



**УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ  
ЕКОНОМСКИ ФАКУЛТЕТ**

**Владислава Стојић**

**СИСТЕМИ ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У  
ЗЕМЉАМА ЗАПАДНОГ БАЛКАНА**

**Докторска дисертација**

**Крагујевац, 2020. година**

ИДЕНТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

<b><i>I Аутор</i></b>
Име и презиме: Владислава Стојић
Датум и место рођења: 08.02.1987, Ужице
Садашње запослење: Универзитет у Крагујевцу
<b><i>II Докторска дисертација</i></b>
Наслов: Системи финансирања здравствене заштите у земљама Западног Балкана
Број страница: IX+227
Број слика: 7 табела, 19 слика и 21 графикон
Број библиографских јединица: 135
Установа и место где је рад израђен: Економски факултет Универзитета у Крагујевцу, Крагујевац
Научна област (УДК): 364.69:336.13(497-15) (043.3)
Ментор: Проф. др Петар Веселиновић, редовни професор Економског факултета Универзитета у Крагујевцу
<b><i>III Оцена и одбрана</i></b>
Датум пријаве теме: 15.01.2019.
Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације: 155/XV-5-1 од 05.03.2019.
Комисија за оцену подобности теме и кандидата:
1. Др Никола Макојевић, ванредни професор Економског факултета Универзитета у Крагујевцу, ужа научна област Општа економија и привредни развој
2. Др Биљана Јовановић Гавриловић, редовни професор Економског факултета Универзитета у Београду, ужа научна област Економска политика и развој
3. Др Милена Јакшић, редовни професор Економског факултета Универзитета у Крагујевцу, ужа научна област Финансије, финансијске институције и осигурање
Комисија за оцену докторске дисертације:
1. _____
2. _____
3. _____
Комисија за одбрану докторске дисертације:
1. _____
2. _____
3. _____
Датум одбране дисертације:

## АПСТРАКТ

*Како је значај система здравствене заштите велики, свака држава улаже напоре у настојању да обезбеди одржив систем финансирања здравствене заштите, којим би се на квалитетан начин омогућило остваривање основних права из социјалног осигурања, односно права на здравствену заштиту. Циљ система здравствене заштите је очување и унапређење општег нивоа здравственог стања становништва, а његова обавеза је да обезбеди доступност, приступачност и интегрисаност на нивоу физичке, географске и економске доступности и здравствену заштиту одговарајућег квалитета, непрестано образовање здравствених кадрова, обезбеђење одрживог финансирања, аутономија управљања и финансирања здравствене заштите и позиционирање грађана у само средиште система здравствене заштите.*

*Финансирање здравствене заштите је функција здравственог система која се бави мобилизацијом, акумулацијом и расподелом новца како би се покриле здравствене потребе људи, појединачно и колективно у здравственом систему. Систем здравствене заштите у земљама Западног Балкана у последњих неколико година се суочава са бројним питањима везаним за финансирање здравствене заштите. Неки од главних финансијских проблема који су пратили здравствени систем у овом региону су методе финансирања које су коришћене у финансирању здравствених активности и став власти у овим земљама у погледу учинка и квалитета здравствене заштите. Без обзира на доносиоце одлука, они који сnose трошкове здравственог сектора су грађани земаља Западног Балкана чија се социјална заштита погоршава због ускраћивања приступа квалитетним здравственим услугама.*

*Полазећи од метода финансирања здравствених активности, предмет докторске дисертације је да се на бази добијених закључака из анализе система финансирања здравствене заштите у земљама Западног Балкана утврди разлика између система и концепата финансирања. Стога је циљ докторске дисертације идентификација односа између средстава финансирања здравствене заштите, учинка система и квалитета услуга.*

*У докторској дисертацији се најпре разматрају карактеристике система здравствене заштите, затим концепт финансирања здравствене заштите у развијеним земљама, као и у земљама Западног Балкана. Истраживање је фокусирано на утицај метода финансирања здравствене заштите на квалитет и перформансе здравственог система у земљама Западног Балкана.*

*Кључне речи: здравствена заштита, методе финансирања, Западни Балкан*

## ABSTRACT

*As the importance of the health care system is great, each country is making efforts to provide a sustainable health care financing system that would enable the exercise of basic social security rights, ie the right to health care, in a qualitative way. The aim of the health care system is to preserve and improve the general level of health of the population, and its obligation is to ensure accessibility, accessibility and integration at the level of physical, geographical and economic availability and health care of adequate quality, continuous education of health personnel, ensuring sustainable financing, autonomy of management. and financing health care and positioning citizens at the heart of the health care system.*

*Health care financing is a function of the health system that deals with the mobilization, accumulation and distribution of money to meet the health needs of people, individually and collectively in the health system. The health care system in the Western Balkan countries has faced a number of issues in the last few years regarding the financing of health care. Some of the major financial problems that have accompanied the health system in this region are the funding methods used in financing health activities and the attitude of the authorities in these countries regarding the performance and quality of health care. Regardless of the decision makers, those who bear the costs of the health sector are citizens of the Western Balkan countries whose social protection is deteriorating due to denial of access to quality health services.*

*Starting from the method of financing health activities, the subject of the doctoral dissertation is to determine the difference between the system and the concepts of financing on the basis of the conclusions drawn from the analysis of the healthcare financing system in the Western Balkan countries. Therefore, the aim of the doctoral dissertation is to identify the relationship between healthcare funding, system performance, and quality of service.*

*The doctoral dissertation first discusses the characteristics of the health care system, then the concept of health care financing in developed countries as well as in the Western Balkan countries. The research focuses on the impact of healthcare financing methods on the quality and performance of the healthcare system in the Western Balkan countries.*

*Keywords: healthcare, financing methods, Western Balkans*

## САДРЖАЈ ИЛУСТРАЦИЈА

### СПИСАК СЛИКА

Слика 1. Терминолошка разјашњења .....	16
Слика 2. Притисак на здравствене системе .....	17
Слика 3. Политичка структура система здравствене заштите (кључни актери) .....	17
Слика 4. Концептуални оквир здравственог система према СЗО .....	18
Слика 5. Социјални циљеви и системи .....	23
Слика 6. Нивои здравствене заштите .....	27
Слика 7. Главне компоненте националног система здравствене заштите .....	36
Слика 8. Организација здравственог система у САД .....	66
Слика 9. Организација здравственог система у Великој Британији .....	79
Слика 10. Организација здравственог система у Немачкој .....	86
Слика 11. Организација здравственог система у Француској .....	97
Слика 12. Организација здравственог система у Италији .....	108
Слика 13. Организација здравственог система у Шведској .....	118
Слика 14. Организација здравственог система у Холандији .....	128
Слика 15. Мапа земаља региона Западног Балкана .....	134
Слика 16. Структура система здравствене заштите у Албанији .....	148
Слика 17. Структура система здравствене заштите у Федерацији Босне и Херцеговине .....	154
Слика 18. Структура система здравствене заштите у Републици Српској .....	155
Слика 19. Шематски приказ финансирања здравственог система Србије .....	175

### СПИСАК ТАБЕЛА

Табела 1. Хронолошки резиме кључних прекретница, по појединцима и годинама .....	11
Табела 2. Финансирање здравствене заштите .....	46
Табела 3. Радна снага и инфраструктура у здравству .....	206
Табела 4. Модел 1: Број лекара у односу на издатке за здравство по глави становника .....	208
Табела 5. Модел 2: Број медицинских сестара у односу на издатке за здравство по глави становника .....	209
Табела 6. Модел 3: Очекивано трајање живота у односу на број лекара и медицинских сестара .....	211

Табела 7. Модел 4: Размера очекиваног трајања живота и кревета .....	214
--	-----

### СПИСАК ГРАФИКОНА

Графикон 1. Анализа БДП-а по секторима .....	137
Графикон 2. Запосленост у сектору МСП, удео у укупном броју .....	138
Графикон 3. Додата вредност сектора МСП, удео у укупном износу .....	138
Графикон 4. Извоз, по дестинацији као проценат укупног извоза .....	139
Графикон 5. Кретање БДП-а у земљама Западног Балкана (%) .....	180
Графикон 6. БДП по глави становника у земљама Западног Балкана .....	181
Графикон 7. БДП по глави становника изражен у стандардима куповне моћи (ППС) ..	181
Графикон 8. БДП по глави становника изражен у ППС, (EU = 100).....	182
Графикон 9. Укупни издаци за здравство као проценат БДП-а.....	183
Графикон 10. Укупни издаци за здравство по глави становника .....	184
Графикон 11. Јавна потрошња за здравствену заштиту у земљама Западног Балкана .	186
Графикон 12. Приватна потрошња за здравствену заштиту у земљама Западног Балкана .....	187
Графикон 13. Очекивано трајање живота у земљама Западног Балкана .....	188
Графикон 14. Стопа смртности у земљама Западног Балкана (на 1000 становника)....	188
Графикон 15. Број лекара у земљама Западног Балкана (на 10000 становника).....	190
Графикон 16. Број медицинских сестара у земљама Западног Балкана (на 10000 становника) .....	191
Графикон 17. Број болничких кревета у земљама Западног Балкана (на 10000 становника) .....	192
Графикон 18. Стопа смртности одојчади у земљама Западног Балкана (на 1000 становника) .....	194
Графикон 19. Укупни издаци за здравство као проценат БДП-а Западни Балкан и ЕУ 28.....	198
Графикон 20. Укупни издаци за здравство по глави становника Западни Балкан и ЕУ 28.....	200
Графикон 21. Састав здравствених издатака у процентима.....	203

## САДРЖАЈ

АПСТРАКТ.....	III
ABSTRACT .....	IV
САДРЖАЈ ИЛУСТРАЦИЈА .....	V
УВОД.....	1

## I ДЕО

<b>КАРАКТЕРИСТИКЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ .....</b>	<b>8</b>
1. СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ.....	8
1.1. НЕОПХОДНОСТ РАЗВИЈАЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ .....	8
1.2. ИСТОРИЈСКИ РАЗВОЈ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ .....	11
1.3. КОНЦЕПТУАЛНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ .....	16
1.4. РАЗВОЈ И ДОПРИНОС СВЕТСКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ (СЗО).....	18
1.5. ЦИЉЕВИ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ .....	22
2. НИВОИ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ .....	26
2.1. ПРИМАРНИ НИВО .....	27
2.2. СЕКУНДАРНИ НИВО .....	32
2.3. ТЕРЦИЈАРНИ НИВО .....	33
3. ВРСТЕ НАЦИОНАЛНИХ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ .....	34
4. ОСНОВНИ МОДЕЛИ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ .....	38
4.1. БИЗМАРКОВ МОДЕЛ.....	40
4.2. БЕВЕРИЦОВ МОДЕЛ .....	41
4.3. СЕМАШКОВ МОДЕЛ .....	41
4.4. МОДЕЛ ПРИВАТНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА .....	43

## II ДЕО

<b>КОНЦЕПТ ФИНАНСИРАЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РАЗВИЈЕНИМ ЗЕМЉАМА .....</b>	<b>44</b>
1. ФИНАНСИРАЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ.....	44
1.1. КАРАКТЕРИСТИКЕ ФИНАНСИРАЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ .....	44

1.2. МОДЕЛИ ПЛАЋАЊА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА.....	47
1.3. ФИНАНСИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ОДРЖИВОСТ ЗДРАВСТВЕНИХ СИСТЕМА.....	53
2. МОДЕЛ ФИНАНСИРАЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СЈЕДИЊЕНИМ АМЕРИЧКИМ ДРЖАВАМА .....	57
2.1. ФИНАНСИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ .....	57
2.2. ПОКРИВЕНОСТ ЗДРАВСТВЕНОМ ЗАШТИТОМ .....	60
2.3. ОРГАНИЗАЦИЈА ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ .....	61
2.4. КЉУЧНИ СУБЈЕКТИ УПРАВЉАЊА ЗДРАВСТВЕНИМ СИСТЕМОМ .....	64
2.5. ГЛАВНЕ СТРАТЕГИЈЕ ЗА ОСИГУРАЊЕ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ.....	66
3. МОДЕЛИ ФИНАНСИРАЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЕВРОПСКОЈ УНИЈИ .....	69
3.1. ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ ВЕЛИКЕ БРИТАНИЈЕ.....	75
3.2. ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ НЕМАЧКЕ.....	83
3.3. ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ ФРАНЦУСКЕ.....	93
3.4. ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ ИТАЛИЈЕ .....	103
3.5. ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ ШВЕДСКЕ .....	114
3.6. ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ ХОЛАНДИЈЕ .....	123
4. УПОРЕДНА АНАЛИЗА ФИНАНСИРАЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СЈЕДИЊЕНИМ АМЕРИЧКИМ ДРЖАВАМА И ЕВРОПСКОЈ УНИЈИ.....	131

### III ДЕО

#### **ФИНАНСИРАЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗЕМАЉАМА ЗАПАДНОГ БАЛКАНА .....**

134

1. ОСНОВНИ ПОДАЦИ О РЕГИОНУ ЗАПАДНОГ БАЛКАНА .....	134
2. СТРУКТУРА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗЕМЉАМА РЕГИОНА .....	142
2.1. АЛБАНИЈА .....	147
2.2. БОСНА И ХЕРЦЕГОВИНА.....	153
2.3. ЦРНА ГОРА .....	160
2.4. МАКЕДОНИЈА .....	164
2.5. СРБИЈА.....	171
3. ИНДИКАТОРИ ЕФИКАСНОСТИ СИСТЕМА ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗЕМЉАМА РЕГИОНА .....	179
3.1. БРУТО ДОМАЋИ ПРОИЗВОД И БРУТО ДОМАЋИ ПРОИЗВОД ПО ГЛАВИ СТАНОВНИКА.....	179
3.2. ИЗДВАЈАЊЕ ЗА ЗДРАВСТВО И ИЗДВАЈАЊЕ ЗА ЗДРАВСТВО ПО ГЛАВИ СТАНОВНИКА.....	183
3.3. СТРУКТУРА УКУПНИХ ТРОШКОВА ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ .....	185



4. ИНДИКАТОРИ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗЕМЉАМА РЕГИОНА.....	187
4.1. ОЧЕКИВАНО ТРАЈАЊЕ ЖИВОТА .....	187
4.2. СТОПА СМРТНОСТИ.....	188
4.3. БРОЈ ЛЕКАРА.....	189
4.4. БРОЈ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА .....	190
4.5. КАПАЦИТЕТ БОЛНИЦА.....	191
4.6. ПЛАТЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА.....	193
4.7. СТОПА СМРТНОСТИ ОДОЈЧАДИ .....	194

#### IV ДЕО

<b>АНАЛИЗА УТИЦАЈА СИСТЕМА ФИНАНСИРАЊА НА ЕФИКАСНОСТ И КВАЛИТЕТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗЕМЉАМА ЗАПАДНОГ БАЛКАНА.....</b>	<b>195</b>
---	------------

1. УТВРЂИВАЊЕ ВЕЗЕ ИЗМЕЂУ БРУТО ДОМАЋЕГ ПРОИЗВОДА ПО ГЛАВИ СТАНОВНИКА И ИЗДВАЈАЊА ЗА ЗДРАВСТВО .....	198
2. АНАЛИЗА СТРУКТУРЕ УКУПНИХ ТРОШКОВА ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ .....	202
3. АНАЛИЗА КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗЕМЉАМА РЕГИОНА .....	205
3.1. БРОЈ ЛЕКАРА У ОДНОСУ НА ИЗДАТКЕ ЗА ЗДРАВСТВО .....	207
3.2. БРОЈ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА У ОДНОСУ НА ИЗДАТКЕ ЗА ЗДРАВСТВО.....	208
3.3. ОЧЕКИВАНО ТРАЈАЊЕ ЖИВОТА У ОДНОСУ НА БРОЈ ЛЕКАРА И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА .....	210
3.4. РАЗМЕРА ОЧЕКИВАНОГ ТРАЈАЊА ЖИВОТА И КРЕВЕТА.....	212

<b>ЗАКЉУЧАК.....</b>	<b>215</b>
----------------------	------------

<b>ЛИТЕРАТУРА .....</b>	<b>219</b>
-------------------------	------------

## УВОД

Главни циљ система здравствене заштите је очување и унапређење општег нивоа здравственог стања становништва. Имајући у виду његов значај, свака држава улаже значајне напоре у настојању да обезбеди одржив систем финансирања здравствене заштите, којим би се на квалитетан начин омогућило остваривање основних права из социјалног осигурања, односно права на здравствену заштиту (Shieber, Maeda, 2009).

Систем здравствене заштите има обавезу да обезбеди доступност, приступачност и интегрисаност (у смислу вертикалног повезивања примарног, секундарног и терцијарног нивоа, као и хоризонталног повезивања у оквиру система и према локалној заједници) на нивоу физичке, географске и економске доступности. Такође је у обавези да омогући здравствену заштиту одговарајућег квалитета (неопходно је перманентно побољшавање квалитета здравствене заштите и обезбеђење права корисника да има одлучујући утицај када су у питању избор лекара и квалитет информисаности), непрестано образовање здравствених кадрова, обезбеђење одрживог финансирања, аутономију управљања и финансирања здравствене заштите и позиционирање грађана у само средиште система здравствене заштите (Figueras, Saltman, Busse, 2016).

С обзиром на демографске трендове присутне у читавој Европи, па тако и у земљама Западног Балкана, а нарочито повећање удела старијег становништва, чињеница је да је већем броју лица потребна одређена здравствена услуга. Такође, и сам напредак на пољу медицине захтева примену нових и скупљих начина лечења, како нових лекова, тако и савременије опреме. Све ово у крајњој линији значи повећање трошкова и потребу за већим улагањима у систем здравствене заштите. У САД-у трошкови здравствене заштите износе око две петине укупних трошкова, прецизније 15,2 одсто БДП (Reid, 2017).

Увећање висине средстава неопходних за одржање здравства у развијеним државама (Норвешка и Белгија 9,90 одсто БДП, Немачка 11,40 одсто БДП) непрекидно прати проблем недовољне висине новчаних фондова у буџетима држава, те ради тога приватни фондови здравственог осигурања представљају допуну јавном тако што обезбеђују покривање додатних ризика и специјалних услуга које јавно финансирање не подразумева (Thomson, Mossialos, 2017).

Зриншчак (2017) тврди да, када се пореде са развијеним земљама, транзиционе земље улажу мање новца за здравствену заштиту (око 5-6 одсто БДП), иако је у појединим државама висина издвајања у здравство реално на високом нивоу (Словенија 8,60 одсто БДП, Хрватска око 9 одсто БДП). Најзаступљенију форму осигурања представља обавезно здравствено осигурање. Кроз допунско или приватно здравствено осигурање допуњује се вредност појединих здравствених услуга. Република Србија на систем здравствене заштите издваја око 6 одсто БДП. Средства потребна за финансирање обавезног здравственог осигурања обезбеђују се кроз уплату доприноса за обавезно здравствено осигурање. Доприноси се обрачунавају по стопи од 12,3 одсто (Zrinščak, 2017).

Квалитет здравствене заштите који људи могу добити је под великим утицајем модела на који се државе одлучују за финансирање здравственог система и колико средстава опредељују у циљу очувања јавног здравља. Јавно здравље се дефинише као „организован напор заједнице у циљу превенције болести и промоције здравља“ који се фокусира на „друштво као целину и заједницу“ (Kovner, Knickman, 2011, стр. 8), док Светска здравствена организација (СЗО) дефинише финансирање здравствене заштите као „функцију здравственог система која се бави мобилизацијом, акумулацијом и расподелом новца како би се покриле здравствене потребе људи, појединачно и колективно у здравственом систему“.

Савремени системи здравствене заштите разликују се међусобно највише у методама прикупљања средстава за здравствену заштиту, као и у начинима плаћања даваоца услуга у здравству. Трошкови за здравствену заштиту се разликују од државе до државе у зависности од њене развијености. Мере се по издавању новчаних средстава за здравство по глави становника или према проценту од БДП-а. Системи здравствене заштите имају следеће изворе финансирања:

- \* буџет државе (генерални и посебни порези)
- \* осигурајући фонд – здравствено осигурање које је обавезно (доприноси)
- \* добровољно или приватно осигурање (премије осигурања)
- \* партиципација (особно учешће здравственог осигураника у трошковима коришћења здравствене службе)
- \* комплетна цена услуге (приватна пракса) и
- \* онације и добровољни прилози институција, група и појединаца

Према Ковнеру и Никману (2011), питање начина финансирања здравствене заштите укључује не само метод плаћања, већ и лица која доприносе његовој уплати, на који начин су корисници и пружаоци укључени у трансакцију и колико се укупно троши на здравствену заштиту. Сходно томе, начин финансирања здравственог сектора

је прилично осетљив, јер може бити одлучујући фактор за различите импликације у целокупном систему здравствене заштите.

Систем здравствене заштите у земљама Западног Балкана тренутно се суочава са бројним питањима везаним за финансирање здравствене заштите. Конкретно, неки од главних финансијских проблема који су пратили здравствени систем у овом региону су методе финансирања које су коришћене у финансирању здравствених активности и став власти у овим земљама у погледу учинка и квалитета здравствене заштите. Без обзира на доносиоце одлука, они који носе трошкове здравственог сектора су грађани земаља Западног Балкана чија се социјална заштита погоршава због ускраћивања приступа квалитетним здравственим услугама.

Мендола и други аутори (Mendola et al, 2007) наводе да се велики део здравствених активности финансира допунским осигурањем, конкретно личним учешћем у трошковима, тако да ови аутори сматрају да се актуелне методе финансирања здравствене заштите на Западном Балкану сматрају неприкладним за регион (Mendola, Gragnolati, Bredenkamp, 2007, стр. 2). У већини случајева, због стопе сиромаштва у региону, која је већа у поређењу са другим земљама, може се рећи да лично учешће као начин финансирања здравствене заштите ствара препреке друштву за приступ здравственим услугама. Због таквих начина плаћања, већина људи који живе на Западном Балкану не примају неопходне медицинске третмане, јер се стално суочавају са баријерама плаћања које ометају њихов потпуни приступ здравственим услугама.

У студији, (Bredenkamp et al, 2008) узимајући у обзир ресурсе који се издвајају за здравство у земљама Западног Балкана, Бреденкамп и остали аутори закључују да власти у овим земљама не виде систем здравствене заштите као важан стуб државног развоја, јер не опредељују довољна финансијска средства како би осигурали рад укупног система здравствене заштите. Иако су ове земље током година имале економски раст, буџет намењен здравственој заштити није се променио у сразмери са економским растом (Bredenkamp, Gragnolati, Ramljak, 2008, стр. 26). Ова немарност у сектору здравства изазвала је неадекватну функционалност целокупног система у већини земаља Западног Балкана. Последицом овакве акције може се сматрати низак учинак актера који су укључени у здравствену заштиту. Углавном због ниског буџета, здравствени системи у земљама Западног Балкана изгубили су доста људског капитала у јавним здравственим установама (Bredenkamp, Gragnolati, Ramljak, 2008, стр. 28). Стога би значај истраживања био у пружању препорука које би побољшале перформансе и квалитет здравствене заштите у анализираним земљама.

Вегстаф и други аутори (Wagstaff et al, 2018) истраживали су здравствене системе у 122 земље, користећи бруто домаћи производ по глави становника, издвајање

за здравство и издвајање за здравство по глави становника и структуру укупних трошкова за здравствену заштиту, као индикаторе ефикасности система финансирања здравствене заштите. Аутори су закључили да је проценат издвајања за здравство у земљама у развоју сразмеран износу бруто домаћег производа по глави становника, односно утврдили су да веће издвајање за здравство по глави становника директно утиче на ефикасност система финансирања здравствене заштите. Исте индикаторе у својој студији користили су Мусгрове и Зерамдини (2011), који су истраживали системе финансирања здравствене заштите у државама чланицама Светске здравствене организације. Генерални закључак ових аутора је да укупни трошкови по глави становника сваке земље директно утичу на број запослених у здравству, а самим тим и на ефикасност здравственог система.

Карин и други аутори (Carrin et al, 2014) као критеријуме за мерење утицаја финансијских метода на квалитет и учинак система здравствене заштите користили су очекивано трајање живота, стопу смртности становништва и капацитет болница. Аутори су установили да системи финансирања здравствене заштите утичу на квалитет и учинак пружалаца здравствене заштите, односно да капацитет болница као главни индикатор инфраструктуре система здравствене заштите има значајног утицаја на дужину очекиваног просечног трајања живота становништва, а самим тим и на квалитет система здравствене заштите.

Имајући у виду наведено, **предмет докторске дисертације** је да се на бази добијених закључака из анализе система финансирања здравствене заштите у земљама Западног Балкана утврди разлика између система и концепата финансирања. Сублимацијом утисака о системима финансирања здравствене заштите у анализираним земљама, створиће се увид колики утицај методе финансирања здравствене заштите имају на квалитет и перформансе здравственог система.

Истраживање ће бити фокусирано на утицај метода финансирања здравствене заштите на квалитет и перформансе здравственог система у земљама Западног Балкана.

Стога је **циљ докторске дисертације** идентификација односа између средстава финансирања здравствене заштите, учинка система и квалитета услуга.

Први специфичан циљ истраживања односи се на идентификацију односа између износа друштвеног производа по глави становника и његовог утицаја на проценат издвајања за здравство по глави становника.

Други специфичан циљ истраживања односи се на идентификацију односа између износа издвајања за здравство по глави становника и његовог утицаја на број запослених лекара и медицинских сестара у здравственом систему.

Трећи специфичан циљ истраживања односи се на идентификацију односа између капацитета болница као показатеља инфраструктуре система здравствене заштите и утицаја на дужину очекиваног просечног трајања живота становништва.

Четврти специфичан циљ истраживања односи се на пружање одговора на питање која је разлика између система и концепата финансирања здравствене заштите у земљама Западног Балкана.

У складу са постављеним предметом и циљевима истраживања, у оквиру докторске дисертације ће бити тестиране следеће хипотезе:

**Хипотеза 1:** Виши износ бруто домаћег производа по глави становника има позитиван утицај на проценат издвајања за здравство.

**Хипотеза 2:** Виши износ издвајања за здравство по глави становника има позитиван утицај на већи број запослених лекара и медицинских сестара у здравственом систему.

**Хипотеза 3:** Боља инфраструктура система здравствене заштите има позитиван утицај на дужину очекиваног просечног трајања живота становништва.

Сходно дефинисаном предмету и циљевима истраживања, као и постављеним научним хипотезама, дисертација ће бити структурирана у четири тематске целине.

У првом делу под називом **Карактеристике система здравствене заштите** посебна пажња биће посвећена теоријско-методолошком приступу истраживања система здравствене заштите. Размотриће се мултидимензионалност здравствених система и указаће се на њихове основне карактеристике. Здравствени систем је, у сваком смислу, један од најкомпликованијих система сваке државе. Све земље морају да брину о здравственом стању сопствених становника. Систем здравствене заштите подразумева одговарајућу инфраструктуру помоћу које се обезбеђује читав низ програма и услуга у пружању здравствене заштите појединцима, породицама и заједници. Он мора да обезбеди финансијски, интегрисану, квалитетну, физички и географски расположиву и приступачну здравствену заштиту. Свакако, неопходно је да обезбеди развој људских ресурса, одрживо финансирање, децентрализовано управљање и финансирања здравствене заштите. Циљ система здравствене заштите представља очување и побољшање здравља људи обезбеђивањем здравствених услуга становништву било модерне, било традиционалне медицине на квалитетној основи, а које су паралелно доступне и прихватљиве становништву. Када се има у виду значај и утицај здравствене заштите на здравствено стање грађана сваке земље, а и ради значајног економског утицаја, свака земља предузима сплет мера приликом управљања здравственим системом да би омогућила адекватно финансирање, квалитетан и рационалан систем пружања здравствене заштите, а са циљем да се, у складу са расположивим средствима, људима омогући основна здравствена заштита.

У другом делу дисертације који носи наслов **Концепт финансирања здравствене заштите у развијеним земљама** биће дат приказ основних модела финансирања здравства у земљама класичних модела финансирања здравства, као што су Сједињене Америчке Државе, као и најразвијеније државе Европске уније. У овом делу рада, највећи значај биће дат анализи макроекономских показатеља у здравству (укупна здравствена потрошња у односу на БДП, просечна потрошња по осигуранику и сл.), анализи структуре здравственог осигурања и самој шеми организације и финансирања здравства. Претпоставља се да у сваком моделу финансирања здравства постоје одређена ограничења, која могу стварати проблеме (слаба организација, повећање трошкова и сл.). Стога ће посебна пажња бити усмерена на анализу тешкоћа у финансирању здравственог система и указивање на потребе и могућности за њихово решавање путем евентуалних реформских мера. У последњем делу, методом компарације, указаће се на предности и недостатке појединих извора финансирања.

Трећи део рада који носи наслов **Финансирања система здравствене заштите у земљама Западног Балкана** даће увид у структуру система здравствене заштите у земљама региона Западног Балкана и то појединачно: Србији, Македонији, Босни и Херцеговини, Црној Гори и Албанији. У оквиру индикатора ефикасности система финансирања здравствене заштите у земљама региона, биће анализирани: бруто домаћи производ и бруто домаћи производ по глави становника, издвајање за здравство и издвајање за здравство по глави становника и структура укупних трошкова за здравствену заштиту. У оквиру индикатора квалитета здравствене заштите у земљама региона, биће анализирано: очекивано трајање живота, стопа смртности, број лекара, број медицинских сестара, капацитет болница, плате здравствених радника и стопа смртности одојчади.

Четврти део рада носи наслов **Анализа утицаја система финансирања на ефикасност и квалитет здравствене заштите у земљама Западног Балкана** и представља статистичку анализу коришћењем вишеструке регресије, чији резултат је компаративна анализа система здравствене заштите у земљама Западног Балкана и утврђивање везе између макроекономских показатеља и степена издвајања за здравствену заштиту. Биће анализирани БДП, издвајања за здравство у земљама Западног Балкана и њихова корелација. Након издвајања релевантних података методом анализе, извршиће се њихова компарација са циљем да се уочи међусобна повезаност и кретање варијабли, односно вредности датих параметара. Утврдиће се постојање јачине и смера корелације између издвајања за здравствену заштиту и износа бруто домаћег производа по глави становника, као и да ли системи финансирања здравствене заштите утичу на квалитет и учинак пружалаца здравствене заштите.



У складу са постављеним предметом истраживања, циљевима који су дефинисани и установљеним научним хипотезама, а у циљу доношења кључних закључака, у дисертацији ће се користити квалитативна и квантитативна методологија која се користи у области друштвених наука.

Појмовно одређивање и описивање основних елемената задатог проблема коришћењем дескриптивне анализе је сврха *квалитативне методологије*. Циљ је поставити теоријску основу за емпиријску проверу постављених хипотеза. Поступак дефинисања теоријских проблема биће реализован коришћењем метода синтезе и анализе. Такође, биће примењена и доступна домаћа и инострана литература, која се односи на дефинисани предмет истраживања. Приказ актуелног стања здравствене заштите у земљама Западног Балкана биће заснован на подацима из извештаја истраживања спроведених у анализираним државама, као и из других извештаја, саопштења, анализа и публикација. Биће коришћени методи индукције, дедукције и компарације. Циљ коришћења метода индукције је да се користећи појединачне елементе, апстракцијом и генерализацијом дође до општих закључака битних за разумевање задатог проблема. Метод дедукције се користи за испитивање исправности дефинисаних општих закључака њиховом применом на појединачне елементе. Метод компарације се примењује да се на теоријском плану изврши упоређивање различитих ставова из релевантних литература.

У докторској дисертацији у оквиру *квантитативне методологије*, биће примењени статистичко-економетријски модели коју одговарају задатом предмету и циљевима емпиријског истраживања, као и одабраним променљивим (варијаблима). Подаци ће бити приказани дескриптивно помоћу учесталости и мера варијабилности (варијанса и стандардно одступање). Да би на што квалитетнији начин била приказана спроведена анализа и резултати истраживања, у дисертацији ће бити коришћени табеларни, шематски и графички прикази.



## I ДЕО

### КАРАКТЕРИСТИКЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

#### 1. СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

##### 1.1. Неопходност развијања система здравствене заштите

У свакој земљи постоји низ међусобно повезаних подсистема друштвеног система, као што су привредни, културни, образовни, политички, здравствени и други. Њихов развој је обликован у специфичном историјском, културном, географском и политичком контексту. Историјски гледано, здравствена заштита је дала важан допринос здрављу друштва, помажући људима да се ухвате у коштац са болестима или повредама, а у новије време и да спрече болести и промовишу здравље. Систем здравствене заштите је део здравственог система. Уз раст слободне трговине и размену добара и услуга, медицинска нега је постала једна од многих услуга које се продају на тржишту. Међутим, развој парламентарних облика власти и растући социјални захтеви грађана резултирали су концептом здравствених услуга као јавне одговорности. Уместо здравствених услуга које се могу купити и продати, појавила се идеја пружања здравствене заштите људима на основу њихових потреба и у интересу добробити заједнице. То је довело до развоја националних здравствених система. Различите економске, политичке и друштвене прилике у појединим земљама значе да су здравствени системи природно веома различити и да варирају по својој структури и функцији, као и у свеукупној сложености.

Формирањем Светске здравствене организације (СЗО), концепт који је промовисао здравствену заштиту као људско право преобликовао је светску здравствену политику. Њен устав проглашен 1948. године навео је да је циљ СЗО „постизање највишег могућег нивоа здравља код свих народа“. Овај циљ је утицао на формулисање здравствених политика на међународном и националном нивоу. Сходно томе данас се уопштено сматра, да зависност здравствене заштите од тржишних трансакција у приватном сектору доводи до социјалних неједнакости и озбиљних недостатака у системима здравствене заштите.

Током првих деценија свог постојања, политика СЗО била је под снажним утицајем биомедицинских достигнућа која су покренула наду да ће масовне кампање искоренити бар неке заразне болести као што су туберкулоза, велике богиње, маларија

или венеричне болести. Међутим, неуспех у искорењивању маларије може се посматрати као резултат превелике концентрације на техничка решења (употреба инсектицида) уместо да се фокусира на побољшање општег окружења. Резултати кампање против туберкулозе показали су да је, да би се осигурао успех, потребно кампању засновати на националном систему здравствених услуга као саставном делу уобичајених активности. Успех кампање против великих богиња, заснован на претходном искуству СЗО, резултат је комбиноване употребе валидиране технологије (вакцинације) и пуног укључивања националног здравственог система, заједно са међународном подршком. Ови успеси резултирали су концептом међународних кампања против појединачних болести заснованих на чисто техничким решењима које је заменила стратегија међународних програма интегрисаних са националним активностима здравствених услуга. Такође, ово је резултирало да се појави све већа забринутост у погледу ефикасности програма земаља СЗО.

Седамдесетих година прошлог века, развијене земље приметиле су нагли пораст кардиоваскуларних болести и карцинома. Међутим, сматрало се да ће напредак у биомедицинским наукама и медицинској нези ставити то под контролу. Ипак, резултати су били незадовољавајући. Дошло се до закључка да постојеће здравствене политике не би могле дугорочно дати одговор на такве све веће претње здрављу људи. Такође, да су многи здравствени ризици повезани са модерним, просперитетним начином живота; све веће претње здрављу из физичког и социоекономског окружења у којем живимо захтевале су нови приступ и промену смера политике. Резултат је била опште позната резолуција „Здравље за све“ усвојена 1977. године на тридесетој скупштини Светске здравствене организације. Ова резолуција наводи да ће главни социјални циљеви у наредним деценијама бити: „постизање здравља свих грађана света до 2000. године, које ће омогућити људима да живе друштвено и економски продуктиван живот“ (ВНО, 1977). То је значило да основна здравствена заштита треба да буде доступна свим појединцима и породицама на начин који је прихватљив за све њих, коју они могу да приуште, и уз њихово пуно учешће. Она је такође означила промену из парадигме „борбе против болести“ у једну од „промовисања здравља и спречавања болести“ као основног услова за побољшање здравља људи.

Пратећи догађај, Међународна конференција која се односи на примарну здравствену заштиту, организована 1978. године у Алма Ати, једногласно је усвојила декларацију у којој се наводи да је „примарна здравствена заштита кључ за постизање циљева политике Здравље за све“. Декларација из Алма Ате резултирала је развојем националних стратегија које су наглашавале једнакост у здрављу и једнак приступ здравствено оријентисаним услугама, са посебним нагласком на примарну здравствену заштиту и фокусом на промоцији здравља, превенцији болести и међусекторској

сарадњи (WHO, 1978). Деценијама касније, уласком у 21. век, слика света се непрестано мења у свим аспектима живота: политичком, економском, социјалном и културном. У неким земљама здравље људи се побољшало, у другима се погоршало, а појавиле су се и нове препреке за постизање здравственог напретка. Такође, разумевање здравља и детерминанти здравља се променило. Данас је широко схваћено да на здравље утичу социјални, економски, еколошки, демографски и епидемиолошки фактори и није само резултат медицинских интервенција. Јасно је да људи сами морају да преузму одговорност за своје здравље. Здравље је резултат деловања многих социоекономских сектора, као што су пољопривреда, образовање, транспорт и запошљавање, а не само здравственог сектора. Да би се побољшао квалитет здравственог система потребно је учешће приватног и јавног капитала и институција.

На светском нивоу, здравство се суочава с низом нових изазова, као што су поновно појављивање заразних болести, епидемије болести повезаних с начином живота, брзо старење становништва и све већи број особа с инвалидитетом. Здравствени ризици постали су транснационални, а здравствене услуге постају све више политичка питања. Све ово оправдало је обнову и развој здравствене политике СЗО.

Обновљена политика „Здравље за све“ усредсређена је на побољшање очекиваног трајања живота и квалитета живота смањењем терета болести и инвалидитета и промовисањем здравља и превенције болести. Она снажно промовише равноправност у приступу здрављу која ће одредити да ли се „Здравље за све“ може постићи. Једнака брига за жене и мушкарце одражава важну улогу коју жене играју у породици, у одгоју здраве деце и у друштву. Политика „Здравље за све“ прихвата примарну здравствену заштиту као валидан концепт што је основа за развој свеобухватних система здравствених услуга.

Свим овим питањима мора се бавити систем здравствене заштите, на чију структуру утичу различити национални захтеви за пружање здравствене заштите и природа извора финансирања. На њега утичу нова знања, технолошки развој и различите друштвене и здравствене потребе. Степен владине интервенције повећао се готово свуда, али начини и детаљи његове примене веома се разликују.

Сви ови горе наведени фактори утицали су на компоненте система здравствене заштите, њихову сложеност, ефикасност и кохерентност и одредили њихове карактеристике, али сврха је иста: пружање здравствених услуга посвећених заштити и побољшању здравља становништва обезбеђивањем здравствених услуга, разних превентивних, дијагностичких и терапеутских услуга.

## 1.2. Историјски развој система здравствене заштите

У 21. веку, здравствени системи широм света усредсређују напоре на побољшању квалитета здравствене заштите која се пружа њиховој популацији. Насупрот томе, побољшање квалитета здравствене заштите у ранијим периодима произашло је из низа наизглед неповезаних инцидента и развоја.

Историја здравствене заштите пре 1960. године непотпуна је збирка неповезаних догађаја. Да би схватили како су се ови догађаји развили као основа за побољшање здравствене заштите, развијене су категорије за идентификацију глобалних иновација у Европи, Азији и Сједињеним Америчким Државама (САД). Велики део историје је тако уграђен у свакодневну медицинско-хируршку праксу и активности за побољшање здравља људи и система здравствене заштите.

Теорија Малколма Гледвела о *Tipping Point*-у (Gladwell, 2000), идејама, понашању и порукама, користи се како би помогла да се ови догађаји уредно воде и да пруже структуру и оквир за историју квалитета здравствене заштите. *Tipping point*-ови су феномен којим се прописи мењају пре него што то постане норма. Табела 1 даје преглед важних догађаја.

Табела 1. Хронолошки резиме кључних прекретница, по појединцима и годинама

Године	Кључне прекретнице	Одговорни кључни појединци	Земља порекла
1854.	Документација за побољшање квалитета	Најтингејл	Енглеска
1861.	Санитарне комисије	Бартон	САД
1862, 1918.	Импровизација и иновације	Пастер, Блу	Француска, САД
1879.	Стерилизација	Чемберленд	Француска
1895, 1956, 1960.	Технологија	Рендген, Сафар, Лердал	Немачка, САД, Француска, Норвешка
1910.	Образовање	Флекснер	САД
1881–1955.	Фармација	Пастер, Фон Беринг, Китасато, Дескомби, Салк, Кендрик, Елдеринг, Питман, Флеминг	Француска, Немачка, Јапан, САД, Енглеска
1883–1945.	Финансирање здравствене заштите	Бизмарк, Бевериџ, Кајзер	Немачка, Енглеска, САД

Извор: Gladwell, M., (2000), *The tipping point: How little things can make a big difference* Little, Brown & Co., Boston, p. 11.

Године 1854. британске трупе су се бориле на Криму и околини како би присиле Русе да напусте турске територије Молдавије и Влашке. Колера и дијареја биле су одговорне за велики број смртних случајева међу британским трупама, а британска влада је послала групу медицинских сестара које је предводила Флоренс Најтингејл у Турску како би помогли у збрињавању војника. У року од шест месеци од

доласка Флоренс Најтингејл, стопа смртности од болести опала је са 42,7 одсто на 2,2 одсто.

Нека од специјалних побољшања Флоренс Најтингејл била су смањење претрпаности (лежајевима су се налазили на размацама од два метра), обезбеђивање вентилације, обезбеђивање да се канализација која води из болнице неколико пута испира. Она је документовала да ако би се побољшања извршила пре него што би војници били примљени у болницу, биле би спречене хиљаде смртних случајева. Њени педантни записи били су кључ за данашње статистичко мерење квалитета, а она је била иноватор у прикупљању, табелирању, интерпретацији и графичком приказу дескриптивне статистике (Joint Commission Resources, 1999, 17).

Како је амерички грађански рат формално почео 1861. године, Санитарна комисија је основана као партнерство или савез хуманитарних организација. Била је заснована на лекцијама наученим из Кримског рата у циљу промовисања чистих и здравих услова у камповима и болницама Војске Уније.

Клара Бартон била је цивилни добровољац која је надгледала медицинску негу војника првенствено у држави Вирџинији како би помогла у испуњедивању циљева Санитарне комисије. Помагала јој је др Елизабет Блеквел, која је радила са Флоренс Најтингејл у Енглеској и била прва жена која је дипломирала на медицинској школи у САД (Oats, 1994, 38).

Агенти Санитарне комисије патролирали су камповима Војске Уније и проверавали услове живота и болнице, организовали кухиње за оболеле, правили завоје, и спроводили рације како би спречили војнике да спавају на земљи ноћу. Сматра се да су санитарни агенти критични за успех Војске Уније током грађанског рата.

Историчари идентификују Луја Пастера као једног од највећих добротинитеља човечанства свих времена. Он је био француски хемичар који је открио да је болест узрокована микроорганизмима, који су касније постали познати као теорија клица. Ови докази довели су до широке примене антисептичких пракси од стране лекара и болница широм Европе и на крају у САД. Пастерово истраживање такође је довело до развоја „пастеризације“, која користи топлоту да уништи штетне микробе у кварљивој храни, а да храна остане неоштећена.

Још један иноватор био је хирург, др Руперт Блу, који је био одговоран за здравствени систем у Америци током најгоре епидемије болести у америчкој историји. Пандемија грипа из 1918. године убила је педесет (50) милиона или петину светске популације, што представља више људи него што је умрло током Првог светског рата. Велики допринос др Блуа у побољшању здравствене заштите је укључивао искорењивање штапора у Сан Франциску који су били одговорни за избијање бубонске

куге и вођење контроле комараца током отварања Панамског канала (The United States Department of Health and Human Services, 2013).

Током пандемије грипа, алати за квалитет др Блуа били су карантин (укључујући и бродове који улазе у земљу), обавезни медицински прегледи за све имигранте који улазе у земљу, комуникација недељним билтенима који садрже информације о најновијим епидемијама, као и истраживање грипа спроведено у хигијенској лабораторији која и данас постоји.

Поред пандемије, др Блу се суочио са избијањем полиомије, великих богиња и тифуса. Знао је како се болест ширила, али наука није довољно напредовала да би то зауставила. Он такође није имао на располагању антибиотике који би користили отприлике половини жртава инфлуенце које су умрле од секундарних бактеријских инфекција и сепсе (Gernhart, 1999, 560).

У Сједињеним Америчким Државама, напори за сузбијање грипа 1918. године концентрисали су се на употребу карантина и маске док су људи били у јавности, слично као реакције земаља погођених избијањем САРС-а 2003. године. Примена плана квалитета здравствене заштите др Руперта Блуа припала је полицијским управама и запосленима у јавном превозу. Многи историчари сматрају да др Блу представља врсту визионарског квалитетног лидера потребног у случају глобалне пандемије болести у будућности. Медицински записи који су се чували током пандемије грипа 1918. године и даље су неки од најистраженијих архивских докумената које данас користе међународни научници. Они служе за информисање о томе како треба да се реагује на сличну широко распрострањену епидемију биолошких болести.

Рани прототип модерне стерилизације изумео је 1879. године др Чарлс Чемберленд, француски лекар и биолог. Његова истраживања била су под утицајем дневника из 1679. године који је водио британски физичар, др Денис Папин који је изумео лонац на притисак, као и истраживање које је спровео Луј Пастер, с којим је често сарађивао (Encyclopedia Britannica Science and Technology, 2013).

Чемберлендова докторска теза „Истраживање о пореклу и развоју микроскопских организама“ довела је до развоја коморског филтера, комада порозног порцулана који је филтрирао микроорганизме из воде. Затим је дизајнирао стерилизатор који загрева изнад тачке кључања, ефикасно уништавајући опасне микроорганизме. Први стерилизатор је произведен за лабораторијску употребу у Паризу.

Вилхелм Конрад Рендген је 1895. године случајно открио рендгенске зраке у Немачкој продукујући брзу струју електрона који се нагло заустављају на металној плочи. Његово откриће је револуционирало способност дијагностиковања мишићно-скелетних поремећаја и повреда (Assmus, 1995, 3). Напредак у радиологији,

првенствено у Француској, на крају је довео до лечења канцерогених тумора и добио је Нобелову награду за физику 1901. године.

Још три пута номинован за Нобелову награду био је др Петер Сафар, познат као архитекта интензивне неге. Развијена је техника А–Б–Ц (која је представљала дисајни пут/дисање/циркулацију) за кардио-пулмонарну реанимацију 1956. године у градској болници Балтимор, уз напомену да су најбољи резултати постигнути нагињањем главе уназад и повлачењем вилице напред. Његово истраживање објављено је у *Journal of American Medical Association* 1958. године. Докази добијени његовим истраживањима помогли су да се кардиопулмонална реанимација (ЦПР) прихвати широм света. Његовом истраживању се придружио Норвежанин Асмунд Лердал који је развио реалну лутку за обуку за ЦПР, што је резултирало прототипом *Resusci-Anne* у природној величини. Овај прототип био је основа за већину обуке за симулацију у хитним случајевима која је сада стандардни део образовања у здравству (Srikameswaran, 2003).

Крајем 1950-их др Сафар је револуционирао квалитет предболничког лечења уверавајући градску ватрогасну службу Балтимора да побољша транспорт пацијената у болнице користећи потпуно опремљена амбулантна кола са хитним медицинским техничарима, а не обичним колима. Такође је заслужан за оснивање прве 24-часовне јединице за интензивну негу у Сједињеним Државама и сматра се гигантом у области истраживања о реанимацији (Srikameswaran, 2003).

Прва медицинска школа у Сједињеним Државама основана је 1765. године на Колецу у Филаделфији (сада позната као Универзитет у Пенсилванији). Факултет се налазио неколико блокова од болнице у Пенсилванији, коју је основао Бенџамин Френклин. Након рата 1812. године дошло је до наглог пораста медицинских школа широм земље, али је квалитет био неконзистентан (Porter, 2002, 41).

Године 1910. Абрахам Флекнер представио је истраживање о стању медицинског образовања у Сједињеним Америчким Државама, које је спонзорисала Фондација Карнеги (Flexner, 2010, 16). Његови резултати су открили да често није било формалне наставе и предуслова академске припреме, а писмени испити нису били обавезни. Флекнер је предложио четворогодишњи наставни план медицинских школа - две године основног образовања, након чега би следиле две године клиничке обуке. Такође је предложио услове за упис у средњу школу и факултет. Извештај је резултирао затварањем многих медицинских школа које нису биле укључене у универзитет. Године 1935. било је само 66 медицинских школа које су преживеле реформу (Flexner, 2010, 65).

Ова побољшања у медицинском образовању пратила су стандардизована тестирања за пријем у медицинске школе, а Медицински колеџ (МСАТ) је развијен



1928. године (McGaghie, 2002, 1086). *MCAT* је био велики корак на почетку квалитетног путовања за медицину. Абрахам Флекнер и даље је почаствован од стране Удружења америчких медицинских колеџа, који годишње додељује награду од 10.000 долара лекару који препознаје највише стандарде у америчком медицинском образовању.

Током 19. и 20. века, исплата за здравствену заштиту се појавила у три различите земље. Свака од њих је то урадила на другачији начин, произвела различите резултате и као последицу имале су различите нивое квалитета.

Немачки канцелар Ото фон Бизмарк осмислио је државни програм здравственог осигурања 1883. године. Године између 1871. и 1890. познате су под именом *The Bismarck Era*, а Бизмарк је познат као отац здравствене заштите у Немачкој. Између 1883. и 1889. године, здравствено осигурање у Немачкој је дефинисано као третман и плаћање за боловање до 13 недеља. Бизмаркова визија била је централно управљани и финансирани од стране владе здравствени систем. Немачка и даље има здравствени систем утемељен у ери Бизмарка (Sawicki, Bastian, 2008, 132).

Вилијам Бевериџ одговоран је за „Beveridge Report“ објављен 1942. године након завршетка Другог светског рата у Великој Британији. У извештају су понуђене опције о томе како би требало обновити британски систем здравствене заштите. Ово је укључивало оснивање Националне здравствене службе 1948. године са бесплатним медицинским третманом за све као приоритет.

Бевериџов модел националне здравствене службе и даље постоји и данас и Бевериџ и Бизмарк стил здравствених система служе као модели за универзалну покривеност широм остатка Европе.

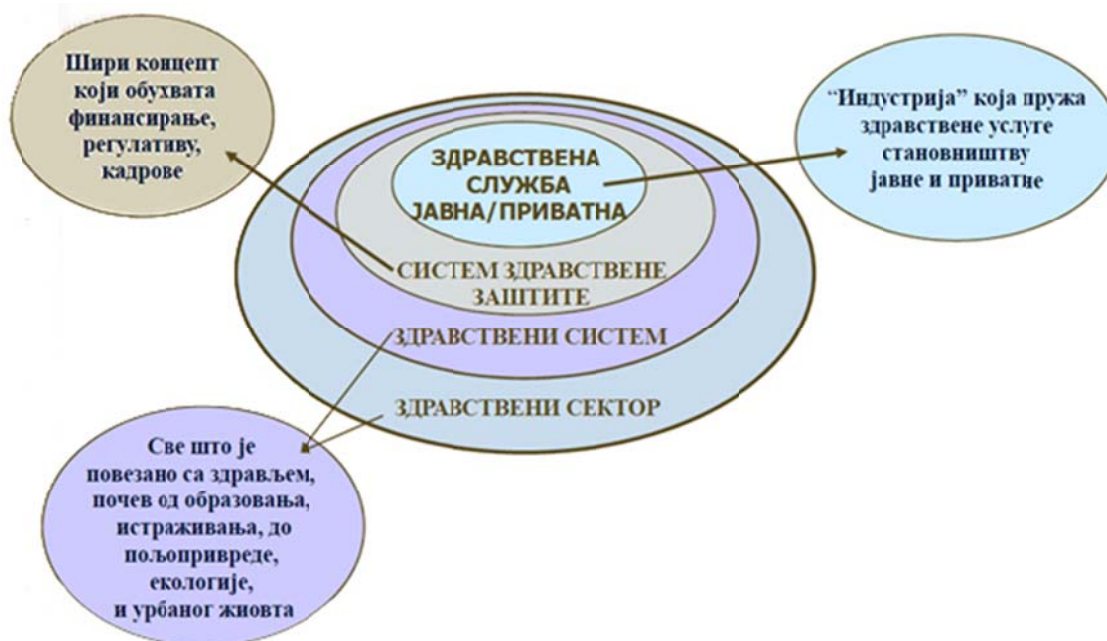
Док су немачки и британски здравствени модели цветали у Европи, здравствена заштита у САД била је збрка добровољних, верских и добротворних иницијатива, као што су помоћ за старије особе или сиромаштво. Изузетак су били они који су имали новац и могли су да плате медицину и негу. Овако је остало све до 20. века. Хенри Кајзер био је амерички индустријалац који је поседовао челичане, бродоградилшта и пионирску конструкцију са тешком опремом. У тридесетим и четрдесетим годинама прошлог века, он је желео да обезбеди здравствени план за грађевинске раднике у свом послу и осмислио *prepaid* програм. Ови *prepaid* програми прешли су у *Kaiser Permanente* који је постао доступан јавности 1945. године у Окланду, Калифорнија. Систем здравственог осигурања у САД који се претежно заснива на послодавцима развио се на фрагментиран, децентрализован начин, са приватним осигуравачима и владом која попуњава неке, али не и све празнине.



### 1.3. Концептуалне карактеристике система здравствене заштите

Концепт здравственог система могуће је тумачити на различите начине. Појмови који се користе, попут термина „здравствени систем“, „систем здравствене заштите“, „здравство“, „здравствени сектор“ и „здравствена делатност“ углавном се употребљавају наизменично што може да резултира збуњеношћу. Поред тога што делују слично, ови термини су у суштини врло различити, јер се тичу улоге, институционалне одговорности, ресурса и моћи. Без обзира да ли је здравствена служба јавна или приватна, она је „индустрија“ која се бави пружањем здравствених услуга. Сам систем здравствене заштите има веома широк концепт и обухвата финансирање, законе, улоге и ресурсе. Он подразумева здравствену инфраструктуру помоћу које се омогућава читав комплекс услуга и програма и обезбеђује заштита здравља појединцима, породицама и заједници. На концу, здравствени систем и сектор подразумевају све што се односи на здравље, од образовања преко пољопривреде до модерног градског живота.

Слика 1. Терминолошка разјашњења



Извор: WHO (2000), *Integration of Health Care Delivery*, WHO Technical Report Series No. 861, WHO, Geneva, p. 5.

По извештају из 2000. године СЗО здравствени систем се дефинише као укупан склоп повезаних установа, организација и ресурса који врше здравствене делатности у индивидуалној здравственој заштити и здравственој служби ради унапређења здравља становништва. Такође, он потпада у скуп најкомплекснијих друштвених система чије

су карактеристике хијерархијска организација, динамичност, комплексна структура и стохастичност (WHO 2000, 7).

Слика 2. Притисак на здравствене системе



Извор: WHO (2000), *Integration of Health Care Delivery*, WHO Technical Report Series No. 861, WHO, Geneva, p. 6.

Према наведеном, здравствени систем је интегрални сегмент друштвеног система – заправо, сегмент без којег је немогуће функционисање друштва као целине и његових подсклопова.

Слика 3. Политичка структура система здравствене заштите (кључни актери)

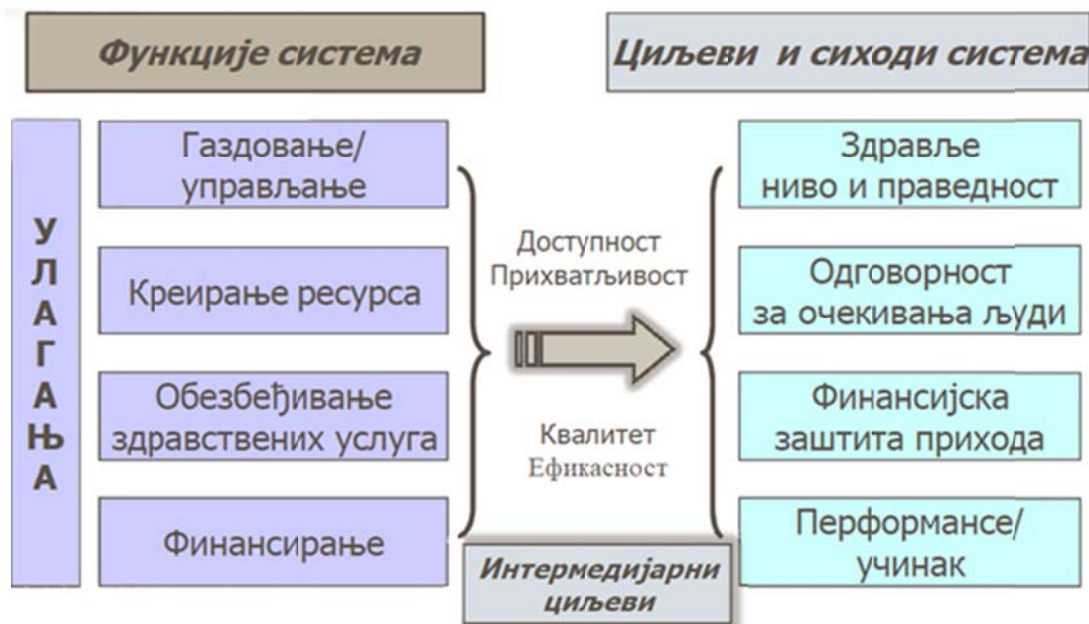


Извор: WHO (2000), *Integration of Health Care Delivery*, WHO Technical Report Series No. 861, WHO, Geneva, p. 8.

По СЗО, здравствени систем није само скуп, односно група јавних објеката које врше пружање здравствене услуге. Он подразумева и програме здравствене заштите, осигурање здравља, законодавство, промовисање здравља, као и све друго што стимулише и омогућава квалитетније здравље грађана (WHO 2000, 8). Здравствени

систем третира све заједнице, грађане и процесе чија је основна намена промовисање, одржавања или враћање здравља.

Слика 4. Концептуални оквир здравственог система према СЗО



Извор: WHO (2000), *Integration of Health Care Delivery*, WHO Technical Report Series No. 861, WHO, Geneva, p. 11.

Национални здравствени системи представљају комплексне, варијабилне и нестабилне организације које се баве пружањем услуга здравствене заштите. Питање које је немогуће избећи је колики број здравствених система заиста постоји? Одговор је веома лак. Здравствених система има онолико колико има и земаља. Савремени здравствени системи функционишу као комплексни, отворени, снажни, адаптивни, подређени и хијерархијски системи. Њихов основни задатак је побољшање здравственог стања становника обезбеђивањем здравствених услуга пацијентима на ефективан начин.

#### 1.4. Развој и допринос Светске здравствене организације (СЗО)

Као одговор на епидемију колере 1830. и 1847. године, која је убила десетине хиљада људи у Европи, прва Међународна санитарна конференција је сазвана у Паризу 1851. године. Конференције су биле први покушај успостављања механизма за међународну сарадњу за превенцију и контролу болести.

Светска здравствена организација (СЗО) је специјализовано удружење Уједињених нација која се бави међународним јавним здрављем. Основана је 7. априла 1948. и има седиште у Женеви, Швајцарској. СЗО је чланица Развојне групе Уједињених нација. Њен претходник, Здравствена организација, била је агенција Лиге народа. Устав СЗО је потписала 61 земља 22. јула 1946. године, на првом састанку Светске здравствене скупштине. Он је инкорпорирао Канцеларију за међународну сарадњу и Здравствену организацију Лиге народа.

СЗО је имала водећу улогу у искорењивању великих богиња. Тренутни приоритети укључују заразне болести, посебно ХИВ / АИДС, еболу, маларију и туберкулозу; као и ублажавање ефеката незаразних болести као што су сексуално и репродуктивно здравље, развој и старење; исхрана, безбедност хране и здрава исхрана; здравље на раду; злоупотреба супстанци и покретање развоја извештавања, публикација и умрежавања.

СЗО је одговорна за Светски извештај о здрављу (World Health Report ), Светски преглед здравља и Светски дан здравља. Садашњи генерални директор СЗО је Тедрос Адханом, који је свој петогодишњи мандат започео 1. јула 2017. године. Служио је у влади Етиопије као министар здравља од 2005. до 2012. године и као министар спољних послова од 2012. до 2016. године. Тедрос Адханом придружио се Министарству здравља 1986. године, након што је дипломирао на Универзитету у Асмари. Међународно признати истраживач маларије, као министар здравства, Тедрос Адханом похвалио је низ иновативних и системских реформи здравства које су значајно побољшале приступ здравственим услугама. Међу њима је било запошљавање и обука око 40.000 женских радника који су радили на здравству, смањењу смртности новорођенчади и повећању запошљавања здравствених кадрова, укључујући докторе и бабице. У јулу 2009. године изабран је за председавајућег Одбора Глобалног фонда на двогодишњи мандат. То је организација за борбу против АИДС-а, маларије и туберкулозе.

Међународне санитарне конференције, првобитно одржане 23. јуна 1851. године, биле су први претходници СЗО. Серија од 14 конференција које су трајале од 1851. до 1938. године радиле су у борби против многих болести, међу којима су биле колера, жута грозница и бубонска куга. Конференције су углавном биле неефикасне све до седме, 1892. године, када је усвојена Међународна санитарна конвенција која се бавила колером. Пет година касније потписана је конвенција за кугу. Делимично као резултат успеха конференција, Панамерички санитарни биро и Канцеларија *International d'Hygiene Publikae* основани су 1902. и 1907. године. Када је 1920. године формирана Лига народа, основали су Здравствену организацију Лиге народа. Након

Другог светског рата, Уједињене нације апсорбовале су све остале здравствене организације како би формирале СЗО.

Током трајања Конференције УН о међународној организацији која је одржана 1945. године Зиминг Зи, кинески делегат, разговарао је са делегатима из Норвешке и Бразила о оснивању интернационалне здравствене организације под капом нових Уједињених нација. Како није усвојена резолуција о тој теми, различити избори Алцер Хис, који је био генерални секретар Конференције, препоручио је коришћење декларације за оснивање такве организације. Зиминг Зи и други делегати лобирали су и донели декларацију којом се позивају на Међународну конференцију о здрављу. Употреба речи свет радије него интернационално наглашава истинску глобалну природу онога што организација жели постићи. Устав СЗО потписан је од стране 51 земље Уједињених нација, 22. јула 1946. године. Тако је постала прва специјализована агенција УН којој се придружио сваки члан. Њен устав формално је ступио на снагу првог Светског дана здравља. То се догодило 7. априла 1948. године, када га је ратификовало 26. чланица (држава). Први састанак Светске здравствене скупштине завршен је 24. јула 1948. године, након чега је осигуран буџет од пет милиона долара за 1949. годину. Први председник Скупштине био је Андрија Стампар, а за генералног директора СЗО именован је Брок Чизом, који је служио као извршни секретар у фазама планирања. Његови први приоритети били су контрола ширења маларије, туберкулозе и полно преносивих инфекција, као и побољшање здравља мајке и детета, исхране и хигијене. Први законски акт био је у вези са прикупљањем прецизних статистика о ширењу и морбидитету болести.

Године 1958. Виктор Жданов, заменик министра здравства СССР, упутио је позив Светској здравственој скупштини за покретање глобалне иницијативе за искорењивање великих богиња, што резултира Резолуцијом. У том тренутку, два милиона људи је умирало од великих богиња сваке године. Године 1967, СЗО је интензивирала глобално искорењивање великих богиња и великим напорима обезбедила 2,4 милиона долара годишње и усвојила нову методу надзора болести. Почетни проблем са којим се суочио тим СЗО био је неадекватно извештавање о случајевима великих богиња. СЗО је направила мрежу консултаната који су учествовали у помагању земљама у успостављању активности надзора и затварања. СЗО је такође помогла да се задржи последња европска епидемија у Југославији 1972. године. После више од двадесет година борбе против великих богиња, СЗО је 1979. године објавила да је болест искорењена – то је прва болест у историји која је искорењена људским ангажовањем.



Следи хронологија СЗО од 1967. године:

- \* Године 1967, СЗО је покренула Специјални програм. То је био програм за истраживање и обуку у тропским болестима, а скупштина Светске здравствене организације изгласала је доношење Резолуције о превенцији и рехабилитацији особа са инвалидитетом, са фокусом на бригу о заједници.
- \* Године 1974. покренут је Проширени програм имунизације и контролни програм *onchocerciasis*, важно партнерство између "Организације за храну и пољопривреду (ФАО)", "Програма Уједињених нација за развој (УНДП)" и "Светске банке".
- \* Године 1977. састављена је прва листа есенцијалних лекова. Затим је након годину дана био проглашен амбициозни циљ „Здравље за све“.
- \* Године 1986. СЗО је покренула свој глобални програм о ХИВ / АИДС-у. Две године касније, спречена је дискриминација над оболелима, а 1996. године формирана је УНАИДС.
- \* Године 1988. основана је Глобална иницијатива за искорењивање болести полио.
- \* Године 1998. генерални директор СЗО истакао је добитке у преживљавању деце, смањењу смртности новорођенчади, повећаном очекиваном трајању живота и смањеним стопама сиромаштва као што су велике богиње и полио на педесетој годишњици оснивања СЗО. Он је, међутим, прихватио да је потребно учинити више како би се помогло здравље мајки. Напредак у овој области је био спор.
- \* Године 2000. створено је Партнерство за заустављање туберкулозе заједно са УН-овим формулацијама Миленијумских развојних циљева. Године 2001. покренута је иницијатива за рубеоле и приписана је смањењу глобалне смрти од болести за 68 одсто до 2007. године. Организација је 2006. године подржала први званични светски приручник за АИДС за Зимбабве, који је основа за глобални план. Циљеви плана су превенције, лечења и подршке да би се спречила пандемија АИДС.

СЗО испуњава овај циљ својим функцијама дефинисаним у Уставу:

- (а) делује као орган за усмеравање и координацију међународног здравственог рада,
- (б) успоставља и одржава ефикасну сарадњу са Уједињеним нацијама, специјализованим агенцијама, владиним здравственим управама, професионалним групама и другим организацијама које се сматрају прикладним;
- (в) помогне владама, на захтев, у јачању здравствених услуга,
- (г) пружи одговарајућу техничку помоћ и, када су у питању ургентни случајеви, неопходну помоћ на захтев или прихватање влада;

- (д) пружање или помоћ у пружању, на захтев Уједињених нација, здравствених услуга и објеката посебним групама,
- (ђ) успостављање и одржавање административних и техничких услуга које могу бити потребне, укључујући епидемиолошке и статистичке услуге,
- (е) стимулише и унапреди рад на искорењивању епидемија, ендемских и других болести,
- (ж) промовише, и у сарадњи са другим специјализованим агенцијама, где је то потребно, превенцију случајних повреда,
- (з) промовише, и у сарадњи са другим специјализованим агенцијама, где је то потребно, побољшање исхране и становања; такође то се доноси на рекреацију, економске или радне услове и остале аспекте хигијене,
- (и) промовише сарадњу између научних и професионалних група које доприносе унапређењу здравља,
- (ј) предлаже конвенције, споразуме и прописе; такође даје препоруке које се повезане са међународним здравственим питањима и спроводи их.

Од 2012. године, СЗО је одредила сопствену улогу у јавном здравству на следећи начин: обезбеђивање водеће улоге по питањима од највећег значаја за здравље и имплементација у партнерства где је неопходно удружено деловање; формирање истраживачког плана и подстицање креирања, превођења и дистрибуције драгоцених знања; успостављање норми и стандарда, промовисање и мониторинг њихове примене; артикулација етичких и политичких опција утемељених на доказима; пружање техничке подршке, стимулација промена и креирање одрживих институционалних капацитета; као и мониторинг здравствене ситуације и процена здравствених тенденција.

### **1.5. Циљеви система здравствене заштите**

Здравствени систем обухвата ресурсе, актере и институције везане за финансирање, регулацију и пружање здравствених услуга. Здравствена услуга је дефинисана као било који скуп активности чија је примарна намера да побољшају или одрже здравље. Овај критеријум примарне намере води до веома широке дефиниције здравственог система који укључује напоре да се побољша безбедност на путевима и у возилима. Циљ је да се смањи проценат саобраћајних незгода што укључује и личне здравствене услуге, без обзира да ли доприносе здрављу или не. Једна од главних предности критеријума примарне намере је да у процену учинка здравственог система укључује све актере и институције који своју примарну сврху виде као допринос здрављу. Многе услуге које дубоко утичу на здравље, као што је образовање младих,

нису део здравственог система према овој дефиницији, јер примарна намера образовања није побољшање здравља. Искључивање ових активности из дефиниције здравственог система не доводи у питање ни на који начин важност детерминанти здравља које се налазе изван здравственог система. Поред тога, критично је препознати да су напори здравственог система да утичу на друге секторе како би се побољшале детерминанте здравља, као што је образовање младих или смањење социјалних неједнакости, очигледно део здравственог система.

Ови напори на међусекторском деловању имају за циљ побољшање здравља и стога испуњавање основног критеријума намере. Чак и уз јасну дефиницију здравствене акције, постоји низ акција које би се могле тумачити као здравствене акције. На пример, која је примарна намера програма допуњавања хране? Да се побољша здравље спречавањем неухрањености или да се поправи неједнакост у приходима? За нејасне случајеве, посебно у области воде и исхране, морају се донети неке произвољне одлуке како би се здравствени системи доследно дефинисали.

Слика 5. Социјални циљеви и системи

ДРУШТВЕНИ ЦИЉЕВИ	ДРУШТВЕНО УРЕЂЕЊЕ					
	Образовање	Здравство	Економија	Политика	Култура	...
Образовање	Жуто	Плаво	Плаво	Плаво	Плаво	Плаво
Здравство	Плаво	Жуто	Плаво	Плаво	Плаво	Плаво
Потрошња	Плаво	Плаво	Жуто	Плаво	Плаво	Плаво
Демократија	Плаво	Плаво	Плаво	Жуто	Плаво	Плаво
Знање	Плаво	Плаво	Плаво	Плаво	Жуто	Плаво
...	Плаво	Плаво	Плаво	Плаво	Плаво	Жуто
Циљеви одговора	Црвено	Црвено	Црвено	Црвено	Црвено	Црвено
ПРАВЕДНО ФИНАНСИРАЊЕ	Црвено	Црвено	Црвено	Црвено	Црвено	Црвено

Извор: Boadway, R, Bruce, N., (2004), *Welfare economics*, Basil Blackwell, Oxford, p. 38.

Здравствени, образовни или безбедносни системи могу утицати позитивно или негативно на постизање циљева других система. Препознајући ове интеракције, можемо дефинисати низ циљева свих система за сваки систем. Добijени односи приказани су на Слици 6. Колоне представљају различите системе друштвених активности, а редови представљају различите друштвене циљеве и два заједничка циља одговора и праведности у финансирању. Дијагоналне ћелије су дефинишући циљеви за сваки систем. Два основна реда представљају циљеве одговора и праведног



финансирања заједничког за све системе. Преостале ћелије представљају циљеве унакрсног система (Boadway, Bruce, 2004, 37).

Матрица система и циљева наглашава међузависност свих делова друштва и вишеструке друштвене циљеве којима сви системи могу допринети, али у исто време препознају примат одређеног циља и заједничке циљеве одговора и праведности финансирања.

На основу матрице приказане на Слици 6, могу се експлицитније формулисати три главна циља здравственог система: здравље, способност реаговања и праведност у финансирању. Ова три суштинска циља треба рутински да прате све земље и да формирају главну основу за процену учинка здравственог система који је омогућила СЗО. Стога је рад на операционализацији мерења постигнућа циља усмерен на мерење ова три циља, као и на повезивање постизања циљева са коришћењем ресурса како би се оценила успешност и ефикасност. Постоје и циљеви система за здравство, нпр. колико здравствени систем помаже или омета образовање, демократско учешће, економску производњу, итд. Ови циљеви потенцијално су веома важни и требало би да буду предмет анализе и евалуације. Један од важнијих циљева који треба нагласити је допринос здравственог система продуктивности. Здравствени системи могу повећати или смањити продуктивност. На пример, неке методе организовања финансирања здравства, као што су неки облици осигурања заснованог на запошљавању, могу ометати мобилност радне снаге и макроекономске перформансе. У исто време, све је више доказа да побољшања у здрављу могу повећати економски раст (Boadway, Bruce, 2004, 41).

Основни циљ здравственог система је побољшање здравља становништва. Здравље становништва требало би да одражава здравље појединаца током читавог животног циклуса и укључи и превремену смртност и здравствене исходе који нису фатални, као кључне компоненте.

Други суштински циљ је да се побољша реакција здравственог система на легитимна очекивања становништва за нездравствено побољшање димензија њихове интеракције са здравственим системом. Одзив изричито искључује очекивања јавности за здравствено побољшање димензија њихове интеракције, јер се то у потпуности одражава у првом циљу здравља становништва. Одзив има две кључне подкомпоненте: поштовање личности и оријентацију према клијенту. Поштовање личности – елементи достојанства, аутономије и поверљивости, обухватају аспекте интеракције појединаца са здравственим системом који често имају важну етичку димензију. Оријентација према клијентима, укључује последња четири елемента, који су главне компоненте задовољства потрошача које нису функција побољшања здравља.

Седам подкомпоненти другог суштинског циља су:

- а) Поштовање достојанства личности. Поштовање достојанства личности укључује и аспекте интеракције са пружаоцима услуга, као што су љубазност и осетљивост на потенцијално неугодне тренутке клиничког испитивања (Ross, Steward, Sinacore, 1995, 395).
- б) Поштовање аутономије појединца да доноси одлуке о свом здрављу. Појединци, када су компетентни треба да имају право да бирају које интервенције желе да раде, а не добијају их (Sitzia, Wood, 1997, 1832).
- в) Поштовање поверљивости. У интеракцији са здравственим системом, појединци треба да имају право да сачувају поверљивост својих личних здравствених информација. Поштовање поверљивости служи као инструментални циљ побољшања квалитета здравствене заштите. Када су појединци уверени да ће се поштовати поверљивост њихових личних здравствених информација, већа је вероватноћа да ће пружити важне медицинске податке здравственим установама када се то од њих затражи. Поред тога, поштовање поверљивости је суштински значајно, јер подржава основни појам приватности и индивидуалне аутономије над личним информацијама (Ross, Steward, Sinacore, 1995, 398).
- г) Убрзати пажњу на здравствене потребе. Истраживања задовољства становништва здравственим услугама рутински показују да је брза пажња кључна димензија (Thompson, Sunol, R., 1995, 129). Појединци цене хитну пажњу јер може довести до бољих здравствених исхода; ова инструментална вредност обухваћена је дефинисаним циљем здравља. Појединци такође могу да вреднују брзу пажњу, јер могу да смире страхове и забринутости који долазе са чекањем на дијагнозу или лечење. На унутрашњу и инструменталну вредност хитне пажње критично утичу фактори као што су физички, социјални и финансијски приступ.
- д) Основне погодности. Основне погодности здравствених услуга као што су чисте чекаонице или адекватни кревети и храна у болницама су аспекти бриге који су често високо цењени од стране становништва (Sitzia, Wood, 1997, 1834).
- ђ) Приступ мрежама социјалне подршке за појединце који примају негу. Чак и када је брига одмах доступна, ако је пружена далеко од породице и заједнице појединца, приступ мрежама социјалне подршке у току неге и опоравка може бити ометан. Очекивање да ће имати приступ социјалној подршци није само инструментални циљ, јер може побољшати исходе здравља, већ својствени атрибут (Thompson, Sunol, R., 1995, 130).
- е) Избор установе и појединца који пружа негу. Појединци могу изабрати ко им пружа здравствену заштиту (Ross, Steward, Sinacore, 1995, 399).

Трећи циљ здравствених система је и један од заједничких циљева за све системе, наиме, правичност у финансирању и заштита од финансијских ризика за домаћинства. Финансирање здравственог система требало би да се суочи са два кључна изазова. Прво, домаћинства не би требало да постану сиромашна или да плате превелики део својих прихода за добијање потребне здравствене заштите. Другим речима, правичност у финансирању захтева значајан степен удруживања финансијских ризика. Друго, сиромашна домаћинства требало би мање да плаћају за здравствени систем него богата домаћинства. Не само да сиромашна домаћинства имају ниже приходе, него већи део њихових прихода иде на основне потребе, као што су храна или рачуни.

Допринос здравственом систему треба да одражава ову разлику у расположивом доходу између богатих и сиромашних. У пракси, свако домаћинство треба да плати поштено учешће у трошковима здравственог система. У случају веома сиромашних домаћинстава, „праведно учешће“ не може садржати никакву уплату. Исплата треба да се заснива на приходима и да углавном не одражава коришћење услуга или ризика.

Прихватљиве идеје о правичном учешћу сиромашних зависе од улоге коју здравствени систем има у општој редистрибуцији прихода. У неким политичким окружењима, можда ће бити лакше развити друштвени консензус за прерасподелу прихода слободним пружањем здравствених услуга сиромашнима, него директним редистрибутивним механизмима.

Међутим, из перспективе здравственог система, правичност у финансирању можда би требало проценити уз претпоставку да друштво редистрибуира општи приход кроз друге механизме као што су директни трансфери. Одрживост финансирања здравства може имати користи од широког прихватања друштвене солидарности у финансирању, што захтева од свих да допринесу праведном учешћу.

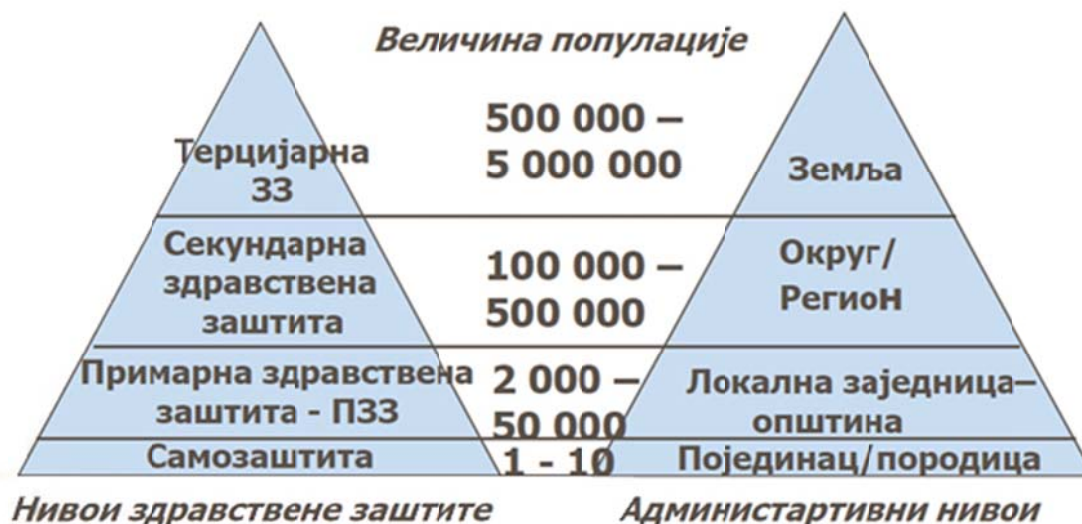
## **2. НИВОИ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ**

Уопштено гледано, постоје три нивоа организовања система здравствене заштите, а то су:

- \* Примарни,
- \* Секундарни (интермедијарни) и
- \* Терцијарни (централни).

Наведени нивои међусобно су повезани у један систем и у њему виши нивои пружају подршку нижим и информисае ниже ниво о поступцима. Такође, систем поседује и јединствену медицинску документацију.

Слика 6. Нивои здравствене заштите



Извор: Михајловић, Б., Костић, Н., (2005), *Менаџмент у здравству*, Чигоја штампа, Београд, стр.54.

## 2.1. Примарни ниво

Термин „примарна здравствена заштита“ широко је прихваћен након Алма Ата конференције 1978. године, замењујући раније коришћене појмове: локалне здравствене услуге и основне здравствене услуге. Она комбинује превентивне, промотивне и медицинске услуге и треба да одговара животним обрасцима заједнице којој служи и да задовољи потребе и захтеве заједнице.

Примарна здравствена заштита (ПЗЗ) представља више од 70 одсто свих организованих здравствених услуга. У оквиру наведеног система здравствене заштите се одвија већина примарне превенције (нпр. имунизација) и секундарна превенција (нпр. здравствени скрининг). Овде је најефикасније и образовање пацијената (одржавање здравља, исхрана, превенција болести, санација, итд.). На овом нивоу већина пацијената ступа у први контакт са здравственим системом и дијагностикују се и лече једноставна медицинска стања. ПЗЗ су названи „капија или улазна врата“ за регионалне и хијерархијске системе здравствене заштите (Kruk et al, 2010, 906). Да би се испунили шири циљеви ПЗЗ, неопходно је развити тимски приступ. Тимски рад мора бити активан процес са заједничким циљевима које дели тим.

Концепт ПЗЗ у више наврата је реинтерпретиран и редефинисан од 1978. године. У неким контекстима ПЗЗ се односи на пружање амбулантних или личних здравствених услуга. У другим контекстима, он се схвата као скуп приоритетних здравствених интервенција за популацију са ниским примањима (који се назива и селективна ПЗЗ). Неки схватају ПЗЗ као суштинску компоненту људског развоја, фокусирајући се на економске, социјалне и политичке аспекте, а не само на пружање здравствених услуга (Starfield, 2012, 21). Свака од ових интерпретација је поједностављење шире дефиниције изнесене у Декларацији из Алма Ате, и њихова имплементација носи ризик да пропусти предности свеобухватног приступа ПЗЗ.

Потребна је јасна и једноставна дефиниција ПЗЗ како би се олакшала координација будућих напора ПЗЗ на глобалном, националном и локалном нивоу и како би се водила њихова имплементација. ПЗЗ је приступ здрављу целог друштва који треба да осигура највећи могући степен здравља и добробити и њихову праведну расподелу фокусирајући се на потребе и преференције људи (као појединци, породице и заједнице) што је могуће раније.

Компоненте примарне здравствене заштите су:

1. Задовољавање здравствених потреба људи кроз свеобухватну промотивну, заштитну, превентивну, куративну, рехабилитацијску и палијативну негу током животног циклуса.

2. Систематски бављење ширим детерминантама здравља (укључујући социјалне, економске и еколошке факторе, као и индивидуалне карактеристике и понашање) информацијама и акцијама у свим секторима.

3. Оснаживање појединаца, породица и заједница у циљу оптимизације њиховог здравља, као заговарача политика које промовишу и штите здравље и добробит, као учесници здравствених и социјалних служби (Kruk et al, 2010, 908).

ПЗЗ има корене у посвећености социјалној правди, једнакости и учешћу. Она се заснива на признавању да омогућавање највећег могућег мерила здравља представља право сваког појединца без разлике. Ово наглашава одговорност влада за пружање доступних квалитетних здравствених услуга и за спровођење политика које промовишу и штите здравље и добробит. Бројне компаративне анализе здравствених система показале су да је ПЗЗ најпрактичнија и ефикаснија стратегија за побољшање здравља становништва.

Пружање квалитетних здравствених услуга које одговарају потребама и преференцијама људи, како на нивоу становништва тако и на индивидуалном нивоу, прва је компонента ПЗЗ. Услуге покривају пуни континуум од промоције здравља и превенције болести до третмана, рехабилитације и палијативног збрињавања и пружају се на индивидуалном или популацијском нивоу, према потреби. Услуге засноване на

становништву и индивидуалне услуге саме по себи су комплементарне, а утицај сваког од њих повећава се кроз интеграцију и координацију једних с другима. У многим здравственим системима, кључне функције засноване на популацији пружају исти тимови примарне здравствене заштите који су одговорни за појединачне услуге (нпр. скрининг и пријављивање сексуално преносивих болести, скрининг карцинома, здравствено образовање, промоција здравља и комуникација о промени понашања).

Примарна брига је полазна тачка за личне здравствене услуге за велику већину здравствених проблема. Као суштинска компонента здравственог система, она такође пружа услуге са оријентацијом породице и заједнице, повезујући јавно здравље и лично здравље (Friedberg, Hussey, Schneider, 2010, 767). Дobar квалитет примарне здравствене заштите повезан је са повећаним приступом услугама, бољим препознавањем проблема и дијагностичком тачношћу, смањењем хоспитализације која се може избећи и бољим здравственим исходима.

Квалитетна примарна заштита испоручује се у заједници и усмерена је на особу, пружа тачку првог контакта и осигурава континуитет, свеобухватност и координацију. Примарна здравствена заштита треба да буде прва тачка контакта за велику већину активности превенције болести, као и за акутне и хроничне здравствене проблеме. Доступност квалитетне примарне заштите, посебно на нивоу заједнице, доприноси развоју посвећеног терапијског односа, повећавајући вероватноћу правовремених консултација, побољшавајући континуитет бриге и водећи до бољих резултата током времена. Да би примарна заштита ефикасно пружила координирану бригу на првом контакту, свеобухватна лепеза услуга мора бити лако доступна.

Ова критична карактеристика ефективне примарне заштите ојачана је када је приступ другим нивоима неге и услуга увек уређен упућивањем из примарне здравствене заштите на више нивое или када постоје финансијски подстицаји за тражење неге на примарном нивоу. Такви аранжмани такође могу побољшати континуитет и осигурати да су специјализоване услуге у могућности да максимизирају своју функцију у здравственом систему.

Свеобухватност се односи на обим, ширину и дубину примарне здравствене заштите, укључујући надлежност за решавање здравствених проблема током читавог животног циклуса. Свеобухватна примарна заштита може одговорити на све здравствене потребе које појединац може имати, било путем директног пружања неге (за велику већину проблема) или путем упућивања на друге нивое неге или услуга (Starfield, 2012, 23). Такође, она смањује непотребне препоруке, те на тај начин подржава ефикасну расподелу ресурса и одговорности унутар здравственог система и олакшава континуитет и интеграцију неге.



Примарна здравствена заштита заснива се на посвећености здравствених професионалаца и појединаца дугорочном односу заснованом на узајамном поверењу које олакшава континуитет. Континуитет је повезан са нижим морталитетом, мањим бројем хитних посета и пријема, краћим боравком у болници, нижим трошковима здравствене заштите и побољшањем задовољства пацијената.

Једна од основних функција примарне заштите је координација пружања услуга кроз цели спектар услуга здравствене и социјалне заштите, укључујући услуге менталног здравља, дугорочне и социјалне заштите, кроз интегрисане, функционалне и узајамно подржавајуће аранжмане (укључујући системе упућивања) (Cueto, 2004, 1866). Координација смањује познате ризике на прелазним тачкама (од куће до клинике и од болнице до клинике). Такође би требало да обезбеди несметан прелаз између јавног и приватног сектора - и профитног и непрофитног - по потреби (Macinko, Starfield, Erinosh, 2009, 156).

Ефикасна примарна заштита усредсређена је на особу, здравље и болест, узимајући у обзир пуне физичке, менталне и друштвене околности, а не фокусирајући се на одређени орган, фазу живота или субпопулацију. Природа ефективне примарне здравствене заштите усредсређена на особу усклађује се са централном улогом људи у ПЗЗ и подржава примену мера које су усредсређене на пацијента.

Јавне здравствене функције које су посебно релевантне за приступ ПЗЗ и које су уско повезане са примарном здравственом заштитом су здравствена заштита, промоција здравља и превенција болести (пружање услуга), надзор и реаговање и спремност на ванредне ситуације (обавештајни подаци). Здравствена заштита укључује процену ризика и надзор над спровођењем и контролом активности за минимизирање изложености опасности по здравље, како би се заштитила популација.

Здравствена заштита обликује физичко и друштвено окружење како би омогућила људима да живе здравим животом. Док здравствена заштита штити од потенцијалних претњи добром здрављу, промоција здравља омогућава људима да имају већу контролу над властитим здрављем, кроз бољу здравствену писменост и побољшану способност да пруже помоћ себи и другима. Поред тога, промоција здравља има за циљ стварање здравог и физичког окружења кроз широк спектар социјалних и еколошких интервенција.

ПЗЗ се расподељује на различите начине: од стране појединих здравствених практичара, путем система амбулантне заштите, укључујући „здравствене центре“, и од стране независних амбулантних одељења, поликлиника и групних пракси (Friedberg, Nussey, Schneider, 2010, 769).

У неким земљама индивидуални здравствени радници и даље раде. Овај облик праксе постепено се мења како се развијају разни типови групних пракси, иако



специфична улога појединих здравствених практичара остаје несмањена. Међутим, тренд је можда у ономе што се у неким земљама назива здравственим центрима, а у другима нека врста „поликлинике“. Здравствени центар и поликлиника пружају и медицинске третмане и превентивне услуге. То укључује промоцију здравља, превенцију, рану дијагнозу и све оне аспекте здравствене заштите који се могу обављати на амбулантној основи. Ово је једини начин да се помире трајна доступност медицинске заштите, квалитет и употреба савремене опреме. Ниједан пацијент не би требало да буде упућен на виши ниво пирамиде здравствених услуга без првобитне идентификације на нивоу ПЗЗ (Cueto, 2004, 1868).

Приступачни здравствени центри треба да буду способни да на адекватан начин одговоре на локалне здравствене проблеме и приоритете, као и да сарађују са другим секторима - образовним, еколошким, индустријским, стамбеним и институцијама у јавном, приватном и невладином сектору. То укључује пружање компетентне медицинске службе и спровођење низа превентивних активности као што су имунизација, пренатална заштита и планирање породице. Тим мултидисциплинарног здравственог центра са комплементарним вештинама омогућава холистички приступ који промовише индивидуалну и породичну здравствену заштиту и развој здравља.

ПЗЗ такође се може пружати у болничким амбулантама и хитним службама, као и јавним здравственим службама (здравље мајке и детета, планирање породице, контрола и лечење заразних болести и друге специјалне клинике и услуге). Болнице могу имати директну улогу у ПЗЗ, посебно у густо насељеним урбаним срединама. То подразумева да болнице заправо пружају рехабилитацију и друге услуге потребне за амбулантну негу. Такав болнички систем здравствене заштите који би покривао све потребе на једном месту је један приступ.

Самопомоћ или здравствена заштита која се сама пружа подједнако је важна у земљама у развоју и индустријализованим земљама, и то, у више „софистицираним“ облицима, као што су самодијагноза и самолечење. Међутим, важно је и интегрисати је са организованом, обично државном подршком, примарном здравственом заштитом. Од самопомоћи и бриге у заједници може се очекивати да преузимају све важнију улогу (Cueto, 2004, 1869). Да би се побољшао њихов квалитет и обим унутар популације, мора се пажљиво проценити и дати одговарајуће здравствено образовање и информације, како појединцима, тако и заједницама.

Нажалост, у већини земаља постоји раздвајање између здравствених и социјалних услуга. Интеграција социјалне заштите и здравствених услуга заједнице под једним кровом омогућила би да се о свим проблемима, било да се ради о деци, старијим особама или људима у радној доби, расправља на једном месту. Ова врста рада у

заједници пружила би појединцима у друштву боље контактне могућности него што је то могуће у садашњем систему, где су здравствене и социјалне услуге често одвојене.

## 2.2. Секундарни ниво

Задатак секундарног нивоа здравственог система је решавање сложених здравствених проблема уз помоћ специјализованих кадрова и више технологије рада. У ситуацији када дом здравља нема могућност да пацијенту одговори пружањем одговарајуће специјалистичке здравствене заштите или није у могућности да реши проблем услед помањкања одговарајућих техничких услова, тада се он упућује на виши, секундарни ниво. На секундарном нивоу здравствене установе које пружају здравствену заштиту су опште и специјалне болнице.

Болнице пружају заштиту здравља у „продужењу“, и представљају продужетак рада домова здравља. Основна активност модерне болнице је пријем, преглед болесних и повређених; њихово лечење и излечење; збрињавање и пријем хитних медицинских случајева; вршење специјалистичке службе и ван сопственог простора; рехабилитација пацијената и њихово враћање у процес рада.

Општа болница бави се пружањем здравствене заштите особама без обзира на старост. Она се оснива у државној својини и покрива подручје једне или више локалних самоуправа. Општа болница мора да има следеће службе (Михајловић, Костић, 2005, 129):

- \* за пријем и лечење хитних случајева
- \* за обављање стационарне здравствене и специјалистичко-консултативне делатности одређених области (педијатрија, интерна медицина, општа хирургија и гинекологија, и акушерство)
- \* рендген, лабораторијску и осталу дијагностику
- \* реанимација са анестезијом
- \* амбуланту за рехабилитацију
- \* поседује болничку апотеку

Специјална болница се бави пружањем здравствене заштиту особама појединих старосних група, односно особама које су оболеле од појединих болести. Специјална болница обавља (Михајловић, Костић, 2005, 130):

- \* стационарну здравствену делатност и специјалистичко-консултативну (за коју је регистрована),
- \* лабораторијску и осталу дијагностику и
- \* поседује болничку апотеку.

Општа и специјална болница имају обавезу да обезбеде, саме или уз помоћ других здравствених установа, одговарајући санитарски превоз ради слања пацијената на виши терцијални ниво. Такође морају да обезбеде крв и крвне продукте, као и службу за патолошку анатомију.

### 2.3. Терцијарни ниво

Терцијарни ниво здравствене заштите у обавези је да обезбеди пружање врхунске дијагностике и лечење у условима високоспецијализоване кадровске и технолошке опремљености. Тај ниво се бави и пружањем стручне помоћи и подршке секундарном нивоу. Он такође обавља едукације из области медицине, и врши делатност научноистраживачког рада. Здравствену делатност на терцијарном нивоу врше следеће установе (Михајловић, Костић, 2005, 131):

- \* Клиника,
- \* Институт,
- \* Клиничко-болнички центар,
- \* Клинички центар.

Установе набројане изнад могу бити основане искључиво у месту у коме је седиште универзитета и у оквиру кога постоји факултет здравствене струке. Наведене институције морају да, уколико у непосредној околини нема опште болнице, пружају и услуге секундарног нивоа.

Клиника врши високоспецијализоване специјалистичко-консултативне и стационарне здравствене послове из појединих области медицине и стоматологије. Такође, она обавља и образовну и научно-истраживачку делатност. Сходно делатности коју врши, мора да поседује организоване службе које су дефинисане за општу болницу.

Институт је задужен да спроводи стационарну и високо специјализовану специјалистичко-консултативну делатност здравствене заштите. Он може и да обавља делатност здравствене заштите из једне или више области стоматологије или медицине. Такође, он има и образовну и научно-истраживачку делатност. Према делатности коју врши мора да поседује организоване службе које су дефинисане за општу болницу. Када се у институту врши болничко лечење и болничка рехабилитација он задовољава услове који су дефинисани законом за оснивање специјалне болнице.

Клиничко болнички центар (КБЦ) представља здравствену установу на терцијарном нивоу која врши стационарну и високоспецијализовану специјалистичко-консултативну здравствену делатност.

Такође, КБЦ мора да испуњава услове који су прописани за општу болницу. У областима медицине у којима обавља високоспецијализовану заштиту здравља треба да испуњава услове који су предвиђени за клинику. Модерни принцип организације КБЦ-а представља основу здравства базираног на тржишним принципима, у коме пацијент има улогу контролора пружене здравствене услуге.

У оквирима клиничког центра обједињују се делатности најмање три клинике, тако да чини функционални склоп, организован и оспособљен да може квалитетно да обавља задатке и послове. Сходно наведеном, постоје четири делатности КБЦ (Михајловић, Костић, 2005, 132):

- \* Стационарна, специјалистичко–консултативна и високоспецијализована здравствена делатност,
- \* Образовно-наставна делатност и
- \* Научноистраживачка делатност.

Поменути нивои здравственог система морају да буду организовани тако да обезбеђују кохезију елемената система и неометано вршење функције према договореној здравственој политици.

### **3. ВРСТЕ НАЦИОНАЛНИХ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ**

Системи здравствене заштите се могу категоризовати према различитим критеријумима. Мићовић (2008) наводи следеће битне критеријуме класификације:

1. Критеријум економске развијености (индикатор економске развијености је национални доходак по глави становника/друштвени производ) (Мићовић, 2008, 11-12):
  - \* Системи здравствене заштите развијених држава – САД, ЕУ и Јапан, где је бруто домаћи производ по глави становника већи од 10.000 долара
  - \* Системи здравствене заштите држава у развоју и транзицији – Србија, Црна Гора, Мађарска и Русија, где је бруто домаћи производ по глави становника мањи од 10.000 долара
  - \* Системи здравствене заштите земаља које нису развијене – државе у Африци, где је бруто домаћи производ по глави становника нижи од 1.000 долара
2. Критеријуми који су друштвено-политички:
  - \* вредносни систем, идеологија и норме
3. Административно уређење које укључује следеће структуре:
  - \* приватизовану/државну,

- \* децентрализовану/централизовану,
  - \* плуралистичку/монистичку.
4. Критеријум организованости:
- \* скромно,
  - \* средње,
  - \* добро.
5. Критеријум функционалности:
- \* задовољавајући,
  - \* донекле задовољавајући,
  - \* незадовољавајући.
6. Критеријум у складу са типовима здравственог осигурања:
- \* приватно,
  - \* друштвено,
  - \* комбиновано.
7. Критеријум у складу са начином организовања:
- \* изван болнице – амбуланте, поликлинике, дневне болнице и др.,
  - \* у болници – опште и специјалне болнице, клинички центри, лечилишта и др. ,
  - \* примарна здравствена заштита,
  - \* секундарна здравствена заштита,
  - \* терцијарна здравствена заштита.
8. Према задацима у пружању услуга бриге о здрављу становништва:
- \* пружање превентивних услуга,
  - \* мере превенције и стратегије чији циљ је спречавање погоршања здравља,
  - \* рехабилитација и лечење да би се унапредило здравље пацијената (превенција опхођења код становника и пацијената, и медицинска превенција),
  - \* превентивне услуга чији је циљ излечење пацијената уз одговарајући поступак дијагностике и лечења,
  - \* пружање услуга физикалне терапије чији циљ је ублажавање последица или спречавање болести са нагласком на рехабилитацију и
  - \* пружања терапије – терапија у току болести или приликом уочавања здравствених проблема.
9. Према групама у популацији:
- \* заштита здравља деце која имају до пет година,
  - \* заштита здравља младих и школске деце која имају од 6 до 26 година,

- \* заштита здравља материнства и жена,
- \* заштита здравља одраслих особа старосне која имају преко 18 година,
- \* заштита здравља лица која су трећем животном добу,
- \* заштита здравља радника,
- \* заштита здравља посебних група.

OECD здравствене системе класификује према условима набројаним испод:

- \* покривање становништва заштитом здравља и правима из те области;
- \* начини којима се врши финансирања;
- \* власништво над просторима и опремом у установама здравствене заштите.

Било који од горе набројаних услова може бити употребљен у процесу категоризације, као и током поступка вредновања појединог система здравствене заштите. Системи су различити од државе до државе, тако да не постоји исти здравствени систем. Сваки здравствени систем има одређене јединствене особине и специфичности које их разликују једне од других.

Слика 7. Главне компоненте националног система здравствене заштите



Извор: Dekker, E., Van der Werff, A., (2000), *Policies for Health in European Countries with Pluralistic Systems*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, p. 16.

СЗО је дала дефиницију здравственог система „као кохерентне целину, која се састоји од многих међусобно повезаних компоненти, како секторских, тако и међусекторских, као и саме заједнице, што производи комбиновани учинак на здравље становништва“. Ипак, поред овог општег описа, компарација система здравствене

заштите тешко може да буде успешна због разнородности различитих елемената и недостатка међународног консензуса о великом броју дефиниција. Примера ради, концепт болнице разликује се од државе до државе.

Приметан је чак и недостатак било какве опште дефиниције доктора. Због тога, сваки модел здравственог система који је развијен ради компарације здравствених система на међународном плану мора бити једноставно конципиран, тако да подразумева само оне чиниоце које су у највећем броју случајева заједнички у различитим системима широм света. Када се та чињеница узме у обзир, могуће је схватити практичан приступ који даје опис система здравствене заштите као међусобну релацију следећих чинилаца који су присутни у већини здравствених система: ресурси, организација, финансирање, управљање и пружање здравствених услуга.

Релација између различитих чинилаца приказаних на Слици 8 у великој мери дефинише систем здравствених услуга у различитим државама. Унутар сваког од компонентних блокова постоје многи елементи или подсистеми који описују реалности здравственог система у различитим земљама.

Ресурси здравственог система подразумевају бројне врсте људских ресурса, здравствених установа и здравствених добара, који су неопходни ради пружања здравствених услуга. Овај елемент инсистира на доприносима из разних других сектора, попут образовања, изградње и производње.

Ресурси за људско здравље подразумевају лекаре, медицинске сестре и разне друге кадрове. Њихова обука, функције, географска дистрибуција, квалитет извођења и регулација веома се разликују, што значајно утиче на ефикасност система здравствених услуга. Здравствене установе укључују многе облике општих и специјалних болница за разне врсте болести. Током последњих деценија, на значају добијају установе за пружање амбулантних услуга - здравствени центри, поликлинике и здравствене установе. Здравствена роба подразумева читав спектар фармацеутских производа, лабораторијских реагенаса и дијагностичке, терапеутске и рехабилитационе опреме (Dekker, Van der Werff, 2000, 17).

Организација здравственог система представља значајну компоненту система здравствених услуга и може да буде државна, добровољна непрофитна или предузетничка; односи између њих дефинишу општу природу система здравствених услуга. Организоване превентивне здравствене услуге увек су у надлежности министарства здравља. У већини држава друге владине агенције носе одговорност за спровођење програма социјалног осигурања који финансирају медицинску помоћ.

Невладине и непрофитне, најчешће добротворне, организације у већем броју држава развијају и воде здравствене програме за борбу против појединих болести (попут ТБ или рака) или служе појединим групама становништва (попут деце или



старих). Бројна друга министарства могу да сnose одговорност за остале аспекте система здравствених услуга.

Финансирање система здравствених услуга одвија се помоћу различитих институционалних извора, али на крају, сами становници сваке државе плаћају трошкове здравствене заштите, било путем јавних или приватних канала. Систем општег опорезивања представља значајан извор развоја здравствених услуга у свакој земљи. Ова средства употребљавају се ради опште превенције и ради медицинског третмана макар једног дела популације. Обавезно или социјално осигурање представља посебну форму опорезивања државе у коме се средства алоцирају за дату сврху - попут здравствене заштите - и употребљавају се само у корист особа које плаћају осигурање и, обично, њихових породица. У све већем броју држава, добровољно здравствено осигурање представља још један значајан извор. Односи извора економске подршке имају утицај на политике и карактеристике комплетног здравственог система и носе значајне импликације за правичност здравствене заштите.

Менаџмент здравственог система подразумева планирање, администрацију, регулацију и евалуацију. Регулација је углавном владина; она подразумева различите правне и неправне форме чији је задатак да обезбеде спровођење активности здравственог система - јавних, приватних и тржишних - у складу са задатим стандардима. Пружање здравствених услуга може бити дефинисано као низ активности чија је сврха побољшање здравља, редукација симптома или пружање комфора кроз услуге, подразумевајући савете, превентивне мере, рану дијагнозу, лечење или негу појединцу или заједници. Овај термин се тиче широког спектра услуга које имају утицај на здравље, подразумевајући физичке и менталне болести. Подразумева услуге фокусиране на превенцију болести и пружање акутне, дугорочне, рехабилитацијске и палијативне неге. Дефиниција обухвата више врста здравствених радника (нпр. доктори, медицински техничари, медицинске сестре и остали здравствени радници) и све установе за збрињавање. Интеракција између примарне, секундарне и терцијарне неге и регионализације се разликује у различитим системима. Здравствену заштиту могу да пружају сами пацијенти, чланови њихових породица, тимови примарне здравствене заштите, специјалисти и на крају болнице. Здравствена заштита не бави се само лечењем болести, већ и пружањем неге и саосећања.

#### **4. ОСНОВНИ МОДЕЛИ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ**

У другој половини деветнаестог века раднички покрет за социјална права доводи до појаве првих заматака здравственог осигурања. У то доба су услови рада и живота били тешки, а болести и повреде чести. Радници и њихове породице су за време

лечења били материјално угрожени, јер нису добијали наднице у време одсуствовања са посла, а имали су повећане расходе уколико су користили услуге лекара или куповали лекове. У трагању за решењем, како би угрожени појединци могли да преживе, појавила се најпре индивидуална штедња у јавним штедним благајнама. Међутим, овај систем се због многих недостатка није одржао. Касније су по закону послодавци постали одговорни за издржавање радника у време његове неспособности за посао услед болести или повреде. Ту своју одговорност за неке од ризика послодавци су осигурали у осигуравајућим друштвима. Овакво делимично осигурање такође није било ефикасно и у тражењу нових решења. Немачка 1883. године доноси Закон о здравственом осигурању радника у случају болести који представља зачетак здравственог осигурања у форми која је присутна и данас (Blank, Buraу, 2004, 118).

Одмах по завршетку Другог светског рата, целокупно становништво држава у којима се формирао социјалистички систем стекло је право на бесплатну здравствену заштиту у складу са концептом обавезног здравственог осигурања. Енглеска је увела 1948. године модел који је обухватио целокупно становништво, а подразумева право на бесплатну здравствену заштиту „Национална здравствена служба“. Према том моделу, целокупно становништво Енглеске користи бесплатно одређени број датих права у оквиру система здравствене заштите земље. Након тога су остале државе Западне Европе постепено уводиле систем здравствене заштите. Данас је у Енглеској и Италији целокупно становништво обухваћено бесплатном здравственом заштитом која се финансира путем убирања пореза. Обухваћеност становништва бесплатном здравственом заштитом износи у Француској 95 одсто, Немачкој 85 одсто, Швајцарској 98 одсто, Белгији 95 одсто, Грчкој 95 одсто и Шпанији 95 одсто (Blank, Buraу, 2004, 119). У овим земљама финансирање бесплатне здравствене заштите врши се кроз систем обавезног (или комбинацијом обавезног и добровољног) здравственог осигурања, које плаћају појединци и послодавци. Обавезно здравствено осигурање заснива се на принципу узајамности и солидарности. Управо овај вид бриге о болесном становништву израз је степена демократске развијености друштва и економске моћи државе.

Постоји неколико карактеристичних модела система здравственог осигурања. Иако се у теорији својим карактеристикама издвајају као посебни модели у свакодневној животној пракси, чистих модела система здравственог осигурања нема. Углавном је реч о комбинацији различитих система са превагом карактеристика појединог модела.

#### 4.1. Бизмарков модел

Бизмарков модел је најстарији систем здравственог осигурања који је настао са успостављањем првог законодавства са подручја здравства и здравственог осигурања у Немачкој 1883. године, када је канцелар био Ото фон Бизмарк. Претходно добровољно, осигурање овим законом постаје обавезно, што прописима обезбеђује држава.

Главни извор средстава за здравствену заштиту у тој групи држава представљају средства социјалног осигурања. Осигурање од ризика плаћају сви који имају било какав доходак. Финансирање у тим системима укључује одређивање стопе доприноса које плаћају послодавци, плаћање доприноса од стране радника као и трансфер из других каса или фондова (нпр. пензиони фонд или фонд за незапослене). Послодавци и запослени плаћају доприносе по правилу у једнаком износу.

Доприноси се сливају у фондове за пацијенте или друштва за осигурање, која су скоро потпуно независна од државе, али су (у различитој мери) подвргнута државном надзору. То значи да саме дефинишу стопу доприноса за здравствено осигурање, одређују права особа које су осигуране према здравственим услугама и новчана примања и ступају у односе уговарања са болницама, удружењима лекара, стоматолога и фармацеута (Hassenteufel, Palier, 2007, 576).

Најчешћи начин плаћања извођача услуга дефинисан је уговором између извођача и носиоца осигурања и плаћа се према обиму посла. Таквим начином управљања обезбеђена је њихова независност од државе и државног буџета. Међутим, независност не значи и незаинтересованост државе за систем здравственог осигурања. Штавише, држава има изражену регулативну и надзорну улогу у том систему. Права из области здравственог осигурања су обезбеђена скоро свима који живе у тој држави. У начелу је чланство у том систему обавезно за све становнике државе, иако у пракси ниједна држава не обезбеђује универзални приступ здравственим услугама целокупном становништву.

Обављање здравствене делатности у оквиру обавезног здравственог осигурања је непрофитно. Приватна осигурања и лична средства у целом систему не представљају значајан удео, али су дозвољена и могућа за појединце чији приходи прелазе одређени ниво, као што постоје и тзв. трансфери, односно здравствене субвенције, за групе становника који су економски слабији (незапослени, социјално угрожени, избеглице, итд.), што блажи негативне учинке приватног здравственог осигурања. Бизмарков модел финансирања здравства имају Словенија, Аустрија, Белгија, Француска, Немачка и Луксембург (Hassenteufel, Palier, 2007, 577).

## 4.2. Беверицов модел

Почеци овог модела сежу у почетак двадесетог века, а формално га је у Енглеској поставио Бевериц 1942. године. На почетку се и код овог система развио велики број независних здравствених фондова који су покривали мање делове становништва. Временом се број чланова, односно учесника, повећавао, што је узроковало развој система у следећим смеровима:

- \* Држава је осетила потребу да се финансирање изводи путем пореских прихода;
- \* Покривеност становништва је постала универзална;
- \* Здравствени фондови су изгубили своју независност и постали су део јавног сектора (Lameire, Joffe, Widemann, 1999, 4).

Дакле, са развојем овог система прикупљање средстава преко пореза постао је превлађујуће. Као извор финансирања користе се порези скупљени у државном буџету, што значи да систем здравствене заштите не располаже сопственим средствима. Држава преузима улогу вођења и управљања. Поред тога, држава организује одговарајућу мрежу здравствених капацитета. О делу буџета намењеном за здравствену заштиту одлучује држава, а распоређивање средстава изводе институције државне управе. Држава прописује и активности и задатке здравствене службе.

Целокупно деловање здравствене делатности засновано је на лекару опште праксе - личном лекару, који има посебно одређену функцију и овлашћења. Лекар је плаћен по броју њему на бригу поверених особа (главарина) и делимично према броју обављених услуга. Лекари опште праксе су у уговорном односу са одговарајућим државним установама (у великој Британији NHS - National Health Service), које им одређује начин исплате и цену услуга. Задатак установа је организовање активности и финансирање здравствене службе, међутим, очување и повратак здравља становништва су брига државе. Осим по начину прикупљања средстава, у односу на Бизмарков систем, овај модел се разликује и по томе што сви становници државе (а не само запослени) имају обезбеђен приступ до здравствених услуга под једнаким условима. Опсег права је чврсто ограничен и добија се држављанством. У таквом систему начело солидарности требало би да буде боље испољено.

Државе са Беверицовим моделом финансирања здравствених услуга су Финска, Грчка, Ирска, Италија, Шведска, Шпанија, Велика Британија, Данска и Португалија (Lameire, Joffe, Widemann, 1999, 5).

## 4.3. Семашков модел

Настао је у Совјетском Савезу и земљама Источне и Средње Европе у време социјалистичког друштвеног уређења, као одговор на Беверицов модел националне

здравствене службе. Разлика међу њима је само идеолошка. Семашков модел произилази из истог начина размишљања да је држава одговорна за здравствену заштиту својих држављана. Семашко је наине тврдио, да је социјалистичка заједница преко својих државних институција (влада, парламент, здравствене установе) дужна да свом становништву обезбеди сва права у вези са здрављем бесплатно и на највишем нивоу (Wagstaff, 2010, 506).

За тај систем је карактеристично да се здравствене услуге финансирају из буџета који се пуни из пореза. Друштвени систем у овим земљама почивао је на државној-друштвеној својини. Улогу друштвене својине пренели су и на подручје здравственог осигурања, а личну својину и приватно осигурање, штавише, забранили. Приватна лекарска пракса, наравно, није могућа. Здравствена инфраструктура је у јавном власништву, а све здравствене услуге биле су јавно доступне.

Одговорност за планирање распоређивања финансијских средстава и управљање инвестицијама сносила је државна администрација, која је била организована по нивоима: државном, регионалном и локалном. Уговарања између интересно организованих група нема, јер висину средстава за финансирање извођача одређује влада. Описан модел карактеристичан је за све некадашње социјалистичке европске државе. Овај модел осигурања имао је одређене предности, односно добре стране, као што су: висока доступност здравственим услугама, добра структурираност здравствених услуга – тј. квалитетна географска покривеност становништва, квалитетно вршење општих програма здравствене заштите као што су: вакцинисање, плански прегледи, профилакса одређених болести и друго.

На другој страни систем се суочавао са већим бројем недостатака као, на пример: слаба прилагођеност здравствених услуга и служби потребама пацијената, релативна деградација и неадекватна финансијска средства за здравствене раднике и њихове услуге према интернационалним стандардима. То је довело: до лимитираног приступа модерној технологији, наглашавања улоге смештаја у болницама и лекара специјалиста уместо ванболничког третмана и примарне здравствене заштите, уског спектра услуга здравствене заштите, превеликог броја лекара у односу на број становника, повластица и квалитетније приступачности услуга у здравству изузетним-значајним групама осигураника (углавном људима који су на власти), појаве сиве економије и др. (Wagstaff, 2010, 508). То су били разлози због којих су државе Средње и Источне Европе као и државе некадашњег СССР-а прешле на другачији систем осигурања и израженију улогу тржишта.

#### 4.4. Модел приватног здравственог осигурања

У системима приватног финансирања приватно здравствено осигурање потискује социјалну солидарност. У таквом систему, због премија осигурања које су сразмерне ризику, болесни људи морају да плаћају више од здравих, па се на тај начин нарушава принцип солидарности. Кроз процес познат као негативна селекција премије за осигуранике расту са порастом ризика, тако да се здрави становници практично искључују из осигурања. Овакав тип приватног финансирања здравства типичан је за САД.

Велике компаније плаћају запосленима основно здравствено осигурање и већина Американаца добија здравствено осигурање од свог послодавца. Али не сви, и све више запослених из свог џепа покрива здравствене трошкове. Осим тога, 45 милиона (око 20 одсто) Американаца је без икаквог здравственог осигурања. Званични подаци показују да су трошкови здравственог осигурања у САД 2014. године достигли 1.900 милијарди долара, што представља 16 одсто америчког бруто националног производа. Сједињене Америчке Државе троше више новца по особи на здравствено осигурање него било која друга земља на свету, око 5.300 долара годишње. Поређења ради, Швајцарска троши 3.500 долара по особи годишње, Јапан око 2.000, док Турска троши свега 446 долара (Lee et al, 2016, 107).

Основни разлог за високу цену америчког здравственог осигурања је тај што су медицинске услуге, материјал, технологија и лекови много скупљи него у другим индустријализованим земљама. Осим тога, лекари су приморани да примењују већи број превентивних процедура како би се заштитили од могућих тужби за погрешно лечење, које су много чешће у Сједињеним Америчким Државама него у другим земљама. Осигурање које лекари плаћају да би се заштитили од могућих казни за погрешно лечење, све је скупље, и то заузврат повећава цену здравствених услуга.

Премије за осигурање од погрешног лечења изузетно су високе и чине петину укупних прихода лекара. Сједињене Америчке Државе имају и системе бесплатне здравствене заштите, зване *Medicare* и *Medicaid* (Lee et al, 2016, 108). Тим програмима омогућује се основна здравствена заштита најсиромашнијима и корисницима државне новчане помоћи (инвалиди, запуштена деца и др.). Пошто су програми изазивали високе трошкове држави, они су накнадно реформисани тако да су сужена права по овим програмима, што је довело до смањења плата здравственом особљу и броја здравствених радника који су у те програме били укључени.

## II ДЕО

### КОНЦЕПТ ФИНАНСИРАЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РАЗВИЈЕНИМ ЗЕМЉАМА

#### 1. ФИНАНСИРАЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

##### 1.1. Карактеристике финансирања система здравствене заштите

Када се каже финансирање здравствене заштите, сматра се непрекидно и уравнотежено обезбеђивање неопходног новца из свих извора који су на располагању. При томе је без значаја њихова изложеност утицајима различитих елемената који могу бити политички, економски, технички или друштвени. Термин финансирање тиче се начина којим се средства ангажују и како се користи. Финансирање садржи минимално три кључна елемента (Атанасковић, Ондреј, Чуданов, 2011, 85):

1. Методе финансирања – које укључују опште приходе, финансирање заједнице, приватно и социјално осигурање, и финансирање из сопствених извора. Селекција неке од поменутих метода финансирања дефинише: износ средстава која су на располагању за здравствену заштиту, ко врши контролу ресурса, као и ко обезбеђује финансијска средства.
2. Расподела средстава директно дефинише ниво техничке ефикасности приликом креирању здравствених резултата и такође има утицај на степен заштите од евентуалног финансијског ризика
3. Рационализација је термин под којим се подразумева начин подизања нивоа здравствене заштите помоћу цена, времена проведеног у чекаоници, стручношћу лица која пружају здравствене услуге, правом пацијента да врши избор лекара, нивоом расположивости лекова и хируршког материјала.

Приликом расподеле средстава, финансијска средства се могу распоређивати за (Мићовић, Мићовић, 2013, 30):

- \* превенцију, откривање, промоцију, лечење, и рехабилитацију, као мере здравствене заштите;
- \* примарни, секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите;
- \* задатке и приоритете;



- \* плате, опрему и материјалне трошкове здравствене службе;
- \* буџет, фонд, доноре и др. као изворе финансирања.

Начин на који се обезбеђује финансирање здравствене заштите непосредно утиче на квалитет здравља грађана и то помоћу обезбеђивања благовремене приступачности здравственим услугама и успостављања принципа једнакости свих осигураника у свим процедурама у здравству. Према томе, издиференцирали су се поједини модели финансирања с тим да ни један начин финансирања здравства нема могућност да у потпуности одговори свим захтевима модерног друштва. Због тога, чак и развијене земље комбинују различите моделе. Све земље – чланице ЕУ користе допринос као основни механизам за финансирање здравствене заштите. Под тим се подразумева приватно здравствено осигурање (рачуни за медицинску штедњу – MSA), јавно здравствено осигурање (таксе и приноси за социјално осигурање), и плаћање непосредно из сопствених извора. Када се све поменуто има у виду, јасно је да је финансијска средства за здравствену заштиту могуће обезбедити на различите начине.

Приход од пореза представља један од извора финансирања широког спектра државних акција. Средства која су обезбеђена путем наплате пореза користе се ради финансирања здравства, образовања, полиције и одбране. Који део средстава акумулираних на овај начин ће се усмерити на здравство зависи од висине националних такси и могућности саме државе да поменута средства користи за здравствену заштиту, а не за неку другу област. Државни порези представљају највећи извор финансијских средстава за здравствену заштиту у Грчкој, Португалији, Пољској, Великој Британији и Шпанији. Део средстава остварен од пореза на продају дувана употребљава се за обезбеђивање средстава за финансирање здравства у Великој Британији и Белгији.

Приватно осигурање се темељи на принципу да корисник својевољно доноси одлуку да ли жели да постане власник полисе здравственог осигурања коју ће моћи да користи у случају болести. То осигурање обухвата акумулацију средстава од корисника који их поседују и који хоће да се осигурају. Велики је број погодности које приватно осигурање нуди (Мићовић, Мићовић, 2013, 32):

- \* ангажују се додатна средства;
- \* ако се не плаћа ускраћује се пружање услуга па је минималан ризик избегавања плаћања полисе;
- \* корисници на располагању имају различите пакете осигурања које бирају према сопственим интересовањима и могућностима.

Приватно осигурање се заснива на тржишној утакмици. Компетитивност овог осигурања се већим делом базира на одабиру ризика. Кроз праксу је утврђено да трошкови лечења могу најчешће бити предвидиви, јер је највећи број болести код

пацијената хроничног карактера. Мишљење је да приближно 5 до 10 одсто укупног броја становника, прави више од 70 одсто свих трошкова у здравству. То паралелно представља подстицај за приватна осигурања да пласирају своје услуге углавном здравим људима. Ипак, што је више ризичних полиса осигурања, трошкови су већи и полисе скупле, па самим тим их здрави људи неће куповати. Квалитетан прототип здравственог система представљају САД. Он се темељи, пре свега на приватном здравственом осигурању.

**Табела 2. Финансирање здравствене заштите**

	Начини и извори финансирања	Обим
1.	Основно/обавезно здравствено осигурање	Радници или службеници Земљорадници Социјална категорија
2.	Буџет	Елемент заштите здравља
3.	Таксе	Елемент осигурања здравља
4.	Радне организације	Елемент заштите здравља
5.	Ужа заједница	Елемент заштите здравља
6.	Лична средства	Партиципација Из џепа
7.	Приватно осигурање	По обиму: Делимично Потпуно По лицима: Групно Породично Индивидуално
8.	Сједињено у један систем	Обавезно Допунско/додатно
9.	Комбиновано оба система	Обавезно Допунско

*Извор: Мићовић, П., Мићовић, И., (2013), Здравствени систем, Европски центар за мир и развој, Београд, стр. 31.*

Финансирање које врши локална заједница је карактеристично за државе са ниским примањима. Оне покушавају да обезбеде елементарну здравствену заштиту својим грађанима уз помоћ установа примарне здравствене заштите и лечења у болницама. Највећу недостатак финансирања на овај начин представља лимитираност када је реч о обезбеђивању већих износа средстава.

Плаћање директно из џепа (out-of-pocket) је случај када пацијент сопственим новцем директно плаћа здравствену услугу. Овакав начин финансирања се примењује већином у државама са малим и средњим дохотком и његов елементарни тип је партиципација. Повољности које нуди овај модел финансирања су:

- \* способност прикупљања додатних средстава у локалној средини;
- \* редукација степена сиве економије и снижавање нивоа општих трошкова;
- \* редукација сувишне примене услуга у здравству.

Највећи проблем модела "плаћања директно из џепа" је начин како омогућити пацијентима да употребљавају здравствене услуге у ситуацији онда када су им реално неопходне, а немају довољно средстава да би могли да плате те услуге.

Најчешћу врсту плаћања здравствених услуга у свету чини директно плаћање. У 60 одсто држава у којима су примања нижа од 1.000 долара по становнику, плаћање директно из џепа учествује у 40 одсто укупних трошкова. На другој страни од такве врсте финансирања, не зависи око 30 одсто држава са средњим и високим дохотком. У оваквим државама сиромашни грађани нису у могућности да плате здравствену заштиту (Мићовић, Мићовић, 2013, 33).

Код социјалног осигурања висина средстава коју је могуће обезбедити помоћу овог модела директно зависи од могућности акумулације доприноса од послодаваца и осигураних радника. Разлика у односу на порески систем је у томе што се новац на тај начин обезбеђује посредно, кроз порезе, а у случају социјалног осигурања грађани директно плаћају своје осигурање. Овакав модел је дао добре резултате само у државама у којима постоји висок ниво активности у општем сектору и у фирмама код којих ради 10 и више радника. Државе попут Тајвана, Гане, Нигерије, Швајцарске, Јапана, Јужне Кореје, Немачке и Француске користе систем социјалног осигурања здравства.

## **1.2. Модели плаћања здравствених услуга**

Модел плаћања онима који пружају здравствене услуге (доктори, медицинске сестре и техничари, итд.) је битна ставка приликом реализације задатака здравствене политике и промоције развитка здравственог система. То је систем за трансфер средстава добијених од купца здравствених услуга на даваоца. Модел плаћања даваоца услуга користи се у комбинацији са другим системима подршке (информациони системи, итд.). Начин плаћања услуга здравствене заштите је од огромне важности пошто се директно одражава на опхођење оних који пружају те услуге. Такође, модел плаћања утиче и на степен и квалитет здравствене заштите. То се директно одражава и на економску ефикасност и продуктивност здравствених система.

Модел плаћања представља тип расподеле средстава из различитих извора (ФЗО, Влада или друге установе који имају финансијска средства за здравствену заштиту) на установе здравствене заштите (клиничке центре, опште болнице, домове здравља и др.) или на појединачне извршиоце (лекари, медицински техничари, и др.).

У савременој пракси није могуће идентификовати један универзални модел који дефинише начин плаћања провајдера, односно даваоца здравствених услуга. Земље комбинују два или неколико модела плаћања, што зависи од датих околности у којима се налази одређени систем здравствене заштите.

Проспективни приступ је доминантан у великој већини земаља. У том приступу је унапред дефинисана сума средстава коју ће даваоц услуга добити за пружене услуге, као и ниво услуга које ће да пружи. Ретроспективни приступ постоји само приликом плаћања апотекарских услуга, код приватних осигурања, у системима здравствене заштите базираним на тржишним принципима, и евентуално у активностима у којима онај који плаћа услуге има жељу да повећа доступност услуга осигураном лицима. Паушал представља најједноставнију форму плаћања здравствених услуга. Даваоцу услуга се дефинише планирани обим рада и сума средстава на годишњем нивоу. У ситуацији када је основни циљ платиоца одржавање висине трошкова за заштиту здравља у нивоу његових прихода користи се овај начин плаћања.

У данашње време здравствене услуге могу бити плаћене (Мићовић, Мићовић, 2013, 35):

- \* преко плате,
- \* по основу капитације,
- \* по основу унапред одређеног буџета,
- \* по здравственој услузи,
- \* по болничком дану,
- \* на бази дијагностички сродних група (ДСГ).

Систем плаћања преко плате подразумева плаћање лекара на месечном нивоу према унапред дефинисаном износу. Плата не зависи од броја пацијената и обухвата обављених услуга здравствене заштите. Главна особина овог система јесте да приходи медицинског особља нису условљени ни обимом ни квалитетом њиховог рада. Овај систем резултира тиме да лекари губе интересовање и мотивацију за подизање нивоа квалитета услуга у здравству. На другој страни, такав систем плаћања стимулише развој корупције. Мађарска је, 2002. године покушала да реши проблем тако што је лекарима повећана плата (за око 50 одсто), али то није довело до очекиваног резултата пошто се разлози за појаву корупције у здравству не налазе само у ниским примањима, већ постоје и друге околности. То су на пример, недостатак мотивације, недовољно или

неадекватно образовање, одсуство свести о персоналној одговорности медицинског особља и др (Атанасковић, Ондреј, Чуданов, 2011, 87). Поред поменутих недостатака, овај систем поседује и поједине предности. Најзначајнија предност је да омогућава контролу збирних здравствених трошкова, а друга је подједнака распоређеност доступности здравствених услуга.

Овакав метод плаћања примењује се у значајном броју држава и то на сваком нивоу здравствене заштите, подједнако и у приватном и у јавном сектору. Код појединих земаља он се комбинује са другим начинима плаћања, попут система капитације.

Термин плаћање по услузи подразумева посебно плаћање сваке појединачне медицинске услуге. Овакав метод плаћања се углавном примењује приликом болничке неге. У систему примарне здравствене заштите у употреби је у оним државама где већи број лекара поседује статус samozапослених особа. Добре стране овог система представљају солидан квалитет пружене здравствене услуге и виши ниво приступачности здравствене заштите. Највећа мана овог модела је што проузрокује повећање трошкова за лечење. Лекари не ретко обаве много више услуга него што је заиста неопходно, а у једном броју случајева се опредељују за скупље услуге јер тако остварују веће зараде. Уз то, систем плаћање по услузи тражи обимну администрацију, и на тај начин се додатно повећава висина трошкова за здравствену заштиту. Овај метод плаћања се често употребљава у комбинацији са неким другим системом плаћања, из разлога да би се минимизирали поменути недостаци, а максимизирале предности.

Плаћање по болничком дану превасходно је у вези са болницама и њиховим услугама. Предност овог система представља врло једноставна и јефтина администрација, као и виши ниво посвећености пацијентима. На другој страни, проблем представља чињеница да се на овај начин мотивишу болнице да изврше пријем што већег броја пацијената те да, супротно медицинској оправданости, дуже задржавају пацијенте у болници. То резултира повећањем трошкова здравствене заштите. Због поменутих разлога, имплементација оваквог система плаћања се лимитира на прецизно дефинисане ситуације.

Плаћање на основу унапред дефинисаног буџета заснива се на томе да се унапред одреди буџет, односно свота новца која може бити опредељена према пружаоцима здравствених услуга. Основна дилема везана за овај начин плаћања је да ли ће сума која је предвиђена буџетом реално да одговара трошковима. Кључно питање је да ли ће се трошкови одржати у оквирима задатог буџета или не. Одговор се крије у чињеници да ли је реч о фиксном или флексибилном буџету. У случају фиксног буџета, даваоци услуга сносе потпуну одговорност и за губитке и за добитке. У случају

флексибилног буџета када дође до прекорачења планираних трошкова нису предвиђене никакве санкције. Поред поменутих врста буџета, потребно је разликовати глобални и секторски буџет. Глобални буџет служи за планирање трошкова за комплетну здравствену заштиту, а секторски буџети дефинишу се за одређене сегменте здравственог система (нпр. лекови, лечење у болницама, и сл.). Пример Немачке нам говори да се за плаћање болницама користи систем флексибилних буџета. Свака болница добија унапред дефинисан буџет, а уколико дође до пробијања буџета од стране болнице одобрава се надокнада за то прекорачење. Наиме, то се одобрава на бази трошкова који су варијабилни, а који су дефинисани према систему сродних група из области дијагностике (из буџета могу да добију максимално 35 одсто вредности трошкова који су пробијени). То је мотив за болнице да ураде све што је неопходно како би остале у границама предвиђеног буџета (Атанасковић, Ондреј, Чуданов, 2011, 88).

У Француској је за болнице прво био на снази чист буџетски систем плаћања (1998-1999). Он је предвиђао да лекари који премаше буџет имају обавезу да компензују ту разлику, а уколико буџет није у потпуности реализован лекари могу да добију додатке на плату. Ипак, закон којим је то било предвиђено оборен је одлуком Врховног суда Француске, са образложењем да се коси са Уставом јер подстиче настанак услова за повећање неједнакости. Констатовано је да закон није етички и да даје додатну мотивацију лекарима да пацијентима прописују мање лекова него што је оправдано са медицинске стране. У оваквој ситуацији болнице имају мотив да одраде селекцију пацијената тако да примају пацијенте који продукују ниже трошкове лечења пошто на тај начин не доводе себе у ризик пробијања буџета, односно, могу да остваре и приход уколико не утроше целокупан буџет. Поред поменутог, такође је могуће да се изврши алокација пацијента из једне здравствене установе у другу, и то не из медицинских разлога, већ како би се трошкови здравствених установа задржали у оквиру предвиђеног буџета (Мићовић, Мићовић, 2013, 39). Ово су негативне последице тог система плаћања, док су добре стране оваквог начина плаћања да је администрација једноставна па и то утиче на смањење трошкова здравствене заштите.

Системом капитације лекари бивају плаћени према броју пацијената којима су пружили здравствене услуге. Овај систем се скоро у потпуности примењује када је примарна здравствена заштита у питању, односно ради плаћања лекара опште праксе или породичних лекара. Модел плаћања као што је капитација, постојао је у Кини још од III века пре нове ере, где су докторима исплаћиване накнаде на тај начин. Такође, у средњовековној Енглеској је постојала пракса исплате фиксних сума лекарима.

Капитација је, према дефиницији, начин плаћања здравствене заштите у коме се лекару или установи исплаћује иста, непроменљива сума новца за сваког пацијента.

При томе су без значаја број или врста услуге које су том лицу пружене у неком временском интервалу или је у вези са полом, узрастом, хроничним болестима и социјалним статусом.

Сума која се обезбеђује унапред је одређена и није условљена тиме које су услуге извршене. Свота новца намењена за плаћање капитације одређује се према предвиђеним трошковима пружања услуге здравствене заштите. Када је реч о овој врсти плаћања лекар појединац или здравствена установа су изложени одређеном ризику, јер сама здравствена установа има улогу фонда за здравствено осигурање. Поједини пацијенти постаће тешко болесни и биће им потребно лечење које је далеко скупље од суме која је дефинисана капитацијом, док се други, пак, неће разболети и те им неће бити потребна ниједна здравствена услуга. Када се говори о капитацији имамо три различита метода плаћања:

- \* капитацијом се плаћају све услуге;
- \* капитацијом се одређује накнада за део цене сваке услуге, а за други део цене се одређује накнада за услугу;
- \* капитацијом се плаћа највећи део услуга, док се поједине услуге плаћају посебно (чије давање се посебно подстиче као на пример услуге превентивног типа).

Добре стране капитације су прилично лака доступност лекара пацијентима, пошто лекари имају мотив да лече већи број особа. Свакако, оваква ситуација може негативно да се одрази када је реч о квалитету пружених услуга, па је у овом случају неопходно прецизно дефинисати услуге које се рутински пружају пацијентима који припадају одређеним ризичним групама, јер се тако дефинише свота која се плаћа по пацијенту. Наиме, потребно је јасно дефинисати профил пацијента, рецимо, по узрасту или полу, па у складу са тим потребно је прилагодити плаћање. То је једини начин да се пруже гаранције о квалитету услуге и обезбеди подједнака расположивост лекара пацијентима. Тако су и лекари у примарној здравственој заштити мотивисани на одговарајући начин да лече што више пацијената, уместо да их шаљу здравственим установама или докторима различитих специјализација на даље лечење, па и у случајевима када то није оправдано са медицинске стране.

Исплата на основу капитације може да се комбинује са осталим моделима плаћања. Најбољи модел финансирања примарне здравствене заштите је мешовити модел што може да се закључи на основу праксе у појединим државама. То је модел где се врши комбинација плаћање накнаде за услугу и капитације уз прецизно одмеравање више фактора, уз чију помоћ би требало обезбедити адекватну стимулацију даваоца здравствених услуга како би била обезбеђена одговарајућа здравствена услуга. У Шпанији су, на пример, лекари опште праксе (породични лекари) плаћени фиксном



платом, односно плаћају се по систему личног дохотка, али им се исплаћује и додатак обрачунат на основу капитације (Мићовић, Мићовић, 2013, 42). Сума капитације није унапред дефинисана, а није и одређена у истом износу за целу територију државе, пошто је целокупан здравствени систем уређен по регионалном принципу. Тачне суме капитације у свакој покрајини зависе од утицаја различитих фактора (узраст пацијента, проценат грађана који су старији од 65 година у том региону, и сл.).

Овакав начин плаћања здравствених услуга примењује се у Белгији. Ипак, примећен је један број злоупотреба приликом фактурисања већих износа, а све са циљем повећања профита. Због тога је 1990. године у Белгији иницирана реорганизација система осигурања здравствене заштите која је подразумевала како се врши плаћање доктора и здравствених институција.

Развијене западне земље отпочеле су са применом капитације као модела плаћања у примарној здравственој заштити због успостављања механизма којим се контролишу трошкови, а који су последица плаћања услуга које су биле ван контроле. Пракса у тим земљама показује да су трошкови финансирања примарне здравствене заштите значајно редуковани баш због имплементације капитације као најзаступљенијег модела плаћања. Капитација, у таквим ситуацијама, пружа механизам за смањење трошкова путем обезбеђивања подстицаја пружаоцима здравствених услуга како би обезбеђивали услуге на најефикаснији начин. У једном броју држава постоји одређена доза забринутости да плаћање капитацијом није директно у вези са одговарајућим квалитетом услуга у здравству. Из тог разлога поједине државе уводе одређене индикаторе који за функцију имају други начин вредновања здравствених услуга које се пружају у примарној здравственој заштити. Вероватно најкомплекснији систем индикатора имплементиран је у Великој Британији. Главни бенефит овог начина плаћања се рефлектује кроз немогућност прекорачења буџетских средстава. Основни недостатак овог модела плаћања је што не прави разлику између оних који се на послу више залажу. Једноставније речено, ако један лекар дневно обави 10 прегледа, а други прегледа 70 пацијената, нема начина да се онај који се више залаже у односу на другог адекватно награди, односно, обојици лекара ће бити исплаћена загарантована зарада.

Дијагностички сродне групе (ДСГ) су начин разврставања пацијената лечених у болницама у групе које поседују приближне клиничке карактеристике и траже сличан утрошак ресурса у болницама. Помоћу дијагностички сродних група успоставља се веза између броја и врсте хроничних пацијената у болницама са средствима која су утрошена за њихову негу и лечење.

ДСГ се темељи на систему у чијем развоју је учествовао тим истраживача из Сједињених Америчких Држава са Универзитета Јејл (1975). Од 1975. године овај

систем се примењује свуда у свету са циљем финансирања неге и лечења у болницама на основу успеха и резултата који се мерљиви (Мићовић, Мићовић, 2013, 44). ДСГ су нов метод финансирања здравствених установа заснован на „новац прати пацијенте“ принципу, односно финансирање се врши на основу резултата (учинка), а не према улазним подацима (потенцијалима). Један број држава извршио је задњих година транзицију са модела плаћања здравствених установа према услугама и капацитету у модел према учинку, где се убраја и ДСГ.

Начин обезбеђивања финансијских средстава у складу са ДСГ моделом је повезан са услугама које су дате приликом акутног болничког лечења (диспансер) и са услугама које су дате у дневној болници. ДСГ се користе и као техника испитивања и обавештавања, али и као техника плаћања према учинку. Термин учинак подразумева комплетна дешавања око лечења болести или дефинисања стања пацијента (од тренутка када је ушао у болницу па до изласка из болнице). У форми обавештавања, систем дијагностички сродних група се може комплетно или поједини његови делови употребити за највећи део активности у болници. ДСГ се користи као начин плаћања за акутне пацијенте у болници. Код ДСГ-а плаћање по епизоди представља основни начин плаћања. Епизода подразумева време (трајање) које протекне од тренутка када пацијента приме у болницу до тренутка када га отпусте из болнице. Трајање је варијабилна категорија, и може да буде од једног до неколико дана. Укупни издаци неге пацијента који се појаве у току тог периода укључени су у цену. Овакав начин финансирања другачије се зове „плаћање по случају“ и користи у државама ЕУ. Такође, овај тип плаћања подразумева све издатке у болници – плате, лекове, уређаје, и др. Код појединих држава у болничке трошкове не спадају капитални трошкови, трошкови едукације лекара и медицинских сестара, трошкови клиничких истраживања и сл. Наиме, ове трошкове не покрива ДСГ, већ се њихово финансирање реализује из других извора.

### **1.3. Финансирање здравствене заштите и одрживост здравствених система**

Здравствени системи су се појавили након 1950. године, када је Европа оздравила од Другог светског рата. Уз политичку промену на лево, владе су одговориле на јавне захтеве за приступачним здравственим услугама које су доступне свима. До 1970-их, здравствени системи делили су једну забринутост: како спровести просечно 7 одсто националног бруто домаћег производа (БДП) прикупљеног кроз порезе и доприносе за рад у здравствене услуге. Појавиле су се две главне врсте система јавног здравства, назване по њиховим политичким подстрекачима:

1. Бизмаркови системи засновани на социјалном осигурању, са мноштвом фондова јавног осигурања, који се финансирају из доприноса послодавца и запослених, независно од пружања здравствене заштите. Земље које су користиле овај систем су Белгија, Француска и Немачка.
2. Бевериџ системи, у којима се јавно финансирање и пружање здравствене заштите обављају у оквиру једне пореске структуре, као што је Национална здравствена служба у Великој Британији и у неким нордијским државама.

Од тада се води интензивна дебата о два генеричка типа система, са дискусијом о приступу, квалитету и трошковима. Финансирање је било функција здравственог система који се бави мобилизацијом, акумулацијом и расподелом новца за покривање здравствених потреба људи, појединачно и колективно. У извештају Светске здравствене организације из 2000. године налазимо да је сврха финансирања здравства била да се обезбеде средства, као и да се одреде прави финансијски подстицаји за пружаоце услуга како би се осигурало да сви појединци имају приступ делотворном јавном здравству и личној здравственој заштити (World Health Organization, 2000, 3). Дефиниција је проширена 2007. године на следећи начин: „Добар систем финансирања здравства повећава адекватна средства за здравље, тако да људи могу да користе потребне услуге заштићене од финансијске катастрофе или осиромашења повезаног са плаћањем за њих. Он пружа подстицаје за пружаоце услуга и кориснике да буду ефикасни (World Health Organization, 2000, 4).

У обе дефиниције СЗО, главна брига је била о подизању адекватних средстава, заобилазећи импликације за обвезнике и за економију. Међутим, недавним рецесијама угрожена је универзална покривеност, главни стуб социјалне кохезије и благостања, са дубоким импликацијама на праведност и финансијску заштиту. Спремност друштва да исплати потребна средства у земљама у развоју разматра се од 1980-их, а одрживи развој остаје релевантан у светлу социјалних, демографских и епидемиолошких промена (Von Schirnding, Mulholland, 2002, 36). Учесталост финансирања и одрживости здравственог система тек је недавно постала главна тема здравствене политике, не само у Европи и Великој Британији, већ и у САД и Канади (Pencheon, 2013, 194).

Еволуција финансирања здравства у последњих пола века открива фундаментални помак у кључним питањима. Након 1950. године, здравствени системи су дизајнирани за популације за које се очекује да живе у просеку 65-70 година. Са одласком у пензију на 60-65 година и близу пуне запослености, животне зараде и уштеде биле су више или мање довољне за финансирање пристојног здравственог система, док је раст трошкова за здравство значио добробит за све. У 21. веку, просечан животни век је порастао изнад 80 година, а здравствена наука и технологија

побољшали су квалитет живота чак и у тој популацији. Повећање просечног животног века доприноси већим здравственим трошковима и то је стварност коју ниједно демократско друштво не може дуго игнорисати.

Право политичко, економско и етичко питање је извор потребног финансирања. Врло богате земље још увек могу себи приуштити да се у великој мери ослањају на приватно здравствено осигурање упркос озбиљним питањима везаним за једнакост. Међутим, већина развијених земаља и земаља у развоју финансира своју мање или више развијену социјалну државу кроз порезе и доприносе за рад. Управо у овим земљама глобализација која доводи до повећања економске неједнакости и економске неизвесности изазвала је велику расправу о одрживости финансирања здравства.

Пикети (2014) је показао да глобализација фаворизује капитал у односу на друге изворе прихода, као што су рад и ренте. Повећана мобилност капитала довела је многе земље до сиромаштва, али користи погодују богатим државама које поседују капитал. Глобализација је такође повећала неједнакост у приходима унутар земаља са највишим приходним разредима који апсорбују већи део националног БДП-а. Поред тога што је морално и политичко питање, растућа неједнакост је и економска, јер она, након одређене тачке, може бити извор значајних економских слабости. На пример, неуспех у опорезивању прихода смањује делотворност социјалних мрежа и подрива конкурентност економије. Ова тачка је посебно важна за земље у развоју које сада развијају своје здравствене системе.

Други феномен који овај век чини другачијим је честа рецесија, јер неједнакост дохотка узрокује пад тражње. Незапосленост и економски проблеми угрожавају јавне буџете, повећавају потражњу за јавним здравственим услугама и ограничавају приступ приватним услугама. Такви екстремни притисци, као и након економске кризе 2008. године, увели су финансијску одрживост у дебати о здравственој политици. Иако је расправа још увек фокусирана на финансирање, она сада укључује способност друштва да испуни своје имплицитно или експлицитно обећање да задовољи потражњу за здравственом негом засновану на потребама (Mladovsky et al, 2017, 33).

Одговор на питање ко треба да плати за здравствену заштиту лежи у вредносном систему друштва. То је дубоко идеолошко и политичко питање са елементима друштвеног ангажовања, личне одговорности и слободе избора. Велике промене у финансирању здравствене заштите догађају се ретко, обично након великих догађаја, и већа је вероватноћа да ће се догодити у државама у којима је социјална кохезија високо на лествици вредности. Ово је можда разлог зашто дискусије о одрживости здравственог система настављају „финесирати“ питање финансирања, а можда и избегавати две неугодне истине. Прво, да ослањање на џеп није прихватљиво на основу

праведности и финансијске заштите. Друго, да само нека врста трансфера прихода, као што је опорезивање, може покрити растуће трошкове здравствене заштите.

Морална детерминанта „ко плаћа“ и „како“ мора сада добити значај, јер старење друштва, технолошки напредак, глобализација и економске рецесије стављају притисак на одрживост извора финансирања. Питање се стога сада треба фокусирати, не само на то да ли ће друштво као целина сносити трошкове, већ и на то како добити и управљати потребним уштедама, као и на ефикасност и конкурентност економије која их мора произвести.

За растућу цену неге многи „окривљују“ демографски фактор, иако се највећи део трошкова здравствене заштите дешава у последње две године живота. Очекивани животни век заиста је порастао у последњих педесет година заједно са укупним трошковима живота. Просечна старосна граница за одлазак у пензију, међутим, остала је мање-више иста на око 65 година. Дакле, постоји двадесет година у којима грађанин сноси трошкове здравствене заштите, а не остварује приходе као осигурање. Људи који раде данас морају да финансирају здравствене потребе своје деце. Доприноси за рад који су донесени пре тридесет година очигледно нису довољни за данашње здравствене трошкове, док би доприноси који су довољни за покривање трошкова здравства за тридесет година учинили рад изузетно скупим. Стога се чини да су уштеде у облику пореза на све приходе које производи друштво, укључујући богатство и капитал, дугорочно одржив извор финансирања (Heady, 2013, 61).

Поред тога, цикличне флукуације сада су уобичајени догађаји, а не ретке појаве. Финансирање здравства може одредити како се притисци на здравствене системе троше без губитка праведности, квалитета и финансијске заштите. Утврђено је да социјално здравствено осигурање има негативне ефекте на тржиште рада и да штети конкурентности због виших трошкова рада. Ово је кључно у монетарним синдикатима у којима девалвација током економске кризе није опција, а добит од конкурентности је једини начин да се економија прилагоди нивоима пре кризе. Поред тога, како се незапосленост повећава, пад прихода и притисци на здравствени буџет и јавну инфраструктуру се гурају до крајности, докази указују на то да јавни здравствени системи финансирани кроз опорезивање могу више одговарати економским притисцима и бити ефикаснији у консолидацији издатака за здравље (Evans, 2016, 39).

Иако недостају уверљиви докази, искуства Канаде и Грчке могу бити индикативна. Докази из Канаде, у којима се здравство финансира углавном кроз опорезивање, сугерише да су задовољство пацијената, болнички учинак и исходи здравља одржани упркос финансијској напетости. Забринутост да ослањање на опорезивање може бити повезано са већим приватним плаћањима (посебно током економских криза), или да би корупција могла да спречи административну способност

за прикупљање пореза, је резултат чињенице да током економских превирања појединци постају више осетљиви на цене и административни капацитети имају тенденцију побољшања (Roos, 2015, 415). У Грчкој, социјално осигурање је у прошлости покривало око 40 одсто трошкова здравствене заштите. У условима велике незапослености (27 одсто) узроковане смањењем БДП-а од 25 одсто, ослањање на доприносе послодавца и запослених показало се као неадекватна основа за финансирање здравствене заштите. Између 2009. и 2012. године, издаци за социјално осигурање смањили су се за 29,3 одсто, при чему су озбиљно погођени правичност система и квалитета здравствене заштите. Грчка је сада земља у којој је неопходна преоријентација финансирања здравствене заштите (Goranitis, Siskou, Liaropoulos, 2014, 281).

У закључку, доприноси за запошљавање као извор финансирања здравства нису компатибилни са универзалном покривеношћу, квалитетом услуга и повећањем очекиваног трајања живота. Прелазак на опште опорезивање у циљу задовољења потреба здравствене заштите може повећати економски раст кроз повећану конкурентност и остварити главне нездравствене циљеве, као што су правичност, финансијска заштита, квалитет и одговорност чак и током економских криза. Одрживост здравственог система, као системски циљ, мора се окренути финансирању кроз прогресивно опорезивање свих врста прихода. Политички проблеми повезани са економским императивима, као и морални разлози, могу изазвати промене у финансирању здравствених услуга у развијеним земљама и земљама у развоју. Национално здравствено осигурање финансирано кроз опорезивање требало би да добије замаха у потрази за одрживијим и одговорнијим здравственим системима.

## **2. МОДЕЛ ФИНАНСИРАЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СЈЕДИЊЕНИМ АМЕРИЧКИМ ДРЖАВАМА**

### **2.1. Финансирање здравствене заштите**

Тржишни модел финансирања здравствене заштите заступљен је у Сједињеним Америчким Државама. Главна особина датог модела је већа заступљеност приватног здравственог осигурања које је успоставило доминацију над социјалном солидарношћу и не нуди покриће универзалног карактера што резултира великим бројем лица без икаквог осигурања. Осигураници по основу радног односа или индивидуални осигураници на бази специјално креираних уговора о здравственом осигурању врше уплате у приватне фондове здравственог осигурања. Нарочито снажна осигурања здравствене заштите у САД су: *Medicaid*, *VHA*, *Medicare* и *CHIP* (State Children's Health Insurance Program). Највећи број неосигураних лица чине незапослени, samozaposleni



или особе које често мењају радна места у фирмама које не обезбеђују здравствено осигурање. Највећи број држава је у непрестаној тежњи да својим становницима омогући јединствени начин коришћења здравствене заштите. САД су дефинисањем *Medicare* и *Medicaid* амандмана тај процес обуставиле.

*Medicare* програм се бави пружањем здравствене заштите лицима која имају више од 65 година и лицима која су хендикепирана. Како би могла да се квалификује за *Medicare*, особа треба да има минимум 65 година или мање од 65 посто одређеног степена инвалидитета. *Medicaid* представља програм осигурања који се бави пружањем заштите лицима која немају приходе, лицима која примају помоћ од државе или лицима који су испод границе сиромаштва. Он може да укључује и здравствену заштиту старијих особа, породица која имају децу, трудница и особа са одређеним инвалидитетом. Програм финансирају савезна и државна влада, и он обухвата комплетне издатке лечења. Управљање програмом се врши са савезног нивоа, али свака америчка држава може да постави сопствене услове за *Medicaid* могућности. Државе дефинишу тип, време трајање, количину, и ниво услуга и управљају сопственим *Medicaid* програмом.

Програм за Државно здравствено осигурање деце представља партнерство између савезне и државне владе које се бави обезбеђивањем здравствене заштите за децу без осигурања чије породице имају приходе који су виши од норме за *Medicaid*, али ипак сувише ниски да им се обезбедило приватно здравствено осигурање.

Управа за здравство ветерана (*Veterans Health Administration-VHA*), пружа здравствену заштиту америчким војним ветеранима.

У САД финансирање здравствене заштите обезбеђује се комбиновањем јавних и приватних извора. Тако се финансирање *Medicare* програма обезбеђује комбинацијом доприноса на зараде, савезних општих прихода и камата. У овом програму стопе плаћања се углавном хармонизују са таксама уз регионално прилагођавање (рецимо, по основу трошкова живота). Финансирање *Medicaid* обезбеђује финансијска средства из пореског прихода који дефинише заједнички програм здравственог осигурања (савезно-државни). Он се дефинише од стране држава које функционишу на основу широких федералних препорука.

Законом о приступачној нези (ACA), који је усвојен 2010. године, успостављена је „заједничка одговорност“ између владе, послодаваца и појединаца за осигурање да сви Американци имају приступ квалитетном здравственом осигурању. Међутим, здравствено покриће остаје фрагментирано, са бројним приватним и јавним изворима, као и широким пропустима у осигураним стопама широм популације САД. Приватно осигурање регулисано је углавном на државном нивоу. У 2014. години успостављени су државно и федерално уређено тржиште здравственог осигурања како би се обезбедио



додатни приступ приватном осигурању, уз премије на основу прихода за особе са ниским и средњим примањима. Поред тога, државама је дата могућност да учествују у федерално субвенционисаном проширењу *Medicaid* подобности.

У 2017. години, око 67,2 одсто становника САД примало је здравствено осигурање путем приватног добровољног здравственог осигурања (VHI): 55,7 одсто примило је осигурање од послодавца, а 14,6 одсто добило је директно покриће. Јавни програми покрили су отприлике 37,1 одсто становника: *Medicare* је покрио 16,3 одсто, *Medicaid* 19,6 одсто, директна куповина 16,3 одсто и војна покривеност 4,7 одсто (Cohen, Martinez, Zammitti, 2018, 46). У првом кварталу 2018. године, 27,3 милиона људи било је неосигурано, што представља 8,6 одсто становништва, што је умањење за 9,1 одсто у односу на 2017. годину. Имплементацијом главних проширења у јануару 2016. године повећао се удео становништва са осигурањем. Ове реформе укључују: захтев да већина Американаца обезбеди здравствено осигурање, отварање тржишта здравственог осигурања које нуде премије и субвенције појединцима са нижим и средњим приходима и ширење *Medicaida* у многим државама, што је повећало покривеност за одрасле са ниским примањима. Између 2016. и почетка 2018. године, укупна стопа покривености здравственим осигурањем повећана је за већину расних и етничких група. Предвиђа се да ће *ACA* смањити број неосигураних за 24 милиона до 2020. године (Congressional Budget Office, 2019, 7-8). Међутим, са могућим укидањем здравственог закона од стране новог Конгреса и администрације, није познато како ће бити погођен напредак у смањењу неосигураног становништва.

Јавни програми покривају различите, често преклапајуће популације. У 2018. години, више од 10 милиона Американаца имало је право на *Medicare* и испуњавало је услове за *Medicaid* услуге (тзв. двоструке квалификације). *CHIP*, који је у неким државама продужетак *Medicaida*, а у другима посебан програм, покрио је више од 8,1 милиона деце у породицама са ниским примањима у 2018. години (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2019, 17).

Недокументовани имигранти углавном су неприхватљиви за јавно извештавање, а скоро две трећине њих су неосигурани. Болнице које прихватају *Medicare* фондове (које су велика већина) морају пружити бригу како би стабилизовале сваког пацијента са хитним медицинским стањем, а неколико држава дозвољава имигрантима који немају документе да се квалификују за хитно *Medicaid* покриће. Неке државне и локалне власти пружају додатну покривеност, као што је извештавање о деци без документације или трудницама.

## 2.2. Покривеност здравственом заштитом

Закон о приступачној нези (АСА) захтева све здравствене планове који се нуде на појединачном тржишту осигурања и тржишту малих група (за фирме са 50 или мање запослених) да покрију услуге у 10 основних категорија здравствених бенефиција: амбулантне услуге пацијената, хитне службе, хоспитализација, брига о мајчинству и новорођенчади, услуге менталног здравља и третман поремећаја употребе супстанци, лекови на рецепт, рехабилитационе услуге, лабораторијске услуге, превентивне услуге и управљање хроничним болестима и педијатријске услуге, укључујући и стоматолошку негу. Свака држава одређује опсег и обим специфичних услуга које су обухваћене у свакој категорији одабиром референтног плана који покрива свих десет категорија. Већина држава бира један од највећих планова за мале групе као мерило. Специфичне покривене услуге донекле се разликују од државе до државе.

Планови приватног осигурања понекад користе уске мреже пружаоца услуга, са ограниченим или никаквим покрићем ако пацијенти добију негу изван мреже. Приватна покривеност стоматолошке заштите такође је доступна - понекад кроз одвојене политике - као што је осигурање за дугорочну негу. Приватно здравствено осигурање је потребно за покривање одређених превентивних услуга (без икакве поделе трошкова ако је услуга пружена у мрежи).

*Medicare* обезбеђује покриће за хоспитализацију, лекарске услуге и кроз добровољни допунски програм, лекове на рецепт. Програм је такође елиминисао поделу трошкова за низ превентивних услуга. Такође, *Medicare* нуди избор између „традиционалног“ *Medicare*-а, који је отворена мрежа и плаћа претежно на бази накнаде за услугу и *Medicare Advantage*, према којој савезна влада плаћа приватном осигуравању план за мрежу. *Medicare* покрива пост-акутну негу, али не и дуготрајну негу, док *Medicaid* нуди опсежније покривање дуготрајне неге. Поред тога, *Medicaid* покрива широк спектар основних услуга, укључујући хоспитализацију и услуге лекара, уз одређене опционе погодности које се разликују од државе до државе.

Одредбе о подели трошкова у приватним плановима здравственог осигурања веома се разликују, при чему већина захтева доплате за посете лекара, болничке услуге и лекове на рецепт. Здравствени планови који се могу одбити - они са минималним годишњим одбитком од 1.250 долара по појединцу или 2.500 долара по породици - могу се упарити са здравственим штедним рачунима (тј. депонована средства не подлежу федералном порезу на доходак). АСА укључује субвенције за поделу трошкова за куповину планова путем размене осигурања, с највећим субвенцијама намењеним особама са примањима између 100 и 250 посто федералног нивоа сиромаштва (20.090 долара за породицу, од 2015. године). У последњој сезони отвореног уписа, 57 одсто

људи који су одабрали планове на тржиштима са федералним олакшицама имало је субвенције за поделу трошкова (Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2018, 39).

*Medicare* захтева одбитак за болничке боравке и амбулантну негу и надокнаде за посете лекара и друге услуге, док *Medicaid* захтева минималну поделу трошкова. Већина јавних и приватних осигуравача забрањује провајдерима да наплаћују пацијентима више него што им је потребно у њиховом плану осигурања - ако имају договор са платиоцем да прихвате утврђене или договорене износе плаћања. Потрошња из џепа чини 11 одсто укупних здравствених трошкова у Сједињеним Америчким Државама. Подела трошкова за већину приватних планова осигурања ограничена је на 6.850 долара за појединце и 13.700 долара за породице годишње за 2017. годину и 7.150 долара за физичка лица и 14.300 долара за породице за 2018. годину (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018, 48).

Варијабилне и мешовите комбинације организација и програма пружају бригу неосигураним, пацијентима са ниским приходима и угроженим пацијентима у Сједињеним Америчким Државама, укључујући јавне болнице, локална здравствена одељења, бесплатне клинике, *Medicaid* и *CHIP*. Према *АСА*, 32 државе и Дистрикт Колумбија проширили су *Medicaid* покривеност како би покрили појединце са приходима до 138 посто нивоа сиромаштва. Премије и субвенције за поделу трошкова такође су доступне особама са ниским и средњим примањима путем размене осигурања или тржница, уз субвенцију премија за здравствене планове који се нуде онима који су на 133 до 400 посто нивоа сиромаштва и субвенцијама поделе трошкова које се нуде онима на 100 одсто до 250 одсто сиромаштва (Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2018, 41). Болнице које пружају негу високом проценту пацијената са ниским примањима и неосигураним пацијентима примају диспропорционалне болничке исплате од *Medicare* и *Medicaid* да би делимично ублажиле њихову неплаћену негу. Савезна влада такође финансира здравствене центре у заједници, који су главни извор примарне здравствене заштите за недовољно осигуране и неосигуране становнике. Поред тога, приватни пружаоци услуга значајан су извор добротворних услуга.

### **2.3. Организација финансирања здравствене заштите**

*Здравствена заштита коју финансира држава*: У 2017. години, јавна потрошња чинила је око 49 одсто укупне потрошње за здравствену заштиту. *Medicaid* се финансира од стране држава које управљају програмом у оквиру широких федералних препорука. Државе добијају адекватна средства од федералне владе за *Medicaid* по

стопама које се разликују на основу њиховог дохотка по глави становника - у 2017. години федерална усклађеност кретала се од 50 до 74 процента издатака државе *Medicaid*. Ширење *Medicaid*-а у оквиру *ACA* тренутно је у потпуности финансирана од стране савезне владе до 2019. године, након чега ће се удео владиног финансирања смањити на 90 посто до 2020. (подложно променама у оквиру нове администрације и Конгреса). Федералне премијске субвенције на берзама нуде се у облику пореских кредита (U.S. Department of Health and Human Services, 2018, 1721).

*Приватно финансирана здравствена заштита:* У 2017. години приватни издаци за здравствено осигурање чинили су око 39 одсто укупне здравствене потрошње. Приватни осигуравачи, који могу бити профитни или непрофитни, одговорни су државним осигуравачима и подложни су различитим државним и савезним прописима. Приватно здравствено осигурање може се купити од стране појединаца, али се обично финансира из добровољних, ослобођених од пореза премија, чији трошак деле послодавци и радници. Ослобађање од пореза послодаваца је трећи највећи издатак владе за здравствену заштиту (након *Medicare* и *Medicaid*), чиме се порески приходи смањују за 260 милијарди долара годишње (Cohen, Martinez, Zammitti, 2018, 48).

Неке особе су покривене и јавним и приватним здравственим осигурањем. На пример, многи корисници *Medicare*-а купују приватне допунске програме како би покрили додатне услуге и поделили трошкове. Приватни осигуравачи, генерално, плаћају пружаоце по стопама већим од оних које плаћају јавни програми, посебно *Medicaid*. Ова неједнакост доводи до великих варијација у стопама плаћања пружаоца услуга и прихода. Стопе плаћања *Medicare* обично се одређују према распореду накнада, уз различита прилагођавања заснована на трошковима живота и другим карактеристикама локалног провајдера. *Medicaid* стопе варирају од државе до државе. Приватни здравствени осигуравачи обично преговарају о стопама плаћања са провајдерима.

*Примарна здравствена заштита:* Лекари у примарној здравственој заштити чине отприлике једну трећину свих америчких лекара. Већина ради у малим самосталним или групним праксама са мање од пет доктора и са пуним радним временом, мада веће праксе постају све чешће. Практике - посебно оне велике - често укључују медицинске сестре и друго клиничко особље, које се обично плаћа по пракси. Пацијенти углавном имају слободан избор доктора, барем међу провајдерима у мрежи, и обично нису обавезни да се региструју у пракси примарне здравствене заштите, у зависности од плана осигурања.

Лекари се исплаћују комбинацијом више метода, што укључује уговорене накнаде (приватно осигурање), капитацију (приватно осигурање) и административно утврђене накнаде (јавно осигурање). Лекарима се такође могу дати финансијски

подстицаји, који су доступни од стране неких приватних осигураваача и јавних програма као што је *Medicare*, на основу различитих критеријума квалитета и трошкова. Осигурани пацијенти су генерално директно одговорни за неки део лекарског плаћања, а неосигурани пацијенти номинално су одговорни за све.

*Амбулантна специјалистичка нега:* Специјалисти могу радити и у приватној пракси и у болницама. Неки планови осигурања (као што су организације за одржавање здравља) захтевају упут од стране лекара примарне здравствене заштите, док други планови (као што су организације са преферираним провајдерима) дозвољавају пацијентима директан приступ. Приступ специјалистима може бити посебно тежак за *Medicaid* кориснике и неосигуране, јер неки стручњаци одбијају прихватити *Medicaid* пацијенте због ниских стопа надокнаде, а програми за сигурносну мрежу за специјалистичку негу су ограничени. Као и лекари примарне здравствене заштите, специјалисти се плаћају преко договорених накнада, капитације и административно утврђених накнада и обично им није дозвољено да наплаћују изнад тарифа за услуге које се нуде у мрежи.

*Административни механизми за плаћање лекара и специјалиста за примарну здравствену заштиту:* Уплате за посете лекара обично се исплаћују у тренутку пружања услуге или се накнадно наплаћују пацијенту. Неки планови осигурања и производи (укључујући здравствене штедне рачуне) захтевају од пацијената да поднесу захтеве за накнаду. Провајдери обрачунавају осигуравааче кодирањем пружених услуга; овај процес може бити веома дуготрајан, јер постоји хиљаде кодова.

*Нега након радног времена:* Доступност примарне здравствене заштите након радног времена је ограничена (39 одсто доктора примарне здравствене заштите у 2017. години изјавило је да имају аранжмане за негу након радног времена). Од 2007. године, у Сједињеним Америчким Државама било је између 12.000 и 20.000 центара за хитну негу, који су пружали негу након радног времена. Већина центара за хитну негу су самостално у власништву лекара, док је око 25 одсто у власништву болница (Osborn et al, 2017, 2109). Неке осигуравајуће компаније нуде телефонске савете након радног времена.

*Болнице:* Болнице могу бити непрофитне (око 70 одсто националних кревета), профитне (15 одсто кревета) или јавне (15 одсто кревета). Јавне болнице могу служити приватним пацијентима. Болнице се плаћају комбинацијом метода, укључујући накнаду по служби или дневницу, плаћање по случају и плаћање у пакету, у ком случају болница може бити финансијски одговорна за реадмисије и услуге које пружају други пружаоци услуга након отпуста. Неки болнички лекари су запослени у болници, али већина се плаћа на основу неке врсте накнаде за плаћање услуга - плаћање лекара није укључено у исплате за дијагностику групе (ДРГ).

*Брига о менталном здрављу:* Брига о менталном здрављу води се комбинацијом профитних и непрофитних пружаоца услуга и професионалаца - укључујући лекаре примарне здравствене заштите, психијатре, психологе, социјалне раднике и медицинске сестре - и плаћа се низом метода које се разликују по врсти пружаоца услуга. Већина планова осигурања обухвата болничку хоспитализацију, амбулантно лечење, хитну помоћ и лекове на рецепт, и друге погодности које укључују управљање предметима и услуге вршњачке подршке. Циљ *АСА*-е био је да побољша приступ бризи за ментално здравље и злоупотребу супстанци успостављајући га као основну корист за здравље, примењујући савезне прописе о паритету како би се осигурало да је покривеност упоредива, и да се повећа приступ здравственом осигурању. Као резултат закона, већина здравствених планова сада покрива превентивне услуге и не може ускратити покривеност због менталних болести.

*Дугорочна нега и социјална подршка:* Дугорочну негу пружа мешавина профитних и непрофитних пружаоца услуга и плаћа се методама које се разликују по врсти пружаоца услуга. *Medicaid*, али не и *Medicare*, нуди најопсежније покривање дугорочне неге, иако се разликује од државе до државе (у складу са федералним критеријумима прихватљивости и покривености). Пошто је *Medicaid* програм заснован на провери имовинског стања, пацијенти често морају „потрошити“ своју имовину како би се квалификовали за дугорочну помоћ. Међутим, хоспитална нега је укључена као *Medicare* бенефиција, као и стручне услуге краткотрајне неге и старачки домови који трају до 100 дана. Осигурање дугорочне неге које нуди свеобухватну бригу је доступно, али се ретко купује. Већина сертификованих установа за сестринство је профитна (69 одсто), док је 24 одсто непрофитних и 6 одсто у државном власништву (Osborn et al, 2017, 2112). Програми подршке за неговатеље и лични здравствени буџети - као што су готовински и саветодавни програми у *Medicaidu* - доступни су у неким државама у виду пружања подршке старатељима и примаоцима неге у кући. Неки од ових програма омогућавају примаоцима да запосле чланове породице. Међутим, већина неформалних и породичних неговатеља не примају накнаду или бенефиције за свој рад.

#### **2.4. Кључни субјекти управљања здравственим системом**

Америчко министарство здравља и људских услуга (HHS) главна је агенција савезне владе која се бави здравственим услугама. Организације које спадају у *HHS* укључују:

- \* Центри за *Medicare* и *Medicaid* услуге;
- \* Центри за контролу и превенцију болести, који спроводе истраживања и програме за заштиту јавног здравља и безбедности;



- \* Национални институти за здравље, који су одговорни за биомедицинска и здравствена истраживања;
- \* Управа за ресурсе и услуге у здравству, која подржава напоре за побољшање приступа здравствене заштите особама које су неосигуране, изоловане или медицински угрожене;
- \* Агенција за истраживање и квалитет у здравству, која спроводи истраживање засновано на доказима о пракси, исходима, делотворности, клиничким смерницама, сигурности, искуству пацијената, здравственој информационој технологији и здравственим диспаратима;
- \* Управа за храну и лекове, која је одговорна за промовисање јавног здравља кроз регулацију хране, дуванских производа, фармацеутских лекова, медицинских средстава и вакцина, међу осталим производима;
- \* Центар за *Medicare* и *Medicaid Innovation*, агенција у оквиру *CMS*-а која је креирана Законом о приступачној нези за тестирање и ширење модела плаћања и пружања услуга осмишљених за смањење потрошње уз очување или побољшање квалитета;
- \* Институт за истраживање, такође креиран од стране *ACA*, који је задужен за постављање националних клиничких компаративно-ефективних истраживачких приоритета и управљање истраживањем на широком спектру тема везаних за болести и повреде.

Национална медицинска академија (бивши Институт за медицину), независна непрофитна организација која ради изван владе, делује као саветник креатора политике и приватног сектора на побољшању здравља нације. Удружења интересних група (нпр. Америчка медицинска асоцијација) коментаришу и лобирају за политике које утичу на здравствени систем.

Независна, непрофитна Заједничка комисија акредитира више од 20.000 здравствених организација широм земље, првенствено болница, установа за дуготрајну негу и лабораторије, користећи критеријуме који укључују лечење пацијената, управљање, културу, перформансе и побољшање квалитета.

Национални комитет за осигурање квалитета, примарни акредитатор приватних здравствених планова, одговоран је за акредитацију планова који учествују у новоствореним тржиштима здравственог осигурања. Непрофитни Национални форум за квалитет гради консензус о националним приоритетима учинка и стандардима за мерење учинка и јавном извештавању. Амерички одбор за медицинске специјалности и



Амерички одбор за интерну медицину дају сертификат лекарима који испуњавају одређене стандарде квалитета.

Слика 8. Организација здравственог система у САД



Извор: Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L., (2013), *United States of America: Health System Review, Health Systems in Transition*, vol. 15, no. 3, p. 27.

## 2.5. Главне стратегије за осигурање квалитета здравствене заштите

У 2011. години, Министарство здравља и социјалних служби САД објавило је Националну стратегију квалитета, која утврђује националне циљеве и приоритете за усмеравање напора за побољшање квалитета на локалном, државном и националном нивоу, уз подршку низа партнерства са јавним и приватним актерима. Садашње иницијативе укључују напоре за смањење болничких инфекција и превентивних реадмисија.

Државе су развиле додатне системе и мере јавног извештавања, укључујући и оне које се односе на амбулантну негу. Групе које воде потрошачи, као што су Унија потрошача и *Leapfrog* група, такође извештавају о квалитету и безбедности.

Подстицајне мере за смањење болничких рeadмисија које се могу избећи међу пацијентима *Medicare* уведене су у октобру 2012. године, путем финансијских казни. Од покретања програма, стопе поновног пријема на 30 дана на националном нивоу за услове за које су предвиђене казне смањиле су се са 21 одсто на мање од 18 одсто. Најновији подаци указују на први пад стопе болничких пријема на националном нивоу, са падом од 17 процената у прве три године. Такође је постављен циљ повезивања 85 одсто свих традиционалних *Medicare* исплата са квалитетом или вредношћу до 2019. године и 90 одсто до 2020. године путем ових програма и других, као што је куповина на основу болничке вредности (Altarum Institute, 2018, 66).

Постоје велике разлике у доступности и квалитету здравствене заштите у Сједињеним Америчким Државама. Од 2003. године, годишњи Национални извештај о здравственим неједнакостима, објављен од стране Агенције за истраживање и квалитет у здравству, документовао је разлике међу расним, етничким и другим демографским групама и истакао приоритетне области које захтевају акцију. Федерално квалификовани здравствени центри, који испуњавају услове за одређене врсте јавних надокнада, пружају свеобухватну примарну и превентивну негу без обзира на способност пацијената да плате. Првобитно створени за пружање здравствене заштите угроженим групама, ови центри у великој мери пружају услуге сигурносне мреже неосигураним. *Medicaid* и *CHIP* осигуравају покриће јавног здравственог осигурања за одређене популације с ниским примањима. Поред тога, Закон има низ одредаба усмерених на смањење разлика: субвенције које омогућавају Американцима са ниским примањима да купују осигурање разменом; напоре да се постигне паритет за услуге заштите менталног здравља и злоупотребе дрога; и додатна средства за здравствене центре у заједницама у којима нема довољно услуга. Постоји и мноштво јавних и приватних иницијатива на локалном и државном нивоу.

Владине агенције и приватне осигуравајуће компаније улажу напоре да се одмакну од садашњег здравственог система који је усмерен на специјалисте и систем заснован на примарној заштити. Конкретно, модел медицинског дома усмерен на пацијента, с нагласком на континуитет и координацију неге, изазвао је занимање међу стручњацима из САД и креаторима политике као средство јачања примарне здравствене заштите и бољег повезивања медицинских услуга са службама и подршком у заједници.

Други тренд је ширење одговорних организација за бригу (АСО), мрежа пружалаца услуга који преузимају уговорну одговорност за пружање бриге одређеној популацији која задовољава циљеве квалитета. Пружаоци у АСО-у деле уштеде које чине разлику између предвиђене и стварне потрошње за здравствену заштиту. Више од 800 АСО-а покренуто је преко јавних програма и приватних осигуравача, а више од 28

милиона Американаца уписано је у један од њих. Два програма АСО-а вођени *Medicare*-ом уведени су - Програм за заједничку штедњу *Medicare* и *Pioneer ACO* програм, заједно обухватају више од 470 АСО-а који опслужују 17 одсто популације *Medicare*, или 8,9 милиона Американаца. Пацијенти су известили о бољим искуствима за бригу, мере квалитета су се генерално побољшале за праћене индикаторе, а дошло је до скромних уштеда (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2018, 18).

*Medicare*, *Medicaid* и приватни купци, укључујући групе послодаваца, такође експериментишу са новим подстицајима плаћања који награђују квалитетнију, ефикаснију негу. Једна од стратегија је „групно плаћање“, при чему се једнократно плаћа за све услуге које пружају вишеструки пружаоци за једну епизоду неге. Око 7.000 болница, лекарских организација и давалаца постакутне неге учествује у иницијативама за плаћање (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2018, 18).

*Medicaid* и АСО организације такође спроводе програме за интеграцију услуга примарне здравствене заштите и бихевиоралног здравља. Неки АСО-и не само што покушавају да интегришу клиничке и социјалне услуге, већ и истражују иновативне моделе финансирања, као што су модели међусекторских заједничких штедњи.

Амерички закон о опоравку и поновном улагању у 2009. години довео је до значајних инвестиција (више од 30 милијарди долара) у здравственој информационој технологији. Законодавство је успоставило финансијске подстицаје за лекаре и болнице да усвоје системе електронских здравствених записа (Е33), под оним што је познато као Програм подстицања *EHR*-а. Од 2015. године 84 посто лекара је користило неки облик *EHR* система, а три од четири болнице (76 одсто) усвојиле су барем основни систем *EHR*-а, што представља осам пута више од 2008. године. Програм подстицања смислене употребе осмишљен је тако да постепено подиже праг за функционалност *EHR*-а изнад којег пружаоци добијају подстицаје и избегавају казне. Садашњи фокус је на размени информација (Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2018, 54).

Годишњи издаци за здравство по глави становника у Сједињеним Америчким Државама су највиши у свету (9.364 УСД у 2017. години). Платиоци су покушали контролисати раст трошкова комбинацијом селективног уговарања услуга, преговарањем о ценама, праксом контроле коришћења, метода поделе ризика и управљање услугама. Недавно су и јавни и приватни обвезници више пажње усмерили на куповину засновану на вредности и друге моделе који награђују делотворну испоруку здравствених услуга. Истеком патента и кретањем ка фаворизовању генеричких лекова у односу на брендиране лекове, у међувремену је дошло до успоравања потрошње лекова у последњих неколико година, иако се раст опоравио у 2018. с уласком на тржиште скувих биолошких производа за болести као што је

хепатитис Це. Тренд је повећање приватних планова осигурања са високим одбитком (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2019, 38).

Закон о приступачној нези увео је опсежне реформе осигурања и здравственог система које су имале за циљ постизање готово универзалне покривености, већу могућност покривености и бриге, виши квалитет и ефикасност, ниже трошкове, снажнију примарну и превентивну заштиту и шири спектар ресурса заједнице. Од имплементације АСА, број неосигураних одраслих је опао. Групе које су дуго биле изложене највећем ризику да буду неосигуране - млади одрасли, црнци и они са ниским примањима - остварили су највећу добит у покривености, иако неједнакости остају.

Тржишни модел финансирања на примеру здравственог система Сједињених Америчких Држава исказује поједине недостатке, попут великог броја лица без осигурања, високих трошкова за здравствену заштиту, и специфичности здравственог тржишта у оквиру ког су околности последњих деценија постале веома сурове за сиромашну средњу класу.

### **3. МОДЕЛИ ФИНАНСИРАЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЕВРОПСКОЈ УНИЈИ**

Здравствени системи Европске уније су различити у зависности од државе чланице. Здравствени национални системи у Европској унији обично деле се на две категорије. Прва категорија је Национални здравствени систем, који функционише у многим чланицама Европске уније (Велика Британија, Португалија, Италија, Шпанија). Здравствена заштита за обухваћене осигуранике финансира се из прикупљених пореза. Процент реализације је прилично висок и иде до 99 одсто. Друга категорија је Систем социјалног осигурања. Он подразумева обавезно здравствено осигурање којим су обухваћени сви становници или одређене структуре становника. Њихово повезивање са Фондом за здравствено осигурање је обавезно. На пример, у Холандији, у којој Систем социјалног осигурања беспрекорно функционише, сви становници су обавезни да закључе уговоре са приватним осигуравајућим друштвима (Dahlgren, 2015, 9).

Систем здравствене заштите у Француској је парадигма, односно прави пример како у једној земљи треба да функционише систем социјалног осигурања. Његову природу дефинисале су реформе, које су 1998. године значајно измениле укупан здравствени амбијент. Доприноси за социјално осигурање постали су доминантан механизам за прикупљање финансијских средстава намењених финансирањем здравствених трошкова грађана Француске. Вођен променама, Економски савет је 2006. године усвојио Декларацију о заједничким принципима и вредностима система здравствене заштите земаља чланица Европске уније. У њој је дословно истакнуто да је

универзална покривеност заједничка вредност. Не би, дакле, било пожељно да било која од њих остане изван утврђеног оквира или да, евентуално, на било који начин спутава приступ здравственој заштити, односно да било коме ускрати право на здравствено осигурање.

У својој Стратегији „Заједно до здравља“, усвојеној 2007. године, Европска комисија истакла је значај универзалне покривености. У складу са тим, члан 35. Повеље о основним правима Европске уније прописује да сваки појединац има приступ за превентивну здравствену заштиту и право да користи медицински третман под условима утврђеним националним законом и праксом.

Универзална здравствена покривеност представља највећу вредност у европском законодавству и дефинисана је као простор у коме је грађанима омогућен несметан приступ свим облицима здравствене заштите. Здравствена покривеност ипак се разликује међу земљама чланицама Европске уније, као и користи које њихови грађани имају (Voerma et al, 2014, 21). Како разлика мора постојати, извесно је да све земље чланице, као једна, сматрају да је неопходно да сви њихови становници поседују право на минимални ниво здравствене заштите и користи од пружене-примљене здравствене неге. Као моћно средство, којим гарантују универзалну покривеност и финансијски подржавају здравствену заштиту својих грађана, земље чланице Европске уније користе финансијске субвенције. Субвенције могу бити под знаком питања једино ако се њиховим уступањем крши члан 87. Европске комисије (Thomson, Foubister, Mossialos, E., 2009, 12).

У супротном, сигурно је да су интереси здравствене заштите регулисани применом позитивних правила која важе код пружања државне европске помоћи. Заједнице судова и Европска комисија баве се одредбама које уређују Споразум о државној помоћи, чији је циљ универзална покривеност интегрисана онако како су је оне прописале. Реализација овог циља свакако ће допринети већем поштовању здравствене заштите и здравствене неге и препустиће већа овлашћења националним органима у земљама чланицама Европске уније. У споразуму стоји да националним органима остаје довољно надлежности и маневарског простора да, када затреба, финансијски интервенишу, гарантују приступ здравственим користима њиховим грађанима и да подстичу универзалну покривеност.

Лисабонски споразум предвиђа као обавезу, да националне власти укључују и алоцирају све врсте ресурса употребљивих за пружање адекватне здравствене заштите у складу са степеном универзалне покривености. Какву улогу у овом случају може играти универзална покривености показује пример из Шпаније. Заједница судова је одлучила да шпански национални здравствени систем није предузеће, јер се финансира из доприноса за социјално осигурање и средствима из других државних фондова.

Дакле, здравствене услуге су бесплатне за сва лица која су повезана са фондом за здравствено осигурање на основу опште покривености. Пример показује да су у здравству принципи солидарности и универзалне покривености међусобно тесно повезани и да принцип солидарности често доводи не само до прерасподеле богатства, већ и до трансфера финансијских средстава од здравих према лицима која нису здрава (Dahlgren, 2015, 12). На крају, дефиниција универзалне покривености врло је једноставна, јер је у питању приступ према коме су све врсте здравствене заштите и све врсте накнада које из ње проистичу апсолутно обезбеђене за све категорије.

Функција финансирања здравствене заштите у земљама које су чланице Европске уније, за разлику од других, познатих функција, одређује свеукупни здравствени квалитет грађана тих земаља. Пре свега, пресудно утиче на настанак одговарајућих услова за благовремену доступност здравствених услуга и на омогућавање једнаког третмана осигураника у било којој здравственој процедури.

Финансирање здравствене заштите инсистира на одрживом и континуираном обезбеђивању неопходних средстава из фондова који су на располагању на свим нивоима, без обзира колико су ти извори подложни дејствима политичких, економских, друштвених и техничких утицаја. Обезбеђивање и одрживост поменутих ресурса увек је први циљ; међутим, промотери здравствене економије у свакој земљи чланици Европске уније потпуно су свесни да су само континуирани и одрживи финансијски ресурси гаранција за неометано финансирање здравствених програма и циљева. Будући да здравствена политика иначе личи на ланац, његове везивне карике, у правом смислу те речи, представљају одређене догађаје. Сваки од њих је практично везан за избор, утврђивање, јасну формулацију и методе реализације здравствених циљева и програма или за прописивање и предузимање конкретних мера за њихово коначно ефектуирање. Према томе, а ради озбиљног приступа значају самог питања, Светска здравствена организација (СЗО) је 1984. године промовисала концепт Програм-буџетирање. Он се имплементира програмски у складу са циљевима развоја система здравствене заштите, а у буџетирању адекватно донетим програмима приоритета развоја здравства. Интересантно је да је овај програм прихваћен не само у државама ЕУ, него и у другим европским државама (Voerma et al, 2014, 24).

Оклевање одређених група да колективно партиципирају у субвенционисању трошкова здравствене заштите за друге, свакодневно, нарочито у земљама чланицама Европске уније које имају низак БДП, умањује редовност уплата пореза и/или доприноса. У земљама у којима централне власти, ради доделе субвенција локалној самоуправи, односно локалној здравственој власти, као механизам употребљавају доприносе и локалне порезе (Италија, Шпанија, Данска, Финска и Шведска), постоји



огромна одговорност када се има у виду обавеза која предстоји у акумулирању средстава помоћу којих се здравствени системи финансирају.

Сам процес додељивања субвенција представља изазов огромног броја политичких дебата након којих долази до усвајања одлука о додели средстава регионима са нижим примањима ради обезбеђивања подједнаког приступа здравственој заштити. Када је реч о доприносима за социјално осигурање, њиховим прикупљањем се баве институције централне власти у државама попут Белгије, Бугарске, Естоније, Француске, Литваније, Холандије, Пољске и Румуније. Тако акумулирана постају сопствена средства која се дистрибуирају међу здравственим фондовима и држе се зарад финансирања социјалне сигурности (Drummond et al., 2015, 76).

У одређеним државама које су чланице Европске уније (Аустрија, Чешка, Немачка, Грчка, Словачка) креирани су системи који помажу приликом превазилажења проблема и акумулирања средстава, ради настајања разних форми ризика. Ти системи, попут механизма, додатно појачавају капацитет власти да спроводи наплату пореза и доприноса за социјално осигурање и у великој мери утичу на изналажење могућности ради стварања поузданих средстава у довољном износу помоћу којих се покривају трошкови здравства. Естонија се, ради примера, са овим проблемом бори тако што Фонд за здравствено осигурање Естоније пребацује обавезу за наплату пореза на централну агенцију владе. У Немачкој су од 2009. године доприноси централизовани и сливају се у Национални фонд за здравствено осигурање.

Креирање политике која се тиче финансирања здравствене заштите у већем броју држава чланица Европске уније условљено је хитношћу и вештином изналажења адекватних начина за обезбеђење сигурних ресурса, стручних пружаоца услуга, равноправан третман и приступ здравственој заштити без баријера свим корисницима и, коначно, ефикасну администрацију. У већем броју држава чланица, средства прикупљена ради финансирања здравствене заштите акумулирана су централно, на националном нивоу. Другим речима, постоји јединствен фонд које је одговоран за акумулацију, чување и дистрибуцију средстава иза којих стоје доприноси за осигурање здравља. Такође, он има обавезу да током поделе прикупљених средстава води рачуна о сиромашнијим регионима и да изврши надокнаду средстава грађанима са ниским приходима односно, онима са већим ризиком од болести.

Финансирање здравственог система Холандије се обавља уз помоћ дуалног система који почео са радом у јануару 2006. године. За све редовне медицинске третмане, користи се систем обавезног здравственог осигурања преко приватних осигуравајућих друштава која имају обавезу да обезбеде пакет уговорених третмана за осигуранике (Drummond et al, 2015, 78).



Све државе Европске уније ради финансирања система здравствене заштите махом користе доприносе као најчешћи и најважнији механизам, подразумевајући и јавно здравствено осигурање, плаћања из сопственог џепа и приватно здравствено осигурање (штедни рачуни за медицинске услуге). Дакле, реч је о директном плаћању здравствених услуга које не покрива обавезно здравствено осигурање, о подели трошкова (наплата од корисника) за услуге које покрива пакет корисника обухваћених обавезним здравственим осигурањем и, на крају, о неформалним плаћањима.

Велика промена у политици финансирања здравствене заштите у многим земљама чланицама Европске уније уследила је почетком 1990-их година. Тада је прикупљање средстава прешло са терена пореза на терен доприноса за социјално осигурање, који је постао доминантан механизам како у земљама Европске уније тако и у земљама које се налазе на територији централне или источне Европе, а нису део Европске уније. Истраживања показују, да у многим земљама Европске уније, здравствена потрошња као део укупне јавне потрошње опада од краја 20. и почетком 21. века. Прво, што је пораст бруто друштвеног производа (БДП) у многим земљама чланицама ЕУ врло тешко остварив, друго, у многим од њих његов пад је хронична појава, и треће, иако је процентуално учешће расхода за здравствену заштиту значајно порасло, оно не атакује озбиљније на интегритет бруто друштвеног производа (БДП). Треба истаћи да нису ретке земље у свету, а самим тим ни у Европској унији, које на име здравствене заштите издвајају једва нешто преко 6 одсто свог бруто друштвеног производа (БДП) (Evans, Tandon, Murray, 2010, 44).

Резултати поменутих анализа, везаних за приватну здравствену потрошњу, показују да су директна плаћања у највећој мери допринела да од 1996. године, па даље, укупна здравствена потрошња перманентно расте. Међутим, ажурне евиденције и извештаји релевантних органа игноришу, односно негирају поменуте наводе, јер у већини земаља чланица Европске уније расходи по основу приватног здравственог осигурања не прелазе више од једне трећине укупне здравствене потрошње. Приватно здравствено осигурање има мали утицај на пораст здравствене потрошње, тако да није допринело а и не може, макар не у већој мери, допринети њеном значајнијем порасту. Његов повећани утицај на пораст здравствених расхода могућ је изузетно, у новијим земљама чланицама Европске уније (Литванија, Словачка, Румунија, Бугарска), али врло ретко у некој од старијих земаља чланица. Напротив, велики број теоретичара, експерата за здравствену економију сматра да приватно здравствено осигурање гарантује осигураницима неометан приступ здравственој заштити, односно приступ у истој равни са оним који имају други осигураници (Bosset, 2015, 17). Под истим условима стоје им на располагању сви здравствени ресурси у складу са стеченим правима из домена приватног осигурања.

Зато владе појединих земаља чланица јавно форсирају приватно здравствено осигурање, формирају националне фондове за његово финансирање и све снажније подстичу оштру конкуренцију међу купцима његових услуга. То изгледа као добар подстицај за активнију куповину понуђених услуга из домена приватног здравственог осигурања, међутим, постоји бојазан да, због ризика који настаје приликом избора и куповине права из здравственог осигурања, трошкови превагну над правима корисника обавезног здравственог осигурања.

Примери Немачке, Белгије, Француске и Словачке показују да доношење одлуке о избору и куповини приватног здравственог осигурања није нимало лак посао, јер куповина аранжмана представља искуствену норму и увек опомиње на опасност од ризика (Eckman, 2017, 308). Ризик у свим облицима неизбежно слаби подстицај и интерес према понуђеним пакетом услуга из домена здравственог осигурања и, без обзира на могућност примене намењених механизма за његово уклањање, не може се успешно елиминисати. Понуда обима приватног здравственог осигурања, и у оквиру њега здравствених услуга, оперативна је функција провајдера и стратешки корак према одговарајућим ресурсима. Заговорници приватног здравственог осигурања скрећу пажњу на раскорак између онога што се тренутно троши на здравствену заштиту и оног што ће можда морати да се потроши у будућности. Они то чине са јасном намером да скрену пажњу будућим клијентима, да је једини начин да се овај проблем премости, њихово јаче ослањање на приватно финансирање здравственог осигурања. Насупрот њима, има оних који овај приступ доводе у питање супротстављајући му јавно (државно) финансирање здравственог осигурања.

Међутим, централизовани системи прикупљања средстава, имају боље изгледе да спроведу принудну наплату и боље генеришу приходе него системи у којима се доприноси за потребе здравствених фондова појединачно прикупљају (Pencheon, 2013, 189).

Многе земље чланице Европске уније направиле су значајан искорак у промоцији једнаког приступа корисницима здравствене заштите и у проширивању палете здравствених услуга. Проширеност се огледа у већој обухватности осигураника, уређењу правног статуса носиоца приватног здравственог осигурања, побољшању технологије дељења здравствених трошкова и изради стратегије алоцирања расположивих ресурса. Истакнут је значај обезбеђивање квалитетне здравствене неге, наглашен је њен значај и практична вредност у односу на новчану. Повећано коришћење квалитетне здравствене заштите подстиче куповину здравственог осигурања и свакодневно усавршава и поједностављује моделе плаћања здравствених услуга. У складу са изнетим, цена здравствених услуга, која је мотивација или демотивација при избору осигурања и начина плаћања, не сме бити занемарена. У

многим земљама Европске уније, цена здравствених услуга подстакла је тежњу да се, уместо формалном поделом трошкова, здравствени фондови допуњују неформалним плаћањима и додатно позвала на здравствене реформе.

### 3.1. Здравствени систем Велике Британије

Одговорност за здравствено законодавство и општу политику у Енглеској лежи на Парламенту, државном секретару за здравство и Министарству здравља. Према Закону о здравству (2006), државни секретар има законску обавезу да промовише свеобухватне здравствене услуге које обезбеђују бесплатну негу. Права за особе које испуњавају услове за бригу у Националној здравственој служби (NHS) сажета су у Уставу *NHS*-а; она укључују право на приступ бризи без дискриминације и унутар одређених временских рокова за неке категорије, као што је хитна и планирана болничка нега. Одељење за здравство управља целокупним здравственим системом, али свакодневна одговорност почива на одвојеном јавном телу – *NHS* Енглеске.

*NHS* Енглеске управља буџетом *NHS*-а, надгледа 209 локалних клиничких комисија (CCG) и осигурава да су циљеви, постављени у годишњем мандату државног секретара за здравство испуњени, укључујући и ефикасност и здравствене циљеве. Буџети за јавно здравство су у власништву локалних власти, од којих се захтева да буду домаћини „одбора за здравље и благостање“ како би побољшали координацију локалних услуга и смањили здравствене разлике.

У 2017. години, Уједињено Краљевство (Велика Британија) потрошило је 9,9 одсто БДП-а на здравствену заштиту, од чега је јавна потрошња, углавном *NHS*-а, износила 79,5 одсто. Већина средстава за *NHS* долази из општег пореза, а мањи проценат од националног осигурања (порез на зараде). *NHS* такође прима приходе од плата људи који користе услуге *NHS*-а.

Сви грђани који су настањени у Енглеској аутоматски имају право на бригу *NHS*-а, углавном бесплатно у месту коришћења, као и нерезиденти са европском картицом здравственог осигурања. За друге људе, као што су неевропски посетиоци или имигранти без докумената, бесплатан је само третман у хитној служби и код неких инфективних болести.

У 2017. години, 10,5 одсто становништва Велике Британије имало је приватно добровољно здравствено осигурање.

Приватно осигурање нуди бржи и лакши приступ нези, посебно за изборне болничке процедуре, али већина искључује ментално здравље, породилске услуге, хитну помоћ и општу праксу. Подаци о приватним осигуравачима нису доступни, али

према подацима Управе за конкуренцију и тржишта (2014), четири осигуравача чине 87,5 одсто тржишта, а мали пружаоци услуга чине остатак (NHS England, 2018, 14).

Прецизан обим *NHS*-а није дефинисан статутом или законодавством и не постоји апсолутно право за пацијенте да добију одређени третман. Међутим, статутарна дужност секретара за здравство је да осигура свеобухватну покривеност. У пракси, *NHS* пружа или плаћа превентивне услуге, укључујући програме скрининга, имунизације и вакцинације; стационарну и амбулантну болничку негу; услуге лекара; болничке и амбулантне лекове; клинички неопходну стоматолошку негу; негу ока; бригу о менталном здрављу, укључујући и одређену бригу за особе са сметњама у учењу; палијативно збрињавање; одређену дуготрајну негу; рехабилитацију, укључујући физиотерапију (нпр, брига након можданог удара); и кућне посете медицинских сестара становништву у заједници.

Обим и структура ових услуга су уопштено ствар за доношење одлука на локалном нивоу, али Устав *NHS*-а такође наводи да пацијенти имају право на лекове или третман одобрен у технолошким проценама које спроводи Национални институт за здравство и клиничку изврност (NICE), ако то препоручи њихов клиничар. За лекове или третмане који нису процењени *NICE*-ом, Устав *NHS*-а наводи да *CCG*-и морају доносити рационалне одлуке засноване на доказима.

Постоје ограничени аранжмани за дељење трошкова за јавне услуге. Плаћања из џепа за општу праксу ограничена су на поједине услуге, као што су прегледи за запослење или осигурање и пружање сертификата за путовање или осигурање.

Амбулантни лекови који се издају на рецепт подлежу плаћању; лекови преписани у *NHS* болницама су бесплатни. Издаци за здравство домаћинстава из џепа чинили су 14,8 одсто укупних расхода у Великој Британији у 2017. години. Такође, у 2017. години, највећи део потрошње из џепа (42,4 одсто) био је за медицинску робу (укључујући фармацеутске производе), следи 35,9 одсто на услуге дуготрајне неге, укључујући кућну негу (Department of Health, 2018, 26).

Људи који су изузети од плаћања лекова на рецепт укључују децу узраста од 15 година и млађу од 16 до 18 година у школи са пуним радним временом; особе старије од 60 година; особе са ниским примањима; труднице и оне који су родиле у протеклих 12 месеци; и особе које болују од рака или неке друге дугорочне болести. Пацијенти којима су потребне велике количине лекова који се издају на рецепт могу да купе потврде о отплати у вредности од 29,90 фунти за три месеца и 104,00 фунти за 12 месеци. Корисници не сnose додатне трошкове за време трајања сертификата, без обзира на то колико им је потребно. У 2017. години, у Енглеској је било ослобођено плаћања 89,7 одсто рецепата (Department of Health, 2018, 29).

Примарна здравствена заштита врши се углавном преко лекара опште праксе. У 2017. години било је 34,592 лекара опште праксе (са пуним радним временом), са просеком од 7.450 пацијената. Број самосталних пракси био је 843 у 2017. години, док је било 3.589 поступака са пет или више лекара опште праксе. Општа пракса је обично прва тачка контакта пацијената, а од људи се захтева да се региструју у локалној пракси по свом избору; међутим, избор је ефективно ограничен јер су многе праксе пуне и не прихватају нове пацијенте. У неким областима, *walk-in* центри нуде услуге примарне здравствене заштите, за које није потребна регистрација (Gainsbury, 2019, 21).

Већина лекара опште праксе (66 одсто) су самостални приватници, а отприлике 56 процената праксе делује према националним уговорима о општим медицинским услугама, о којима се преговара између Британског медицинског удружења (које представља докторе) и владе. Ови уговори обезбеђују плаћање коришћењем мешавине капитала за покривање основних услуга (које представљају око 60 одсто прихода), опционо плаћање накнада за услугу за додатне услуге (нпр. вакцине за ризичне популације, око 15 одсто) и опциони учинак Сродна шема (око 10 одсто). Капитација је прилагођена старости и полу, локалним нивоима морбидитета и морталитета, броју пацијената у домовима за негу и становање, промету листа пацијената и фактору тржишних снага за трошкове особља у поређењу са другим праксама. Бонуси за перформансе дају се углавном на основу клиничких интервенција заснованих на доказима и координације бриге о хроничним болестима (Nuffield Trust, Health Foundation, and King's Fund, 2018, 47).

Удео лекара опште праксе који су запослени у пракси се повећава (тренутно око 20 одсто). Већина општих пракси запошљавају друге професионалце, као што су медицинске сестре, чије дужности укључују праћење пацијената за крвни притисак и пружање мањих третмана. Општа пракса пролази кроз структуралне промене, од „*hand shorova*“ до умрежених пракси, укључујући веће организације које користе мултидисциплинарне тимове стручњака, фармацеута и социјалних радника. Просечни приход за комбиноване лекаре (уговорене и плаћене) у Енглеској је износио 91.000 фунти пре опорезивања у периоду 2016–2017. године (Gainsbury, 2019, 33).

Готово сви специјалисти су запослени у болницама у *NHS*, а *CCG* плаћају болнице за амбулантне консултације по национално одређеним стопама. Специјалисти су слободни да се баве приватном праксом унутар посебно одређених одељења у *NHS*-у или у приватним болницама; најновије процене (у 2017. години) су да 55 одсто лекара обавља приватне послове са процентом који опада, док се јаз између зарада између јавне и приватне праксе сужава (Department of Health, 2018, 34). Пацијенти су у могућности да бирају коју болницу желе, а влада је увела право на избор специјалиста унутар болнице (још није у потпуности имплементиран). Већина амбулантних

специјалистичких консултација спроводи се у болницама, мада се консултације могу одвијати у општим праксама. Неки лекари опште праксе „са специјалистичким интересима“ такође нуде специјалистичке консултације, плаћене на основу сесије или накнаде за услугу.

Већи део општих пракси надокнађује се месечно за услуге које пружају на основу података који се аутоматски извлаче из електронских записа праксе. Неке исплате могу захтевати да се ручно унесу подаци о броју пацијената који су подвргнути прегледу или лечењу за „побољшане услуге“ које испуњавају услове за додатне исплате, као што је дијагноза и подршка пацијентима са деменцијом. Ове податке обједињује и потврђује *NHS*.

Лекари опште праксе нису дужни да лично обезбеде бригу о својим пацијентима након радног времена (мала мањина то још увек ради), али морају осигурати адекватне аранжмане за његово обезбеђење. У пракси, то значи да се уговорне обавезе углавном склапају са задругама и приватним компанијама, које обично плаћају лекара опште праксе на основу сваке сесије.

Озбиљне хитне случајеве решавају болничке службе хитне помоћи. У неким областима, мање озбиљни случајеви воде се у центрима за хитну негу или јединицама за мање повреде, које су попуњене на различите начине и укључују центре вођене од стране медицинских сестара и вођене од стране лекара. Телефонски савет доступан је 24 сата дневно кроз *NHS* 111 за особе са хитним, али не и животно опасним стањем.

Болнице у јавном власништву организоване су као *NHS* фондови (тренутно 72) који су директно одговорни Министарству здравља или као фондови фондација (тренутно 150), чије функције укључују економску регулацију јавних и приватних пружалаца. И *NHS* болнице и фондације фондова склапају уговоре са локалним *CCG*-има за пружање услуга. Поменуте институцијама се надокнађују трошкови углавном по национално утврђеним групама за дијагнозу (ДРГ). Они укључују трошкове медицинског особља и чине око 60 одсто прихода. Остатак прихода долази од активности које нису обухваћене ДРГ-овима, као што су ментално здравље, образовање и истраживање и средства за обуку (Wachter, 2019, 58).

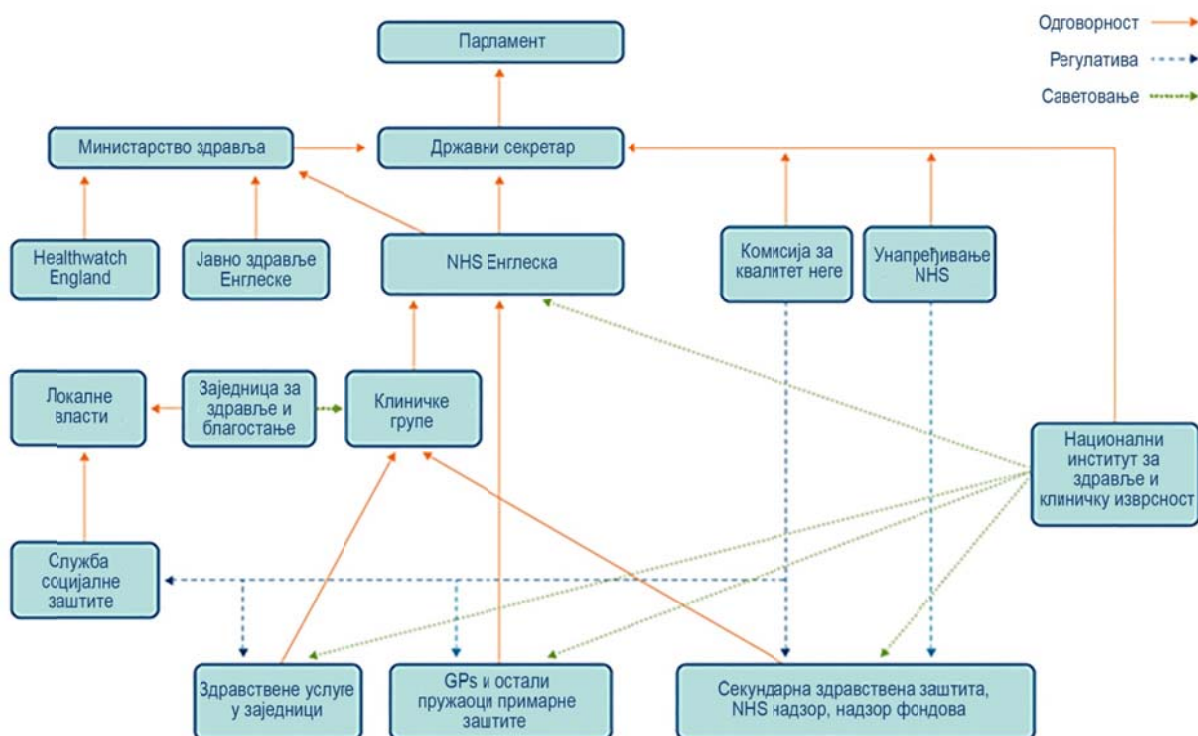
Процењује се да 548 приватних болница и између 500 и 600 приватних клиника у Великој Британији нуде низ услуга, укључујући третмане који су или недоступни у *NHS*-у или су подложни дугим чекањима, као што су хирургија и третман плодности, али генерално немају хитне случајеве, трауме, или установе интензивне неге. Приватни пружаоци услуга морају бити регистровани у *CCG*-у, али њихове накнаде приватним пацијентима нису регулисане и не постоје јавне субвенције. Иако се обим здравствене заштите обављен од приватних пружаоца од стране *NHS*-а недавно повећао у подручјима изван менталног здравља, коришћење приватних болница у *NHS*-у је и



даље ниско - 3,6 посто укупне потрошње повереника за болничке услуге у периоду 2016–2017. године (LaingBuisson, 2018, 105).

Заштита менталног здравља саставни је део *NHS*-а и покрива цели низ услуга. Мање озбиљне болести - нпр. благи депресивни и анксиозни поремећаји - обично се лече од стране лекара опште праксе. Они којима је потребан напреднији третман, укључујући болничко лечење, третирају се од стране фонда за ментално здравље или болничког фонда. Неке од ових услуга пружају запослени у заједници. Око једне четвртине здравствених услуга за ментално здравље које финансира *NHS* пружа приватни сектор. Током протекле деценије, политика здравствене заштите је била усмерена на повећање приступа психолошким терапијама пацијентима нарушеног менталног здравља са благим и умереним симптомима. Политике за побољшање бриге о тежим условима у заједници фокусиране су на рану интервенцију, а постоји и свеобухватни циљ да се осигура „паритет поштовања“ између менталног здравља и других врста здравствених услуга. Прегледом спроведеним 2017. године указано је да је третман менталног здравља, у поређењу са физичким болестима, недовољно финансиран (King’s Fund, 2018, 62).

Слика 9. Организација здравственог система у Великој Британији



Извор: NHS England, (2018), *Our 2016-17 Annual Report: Health and High Quality Care for All, Now and for Future Generations*, London, England, p. 3.



*NHS* плаћа одређену дуготрајну негу, као што је брига о особама са сталним потребама за медицинским или стручним сестринством, али су се исплате последњих година значајно смањиле. Већину дугорочне неге пружају локалне власти и приватни сектор. Локалне власти законски су обавезне да процењују потребе свих људи који то траже, али, за разлику од *NHS* услуга, социјална заштита коју финансира држава није универзална.

Министарство здравља и државни секретар за здравство одговорни су за здравствени систем у целини. Закон о здравству и социјалној заштити из 2012. године пренео је важне функције у *NHS*, укључујући свеобухватну контролу буџета, надзор *CCG*-а, и заједно са *NHS Improvement*-ом, одговорност за постављање стопа ДРГ-а за пружање услуга *NHS*-а. *NHS* такође наручује неке специјализоване услуге малог обима, националне програме имунизације и скрининга и примарну здравствену заштиту; одговоран је за постављање стратешког правца здравствене информационе технологије, укључујући развој *online* услуга за заказивање састанака, постављање стандарда квалитета за електронско чување и прописивање медицинских записа, као и ИТ инфраструктуре *NHS*-а.

Национални институт за здравље и клиничку изврсност (*NICE*) поставља смернице за клинички ефикасне третмане и оцењује нове здравствене технологије за њихову ефикасност и економичност. Комисија за контролу квалитета (*CKC*) осигурава основне стандарде сигурности и квалитета регистрацијом провајдера и прати постигнуте стандарде неге. Такође, може захтевати укидање услуга ако се идентификују озбиљни проблеми везани за квалитет.

*Healthwatch England* промовише интересе пацијената на националном нивоу. У свакој заједници, локални здравствени часописи подржавају људе који се жале на услуге; забринутост за квалитет се може пријавити *Healthwatch*, која онда може препоручити да *CKC* предузме акцију. Поред тога, од локалних органа *NHS*-а, укључујући општу праксу, болничке фондове и *CCG*, очекује се да подрже своје групе и иницијативе за ангажовање пацијената. Министарство здравља поседује *NHS Choices*, примарну веб страницу за јавно информисање о здравственим условима, локацији и квалитету здравствених услуга, и друге информације. Сајт, који такође нуди платформу за повратне информације од корисника, примио је 27 милиона посета месечно у периоду 2016–2017. године (*Health and Social Care Information Centre*, 2018, 11).

*CKC* регулише све здравствене и социјалне бриге за одрасле у Енглеској. Сви пружаоци услуга, укључујући институције, индивидуална партнерства и самосталне практичаре, морају бити регистровани у *CKC*-у, који прати перформансе користећи национално постављене стандарде квалитета и истражује појединачне пружаоце услуга када се постављају питања (нпр. од пацијената). Он оцењује резултате инспекције

болница и може затворити лоше обављене услуге. Нови „темељни стандарди“ за све здравствене и социјалне услуге ступили су на снагу 2015. године (Health and Social Care Information Centre, 2017, 18). Процес праћења укључује резултате националних искустава пацијената.

*NICE* развија стандарде квалитета који покривају најчешћа стања у примарној, секундарној и социјалној заштити. Националне стратегије објављене су за низ услова, од карцинома до трауме. Постоје национални регистри за кључне групе и процедуре болести. Постављено је максимално време чекања за лечење карцинома, изборне третмане и хитно лечење. Веб страница, *NHS Evidence*, пружа стручњацима и пацијентима најновије клиничке смернице. Подршку пружа и *NHS Quality Improvement*, део *NHS* Енглеске.

Информације о квалитету услуга у организацији, одељењу и (за неке процедуре) нивое лекара објављују се на *NHS Choices*. Резултати инспекција од стране *СКС* такође су јавно доступни. Оквир за квалитет и исходе пружа општу праксу са финансијским подстицајима за побољшање квалитета. Општа пракса се додељује бодовима (који одређују део њихове накнаде) за вођење регистра болести пацијената са одређеним болестима или стањима и њихово управљање и лечење. За болнице, 2,5 процената вредности уговора је повезано са постизањем ограниченог броја циљева квалитета кроз иницијативу за квалитет и иновације. Поред тога, стопе ДРГ за неке процедуре су повезане са најбољом праксом.

Сви доктори по закону су обавезни да имају дозволу за обављање праксе из Општег медицинског савета. Слични захтеви примењују се на све професије које раде у здравственом сектору. За докторе се уводи процес обнављања дозволе сваких пет година. Пружаоци болничких услуга такође морају бити регистровани у *СКС*.

Државни секретар, *NHS* и *CCG* имају законску обавезу да поштују потребу да се смање здравствене неједнакости, иако важећи закони не прецизирају које акције треба предузети. *NHS* објављује годишњи извештај о предузетим активностима и напретку у смањењу разлика у приступу и резултатима, према полу, инвалидности, старости, социоекономском статусу и етничкој припадности. Стратегије укључују обезбеђивање да локална подручја добију адекватне ресурсе за решавање неједнакости и да се резултати за ризичне групе редовно прате.

Лекари опште праксе све више раде у вишеструким праксама које запошљавају медицинске сестре и друго клиничко особље, које обављају већи део рутинског праћења пацијената са дугорочним стањима. Ове праксе такође имају неке од карактеристика медицинског дома то јест, усмеравају пацијенте на специјалисте у болницама или на професионалце у заједници, као што су дијететичари и медицинске сестре у заједници, и воде евиденцију о лечењу својих пацијената. Лекари опште праксе

су одговорни за координацију бриге као део њиховог укупног уговора; да би се побољшала координација за старије пацијенте, најновија верзија уговора (2016-2017) захтева да пракса има „именован одговорни ГП“ за све пацијенте изнад 75 година. Лекари опште праксе такође имају финансијске подстицаје да обезбеде континуирано праћење пацијената са најчешћим хроничним стањима, као што су дијабетес и болести срца.

Закон из 2012. године наложио је *NHS*-у и *CCG*-у да промовишу интегрисану негу, тј. ближе везе између здравствених услуга у болници и заједници, укључујући примарну и социјалну заштиту. Одбор за здравље и добробит у оквиру локалних власти има за циљ да промовише интеграцију између *NHS*-а и служби локалних власти, посебно на пресеку болничке и социјалне заштите. Практичне иницијативе укључују Фонд за бољу бригу, удружен из постојећих буџета за здравство и социјалну заштиту, за пројекте интеграције локалних повереника за здравство и социјалну бригу, почевши од 2015-2016. године. Ова средства се користе за смањење ослањања на дугорочну негу и побољшање приступа ванболничкој заштити.

Број *NHS*-а додељен сваком регистрованом пацијенту служи као јединствени идентификатор. Сви записи о пацијентима опште праксе су компјутеризовани. Од априла 2015. године ГП праксе уговорно су обавезне да пацијентима понуде избор заказаних термина и наручивање рецепата на интернету. Од 31. марта 2016. године, праксе су доступне како би се пацијентима омогућио приступ њиховом детаљном кодираном запису - укључујући информације о дијагнозама; лекови и третмани; имунизације; и резултати тестирања. Практика није потребна да би се пацијентима омогућио приступ информацијама које клиничари уносе у поља слободног текста. Тамо где електронски записи нису доступни пацијентима, као што је у стоматологији, они могу затражити папирну копију. Записи се рутински не повезују међу провајдерима.

Трошкови у *NHS*-у ограничени су глобалним буџетом који се не може премашити. Буџети *NHS*-а се усвајају на националном нивоу, обично за трогодишњи циклус. КЦГ-у се додељују средства од стране *NHS*-а, која помно прати њихове финансијске резултате како би спречила прекорачење трошкова. Од њих се очекује да постижу уравнотежени буџет сваке године.

Од 2010. године, расподела средстава од стране централне владе расла је много спорије од дугорочне историјске стопе. Неусклађеност између финансирања, потражње и трошкова пружања услуга довела је до тога да болнице *NHS*-а и други провајдери бележе дефицит од 3,7 милијарди фунти за период 2016-2017. године и предвиђени јаз од 6,0 милијарди фунти. Иако су неки од циљева уштеде остварени у протеклих пет година, финансијски притисак на *NHS* повезује се са неким погоршањем квалитета неге - нарочито времена чекања (Department of Health, 2018, 61).

Стратегије ограничавања трошкова до данас укључују замрзавање повећања плата запослених, подржавање повећане употребе генеричких лекова, смањење плаћања ДРГ-а за болничке активности, управљање потражњом и смањење административних трошкова. У 2017. години, *NHS* је покренула програм помоћи болничким пружаоцима услуга да остваре уштеде путем ефикаснијег коришћења особља, исплативије куповине лекова и медицинске опреме, те бољег управљања имовином и објектима. Уколико би се све ове ставке имплементирале то би за резултат имало уштеду од пет милијарди фунти до 2020. године. Постоје бројни алати у којима локални купци могу максимизирати вредност тако што ће решити неоправдане варијације у коришћењу клиничке праксе, коју обезбеђује програм финансиран од стране владе. Локални купци могу такође да спроведу конкурсне тендере за одређене услуге (Department of Health, 2018, 66).

У октобру 2014. године, органи *NHS*-а, објавили су петогодишњи поглед напред, који поставља изазове са којима се суочава *NHS* и стратегије за њихово решавање. Ово укључује пилот програме широм Енглеске за тестирање нових модела бриге познатих као „*avangardi*“. До данас постоји 50 авангардних локација које тестирају такве иновације као што су повећана основна здравствена заштита, побољшана здравствена заштита у домовима за дуготрајну негу, вертикално интегрисана болничка и друштвена нега и мреже за побољшање хитне помоћи. *NHS* се нада да ће то довести до бољих алата за идентификацију оних који су изложени ризику да постану веома потребни, висококвалитетних пацијената, као и до развоја капитализованих уговора како би се охрабрили пружаоци да сарађују у збрињавању сложених пацијената. Петогодишњи поглед даље поставља стратегије за побољшање здравља и добробити, укључујући иницијативу за превенцију дијабетеса.

Како би се убрзао процес реформе, влада је у децембру 2015. објавила нови приступ који укључује све локалне купце и добављаче који се удружују на 44 локална „отиска“ како би креирали вишегодишње планове за трансформацију услуга, на основу конгломеризованог буџета за своје локално становништво. Иако законска одговорност појединих организација *NHS*-у за прекид рада и даље остаје непромењена, овај приступ захтева од организација да сарађују и представља важан прекид са претходном политиком конкуренције.

### **3.2. Здравствени систем Немачке**

Здравствено осигурање је обавезно за све грађане и сталне становнике Немачке. Обезбеђује се из два система, и то: 1) конкурентних, непрофитних, невладиних фондова за здравствено осигурање („фондови за здравствено осигурање“ - било је 118 од јануара

2018. године) у систему обавезног здравственог осигурања (*SHI*) и 2) заменско приватно здравствено осигурање (*PHI*). Државе имају већину универзитетских болница, док општине играју улогу у активностима јавног здравља и поседују око половине свих болничких кревета. Међутим, различити нивои власти практично немају никакву улогу у директном финансирању или пружању здравствене заштите. У великој мери, регулација је делегирана самоуправним удружењима у оквиру здравствених фондова и удружењима пружаоца услуга, које заједно представља најважније тело, Савезни заједнички одбор (Busse, Blümel, 2018, 11).

У 2017. години, укупни издаци за здравство износили су 11,2 посто БДП-а, од чега је 74 посто било јавно, углавном потрошња у сектору здравствене заштите (58 посто од укупног износа). Општи федерални издаци који се финансирају из пореза на „страни користи“ које пружа *SHI*, као што је покриће за децу, износили су око 4,5 одсто укупних расхода у 2017. години. Средства за боловање финансирају се из обавезних доприноса који се наплаћују као проценат бруто плата до горње границе. Покривеност је универзална за све легалне становнике. Сви запослени грађани (и друге групе као што су пензионери) који зарађују мање од 56.250 евра годишње од 2016. године обавезно су покривени од стране *SHI*-а, а њихова издржавана лица су без покрића. Особе чије бруто зараде премашују праг и претходно осигурани самозапослени могу да остану у јавно финансираној шеми на добровољној основи (као 75 одсто) или купују заменски ФЗО, који такође покрива државне службенике. Око 86 процената популације прима примарно покриће кроз *SHI*, а 11 процената кроз заменски *PHI*. Чланови војске, полиција и остали запослени у јавном сектору покривени су посебним програмима. Посетиоци нису покривени преко немачког *SHI*. Избеглице и имигранти без докумената обухваћени су социјалним осигурањем у случају акутне болести и бола, као и трудноће и порођаја (The Federal Statistical Office, 2018, 14).

Од 2016. године, законски прописана јединствена стопа доприноса износи 14,6 одсто бруто зараде, коју једнако деле послодавац и запослени. Претходна законски фиксирана додатна стопа доприноса за запослене (0,9 одсто) и допунске премије по глави становника које су утврдили фондови за болест су укинуте и замењене додатном стопом доприноса која зависи од дохотка, а која се утврђује појединачно од стране сваког здравственог фонда. За 2017. годину, просечна стопа допунског доприноса процењује се на 1,1 проценат (The Federal Joint Committee, 2018, 37).

Овај допринос покрива и издржаване чланове породице (супружнике и децу). Зарада изнад 50.850 евра годишње (од 2016. године) изузета је од доприноса. Доприноси фондова за здравствено осигурање централно се обједињују, а затим преносе на појединачне фондове за боловање применом формуле прилагођене

ризицима, узимајући у обзир старост, пол и морбидитет од 80 хроничних и / или озбиљних болести (Busse, Blümel, 2018, 19).

У 2017. години, 8,8 милиона људи било је покривено заменским приватним здравственим осигурањем. ФЗИ је посебно атрактиван за младе људе с добрим приходима, јер им осигуравачи могу понудити уговоре с већим распоном услуга и нижим премијама (The Federal Statistical Office, 2018, 16).

У априлу 2017. године постојало је 42 заменска *PHI* предузећа (од којих су 24 била профитна) која су обухватала две групе изузете од *SHI* (државни службеници, чији су трошкови здравствене заштите делом враћени од стране послодавца) и оних који одлучили да се искључе из *SHI*. Сви ПИО осигураници плаћају премију везану за ризик, са одвојеним премијама за издржаване чланове породице; ризик се процењује само при уласку, а уговори се заснивају на доживотном преузимању ризика. Влада регулише *PHI* како би осигурала да се осигураници не суочавају са великим повећањем премија са старењем и да нису преоптерећени премијама ако се њихов доходак смањи.

ФЗО такође игра мешовиту и допунску улогу, покривајући мање бенефиције које не покривају *SHI*, приступ бољим садржајима и неке надокнаде (нпр. за зубарске услуге). Савезна влада одређује накнаде провајдера под заменљивим, комплементарним и допунским ЗЗЈН путем одређеног распореда накнада. Не постоје владине субвенције за комплементарну и допунску *PHI*. У 2017. години, сви облици *PHI* чинили су 8,9 одсто укупних здравствених расхода (Busse, Blümel, 2018, 32).

*SHI* обухвата превентивне услуге, стационарну и амбулантну болничку негу, услуге лекара, заштиту менталног здравља, зубарску негу, физикалну терапију, лекове на рецепт, медицинска помагала, рехабилитацију, болничку и палијативну негу и накнаду за боловање. Кућна нега је покривена дугорочним осигурањем (LTСI). Превентивне услуге у оквиру *SHI* укључују редовне стоматолошке прегледе, прегледе деце, основне имунизације, прегледе за хроничне болести и скрининг рака у одређеним годинама. Сви лекови који се издају на рецепт су покривени, осим оних који су изричито искључени законом и они који су искључени након процене користи. Док је шири оквир пакета накнада законски дефинисан, специфичности одређује Савезни заједнички одбор. Услуге дуготрајне неге покривене су одвојено у *LTСI* шеми.

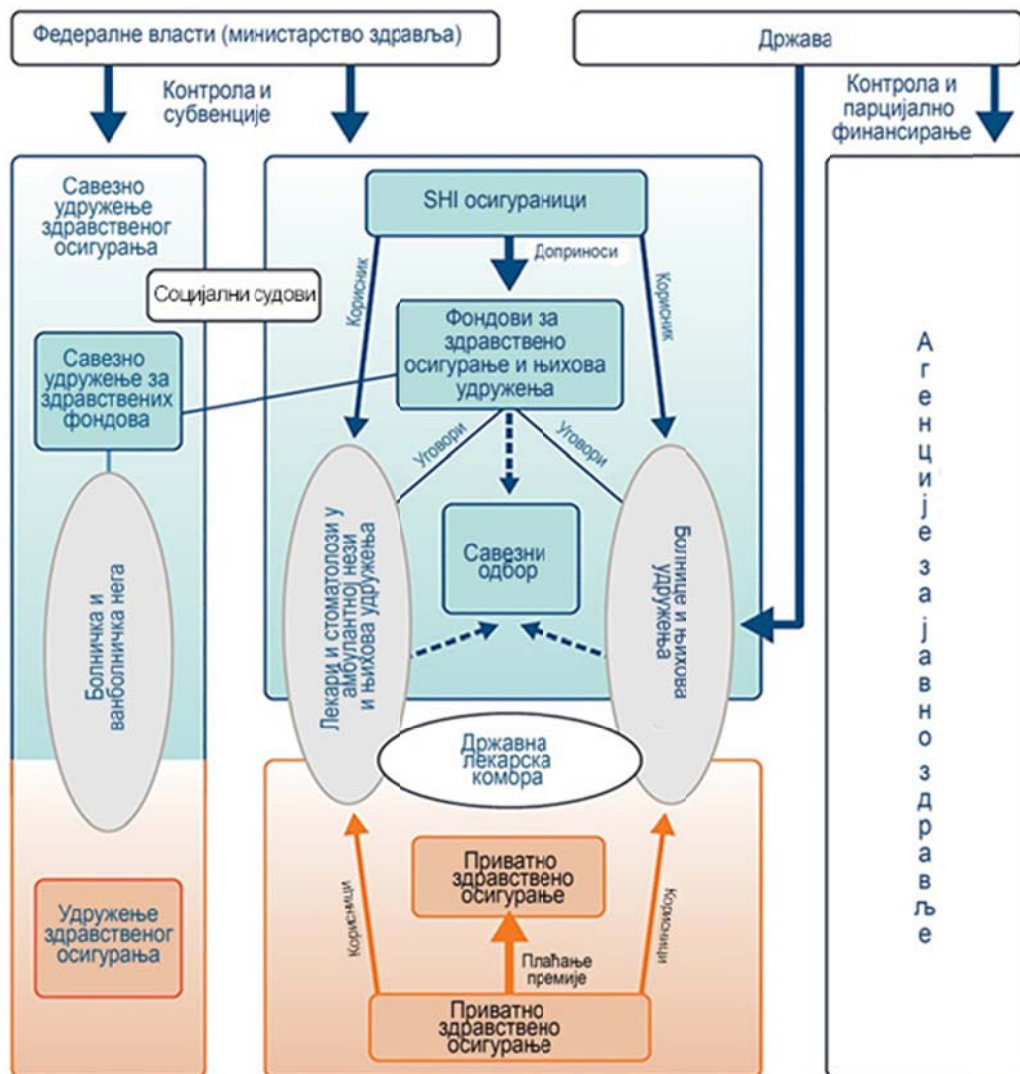
Издаци из џепа чинили су 13,2 посто укупне потрошње здравља у 2017. години, и односили су се углавном на домове за негу, фармацеутске производе и медицинска помагала (The Federal Joint Committee, 2018, 65).

Уплате су од 5,00 до 10,00 евра по амбулантном рецепту, 10,00 евра по болничком дану за болничке и рехабилитацијске боравке (првих 28 дана у години) и 5,00 до 10 евра за преписане медицинске уређаје. Фондови за боловање нуде изборне тарифе са распоном одбитака и бонуса без потраживања. Превентивне услуге се не



рачунају у одбитак. Лекари са *SHI* уговором не смеју наплаћивати изнад тарифа за услуге у *SHI* каталогу. Међутим, листа „индивидуалних здравствених услуга“ изван свеобухватног опсега *SHI* покривености може се понудити пацијентима који плаћају из џепа (The Federal Statistical Office, 2018, 22).

Слика 10. Организација здравственог система у Немачкој



Извор: Busse, R., Blümel, M., (2018), *Germany: Health System Review, Health Systems in Transition*, 16(2), p. 20.

Деца млађа од 18 година ослобођена су дељења трошкова. За одрасле, постоји годишња граница за поделу трошкова која износи два процента од прихода домаћинства; део прихода домаћинства искључен је из овог обрачуна за додатне чланове породице. Око 0,3 милиона осигураника у *SHI* премашило је горњу границу од два посто у 2017. години и изузета су од даљњег дељења трошкова. Горња граница је смањена на један посто годишњег бруто прихода за квалификацију хроничних



болесника; да би се квалификовали, ти људи морају да докажу да су присуствовали препорученим процедурама саветовања или скрининга пре него што су се разболели. Скоро 6,3 милиона људи, или око 9 одсто свих осигураних *SHI*, имало је користи од ове уредбе у 2017. години. Незапослени доприносе *SHI* у сразмери са њиховим правима на незапосленост (The German Hospice and Palliative Association, 2018, 9). За дуготрајно незапослене, влада доприноси у њихово име.

Лекари опште праксе (GP) и специјалисти за амбулантну негу којима *SHI* даје надокнаду по закону су обавезни чланови регионалних асоцијација које преговарају о уговорима са здравственим фондовима. Регионална удружења лекара акредитованих од стране *SHI*-ја одговорна су за координацију захтева за негу у свом региону и делују као финансијски посредници између здравствених фондова и лекара у амбулантној нези. Међутим, амбулантни лекари обично раде у својим приватним праксама - око 60 одсто у самосталној пракси и 25 одсто у двојној пракси. Већина лекара запошљава докторске асистенте, док други (нпр. физиотерапеути) имају своје просторије. У 2017. години, од око 108.500 samozапослених *SHI*-акредитованих лекара у амбулантној нези, 51.900 (48 одсто) су имали праксу као породични лекари (укључујући лекаре опште праксе, интернисте и педијатре) и 56.600 (52 одсто) као специјалисти. У 2017. године било је око 2.000 мултиспецијалистичких клиника, са више од 13.000 лекара (10 одсто амбулантних лекара). Око 11.000 лекара који раде у мултиспецијалистичким клиникама запослени су са платама, док је 12.000 у пракси samozапослених лекара. Укупан број амбулантних лекара и психотерапеута је преко 140.000. Неке специјализоване амбулантне неге пружају болнички специјалисти, укључујући лечење ретких болести и тешких прогресивних облика болести, као и високо специјализоване процедуре (Busse, Blümel, 2018, 44-45). Појединци имају слободан избор међу лекарима опште праксе, специјалистима и, ако се односи на болничку негу, болницама. Такође, они не морају да се региструју код породичног лекара. Међутим, од здравствених фондова се тражи да понуде својим члановима могућност да се упишу у модел породичне медицине, за који се показало да пружа боље услуге.

Лекари *SHI* акредитовани у амбулантној нези (лекари опште праксе и специјалисти) обично се плаћају на основу накнаде за услугу (ФФС) према јединственој тарифи која се договара између здравствених фондова и лекара. Плаћања су ограничена на покривање дефинисаног максималног броја пацијената по пракси и бодова за надокнаду по пацијенту, постављање прагова на број пацијената и третмана по пацијенту за које се лекар може надокнадити. За лечење приватних пацијената, лекари опште праксе и специјалисти такође добијају ФФС, али приватне тарифе су обично веће од тарифа у *SHI* јединственом распореду такси. Плаћање за учинак још није успостављено. Просечна надокнада породичног лекара је изнад 200.000 евра

годишње, покривајући трошкове за особље, али искључујући приходе од приватних пацијената, што значајно варира.

Финансијски подстицаји за координацију неге могу бити део уговора о интегрисаној нези, али се не примењују рутински. Једини редовни финансијски подстицај који лекари добијају је фиксни годишњи бонус (120 евра) за пацијенте који су укључени у Програм за управљање болестима (ДМП), у којем лекари пружају обуку пацијента и документују податке о пацијенту. Пакетне исплате нису уобичајене у примарној здравственој заштити, али регионална иницијатива, „Здрав Kinzigtal“ (Кинзигтал је долина у југоисточној Немачкој), представља пример заједничког модела уштеде који се нуди лекарима примарне здравствене заштите и другим пружаоцима финансијских подстицаја за интеграцију бриге за пружаоце услуга (The German Hospice and Palliative Association, 2018, 13).

*SHI* лекари у амбулантном здравственом систему наплаћују своје регионалне асоцијације према јединственој тарифи; удружења примају новац из здравствених фондова у облику годишњих капитација. Уплате или плаћања за услуге које нису укључене у каталог погодности исплаћују се директно провајдеру. У случајевима приватног здравственог осигурања, пацијенти плаћају унапред и подносе захтеве осигуравајућем друштву на накнаду.

Негу након радног времена организују регионална удружења лекара акредитованих у *SHI* како би се обезбедио приступ амбулантној нези 24 сата дневно. Лекари су обавезни да обезбеде негу после радног времена у својој пракси, са различитим регионалним прописима. У неким областима (нпр. у Берлину), брига о раду ван радног времена је делегирана болницама. Пацијенту се након тога доставља извештај о посети како би га предао свом лекару. Постоји и уска мрежа пружаоца хитне помоћи (одговорност општина). Помоћ у току радног времена такође је доступна преко телефонске линије за целу земљу (116 117 *Arztlicher Bereitschaftsdienst*). Плаћање амбулантне неге након радног времена заснива се на наведеним тарифама, опет са разликама у висини надокнаде од стране *SHI* и *PHI* (The Federal Statistical Office, 2018, 36). Јавне болнице чине око половине свих кревета. Све болнице углавном имају запослене докторе. Лекарима у болницама обично није дозвољено да лече амбулантно (слично болничарима у Сједињеним Америчким Државама), али изузеци су направљени ако не постоји потреба за пружањем неге од стране специјалиста у канцеларији. Виши лекари могу третирати пацијенте који су приватно осигурани на основи ФФС. Болнице такође могу пружати одређене високо специјализоване услуге у амбулантним условима.

Шеснаест државних влада утврђује капацитете болница, док је капацитет амбулантне заштите подложен правилима које је одредио Савезни заједнички одбор.

Стационарно збрињавање плаћа се по пријему кроз систем дијагностичких група (ДРГ) који се ревидирају годишње, а који се тренутно заснива на око 1.200 ДРГ категорија. ДРГ такође покривају све трошкове лекара. Остали платни системи као што су плаћање по учинку или групна плаћања тек треба да се имплементирају у болницама (Busse, Blümel, 2018, 61).

Акутну психијатријску болничку негу углавном пружају психијатријска одељења у општим болницама, док је број болница које пружају негу само пацијентима са психијатријским и / или неуролошким болестима низак. У 2017. години било је укупно 35.368 службених психијатара, неуролога и психотерапеута који су радили у сектору амбулантне неге (плаћени ФФС). Квалификовани лекари опште праксе могу пружити основне услуге из области психијатрије (The German Hospice and Palliative Association, 2018, 18). Амбулантни психијатри такође су координатори скупа средстава које финансира *SHI*, а назива се „социотерапијска нега” (која захтева упућивање од стране лекара опште праксе), са циљем да се подстакну хронично ментално оболела лица да користе неопходну негу и избегну непотребне хоспитализације. Да би се даље промовисала амбулантна брига за психијатријске пацијенте (посебно у руралним областима са малом густином психијатара у амбулантним установама), болнице могу бити овлашћене да понуде лечење у амбулантним психијатријским одељењима.

*LTCI* (дугорочно осигурање) је обавезно и обично је корисник осигуран од стране истог осигураваача као здравствено осигурање и стога се састоји од сличног јавно-приватног осигурања. Стопа доприноса од 2,35 одсто бруто зараде дели се између послодаваца и запослених; особе без деце плаћају додатних 0,25 посто. Стопа доприноса је повећана за 0,2 посто почетком 2017. године. Сви који имају физичку или менталну болест или инвалидитет (који су допринели најмање две године) могу поднети захтев за бенефиције, које су: 1) зависне од процене индивидуалних потреба за негом Одбора за медицински преглед *SHI* (који води један од три нивоа бриге); и 2) ограничена на одређене максималне износе, у зависности од нивоа неге. Корисници могу да бирају између накнада у натури и готовинских исплата (око четвртина расхода *LTCI* иде на ове готовинске исплате). Такође, кућну негу и институционалну негу пружају готово искључиво приватни непрофитни и профитни провајдери. Пошто накнаде обично покривају око 50 одсто трошкова институционалне заштите, људима се саветује да купе додатну приватну *LTCI*. Породични старатељи добијају финансијску подршку кроз континуирано плаћање до 50 процената трошкова неге (Busse, Blümel, 2018, 108).

Брига о болничким услугама делимично је покривена од стране *LTCI*, ако је *SHI Medical Review Board* одредио ниво неге. Медицинске услуге или палијативно збрињавање у болници покрива *SHI*. Број болничких установа у болничком збрињавању

значајно је порастао током протеклих 15 година, на 235 болница и 304 одељења палијативног збрињавања на националном нивоу у 2017. години.

Немачки здравствени систем се истиче са две битне карактеристике:

- 1) Делењем овлашћења за доношење одлука између држава, федералне владе и саморегулисаних организација обвезника и пружаоца услуга; и
- 2) Одвајање *SHI* (укључујући друштвени LTCI) и *PHI* (укључујући приватне LTCI). *SHI* и *PHI* (као и два система осигурања за дугорочну негу) користе исте провајдере - то јест, болнице и лекари третирају и законски и приватно осигуране пацијенте, за разлику од оних у многим другим земљама (The Federal Statistical Office, 2018, 43).

У оквиру законског оквира који је утврдило Федерално министарство здравства, Савезни заједнички одбор има широку регулаторну моћ да одреди услуге које ће покривати фондови за болести и да одреди мере квалитета за пружаоце услуга. У мери у којој је то могуће, одлуке о покривености се заснивају на доказима из процена здравствене технологије и компаративних процена ефикасности. Савезни заједнички одбор је подржан од стране Института за квалитет и ефикасност (IKViG), фондације која је законски задужена за процену исплативости лекова са додатним терапијским предностима, и Института за квалитет и транспарентност (IKTiG), који је одговоран за међусекторску сарадњу. Има 13 чланова: пет из Савезног удружења фондова за боловање, по два из Савезног удружења лекара *SHI* и Савеза немачких болница, један из Савезног удружења стоматолога *SHI*, и три који нису повезани (The German Hospice and Palliative Association, 2018, 25). Пет представника пацијената имају саветодавну улогу, али немају глас. Представници организација пацијената имају право да учествују у различитим органима одлучивања - на пример, пододбори Савезног заједничког одбора.

Савезно удружење здравствених фондова сарађује са Савезним удружењем лекара *SHI* и Немачком федерацијом болница на изради *SHI* амбулантног режима и каталога ДРГ, који затим усвајају билатерални заједнички одбори. Од 2017. године, *IKTiG* је одговоран за развој инструмената за интерсекторско осигурање квалитета у име Савезног заједничког одбора. Поред тога, Институт развија критеријуме за оцењивање сертификата и циљева квалитета и осигурава да су објављени резултати разумљиви јавности (Busse, Blümel, 2018, 129).

Од свих болница се тражи да објаве резултате о одабраним индикаторима, као што је дефинисано у *IKTiG*, како би се омогућила болничка поређења. Уведени су прагови за одређени број сложених процедура (нпр. трансплантација), што захтева да болнице изврше минималан број таквих процедура које ће им се надокнадити. Процес

и, делимично, квалитет исхода решавају се кроз обавезни систем извештавања о квалитету за отприлике 2000 болница за акутну негу. Недавно усвојени Закон о реформи структуре болничке неге уводи фокус на акредитацију и исплату болничких услуга, почев од 2016. године (The Federal Statistical Office, 2018, 60).

Структурни квалитет се даље осигурава условом да пружаоци имају систем управљања квалитетом, навођењем да сви лекари настављају са медицинским образовањем и проценом здравствених технологија за лекове и процедуре (The Federal Joint Committee, 2018, 117). На пример, све нове дијагностичке и терапеутске процедуре примењене у амбулантној нези морају да добију позитивну процену користи и ефикасности пре него што добију надокнаду из фонда.

Иако не постоје захтеви за поновно потврђивање за лекаре, многе институције и пружаоци здравствених услуга укључују системе управљања жалбама као део њихових програма управљања квалитетом; у 2017. години, такви системи постали су обавезни за болнице. На државном нивоу, организације професионалних пружаоца услуга позивају се да успоставе системе за жалбе и арбитражне одборе за вансудско решавање захтева за медицинске несавесности.

Институт Роберт Кох, агенција која је подређена Федералном министарству здравља и одговорна за контролу заразних болести и извештавање о здрављу, спровела је национално истраживање пацијената и објавила податке о епидемиолошком, јавном здрављу и здравственој заштити. Регистри болести за одређене болести, као што су одређени канцери, обично се организују на регионалном нивоу. У августу 2013. године, као део Националног плана за борбу против карцинома, савезна влада усвојила је закон којим се предлаже имплементација националног стандардизованог регистра карцинома 2018. године како би се побољшао квалитет неге против болести.

ДМП-ови (Програм за управљање болестима), спроведени 2012. године, осигуравају квалитетну негу за особе са хроничним болестима. ДМП-ови су моделирани на основу препорука заснованих на доказима, уз обавезну документацију и осигурање квалитета. Необавезујуће клиничке смернице израђује Лекарска агенција за квалитет у медицини и друга професионална друштва.

Стратегије за смањење здравствених неједнакости преносе се углавном на јавне здравствене службе, а нивои на којима се они спроводе разликују се међу државама. Здравствене разлике се имплицитно спомињу у националним здравственим циљевима. Мрежа са више од 120 здравствених институција (нпр. Фондови за болести и њихове асоцијације) промовише здравље социјално угрожених (The German Hospice and Palliative Association, 2018, 32). Детаљни прописи делегирани су Савезном удружењу фондова за болест, који је развио смернице о потреби, циљним групама и приступу, као и процедури и методама. Фондови за боловање подржавају 22.000 здравствених

програма, нпр. у јаслицама и школама (Federal Ministry of Health, 2018, 48). Са Законом о јачању унапређења здравља и превенције, ови програми су недавно даље развијени и финансијски подржани.

Здравствени монитор (Gesundheitsmonitor) био је национално удружење непрофитних организација и здравствених фондова. Да би се проценила доступност здравствене заштите, они су редовно спроводили студије из перспективе пацијента - на пример, о доступности информација, искуствима са здравственом заштитом и напретку реформи здравственог система. Здравствени монитор, који је последњу студију спровео 2017. године, престао је да постоји после 15 година. Упоредни преглед здравственог приступа није обезбеђен (Busse, Blümel, 2018, 134).

Уложено је много напора за побољшање координације неге; на пример, фондови за здравствено осигурање нуде уговоре о интегрисаној нези и ДМП за хроничне болести како би се побољшала брига за хронично болесне пацијенте и побољшала координација између пружаоца услуга у амбулантном сектору. У децембру 2017. године, 9.966 регистрованих ДМП-ова за шест индикација обухватило је око 6.6 милиона пацијената (више од 8 одсто свих осигураника са SHI). Не постоји удруживање извора финансирања од стране сектора здравства и социјалне заштите (The Federal Statistical Office, 2018, 74).

Од 2017. године, Фонд за иновације промовише нове облике међусекторске и интегрисане бриге (и за угрожене групе) подржане годишњим финансирањем од 300 милиона евра (укључујући 75 милиона евра за евалуацију и истраживање здравствених услуга). Средства се додељују путем процеса за подношење захтева који се надгледа од стране Одбора за иновације, у оквиру Савезног заједничког одбора (Busse, Blümel, 2018, 136).

Од 2015. године, електронске медицинске чип картице користе се широм земље од стране свих SHI осигураника; шифрирају се информације о имену особе, адреси, датуму рођења и болесничком фонду, заједно са детаљима о осигурању и статусу особе у вези са додатним наплатама. Савезна влада је 2015. године донела Закон о безбедној дигиталној комуникацији и здравственој заштити (Закон о е-здравству), који даје конкретне рокове за имплементацију инфраструктурних и електронских апликација и уводи подстицаје и санкције ако се не поштују планови. Лекари SHI примају додатне накнаде за пренос електронских медицинских извештаја, прикупљање и документовање хитних података, као и управљање и преглед основних података о осигурању на интернету. Од јула 2018. године SHI лекари који не учествују у *online* прегледу основних података о осигурању добијају смањену накнаду. Осим тога, како би се осигурала већа сигурност у терапији лековима, пацијенти који истовремено користе најмање три преписана лека добиће индивидуални план лекова, почевши од октобра



2017. године (The German Hospice and Palliative Association, 2018, 44). У средњорочном периоду, овај план лекова биће укључен у електронски медицински запис.

У последње време, дошло је до помака од ослањања на укупне буџете за амбулантне лекаре и болнице до колективне регионалне буџете за лекаре према нагласку на квалитет и ефикасност. Закон о реформи структуре болничке неге има за циљ не само да повеже болничке исплате са добрим квалитетом услуга, већ и да смањи исплате за услуге ниске вредности. Да би се појачала конкуренција, одређена куповна моћ предата је здравственим фондовима. На пример, фондови сада могу селективно преговарати о уговорима о интегрисаној нези с пружаоцима услуга и преговарати о попустима с фармацеутским кућама.

Сви лекови, и патентирани и генерички, смештени су у групе са референтном ценом која служи као максимални ниво за надокнаду, осим ако они могу показати додатну медицинску корист. За лекове са додатном користи (које је проценио IKG, али о којима је одлучио Савезни заједнички комитет), Савезно удружење здравствених фондова преговара о рабату на цену произвођача која се примењује на све пацијенте. Поред тога, договорени су рабати између индивидуалних здравствених фондова и фармацеутских произвођача како би се смањиле цене испод референтне.

Од 2012. године, немачки систем здравствене заштите пролази кроз период активне реформе у неколико области. Најутицајнија реформа била је Други закон о јачању дугорочне заштите који у јануару 2016. године постао важећи, и који је значајно проширио подршку за појединце којима је потребна дуготрајна нега и за њихове породице. Други закон који је 2017. године ступио на снагу, повећао је право на пружање услуга дуготрајне неге, које су раније одобраване само особама са знатно ограниченим дневним функцијама. Нови закон има за циљ пружање услуга правичније, ширењем подобности за особе са физичким, менталним и психолошким оштећењима. Нове погодности се интегришу у стандардно законодавство о накнадама (The Federal Statistical Office, 2018, 87).

За финансирање ових реформи стопа доприноса за *LTCI* повећана је за 0,2 процентна поена, до 2,55 одсто прихода за особе са децом и 2,80 одсто за особе без деце. Према влади, повећање стопе доприноса генерисаће око 6 милијарди евра додатног прихода, што би требало да покрије додатне трошкове за дугорочну негу до 2022. године (Busse, Blümel, 2018, 187).

### **3.3. Здравствени систем Француске**

Пружање здравствене заштите у Француској је национална одговорност. Министарство за социјална питања, здравство и права жена одговорно је за



дефинисање националне стратегије. Током протекле две деценије, држава се све више укључивала у контролу издатака за здравство финансираних од стране законског здравственог осигурања (*SHI*). Планирање и регулација у оквиру здравствене заштите укључују преговоре између представника пружаоца услуга, државе и *SHI*. Резултати ових преговора преведени су у законе које је усвојио Парламент.

Поред утврђивања националне стратегије, одговорности централне владе укључују расподелу буџетских расхода између различитих сектора (болнице, амбулантна нега, ментално здравље и услуге за особе с инвалидитетом) и међу регијама. Министарство је у регионима заступљено од стране регионалних здравствених агенција, које су одговорне за здравље становништва и здравствену заштиту, укључујући превенцију и пружање здравствене заштите, јавно здравље и социјалну заштиту. Здравствена и социјална заштита за старије и немоћне особе спадају у надлежност Генералних савета, која су управна тела на локалном нивоу.

Укупни издаци за здравство чинили су 12 процената БДП-а (257 милијарди евра) у 2017. години, од чега се 76,6 посто јавно финансирало. *SHI* се финансира од пореза на плате послодаваца и запослених (50 одсто); национални наменски порез на доходак (35 одсто); порези на дуван и алкохол, фармацеутску индустрију и добровољно здравствено осигурање (13 одсто); и државне субвенције (2 одсто) (DREES, 2018a, 13).

Обухват је универзалан и обавезан, пружа се свим становницима од стране неконкурентних *SHI*. Од јануара 2016. године, квалификованост *SHI* универзално је додељена према *PUMA* (универзално здравствено осигурање). Грађани могу искључити *SHI* само у ретким случајевима - на пример, појединци запослени у страним компанијама (DREES, 2018b, 24). Држава финансира здравствене услуге за имигранте без докумената који су се пријавили за боравак. Посетиоци из других земаља Европске уније покривени су картицом осигурања ЕУ. Посетиоци који нису из ЕУ покривени су само за хитну помоћ.

Већина добровољног здравственог осигурања (*VHI*) је комплементарна, покрива углавном надокнаде за уобичајену негу и зубарску негу (минимално покривени *SHI*). Комплементарно осигурање обезбеђују углавном непрофитна удружења за узајамно запошљавање или установе које пружају помоћ, које имају право да покрију само партиципације за негу која се пружа у оквиру *SHI*; 95 процената становништва је покривено или путем послодаваца или путем ваучера за проверу имовинског стања (Nay et al, 2018, 2238). Приватне профитне компаније нуде и допунско здравствено осигурање, али само за ограничену листу услуга.

*VHI* финансира 13,5 процената укупних здравствених издатака. Обим покривености *VHI* варира у великој мери, али сви *VHI* уговори покривају разлику између *SHI* надокнаде и накнаде за услуге према званичном распореду такси. Обично се

нуди покривање обрачуна биланса, а већина уговора покрива салдо за услуге које се наплаћују до 300 посто од званичне накнаде. У 2013. години, установљени су закони за *VNI* који спонзорише послодавац како би се смањиле неједнакости у покривености које произлазе из варијација у приступу и квалитету. До 2017. године сви запослени имају користи од осигурања које спонзорише послодавац (за које плаћају 50 одсто трошкова), што покрива најмање 125 посто *SHI* накнада за стоматолошке услуге. Број корисника без додатног осигурања процењује се на 4 милиона. Избор међу осигуравајућим плановима одређује индустрија у којој послује (Nay et al, 2018, 2239).

Листе процедура, лекова и медицинских средстава обухваћених *SHI* дефинисани су на националном нивоу и примењују се у свим регионима земље. Министарство здравља, комитет за одређивање цена унутар министарства и фондови *SHI* поставили су ове листе, стопе покривености и цене. *SHI* покрива болничко збрињавање и лечење у јавним или приватним установама за рехабилитацију или физиотерапију; амбулантну негу коју пружају лекари опште праксе, специјалисти, зубари и бабице; дијагностичке услуге које преписују лекари и које спроводе лабораторије и парамедицински стручњаци; лекове на рецепт, медицинске уређаје и протезе које су одобрене за надокнаду; и прописује транспорт и негу у дому здравља. Такође, делимично покрива дугорочну болничку и менталну здравствену заштиту и пружа само минималну покривеност зубарском негом.

Иако превентивне услуге генерално имају ограничену покривеност, постоји потпуна надокнада за циљане услуге, као што су имунизација, мамографија и скрининг карцинома дебелог црева. Мера „Touraine закона“, усвојена 14. априла 2015. године, налаже легализацију центара за употребу дрога у наредном шестогодишњем периоду (Nay et al, 2018, 2241). Ови центри ће се користити искључиво за лечење посебно осетљивих наркомана, под надзором здравствених радника.

Подела трошкова има три облика: саосигурање; партиципације (део накнада које не покрива *SHI*); и балансирање наплате у примарној и специјалистичкој нези. У 2017. години, укупна потрошња из џепа чинила је 8,5 одсто укупних издатака за здравство (без удела који је покривен додатним осигурањем), што је нижи проценат него претходних година - можда због споразума потписаног између синдиката лекара и владе да се ограничи наплата биланса у замену за добровољно ограничавање на двоструку службену накнаду (DREES, 2018a, 24). Овај уговор пружа пацијентима делимичну надокнаду салда наплате од стране *SHI*-а и смањене социјалне накнаде за лекаре.

Већина потрошње из џепа је за стоматолошке услуге, за које су званичне таксе веома ниске, максимално 200 евра за протезе. Међутим, удео издатака за стоматолошке

услуге се смањује. Истовремено, повећава се и потрошња, због повећане покривености *VHI* стоматолошком негом.

Стопе саосигурања се примењују на све здравствене услуге и лекове наведене у пакету накнада и варирају према:

- \* врсти неге (болнички, 20 одсто; посете лекара, 30 одсто; и стоматолошке, 30 одсто),
- \* ефикасност лекова који се издају на рецепт (високо ефикасни лекови, као што је инсулин, немају саосигурање; стопе за све друге лекове су 15 одсто до 100 одсто, зависно од терапијске вредности),
- \* усклађеност са недавно имплементираним системом (Nay et al, 2018, 2242).

Особе са ниским приходима имају право на бесплатну или државно спонзорисану *VHI*, бесплатну негу вида и бесплатну стоматолошку заштиту, с тим да се укупан број таквих корисника процењује на око 10 одсто становништва. Изузећа од саосигурања примењују се на појединце са било која од 32 спецификована хронична обољења (13 одсто популације, уз изузеће ограничено на лечење тих стања); појединци који имају користи од потпуне здравствене заштите коју покрива држава (3 одсто) или ваучера за комплементарно здравствено осигурање (6 одсто); и особе које примају накнаде за инвалидност и повреде на раду (2 одсто) (DREES, 2018a, 29). Болничко саосигурање односи се само на првих 31 дан у болници, а неке хируршке интервенције су изузете. Деца и особе с ниским примањима ослобођени су плаћања партиципација.

Колективни уговори између представника здравствених професија и *SHI*, потписани на националном нивоу, примењују се на све осим на оне професионалце који се изричито одричу. Ови споразуми одређују распоред накнада, као и координацију и подстицај за квалитет.

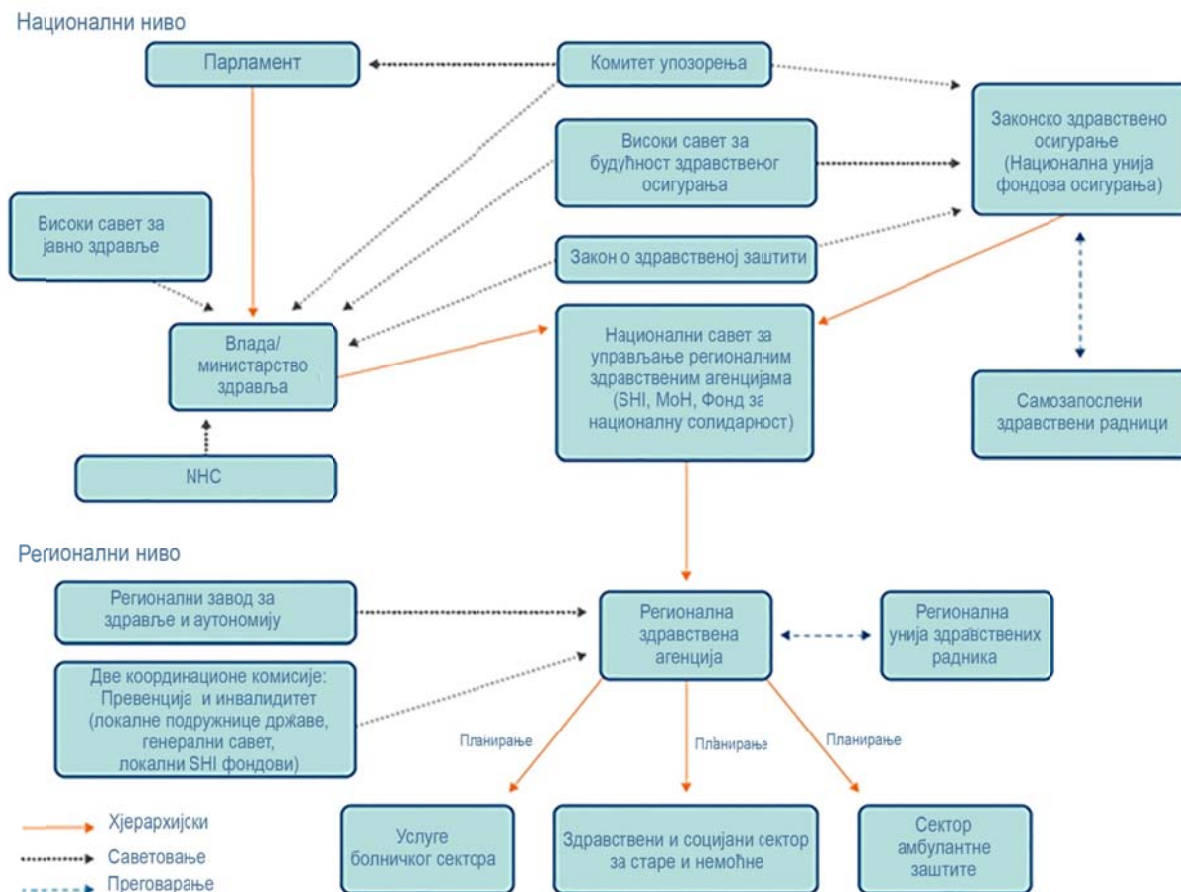
У Француској постоји око 221.000 лекара опште праксе и 119.000 специјалиста (однос од 3,4 на 1.000 становника). Око 59 процената лекара је потпуно или делимично samozапослено (67 одсто лекара опште праксе, 51 одсто специјалиста). Преко 50 процената лекара опште праксе, углавном млађих доктора, у групној су пракси. Просечна пракса састоји се од два до три лекара. Седамдесет пет процената пракси чине искључиво лекари; преостале праксе обухватају низ удружених здравствених професионалаца, који су обично плаћени за услугу (DREES, 2018b, 59).

Самозапослени лекари опште праксе плаћају углавном накнаду за услугу и могу примити годишњу капитализовану исплату по особи од 40 евра за координацију бриге за болесника са хроничним стањем. Поред тога, до 5.000 евра годишње обезбеђује се за постизање циљева везаних за коришћење компјутеризованих медицинских картона, електронског преноса потраживања, пружања превентивних услуга као што су

имунизација, усклађеност са смерницама за пацијенте са дијабетесом и хипертензијом, генеричко преписивање и ограничена употреба психоактивних лекова за старије пацијенте (Nay et al, 2018, 2243). Од 2013. године, лекари опште праксе такође могу склопити уговорни споразум према којем им се гарантује месечни приход од 6.900 евра ако они успостављају своју праксу у региону са недовољним бројем лекара. За оне који изаберу да раде пуно радно време у медицинским центрима, гарантована плата је око 50.000 евра (Nay et al, 2018, 2244).

Просечни приходи лекара у примарној здравственој заштити у 2017. години износили су 82.020 евра, од чега је 94 одсто дошло од накнада, а остатак од финансијских подстицаја и плата. Накнаде које је утврдило министарство здравља и *SHI* замрзнуте су од 2011. године, али су се повећали приходи из других извора (DREES, 2018a, 43).

Слика 11. Организација здравственог система у Француској



Извор: Nay, O., Béjean, S., Benamouzig, D., (2018), *Achieving Universal Health Coverage in France: Policy Reforms and the Challenge of Inequalities*, *Lancet*, 387(10034), p. 2239.

Експерименталне ГП (општа пракса) мреже које обезбеђују координацију хроничне неге, психолошке услуге, услуге дијететичара и друге неге које не покрива

*SHI*, финансирају се из наменских средстава из регионалних здравствених агенција. Поред тога, од краја 2017. године у функцији је више од 1.000 домова здравља, који пружају услуге (обично са три до пет лекара и отприлике десетак других здравствених радника) и негу након радног времена.

Око 36 одсто амбулантних специјалиста искључиво је samozапослено и плаћа се на бази накнаде за услугу; остали су или потпуно плаћени од стране болница или имају комбинацију прихода. У октобру 2017. године, учешће у програмима *плати-за-учинак* проширено је на све samozапослене лекаре, укључујући специјалисте; специјалисти морају испуњавати циљеве квалитета специфичне за болести поред оних циљева који се примењују на ГП. Просечни годишњи приходи од плата за учинак износе 5.480 евра по лекару; такви приходи представљају мање од два одсто укупних средстава за амбулантне услуге. Пацијенти могу бирати међу специјалистима по упућивању од стране опште праксе, са изузетком гинеколога, офталмолога, психијатра и стоматолога. Заобилажење упућивања доводи до смањења *SHI* покривености (Nay et al, 2018, 2245).

Специјалистичка накнада коју је одредио *SHI* износи 28 евра, али стручњаци могу да балансирају. Просечни годишњи приход samozапослених стручњака је 133.460 евра. Половина стручњака је у групним праксама, које се повећавају међу специјализацијама које захтевају велике инвестиције, као што су нуклеарна медицина, радиотерапија, патологија и дигестивна хирургија (DREES, 2018a, 51).

Стручњаци који раде у државним болницама могу прегледати пацијенте који плаћају приватно или на амбулантној или болничкој основи, али они морају платити одређени постотак својих накнада болници. У извештају министарства здравства из 2017. године процењује се да је 10 посто од 46.000 специјалиста за хирургију, радиологију, и кардиологију лечило приватне пацијенте (Nay et al, 2018, 2246). Растуће незадовољство због прекомерног обрачуна биланса откривено у штампи, заједно са тврдњама приватних клиника о нелојалној конкуренцији, изазвало је неколико јавних истрага - последња од њих је резултирала препорукама за повећање јавне контроле над овом активношћу.

Пацијенти плаћају пуну накнаду и захтевају надокнаду за пуни износ или мање, у зависности од покрића (умањен за један 1.00 еврo), а највише 50,00 евра по пацијенту годишње. Врло контроверзан чланак у закону из Touraine из 2015. године био је систем управљања плаћањем треће стране (Sisteme du tiers-paiant) као сигурносна мрежа за најсиромашније становништво (DREES, 2018a, 58). Исплата од стране треће стране чини консултације са лекарима потпуно бесплатним у тренутку лечења: практиканти ће бити плаћени директно путем социјалног осигурања и додатног здравственог осигурања.

Негу након радног времена пружа одељење за хитне случајеве јавних болница, приватне болнице које су потписале споразум са својом Регионалном агенцијом за здравство, samozапослени лекари који раде за хитне службе и домове здравља које финансира *SHI* и здравствени радници на добровољној основи. Лекари примарне здравствене заштите немају мандат да обезбеде негу након радног времена.

Хитним службама може се приступити путем националног броја телефона за хитне случајеве, у којем раде обучени професионалци који одређују тип потребног одговора. Могућност телефонског саветовања је у фази експеримента; то би укључивало дељење информација из пацијентовог електронског медицинског картона са пацијентовим лекаром примарне здравствене заштите. Јавно финансирани мултидисциплинарни здравствени центри са samozапосленим здравственим радницима омогућавају бољи приступ нези након радног времена, поред свеобухватније бриге; накнада за услугу је правило за ове центре.

Јавне установе чине око 65 одсто болничких капацитета и активности, приватне непрофитне установе чине још 25 одсто, а приватне непрофитне установе, главни пружаоци неге у лечењу карцинома, чине остатак. Све болнице и клинике од 2008. године, добијају надокнаду путем система дијагностичке групе (ДРГ), који се односи на све болничке и ванболничке пријеме и покрива плате лекара у јавним и непрофитним болницама. Пакетно плаћање по епизоди неге не постоји (DREES, 2018b, 72).

Јавне болнице углавном се финансирају из обавезног здравственог осигурања (80 одсто), уз добровољно осигурање и директну исплату пацијената за остатак прихода. Јавне и приватне непрофитне болнице такође имају користи од грантова који надокнађују истраживање и наставу (до додатних 13 одсто буџета) и од пружања хитних услуга, узимања органа и пресађивања органа (у просеку додатних 10 -11 одсто буџета болнице). Приватне, профитне клинике које поседују појединци или, све више, велике корпорације, имају исти механизам финансирања као јавне болнице, али се удео појединих платиоца разликује (DREES, 2018a, 64). Накнаде лекара се наплаћују поред ДРГ у приватним клиникама, а стопе плаћања ДРГ ниже су него у јавним или непрофитним болницама. Ова разлика је оправдана разликама у величини објеката, мешавини ДРГ и карактеристикама пацијената (старост и социоекономски статус). Рехабилитационе болнице имају и планирани систем плаћања на основу дужине боравка и интензитета неге.

Услуге за ментално оболеле особе пружају и јавни и приватни здравствени сектор, с нагласком на пружање услуга у заједници. Јавна брига се пружа у географски одређеним областима и обухвата широк спектар превентивних, дијагностичких и терапеутских болничких и амбулантних услуга. Амбулантни центри пружају примарну амбулантну заштиту менталног здравља, укључујући кућне посете. Заштита менталног



здравља није формално интегрисана са примарном здравственом заштитом, али велики број поремећаја амбулантно се третира и од стране лекара опште праксе или приватних психијатара или психолога, од којих неки практикују психотерапију и, понекад, психоанализу. Законско здравствено осигурање покрива бригу коју пружају лекари опште праксе и психијатри у приватној пракси, јавне амбуланте за заштиту менталног здравља и приватне психијатријске болнице. Исплате се не односе на особе са дијагнозом дуготрајне душевне болести. Негу коју пружају психотерапеути или психоаналитичари у потпуности финансирају пацијенти или покрива *VHI*. Уплату и паушалну накнаду за смештај такође може у потпуности покрити *VHI*.

Укупни расходи за дугорочну негу у 2017. години процењени су на 39 милијарди евра, или 17 процената укупних издатака за здравство. Законско здравствено осигурање покрива медицинске трошкове дуготрајне неге, док су породице одговорне за трошкове становања у болницама и другим дугорочним објектима - у просеку 1.500 евра месечно. Брига о крају живота у болницама у потпуности је покривена. Нека средства за збрињавање старијих и немоћних особа долазе из Националног фонда за солидарност, који је пак финансиран од стране *SHI*. Локалне власти, општи савети и домаћинства такође учествују у финансирању ових категорија неге. Кућна нега старих лица углавном се пружа од стране samozапослених лекара и медицинских сестара, а у мањој мери од стране медицинских сестара. Дуготрајна бригаа у установама обезбеђује се у домовима за стара лица и јединицама за дуготрајну негу. Укупно постоји 10.000 установа са 720.000 кревета. Од тих институција, 54 одсто су јавне, 28 одсто приватне непрофитне организације и 18 одсто профитне, иако се постотак непрофитних институција повећава (Nay et al, 2018, 2246).

Министарство здравља утврђује и спроводи владину политику у областима јавног здравља и организације и финансирања система здравствене заштите, у оквиру Закона о јавном здравству. Оно регулише отприлике 75 процената трошкова здравствене заштите на основу свеукупног оквира који је успоставио Парламент, што укључује заједничку одговорност са законским здравственим осигуравачима за дефинисање пакета бенефиција, одређивање цена и накнада за пружаоце услуга (укључујући накнаде и доприносе за ДРГ) и одређивање цена лекова.

Француска агенција за сигурност здравствених производа надгледа сигурност здравствених производа, од производње до маркетинга. Агенција такође координира активности које се односе на све релевантне производе. Агенција за информисање о болничкој заштити управља информацијама које се систематски прикупљају од свих болница и користе за планирање и финансирање болница. Надлежност Националне агенције за процену квалитета здравствених и социјалних организација обухвата промовисање права пацијената и развој превентивних мера како би се избегло



злостављање, посебно у рањивим популацијама као што су старије и немоћне особе, деца, адолесценти и социјално маргинализоване особе. Она израђује практичне смернице за сектор здравства и социјалне заштите и оцењује организацију и услуге.

Национална здравствена управа (HAS) је главно тело за процену здравствене технологије, с властитом експертизом као и овлашћењима за проверу процена из спољних група. Задатак HAS-а је разнолик, од процене лекова, медицинских средстава и процедура, до објављивања смерница, акредитације здравствених организација и сертификације лекара. Конкуренција је ограничена на *VHI*, чији су пружаоци под надзором Агенције за контролу узајамног осигурања (DREES, 2018b, 88).

Развијени су национални планови за лечење ретких болести и бројних хроничних стања, укључујући рак и Алцхајмерову болест и ретке болести, као и за превенцију и здраво старење. Ови планови успостављају управљање (на пример, план за координацију истраживања и лечења карцинома и успостављање смерница за медицинску праксу и прагове активности), развој алата и координисање постојећих организација. Сви планови наглашавају важност пружања подршке неговатељима и обезбеђивања квалитета живота пацијената, уз примену и поштовање смерница и промовисање праксе засноване на доказима. HAS објављује основни пакет помоћи за 32 хронична стања заснован на доказима. Даља упутства о препорученим путевима неге обухватају хроничну опструктивну плућну болест, срчану инсуфицијенцију, Паркинсонову болест и завршну фазу бубрежне болести (DREES, 2018a, 76).

*SHI* и министарство здравства финансирају „мреже провајдера“ у којима стручњаци који учествују деле смернице и протоколе, договарају се о најбољим праксама и имају приступ заједничкој евиденцији пацијената. Регионалне власти финансирају пилот програме за телемедицину како би се побољшала координација неге и приступ бризи за специфичне услове или популацију, као што су новорођенчад или старије особе.

Програм *Paerpa* (Personnes agees en riskue de perte d'autonomie), који је успостављен 2014. године у девет пилот региона, представља напор на националном нивоу да побољша квалитет живота и координацију интервенција за слабије старије особе. За samozапослене лекаре, сертификацију и ревалидацију организује независно тело које је одобрио HAS, док за болничке лекаре могу бити изведена као део процеса акредитације болнице. Лекари, бабице, медицинске сестре и други професионалци морају проћи континуиране активности учења, које се ревидирају сваке четврте или пете године. Факултативна акредитација постоји за бројне високоризичне медицинске специјалности, као што су акушерство, хирургија и кардиологија. Акредитовани лекари могу тражити одбитак на премије за професионално осигурање.

Болнице морају бити акредитоване сваке четири године; критеријуми и извештаји о акредитацији јавно су доступни на веб страници *HAS*-а. *CompakH*, национални програм индикатора учинка, такође има резултате о одабраним индикаторима. Осигурање квалитета и управљање ризиком у болницама прати се на националном нивоу од стране министарства здравља, које објављује *online* техничке информације, податке о болничким активностима и податке о контроли болничких инфекција. Тренутно, финансијске награде или казне нису везане за јавно извештавање, иако остају спорна питања. Информације о појединим лекарима нису доступне.

Постоји празнина у очекиваном трајању живота између мушкараца у највишој социјалној категорији и мушкараца у најнижим социјалним категоријама и лошијег здравља међу онима са државним осигурањем и без комплементарног осигурања. Закон о јавном здравству из 2004. године поставио је циљеве за смањење неједнакости у приступу бризи везаној за географску доступност услуга (до сада су се само медицинске сестре договориле да ограниче нове праксе у областима које су заштићене), финансијске баријере (исплате из џепа биће ограничене допунско осигурање које финансира држава) и неједнакост у превенцији у вези са гојазношћу, скринингом и имунизацијом. Француска је 2009. године покренула свој Други план за борбу против карцинома и ставила неједнакости у средиште своје политике јавног здравља. Уговорни споразум дозвољава коришћење подстицаја за лекаре који раде у недовољно опремљеним подручјима, проширење плаћања од стране трећих страна и наметнута ограничења на ускраћивање бриге.

Министарство здравља извештава о националним истраживањима која показују регионалне разлике у здрављу и приступу здравственој заштити. Неадекватна координација у систему здравствене заштите и даље представља проблем. Различите иницијативе везане за квалитет, које је покренуло министарство здравља или регионалне агенције, имају за циљ побољшање координације болничке, ванболничке и социјалне заштите. Они циљају на старију популацију и покушавају да рационализују пут здравства, интегришући пружаоце здравствене и социјалне заштите путем заједничког портала.

Иницијатива за потпуну интеграцију електронских здравствених записа (EHR) суочила се са вишеструким кашњењима, а интеграција информационих система између здравствених радника и болница остаје ограничена. Пројекат *EHR* (медицинско особље Пројет досијеа) покрива 587.443 пацијента од 2017. године, или 0.8 одсто становништва и процењених 731 болница. Болнички и канцеларијски професионалци и пацијенти имају јединствени електронски идентификатор, а сваки здравствени радник може приступити евиденцији и унети информације које подлежу одобрењу пацијента. Интероперабилност је осигурана путем чипа на здравственим картицама пацијената. По

закону, пацијенти имају потпуни приступ информацијама у својим евиденцијама, било директно или преко свог лекара опште праксе. Дељење информација између здравствених и социјалних радника тренутно није дозвољено. Влада је основала Националну агенцију (ASIP sante) за проширење коришћења и интероперабилности постојећих здравствених информационих система (DREES, 2018a, 84-85).

*SHI* се суочио са великим дефицитима у протеклих 20 година, али су пали са 10,0 милијарди евра у 2006. години на 4,6 милијарди евра у 2015. години. Овај тренд је резултат низа иницијатива, укључујући смањење броја болничких кревета за акутну негу; уклањање 600 лекова из јавних накнада; повећање генеричког преписивања и употребе лекова без рецепта; смањење цена генеричких лекова; и смањење службених такси за samozапослене радиологе и биолошке лабораторије (DREES, 2018b, 94). Друге мере укључују централну куповину како би се боље преговарали трошкови, повећао удео амбулантне операције. Конкуренција се не користи као механизам контроле трошкова. Глобални буџети се користе само у уговорима о цени и обиму за лекове или уређаје. Механизми за дељење трошкова пацијената укључују повећане надокнаде за пацијенте који одбијају генеричке лекове. Растућа цена лекова решава се на два начина: коришћењем наменских средстава и ограничавањем укупних трошкова лечења у износу од 700 евра 2017. године и уговарањем споразума о цени и обиму и необјављених рабата са произвођачима (DREES, 2018b, 95).

Две главне реформе из 2017. године биле су универзални приступ законском здравственом осигурању (на снази од јануара 2017. године) и распоређивање плаћања трећих страна за консултације са лекарима (Nay et al, 2018, 2248). Обе реформе имају јасну Беверицову инспирацију и део су политике за смањење социјалних неједнакости у приступу неги.

### 3.4. Здравствени систем Италије

Италијанска национална здравствена служба (Servizio Sanitario Nazionale) основана је 1978. године, са универзалном покривеношћу, солидарношћу, људским достојанством и здравственим потребама као водећим принципима. Организована је на националном, регионалном и локалном нивоу. Према италијанском уставу, централна влада контролише расподелу пореских прихода за јавно финансирану здравствену заштиту и дефинише национални законски пакет накнада који ће бити понуђен свим становницима у свакој регији – „основни ниво неге“ (livelli essenziali di assistenza, или LEA). У Италији 19 региона и две аутономне покрајине имају одговорност да организују и пружају здравствене услуге преко локалних здравствених јединица. Региони уживају значајну аутономију у одређивању макро структуре својих

здравствених система (Lo Scalzo et al, 2018, 5). Локалним здравственим јединицама управља генерални директор, кога именује гувернер региона. Локалне здравствене јединице пружају примарну здравствену заштиту, болничку негу, амбулантну специјалистичку негу, јавну здравствену заштиту и здравствену заштиту везану за социјалну негу.

Национална здравствена служба (NHS) покрива све грађане и легалне стране држављане. Покривеност је аутоматска и универзална. Од 1998. имигранти без докумената имају приступ хитним и неопходним услугама. Привремени посетиоци добијају здравствене услуге, али плаћају трошкове лечења. Јавно финансирање чинило је 75,8 одсто укупне потрошње за здравство у 2017. години, са укупним расходима од 9,1 одсто БДП-а. Јавни систем финансира се првенствено кроз порез на добит (око 35,6 одсто укупног финансирања у 2017. години) који се удружује на националном нивоу и расподељује се регионима, обично пропорционално њиховим доприносима. Постоје велике међурегионалне разлике у основици пореза на добит, што доводи до неједнакости у финансирању. Јавни систем поседује и фиксни део прихода од пореза на додатну вредност на националном нивоу (око 47,3 одсто од укупног износа у 2017. години) (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2018, 11).

Регијама је дозвољено да стварају сопствене додатне приходе, што доводи до даљих међурегионалних финансијских разлика. Сваке године, Стална конференција о односима између државе, региона и аутономних покрајина (са председницима региона и представницима централне владе као њеним члановима) одређује критеријуме (обично број становника и демографске податке о старости) како би се доделила средства регионима. Локалне здравствене јединице углавном се финансирају из капитализованих буџета. Пошто Национална здравствена служба не дозвољава људима да се искључе из система и траже само приватну негу, не постоји заменско осигурање, али постоји допунско и допунско приватно здравствено осигурање.

Приватно здравствено осигурање има ограничену улогу у здравственом систему, што чини око један одсто укупне потрошње у 2017. години. Око шест милиона људи покривено је неким обликом добровољног здравственог осигурања (VNI), које уопштено покрива искључене услуге нудећи виши стандард удобности и приватности у болничким објектима и шири избор међу јавним и приватним пружаоцима услуга. Неке приватне политике здравственог осигурања покривају и надокнаде за приватне услуге или дневну накнаду за време хоспитализације (Lo Scalzo et al, 2018, 8). Пореске олакшице погодују комплементарности у односу на додатно добровољно осигурање. Постоје два типа приватног здравственог осигурања: корпоративно, којим компаније покривају запослене, а понекад и њихове породице, и некорпоративно, где појединци купују осигурање за себе или своје породице. Политике, било колективне или

индивидуалне, обезбеђују профитне и непрофитне организације. Тржиште карактеришу три врсте непрофитних организација: организације добровољног узајамног осигурања и корпоративни и колективни фондови које организују послодавци или професионална удружења за своје запослене или чланове. Не постоји информација о броју продатих полиса по сваком типу *VNI* провајдера, али непрофитне осигуравајуће компаније покривају већину осигураника.

Примарна и болничка нега бесплатне су у месту коришћења. Позитивне и негативне листе дефинисане су помоћу критеријума везаних за медицинску неопходност, ефективност, људско достојанство, прикладност и ефикасност у пружању неге. Позитивне листе идентификују услуге које се нуде свим становницима; примери укључују фармацеутске производе, болничку негу, превентивну медицину, специјалистичку амбулантну негу, кућну негу, примарну негу и болничку негу. Негативне листе идентификују услуге које се не нуде пацијентима, као што је козметичка хирургија; услуге покривене само од случаја до случаја, као што су ортодонција и ласерска операција ока; и услуге за које је пријем у болницу вероватно неприкладан, као што је операција катаракте. Регије могу понудити услуге које нису укључене у основне нивое здравствене заштите, али их морају сами финансирати.

Лекови на рецепт подељени су у три нивоа према клиничкој делотворности и делимичној исплативости. Први слој (класа А) укључује лекове за спашавање и третмане за хронична стања и покривен је у свим случајевима; други (класа С) садржи све друге лекове и није покривен *NHS*-ом. Постоји додатни ниво (класа Х) који садржи лекове који се могу дати само у болници (Lo Scalzo et al, 2018, 10). Постоји додатни ниво (класа Х) који садржи лекове који се могу испоручити само у болници (Lo Scalzo et al, 2018, 10). Сва три нивоа редовно ажурира Национална фармацеутска агенција на основу нових клиничких доказа. За неке категорије лекова, терапеутски планови су обавезни, а прописи морају следити клиничке смернице. Стоматолошка заштита генерално се не покрива, осим за децу до 16 година старости и угрожену популацију.

Процедуре и посете специјалистима могу преписати лекари опште праксе (ГП) или специјалисти. Иако не постоје корисничке таксе за консултације са ГП-ом и боравак у болници, пацијенти плаћају партиципацију за сваку преписану процедуру или специјалистичку посету до горње границе која је одређена законом - тренутно 36,15 евра. У циљу смањења јавног дуга, влада је у јулу 2011. године, заједно са другим економским иницијативама, увела додатних 10 евра за сваки рецепт. Доприноси су такође примењивани на амбулантне лекове на регионалном нивоу, а уведен је и допринос од 25 евра за „непотребно“ коришћење хитних служби (иако неки региони нису применили ову партиципацију). Јавни и приватни пружаоци услуга према уговору са Националном здравственом службом не смеју наплаћивати изнад предвиђених

накнада. Сви појединци са плаћањима из џепа изнад 119 евра у датој години имају право на порески кредит једнак отприлике једној петини њихове потрошње, али нема ограничења (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2018, 27).

У 2017. години, 22 посто укупне потрошње на здравство плаћено је из џепа, углавном за лекове који нису обухваћени јавним системом и за стоматолошке услуге. Исплате из џепа могу се користити за приступ специјалистичкој нези и, у мањој мери, болничкој нези у приватним и јавним објектима за пацијенте који плаћају. Изузеци од поделе трошкова примењују се на особе које имају мање од 6 година и особе које имају више од 65 година и које живе у домаћинствима чији је бруто доходак испод националног прага (око 36.000 евра); особе са тешким инвалидитетом, као и затвореници, ослобођени су било какве поделе трошкова. Особе са хроничним или ретким болестима, особе које су ХИВ позитивне и труднице изузете су од поделе трошкова за лечење које се односи на њихово стање. Већина скрининг услуга је бесплатна (Lo Scalzo et al, 2018, 17).

Примарну негу пружају samozапослени и независни лекари, лекари опште праксе и педијатри по уговору и плаћају накнаду на основу броја људи на њиховој листи. Локалне здравствене јединице такође могу да плате додатне накнаде за доставу планиране бриге за одређене пацијенте (нпр. кућна нега за хронично болесне пацијенте), за постизање циљева перформанси (нпр. награђивање ефикасног ограничавања трошкова за преписане фармацеутске производе, лабораторијске тестове и терапијске третмане) или за пружање додатних третмана (нпр. вакцинације против грипа). Капитација је прилагођена старости и чини око 70 одсто укупног плаћања. Варијабилни део обухвата накнаду за одређену врсту лечења, укључујући мање операције, кућну негу, превентивне активности и бригу о хроничним болесницима. У просеку, бруто приход ГП-а креће се између 80.000 и 120.000 евра, у зависности од списка (Lo Scalzo et al, 2018, 19). Нивои плаћања, дужности и одговорности лекара опште праксе утврђују се колективним уговором који се потписује сваке три године путем консултација између синдиката централне владе и ГП. Поред тога, регије и локалне здравствене јединице могу потписати уговоре који покривају додатне услуге.

У 2017. години постојало је приближно 53.000 доктора опште праксе и педијатара (33.6 одсто свих практичара који раде за *NHS*) и 104.600 болничких клиничара (66.4 одсто). Пацијенти се морају пријавити код ГП-а који има мотивацију да преписује и упућује само као одговарајући: у већини случајева, подстицаји се додељују само оним лекарима опште праксе и педијатрима који су испод претходно одређеног максимума потрошње или циља потрошње. Људи могу да изаберу сваког доктора који није остварио максимални број пацијената (то је 1.500 за лекаре опште праксе и 800 за педијатре) и могу да га промене било када.



У последњих неколико година, модел самосталне праксе постепено је модификован према групној пракси, посебно у северном делу земље. Законодавство подстиче лекаре опште праксе и педијатре да раде на три начина: основна групна пракса, у којој лекари из различитих канцеларија деле клиничка искуства, развијају смернице и учествују у радионицама које процењују учинак; пракса мрежних група, која функционише као пракса базне групе, али дозвољава лекарима опште праксе и педијатрима да приступе истом систему пацијентових електронских здравствених записа; и напредна групна пракса, у којој лекари опште праксе и педијатри имају исту канцеларију и систем здравствених евиденција пацијената и могу да пруже негу пацијентима изван појединачних подручја. У 2017. години, око 70,3 одсто лекара опште праксе и 61,2 одсто педијатара радило је у тиму. Групне праксе обично се крећу од три до осам лекара опште праксе (Lo Scalzo et al, 2018, 24).

Лекари опште праксе који раде у основним групним праксама добијају додатних 2,58 евра за сваког пацијента регистрованог у њиховој листи, док лекари у мрежној пракси примају 4,70 евра (за педијатре 8,00 евра). На крају, лекари који раде у групној пракси добијају 7,00 евра, а педијатри 9,00 евра. Лекари опште праксе или педијатри примају додатну уплату од 4,00 евра за запошљавање медицинске сестре и 3,50 евра за секретара (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2018, 43). Неки региони промовишу координацију бриге тако што траже од својих лекара да раде у групама које се састоје од специјалиста, медицинских сестара и социјалних радника. Циљ је да свака група буде задужена за све здравствене потребе свог додељеног становништва. Овај аранжман се подстиче додатним плаћањима лекарима опште праксе по пацијенту и снабдевању тимова особљем.

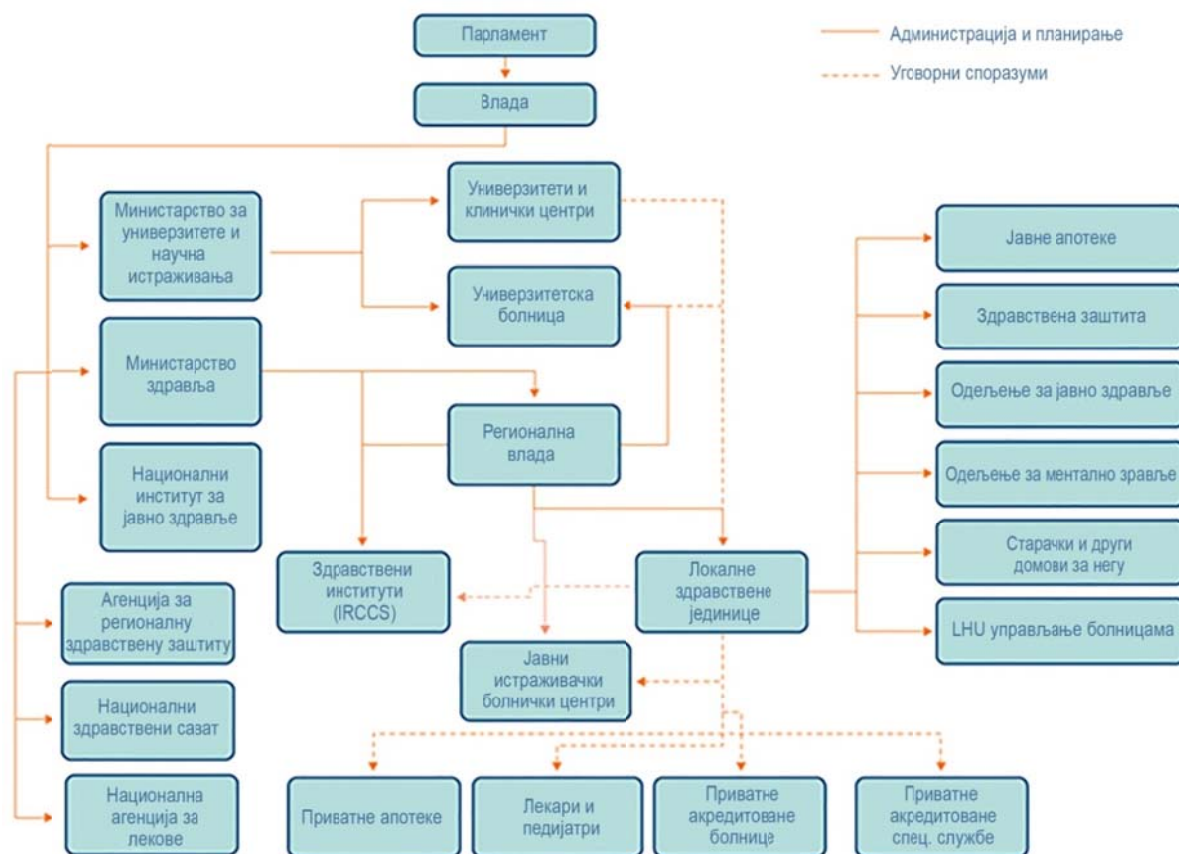
Амбулантна специјалистичка нега обично се пружа од стране локалних здравствених јединица или од стране јавних и приватних акредитованих болница које имају уговор са њима. Након упућивања, пацијентима се даје могућност избора било које јавне или приватне акредитиране болнице, али им се не даје могућност избора специјалиста. Посете амбулантним специјалистима обично се обављају од стране samozапослених специјалиста који раде по уговору са Националном здравственом службом. Њима се плаћа сатница која се уговара на националном нивоу између владе и синдиката; тренутна стопа је око 32 евра (Lo Scalzo et al, 2018, 27). Специјалисти амбуланте могу прегледати приватне пацијенте без икаквих ограничења, док специјалисти запослени у локалним здравственим установама и јавним болницама не могу. Мултиспецијалистичке групе чешће су у северним деловима земље.

Допринос пацијента је ограничен на амбулантне специјалистичке посете и дијагностичка испитивања, док су посете примарној здравственој заштити бесплатне. Уплату обично плаћа пацијент пре посете или теста. У случају хитне медицинске



помоћи након радног времена, или када консултације са ГП-ом нису могуће, услугу пружа хитна медицинска служба (guardia medica), у којој раде „лекари континуираног збрињавања“ (medici di continuita assistenziale). Сатница, договорена између синдиката ГП-а и владе, износи приближно 25 евра. После прегледа и почетног лечења, лекар може да препише лекове, изда медицинске налазе и препоручи пријем у болницу. Услуга обично функционише ноћу и викендом (Ministero dell’Economia e delle Finanze, 2018, 59). Информације о посети пацијента не шаљу се рутински пацијентовом лекару. Да би се побољшала приступачност, удружења владе и удружења јавних здравља покушавају да промовишу модел у којем лекари опште праксе, специјалисти и медицинске сестре координирају како би осигурали 24-сатни приступ и избегли непотребно коришћење хитних служби у болници. Имплементација је неуједначена по регионима.

Слика 12. Организација здравственог система у Италији



Извор: Lo Scalzo, S., Donatini, A., Orzella, L., (2018), *Italy: Health System Review, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels*, p. 6.

У зависности од региона, јавне фондове додељују локалне здравствене јединице јавним и акредитованим приватним болницама. У 2017. години постојало је отприлике 187.000 кревета у јавним болницама и 45.500 у приватним болницама које су

акредитоване. Јавне болнице се управљају директно од стране локалних здравствених јединица или делују као полу-независна јавна предузећа. Проспективни платни систем заснован на дијагностици на групама делује у целој земљи и чини већину прихода од болница, али се обично не примењује на болнице које воде локалне здравствене јединице, где су глобални буџети уобичајени. Цене укључују све трошкове болница, укључујући и трошкове лекара. Болнице за наставу примају додатна плаћања (обично 8 до 10 одсто укупног прихода) за покривање додатних трошкова везаних за наставу. Постоје значајне међурегионалне варијације у платном систему, као што су начин одређивања накнада, које су услуге искључене и који алати се користе (Lo Scalzo et al, 2018, 31). Међутим, сви региони имају механизме за смањење накнада након што се достигне праг потрошње, како би се смањили трошкови. У свим регионима, део финансирања се управља ван проспективног платног система (нпр. финансирање специфичних функција као што су одељења за хитне случајеве и наставни програми).

Лекари у болници су запослени. Јавно-болничким лекарима забрањено је да лече пацијенте у приватним болницама; сви јавни лекари који прегледају приватне пацијенте у јавним болницама плаћају део свог додатног прихода болници.

Заштиту менталног здравља пружа Национална здравствена служба у различитим установама које се финансирају из јавних фондова, укључујући центре за ментално здравље у заједници, психијатријске дијагностичке центре у заједници, стационарна одељења опште болнице. У 2017. години било је 1.938 стамбених објеката и 819 полу-услужних објеката, који су пружали негу за око 69.000 пацијената (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2018, 62). Промоција и координација превенције менталних болести, неге и рехабилитације су одговорност одређених одељења за ментално здравље у локалним здравственим јединицама. Они се заснивају на мултидисциплинарном тиму, укључујући психијатре, психологе, медицинске сестре, социјалне раднике, едукаторе, радне терапеуте, људе са обуком из психосоцијалне рехабилитације и секретарско особље. У већини случајева примарна заштита не игра улогу у пружању заштите менталног здравља.

Код дуготрајне неге, пацијенти се углавном лече у стамбеним објектима (око 180.000 кревета у 2017. години) или полу-приватним (14.000 кревета) објектима или у кућној нези (око 634.000 случајева). Стамбене и полу-стамбене услуге пружају медицинске сестре, а лекари специјалну негу, рехабилитационе услуге, медицинске терапије и уређаје. Пацијенти морају бити упућени у домове. Подела трошкова за услуге за становање варира у зависности од региона, али се генерално одређује приходом пацијената.

Кућна нега у заједници се финансира јавно, док стамбеним објектима управља мешавина јавних и приватних, профитних и непрофитних организација. Кућна нега у

заједници је осмишљена тако да не пружа услуге физичке или менталне заштите, већ да пружи додатну помоћ током третмана или терапије. Упркос владиним пружањима услуга становања и кућне неге, дуготрајна нега у Италији се традиционално карактерише ниским степеном јавног финансирања и пружања услуга у поређењу са другим европским земљама.

Финансијска помоћ за пацијенте може имати два облика:

- \* Пратећа накнада: Национални завод за пензијско осигурање додељује је свим грађанима Италије којима је потребна стална помоћ. Накнада, која се односи на потребу, али не и на доходак или старост, износи око 500 евра месечно.
- \* Ваучери за негу: Општине додељују на основу прихода, потребе и клиничке озбиљности само становницима општина које нуде услугу. Износ се креће између 300 и 600 евра месечно (Lo Scalzo et al, 2018, 33).

Добровољне организације и даље играју кључну улогу у пружању палијативне неге. Национална политика палијативног збрињавања постоји од краја 1990-их и допринела је повећању броја услуга као што су болнице, центри за дневну негу и јединице за палијативно збрињавање у болницама. У 2017. години било је 176 болница, са око 1.800 кревета. Али још много тога треба учинити како би се осигурала дифузија услуга палијативног збрињавања јер постоје разлике: северни региони су у просеку бринули за 54 пацијента на 100.000 становника, док је у централним и јужним регијама стопа пала на 27 пацијената (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2018, 65).

Министарство здравља тренутно је подељено у 12 дирекција које надгледају специфичне области здравствене заштите (планирање здравствене заштите; основни нивои етике у здравству и здравственој заштити; људски ресурси и здравствени професионалци; информациони системи; фармацеутски и медицински уређаји) или надгледају главне институције у вези са Министарством здравља (нпр. Национални здравствени савет, Национални институт за здравље). Кључни невладини субјекти који подржавају Министарство здравља укључују Национални здравствени савет (који пружа подршку за национално планирање здравства, хигијену и јавно здравље, фармакологију и фармакоепидемиологију, континуирану медицинску едукацију за здравствене стручњаке и информационе системе) и Национални институт за Јавно здравство (које даје препоруке и контролу у области јавног здравља).

Национални комитет за медицинске производе развија анализе трошкова и користи и одређује референтне цене за медицинске уређаје. Агенција за регионалне здравствене услуге једина је институција која је одговорна за спровођење компаративне анализе ефикасности и одговорна је регионима и Министарству здравља. Национална

фармацеутска агенција одговорна је за сва питања која се односе на фармацеутску индустрију, укључујући и правила за одређивање цена лекова на рецепт и политике повраћаја. Она је одговорна Министарству здравља и Министарству економије и финансија (France et al, 2017, 188).

Стопе плаћања за болничку и амбулантну специјалну негу одређују региони, са националним ценама (које одређује Министарство здравља) као референцу. Неке регионалне владе успоставиле су агенције за процену и праћење квалитета здравствене заштите и пружање компаративних процена ефикасности и подршке регионалним одељењима за здравство. Регионалне владе повремено потписују „Пактове за здравље“ (Patto per la Salute) са националном владом која повезује додатне ресурсе са постизањем циљева планирања здравствене заштите и потрошње.

Заштита права пацијената није била јединствена и зависила је од нивоа напора појединих региона. Региони су имплементирали различите моделе оснаживања: неки кроз сталне одборе, који укључују чланове из удружења грађана као институционално средство укључивања пацијената, а други наглашавајући систематска истраживања задовољства пацијената. Свака јавна институција има канцеларију за односе са јавношћу (Ufficio Relazioni con il Pubblico) која пружа информације грађанима и, у многим случајевима, прати квалитет услуга са становишта грађана.

Влада је и на националном и на регионалном нивоу одговорна за одржавање квалитета и осигуравање да се услуге укључене у основне нивое здравствене заштите пружају и да се време чекања прати. Неколико региона је увело програме за давање приоритета пружању неге на основу клиничке подобности прописаних услуга и озбиљности пацијента. Сви доктори који су под уговором са Националном здравственом службом морају бити сертификовани, а сви запослени у Националној здравственој служби учествују у обавезном континуираном образовању. Национална комисија за акредитацију и квалитет здравствене заштите одговорна је за дефинисање критеријума који се користе за одабир пружаоца услуга и за оцењивање регионалних модела акредитације (укључујући приватне болнице), који се значајно разликују у целом систему. Ови модели обично не укључују периодичну реакредитацију.

Законодавство усвојено током деведесетих обухвата три главне компоненте квалитета: улаз (квалитет инфраструктуре и људски ресурси), процес (прикладност и правовременост интервенција) и исход (здравствено стање и задовољство пацијената).

Национално законодавство захтева од свих пружаоца здравствених услуга да издају „графикон здравствених услуга“ са информацијама о учинку услуга, индикаторима квалитета, временима чекања, стратегијама осигурања квалитета и процесу за притужбе пацијената. Ови графикони, такође су усвојени од стране приватног сектора за процес акредитације и морају се објављивати једном годишње,

иако се о методама дисеминације одлучује на регионалном нивоу. Већина провајдера шири податке путем летака и интернета. Медицинским сестрама и другом медицинском особљу нуде се финансијски подстицаји (везани за процене менаџера, али не и за јавно пријављене податке). Национални план за клиничке смернице (Piano Nazionale Linee Guida) имплементиран је последњих година и произвео је смернице о темама које се крећу од кардиологије до превенције карциномима и од одговарајуће употребе антибиотика до порођаја царским резом. Неки региони су увели програме за управљање болестима, експериментишу са моделима хроничне неге и воде регистре, углавном за оболеле од карцинома и дијабетеса. Не постоје национални регистри и истраживања пацијената се не користе за контролу квалитета (Sagan, Thompson, 2018, 4).

Међурегионална неједнакост је дугогодишња брига. Неједнакости везане за доходак у самопријављеном здравственом статусу су значајне. Региони добијају део средстава из фонда за изједначавање (Fondo Perekuativo Nazionale), који има за циљ смањење неједнакости. Агрегатно финансирање региона одређује Министарство економије и финансија, а механизам расподеле ресурса темељи се на капитализацији прилагођеној демографским карактеристикама и коришћењу здравствених услуга према доби и полу. Нема систематског јавног извештавања о варијацијама приступа здравству, иако неколико јавних и приватних институција објављује извештаје са анализом варијација здравствене заштите (France et al, 2017, 192)

Интеграција услуга здравствене и социјалне заштите недавно је побољшана, уз значајну промену дугорочне неге из институција у заједнице и нагласак на кућну негу. Кућна нега у заједници успоставља мрежу кућне неге која интегрише компетенције медицинских сестара, лекара опште праксе и лекара специјалиста са потребама и укључивањем породице. Лекари опште праксе надгледају мрежу кућне неге, повезују се са социјалним радницима и другим секторима здравствене заштите и преузимају одговорност за исходе пацијената. Региони имају програме хроничног лечења, који се углавном баве високим учесталостима као што су дијабетес, конгестивно затајење срца и респираторна стања. Сви програми укључују различите компетенције. Неки региони такође покушавају да успоставе програме за управљање болестима на основу модела хроничне неге, мада се степен организације разликује у различитим регионима.

Најновији Пакт за здравље, потписан у јулу 2017. године, значајан је корак ка интеграцији неге: сви региони морају успоставити Јединице за примарну здравствену заштиту (Unita Complesse di Cure Primarie) у којима учествују лекари опште праксе, специјалисти, медицинске сестре и социјални радници. С обзиром на то да традиционално, италијански лекари раде у самосталној пракси, прелазак на овај нови организациони аранжман захтеваће знатне напоре (Lo Scalzo et al, 2018, 37). Да би се

даље промовисала интеграција и усвајање мултидисциплинарних тимова, у неким регионима се охрабрују домови за медицинске услуге.

Нови здравствени информациони систем (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) примењује се постепено од 2002. године, са циљем успостављања универзалног система електронских записа који повезују сваки ниво неге. Пружа информације о услугама, употреби ресурса и трошковима, али не обухвата све области здравствене заштите; посебно, примарна здравствена заштита није укључена, док су болнице, хитне, амбулантне, резиденцијалне и палијативне услуге, као и фармацеутске услуге укључене. Тренутно региструје административне информације о пруженој нези, али се чини да је медицинске информације теже прикупити. На националном нивоу не постоји јединствени идентификатор пацијента.

Кључна компонента новог здравственог информационог система је национални клинички програм кодирања познат као „цигле“ (mattoni), један од најзрелијих елемената италијанског програма за развој електронског здравља. Циљ је да се дефинише заједнички језик за класификацију и кодификовање концепата; делити методологије за мерење квалитета, ефикасности и прикладности бриге; и омогућити ефикасну размену информација између националних и регионалних власти.

Неки региони су развили компјутеризоване мреже како би се олакшала комуникација између лекара, педијатра, болница и територијалних служби и побољшао континуитет неге. Ове мреже омогућавају аутоматско пребацивање регистара пацијената и информација о пруженим услугама, рецепте за специјалистичке посете и дијагностику, те резултате лабораторијских и радиолошких тестова. Неколико региона је такође развило лични електронски здравствени запис, који је доступан пацијенту, који садржи све његове или њене медицинске информације, као што су амбулантни резултати специјалистичке неге, лекарски рецепти и инструкције за отпуштање из болнице. Лични електронски здравствени записи имају за циљ да пруже подршку пацијентима и клиничарима током читавог процеса неге, али је дифузија још увек ограничена.

Задржавање трошкова здравствене заштите је основна бригаа централне владе, будући да је јавни дуг Италије међу највишим индустријским земљама. Фискални капацитет се значајно разликује од регије до регије. Да би се испунили циљеви ограничавања трошкова, централна влада може наметнути планове за опоравак регионима са дефицитом издатака за здравствену заштиту. Њима се идентификују алати и мере потребне за постизање економске равнотеже: ревизија болничких и дијагностичких накнада, смањење броја кревета, повећање доплата за лекове и смањење људских ресурса кроз ограничени промет.



Агенција за регионалне здравствене услуге, у сарадњи са Министарством здравља, има овлашћење да спроводи процене здравствене технологије и примењује своје налазе на регионалном нивоу, али процене још увек нису формализоване или подржане системски. Тренутно постоји неколико регионалних агенција за процену здравствене технологије, а њихова примарна функција је да процењују поједине технологије. Процене нису обавезне за иновативне процедуре и уређаје. Међутим, референтне цене за медицинске уређаје и лекове постављају се према студијама економичности које спроводе Национални комитет за медицинске производе и Национална агенција за лекове. Штавише, Национални фармацеутски формулари заснивају одлуке о покривености делом на клиничкој ефикасности и економичности. Цене лекова за надокнаду су постављене у преговорима између владе и произвођача у складу са следећим критеријумима: економичност где не постоје ефикасне алтернативне терапије; поређење цена алтернативних терапија за исто стање; трошкови по дану у поређењу са трошковима производа исте ефикасности; финансијски утицај на здравствени систем; процењени тржишни удео новог лека; и просечне цене и подаци о потрошњи из других европских земаља. Цене за лекове који се не могу надокнадити одређује тржиште (Sagan, Thompson, 2018, 9).

Због регионализације здравственог система, већина иновација у пружању здравствене заштите одвија се на регионалном, а не на националном нивоу, при чему се неке регије сматрају лидерима у иновацијама.

### **3.5. Здравствени систем Шведске**

Сва три нивоа шведске владе су укључена у систем здравствене заштите. На државном нивоу, Министарство здравља и социјалних питања одговорно је за свеукупну политику здравствене заштите, радећи заједно са осам националних владиних агенција. На регионалном нивоу, 12 окружних савета и девет регионалних тела одговорни су за финансирање и пружање здравствених услуга грађанима. На локалном нивоу, 290 општина је одговорно за бригу о старима и инвалидима. Локалне и регионалне власти представљају шведско удружење локалних власти и регија (SALAR). Три основна принципа важе за сву здравствену заштиту у Шведској:

1. Људско достојанство: Сва људска бића имају једнако право на достојанство и имају иста права без обзира на њихов статус у заједници.
2. Потреба и солидарност: Они који имају највећу потребу имају предност у третирању.



3. Исплативост: Када се мора направити избор, треба постојати разумна равнотежа између трошкова и користи, са трошком који се мери у односу на побољшање здравља и квалитета живота (Swedish Medical Association, 2018, 16).

Издаци за здравство чинили су 11 посто БДП-а у 2017. години. Око 83 посто ове потрошње било је јавно финансирано, са трошковима окружних савета који су износили готово 57 посто, општина 25 посто, а централна влада готово 2 посто. Окружни савети и општине наплаћују пропорционални порез на доходак својим становницима како би помогли у покривању здравствених услуга. У 2017. години, 69 одсто укупних прихода окружних савета дошло је од локалних пореза и 17 одсто од субвенција и државних грантова финансираних од националних пореза на доходак и индиректних пореза. Грантови владе су осмишљени тако да редистрибуирају ресурсе између општина и окружних савета на основу потреба. Циљани државни грантови финансирају специфичне иницијативе, као што је смањење времена чекања. У 2017. години, 89 одсто укупне потрошње окружних савета било је на здравствену заштиту (Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2018, 21).

Покривеност је универзална и аутоматска. Закон о здравству и медицинским услугама из 1982. године наводи да здравствени систем мора обухватити све легалне становнике. Хитно покривање се пружа свим пацијентима из земаља Европске уније/Европске економске зоне и пацијентима из осталих земаља (девет) који имају потписане билатералне споразуме са Шведском. Деца која траже азил и деца без докумената имају право на услуге здравствене заштите, као и деца која имају стално пребивалиште. Одрасли тражиоци азила и одрасли без докумената имају право на негу која се не може одложити (нпр. породиле).

Приватно здравствено осигурање, у облику допунског осигурања, чини мање од један одсто трошкова. Везано углавном за услуге здравствене заштите на раду, купује се првенствено ради осигурања брзог приступа специјалисти амбулантног лечења и избегавања листа чекања за изборни третман. Осигуравачи су профитни. У 2017. години 635.000 појединаца је имало приватно осигурање, што представља отприлике 10 посто свих запослених особа у доби од 15 до 74 године (National Board of Health and Welfare, 2018, 37).

Не постоји пакет дефинисаних давања. Здравствени систем који се финансира из јавног сектора покрива јавно здравље и превентивне услуге, примарну заштиту, стационарну и амбулантну специјализовану негу, хитну негу, болничке и амбулантне лекове који се издају на рецепт, заштиту менталног здравља, услуге рехабилитације, службе за подршку инвалидности, услуге подршке за транспорт пацијената, кућну негу и дуготрајну негу, укључујући бригу о старачком дому и болничку негу, стоматолошку

негу и оптометрију за децу и младе, и, уз ограничене субвенције, зубарске услуге за одрасле. С обзиром да одговорност за организовање и финансирање здравствене заштите лежи на окружним саветима и општинама, услуге се разликују у целој земљи.

У 2017. години, око 16 процената свих здравствених трошкова је било приватно, од тога, 97 одсто било је из џепа. Већина потрошње из џепа је за лекове. Окружни савети утврђују стопе партиципације, што доводи до варијација у целој земљи. Провајдери не могу наплаћивати изнад предвиђене накнаде. На националном нивоу, годишње исплате из џепа за здравствене посете су ограничене на 1.100 круна (120 долара) по особи. У свим окружним саветима, особе млађе од 18 година – и у већини окружних савета, особе млађе од 20 година - изузете су од корисника накнаде за посете (Swedish Medical Association, 2018, 23).

Денталне и фармацеутске бенефиције одређују се на националном нивоу. Особе млађе од 20 година имају слободан приступ свим зубарским услугама. Особе старије од 20 година добијају фиксну годишњу субвенцију од 150 - 300 круна, у зависности од старости, за превентивну стоматолошку негу. За остале стоматолошке услуге, у периоду од 12 месеци, пацијенти старији од 20 година плаћају пуну цену услуга до 3.000 круна (330 долара), 50 посто трошкова услуга између 3.000 и 15.000 круна (330 и 643 долара), и 15 одсто трошкова изнад 15.000 круна (1.643 долара). Не постоји ограничење на корисничке накнаде за зубарске услуге (Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2018, 26).

Појединци плаћају пуну цену преписаних лекова до 1.100 круна годишње, након чега се субвенција поступно повећава на 100 одсто. Годишњи лимит за плаћање рецепата из џепа износи 2.200 круна за одрасле. Одвојени годишњи максимум од 2.200 шведских круна колективно се односи на сву децу која припадају истој породици. За одређене лекове који се издају на рецепт и не подлежу надокнади, пацијенти морају платити пуну цену (Swedish Medical Association, 2018, 24).

У принципу, све друштвене групе имају право на исте повластице. Горње границе за потрошњу из џепа односе се на све, а укупна горња граница за корисничке накнаде није прилагођена приходима. Неке циљне групе, као што су деца, адолесценти, труднице и старије особе, ослобођени су корисничких накнада или примају субвенције за одређене услуге, као што су нега за мајку или вакцинације.

Здравствени систем је високо интегрисан. Важна политичка иницијатива која је покренула структуралне промене од 1990-их година односила се на преусмеравање болничке неге на амбулантну и примарну заштиту и концентрацију високо специјализоване неге у академским медицинским центрима. Све накнаде провајдера одређене су од стране окружних савета, што доводи до варијација у целој земљи. Јавни и приватни лекари (укључујући специјалисте), медицинске сестре и друге категорије

здравственог особља на свим нивоима здравствене заштите претежно су запослени. Просечна месечна плата за лекара са специјалистичком дипломом (укључујући специјалисте опште медицине) је износила 63.000 шведских круна (6.900 америчких долара) у 2017. години. Не постоји пропис који забрањује лекарима (укључујући специјалисте) и другом особљу које ради у јавним болницама или примарној заштити да прегледа приватне пацијенте ван јавне болнице или праксе примарне здравствене заштите (National Board of Health and Welfare, 2018, 39). Међутим, послодавци здравствених радника могу успоставити таква правила за своје запослене.

Примарна здравствена заштита чини око 20 одсто свих издатака за здравство, и око 16 одсто свих лекара раде у овом окружењу. Главна форма праксе је тимска примарна здравствена заштита, коју чине лекари опште праксе, медицинске сестре, бабице, физиотерапеути, психолози и гинеколози. У просеку постоје четири лекара опште праксе у пракси примарне здравствене заштите. Лекари опште праксе или окружне медицинске сестре обично су прва тачка контакта за пацијенте. Дистриктне медицинске сестре запослене у општинама такође учествују у кућној нези и редовно врше кућне посете, посебно старијим особама; имају ограничен ауторитет за преписивање.

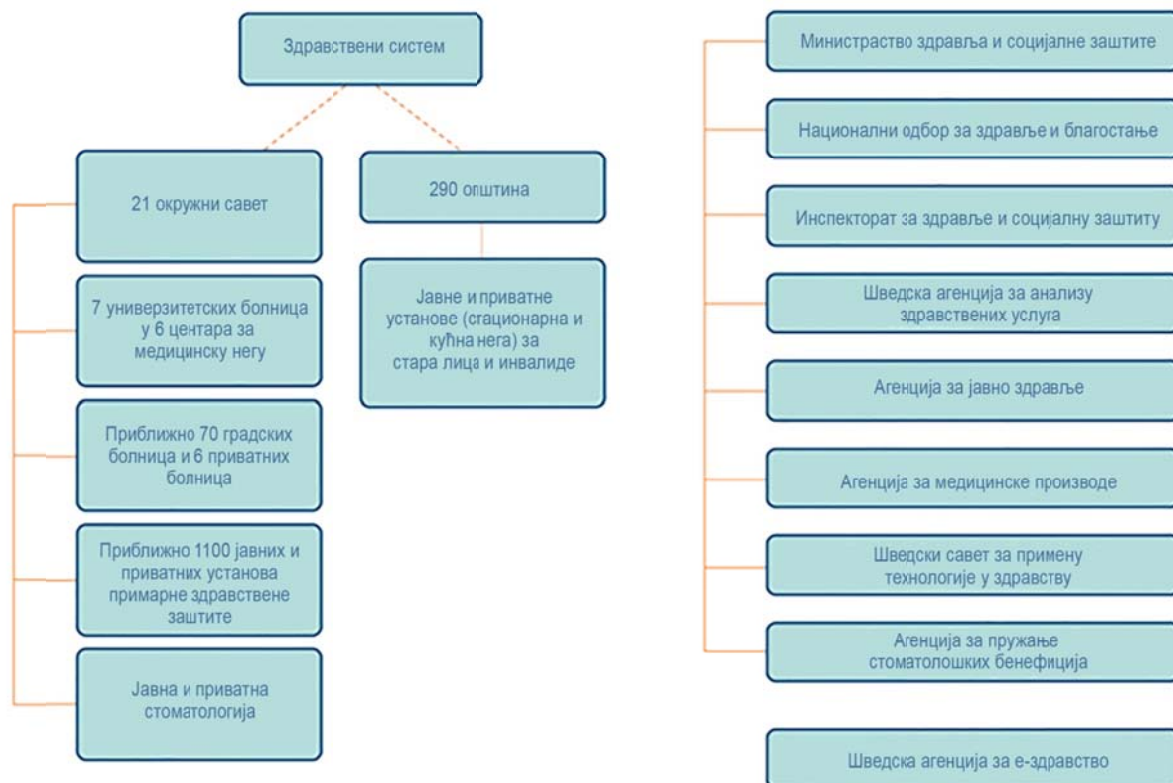
Људи се могу регистровати код било ког јавног или приватног провајдера акредитованог од стране локалног окружног савета; већина особа се региструје са праксом уместо са лекаром. Регистрација није потребна за посету пракси. Постоји око 1.200 пракси примарне здравствене заштите, од којих је 40 посто у приватном власништву. Провајдерима (јавним и приватним) плаћа се комбинација фиксне капитализације за своје регистроване физичке особе (80-95 одсто од укупног износа плаћања), накнада за услугу (5-18 одсто), а често и плаћање по основу учинка (0–3 одсто) за постизање циљева квалитета у областима као што су задовољство пацијената, координација бриге, континуитет, упис у националне регистре и поштовање смерница заснованих на доказима (Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2018, 35).

Амбулантна специјалистичка нега пружа се на универзитетским и окружним болничким болницама и у приватним клиникама. Пацијенти имају избор специјалиста. Јавни и приватни пружаоци услуга плаћају се кроз исте фиксне, перспективне исплате по случају (на основу група које се односе на дијагнозу (ДРГ)). Пацијенти обично плаћају провајдеру накнаду за примарну негу и друге амбулантне посете. У већини случајева, пацијенти могу платити и касније.

Од пружаоца основне здравствене заштите тражи се да обезбеде негу након радног времена. Особље које обезбеђује услуге ванредне здравствене заштите обично укључује лекаре опште праксе и медицинске сестре. Не постоји посебан аранжман за плаћање провајдера, а иста надокнада важи и за редовне сате. Информације које се

односе на посете пацијентима након радног времена рутински се шаљу у ординацију у којој је пацијент регистрован. Осим тога, седам универзитетских болница и око 50 општинских болничких болница пружају комплетне хитне службе 24 сата дневно (Swedish Medical Association, 2018, 31).

Слика 13. Организација здравственог система у Шведској



Извор: Anell, A., Glenngård, A., Merkur, S., (2018), Sweden: Health System Review, Health Systems in Transition, 14(5), p. 8.

Сви окружни савети и регионална тела пружају информације о томе како и где да траже помоћ преко својих веб страница и националне телефонске линије (1177), са медицинским особљем које је на располагању током целог дана да дају савете о лечењу. Штавише, сви савети у округу и њихова регионална тела сарађују како би обезбедили информације на интернету о фармацеутским производима, медицинским условима и путевима за тражење неге (Anell et al, 2018, 56).

На нивоу окружног савета има седам универзитетских болница и седамдесет болница. Шест од њих су приватне, а три нису профитне. Остали су јавни. Окрузи су разврстани у шест здравствених подручја да би се одржао висок ниво напредне медицинске заштите и обезбедила једноставнија сарадња. Високо специјализована нега, која често захтева најнапреднију техничку опрему, концентрисана је у универзитетским болницама како би се постигао виши квалитет и већа ефикасност и створиле

могућности за развој и истраживање. Болнице за акутну негу (седам универзитетских болница и две трећине од 70 општинских болница) пружају пуну хитну помоћ. Глобални буџети или комбинација глобалних буџета, ДРГ и метода заснованих на учинку користе се за надокнаду болницама. Две трећине или више укупних исплата обично је у облику буџета, а око 30 одсто заснива се на ДРГ. Исплате засноване на учинку које се односе на постизање циљева квалитета представљају мање од 5 посто укупног плаћања. Плаћања се традиционално заснивају на историјским (пуним) трошковима.

Заштита менталног здравља је интегрални део система здравствене заштите и подлеже истом закону и корисничким накнадама као и друге здравствене услуге. Особама са мањим проблемима менталног здравља обично се помаже у примарној здравственој заштити, било од стране лекара опште праксе или од стране психолога или психотерапеута; пацијенти са тешким менталним проблемима упућују се на специјализовану психијатријску негу у болницама. Специјализована болничка и амбулантна психијатријска нега, укључујући и оне везане за поремећаје употребе супстанци, доступна је одраслима, деци и адолесцентима.

Одговорност за финансирање и организацију дугорочне бриге за старије особе и за подршку особама са инвалидитетом лежи на општинама, али окружни савети су одговорни за рутинску здравствену заштиту тих пацијената. Старије одрасле особе и особе са инвалидитетом имају посебан максимални износ за плаћање услуга које су наручиле општине (1.772 круна месечно у 2017. години) (Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2018, 42). Закон о социјалним услугама прецизира да одрасли у свим каснијим фазама живота имају право на јавне услуге и помоћ, нпр. помагала за кућну негу, помоћ у кући и испоруке obroka. Такође је обухваћена и нега краја живота, било у кући појединца или у старачком дому или болници. Закон о здравству и медицинским услугама и Закон о социјалним услугама регулишу начин на који окружни савети и општине управљају палијативном негом. Организација и квалитет палијативног збрињавања увелико варирају како унутар општина тако и унутар окружних савета. Јединице за палијативно збрињавање налазе се у болницама. Алтернатива палијативном збрињавању у болници је напредна палијативна кућна нега.

Постоје и јавни и приватни домови за негу и пружаоци кућне неге. Око 30 одсто свих старачких домована и кућне неге било је приватно обезбеђено иако се проценат значајно разликује међу општинама. Плаћање приватним провајдерима обично је засновано на уговору, након јавног тендерског процеса. Право на бригу о старачком дому заснива се на потреби, коју заједнички одређују клијент и особље општине; често и сродник учествује. Национална политика промовише помоћ у кући и кућну негу над институционализованом заштитом, са старијим особама које имају право да живе у

својим домовима што је дуже могуће. Општине такође могу надокнадити неформалне неговатеље, било директно (накнаде за релативну негу) или запошљавањем неформалног неговатеља (релативна брига). Окружни одбори су одговорни за финансирање и организацију здравствене заштите, док су општине одговорне за рутинске бриге и стамбене потребе старијих и особа са инвалидитетом.

У примарној здравственој заштити постоји конкуренција између пружалаца услуга (јавних и приватних) за регистрацију пацијената, иако они не могу конкурисати путем одређивања цена, будући да окружни савети одређују накнаде. Окружни одбори контролишу успостављање нових приватних пракси регулисањем радног времена, клиничких компетенција и других организационих аспеката и регулисањем финансијских услова за акредитацију и плаћање. Право на успостављање праксе и јавно надокнађивање односи се на све јавне и приватне пружаоце услуга који испуњавају услове за акредитацију.

Централна влада, преко Министарства здравља и социјалних питања, одговорна је за свеукупну политику здравствене заштите. У области заштите здравља и јавног здравља постоји осам агенција владе. Национални одбор за здравство и добробит врши надзор над свим здравственим особљем, дистрибуира информације, развија норме и стандарде за медицинску негу и, прикупљањем и анализом података, осигурава да су те норме и стандарди испуњени. Одбор је ауторитет за лиценцирање здравственог особља. Здравствено особље није обавезно да поново поднесе захтев за дозволом. Агенција такође води регистре здравствених података и званичне статистике.

Шведска агенција за е-здравство промовише размену информација између стручњака за здравствену и социјалну заштиту и доносилаца одлука. Она чува и преноси електронске рецепте издате у Шведској и одговорна је за пренос електронских рецепата у иностранство. Агенција је такође одговорна за статистику продаје лекова и фармацеутских производа. Инспекторат здравствене и социјалне заштите је одговоран за надзор здравствене заштите, социјалних услуга и активности које се тичу подршке и услуга за особе са инвалидитетом. Такође је одговоран за издавање дозвола у тим областима (Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2018, 56).

Агенција за јавно здравство пружа националној влади, владиним агенцијама, општинама и окружним саветима знање засновано на доказима у вези са контролом заразних болести и јавног здравља, укључујући процену здравствених технологија. Шведски савет за процену технологије у здравству промовише употребу економичних технологија здравствене заштите. Савет разматра и процењује нове третмане са медицинског, економског, етичког и друштвеног становишта. Информације из прегледа се прослеђују централним и локалним властима и медицинском особљу у сврху доношења одлука (Anell et al, 2018, 119). Главна агенција за процену фармацеутских



производа је Агенција за стоматолошке и фармацеутске бенефиције. Од 2002. године, она је имала мандат да одлучи да ли ће одређени лекови бити укључени у Националну шему за лекове; лекови на рецепт одређују се делимично на основу њихове вредности. Мандат агенције такође укључује стоматолошку заштиту. Агенција за медицинске производе у међувремену је шведски национални орган надлежан за регулацију и надзор развоја, производње и продаје лекова и других медицинских производа.

Окружни одбори су одговорни да осигурају да пружаоци здравствених услуга пружају услуге високог квалитета. Њихово управљање провајдерима подразумева процену да ли су постигнути циљеви квалитета - они који су повезани са шемом „плати-за-перформансе“ или везани за захтеве за акредитацију. Провајдери се оцењују на основу информација из регистара пацијената и националних регистара квалитета, истраживања везаних за задовољство пацијената и састанака између пружалаца услуга и окружних савета (Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2018, 58).

Национални одбор за здравство и социјално старање, заједно са Националним институтом за јавно здравље и Агенцијом за стоматолошке и фармацеутске бенефиције, спроводи систематске прегледе доказа и развија смернице за утврђивање приоритета у подршци програмима управљања болестима који су развијени на нивоу окружног савета. Међународне смернице и стручњаци такође су од кључног значаја за развој ових локалних програма. Да би се смањила непотребна варијација у клиничкој пракси, дошло је до тренда развоја регионалних смерница за информисање о постављању приоритета. На пример, Национална стратегија за борбу против карцинома основана је 2009. године, а шест регионалних центара за карцином (RCC) формирано је 2011. године. Улога RCC-а је да допринесе праведнијој, безбеднијој и ефикаснијој нези карцинома кроз регионалну и националну сарадњу. Више од 100 националних регистара квалитета користе се за праћење и процену квалитета међу пружаоцима услуга и за процену могућности лечења и клиничке праксе. Регистри чувају појединачне податке о дијагнози, лечењу и исходима лечења. Они се финансирају од стране централне владе и окружних савета, којима управљају специјализоване организације, и годишње их надгледа извршни одбор (Swedish Medical Association, 2018, 39).

Од 2006. године, влада је објавила годишња поређења и рангирања здравствених служби окружних савета, користећи податке из националних регистара квалитета, Националне анкете о здравственом стању, Националне анкете о времену чекања и Националне анкете пацијената. Публикација за 2017. годину обухватила је 350 индикатора, организованих у различите категорије као што су превенција, задовољство пацијената, време чекања, поверење, приступ, хируршко лечење и лечење од дрога. Око 100 индикатора приказано је и за болнице, али без рангирања. Статистике о искуствима



пацијената и времену чекања у примарној здравственој заштити такође су доступне путем Интернета како би се помогло људима у избору пружаоца услуга.

Закон о здравственим услугама из 1982. године истиче једнак приступ услугама према потреби и визију једнаког здравља за све. Међународна поређења показују да су здравствене разлике у Шведској релативно ниске. Национални одбор за здравство и добробит и Агенција за јавно здравство састављају и шире компаративне информације о индикаторима јавног здравља. Приступима смањењу диспаритета укључују програме за подршку променама у понашању и програмима који су усмерени на амбулантне превентивне услуге за угрожене групе. Како би спречили пружаоце примарне здравствене заштите да избегавају пацијенте који имају велике потребе, већина окружних савета додељује средства на основу формуле која узима у обзир и укупну болест (на основу дијагнозе) и социоекономске услове регистрованих појединаца.

Подела одговорности између окружних савета (за лечење) и општина (за негу и рехабилитацију) захтева координацију. Напори да се побољша сарадња и развију интегрисаније и приступачније услуге подржани су циљаним државним грантовима. У 2005. години уведено је „правило 0–7–90–90“ како би се побољшао и осигурао једнак приступ у целој земљи, наиме: тренутни контакт (нула кашњења) са здравственим системом за савет; у периоду од седам дана пријем код лекара опште праксе; у периоду од 90 дана пријем код специјалисте; и не чека више од 90 дана да добије третман након дијагностификовања. Између 2008. и 2017. године, окружни одбори у којима је 70 одсто свих пацијената који су добијали негу унутар предвиђеног времена били су прихватљиви за грант који је био усмерен на приступачност (Swedish Medical Association, 2018, 40).

Од 2017. године, циљани грантови више су се фокусирали на координацију бриге; они подржавају акционе планове за побољшање координације и сарадње на нивоу окружних савета. На нивоу провајдера, плаћање по учинку обично се повезује са циљевима квалитета који се односе на координацију бриге и усклађеност са клиничким смерницама заснованим на доказима, посебно за пружање неге старим пацијентима са вишеструким дијагнозама.

Квалитет система информационе технологије (ИТ) и њихов ниво коришћења високи су у болницама и примарној здравственој заштити, иако се типови система који се користе разликују у зависности од окружења и од стране окружног савета. Готово сви шведски рецепти су е-рецепти. Пацијенти све чешће могу да приступе својим електронским медицинским записима да би заказали састанке или прегледали личне здравствене податке.

Окружни одбори и општине по закону су обавезни да утврде и балансирају годишње буџете за своје активности. За лекове који се добијају на рецепт, централна

влада и окружни савети формирају споразуме, у трајању од неколико година, о нивоима субвенција које влада плаћа саветима. Агенција за стоматолошке и фармацеутске бенефиције централне владе такође користи цене засноване на вредностима за лекове на рецепт, одређујући надокнаду на основу процене здравствених потреба и исплативости. У неким окружним саветима постоје локални модели за одређивање цена заснованих на вредности за специјализовану негу.

Пошто општински савети и општине поседују или финансирају већину пружаоца здравствених услуга, они могу предузети различите мере контроле трошкова. На пример, уговори између окружних савета и приватних стручњака обично се заснивају на тендерском процесу у којем трошкови представљају једну од варијабли које се користе за процену пружаоца. Финансирање здравствених услуга путем глобалних буџета, ограничења обима, формула за капитализацију и уговора такође доприноси контроли трошкова, јер пружаоци задржавају одговорност за трошкове састанака са средствима примљеним кроз те будуће механизме плаћања. У неколико округа, пружаоци су такође финансијски одговорни за трошкове преписивања.

Важна подручја политике која су била под контролом и на локалном и на националном нивоу током протекле две године укључују квалитет и праведност бриге, координацију бриге, права пацијената и улагања у е-здравље. Студије које су уследиле након реформе тржишта Шведске за 2017. годину у примарној здравственој заштити показују да су остварени циљеви везани за приступачност. Међутим, ефекти реформе на квалитет, праведност и ефикасност су нејасни. Прецизно извештавање и мониторинг за мерење ових критеријума остају важни изазови у примарној заштити у Шведској и представљају забринутост за креаторе политике.

Коначно, влада је 2016. године поставила визију Шведске као светског лидера у е-здравству до 2025. године. Стратегија укључује: 1) Координацију и комуникацију између учесника здравствене заштите; 2) Развој заједничких концепата у овој области; 3) Примену стандарда за размену здравствених информација; и 4) Стварање националних листа лекова које помажу здравственим радницима у напорима да побољшају сигурност пацијената (National Board of Health and Welfare, 2018, 60).

### **3.6. Здравствени систем Холандије**

У Холандији, национална влада има свеукупну одговорност за одређивање приоритета здравствене заштите, увођење законских промена када је то потребно, и праћење приступа, квалитета и трошкова. Такође делимично финансира социјално здравствено осигурање (свеобухватни систем са универзалном покривеношћу) за пакет основних давања (кроз субвенције од општег опорезивања и прераспodelу накнада на

плате међу кућама за осигурање путем система за прилагођавање ризика) и обавезан систем социјалног здравственог осигурања за дугорочну негу. Превенција и социјална подршка нису део социјалног здравственог осигурања, већ се финансирају кроз опште порезе. Општине и здравствени осигуравачи одговорни су за већину дугорочних услуга и све бриге о младима у оквиру приступа заснованог на пружању услуга (са високим нивоом слободе на локалном нивоу).

У 2017. години, Холандија је потрошила 10,8 посто БДП-а на здравствену заштиту, а 77 посто здравствених услуга је јавно финансирано. Сви резиденти (и нерезиденти који плаћају холандски порез на доходак) имају обавезу да купују обавезно здравствено осигурање од приватних осигуравача. Крајем 2017. године 30.000 људи (мање од 0.2 одсто становништва) било је неосигурано. Од осигураника се тражи да прихвате све подносиоце пријава, а уписани имају право да сваке године мењају свог осигуравача (Schäfer et al, 2018, 124). Осим акутне и дуготрајне неге, имигранти без докумената морају сами платити већину здравствене заштите (не могу да добију здравствено осигурање). Међутим, постоје одређени механизми за надокнаду трошкова које имигранти без докумената нису у могућности да плате. За тражиоце азила развијен је посебан сет политика. Стални становници (дуже од три месеца) дужни су да купе приватно осигурање. Посетиоци су дужни да купе осигурање за време трајања посете ако нису покривени преко матичне земље.

У складу са Законом које се односи на здравствено осигурање врши се финансирање законског здравственог осигурања, преко национално дефинисаног доприноса који се односи на доходак, државни грант за осигуране особе до 18 година старости, и премије које одређују поједини осигуравачи (сви са истим осигуравајућим друштвом плаћају исту премију, без обзира на старосну доб или здравствени статус). Доприноси се прикупљају централно. Од осигуравача се очекује да се укључе у стратешку куповину, а од уговорених понуђача се очекује да се такмиче и на квалитету и на трошковима. На тржишту осигурања доминирају четири највећа осигуравајућа конгломерата, који чине 90 посто свих уписаних. Тренутно постоји забрана расподеле добити деоничарима.

Поред законске покривености, већина становништва (84 одсто) купује мешавину комплементарног добровољног осигурања које покрива накнаде као што су стоматолошке услуге, алтернативна медицина, физиотерапија, наочаре и сочива, контрацептивна средства и пун трошак плаћања за лекове (вишак трошкова изнад границе за еквивалентне лекове - подстицај за коришћење генеричких лекова). Премије за добровољно осигурање нису регулисане; осигуравачима је дозвољено да прегледају подносиоце пријава на основу фактора ризика. Скоро сви осигураници купују своје добровољне бенефиције од истог (углавном непрофитног) осигуравача који обезбеђује

своје законско здравствено осигурање. Особе са добровољним покрићем не добијају бржи приступ било којој врсти неге, нити имају већи избор специјалиста или болница. У 2017. години, добровољно осигурање је чинило 7,9 одсто укупне потрошње за здравство (Smith et al, 2018, 41).

У дефинисању законског пакета накнада, влада се ослања на савете Националног завода за здравство. Здравствени осигуравачи законски су обавезни да обезбеде стандардни пакет бенефиција, укључујући, између осталог, бригу коју пружају лекари опште праксе, болнице и специјалисти, стоматолошку нега преко 18 година (покривеност након тог узраста ограничена је на специјалистичку стоматолошку негу и протезу), лекове на рецепт, физиотерапију до 18 година, кућну негу, основну амбулантну менталну здравствену заштиту за благе до умерене менталне поремећаје и специјализовану амбулантну и болничку менталну бригу за компликоване и тешке менталне поремећаје (Maarse et al, 2018, 166).

Неки третмани, као што су општа физиотерапија и физиотерапија карлице за уринарну инконтиненцију, само су делимично покривени за неке људе са специфичним хроничним стањима, као и прва три покушаја *in vitro* оплодње. Неки селективни поступци, као што је пластична хирургија без медицинске индикације, стоматолошка нега изнад 18 година и оптометрија су искључени. Ограничен број ефективних програма за побољшање здравља (нпр. престанак пушења) је покривен. Од 2017. године, кућна нега је заједничка одговорност националне владе, општина (дневна нега, услуге у домаћинству) и осигуравача (сестринска нега код куће) и финансира се кроз Закон о здравственом осигурању. Брига о болницама се финансира кроз Закон о дуготрајној нези. Превенција није покривена социјалним здравственим осигурањем, али спада у надлежност општина (Struijs, Vaan, 2018, 982).

Од 2017. године, свако осигурано лице старије од 18 година мора да плати годишњи одбитак од 385 евра за трошкове здравствене заштите, укључујући трошкове пријема у болницу и лекова на рецепт, али искључујући неке услуге, као што су посете ГП. Осим укупног одбитка, од пацијената се тражи да деле неке трошкове одабраних услуга, као што су медицински транспорт или медицински уређаји, путем партиципација, саосигурања или директних плаћања за робу или услуге које су надокнађене до ограничења, као што су лекови у групама еквивалентних лекова. Провајдерима није дозвољено да билансирају рачун изнад распореда накнада. Од пацијената који имају полису осигурања у натури може се захтевати да деле трошкове неге од пружаоца услуга који није уговорен од стране осигуравајућег друштва. Трошкови из џепа чинили су 14,7 одсто потрошње здравствене заштите у 2017. години (Schäfer et al, 2018, 135).

Нега ГП-а и здравствена заштита деце ослобођени су дељења трошкова. Влада такође плаћа покриће за децу до 18 година и пружа субвенције (додатке за здравствену заштиту), подложне тестирању имовине и горњим границама прихода, како би се покриле премије које су оцењене у заједници за породице са ниским примањима: појединачно са годишњим приходом мањим од 27,012 евра и домаћинства са приходом мањим од 33.765 евра. Приближно 4,42 милиона људи, или око четвртине укупног становништва, прима накнаде постављене на клизној скали, у распону од 2,00 до 83,00 евра месечно за самце и од 10,00 до 158,00 евра за домаћинства, зависно од прихода (Smith et al, 2018, 44).

У 2017. години било је више од 11.600 лекара примарне здравствене заштите (ГП), а више од 22.585 специјалиста, а 22 одсто радило је самостално. Већина лекара опште праксе ради самостално или у партнерству са самосталним радницима; само 16 одсто је запослено у пракси коју поседује други ГП. ГП је централна фигура у холандској примарној заштити. Иако регистрација код лекара опште праксе није формално потребна, већина грађана се региструје код оних које су изабрали, а пацијенти могу да се пребаце са ГП без формалног ограничења. Захтеви од лекара опште праксе потребни су за болничку и специјалистичку негу. Многи лекари опште праксе запошљавају медицинске сестре и психологе примарне здравствене заштите на плату. Надокнаду за медицинску сестру прима ГП, тако да било који добитак продуктивности који је резултат замене медицинске сестре ГП приписује доктору (Schäfer et al, 2018, 139). Групе за бригу су правна лица (углавном ГП мреже) које преузимају клиничку и финансијску одговорност за пацијенте са хроничном болешћу који су уписани; групе купују услуге од више провајдера. Да би се подстакла координација бриге, обезбеђују се групне исплате за одређене хроничне болести, као што су дијабетес, кардиоваскуларна стања и хронична опструктивна плућна болест.

У 2017. години, влада је увела нови модел финансирања ГП који се састоји од три сегмента. Сегмент 1 (који представља приближно 75 одсто потрошње) финансира основне услуге примарне здравствене заштите и састоји се од капитације по регистрованом пацијенту, накнаде за консултације за лекаре опште праксе (укључујући телефонске консултације) и накнаду за консултације за амбулантну заштиту менталног здравља у пракси ГП. Холандска здравствена управа (Nederlandse Zorgautoriteit) одређује националне провизије за овај сегмент. Сегмент 2 (приближно 15 одсто потрошње) састоји се од финансирања за програмску мултидисциплинарну бригу за дијабетес, астму, као и за управљање кардиоваскуларним ризиком; цене се преговарају са осигуравачима. Сегмент 3 (приближно 10 одсто потрошње) омогућава лекарима опште праксе и осигуравачима да преговарају о додатним уговорима - укључујући цене и количине - за плаћање по учинку и иновације. Самозапослени лекари опште праксе су

2017. године остварили просечан бруто годишњи приход од 97.500 евра, док су плаћени лекари зарадили 80.000 евра (Struijs, Vaan, 2018, 984).

Готово сви специјалисти базирани су у болницама и то у групној пракси (у 2017. години 54 одсто стручњака с пуним радним временом су плаћени за накнаду за услугу) или на плату (46 одсто, углавном на универзитетским клиникама). Од 2017. године, специјалистичке таксе могу се слободно преговарати као део болничких плаћања. Ово такозвано „интегрално финансирање“ драматично је променило однос између медицинских специјалиста и болница. Болнице су сада одговорне за расподелу својих финансијских средстава међу својим специјалистима (Smith et al, 2018, 46).

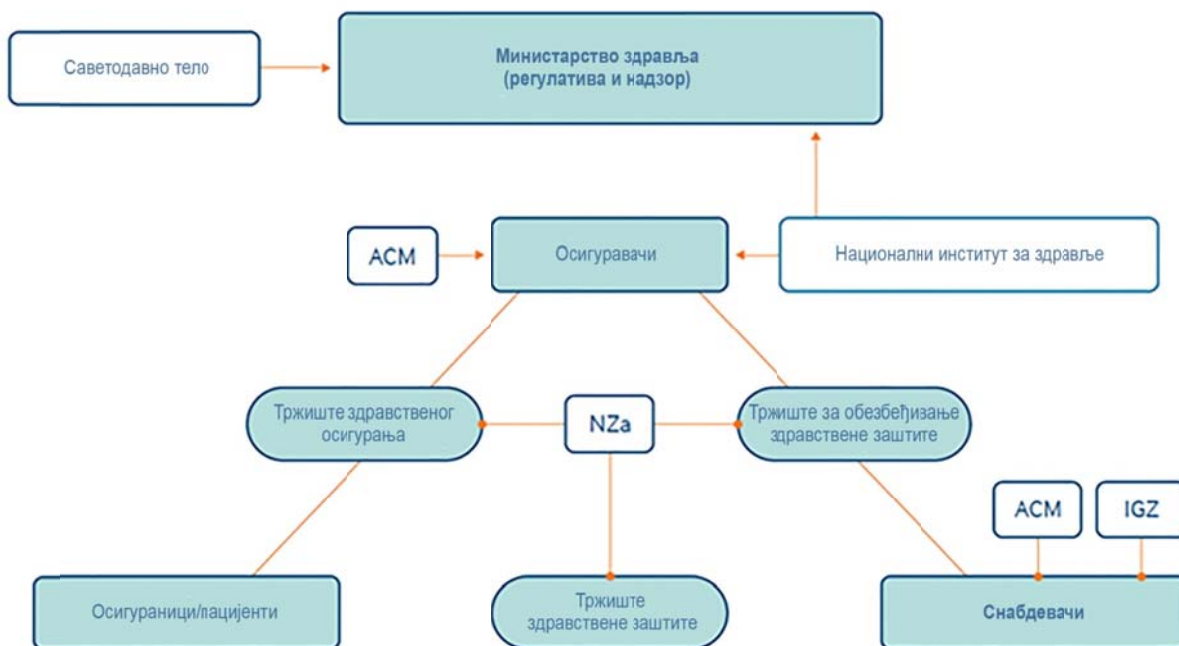
Постоји растући тренд рада изван болница - на пример, у растућем броју (углавном мултидисциплинарних) амбулантних центара - али ова промена је маргинална, а већина амбулантних центара и даље је везана за болнице. Специјалисти у амбулантним центрима углавном раде у академским или општим болницама. Само мали број лекара који раде у болницама одлучују да раде хонорарно у амбулантним центрима. Специјалистима амбулантног центра плаћа се накнада за услугу, а о распореду накнада преговарају осигуравачи. Медицинским специјалистима није дозвољено да наплаћују накнаду изнад одређене вредности. Пацијенти су слободни да изаберу свог пружаоца услуга (након упућивања), али осигуравачи могу поставити различите услове (нпр. поделу трошкова) за различите изборе унутар својих политика.

Годишњи одбитак се плаћа осигуравачу. Осигураници имају опцију да плаћају одбитак пре или након примања здравствене заштите и могу одлучити да плате све одједном или у ратама. Остале надокнаде - на пример, за лекове или превоз - морају бити плаћене директно провајдеру (Maarse et al, 2018, 169).

Брига о ванредном радном времену организује се на општинском нивоу у службама које су центри. Њих обично воде оближње болнице које пружају примарну здравствену негу. Готово сви лекари опште праксе раде за ГП. Посебно обучени асистенти одговарају на телефон и обављају тријажу. Лекари опште праксе одлучују да ли пацијенти морају бити упућени у болницу. Лекари добијају надокнаду по сату за негу након радног времена и морају обезбедити најмање 50 сати неге након радног времена годишње како би наставили са регистрацијом као лекар опште праксе. Пошта ГП шаље информације о посети пацијента редовном лекару опште праксе. Не постоји национална телефонска линија за медицински телефон.



Слика 14. Организација здравственог система у Холандији



Извор: Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., (2018), *The Netherlands: Health System Review*, in: *Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies*, p. 121.

У 2017. години било је 89 болничких организација, укључујући осам универзитетских медицинских центара. Практично све организације биле су приватне и непрофитне. У 2017. години постојало је 231 независних приватних и непрофитних центара за лечење чије су услуге биле ограничене на пријем у истом дану за неакутну, изборну негу (нпр. очне клинике, ортопедске хируршке центре) покривене законским осигурањем. Стопе плаћања болница, кроз које се плаћају лекари, одређују се преговором између сваког осигуравача и сваке болнице у односу на цену, квалитет и обим. Велика већина исплата врши се путем система комбинације дијагнозе заснованог на случају, а стопе за око 70 одсто болничких услуга слободно се могу преговарати; преосталих 30 процената постављено је на националном нивоу. Број комбинација дијагностичког лечења смањен је са 30.000 на 4.400 у 2017 (Struijs, Vaan, 2018, 986). Комбинације лечења дијагнозе покривају и амбулантне и болничке трошкове, као и трошкове специјалиста, јачајући интеграцију специјалистичке неге унутар болничке организације.

Лечење менталних болести врши се у основним амбулантним установама, као што су ординације за ГП, за благе до умерене менталне поремећаје. У случајевима компликованих и тешких менталних поремећаја, лекари често упућују пацијенте на основну заштиту менталног здравља (нпр. психолог или независни психотерапеут) или у специјализовану институцију за заштиту менталног здравља. Испорука превентивне



заштите менталног здравља је одговорност општина и регулисана је Законом о социјалној подршци (Maarse, Jeurissen, 2018, 242).

Политика даље интеграције опште праксе и менталног здравља договорена је 2012. године, с циљем да пацијенти добију правовремену негу од правог доктора и да се смањи потреба за специјализованом негом. Већ неколико година креатори политике покушавају да замене амбулантну негу за болничку негу, што се огледа у сталном порасту броја лекара опште праксе који запошљавају психологе из примарне здравствене заштите.

Значајан део дуготрајне неге финансира се кроз Закон о дуготрајној нези (Vet langdurige zorg), законски систем социјалног осигурања за дуготрајну негу и неосигуране медицинске ризике и трошкове које не може да сноси појединац. Он функционише на националном нивоу, а порески обвезници плаћају допринос на основу опорезивог дохотка. Остатак услуга финансирају се кроз Закон о социјалној помоћи. Дуготрајна брига обухвата стамбену негу, личну негу, надзор и негу, медицинска помагала, медицински третман и услуге превоза. Подела трошкова зависи од величине домаћинства, годишњег прихода, назнаке, имовине, старости и трајања неге. У 2017. години, партиципације су покриле 8,7 одсто укупне потрошње у систему обавезне дугорочне неге (Schäfer et al, 2018, 151).

Уз финансирање које се обезбеђује кроз блок грант од националне владе, општине су одговорне за услуге у домаћинству, медицинска помагала, модификације куће, услуге за неформалне пружаоце неге, превентивну заштиту менталног здравља, транспортне објекте и другу помоћ, у складу са Законом о социјалној подршци. Општине имају велику слободу у начину на који организују услуге, укључујући процену потреба и начин на који подржавају болеснике. Дугорочну негу углавном пружају приватне, непрофитне организације, укључујући организације за кућну негу, домове за становање и домове за негу. Већина палијативног збрињавања је интегрисана у здравствени систем и испоручују га лекари опште праксе, пружаоци кућне неге, домови за негу, специјалисти и волонтери.

Према Закону о здравственом осигурању, Закону о социјалној подршци и Закону о дугорочној заштити, буџети се обезбеђују пацијентима за куповину и организацију властите (дугорочне) неге. Закон о здравственом осигурању, као и Закон о социјалној подршци дефинишу да здравствени осигуравачи и општине могу слободно да одреде „довољне“ буџетске стопе (обично око 70 одсто у стварним стопама), док су према Закону о дугорочној нези, буџетске стопе постављене на националном нивоу. Општине имају велику слободу у томе како да подрже старатеље, на пример, кроз малу надокнаду.

Од 2006. године, улога Министарства здравља је да очува здравствену заштиту на даљину, а не да управља директно. Оно је одговорно за предуслове који се односе на приступ, квалитет и трошкове у здравственом систему, има свеукупну одговорност за одређивање приоритета и може, када је то потребно, увести законодавство за постављање стратешких приоритета (Smith et al, 2018, 47).

Одређени број независних агенција задужен је за одређивање оперативних приоритета. На националном нивоу, Здравствени савет саветује владу о медицини заснованој на доказима, здравству, јавном здрављу и заштити животне средине. Национални институт за здравствену заштиту саветује владу о компонентама законског пакета накнада и има различите задатке који се односе на квалитет неге, професије и обуке и систем осигурања (нпр. прилагођавање ризику). Одбор за процену лекова надгледа ефикасност, безбедност и квалитет лекова. Одлуке о пакетима накнада има министар здравља. Холандска здравствена управа (*Nederlandse Zorgautoriteit*) има примарну одговорност да осигура да здравствено осигурање, куповина здравствених услуга и тржиште пружања здравствене заштите функционишу на одговарајући начин - на пример, дизајнирањем и управљањем системом комбинације дијагнозе и одређивањем цена. У међувремену, холандски орган за заштиту конкуренције (*Autoriteit Consument en Markt*) примењује антимонополске законе између осигуравача и пружаоца. Инспекторат здравствене заштите надзире квалитет, безбедност и доступност неге. Саморегулација од стране лекара такође је важан аспект холандског система. Приватни осигуравачи имају задатак да повећају ефикасност здравственог система и контролу трошкова кроз опрезну куповину здравствених услуга.

Покрет пацијената састоји се од великог броја организација, од којих неке функционишу као кровне организације. Кровна организација пацијента *Nederlandse Patienten Consumenten Federatie* спроводи низ активности за промовисање транспарентности. Здравствена информациона технологија није централизована у једном телу. Унија провајдера за комуникацију у здравству (*De Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie*) одговорна је за размену података путем инфраструктурне информационе технологије (ИТ) (Maarse et al, 2018, 172).

На нивоу система, квалитет се осигурава законима који регулишу професионалне перформансе, квалитет у здравственим установама, права пацијената и здравствене технологије. У 2017. години основан је Национални завод за здравствену заштиту како би се додатно убрзао процес побољшања квалитета и праксе засноване на доказима (Schäfer et al, 2018, 170). Холандски здравствени инспекторат одговоран је за праћење квалитета и безбедности. Већину осигурања квалитета врше провајдери, понекад у блиској сарадњи са организацијама пацијената и потрошача и осигуравачима.

У току су експерименти са управљањем болести и интегрисаним програмима за хронично болесне.

У 2017. години покренуто је неколико пилот програма за управљање популацијом (иницијативе које имају за циљ прерасподелу здравствених услуга и промовисање међусекторске сарадње на регионалном нивоу у циљу побољшања здравља и квалитета здравствене заштите и контроле трошкова здравствене заштите), а које укључују циљеве квалитета, али још увек, детаљи о ефектима програма су непознати (Struijs, Vaan, 2018, 988). Плаћање по учинку представља мали део финансирања ГП-а. Искуства пацијената такође се систематски процењују и од 2007. године национални центар ради са одобреним мерним инструментима у приступу који се може упоредити са проценом потрошача у здравственим установама и системима у Сједињеним Америчким Државама. Иако је постигнут напредак, јавно извештавање о квалитету пружања неге и успешности пружаоца услуга у Холандији још увек је у повојима.

#### **4. УПОРЕДНА АНАЛИЗА ФИНАНСИРАЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СЈЕДИЊЕНИМ АМЕРИЧКИМ ДРЖАВАМА И ЕВРОПСКОЈ УНИЈИ**

У САД је заступљен тржишни модел финансирања здравствене заштите. Такав систем здравственог осигурања у САД знатно се разликује од система у европским земљама. Либерална и волунтаристичка идеологија уз неповезану економску и социјалну политику основи су тих различитости. Америчко здравство карактеришу највећи трошкови у свету, уз мањи удео јавног улагања и уз највеће разлике у могућностима приступа здравственој заштити. Данас држава у Америци знатно партиципира у одређеним програмима здравствене заштите за посебне групе осигураника и посебне болести. Такође се посебно суфинансирају одређене групе становништва које имају слабу материјалну основу за финансирање своје здравствене заштите из тзв. *Medicare* програма.

Велика Британија има Беверицов модел организације здравственог сектора. На врху саме организације *NHS*-а је Министарство здравља Велике Британије, а главни задаци су му расподела средстава и доношење законске регулативе. Влада Велике Британије преко свог министарства здравља непосредно је одговорна парламенту. *Strategic Health Authorities* или посебне стратегијске здравствене јединице *SHA* су везе између стварних пружаоца услуга и уговарача здравствене заштите, а то су најчешће фондови здравствене заштите. Ова здравствена тела покривају регије Велике Британије. У самој организацији *NHS* посебну улогу имају *Primary Care Trusts* - фондови

примарне неге. Они су уведени 1997. године и представљају основна тела за уговарање са пружаоцима здравствених услуга.

У Немачкој је изворни Бизмарков модел организације и финансирања здравствене заштите. У Немачкој је здравствени систем релативно аутономан од државе. У складу са политиком пуне запослености, више од 90 одсто становништва укључено је у систем социјалног здравственог осигурања, који се искључиво односи на здравствену негу и накнаду за боловања. Око 80 одсто здравствених трошкова покрива се из јавног сектора, а 20 одсто из приватних осигуравајућих кућа. Болнице су углавном под управом локаних или регионалних власти. Фондови здравственог осигурања организовани су на основу географског подручја, запослености или на основу послодаваца. Новим законским решењем у Немачкој измењен је и однос осигураника и болесничких фондова. Велика већина осигураника има право да бира болеснички фонд. То право је ускраћено специфичним категоријама осигураника.

За обавезно здравствено осигурање у Немачкој су задужени тзв. обавезни здравствени фондови, који припадају групи јавних корпорација. Осигураници плаћају доприносе на основу својих примања. Посебну улогу у финансирању здравства имају волонтерски фондови преко којих се финансирају неки од ризика здравствене заштите, као што су нпр. поједине хируршке операције или стандардни облици хоспитализације.

Непосредна плаћања здравствене заштите у Америци бележе стални пораст, тако да данас досежу и до 70 одсто укупне здравствене потрошње. У САД приватни лекари своје услуге наплаћују непосредно, по методи непосредних наплаћивања услуга. По овоме моделу плаћања организована је читава примарна здравствена заштита с хитним службама, као и болничке поликлинике. Јавне здравствене установе које спроводе превентивну здравствену заштиту финансирају се из буџета локалних заједница. Болнице су организоване као државне установе, као установе филантропских организација или волонтерских агенција здравственог осигурања и као приватне профитне институције.

У Великој Британији осим примарног осигуравања доступности, код лечења у установама секундарне и терцијарне здравствене заштите фондови такође уговарају услуге. Најчешће се уговори закључују са болницама које су у саставу NHS-а, али се део здравствене заштите осигурава и у приватним болницама. Фондови за болничко лечење имају могућност да зарађују додатна средства за пацијенте који плаћају самостално (приватни осигураници).

У Немачкој је повећана провизија од убраних премија приватног здравственог осигурања. Увођењем конкуренције међу фондовима створили су се механизми прилагођавања ризика, уједначавајући доходак осигураника и просечне трошкове по доби, полу или немоћи. Тиме се извршио притисак на болесничке фондове, који су

морали покривати све стварне трошкове редистрибуираним новцем. Компензацију око ризика врши фонд за осигурање. Наравно да пребацивање новца из једног у друге фондове има и своје тешкоће. То су и политичка питања јер сви фондови свој новац (доприносе) нерадо дају другима, а друго је питање више техничке нарави и односи се на поновну поделу која увек не мора узети у обзир критеријуме трошкова и доприноса.

Пример тржишног модела организације и финансирања здравства присутан је у САД и показује одређене мањкавости, као што су: велики проценат неосигураних особа, тренд несразмерног повећања трошкова у здравству у односу на БДП. Посебан проблем америчког модела финансирања здравства јесте велики проценат непосредног плаћања, без јавне контроле државних институција, а систем пореских олакшица није адекватно дизајниран па узрокује сталне дефиците. Присутни дефицити узроковани су и великим административним трошковима који проистичу из самог обележја организације здравства и слабом јавном контролом субвенција и цена здравствених услуга. Начела здравственог осигурања заснована су углавном на ризицима.

### III ДЕО

## ФИНАНСИРАЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗЕМАЉАМА ЗАПАДНОГ БАЛКАНА

### 1. ОСНОВНИ ПОДАЦИ О РЕГИОНУ ЗАПАДНОГ БАЛКАНА

Термин западни Балкан означава геополитички систем сачињен од следећих држава: Албаније, Босне и Херцеговине, Македоније, Србије и Црне Горе. Територија западног Балкана се простире на 196,047 км<sup>2</sup>. Број становника који живе на тој територији се процењује на 21,5 милиона.

Слика 15. Мапа земаља региона Западног Балкана



*Извор: World Bank online database and IMF data statistics.*

Дуж целог западног Балкана се током последњих двадесетак година одвијају транзиционе промене. Поред тога што институционалне и структурне реформе представљају највећи изазов, у целом региону су приметна позитивна макроекономска кретања. На почетку овог века, државе региона су остваривале значајан привредни раст, највећи од почетка транзиције.

Висока стопа раста је била производ великог и наглог пораста одобрених кредита, којима су финансирани потрошња и инвестиције, а стране директне инвестиције су биле још један значајан елемент у том сегменту. Податак који ову слику не чини тако сјајном представља чињеница да су инвестиције концентрисале у најатрактивнијим државама и секторима (прехранбена производња и производња челика; телекомуникације; туризам; производња нафте, гаса и струје).

Политичка нестабилност и значајни дефицити платног биланса представљају највеће проблеме у региону. И поред тога, група држава које су кандидати за чланство у ЕУ је успела да се издвоји од других земаља у региону када се посматрају постигнути економски резултати и достигнут ниво економске транзиције и степен интегрисаности у светску привреду. Такође, те државе су реализовале и велики помак када је реч о повећању продуктивности и реструктурирању привреде.

Све земље западног Балкана имају заједничку особину да поседују мале привреде са ниским степеном хармонизованости са европским нормама и стандардима, да њихови производи имају слабу конкурентност на тржишту и све државе бележе дефиците када је реч о трговинским билансима и буџетима. Код свих је инфраструктура на ниском нивоу, све пате од мањка обртног капитала и недовољне и неодговарајуће банкарске подршке, имају висок ниво сиве економије и бележе висок степен криминала и корупције.

Када је реч о структури привреде, приметна је доминација рударства, индустрије, пољопривреде и шумарства. На пољу економске сарадње са другим земљама ове државе су усмерене највише на сарадњу са земљама Западне Европе (индустријски развијене земље), нарочито са државама чланицама ЕУ. Приоритет свих земаља западног Балкана представља приступање Европској унији. Западни Балкан поседује значајна национална богатства, нарочито када је реч о пољопривредним производима, грожђу, винима, воћу и поврћу, прерађевинама, соковима и пићу. Значајан потенцијал се налази у унапређењу сточарства, пре свега у брдско-планинским крајевима, јер се они сматрају еколошки прихватљивим срединама. Такође, све земље поседују велики потенцијал за производњу здраве хране. Ту спадају месо, сир, кожа, вуна, итд. Уз пољопривреду, шансе за развој се налазе и у: индустрији коже, обуће и текстила; црној и обојеној металургији и хемијској индустрији. Туризам је значајна привредна грана свих држава региона. Јачање сарадње, хармонизација развоја и удруживање ради наступа према осталим земљама има огроман значај за будуће унапређење ове гране. Свакако да се о грађевинарству може на сличан начин говорити, пошто оно већ поседује солидан углед, а сви памте заједнички подухвате током осамдесетих година прошлог века. Унапређење поменутих сектора је тешко реализовано уколико недостаје развијена инфраструктура и путеви.



Чињеница је да би потенцијал јединствене геополитичке позиције могао бити далеко боље искоришћен уколико би постојала развијена путна и комуникациона инфраструктура, Што би, свакако, имало значајан утицај на брже приступање ЕУ.

Економије у региону Западног Балкана имају тенденцију да буду разноврсне, уместо да се ослањају на један или неколико сектора. Ипак, четири сектора се истичу: домаћа трговина, индустрија, јавна управа и пољопривреда. Графикон 1 приказује допринос различитих сектора у свакој земљи у бруто домаћем производу (БДП).

Унутрашња трговина, укључујући транспорт и складиштење, услуге смештаја и исхране, у просеку је највећи сектор економија Западног Балкана, у распону од 18 процената БДП у Албанији и Србији, до 27 процената у Црној Гори, док подсектор велепродаје и малопродаје чини око 15 одсто економија у региону. Значај подсектора услуга смештаја и исхране у Црној Гори, зависној од туризма, са уделом од 8 одсто је оно што разликује ову земљу од остатак региона. Индустрија чини просечно једну петину БДП-а. Међутим, ово се значајно разликује од земље до земље. Улога индустрије посебно је важна у Србији (где представља једнако важан део економије као у просечној земљи ЕУ-11) и у нешто мањој мери у Босни и Херцеговини. Прерађивачка индустрија је доминантни индустријски подсектор, посебно у Србији и Македонији.

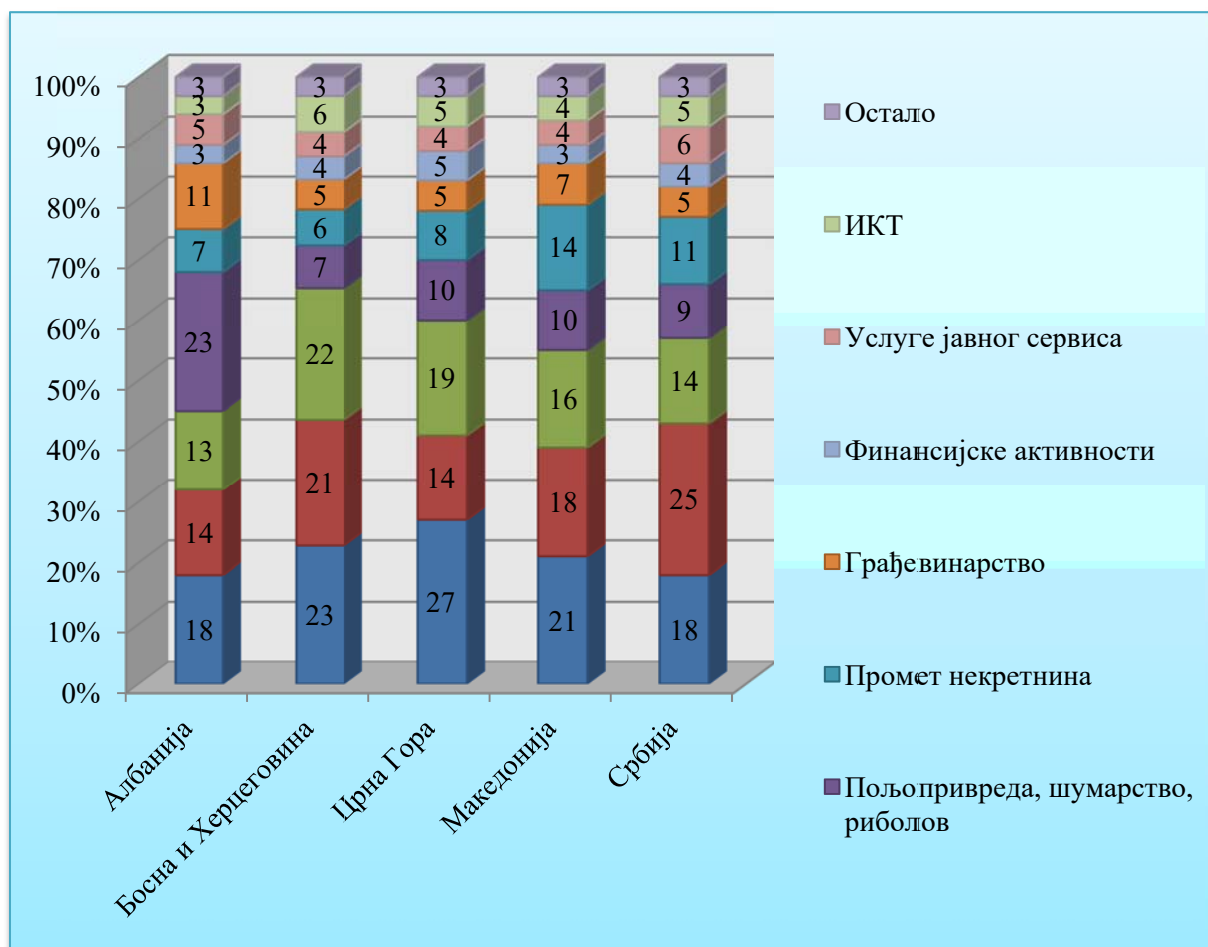
Подсектор привреде, укључујући и производњу енергије, важан је у Босни и Херцеговини, као и у Црној Гори. Подсектор рударства игра малу улогу, у распону од 1 одсто привреде у Црној Гори (Sanfey, Milatovic, 2018, 11). Јавна управа је трећи највећи економски сектор. Сектор обухвата одбрану, образовање, социјалне услуге и другу јавну управу, и чини у просеку 17 процената економске активности. То се креће од само 13 посто у Албанији до преко једне петине привреде у Босни и Херцеговини. Овако висок удео јавне управе у босанској економији одражава вишеструке слојеве владе земље, укључујући централну владу, владе два ентитета и Дистрикта Брчко, кантоналне владе у Федерацији Босне и Херцеговине, као и локалну администрацију у целој Босни и Херцеговини. Пољопривреда (заједно са шумарством и рибарством) у просеку чини 12 посто бруто додате вредности, у распону од 7 посто у Босни и Херцеговини до 23 посто у Албанији. Пољопривреда игра виталну улогу на Западном Балкану, како у друштвеном, тако и у погледу запошљавања. Ово је значајно у супротности са ЕУ-11 где у просеку овај сектор чини само 4 одсто БДП-а (Sanfey, Milatovic, 2018, 12).

Србија има јасну компаративну предност у пољопривреди, углавном због плодног пољопривредног земљишта у северној покрајини Војводини. Неки велики произвођачи били су у могућности да искористе предности економије обима и приступе главним извозним тржиштима, првенствено Европској унији, али и Русији.

Србија са Русијом има потписан споразум о слободној трговини (једина земља у региону на овој позицији).

Остале четири земље имају мање напредне пољопривредне секторе, који се углавном састоје од мале и неефикасне пољопривредне производње. Потенцијал за даљи развој агробизниса у региону је значајан, под условом да земље могу консолидовати пољопривредна газдинства, побољшати квалитет прикупљања, складиштења и маркетинга и развити услуге подршке пољопривреди, као што је осигурање.

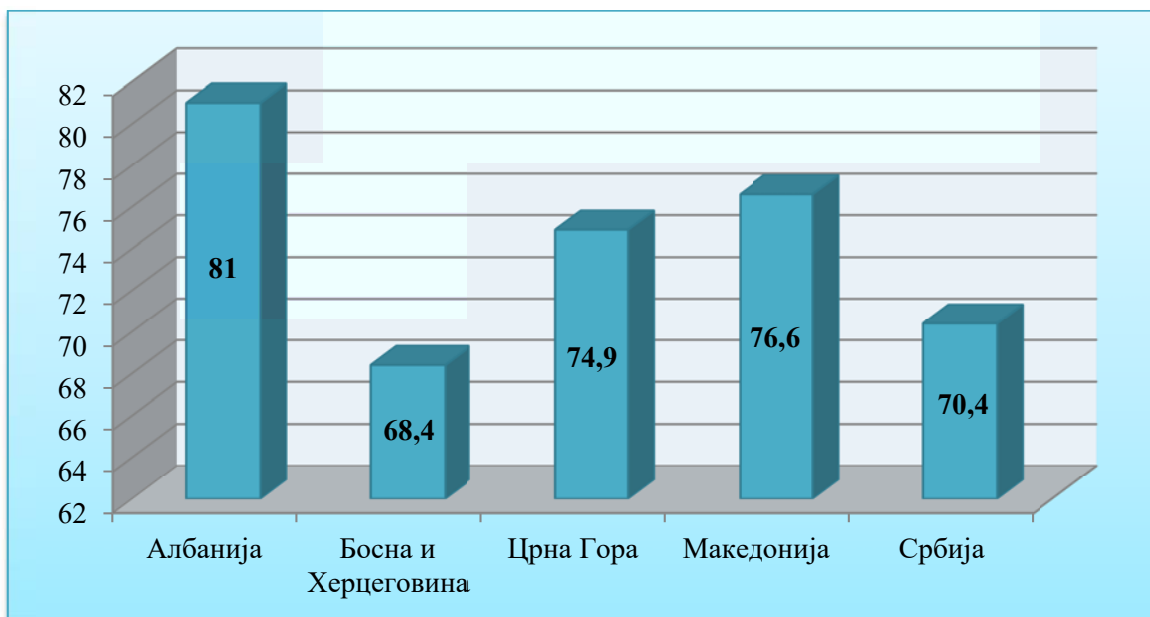
Графикон 1. Анализа БДП-а по секторима



Извор: Sanfey, P., Milatovic, J., (2018), *The Western Balkans in transition: diagnosing the constraints on the path to a sustainable market economy*, Background paper for the Western Balkans Investment Summit, EBRD, London, p. 12.

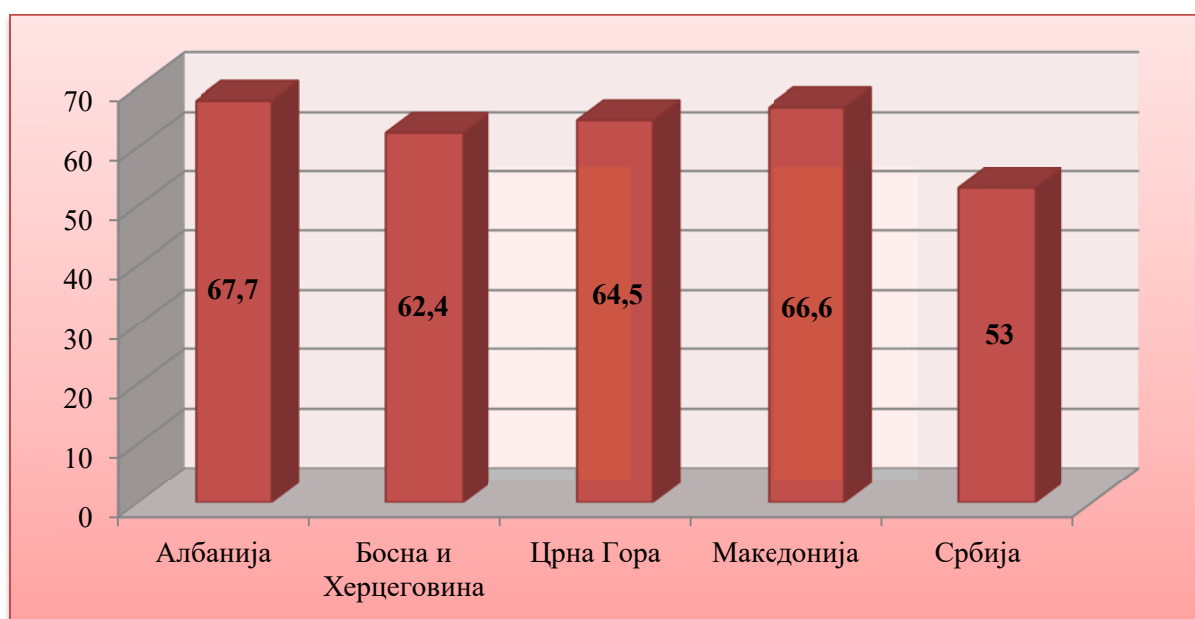
Мала и средња предузећа (МСП) доминирају економијама западног Балкана. Према студији *OECD*-а, мала и средња предузећа чине око 99 посто бизниса у свим земљама Западног Балкана. У просеку, мала и средња предузећа осигуравају радна места за око три четвртине укупног броја запослених, од нешто испод 70 у Босни и Херцеговини и више од 80 одсто у Албанији (Графикон 2).

Графикон 2. Запосленост у сектору МСП, удео у укупном броју



Извор: Sanfey, P., Milatovic, J., (2018), *The Western Balkans in transition: diagnosing the constraints on the path to a sustainable market economy*, Background paper for the Western Balkans Investment Summit, EBRD, London, p. 13.

Графикон 3. Додата вредност сектора МСП, удео у укупном износу



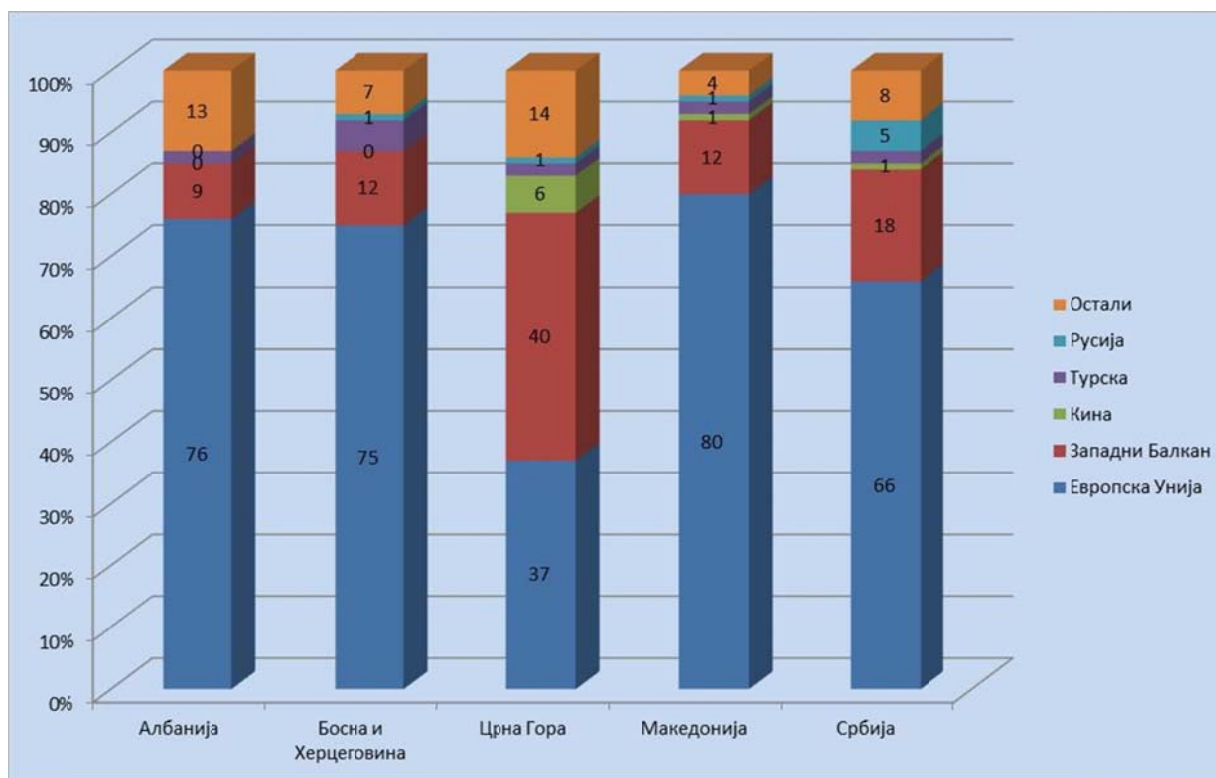
Извор: Sanfey, P., Milatovic, J., (2018), *The Western Balkans in transition: diagnosing the constraints on the path to a sustainable market economy*, Background paper for the Western Balkans Investment Summit, EBRD, London, p. 13.

У исто време, у просеку, мала и средња предузећа имају процењене две трећине укупне годишње додате вредности, што је слична размера у ЕУ, која се креће од нешто више од 50 посто у Србији до нешто испод 70 посто у Албанији (графикон 3) (OECD, et al., 2016, 11).

ЕУ је далеко најважнији трговински партнер у региону. Две трећине извоза региона је са ЕУ (Графикон 4). Удео се креће од 80 одсто у Македонији до само 37 одсто у Црној Гори. Све земље имају Споразум о стабилизацији и придруживању са ЕУ, на основу кога земље имају преференцијални приступ тржиштима ЕУ за већину роба. У просеку 20 процената извоза Западног Балкана иде у суседне земље. Ова цифра покрива распон од 40 посто удела у Црној Гори, до само 9 посто у Албанији.

Извоз из земаља Западног Балкана порастао је за око 60 одсто у просеку током последњих 10 година, а највећи део тог раста био је подстакнут растом извоза у земље ЕУ. Један од разлога за то може бити сличност главних извозних производа земаља Западног Балкана, иако постоје значајне разлике између пет земаља у смислу откривене компаративне предности (Sanfey, Milatovic, 2018, 14).

Графикон 4. Извоз, по дестинацији као проценат укупног извоза



Извор: Sanfey, P., Milatovic, J., (2018), *The Western Balkans in transition: diagnosing the constraints on the path to a sustainable market economy, Background paper for the Western Balkans Investment Summit, EBRD, London, p. 15.*

Држава је још увек присутна у кључним индустријама у неколико земаља. Иако већину економских активности у региону производи приватни сектор, велики план реструктурирања и приватизације остаје у Босни и Херцеговини (посебно ентитету Федерације) и Србији, док важна средства остају да се реструктурирају и / или продају у Албанији, Македонији и Црној Гори. Многа од ових предузећа у државном власништву стварају губитке, док су она која пријављују добит често веома

неефикасна. Велики губиташи у региону су: рудници угља и железничка компанија у Федерацији Босне и Херцеговине, *Montenegro Airlines* и компаније у сектору железница у Црној Гори и железничке компаније и неколико хемијских компанија у Србији.

Приватизација може донети значајне користи, али мора бити пажљиво осмишљена. Искуство велике приватизације у целом транзиционом региону током 25 година показује да су политичка посвећеност, власништво и транспарентност процеса кључни за успех било ког програма приватизације. Такође, програм ради много боље ако је део ширег програма реформи. Истовремено, важно је увести мере ублажавања како би се успешно превладале негативне друштвене импликације приватизације (укључујући и губитак радних места).

Перспектива чланства у ЕУ кључни је покретач реформи. Преговори о приступању отворени су са две земље кандидаткиње: Црном Гором (2012) и Србијом (2014). До краја 2017. године Црна Гора је отворила 30 од 33 поглавља преговора, од којих су три привремено затворена, док је Србија отворила 12 од 35 поглавља преговора и привремено затворила два. Македонија је земља кандидат од 2005. године, али преговори о приступању су отпочели тек 2019. године када је решен спор с Грчком око имена.

Албанија је постала земља кандидат 2014. године и чека отварање преговора о приступању. У новембру 2016. године ЕК препоручила је условно отварање преговора о приступању ЕУ са Албанијом, након усвајања важног пакета реформи у правосуђу у јулу 2016. године, али препорука остаје условљена (између осталог) опипљивим напретком у имплементацији ових реформи. Босна и Херцеговина је поднела захтев за чланство 2016. године, након што је ступио на снагу Споразум о стабилизацији и придруживању (ССП) у земљи у јуну 2015. године (Sanfey, Milatovic, 2018, 18).

Напредак у испуњавању критеријума за придруживање из Копенхагена оцењује се према новој методологији. Критеријуми из Копенхагена подељени су у три области, укључујући:

- 1) Политичке критеријуме: стабилност институција које гарантују демократију, као и владавину права, и људских права, као и поштовање и заштиту мањина
- 2) Економске критеријуме: функционална тржишна економија и способност да се носе са конкуренцијом и тржишним снагама и
- 3) Институционални капацитет за ефикасно спровођење правне тековине ЕУ

Стратегија проширења Европске комисије из 2015. године увела је нову методологију за анализу напретка земаља аспиранта у наведеним аспектима.

Комисија објављује извештаје о напретку у областима владавине права (функционисање правосуђа, борба против корупције, као и борба против организованог криминала) и економских реформи (постојање функционалне тржишне економије, као и капацитета да се носи са конкуренцијом и тржишним снагама унутар ЕУ). Оцене су на скали од пет тачака:

- (1) у раној фази
- (2) неки ниво припреме
- (3) умерено припремљени
- (4) добар ниво припреме и
- (5) добро напредни

Земље Западног Балкана напредније су у економским реформама. На основу ове нове методологије процене, већина земаља има само „одређени ниво припреме“ у три области владавине права, укључујући функционисање правосуђа, борбу против корупције, као и борбу против организованог криминала. Ово је далеко од „напредног“ стања потребног за приступање ЕУ. Ситуација је нешто боља у погледу економских реформи, где је већина земаља „умерено припремљена“. Босна и Херцеговина заостаје за осталим државама. Способност преузимања обавеза чланства у ЕУ се битно разликује од државе до државе и критеријума. Подручја у којима регион у целини има најниже резултате укључују:

- \* финансијске и буџетске одредбе
- \* слободу кретања радника
- \* безбедност хране, ветеринарску и фитосанитарну политику
- \* пољопривреду и рурални развој
- \* животну средину и климатске промене
- \* заштиту потрошача и здравља
- \* социјалну политику и запошљавање и
- \* правосуђе и основна права

Неке области имају релативно добре укупне оцене, укључујући:

- \* спољну, безбедносну и одбрамбену политику
- \* спољне односе и
- \* царинску унију

У просеку, способност региона да преузме обавезе чланства у ЕУ је између „одређеног нивоа припреме“ и „умерено припремљених“.

## 2. СТРУКТУРА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗЕМЉАМА РЕГИОНА

Сектор здравствене заштите у земљама Западног Балкана тренутно се суочава са низом питања у вези са финансирањем здравствене заштите. Конкретно, неки од главних финансијских проблема који су пратили здравствени сектор у овом региону су методе које су коришћене у финансирању здравствених активности и став власти у тим земљама према здравственим учинцима и квалитету. Без обзира на особе које доносе одлуке, они који сnose трошкове су грађани земаља Западног Балкана, чије се социјално благостање погоршава као резултат ускраћивања приступа квалитетним здравственим услугама.

Узимајући у обзир да се велики део здравствених активности финансира из приватних издатака, посебно плаћања из властитог џепа, методе финансирања здравствене заштите на Западном Балкану сматрају се неприкладнима за регион (Mendola et al, 2007, 3). У највећем броју случајева, због стопе сиромаштва у региону, која је већа у поређењу са другим земљама, може се рећи да плаћања из џепа као метод финансирања здравствене заштите ствара препреке друштву за приступ здравственим услугама. Захваљујући таквим методама плаћања, већина људи који живе на Западном Балкану не добијају неопходне медицинске третмане, јер се стално суочавају са препрекама плаћања које ометају њихов потпуни приступ здравственим услугама.

Имајући у виду ресурсе посвећене сектору здравства у земљама Западног Балкана, може се рећи да власти у тим земљама не виде систем здравствене заштите као важан стуб развоја државе, јер не посвећују довољно финансијских средстава да осигурају правилно функционисање здравственог система. Иако су ове земље имале економски раст током година, буџет намењен здравственој заштити није се променио у сразмери са економским растом; уместо тога, дошло је до веома малог повећања у односу на економски раст (Bredenkamp et al, 2008, 26). Овај немар према здравственом сектору изазвао је неодговарајућу функционалност целокупног система у већини земаља Западног Балкана. Последица таквог деловања може се сматрати slabим учинком актера укључених у здравствену заштиту, а посебно су, због ниског буџета, здравствени системи у земљама Западног Балкана изгубили доста људског капитала у јавним здравственим установама, или је њихове учинак негативно погођен тиме што немају довољно подстицаја да буду потпуно посвећени здравственом сектору уопште.

Широм света постоје четири опште методе финансирања здравства које се најчешће користе и које се користе и на Западном Балкану. Ове четири методе финансирања здравствене заштите су путем директног доприноса из буџета земље, здравствених доприноса (ФЗО), директних плаћања од пацијената и путем донација. Поред ових општих метода финансирања здравствене заштите, многе од њих су



подељени у поткатогије како би се конкретно навели извори финансирања здравствене заштите. На пример, доприноси из државног буџета могу се прикупити кроз различите врсте пореза, док се доприноси ФЗО-а могу прикупити као фиксни износ за сваког радника или као проценат плате радника. Важно је напоменути да не постоји држава која зависи искључиво од једног начина финансирања здравствене заштите, већ у свим земљама постоји комбинација различитих начина финансирања како би се осигурало да постоји довољно буџета за здравствене услуге и да се (условно) осигура ефикасна употреба метода финансирања.

Опорезивање као начин финансирања здравствене функције је начин када су одређени органи власти одговорни за прикупљање различитих пореза различитим средствима од грађана који послују у тој земљи. Путем ових пореза креира се буџет земље, који одваја део буџета различитим министарствима за различите сврхе. У овом случају, министарство здравља (МЗ) одговорно је за примање дела буџета намењеног за здравству и они су власти које дају приоритет пројектима и одлучују како ће новац бити додељен унутар сектора. Други начин финансирања здравствене заштите је кроз доприносе ФЗО, који су слични методу опорезивања. Као и у претходним методама, доприносе ФЗО-а плаћају даваоци доприноса у два облика, на неким местима се плаћају као фиксни износ од стране сваког радника, док се у неким другима плаћају као проценат плате, што значи да што је већа плата, то је већи је допринос у апсолутној вредности. За разлику од методе опорезивања, доприноси ФЗО-а од људи који послују у одређеној земљи нису класификовани у категорију државног буџета, већ су директно категоризовани у здравствени буџет посебно. Тада МЗ одлучује о расподели ових ресурса у здравственом сектору.

Још један важан начин финансирања здравствене заштите је категорија директних плаћања од стране пацијената. Ова категорија је део приватне здравствене потрошње јер људи плаћају директно за здравствене услуге које користе, без укључивања било које треће стране у процес трансакције. Директне исплате познате и као плаћање из џепа односе се на процес када пацијенти посећују здравствене установе и директно плаћају за услуге које користе у тим објектима. Овај метод се широко користи, нарочито у мање развијеним земљама, и уобичајена је појава и на Западном Балкану. Други метод финансирања, који је категоризован под кишобраном приватних издатака је кроз приватно здравствено осигурање. Овом методом, пацијенти купују пакете здравственог осигурања пре потребе за медицинским услугама. Затим, у случају да пацијенти требају медицинске услуге, они су покривени од стране трећег лица, као осигуравајуће друштво које плаћа медицинске услуге за пацијента који је већ купио здравствено осигурање. Следећи облик финансирања здравства је кроз донације. Овај метод се јавља када организација, било да је интерна или екстерна, нуди финансијску

подршку сектору здравства одређене земље. Донације су углавном посвећене мање развијеним земљама, јер им недостају адекватна финансијска средства за правилно финансирање здравственог сектора, и као резултат тога, различите организације су стално спремне да помогну различитим земљама у успостављању и одржавању њихових здравствених система.

Сваки од објашњених начина финансирања здравствене заштите има позитиван и негативан ефекат на здравствени сектор неке земље. Не може се рећи да одређена метода даје одређени резултат у свакој земљи, углавном зато што оно што је најбоље за једну земљу не значи да би било добро за другу земљу, јер постоје многи други фактори који утичу на стање здравства неке земље.

Питање дефинисања финансирања здравствене заштите укључује не само начин плаћања, већ и особе које доприносе његовом плаћању, како су корисници и пружаоци услуга укључени у трансакцију, и колико је укупно потрошено на здравствену заштиту. Сходно томе, начин финансирања здравственог сектора прилично је осетљив, јер може бити одлучујући фактор за различите импликације у целом здравственом систему.

Одлука о томе како платити здравствене услуге није само појединачно питање, већ и питање друштва у целини. Потенцијалне алтернативе финансирања здравственог сектора су путем јавних и приватних расхода. Јавна потрошња односи се на опште приходе од пореза прикупљених на различитим нивоима. Неке земље могу чак увести посебан порез само за финансирање здравственог сектора, а друге земље разликују само фонд од укупног државног буџета. Јавни расходи углавном су фокусирани на добробит сиромашних, тако што им омогућавају приступ здравственим услугама. Предузећа трпе велике јавне расходе, јер се суочавају са двоструким трошковима, једном када плаћају своје здравствене третмане и једном плаћањем виших пореза како би осигурали довољно средстава за јавне трошкове у здравству. Поред тога, јавни расходи у здравственом систему смањују ниво ефикасности смањењем конкуренције између јавних и приватних пружаоца здравствених услуга (Phillips, 2005, 32). Конкуренција је углавном смањена чињеницом да кроз веће јавне расходе људи добијају више услуга у јавним здравственим установама, у овом случају се смањује спремност лекара да раде у приватном сектору.

С друге стране, кроз приватне расходе, главна средства се прикупљају из џепа и приватних фондова здравственог осигурања. Приватно финансирање доприноси повећању здравствених ресурса и избегава притисак на методе јавног финансирања (Kutzin, 2016, 7). Штавише, према Куцину, плаћање из властитог џепа, као приватни начин финансирања, омогућава пацијентима већи избор и повећава ниво одговора од стране пружаоца здравствених услуга. Ово се дешава када су људи флексибилни у избору места за добијање медицинске услуге, што такође повећава ниво одговора

здравствених радника, јер се они директно баве пацијентима и не постоји трећа страна укључена у процес (Kutzin, 2016, 8). Међутим, Одонел и остали сарадници (O'Donnell et al, (2016) тврде да се катастрофалним здравственим трошковима кроз исплату из властитог џепа угрожавају многе породице којима недостаје адекватна социјална заштита која им онемогућава медицински третман. Они наводе да високи трошкови здравствене заштите имају и индиректан ефекат повезан са болестима, јер једно домаћинство може доживети губитак продуктивног капитала како би добило довољан медицински третман. С друге стране, они тврде да приватно здравствено осигурање смањује удруживање ризика за људе који одлуче да изврше уплату. Приватно здравствено осигурање такође може смањити бирократске процесе у здравственом сектору и повећати ефикасност система у целини (O'Donnell et al, 2016, 15). Ипак, Куцин наводи да приватно здравствено осигурање ствара проблеме моралног хазарда јер људи имају тенденцију да прекомерно користе бесплатне или скоро бесплатне услуге (Kutzin, 2016, 10).

Важно је ефикасно одлучити о начину финансирања здравственог сектора у земљи, јер према Томсону и осталим сарадницима (Thomson et al), ефикасан систем минимизира губитке повезане са подизањем и исплатом прихода (Thomson et al, 2009, 11). Међутим, земље одлучују на индивидуалним нивоима који систем најбоље одговара стратегијама земље и њихових грађана. На пример, Уједињено Краљевство има *single-payer* систем у којем је здравство директно финансирано од стране владе. У Немачкој и Француској, део здравственог сектора финансира се из владе прикупљањем пореза, а други део директно плаћају послодавци и појединци, док земље као што су Сједињене Америчке Државе имају тржишно заснован систем за финансирање здравственог сектора, што значи да га плаћају приватни субјекти, као што су компаније и појединци, али помаже и влада пружајући здравствене услуге за угрожене особе. Према извештају који је објавила СЗО, здравствени систем у Великој Британији има првокласни здравствени резултат са малом разликом у популацији и високим ценама за финансијску праведност, иако је реакција пружаоца здравствених услуга релативно ниска у односу на САД. Чак иако се неки методи финансирања здравственог система могу рангирати вишим у одређеним категоријама, још увек нема доказа који би доказали да је један финансијски систем најбољи и најефикаснији тако што је високо рангиран у целокупним категоријама поређења, дакле свака метода има своје предности и недостатке.

Без обзира на врсту финансирања сектора здравства, према Одонелу и осталим сарадницима (O'Donnell et al 2016), све земље треба да прилагоде своју алтернативу финансирању да постигну три елементарна принципа:

- 1) Повећати приходе да би се појединцима осигурали планирани пакети здравствених услуга који осигуравају здравствену и финансијску заштиту од катастрофалних медицинских трошкова узрокованих болестима и повредама на праведан, ефикасан и финансијски одржив начин,
- 2) Управљање овим приходима ради удруживања ризика за здравље једнако и ефикасно,
- 3) Осигурати да се плаћање или куповина здравствених услуга обавља на начин који је алокативно и технички ефикасан (O'Donnell et al, 2016, 7).

У основи, то су главни циљеви пружања ефикасног начина финансирања здравственог сектора, без обзира да ли су ти циљеви постигнути или не, то зависи од економског развоја и одрживости самог сектора здравства.

Узимајући у обзир свеукупне циљеве метода финансирања здравствене заштите, могу ли земље Западног Балкана пружити довољно доказа да су њихови системи финансирања здравствене заштите прилагођени овим циљевима? Сектор здравствене заштите на Западном Балкану карактерише недостатак адекватних административних ресурса, законодавство и регулатива, као и значајна ограничења у осигуравању неопходног буџета. Анализа Мендоле и осталих сарадника (Mendola et al, 2007) показала је да су у подрегији, због географских локација и економског статуса, стопе коришћења здравствене заштите на различитим нивоима различите кроз различите социоекономске групе (Mendola et al, 2007, 37). Ипак, земље Западног Балкана тренутно пролазе кроз неке реформе у здравственом сектору са главним циљем побољшања здравственог стања кроз повећање ефикасности расхода и пружање заштите у случају финансијских трошкова болести (Bredenkamp et al, 2008, 32).

Систем финансирања здравственог сектора у Западној Европи је чист Бевериц систем, који се карактерише финансирањем из општих прихода са колективним правом на непристрасан спектар услуга. Земље Западног Балкана такође се сматрају Беверицовим системом, али не и чистим Беверицом, већ са значајним променама у укупним методама финансирања (Bredenkamp et al, 2008, 35). У основи, три главна финансијска извора су призната на Западном Балкану; Фонд за социјално здравствено осигурање (тј. обавезни допринос као порез на платни списак), владини приходи (тј. из укупног буџета), и плаћање из џепа (тј. плаћање директно од стране корисника услуге). Ипак, добровољно здравствено осигурање и донаторска средства су неки други финансијски извори здравственог сектора у региону, што се може објаснити као добровољна плаћања појединаца како би се избегли катастрофални здравствени трошкови и плаћања која се нуде као донације различитих организација. Поменути системи су методе финансирања које се користе на Западном Балкану, међутим, систем

финансирања здравства у земљама на које је ово истраживање фокусирано (Албанија, Босна и Херцеговина, Црна Гора, Македонија и Србија) мало се разликује од других.

## 2.1. Албанија

Здравствени систем у Албанији углавном је јаван, док приватна пракса има мало тржишно учешће. Албански закон гарантује једнак приступ здравственој заштити свим грађанима. Јавно здравство у Албанији је главни пружаоц здравствених услуга, промоције здравља, превенције, дијагностике и третмана за становништво Албаније. Првенствено, Влада Албаније финансира државни здравствени систем. Остали извори финансирања укључују доприносе квалификованих послодаваца, запослених и samozапослених, одређени проценат њихових плата или прихода се одбија и доприноси шеми осигурања. Међутим, сиромаштво у Албанији је прилично уобичајено и само мали број људи може приуштити такве доприносе (Burazeri et al, 2018, 41). Као резултат тога, многи становници / грађани не добијају потребну медицинску помоћ и лекове за своје болести. Неуспех прикупљања значајног износа доприноса значи да се систем здравствене заштите у Албанији снажно ослања на добротворну помоћ за медицинске залихе и лекове.

Сектор приватне здравствене заштите у Албанији још увек се развија, а покрива већину фармацеутских и стоматолошких услуга, као и неке клинике за специјализоване дијагнозе, које се углавном налазе у Тирани. Државно осигурање не покрива медицинске трошкове настале у приватном сектору, због чега су доступни само особама које могу приуштити да их плате. У Албанији, доктори и болнице очекују исплату у готовини у тренутку пружања услуге.

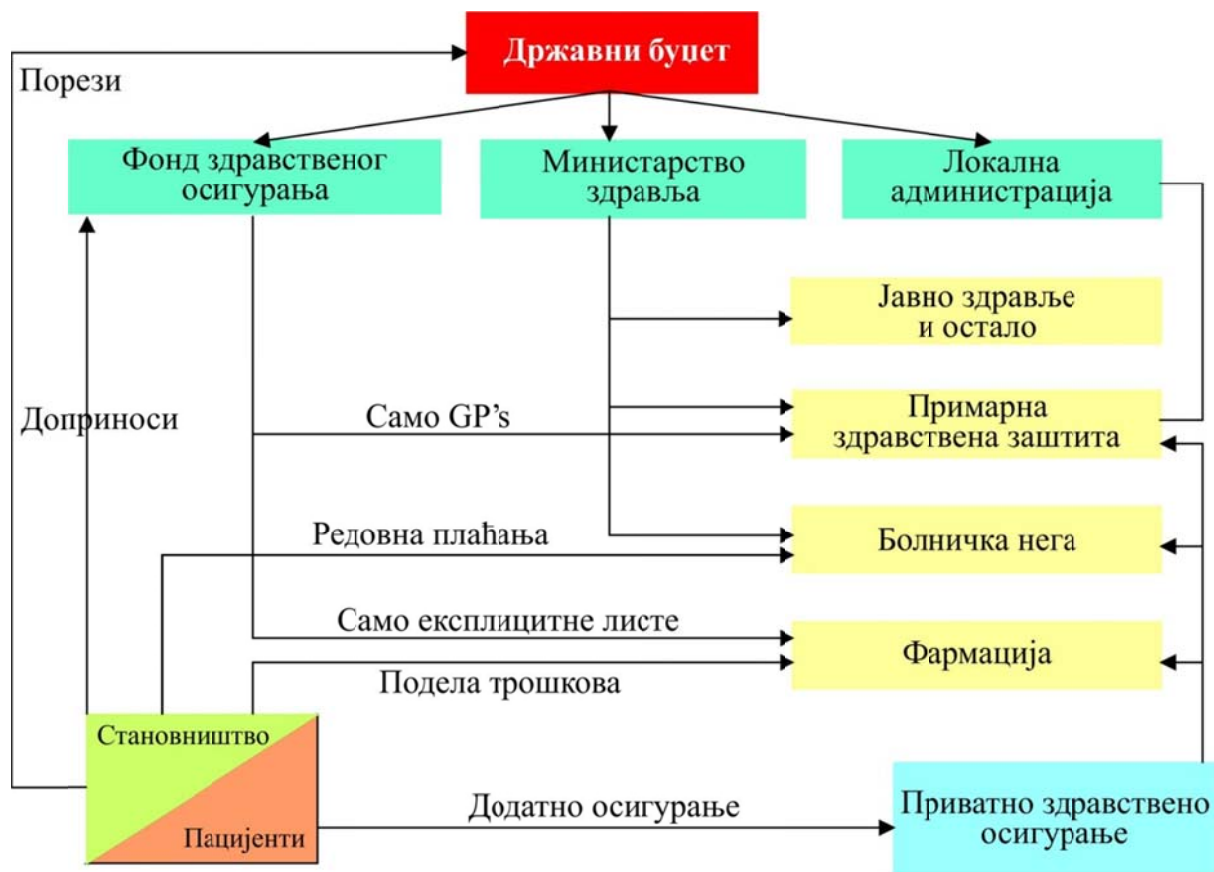
Министарство здравља и заштите животне средине надгледа здравствену службу. Оно преузима водећу улогу у јавном сектору и развојни је и регулаторни орган здравствених стратегија и политика у земљи, као и координирајући ентитет свих учесника, како унутар, тако и изван јавног система.

Албански државни здравствени систем подељен има три степена услуга:

- \* Примарна нега - укључује здравствене и хигијенске центре, центре за здравствено образовање, породилишта и педијатријске клинике, локалне хитне службе и руралне болнице.
- \* Секундарна нега - састоји се од медицинских и дијагностичких услуга у болницама и поликлиникама.
- \* Терцијарна заштита - састоји се од научноистраживачке медицине која укључује четири национална универзитетска центра са дијагностичким услугама (Burazeri et al, 2018, 76).

Болнице у Албанији углавном се налазе у урбаним подручјима као што су Тирана и Дурес, међутим, већина становништва у земљи живи на селу, а нема довољно здравствених центара за подршку свима, чиме се ствара неравнотежа у медицинском систему у пружању здравствене заштите за становништво.

Слика 16. Структура система здравствене заштите у Албанији



Извор: Burazeri, G., Bregu, A., Qirjako, G., et al. (2018), *National Health Report: Health Status of the Albanian Population*, Institute of Public Health, Tirana, p. 7.

У Албанији, примарна здравствена заштита (ПЗЗ) организована је кроз јавну мрежу пружаоца здравствених услуга. Свака од 61 општине има центре ПЗЗ са придруженим здравственим амбулантима. У просеку, један центар ПЗЗ пружа услуге за 8000–20000 становника, који варирају за урбана и рурална подручја, региструјући однос лекара и пацијента од 1:2500 и однос између сестара и пацијента од 1:400. Сви центри за ПЗЗ одговорни су за 24/7 дужности. Ове услуге се не пружају у свим придруженим здравственим амбулантима.

Сви центри за ПЗЗ су под директним надзором Министарства здравља и социјалне заштите, које регрутује медицинско и немедицинско особље и одговорно је за улагање у инфраструктуру и опрему. У већини случајева, зграде и земљиште су



власништво Министарства здравља и социјалне заштите или локалних власти. Сваки центар ПЗЗ има главног лекара, који је обично лекар опште праксе.

Састав тимова ПЗЗ варира у зависности од центра. Лекари опште праксе специјализују се за лечење одраслих (15 година и старији) или деце. Међутим, у малим руралним подручјима, лекари опште праксе пружају услуге људима свих узраста. У градским подручјима постоје педијатри који врше прегледе здраве деце и педијатри који брину о болесној деци. Слична подела рада односи се и на медицинске сестре. Медицинске сестре су често специјализоване, са уским обимом услуга.

У Тирани, организација ПЗЗ центра укључује дијагностичке сервисе са специјализованим лекарима, као што су кардиолози, реуматолози, ортопеди, хирурзи, гинеколози и офталмолози.

Време чекања на састанак са лекаром је дугачко, обично у редовима на вратима доктора. Услуге ПЗЗ доступне су током радног времена, а варирају од центра до центра у зависности од броја лекара опште праксе. Удаљеност између ПЗЗ центара креће се од 10 до 25 км. Ово може представљати препреку за становништво да посећује лекаре опште праксе, али и да лекари опште праксе врше кућне посете и / или да се консултују са пацијентима на удаљенијим амбулантама. Лекари опште праксе служе становништву на њиховим листама и школама које се налазе у подручју центра ПЗЗ.

Центри ПЗЗ пружају опсег услуга дефинисаних основним пакетом услуга ПЗЗ који је усвојило Министарство здравља и социјалне заштите 2009. године. Фонд за обавезно здравствено осигурање плаћа све услуге укључене у основни пакет услуга ПЗЗ. Пакет дефинише седам група услуга:

- (1) хитна помоћ,
- (2) здравствене услуге за децу,
- (3) здравствене услуге за жене репродуктивног доба,
- (4) здравствене услуге за одрасле,
- (5) здравствене услуге за старије особе,
- (6) заштита менталног здравља,
- (7) промоција здравља и образовање.

У 2015. години, групе за жене репродуктивног узраста и децу су ревидиране како би их ажурирале најновијим најбољим праксама. Према основном пакету услуга ПЗЗ, лекари морају:

- (1) управљати примарном здравственом заштитом,
- (2) фокусирати здравствену заштиту на појединце,
- (2) решавати посебне здравствене проблеме дефинисане у седам група услуга,
- (3) пружати целовиту и интегрисану здравствену заштиту,



- (4) прилагодити услуге како би се испуниле потребе здравствених служби у заједници,
- (5) обезбедити основне прегледе за особе у циљаним старосним групама, као што је дефинисано од стране Министарства здравља и социјалне заштите.

Основни пакет такође наглашава компетенције лекара у пет области: клиничке одговорности, управљање здравственим ризицима у популацији, комуникација са пацијентима, управљање пацијентима и управљање здравственом заштитом.

Информације о учешћу стручњака ПЗЗ у клиничким смерницама и протоколима и путевима пацијената разликују се између извора. Стручњаци ПЗЗ недовољно учествују у развоју клиничких смерница и протокола. Национални центар за квалитет, сигурност и акредитацију здравствених установа координира развој клиничких смерница и протокола, али остаје да се успостави стандардна процедура за развој клиничких смерница и протокола. Аллати за побољшање квалитета примењују се у ограниченој мери. Лекари опште праксе деле исту канцеларију са медицинским сестрама. Ово ствара ограничења у активностима и не омогућава жељену поверљивост и удобност за пацијенте током консултација. Медицинске сестре нису укључене у самосталне активности.

У оквиру јавног здравственог система у Албанији, пацијенти имају избор да се региструју код свог доктора. Да би посетили било ког специјалисту или консултанта, пацијенти су обавезни да добију упутницу од својих лекара опште праксе (ГП). Нажалост, већина лекара опште праксе у земљи нема одговарајући ниво обуке. То је резултирало недостатком поверења пацијената у вештине лекара опште праксе и врло често пацијенти заобилазе лекара опште праксе и иду директно код специјалисте. Министарство здравља покушало је то да заустави обнављањем старог система упућивања ГП-а увођењем такси за спречавање људи да избегну свог лекара опште праксе. Међутим, овај потез је постигао неколико резултата (Groot et al, 2018, 784). Лекари специјалисти заправо погоршавају проблем охрабрујући пацијенте да се директно пријаве на њих. Разлог за такво понашање је да се консултанти у великој мери ослањају на исплате како би повећали своје приходе. Корупција је несрећна чињеница живота у Албанији и то је тежак процес за решавање проблема, посебно у здравству, у кратком року.

Укратко, Албанија остаје једна од најсиромашнијих земаља у Европи, са успореном економијом и високом стопом незапослености. Албанија троши око 6,1 одсто БДП-а на здравство. Медицинске установе у Албанији су сиромашне, а недостаје и специјалиста, медицинске опреме и фармацеутских производа. Штавише, хигијенски стандарди су нижи од остатка Европе.

Албански систем здравствене заштите је строго структуриран и централизован и има потешкоћа у задовољавању медицинских потреба свих својих грађана. Лекари и медицинске сестре често су одсечени од нових техника и развоја у медицини; систем се суочава са тешкоћама у савременим здравственим проблемима као што су злоупотреба дрога, АИДС и полно преносиве болести.

Албански здравствени сектор током комунистичког периода био је недовољно финансиран, а улагања у здравствену технологију била су веома ниска. Опсежна мрежа центара примарне здравствене заштите (ПЗЗ) и велики број локалних и регионалних болница имали су застарелу опрему и имали су превелики број запослених. Након промене режима, главне реформе биле су усмерене на примарну здравствену заштиту и настојале су пребацити финансирање сектора на Завод за здравствено осигурање (ЗЗО), који је основан 1994. године. ЗЗО покрива трошкове посета, надокнаде трошкова (део), цену лекова из пописа накнада, као и неких трошкова секундарне и терцијарне неге. Министарство здравља (МЗ) је власник и администратор свих јавних болница. Током протеклих година, интервенције у болничком сектору биле су углавном усмерене на побољшање инфраструктуре и технологије, а мало је учињено у смислу реформе финансирања пружаоца услуга (Burazeri et al, 2018, 29).

Иако је финансирање ПЗЗ кроз ЗЗО, сектор је још увек зависан од субвенција из општег државног буџета. У 2017. години, око 74.1 одсто укупних јавних издатака за здравство дошло је из фондова социјалног здравственог осигурања, док је остатак дошао из општих пореза. Допринос за здравствено осигурање састоји се од фиксне стопе од 3,4 одсто бруто зарада. Међутим, број доприноса још увек је низак због (још увек великог) неформалног сектора економије (Burazeri et al, 2018, 31).

Од 2008. године, пацијенти морају платити малу фиксну надокнаду по посети за посете ПЗЗ или специјалистичко лечење у болничкој нези. Упркос чињеници да по закону сви грађани треба да буду покривени здравственим осигурањем, анкете показују да око 40-45 одсто становништва изјављује да нема здравствену књижицу (Tomini et al, 2017, 421). Претходне студије показале су да катастрофалне здравствене исплате и даље остају високе у земљи. У ствари, три главна услова треба да повећају учесталост катастрофалних плаћања у здравству: (1) постојање / доступност услуга здравствене заштите које захтевају плаћање из џепа, (2) ниска способност јавности да плати за здравље (3) недостатак или неефикасност здравственог осигурања. Чини се да су сви ови услови у Албанији такви да: пацијенти који посећују домове здравља још увек морају платити из џепа за многе услуге и лекове који би иначе били бесплатни, изгледа да је сиромаштво константна брига током последњих деценија, и јавно здравствено осигурање још увек није у стању да покрије све трошкове здравствене заштите настале у јавним објектима (Bredenkamp et al, 2011, 353).

Ограничена јавна потрошња Албаније на здравствени сектор (у поређењу са другим земљама Балкана или Источне Европе) резултирала је повећаним ослањањем на плаћање из џепа за болничку и амбулантну негу. Иако је болничка нега готово бесплатна за све оне који поседују књижицу о здравственом осигурању (осим неких партиципација за дијагностичке тестове високих трошкова), у стварности, већина људи који посећују овај сервис пријављују да су платили значајне износе из џепа. Исплате из џепа углавном се састоје од накнада за примљене услуге, новца за куповину лекова, плаћања за лабораторијски рад, трошкова превоза, као и новца који се неформално плаћа медицинском особљу. Трошкови за лекове су највиши у амбулантној нези.

Генерално, не постоји јасна разлика између формалног и неформалног плаћања у Албанији. Промене у законодавству у раним транзиционим годинама наметнуле су партиципацију за кориснике ПЗЗ. Албански здравствени радници суочавају се са другим формалним плаћањима у лабораторији за лабораторијске тестове, лекове и трошкове превоза. Међутим, није увек јасно да ли се такве исплате плаћају формално или неформално. Будући да албанско законодавство забрањује директна плаћања медицинском особљу, већина студија неформалних плаћања фокусира се искључиво на исплате плаћене медицинском особљу. Износ који се неформално плаћа медицинском особљу такође се разликује. Главни фактори овога се односе на атрибуте пацијената (тј. економски статус, пребивалиште у истом локалитету, личне односе и друштвено / политичку позицију), атрибуте пружаоца услуга (специјалисти наспрам опште праксе, високо специјализовани медицински кадар и доступност), врсту услуга (болнички / амбулантни, локалитет, специјалност, сложеност третмана и укључена технологија) и друге контекстуалне факторе (као што је урбанизација локалитета, друштвене норме, итд.). Механизми плаћања такође се разликују и сложени су. Упркос илегалној природи таквих исплата, за њих се наводи да се одвијају на отвореном и често нису нешто што је скривено. Пацијенти могу прикупљати информације са друштвених мрежа, али у многим случајевима медицинске сестре или лекари директно покрећу исплате. Утицај ових исплата на благостање пацијента показао се веома значајним и ситуација је посебно драматична за сиромашне из руралних подручја (Tomini et al, 2017, 423).

Трошкови за здравствену заштиту могу бити велики терет за издатке домаћинства. Ако су они превисоки, они такође могу ометати дугорочне способности домаћинства за стварање прихода. Издаци за здравствену заштиту који се наплаћују из џепа сматрају се катастрофалним када присиљавају појединце или домаћинства да значајно смање животни стандард сада или у будућности. Ово их гура не само у затворени круг међугенерациске трансмисије сиромаштва, већ може и да их спречи да добију неопходан третман здравствене заштите (Groot et al, 2018, 786).

Једно од главних ограничења у проучавању утицаја сиромашних и неформалних плаћања је недостатак информација о пацијентима којима је била потребна здравствена заштита, али их нису могли приуштити. Подаци из анкете пружају информације само о пацијентима који су тражили здравствену заштиту и не дозвољавају процену јаза који треба попунити како би се осигурао једнак приступ за све. Остала ограничења се односе на највероватније подцењени ефекат неформалних плаћања. Подаци из анкете за Албанију омогућавају разликовање само дела неформалних плаћања плаћених као „поклони“ медицинском особљу (Tomini et al, 2017, 426). Друге дефиниције неформалних плаћања могу укључивати више врста неформалних плаћања. Додатни подаци (омогућујући свеобухватнију дефиницију неформалних плаћања) могу пружити више увида у свеукупне узроке неформалних плаћања и оптерећење које се намеће домаћинствима. Такође, анкете домаћинстава нису нужно рандомизоване на основу информација о здрављу и здравственој заштити. То може довести до недовољне заступљености одређених група и стога подцењују ефекат плаћања из џепа за такве групе.

Постојање катастрофалних трошкова за здравствену заштиту изазива забринутост. Катастрофални издаци за здравствену заштиту не само да намећу већи ризик сиромаштва за људе који траже здравствену заштиту, већ могу и наметнути баријере приступу за њих. Албанске власти треба озбиљно да размотре смањење укупних плаћања из властитог џепа, које износе готово 60 одсто укупних издатака за здравствену заштиту у земљи. То се најбоље постиже кроз осигурање ефикасности и привлачности формалних механизма финансирања здравствене заштите (тј. општих пореских прихода и здравственог осигурања) (Tomini, 2018, 369). Иако побољшање ефикасности таквих механизма захтева бољу координацију и расподелу ресурса, привлачност би се могла повећати усвајањем структуре доприноса и партиципација како би боље одражавала расподелу прихода (Burazeri et al, 2018, 108). Мере као што су изузећа од накнада или субвенције за рањиве групе већ су се показале као ефикасне у смањењу катастрофалних плаћања у другим земљама.

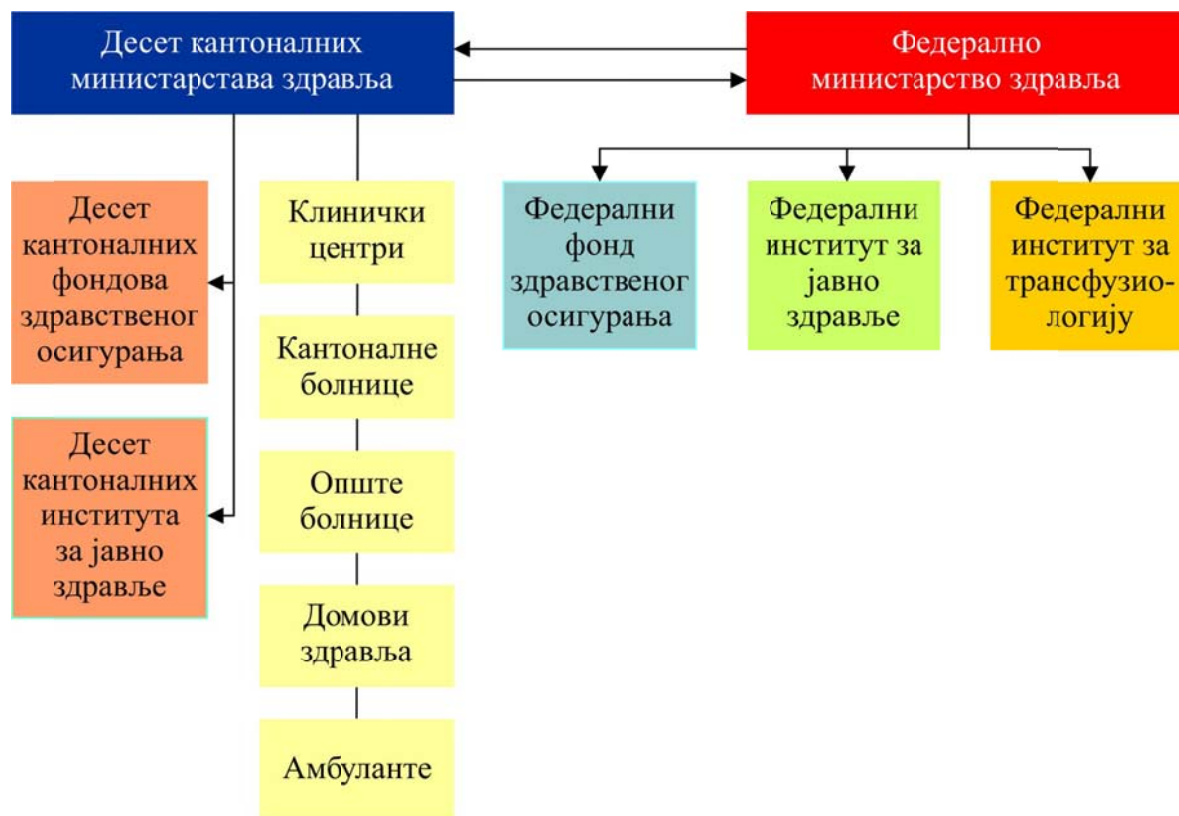
## **2.2. Босна и Херцеговина**

Комплетан систем здравствене заштите у Босни и Херцеговини карактерише изражена фрагментираност пошто је различито организован у Федерацији Босне и Херцеговине, као и у Републици Српској и у Брчко дистрикту. Посматрано кроз организациону структуру и управљање он се остварује кроз 13 потпуно различитих подсистема, и то на нивоу ентитета, кантона у Федерацији Босне и Херцеговине као и Брчко дистрикту, што у великој мери усложњава начин на који се пружају услуге

здравствене заштите, увећава трошкове менаџмента и координације, те има лош утицај на рационалност пословања здравствених установа, пре свега посматрано кроз призму неадекватног искоришћења могућности економије обима.

Два су основна закона којима се регулише област здравствене заштите у Федерацији Босне и Херцеговине – Закон о здравственом осигурању и Закон о здравственој заштити. Први закон уређује начела, начин организације и имплементацију здравствене заштите, док други закон уређује здравствено осигурање као део социјалног осигурања које се темељи на начелима узајамности и солидарности грађана. Према Уставу Федерације Босне и Херцеговине и одговарајућим законским оквирима, систем здравства у Федерацији Босне и Херцеговине децентрализован је и већи део надлежности и одговорности додељен је кантонима (Федерално министарство здравства, 2018, 16).

Слика 17. Структура система здравствене заштите у Федерацији Босне и Херцеговине



*Извор: Мартић, М., Ђукић, О., (2017), Системи здравствене заштите у БиХ – Финансијски изазови и опције за реформу, Friedrich Ebert Stiftung, Сарајево, стр. 6.*

Здравствени сектор Федерације Босне и Херцеговине састављен је од мреже од чак 11 министарстава здравства (10 кантоналних и једно федерално), 11 завода за здравствено осигурање (10 кантоналних и Федерални завод здравственог осигурања и реосигурања) и 11 завода за јавно здравство (Мартић, Ђукић, 2017, 6).

Законском регулативом дефинисано је да се здравствена заштита у Федерацији Босне и Херцеговине спроводи према начелима солидарности, доступности и целовитог приступа (без обзира на старост, пол, верску и етничку припадност), а здравствене услуге се пружају на примарном, секундарном и терцијарном нивоу. Значајно је нагласити да, поред тога што је законска регулатива успостављена у оквиру подељених надлежности између Федерације Босне и Херцеговине и кантона, у пракси се догађа да се на нивоу кантона не примењују федералне политике и закони из подручја здравства.

Када се говори о начину финансирања здравствене заштите, она се углавном финансира из доприноса за обавезно здравствено осигурање, и то доприноса за здравствено осигурање из плате, из доприноса на плате које плаћа послодавац, доприноса за здравствено осигурање који плаћају корисници пензија, доприноса пољопривредника, за незапослене и друге категорије. При томе сваки кантон поседује сопствени завод здравственог осигурања који сноси одговорност за финансирање здравствених услуга на свом нивоу. И поред тога што закон предвиђа и друге форме финансирања (буџет кантона, Федерације, донације, приходи здравствених установа, партиципације итд.), финансирање из доприноса представља основни извор прихода здравства.

Слика 18. Структура система здравствене заштите у Републици Српској



*Извор: Мартић, М., Букић, О., (2017), Системи здравствене заштите у БиХ – Финансијски изазови и опције за реформу, Friedrich Ebert Stiftung, Сарајево, стр. 7.*

Супротно од организационе структуре у Федерацији Босне и Херцеговине, здравствени систем у Републици Српској је централизован, а кључна овлашћења



поседују Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, Институт за јавно здравство и Фонд здравственог осигурања. Централну институцију система представља Министарство здравља и социјалне заштите. Оно координира активности у здравству, бави се креирањем пословне политике и развојне стратегије, планира и координира рад мреже здравствених установа, итд. Поред Министарства у оквиру система делују и друге институције као што су Институт за заштиту здравља Републике Српске (врши истраживања и образовање у пољу јавног здравства, промоције здравља и праћења здравственог стања становништва), Фонд здравственог осигурања Републике Српске, као и бројне здравствене установе које пружају здравствене услуге. У регистар установа здравствене заштите Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске тренутно су уписане 364 регистроване здравствене установе (Мартић, Ђукић, 2017, 7).

Када је реч о финансирању здравствене заштите у Републици Српској, попут Федерације Босне и Херцеговине, доприноси за здравствено осигурање представљају основни извор прихода Фонда, што подразумева доприносе за здравствено осигурање из плате, доприносе за здравствено осигурање које плаћају корисници пензија, доприносе пољопривредника, за незапослене и друге категорије.

Према Статуту Брчко дистрикта Босне и Херцеговине и Законом о здравственом осигурању Брчко дистрикта, имплементацију закона и прописа надлежних тела институција Босне и Херцеговине и Дистрикта из области здравства као и осталих услуга су под надзором и упутствима градоначелника. У складу с тим делује Одељење за здравство које обавља стручно- административне и друге дужности из надлежности Владе, а које се односе на здравствени сектор те области.

Здравствена заштита је организована у оквиру низа здравствених установа које пружају примарни, секундарни и делимично терцијарни ниво услуга корисницима (Здравствени центар Брчко, Општа болница Брчко, Здравствени центар Бијела, Центар за ментално здравље, Здравствени центар Маоча, итд.).

Финансирање здравствене заштите у Брчко дистрикту врши се преко Фонда здравственог осигурања, као и у ентитетима, превасходно из доприноса који се уплаћују за запослене, незапослене, пензионере, samozапослене, пољопривреднике, итд. Скупштина Брчко дистрикта на предлог Фонда здравственог осигурања доноси Одлуку о основи и стопи доприноса за здравствено осигурање.

У оба ентитета закони о здравственом осигурању идентификују особе које су обавезне да уплаћују доприносе и које припадају групи обавезно осигураних лица. Осигураници су разврстани у више категорија зависно од тога на чије име се уплаћује допринос за осигурање и који ниво осигурања је покривен. Према томе, поред особа које уплаћују здравствено осигурање на своје име и које су директно осигурана, постоји



и категорија лица која су осигурана иако се на њихово име не уплаћује осигурање (чланови породице осигураника), лица која су осигурана само када је у питању случај професионалне болести као и повреде на раду и страни држављани којима је обезбеђено осигурање на основу потписаних међудржавних споразума. Држављани Босне и Херцеговине право на здравствену заштиту доказују овереном здравственом књижицом. Здравствена књижица се, у правилу, оверава барем једном месечно у пословници надлежног фонда здравственог осигурања, с тим да се за одређене категорије попут деце и земљорадника оверавање здравствене књижице врши тромесечно. У оба ентитета властито здравствено осигурање за децу старију од 15 година која не настављају школовање добија се пријавом на Завод за запошљавање (Мартић, Ђукић, 2017, 8). Незапослене особе право на здравствено осигурање остварују пријавом на бирое / заводе за запошљавање.

Без обзира на то што је проценат становништва који је покривен здравственим осигурањем релативно висок, начин на који се реализује право на јавно доступне здравствене услуге свакако доводи до тога да одређене групе немају приступ систему заштите, па самим тим долази и до дискриминације. У стварности више од 15 одсто становништва у Босни и Херцеговини је изван система јавне здравствене заштите и није у систему здравственог осигурања. Процент становништва у систему јавног здравственог осигурања је нижи у Републици Српској (око 70 одсто) у поређењу са Федерацијом Босне и Херцеговине (око 86 одсто). Разлози се могу наћи у нешто већем проценту пољопривредног становништва, а које често није инволвирано у систем јавне здравствене заштите по основу уплате обавезних доприноса (Федерално министарство здравства, 2018, 21).

Уколико се детаљније анализирају подаци о покривености здравственим осигурањем, примећују се значајне разлике у сфери обухвата здравственим осигурањем по кантонима у Федерацији Босне и Херцеговине. Евидентно је да је највећи обухват здравственим осигурањем у Кантону Сарајево и Западно-херцеговачком кантону (преко 95 одсто) док је, примера ради, у Кантону 10 обухват испод 64 одсто (Мартић, Ђукић, 2017, 8).

Имајући у виду да се систем здравствене заштите у оба ентитета заснива на принципима једнакоправности, велике разлике у обухвату здравственим осигурањем између ентитета и кантона упућују на ризик дискриминације одређених категорија становништва (становништво у руралним подручјима, сиромашни, Роми, необразовани, итд.). Значајно је напоменути да је део становништва коме јавно финансирана здравствена заштита предвиђену законом није доступна приморан да тражи здравствену заштиту у приватном сектору, што представља додатно, а често и веома велико оптерећење за њихов буџет.

На основу расположивих података Агенције за статистику Босне и Херцеговине из последњег Националног здравственог рачуна укупна потрошња за здравство у Босни и Херцеговини на крају 2017. године износила је две милијарде и 669 милиона конвертибилних марака. Од тог износа на јавне издатке отпада милијарду и 895 милиона конвертибилних марака или 71 одсто, а приватни 774 милиона конвертибилних марака или 29 одсто. Такође се може уочити изражена тенденција пораста укупне потрошње за здравство која је само у раздобљу од 2012. до 2017. године порасла чак за 600 милиона конвертибилних марака. Паралелно са растом укупних издвајања пропорционално су расли јавни и приватни издаци, с тим да су се приватни издаци за здравство повећали са 693 милиона конвертибилних марака у 2011. на 774 милиона конвертибилних марака у 2017. години (Федерално министарство здравства, 2018, 24-25).

Када се разматра поменута структура потрошње према намени, онда је приметно да највећи део издвајања иде за услуге лечења (више од 50 одсто), затим за медицинска средства за ванболничке пацијенте (већим делом се финансира из приватних средстава), помоћне услуге здравствене заштите, итд.

Систем јавног здравства у Босни и Херцеговини са тренутним моделом финансирања очигледно није кадар да ухвати корак са потребама, очекивањима и навикама становништва у погледу здравствених услуга. Чињеница је да већ дужи период расту очекивања становништва, тражња и потребе за здравственим услугама такође, углавном због тога што је брига о здрављу представља један од највреднијих и најзначајнијих облика личне потрошње.

Тај тренд постоји и у Босни и Херцеговини, а никако се не сме занемарити ни континуиран развој медицинске технологије који такође развија нове потребе за здравственим услугама. Када је реч о навикама, онда се пре свега мисли на наслеђе из ранијег система када је дефинисан веома широк спектар услуга у здравству, јавно доступних, који ни до данас није значајније умањен. Примера ради, у СФРЈ су становништву биле доступне све услуге из области примарне здравствене заштите, велики број специјалистичко-консултативних дијагностичких услуга, болничка лечења у земљи и иностранству, боравак у бањским лечилиштима, боловања и низ других здравствених услуга чији број није био ограничен. Тако је код популације настала навика нерационалне употребе здравствених услуга без обзира на реалне финансијске могућности тадашњих, а и садашњих јавних система здравствене заштите у Босни и Херцеговини. Због ниске стопе јавних издвајања за здравствене услуге, све већи број људи одлучује да тражи здравствене услуге у приватном сектору (Мартић, Ђукић, 2017, 10).

Поред поменутог, у претходном периоду, нарочито у областима попут стоматологије, дијагностике, лекова без рецепта, терапеутских и специјалистичких услуга, развијена је много конкурентнија понуда и знатно бржа и ефикаснија доступност у односу на јавни сектор чиме је додатно стимулисана приватна потрошња. Суочени са великим финансијским проблемима јавни фондови здравственог осигурања немају довољно ресурса за улагања у нове технологије, опрему и развој нових услуга због чега се такође корисници одлучују да ове услуге траже у приватним установама или иностранству. Због приметне несразмере између реалних финансијских могућности и потреба становништва системи јавног здравства у Босни и Херцеговини већ годинама продукују дефиците у финансирању, док на другој страни перманентно расте незадовољство корисника.

Битна је и чињеница да финансирање јавног система здравствене заштите у Федерацији Босне и Херцеговине не подлеже јединственој регулативи, већ се разликује по кантонима. Јединствено је уређен само обрачун основице и стопа доприноса за запослене код послодавца (12,5 одсто на терет запослених и 4 одсто на терет послодавца), док је основица и стопа доприноса за остале категорије становништва дефинисана различито на основу одлука кантоналних скупштина. Према томе, кантонални заводи здравственог осигурања су у различитом финансијском положају (у зависности од броја запослених и просечне бруто плате), што има непосредан утицај на обим и категорије права која се нуде осигураницима (Федерални Завод за програмирање развоја БиХ, 2018, 24).

Овако постављен систем финансирања здравствене заштите по кантонима, који се углавном заснива на средствима која су уплаћена на основу доприноса за запослене код послодавца, стимулише неједнакост приликом реализације права осигураника која је условљена економском позицијом кантона и места пребивалишта осигураника. У кантонима у којима егзистира мањи број запослених са нижим примањима, свакако је нижи обухват здравственим осигурањем и мања су издвајања за јавне здравствене услуге по осигуранику. На другој страни, грађани који пребивалиште имају у „сиромашнијим“ кантонима имају идентичне потребе за здравственим осигурањем као и они који живе у „богатијима“.

Неопходно је нагласити и чињеницу да институционални актери у Федерацији Босне и Херцеговине, потпуно реално сагледавају овај проблем, те покушавају да га превазиђу оснивањем Фонда солидарности и усвајањем једног броја релевантних одлука, али без конкретнијег резултата (World Health Organization, 2018). Ова настојања да се смањи неједнакост приликом реализовања права на здравствене услуге нису до овог тренутка подразумевала интервенције и приступе који инсистирају на редефинисању структуре извора финансирања.

### 2.3. Црна Гора

Држава је оснивач доминантног броја здравствених установа у којима је обезбеђена здравствена заштита становништва. Здравствена заштита се пружа у здравственим установама које су део мреже државних здравствених установа и установама које су власништво приватних лица.

Мрежа здравствених установа успостављена је тако да се становништву обезбеди здравствена заштита у складу са потребама и могућностима здравственог система, а према принципима солидарности, доступности и једнакости приликом остваривања здравствене заштите.

Здравствена заштита простире се на три нивоа. Основни, односно први ниво примарне здравствене заштите треба да подмири између 80 и 85 процената потреба становништва за здравственом заштитом. Основни елемент примарне здравствене неге представља одабрани лекар у амбуланти или тимови одабраних лекара. Секундарна здравствена заштита је организована у виду мреже специјалистичких амбуланти и болничких одељења, као и терцијарни ниво здравствене заштите уз развијање субспецијалистичких амбуланти.

Примарна здравствена заштита представља приоритет приликом развоја здравственог система, а она покрива промовисање здравих стилова живота и превентивну здравствену заштиту. Организационо, дом здравља представља базну установу која је уз помоћ система изабраног лекара, или тимова изабраних лекара и центара и јединица служи за пружање подршке изабраним лекарима. Он је састављен из три елементарна дела:

- \* амбуланта одабраног лекара или тимова изабраних лекара (одабраног педијатра, одабраног гинеколога и одабраног доктора за одрасле)
- \* центара за обезбеђење и пружање подршке изабраним лекарима; они су организовани на новоу локалне самоуправе као и на регионалном нивоу за: децу са тешкоћама у развоју, плућне болести и ТБЦ, дијагностику, ментално здравље, и сл, и
- \* јединица за: физикалну терапију, патронажу и превоз санитаром.

На секундарном и терцијарном степену заштита здравља се реализује у општим и специјалним болницама и КЦЦГ, кроз амбулантну специјалистичко-консултативну и конзилијарну здравствену заштиту, као и кроз болничко лечење на одељењима и кроз дневни третман пацијената (дневна болница).

Према законским прописима држава је оснивач здравствених установа: 18 домова здравља, као и седам општих болница, и три специјалне болнице, као и Клиничког Центра Црне Горе, Института за јавно здравље, Завода за хитну медицинску

помоћ, Завода за трансфузију крви, Апотеке Црне Горе „Монтефарм“. Поменуте установе баве се пружањем здравствене заштите по нивоима (примарни, секундарни и терцијарни) у односу на делатност за коју су основане (Министарство здравља Црне Горе, 2018, 3).

За спровођење здравствене политике у сегменту здравственог осигурања одговорност сноси Фонд за здравствено осигурање Црне Горе. За имплементацију фармацеутске политике држава је формирала Агенцију за лекове и медицинска средства.

Финансирање здравствене заштите у Црној Гори се спроводи коришћењем принципа Бизмарковог социјалног здравственог осигурања, које се финансира из доприноса према категоријама које су дефинисане законом. Према најновијим доступним подацима више од 95 одсто становништва обухваћено је овим осигурањем. Средства која недостају за функционисање здравственог система и потребе здравствене заштите обезбеђују се из буџета државе. Ова средства се односе на исплату зарада запослених у јавним здравственим установама, као и за финансирање делатности МЗ, што имплицира на мешовити систем финансирања, а нарочито уколико се има у виду, да су актуелна законска решења (Закон о буџету, систем трезора) примеренија систему буџетског финансирања здравствене заштите него систему осигурања.

Минимална додатна средства за финансирање здравствене заштите у Црној Гори долазе из личног учешћа корисника здравствене заштите (партиципација), средстава других плаћања и средстава из донација.

Опште је познато је да принципи обавезности и солидарности у здравственом осигурању доносе становништву поједина права на заштиту здравља и новчане надокнаде које су дефинисане законом, али је њихова реализација тесно повезана са обавезом плаћања доприноса пропорционално са финансијским могућностима. Путем обавезног здравственог осигурања осигураним лицима обезбеђује се могућност на коришћење здравствене заштите. Фонд за здравствено осигурање Црне Горе (ФЗО) је институција у којој се реализују права из здравственог осигурања и обезбеђују средства за права из здравствене заштите. Приходе обавезног здравственог осигурања представљају: доприноси за обавезно здравствено осигурање, донације, приходи по конвенцијама, приходи од накнаде штете, приходи од камата, дивиденде, ренте и приходи из других извора који су дефинисани законом.

Плаћање здравствене заштите остварује се преко уговора са даваоцима, односно плаћањем планова рада здравствених установа а према висини средстава која је планирана предрачуном средстава ФЗО. План рада се састоји од броја и врсте здравствених услуга као и броја и структуре запослених. За реализацију плана рада

пружаоц здравствених услуга доставља извештаје (фактуре) о пруженим здравственим услугама према прописима ФЗО којима се уређује фактурисање здравствених услуга.

Реформа примарног нивоа здравствене заштите у Црној Гори отпочела је 2003. године имплементацијом новог начина организовања примарне здравствене заштите и усвајањем концепта изабраног лекара у функцији „чувара капије“ система. Трансформисана је улога домова здравља, који су претворени у центре за подршку раду изабраног лекара. Концепт изабраног лекара усвојен је на територији читаве Црне Горе, а према најновијим доступним подацима из 2017. године обухват регистрације осигураника код изабраног лекара за децу и одрасле износио је 95,89 одсто. Кад је реч о изабраном лекару за жене приметан је низак обухват регистрације од 62,40 одсто у 2017. години. Поштујући принцип регионализације, у одређеним домовима здравља су, сходно гравитирајућим подручјима, оформљени регионални центри за: ментално здравље, децу са тешкоћама у развоју, репродуктивно здравље и плућне болести. Реорганизација домова здравља није довела до потпуног напуштања традиционалних организационих форми (специјалистичке амбуланте, дијализа, болнички капацитети-стационари у појединим домовима здравља), а са циљем одржања боље доступност здравствене заштите становништва. Реформа примарне здравствене заштите обезбедила је оптималну покривеност неопходним кадром уз прихватљив однос медицинских и немедицинских радника (82:18 одсто), уз повољније стандарде кадра у општинама са малом густином насељености (Министарство здравља Црне Горе, 2018, 14).

Изабрани лекари су завршили обуку са циљем унапређења знања и вештина, а према новом концепту и улози изабраног лекара. Реформом ПЗЗ обухваћена је и промена начина плаћања инволвирањем модела финансирања који представља комбинацију капитације и пружених услуга.

Реформа секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите подразумевала је креирање стратешких и нормативних докумената (план људских ресурса, стратегија за унапређење болничке здравствене заштите, стратегија за унапређења квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената, основни пакет услуга за секундарни и терцијарни ниво здравствене неге, националне смернице добре клиничке праксе, стратегија јавно-приватног партнерства, подршка за оптимизацију здравствене мреже у Црној Гори). Уз документациону основу, у сегменту финансирања било је планирано увођење новог модела плаћања акутне болничке неге према ДРГ моделу.

Комплетну до сада имплементирану реформу у систему здравства пратио је развој интегралног здравственог информационог система са циљем подршке нових начина плаћања (пословни информациони систем) и медицинских процеса на примарном и секундарном нивоу здравствене заштите (медицински информациони систем). Интегрални систем обухватио је и развој ИТ подршке ФЗОЦГ, здравствено-

статистичког информационог система ИЈЗ за подршку извештавању, система агенције за лекове и Министарства здравља.

Иако су реформски процеси у току дуже од 10 година, систем здравства још увек је суочен са великим бројем проблема, првенствено у погледу оптимизације мреже здравствених установа и децентрализације у управљању, па до рационалног финансирања ионако скупог система здравствене заштите. Основни проблеми који су у вези са организацијом и функционисањем система здравства условљени су низом фактора који су повезани са техничким (кадар, опрема, простор) и технолошким перформансама система (вештина и знања пружаоца здравствене заштите, стандардизоване процедуре), перманентним унапређењем законске регулативе, управљањем системом здравствене заштите на различитим нивоима (менаџмент, лидерство, заступање за здравље), сарадњом здравственог и других сектора (социјално старање, образовање, одрживи развој, туризам, економија, правда, итд.) и прилагодљивост здравственог система на промене (управљање променама).

ФЗО Црне Горе се финансира преко доприноса за обавезно здравствено осигурање. Пуњење фонда највећим делом се реализује преко доприноса за здравствено осигурање лица која су запослена у привреди и ванпривреди. Уплату доприноса за запослене врше послодавци у моменту када се врши исплата личног дохотка или новчане надокнаде. На почетку 2015. године промењена је укупна стопа доприноса за здравствено осигурање и повећана је са 12,3 одсто на 12,8 одсто (за послодавце износи 4,3 одсто, док је износ за запослене 8,5 одсто). Повећање ове стопе доприноса резултирало је већим буџетским приходом, што треба да резултира бољим и ефикаснијим пружањем здравствених услуга осигураним лицима. ФЗО се такође финансира и доприносима које уплаћују Фонд пензијског, Завод за запошљавање, пољопривредници, samozапослени, физичка и правна лица (Министарство здравља Црне Горе, 2018, 16).

Поред прихода од доприноса, знатан део прихода (око 20 одсто) остварује се преко општих прихода из Буџета путем којих се покривају трошкови здравствене заштите незапослених особа која не добијају новчану надокнаду, избеглица, као и средства која недостају за финансирање здравствене делатности због нижег нивоа реализованих прихода насталог смањењем стопе доприноса. Када је реч о приватним средствима, у систему здравства учествују само средства од партиципације која подразумева учешће осигураних лица у расходима који настају коришћењем заштите здравља. Ова средства представљају мање од 1 одсто укупних трошкова за заштиту здравља (Министарство здравља Црне Горе, 2018, 17).

За поједине категорије за које држава треба да обезбеђује здравствену заштиту из посебних средстава за те намене, ван средстава обавезног здравственог осигурања,



трошкови здравствене заштите такође се финансирају из средстава која су одређена Фонду (незапослена лица, лица на издржавању казне затвора, странци који нису здравствено осигурани, азиланти, неосигурана лица и сл.). На основу Закона о буџету, државни фондови су укључени у консолидовани рачун Државног трезора, чиме је промењен начин функционисања Фонда и финансирања система здравства.

Јавне здравствене установе нису укључене у Консолидовани рачун Трезора, али су у обавези да предају извештаје о приходима и расходима Фонда, које Фонд доставља Министарству финансија и који су саставни део Завршног рачуна буџета државе. Приходе које реализују од обављања сопствене делатности могу користити за финансирање текућих и капиталних издатака у оквиру годишњег финансијског плана.

Метод плаћања здравствених установа има облик буџетског финансирања по ставкама. Фонд, на основу Одлуке о распореду средстава Фонда за текућу годину, одређује средства здравственим установама наменски за зараде, материјалне трошкове, лекове и медицинска средства, капиталне издатке и др. Здравствене установе унапред знају месечни износ средстава које ће им Фонд пренети и врше плаћање у оквиру расположивих финансијских средстава, а због недовољно средстава за покриће свих потреба, исказују неизмирене обавезе. У Црној Гори не постоји посебна стопа доприноса за повреде настале на раду као и за професионалне болести као што то у неким другим земљама Европе где послодавци уплаћују посебне стопе доприноса за осигурање запослених од повреда на раду и професионалних болести. Ти приходи служе за финансирање здравствене заштите особа која доживе повреде или оболе од професионалне болести. Ова врста прихода се разликује и условљена је износом издатака за ризике. Имплементација поменутих стопе доприноса свакако представља један од потенцијалних извора додатних средстава.

Расподела прихода корисницима јавних прихода обавља се по обрасцу, а не по корисницима којима су намењени. Поред тога што је Законом о доприносима за обавезно социјално осигурање прописана стопа доприноса за здравствено осигурање на нето пензије у висини од 1,0 одсто, из поменутих података о приходима јасно је да се не врши обрачун и уплата доприноса на нето пензије.

## 2.4. Македонија

У Македонији постоје два типа здравственог осигурања према Закону о здравственом осигурању: обавезно и добровољно осигурање за неке облике здравствене заштите. За све држављане Македоније успостављено је обавезно здравствено осигурање у циљу обезбеђења социјалне и здравствене заштите и остваривања

одређених права у случају болести или повреде и других права из здравствене заштите утврђених Законом о здравственом осигурању.

Обавезно здравствено осигурање заснива се на принципима обавезе и универзалне покривености, солидарности, једнакости и ефикасног коришћења финансијских средстава у складу са законом. То значи да свако осигурано лице може користити здравствене услуге (основне које су покривене обавезним здравственим осигурањем) и здравствено осигурање у неограниченом износу када је то потребно. С друге стране, постоји обавеза према свим запосленима и другим носиоцима осигурања за континуирано плаћање доприноса за здравствено осигурање. Стопа доприноса је иста за све запослене. Она не зависи од висине плате или прихода, или учесталости и износа здравствених услуга које се користе на рачуну здравственог осигурања. Принципи солидарности и праведности су обавезни.

Неке посебне ризике и услуге, које нису обухваћене обавезним здравственим осигурањем, треба да обезбеде послодавци одређених група радника. Укључује превентивне мере и коришћење здравствене заштите када се догоди повреда на раду и професионално обољење осигураника по основу запошљавања, због повећаног ризика на раду (Donev, Gudeva Nikolovska, 2018, 177).

Уведено је добровољно здравствено осигурање за здравствене услуге које нису покривене обавезним здравственим осигурањем. Обухвата коришћење неких специфичних здравствених услуга, као и услуге на вишем нивоу стандарда или удобности од оних које нуди обавезно здравствено осигурање, у складу са споразумима и нормама које одреди агенција / компанија која пружа добровољно осигурање. Добровољно здравствено осигурање је додатно осигурање, дозвољено само за осигуранике у оквиру обавезног здравственог осигурања. Међутим, због незаинтересованости грађана за реализовање права добровољног здравственог осигурања, и због широког спектра права обавезног здравственог осигурања, добровољно здравствено осигурање још није спроведено у пракси.

Закон о здравственом осигурању промовише различите модалитете како би особа постала члан обавезног здравственог осигурања које нуди Фонд за здравствено осигурање (ФЗО). Готово сви грађани (више од 80 одсто укупног становништва) Македоније осигурани су системом обавезног здравственог осигурања, у различитим модалитетима:

- (а) на основу запослења - запослени појединци (радници), појединци који раде у приватном сектору и појединци који обављају аграрне активности (пољопривредници),
- (б) на основу својих права на одлазак у пензију - пензије, инвалидске и породичне пензије, као и пензије и инвалидске ренте од страних осигураника и

(в) на другим основама - незапослена лица која су регистрована од стране Завода за запошљавање, корисници основних социјалних услуга, особе са инвалидитетом (војници и цивили), чланови породица осигураника који служе у Војсци Македоније, лица која су у затвору или осуђени на друге казнене мере, лица у верским заједницама (монаси, монахиње), итд. (Donev, Gudeva Nikolovska, 2018, 178).

Грађани који нису укључени ни у једну од наведених група могу добровољно да добију обавезно здравствено осигурање за себе и за своје чланове породице плаћањем доприноса за здравствено осигурање у складу са законом.

Обавезно здравствено осигурање, осим покривања активног осигураника (носиоца осигурања), покрива и чланове његове уже породице: брачни друг и деца до 18 година старости, а и до 26 година старости ако су студенти укључени у редовно образовање.

Поред држављана Македоније, обавезно здравствено осигурање важи и за стране држављане као и лица без држављанства, ако су запослени на територији Македоније, у домаћим или страним фирмама, у међународним организацијама или дипломатским органима или ако су укључени у стручну обуку или образовање у Македонији. Страни држављани из земаља које имају међународне споразуме са Македонијом за социјално осигурање користе здравствене бенефиције према тим споразумима.

Фонд здравственог осигурања осигурава право на здравствену заштиту, као и право на боловање и друге новчане накнаде осигуранику. Обавезно здравствено осигурање, по принципу солидарности као кључни елемент за пружање здравствених накнада, осигураницима пружа основна права и бенефиције здравствене заштите или основни пакет здравствених услуга. Права и бенефиције здравствене заштите на нивоу примарне здравствене заштите су (ПЗЗ) (Kasarinov et al, 2018, 878):

- (а) медицински прегледи и друге врсте медицинске помоћи ради утврђивања дијагнозе, праћења или провере здравственог статуса,
- (б) предузимање стручних медицинских мера, других мера и процедура за унапређење здравственог стања, тј. превенцију и рано откривање болести и других здравствених поремећаја,
- (в) пружање хитне медицинске помоћи,
- (г) амбулантно лечење или третман кућне неге у дому корисника,
- (д) здравствена заштита везану за трудноћу и порођај, спровођење превентивних, терапијских и рехабилитационих мера,
- (ђ) давање лекова у складу са листом лекова, коју издаје ФЗЗ, а одобрава министар здравља.

Права и бенефиције здравствене заштите на нивоу специјалистичко-консултативне здравствене заштите су (Lazarevik, 2017, 192):

- (а) испитивање здравственог статуса осигураника и постављање дијагнозе и давање препорука за даљи третман,
- (б) обављање специјализованих дијагностичких, терапијских и рехабилитационих поступака,
- (в) протетске, ортопедске и друге објекте, пратеће и санитарне инструменте и зуботехничке уређаје у складу са општим актом који издаје ФЗЗ, а одобрава министар здравља и
- (г) болничке (краткорочне и дугорочне) услуге: испитивање здравственог стања, пружање услуга лечења, рехабилитације и неге, смештај (у стандардним условима - болничка соба са два или више кревета) и оброци за време хоспитализације; снабдевање лековима у складу са листом лекова, издатих од стране ФЗЗ-а и одобреним од стране министра здравља, као и пратећи материјали за примену лекова и санитарних материјала потребних за лечење; смештај и исхрану за пратњу детета до 3 године током хоспитализације до 30 дана, ако је потребно.

Поједине области и специфични програми финансирају се директно из државног буџета, као што су здравствена заштита мајки и деце, планирање породице, ХИВ / АИДС, давање крви, имунизација.

Осигураник има право и обавезу да изабере лекара (изабраног лекара) у оквиру одговарајуће службе на нивоу ПЗЗ (Служба медицине рада и опште медицине, здравствене заштите деце до 6 година или школска медицина), за школску децу и адолесценте до 18 година и ученике до 26 година, услуге за здравствену заштиту жена које се односе на репродуктивне функције, за жене старије од 14 година и стоматолошке услуге за општу стоматолошку заштиту.

Изабрани лекар одговоран је да прати здравствено стање и да пружа превентивне мере и активности за побољшање здравља, превенцију и рано откривање болести, као и за лечење болести и повреда, да утврди потребу за боловањем и упућивање пацијента ка вишим нивоима здравственог система, ако је потребно (Donev, Gudeva Nikolovska, 2018, 179). Основне здравствене бенефиције могу се остварити на свим нивоима здравственог система и то путем : (Kasarinov et al, 2018, 881)

- 1) Примарне здравствене заштите, укључујући општу праксу, медицину рада, педијатрију, школску медицину, гинекологију и општу стоматолошку праксу; примарна здравствена заштита покрива и хитну медицинску помоћ и кућно лечење

- 2) Консултативно-специјалистичке здравствене заштите у домовима здравља и здравственим центрима
- 3) Субспецијалистичке здравствене заштите која се пружа на клиникама и институтима Медицинског факултета у Скопљу и неким другим здравственим установама на националном нивоу
- 4) Болничке здравствене заштите
- 5) Медицинске рехабилитације у амбулантним службама, медицинским центрима и болницама током болничког лечења, као и специјализоване медицинске рехабилитације у одређеним центрима за рехабилитацију као наставак болничког лечења.

Осигураник има право на лечење у иностраној здравственој установи ако се болест не може лечити у Републици Македонији и ако постоји могућност успешног лечења у некој иностраној земљи. Услови и поступак за слање осигураника у иностранство на здравствену заштиту регулисани су управо општим актом Фонда здравственог осигурања (ФЗЗО) који је одобрио министар здравља. Препорука лекара и одобрење за лечење у иностранству од стране Комитета ФЗО потребно је пре одобравања осигурања. Покривеност за услуге добијене у иностранству које су доступне у Македонији није обезбеђена у циљу заштите од ерозије у коришћењу македонске медицинске неге.

Услуге здравственог система и одређене шире јавно здравствене активности финансирају се из доприноса месечних зарада запослених у јавном и приватном сектору и доприноса из општих буџетских прихода, спољне помоћи и ограниченог наметања корисничких накнада. Највећи део прихода (око 95 одсто) прикупља се из доприноса за обавезно здравствено осигурање према утврђеним стопама. Око 59,4 одсто прихода домаћег здравственог сектора, у 2017. години, изведено је директно или индиректно из доприноса појединца Фонду за здравствено осигурање, а остатак, око 35 одсто, из трансфера из других државних агенција као што су Пензијски фонд и Институт за запошљавање. Директни доприноси од запослених у јавном и приватном сектору (све особе које се баве различитим облицима друштвено организованог или личног рада) биле су једнаке 8,6 одсто месечне плате до јуна 2011. године, када је стопа доприноса формално повећана на 9,2 одсто због промена у основу и начину обрачуна доприноса за здравствено осигурање. У ствари, ова промена је изазвана смањењем пореза на доходак физичких лица (као део бруто зарада) са 23 на 15 одсто, што значи да је стварни допринос за здравствено осигурање по стопи од 8,6 одсто и пореза на доходак физичких лица 23 одсто приближно једнако доприносу по стопи од 9,2 одсто и порезу на лични доходак од 15 одсто у бруто зарадама и накнадама за време

боловања. Из извора (послодавца) су ускраћивани доприноси за директну исплату у Фонду здравственог осигурања (Lazarevik, 2018, 38).

Одређени проценат новца од доприноса на плате преноси се у Фонд за здравствено осигурање пензионера, инвалидних и квалификованих незапослених лица. За кориснике пензија, стопа доприноса од 14,69 одсто примењује се на нето исплату пензија, док се за незапослене и примаоце социјалне помоћи стопа доприноса од 8,6 одсто примењује на 65 одсто просечне нето плате у земљи. Ова средства се пребацују у Фонд здравственог осигурања од стране Фонда за пензијско и инвалидско осигурање, од стране Фонда за запошљавање, као и од Министарства рада и социјалне политике. Око 35,2 одсто домаћих здравствених прихода у 2017. години пренето је из ова два наведена фонда. Пољопривредници морају доприносити 9,2 одсто прихода. За грађане са приватним предузећем и њиховим запосленима стопа износи 9,2 одсто бруто зарађене плате и надокнаде. Додатни доприноси за здравствено осигурање када дође до повреде на раду и професионалне болести, за запослене у јавном и приватном сектору који су изложени повећаном ризику од повреда на раду и професионалних болести, утврђују се по стопи од 0,5 одсто од бруто плате и надокнаде (Lazarevik, 2018, 41).

Осигураници и чланови њихових породица из својих личних средстава морају да плате одређени проценат цене здравствених услуга, али не више од 20 одсто укупних трошкова здравствене услуге или лекова. ФЗО је одлучио о нивоу учешћа корисника у трошковима здравствене заштите, и то: 10-20 одсто цене здравствених услуга и лекова на нивоу ПЗЗ; 10-20 одсто цене здравствених услуга за лечење оралних и денталних болести (осим протетских средстава); 10-20 одсто трошкова услуга у специјалистичко-консултативној и болничкој обради, укључујући све трошкове за услуге и лекове; 20 одсто укупних трошкова одобреног третмана у иностранству; 20 одсто трошкова стоматолошких протетских средстава; и 20-50 одсто од цене неких других протетских средстава (Lazarevik, 2017, 196).

Накнада за здравствену заштиту не постоји у следећим случајевима:

- \* Код праћења здравственог стања осигураника од стране лекара по избору и хитне медицинске услуге на позив;
- \* Када су корисници који примају сталну социјалну помоћ, лица која су смештена у установу социјалне заштите или другу породицу (осим за лекове преписане на нивоу ПЗЗ и за лечење у иностранству);
- \* За психијатријске пацијенте смештене у психијатријске болнице и особе са менталном ретардацијом без родитељског старања;
- \* Када су у питању осигураници који су током календарске године платили корисничку накнаду за специјалистичко-консултативно и болничко лечење

(осим за лекове преписане на нивоу ПЗЗ и за лечење у иностранству) у кумулативном износу од преко 70 одсто просечног месечног дохотка претходне године. Одређене старосне категорије грађана могу бити искључене из партиципације када достигну границу корисничких накнада плаћених током године;

- \* Код додатних изузећа која су у складу са неким посебним програмима здравствене заштите са социјалним димензијама и који се односе на целу популацију. Ова изузећа се сваке године усвајају и финансирају од стране Владе Македоније, а одређују се за кориснике здравствених услуга у вези са третманом одређених исцрпљујућих, скувих и често по живот опасних болести (реуматска грозница, прогресивна нервна и мишићна болест), церебралну парализу, мултиплу склерозу, цистичну фиброзу, епилепсију, пенфигус, лупус еритхематодес, инфективне болести - списак од око 20 болести, зависности и алкохолизма, до 30 дана, хронична дијализа, стања после трансплантације органа, малигних болести, дијабетес и обавезна имунизација);
- \* Код протетских, ортопедских и друга средстава за децу до 18 година старости;
- \* Код трудница и породиља;
- \* Код одојчади, до једне године живота;
- \* Код даваоца крви који су добровољно дали крв више од 10 пута; и лица која су изузета неким посебним прописима (особе са инвалидитетом или породице војника који су погинули у акцији) (Kasapinov et al, 2018, 883-884).

Учешће корисника у трошковима здравствене заштите елиминисало је прекомерно коришћење услуга, али је прикупило мање средстава него што се очекивало, доприносећи мање од пет одсто прихода здравствених радника.

Здравствене организације и ФЗЗ обавезни су да планирају потребна средства за пружање здравствених услуга и остваривање накнада за здравствену заштиту осигураницима који долазе из обавезног здравственог осигурања. Сваке године, ФЗО припрема план и програм здравствених услуга које ће се финансирати из обавезног здравственог осигурања. Штавише, утврђује критеријуме, општим актом који је одобрио министар здравља, за уговарање са здравственим организацијама и начинима плаћања за пружаоце здравствених услуга.

Постоје три основна начина плаћања за пружаоце здравствених услуга:

- \* према броју осигураника регистрованих за здравствену заштиту на листи лекара на нивоу ПЗЗ (капитација),



- \* према утврђеној цени за сваку јединицу здравствене услуге или интервенције (накнада за услугу) и
- \* према програмима за одређене врсте здравствених услуга (Kasarinov et al, 2018, 885).

Поред тога, Фонд одређује и друге критеријуме за покривање хитне медицинске помоћи за целу популацију, кућне посете медицинских сестара (патронажа) трудницама и бебама без обзира на статус осигурања, пружајући сталну здравствену заштиту током дана и ноћи, и током празника и викенда, итд. Закон не прави разлику између јавних и приватних пружалаца здравствених услуга у односу на могућности уговарања са ФЗО-ом како би се обезбедили једнаки финансијски услови и подстицаји за ефикасан рад у пружању здравствене заштите и за јавне и за приватне пружаоце услуга.

Обавезно здравствено осигурање главни је извор прихода здравствене заштите. Приходи ФЗО-а користе се за финансирање програма за које је ФЗО одговоран и за финансирање владиног дела трошкова здравственог осигурања за оне који су додатно уписани у програм, који нису осигураници Фонда и њихови трошкови здравствене заштите су покривени из државног буџета. Директни доприноси послодаваца и радника за здравствено осигурање били су 59,4 одсто од укупних прихода Фонда у 2017. години.

Поред тога, њихови доприноси за пензију и незапослене укључују компоненте које се користе за здравствено осигурање за пензионере, незапослене, инвалиде или примаоце социјалних давања. Ови износи, који су износили око 36,1 одсто прихода ФЗО, исплаћују се из државних фондова за пензије, незапосленост и друге социјалне програме. Приходи Фонда из општег буџета у 2017. години износили су 0,4 одсто. Министарство финансија утврђује буџете за вертикалне програме Министарства здравља и испитује и одобрава буџет за Фонд здравственог осигурања (Lazarevik, 2018, 45).

## 2.5. Србија

Систем здравствене заштите у Републици Србији је тако организован да је у могућности да обезбеди највиши степен доступности према свим здравственим услугама за комплетно становништво. Осигурањем су покривене све запослене особе, пензионери, samozaposleni и земљорадници који врше уплату доприноса. Поред тога, државни буџет има механизме за обезбеђивање средстава за здравствено осигурање и за незапослена лица, интерно расељене особе и избеглице. Посебан систем покривања

здравственог осигурања имплементиран је за војна лица, цивиле у војсци и војне пензионере, чланове њихових породица као и лица која се издржавају.

Систем здравственог осигурања Србије је утемељен на здравственом осигурању које је обавезно као што је случај и у осталим постсоцијалистичким земљама. Све до 2005. године обавезно здравствено осигурање је представљало једину могућу форму осигурања. Ситуација у земљи, а потом и појава приватних здравствених установа, економска криза и други проблеми условили су оснивање приватних осигуравајућих друштава.

У 2005. години је усвојен Закона о здравственом осигурању и донета је Уредба о добровољном здравственом осигурању. Тиме је створен је основ за настанак добровољног здравственог осигурања. Овом уредбом је омогућено оснивање, организовање и развијање оваквог модела осигурања по угледу на државе ЕУ. Сврха имплементирања оваквог модела осигурања је обезбеђивање бољих услова за пацијенте и стварање додатних извора за финансирање система здравствене заштите.

Модел добровољног осигурања се у Србији заснива истовремено на три модела, односно, функционише као паралелно, додатно и приватно.

Додатно здравствено осигурање постоји ради покривања трошкова произашлих из коришћења услуга у здравственој заштити. То могу да буду лекови, медицинска помагала и имплантати, а и новчане надокнаде, која нису подразумеване правима која су обухваћена обавезним здравственим осигурањем или осигурањем ради обезбеђења већег садржаја, обима и стандарда права.

Приватно здравствено осигурање подразумева да се осигуравају особе које нису уживаоци права из обавезног здравственог осигурања. Такође обухвата осигурање особа која нису покривена обавезним здравственим осигурањем, ради покрића трошкова за тип, обим и стандард права дефинисаних уговором са пружаоцем осигурања.

Делатност добровољног здравственог осигурања у Србији могу да обављају осигуравајућа друштва и РФЗО (једино додатно и паралелно).

Обавезно здравствено осигурање представља модел осигурања који запосленима и другим становницима који су обухваћени њим обезбеђује право на заштиту здравља, и поред тога и право на новчане накнаде (Закон о осигурању, Сл. гласник РС бр. 139/2017). Обавезно здравствено осигурање функционише према принципима солидарности и узајамности, и према другим начелима, дефинисаним законом. У имплементацији овог модела осигурања користе се принципи заштите здравља и реализују права пацијената, дефинисана законом који обухвата здравствену заштиту. Обезбеђење начела обавезности засновано је на обавези уплаћивања доприноса за обавезно здравствено осигурање, ту обавезу морају да поштују и запослени и

послодавци, као и други обвезници уплате доприноса што је дефинисано законом. То је и неопходан услов да би се остварила права која су предвиђена обавезним здравственим осигурањем. Ово начело се имплементира преко организације обавезног здравственог осигурања, чиме се запосленима и осталим лицима која су обухваћена овом врстом осигурања обезбеђује и гарантује реализовање права из области обавезног здравственог осигурања која су прописана овим законом и пратећим прописима који одређују како се спроводи овај закон.

Када је реч о начелима солидарности и узајамности, она се остварују тако што се успоставља такав система обавезног здравственог осигурања у коме су за трошкове обавезног здравственог осигурања одговорна осигурана лица и друге особе које уплаћују доприносе. Она врше уплате доприноса на остварене приходе у складу са својим материјалним могућностима. Права која проистичу из обавезног здравственог осигурања користе лица која су се разболела или код којих је наступио неки други осигурани случај.

Начело јавности реализује се тако што осигураници имају право на сваку врсту информације која је у вези са правима из обавезног здравственог осигурања. Такође имају право на информације у вези са јавношћу рада Републичког фонда за потребе осигураника, органа и организација који су заинтересовани.

Мере и активности које омогућавају да се у складу са начелом којим се штите права осигураних лица и штити јавни интерес заштити интерес лица која су осигурана, базира се на праведној доступности. Он је темељ система обавезног здравственог осигурања и обезбеђује да осигураник на што једноставнији начин заштити и реализује сопствена права која се тичу обавезног здравственог осигурања, бринући при томе да реализација тих права не наштети правима и правним интересима других осигураника нити да се коси са јавним интересом.

Републички фонд има обавезу да осигуране особе упозна са постојањем основа за реализовање права из обавезног здравственог осигурања. То је у складу са начелом којим се штите права осигураних лица и штити јавни интерес. Такође их упознаје са обавезама које осигурана особа има како би остварила своја права из обавезног здравственог осигурања.

Мере и активности које су неопходне за финансирање права из обавезног здравственог осигурања према начелу којим се штите права осигураних лица и штити јавни интерес остварује се на следећи начин. Финансијска средства обезбеђена акумулирањем путем уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање следе осигурано лице у складу са местом реализовања права. Праћење модерних трендова у домену модела обавезног осигурања и имплементација прописа и мера којима се према развоју система здравственог осигурања мултипликују способности за повољније

реализовање права која проистичу из обавезног здравственог осигурања за сваког осигураника остварује се применом начела непрестаног унапређивања квалитета обавезног здравственог осигурања.

Остваривање најбољих резултата у складу са расположивим ресурсима постиже се применом начела ефикасности обавезног здравственог осигурања. Оно омогућава достизање највишег степена права из обавезног здравственог осигурања са тежњом да се оствари најмањи утрошак финансијских средстава.

У Србији је 6.940.959 грађана имало обавезно здравствено осигурање у 2017. години. Од тога је 2.810.877 особа осигурано по основу запослења, што представља 40 одсто од укупног броја особа које су обавезно осигуране. Од тога 1.669.392 лица су носиоци осигурања, а 1.150.485 су особе које су осигуране преко њих. Пензионера има 1.956.987, односно 28 одсто од укупног броја у односу на основ осигурања и они заузимају друго место. Лица која се осигуравају финансирањем из буџета има 1.370.593 односно 20 одсто и они заузимају треће место (Институт за јавно здравље Србије, 2018, 84).

Заштита здравља грађана се спроводи коришћењем мреже здравствених институција и зависи од развијености институције и од технологије рада. Кључну улогу у систему заштите здравља представљају здравствене институције у државном власништву, као и здравствене институције у приватном власништву и пракса. Здравствене установе у државном власништву оснивају или Република или аутономна покрајина или градови и општине. 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 2017. години у Србији укупан број установа здравствене заштите је износио 355 (Институт за јавно здравље Србије, 2018, 85).

Мрежа здравствених установа састављена је од (Институт за јавно здравље Србије, 2018, 86):

- \* 158 домова здравља
- \* 35 апотека
- \* 25 завода примарне здравствене заштите
- \* 41 опште болнице
- \* 36 специјалних болница
- \* 7 клиника
- \* 4 клиничко-болничка центра
- \* 16 института
- \* 4 војно-здравствене установе међу којима је једна ВМА
- \* 4 клиничка центра и

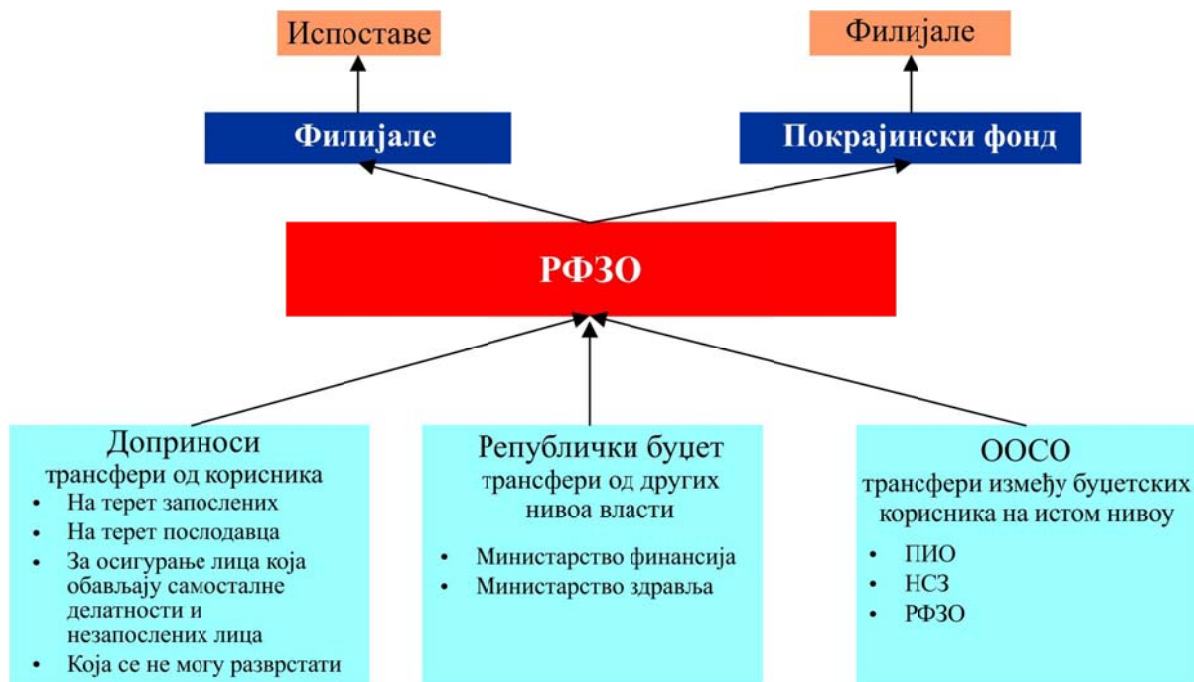
\* 25 института или завода за јавно здравље

Постоје три нивоа организације мреже здравствених установа у државном власништву. То су примарне, секундарне и терцијарне здравствене установе. Примарна здравствена нега одвија се у 158 домова здравља. У Србији је обезбеђивање овог вида заштите здравља у великој мери децентрализовано. Упоредо са одабраним доктором опште праксе, постоје и педијатри, стоматолози и гинеколози. Ипак, постоји веома висок ниво прослеђивања пацијената на виши ниво заштите здравља (чак трећина пацијената се упућује на секундарни ниво).

У оквиру примарне здравствене заштите поред домова здравља, постоје и заводи. Заводи врше здравствену делатност у оквирну примарне здравствене заштите и реализују заштиту здравља одређених група пацијената.

У оквиру секундарне и терцијарне заштите постоје опште болнице, институти или специјализоване болнице, и универзитетске болнице. Заштита здравља у болницама јесте неодвојиви сегмент система здравствене заштите. Болница треба да омогући да омогући стационарно лечење болесних и повређених особа, и то је њена најважнија улога. Такође у оквиру болнице треба да се организује специјалистичка служба, и треба да партиципира приликом спровођења превентивних мера у оквиру своје делатности.

Слика 19. Шематски приказ финансирања здравственог система Србије



Извор: Институт за јавно здравље Србије, (2018), Република Србија – Одабрани здравствени показатељи за 2017. годину, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батум“, Београд.

У јавном сектору у Републици Србији у 2017. години болничком или стационарном здравственом заштитом бавило се 127 здравствених установа.

У Републици Србији пружањем здравствених услуга баве се и здравствене установе у приватном власништву и пракси. У Србији постоји око 1.500 приватних здравствених установа према подацима Агенције за привредне регистре. Према подацима Светске здравствене организације у тим здравственим установама се реализује око 38 одсто од укупне своте новца која је планирана за здравство. Код приватника за стално ради 3.732 лекара, што представља једну десетину од укупног броја доктора у Србији. Ако се на овај број лекара додају и медицинске сестре, процена је да у приватном сектору ради више од 10.000 здравствених радника и велики број особа немедицинске струке (Институт за јавно здравље Србије, 2018, 91).

Организовање и управљање здравственог система у Републици Србији врше три најбитније установе:

- \* Министарство здравља
- \* Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић - Батут”
- \* Републички завод за здравствено осигурање

Централну институцију у систему здравствене заштите у Србији представља Министарство здравља које се бави вршењем послова државне управе који покривају:

- \* систем обавезног здравственог осигурања и других форми осигурања и доприноса за здравствено осигурање
- \* прецизније дефинисање права из области осигурања здравља
- \* партиципација у имплементацији међународних споразума о обавезном социјалном осигурању
- \* креирање предуслова за реализовање пројеката из надлежности министарства
  - чије финансирање је обезбеђено из претприступних фондова ЕУ, донација и других форми
- \* одржавање и побољшање здравља становника и мониторинг здравственог стања грађана
- \* организацију система здравствене заштите
- \* стално усавршавање у струци и различите специјализације лекара
- \* здравствену инспекцију
- \* заштиту здравља странаца

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић - Батут” надлежан је за:

- \* обезбеђивање информација о здравственом стању становника и раду здравствених институција

- \* анализу измерених индикатора јавног здравља
- \* предлоге мера за унапређење јавног здравља
- \* предлог годишњег плана рада установа
- \* имплементирање здравствених информационих система

Институт за јавно здравље Србије представља здравствену установу која врши послове из домена социјалне медицине, хигијене, епидемиологије и микробиологије. То је и образовна институција која врши координацију и мониторинг стручног рада других завода за јавно здравље и осталих установа.

Републички завод за здравствено осигурање (РФЗО) обавља:

- \* финансирање система здравствене заштите на свим нивоима
- \* уговарање пружања услуга са здравственим институцијама које су у јавном и у приватном сектору
- \* контролу спровођења обавеза које су дефинисане уговорима
- \* креира базни пакет услуга здравствене заштите

РФЗО је установа формирана на државном нивоу помоћу које грађани реализују своја права дефинисана здравственим осигурањем и врше финансирање своје заштите здравља.

Уз поменуте институције неопходно је истаћи и важност Агенције за лекове и медицинска средства Србије. Он има овлашћења за многобројне послове у вези са регистрацијом лекова, произвођачима, увозницима и дистрибутерима лекова и мониторинг квалитета лекова на тржишту.

У Србији финансирање здравствене заштите је комбинација два модела. То су модели Бизмарка и Беверица. У бити, финансирање система здравствене заштите темељи се на обавезном здравственом осигурању где су средства прикупљена путем доприноса (стопа 10,3 одсто), што је основ Бизмарковог модела. На другој страни, финансирање за особе које нису обухваћене обавезним здравственим осигурањем (неосигуране особе, емигранти и незбринута лица) се врши из буџета Републике, што представља карактеристику Беверицовог модела. У Србији је финансирање здравствене заштите окарактерисано искључиво јавним изворима финансирања. Финансирање се у највећој мери, делом реализује средствима из буџета Републике Србије и делом средствима која се обезбеђују из доприноса.

Изворе финансирања поред јавног сектора (РФЗО, буџет Републике, буџети локалних самоуправа, итд.) сачињавају и:

- \* приватни сектор и
- \* сектор где се финансијска средства обезбеђују од страних донатора



Када је реч о приватном финансирању, оно у највећој мери проистиче "из џепа" (out of pocket), што се допуњава одређеним бројем већих компанија које поседују здравствене институције за лечење професионалних болести. Поједина предузећа имају и услуге примарне неге.

Најзначајнији извор финансирања система здравствене заштите представља Републички фонд за здравствено осигурање.

РФЗО је правно лице које се бави обезбеђивањем и имплементацијом обавезног здравственог осигурања што је дефинисано Законом о здравственом осигурању. РФЗО такође покрива и послове добровољног здравственог осигурања.

Приход фонда чине средства која се акумулирају путем доприноса за обавезно здравствено осигурање и из осталих извора, и она се користе за реализовање права из обавезног здравственог осигурања. Управни одбор РФЗО усваја одлуку о финансијском плану за сваку буџетску годину и након тога иде на сагласност Владе РС.

Преко РФЗО или у међуресорским трансферима обавља се око 90 одсто финансирања јавних трошкова. Средства која се акумулирају на подрачуну РФЗО обезбеђују се путем доприноса од стране запослених и послодаваца. Министарство финансија има увид у тај подрачун.

Приноси од доприноса за здравствено осигурање чинили су највеће учешће у укупним приходима фонда у 2017. години (око 67 одсто). РФЗО поред доприноса, обезбеђује и додатна средства из других буџетских извора. То су фонд за пензије, затим средства које су обезбеђена за незапослена лица преко Министарства финансија и сл.

Путем РФЗО обезбеђује се финансирање заштите здравља и осталих права која проистичу из здравственог осигурања за приближно 7,7 милиона особа у Србији и то:

- \* 6,5 милиона особа које чине по Закону о здравственом осигурању осигурана лица као и чланови њихових породица
- \* 1,2 милиона особа које чине прогнана и привремено расељена лица са Косова и Метохије, избеглице и неосигурана лица

Ако држава, физичка или правна лица не поштују финансијске обавезе према фонду то ће да услови отежаним испуњавањем обавеза Фонда у погледу здравствене заштите, с обзиром на начин на који се обезбеђују средства за финансирање здравствене заштите становника Србије. Републички фонд здравственог осигурања се налази у јако тешкој финансијској ситуацији током неколико последњих година. Недовољна наплата прихода представља један од значајних проблема.

Економска криза резултирала је високом стопом незапослености и ниском просечном зарадом тако да је основица за опорезивање веома ниска. Рад у сивој економији односно утаја пореза је довела до тога да значајан број људи који су

запослени и чланова њихових породица остане неосигуран. Поред тога, један број осигураних особа чине и лица привремено расељена са Косова и Метохија (то је дефинисано Законом о здравственом осигурању). Они уживају подједнако право на здравствену заштиту. Влада Републике Србије је у обавези да то финансира из државног буџета.

Стално смањивање доприноса за здравствено осигурање, и поред нарастајућих потреба, угрожава позицију не само РФЗО већ и комплетног система здравствене заштите. Доприноси (стопе) за здравствено осигурање су се кретале у следећим процентима:

- \* 20,2 одсто, 1994-1996. године
- \* 16,2 одсто, 1996-1998. године
- \* 19,4 одсто, 1999-2001. године
- \* 11,9 одсто, 2001-2004. године
- \* 12,3 одсто, 2004-2014. године
- \* 10,3 одсто, од 01.08.2014. године

Иако је непрекидно долазило до смањења стопе за осигурање здравствене заштите то је и даље било велико оптерећење за послодавце. Многи од њих нису успели да изврше плаћање обавезних доприноса за РФЗО.

Финансирање здравствене заштите у Србији од стране јавног сектора је тако дефинисано да је ту апсолутно доминантан РФЗО. Он је имао учешће од 91,2 одсто у 2007. години и од 93,6 одсто у 2017. години. Плаћање РФЗО у највећој мери дефинише јавно пружање услуга (Институт за јавно здравље Србије, 2018, 47). Један део јавног финансирања здравствене заштите осигурава се преко Министарства здравља, Министарства одбране, Министарства правде, помоћу покрајинске Владе, локалних самоуправа, и Војно здравственог осигурања

### **3. ИНДИКАТОРИ ЕФИКАСНОСТИ СИСТЕМА ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗЕМЉАМА РЕГИОНА**

#### **3.1. Бруто домаћи производ и бруто домаћи производ по глави становника**

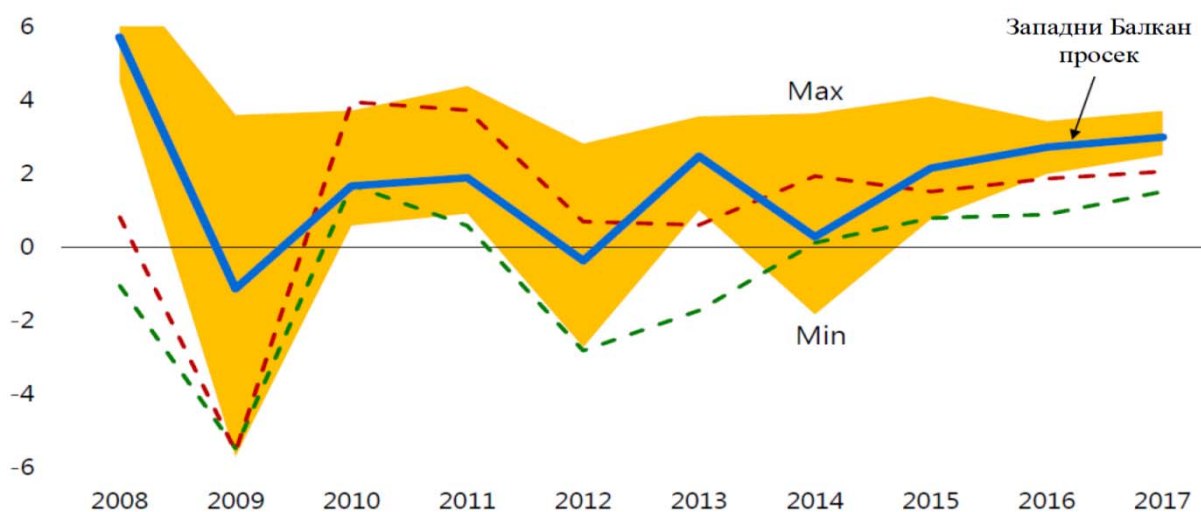
Економски развој обично се схвата као процес који обезбеђује опште побољшање економске, политичке и друштвене добробити грађана земље. На Западном Балкану рекорд економског развоја у последњој четвртини прошлог века био је прилично разочаравајући. Босна и Херцеговина и Србија налазе се у групи земаља у транзицији које су најлошије, јер од 2013. године још увек нису достигле реални БДП по глави становника остварен још 1990. године.

Лош економски развој Западног Балкана може се делимично објаснити несретним догађајима деведесетих година прошлог века - распадом политичке и економске уније, вишеструким војним сукобима, међународним санкцијама и другим неповољним спољним догађајима - који су такође у великој мери одговорни за високу економску нестабилност, спор напредак економских реформи везаних за транзицију и одложено интеграцију са Европском унијом.

После тешких деведесетих година, нови миленијум као да је обећавао побољшане изгледе за земље Западног Балкана. Током 2001-2008. године, земље у региону искусиле су брз економски раст, постепену макроекономску стабилизацију, значајан прилив страних директних инвестиција и спровеле многе важне економске и институционалне реформе. Нови почетак у економском развоју био је подржан новом стратегијом ЕУ која је олакшала економску интеграцију Западног Балкана повећањем трговине, страним директним инвестицијама, банкарством и финансијском интеграцијом.

Ове позитивне трендове прекинула је глобална економска криза, која је озбиљно погодила Западни Балкан крајем 2008. године. Након тога, земље Западног Балкана забележиле су негативне или много ниже стопе раста реалног БДП-а у односу на период пре кризе. Текућа економска криза довела је на површину многе структуралне проблеме Западног Балкана који су се гомилали у протекле две деценије. Земље Западног Балкана имале су велике спољне неравнотеже које су довеле до повећања трговинског и текућег дефицита и повећања спољног дуга. Њихова тржишта рада карактерише изузетно висока стопа незапослености и ниска стопа запослености.

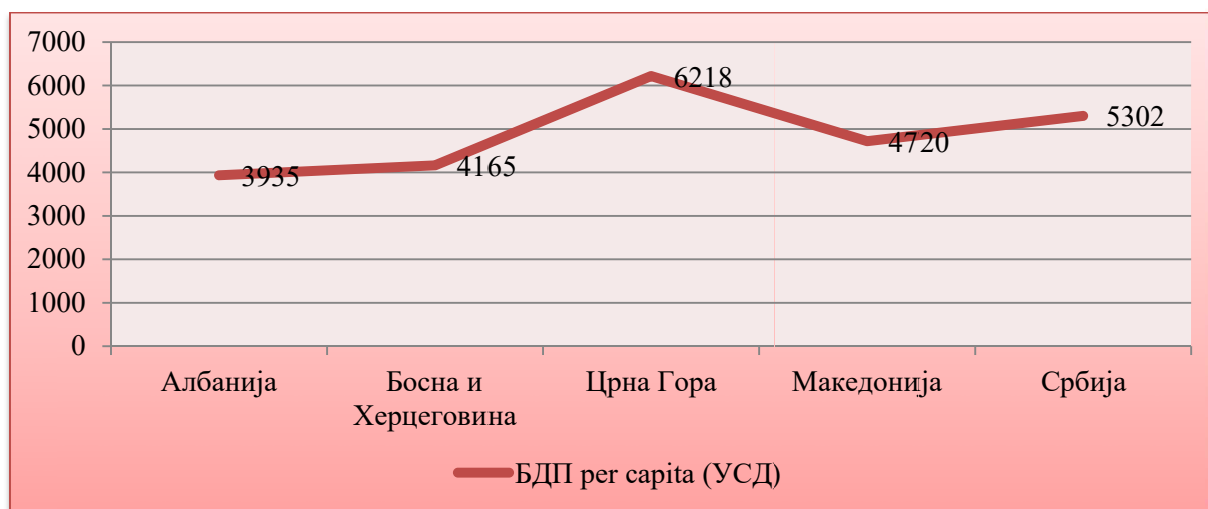
Графикон 5. Кретање БДП-а у земљама Западног Балкана (%)



Извор: World Bank, (2018), World development indicators, World Bank, Washington, DC, p. 7.

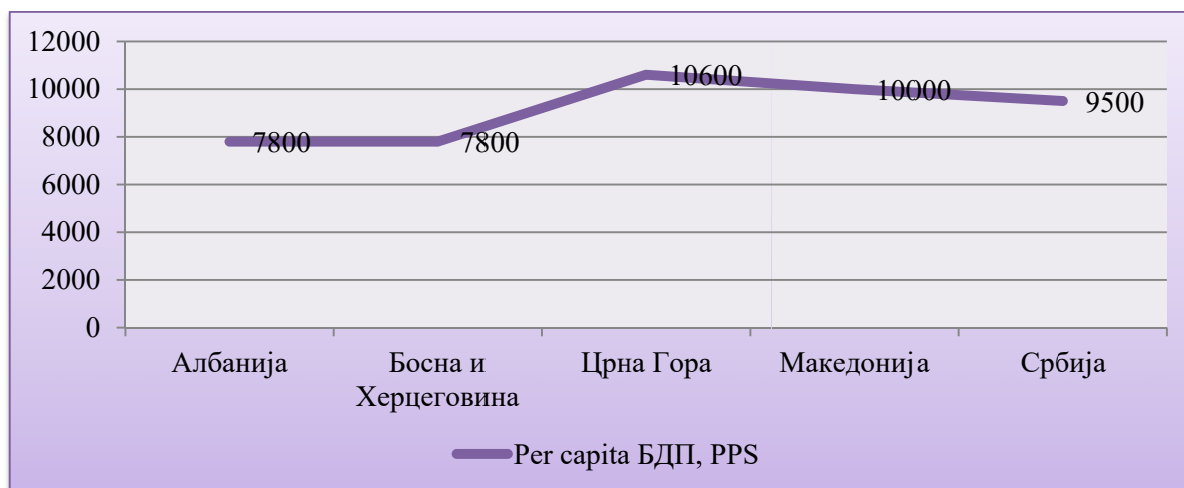
Додатни проблем односи се на структурне промене: Западни Балкан је постао доминантно услужна економија након продуженог процеса деиндустријализације. Иако је нека деиндустријализација била неизбежна у свим бившим социјалистичким земљама на почетку транзиције, пошто су имали превелики индустријски сектор, на Западном Балкану тај процес се наставио и у 2000-им годинама. Ово је допринело смањењу удела размењивих добара, у којима доминирају произвођачи, чиме је ометан бржи раст извоза.

**Графикон 6. БДП по глави становника у земљама Западног Балкана**



*Извор: World Bank, (2018), World development indicators, World Bank, Washington, DC, p. 8.*

**Графикон 7. БДП по глави становника изражен у стандардима куповне моћи (ППС)**



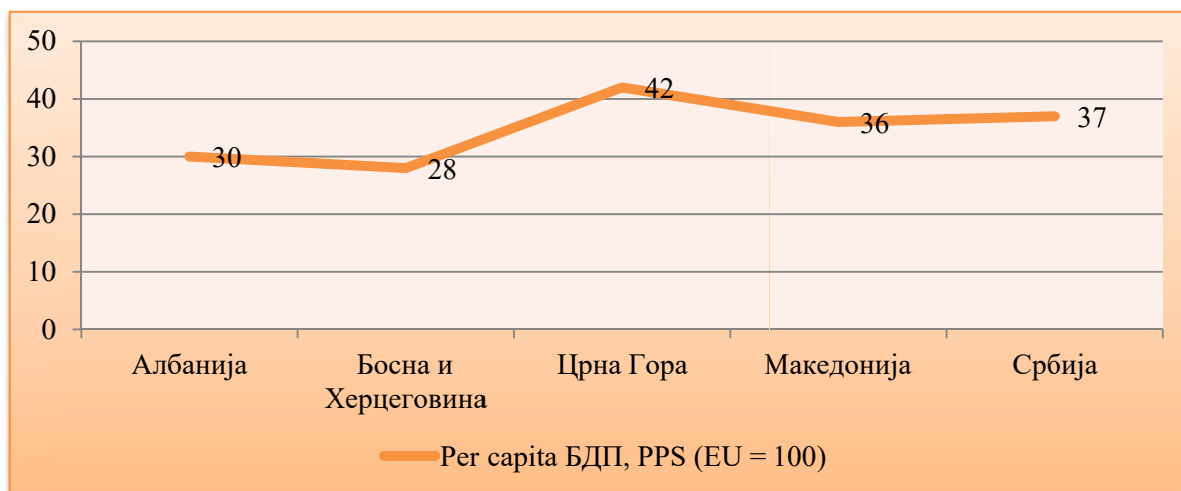
*Извор: World Bank, (2018), World development indicators, World Bank, Washington, DC, p. 8.*

До 2017. године, удео додате вредности производње у пет земаља Западног Балкана био је, у просеку, само 12 посто БДП-а, дакле нижи него у многим земљама ЕУ, посебно у новим државама чланицама. Структура страних инвестиција увелико је

допринела таквим обрасцима структуралних промена, будући да је око две трећине страних директних инвестиција отишло у нетрговинске услуге - банкарство, телекомуникације, малопродају, некретнине.

Према европским стандардима, ниво развоја земаља Западног Балкана је низак. У 2017. години, БДП по глави становника изражен у стандардима куповне моћи кретао се у распону од 7.800 у Албанији и Босни и Херцеговини и 10.600 у Црној Гори.

**Графикон 8. БДП по глави становника изражен у ППС, (EU = 100)**



*Извор: World Bank, (2018), World development indicators, World Bank, Washington, DC, p. 8.*

У односу на просек ЕУ (28), БДП по глави становника изражен у стандарду куповне моћи креће се између 28 и 37 у већини земаља. Нешто више вредности забележене су у Црној Гори (42) и Србији (37). У контексту тако ниских нивоа БДП-а, изузетно неповољна околност је да су неке земље западног Балкана - Црна Гора, Србија и Албанија - суочене и са високим нивоом буџетског дефицита (изнад нивоа утврђених критеријумима из Мастрихта) и високе задужености (однос јавног дуга према БДП-у већи од 60 одсто). У економском смислу, земље у региону почеле су да иду корак са земљама чланицама ЕУ у последњој деценији. У смислу БДП по глави становника по паритетима куповне моћи, земље досежу између 42 одсто (Црна Гора) и 28 одсто (Босна и Херцеговина) од просека ЕУ-28. Црна Гора је већ прошла овај ниво и од Македоније и Србије се може очекивати да то постигну у средњем року. За остале две земље јаз је већи; око 10 процентних поена у случају Албаније и Босне и Херцеговине. Ако ове земље напредују у поређењу са претходном деценијом, овај јаз би се могао затворити у року од 10 година.

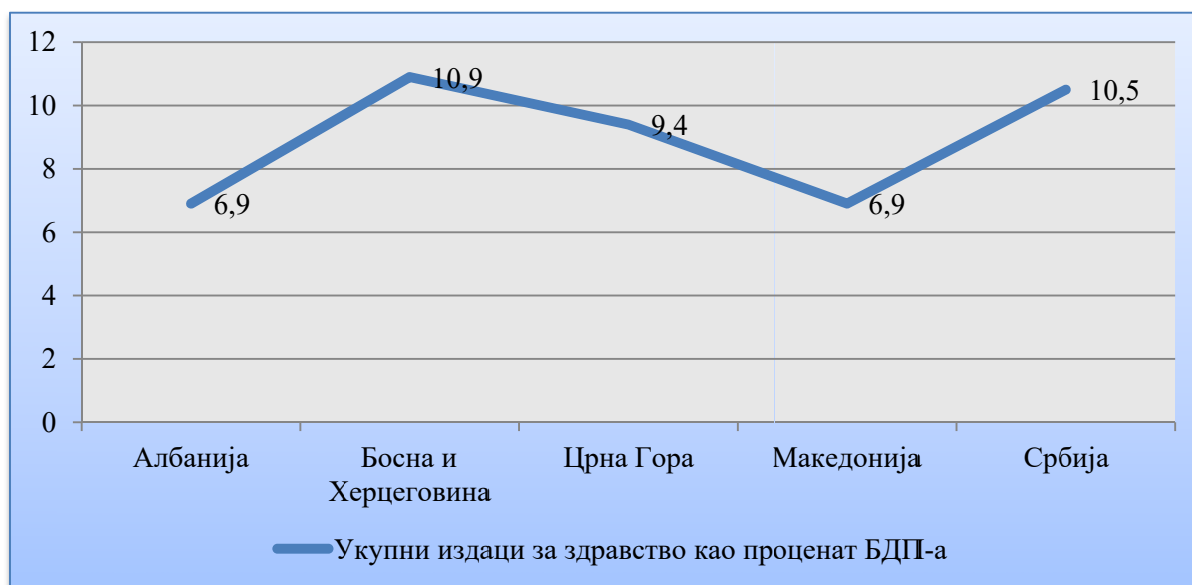
### 3.2. Издвајање за здравство и издвајање за здравство по глави становника

Албанија је земља Западног Балкана чији се здравствени сектор финансира комбинацијом општег пореза, пореза на зараде, Завода за обавезно здравствено осигурање и издатака за добровољно здравствено осигурање, исплате из властитог цела и разних домаћих донатора. Међу њима, Министарство здравља и Завод за здравствено осигурање играју најважнију финансијску улогу. Копани и остали сарадници (Corani et al.) показали су да је Албанија успела да повећа свој економски развој, али је здравствени сектор и даље значајно неразвијен (Corani et al, 2017).

Према извештају који је објавила Светска банка, многи показатељи указују да је албанска здравствена заштита напредовала током последњих деценија, али други извори су показали да њен здравствени сектор није у повољном положају у односу на земље Југоисточне Европе (Nurri, 2016). На основу Светске здравствене статистике коју је објавила Светска здравствена организација, у 2017. години укупни издаци за здравство у Албанији износили су 6,9 одсто укупног БДП-а, док су издаци за здравство по глави становника износили 520 долара, што је један од најнижих у региону.

Босна и Херцеговина се финансира из обавезног националног здравственог осигурања, државног буџета, приватног доприноса и донација. Здравствени систем у Босни и Херцеговини пати од неефикасног административног управљања, јер се систем суочава са великим бројем непотребног особља због различитих социоекономских ситуација између ентитета и кантона (Kutzin, 2016).

Графикон 9. Укупни издаци за здравство као проценат БДП-а



Извор: World Health Organization, (2018), World Health Report. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage, WHO, Geneva.

Штавише, извештај који је објавила СЗО показује да целокупна економија Босне и Херцеговине оптерећује ефекте неодрживог финансијског система у здравственом сектору. Статистике СЗО-а показују финансијско стање здравственог система у Босни и Херцеговини у 2017. години, где је укупна потрошња на здравство износила око 10,9 одсто БДП-а, док су трошкови по становнику исте године износили 990 долара.

У Македонији се здравствена заштита финансира комбинацијом јавних и приватних трошкова. Јавним се сматра Фонд здравственог осигурања који се финансира из пореза на зараде, пензијског фонда, фонда за незапослене и из буџета владе, док се плаћање из џепа састоји од већине приватних расхода (Kasarinov et al, 2018).

Према извештају који је објавило Министарство здравља, због недостатка обуке потребних појединаца, финансијско управљање у здравственом сектору прилично је лоше. У основи, овај извештај је уочио одсуство подстицаја за контролу финансијског сектора у здравству, а подржавају га и пацијенти и доктори, који не пријављују лоше поступке. Као резултат лошег финансијског управљања у здравственом систему, Апостолска и Тозија тврде да ће висока плаћања из џепа наставити да се повећавају, чиме ће се увећати друштвене неједнакости између класа људи у погледу здравствених услуга које добијају (Apostolska, Tozija, 2016). Укупни расходи у здравственом сектору у Македонији у 2017. години су износили 6,9 одсто БДП-а, а расходи по глави становника у здравству износили су 622 долара.

**Графикон 10. Укупни издаци за здравство по глави становника**



*Извор: World Health Organization, (2018), World Health Report. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage, WHO, Geneva.*



Црна Гора је земља у којој се здравствени сектор финансира путем обавезних здравствених доприноса, општих владиних фондова, плаћања из властитог џепа и донатора. Према развојном плану Министарства здравља у Црној Гори, земља је искусила позитивне кораке, али због слабих социо-економских услова у земљи, здравље Црне Горе заостаје у поређењу са земљама ЕУ (Stonelake, 2017). Надаље, извештај СЗО о Светској здравственој статистици показује да су укупни издаци за здравство у Црној Гори у 2017. години износили 9,4 одсто укупног БДП-а, док су издаци за здравство по глави становника 1242 долара (World Health Organization, 2018).

Здравствени систем у Србији финансира се из јавних и приватних доприноса. Републички фонд за здравствено осигурање финансира се из обавезних доприноса и један је од кључних извора финансирања здравственог сектора. Здравство у Србији такође се финансира из државног буџета и плаћања из џепа, који се састоје од скоро целокупних приватних издатака и донација. Статистике СЗО-а показују да је укупна потрошња за здравство у Србији у 2017. години износила 10,5 одсто БДП-а, док су трошкови по глави становника износили 1352 долара.

### **3.3. Структура укупних трошкова за здравствену заштиту**

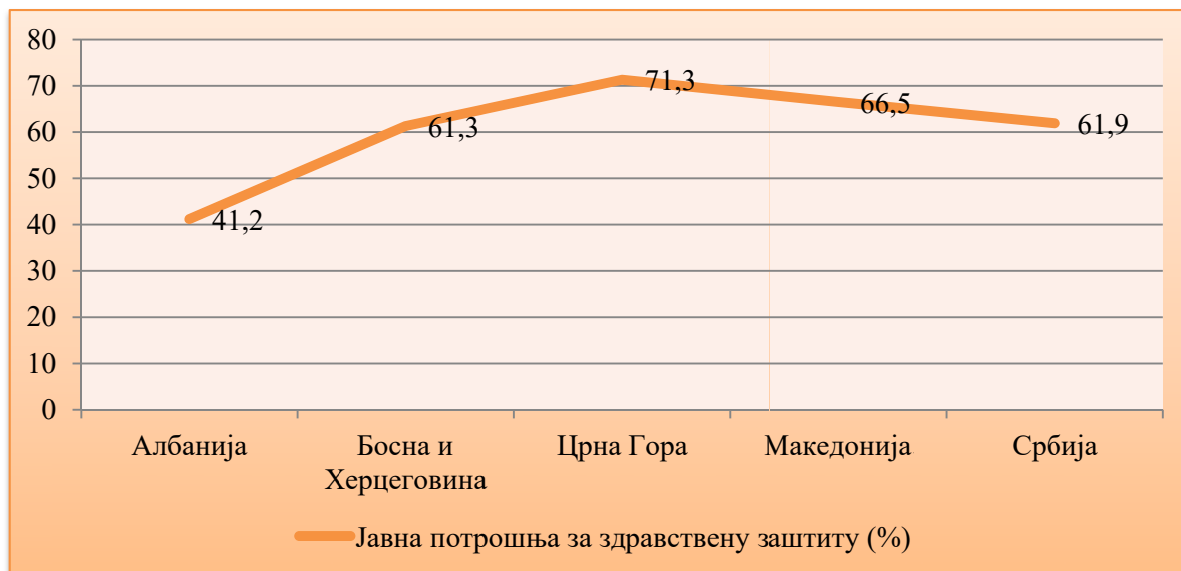
У 2017. години укупни издаци за здравство у Албанији износили су 6,9 одсто укупног БДП-а, док су издаци за здравство по глави становника износили 520 долара и били су најнижи у региону. Због ниских јавних издатака за здравствену заштиту, издаци из џепа су високи, чине 59 одсто укупних издатака за здравство и 99,8 одсто укупних приватних издатака. Високи нивои исплата из државне касе узрокују озбиљне импликације „праведности, сиромаштва и здравственог сектора“ (Hupri, 2016). Штавише, публикација Светске банке класификује квалитет здравствене заштите у Албанији као низак, углавном зато што људски капитал остаје изолован и неспособан да се обучи за унапређење својих вештина.

Извештај СЗО показује финансијско стање здравственог система у Босни и Херцеговини у 2017. години, где је укупна потрошња на здравство износила око 10,9 одсто БДП-а, док су трошкови по становнику исте године износили 990 долара. Осим тога, статистика показује да приватни издаци за здравствену заштиту чине 38,7 одсто укупне потрошње, а чињеница да се 100 одсто приватних издатака финансира из џепа.

Према извештају Министарства здравља Македоније, због недостатка обуке потребних појединаца, финансијско управљање у здравственом сектору прилично је лоше. Посматрајући статистику СЗО, може се видети да су укупни расходи у здравственом сектору у Македонији у 2017. години износили 6,9 одсто БДП-а, а расходи по глави становника у здравству износили су 622 долара. Такође је важно

напоменути да издаци из џепа чине 33 одсто укупних расхода и 99,1 одсто приватних трошкова.

**Графикон 11. Јавна потрошња за здравствену заштиту у земљама Западног Балкана**

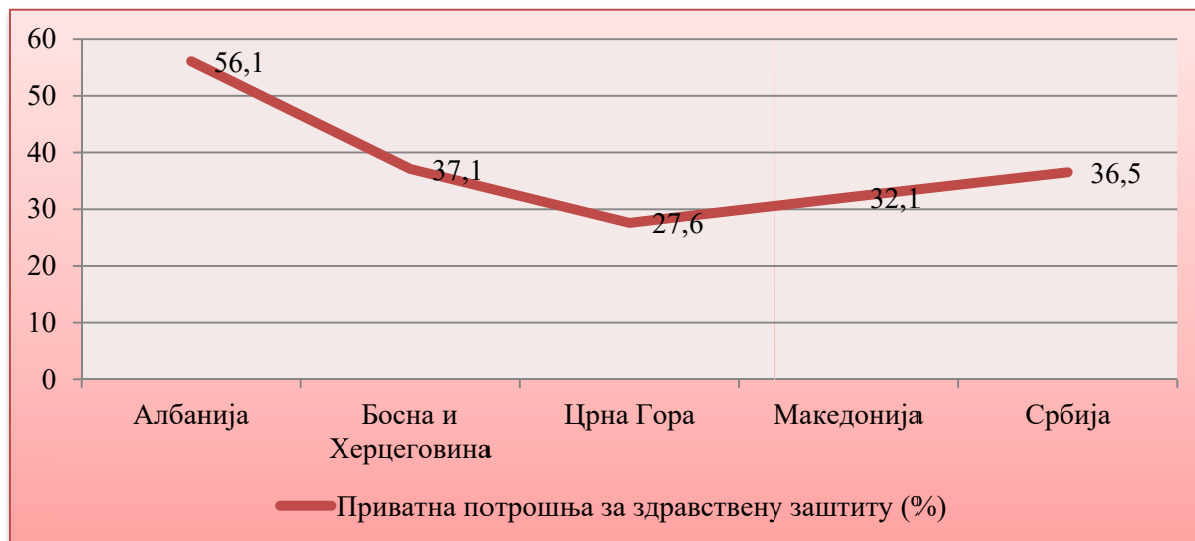


*Извор: World Health Organization, (2018), World Health Report. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage, WHO, Geneva.*

Према развојном плану Министарства здравља у Црној Гори, земља је искусила позитивне кораке, али извештај СЗО о Светској здравственој статистици показује да су укупни издаци за здравство у Црној Гори у 2017. години износили 9,4 одсто укупног БДП-а, док су издаци за здравство по глави становника 1242 долара (World Health Organization, 2018). Исти извештај даље објашњава да су јавни расходи само 71,3 одсто укупних расхода, а 28,3 одсто су приватни расходи. Исплате из властитог џепа укључују 26 одсто укупних издатака за здравство и 91 одсто приватних издатака. Високи нивои плаћања из џепа су неки негативни сигнали да здравствени систем не функционише на одговарајући начин.

Здравство у Србији финансира се из државног буџета и плаћања из џепа, који се састоје од скоро целокупних приватних издатака и донација. Статистике СЗО-а показују да су укупни издаци за здравство у Србији у 2017. години износила 10,5 одсто БДП-а, док су трошкови по глави становника износили 1352 долара. Иста статистика такође је показала висок ниво исплате из џепа, наиме 35 одсто су укупни издаци за здравство и 92,2 одсто приватних расхода, који чине 38,1 одсто укупних расхода. Исплате из џепа могу лако створити финансијске блокаде и смањити употребу здравствених превентивних услуга због високих трошкова здравствених услуга.

**Графикон 12. Приватна потрошња за здравствену заштиту у земљама Западног Балкана**



Извор: World Health Organization, (2018), *World Health Report. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage*, WHO, Geneva.

#### 4. ИНДИКАТОРИ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗЕМЉАМА РЕГИОНА

##### 4.1. Очекивано трајање живота

Квалитет и доступност здравствених услуга најчешће се сагледава уз помоћ индикатора очекиваног трајања живота. Очекивано трајање живота показује просечан број година које ће доживети лице одређене старости, под претпоставком непромењеног морталитета по старости из године посматрања (године за коју је израчунато). Овај показатељ се израчунава на бази таблица морталитета.

Очекивано трајање живота, упркос сталном продужењу, заостаје у земљама Западног Балкана између три и пет година у поређењу са просеком ЕУ (28). У Црној Гори је очекивано трајање живота ниско за европске појмове и износи свега 69 година. Највише вредности овог индикатора забележене су у Босни и Херцеговини.

Истраживања Завода за статистику Албаније, међутим, указују на дискрепанцу између података о очекиваном трајању живота, с једне стране, и општег стања у албанском здравству и висине стопе морталитета одојчади, с друге. Де Брујин и остали сарадници (De Bruijn et al, 2017, 19) процењују да постоје проблеми са регистрацијом умрлих (и деце и одраслих) и да је очекивано трајање живота у Албанији ниже (70,5 година на основу социоекономских индикатора).

Графикон 13. Очекивано трајање живота у земљама Западног Балкана



Извор: World Health Organization, (2018), World Health Report. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage, WHO, Geneva.

#### 4.2. Стопа смртности

Општа стопа смртности је показатељ који се користи у анализи природног прираштаја становништва. Њена висина у дужем периоду и однос према стопи наталитета омогућава да се уоче основни трендови природног прираштаја у некој популацији.

Графикон 14. Стопа смртности у земљама Западног Балкана (на 1000 становника)



Извор: World Health Organization, (2018), World Health Report. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage, WHO, Geneva.

Међутим, за анализу смртности, иако се често наводи као почетни показатељ њеног нивоа, општа стопа морталитета не омогућава да се сагледају разлике у нивоу смртности различитих популација. Наиме, општа стопа морталитета зависи од старосне структуре испитиване популације, а не само од интензитета умирања током живота. На тај начин, популације које имају веће уделе старог становништва у укупном, имаће по правилу више стопе смртности у односу на младе популације (код којих преовладава младо становништво).

Када су питању земље Западног Балкана, према подацима за 2017. годину, највишу стопу смртности (на 1000 становника) има Србија (14), за разлику од Албаније која бележи најмању стопу смртности (6). Остале посматране земље региона имају стопу смртности између 9 и 10.

### 4.3. Број лекара

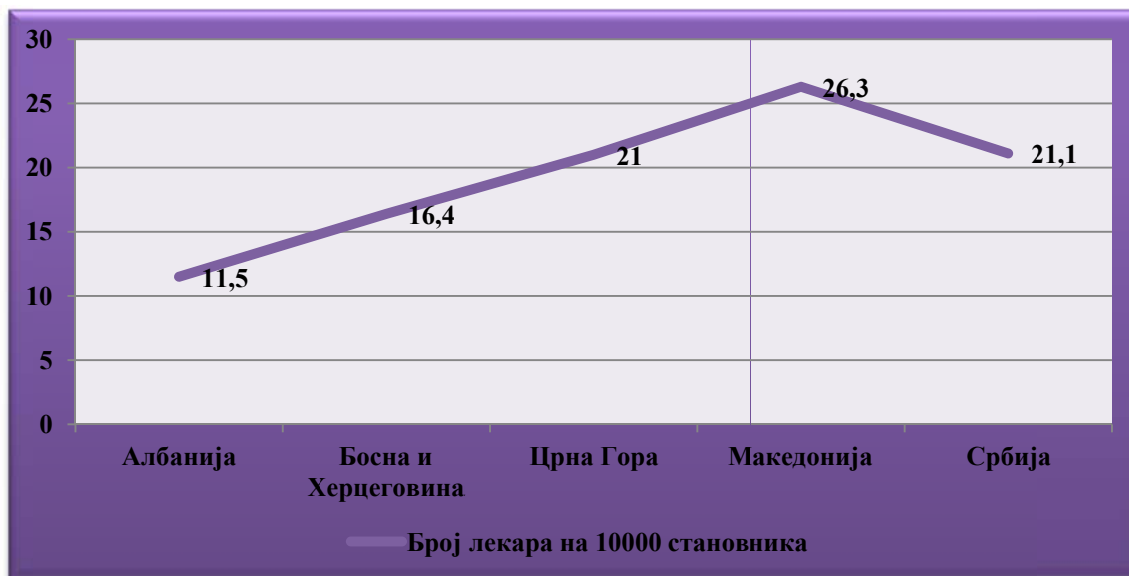
Људски ресурси за здравље основна су компонента система здравствене заштите и део су свих сегментима (промоција, превенција и лечење). Такође, они представљају најскуљи и највећи улаз у здравственом систему и најтеже га је створити. Неоспорна је чињеница да је постојање довољног броја здравствених професионалаца, њихове квалификације и услова за њихово даље усавршавање од веома изузетне важности како би се осигурале правовремене и квалитетне здравствене услуге становништву. Нажалост, између осталих озбиљних дисбаланса у здравственом систему у региону, недостатак медицинског особља како територијално тако и стручно ствара низ проблема.

Доктори су дефинисани као практиканти који пружају директну бригу пацијентима. Међутим, за неке земље Европске уније (Француска, Холандија, Словачка), због недостатка упоредивих података, бројке одговарају „професионално активним“ докторима, укључујући докторе који раде у здравственом сектору као менаџери, предавачи, истраживачи, итд. Лекари су обично опште праксе који преузимају одговорност за пружање континуиране неге појединцима и породицама или специјалисти као што су педијатри, акушери / гинеколози, психијатри, медицински специјалисти и хируршки специјалисти.

Број лекара је категорија која није тако често истраживана до сада поготово на регионалном нивоу. Овај податак се сматра веома корисним с обзиром на мобилност радне снаге међу државама у складу са потребама тржишта. Резултати показују да највећи број лекара на 10.000 становника има Македонија (26,3), док најмањи број лекара од свих земаља региона има Албанија (11,5). Према броју лекара у односу на број становника Србија је на нивоу нових чланица ЕУ, али је структура ангажовања

лекара неодговарајућа - велики број је запослен у примарној заштити – домовима здравља. Црна Гора и Србија имају готово изједначен број лекара на 10.000 становника.

**Графикон 15. Број лекара у земљама Западног Балкана (на 10000 становника)**



*Извор: World Health Organization, (2018), World Health Report. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage, WHO, Geneva.*

#### 4.4. Број медицинских сестара

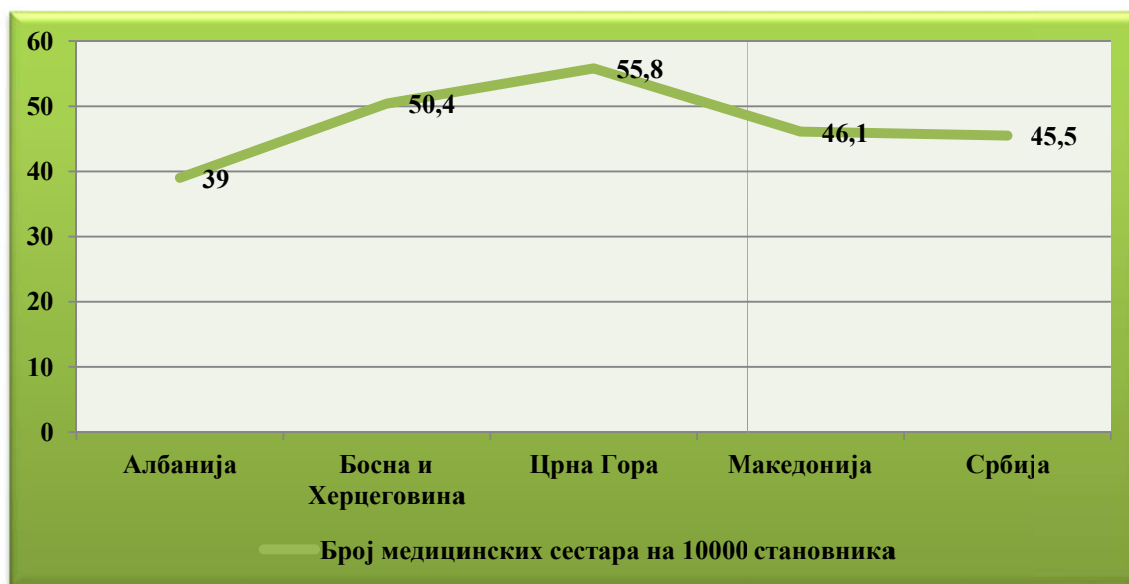
Индикатори квалитета играју важну улогу у иницијативама за побољшање квалитета све док се заснивају на доказима. Здравствена нега сматра се критичним фактором бриге о пацијентима и стога су критеријуми који посебно одражавају допринос медицинских сестара од виталног значаја.

Медицинске сестре дефинисане су као све медицинске сестре које пружају директне здравствене услуге пацијентима, укључујући и samozапослене медицинске сестре. Међутим, за неке земље Европске уније (Француска, Ирска, Италија, Холандија, Португалија, Словачка), због недостатка упоредивих података, бројке одговарају „професионално активним“ медицинским сестрама, укључујући медицинске сестре које раде у здравственом сектору као менаџери, предавачи, истраживачи, итд. За Аустрију и Грчку подаци укључују само медицинске сестре које раде у болницама. Примаље и помоћници за негу (који нису признати као медицинске сестре) обично су искључени, иако неке земље укључују бабице јер се сматрају специјалистима. Овај показатељ се мери на 10.000 становника.

На основу анализираних података, можемо закључити да највише медицинских сестара на 10.000 становника има Црна Гора (55,8), док најмање сестара има Албанија (39). Након Црне Горе, по бројности медицинских сестара укључених у здравствену

негу становништва налази се Босна и Херцеговина (50,4), Македонија (46,1), а затим Србија са 45,5 медицинских сестара на 10.000 становника.

**Графикон 16. Број медицинских сестара у земљама Западног Балкана (на 10000 становника)**



*Извор: World Health Organization, (2018), World Health Report. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage, WHO, Geneva.*

#### 4.5. Капацитет болница

Овај индикатор представља меру расположивих ресурса за пружање услуга за пацијенте у болницама у смислу броја кревета који су одржавани, попуњени особљем и одмах доступни за употребу. Укупан број болничких кревета укључују помагала за лечење, рехабилитационе кревете, кревете за дуготрајну негу и друге кревете у болницама. Индикатор је приказан, као укупан, и за акутну и психијатријску негу. Мери се у броју кревета на 10.000 становника.

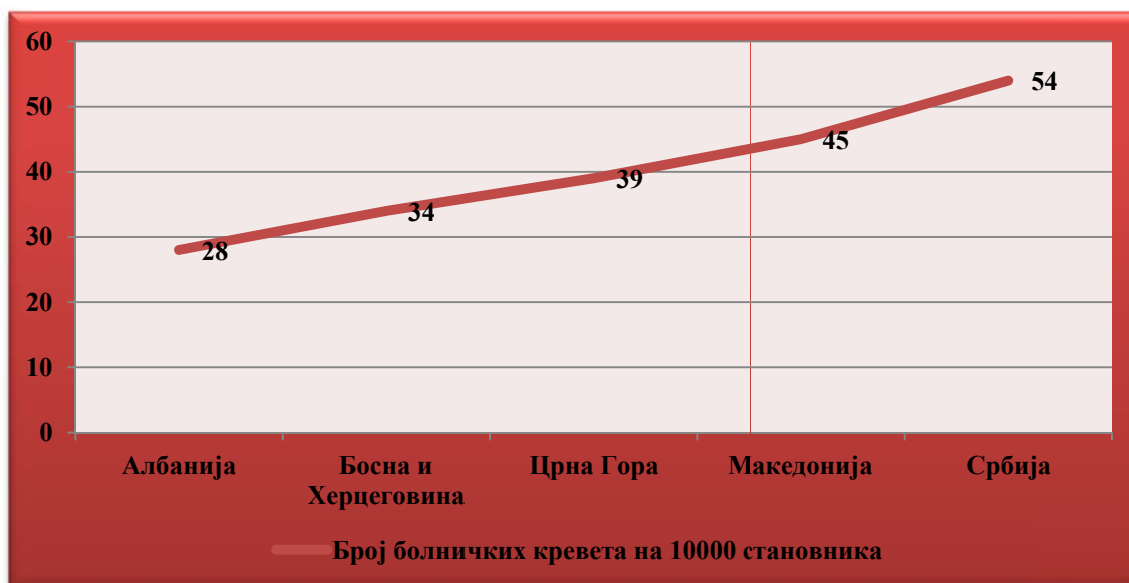
Са изузетком Македоније, све земље имају између једне и две болнице на 100.000 становника у поређењу са просеком од три болнице у ЕУ. Такође, у поређењу са просеком ЕУ, број кревета у болничким секторима на Западном Балкану није потпуно претеран. У ствари, број кревета у Албанији и Босни и Херцеговини скоро је упола мањи него у ЕУ. Штавише, само у Србији здравствени системи доминирају са неколико великих болница са огромним капацитетом кревета. На другим местима, капацитети су врло слични ЕУ - барем на нивоу целог становништва.

Оно што може бити питање је прикладност расподеле тих кревета у свим болничким секторима (примарна, секундарна и терцијарна заштита) и широм географског подручја земље. Број кревета у специјализованим објектима не мора нужно



одговарати специфичним медицинским потребама становништва. Велики бројеви кревета не морају бити смештени у подручјима са највећом популацијом, док друге групе становништва могу имати приступ бројним медицинским установама. У урбаним центрима, на пример, постоје неке веома велике болнице које имају велики удео у укупној националној доступности кревета, али врло мало приступа у руралним подручјима. На пример, док је у Македонији у просеку 44 кревета на 10.000 становника, расподела ових кревета је таква да капацитет кревета варира између 13 на 10.000 у Кочанима и 52 на 100.000 у Штипу.

**Графикон 17. Број болничких кревета у земљама Западног Балкана (на 10000 становника)**



*Извор: World Health Organization, (2018), World Health Report. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage, WHO, Geneva.*

Још један велики извор неефикасности у здравственим системима је губитак продуктивности који може настати услед недовољне искоришћености установа примарне здравствене заштите, превише учесталог упућивања са нивоа примарне здравствене заштите на ниво секундарне и терцијарне заштите, и прескакање третмана примарне здравствене заштите. Лекари у Босни и Херцеговини, на пример, решавају само око половине случајева примарне здравствене заштите и остатак упућују на скупљу секундарну и терцијарну негу, иако такве препоруке могу бити непотребне. Један од фактора који томе доприноси је мали број јединица примарне здравствене заштите у неким земљама. У Босни и Херцеговини, Србији и Црној Гори број јединица примарне здравствене заштите на 10.000 људи је само око 30, што је упола мање него у земљама Европске уније.

#### 4.6. Плате здравствених радника

Расходи за медицинске и немедицинске плате и дневнице чине прилично велики удео у укупним издацима за здравство, али се њихов удео увелико разликује у целој регији. Расходи за плате износили су 48 одсто јавних расхода за здравство у Федерацији Босне и Херцеговине, слично учешће у Републици Српској 46 одсто, у Македонији 29 одсто и у Србији и Црној Гори 35 одсто. Поређења ради, маса зарада је износила 35 одсто јавних расхода за здравство у земљама ЕУ.

С обзиром на то да плате представљају велики проценат укупних издатака за здравство, оне су важна одредница финансијске одрживости здравствених система и усвајање стратегије одрживих људских ресурса треба да буде експлицитно питање којим се баве министарства здравља. Величина маса плате одређена је и бројем запослених у здравственом сектору и њиховим платама.

Најновији подаци показују да је број лекара, а посебно број медицинских сестара по глави становника, нижи у земљама Западног Балкана него у земљама ЕУ, упркос високом учешћу плата у укупним јавним издацима за здравство. У Албанији и Босни и Херцеговини, број доктора је посебно мали. Проблем није у укупном броју лекара, већ у превеликом броју специјалиста. То је због тога што је у прошлости постојала тенденција да се обучава превише лекара специјалиста и премало лекара опште праксе, што пребацује издатке према горе тако што обезбеђује специјализовану негу пацијентима који се могу третирати економичније на нижим нивоима неге. У Србији, на пример, две трећине лекара су специјалисти и само 15 одсто су лекари опште праксе.

Очекује се да ће у будућности бити потражње за већим платама, посебно међу лекарима. Компресија плата у различитим медицинским професијама (нпр. лекари, медицинске сестре, специјалисти) је типична за Западни Балкан и значи да су плате доктора међу најнижима у Европи, што подстиче захтеве за платама и ствара подстицај за лекаре да емигрирају. Дакле, иако су расходи за плате, као проценат јавне потрошње на здравство, већ близу нивоа ЕУ, очекује се будући притисак на повећање масе плата. Још један извор притиска на повећање масе плата је структура особља која показује велики број немедицинског (тј. помоћног) особља у односу на медицинско особље. У Македонији, на пример, немедицинско особље чини скоро 30 одсто укупног броја запослених, а у Босни и Херцеговини та бројка износи 33 одсто. Удео је незнатно нижи на око 28 одсто у Србији и Црној Гори и смањује се у оквиру постојећих реформских програма, али је и даље висок у поређењу са земљама ЕУ. Побољшање ефикасности здравственог сектора нужно ће укључити рационализацију броја и врсте радника у здравственом сектору, као и њихове функције.

#### 4.7. Стопа смртности одојчади

Доступност здравствених услуга најчешће се сагледава уз помоћ индикатора стопа смртности одојчади, који се сматра апроксимативним индикатором здравственог стања становништва. Стопа смртности одојчади израчунава се као однос броја умрле одојчади у току (најчешће) једне године и броја живорођених, рачунато на 1000.

У условима високих стопа смртности одојчади (што је данас карактеристика неразвијених земаља), смртност је распоређена током читаве прве године живота. А удели који опадају на смртност у првом месецу знатно су нижи него код популација са ниском смртношћу одојчади. У таквим условима су заступљени и ендогени, али још значајније и егзогени узроци смрти који се могу успешно отклањати. Ниво здравствене заштите, социјалне прилике, образовни ниво становништва и други фактори су од значаја за њихово отклањање.

Графикон 18. Стопа смртности одојчади у земљама Западног Балкана (на 1000 становника)



Извор: World Health Organization, (2018), *World Health Report. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage*, WHO, Geneva.

Стопа смртности одојчади значајно је виша на Западном Балкану него у ЕУ, али је посебно висока у Македонији и Албанији. Тако високе вредности овог показатеља у ЕУ бележе једино Бугарска и Румунија (7,6 и 8,4 промила). Неједнакост у приступу здравственим услугама такође представља важан елемент квалитета, који је незадовољавајући судећи према вишим стопама морталитета одојчади појединих националних мањина, посебно Рома. Тако је стопа морталитета одојчади међу Ромима који живе у ромским насељима у Србији двоструко виша него у општој популацији и достиже 13 промила (Републички завод за статистику и УНИЦЕФ, 2017), а у Босни и Херцеговини готово 5 пута виша и износи 24 промила (Министарство за људска права и избеглице Босне и Херцеговине, 2017).

## IV ДЕО

### **АНАЛИЗА УТИЦАЈА СИСТЕМА ФИНАНСИРАЊА НА ЕФИКАСНОСТ И КВАЛИТЕТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗЕМЉАМА ЗАПАДНОГ БАЛКАНА**

Методe које различите земље користе за финансирање својих система здравствене заштите показале су се као кључни фактор у одређивању и обликовању здравственог учинка и здравственог квалитета земаља. Признајући важност здравствене заштите у процесу развоја земље, тренутно стање здравствене заштите у земљама Западног Балкана охрабрило је многе ауторе да истраже утицај различитих фактора на перформансе и квалитет здравственог система у тим земљама. Међутим, ово истраживање фокусира се само на утицај метода финансирања здравствене заштите на квалитет и учинак здравственог система у земљама Западног Балкана. Стога је циљ истраживања да идентификује однос између начина финансирања здравствене заштите, перформанси система и квалитета услуга. Анализа је подељена у два главна дела, тако да, статистички подаци и стање финансирања здравства у земљама Западног Балкана представљени су у првом делу, док су у другом делу ови статистички подаци анализирани регресионим моделима у сврху процене односа између финансијских средстава, перформанси и варијабли квалитета.

Уважавајући важност здравствене заштите у процесу развоја једне земље, тренутно стање здравствене заштите у земљама Западног Балкана подстакло је поједине студије да истраже ефекат различитих фактора у перформансама и квалитету здравственог система у овим земљама (Bredenkamp, Mendola, Gragnolati, 2011; Mendola, Gragnolati, Bredenkamp, 2007; Bredenkamp, Gragnolati, 2008; Bredenkamp, Gragnolati, Ramljak, 2008). У студији Бреденкампа и осталих сарадника (Bredenkamp et al, 2011) пажња аутора фокусирана је на изузетно велике трошкове финансирања здравственог сектора у земљама Западног Балкана. Системи се разликују зависно од начина на који је становницима обезбеђено:

- \* доступност и покриће издатака за здравствене услуге
- \* укљученост у систем солидарности
- \* организација
- \* начин вођења
- \* финансирање
- \* доступни ресурси

Аутори закључују да је у здравственим системима у земљама Западног Балкана структура трошења неадекватна. Суштински проблем према ауторима ове студије јесте што је 40 одсто укупне потрошње становништва на здравство потрошња из џепа, а само 60 одсто потрошња преко државних фондова.

Систем финансирања здравственог сектора у Западној Европи је чист Бевериц систем који се карактерише финансирањем из општих прихода са колективним правом на непристрасан спектар услуга. Земље Западног Балкана сматрају се Беверицовим системом, али не и чистим „Беверицом“, већ са значајним променама у укупним методама финансирања (Bredenkamp, Gragnolati, 2008). У основи, три главна финансијска извора присутна су у земљама Западног Балкана: Фонд за социјално и здравствено осигурање (тј. обавезни допринос као порез на плату), владини приходи (тј. из укупног буџета), и плаћање из џепа (тј. плаћање директно од стране корисника услуге). Добровољно здравствено осигурање и донаторска средства су неки други финансијски извори здравственог сектора у региону.

Приказ актуелног стања система здравствене заштите у земљама Западног Балкана биће заснован на подацима из поузданих и веродостојних извора као што су Светска банка, Светска здравствена организација, извештаји УНДП-а, Министарства здравља, Министарства финансија и Статистичких завода свих земаља у анализи.

Након класификације података, креиране су неке категорије како би се идентификовале разлике и сличности између метода финансирања које се користе у региону, као и да се упореде са референтном тачком као што је ЕУ 28. Анализа ће бити извршена мерењем ефекта финансирања здравствене заштите на варијабле мерењем учинка, као што су број лекара и број медицинских сестара и како варијабле учинка утичу на квалитет здравственог система, а то је очекивано трајање живота у одређеној земљи. Да би били што прецизнији у мерењу односа и ефеката међу идентификованим варијаблама, биће коришћен статистички софтвер за израду регресионе анализе са прикупљеним подацима.

Пошто је било немогуће измерити однос између варијабли у једном моделу регресионе анализе, у истраживању ће се користити неколико регресионих функција како би се тачно утврдили резултати односа.

Варијабле за које је доказано да су важне за финансијска поређења међу земљама су:

- \* Укупни издаци за здравство – Укупни издаци за здравствене услуге и институције као проценат БДП-а сваке земље на Западном Балкану.
- \* Издаци за здравство по глави становника – Укупни трошкови по глави становника сваке земље у региону за једну одређену годину.

- \* Структура укупних трошкова – Од укупних издатака за здравство, колики проценат се финансира из буџета, а колики из приватних трошкова и из донација.

Уз помоћ наведених варијабли, могуће је идентификовати разлике и сличности између система финансирања здравствене заштите у земљама Западног Балкана. Како је неопходно установити да ли системи финансирања здравствене заштите утичу на квалитет и учинак пружаоца здравствене заштите, утврђен је скуп критеријума за мерење утицаја финансијских метода на квалитет и учинак система здравствене заштите.

Као такав, учинак система здравствене заштите у земљама Западног Балкана мери се на основу следећих индикатора:

- \* очекивано трајање живота, стопа смртности (број умрлих на 1.000 становника),
- \* број лекара (на 100.000 становника у свакој од земаља Западног Балкана),
- \* број медицинских сестара (на 100.000 становника у свакој од земаља Западног Балкана),
- \* капацитет болница (број кревета на 10.000 становника у свакој од земаља Западног Балкана),
- \* плате здравствених радника (просечна зарада пружаоца здравствених услуга у јавним институцијама) и
- \* стопа смртности одојчади (број смртних случајева одојчади до годину дана на 1.000 живорођених).

У истраживању ће се такође размотрити могућност примене различитих метода финансирања из једне земље у другу с намером да се утврди да ли то може имати било какав позитиван утицај на укупан систем здравствене заштите у земљи. Ова анализа ће се извршити путем различитих бројева у скупу података, с циљем да се утврди да ли то утиче на резултат регресије.

## 1. УТВРЂИВАЊЕ ВЕЗЕ ИЗМЕЂУ БРУТО ДОМАЋЕГ ПРОИЗВОДА ПО ГЛАВИ СТАНОВНИКА И ИЗДВАЈАЊА ЗА ЗДРАВСТВО

Осим наведених варијабли, постоје и многи други важни фактори као што су нивои дохотка, степен сиромаштва, степен образовања, културни и социјални фактори и политике везане за здравље које утичу на систем здравствене заштите и учинак здравствених радника. Међутим, неће бити анализирани сви ови фактори, већ ће они бити уграђени у варијабле споменуте у методолошком одељку, јер су се показале мање важним у утицају на укупне перформансе и квалитет здравственог сектора.

За почетак, анализирају се разлике и сличности финансијских варијабли. Једна од најважнијих финансијских варијабли је укупни издатак за здравство као проценат БДП-а у свакој земљи. Графикон приказује укупне издатке за здравство као проценат БДП-а за сваку земљу.

Графикон 19. Укупни издаци за здравство као проценат БДП-а Западни Балкан и ЕУ 28



Извор: World Health Organization, (2018), *World Health Report. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage*, WHO, Geneva.

Као што се може закључити, власти у Босни и Херцеговини, Црној Гори и Србији сматрају да је систем здравствене заштите веома важан, јер су издвојили релативно велики део свог БДП-а како би осигурали здравствени систем у својим земљама. У 2017. години, здравствени системи у Босни и Херцеговини, Црној Гори и Србији чинили су 10,9 одсто, 10,5 одсто, односно 9,40 одсто њиховог укупног БДП-а. Самим тим, у процентима ове земље стоје на истом нивоу са многим развијеним земљама, па чак и имају веће уделе издатака за здравство од њих.



Са друге стране су земље са нижим укупним трошковима као што су Албанија и Македонија, које су категоризоване са сличним нивоом расхода, односно између 6,70 одсто и 6,90 одсто. У поређењу са другим земљама, овај низак проценат укупних трошкова може послужити као кључни фактор у одређивању квалитета и учинка здравствене заштите.

Фокусирајући се само на ову варијаблу и држећи све остало константним, може се подразумевати да би Босна и Херцеговина, Црна Гора и Србија требало да имају своје здравствене системе конкурентне са развијеним земљама, јер су на истом нивоу са развијеним земљама Европске уније у погледу укупних издатака за здравство као проценат БДП-а, док би друге земље са нижим расходима за здравство требало да имају мање развијен систем здравствене заштите, јер су прилично заостале у поређењу са другим земљама у смислу ове варијабле.

Будући да обе променљиве имају нормалну расподелу ( $p > 0,05$ ), зависност међу њима утврђивана је уз помоћ Пирсоновог коефицијента корелације.

Резултати Колмогоров-Смирнов теста за утврђивање нормалности:

	БДП	Издаци за здравство
Просечна вредност	4868	8,92
Стандардна Девијација	921,61	1,92
Kolmogorov-Smirnov Z	0,396	0,566
p	0,998	0,906

Након нормалности расподеле, испитана је корелација између променљивих:

		БДП	Издаци за здравство
БДП	Pearson Correlation (r)	1	0,3
	p	-	0,624
Издаци за здравство	Pearson Correlation (r)	0,3	1
	p	0,624	-

Вредност Пирсоновог коефицијента корелације ( $r = 0,3$ ) показује слабу корелацију између две посматране променљиве, што указује да је Прва хипотеза рада одбачена, односно виши износ бруто друштвеног производа по глави становника нема позитиван утицај на проценат издвајања за здравство у посматраним земљама Западног Балкана.

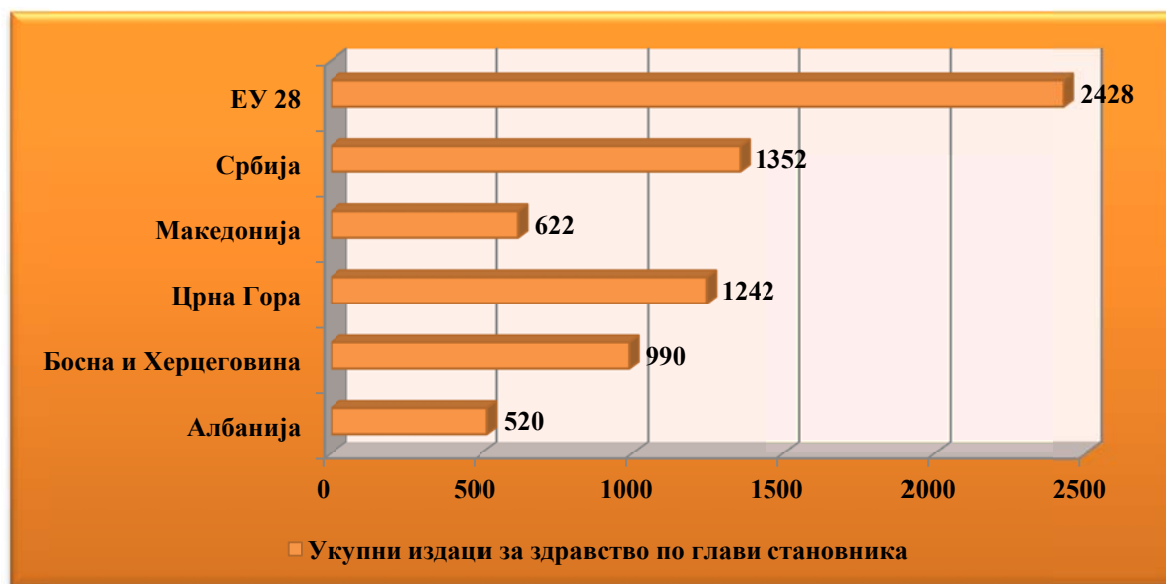
Упркос разликама у расходима, све земље имају сличан статус у погледу квалитета и учинка сектора здравствене заштите. Према томе, постоји тенденција да се сматра да повећани издаци за здравство у некој земљи не морају довести до

побољшања квалитета и учинка здравства. У својој књизи о томе да ли се више новца преводи у боље здравље, Ирвин и остали сарадници (Irvine et al, 2014) тврде да је питање, да ли већи трошкови воде ка бољем здравственом квалитету и учинку, далеко сложеније него што се чини и да је однос здравствених трошкова и квалитета здравља веома комплексан за мерење (Irvine et al, 2014, 2). Они су дошли до закључка да су финансијска средства веома важна и утичу на многе факторе који одређују здравствени квалитет земље, међутим, тврде да више новца не доводи увек до бољег квалитета здравља због лошег управљања или погрешне алокација ресурса (Irvine et al, 2014, 5).

С обзиром на то, постављају се питања на који начин се тај новац издваја и одређује и од велике су важности, јер су повезана са актерима управљања здравственим сектором у одређеној земљи који су кључни у одређивању и обликовању здравствене политике.

На пример, власти које су одговорне за здравствене активности могу намерно или ненамерно погрешно распоредити ресурсе за здравствену заштиту. Стога, утврђивање утицаја менаџмента у целокупном здравственом систему земље отвара посебно питање и представља велики интерес за разумевање импликација ситуације у којој се такво управљање није успешно спровело.

**Графикон 20. Укупни издаци за здравство по глави становника Западни Балкан и ЕУ 28**



*Извор: World Health Organization, (2018), World Health Report. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage, WHO, Geneva.*

Док посматрамо укупне издатке за здравство као проценат БДП-а земаља у фокусу у односу на ЕУ 28, примећена је велика сличност. Међутим, ако се дода варијабла здравствених издатака по глави становника, јаз између земаља почиње да се

шири. Као што се види на Графикону 20, у процентуалном смислу, три земље Западног Балкана, и то Босна и Херцеговина, Србија и Црна Гора на истом су нивоу као и земље Европске уније. Међутим, ако се анализира према здравственим издацима по глави становника, приметно је да је разлика између земаља у региону и развијенијих земаља прилично значајна, као што је приказано на Графикону 20.

Разлог зашто постоји разлика у финансијском смислу између варијабле укупних издатака за здравство и издатака за здравство по глави становника је у томе што се у првој варијабли узима у обзир само укупни издатак за здравство као проценат БДП-а, док је у другој варијабли укупно здравствено стање приказано у монетарном смислу, а не као проценат БДП-а, узимајући у обзир и број становника. Конкретно, издаци за здравство по глави становника израчунавају се по следећој формули:

$$X_i = \frac{Y_i}{Z_i}$$

При чему су:

$X$  – издаци за здравство по становнику земље  $i$

$Y$  – укупни издаци за здравство земље  $i$

$Z$  – укупан број становника земље  $i$

На основу ове формуле, може се закључити да, у смислу процента БДП-а, земље имају сличне издатке за здравство, али када се прорачун врши у реалним новчаним вредностима, земље имају тенденцију да се разликују, јер се БДП значајно разликује између земаља Западног Балкана и земаља у ЕУ 28. Штавише, број становника је такође важан у израчунавању издатака за здравство по глави становника. У принципу, посматрајући претходну формулу, може се рећи да је одржавање укупне потрошње за здравство константно, односно, што је већи укупан број становништва, то ће нижи бити расходи за здравство по глави становника, док задржавање броја становника константно резултира да што су већи укупни издаци за здравство, већи ће бити део издатака за здравство за сваког појединца.

Позивајући се на претходни Графикон, чак и на први поглед може се приметити да ЕУ 28 доминира варијаблом издатака за здравство по глави становника. Међу земљама Западног Балкана, оне са вишим издацима за здравство по глави становника су Србија са годишњим просеком од 1352 долара по особи потрошеном на здравствену заштиту, па следи Црна Гора са просеком од 1242 долара по особи потрошеној на здравствену заштиту и Босна и Херцеговина са просеком од 990 долара потрошених на здравствену заштиту по особи. С друге стране, преостале земље, Албанија и Македонија имају ниже издатке за здравствену заштиту по глави становника, 520 и 622 долара.

Иако је поменуто да више финансијских средстава не значи бољи квалитет и учинак здравља, бројне студије су указале да су финансијски ресурси од великог значаја у функцији здравственог система уколико се њиме правилно управља. У студији која је спроведена у вези са финансирањем здравствене заштите, Сичон (Cichon, 2009) је установио да је „финансирање кључни елемент који одређује квантитет и квалитет здравствених услуга“ (Cichon, 2009, 34). Имајући ово у виду, свесни финансијске ситуације која је присутна у здравственом сектору на Западном Балкану, констатује се да су здравствени системи у земљама региона у тешким условима, будући да већина земаља има низак ниво здравственог буџета посвећен здравственом систему. Ипак, ситуација се све више ублажава чињеницом да се укупни издаци за здравство у земљама Западног Балкана повећавају током година, али уз нижу стопу у односу на економски раст (Bredenkamp et al, 2008, 26).

Може се рећи да владе земаља Западног Балкана здравствени сектор не сматрају једним од најважнијих фактора у развоју земље, а ове земље током година издвајају мањи проценат њиховог БДП-а за систем здравствене заштите, посебно зато што је раст БДП-а бржи од раста укупних издатака за здравство.

## 2. АНАЛИЗА СТРУКТУРЕ УКУПНИХ ТРОШКОВА ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ

До сада је вођена расправа о томе колико земља троши на издатке за здравство у смислу процента БДП-а, и издатаке у здравству на индивидуалној основи. Али, након додавања варијабле састава здравствених издатака, ствари су сложеније, јер се сада разматра не само износ који се троши на здравље, већ и структура трошкова и њихов утицај на квалитет и учинак здравствене заштите. Ова варијабла показује састав укупних издатака за здравство, што значи колики се износ финансира из јавних издатака, колико се финансира из приватних издатака и колико се финансира из донација. Формула за израчунавање састава здравствених расхода је следећа:

$$Y = A + B + C, \quad 100\% = A + B + C$$

При чему су:

Y – укупни издаци за здравство

A – јавни издаци

B – приватни издаци

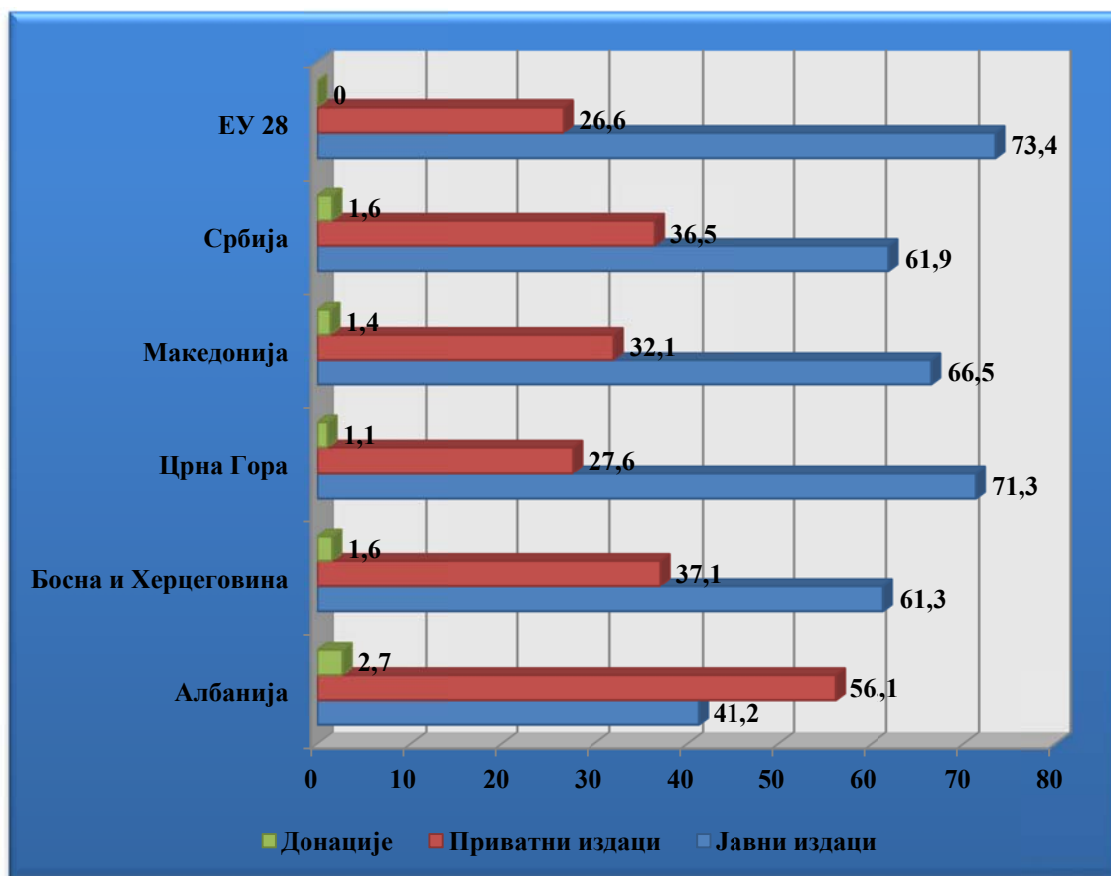
C – донације

У овом случају, укупни здравствени трошкови морају увек бити једнаки 100 јер су А, В и С приказани у процентима који показују укупан састав Y. Знајући да ће додавањем А, В и С резултат увек бити 100, независне варијабле се међусобно искључују када су представљене као проценти, тако да се проценат може повећати само ако постоји смањење једне од других независних варијабли.

Графикон приказује структуру издатака за здравство у земљама Западног Балкана и референтне тачке ЕУ 28. Графикон се креира помоћу претходне формуле за сваку земљу појединачно.

На основу Графикона 21, уочљиво је да у неким земљама Западног Балкана јавни издаци чине већи део укупних издатака за здравство. Укупни издаци за здравство у земљама као што су Црна Гора и Македонија углавном се финансирају из јавних издатака – 71,3 одсто и 66,5 одсто од укупних издатака за здравство се састоји од јавног финансирања. Иако су ове две земље скоро сличне са референтном тачком ЕУ 28 (73,4 одсто) у погледу састава здравствене заштите, у другим земљама, јавни расходи чине нижи део укупне потрошње за здравство.

Графикон 21. Састав здравствених издатака у процентима



С тим у вези, у финансирању здравства Албаније у већој мери утичу приватни издаци него јавни. Расходи за здравство у Албанији чине 56,1 одсто приватних издатака. Поред јавног и приватног финансирања, на Западном Балкану, здравствена заштита такође се финансира из спољних извора. Међутим, донације имају тенденцију да буду мање значајне у већини земаља јер оне чине само 1-2 одсто укупних издатака за здравство.

И јавни и приватни трошкови имају позитиван и негативан утицај на систем здравствене заштите у земљи. На пример, јавни издаци се користе са главном сврхом пружања услуга здравствене заштите сиромашним домаћинствима и осигуравања једнаког приступа здравственим услугама за целокупно становништво неке земље. Поред овог позитивног утицаја, јавна потрошња је позната и као облик финансирања за управљање због циљева који се односе на сопствене интересе. Али овај проблем је различит од нивоа значаја у зависности од земље.

Иако се извори јавне потрошње не сматрају најбољим начином финансирања здравственог сектора, знајући стање сиромаштва у региону, јавна потрошња је прави начин финансирања здравственог система јер пружа медицинске третмане људима који не могу сами да их приуште. Универзални приступ здравственој заштити указује да држава мора осигурати приступ основној здравственој заштити сваком грађанину.

С друге стране, приватни расходи састоје се од плаћања из властитог џепа и приватног осигурања. Пошто у земљама Западног Балкана не постоји политика која би обавезала приватно здравствено осигурање, веома мали проценат људи добровољно купује пакете здравственог осигурања. Здравствено осигурање један је од најбољих начина финансирања здравствене заштите јер се смањује ризик за финансијске катастрофе и избегавају се многи други индиректни негативни ефекти (Imerovic-Hodzic, 2017, 36). Међутим, у земљама Западног Балкана, овај позитиван утицај здравственог осигурања се не осећа јер веома мали проценат људи купује пакете здравственог осигурања. Штавише, у овом региону, приватни расходи обично се односе на плаћање из џепа, пошто учествују са више од 90 одсто приватне потрошње (World Health Organization, 2018).

Према Пенчону, једна од предности метода плаћања из џепа у систему здравствене заштите је да омогућава пацијентима већи избор, а такође и повећава ниво одговора од стране пружаоца здравствених услуга, јер пацијенти директно раде са пружаоцем и не преко треће стране. Према томе, пружаоц услуга је одговоран пацијенту онако како му он / она плаћа (Pencheon, 2013, 191). Без обзира на овај позитиван утицај, Дрекслер и Јитинг тврде да плаћања из џепа одбијају приступ медицинским третманима сиромашним домаћинствима, која немају адекватну социјалну заштиту (Drechsler, Jutting, 2005, 1).

Стопа сиромаштва у региону прилично је висока, тако да се може закључити да плаћање из џепа није одговарајући начин финансирања здравственог сектора, јер ограничава приступ здравственој заштити домаћинствима која живе у сиромаштву и која немају средства да финансирају своје медицинске третмане.

### **3. АНАЛИЗА КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗЕМЉАМА РЕГИОНА**

Анализа се даље помера према питању како поменуте финансијске методе утичу на квалитет и учинак здравственог сектора. Методе финансирања здравственог система повезане су са квалитетом и перформансама здравственог сектора кроз карактеристике наведене у Табели 3. Према Робертсу и осталим сарадницима (Roberts et al), „не постоји систем за ефикасно оцењивање квалитета, делотворности и сигурности пружене неге“ (Roberts et al, 2014, 3). Иако је веома комплексно мерити квалитет и перформансе здравствених система, ипак се из теорије могу извући неке претпоставке.

Утицај буџета здравствене заштите и метода финансирања на варијабле може се идентификовати у Табели 3, док се ефекат ових варијабли на квалитет и перформансе система може одредити на основу теоријских претпоставки. Овај однос између варијабли биће представљен регресионом анализом.

На пример, Берма и остали сарадници (Voerma et al, 2014) верују да новац посвећен здравственој заштити нема никакав утицај на стопу смртности у земљи, али студије показују другачије (Voerma et al, 2014, 28). У проучавању да ли је смртност погођена новцем, Келверли и Сонг, наглашавају да „доходак нема непосредног ефекта на ризик од смртности, иако може деловати са дугим заостајањем кроз учинак на здравље“ (Calverley, Song, 2011, 45).

Другим речима, земља не може одмах утицати на стопу смртности одлуком да повећа потрошњу на здравствену заштиту, али кроз више издатака може пружити боље здравствене услуге и заштитити здравље својих грађана током година, што резултира нижим стопама смртности.

Ипак, постоје многи други фактори који директно и индиректно утичу на стопу здравља и морталитета, а то је фактор везан за животну средину. На пример, фабрике које нису пријатељске према околини узрокују здравствене штете људима који живе у близини контаминираних подручја.

Такве импликације често се сусрећу у земљама Западног Балкана због високог нивоа загађења животне средине. Ипак, како позитивно деловати на утицаје ове оштре стварности и напустити овакве проблеме тема је коју треба истражити. Међутим, фокус овог рада је како владе земаља Западног Балкана утичу и обликују финансијске политике здравствене заштите које треба да заштите своје грађане од таквих



импликација кроз утицање на варијабле перформанси и варијабле квалитета. Да би се илустровао став о томе како на здравље људи утиче политика финансирања здравствене заштите, мери се однос између новца и варијабли у Табели 2. На пример, модел је одредио начине на које финансијске политике утичу на број лекара и број медицинских сестара у здравственом сектору земље и како ове варијабле утичу на квалитет и услуге које пружају.

**Табела 3. Радна снага и инфраструктура у здравству**

	Очекивано трајање живота (година)	Стопа смртности на 1000 становника	Број лекара на 10000 становника	Број медицинских сестара на 10000 становника	Број болничких кревета на 10000 становника	Стопа смртности одојчади на 1000 становника
<b>Албанија</b>	73	6	11,5	39	28	16
<b>Босна и Херцеговина</b>	76	10	16,4	50,4	34	8
<b>Црна Гора</b>	69	10	21	55,8	39	7
<b>Македонија</b>	74	9	26,3	46,1	45	10
<b>Србија</b>	75	14	21,1	45,5	54	6
<b>ЕУ 28</b>	79	11	25,1	83,9	46	2

Финансирање се користи као компензациони подстицај за пружаоце здравствених услуга, што значи да кроз финансијска средства менаџмент здравствене заштите може привући људске ресурсе како би био укључен у здравствени сектор. Према Карину и осталим сарадницима (Carrin et al, 2014) новац је један од најефикаснијих подстицаја у привлачењу медицинских сестара и лекара да служе у здравственом систему неке земље (Carrin et al., 2014, 977). То значи да већа финансијска средства за здравствени сектор служе као привлачност за људе да посвете своју каријеру здравству.

Да би се измерио однос између финансијских средстава и броја лекара и медицинских сестара у сектору здравствене заштите, користи се регресиона анализа са доступним подацима из земаља Западног Балкана. Важно је напоменути да се због

нелинеарне повезаности између ових варијабли природна логаритамска функција ( $I_n$ ) користи за конверзију ове релације у линеарну функцију.

Штавише, да би били реалнији и тачнији, издаци за здравство по глави становника сматрају се финансијским средствима јер обухватају више фактора, као што су број становника и укупни издаци за здравство и представљају стварне новчане издатке. Утицај издатака за здравство по глави становника на број лекара и медицинских сестара разматра се индивидуално, јер је готово немогуће истодобно измерити његов учинак на обе варијабле.

### 3.1. Број лекара у односу на издатке за здравство

Када се консултује теорија и претходне студије о ефекту новца на број лекара, испоставља се да је новац један од најважнијих фактора који мотивише људе да се укључе у здравствену заштиту. Конкретно, према Далеру, „новац је главни фактор у смањењу броја лекара опште праксе (породичних лекара или лекара примарне здравствене заштите)“ (Dahlgren, 2015, 119). Штавише, лекари, као и други појединци, вођени сопственим интересима, а као агенти који максимизирају само себе настоје створити бољи живот и сигурну будућност.

Иако су многи доктори тврдили да постоји неколико других показатеља који их мотивишу да буду део здравственог система, још увек новац игра кључну улогу у одређивању броја лекара у здравственом сектору неке земље.

У том смислу, Робертс и остали сарадници (Roberts et al, (2014) спровели су студију у којој је обећан бонус за лекаре који би успели да позитивно утичу на понашање одређеног пацијента, што се у овом случају односило на престанак пушења пацијената. Ова студија је открила да су лекари, којима је обећан бонус, успели да учине да већи број пацијената престане да пуши (Roberts et al, 2014, 72). Стога, више новца посвећеног здравственом сектору мотивише лекаре да се посвете здравственој заштити.

Имајући то у виду, и на основу теоретских претпоставки, очекује се да однос између здравствене потрошње по глави становника и броја лекара буде следећи:

$$\log P_{hy} = c + \log C_{ap}$$

При чему су:

$P_{hy}$  – број лекара на 10.000 становника у здравственом сектору неке земље

$C_{ap}$  – издаци за здравство по глави становника у одређеној години

На основу резултата *OLS*-а (вишеструке линеарне регресије), који је у складу са очекиваним резултатима из претходних студија, уочљиво је да је Модел 1, који мери ефекат издатака за здравство по глави становника на број лекара статистички значајан на нивоу значајности од 5 одсто, што значи да најмање једна варијабла укључена у модел има значајан утицај на зависну варијаблу.

Као што се очекивало, ефекат издатака за здравство по глави становника је позитиван у броју лекара. Овај ефекат независних варијабли статистички је значајан и на нивоу значајности од 5 одсто. Поред нивоа значајности, модел има прилагођени *R*-квадрат ( $R^2$ ) од 49,5 одсто, што значи да се скоро 50 одсто варијација у броју лекара објашњава стопом здравствених трошкова по глави становника.

**Табела 4. Модел 1: Број лекара у односу на издатке за здравство по глави становника**

Regression Analysis: Log Phy versus Log Cap						
The regression equations is						
<b>Log Phy = 0.481 + 0.290 Log Cap</b>						
Predictor	Coef	SE Coef	T	P		
Constant	0.4815	0.2945	1.63	0.163		
Log Cap	0.2898	0.1104	2.62	0.047		
<b>S = 0.121532</b>		R-Sq = 57.9%		R-Sq(adj) = 49.5%		
Analysis of Variance						
Source	DF	SS	MS	F	P	
Regression	1	0.10172	0.10172	6.89	0.047	
Residual Error	5	0.07385	0.01477			
Total	6	0.17557				

На основу регресионог излаза, док је све остало константно, за сваки процентуални пораст издатака за здравство по глави становника, број лекара ће се у просеку повећати за 0,29 одсто, чиме је делимично доказана Друга хипотеза истраживања.

### 3.2. Број медицинских сестара у односу на издатке за здравство

С друге стране, према теорији, број медицинских сестара у здравственом систему неке земље условљен је финансијским подстицајима као што је то било у болницама у Њујорку, где је број медицинских сестара повећан понудом новчаних награда (Mackenbach at al., 2012, 21).

Међутим, према студији Масгрова и Зерамдинија, највећи мотиватор за медицинске сестре је „стварност радног окружења које одређује да ли медицинска сестра остаје или иде“ (Musgrove, Zeramdini, 2011, 45).

Имајући то у виду, очекује се да ефекат финансијских средстава на број медицинских сестара буде позитиван, али мање значајан у односу на друге мотиваторе. Очекивана регресиона једначина за тестирање утицаја здравствених трошкова по глави становника на број медицинских сестара је следећа:

$$\log Nur = c + \log Cap$$

При чему су:

*Nur* – број медицинских сестара на 10.000 становника у здравственом сектору неке земље

*Cap* – издаци за здравство по глави становника у одређеној години

**Табела 5. Модел 2: Број медицинских сестара у односу на издатке за здравство по глави становника**

Regression Analysis: Log Nur versus Log Cap					
The regression equations is					
Log Nur = 0.390 + 0.439 Log Cap					
Predictor	Coef	SE Coef	T	P	
Constant	0.3904	0.8284	0.47	0.657	
Log Cap	0.4387	0.3106	1.41	0.217	
S = 0.341821		R-Sq = 28.5%	R-Sq(adj) = 14.2%		
Analysis of Variance					
Source	DF	SS	MS	F	P
Regression	1	0.2332	0.2332	2.00	0.217
Residual Error	5	0.5842	0.1168		
Total	6	0.8174			

Као што се очекивало према теорији и претходним студијама, ефекат новца на број медицинских сестара у здравственом сектору резултирао је статистички незнатним значајем на нивоу од 5 одсто. Дакле, претходни Модел 2 показује да је прилагођени R-квадрат 14,2 одсто, што значи да се 14,2 одсто варијација у броју медицинских сестара објашњава количином новца потрошеног на здравствену заштиту.

Након идентификације односа и утицаја финансијских средстава на број лекара и број медицинских сестара у земљама које нас интересују, регресија се спроводи са независним варијаблама као што су број лекара и број медицинских сестара, док зависна варијабла представља очекивано трајање живота. Кроз ову регресију, утицај броја лекара и броја медицинских сестара мериће се током очекиваног трајања живота, што се сматра као варијабла за мерење квалитета, будући да обухвата укупне здравствене перформансе током године, унутар одређене земље.

На основу студије коју је урадио Купер (2009), процењено је да је број људског капитала који служи у здравственом сектору повезан са квалитетом и перформансама система. Он тврди да је стварност да државе са више лекара по глави становника и стручњака и породичних лекара, имају бољу здравствену заштиту (Cooper, 2009, 92).

Дакле, може се закључити да држање свега осталог константним, земља која више финансијских средстава посвећује здравственом систему има већи потенцијални број пружаоца здравствених услуга, што резултира бољим квалитетом и перформансама система. Стога, један од начина на који новац утиче на квалитет здравствене заштите је кроз привлачење више људских ресурса који ће бити део здравственог система.

Питање је да ли је ова теорија релевантна за земље Западног Балкана. Гледајући Табелу 3, може се рећи да осим Македоније, друге земље заостају за ЕУ 28 у смислу броја лекара који раде у здравственом сектору. Поред тога, у смислу стопе медицинских сестара, земље Западног Балкана имају знатно нижу стопу у поређењу са ЕУ 28.

### **3.3. Очекивано трајање живота у односу на број лекара и медицинских сестара**

Комбинујемо варијабле број лекара и број медицинских сестара са циљем да утврдимо њихов утицај на варијаблу очекиваног трајања живота, која се користи као мерење квалитета. Може се приметити да су ове две варијабле позитивно повезане са променљивом очекиваног трајања живота, што значи да што је већи број лекара и бољи квалитет здравствене неге, веће је и очекивано трајање живота.

На пример, ЕУ 28 има већи однос лекара и медицинских сестара у поређењу са другим земљама, и ефективно има већи очекивани животни век у односу на друге.

Регресиону функцију у Моделу 3 одражава *OLS* излаз, који мери ефекат броја запослених у здравственом систему, јер је подељен на учешће броја лекара и броја медицинских сестара у квалитету здравствене заштите, посебно на очекивани животни век. Очекује се да ће регресиона једначина бити следећа:

$$\log LE = c + \beta_1 \log Phy + \beta_2 \log Nur$$

При чему су:

*Phy* – број лекара на 10.000 становника у здравственом сектору неке земље

*Nur* – број медицинских сестара на 10.000 становника у здравственом сектору неке земље

*LE* – просечан број година који се очекује да особа живи од референтне тачке, која је у овом случају од рођења

Као и у претходним моделима, у Моделу 3 користи се природна логаритамска функција због нелинеарне функције међу зависним и независним варијаблама. Будући да је зависна варијабла у Моделу 3 очекивано трајање живота, мерено као просечно очекивано трајање живота у одређеној земљи, коначна варијабла, постоје граница у доби очекиваног живота. Стога, логаритамске функције омогућују моделу да обухвати ефекат независних варијабли у варијабли која зависи од непрекидног периода.

Након извршене регресије са мултипликативном функцијом која укључује конверзију варијабли у природне логаритамске функције, модел је резултирао статистички значајним нивоом значајности од 5 одсто, јер је Р-вредност модела 0,034, тако да се подразумева да најмање једна од независних варијабли у моделу има значајан утицај на варијаблу очекиваног трајања живота.

**Табела 6. Модел 3: Очекивано трајање живота у односу на број лекара и медицинских сестара**

Regression Analysis: Log LE versus Log Phy, Log Nur					
The regression equations is					
Log LE = 1.73 + 0.0827 Log Phy + 0.0241 Log Nur					
Predictor	Coef	SE Coef	T	P	
Constant	1.73037	0.03365	51.42	0.000	
Log Phy	0.08270	0.02258	3.66	0.022	
Log Nur	0.02410	0.01047	2.30	0.083	
S = 0.00943589		R-Sq = 81.4%		R-Sq(adj) = 72.2%	
Analysis of Variance					
Source	DF	SS	MS	F	P
Regression	2	0.00156336	0.00078168	8.78	0.034
Residual Error	4	0.00035614	0.00008904		
Total	6	0.00191950			

Поред нивоа значајности, модел има прилагођену R-Sq од 72,2 одсто, што значи да се 72,2 одсто варијација на очекивано трајање живота објашњава независним варијаблама у моделу, као што су број лекара и број медицинских сестара. Међутим, према моделу, обе независне варијабле нису статистички значајне на нивоу значајности од 5 одсто.

Конкретно, Р-вредност броја лекара је 0.022, што чини ову варијаблу значајном на нивоу Алфа ( $\alpha$ ) од 5 одсто, док је р-вредност броја медицинских сестара 0,083, чији је резултат безначајан на истом Алфа нивоу. На основу модела, може се рећи да се за сваки проценат повећавања број лекара, дужина очекиваног трајања живота се повећава, у просеку за 0.0827 одсто пошто се однос чини позитивним. Узимајући у обзир да је варијабла очекивано трајање живота варијабла која не расте стално, у одређеном тренутку, повећање броја лекара не може довести до повећања очекиваног трајања живота. С друге стране, будући да варијабла броја медицинских сестара није значајна, може се протумачити да на нивоу од пет одсто, број медицинских сестара нема утицаја на очекивано трајање живота.

### **3.4. Размера очекиваног трајања живота и кревета**

Друга важна варијабла је инфраструктура здравственог сектора. Целокупна инфраструктура здравственог сектора је значајна, али истраживање разматра инфраструктурне капацитете као кључни фактор у одређивању квалитета здравствене заштите и он се односи на опсег приступа који људи имају према њему. С тим у вези, процењује се ефекат финансијских средстава на број болничких кревета једне земље и ефекат који специфична размера може имати на квалитет здравља. Логично је да са већим финансијским улагањима земља може обезбедити бољи однос болничких кревета (више кревета на 1.000 становника) у систему здравствене заштите, али како повећање овог односа утиче на квалитет здравствених услуга нешто је што треба истражити.

Према Грину, кревети у болници морају бити у складу са бројем здравствених радника, јер већи број кревета може довести до неефикасне дужности за пружаоце услуга, јер они неће моћи да се брину о свим пацијентима. С друге стране, мањи број кревета може ускратити приступ здравственој заштити многим грађанима, јер постоје случајеви када су болнице пуне (Green, 2012, 408). Ова теорија упориште налази у укупној размери земље, што значи да размера болничких кревета унутар земље мора бити у складу са размером пружаоца услуга који делују у истој области. У супротном, ако је однос нижи него што би требало да буде, то вероватно ствара границе за приступ здравственој заштити за многе пацијенте. Слично томе, баш као и размера кревета и



пацијента, већи број кревета може довести и до неефикасног здравственог система, будући да се количина ресурса која је коришћена за добијање вишка кревета могла користити у различите сврхе које би могле представљати значајну улогу у потенцијалном побољшању квалитета здравља пацијената.

Ипак, упућујући на Табелу 3, резултати су показали да разлика у броју кревета међу свим земљама није од велике важности, осим оне у Албанији која има осетљиву разлику у броју болничких кревета. На основу Табеле 3, број варијабле кревета није директно повезан са очекиваним трајањем живота, јер постоје земље које имају већи број кревета као што је Србија са укупним бројем од 54 кревета на 10.000 људи, али очекивани животни век је само 75 година, док је број кревета у ЕУ 46, а очекивани животни век 79 година. Међутим, размера утицаја кревета у очекиваном трајању живота мери се регресивном функцијом за коју се очекује да ће резултирати као следеће:

$$\log LE = c + \beta \log Beds$$

При чему су:

*LE* – просечан број година који се очекује да особа живи од референтне тачке, која је у овом случају од рођења

*Beds* – број кревета на 10.000 становника у земљи

Као и у претходним моделима, Модел 4 разматра и варијабле у природној логаритамској функцији због нелинеарне релације међу варијаблама, као и зависну варијаблу која није континуирана. Модел 4 показује резултат регресионе функције очекиваног животног века у односу на однос кревета са Р-вредношћу од 0.043 која изгледа статистички значајно на нивоу значајности од 5 одсто. Однос између варијабли показује да ће се за сваки проценат повећања броја кревета, очекивано трајање живота повећати, у просеку за 0,0701 одсто. Прилагођени R-Sq модел је 51,1 одсто, што значи да се 51,1 одсто варијације зависне варијабле објашњава моделом. Коначно, након пружања информација о методама финансирања здравствене заштите уопште, и након пружања података о изворима финансирања здравствене заштите на Западном Балкану и стању здравствене заштите у целини у свакој земљи у фокусу, креиране су неке важне варијабле.

Са идентификованим варијаблама које су се показале важним у здравственом сектору неке земље, направљене су анализе да се види однос између варијабли и њиховог утицаја једних на друге. Наиме, регресионе анализе коришћене су за препознавање и мерење директног и индиректног ефекта варијабле финансирања, као што су издаци за здравство по глави становника, у варијаблама учинка, представљене као број пружаоца здравствених услуга (тј. број лекара и број медицинских сестара),

што је настављено са утицајем варијабли учинка на варијаблу квалитета, као што је очекивано трајање живота. На основу спроведене анализе може се закључити да боља инфраструктура система здравствене заштите има позитиван утицај на дужину очекиваног просечног трајања живота становништва, чиме је у потпуности доказана Трећа хипотеза.

**Табела 7. Модел 4: Размера очекиваног трајања живота и кревета**

<b>Regression Analysis: Log LE versus Log Beds</b>					
<b>The regression equations is</b>					
<b>Log LE = 1.76 + 0.0701 Log Beds</b>					
<b>Predictor</b>	<b>Coef</b>	<b>SE Coef</b>	<b>T</b>	<b>P</b>	
<b>Constant</b>	1.76275	0.04026	43.78	0.000	
<b>Log Beds</b>	0.07013	0.302600	2.70	0.043	
<b>S = 0.0125047</b>		<b>R-Sq = 59.3%</b>		<b>R-Sq(adj) = 51.1%</b>	
<b>Analysis of Variance</b>					
<b>Source</b>	<b>DF</b>	<b>SS</b>	<b>MS</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
<b>Regression</b>	1	0.0011377	0.0011377	7.28	0.043
<b>Residual Error</b>	5	0.0007818	0.0001564		
<b>Total</b>	6	0.0019195			

## ЗАКЉУЧАК

Сектор здравствене заштите у земљама Западног Балкана тренутно се суочава са низом питања која се тичу финансирања здравствене заштите. Узимајући у обзир да се велики део здравствених активности финансира из приватних издатака, посебно плаћања из властитог џепа, методе финансирања здравствене заштите на Западном Балкану сматрају се неприкладним за регион. У највећем броју случајева, због стопе сиромаштва у региону, која је већа у поређењу са другим земљама, може се рећи да плаћања из џепа као метод финансирања здравствене заштите ствара препреке друштву за приступ здравственим услугама. Захваљујући таквим методама плаћања, већина људи који живе на Западном Балкану не добија неопходне медицинске третмане, јер се стално суочавају са препрекама плаћања које ометају њихов потпуни приступ здравственим услугама.

Имајући у виду ресурсе посвећене сектору здравства у земљама Западног Балкана, може се рећи да власти у тим земљама не виде систем здравствене заштите као важан стуб развоја државе, јер не посвећују довољно финансијских средстава да осигурају правилно функционисање здравственог система. Иако су ове земље имале економски раст током година, буџет намењен здравственој заштити није се променио у сразмери са економским растом; уместо тога, дошло је до веома малог повећања у односу на економски раст. Овај немар према здравственом сектору изазвао је неодговарајућу функционалност целокупног система у већини земаља Западног Балкана. Последица таквог деловања може се сматрати слабим учинком актера укључених у здравствену заштиту, а посебно су, због ниског буџета, здравствени системи у земљама Западног Балкана изгубили доста људског капитала у јавним здравственим установама.

Након проналажења важности варијабли у квалитету и учинку здравственог сектора и постајући свесни ситуације у земљама Западног Балкана у погледу ових варијабли, из овог истраживања обликују се препоруке које би могле помоћи у решавању питања и политика које негативно утичу на целокупни систем здравствене заштите на Западном Балкану. Једна од препорука за коју се претпоставља да је од кључног значаја у решавању здравствених проблема, а такође је од виталног значаја за одређивање квалитета и учинка здравственог сектора на Западном Балкану је увођење политике обавезног здравственог осигурања, како би се смањило износ плаћања из џепа.

Као што је поменуто, ниједна од земаља Западног Балкана није формулисала и спровела политику којом би приватно здравствено осигурање било обавезно. Стога је број људи који купују приватно здравствено осигурање у земљама Западног Балкана веома мали и безначајан. Од влада земаља које су у фокусу (Албанија, Босна и Херцеговина, Црна Гора, Македонија, Србија) требало би очекивати да ће формулисати и спровести политике које би приватно здравствено осигурање учиниле обавезним. Иако се, због неколико ограничења, закон о здравственом осигурању показао прилично сложеним у својој формулацији и имплементацији, ипак се сматра једним од најбољих начина финансирања здравственог система земље и његова примена у земљама Западног Балкана била би веома ефикасна.

При имплементацији таквих политика, земље Западног Балкана елиминисале би ризик од катастрофалних финансијских криза. Пакети здравственог осигурања финансијски би осигурали особе које су претходно купиле пакете здравственог осигурања у случају било каквих непредвиђених догађаја који би могли угрозити њихово здравље. Куповином планова здравственог осигурања људи су финансијски сигурнији у случају потребе за било каквим медицинским третманом, јер они не плаћају директно медицинске трошкове, већ трећа страна плаћа највећи део рачуна.

Стопа сиромаштва у земљама Западног Балкана страховито је висока и, уопштено, готово половина здравствених услуга се финансира путем плаћања из сопственог џепа. Приступ здравственим услугама ускраћен је за велики број домаћинстава због финансијских ограничења. Стога, примена закона којим би се приватно здравствено осигурање обавезало, елиминисало би проблем немогућности приступа здравственим услугама. Могло би се рећи да сиромашна домаћинства ионако не би могла да плате здравствено осигурање, међутим, закон о здравственом осигурању уз подршку владе показао се прилично успешним у многим земљама у превазилажењу проблема ускраћивања приступа здравственим услугама за релативно сиромашна домаћинства.

Закон о обавезном приватном здравственом осигурању такође би допринео учинку и квалитету пружаоца здравствених услуга промовисањем веће конкуренције међу пружаоцима здравствених услуга. Пошто највећи део њиховог рачуна плаћа трећа страна, људи би желели да посете најбоље докторе без обзира на цену, а у том случају трошкове здравствених услуга покрива осигуравајућа кућа. Здравствени радници који су свесни да би људи хтели да купе најбоље доступне услуге, покушали би максимално да повећају број пацијената, тако што би били посвећени својој професији и понудили боље и квалитетније здравствене услуге.

Метода финансирања здравствене заштите из џепа сматра се једним од најнеефикаснијих и неприкладних начина финансирања здравствене заштите. Овај

метод финансирања има неке предности али у већини случајева негативан утицај плаћања из џепа доводи до неодговарајућих здравствених услуга, чиме се повећава потреба за преласком на друге изворе финансирања у циљу смањења негативних ефеката које ова појава има. Користи које би здравствени сектор примио смањењем или уклањањем плаћања из џепа су следеће:

У релативно сиромашном региону, плаћање из џепа као начин финансирања чине препреку здравственим услугама за многа домаћинства. Због високих стопа сиромаштва које преовлађују на Западном Балкану, могућност плаћања из џепа одбија приступ здравственим услугама великом делу становништва, што доводи до смањења квалитета укупне здравствене заштите у земљи, јер људи не могу приуштити да добију адекватан медицински третман. Стога би елиминисање ове баријере позитивно утицало на укупан здравствени квалитет становништва и људи би могли да добију медицински третман у случају потребе.

Преко плаћања из џепа, пацијенти директно преговарају са пружаоцима услуга здравствене заштите, тако да приходи домаћинстава имају велику улогу. Пошто је регион састављен углавном од домаћинстава са ниским примањима, људи би покушали да пронађу јефтине услуге, имајући у виду да не могу да приуште да плате скупље. Према томе, лекари који желе да циљају већи део популације спремни су да понуде услуге ниског квалитета по нижој цени, па у таквим случајевима, укупан квалитет здравствене заштите у земљи био би лошији јер су и лекари и пацијенти спремни да понуде и добију услуге ниског квалитета због ограничења цена.

Препорука која укључује привлачење више људског капитала односи се на број људи који делују у здравственом сектору, конкретно, привлачење већег броја медицинских сестара и лекара, с обзиром да су те групе оне које углавном утичу на здравствени систем неке земље. Као што се види из регресионог модела, број лекара је био значајан на нивоу од 5 одсто, а број медицинских сестара је значајан само на нивоу од 10 одсто у односу на варијаблу очекиваног живота, која се користи као променљива за мерење квалитета. Стога би решавање ових варијабли позитивно утицало на квалитет здравствене заштите земље. Начини на које би ове варијабле требало да се испитају у циљу њиховог утицаја на квалитет здравствене заштите су:

Студије су показале да би број здравствених радника требало да буде у складу са бројем становника неке земље, иначе, ако број пружалаца здравствених услуга није у складу са бројем становника, онда се може рећи да здравствени сектор земље не послује по принципима ефикасности. Конкретније, ако постоји мањак пружаоца услуга, онда је квалитет здравствене заштите у опадању, јер са малим бројем пружаоца услуга, систем здравствене заштите не би могао да одговори на све захтеве пацијената. С друге стране, ако постоји вишак пружаоца здравствених услуга, онда је вероватно да би

систем био неефикасан у трошковима, чиме би се повећали опортунитетни трошкови јер би се тај новац могао користити за ефикасније сврхе. Према томе, потребно је идентификовати одговарајући однос лекара и медицинских сестара према пацијентима при анализи земаља које су већ развиле здравствени сектор и раде ефикасније. Иако су студије показале да не постоји одређени однос који би гарантовао ефикасност, ипак се верује да би се понудом приближне размере драстично утицало на ефикасност и квалитет сектора здравства.

Власти које су одговорне за здравствену заштиту такође би требало да буду више фокусиране на привлачење људског капитала, као и на обуку постојећих пружаоца услуга, како би биле прилагођене сталном новом технолошком напретку и новим открићима. Као што је раније споменуто, једна од могућности којом се може привући људски капитал су новчани подстицаји, јер се у капиталистичким државама новац показао као један од најефикаснијих подстицаја у праћењу људског капитала у било којем подручју, укључујући и здравствени сектор. Владе Западног Балкана треба да посвете више финансијских средстава сектору здравства како би позитивно утицале на варијабле учинка привлачењем људског капитала и организовањем тренинга за постојеће пружаоце. При томе, очекује се да ће укупан квалитет здравственог сектора показати повећане нивое побољшања.

Једно од ограничења с којима се ово истраживање суочило је чињеница да су разматрани показатељи за 2017. годину без провере на који начин су се ти подаци кретали током година. Ово ограничење нас је спречило да видимо да ли се ефекат наведених променљивих променио током година и да ли тај ефекат пролази кроз позитивне или негативне промене.

Даље, још једно ограничење је недоступност података кроз које би се креирале варијабле, а које би најбоље обухватиле учинак и квалитет здравствене заштите. Уместо тога, варијабла очекиваног трајања живота користи се у мерењу квалитета здравственог система, што заправо не укључује увек квалитет здравственог система у целини, али у недостатку тачних података који би мерили квалитет, студија је била обавезна да користи очекивано трајање живота као варијаблу мерења квалитета, што је у складу и са другим студијама. Штавише, број лекара, број медицинских сестара и број болничких кревета сматрају се варијаблама за мерење учинка, које заправо не обухватају цели процес рада у здравственом систему, будући да постоје многи други фактори који утичу на учинак здравственом сектору. Ипак, према многим другим студијама, међу доступним подацима, ове варијабле су оне које најтачније приказују променљиве за мерење квалитета и перформанси.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Altarum Institute, (2018), *Health Sector Economic Indicators – Insights from Monthly National Health Spending Data Through 2017*, Altarum Institute, Ann Arbor, Michigan.
2. Anell, A., Glenngård, A., Merkur, S., (2018), Sweden: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 14(5), pp. 1-161.
3. Apostolska, Z., Tozija, F. (2016), *Annual National Report 2016, Analytical Support on the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms*, World Bank Group, Washington.
4. Arandarenko et al. (2017), *Regional Analysis of Employment and Social Measures in the Western Balkans 6*, Foundation for the Advancement of Economics (FREN), Report for the Regional Cooperation Council, Belgrade.
5. Assmus, A. (1995), *Early history of X-rays*, Stanford Publishing, CA, USA.
6. Атанасковић, Н., Ондреј, Ј., Чуданов, М., (2011), Модели реформе финансирања примарне здравствене заштите, *Економске теме*, бр. 1., стр. 83-95.
7. Blank, H., Bureau, V., (2004), *Comparative Health Policy*, Palgrave, London.
8. Boadway, R., Bruce, N., (2004), *Welfare economics*, Basil Blackwell, Oxford.
9. Boerma, T., Eozenou, P., Evans, D., Evans, T., Kieny, P., Wagstaff, A., (2014), Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels, *PLoS medicine*, 11(9), pp. 11-48.
10. Bosset, J., (2015), *Decentralization of Health System*, Background paper, World Bank Flagship Course (The 2015 version of Module 9).
11. Bredenkamp, C., Gragnolati, M., (2008), Sustainability of healthcare financing in the Western Balkans: an overview of progress and challenges, *South East Europe Review*, 11, pp. 151-184.
12. Bredenkamp, C., Mendola, M., Gragnolati, M., (2011), Catastrophic and impoverishing effects of health expenditure: new evidence from the Western Balkans. *Health Policy and Planning*, Volume 26, Issue 4, pp. 349-356.
13. Burazeri, G., Bregu, A., Qirjako, G., et al. (2018), *National Health Report: Health Status of the Albanian Population*, Institute of Public Health, Tirana.
14. Busse, R., Blümel, M., (2018), Germany: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 16(2), pp. 1-296.



15. Calverley, O., Song, H., (2011), *Essential of Health Care Finance*, seven edition, Jones and Bartlett Learning LLC, Canada.
16. Carrin, G. et al., (2014), Protecting households from catastrophic health spending, *Health Affairs* 26, pp. 972-983.
17. Centers for Medicare and Medicaid Services, (2018), *Medicare Program; Merit-Based Incentive Payment System (MIPS) and Alternative Payment Model (APM) Incentive Under the Physician Fee Schedule, and Criteria for Physician-Focused Payment Models, Final Rule*, CMS, Independence, Missouri.
18. Centers for Medicare and Medicaid Services, (2019), *Analytic Reports and Data Resources*, CMS, Independence, Missouri.
19. Cichon, M., (2009), *Modelling in health care finance: a compendium of quantitative techniques for health care financing*, ILO, Geneva.
20. Cohen, R., Martinez, M., Zammitti, P., (2018), *Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey, January – March 2018*, Division of Health Interview Statistics, National Center for Health Statistics, USA.
21. Congressional Budget Office, (2019), *Insurance Coverage Provisions of the Affordable Care Act-CBO's 2018 Baseline*, CBO, Washington, USA.
22. Cooper, R., (2009), States with more physicians have better-quality health care, *Health Aff*, 28(1), pp. 91-102.
23. Copani, V., Lipe, A., Hobdari, F., Schneider, M., (2017), *Regional Health Accounts of Albania*, BASYS, Augsburg.
24. Cueto, M., (2004), The origins of primary health care and selective primary health care, *Am J Public Health*, 94(11), pp. 1864-1874.
25. Dahlgren, G., (2015), *The Need for Intersectoral Action for Health*, The European Health Policy Conference, Opportunities for the Future, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
26. De Bruijn, B., Eelens, F., Schoorl, J., Galanxhi, E., Nesturi, M., Hoxha, R. (2017), *Population and Population dynamics in Albania new demographic horizons?* INSTAT, Republic of Albania Institute of Statistics.
27. Dekker, E., Van der Werff, A., (2000), *Policies for Health in European Countries with Pluralistic Systems*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
28. Department of Health, (2018), *Operational Productivity and Performance in English NHS Acute Hospitals: Unwarranted Variation*, An Independent Report for the Department of Health by Lord Carter of Coles, London, England.

29. Donev, D., Gudeva Nikolovska, D., (2018), *Three Periods of Health System Reforms in the Republic of Macedonia*, Contributions, Department of Medical Sciences, MASA XXXIII, pp. 175-189.
30. Drechsler, D., Jutting, J., (2005), *Private Health Insurance for the Poor in Developing Countries?*, Organization for Economic Co-operation and Development, Paris.
31. DREES (2018b), *Portrait des professionnels de santé*, Série Etudes et Recherche, no. 134, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris, France.
32. DREES, (2018a), *Les dépenses de santé en 2017*, Etudes et Résultats, no. 935, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris, France.
33. Drummond, F., Sculpher, J., Torrance, W., O'Brien, J., Stoddard, L., (2015), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford University press, Oxford.
34. Ekman, B. (2017), Catastrophic health payments and health insurance: some counterintuitive evidence from one low-income country, *Health Policy*, 83, pp. 304-313.
35. Encyclopedia Britannica Science and Technology, (2013), *Denis Papin*, доступно на: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/442131/Denis-Papin>
36. Evans, E., Tandon, A., Murray L., (2010), *The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries*, World Health Organization, Geneva, Switzerland, (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 29)
37. Evans, G., (2016), Financing health care: taxation and the alternatives, In: Mossialos EDA, Figueras, J., Kutzin, J., editors. *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, Maidenhead, pp. 31-58.
38. Federal Ministry of Health, (2018), *Gesetze und Verordnungen*, Berlin, Germany.
39. Flexner, A., (2010), *Medical education in the United States and Canada*, Amazon/Nabu Press, Seattle Washington.
40. France, G., Taroni, F., Donatini, A., (2017), The Italian Health-Care System, *Health Economics*, 14(Supp1), pp. 187-202.
41. Friedberg, W., Hussey, S., Schneider, C., (2010), Primary Care: A Critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care, *Health Aff Millwood*, 29(5), pp. 766-772.
42. Gainsbury, S., (2019), *Feeling the Crunch: NHS Finances to 2020*, Nuffield Trust, London, England.
43. Gernhart, G., (1999), A forgotten enemy: PHS's fight against the 1918 influenza pandemic, *Public Health Reports*, 114 , pp. 559-561.

44. Gladwell, M., (2000), *The tipping point: How little things can make a big difference Little*, Brown & Co., Boston.
45. Goranitis, I., Siskou, O., Liaropoulos, L., (2014), Health policy making under information constraints: an evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece, *Health Policy*, 117, pp. 279-284.
46. Green, V., (2012), How Many Hospital Beds?, *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 1(11), pp. 400-412.
47. Groot, W., Pavlova, M., (2018), Paying informally in the Albanian health care sector: a two-tiered stochastic frontier model, *Eur J Health Econ*, 13(6), pp. 777-788.
48. Hassenteufel, P., Palier, B., (2007), Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems, *Social Policy and Administration*, Vol. 41, No. 6, pp. 574-596.
49. Heady, C., (2013), *The Effects of Ageing on the Financing of Social Health Provision*, In 2nd meeting of the Joint network on Fiscal Sustainability of Health Systems, Paris.
50. Health and Social Care Information Centre, (2017), *Investment in General Practice, 2011/13 to 2016/17, England, Wales, Northern Ireland and Scotland*, London, England.
51. Health and Social Care Information Centre, (2018), *Healthcare Workforce Statistics*, London, England.
52. Huppi, M., (2016), *Albania Health Sector Note*, World Bank Group, Washington, D.C.
53. Imerovic-Hodzic, S., (2017), *Healthcare Systems, Patients' Rights and Patient Organisations' Involvement in Healthcare Policy and Programme Development: A Situational Analysis of the Western Balkans – 2017*, European Patients Forum, Brussels.
54. Институт за јавно здравље Србије, (2018), *Република Србија – Одабрани здравствени показатељи за 2017. годину*, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд.
55. Irvine, B., Ginsberg, I., Woods, K., (2014), *England vs Scotland: does more money mean better health?*, Civitas, London.
56. Joint Commission Resources, (1999), *Florence Nightingale: Measuring hospital care outcomes*, Joint Commission Resources, Oak Brook, Illinois.
57. Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, (2018), *Current Status of State Medicaid Expansion Decisions*, Henry J. Kaiser Family Foundation, USA.
58. Kasapinov, B., Lazarevik, V., Donev, D., Gudeva Nikolovska, D., (2018), Priority Setting in Health Care, In: *Methods and tools in public health*, A handbook for teachers, researchers and health professionals, by Liljana Zaletel-Kragelj and Jadranka Bozиков, pp. 874-892. Hans Jacobs Publishing Company, Lage.
59. King's Fund, (2018), *The UK Private Healthcare Market*, Appendix to the Commission on the Future of Health and Social Care in England: Final Report, London, England.

60. Kruk, M., Porignon, D., Rockers, P., Van Lerberghe, W., (2010), The contribution of primary care to health and health systems in low-and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives, *Social Science & Medicine*, 70(6), pp. 904-911.
61. Kutzin, J., (2016), *Health financing policy: A guide for decision-makers*, Health Financing Policy Paper, World Health Organization, Copenhagen.
62. LaingBuisson, (2018), *Health Cover UK Market Report*, London, England.
63. Lameire, N., Joffe, P., Widemann, M., (1999), Healthcare systems – an international review: an overview, *Nephrology Dialysis Transplantation*, Vol. 14, Suppl. 6, pp. 3-9.
64. Lazarevik, V., (2017), Administrative Workload of GP's in the Republic of Macedonia: an Urgent Call for Change, *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3(6), pp. 191-196.
65. Lazarevik, V., (2018), *Leadership Monitoring (Report from monitoring and performance evaluation of program activities of the Government of the Republic of Macedonia)*, Ohrid Institute for Economic Policy and International Relations, Ohrid.
66. Lee, S., Chun, C., Lee, Y., Seo K., (2016), The National Health Insurance system as one type of new typology, *Health Policy*, Vol. 85, pp. 105-113.
67. Lo Scalzo, S., Donatini, A., Orzella, L., (2018), *Italy: Health System Review*, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
68. Maarse, H., Jeurissen, P., (2018), The Policy and Politics of the 2017 Long-Term Care Reform in the Netherlands, *Health Policy*, 120(3), pp. 241-245.
69. Maarse, H., Jeurissen, P., Ruwaard, D., (2018), Results of the Market-Oriented Reform in the Netherlands: A Review, *Health Economics, Policy and Law*, 11(2), pp. 161-178.
70. Macinko, J., Starfield, B., Erinosh, T., (2009), The impact of primary healthcare on population health in low-and middle-income countries, *J Ambul Care Manage*, 32(2), pp. 150-171.
71. Мартић, М., Ђукић, О., (2017), *Системи здравствене заштите у БиХ – Финансијски изазови и опције за реформу*, Friedrich Ebert Stiftung, Сарајево.
72. Mackenbach, J. et al. (2012) Socioeconomic inequalities in health. An overview, in Mackenbach, J. and Bakker, M. (eds.) *Reducing inequalities in health, a European perspective*, Routledge, London, pp. 3-24.
73. McGaghie, W., (2002), Assessing readiness for medical education evolution of the MCAT, *JAMA*, 288 (9), pp. 1085-1090.
74. Mendola, M., Bredenkamp, C., Gragnolati, M., (2007), *The Impoverishing Effect of Adverse Health Events: Evidence from the Western Balkans*, Policy Research Working Paper 4444, World Bank, Washington, DC.

75. Ministero dell'Economia e delle Finanze, (2018), *Relazione Generale Sulla Situazione Economica Del Paese 2017*, Roma, Italia.
76. Министарство здравља Црне Горе, (2018), *Здравствени систем 2017-2018. године*, Влада Црне Горе, Подгорица.
77. Мићовић, П., (2008), *Здравствени менаџмент – менаџмент здравственог система и здравствених установа*, Обележја, Београд.
78. Мићовић, П., Мићовић, И., (2013), *Здравствени систем*, Европски центар за мир и развој, Београд.
79. Михајловић, Б., Костић, Н., (2005), *Менаџмент у здравству*, Чигоја штампа, Београд.
80. Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S., McKee, M., (2017), *Health policy responses to the financial crisis in Europe*, WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
81. Musgrove, P., Zeramdini, R., (2011), *Summary Description of Health Financing in WHO Member States*, CMH Working Paper Series, Paper No. WG3:3, WHO.
82. National Board of Health and Welfare, (2018), *Äldre och personer med funktionsnedsättning-regiform år 2017*, National Board of Health and Welfare, Stockholm.
83. Nay, O., Béjean, S., Benamouzig, D., (2018), Achieving Universal Health Coverage in France: Policy Reforms and the Challenge of Inequalities, *Lancet*, 387(10034), pp. 2236-2249.
84. NHS England, (2018), *Our 2016-17 Annual Report: Health and High Quality Care for All, Now and for Future Generations*, London, England.
85. Nuffield Trust, Health Foundation, and King's Fund, (2018), *The Autumn Statement: Joint Statement on Health and Social Care*, London, England.
86. O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Lindelow, M., (2016), *Analyzing Health Equity using Household Survey Data: A Guide to Techniques and their Implementation*, World Bank, Washington, DC.
87. Oats, S., (1994), *Woman of valor: Clara Barton and the civil war*, Simon and Schuster, Inc, New York.
88. OECD et al., (2016), *SME Policy Index: Western Balkans and Turkey 2016: Assessing the Implementation of the Small Business Act for Europe*, OECD Publishing, Paris.
89. Organization for Economic Co-operation and Development, (2018), *OECD Health Statistics 2017*, OECD, доступно на: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.

90. Osborn, R., Moulds, B., Schneider, C., Doty, M., Squires, D., Sarnak, O., (2017), Primary Care Physicians in Ten Countries Report Challenges Caring for Patients with Complex Health Needs, *Health Affairs*, 34(12), pp. 2104-2112.
91. Pencheon D. (2013) Developing a sustainable health and care system: lessons for research and policy. *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(4), pp. 183-194.
92. Phillips, C., (2005), *Health economics*, Blackwell Publishing, Centre for Health Economics and Policy Studies, School of Health Science, University of Wales Swansea, Swansea, UK.
93. Piketty, T., (2014), *Capital in the Twenty-first Century*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
94. Porter, R., (2002), *Blood and guts: A short history of medicine*, Norton & Company, New York.
95. Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L., (2013), United States of America: Health System Review, *Health Systems in Transition*, vol. 15, no. 3, pp. 21-36.
96. Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P., Reich, M., (2014), *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*, Oxford University Press, Oxford.
97. Roos, N., (2015), The disconnect between the data and the headlines, *Can Med Assoc J*, 163, pp. 411-442.
98. Ross, K., Steward, A., Sinacore, M., (1995), A comparative study of seven measures of patient satisfaction, *Medical Care*, Vol 33, No 4., pp. 392-406.
99. Sagan, A., Thompson, S., (2018), *Voluntary Health Insurance in Europe-Country Experience*, no. 42, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
100. Sanfey, P., Milatovic, J., (2018), The Western Balkans in transition: diagnosing the constraints on the path to a sustainable market economy, Background paper for the Western Balkans Investment Summit, EBRD, London.
101. Sawicki, P., Bastian, H., (2008), German health care: A bit of Bismarck plus more science, *BMJ*, 337, pp. 129-141.
102. Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., (2018), The Netherlands: Health System Review, in: *Health Systems in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, pp. 118-177.
103. Sitzia, J., Wood, N., (1997), Patient satisfaction: A review of issues and concepts, *Social Science and Medicine*, Vol 45, No. 12, pp. 1829-1843.
104. Smith, C., Anell, A., Busse, R., (2018), Leadership and Governance in Seven Developed Health Systems, *Health Policy*, 106(1), pp. 37-49.
105. Srikameswaran, A., (2003), *Dr. Peter Safar: A life devoted to cheating death*, доступно на: <http://www.post-gazette.com/lifestyle/20020331safar0331fnp2.asp>



106. Starfield, B., (2012), Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services, SESPAS report, *Gac Sanit*, 26(2), pp. 20-26.
107. Stonelake, P., (2017), *Integrity Assessment of Health Care System in Montenegro*, UNDP, Washington.
108. Struijs, N., Baan, C., (2018), Integrating Care Through Bundled Payments-Lessons from the Netherlands, *New England Journal of Medicine*, 364(11), pp. 980-991.
109. Swedish Association of Local Authorities and Regions, (2018), *Statistik inom hälso- och sjukvård samt regional utveckling: Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner 2017*, SALAR, Stockholm.
110. Swedish Medical Association, (2018), *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning*, Sveriges läkarförbund, Stockholm.
111. The Federal Joint Committee, (2018), *Der Innovationsfonds und der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss*, Berlin, Germany.
112. The Federal Statistical Office, (2018), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Berlin, Germany.
113. The German Hospice and Palliative Association, (2018), *Stationäre Hospize für Erwachsene, stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Palliativstationen in Deutschland – Daten zur Entwicklung und zum aktuellen Stand*, Berlin, Germany.
114. The United States Department of Health and Human Services, (2013), *Biographies: Rupert Blue*, доступно на: <http://1918.pandemicflu.gov/biographies/01.htm>
115. Thompson, A., Sunol, R., (1995), Expectations as determinants of patients satisfaction: concepts, theory and evidence, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 7. No 2, pp 127-141.
116. Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E., (2009), *Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses*, WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
117. Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E., (2009), *Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses*, WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
118. Tomini, M., (2018), How do patient characteristics influence informal payments for inpatient and outpatient health care in Albania: results of logit and OLS models using Albanian LSMS, *BMC Public Health*, 11(1), pp. 360-375.
119. Tomini, M., Packard, T., Tomini, F., (2017), Catastrophic and impoverishing effects of out-of-pocket payments for health care in Albania. *Health Policy Plan*, 28(4), pp. 419-428.



120. U.S. Department of Health and Human Services, (2018), Federal Financial Participation in State Assistance Expenditures; Federal Matching Shares for Medicaid, the Children's Health Insurance Program, and Aid to Needy Aged, Blind, *Federal Register*, 79 (231), pp. 1720-1728.
121. Уредба о добровољном здравственом осигурању (Сл. гласник РС бр. 108/08, 49/09)
122. Федерални Завод за програмирање развоја БиХ, (2018), *Макроекономски показатељи по кантонима ФБиХ*, Сарајево.
123. Федерално министарство здравства, (2018), *Информација о стању у здравству у Федерацији Босне и Херцеговине*, Сарајево.
124. Von Schirnding, Y., Mulholland, C., (2002), „Health in the context of sustainable development“, In: WHO *Meeting Making Health Central to Sustainable Development: Planning the Health Agenda for the World Summit on Sustainable Development*, Oslo.
125. Закон о осигурању (Сл. гласник РС бр. 139/2017)
126. Wachter, R. M., (2019), *Making IT Work: Harnessing the Power of Health Information Technology to Improve Care in England*, Report of the National Advisory Group on Health Information Technology in England, London.
127. Wagstaff, A., (2010), Social Health Insurance Re-Examined, *Health Economics*, Vol. 19, pp. 503-517.
128. WHO - Open Clip Art <http://www.who.int/about/licensing/emblem/en/>
129. WHO (2000), *Integration of Health Care Delivery*, WHO Technical Report Series No. 861, WHO, Geneva, pp. 4-30.
130. WHO, (1977) *Improving the Performance of Health Centers in District Health Systems*, WHO Technical Report Series No. 869, WHO, Geneva.
131. WHO, (1978) *Declaration of Alma Ata. Report of the International Conference on Primary Health Care in Alma Ata*, Conference held September 6–12, 1978 Alma-Ata, USSR; Health for All Series No. 1, WHO, Geneva.
132. World Bank, (2018), *World development indicators*, World Bank, Washington, DC.
133. World Health Organization, (2000), *The World health report, Health systems: improving performance*, WHO, Geneva.
134. World Health Organization, (2018), *World Health Report. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage*, WHO, Geneva.
135. Zuckerman, B., Sheingold, H., Orav, J., (2018), Readmissions, Observation, and the Hospital Readmissions Reduction Program, *New England Journal of Medicine*, 374(16), pp. 1543-1551.

**Образац 1**

**ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Ја, \_\_\_\_\_ Владислава Стојић \_\_\_\_\_, изјављујем да докторска дисертација под насловом:

“Системи финансирања здравствене заштите у земљама Западног Балкана”

\_\_\_\_\_ која је одбрањена на \_\_\_\_\_ Економском факултету \_\_\_\_\_ Универзитета у Крагујевцу представља *оригинално ауторско дело* настало као резултат *сопственог истраживачког рада*.

*Овом Изјавом такође потврђујем:*

- да сам *једини аутор* наведене докторске дисертације,
- да у наведеној докторској дисертацији *нисам извршио/ла повреду* ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,
- да умножени примерак докторске дисертације у штампаној и електронској форми у чијем се прилогу налази ова Изјава садржи докторску дисертацију истоветну одбрањеној докторској дисертацији.

У \_\_\_\_\_ Крагујевцу \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ године,

\_\_\_\_\_  
потпис аутора

Образац 2

**ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Ја, \_\_\_\_\_ Владислава Стојић \_\_\_\_\_,

дозвољавам

не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом:

“Системи финансирања здравствене заштите у земљама Западног Балкана”

која је одбрањена на \_\_\_\_\_ Економском факултету \_\_\_\_\_

Универзитета у Крагујевцу, и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем *преузимања*.

Овом Изјавом такође

дозвољавам

не дозвољавам<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

- 1) Ауторство
- 2) Ауторство - делити под истим условима
- 3) Ауторство - без прерада
- 4) Ауторство - некомерцијално
- 5) Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
- 6) Ауторство - некомерцијално - без прерада<sup>2</sup>

У Крагујевцу, \_\_\_\_\_ године,

\_\_\_\_\_  
потпис аутора

---

<sup>2</sup> Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од понуђених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org.rs/>