског здравственог осигурања, што је од изузетног значаја јер би се на тај начин обезбедила додатна средства за здравствени сектор и истовремено смањио притисак на јавни сектор. Допунским здравственим осигурањем је дефинисано које су то услуге и за које категорије осигураника обавезно осигурање покрива 100% цене услуге, а које услуге обавезно осигурање покрива у висини 80% од цене услуге. Такође, створене су претпоставке да се закључивањем полисе за допунско здравствено осигурање и ове услуге осигураним лицима обезбеде у пуном износу цене на терет осигурања, а да осигураник плаћа месечну премију.

Финансирање здравствене заштите у Црној Гори заснива се на доминантној улози јавног сектора, како у области пружања тако и обезбеђивања средстава за здравствену заштиту.

Сви грађани Црне Горе у овом систему имају право на здравствену заштиту и представљају осигурана лица која, поред права на здравствену заштиту, имају права из здравственог осигурања.

Учешће расхода за здравствену заштиту у БДП у 2013. години у Црној Гори је износио 6,5% што је знатно мање у односу на светски просек (9,9%). Учешће јавних расхода за здравствену заштиту у укупним здравственим трошковима у 2013. години је било 60,5%. Трошкови здравствене заштите *per capita* у Црној Гори у 2013. су износили 461,3 УС\$ што је за половину мање од просечних светских здравствених трошкова по глави становника (1.014,9УС\$).

9.3. АНАЛИЗА ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ ЦРНЕ ГОРЕ

Здравствена делатност у Црној Гори је организована као у већини европских земаља и здравствена заштита грађана се пружа на примарном, секундарном и терцијарном нивоу са

¹⁶⁴ http://fzocg.me/docs/807/izvijestaj_o_radu_i_poslovanju_fonda_-2013.pdf

тенденцијом универзалне покривености и могућности успостављања показатеља здравственог стања становништа, а све ради праћења ефикасности и ефективности пружених услуга. Таквом организацијом се постижу бољи резултати, смањују трошкови и правилно преусмеравају средстава.

Први ниво је примарна здравствена заштита који би требао да обезбеди 80-85% потреба за здравственом заштитом. Носилац примарне здравствене заштите је изабрани доктор у амбуланти, односно тимови изабраних доктора. Дом здравља је установа која је преко амбуланти изабраног доктора, односно тимова изабраних доктора медицине и центара и јединица за подршку изабраним докторима носилац примарне здравствене заштите. Организационо, дом здравља има три основне целине: амбуланту изабраног доктора односно тимове изабраних доктора (изабраног доктора педијатра, изабраног доктора за одрасле и изабраног доктора гинеколога); центре за подршку изабраним докторима који су организовани на локалном и регионалном нивоу (центар за плућне болести и ТБЦ, дијагностику, ментално здравље, децу са посебним потребама, превенцију и сл.) и јединице за подршку (патронажу, физикалну терапију примарног нивоа и санитетски превоз).

Други ниво, ниво секундарне здравствене заштите, обезбеђује се преко специјалистичких амбуланти и болница. У свим општим болница на територији Црне Горе пружају се услуге на секундарном нивоу. Терцијарни ниво здравствене заштите се остварује у субспецијалистичким амбулантама, дијагностичким центрима и болничким одељењима. Носилац терцијарног нивоа здравствене заштите је Клинички центар Црне Горе.

Министарство здравља је орган државне управе одговоран за здравствену заштиту, здравствено осигурање и обезбеђење здравствене заштите. Одлуком о мрежи здравствених установа ("Сл.лист ЦГ", бр.18/13) утврђена је врста, број и распоред јавних и приватних здравствених установа, као давалаца услуга, које пружају услуге на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите.

Мрежу јавних установа у здравству Црне Горе чини:

- Осамнаест домова здравља
- Три здравствене станице
- Завод за хитну медицинску помоћ
- Седам општих болница (Бар, Беране, Бијело Поље, Никшић, Пљевља, Цетиње, Котор)
- Три специјалне болнице
- Клинички центар Црне Горе (КЦЦГ у здравственом систему је установа на терцијарном нивоу здравствене заштите, а за становништво Подгорице, Даниловграда и Колашина пружа услуге секундарног нивоа)

- Завод за трансфузију крви
- Институт за јавно здравље
- Апотекарска установа Црне Горе

Здравствену заштиту осигураници остварују у јавним здравственим установама у Црној Гори и другим здравственим установама са којима Фонд има закључен уговор о пружању услуга, здравственим установама у Републици Србији и у другим клиникама у иностранству. Од 01. јануара 2008. године стоматолошка здравствена заштита је организована изван јавног сектора у оквиру приватних стоматолошких амбуланти.

Здравствени сектор је организован као јединствени здравствени регион који се доминантно заснива на јавном сектору.

На крају 2012. године у јавним здравственим установама Црне Горе је радило 6.644 радника, од чега 5.103 медицинских радника и сарадника и 1.541 запослених немедицинске струке. Од тог броја у Институту за јавно здравље је радило 169 радника. Однос медицинског и немедицинског кадра, запосленог у свим јавним службама у здравственом сектору, а према попису кадра на дан 31. 12. 2012. године, био је 3,31:1 (односно на 100 медицинских радника и сарадника радило је 33,1 немедицинских).

Од укупног броја запослених око 77% чине здравствени радници, а 23% су немедицински радници. Однос медицинских и немедицинских радника је незадовољавајући, како са аспекта постојећих стандарда, тако и у поређењу са другим здравственим системима.

У јавном здравственом систему у Црној Гори запослено је 1305 лекара, од чега 1276 доктора медицине и 29 стоматолога.¹⁶⁵ Кадровски ресурси су на задовољавајућем нивоу. Носиоци здравствене заштите у систему здравства су доктори медицине, те индикатор броја доктора по броју становника је значајан за процену здравствене заштите, а индикатор за Црну Гору је 216 лекара на 100.000 становника (2,1 на 1.000 становника) и нижи је од индикатора у ЕУ (по подацима СЗО 334 у 2013. години). У Црној Гори је, на дан 31.12.2013., било укупно 2.416 болничких постеља (кревета).

Планирање људских ресурса у претходном периоду вршено је на основу норматива изведених из капацитета, а не на основу процеса и задовољења стварних потреба становништва у погледу здравствене заштите.

Од јануара 2011. године, у складу са Законом за здравствену заштиту, аутономија у управљању кадровима у здравству припада Министарству финансија. То значи да директори здравствених установа не поседују аутономију када је реч о управљању кадровима и финансијском

¹⁶⁵ <http://www.ijcgg.me/wp-content/uploads/2014/12/Godisnjak-2012.pdf>

менаџменту. Такав приступ практично спутава иновативност и мотивисаност менаџмента у вођењу кадровске политике. Стога, је неопходно:¹⁶⁶

- Прописати да искључива аутономија у управљању кадровима у здравству припада микро нивоу односно пружаоцу услуга;
- Прописати подељену аутономију у делу финансијског менаџмента у смислу да Министарство финансија обавља функцију генерисања и сакупљања средстава за здравство, док сектор здравства преко својих институција (Министарство здравља, ФЗО) самостално планира средства и одлучује о њиховој употреби;
- Прописати да обједињење послове набавки спроводи Фонд здравства. Обједињавање послова набавки омогућило би да токови новца прате робне токове као и унапређење конкурентности и ефикасности у пословању јавно здравствених установа;
- Да пружаоци здравствених услуга буду препознати као аутономни ентитети, а не буџетске јединице, како би се направио отклон од досадашње праксе плаћања капацитета и ојачао концепт уговарања за пружену услугу између платиоца и пружаоца услуга.

Наведене интервенције представљају неопходну претпоставку пружања ефикасне здравствене заштите и ограничења раста трошкова у здравству.

9.4. ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА ЦРНЕ ГОРЕ

Здравствена политика представља основ за законску регулативу и за националне програме здравствене заштите. Црна Гора је усвајањем стратешких докумената као главни циљ у здравству поставила изградњу одрживог и интегрисаног здравственог система здравствене заштите заснованог на принципима солидарности, једнакости, доступности и квалитета који потребама грађана даје централно место.

Здравствено стање становништва Црне Горе, мерено здравственим индикаторима, заостаје за већином земаља ЕУ што је последица лоше економске ситуације у земљи. Иако се општа ситуација у последње време благо поправља, не може се очекивати неко значајније побољшање основних здравствених индикатора.

Основни проблеми који имају значајнији утицај на статус здравствених индикатора и које треба поставити као приоритете за решавање јесте чињеница да на секундарном и терцијарном нивоу доминирају капацитети и ресурси док ефикасност и квалитет здравствене заштите нису приоритети. То је уједно и разлог што систем не може да функционише на координирани и интегрисани начин.

¹⁶⁶ *Реформа здравственог система Црне Горе*, 2011, Подгорица, Министарство здравља Црне Горе, стр. 11.

Иако су многи циљеви здравствене политике достигнути неопходно је стално побољшавати процес унапређења квалитета, процес управљања ресурсима, транспарентности финансирања и функционалне повезаности јавне и приватне здравствене службе као обезбеђење финансијске одрживости система здравствене заштите.

Као што је и раније објашњено, здравствени ситем Црне Горе финансира се кроз доприносе за обавезно здравствено осигурање. Негативан утицај финансијске кризе на пуњење буџета за здравство условио је промену (2010) стопе доприноса за здравствено осигурање са 10,5% на 12,3% када је реч о запосленима, док је стопа доприноса за пензионере смањена са 19% на свега 1%.

У циљу обезбеђења већег броја обвезника пореза и доприноса као и унапређења степена ефикасности наплате јавних прихода, донет је Закон о обједињеној регистрацији чија је примена почела 2011. године. Циљ тог закона је повећање јавног прихода чиме би се директно обезбедило и повећање финансирања здравствене заштите.

У циљу осигурања и обезбеђења финансијске одрживости здравственог система неопходно је:

- Ограничити раст здравствених трошкова
- Идентификовати основне генераторе тих трошкова и на њих деловати одговарајућим мерама
- Промовисати квалитет и ефикасности пружања услуга
- Унапредити ефикасност и рационалности коришћења ресурса
- Редефинисати улоге кључних носилаца здравствене и финансијске политике (Министарство финансија, Министарство здравља и Фонд за здравствено осигурање)
- Дефинисати финансијски аранжман, што подразумева увођење и новог модела плаћања заснованог на ДСГ моделу

Ефикасност здравственог система на глобалном нивоу постиже се путем техничке и алокативне ефикасности. Алокативна ефикасност се односи на утврђивање финансијских ресурса и за њу је одговорно Министарство финансија. Министарство финансија одређује укупан буџет за пружање здравствених услуга и прати и контролише јавну потрошњу по економским категоријама. Министарство здравља је одговорно за техничку ефикасност односно за организацију пружања услуга и истовремено управља здравственим буџетом. Министарство здравља је одговорно за најбољу алокацију ресурса међу главним инпутима функције здравствене производње:

$$H = f(K, S, HR)^{167}$$

К: Капитал/инвестиције; S: Средства; HR: Људски ресурси

¹⁶⁷ Стратегија за оптимизацију секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите са Акционим планом за имплементацију, 2011, Подгорица, Министарство здравља Црне Горе, стр. 60.

Техничка ефикасност је директно условљена алокативном ефикасношћу. Без ефикасног алоцирања финансијских ресурса немогуће је постићи оптимизацију производне функције односно техничку ефикасност. Због тога је потребно обезбедити аутономију сектора здравства (МЗ, ФЗО и пружаоца здравствених услуга) на микро, мезо и макро нивоу, принцип супсидијарности¹⁶⁸ у алокацији ресурса и дефинисања модела плаћања како би се обезбедила ефикасност у функционисању здравственог система.

Ефикасна контрола трошкова у здравству захтева идентификовање њихових генератора. Међународна искуства показују да су здравствене технологије основни генератор трошкова и узрок њиховог раста. Наиме пракса је показала да су нове технологије и фармацеутски производи одговорни за 30-40% повећања трошкова. Разлог томе није само њихова висока цена коштања већ чињеница да се веома често укључују у рад без претходног испитивања њихове ефикасности са клиничког или финансијског аспекта. Са друге стране број и зараде запослених у здравству могу да се тумаче се такође као један од генератора трошкова у здравству. Међутим, њиховом контролом од стране Министрства финансија не може да се максимизира функција здравствене производње нити да се оствари могућност за уштеде.

Ефикасна контрола трошкова захтева сагледавање њихове структуре како са статичког тако и динамичког аспекта.

Стратегија за контролу потрошње у здравству треба да промовише:¹⁶⁹

- Основне принципе техничке ефективности односно аутономију сектора здравства на макро, мезо и микро нивоу у реалоцирању ресурса
- Модел плаћања базиран на услугама, уместо финансирања капацитета
- Увођење уговарања за куповину услуга како би се дефинисали услови за плаћање ефеката и резултата пружања здравствене заштите и регулисао однос између једног платиоца (ФЗО) и пружаоца здравствених услуга
- Рационалност у пружању здравствене заштите кроз политику подстицаја награђивања запосленог за квалитетно и ефикасно пружену здравствену услугу;
- Доследну примену клиничког протокола и смерница у пружању здравствене заштите, као и увођење нових технологија када је то оправдано са клиничког и финансијског становишта

¹⁶⁸ Принцип супсидијарности је општи принцип Европске уније према којем она не предузима радње (изузев у областима својих искључивих надлежности), осим ако оне нису делотворније од радњи предузетих на нивоу државе чланице, регије или локалне самоуправе. Циљ принципа супсидијарности је да осигура ефикасно доношење одлука на нивоу што ближе грађанима.

¹⁶⁹ Стратегија за оптимизацију секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите са Акционим планом за имплементацију, 2011, Подгорица, Министарство здравља Црне Горе, стр. 61.

- Фискалну стабилност сектора здравства кроз доношење дугорочног фискалног плана за стабилизацију здравственог система који ће обухватити годишњу прогнозу здравствене потрошње и јавних прихода у сектору здравства у циљу свођења фискалног дефицита на нулу.

Имајући у виду улогу које Министарство финансија има у обезбеђивању и контроли трошкова намењених финансирању здравствене заштите, неопходно је учешће његовог представника у управљачкој структури Фонда за здравствено осигурање.

Оцена надлежних институција ЕУ и СЗО о достигнутом степену реформи је важан показатељ квалитета политике и нивоа реформи која се спроводи у здравственом систему Црне Горе. У наредном делу биће презентовани резултати истраживања достигнутог степена реформе здравственог система, које је спровело Министарство здравља у сарадњи са СЗО и УНДП.¹⁷⁰ Истраживање је обухватило све нивое здравственог система Црне Горе.

У погледу успешности досадашње реформе здравственог система пацијенти на примарном нивоу имају позитивно мишљење. Наиме, 40,6% испитаника оцењују да је реформа здравственог система успешна, док приближно 39,3% сматра да је делимично успешна. Према мишљењу сваког другог грађанина (50,6%), током спровођења реформе здравства, квалитет здравствених услуга се побољшао. Са друге стране, 30,2% испитаника сматра да је квалитет услуга остао исти.

Постоји висок степен сагласности између одговора испитаника о досадашњој реформи и промени квалитета здравствених услуга. То значи да су се испитаници који су позитивно оценили резултате спроведене реформе, позитивно изјаснили и о промени квалитета здравствених услуга у односу на период пре спровођења реформе.¹⁷¹

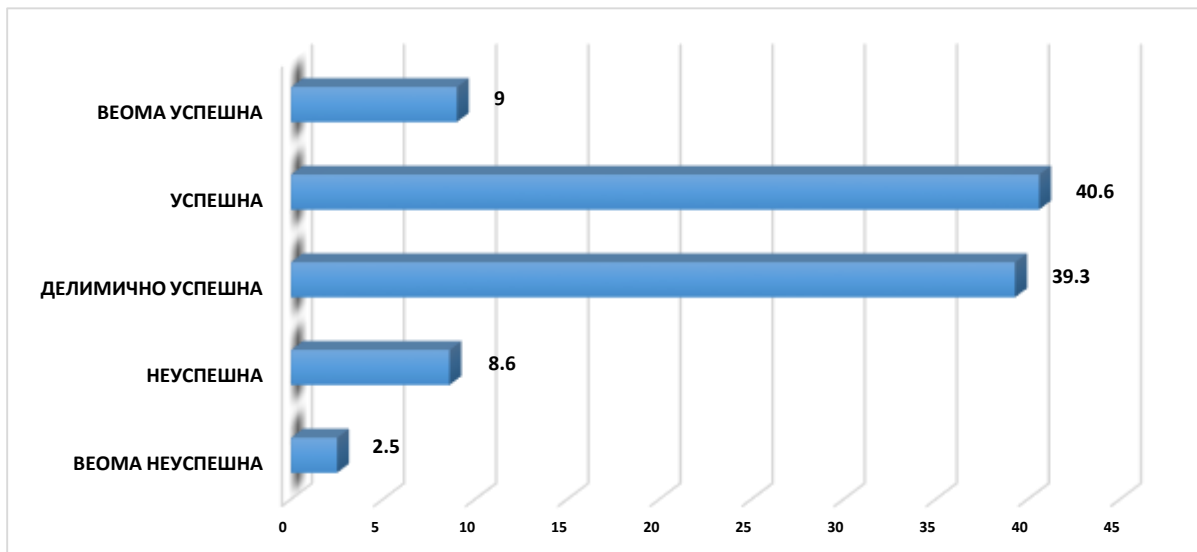
Као карактеристике здравственог система које су се побољшале у односу на период пре спровођења реформе, испитаници су у највећем проценту идентификовали: квалитетнији однос са лекаром што резултира бољом упознатошћу са здравственим стањем и историјом болести пацијента (61,6%) и време чекања на преглед (53,5%) које је смањено увођењем обавезе заказивања прегледа унапред.

На основу добијених података може се закључити да је реформа здравственог система на примарном нивоу, која се спроводила од 2003. године, резултирала позитивним променама, јер су неки од дефинисаних циљева остварени. Са друге стране, спровођењем реформе, према мишљењу пацијената примарне здравствене заштите, промене се нису десиле када је у питању стручност (64,8%) и мотивација лекара (60,1%) и опремљеност установа (55,3%).

¹⁷⁰ *Оцјена интегритета здравственог система у Црној Гори*, 2011, Подгорица, Министарство здравља, УНДП, СЗО,

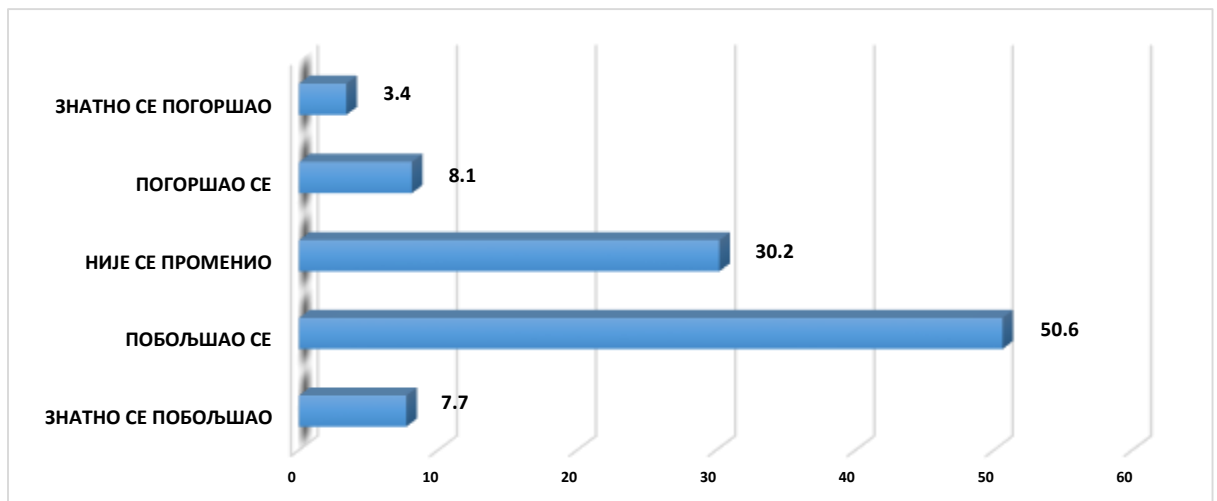
¹⁷¹ Ибидем, стр. 18.

Слика 23. Оцена досадашње реформе



Извор: Оцјена интегритета здравственог система у Црној Гори, 2011, Подгорица, Министарство здравља, УНДП, СЗО.

Слика 24. Промена квалитета здравствених услуга



Извор: Оцјена интегритета здравственог система у Црној Гори, 2011, Подгорица, Министарство здравља, УНДП, СЗО.

Када су у питању главне предности реформе пацијенти издавају: мање чекање у редовима (18,6%), боље праћење пацијената/бољи увид у његово здравствено стање (16,0%), заказивање прегледа унапред (12,1%) и концепт „Изабрани доктор“ (12,0%) који је допринео „повећању дисциплине у домовима здравља“. Од укупног броја анкетираних 14,5% сматра да није било промена на боље услед спровођења реформе јер је „у пракси лоше спроведена“.

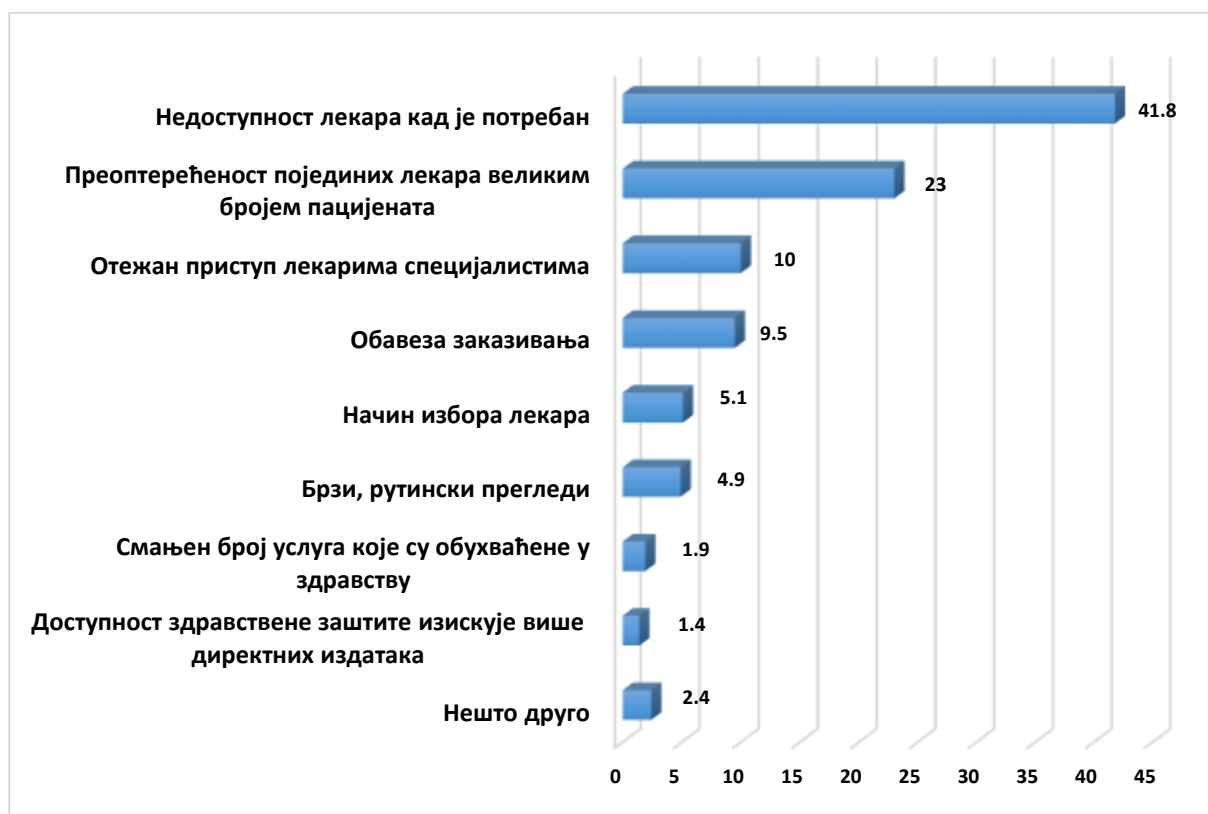
Слика 25. Главне предности реформе



Извор: *Оцјена интегритета здравственог система у Црној Гори, 2011*, Подгорица, Министарство здравља, УНДП, СЗО.

Према мишљењу грађана, реформа здравственог система је, због обавезе заказивања прегледа унапред, „учинила“ недоступним лекаре када су најпотребнији пацијентима (41,8%) што је није била карактеристично за претходни систем пружања здравствене заштите. Поред тога, као главни недостатак реформе пацијенти наводе и преоптерећеност појединих лекара великим бројем пацијената (23,0%) и отежан приступ лекарима специјалистима (10,0%) у односу на период пре спровођења реформе.

Слика 26. Главне недостаци реформе



Извор: Оцјена интегритета здравственог система у Црној Гори, 2011, Подгорица, Министарство здравља, УНДП, СЗО.

9.5. ПРАВНИ ПРОПИСИ НА ПОДРУЧЈУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У ЦРНОЈ ГОРИ

Систем здравствене заштите и здравственог осигурања у Црној Гори уређује Закон о здравственој заштити и Закон о здравственом осигурању. Тим системским законима грађанима Црне Горе се обезбеђује право на здравствену заштиту и здравствено осигурање.

Закон о здравственој заштити подразумева и односи се на регулисање следећих одредби:¹⁷²

- Здравствена заштита представља скуп мера и активности на очувању, заштити и унапређењу здравља, спречавању и сузбијању болести и повреда, правовременом лечењу и рехабилитацији;
- Здравствена заштита се спроводи на начелима свеобухватности, континуираности, доступности и целовитог приступа у примарној здравственој заштити и специјализованог приступа у специјалистичко-конзилијарној и болничкој здравственој заштити;

¹⁷² http://fzocg.me/docs/18/zakon_o_zdravstvenoj_zastiti_2015.pdf

- Здравствена делатност се организује на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите;
- Примарна здравствена заштита је основ система здравствене заштите и први ниво на којем грађанин остварује здравствену заштиту или се укључује у процес остваривања здравствене заштите на другим нивоима, осим у хитним случајевима;
- На секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите грађанима се обезбеђује специјализована и високоспецијализована здравствена заштита, која се не може обезбедити на нивоу примарне здравствене заштите;
- Здравствена заштита организује се на секундарном и терцијарном нивоу, тако да надопуњује примарну здравствену заштиту и пружа јој организовану и континуирану помоћ и подршку, учешћем у едукацији и давањем стручних савета, упутстава, препорука и стручних информација кадровима који раде на нивоу примарне здравствене заштите о практичним питањима и проблемима који се јављају у пружању примарне здравствене заштите;
- На терцијарном нивоу здравствене заштите организује се и спроводи научно истраживачка и научна делатност;
- Настава за потребе факултета здравственог усмерења организује се на свим нивоима здравствене делатности у Црној Гори;

Овим законом се утврђује да су грађани Црне Горе, у остваривању права здравствене заштите, потпуно једнаки. Закон одређује приоритетне мере здравствене заштите, права и дужности здравствених радника и сарадника, лиценце, њихово стручно оспособљавање и усавршавање. Један од главних извора за финансирање мреже јавних здравствених установа су средства обавезног здравственог осигурања као и средства додатног здравственог осигурања.

Законом о здравственом осигурању дефинише се право грађана на остварење права на здравствену заштиту и других права из обавезног здравственог осигурања на начелима обавезности, узајамности и солидарности. Законом је предвиђено лично учешће осигураних лица у трошковима коришћења здравствене заштите. Међутим, оно је утврђено у симболичним износима и велики број осигураних лица је ослобођен тог учешћа.

Законом о здравственом осигурању дефинисана су решења чији су основни циљеви да:

- Организација здравственог осигурања буде препознатљива, ефикасна и финансијски стабилна,
- Осигураницима пружи социјалну сигурност и примереност у коришћењу Уставом и Законом прокламованих права,
- Обезбеди евиденцију о осигураницима и обвезницима уплате доприноса,

- Обезбеди законску основу за успостављање обавезног здравственог осигурања и добровољног здравственог осигурања,
- Правним и физичким лицима - обвезницима уплате доприноса, јасно одреди њихова права и обавезе,
- Омогући реално успостављање уговорних односа између осигураника и давалаца здравствених услуга.

Остваривање права из здравственог осигурања и финансирање пружања здравствених услуга у Црној Гори обезбеђује се преко Фонда за здравствено осигурање. Фонд је једини носилац обавезног здравственог осигурања у Црној Гори. Обавезно здравствено осигурање се финансира из доприноса, мањим делом из средстава буџета, средстава акциза које буџет Црне Горе уступа за финансирање права из здравственог осигурања, донација, средстава по конвенцијама, из накнада штета и других извора. Овим законом су утврђене основице и стопе доприноса, као и обвезници плаћања доприноса.



**ФИНАНСИРАЊЕ
СИСТЕМА
ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ**

ГЛАВА IV

1. МОДЕЛИ ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Имајући у виду да здравствена заштита представља саставни део целокупног друштвеног живота данас се придаје велика важност организацији и финансирању здравствене заштите тј. колико се средства издваја за потребе здравственог система и на који се начин та иста средства користе. Финансирање здравствене заштите подразумева континуирано и одрживо обезбеђење потребних средстава из свих расположивих извора без обзира на њихову изложеност утицају разноврсних фактора политичке, економске, техничке или друштвене природе.

Појам финансирање односи се на начин на који се новац мобилише и како се користи. Финансирање се састоји од најмање три главна инструмента:¹⁷³

1. Методе финансирања – обухватају опште приходе, социјално осигурање, приватно осигурање, финансирање заједнице и плаћање из сопственог џепа. Избор једне од претходно наведених метода финансирања одређује: износ средстава расположивих за здравствену заштиту, ко контролише ресурсе, као и ко сноси финансијски терет.

2. Расподела средства одређује техничку ефикасност у стварању здравствених исхода и такође утиче на ниво заштите од финансијског ризика. Финансијска средства могу се распоредити у односу на:¹⁷⁴

- Мере здравствене заштите: промоција, превенција, откривање, лечење и рехабилитација
- Нивое здравствене заштите: примарни, секундарни и терцијални
- Циљеве и приоритете
- Трошкове здравствене службе: плате, материјални трошкови, опрема
- Начине и изворе финансирања: фонд, буџет, донори и др.

3. Рационализација подразумева поступак унапређења здравствене заштите путем цена, времена чекања, компетентношћу пружалаца здравствене услуге, правом пацијента да бира лекара, расположивошћу комплементарних роба (лекови и хируршки материјал).

Начин финансирања здравствене заштите директно одређује здравствени квалитет грађана и то преко обезбеђења правовремене доступности здравственим услугама и једнакости за све осигуранике у свим здравственим процедурама. У складу са тим, издвојило се неколико начина финансирања са нагласком да ни један модел финансирања здравства не може у потпуности одговорити свим захтевима савременог друштва. Из тог разлога, чак и развијене земље прибегавају комбинацији различитих модела. Све земље – чланице ЕУ за финансирање

¹⁷³ Атанасковић, Н., Ондреј, Ј., Чуданов, М., 2011, Модели реформе финансирања примарне здравствене заштите, *Економске теме*, бр.1., стр.85.

¹⁷⁴ Мићовић, П., Мићовић, И., 2013, *Здравствени систем*, Београд, Европски центар за мир и развој, стр. 30.

здравствене заштите користе допринос као основни механизам, укључујући јавно здравствено осигурање (порези и доприноси за социјално осигурање), приватно здравствено осигурање (медицински штедни рачун – medical savings accounts MSA) и плаћање директно из (сопственог) џепа.

Према томе средства за финансирање здравства могу се обезбедити на више начина.¹⁷⁵

- Порези односно приход од пореза представља извор финансирања низа владиних активности. Средства прикупљена наплатом пореза користе се за финансирање образовања, одбране, полиције, здравства. Који ће се део новца прикупљеног на такав начин утрошити на здравство зависи пре свега од националне таксе и спремности саме државе да тај новац усмери на здравство а не на неки други сектор.

Национални порези су главни извор финансирања здравства у Грчкој, Пољској, Португалији, Шпанији и Великој Британији. Део пореског прихода од продаје дувана такође се користи за финансирање здравствене заштите у Белгији и Великој Британији.

- Приватно осигурање заснива се на принципу добровољности, односно корисник добровољно одлучује да ли ће купити здравствено осигурање које ће га обезбедити у случају болести. Та врста осигурања подразумева сакупљање новца од оних који га имају и желе да се осигурају. Постоје многобројне предности које такво осигурање пружа:

- Приватним осигурањем се мобилишу додатна средства
- Неплаћање ускраћује пружање услуга па према томе не постоји ризик избегавања плаћања пореза
- Корисницима на располагању стоје различити пакети осигурања које бирају у складу са својим интересовањем и могућностима

Приватно осигурање почива на конкуренцији. Конкурентност приватног осигурања углавном се заснива на *селекцији ризика*. Пракса показује да су трошкови здравствене заштите углавном предвидиви јер је већина болести код корисника углавном хроничне природе. Сматра се да на око 5 до 10% укупне популације, одлази више од 70% укупних трошкова у здравственој заштити. То је истовремено и стимуланс приватним осигурањима да продају осигурања само здравим људима. Међутим, што је мање доброг ризика у осигурању, више је трошкова, а самим тим и стопе су веће па га здрави клијенти неће куповати. САД је добар пример здравственог система који се ослања првенствено на приватно здравствено осигурање. У многим другим земљама приватно здравствено осигурање коегзистира са другом врстом здравственог осигурања.

¹⁷⁵ <http://www.rfzo.rs>

- Финансирање од стране локалне заједнице карактеристично је, углавном, за земље са ниским приходима, које на тај начин обезбеђују основну здравствену заштиту свом становништву преко система примарне здравствене заштите и болничке неге. Основни недостатак тог начина финансирања је ограниченост када је у питању обезбеђење веће суме новца.

- Плаћање директно *из џепа* (out-of-pocket) односи се на могућност да пацијент директно, из сопствених средстава плаћа даваоцу здравствених услуга. Тај начин финансирања типичан је за земље са ниским и средњим доходком и типичан његов облик је партиципација. Основне предности таквог начина финансирања су:

- Могућност обезбеђења додатних средстава која се троше у локалној заједници
- Смањење корупције и смањење општих трошкова
- Смањење непотребног коришћења здравствених услуга

Основни изазов овог модела је како обезбедити да пацијенти користе здравствене услуге када су им стварно потребне а у ситуацији су да немају довољно новца да их плате.

Директно плаћање услуга је најчешћи начин да се плати за здравствене услуге у свету. У 60% земаља са примањима испод \$ 1000 по становнику, финансирање из џепа чини 40% укупних расхода ове природе. Насупрот томе, само 30% земаља са високим и средњим доходком зависе у толикој мери од те врсте финансирања. У овом систему сиромашни људи нису у могућности да плате за своју здравствену заштиту.

- Социјално осигурање. Обим средстава који се може обезбедити овим моделом је условљен је могућношћу сакупљана доприноса од послодаваца и осигураних радника. За разлику од пореског система где се средства обезбеђују на индиректан начин кроз порезе, код социјалног осигурања људи директно плаћају своје осигурање. Овај модел се показао као ефикасан само у земљама са већом активношћу у формалном сектору и у компанијама које имају 10 и више запослених. Гана, Нигерија, Јапан, Јужна Кореја, Тајван, Швајцарска, Немачка и Француска имају системе социјалног здравственог осигурања.

Табела 9. Финансирање здравствене заштите

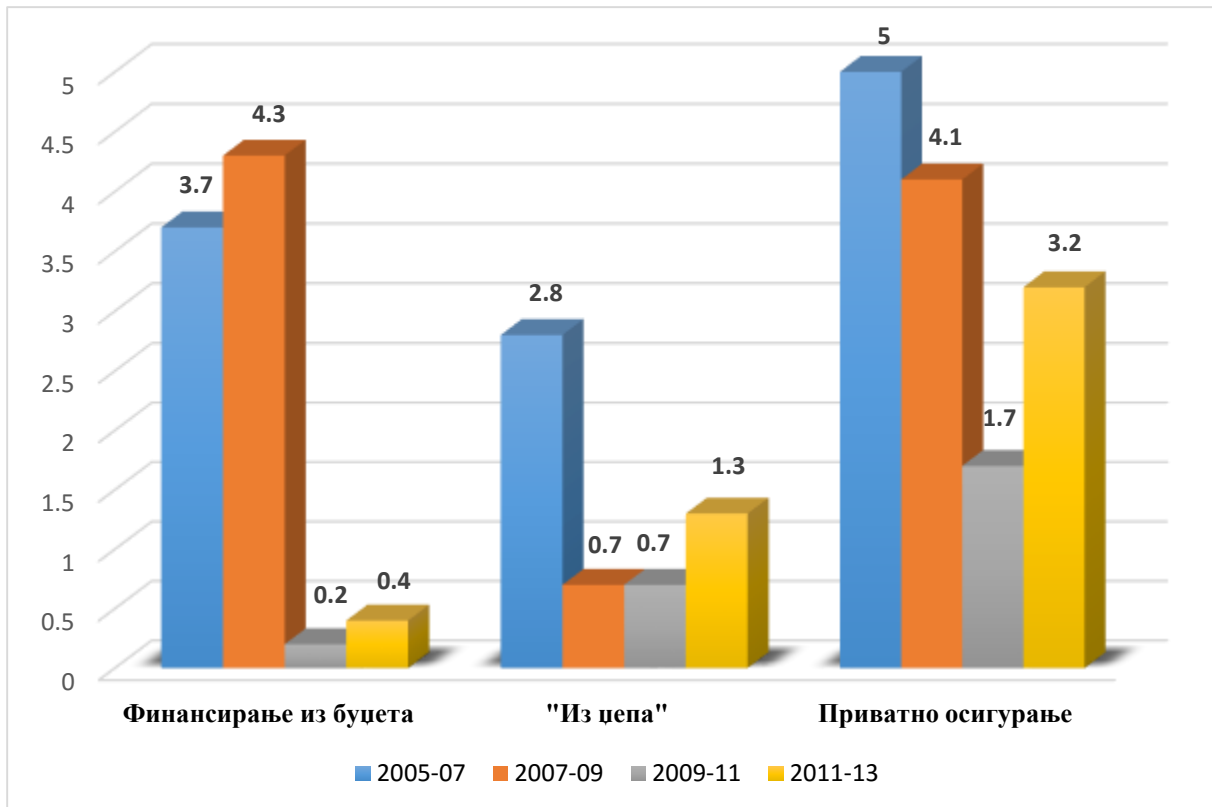
Врсте/начини и извори финансирања	Обим/део
1. Обавезно/основно здравствено осигурање	Радника/службеника Земљорадника Остали (социјално угрожени)
2. Буџет	Део за здравствену заштиту
3. Таксе	Део за здравствено осигурање
4. Радне организације	Део за здравствену заштиту
5. Ужа заједница	Део за здравствену заштиту
6. Лична средства	Партиципација Из џепа
7. Приватно осигурање	По обиму: Потпуно и делимично По лицима: Индивидуално Породично Групно
8. Уједињено у један систем	Обавезно Допунско/додатно
9. Мешано/комбиновано два система	Обавезно Допунско

Извор: Мићовић, П., Мићовић, И., 2013, *Здравствени систем*, Београд, Европски центар за мир и развој, стр. 31.

Према подацима ОЕЦД-а из 2014. године евидентирано је смањење јавне потрошње и повећање приватне потрошње у финансирању здравствених услуга. Скоро три четвртине здравствене потрошње финансира се из јавних извора (буџет или социјално здравствено осигурање).

Снажан раст пре економске кризе резултирао је повећањем просечног јавне потрошње у здравству по годишњој стопи од скоро 4%. У 2010. години, долази до застоја у расту јавне потрошње у здравству. Од тада раст је био веома спор, често у складу са укупним економским растом.

Иако је код приватне потрошње регистрован знатно мањи раст од 2009. године, смањење је ипак мање изражено. Опадање финансирања из буџета и социјално осигурање су биле непосредна последице светске кризе, али и финансирање директно из џепа такође је бележило пад.

Слика 27. Просечна годишња стопа раста здравствених трошкова *per capita* 2005 – 2013. (ОЕЦД)


Извор: www.oecd.org/health

Финансирање директно из џепа је наставило раст од 2009. године али смањеном стопом, што је била последица мера штедње у неким земљама. Учешће овог начина финансирања у Турској у периоду од 1999. до 2013. смањено је са 40% на 22%, док је у Мексику удео упao са 55% на 45% у периоду од 2003. до 2013. године.

Приватно здравствено осигурање чини 7% укупне здравствене потрошње у ОЕЦД-у. За одређени број земаља има само маргиналну улогу а у неким чима значајан удео, нпр. у САД 35%, Чилеу 21%. Учешће је такође изнад 10% у Словенији, Француској, Ирској, Канади. Док приватно осигурање бележи пад у здравственој потрошњи у периоду 2009-2011., у наредном периоду до 2013. бележи раст од 3,2%.

Према подацима World Development Report 2015, у свету се око 60% средстава за здравствену потрошњу издваја из буџета и обавезног здравственог осигурања а око 40% из приватног осигурања (директно из џепа око 19%).

Табела 10. Здравствени трошкови, јавни (% од укупних здравствених трошкова)

	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.
Свет	58,4%	58,9%	59,9%	60,6%	60,5%	60,6%	60,0%	59,6%
В. Британија	81,7%	80,5%	81,4%	83,2%	84,0%	83,4%	84,0%	83,5%
САД	44,9%	45,0%	45,9%	47,1%	47,4%	47,3%	47,0%	47,1%
Аустралија	66,7%	67,6%	67,5%	68,4%	68%	68,7%	67,2%	66,6%
Немачка	76,4%	76,4%	76,4%	76,8%	76,7%	76,5%	76,7%	76,8%
Шведска	81,1%	81,4%	81,5%	81,5%	81,5%	81,7%	81,3%	81,5%
Италија	78,2%	78,3%	78,9%	78,9%	78,9%	77,1%	77,3%	78%
Француска	77,6%	77,7%	77,3%	77,5%	77,5%	77,3%	77,4%	77,5%
Србија	63,0%	61,4%	62%	61,9%	61,9%	62,1%	61,2%	60,5%
Црна Гора	70,1%	67,5%	65,1%	59,5%	60,5%	60,6%	61,7%	57,3%
БиХ	60,1%	63,7%	67,7%	70,6%	70,9%	71,3%	71,2%	70,0%
Хрватска	86,1%	87%	84,9%	85,7%	85,7%	78,6%	80,1%	80,0%
Словенија	72,7%	72,3%	74,3%	73,8%	74,2%	73,5%	71,5%	71,6%

Извор: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.publ>

И у том делу финансирања здравствене заштите постоје разлике од земље до земље. Тако нпр. у В. Британији финансирање здравствене заштите из буџета износи 83,5%, у САД-у тај проценат учешћа у финансирању укупних здравствених трошкова износи 47,1%.

Финансирање директно из џепа учествује са 18,6% у укупним светским здравственим трошковима.

Табела 11. Финансирање директно из чепа (% од укупних здравствених трошкова)

	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.
Свет	18,0%	18,0%	18,1%	17,5%	17,8%	18,1%	18,4%	18,6%
В. Британија	9,9%	10,0%	8,9%	8,7%	8,8%	9,3%	9,0%	9,3%
САД	13,0%	13,0%	12,7%	12,2%	12,0%	11,9%	11,9%	11,8%
Аустралија	18,6%	18,0%	17,9%	18,1%	18,6%	17,9%	18,7%	19,1%
Немачка	13,7%	13,6%	13,3%	13,1%	13,1%	13,1%	13,0%	12,9%
Шведска	16,6%	16,5%	16,4%	16,4%	16,3%	16,1%	16,5%	16,3%
Италија	18,6%	18,8%	18,5%	17,7%	17,5%	18,8%	18,8%	18,0%
Француска	7,5%	7,3%	7,6%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%	7,4%
Србија	32,9%	34,8%	35,1%	35,2%	36,4%	36,2%	37,1%	37,9%
Црна Гора	29,9%	32,5%	34,9%	40,5%	39,5%	39,5%	38,3%	42,7%
БиХ	39,9%	36,3%	32,3%	28,6%	28,3%	27,8%	27,8%	29,0%
Хрватска	13,4%	12,4%	14,5%	13,7%	13,8%	13,1%	12,4%	12,5%
Словенија	11,6%	13,0%	11,9%	11,9%	12,2%	11,8%	11,9%	12,1%

Извор: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.oopc.to.zs>

2. МОДЕЛИ ПЛАЋАЊА ДАВАЛАЦА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА

Модел плаћања даваоцима здравствених услуга представља важан инструмент у промовисању развоја здравственог система и остваривању циљева здравствене политике. Он представља механизам за преношење средстава од купца здравствених услуга на пружаоца, док систем плаћања пружаоца услуга представља метод плаћања комбинован са свим системима за подршку (систем за управљање информацијама, механизми одговорности који прате метод плаћања). Начин плаћања здравствене услуге је од великог значаја јер утиче како на понашање давалаца тих услуга тако и на ниво и квалитет здравствене заштите, што утиче на економску ефикасност система здравствене заштите.

Модел плаћања значи начин на који се новац дистрибуира од извора средстава (Влада, ФЗО или други финансијер који поседује средстава за здравствену заштиту) на здравствене установе (болнице, домове здравља и сл.) или на индивидуалне провајдере (доктори, медицинске сестре и др.)

Данашња пракса не познаје универзални модел плаћања давалаца здравствених услуга (провајдера). Углавном државе комбинују два, па и више модела плаћања, у зависности од конкретних услова који владају у датом систему здравствене заштите.

Углавном у свим земљама преовладава проспективни приступ. Тај приступ подразумева да је даваоцу услуга за његов рад унапред одређен и познат обим услуга као и сума новца коју ће примити за пружене услуга. Други приступ, ретроспективни, присутан је једино код плаћања апотекарске делатности, у тржишним системима здравствене заштите, у приватним осигурањима и можда у делатностима у којима платилац услуга жели повећати доступност услуга осигураницима. Најједноставнији облик плаћања здравствених услуга јесте паушал. То је приступ по којем се даваоцу услуга одреди годишњи износ новца којим мора остварити планирани обим рада. Такав начин плаћања се примењује у случају када је главни циљ платиоца задржавање трошкова здравствене заштите у оквирима његових прихода.

Данас се здравствене услуге могу плаћати на један од следећих начина:

1. Плаћање путем плате
2. Плаћање по здравственој услузи
3. Плаћање по болничком дану
4. Плаћање по основу унапред одређеног буџета
5. Плаћање по основу капитације
6. Плаћање по основу дијагностички сродних група (ДСГ)

2.1. СИСТЕМ ПЛАЋАЊА ПУТЕМ ПЛАТЕ

Систем плаћања путем плате односи се на месечно плаћање лекара по фиксном износу које је независно од броја пацијената и обима пружених здравствених услуга. Значи, основна карактеристика система плаћање путем плата је да примања лекара не зависе нити од обима њиховог рада нити од његовог квалитета. У складу са тим лекари нису мотивисани нити заинтересовани за побољшање квалитета пружених услуга. Са друге стране, тај систем плаћања погодује и појави корупције. У Мађарској су, на пример, овај проблем покушали да реше тако што су лекарима 2002. године повећали плате (за око 50%), али то само по себи није довело до жељеног резултата јер се проблем корупције у здравству не јавља само због ниских примања, већ и због других разлога, на пример, због недостатка мотивације, недовољног или неадекватног образовања, одсуства свести о личној одговорности медицинског особља и др. Поред тих недостатата, овај систем има и одређене предности. Једна од њих је да омогућује успешну контролу укупних здравствених трошкова а друга је да су здравствене услуге свима једнако доступне, макар формално.

Овај систем плаћања је заступљен у великом броју земаља и то на свим нивоима здравствене заштите, како у јавном тако и у приватном сектору. Притом, у неким државама он се комбинује са неким другим начином плаћања, на пример са системом капитације.

2.2. ПЛАЋАЊЕ ПО ЗДРАВСТВЕНОЈ УСЛУЗИ

Плаћање по услузи представља плаћање сваке медицинске процедуре посебно. Тај систем плаћања (*fee for service*) је углавном заступљен у болничкој нези. У примарној здравственој заштити се користи у оним земљама где већина лекара има статус samozапослених лица. Позитивне стране тог система су добар квалитет пружене здравствене услуге и већа приступачност здравственој заштити. Основни недостатак је што овај начин плаћања доводи до повећања трошкова за здравствену негу. Лекари често пружају већи број услуга него што је медицински потребно, или се опредељују за скупље услуге зато што на тај начин остварују веће зараде. Поред тога, овај систем плаћања захтева озбиљну администрацију, што додатно увећава трошкове здравствене заштите. Да би се избегли ти недостаци а искористиле предности, овај систем се често комбинује са неким другим системом плаћања.

2.3. ПЛАЋАЊЕ ПО БОЛНИЧКОМ ДАНУ

Овај начин плаћања здравствених услуга је првенствено везан за болнице и њихове услуге. Позитивна страна тог система су веома једноставна и јефтина администрација, као и већа посвећеност пацијентима. Негативни ефекти су што се тим системом мотивишу болнице да примају што више пацијената, али и да медицински неоправдано продужавају њихов боравак у болници. На тај начин долази до повећања трошкова здравствене заштите. Из напред наведених разлога, примена овог система плаћања се ограничава на тачно одређене ситуације

2.4. ПЛАЋАЊЕ ПО ОСНОВУ УНАПРЕД ОДРЕЂЕНОГ БУЏЕТА

Основна карактеристика овог начин плаћања је да се унапред утврђује буџет, односно сума новца који може да се плати даваоцима здравствених услуга. У вези са овим начином плаћања основна дилема је да ли ће оно што је предвиђено буџетом одговарати стварним трошковима, односно да ли ће ти трошкови остати у границама планираног буџета или не. Одговор на ово питање зависи од тога да ли је у питању фиксни или флексибилан буџет. Код фиксног буџета, пружаоци услуга су у потпуности одговорни како за губитке тако и за добитке. Код флексибилних буџета прекорачење трошкова се чак и не санкционише. Поред ових врста буџета, разликују се и глобални и секторски буџет. Глобалним буџетом се планирају трошкови

за целокупну здравствену заштиту, док се секторски буџети одређују за поједине делове здравственог система (нпр. болничка нега, лекови и сл.).

У Немачкој се, на пример, за плаћање болницама примењује систем флексибилних буџета. То значи да се за сваку болницу унапред одређује буџет, па уколико болница прекорачи буџет онда она добија надокнаду за то прекорачење на основу варијабилних трошкова који се одређују по систему дијагностички сродних група (али из буџета могу добити максимално 35% од тих трошкова које су премашили), што болнице мотивише да предузму све потребно да би се кретале у оквиру буџета.

Иначе, у Француској је првобитно уведен чист буџетски систем плаћања за болнице (1998-1999), по коме је било предвиђено да су лекари који су премашили буџет обавезни да надокнаде ту разлику, док у случају да буџет није достигнут лекари су могли добити додатке на зараду. Ипак, пропис који је то предвиђао оборен је пред Врховним судом Француске, уз образложење да је супротан Уставу јер ствара услове за неједнакост, да је неетички и да мотивише лекаре да преписују мање лекова него што је то медицински потребно и оправдано. И у том случају болнице су мотивисане да врше одабир пацијената тако да примају оне пацијенте чији су трошкови лечења мањи, јер на тај начин не ризикују да прекораче буџет, односно могу и зарадити ако направе уштеде у односу на предвиђени буџет. Сем тога, могуће је и премештање пацијената из једне болнице у другу, али не из медицински оправданих разлога, већ да би се трошкови болница уклопили у предвиђени буџет. Све напред наведено представља негативне стране тог система плаћања. Позитивне последице овог начина плаћања су те да не захтева компликовану администрацију па то појефтиније трошкове за здравствену заштиту.

2.5. ПЛАЋАЊЕ ПО ОСНОВУ КАПИТАЦИЈЕ

Према систему капитације лекари се плаћају на основу броја пацијената којима пружају здравствене услуге. Овај систем се готово искључиво користи у примарној здравственој заштити, односно за плаћање лекара опште медицине, тј. породичних лекара. Капитација, као облик плаћања, помиње се још у III веку пре нове ере, у Кини, где је лекарима исплаћивана накнада у фиксним износима. И у средњовековној Енглеској су постојали извештаји о исплатама фиксних сума лекарима. У XIX веку, у биографији Марка Твена, помиње се да је у САД-у лекару исплаћена фиксна сума за породичну здравствену заштиту. Капитација, као вид плаћања примарне и секундарне здравствене заштите, данас се примењује у земаљама у којима се здравствено осигурање финансира из буџета, дакле, у државама које прихватају Беверицов модел здравственог осигурања (нпр. Велика Британија, Италија,

Шпанија) и у земљама у окружењу (Хрватској, Словенији и Македонији) са различитим модалитетима.

Капитација по дефиницији представља метод плаћања здравствене заштите у коме је лекару или институцији плаћена фиксна количина новца за сваког корисника, без обзира на број или природу услуга које су тој особи пружене у одређеном временском року или је коригована односно повезана у односу на пол, године, хроничне болести и социјални статус.¹⁷⁶

Износ новца који се обезбеђује је унапред дефинисан и не зависи од тога које су услуге у том временском периоду пружене. Износ капитације се одређује у односу на очекиване трошкове пружања здравствене заштите. Код тог начина плаћања лекар појединац или здравствена установа сnose значајан ризик, односно сама здравствена установа на неки начин постаје мало здравствено осигурање. Неки појединци ће постати озбиљно болесни и требаће им лечење које кошта много више него што је износ утврђен капитацијом, заузврат други неће бити болесни и неће им требати ниједна здравствена услуга. Код капитације постоје три варијанте модела плаћања:

1. Све услуге се плаћају капитацијом
2. Део цене сваке услуге се плаћа кроз накнаду која се одређује капитацијом, а део цене сваке услуге се плаћа накнадом за услугу
3. Највећи део услуга се плаћа капитацијом, али се неке од њих, чије пружање се посебно стимулише (превентивне услуге) плаћају посебно

Предности капитације се огледају у релативно лакој доступности лекара пацијентима, будући да су лекари мотивисани да лече што већи број лица. Међутим, таква ситуација може негативно да се одрази на квалитет пружених услуга, па је овде кључно правилно предвидети услуге које се уобичајено пружају пацијентима одређених ризичних група, јер се према томе одређује износ који се плаћа по пацијенту. Другим речима, неопходно је добро одредити пацијентов профил, на пример, према старости или према полу, па према томе прилагодити плаћање јер се само тако може гарантовати квалитетна услуга и једнака доступност лекара пацијентима. Тиме се и лекари у примарној здравственој заштити адекватно мотивишу да лече што већи број пацијената, уместо да их прослеђују на даље лечење болницама или лекарима специјалистима, чак и када то није медицински неопходно.

Плаћање по основу капитације се, такође, често комбинује са другим системима плаћања. Искуство различитих земаља показује да је најбољи начин плаћања примарне здравствене заштите заправо мешовити модел и комбиновање капитације са плаћањем накнаде за услугу уз правилно комбиновање различитих елемената који треба да обезбеде правилно

¹⁷⁶ <http://www.sindikatzdravstva.org.rs/files/kapitacija.pdf>

стимулисање даваоца здравствених услуга како би обезбедили здравствену услугу не само на најрационалнији, већи на најквалитетнији начин. Тако, на пример, у Шпанији лекари опште медицине (породични лекари) примају фиксну плату, дакле плаћају се по систему плата, али добијају и додатак који се обрачунава по основу капитације. Износ капитације није фиксно одређен нити је одређен у јединственом износу за целу земљу, будући да је цео здравствени систем уређен на регионалном нивоу. Тачни износ капитације у свакој провинцији зависи од различитих чинилаца, на пример, од старости пацијента, од процента популације старије од 65 година у тој провинцији, итд.

Овај систем плаћања за здравствене услуге се примењује, на пример, у Белгији. Међутим, уочене су злоупотребе у погледу фактурисања већих рачуни, а све у циљу остварења већег профита. Због тога је у Белгији 1990. године започета реформа система здравственог осигурања која је обухватила и питање плаћања лекара и здравствених установа.

Развијене западне земље увеле су капитацију као модел плаћања у примарној здравственој заштити углавном да би успоставиле механизам контроле трошкова у ситуацијама када су плаћања према услугама измицала контроли. Искуства тих земаља показују да су трошкови пружања примарне здравствене заштите знатно снижени управо захваљујући примени капитације као доминантног начина плаћања. Капитација, у тим случајевима, представља инструмент смањења трошкова кроз обезбеђивање стимулације даваоцима здравствених услуга да пружају услуге на што ефикаснији начин. Постоји изразита забринутост многих земаља да плаћање капитацијом најчешће није повезано за обезбеђивањем квалитетних здравствених услуга. Због тога многе земље уводе различите индикаторе помоћу којих покушавају да и на други начин вреднују здравствене услуге које се пружају у примарној здравственој заштити. Један од најкомпликованијих система индикатора се примењује у Великој Британији.

Предност тог начина плаћања одражава се у немогућности прекорачења буџетских средстава. Слабост тог модела плаћања јесте у томе што не прави разл ику између оних којих раде боље, више и квалитетније. Једноставније речено, ако један лекар прегледа у просеку дневно 10, а други лекар прегледа 70 пацијената, не постоји механизам за награђивање оног који боље ради у односу на другог, јер ће оба лекара добити загарантовану зараду.

2.5.1. КАПИТАЦИЈА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Процес увођења капитације, као модела плаћања у здравственој заштити, није заобишао ни Србију. За разлику од развијенијих земаља које капитацију користе како би прешле са једног на други систем плаћања према резултатима, у Србији је капитација требала да обезбеди прелазак са модела плаћања - према капацитетима, на модел плаћања према учинку.

Дотадашњи начин плаћања углавном представља плаћање закупа капацитета, тако да је увођењем капитације требало омогућити плаћање здравствених услуга на бази броја опредељених лица, односно плаћање по учинки, као на пример, плаћања стоматолошких услуга, услуга Завода за јавно здравље и сл.

Примена капитација у здравству Републике Србије предвиђена је путем пројеката Министарства здравља Републике Србије и Европске Уније - "Подршка примени капитације у примарној здравственој заштити у Србији". Пројекат је финансирала Европска Унија и обухватао је 25 домова здравља у Србији. Активности на пројекту започеле су у септембру 2007. године, а сам пројекат је завршен крајем 2010. године.

Увођење капитације као начина финансирања здравствене заштите требало је да доведе до:

1. Квалитетније и рационалније здравствене заштите, односно да се са обезбеђеним средствима пружи квалитетнија и обимнија здравствена заштита;
2. Реалног праћења и финансирања трошкова здравствене заштите и спречавања да установе праве губитке пружајући бољи квалитет и већи обим здравствених услуга;
3. Једнако доступну здравствену заштиту за осигуранике, као и
4. Квалитетне здравствене заштите која подразумева набавку опреме за примарну дијагностику, едуковани и обучени кадар, адекватан простор и сл.

Увођење капитације захтевало је и испуњење одређених предуслова који су подразумевали следеће активности Министарства здравља РС, Републичког фонда здравственог осигурања и Института за јавно здравље:

- Донесен је Правилник о номенклатури здравствених услуга на примарном нивоу здравствене заштите,
- Донесен је ценовник услуга и нови начин извештавања Домова здравља о пруженим услугама осигураницима који пружа могућност јаснијег праћења података који се тичу изабраних лекара, као и осигураника којима је пружена појединачна услуга.

Примена капитације у Србији је замишљена као механизам плаћања где изабрани лекар који ради у примарној здравственој заштити добија део плате на основу радног учинка, а не као механизам за обезбеђивање средстава здравственој установи за пружање примарне здравствене заштите по глави корисника.

Са правног аспекта, Уговором, у складу са чланом 181. Закона о здравственом осигурању ("Службени гласник РС", бр. 107/2005, 109/2005 (испр.), и 57/2011) утврђени су следећи начини плаћања здравствених услуга: 1) плаћање по једном опредељеном осигураном лицу (капитација); 2) плаћање по случају, односно по епизоди болести или повреде; 3) плаћање по ценама појединачних здравствених услуга; 4) откупом плана рада давалаца здравствених

услуга; 5) плаћање по дијагностички сродним групама болести и повреда; 6) други начини утврђен уговором. Дакле, капитација је предвиђена као један од начина плаћања.

РЗЗО је развио моћан информациони систем као припрему за увођење капитације и успоставио систем електронске фактуре за пружене услуге са свим пружаоцима здравствених услуга. Од 1. јануара 2009. године, РЗЗО сакупља информације о свакој здравственој услузи (преко 10 милиона месечно) укључујући и информације о доктору који их приказује, времену и месту, кориснику и врсти услуге. Ти подаци представљају основу за мерење и поређење учинка лекара у Србији.

Од 1. јануара 2010. плата запослених у здравству састоји се од два дела: фиксног и варијабилног дела у пропорцији од 70% према 30%. Фиксни део плате укључује све класификације на основу платних разреда, док варијабилни део зависи од мере извршења услуга односно учинка. Учинак се процењује на основу четири категорије: регистрације, рационалности, ефикасности и превентива. Категорија регистрација значи број регистрованих пацијената које има сваки изабрани лекар (ово практично значи да би сваки лекар за сваког опредељеног пацијента, у зависности од његове старости, добијао одређени број бодова); категорија рационалност представља просечну вредност прописаних рецепата за лекове по осигуранику; категорија ефикасност укључује број посета пацијената у току радног времена и категорија превентива обухвата број превентивних услуга у односу на укупан број прегледа. Свака категорија може да укључи више показатеља на основу којих ће учинак бити оцењиван. Сваки од тих елемената утицаће на варијабилни део зараде у следећем односу: регистрација - 40%, рационалност - 20 % ефикасност - 10% и превентива - 30%. Кључно питање је да РЗЗО није желео да успостави било која ограничења или стандарде током процењивања већ је дозволио да то лекари учине сами. Учинак лекара по категоријама је, у ствари, међусобно поређење лекара. Према томе, уколико лекари у свакој категорији постигну већи учинак, разликоваће се од просека у поређењу са свим лекарима у тој категорији. Сума подељена по категоријама у основи је за рачунање варијабилног дела плате.¹⁷⁷

У извештају Агенције за борбу против корупције Републике Србије наведено је следеће: Од недавно је на снази систем „капитације“ који нигде није положио испит у ЕУ. Овакав систем награђивања унео је додатно незадовољство међу здравствене раднике, јер не стимулише квалитет, а нема ни једног индикатора који би ту био узет као основ за награђивање (на пример, не мере се добри резултати у лечењу, већ се само узима у обзир број пацијената и број прегледа - другим речима, устоличен је систем награђивања у којем се стимулише да лекар има што болеснијег пацијента, да он долази што чешће, што је у потпуној супротности са етичким

¹⁷⁷ <http://www.crnps.org.rs>

нормама струке). Администрација је на својеврстан начин „сахранила“ стручне стандарде у здравству, јер, уколико жели више да заради, лекар у државној установи мора да се „огреш“ о струку и да учини све да му пацијент што чешће долази.¹⁷⁸

2.5.2. КАПИТАЦИЈА У ЦРНОЈ ГОРИ

Плаћање по методи капитације представља уплаћивање фиксне своте новца по једном одређеном пацијенту за одређени временски период (1 година) која се лекару плаћа унапред за услуге из програма здравствене заштите уговорене на темељу уговора са Фондом за здравствено осигурање. Висина капитације је у правилу диференцирана с обзиром на старост и пол одређених лица, а најчешће и с обзиром на здравствено стање. Капитација је најприкладнија за финансирање лекара и њихових тимова у примарној здравственој заштити (изабрани лекар). У износ капитације могу бити укључене и лабораторијске услуге, дежурства, итд. Капитација се обично комбинује и са плаћањем по услугама или паушално.¹⁷⁹

Циљеви новог модела плаћања примарне здравствене заштите (капитације) у Црној Гори су:

- Унапређење ефикасности финансирања примарне здравствене заштите
- Унапређење квалитета здравствених услуга у примарној здравственој заштити;
- Одржавање и унапређење финансијске стабилности јавног здравственог сектора
- Унапређење једнаког приступа примарној здравственој заштити
- Стимулисање пружања превентивних услуга
- Унапређење ефикасности алокације јавних средстава (не преплаћивати и не потплаћивати поједине даваоце услуга у примарној здравственој заштити)

У здравственом систему Црне Горе капитација као модел плаћања комбинује се са плаћањем по услугама. Половину својих прихода избрани доктор остварује путем капитације а остатак фактурисањем унапред дефинисаних услуга. Овакав начин плаћања фаворизује добре стране и минимизира лоше стране тих начина плаћања. Коришћењем капитације као јединог механизма плаћања стимулисало би избране лекаре да пружају што мањи број услуга с обзиром да њихов приход не зависи од обима пружених услуга већ од броја одређених (регистрованих) пацијената и њихове старосне структуре. Са друге стране, уколико би се као механизам плаћања примењивало плаћање по услугама, онда би лекари били стимулисани да пружају што више услуга без обзира да ли су оне стварно потребне или не. У том случају квалитет пружених услуга би падао уз истовремени раст трошкова здравствене заштите. Тај

¹⁷⁸ Агенција за борбу против корупције Републике Србије, 2103, *Верификација ризика из планова интегритета и анализа успешности самопроцене органа јавне власти - Систем здравства*, Београд, стр. 9.

¹⁷⁹ *Стратегија јавно-приватног партнерства у здравству Црне Горе са акционим планом за период 2014-2017. године*, 2014, Министарство здравља Црне Горе, стр. 19.

механизам подразумева да се плаћање врши само након пружене услуге и укупан износ тог дела фактуре зависи од броја пружених услуга и њихових цена до максимално утврђеног износа.

Надлежно Министарство за област здравства актом дефинише састав тимова изабраног доктора. Актом се утврђује норматив кадра у примарној здравственој заштити као и минималан и максималан број осигураних лица који треба да има тим изабраних доктора.

Проста капитација би подразумевала да се средства деле на основу броја опредељених грађана. Пошто се потребе за здравственом заштитом разликују код грађана, пре свега због њихове старосне структуре, уводе се коефицијенти за поједине групе грађана (седам старосних група). На основу утврђених коефицијената за сваку старосну групу и броја осигураних лица, утврђује се укупан број коефицијената. Делјењем укупног броја коефицијената и броја осигураних лица добија се просечан коефицијент по осигураном лицу за изабране докторе. Множењем просечних коефицијената са минималним односно максималним бројем осигураних лица добија се минималан односно максималан број коефицијената.

Утврђене вредности капитације нису исте за сва подручја Црне Горе. Имајући у виду специфичности појединих подручја у делу финансирања за мање развијене општине и општине са мањом густином насељености, уводе се и додатни коефицијенти. Ти коефицијенти се додају на основни коефицијент за свако осигурано лице. Додатни коефицијент омогућава да се увећају зараде тимова изабраних доктора и покрију већи трошкови пословања које имају здравствене установе – пружаоци здравствених услуга у руралним крајевима Црне Горе (већи трошкови енергената неопходних за грејање, покриће рада сеоских амбуланти, санитарски превоз и сл.)

У оквиру Пројекта унапређења система здравства Црне Горе (2005), развијена је Методологија одређивања вредности капитације и цена здравствених услуга у примарној здравственој заштити. Тако креиран документ требало би да представља основ за примену нових начина плаћања у здравству, пре свега у систему примарне здравствене заштите у Црној Гори. Методологија је тестирана у Дому здравља Подгорица као пилот пројекат од јуна 2006. године. Нов начин организације и финансирања примарне здравствене заштите, након тога, бива имплементиран у Домовима здравља Даниловград, Тиват и Рожаје, а од 2008. у осталим домовима здравља.

2.6. НОВИ МОДЕЛИ ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА

Нови модели финансирања у здравственом систему који омогућавају ефикаснији и ефективнији рад, као и виши квалитет здравствене заштите су Casemix и дијагностички сродне групе.

2.6.1. CASEMIX

Појам casemix односи се на систем класификације пацијената у групе, према различитим дијагностичким критеријумима. Основу casemix система чини унапред одређени пакет услуга са просечном ценом за лечење пацијената. Најзаступљенији систем класификације у оквиру casemix система представља систем дијагностички сродних група. Casemix омогућава поређење учинка и трошкова између болница уз помоћ категоризације „микса“ или скупа пацијената у дијагностички сродне групе које деле заједничке клиничке карактеристике и сличне начине употребе ресурса.

Casemix подаци користе се у различите сврхе: за финансирање услуга и финансијски менаџмент, одређивање епидемиолошких параметара - учесталости и дистрибуције обољења у популацији, за контролу утрошених средстава, планирање кадровских потреба, праћење квалитета услуга и поређење рада међу установама.

2.6.2. ДИЈАГНОСТИЧКИ СРОДНЕ ГРУПЕ ДСГ (DIAGNOSIS RELATED GROUPS - DRG)

Дијагностички сродне групе (ДСГ) представљају метод класификације болнички лечених пацијената у групе које имају сличне клиничке специфичности и захтевају сличну потрошњу болничких ресурса. ДСГ успостављају везу између броја и врсте акутних болничких пацијената са ресурсима утрошеним за њихово лечење.

Термин дијагностички сродне групе (ДСГ) је превод енглеског израза (Diagnosis Related Groups - DRG). ДСГ се заснива на систему који је развио тим са Универзитета Јејл (1975) у Сједињеним Америчким Државама. Од тада тај систем налази примену широм света у циљу финансирања болничког лечења на основу учинка и мерљивих резултата.

Дијагностички сродне групе представљају нови модел финансирања болница базиран на принципу „новац прати пацијенте“, што значи да се финансирање заснива на резултатима (учинцима), а не на улазним подацима (капацитетима).

Последњих година већи број земаља је прешао са модела плаћања болница по услугама и капацитету на модел плаћања по учинку, у које спада и ДСГ.

Плаћање према ДСГ има карактеристике доброг система плаћања болничког рада, а то су:

- Подстицање и награђивање ефикасног рада давалаца здравствених услуга
- Осигурање једнакости за све болнице и пацијенте
- Лак је за управљање и усавршавање
- Користи клинички прихватљиву класификацију процедура
- Плаћање се заснива на најбољим доступним подацима
- Осигурава транспарентност у уговарању здравствене заштите

Финансирање по систему ДСГ се односи на:

- Услуге пружене током акутног болничког лечења (стационар)
- Услуге пружене у дневној болници

ДСГ систем се не односи на:

- Амбулантне услуге
- Здравствене услуге из области психијатрије и менталног здравља
- Здравствене услуге из области физикалне медицине и рехабилитације
- Медицину рада

ДСГ се користе као начин анализе и извештавања и као начин плаћања по учинку. Под учинком се подразумева целокупна епизода лечења болести или обраде здравственог стања (од уласка у болницу до изласка из ње). Као начин извештавања, ДСГ систем се (у целини или његови елементи) може користити за највећи део болничких активности. Као начин плаћања, ДСГ се користе за акутне болничке пацијенте.

Класификација по систему ДСГ даје могућност груписања болнички лечених пацијената, повезивање података о пацијентима с трошковима болнице, поређење обима рада болница узимајући у обзир сложеност случајева, унапређење система интерне контроле трошкова и правилније расподеле средстава међу болницама.

Основна идеја плаћања по ДСГ је плаћање по епизоди. Епизода обухвата период од пријема до отпуста из болнице. Трајање епизоде може варирати, од једног до више дана. Сви трошкови здравствене заштите који настану у том периоду су укључени у цену. Тај приступ се назива још и плаћање по случају и користи се у свим земљама ЕУ.

Плаћање по случају, углавном, укључују све болничке трошкове – плате, опрему, лекове, осигурање и сл. Међутим, у неким земљама из болничких трошкова су искључени капитални трошкови, трошкови едукације здравственог особља, трошкови клиничких испитивања и сл. То значи да ти трошкови нису покривени ДСГ-ом, већ се њихово финансирање остварује из других извора.

Чест проблем који се јавља код тог приступа је да болесници могу остати дуже и коштати више, јер су болеснији или, пак, то може бити последица слабог управљања (нпр. због слабог

планирања отпуста или слабе координације у спровођењу дијагностичких и терапијских процедура). Због тога ДСГ систем комбинује овај приступ с употребом мера за обрачун сложености случајева. На тај начин болнице се мотивишу да минимизирају трошкове и скрате просечну дужину боравка у њој.

Следећи ризик су непримерени премештаји болесника из једне болнице у другу. То је случај када болница премешта пацијента у другу болницу како би избегла финансијско оптерећење због компликованости и скупоће третмана болесника. ДСГ систем осигурава да ниједна болница не може изгубити или добити у финансијском смислу због одлуке о премештају, те ће се одлуке о премештају доносити искључиво имајући у виду добробит пацијента.

Основне предности ДСГ система су да:

- Мотивише смањивање трошкова по болеснику кроз скраћивање времена хоспитализације, усмеравање на дневно болничко лечење и смањивање броја дијагностичких и терапијских процедура

- Омогућава детаљно праћење болничког пословања
- Омогућава упоређивање болничког пословања
- Омогућава правилнију расподелу средстава међу болницама
- Олакшава унутрашњи надзор у трошковима лечења, а нарочито спољашњи надзор и контролу трошкова.

Основне слабости овог система свде са на то што мотивише претерану штедњу превременим отпустом из болнице, као и штедњу на лековима и поступцима.

Оно што је значајно је да је примена овог система, у већини земаља у којима је уведен, донела бољу и праведнију расподелу ограничених средстава и утицала на повећање ефикасности лечења. Захваљујући томе што подстиче ефикасност у раду, али и уштеду средстава, систем дијагностички сродних група постао је кључан за унапређење система здравствене заштите.

2.6.2.1. Искуства у примени ДСГ

Србија

Министарство здравља Републике Србије и Републички фонд за здравствено осигурање, у оквиру пројеката „Развој здравства Србије – додатно финансирање” и „Пружање унапређених услуга на локалном нивоу – DILS“ започели су промену начина извештавања и финансирања здравствених установа на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите по систему дијагностички сродних група.¹⁸⁰

¹⁸⁰ Водич кроз систем дијагностички сродних група, 2013, Београд, Републички фонд за здравствено осигурање <http://www.rfzo.rs>

Пројекат Светске банке „Развој здравства Србије“ који се реализује из кредита Светске банке има за циљ да се изграде капацитети за одрживост здравственог система у делу побољшавања ефикасности, искоришћености и квалитета здравствених услуга, подржавајући увођење система плаћања здравствених услуга и начина извештавања на основу дијагностички сродних група (ДСГ).

Кораци у имплементацији система ДСГ су:

1. Унапређење система извештавања
2. Моделирање буџета болница
3. Постепено увођење плаћања болница
4. Финансирање по систему ДСГ и даљи развој система

Као што се и види у првој фази је планирана промена начина извештавања, а након моделирања буџета и постепено прелаз са ретроспективног начина плаћања здравствених услуга, које је било засновано на историјском буџету, на проспективни систем плаћања на основу система дијагностички сродних група.

За правилно извештавање по систему ДСГ је неопходно коришћење Међународне класификације болести и сродних здравствених проблема, десета ревизија (МКБ-10) и Правилника о Номенклатури услуга на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, као и поштовање правила шифрирања дијагноза и процедура.

Основа за разврставање пацијената по систему ДСГ се врши на основу дијагноза и урађених процедура, као и других података потребних за извештавање.

Подаци потребни за извештавање по систему ДСГ су:

- Основни узрок хоспитализације
- Пратеће дијагнозе: компликације и коморбидитети¹⁸¹
- Процедуре (Правилник о номенклатури)
- Старост
- Пол
- Тежина на рођењу (само за новорођенчад)
- Исход лечења
- Број сати на механичкој вентилацији
- Број дана хоспитализације¹⁸²

Као што је речено, систем ДСГ групише пацијенте према различитим дијагностичким критеријумима и омогућава поређење учинка и трошкова између болница уз помоћ

¹⁸¹ Коморбидитет је стање када поред примарне болести код пацијента постоје секундарне болести и поремећаји

¹⁸² <http://www.rfzo.rs/index.php/component/content/article?id=329:-dsg-info>

категоризације скупа пацијената у дијагностички сродне групе које деле заједничке клиничке карактеристике и сличне начине употребе ресурса.

У Србији је усвојен систем класификације пацијената који се користи у Аустралији, тзв. Australian Refined Diagnosis Related Groups – AR ДСГ, верзија 6.0, будући да је тај систем плаћања здравствених услуга детаљно разрађен у Аустралији, где је показао одличне резултате, што значи и да је добро прилагођен потребама у тој држави. Према аустралијској подели, читав систем ДСГ почива на хијерархији дијагноза и процедура, уз уважавање демографских и клиничких измена. Аустралијска AR ДСГ, верзија 6.0, коју је здравствени систем Србије преузео, обухвата 698 дијагностички сродних група.

Свака ДСГ има одређени назив и алфанумеричку шифру, у којој појединачни карактери имају посебно значење.

Слика 28. Пример шифрирања ДСГ услуге



Извор: <http://www.rfzo.rs/index.php/component/content/article?id=329:-dsg-info>

Дијагнозе и процедуре се шифрирају за сваког пацијента током једне епизоде болничког лечења, па се затим комбиновањем добијених шифара, уз помоћ компјутерског софтвера који се зове групер, тој епизоди додељује ДСГ.

Свака ДСГ, односно епизода лечења, носи одређени коефицијент. Коефицијент је показатељ просечног утрошка средстава по епизоди лечења. Он одређује колика ће потрошња ресурса бити за највећи број пацијената сврстаних у ту групу, а у односу на друге ДСГ. Просечна цена свих случајева којима је додељена нека дијагностички сродна група, назива се вредност базног коефицијента (коефицијент = 1,00).

На пример: Коефицијент код пријема у болницу због операције колена (4,78) биће већи него код пријема због дијализе (0,13), зато што је процедура сложенија и носи веће трошкове.

Цена сваке дијагностички сродне групе може се одредити:

- Анализом стварних трошкова. За сваку дијагностички сродну групу се може израчунати просечан трошак на нивоу државе, на основу средстава која су утрошена за лечење тих пацијената. Недостатак таквог начина били би нереални и нестандардизовани трошкови у различитим болницама.

- Одређивањем стандардних трошкова. За сваку дијагностички сродну групу рачуна се стандардни трошак, односно трошак до ког би дошло када би се лечење пацијената спроводило на основу клиничких путева. Мана тог начина је што тренутно постоји само одређени број Националних водича добре клиничке праксе.

- Преузимањем „туђих“ коефицијената. Цена сваке дијагностички сродне групе, као и вредност базног коефицијента, могу се израчунати на основу коефицијената преузетих из неке државе, која их већ примењује. Препорука је да та држава, по демографским карактеристикама, буде слична нашој држави.

У оквиру пројекта „Развој здравства Србије – додатно финансирање” планирано је спровођење следећих корака који ће водити ка увођењу система ДСГ у Србији:

- Усаглашавање и осавремењивање номенклатура здравствених услуга и начина извештавања болница;
- Развој модула за болничке информационе системе прилагођене новом начину извештавања;
- Сарадња са Одељењем за подршку примене нових начина финансирања и стално унапређење квалитета здравствене заштите Републичког завода за здравствено осигурање Србије;
- Едукација медицинског и немедицинског особља у болницама.

Један од основних предуслова за успешно увођење тог система је и јачање капацитета, кроз едукацију свих учесника у том процесу. У периоду од 2011. године до данас, континуирано се спроводи обука запослених из установа укључених у процес увођења поменутог система. Почетни корак је била обука тренера односно едукатора која је одржана у организацији Пројекта, а у сарадњи са Републичким фондом за здравствено осигурање. У наставку процеса увођења овог система, обучени тренери пружају подршку лекарима, медицинским сестрама и административном особљу свих здравствених установа секундарне и терцијарне здравствене заштите у Србији.

Уз постепен прелазак са старог на нов начин финансирања болница очекује се да ће систем ДСГ у Србији значајно унапредити квалитет здравствене заштите. Циљ система је да се скрати просечна дужина хоспитализације и континуирано пореди обим рада између болница, како би се средства упућивала даваоцима здравствених услуга на бољи и праведнији начин.

Црна Гора

Систем плаћања здравствених услуга у Црној Гори у највећој мери финансира капацитете а не стварне потребе за здравственом заштитом. Нерационалности који је тај начин плаћања изазивао били су и разлог да се реформом здравственог система предвиди и предложи нови модел плаћања здравствених услуга. Увођење система плаћања заснованог на случају који користи ДСГ модел има за циљ промоцију контроле потрошње на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите. Увођење ДСГ модела плаћања заснованог на аустралијској класификацији, заснован је на позитивним искуствима земаља из окружења (Словенија, Хрватска, БиХ, Македонија и Србија).

Имплементација ДСГ модела у Црној Гори допринеће:¹⁸³

- Промени начина размишљања код креатора политике и пружаоца услуга у смислу да се здравствене услуге пружају грађанима уместо да се ствара и одржава инфраструктура
- Мотивисању болница да унапреде квалитет услуга са коришћењем мање инпута
- Увођењу конкурентности међу пружаоцима услуга и права избора за пацијенте, што резултира повећањем капацитета система да одговори и задовољи здравствене потребе популације
- Отварању могућности да се из јавног здравственог фонда плаћају приватни пружаоци здравствених услуга
- Реструктурирање система пружања здравствених услуга
- Затварању неефикасних болница или одељења
- Унапређењу ефикасности у алоцирању ресурса међу болницама, као и између болничког и других нивоа здравствене заштите
- Унапређењу једнакости у финансирању између болница, гравитационих подручја или популационих група
- Генерисању информација неопходних за боље управљање здравственим системом
- Повећању управљачке аутономије пружаоца услуга.

Пројекат унапређења система здравства у Црној Гори (MHSIP) отпочео је 2004. године и завршио се 31.12.2009. Тај пројекта је првобитно био финансиран из кредита у износу од 4,9 милиона евра специјалних права вучења. У оквиру тог петогодишњег периода успешно су реализоване бројне активности у области реформе система здравства на примарном нивоу и постигнути следећи резултати:¹⁸⁴

¹⁸³ Стратегија јавно-приватног партнерства у здравству Црне Горе са Акционим планом за период 2014-2017. година, 2014, Подгорица, Министарство здравља Црне Горе.

¹⁸⁴ www.mrs.gov.me

- Дом здравља је постављен као основна јединица примарне здравствене заштите (ПЗЗ) и организационо је трансформисан на Тимове изабраних лекара и Центре за подршку;
- Извршено је материјално и просторно обезбеђивање и изједначавање услова за пружање примарне здравствене заштите на читавој територији ЦГ;
- Дефинисан је Основни пакет здравствених услуга за ниво примарне здравствене заштите;
- Извршена је трансформација Модела плаћања примарне здравствене заштите (на бази 50% капитације и 50% услуге);
- Извршена је кадровска реорганизација запослених у примарној здравственој заштити (стоматолози су приватизовани, број немедицинског особља је редукован на минимум, а проблем вишка медицинског особља се решава кроз социјални програм);
- Извршена је интеграција приватног и јавног на нивоу примарне здравствене заштите;
- Извршена је доедукација тимова изабраних лекара (свих тимова у Подгорици и 28% тимова ван Подгорице, у сарадњи са Медицинским факултетом ЦГ);
- Уведен је интегрални Информациони систем на територији читаве ЦГ, као и ИЦПЦ-2 као стандардни систем кодирања здравствених услуга (препоручен од стране ЕУ). Обезбеђена је билатерална финансијску помоћ Владе Аустрије као вид подршке интегрисаном болничком информационом систему (ИБИС) Клиничког центра Црне Горе;

Међународна банка за реконструкцију и развој (IBRD), 3. новембра 2009, одобрила је Црној Гори додатни кредит у износу од 5,1 милион евра за потребе додатног финансирања Пројекта унапређења система здравства Црне Горе. Циљ додатног финансирања пројекта је био стварање услова за почетак реформи секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите која је подразумевала следеће:¹⁸⁵

1. Израда мреже здравствених установа, оптимизација секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите и израда стандарда и норматива услуга, кадра, простора и опреме;
2. Дефинисање основног пакета услуга за секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите;
3. Дизајн и имплементација модела плаћања за секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите;
4. Информациони систем – подршка новом модели плаћања;

¹⁸⁵ Храповић, К., 2013, ДРГ – Искуства Црне Горе, Менаџмент здравствених институција, *Зборник радова ЕЦПД међународних летњих школа*, Београд, Европски центар за мир и развој, стр. 239.

5. Стратегија интеграције приватних здравствених установа у мрежу здравствених установа – јавно приватно партнерство;
6. Израда клиничких протокола и смерница;
7. Развој и имплементација система за осигурање квалитета;
8. Дизајн и имплементација Public Relation (PR) кампање.

Дизајн и имплементација модела плаћања за секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите једна је од активности планираних у оквиру додатног финансирања Пројекта унапређења система здравства Црне Горе. Циљ активности је да се наплаћивање здравствених услуга за акутне болничке пацијенте врши према новој ДСГ методологији. Суштина ове методологије је повећање ефикасности у здравственом систему и обезбеђење већих уштеда у њему.

Влада Црне Горе је донела Одлуку о увођењу модела плаћања услуга на секундарном и терцијарно нивоу здравствене заштите увођењем међународног система класификације пацијента – ДРГ система класификације верзије 6.0, чиме је био започет рад на Пројекту. За успешну имплементацију тог модела неопходно је било ангажовати консултантску кућу која има искуство на истим или сличним пословима. Тим консултаната обезбеђује подршку Министарству здравља, ФЗО и здравственим институцијама код конципирања, припреме и примене механизма плаћања за секундарни терцијарни ниво здравствене заштите. За реализацију овог пројекта именована је и Радна група.

Акционим планом планирано је да се пројекат ради три године и да исти буде подељен у више фаза:¹⁸⁶

- Прва фаза обухвата припрему основе за почетак рада на пројекту, како би сви учесници у систему схватили шта је циљ увођења ДСГ и како се припремити за увођење истог
- Друга фазу су активности на превођењу класификација болести добијених од аустралијске Владе, учењу правила кодирања и како да се користе књиге класификације болести и поступака, изради сопствених групера као би се могао мерити учинак, створити основ за упоређивање и даље анализе у оквиру болнице и између болница
- Трећа фаза је за финансирање, утврђивање ДСГ цена и одеђивање тежишних коефицијента при чему се плаћању по ДСГ систему не би пришло одмах, већ би се он уводио постепено
- Четврта фаза обухвата уговарање са општим и специјалним болницама и Клиничким центром Црне Горе и постепени прелазак на плаћање по ДСГ

¹⁸⁶ Consulting d.o.o, T.i.n.s. d.o.o., 2012, *Стратегија реформе и акциони план – техничка помоћ у увођењу AR-ДСГ класификације пацијента, система плаћања у болницама и уговарању*, Подгорица, Фонд за здравствено осигурање Црне Горе.

- Пета фаза ће указати на потребу даљег јачања капацитета институционалног оквира и стварање услова за одрживост уведеног система ДСГ

До сада су реализоване активности предвиђене фазом један и фазом два. Поред тога, организована је едукација (тренинг) запослених у здравству са циљем упознавања са значајем ДСГ и основним правилима имплементације тог модела. Едукацију је прошло 19 лекара из општих и специјалних болница, 20 запослених медицинских радника из КЦЦГ (17 лекара и 3 више медицинске сестре) као и 4 лекара из Фонда. Након завршене едукације, полазници тренинга су спроводили даљу едукацију у својим матичним установама.

Процес имплементације ДСГ захтева и израду софтвера за груписање дијагноза и процедура тзв. групера. У току су активности на изради Пројектног задатка за групер и припреми за расписивање јавног позива за израду софтвера. До тада користиће се расположиви групери земаља из окружења.

У процесу реализације овог пројекта кључну улогу и највећу одговорност има Фонд здравственог осигурања у сарадњи са Министарством здравља и менаџментом у болницама. Поред тога треба напоменути да прелазак на ДСГ не иде у корак са постојећим буџетским начином финансирања.

Македонија

Од 2009. године, у Македонији се уводи метод плаћања по ДСГ за већину болничких установа у јавном сектору. Македонски ДСГ модел је базиран, такође, на аустралијској класификацији под називом Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-ДСГ верзија 5.2). Македонски модел ДСГ садржи 666 група. Свакој групи, у зависности од сложености случаја, додељује се релативна тежина изражена коефицијентом. Релативна тежина представља обим утрошених ресурса за третман болничког пацијента за одређену ДСГ. Фонд за здравствено осигурање Македоније на основу тог коефицијента одређује референтну цену за сваку ДСГ услугу.

Имплементација ДСГ система у Републици Македонији се одвијала етапно у неколико фаза према зацртаним приоритетним циљевима:¹⁸⁷

1. Непосредни приоритети прве фазе имплементације (1-2 године)
 - Завршетак процеса успостављања информационог система у ФЗОМ
 - Имплементација болничког информационог система у одабраним болницама са опцијом да се прошире на националном нивоу
 - Развој јединствених регистара (једнообразни кодни систем)
2. Средњорочни приоритети (3-5 година)

¹⁸⁷ Донеv, Д., 2013, Увођење дијагностички сродне групе за плаћање болница и искуства Републике Македоније, *Зборник радова ЕЦПД међународних летњих школа*, Београд, Европски центар за мир и развој, стр. 250.

- Одабрани лекари у ПЗЗ за имплементацију информационих система који треба да обезбеде електронско извештавање и размену информација
- Увођење електронске здравствене картице

3. Дугорочни приоритети (6 година и више) укључује увођење:

- Дијагностички сродне групе ДСГ као стандардни систем за медицинско и финансијско извештавање
- Електронски здравствени картон.

Један од основних приоритета у процесу развоја и имплементације ДСГ модела плаћања је комплетирање болничког информационог система (БИС) који ће омогућити прикупљање података релевантних за ДСГ, контролу трошкова као и успостављање система који ће бити усмерен на заштиту пацијената. Дакле, БИС мора да обезбеди оптималну подршку и постизање високог нивоа квалитета примене овог модела плаћања.

ДСГ систем у Македонији у 2011. години покривао је укупно 58 здравствених установа и то 54 јавне здравствене установе (13 општих болница, 26 клиника, 3 клиничке болнице, 9 специјалних болница, 3 психијатријске болнице) и 4 приватно здравствене установе.

ДСГ систем у овој земљи и даље је у развоју. Промене и даља надоградња тог модела су неопходне имајући у виду тренд развоја здравствене делатности.

Хрватска

Националном стратегијом развоја здравства за период 2006 - 2011. било је предвиђено увођење ДСГ модела плаћања који је требало да обезбеди смањење трошкова, повећање квалитета и смањење дужине хоспитализације. Пилот пројекат примене ДСГ модела спроведен је у четири болнице (КБЦ Ријека, КБ Дубрава, ОБ Задар и ОБ Пакрац) и био је финансиран од Светске банке. Циљ Пилот пројекта био је утврдити објективне показатеље везане за примену плаћања по ДСГ у болничкој здравственој заштити.

У Републици Хрватској користити се аустралијска класификација, под називом Australian Refined - Diagnosis Related Groups, верзија 5.1 (АР-ДРГ в 5.1) и има 665 група. Та верзија се користи и у Немачкој, Словенији, Ирској, Румунији и многим другим државама Европске уније.

Израђен је предлог ДСГ са припадајућим коефицијентима, алгоритам груписања за потребе ДСГ модела, софтвер за груписање ("групер") и нови шифрарник поступака у здравственим делатностима, који се темељи на аустралијском шифрарнику ICD-10-AM (International Classification of Disease - 10th Revision - Australian Modification) који је и Светска здравствена организација прихватила као међународни стандард под називом International Classification of Health Interventions. Спроведена је анализа стања и потреба информатичке инфраструктуре у

болницама укљученим у Пилот пројекат, едукација и упознавање управе и запослених тих болница са основама ДСГ система. На основу прикупљених података започета је анализа расподеле случајева по ДСГ моделу. Имплементацијом ДСГ модела очекивало се сврсисходно трошење средстава намењених за здравство. Пуна имплементација ДСГ у Хрватској започела је 1. јануара 2009. године.

Босна и Херцеговина

Средином маја 2011. године делегација Европске уније у БиХ презентовала је пројекат „Реформа финансирања секундарне здравствене заштите у БиХ“ (2011-2103) који је имао за циљ остваривање одређених уштеда, као и побољшање пружања услуга у здравству. Циљ тог пројекта био је побољшати ефективност и ефикасност болница у Босни и Херцеговини кроз имплементацију новог модела плаћања болница према учинку мереном ДСГ. Пројекат је финансиран средствима ЕУ у износу од милион евра.

Увођење међународног система квалификације пацијената, заснованог на дијагностички повезаним групама - ДСГ означио је почетак активности на имплементацији једног од кључних елемената реформе у здравственом систему БиХ. Тим моделом финансирања болничких услуга постижу се циљеви као што су: повећање ефикасности у здравственим установама, односно вредновање њихових стварних учинака, повећање квалитета здравствене заштите, што у крајњој линији треба да резултира повећаним задовољством пацијената, и што у коначном доводи до рационализације у употреби материјалних и људских ресурса. Реч о најквалитетнијем систему који се заснива на аустралијском моделу, који омогућава да новац прати пацијентом, односно да се здравствена услуга плаћа извршиоцу у складу са оствареним трошковима при пружању услуга.

У Извештају Европске комисије о напретку БиХ за 2013, наводи се да је у 2013. години постигнут напредак у реформи система плаћања секундарне здравствене заштите. У Републици Српској почела је примена новог система плаћања који се заснива на моделу дијагностичких група, чиме се унапређује ефикасност и квалитет секундарне здравствене заштите. Пре тога је примењиван ДТС (дијагностичко терапијске скупине) модел, модел плаћања по случају. Реч је о истом моделу плаћања, а разлика је у томе што је ДТС примитивнији облик ДСГ-а, јер нема групер који би евидентирао комплетну дијагнозу пацијента, на основу којих ће болничке услуге бити и плаћане. У Федерацији БиХ су у току припреме за примену новог система плаћања. Међутим, наводи се да је потребно предузети активности на побољшању преносивости средстава за здравство. У истом извештају се наводи да је постигнут изванредан напредак у развоју система извештавања о националним здравственим рачунима, у складу са захтевима Светске здравствене организације и

ЕУРОСТАТ-а, те да нису предузети кораци за смањење подељености укупног здравственог система и за усклађивање реформи и да спровођење ентитетских стратегија везаних за здравство споро напредује.

2.7. КЛИНИЧКИ ПУТЕВИ И ЊИХОВА УЛОГА У ФИНАНСИРАЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА

Недостаци капитације и ДСГ могу се у великој мери ублажити увођењем клиничких путева који представљају средство за унапређење квалитета и повећање ефикасности здравствене заштите. Клинички пут је документ који приказује мултидисциплинарни приступ у лечењу одређене болести, односно здравственог стања, у виду редоследа свих поступака (услуга) од почетка до краја болничке епизоде. Користе се као средства за управљање радом, унутрашњи надзор и планирање ресурса у установи, као и за планирање финансирања здравствене заштите. Клинички пут је заснован на доказима, али није листа обавезних упутстава већ препорука од којих је могуће одступити ако постоји утемељен разлог или објективне околности. Различити клинички путеви потребни су за свако обољење, али исте клиничке путеве треба користити за све пацијенте у оквиру исте дијагностички сродне групе. Клинички путеви су систематски развијен протокол који садржи договорени след дијагностичких и терапеутских догађаја у оквиру једне епизоде лечења.

Описивање радног процеса помоћу протокола почело је 50-их година у САД, да би тек 80-их година ушло у клиничку медицину. Почетком деведесетих година развој и примена клиничких путева започиње и у Великој Британији, а данас се примењују у читавом свету.

Клинички путеви су посебно корисни за плаћање епизода болничких лечења, што значи да су комплементарни ДСГ моделу. Куповином производа који описује клинички пут купац купује квалитет који је дефинисао давалац, а који му купац није наметнуо. Предности клиничких путева су следеће:¹⁸⁸

- Помажу менаџменту здравствених установа у обради трошкова здравствене заштите
- Помажу да се смање трошкови појединих епизода лечења без негативног утицаја на њихов квалитет
- Од финансијске су користи пацијентима, здравственим институцијама и другим актерима у систему здравствене заштите
- Служе као средство за стандардизовање трошкова конкретних здравствених услуга

¹⁸⁸ Кебер, Д., 2013, Клинички путеви у финансирању здравствених услуга, Менаџмент здравствених институција, Зборник радова ЕЦПД међународних летњих школа, Београд, Европски центар за мир и развој, стр. 204.

- Помажу у процени потребног повећања наплате по ДСГ или капитационом методу након увођења неког новог типа услуге
- Служе као показатељ квалитета који је подложен спољној ревизорској контроли
- Помаже при утврђивању стандардних трошкова идентичних епизода лечења код различитих давалаца здравствених услуга

Клинички путеви представљају средство за прорачун стандардних трошкова и на тај начин представљају суштински део успешног руковођења здравственим услугама. Са аспекта здравствене заштите, стандардни трошак је трошак који направи један клинички тим, узимајући у обзир све реалне околности које могу да подразумевају и недостатак средстава, што ће да онемогући пружање здравствене услуге по стандардима најбоље праксе. Стандардни трошкови се користе у оним случајевима када постоји неки нови тип здравствене заштите за који не постоје подаци о просечним трошковима или у случају када основу плаћања чине актуелни просечни трошкови по ДСГ. Плаћање на основу актуелних просечних трошкова би успорило увођење нових метода здравствене заштите, који су скупљи али и делотворнији. Клинички пут представља одличну основу за обрачун стандардних трошкова.

Клинички пут је веома важан алат у уговарању између давалаца и купца услуга. Клинички пут може послужити као детаљан опис производа који давалац здравствене заштите пружа купцу, нпр. фонду здравственог осигурања. Клинички пут може бити и критеријум приликом избора давалаца здравствених услуга. То значи, да се може десити да се не изврши избор одређеног даваоца услуга без обзира на цену, зато што давалац не користи одговарајуће методе здравствене заштите.

Увођење и развој клиничких путева у здравственом систему Републике Србије планирано је пројектима Министарства здравља: Пројекат пружања унапређених услуга на локалном нивоу у Србији и Развој здравства Србије (додатно финансирање). Циљеви пројекта били су:

- Изградња капацитета у области развоја и примене клиничких путева
- Развој методологије израде клиничких путева према ЕПА смерницама
- Пилот пројекат израде и примене 3 клиничка пута у 18 болница и 5 путева у 44 дома здравља и
- Стварање услова за доношење одговарајуће законске регулативе.

Резултати пројекта у децембру 2011. били су следећи:

- Клинички путеви су се имплементирали у 18 болница и 18 домова здравља
- Израђено је 14 узорних клиничких путева
- Израђен је водич и упутство за израчунавање трошкова по клиничким путевима
- У већини анализираних клиничких путева евидентан је тренд смањења трошкова

- Смањење укупних трошкова епизоде лечења је износило 5 до 27%
- Трошкови су се смањили на основу смањења броја болничких дана, смањења трошкова услуга, смањења трошкова за дијагностичке претраге и смањење трошкова лекова.

Увођење клиничких путева обезбеђује повећање квалитета у процесу пружања здравствених услуга што подразумева унапређење комуникације између пацијента и здравствених радника, подстицање тимског рада и могућност праћења трошкова на свим нивоима здравственог система. Клинички путеви обезбеђују успостављање адекватног механизма контроле у процесу пружања здравствених услуга, чиме се осигурава оптимална потрошња финансијских ресурса. Осим тога, клинички путеви подстичу тимски рад између здравствених радника различитих специјалности, чиме доприноси наглашавању мултидисциплинарности процеса, што унапређује комуникацију између пацијента и лекара.



**ОЦЕНА ЕФИКАСНОСТИ
ЗДРАВСТВЕНОГ
СИСТЕМА ПРИМЕНОМ
МЕТОДА И ТЕХНИКА
САВРЕМЕНОГ
МЕНАџМЕНТА**

ГЛАВА V

*Студија случаја на репрезентативном скупу земаља
ОЕЦД-а, Србије и Црне Горе*

1. БЕНЧМАРКИНГ (BENCHMARKING)

Појам бенчмаркинга се користио још у Египту, Кини, Старој Грчкој. Нови смисао бенчмаркингу дао је Јапан након Другог светског рата кроз посматрање и упоређивање пословања најбољих компанија у свету са својим компанијама како би идентификовали њихове предности у односу на технике и методе које се примењују у Јапану са циљем јачања сопственог привредног развоја. Њихово гесло је било „*Dantotsu*“, тј. тежња према најбољима. У раним 60-им, са бенчмаркинг активностима почиње компанија ИВМ, првенствено због евидентно великих разлика које су постојале у пословању њихових организационих јединица. Упоређујући пословање сваке организационе јединице са најбољом, циљ је био да се утврде интерни стандарди пословања компаније, како би се утврдило најбоље пословање које би се затим преносило у друге делове компаније.

Крајем 70-их година, Херох је одлучио да следи пример ИВМ-а, тако што је поредио свој производ са производима јапанске афилијације Фуџи-Херох. Уз помоћ бенчмаркинга Херох је успео да побољша своје производе уз смањење својих производних трошкова, а самим тим и цене производа. Бенчмаркинг данас у Јапану доживљава критике јер је у пракси потребно време за његову имплементацију, што за последицу има заостајање за компанијом која се прати.

Бенчмаркинг је енглеска реч (енг. *benchmark* – нивелир, нивелацијска тачка, стандард, мера вредности или репер према којем се мере или упоређују друге вредности). Бенчмарк представља еталон, стандард квалитета, који служи као база за поређење. Основна идеја бенчмаркинга је поређење сопственог пословања са најјачим конкурентима. У основи бенчмаркинга је унапређење пословања, и како постати бољи од најбољег.

Бенчмаркинг представља методу савременог менаџмента која се заснива на компаративној анализи властитог пословања са пословањем најбоље организације. Бенчмаркинг се дефинише на различите начине. Једна од најчешће навођених дефиниција је дефиниција Америчког центра за продуктивност и квалитет по којој бенчмаркинг представља систематски и континуирани процес мерења и упоређивања пословних процеса једне организације у односу на пословне процесе лидера било где у свету, ради добијања информација које ће помоћи организацији да предузме акцију за побољшање својих перформанси.¹⁸⁹ Peter Drucker каже да је бенчмаркинг најновији међу алатима за стицање информација о продуктивности. Према његовом мишљењу, свака организација може урадити оно што чини било која друга.

¹⁸⁹ Watson, G. H., 1993, *Strategic Benchmarking: How to rate your Company 's Performance against the World 's Best*, New York, John Niley and Sons. Inc. стр. 3, преузето из Машић, Б., 2009, *Стратегијски менаџмент*, Београд, Универзитет Сингидунум.

Изједначавање по квалитету са лидером у индустријској грани основни је услов конкурентности.¹⁹⁰

Бенчмаркинг омогућава организацији да учи на искуству других. Бенчмаркинг представља моћно и свеобухватно оруђе за унапређење пословања. Међутим, бенчмаркинг је више од обичног копирања и једнократне анализе. Он представља перманентан процес мерења производа и услуга и пословне праксе у односу на релевантне конкуренте, или на конкуренте који су предузећу интересантни. Пре свега, то је истраживање и константно трагање за најбољом праксом која води стварању супериорних перформанси.

Посебно је значајан у следећим областима: пословно планирање, развијање пословне политике, решавање пословних проблема, задовољство купца, промена културе, трајно учење, побољшање пословног процеса, развој стратегије и сл. Гледано теоријски, бенчмаркинг се може применити код свих врста предузећа, од оних која се боре за опстанак, до веома успешних.

1.1. ПРОЦЕС БЕНЧМАРКИНГА

У теорији и пракси менаџмента, процес бенчмаркинга је објашњен кроз различити број фаза и активности. Основу бенчмаркинг процеса представљају следећа четири питања:

1. Шта треба да бенчмаркујемо?
2. Кога треба да бенчмаркујемо?
3. Како ми обављамо изабрани процес?
4. Како они обављају изабрани процес?

Основне фазе бенчмаркинг процеса, које постоје код European Foundation for Quality Management (EFQM), и the American Productivity & Quality Center (APQC), и других компанија, су: планирање, прикупљање информација, анализа и примена.

1. Планирање - Први корак представља анализа рада целог предузећа како би се одредила подручја примене бенчмаркинга. Интерном и екстерном анализом утврђују се снаге и слабости предузећа. У овој фази се одређују бенчмарк компаније. Критеријуми за избор компаније за поређење могу бити: величина компаније, релативна позиција на тржишту, степен поверења према компанији и сл.
2. Прикупљање информација – У овој фази прикупљају се информације о компанијама за поређење. У ту сврху могу се користити следеће технике: анкетирање, директна размена информација или преко трећих лица. Које врсте информација ће се прикупљати

¹⁹⁰ Drucker, P., 1999, *Management Challenges for 21st Century*, New York, Harper Business, стр.43

зависи од типа бенчмаркинга који ће се користити (интерни, екстерни, стратешки, функционални и др.).

3. Анализа - Након прикупљања информација, врши се њихова обрада. На основу резултата анализе сачињава се финални извештај. Извештај говори које су бенчмарк компаније изабране.
4. Примена – У последњој фази прикупљене информације се примењују у пословању. Исто тако, прати се реализација предвиђених циљева. За бенчмаркинг истраживање од важности је да се одреде мере перформанси. Индикатори могу бити квантитативни и квалитативни.

У фази планирања, одређују се мере перформанси у предузећу, а у фази анализе мере се перформансе бенчмарка. На тај начин, утврђује се разлика која постоји на почетку истраживања између компаније и најбољег репера.

Једна од најпознатијих и најчешће коришћених методологија процеса бенчмаркинга је методологија компаније Хегох. Њихов процес бенчмаркинга састоји се из пет фаза (планирање, анализа, интеграција, акција и зрелост) које су рашчлањене на 10 корака:¹⁹¹

I фаза - Планирање обухвата следеће активности:

1. Идентификација – шта треба да бенчмаркујемо
2. Идентификовање компаније за компарирање
3. Утврђивање методе за прикупљање података

II фаза - Анализа:

4. Утврдити ГЕП у постојећим перформансама
5. Пројектовати будућег нивоа перформанси

III фаза – Интеграција:

6. Саопштење налаза бенчмаркинга и обезбеђење његовог прихватања
7. Постављање функционалих циљева

IV фаза – Акција:

8. Развој планова акције
9. Имплементација специфичних акција и праћење напредовања
10. Поновно утврђивање бенчмаркинга

V фаза – Достигнута позиција лидера и праксе које су у потпуности интегрисане у процесу.

Бенчмаркинг је много више од стратегије копирања и имитације. Главне користи од бенчмаркинга огледају се у стицању конкурентске предности у изузетно турбулентном

¹⁹¹ Машић, Б., 2009, *Стратегијски менаџмент*, Београд, Универзитет Сингидунум, стр. 173.

окружењу. Ово је доба револуционарних организација које руше постојеће стандарде у грани у којој обављају активност тако да је примена бенчмаркинга неопходна.¹⁹²

1.2. ЗАДАЦИ И ПОТРЕБА УВОЂЕЊА БЕНЧМАРКИНГА

Задатака бенчмаркинга има много, али ћемо издвојити оне који су уопштени за већину компанија:

1. Помоћи да компанија учи на искуствима других. Не постоји компанија која има толико слободног времена или расположивих средстава да би проучавала своје грешке у пословању;
2. Показати компанији како изгледају њени резултати у поређењу са најбољима;
3. Олакшати разумевање сопствене и конкурентске позиције на тржишту, а као коначни резултат омогућити веће задовољство потрошача;
4. Установити слабости и снаге компаније;
5. Помоћи компанији у откривању и приоритизовању активности које су најважније у процесу побољшања тржишног наступа;
6. Помоћи у откривању прилика за побољшање постојећих активности у пословању, елиминацију непотребних и увођење нових или модификованих производа или услуга;
7. Омогућити компанији доступност и доказаност исправног плана акције.¹⁹³

У процесу примене бенчмаркинга јављају се следећи проблеми:

- избор правог објекта за бенчмаркинг
- одређивање прикладног партнера
- прикупљање података
- вредновање резултата упоређивања
- имплементација решења

Главна корист од бенчмаркинга је подстицање иновативних и креативних способности. Поред тога, као главне предности бенчмаркинга могу се навести:

- Да доприноси бољем разумевању критичких процеса
- Да је средство мотивације и учења
- Да непрекидно побољшава пословање
- Омогућава организацији да научи да управља променама, доприноси постављању ефектних стратешких циљева

¹⁹² Тодосијевић, Р., 2009, *Стратегијски менаџмент – методе и технике 2*, Суботица, Економски факултет, стр. 217.

¹⁹³ Сајфер, З., Адамовић, Ж., 2004, *Менаџмент бенчмаркинг процеса*, Зрењанин, ТФ Михајло Пупин, стр. 94.

- Усмереност на тржиште
- Бољи прозводи и услуге
- Брже и боље одлучивање
- Стицање стратешке, оперативне и финансијске предности
- Повећање ефикасности и ефикасности

Недостатак бенчмаркинга је у томе што се он темељи на имитирању „најбољих решења“. На засићеним тржиштима се, међутим, помоћу имитирања не долази до конкурентске предности и ту је највеће ограничење у примени овога инструмента. Како каже Schmalenbach: „Код пословног упоређивања немар у једном предузећу упоређује са немаром у другом предузећу; ако је одступање мало, немар вреди као норма“.¹⁹⁴

Као недостаци могу се навести и:

- Објективност добијених података уколико је ангажована истраживачка агенција која прибавља податке о бенчмарк партнеру и која спроводи бенчмаркинг процес;
- Мали број потенцијално заинтересованих компанија које желе да учествују у процесу бенчмаркинга и транспарентно уступе своје информације и искуства;
- Бенчмаркинг је процес за који је потребно време;
- Применом туђих решења спутава се креативност предузећа која га примењују;
- Није могућа једноставна примена у организацији, за бенчмаркинг је потребно стручно знање.

Бенчмаркинг се не користи да би се доказало да је неко најбољи у нечему, већ да би се уочило како постати најбољи. Бенчмаркинг је инструмент који омогућава континуирани процес упоређивања организације са другима с циљем проналажења и извођења најбоље пословне праксе, ради осигуравања дугорочне конкурентске предности.

2. БЕНЧМАРКИНГ У ЗДРАВСТВУ

Бенчмаркинг у здравству има за циљ унапређење перформанси квалитета, ефикасности и економичности здравствених процеса, што представља основ развоја здравствених система. Реч је о релативно новом приступу стратешког управљања здравственим организацијама у условима постојања тржишта здравствених услуга.

У здравственом сектору, поређење показатеља исхода датира из XVII века и односила се на поређење стопе смртности у болницама. Примена бенчмаркинга у здравственим организацијама је релативно новијег датума. Званични почети датирају од средине до касних

¹⁹⁴ Османагић Беденик, Н., Ивезић, В., 2006, Бенчмаркинг као инструмент савременог контролинга, *Зборник Економског факултета у Загребу*, година 4, стр. 344.

1990-их година. Та техника истраживања најпре је коришћена унутар националних здравствених система Западне Европе, Северне Америке и Аустралије, а чиме је креиран први методолошки оквир и приступ бенчмаркингу у здравству.

Бенчмаркинг у здравственом сектору је претрпео неколико модификација. У почетку, бенчмаркинг је у суштини представљао поређење исхода учинка уз идентификовање разлика. Онда је процес проширен на анализу процеса и фактора успеха за производњу виших нивоа учинка. Најновије измене концепта бенчмаркинга се односе на потребу да испуне очекивања пацијената. Тако је, од његовог почетака као квантитативни приступ, бенчмаркинг еволуирао у квалитативни приступ.

Основни циљ бенчмаркинга у здравству је побољшање квалитета у здравственом систему. Процес поређења унутар или између здравствених система заснива се на подацима са различитих нивоа система здравствене заштите. Као предмет поређења са најбољим по правилу се узимају кључне здравствене активности, важни пословни процеси и сл., са циљем да се путем компарације уоче основни недостаци, ограничења, пропусти ради њиховог превазилажења и решавања. Као крајња сврха спровођења бенчмаркинга на подручју здравства издваја се:

- Унапређење квалитета услуга
- Унапређење пословних процеса
- Снижење трошкова пословања
- Повећање задовољства корисника
- Повећање капацитета или обима пословања
- Повећање сигурности и безбедности процеса
- Унапређење система надзора и контроле

Прву дефиницију процеса бенчмаркинга у здравству дала је Аустралијска служба за ментално здравље (Australian Government, Department of Health). Према њој, основне фазе тог процеса су:

- Припрема бенчмаркинг процеса
- Поређење с најбољом медицинском праксом
- Прикупљање података
- Израда показатеља
- Утврђивање здравствених стандарда
- Поређење показатеља здравствене организације са најбољом праксом (стандардима)
- Идентификација праксе и процеса који доводе до врхунских перформанси

у здравственој организацији

- Имплементација најбоље медицинске праксе
- Прилагођавање људских и капиталних ресурса
- Примена у здравственој организацији
- Евалуација нове медицинске праксе да би се осигурала континуирана побољшања исте у организацији

Основна полазишта овог модела су: квалитет здравствених услуга и задовољство пацијената. Бенчмаркинг је концепт који омогућава константно праћење и унапређење квалитета здравствених услуга и раста задовољства пацијената што води побољшању тржишних позиција здравствене организације.

Примена бенчмаркинг методе у здравству омогућава дугорочно унапређење области које се односе на квалитет производа/услуга, задовољење и сатисфакцију потрошача и техничку/оперативну ефикасност. Унапређење квалитета производа/услуга подразумева повећање степена задовољства пацијента, односно постизање уравнотежености између здравствене понуде и здравствене тражње. Постизање већег степена задовољства и сатисфакције корисника/пацијента омогућава се бољим разумевањем посебних и иновираних потреба и захтева пацијената, нарочито оних који су често изван сфере здравства али у великој мери доприносе бољем квалитету пружене здравствене услуге и већем задовољству пацијента. Овде се, пре свега, мисли на љубазност, амбијент, комфор, начин комуникације и сл. Унапређење техничке и оперативне ефикасности подразумева све оне активности (организационе, информационе и комуникацијске) које ће допринети остварењу различитих уштеда и рационализација у здравственим организацијама.

Бенчмаркинг у здравству као процес компаративне процене мора да одговори на очекивања пацијента. То укључује константне напоре за мерење резултата, њихово упоређивање са резултатима других као и примену научених лекција у циљу побољшања и унапређења пословања.

Основна предност бенчмаркинга је што омогућава препознавање основних недостатака и слабости, дефинисање реално спроводљивих перформанси успеха, константно праћење и унапређење квалитета здравствених услуга и раста задовољства пацијената. Поред тога, бенчмаркинг промовише конкурентност и такмичарски дух између здравствених организација што доводи до раста тржишних позиција здравствене организације.

Поред предности, примена бенчмаркинга у здравству има и своје недостатке и недоумице које могу угрозити крајњи резултат. Један од основних проблема је утврђивање стандарда медицинске праксе с којом ће се здравствена организација моћи упоређивати. Имајући у виду да су здравствени системи и здравствене организације разликују по својој мисији, визији,

стратешким циљевима, организационој структури, организационој култури, структури људских и капиталних ресурса и сл., увек постоји ризик око дефинисања и усклађивања здравствених стандарда. Други проблем је да ли су изабрани стандарди стварно најбољи. Уколико је изабрани стандард нереалан, неупоредив, онда се и концепт бенчмаркинга доводи у питање, јер ни у том случају није поуздан. Трећи проблем је у самом схватању места, улоге и значења менаџмента у здравству. Бројни су и отпори ка примени и разумевању концепта менаџмента и његове улоге у управљању здравственим системима. Управљање здравственим организацијама које се заснива на постулатима савременог менаџмента, на жалост, у већини случајева има само теоретску основу без стварне имплементације. Управо, то и представља ограничавајући фактор да се уопште може схватити, дефинисати и правилно применити бенчмаркинг у здравственим организацијама. Четврти проблем лежи у проналажењу начина, модела, приступа здравој сарадњи с најбољим здравственим организацијама (конкурентима на тржишту здравствених услуга). Како доћи до информација о здравственој изврности? Верује се да је то пуно лакше постићи великим него малим здравственим организацијама, јер велике организације најчешће имају квалитетнију подршку и брже постижу развијенији облик менаџмента.¹⁹⁵

3. БЕНЧМАРКИНГ АЛАТ – DATA ENVELOPMENT ANALYSIS

Један од модела који се може користити као бенчмаркинг алат је Data Envelopment Analysis (DEA). DEA представља технику непараметарског линеарног програмирања која се користи за процену релативне успешности/ефикасности јединица за одлучивање, односно доносилаца одлука који се користе истим ресурсима (инпутима) и стварају исте учинке (аутпуте), а међусобно се разликују према нивоу ресурса којима располажу и нивоу активности унутар процеса трансформације. Према томе, DEA се користи за оцену релативне ефикасности хомогених оперативних ентитета на основу емпиријских података о њиховим улазима и излазима. Погодан је у случајевима где други приступи не дају задовољавајуће резултате.

Метода DEA се користи у профитном и непрофитном сектору последњих тридесет година с тенденцијом ширења примене, уз напомену да је у последњих двадесет година веома важан приступ у анализи успешности у непрофитном сектору. Данас се примењује у анализи ефикасности и успешности упоређивањем организација, региона и земаља, али и у образовању, здравству, банкарству, војсци, спорту, истраживањима тржишта, пољопривреди, трговини, транспорту, и многим другим подручјима. Дакле, током година, DEA је постао важан бенчмаркинг алат за анализу ефикасности у приватном и јавном сектору.

¹⁹⁵ Cook, S., 1995, *Practical Benchmarking: A Management Guide*, Hampshire, Cower, стр. 45.

Према томе DEA може бити и стратешко и организацијско оруђе за разумевање функционисања појединих здравствених система које у контексту бенчмаркинга нуди мање успешним системима учење од успешних уз уочавање сопствених слабости.

Примена тог бенчмаркинг алата омогућава утврђивање ефикасности здравственог система као и идентификацију скупа показатеља који могу у знатној мери позитивно утицати на успешност функционисања здравственог система, а неуспешним системима указати на позитивне примере из праксе (бенчмаркинг).

4. МЕРЕЊЕ ЕФИКАСНОСТИ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА

4.1. Студија случаја на одабраном скупу земаља ОЕЦД-а, Србије и Црне Горе

У овој студији случаја, полазна хипотеза у истраживању била је да се ефикасност здравственог система (ЗС) може одредити применом метода математичког програмирања. Поред тога, хипотеза је да се на основу одређивања циљних вредности за улазе и излазе које је засновано на мерењу ефикасности здравствених система развијених земаља света (земље ОЕЦД-а) могу дефинисати ефикасни здравствени системи у Републици Србији и Црној Гори. Сходно томе, постављени проблем мерења ефикасности ЗС је решен на основу предложене методологије, коришћењем непараметарске DEA анализе. За ту сврху употребљено је пет улазних и шест излазних квантитативних променљивих, при томе, извршен је пресек података за један временски период, 2013. годину. Предложена методологија за мерење ефикасности здравственог система је тестирана и верификована кроз истраживање спроведено на скупу од 33 ЗС земаља чланица Организације за економску сарадњу и развој (ОЕЦД), Републике Србије и Црне Горе. Посматрани су здравствени системи у државама ОЕЦД-а: Аустралија, Аустрија, Белгија, Канада, Чиле, Чешка, Данска, Естонија, Финска, Француска, Немачка, Грчка, Мађарска, Исланд, Ирска, Израел, Италија, Јапан, Јужна Кореја, Луксембург, Мексико, Холандија, Нови Зеланд, Пољска, Словачка, Словенија, Шпанија, Швајцарска, Турска, Велика Британија, САД и ЗС Републике Србије и Црне Горе. За здравствене системе у земљама ОЕЦД-а коришћен је исти извор података, а пронађен је на Интернет презентацији Организације за економску сарадњу и развој, док су за Србију и Црну Гору коришћени подаци Светске банке.

Непараметарска DEA анализа – бенчмаркинг алат

Ефикасност коју организациони систем постиже обављајући своју делатност, зависи од резултата рада (излази) који су постигнути коришћењем ресурса (улази) и одговарајуће организације рада и технологије. У том контексту, ефикасност организационог система се односи на поређење између посматраних и оптималних вредности његових излаза и улаза. Тако, могу се поредити посматрани излази са максимално могућим излазима који могу да се добију од улаза, или могу се поредити посматрани улази са минимално потребним улазима који су неопходни за стварање излаза, или комбинација ова два поређења.

Непараметарски приступ за мерење ефикасности познат и по описном називу Анализа обавијања података са скраћеницом DEA (Data Envelopment Analysis) користи математичко програмирање да развије границу ефикасности и процени релативно одстојање од те границе. За разлику од конвенционалних метода, заснованих на регресионој анализи које посматрају случајеве са једним излазом и више улаза, DEA анализира јединице одлучивања DMU (Decision Making Unit) које су окарактерисане са више улаза и више излаза. Мерење ефикасности укључује поређење стварног учинка DMU са оптималним учинком који се налази на граници ефикасности. То значи, да би се измерила ефикасност неке посматране DMU потребно је развити границу ефикасности и проценити удаљеност посматране DMU од те границе. На тај начин биће измерена апсолутна или стварна ефикасност. Пошто је стварна граница ефикасности непозната, потребно је извршити емпиријску апроксимацију која је позната и под називом граница најбоље праксе, и проценити удаљеност од те границе. У том случају, биће измерена релативна или приближна ефикасност.

Непараметарска DEA анализа се може категоризовати по типу расположивих података и типу расположивих променљивих. Тако, могуће је посматрати пресек података за један временски период (Cross-section Data Set) или скуп података за више временских периода (Panel Data Set) са квантитативним променљивим величинама. Charnes и сарадници су представили теорију, методологију и примену DEA и указали на неке њене важне особине:¹⁹⁶

- Тежиште је на појединачним посматрањима насупротив популационим осредњавањима,
- У анализу су укључени већи број улаза и излаза који су изражени вредносно у њиховим природним јединицама,
- Могу бити укључене у анализу егзогене променљиве за представљање улаза и излаза које су под контролом окружења,

¹⁹⁶ Charnes, A., Cooper, W.W., Lewin, Y., Seiford, L.M., 1994, *Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology and Applications*, Boston, Kluwer Academic Publishers, стр. 24.

- Могу бити укључене у анализу категоријске променљиве за представљање улаза и излаза које могу да имају само дискретне вредности из допустивог скупа вредности,
- Не захтевају се вредносни фактори или тежине за улазе и излазе,
- Могу бити укључени у анализу вредносни фактори за улазе и излазе када се то жели,
- Не захтева се функционална форма између излаза и улаза,
- Указује се на потребне промене улаза и излаза, тачније рационализацију улаза и одређивање циљних излаза ако посматрана DMU није ефикасна,
- Примењују се исти критеријуми за мерење ефикасности сваке DMU.

Непараметарска DEA анализа је корисна за развијање релативне ефикасности за скуп састављен од више јединица одлучивања. Из скупа DEA модела развијених за ту сврху, могу да се издвоје два модела која се највише користе. Први је CCR (Charnes, Cooper, Rhodes, 1978) DEA модел, а други је BCC (Banker, Charnes, Cooper, 1984) DEA модел. Први је оригиналан DEA модел, други је проширени CCR DEA модел. Треба истаћи да су остали DEA модели развијени за мерење техничке ефикасности настали на основу ова два DEA модела, као њихова надоградња, модификација и прилагођавање. На пример, то су: адитивни (Additive) модели (Charnes и сар., 1985), непрецизни (Imprecise) модели (Cooper и сар., 1999; Zhu, 2003), регион (Region) модели (Thompson и сар., 1986) модели за мерење супер-ефикасности (Andersen и Petersen, 1993; Li и сар., 2007) и кон-ратио (Cone Ratio) модели (Charnes и сар., 1989, 1990). Генерални оквир DEA модела и њихово таксативно навођење може бити пронађено у (Kleine, 2004; Gattoufi и сар., 2004).

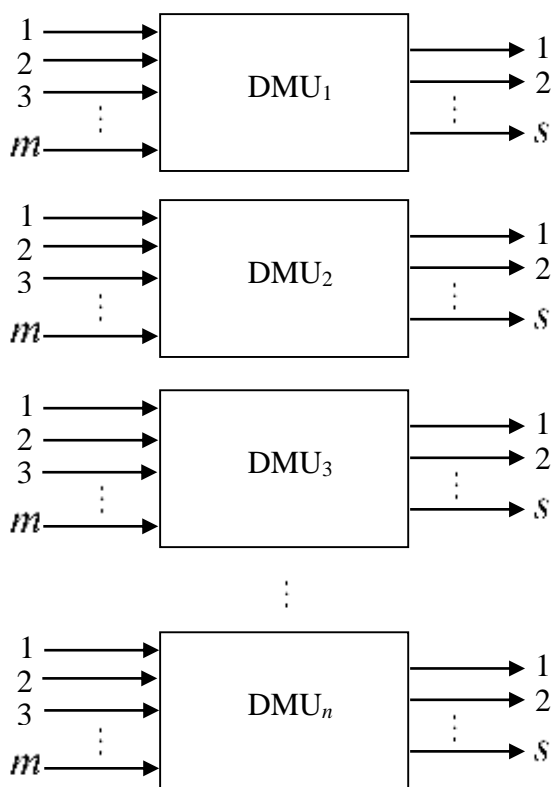
DEA се састоји од линеарних оптимизација, када се посматра DMU за један временски период где се за сваку DMU_j ($j = 1, 2, 3, \dots, n$) користи m улаза x_{ij} ($i = 1, 2, 3, \dots, m$) за прављење s излаза y_{rj} ($r = 1, 2, 3, \dots, s$). Случај где се граница ефикасности или граница најбоље праксе развија на основу јединица одлучивања које су дефинисане са m улаза и s излаза, приказан је на слици 29.

Када се врши избор DMU треба водити рачуна да се не посматрају међусобно неупоредиве јединице одлучивања. У раду Cooper и сарадници¹⁹⁷ предложено је неколико практичних савета приликом избора DMU: подаци о улазима и излазима за сваку DMU треба да буду расположиви за сваки улаз и сваки излаз и треба да имају позитивне вредности; у анализу треба да уђу сви подаци који су од интереса за аналитичара; у принципу тежи се смањењу улаза и повећању излаза па због тога приликом дефинисања улаза и излаза треба одржати овај принцип; мерне јединице улаза и излаза не морају бити једнородне.

¹⁹⁷ Cooper, W.W., Seiford, L.M., Tone, K., 2007, *Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software*, 2nd ed., New York, Springer, стр.22.

Дефинисање улаза и излаза се извршава на основу теорије и праксе из дате области, и зависи од специфичности рада јединице одлучивања. Треба дефинисати репрезентативне улазе и излазе како би они могли објективно да презентују активности на које се односе. Правилно одабрани улазни и излазни параметри могу веродостојно да представе све ресурсе (нпр. кадровске, материјалне, финансијске и информационе) које DMU користи, као и све резултате које DMU остварује. Уколико се параметри правилно не дефинишу, добијени резултати могу навести на површно тумачење, као и на делимично тачне и погрешне закључке у вези са ефикасношћу посматране DMU. Вредности дефинисаних улаза и излаза треба да буду добијени из поузданих и референтних извора, као и уједначени за све DMU које се пореде.

Слика 29. DMU_{*j*} окарактерисана са *m* улаза и *s* излаза



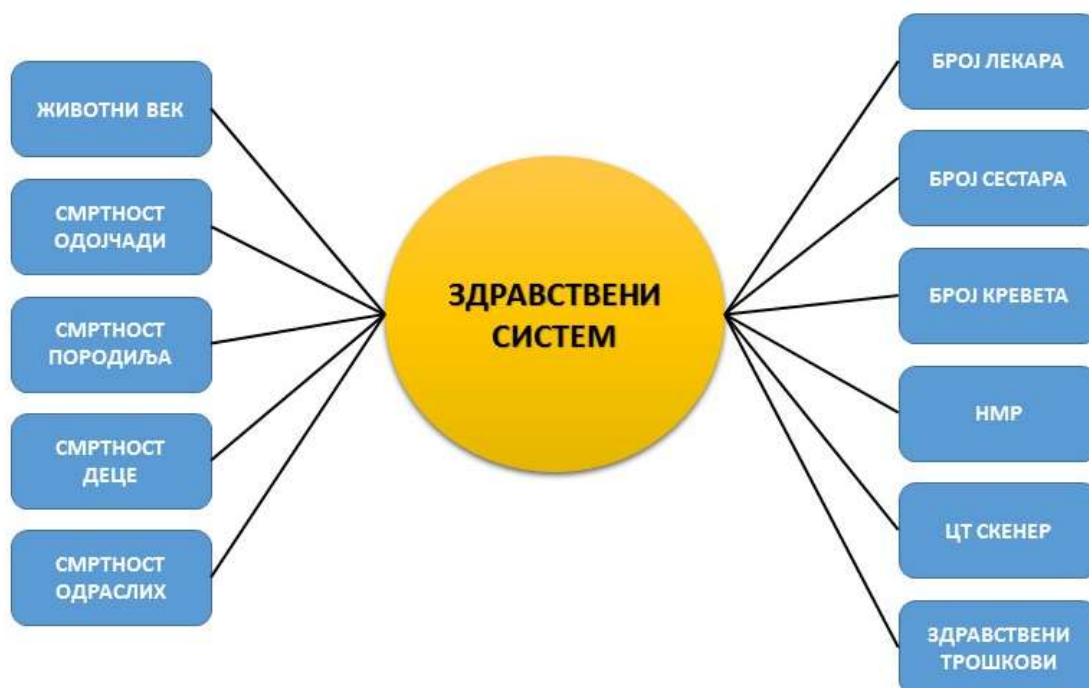
Број DMU које се разматрају треба да буде већи од укупног броја улаза и излаза. У раду (Cooper и сар., 2007) се препоручује да број посматраних DMU треба да задовољава услов $n \geq \max\{m \times s, 3(m + s)\}$. У раду (Golany и Roll 1989) је дат практичан савет како може да се повећа број посматраних DMU. Ови аутори су указали да број DMU може да се повећа 4 пута ако се вредности улаза и излаза дате на годишњем нивоу поделе квартално. Други начин да се реши проблем великог број улаза и излаза је применом мултиваријационе статистичке анализе (Jerkins и Anderson, 2003). Идеја је да се из посматраног скупа улаза и излаза елиминишу одређени улази и излази, а да се при томе не изгубе значајне информације о ефикасности

посматраних DMU. Ако је коефицијент корелације између испитиваних парова улаза и/или парова излаза једнак или приближно једнак 1, а варијанса једнака или приближно једнака 0, тада треба елиминисати један од улаза и/или један од излаза. Елиминација високо корелираних улаза и/или излаза у већини случајева неће пресудно утицати на ефикасност посматраних DMU. Међутим, треба напоменути да резултати добијени мултиваријационом статистичком анализом могу у неким случајевима да елиминишу неке високо корелисане улазе и/или излазе који су веома важни за ефикасност посматраних DMU.

4.2. ПРИМЕЊЕНА МЕТОДОЛОГИЈА

У овој студији случаја, за мерење ефикасности здравственог система као вишеулазног и вишеизлазног, изабрана је непараметарска DEA анализа. Образложење зашто је изабрана ова анализа је у чињеници што за разлику од конвенционалних метода, заснованих на регресионој анализи које посматрају случајеве са једним излазом и више улаза, DEA може да анализира вишеулазне и вишеизлазне јединице одлучивања (DMU). Здравствени систем као DMU био је одређен са пет улаза и шест излаза као што је то представљено на слици 30.

Слика 30 . Здравствени систем као DMU



Извор: Аутор

Први улаз (x_1) представља очекивани животни век, други улаз (x_2) је стопа смртности одојчади на хиљаду живорођених, трећи улаз (x_3) се односи на стопу смртности породиља на хиљаду живорођених, четврти улаз (x_4) је стопа смртности деце до пете године на хиљаду живорођених

и (x_5) представља стопу смртности одраслих на хиљаду становника. Први излаз (y_1) у моделу је број лекара на хиљаду становника, други излаз (y_2) се односи на број сестара на хиљаду становника, трећи излаз (y_3) представља број болничких кревета на хиљаду становника, четврти излаз (y_4) се односи на број нуклеарно магнетних резонанци (НМР) на милион становника, пети излаз (y_5) представља број компјутеризованих томографија (ЦТ) на милион становника, док је шести излаз (y_6) карактерише здравствене трошкове по глави становника. Сви одабрани улази и излази, осим првог улаза (очекивани животни век), задовољавају принцип да се тежи смањењу улаза и повећању излаза. Проблем код првог улаза је превазиђен на тај начин што је посматрана реципрочна вредност првог улаза.

Подаци о вредностима за изабране улазе и излазе за посматрану 2013. годину представљени су у Табелама 12 и 13. При томе, једино подаци о броју НМР-а за Данску, Исланд, Италију и Јапан нису били расположиви за посматрану 2013. годину. Тај проблем је превазиђен тако што је, за те земље, узет број НМР-а за најближу годину за коју је постојао податак. Тако је за број НМР-а за Данску посматрана 2009, за Исланд и Италију 2012, и коначно, за Јапан 2011. година. Мерење ефикасности здравственог система (ЗС) је спроведено на скупу од 33 ЗС земаља чланица Организације за економску сарадњу и развој (ОЕЦД), Републике Србије и Црне Горе. Посматрани су здравствени системи у државама ОЕЦД-а: Аустралија, Аустрија, Белгија, Канада, Чиле, Чешка, Данска, Естонија, Финска, Француска, Немачка, Грчка, Мађарска, Исланд, Ирска, Израел, Италија, Јапан, Јужна Кореја, Луксембург, Мексико, Холандија, Нови Зеланд, Пољска, Словачка, Словенија, Шпанија, Швајцарска, Турска, Велика Британија, САД и ЗС из Републике Србије и Црне Горе. За здравствене системе земаља ОЕЦД-а извор података је пронађен на Интернет презентацији Организације за економску сарадњу и развој, док су за Србију и Црну Гору коришћени подаци Светске банке. Узимајући у обзир 34 земље ОЕЦД-а, постоје три земље које нису биле укључене у истраживање (Норвешка, Португалија и Шведска) јер за њих нису постојали одређени подаци који су разматрани у овој студији.

Постоје бројне студије које испитују ефикасност у различитим областима користећи ДЕА анализу. Треба напоменути да је ова непараметарска техника за анализу ефикасности прво била развијена у јавном сектору где постоје бројне студије; нпр. у области здравства (Du и сар., 2012; Cheng и Zervopoulos 2014; Torres-Jimenez и сар., 2015); у области образовања (Bougnol и Dula, 2006; Nazarko и Saparuskas, 2014; Liu и Li, 2015); у области саобраћаја (Giokas и Pentzaropoulos, 2008; Yang и Chang 2009; Ванке и сар., 2011; Ралевић 2014; Ралевић и сар., 2014; Ралевић и сар., 2015; Рохачова, 2015)

Табела 12. Подаци о улазима

DMU	Очекивани животни век	Стопа смртности (%) (на хиљаду живорођених)			Стопа смртности (%) (на хиљаду становника)
		Одојчади	Породиља	Деце	Одраслих
Аустралија	82,2	3,6	6,0	4,1	6,3
Аустрија	81,2	3,1	4,0	3,9	9,4
Белгија	80,7	3,5	7,0	4,3	9,8
Канада	81,5	4,8	7,0	5,2	7,2
Чиле	78,8	7,4	22,0	8,4	5,1
Чешка	78,3	2,5	4,0	3,7	10,4
Данска	80,4	3,5	6,0	3,7	9,3
Естонија	77,3	2,1	9,0	3,5	11,6
Финска	81,1	1,8	3,0	2,6	9,5
Француска	82,3	3,6	8,0	4,4	8,7
Немачка	80,9	3,3	6,0	3,9	11,1
Грчка	81,4	3,7	3,0	4,7	10,2
Мађарска	75,7	5,0	17,0	6,2	12,8
Исланд	82,1	1,8	4,0	2,0	6,7
Ирска	81,1	3,5	8,0	3,8	6,5
Израел	82,1	3,1	5,0	4,2	5,1
Италија	82,8	2,9	4,0	3,6	10,0
Јапан	83,4	2,1	5,0	2,8	10,1
Јужна Кореја	81,8	3,0	11,0	3,7	5,3
Луксембург	81,9	3,9	10,0	2,0	7,0
Мексико	74,6	13,0	38,0	14,5	4,8
Холандија	81,4	3,8	7,0	4,0	8,4
Нови Зеланд	81,4	5,2	11,0	5,9	6,6
Пољска	77,1	4,6	3,0	5,2	10,1
Словачка	76,5	5,5	6,0	7,7	9,6
Словенија	80,4	2,9	9,0	2,9	9,4
Шпанија	83,2	2,7	5,0	4,3	8,3
Швајцарска	82,9	3,9	5,0	3,8	8,0
Турска	76,6	10,8	16,0	15,4	5,7
В. Британија	81,1	3,8	9,0	4,6	9,0
САД	78,8	6,0	14,0	6,9	8,2
Србија	75,1	5,7	17,0	6,9	14,0
Црна Гора	74,8	4,4	7,0	5,3	10,5

Извор: OECD (2016)

Табела 13. Подаци о излазима

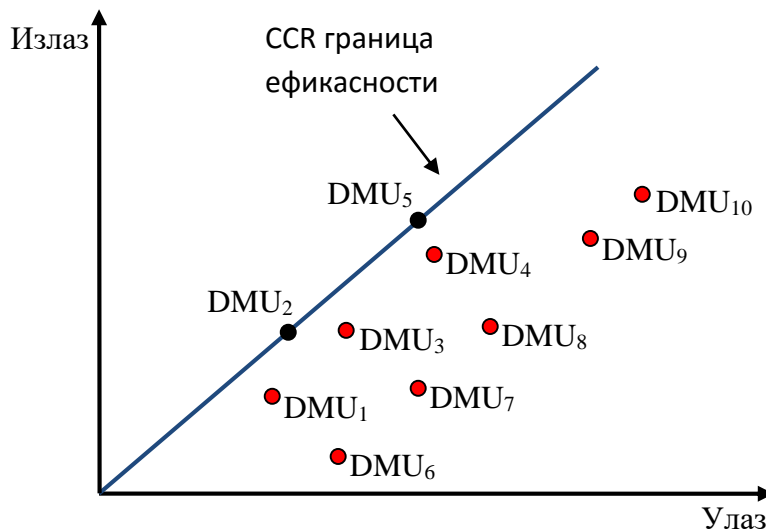
DMU	Број (на хиљаду становника)			Број (на милион становника)		Здравствени трошкови per capita (USD)
	Лекара	Сестара	Кревета	НМП	ЦТ скенера	
Аустралија	3,4	11,5	3,8	13,4	53,7	3866
Аустрија	5,0	7,8	7,7	19,2	29,6	4553
Белгија	3,0	9,5	6,3	10,8	22,2	4256
Канада	2,6	9,5	2,7	8,8	14,7	4351
Чиле	1,9	5,6	2,2	6,6	12,3	1606
Чешка	3,7	8,0	6,5	7,4	15,0	2040
Данска	3,6	16,3	3,1	15,4	37,8	4553
Естонија	3,3	6,2	5,0	11,4	19,0	1542
Финска	3,0	14,1	4,9	22,1	21,7	3442
Француска	3,3	9,4	6,3	9,4	14,5	4124
Немачка	4,1	13,0	8,3	11,6	18,7	4819
Грчка	6,3	3,6	4,8	24,3	35,2	2366
Мађарска	3,2	6,4	7,0	3,0	7,9	1719
Исланд	3,6	15,5	3,2	21,8	40,5	3677
Ирска	2,7	12,4	2,8	13,3	17,8	3663
Израел	3,4	4,9	3,1	3,1	8,9	2428
Италија	3,9	6,1	3,4	24,6	33,3	3077
Јапан	2,3	10,5	13,3	46,9	101,3	3713
Јужна Кореја	2,2	5,2	11,0	24,5	37,7	2275
Луксембург	2,8	11,9	5,1	12,9	22,1	4371
Мексико	2,2	2,6	1,6	2,1	5,3	1048
Холандија	3,3	12,1	4,7	11,5	11,5	5131
Нови Зеланд	2,8	10,0	2,8	11,2	16,6	3328
Пољска	2,2	5,3	6,6	6,4	17,2	1530
Словачка	3,4	5,8	5,8	6,7	15,3	2010
Словенија	2,6	8,3	4,6	8,7	12,1	2511
Шпанија	3,8	5,1	3,0	15,3	17,6	2898
Швајцарска	4,0	17,4	4,7	19,9	36,6	6325
Турска	1,8	1,8	2,7	10,5	14,2	941
В. Британија	2,8	8,2	2,8	6,1	7,9	3235
САД	2,6	11,1	2,9	35,5	43,5	8713
Србија	2,9	5,2	5,5	3,0	10,0	474
Црна Гора	2,1	5,4	4,0	3,1	17,1	461

Извор: OECD (2016)

У овој студији, оцене ефикасности сваког здравственог система из посматраног скупа су добијене коришћењем оригиналног CCR DEA модела. На слици 31 приказана је CCR граница ефикасности у две димензије, за случај када постоји један улаз и један излаз, тј. када је $m = 1$

и $s = 1$. У овом случају од посматраних десет јединица одлучивања, ССР граница ефикасности је одређена на основу DMU_2 и DMU_5 . То значи да су ове две јединице одлучивања ефикасне, док су $DMU_1, DMU_3, DMU_4, DMU_6, DMU_7, DMU_8, DMU_9$ и DMU_{10} неефикасне.

Слика 31. Граница ефикасности ССР модела



Једна формулација ССР модела има за циљ да минимизира улазе задржавајући дати ниво излаза, тј. ССР улазно-оријентисани модел (видети М1 модел). Друга формулација ССР модела има за циљ да максимизира излазе без повећања вредности неког од посматраних улаза, тј. ССР изазно-оријентисани модел (видети М1' модел). Посматрана DMU_0 је ефикасна ако и само ако је оцена ефикасности $\theta^* = 1$ (за улазну оријентацију) или $\phi = 1$ (за излазну оријентацију) и бенчмаркови $\lambda_j = 0$ за свако j осим за DMU_0 за коју је $\lambda = 1$. У свим осталим случајевима DMU_0 је неефикасна.

У раду (Seiford i Thrall, 1990), изведена је веза између решења добијених коришћењем М1 и М1' модела. Нека су $\lambda_j^*, j = 1, 2, 3, \dots, n$ и θ^* оптимална решења добијена М1 моделом, тада постоје одговарајућа оптимална решења $\lambda_j^{**}, j = 1, 2, 3, \dots, n$ и ϕ^* добијена М1' моделом таква да

$$\text{важи } \lambda_j^* = \frac{\lambda_j^{**}}{\phi^*} \text{ и } \theta^* = \frac{1}{\phi^*}.$$

М1 модел – ССР улазно-оријентисани DEA модел

$$\theta^* = \min \theta$$

Уз услове:

$$\sum_{j \in \{1,2,3,\dots,n\}} \lambda_j x_{ij} \leq \theta x_{io}, \quad i = 1,2,3,\dots, m;$$

$$\sum_{j \in \{1,2,3,\dots,n\}} \lambda_j y_{rj} \geq y_{ro}, \quad r = 1,2,3,\dots, s;$$

$$\lambda_j \geq 0, \quad j = 1,2,3,\dots, n.$$

M1' модел – CCR излазно-оријентисани DEA модел

$$\phi^* = \max \phi$$

Уз услове:

$$\sum_{j \in \{1,2,3,\dots,n\}} \lambda_j x_{ij} \leq x_{io}, \quad i = 1,2,3,\dots, m;$$

$$\sum_{j \in \{1,2,3,\dots,n\}} \lambda_j y_{rj} \geq \phi y_{ro}, \quad r = 1,2,3,\dots, s;$$

$$\lambda_j \geq 0, \quad j = 1,2,3,\dots, n.$$

Даље, у овој студији изведене су, за сваки здравствени систем из посматраног узорка, циљне вредности за улазе и излазе. То је урађено коришћењем SBM DEA модела (видети M2 модел) који је познат и као слак-базирани модел (Slack-based Model). Улазно оријентисани CCR DEA модел разматра могућност радијалног (пропорционалног) смањења улаза при чему излазе одржава на текућим нивоима. Излазно оријентисани CCR DEA модел разматра могућност радијалног повећања излаза при чему улазе држи на текућим нивоима. Због тога што ови модели репрезентују радијално мерење, познати су у литератури и као радијални DEA модели. SBM модел, за разлику од CCR модела, разматра могућност симултаног смањења улаза и повећања излаза. Модел је предложен у раду (Charnes и сар., 1985), заснован на улазним слаковима (s^-_i) и излазним слаковима (s^+_r). Модел претпоставља једнаке маргиналне вредности за све ненегативне улазне и излазне слакове. DMU₀ је ефикасна ако и само ако је $s^-_i = s^+_r = 0$ за све i и r . У супротном, оптимално $s^-_i > 0$ указује да постоји неумереност у коришћењу i -тог улаза, док оптимално $s^+_r > 0$ идентификује мањак у r -том излазу. Према томе, решење SBM модела дефинише циљне (оптималне) вредности за одређене улазе и излазе код неефикасне DMU. У случају када треба да се обезбеди укључивање мишљења експерата о

вредностима појединих улаза и излаза, успешно се користи модификовани SBM модел који је представљен у раду (Ali и сар., 1995).

M2 модел - SBM DEA модел

$$\max \sum_{i=1}^m s_i^- + \sum_{r=1}^s s_r^+$$

Уз услове:

$$\sum_{j=1}^n \lambda_j x_{ij} + s_i^- = x_{i0}, \quad i = 1, 2, 3, \dots, m$$

$$\sum_{j=1}^n \lambda_j y_{rj} - s_r^+ = y_{r0}, \quad r = 1, 2, 3, \dots, s;$$

$$\lambda_j, s_i^-, s_r^+ \geq 0, \quad j = 1, 2, 3, \dots, n.$$

Оптималне вредности за сваки улаз и излаз посебно, могу се израчунати коришћењем решења из SBM модела, тј. одређивањем улазних и излазних слакова. Тако, коришћењем резултата овог модела, оптималне вредности за улазе и излазе се добијају на начин као што је то представљено у (1) и (2), респективно.

$$x_{i0}^{opt.} = x_{i0} - s_{i0}^- \quad (1)$$

$$y_{r0}^{opt.} = y_{r0} + s_{r0}^+ \quad (2)$$

Коначно, у овој студији, утицајне опсервације (нестандардне DMU) у посматраном узорку су откривене коришћењем AP модела (видети M3 модел). Овај модел се успешно користи за мерење супер-ефикасности, а развијен је у раду (Andersen и Petersen, 1993). AP модел је настао као модификација оригиналног CCR DEA модела. Даље, у раду (Banker и Chang, 2006), доказано је да модели за мерење супер-ефикасности могу да се користе за откривање нестандартних DMU. Нестандардне DMU утичу на објективност анализе уносећи "шум", па је због тога веома важно да оне буду откривене. Када се користи M3 модел, пракса је да се из анализе искључују DMU које имају оцену супер-ефикасности (θ^{se*}) вишу од 3 или 4 пута већу ефикасност од неке друге одређене DMU из посматраног скупа.

М3 модел - AP модел

$$\theta^{SE*} = \min \theta^{SE}$$

Уз услове:

$$\sum_{j \in \{1,2,3,\dots,n\} \setminus \{j_0\}} \lambda_j x_{ij} \leq \theta^{SE} x_{i0}, \quad i = 1,2,3,\dots, m;$$

$$\sum_{j \in \{1,2,3,\dots,n\} \setminus \{j_0\}} \lambda_j y_{rj} \geq y_{r0}, \quad r = 1,2,3,\dots, s;$$

$$j_0 \in \{1,2,3,\dots, n\},$$

$$\lambda_j \geq 0, \quad j = 1,2,3,\dots, n.$$

У овој студији, решавање CCR модела, SBM модела и AP модела је извршено коришћењем некомерцијалног DEA Excel Solver софтвера. Поред DEA Excel Solver софтвера постоје и други комерцијални и некомерцијални софтвери, приказани у Табелама 14 и 15, који могу да се успешно користе за решавање DEA модела коришћених у овој студији. У Табелама 14 и 15, ознака "+" значи да одређени софтвер може да реши одређени модел, док ознака "-" значи да одређени софтвер не може да реши одређени модел.

Табела 14. Комерцијални софтвери и могућност решавања одређених DEAмодела

DEA модели коришћени у тези	DEA Solver Pro	Frontier Analyst	OnFront	Warwick DEA
CCR модел/CRS	+	+	+	+
SBM модел	+	-	-	+
AP модел/CRS	+	-	-	+

Табела 15. Некомерцијални софтвери и могућност решавања одређених DEAмодела

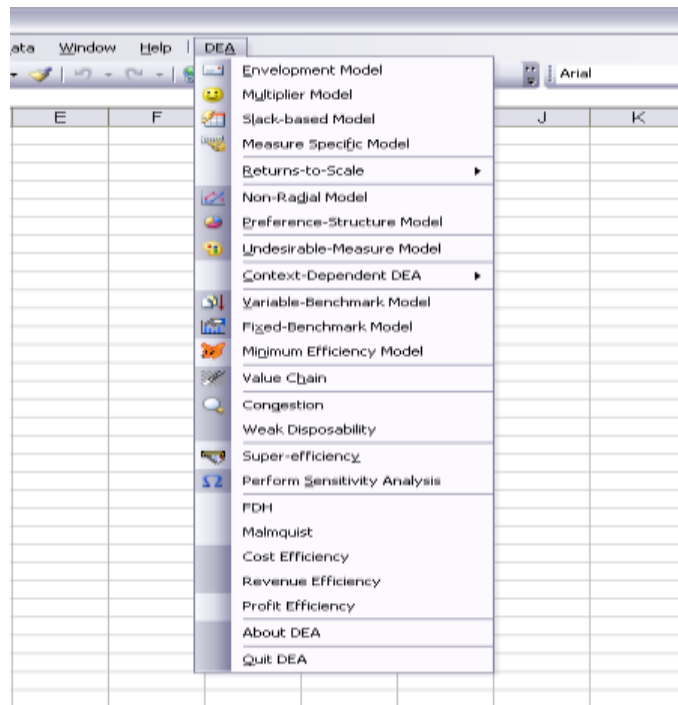
DEA модели коришћени у тези	DEA Excel Solver	DEAP	EMS	Pioneer
CCR/CRS	+	+	+	+
SBM модел	+	-	+	-
AP модел/CRS	+	-	+	+

Карактеристике и употреба DEA Excel Solver softvera

DEA Excel Solver, (<http://www.deafrontier.net>), захтева оперативни систем Microsoft Windows, Microsoft Excel 97 или новију верзију. Овај софтвер је описан у (Zhu, 2003). Поред модела

приказаних у Табелама 14 и 15, DEA Excel Solver омогућава решавање и других DEA модела који се нуде у менију овог софтвера приказаном на слици 32.

Слика 32. DEA Excel Solver мени



Софтвер користи Excel Solver који не поставља границу у броју DMU, броју улаза и броју излаза. Међутим, код неких верзија солвера постоје ограничења броја променљивих и услова, што је приказано у Табели 16.

Табела 16. Ограничење броја променљивих и услова неких Excel Solver верзија

Проблем величина:	Standard Excel Solver	Premium Solver	Premium Solver Platform
Променљиве x услови	200 x 200	1000 x 8000	2000 x 8000

Извор: <http://www.solver.com/>

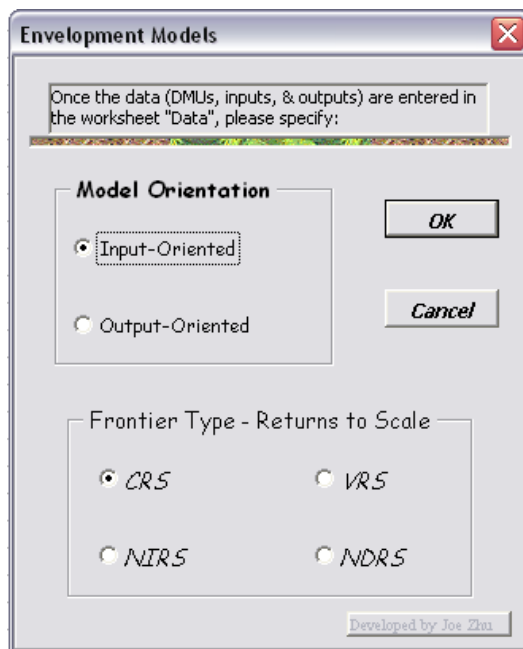
Подаци о DMU треба да се унесу у радни лист (Worksheet) под називом "Data". Унос података за општи случај када постоји n DMU које користе m улаза за стварање s излаза треба да се изврши на начин као што је приказано на слици 33.

Слика 33. Формат радног листа за унос података о DMU

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	Naziv DMU	Ulaz 1	Ulaz 2	...	Ulaz <i>m</i>		Izlaz 1	Izlaz 2	...	Izlaz <i>s</i>	
2	DMU 1	10	8		18		35	48		56	
3	DMU 2	7	13		15		50	52		37	
4	DMU 3	12	10		25		62	73		45	
5	.										
6	.										
7	.										
8	DMU <i>n</i>	15	12		23		75	38		73	
9											

Негативни подаци или подаци који нису представљени бројем, сматрају се неважећим подацима. Софтвер пре решавања одређеног DEA модела проверава да ли су сви подаци важећи. Ако радни лист са подацима о DMU садржи негативне или нунумеричке податке, софтвер ће прекинути решавање модела и лоцирати неважеће податке. За покретање CRS, VRS, NDRS и NIRS модела који су у DEA Excel Solver-у груписани и названи "Envelopment Model", потребно је изабрати ставку "Envelopment Model" из менија. Појавиће се дијалог оквир под називом "Envelopment Models" као што је приказано на слици 34.

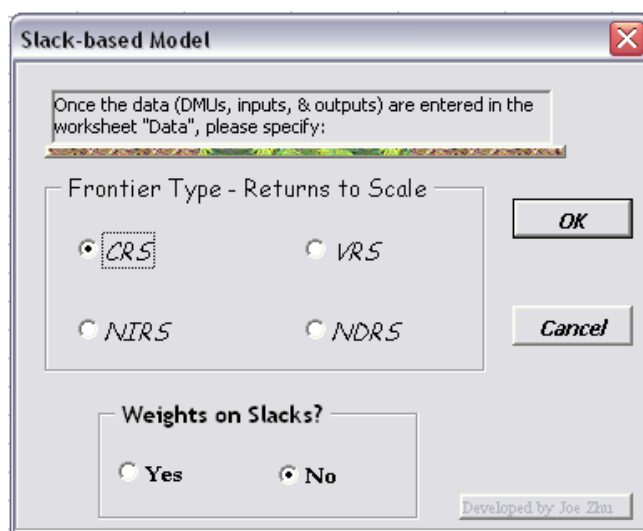
Слика 34. Дијалог оквир за решавање CRS, VRS, NDRS и NIRS модела



Дијалог оквир представљен на слици 34 омогућава решавање CRS, VRS, NDRS и NIRS модела, као и избор одређене оријентације, улазне или излазне. Извештај о оценама ефикасности и бенчмарковима се даје у радном листу под називом "Efficiency". Да би могли да се покрену SBM модели или слак-базирани модели, потребно је у менију изабрати ставку "Slack-based Model". Појавиће се дијалог оквир под називом "Slack-based Model" као што је приказано на

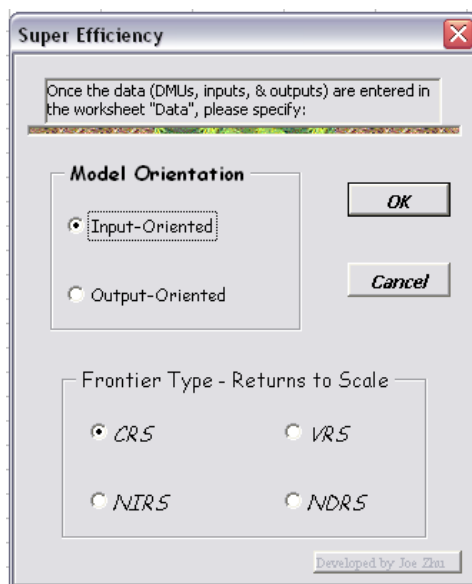
слици 35. Овај дијалог оквир омогућава израчунавање улазних и излазних слакова и у случају када се захтева пондерација улаза и излаза. Извештај о вредностима за улазне и излазне слакове се даје у радном листу под називом "Slack Report", док се оптималне вредности за улазе и излазе дају у радном листу под називом "Efficient Target".

Слика 35. Дијалог оквир за решавање слак-базираних модела



Модел за мерење супер-ефикасности могу се покренути ако се у менију изабере ставка "Super-efficiency". Појавиће се дијалог оквир под називом "Super-efficiency" као што је приказано на слици 36. Овај дијалог оквир омогућава решавање CRS, VRS, NDRS и NIRS модела за мерење супер-ефикасности, као и избор одређене оријентације, улазне или излазне. Извештај о оценама супер-ефикасности и бенчмарковима се даје у радном листу под називом "Super-efficiency".

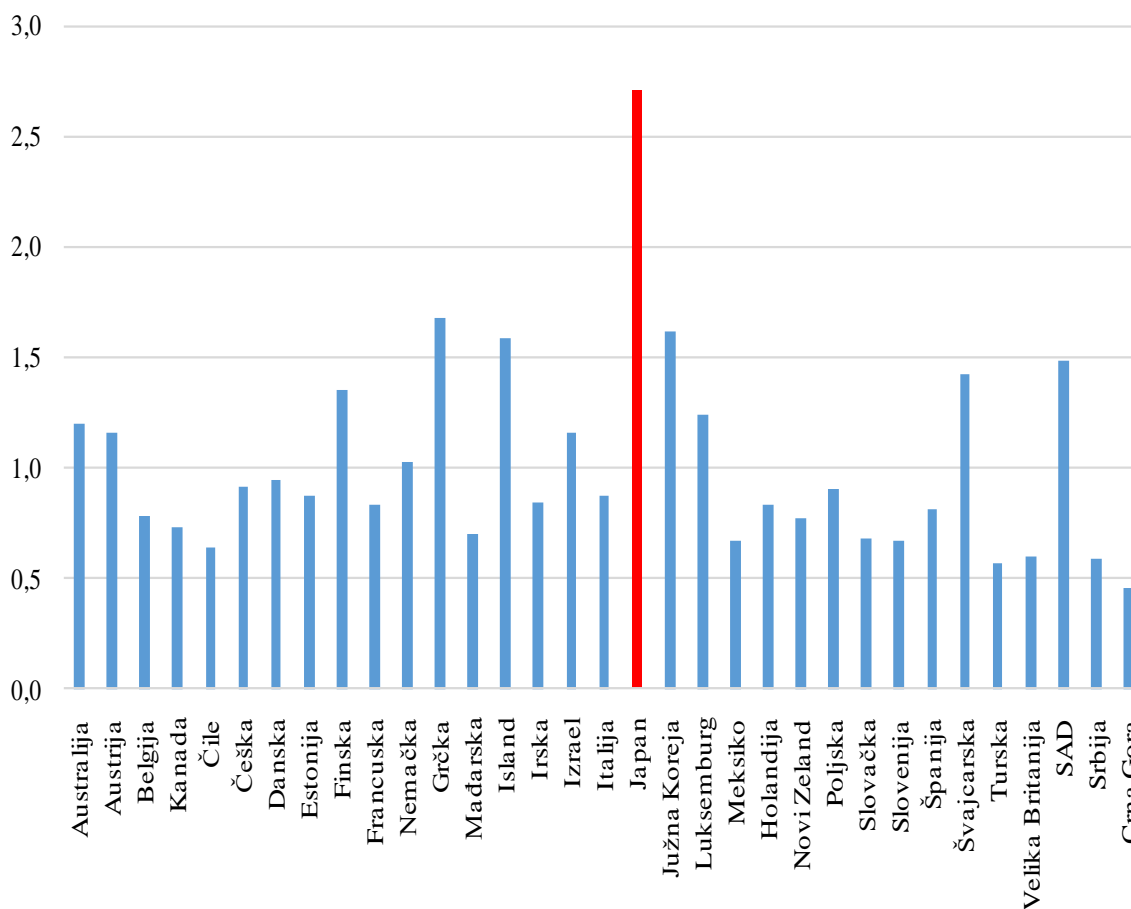
Слика 36. Дијалог оквир за мерење супер-ефикасности



4.3. РЕЗУЛТАТИ МЕРЕЊА ЕФИКАСНОСТИ

Применом AP модела на посматрани узорак од 33 здравствена система добијене су оцене супер-ефикасности (θ^{SE*}). Расподела оцена супер-ефикасности представљена је на слици 37. Резултати AP модела показују да је ЗС у Јапану нестандартна DMU јер има оцену супер-ефикасности (2,702833) 4 пута већу од оцене супер-ефикасности ЗС у Црној Гори (0,452870). Према томе, ЗС у Јапану као нестандартна DMU искључује се из даље анализе ефикасности. Коришћењем M1 модела развијена је релативна ефикасност за посматрану групу од 32 здравствена система. CCR карактеристике за сваки ЗС су дате у Табели 17. Резултати из Табеле 17 показују да постоје 13 здравствених система који су ефикасни, тј. имају CCR оцене једнаке 1. То су здравствени системи у Аустралији, Аустрији, Финској, Немачкој, Грчкој, Исланду, Израелу, Италији, Јужној Кореји, Луксембургу, Пољској, Швајцарској и САД-у. Ови ЗС се могу посматрати као реални и корисни бенчмаркови (узори) осталим неефикасним ЗС. На пример, ЗС у Аустрији, Немачкој, Јужној Кореји и Швајцарској су једни од 13 ЗС који су постигли најбољи резултат. Осим тога, то су здравствени системи који се највише појављују у референтном скупу као бенчмаркови (видети трећу колону Табеле 17). Свака земља се одликује специфичним карактеристикама у здравству, али без обзира на то, здравствени системи би требало да буду отворени за побољшање рада и да имају један или више ЗС као пример који треба да следе у пракси. Избор релевантних бенчмакова је изведен на основу израчунавања CCR DEA модела коришћењем добијених вредности за дуалне променљиве (λ_j). Резултати приказани у трећој колони Табеле 17, показују за сваки неефикасни здравствени систем, који је ЗС из скупа ефикасних – ЗС у Аустралији, Аустрији, Финској, Немачкој, Грчкој, Исланду, Израелу, Италији, Јужној Кореји, Луксембургу, Пољској, Швајцарској и САД-у, погодан за поређење њиховог учинка.

Слика 37. Расподела оцена супер-ефикасности



На пример, за ЗС у Србији добри бенчмаркови су ЗС у Аустрији, Немачкој и Јужној Кореји, док су за ЗС у Црној Гори, добри бенчмаркови ЗС у Аустрији, Немачкој, Јужној Кореји и Швајцарској. Може се даље извести закључак на основу вредности дуалних променљивих, да је ЗС у Аустрији за оба здравствена система, дакле, и за Србију и за Црну Гору, најбољи бенчмарк. Тако би, према овом налазу, у Републици Србији и Црној Гори очекивани животни век требало да буде око 82 године, за разлику од тренутног стања где је очекивани животни век око 75 година у обе државе. Поред тога, здравствени системи у Републици Србији и Црној Гори би требало да значајно повећају улагање у своје здравствене системе. Поређења ради, у Аустрији здравствени трошкови по глави становника износе око 4553\$, а у Србији и Црној Гори, 474\$ и 461\$, респективно. То значи да би ова два неефикасна здравствена система у поређењу са њиховим најбољим бенчмарком (ЗС у Аустрији) требало да повећају улагања у здравству више од 9 пута.

Табела 17. CCR DEA оцена ефикасности и бенчмаркови

DMU	CCR	
	Оцена	Референтни скуп
Аустралија	1,000000	
Аустрија	1,000000	
Белгија	0,834480	Немачка, Јужна Кореја, Швајцарска, САД
Канада	0,734490	Швајцарска, САД
Чиле	0,641405	Исланд, Израел, Јужна Кореја
Чешка	0,978899	Аустрија, Финска, Јужна Кореја
Данска	0,955172	Аустралија, Исланд, Швајцарска
Естонија	0,926021	Аустрија, Финска, Исланд
Финска	1,000000	
Француска	0,855031	Аустрија, Немачка, Јужна Кореја, Швајцарска, САД
Немачка	1,000000	
Грчка	1,000000	
Мађарска	0,749660	Аустрија, Немачка, Јужна Кореја
Исланд	1,000000	
Ирска	0,847892	Исланд, Швајцарска
Израел	1,000000	
Италија	1,000000	
Јужна Кореја	1,000000	
Луксембург	1,000000	
Мексико	0,670119	Грчка, Израел
Холандија	0,855061	Аустрија, Немачка, Јужна Кореја, Швајцарска
Нови Зеланд	0,773417	Исланд, Израел, Швајцарска
Пољска	1,000000	
Словачка	0,685566	Аустрија, Немачка, Јужна Кореја, Швајцарска
Словенија	0,721634	Аустрија, Немачка, Исланд, Јужна Кореја, Луксембург
Шпанија	0,815839	Аустрија, Грчка, Исланд, Швајцарска
Швајцарска	1,000000	
Турска	0,570880	Грчка, Исланд, Јужна Кореја
В. Британија	0,595650	Аустрија, Грчка, Исланд, Швајцарска
САД	1,000000	
Србија	0,611264	Аустрија, Немачка, Јужна Кореја
Црна Гора	0,479881	Аустрија, Немачка, Јужна Кореја, Швајцарска
Просек	0,853199	

У овој студији, улазни слакови ("вишкови" у улазима) и излазни слакови ("дефицит" у излазима) одређени су коришћењем SBM DEA модела. То је урађено за све здравствене

системе код којих је CCR оцена ефикасности била мања од 1. Аналитички резултати овог модела су представљени у Табелама 18 и 19.

Табела 18. Резултати изведени SBM DEA моделом - улазни слакови

DMU	Улази			
	s_2^-	s_3^-	s_4^-	s_5^-
Белгија	0,0	1,7	0,5	0,3
Канада	0,7	0,0	0,9	0,0
Чиле	4,0	14,9	4,7	0,0
Чешка	0,0	0,0	0,4	0,3
Данска	0,0	1,1	0,2	1,4
Естонија	0,0	5,6	0,7	1,9
Француска	0,0	2,5	0,6	0,0
Мађарска	0,6	8,1	1,1	2,0
Ирска	0,0	1,4	0,0	0,0
Мексико	10,3	33,5	11,7	0,0
Холандија	0,0	2,0	0,3	0,3
Нови Зеланд	1,3	3,9	1,8	0,0
Словачка	1,4	0,0	3,5	0,3
Словенија	0,0	3,9	0,0	1,5
Шпанија	0,0	0,6	1,5	1,0
Турска	6,7	6,1	10,7	0,0
В. Британија	0,0	4,0	0,9	0,9
Србија	0,6	5,7	0,9	4,0
Црна Гора	0,0	1,1	1,0	1,6

Према резултатима из Табеле 18, на пример, за здравствени систем у Србији, идентификована је повећана смртност код одојчади за 0,6%, породиља за 5,7%, деце до пете године за 0,9% и одраслих за 4%. За здравствени систем у Црној Гори, резултати показују да не постоји повећана смртност одојчади, док је идентификована повећана смртност код породиља за 1,1%, деце до пете године за 1% и одраслих за 1,6%. На основу резултата у Табели 19, за здравствени систем у Србији, пронађен је мањак у броју лекара, медицинских сестара, нуклеарно магнетних резонанци (НМР) и компјутеризованих томографија (ЦТ). Тако, здравствени систем у Србији треба да повећа број лекара и медицинских сестара за око 0,5 лекара и 7,4 сестара на хиљаду становника, број нуклеарно магнетних резонанци и компјутеризованих томографија за 23,9 НМР-а и 25 ЦТ скенера на милион становника. Ако се узме у обзир да, према попису становништва из 2013. године, Србија има 7,164 милиона становника, према

результатима из Табеле 19 добија се да у здравственом систему Србије недостаје око 3582 лекара, 53014 медицинских сестара, 171 НМР-а и 179 ЦТ скенера. За здравствени систем у Црној Гори, пронађен је мањак у броју лекара, медицинских сестара, болничких кревета, нуклеарно магнетних резонанци и компјутеризованих томографија. Према резултатима из Табеле 19, здравствени систем у Црној Гори треба да повећа број лекара, медицинских сестара и болничких кревета за око 2,3 лекара, 13,5 сестара и 1,1 болничких кревета на хиљаду становника, број нуклеарно магнетних резонанци и компјутеризованих томографија за 19,6 НМР-а и 23,7 ЦТ скенера на милион становника. Према попису становништва из 2013. године, Црна Гора има 621.383 хиљаде становника, па се на основу резултата из Табеле 19 добија да у здравственом систему Црне Горе недостаје око 1.429 лекара, 8.389 медицинских сестара, 684 болничких кревета, 12 НМР-а и 15 ЦТ скенера.

Табела 19. Резултати изведени SBM DEA моделом – излазни слакови

DMU	Излази				
	s_1^+	s_2^+	s_3^+	s_4^+	s_5^+
Белгија	1,1	6,0	0,0	6,2	6,1
Канада	0,6	4,3	1,0	13,3	19,9
Чиле	0,0	2,5	0,0	12,7	13,7
Чешка	0,1	4,7	0,0	12,7	9,0
Данска	0,5	1,1	1,4	5,6	0,8
Естонија	0,0	9,1	0,0	11,6	6,3
Француска	0,7	5,0	0,0	8,7	17,0
Мађарска	0,6	6,7	0,0	17,0	20,0
Ирска	0,2	0,0	0,4	8,1	15,2
Мексико	0,0	6,7	0,9	12,4	17,6
Холандија	0,8	5,3	0,0	8,9	25,4
Нови Зеланд	0,0	2,1	0,5	10,2	15,6
Словачка	0,9	11,6	0,0	13,5	20,1
Словенија	1,2	7,6	0,0	11,0	23,9
Шпанија	0,0	10,7	1,0	5,4	20,5
Турска	0,1	5,8	0,0	14,3	16,7
В. Британија	1,3	9,4	1,9	14,4	29,8
Србија	0,5	7,4	0,0	23,9	25,0
Црна Гора	2,3	13,5	1,1	19,6	23,7

Тумачење резултата из Табела 18 и 19 може да буде изведено за све остале здравствене системе аналогно као за случај здравствених система у Републици Србији и Црној Гори.

Коначно, циљне (оптималне) вредности улаза и излаза могу да буду израчунате развијањем релација (1) и (2), респективно, за сваки посматрани здравствени систем. У овој студији оне

су биле развијене коришћењем решења SBM DEA модела. На пример, развијањем релације (1) за случај ЗС у Србији је:

$$x_2^{opt.} = x_2 - s_2^- = 5,7 - 0,6 = 5,1$$

$$x_3^{opt.} = x_3 - s_3^- = 17,0 - 5,7 = 11,3$$

$$x_4^{opt.} = x_4 - s_4^- = 6,9 - 0,9 = 6,0$$

$$x_5^{opt.} = x_5 - s_5^- = 14,0 - 4,0 = 10,0$$

Развијањем релације (1) за случај ЗС у Црној Гори добија се:

$$x_2^{opt.} = x_2 - s_2^- = 4,4 - 0,0 = 4,4$$

$$x_3^{opt.} = x_3 - s_3^- = 7,0 - 1,1 = 5,9$$

$$x_4^{opt.} = x_4 - s_4^- = 5,3 - 1,0 = 4,3$$

$$x_5^{opt.} = x_5 - s_5^- = 10,5 - 1,6 = 8,9$$

Развијањем релације (2) за случај ЗС у Србији добија се:

$$y_1^{opt.} = y_1 + s_1^+ = 2,9 + 0,5 = 3,4$$

$$y_2^{opt.} = y_2 + s_2^+ = 5,2 + 7,4 = 12,6$$

$$y_3^{opt.} = y_3 + s_3^+ = 5,5 + 0,0 = 5,5$$

$$y_4^{opt.} = y_4 + s_4^+ = 3,0 + 23,9 = 26,9$$

$$y_5^{opt.} = y_5 + s_5^+ = 10,0 + 25,0 = 35,0$$

Развијањем релације (2) за случај ЗС у Црној Гори добија се:

$$y_1^{opt.} = y_1 + s_1^+ = 2,1 + 2,3 = 4,4$$

$$y_2^{opt.} = y_2 + s_2^+ = 5,4 + 13,5 = 18,9$$

$$y_3^{opt.} = y_3 + s_3^+ = 4,0 + 1,1 = 5,1$$

$$y_4^{opt.} = y_4 + s_4^+ = 3,1 + 19,6 = 22,7$$

$$y_5^{opt.} = y_5 + s_5^+ = 17,1 + 23,7 = 40,8$$

Аналогно као на примеру здравствених система у Републици Србији и Црној Гори, циљне вредности за улазе и излазе могу бити одређене за све остале здравствене системе из посматраног скупа. Тако изведени резултати су представљени у Табелама 20 и 21.

Табела 20. Циљне вредности за улазе

DMU	Стопа смртности (%) (на хиљаду живорођених)			Стопа смртности (%) (на хиљаду становника)
	Одојчади	Породиља	Деце	Одраслих
Аустралија	3,6	6,0	4,1	6,3
Аустрија	3,1	4,0	3,9	9,4
Белгија	3,5	5,3	3,8	9,5
Канада	4,1	7,0	4,3	7,2
Чиле	3,4	7,1	3,7	5,1
Чешка	2,5	4,0	3,3	10,1
Данска	3,5	4,9	3,5	7,9
Естонија	2,1	3,4	2,8	9,7
Финска	1,8	3,0	2,6	9,5
Француска	3,6	5,5	3,8	8,7
Немачка	3,3	6,0	3,9	11,1
Грчка	3,7	3,0	4,7	10,2
Мађарска	4,4	8,9	5,1	10,8
Исланд	1,8	4,0	2,0	6,7
Ирска	3,5	6,6	3,8	6,5
Израел	3,1	5,0	4,2	5,1
Италија	2,9	4,0	3,6	10,0
Јужна Кореја	3,0	11,0	3,7	5,3
Луксембург	3,9	10,0	2,0	7,0
Мексико	2,7	4,5	2,8	4,8
Холандија	3,8	5,0	3,7	8,1
Нови Зеланд	3,9	7,1	4,1	6,6
Пољска	4,6	3,0	5,2	10,1
Словачка	4,1	6,0	4,2	9,3
Словенија	2,9	5,1	2,9	7,9
Шпанија	2,7	4,4	2,8	7,3
Швајцарска	3,9	5,0	3,8	8,0
Турска	4,1	9,9	4,7	5,7
В. Британија	3,8	5,0	3,7	8,1
САД	6,0	14,0	6,9	8,2
Србија	5,1	11,3	6,0	10,0
Црна Гора	4,4	5,9	4,3	8,9
Просек	3,5	6,1	3,9	8,1

Табела 21. Циљне вредности за излазе

DMU	Број (на хиљаду становника)			Број (на милион становника)	
	Лекара	Сестара	Кревета	НМР	ЦТ скенера
Аустралија	3,4	11,5	3,8	13,4	53,7
Аустрија	5,0	7,8	7,7	19,2	29,6
Белгија	4,0	15,5	6,3	17,0	28,3
Канада	3,2	13,7	3,7	22,2	34,6
Чиле	1,9	8,1	2,2	19,3	26,0
Чешка	3,8	12,7	6,5	20,1	24,1
Данска	4,1	17,4	4,5	20,9	38,6
Естонија	3,3	15,2	5,0	23,0	25,3
Финска	3,0	14,1	4,9	22,1	21,7
Француска	4,0	14,4	6,3	18,1	31,5
Немачка	4,1	13,0	8,3	11,6	18,7
Грчка	6,3	3,6	4,8	24,3	35,2
Мађарска	3,8	13,2	7,0	20,0	27,8
Исланд	3,6	15,5	3,2	21,8	40,5
Ирска	2,9	12,4	3,1	21,3	33,1
Израел	3,4	4,9	3,1	3,1	8,9
Италија	3,9	6,1	3,4	24,6	33,3
Јужна Кореја	2,2	5,2	11,0	24,5	37,7
Луксембург	2,8	11,9	5,1	12,9	22,1
Мексико	2,2	9,3	2,5	14,5	23,0
Холандија	4,1	17,5	4,7	20,4	36,9
Нови Зеланд	2,8	12,1	3,2	21,4	32,2
Пољска	2,2	5,3	6,6	6,4	17,2
Словачка	4,3	17,4	5,8	20,1	35,5
Словенија	3,8	15,9	4,6	19,8	36,1
Шпанија	3,8	15,8	4,0	20,7	38,1
Швајцарска	4,0	17,4	4,7	19,9	36,6
Турска	1,8	7,6	2,7	24,8	30,9
В. Британија	4,1	17,6	4,7	20,5	37,7
САД	2,6	11,1	2,9	35,5	43,5
Србија	3,4	12,6	5,5	26,9	35,0
Црна Гора	4,4	18,9	5,1	22,7	40,8
Просек	3,5	12,3	4,9	19,8	31,7

Коначно, ефикасни здравствени системи у Републици Србији и Црној Гори подразумевали би да смртност код одојчади, породиља, деце до пете године и одраслих буде у границама као што је то одређено у Табели 20. С друге стране, према резултатима из Табеле 21, у ЗС у Србији требало би да буде укупно око 24.358 лекара, 90.266 медицинских сестара, 39.402 болничка кревета, 193 нуклеарно магнетне резонанце и 251 компјутеризована томографија, а код ЗС у Црној Гори, 2.734 лекара, 11.744 медицинских сестара, 3.169 болничких кревета, 14 нуклеарно магнетних резонанци и 25 компјутеризованих томографија. Тиме је, у овом истраживању, које је засновано на мерењу ефикасности здравствених система развијених земаља света (земље ОЕЦД-а), потврђена хипотеза да се на основу одређивања циљних вредности за улазе и излазе могу да дефинишу ефикасни здравствени системи у Републици Србији и Црној Гори.

5. ЕВРОПСКИ ЗДРАВСТВЕНИ ПОТРОШАЧКИ ИНДЕКС – ОЦЕНА НИВОА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ¹⁹⁸

Експертска организација Health Consumer Powerhouse (НСП) са седиштем у Шведској, од 2005. године објављује Европски здравствени потрошачки индекс (Euro Health Consumer Index, ЕНСИ). Организације као што су СЗО и ОЕЦД често објављују и освежавају податке о (инпут) различитим средствима као што су: број медицинског особља, број кревета, здравствени трошкови/per capita итд., али се веома ретко наилази на податке о квантитативним и квалитативним резултатима (оупут). Управо, ЕНСИ настоји да прикаже податке о квалитету пружене медицинске неге односно ЕНСИ представља мерења и рангирања обављања здравствених услуга са становишта пацијената, потрошача. ЕНСИ представља стандард мерења нивоа европске здравствене заштите, састављен од комбинације јавних статистика, анкета спроведених међу пацијентима и независног истраживања спроведеног од стране оснивача. Индексом се оцењује 35 националих европских система здравствене заштите на основу 48 индикатора, који покривају 5 кључних области те заштите, са становишта потрошача здравствених услуга. То су:

1. Права пацијената и информације
2. Време чекања на лечење
3. Исходи
4. Превенција / Опсег и досег пружених услуга
5. Фармацеутска средства.

¹⁹⁸ <http://www.healthpowerhouse.com/>

Очигледно је да Индекс упоређује земље различитих финансијских ситуација. Стога је у Индекс 2009. године увршћена математички сложена методологија прилагођавања да би просечна потрошња новчаних средстава у области здравства имала што мањи ефекат на крајње рангирање националних здравствених система. Оно што се настоји јесте да се, што је могуће више, избегну индикатори уско повезани са БДП-ом. Кључни параметри да се дође на врх листе су: могућност избора, права пацијената, приступачност, транспарентност и мере квалитета.

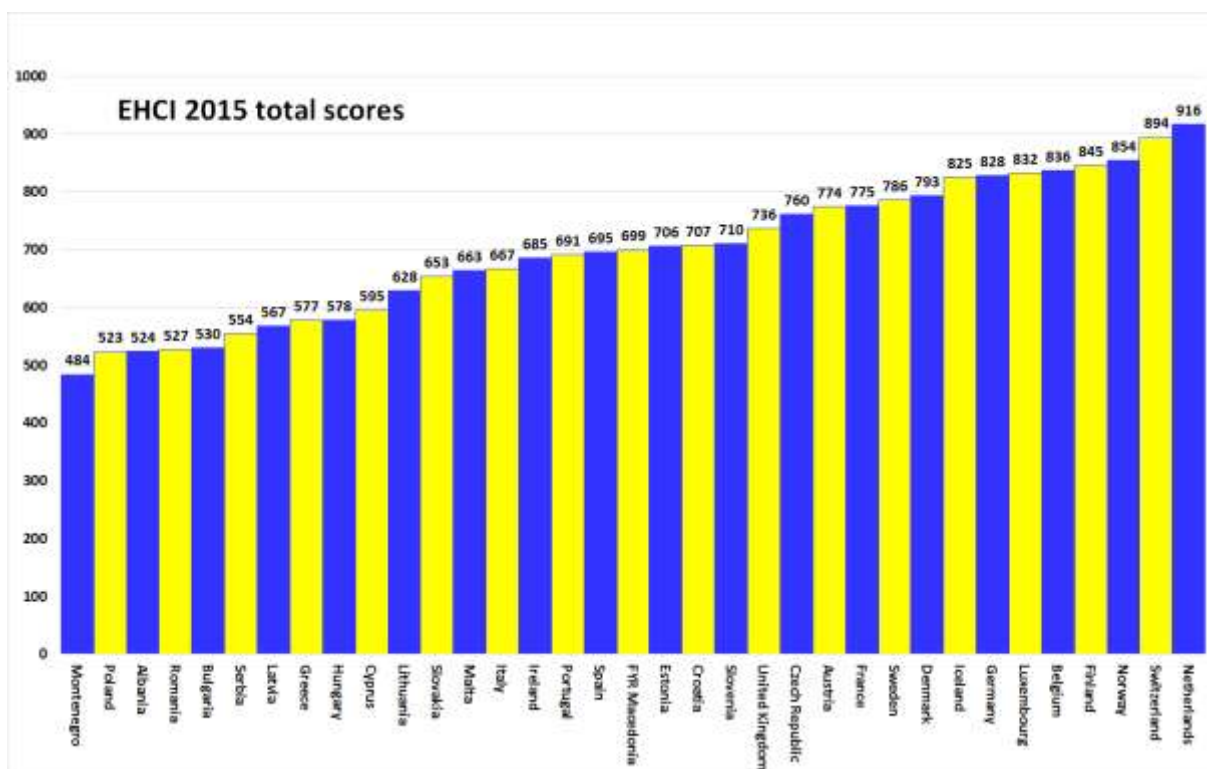
За сваки од индикатора земља може да добије једну од следећих оцена, при чему је свака оцена представљена једном бојом: добар (зелена боја), “тако и тако“ (жута боја), “не тако добар” (црвена боја). Зелена оцена носи 3 поена, жута 2, а црвена (или ознака н.а. од “not available”, за недоступност података) 1 поен. С обзиром да је у истраживање укључено и седам земаља које нису чланице ЕУ, за индикатор 1.8. под називом “Слобода избора неге у другим земљама чланицама ЕУ” уведена је ознака “n.ap”, “not applicable”, тј. непримењиво. Земље нечланице за овај индикатор добијају по 2 поена. Када земља буде оцењена по свим индикаторима, тада се укупан број поена по свакој области множи са коефицијентом тежине за ту област да би се добио број поена за ту област. Тако, ако се претпостави да се за сваки индикатор добије зелена оцена (3 поена), онда се множењем са коефицијентом тежине за сваку област добија максимални број поена по областима: Права пацијената и информације - 175 поена; Време чекања на лечење - 250 поена; Исходи – 300 поена; Превенција / Опсег и досег пружених услуга – 175 поена и Фармацеутска средства -100 поена. Највећи број поена који земља може добити је 1000, а минималан 333.

Главни закључак Европског здравственог потрошачког индекса ЕНСИ за 2015.годину, јесте да системи здравствене заштите у Европи показују константно побољшање, упркос сигнаlima упозорења услед строгих мера штедње у условима финансијске кризе, старења становништва и мигрантске кризе. Стопе преживљавања у случајевима срчаних обољења, možданог удара и канцера су у порасту. Стопа смртности новорођенчади, која је можда најтранспарентнији појединачни индикатор, наставља да се смањује. ЕНСИ за 2015. годину је подржан субвенцијама Европске федерације фармацеутске индустрије и компанијама Pfizer Inc, Novartis AG i Medicover SA.

Нови Индекс је рангирао земље на следећи начин:¹⁹⁹

¹⁹⁹ http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015

Слика 38. ЕНСИ скор



Осам земаља, све из западне Европе, освојиле су преко 800 од максималних 1000 поена и то Холандија, Швајцарска, Норвешка, Финска, Белгија, Луксембург, Немачка и Исланд. Иза њих на лествици са нешто мање поена нашле су се друге четири развијене земље (Данска, Шведска, Француска и Аустрија). Прва на листи од земаља из централно-источне Европе је Чешка која тренутно заостаје иза Аустрије за само 14 поена. Холандија је и даље земља која има најбољи систем здравствене заштите у Европи и једина земља која је по први пут у једанаестогодишњој историји мерења овог индекса освојила преко 900 поена. Осим тога, Холандија је једина земља која је константно била међу првих три у укупном рангирању за било који индикатор ЕНСИ

Неке главне напомене из ЕНСИ извештаја за 2015. годину су:

- У ЕНСИ извештају за 2006. годину Француска је била најбоље рангирана земља са 768 од максималних 1000 поена. У ЕНСИ извештају за 2015. годину, исти резултат би донео тек 13. позицију на листи од 35 земаља. Најбољи систем здравствене заштите пре десет година данас је постао европски просек!
- Здравствени системи на бази социјалног осигурања (Бизмарк систем) су генерално показали боље резултате у односу на земље у којима је систем организован по Беверџ моделу. У томе предњаче Холандија, Белгија, Немачка и Француска.

- Упркос финансијској кризи, европски систем здравствене заштите постаје све бољи. Један од разлога је да се трошкови лекова смањују услед преласка са патентираних на генеричке лекове.
- Учење од успешних суседа би могао бити добар рецепт. Финска може да послужи као пример за решавање проблема дугих листа чекања, Бивша Југословенска Република Македонија (БЈРМ) за примену електронских сервиса, прибалтичке земље како је могуће унапређивати здравствени систем и у условима жестоке финансијске кризе, а Холандија како и даље развијати већ изузетно функционалан систем прилагођен кориснику. И негативна искуства могу бити драгоцене: не следите шведски модел паралишућих листи чекања, или пример Мађарске и Пољске чији здравствени системи бележе погоршање, или пример Италије са неконтролисаним "регионализацијом".

Мали број земаља бележи изванредне резултате у скоро сваком сегменту здравствене заштите. У наставку је дат "профил успешности" најбоље ранжираних националних здравствених система:

Табела 22. Најбоље ранжирани здравствени системи

Најбоља земља	Категорија	Остварени број бодова	Максимални број бодова
Холандија, Норвешка	1. Права и обавештеност пацијента	146	150
Белгија, Швајцарска	2. Доступност	225!	225
Исланд, Холандија, Норвешка	3. Исходи	240	250
Финска, Холандија, Шведска	4. Обим и подручје услуге	144	150
Норвешка	5. Превенција	113	125
Финска, Холандија, Немачка, Ирска, Велика Британија,	6. Фармацеутски производи	86	100

Извор: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015

ИЗВЕШТАЈ ЕНСИ ЗА 2015. ГОДИНУ

Sub-discipline	Indicator	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	FTB Macedonia	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights																		
	1.2 Patient organisation involvement																		
	1.3 No-fault malpractice insurance																		
	1.4 Right to second opinion																		
	1.5 Access to own medical record																		
	1.6 Registry of bona fide doctors																		
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info																		
	1.8 Cross-border care seeking freely allowed	n.a.p.											n.a.p.					n.a.p.	
	1.9 Provider catalogue with quality ranking																		
	1.10 EPR penetration																		
	1.11 On-line booking of appointments?																		
	1.12 e-prescriptions																		
Subdiscipline weighted score		88	121	117	75	129	88	96	133	129	129	113	142	125	75	88	133	96	
2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access																		
	2.2 Direct access to specialist																		
	2.3 Major elective surgery <90 days																		
	2.4 Cancer therapy < 21 days																		
	2.5 CT scan < 7days																		
	2.6 A&E waiting times																		
Subdiscipline weighted score		163	188	225	150	175	125	213	138	163	150	188	213	188	125	125	163	100	
3. Outcomes	3.1 Decrease of CVD deaths																		
	3.2 Decrease of stroke deaths																		
	3.3 Infant deaths																		
	3.4 Cancer survival																		
	3.5 Potential Years of Life Lost																		
	3.6 MRSA infections																		
	3.7 Abortion rates																		
	3.8 Depression																		
	Subdiscipline weighted score		125	188	198	125	156	177	177	219	188	229	208	104	229	167	125	240	208
4. Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems																		
	4.2 Cataract operations per 100 000 age 85+	n.a.																	
	4.3 Kidney transplants per million pop.																		
	4.4 Dental care included in public healthcare?																		
	4.5 Informal payments to doctors																		
	4.6 Long term care for the elderly																		
	4.7 % of dialysis done outside of clinic																		
	4.8 Caesarean sections																		
	Subdiscipline weighted score		50	119	131	56	119	81	125	138	106	144	106	81	94	69	94	125	94
5. Prevention	5.1 Infant B-disease vaccination																		
	5.2 Blood pressure																		
	5.3 Smoking Prevention																		
	5.4 Alcohol																		
	5.5 Physical activity	n.a.																	
	5.6 HPV vaccination																		
	5.7 Traffic deaths																		
	Subdiscipline weighted score		65	83	89	71	65	71	83	89	54	107	89	107	107	89	89	107	101
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy																		
	6.2 Layman-adapted pharmacopoeia?																		
	6.3 Novel cancer drugs deployment rate	n.a.												n.a.					
	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)				n.a.	n.a.								n.a.				n.a.	
	6.5 Arthritis drugs	n.a.												n.a.					
	6.6 Metformin use	n.a.					n.a.											n.a.	
	6.7 Antibiotics/capita	n.a.												n.a.					
	Subdiscipline weighted score		33	76	76	52	62	52	67	76	67	86	71	57	86	52	57	57	86
Total score		524	774	836	530	707	595	760	793	706	845	775	704	828	577	578	825	685	
Rank		33	12	5	31	16	26	13	9	17	4	11	18	7	28	27	8	21	

Sub-discipline	Indicator	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Montenegro	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Serbia	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom	
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	🟢	🟢	🟢	🟢	🟡	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	1.2 Patient organisation involvement	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	1.3 No-fault malpractice insurance	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	1.4 Right to second opinion	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	1.5 Access to own medical record	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	1.6 Registry of bona fide doctors	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	1.8 Cross-border care seeking freely allowed	🟡	🟡	🟢	🟢	🟢	n.ap.	n.ap.	🟢	🟢	🟢	🟢	n.ap.	🟢	🟢	🟢	🟢	n.ap.	🟢	🟢
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	🟢	🟡	🟢	🟢	n.ap.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	1.10 EPR penetration	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	1.11 On-line booking of appointments?	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	1.12 e-prescriptions	🟡	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Subdiscipline weighted score		96	104	125	121	82	75	146	146	79	129	96	104	113	121	104	125	133	129	
2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	2.2 Direct access to specialist	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	2.3 Major elective surgery <90 days	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	2.4 Cancer therapy < 21 days	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	2.5 CT scan < 7days	🟡	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	2.6 A&E waiting times	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Subdiscipline weighted score		138	113	175	200	163	113	200	138	100	125	150	138	163	125	113	100	225	100	
3. Outcomes	3.1 Decrease of CVD deaths	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	
	3.2 Decrease of stroke deaths	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	3.3 Infant deaths	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	3.4 Cancer survival	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	3.5 Potential Years of Life Lost	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	3.6 MRSA infections	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	3.7 Abortion rates	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	3.8 Depression	🟡	🟡	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Subdiscipline weighted score		188	146	135	219	135	135	240	240	146	188	104	125	135	208	196	229	240	188	
4. Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	4.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	4.3 Kidney transplants per million pop.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	4.4 Dental care included in public healthcare?	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	4.5 Informal payments to doctors	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	4.6 Long term care for the elderly	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	4.7 % of dialysis done outside of clinic	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	4.8 Caesarean sections	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Subdiscipline weighted score		88	75	75	125	125	50	144	138	63	94	63	69	94	106	113	144	119	131	
5. Prevention	5.1 Infant B-disease vaccination	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	5.2 Blood pressure	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	5.3 Smoking Prevention	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	5.4 Alcohol	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	5.5 Physical activity	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	5.6 HPV vaccination	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	5.7 Traffic deaths	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Subdiscipline weighted score		101	77	85	101	101	71	101	113	83	89	71	71	77	83	101	107	101	107	
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	🟡	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	6.2 Layman-adapted pharmacopoeia?	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	6.3 Novel cancer drugs deployment rate	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	n.a.	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)	🟡	n.a.	n.a.	🟢	n.a.	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	6.5 Arthritis drugs	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	n.a.	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	6.6 Metformin use	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	n.a.	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	n.a.	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
	6.7 Antibiotics/capita	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
Subdiscipline weighted score		57	52	52	67	48	33	86	81	52	67	43	48	71	67	67	81	76	81	
Total score		667	567	626	832	663	484	916	854	523	691	527	554	653	710	695	786	894	736	
Rank		22	29	25	6	23	35	1	3	34	20	32	30	24	15	19	10	2	14	

Србија

Србија се у ЕНСИ извештају први пут појављује 2012. године када се наша на последњем, 34. месту са 451 бодом од могућих 1000. Након тога уследила је веома јака реакције из Министарства здравља у Београду, тврдећи да су резултати били неправедни. Исти став је имала и организација здравствених радника у Србији. На жалост, Србија завршила је последња на листи, такође 2013. године, са истим бројем бодова. Наредне године бележи напредак и рангирање на 33. место.

Србија је побољшала свој рејтинг на листи европских здравствених система и заузима 30. позицију (554 бодова) у овогодишњем (2015) извештају. Пораст од 81 бод, колико је Србија забележила, на скали од максималних 1000 бодова, представља највећи помак који је до сада остварила иједна земља у Европи. Овакав успех углавном је резултат смањења смртности новорођенчади и бољег приступа услугама здравствене заштите.

У 2015. Србија је испред Бугарске, Румуније, Албаније, Пољске и Црне Горе. Међутим, још увек треба пуно времена да достигне рејтинге развијених балканских држава.

Према томе, Европски здравствени потрошачки индекс за 2015 годину сврстао је Србију у црвену зону, у шест најгорих од укупно 35 здравствених система .

Од бивших југословенских република најбоље је рангирана Словенија, на 15. месту, и Хрватска на 16. месту. Изненађујуће добар резултат остварила је Македонија која се налази на 18. месту и остварила је и највећи напредак од када постоји европски здравствени потрошачки индекс, захваљујући увођењу електронског система заказивања прегледа.

Што се Србије тиче најслабије је оцењена у области опсега и домета услуга и области фармацетских производа. У области опсега и домета услуга има 8 индикатора или подобласти које се оцењују. Од тих осам, најслабија оцена је добијена за чак пет индикатора и ту спадају број урађених операција катаракте на 100.000 становника старијих од 65 година, број трансплантација бубрега, дугорочна нега старијих особа и, наравно, у нашој земљи добро познат проблем корупције у здравству.

У области фармацеутских производа од укупно 7 индикатора, најслабију оцену добило је пет, због реално лошег стања, а делом и због немогућности процене.

У оквиру превенције, ако се желимо бољу оцену од најслабије, мора се радити више на индикаторима као што су ХПВ вакцинација, превенција пушења и високог крвног притиска.

Оно што изазива забринутост су и лоше оцењени индикатори у оквиру треће области, исхода лечења, где је најслабијом оценом описано стање када су у питању унутар-болничке инфекције, стопа смртности услед кардио-васкуларних болести, стопа преживљавања канцера и потенцијалне године губитка живота.

У оквиру области времена чекања на третман, од укупно 6 индикатора 3 је добило најслабију оцелу, и то: време чекања на ЦТ скенер, дужина чекања на зрачну терапију пацијаната оболелих од канцера и време чекања на извршење неакутних операција (нпр. операција уградње вештачког кука).

У области права и обавештености пацијаната од укупно 12 индикатора, 5 је добило највишу оцелу, 2 средњу и 4 индикатора најслабију, и то су: електронско заказивање прегледа, електронско преписивање лекова, електронско архивирање података о пацијентима и каталог здравствених установа рангираних по квалитету.

Као што резултати показују, у здравственом систему Србије је много области у којима је неопходно спровести реформе. Неке од тих реформи захтевају дужи временски период и одређена финансијска средства, и ту би требало искористити искуства појединих балтичких земаља које су, и поред ригорозних мера штедње, успеле да остваре напредак у појединим сегментима здравствене заштите.

За неке друге области може се угледати на здравствени систем Македоније, који је остварио импресиван напредак у скраћивању времена чекања пацијаната на преглед, увођењем електронског система заказивања.

Црна Гора

Црна Гора је у ЕНСИ извештају за 2015. годину заузела последње 35. место са 483 бода. То је побољшање за 23 поена у односу на 2014. годину, али још увек недовољно да би се избегло последње место.

Црна Гора је најслабије оцењена у области фармацетских производа (33 бода). У тој области од укупно 7 индикатора најслабију оцелу добило је три, због реално лошег стања, а делом и због немогућности процене.

У области опсега и домета услуга (56 бода) има 8 индикатора или подобласти које се оцењују. Од тих осам, Црна Гора је добила најслабију оцелу за чак четири индикатора и ту спада: ефикасност здравственог система, проблем корупције у здравству, број трансплантација бубрега и ванклиничких дијализа. За три индикатора не постоје подаци (напр. број урађених операција катаракте на 100.000 становника старијих од 65 година).

Што се тиче превенције (71 бод), потребно је радити више на индикаторима превенција пушења и високог крвног притиска. За индикатор ХПВ вакцинација нема података, зато што у здравственом систему Црне Горе она не постоји као редовна вакцинација. Највећа оцелу добијена је за индикатор борбе против алкохолизма.

На четвртом месту по броју освојених бодова је област права и обавештености пацијената (75 бодова). Од укупно 12 индикатора у тој области само два је добило највишу оцену, један средњу и пет индикатора најслабију, и то су: електронско заказивање прегледа, електронско преписивање лекова, електронско архивирање података о пацијентима, каталог здравствених установа рангираних по квалитету и регистра *bona fide* лекара.

У оквиру области времена чекања на третман (113 бодова) од укупно 6 индикатора 3 је добило најслабију оцену, и то: време чекања на скенер, време чекања на извршење неакутних операција и директан приступ лекару специјалисти.

У оквиру треће области, исхода лечења (135 бодова), најслабију оцену су добили индикатори стопа смртности услед кардио-васкуларних болести, стопа преживљавања канцера и потенцијалне године губитка живота.

ЗАКЉУЧАК

Здравље је један од најважнијих друштвених ресурса. Добро здравље је корисно за све секторе и цело друштво због тога што је ресурс који доприноси већој продуктивности, ефикаснијој радној снази и производи значајне економске, социјалне и индивидуалне користи. За очување и побољшање овако битног ресурса потребни су здравствени системи који су финансијски одрживи, одговарају сврси, усмерени су на људе и њихове потребе. Њихов циљ је остваривање највишег нивоа здравља који може да се достигне, без обзира на националност, пол, старост, друштвени статус или могућност плаћања.

Оптималан и ефикасан здравствени систем представља основ за несметани раст и развој сваког друштвеног система. Успостављање и одржавање стабилног здравственог система је веома комплексан процес који се не може одвијати независно од постојећих финансијских, политичких, друштвених и демографских дешавања.

На једној страни је држава, која је одговорна за одређени ниво здравственог стања становништва, правну регулативу и организацију здравствених установа, и која тежи смањењу трошкова и растерећењу привреде, а на другој страни су грађани којима здравствена заштита значи све више и код којих је неопходно развијати свест о обавези очувања здравља као и већем личном учешћу у трошковима здравствене заштите.

Здравствени систем је значајан како због непосредног, тако и због посредног утицаја на економију: значајан је не само због утицаја на здравље људи, већ и зато што је у садашњем периоду један од највећих економских сектора у свакој земљи са средњим и високим дохотком. Овај сектор је један од највећих послодаваца, један од највећих покретача истраживања и иновација, као и значајан земљопоседник, градитељ и потрошач. Његов значај и даље расте, а самим тим и његов допринос ширим друштвеним циљевима.

Расходи за здравство чине све већи део државних буџета, а трошкови здравствене заштите расту брже од БДП. Подаци показују да не постоји корелација између расхода за здравље и здравственог исхода. Многи здравствени системи не могу да обуздају трошкове. Трошкове првенствено покрећу нови начини лечења и технологије и повећање очекивања људи у вези са заштитом здравља и доступношћу висококвалитетне здравствене заштите.

Када је реч о здравственом систему Србије и здравственом систему Црне Горе мора се рећи да је реч о системима са наслеђеним карактеристикама и проблемима здравственог система државне заједнице чији је су они били део. Основне карактеристике таквог здравственог система су биле:

- Одсуство свих контролних државних механизма у вођењу здравствене политике

- Социјални принципи који су омогућавали највећи могући обим права грађана на здравствену заштиту
- Друштвена својина која није обавезивала учеснике у систему здравства на ефикасност, што је проузроковало дугорочну кризу финансирања.

Период транзиције условио је промене у друштву а самим тим и у здравственом систему. Све друштвене установе су постале државне, створени су услови за увођења приватне парксе, док је финансирање здравствене заштите је углавном остало у домену јавног финансирања и партиципације грађана. Поред тога, здравство је било изложено и додатним тешкоћама односно рату и санкцијама од стране међународне заједнице.

Наведени проблеми са којима се здравство суочавало оставили су неизбежне и несагледиве последице и на здравствени систем Србије и здравствени систем Црне Горе. Таква ситуација је била и иницијатор покретања реформи у овом сегменту друштвеног система.

Основне заједничке карактеристике (недостаци) здравствених система Србије и Црне Горе, уједно су биле и разлог за покретање здравствених реформи биле су:

- Здравствени систем, иако организован на основама примарне здравствене заштите, не функционише на координиран и интегрисан начин,
- Здравствене установе су првенствено усмерене на пружање куративне заштите грађанима, а много мање ка превентивном раду целокупног становништва,
- Постоји раскорак између утврђених права из здравственог осигурања и финансијских могућности да се задовоље нереална очекивања грађана и запослених у здравству од здравственог система,
- Неадекватан начин алокације средстава са приоритетима и нивоима здравствене заштите,
- Неадекватан метод плаћања здравствених услуга и нејасан начин финансирања здравствених усанова,
- Велики број немедицинских радника и неадекватна структура здравствених радника, посебно у појединим сегментима система здравства,
- Непостојање националне политике лекова и нерационална потрошња лекова,
- Растући трошкови за здравствену заштиту који су условљени старењем популације, порастом хроничних болести, повећаним захтевима за квалитетнијим услугама, економском ситуацијом и реалним падом средстава за здравствену заштиту,
- Немогућност обезбеђења потреба за здравственим услугама у обиму утврђеном Законом,

- Погоршање показатеља здравственог стања условљеног у првом реду погоршањем квалитета живота, животног стандарда и сиромаштвом,
- Неразвијеност економских односа у здравству и финансирање здравствене делатности са посебно израженом ниском професионалном сатисфакцијом и мотивацијом за рад здравствених радника,
- Превелика потрошња и обавезе Фонда здравства,
- Недовољно регулисан рад приватног сектора у здравству,
- Неразвијени информациони систем за подршку управљања,
- Неадекватно планирање и управљање здравственим системом, које не одговара савременој концепцији здравственог система.

У циљу дефинисања ефикасних здравствених система Србије и Црне Горе и предлагања начина за постизање бољих резултата спроведена је студија случаја оцене ефикасности одабране групе земаља ОЕЦД-а, Србије и Црне Горе. На основу одређених циљних вредности за улазе и излазе и применом бенчмаркинг алатке (непараметарске DEA анализе) утврђено је да су за ЗС у Србији добри бенчмаркови су ЗС у Аустрији, Немачкој и Јужној Кореји, док су за ЗС у Црној Гори, добри бенчмаркови ЗС у Аустрији, Немачкој, Јужној Кореји и Швајцарској. На основу овога може се извести закључак да је ЗС у Аустрији за оба здравствена система, дакле, и за Србију и за Црну Гору, најбољи бенчмарк. Тако би, према овом налазу, у Републици Србији и Црној Гори очекивани животни век требало да буде око 82 године, за разлику од тренутног стања где је очекивани животни век око 75 година у обе државе. Поред тога, здравствени системи у Републици Србији и Црној Гори би требало да значајно повећају улагање у своје здравствене системе. Поређења ради, у Аустрији здравствени трошкови по глави становника износе око 4.553\$, а у Србији и Црној Гори, 474\$ и 461\$, респективно. То значи да би ова два неефикасна здравствена система у поређењу са њиховим најбољим бенчмарком (ЗС у Аустрији) требало да повећају улагања у здравству више од 9 пута. Коначно, ефикасни здравствени систем у Републици Србији требало би да има 24.358 лекара, 90.266 медицинских сестара, 39.402 болничка кревета, 193 нуклеарно магнетне резонанце и 251 компјутеризованих томографија, а ЗС у Црној Гори, 2.734 лекара, 11.744 медицинских сестара, 3.169 болничких кревета, 14 нуклеарно магнетних резонанци и 25 компјутеризованих томографија. Са друге стране, у циљу постизања боље ефикасности потребно је смањити стопе смртности код одојчади, породиља, деце до пете године и одраслих у оба здравствена система. Тиме је у овом истраживању, потврђена хипотеза да се ефикасност здравственог система (ЗС) може одредити применом метода и техника савременог менаџмента, односно на основу одређивања циљних вредности за улазе и излазе које је засновано на мерењу

ефикасности здравствених система развијених земаља света (земље ОЕЦД-а), могу да се дефинишу ефикасни здравствени системи у Републици Србији и Црној Гори.

Узимајући у обзир теоријски аспект анализе здравствених система и резултате добијене спроведеном оценом ефикасности здравствених система одабране групе земаља применом технике савременог менаџмента, могу се, у циљу дефинисања модела функционисања квалитетног здравственог система, предложити интервенције у следећим областима:

- Унапређење примарне здравствене заштите. Примарни ниво здравствене заштите и категорија изабраног лекара је највећим делом постао само административни сервис за секундарни и терцијарни ниво, кроз упућивање за даље специјалистичко лечење, дијагностику и издавање рецепата. Овакво понашање има за последицу непотребно повећање трошкова и нерационално коришћење здравствених капацитета. Акцентирањем значаја овог нивоа здравствене заштите и додељивање улога *чувара капије* за улаз у систем здравствене заштите, умањује се доминација секундарног и терцијарног нивоа у односу на примарни ниво, чиме се обезбеђује већи квалитет и рационалнија потрошња у здравству.

- Болничка здравствена заштита представља најскупљи сегмент сваког здравственог система. Разлог лежи у ангажовању високоспецијализованих кадрова и коришћењу скупе медицинске опреме што прузрокује високе трошкове здравствене заштите и висок степен заступљености болничке потрошње у укупном здравственом буџету чиме се знатно утиче на учинак укупног здравственог система. У циљу рационализације у овом сектору потребно је одговарајућим системом мера обезбедити:

- Финансирања услуга, а не непотребних болничких капацитета;
- Рационално и рентабилно коришћења болничких капацитета;
- Краћу хоспитализације пацијената и повећања броја терапијских и дијагностичких услуга;
- Реинвестирања остварених уштеда у опрему, едукацију и материјални стандард запослених.

- Важан предуслов ефикасног и квалитетног функционисања здравственог система представља квалитетан менаџмент и зато је нужно ставити акценат на едукацију управљачког кадра на свим нивоима. Здравствени систем и здравствене установе захтевају нове школоване професионалце који у потпуности разумеју процесе у здравству и организационе проблеме и имају знања и вештине које им омогућавају управљање здравственим установама.

Примена савременог менаџмента која подразумева имплементацију система хијерархијске одговорности и одлучивања, едукацију менаџера у циљу унапређења развоја сопствених потенцијала и стручног управљања ресурсима као резултат би требала да произведе

одговарајуће финансијске уштеде, боље и квалитетније здравствене услуге и одрживост система здравствене заштите.

- Промене у финансирању давалаца здравствених услуга подразумевају да токови новца прате пацијента кроз систем. Као опција се предлаже капитација за примарну здравствену заштиту, и ДСГ (дијагностичко сродне групе) за секундарну здравствену заштиту. Увођење система плаћања заснованог на ДСГ моделу има за циљ контролу потрошње у болничком сектору, ефективну и ефикасну употребу ресурса, једнакост у пружању здравствене заштите, бољи квалитет здравствене заштите, као и преусмеравање трошкова на услуге које су исплативе. Као светски признат стандард за упоређивање ефикасности и трошкова у здравству, ДСГ систем омогућава упоредивост података између различитих болница, прављење одговарајућих економских анализа које треба да одреде даље кораке, и допринесу остваривању циљева здравствене политике.

- Финансирање здравствене заштите. Здравствени систем би требао да има стабилно финансирање и развијене механизме за алокацију ресурса у систему здравствене заштите базирани на принципима једнаке доступности, које ефикасности, солидарности и оптимума квалитета. Акцент је на примени одговарајућег модела финансирања здравства који би требао да одговори свим захтевима савременог друштва кроз адекватан квалитет, правовремену доступност и једнакост за све у свим здравственим процедурама.

- Ефикасна контрола трошкова у здравству треба да промовише:
 - Основне принципе техничке ефикасности и самосталност свих нивоа здравства на у реалоцирању ресурса;
 - Модел плаћања базиран на услугама, уместо финансирања капацитета;
 - Рационалност у пружању здравствене заштите кроз политику подстицаја награђивања запосленог за квалитетно и ефикасно пружену здравствену услугу;
 - Доследну примену клиничког протокола и смерница у пружању здравствене заштите, као и увођење нових технологија када је то оправдано са клиничког и финансијског становишта;
 - Фискалну стабилност сектора здравства кроз доношење дугорочног фискалног плана за стабилизацију здравственог система који ће обухватити прогнозу здравствене потрошње и јавних прихода у сектору здравства у циљу свођења фискалног дефицита на нулу.
- Увођење савремених информационо-комуникационих решења и технологија у здравству омогућиће да овај сектор временом постане најуноснији, имајући у виду да се наредних година очекује високе стопе раста на тржишту здравствених услуга. У условима када

се многе земље суочавају са старењем становништва, недостатком квалитетног здравственог кадра и неадекватним привредним растом те технологије су једино решење како са истом количином средстава и кадрова подмирити потребе све већег броја људи уз одржавање и побољшање квалитета здравствене услуге.

Савремена информациона решења подразумевају и увођење здравствено информационих система и електронског здравства. Имајући у виду природу и специфичност здравствене делатности повољности њихове примене су вишеструки. Пре свега су економске природе (обезбеђује већу ефикасност и продуктивност рада, смањење трошкова као и већи квалитет у пружању услуга) а уз то омогућују и квалитативни, организациони, научно-истраживачки и медицински напредак. Ефекти увођења електронског здравства односе се на смањење трошкова, елиминацију просторно-географске удаљености, повећање транспарентности и доступности информација, повећање расположивости услуге и сл.

- Кадровски ресурси односно радна снага која поседује више знања, вештина и усмерена је на тимски рад заузима централно место у модерном здравственом систему. Захтеви модерног здравственог система у области људских ресурса подразумевају континуирану едукацију на свим нивоима здравствене заштите, прерасподелу радног времена и повећање броја лекара на примарном нивоу здравствене заштите уз подизање нивоа знања такође, кроз континуирану едукацију.

Ефекти предложених мера били би изабрани лекари са већим компетенцијама; растерећење секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите уз смањење броја пружених услуга куративне медицине као најскупљег вида медицинских услуга; значајно смањење трошкова за обезбеђене здравствене услуге и униформност у пружању квалитетне медицинске услуге. У складу са бројним радовима и истраживањима доказано је да су лекари једна од најважнијих варијабли која утиче на ефикасност здравственог система.

- Савремени здравствени систем мора да се темељи на законодавству усклађеним са светским и европским правним тековинама, као и на дефинисању законских инструмената који треба да обезбеде услове за унапређење здравствене заштите и стабилно функционисање здравственог система.

- Битан предуслов за успешно функционисање здравственог система је јавно приватно партнерство у здравству. Постојање јавно-приватног партнерства представља изузетну предност за сваки здравствени систем. Примена овог концепта производи вишеструке користи попут бољег квалитета и доступности здравственим услугама, повећање продуктивности и квалитета, смањење трошкова што све скупа доводи до целокупног развоја здравственог система.

Потенцијална примена јавно-приватног партнерства у здравству су подручја здравствених и подручја нездравствених услуга. Када су у питању здравствене услуге, јавно приватно партнерство је могуће за оне услуге код којих постоје листе чекања због тога што те услуге нису доступне у мери потребној здравственом систему.

У овој области могућа је примена више модела пружања услуга на основу јавно-приватног партнерства:

- Пружање здравствених услуга по моделу јавно приватног партнерства кроз улагање у инфраструктуру
- Пружање здравствених услуга по моделу јавно приватног партнерства кроз проширење мреже здравствених установа
- Пружање здравствених услуга по моделу јавно приватног партнерства кроз проширење апотекарске мреже

Кад се говори о нездравственим услугама, посебно треба истаћи да је циљ реорганизације здравственог система увођење *outsourcing*-а. *Outsourcing* представља процес искључивања свих активности и послова из здравствене установе који нису од стратешког значаја, што значи да се одређени број активности (услуге чишћења, прања, пеглања, кувања, обезбеђења, администрације, одржавање ИТ система и управљање пословним процесима) препушта онима који ће их обавити брже, боље и јефтиније, док се сви расположиви ресурси установе усмеравају на основну делатност. *Outsourcing* мора бити 30% до 40% економичнији и продуктивнији од тренутног стања да би био прихватљив.

Активности на повећању ефикасности здравственог система подразумевају непрекидно побољшање организације и функционисања система здравствене заштите која подразумева усклађивање техничких (кадар, опрема, простор) и технолошких перформанси система (вештине и знања пружалаца услуга, стандардизоване процедуре); стално унапређење законске регулативе и управљање системом здравствене заштите на различитим нивоима; јачање везе здравственог и других комплементарних сектора (социјална заштита, просвета, екологија, економија, правосуђе, итд.) и управљање променама односно прилагођавање здравственог система променама.

Главни циљ у здравству представља изградња одрживог и интегрисаног здравственог система здравствене заштите заснованог на принципима солидарности, једнакости, доступности и квалитета који потребама грађана даје централно место. У складу са тим неопходно је стално побољшавати процес унапређења квалитета, процес управљања ресурсима, транспарентност финансирања и функционалну повезаност јавне и приватне здравствене службе као обезбеђење финансијске одрживости система здравствене заштите. Уз то је потребна контрола

и рационално трошење средстава, боља организација посла као и стварање бољих услова за рад и мотивацију здравствених радника који представљају покретачку снагу здравственог система.

Здравствени систем представља један од насложенијих друштвених подсистема имајући у виду његову комплексну инфраструктуру, софистицирану и скупу опрему, високостручни здравствени кадар различитих профила. Из тих разлога процес креирања једног модерног здравственог система незамислив је без примене савременог менаџмента. Менаџмент има кључни утицај на дефинисање и успешно функционисање здравственог система и увођење и примена модерних концепата, менаџмент метода и техника обезбеђује подизање нивоа његовог квалитета пословања и функционисања који се огледа у постизању максималног здравственог стандарда становништва кроз решавање приоритетних здравствених проблема у условима ограничених финансијских ресурса.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Агенција за борбу против корупције Републике Србије, 2013, *Верификација ризика из планова интегритета и анализа успешности самопроцене органа јавне власти*, Систем здравства, Београд.
2. Ali, A.I., Lerne, C.S., Seiford L.M., 1995, Components of efficiency evaluation in data envelopment analysis, *European Journal of Operational Research*, Vol. 80, No. 3.
3. Altenstetter, C., 2003, Insight From Health Care in Germany, *Am J Public Health*, 93(1)
4. Анализа Извештаја Европске комисије о напретку Србије за 2013., BIRN, 2013.
5. Andersen, P., Petersen, N.C., 1993, A procedure for ranking efficient units in data envelopment analysis, *Management Science*, Vol. 39, No. 10.
6. Анђелковић, М., 2005, Карактеристике и улога комуницирања у предузећима у савременим условима, *Часопис Теме*, 29(3)
7. Anell, A., Glenngård, A.H., Merkur, S.H., 2012, Sweden – Health system review, *Health Systems in Transition*, Vol 14, No.5.
8. Антонић, Д., Мијић-Дмитрашиновић, Б., Антонић, Б., 2011, Улога здравствених менаџера у побољшању квалитета здравствене заштите, *VII Научно-стручни скуп са међународним учешћем „Квалитет 2011“*, Неум, 01.- 04. јуни.
9. Арсић, Љ., Милачић, Љ., 2009, *Економика предузећа*, Косовска Митровица, Економски факултет Приштина.
10. Атанасковић, С., 1989, *Добар менаџмент – кључни фактор раста*, Директор бр. 9/1989.
11. Атанасковић, Н., Ондреј, Ј., Чуданов, М., 2011, Модели реформе финансирања примарне здравствене заштите, *Часопис Економске теме*, бр. 1.
12. Banker, R.D, Charnes, A., Cooper, W.W., 1984, Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis, *Management Science*, Vol. 30, No. 9.
13. Banker, R.D., Chang, H., 2006, The super-efficiency procedure for outlier identification, not for ranking efficient units, *European Journal of Operational Research*, Vol. 175, No. 2.
14. Биочанин, Р., Амићић, Б., Козомара, Р., Менаџмент у здравству уз коришћење електронске комуникације, *Зборник радова бр. 17*, <http://www.tf.ni.ac.rs/casopis/zbornik17/24.pdf>
15. Бјеговић-Микановић, В., 2011, *Основе менаџмента у систему здравствене заштите*, Београд, Министарство здравља Републике Србије.
16. Бољановић Ђорђевић Ј., Павић, Ж., 2011, *Основе менаџмента људских ресурса*, Београд, Универзитет Сингидунум.

17. Боровић, Н., 2014, *Управљачко-рачуноводствена мрежа унапређења перформанси у здравственим организацијама*, докторска дисертација, Економски факултет Ниш
18. Book of papers, 2011, 4th INTERNATIONAL CONFERENCE CRISIS MANAGEMENT DAYS, Velika Gorica, Croatia.
19. Bougnol, M.L.; Dula, J.H., 2006, Validating DEA as a ranking tool: An application of DEA to assess performance in higher education, *Annals of Operations Research*, Vol. 145, No. 1.
20. Bosch, X., 2004, French health system on verge of collapse, says report, *THE LANCET* Vol 363.
21. Брестовачки, Б., 2013, Лоша комуникација као узрок потенцијалних професионалних грешака, *Curr Top Neurol Psychiatr Relat Discip*. Vol XXI No. 3-4.
22. Brinkerhoff, D., 2003, Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies, <http://www.who.int>
23. Brown, L., 2003, Comparing Health System in Four Countries: Lessons for the United States, *American Journal of Public Health*, Vol 93., No.1.
24. Brown, T., Cueto, M., Fee, E., 2006, The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health, *Am J Public Health*, 96(1): 62–72.
25. Burnet, S., Renz, A., Fernandes, A., Wiig, S., Weggelaar, A., Calltorp, J., Anderson, J., Robert, G., Vincent, Ch., Fulop, N., 2013, Prospects for comparing European hospitals in terms of quality and safety: lessons from a comparative study in five countries, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 25, Number 1: pp. 1–7.
26. Burns, L., Bradley, E., Weiner, B. J., 2012, *Shortell and Kaluzny's Health Care Management Organization Design and Behavior*, Sixth edition, New York, Delmar Cengage Learning
27. Buchbinder, Sh., Shanks, N., 2012, *Introduction to Health Care Management*, Burlington, Jones & Bartlett Learning
28. Bhatnagar, K., Srivastava, K., 2012, Job satisfaction in health-care organizations, *Ind Psychiatry J.*, 21(1): 75–78, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
29. Wanke, P.F., Barbastefano, R.G., Hijjar, M.F., 2011, Determinants of efficiency at major Brazilian port terminals, *Transport Reviews*, Vol. 31, No. 5.
30. Весић, Д., 2010, Улога менаџмента у мотивацији запослених, *Међународна научна конференција 2010.*, Крушевац, 17-18. март.
31. Wehrch, H., Koontz, H., 1994, *Менаџмент*, Загреб, USIS.
32. Видојевић, Ј., 2011, Здравствена заштита у САД: Право или привилегија?, *Годишњак бр. 5 ФПН*, Београд
33. Williams, Ch., *Принципи менаџмента – МГМТ*, Београд, Дата статус.

34. Влаховић, С., 2008, *Лидерство у савременим организацијама*, Подгорица, ЦИД Подгорица.
35. Влаховић, З., Радојковић, Д., 2010, Healthcare in Serbia in transition period, *EPMA Journal*, 1(4).
36. Wren, D., Voich, D., 1994, *Менаџмент – структура, процес и понашање*, Београд, ПС Грмеч.
37. Вукашиновић, З., 2010, *Стратешко планирање у здравству*, Београд, Задужбина Андрејевић.
38. Вукотић, М., 2008, Амерички здравствени систем: изузетак или правило, *Entrepreneurial economy*, Volume XV, Issue I.
39. Вучинић, П., 2011, *Развојна стратегија здравственог система у призми процеса европских интеграција Црне Горе*, Магистарски рад, Економски факултет Подгорица
40. White, K., Griffith, J., 2010, *The Well-Managed healthcare organization*, Chicago, Alpha.
41. Гавриловић, А., Трмчић, С., 2012., Здравствено осигурање у Србији – финансијски одрживи систем, *Међународна научна конференција Менаџмент 2012.*, Младеновац, 20-21. април.
42. Гајић-Стевановић, М., Теодоровић, Н., Димитријевић, С, Јовановић, Д., 2010, Испитивање финансијских токова у здравственом систему Републике Србије у периоду од 2003. до 2006. године, *Војносанитетски преглед*, Волумен 67, Број 5.
43. Гајић-Стевановић, М., Алексић, Ј., Стојановић, Н., Живковић, С., 2014, Стање здравственог система Републике Србије у периоду 2004-2012. године. *Стоматолошки гласник Србије*, вол. 61, бр. 1.
44. Гајић Стефановић, М., Теодоровић, Н., Вукша, А., Живковић, С., 2008, Улога и особине менаџера у стратешкој трансформацији здравственог менаџмента, *Serbian Dental J.*
45. Garay, A., 2002, The New French Legislation Relating to Patients' Rights and the Quality of the Health Care System, *European Journal of Health, Law* 9: 361-379.
46. Garman, A., Butler, P., Brinkmeyer L., 2006, Leadership, *Journal of Healthcare Management*, 51(6).
47. Gattoufi, S., Oral, M., Reisman, A., 2004, A taxonomy for data envelopment analysis, *Socio-Economic Planning Sciences*, Vol. 38, No. 2-3.
48. Gillies, A., 2003, *What makes a good healthcare system? Comparisons, values, drivers*, Radcliffe Medical Press.
49. Giokas, D.I., Pentzaropoulos, G.C., 2008, Efficiency ranking of the OECD member states in the area of telecommunications: A composite AHP/DEA study, *Telecommunications Policy*, Vol. 32, No. 9-10.

50. Golany, B., Roll, Y., 1989, An application procedure for DEA", *Omega: International Journal of Management Science*, Vol. 17, No. 3.
51. Goldberg, M., Jouglu, E., Fassa, M., Padieu, R., Quantin, C., 2012, The French health information system, *Statistical Journal of the IAOS* 28.
52. Goleman, D., Voјajacis, R., Maki, E., 2008, *Емоционална интелигенција у лидерству*, Нови Сад, АСЕЕ.
53. Griffith J., White, K., 2010, *The Well-Managed Healthcare Organization*, Chicago, Aupha.
54. Grosios, K., Gahan, P., Burbidgr, J., 2010, Overview of healthcare in the UK, *EPMA J.*, Published online 2010 Oct 25.
55. Grott, C., 2006, The Development of the U.S. Health Care System and the Contemporary Role of the Public Health Department, JHNSA.
56. Грујић, В., Мартинов Цвејин, М., Лековић, Б., 2007, *Менаџмент у здравству*, Нови Сад, Медицински факултет.
57. Guide to the Healthcare System in England - Including the Statement of NHS Accountability for England, May 2013., NHS Constitution.
58. Davis, K., Schoen, C., Shea, K., Haran, Ch., 2008, Aiming High for the U.S. Health System: A Context for Health Reform, *Health Care*, Winter 2008.
59. Делић, Д., 2011, Мотивација менаџера и њихов утицај на мотивацију запослених, *Зборник радова Економског факултета*, Бања Лука
60. De, P., Dhar, A., Bhattacharya, B.N., 2012, Efficiency of health care system in India: An inter-state analysis using DEA approach, *Social Work in Public Health*, Vol. 27, No. 5.
61. Dess, G., Lumpkin, G.T., Eisner, A., 2007, *Стратегијски менаџмент – теорија и случајеви*, Београд, Дата статус.
62. Diderichsen, F., 2000, Sweden, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 25, No.5.
63. Dickov, V., 2012, Inadequacy the Health System in Serbia and Corrupt Institutions, *Mater Sociomed*, 24(4): 262–267.
64. Добричанин, С., 2001, Лидерство – најдинамичнија функција савременог менаџмента, Магистарски рад, Економски факултет Приштина са привременим седиштем у Блацу.
65. Добричанин, С., Ђокић, Н., Арсић Љ., Мрваљевић, М, 2012, Емоционална интелигенција – кључ успешности савременог лидерства, *Мајска конференција о стратегијском менаџменту 2012.*, Бор.
66. Довијанић, П., 1995, *Организација здравствене делатности и установа*, Београд, Агора.
67. Донеv, Д., 2013, Увођење дијагностички сродне групе за плаћање болница и искуства Републике Македоније, Менаџмент здравствених институција, *Зборник радова ЕЦПД међународних летњих школа*, Европски центар за мир и развој Београд.

68. Drucker, P., 1995, *Менаџмент за будућност*, Београд, ПС Грмеч.
69. Drucker, P., 1999, *Management Challenges for 21st Century*, New York, Harper Business.
70. Drucker, P., 2003, *Мој поглед на менаџмент*, Нови Сад, Адиджес.
71. Du, J., Wang, J., Chen, Y., Chou, S.Y., Zhu, J., 2011, Incorporating health outcomes in Pennsylvania hospital efficiency: An additive super-efficiency DEA approach, *Annals of Operations Research*, Vol. 221, No. 1.
72. Dunn, R., 2002, *Healthcare Management*, Seventh edition, Chicago, Health Administration Press.
73. Dunn, R., 2002, *Haimann's healthcare management*, Chicago, Health Administration Press.
74. Ђокић, Д., 2011, *Здравствена политика*, Крагујевац, Институт за јавно здравље.
75. Ђорђевић, Б., 1995, *Основе менаџмента*, Ниш, Агенција Лист.
76. Ђорђевић, Б., 1998, *Менаџмент*, Приштина, Економски факултет.
77. Ђорђевић, Б., 2001, *Изазови менаџмента*, Блаце, Економски факултет Приштина.
78. Ђорђевић, Б., 2003, *Менаџмент*, Приштина/Блаце, Економски факултет.
79. Ђорђевић, Б., 2005, *Стратегијски менаџмент*, Крушевац, ИЦИМ.
80. Ђукановић, Ј., 2011, *Улога лидера у управљању променама у здравству*, Мастер рад, Београд, Универзитет Сингидунум.
81. Ђурић, Д., Ђурић, Д., 2005, *Менаџмент глобалних организација и међународно инвестирање*, Приштина, Економски факултет.
82. Ђуричин Д., Јаношевић С., Каличанин Ђ., 2010, *Менаџмент и стратегије*, Београд, Економски факултет.
83. Ђуричин Д., Јаношевић С., Каличанин Ђ., 2106, *Менаџмент и стратегије*, Београд, Центар за издавачку делатност Економског факултета у Београду.
84. *Закон о здравственој заштити Републике Србије*, Службени гласник РС бр.107/2005, 72/2009 – др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - др. закон, 93/2014, 96/2015 и 106/2015.
85. *Закон о здравственој заштити Црне Горе*, Службени лист РЦГ бр. 39/04 од 09.04.2004., 14/10 од 17.03.2010.
86. *Закон о здравственом осигурању Републике Србије*, Службени гласник РС бр. 107/2005, 109/2005 - испр., 57/2011, 110/2012 - одлука, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014 - одлука, 106/2015 и 10/2016 - др. закон)
87. *Закон о здравственом осигурању Црне Горе*, Службени лист ЦГ бр. 006/16 од 22.01.2016.
88. *Зборник радова међународне конференције „Економски развој кроз призму предузетништва“*, 2011, Подгорица, Економски факултет.

89. *Здравствено-статистички годишњак Републике Србије 2012.*, 2013, Београд, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.
90. *Здравствено статистички годишњак Федерације БиХ 2012.*, 2013, Сарајево, Завод за јавно здравство БиХ.
91. Zismer, D., 2013, How Might a Reforming U.S. Healthcare Marketplace Threaten Balance Sheet Liquidity for Community Health Systems?, *Journal of Healthcare Management*, 58:3.
92. Зриншчак, С., 1999, Сустави здравствене политике у свијету: основна обиљежја и актуални процеси, *Ревизија за социјалну политику*, Свезак 6, бр.1.
93. Zhu, J., 2003, *Quantitative Models for Performance Evaluation and Benchmarking: Data Envelopment Analysis with Spreadsheets and DEA Excel Solver*, Boston, Kluwer Academic Publishers.
94. Ивановић – Ђукић, М., 2011, Подстицање друштвено одговорног пословања предузећа у функцији придруживања Србије ЕУ, *Часопис Економске теме*, бр. 1.
95. Ивковић, М., Интернационалне миграције медицинских сестара – глобални трендови, *Зборник радова Географског института „Јован Цвијић“*, САНУ 61(2)(53-68), www.gi.sanu.ac.rs
96. International Profiles of Health Care Systems, 2011, The Commonwealth Fund.
97. International Profiles of Health Care Systems, 2013, The Commonwealth Fund. <http://www.commonwealthfund.org>
98. Yang, H.H., Chang, C.Y., 2009, Using DEA window analysis to measure efficiencies of Taiwan's integrated telecommunication firms, *Telecommunications Policy*, Vol. 33, No. 1-2.
99. Јанковић, С., Cobham, С., 1996, *Време менаџера и бизниса*, Ниш.
100. Јанковић Д., 2011, Здравствено осигурање као фактор трошкова здравствене заштите, *Школа бизниса*, број 4.
101. Jacobson, P., Napiewocki, L., Voigt. L., 2011, Regulating the U.S. Health Care System: Failure in Motion, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 36, No. 3.
102. Јанчетовић, М., Ђурић, З., 2005, *Стратегијски и оперативни менаџмент*, Београд, Београдска пословна школа.
103. Jerkins, L., Anderson, M., 2003, A multivariate statistical approach to reducing the number of variables in data envelopment analysis, *European Journal of Operational Research*, Vol. 47, No. 1.
104. Јовановић, П., Петровић, Д., 2007, *Савремени трендови у развоју менаџмента*, Београд, Факултет организационих наука.
105. Јовановић, П., 2007, *Стратегијски менаџмент*, Београд, Висока школа за пројектни менаџмент.

106. Јовановић, П., Петровић, Д., 2007, *Савремени трендови у развоју менаџмента*, Београд, Факултет организационих наука.
107. Јоксимовић, З., Јоксимовић, М., 2007, Приказ најзначајнијих система здравствених осигурања, *Тимочки медицински гласник*, Волумен 32, Број 4.
108. Kavalier, F., Alexander, R., 2014, *Risk Management in Healthcare Institutions*, Third edition, Burlington, Jones & Bartlett Learning.
109. Кау, Ј. Ф., 2007, Health Care Benchmarking, *Medical Bulletin* 22, Vol.12, No.2.
110. Кебер, Д., 2013, Клинички путеви у финансирању здравствених услуга, Менаџмент здравствених институција, *Зборник радова ЕЦПД међународних летњих школа*, Београд, Европски центар за мир и развој.
111. Kleine, A., 2004, A general model framework for DEA, *Omega: International Journal of Management Science*, Vol. 32, No. 1.
112. Ковач, Н., 2013, Финансирање здравства – ситуација у Хрватској, *Економски вјесник*, год. XXVI, бр. 2.
113. Kongstved, P., 2013, *Essentials of managed Health Care*, Sixth edition, Burlington, Jones & Bartlett Learning.
114. Kotter, J., 1998, *Вођење промена*, Београд, Зелнид.
115. Khalil Al-Haddad, M., 2003, Leadership in Healthcare management, *Bahrain medical Bulletin*, Vol. 25, No.1.
116. Lee, R., Miller, T., 2002, An Approach to Forecasting Health Expenditures, with Application to the U.S. Medicare System, *HSR: Health Services Research*, 37:5.
117. Leigh, A., Маунарад, М., 2003, *Савршени лидер*, Београд, Институт за економику и финансије.
118. Лековић, Б., Вученовић, В., 1998, *Менаџмент – филозофија и технологија*, Београд, Зелнид.
119. Li, S., Jahanshahloo, G.R., Khodabakhshi, M., 2007, A super-efficiency model for ranking efficient units in data envelopment analysis, *Applied Mathematics and Computation*, Vol. 184, No. 2.
120. Liu, J.F., Li, S.P., 2015, Research on the ranking of university education based on Grey-TOPSIS-DEA method, *International Journal of Emerging Technologies in Learning*, Vol. 10, No. 8 (SI).
121. Лојић, Р., Шкрбић, Ж., Ристић, В., *Стартешки приступ менаџменту људских ресурса*, COOBIS.BH-ID2507032, doi: 10.5570/dfnd.1231.04.se
122. Лојпур, А., Куљак, М., 1998, *Менаџмент*, Подгорица, Економски факултет.
123. Lombardi, D.M., Schermerhorn, J.R., 2011, *Health Care Management*, John Willey & Sons.

124. Лутовац, М., 2008, Информациони систем и информационе технологије у здравству, *Школа бизниса*, бр.1.
125. Марковић, Б., Вукић, С., Модели организације и финансирања здравства у одабраним земљама свијета, www.hrcaak.srce.hr
126. Mays, G.: Scutchfield, D., Bhandari, M., Smith, SH., 2010, Understanding the Organization of Public Health Delivery Systems: An Empirical Typology, *The Milbank Quarterly*, Vol. 88, No. 1.
127. Maruthappu, M., Ologunde, R., Gunarajasingam, A., 2013, Is Health Care a Right? Health Reforms in the USA and their Impact Upon the Concept of Care, *ANNALS OF MEDICINE AND SURGERY*, Volume 2, Issue 1, Pages 15–17.
128. Машић, Б., 2009, *Стратегијски менаџмент*, Београд, Универзитет Сингидунум.
129. Микић, А., 2010, Улога интерне и екстерне комуникације у менаџменту пословних организација, *Међународна научна конференција Менаџмент 2010.*, Крушевац, 17-18. март.
130. Miller, G., 2013, The Best Health Care System in the World?, *Social Work*, Vol. 58, No.2.
131. Милетић, С., 2000, *Менаџмент пословних односа*, Ниш, Еуропроект.
132. Милисављевић, М., 2000, *Стратегијски менаџмент*, Београд, Чигоја штампа.
133. Милисављевић, М., 2008, *Лидерство у предузећима*, Београд, Мегатренд.
134. Миљанић, М., 2006, *Црногорски љекари до 1918. – Прилог историји црногорске медицине*, Цетиње, ИВПЕ.
135. Миљковић, С., 2007, Мотивација запослених и модификовање понашања у здравственим организацијама, *Acta Medica Medianae*, Vol. 46.
136. Mintzberg, H., Ahlstrand, V., Lampel, J., 2004, *Стратешки сафари*, Нови Сад, ИК Прометеј.
137. Митровић, З., Вујошевић, М., Савић, Г., 2015, Data Envelopment Analysis for Evaluating Serbia's Health Care System, *Management 2015/75*.
138. Мићовић, П., 2008, *Здравствени менаџмент – менаџмент здравственог система и здравствених установа*, Београд, Обележја.
139. Мићовић, П., 2008, *Здравствени менаџмент*, Београд, Комора здравствених установа Србије и Факултет за менаџмент Зајечар.
140. Мићовић, П., Јаковљевић, Ђ., Довијанић, П., 2008, *Здравствени менаџмент: менаџмент здравственог система и здравствених установа*, Београд, Комора здравствених установа Србије.
141. Мићовић, П., Мићовић, И., 2013, *Здравствени систем*, Београд, Европски центар за мир и развој.

142. Михајловић, Б., Костић, Н., 2005, *Менаџмент у здравству*, Београд, Чигоја штампа.
143. Мојић, Д., 2003, Улога вођства у организационом понашању, *Зборник Матице српске за друштвене науке*, бр.114-115.
144. Mossialos, E., Thomson, S., 2004, *Voluntary health insurance in the European Union*, Brussels, World Organization.
145. McAlearney, A.S., 2010, Executive Leadership Development in U.S. Health Systems, *Journal of Healthcare Management*, 55:3.
146. Nazarko, J., Saparauskas, J., 2014, Application of DEA method in efficiency evaluation of public higher education institutions, *Technological and Economic Development of Economy*, Vol. 20, No. 1.
147. Настић, С., 2015, *Поређење показатеља успешности у јавним предузећима*, Докторска дисертација, Факултет за примењени менаџмент, економију и финансије Београд.
148. Нола, И.А., Јелинић, Ј., 2012, Здравствени менаџмент катастрофа, *Сигурност*, 54 (2).
149. Northouse, P.G., 2008, *Лидерство – теорија и пракса*, Београд, Дата Статус.
150. *Одабрани здравствени показатељи за 2013. годину*, 2014, Београд, Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут”.
151. Olden C.P., 2011, *Management of Health Care Organization An Introduction*, Washington, AUPHA Press.
152. Oliver, A., 2007, The Veterans Health Administration: An American Success Story?, *Milbank Q.*, 85(1): 5–35.
153. Османагић Беденик, Н., 2010, Кризни менаџмент – теорија и пракса, *Зборник Економског факултета у Загребу*, година 8, бр.1.
154. Османагић Беденик, Н., Ивезић, В., 2006, Бенчмаркинг као инструмент сувременог контролинга, *Зборник Економског факултета у Загребу*, година 4..
155. Остојић, Р., Билас, В., Франц, С., 2012, Унапређење квалитете здравствених сустава земаља чланице Еуропске уније и Републике Хрватске, *Пословна извршност*, год. VI, бр.2.
156. *Оцјена интегритета здравственог система у Црној Гори*, 2011, Подгорица, Министарство здравља, УНДП, СЗО.
157. Palmer, R.G., Short, D.S., 2000, *Health care & Public Policy: An Australian analysis*, Macmillan Publishers Australia PTY LTD.
158. Peling., N., 2008, *Врхунски менаџер*, Београд, ИПС Медиа.
159. Перишић, Н., 2011, *Реформе у здравству Србије, Социјалне реформе – садржај и резултати*, Београд, Факултет политичких наука.
160. *План људских ресурса у здравству у периоду 2013-2022*, 2013, Подгорица Министарство здравља Црне Горе.

161. Poullier, J., Sandier, S., 2000, France, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 25, No. 5.
162. Ралевић, П., 2014, *Модел оптимизације ресурса јавног поштанског оператора базиран на мерењу ефикасности пружања поштанских услуга*, Докторска дисертација, Саобраћајни факултет Београд.
163. Ralević, P., Dobrodolac, M., Marković, D., 2014, Using a nonparametric technique to measure the cost efficiency of postal delivery branches, *Central European Journal of Operations Research*,. DOI: 10.1007/s10100-014-0369-0, <http://link.springer.com/article/10.1007/s10100-014-0369-0>.
164. Ралевић, П., Добродолац, М., Марковић, Д., Младеновић, С., 2015, The measurement of public postal operators' profit efficiency by using data envelopment analysis (DEA): A case study of European Union member states and Serbia, *Engineering Economics*, Vol. 26, No 2.
165. Relman, A., 2003, Restructuring the U.S. Health Care System, Health, Science and Tehnology.
166. Ridic, G., Gleason, S., Ridic, O., 2012, Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada, *Mater Sociomed*, 24(2): 112–120.
167. Ристић, Ж., Динчић, М., 2010, *Управљање социјалним финансијама*, Београд, ЕтноСтил.
168. Ристић, Ж., Ристић, К., 2013, Здравствени менаџмент у економској теорији и пракси, *Пословне студије - Часопис за пословну теорију и праксу*, Година V , број 9-10.
169. Robbins, P. S., Coulter, M., 2005, *Менаџмент*, Београд, Дата статус.
170. Rodwin, V., 2003, The Health Care System Under French National Health Insurance: Lessons for Health Reform in the United States, *Am J Public Health*, v.93(1).
171. Rodwin, V., Sandier, S., 1993, Health Care under French national health insurance, *Health Aff*, v. 12(3).
172. Сајфер, З., Адамовић, Ж., 2004, *Менаџмент бенчмаркинг процеса*, Зрењанин, ТФ Михајло Пупин.
173. Saint-Jean, O., 2004, Health-care system in France, *Psychogeriatrics*, 4.
174. Saltman, R., Bergman, S., 2005, Renovating the Commons: Swedish Health Care Reforms in Perspective, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, No. 1-5.
175. Swayne, L.E., Duncan, J.W., Ginter, P.M., 2006, *Strategic Management of Health Care Organizations*, 6th ed. John Wiley & Sons.
176. Senkubuge, F., Modisenyane, M., Bishaw, T., 2014, *Strengthening health systems by health sector reforms*, Glob Health Action.
177. Seiford, L.M., Thrall, R.M., 1990, Recent developments in DEA: The mathematical programming approach to frontier analysis, *Journal of Econometrics*, Vol. 46, No. 1-2.

178. Симић, С., 2006, Децентрализација у систему здравствене заштите, *Брошура „Ка реформи јавног здравства у Србији“*, Београд, Палго центар.
179. Симић, И., 2007, *Менаџмент*, Ниш, Економски факултет.
180. Симић Ј., Кажих Ј., 2009, Значај емоционалне интелигенције код савремених менаџера, *Лидер – директор, Часопис за теорију и праксу менаџмента*, Број 12-13, Година III.
181. *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања – Упоредно правна анализа у европским земљама*, 2014, Београд, Институт за упоредно право.
182. Ставрић, Б., Кокеза, Г., Милачић, С., 2004, *Менаџмент*, Приштина, Економски факултет.
183. Ставрић, Б., Ђокић, Н., 2009, *Основи менаџмента*, Косовска Митровица, Економски факултет Приштина.
184. *Статистички годишњак 2011. о здрављу становништва и здравственој заштити у Црној Гори*, 2013, Институт за јавно здравље Црне Горе, Подгорица.
185. Стевановић, И., Гајић-Стевановић, М., Алексић, Ј., 2015, Culture in Health Care in the Republic of Serbia, *Serbian Dental Journal*, vol. 62, No 1.
186. Стефановић, Ж., Петковић, М., Костић, Ж., Јанићијевић, Н., Бабић, В., 1999, *Организација предузећа – теорија, структуре, понашање, развој*, Београд, Економски факултет.
187. Stefl, M., 2008, Common Competencies for All Healthcare Managers: The Healthcare Leadership Alliance Model, *Journal of Healthcare management*, 53:6.
188. Стоиљковић, М., 2012, Мониторинг радног задовољства и радне мотивације радника, са посебним освртом на запослене у здравству, *Часопис Правно – економски погледи*, бр.3/2012.
189. Стоиљковић, М., 2012, Радно задовољство и радна мотивација запослених у државном сектору здравствене заштите Србије, *Часопис Правно – економски погледи*, бр.2/2012.
190. Стојковић, А., Давидовац, З., Стојмировић, Б., Утицај мотивације на успешност пословања, *Економика*, <http://www.ekonomika.org.rs>
191. Стојаковић, С., Ђурасовић, В, Унчанин, Р., 1998, *Мотивација менаџера*, Београд, ПС Грмеч.
192. Stoner, J., Friman, E., Gilbert, D., 2002, *Менаџмент*, Београд, Зелнид.
193. Stoner, J., Freeman, E., 1998, *Management*, New Jersey, Prentice Hall.
194. Stoner, J., Freeman, E., Gilbert, D., 1997, *Менаџмент*, Београд, Зелнид.
195. Стошић, С., Карановић, Н., 2014, Health care economics in Serbia: Current problems and changes, *Војносанитетски преглед*, 71(11).
196. *Стратегија примјене у ICT здравству*, Министарство здравља Црне Горе, www.mzdravlja.gov.me

197. *Стратегија развоја здравства Црне Горе*, Министарство здравља Републике Црне Горе, Подгорица, 2003.
198. *Стратегија за оптимизацију секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите са Акционим планом за имплементацију*, 2011, Подгорица, Министарство здравља Црне Горе.
199. *Стратегија јавно-приватног партнерства у здравству Црне Горе са Акционим планом за период 2014-2017. година*, Подгорица, Министарство здравља Црне Горе.
200. *Структурне реформе у здравственом систему са акционим планом за период 2015-2017. године*, 2015, Подгорица, Министарство здравља Републике Црне Горе.
201. Scott, I.A., 2009, Health care workforce crisis in Australia: too few or too disabled?, *The Medical Journal of Australia*, 190 (12).
202. Теодоровић, Н., Гајић-Стевановић М., 2008, Запослени у здравству у трансформацији здравственог менаџмента, *Стом Глас*, вол. 5.
203. Тодоровић, Ј., Ђуричин, Д., Јаношевић, С., 1998, *Стратегијски менаџмент*, Београд, Институт за тржишна истраживања.
204. Тодоровић Ј., Ђуричин Д., Јаношевић С., 2000, *Стратегијски менаџмент*, Београд, Институт за тржишна истраживања.
205. Тодосијевић, Р., 2009, *Стратегијски менаџмент – теоријске поставке 1*, Суботица, Економски факултет.
206. Тодосијевић, Р., 2009, *Стратегијски менаџмент – методе и технике 2*, Суботица, Економски факултет.
207. Томић, В., 2013, Успешан здравствени менџер, *Здравствена заштита*, вол. 42, бр.2.
208. Томић, З., 2003, *Комуникологија*, Београд, Чигоја штампа.
209. Torres-Jimenez, M., Garcia-Alonso, C.R., Salvador-Carulla, L., Fernandez-Rodriguez, V., 2015, Evaluation of system efficiency using the Monte Carlo DEA: The case of small health areas, *European Journal of Operational Research*, Vol. 242, No. 2.
210. Torrington, D.H., Taylor, S., 2004, *Менаџмент људских ресурса*, Београд, Дата Статус
211. Трифуновић, С., Ковач, Е., Скоруп, А., Скоруп, С., 2010, Тимски менаџмент и нови дух толеранције у свету рада, *Међународна научна конференција Менаџмент 2010.*, Крушевац, 17-18. март.
212. *The world health report 2006.*, Working together for health, Ženeva, SZO.
213. Thomson, A., Strickland, A.J., Gamble, J., 2006, *Стратејски менаџмент у потрази за конкурентном предношћу – теорија и случајеви из праксе*, Загреб, Мате.
214. Thompson, R.G., Singleton, R.D., Thrall, R.M., Smith, B.A., 1986, Comparative site evaluations for locating a high energy physics laboratory in Texas, *Interfaces*, Vol. 16, No. 6.

215. Ћирић, И., 2013, US Health Care Crisis, *Медицински преглед*, LXVI (9-10): 425-429,
216. Ћировић, М., Милисављевић, М., Покрајац, С., Машић, Б., Хелета, М., 2009, *Стартешки менаџмент*, Београд, Научно друштво Србије и Универзитет Сингидунум.
217. *Уредба о добровољном здравственом осигурању* (Сл. гласник РС бр. 108/08, 49/09), Подгорица
218. *Focus on Health Spending*, 2015, www.oecd.org/health
219. Hass, H., Tamarikin, B., 1995, *Лидер у сваком од нас*, Београд, ПС Грмеч.
220. *Healthcare Systems: France*, Based on the 2001 Civitas Report by David Green and Benedict Irvine, Updated by Emily Clarke (2012) and Elliot Bidgood (January 2013)
221. Храповић, К., 2013, ДРГ – Искуства Црне Горе, Менаџмент здравствених институција, *Зборник радова ЕЦПД међународних летњих школа*, Београд, Европски центар за мир и развој.
222. *Хрватски здравствено-статистички љетопис за 2013.*, 2014, Загреб, Хрватски завод за јавно здравство.
223. Cicea, C., Cvijanovic, D., Subic, J., 2008, The Health Care Systems in European Union and International Comparasion, *Економика 1-2*.
224. Clarke, E., Bidgood, E., 2013, *Healthcare Systems: The USA*, CIVITAS
225. Consulting d.o.o, T.i.n.s. d.o.o., 2012, *Стратегија реформе и акциони план – техничка помоћ у увођењу AR-ДСГ класификације пацијената, система плаћања у болницама и уговарању*, Подгорица, Фонд за здравствено осигурање Црне Горе.
226. *Comptes nationaux de la santé 2013.*, <http://www.drees.sante.gouv.fr>
227. Cook, S., 1995, *Practical Benchmarking: A Management Guide*, Hampshire, Cower.
228. Cooper, W.W., Park, K.S., Yu, G., 1999, IDEA and AR-IDEA: Models for dealing with imprecise data in DEA, *Management Science*, Vol. 45, No. 4.
229. Cooper, W.W., Seiford, L.M., Tone, K., 2007, *Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software*, 2nd ed., New York, Springer.
230. Coulter, M., 2010, *Стратегијски менаџмент на делу*, Београд, Дата статус.
231. Црњански, В., 2012, *Људски потенцијал и друштвена одговорност у здравственим установама Србије*, Београд, Задужбина Андрејевић.
232. Cutler D., Davis, K., Stremikis, K.: *The Impact of Health Reform on Health System Spending*, <https://cdn.americanprogress.org>
233. Charnes, A., Cooper, W.W., Golany, B., Seiford, L.M., Stutz, J., 1985, Foundations of data envelopment analysis for Pareto-Koopmans efficient empirical production function", *Journal of Econometrics*, Vol. 30, No. 1-2.

234. Charnes, A., Cooper, W.W., Huang, Z., Sun, B., 1990, Polyhedral cone-ratio models with an application to large commercial banks, *Journal of Econometrics*, Vol. 46, No. 1-2.
235. Charnes, A., Cooper, W.W., Lewin, Y., Seiford, L.M., 1994, *Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology and Applications*, Boston, Kluwer Academic Publishers.
236. Charnes, A., Cooper, W.W., Rhodes, E., 1978, Measuring the efficiency of decision making units, *European Journal of Operational Research*, Vol. 2, No. 6.
237. Charnes, A., Cooper, W.W., Wei, Q.L., Huang, Z.M., 1989, Cone ratio data envelopment analysis and multi-objective programming, *International Journal of Systems Science*, Vol. 20, No. 7.
238. Cheng, G., Zervopoulos, P.D., 2014, Estimating the technical efficiency of health care systems: A cross-country comparison using the directional distance function, *European Journal of Operational Research*, Vol. 238, No. 3.
239. Чекеревац, А., 2007, Здравствена заштита у Србији – услов социјалне сигурности, *Социјална мисао*, год. 14, бр. 4.
240. Шашо Гацић С., 2011, Проблеми комуницирања са посебним освртом на комуникацију у социјалном раду, *Годишњак 2010/2011.*, Сарајево, Факултет политичких наука Универзитета у Сарајеву.
241. Шехић, Ц., Рахимић, З., 2006, *Менаџмент*, Сарајево, Економски факултет.
242. Шофранац, Р., Шофранац, М., 2009, Усклађеност визије, мисије, политике и стратегије – услов за ефикасно функционисање здравствене организације, *Шести научни скуп са међународним учешћем „ Квалитет 2009“*, Неум, БиХ, 04 -07. јуни.
243. www.hlk.hr/1396
244. www.canbhp.org
245. <http://www.ess-europe.de/en/germany.htm>
246. http://www.ess-europe.de/en/uk_health_insurance.htm
247. <http://data.worldbank.org>
248. www.g-ba.de
249. www.gbe-bund.de
250. <http://www.euro.who.int/en/countries/germany/data-and-statistics>
251. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
252. <https://www.destatis.de>
253. <http://www.legifrance.gouv.fr>
254. <http://www.euro.who.int>
255. <http://www.aihw.gov.au/australias-health/2014/health-system/>
256. <http://www.doctorconnect.gov.au>

257. <http://www.aph.gov.au>
258. <http://www.abs.gov.au>
259. <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/SwedenBrief2013>
260. <http://www.scb.se>
261. <http://www.salute.gov.it>
262. <https://www.usa.gov/>
263. <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/health-insurance.htm>
264. <http://www.statista.com/>
265. <http://www.commonwealthfund.org/>
266. <http://www.medscape.com>
267. www.srbija.gov.rs

Прилог 1.

Изјава о ауторству

Потписани-а _____ Сања Добричанин _____

број индекса _____ / _____

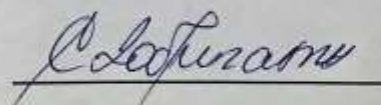
Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

Дефинисање модела функционисања здравственог система применом метода и
_____ техника савременог менаџмента _____

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда



У Косовској Митровици, 07.07.2016.

Прилог 2.

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора _____ Сања Добричанин _____

Број индекса _____ / _____

Студијски програм _____ / _____

Наслов рада _____ Дефинисање модела функционисања здравственог система
_____ применом метода и техника савременог менаџмента _____

Ментор _____ Проф. др Срећко Милачић _____


Потписани/а _____ Сања Добричанин _____

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Приштини, са привременим седиштем у Косовској Митровици.**

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Приштини, са привременим седиштем у Косовској Митровици.

Потпис докторанда



У Косовској Митровици, 07. 07. 2016

Прилог 3.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Приштини, са привременим седиштем у Косовској Митровици унесе моју докторску дисертацију под насловом:

**Дефинисање модела функционисања здравственог система применом
метода и техника савременог менаџмента**

која је моје ауторско дело.

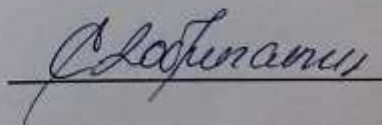
Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда



У Косовској Митровици, 07. 07. 2016.

1. Ауторство - Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце, чак и у комерцијалне сврхе. Ово је најслободнија од свих лиценци.

2. Ауторство – некомерцијално. Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.

3. Ауторство - некомерцијално – без прераде. Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела. У односу на све остале лиценце, овом лиценцом се ограничава највећи обим права коришћења дела.

4. Ауторство - некомерцијално – делити под истим условима. Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада.

5. Ауторство – без прераде. Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела.

6. Ауторство - делити под истим условима. Дозвољавање умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада. Слична је софтверским лиценцама, односно лиценцама отвореног кода.