

SISTEMI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Svetlana Jovanović¹
Srđan Milovanović^{2,3}
Jelena Mandić¹
Siniša Jovović⁴

- 1 Stomatološki fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija
- 2 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija
- 3 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija
- 4 Zdravstveni centar „Marinko Marin“, Loznica, Srbija

Kratak sadržaj

Zdravstveni sistem predstavlja jedan od najsloženijih sistema u bilo kojoj državi. Svaka država ima obavezu da vodi računa i brine o zdravstvenom stanju svog stanovništva. Sistem zdravstvene zaštite obuhvata zdravstvenu infrastrukturu koja obezbeđuje spektar programa i usluga i pruža zdravstvenu zaštitu pojedincima, porodicama i zajednici.

Zdravstveni sistem mora da osigura fizički, geografski i ekonomski dostupnu i pristupačnu, integrisanu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu. Takođe, treba da obezbedi razvoj zdravstvenih kadrova, održivost finansiranja, decentralizaciju upravljanja i finansiranja zdravstvene zaštite i postavljanje građanina u centar zdravstvenog sistema. Svrha sistema zdravstvene zaštite je očuvanje i unapređenje zdravlja ljudi obezbeđivanjem zdravstvenih usluga stanovništvu kako moderne, tako i tradicionalne medicine na efikasan način, a koje su u isto vreme dostupne i prihvatljive ljudima. S obzirom na njegov značaj i uticaj na zdravstveno stanje stanovništva svake države, kao i zbog velikog ekonomskog uticaja, država sprovodi niz mera u planiranju i upravljanju zdravstvenim sistemom kako bi obezbedila stabilno finansiranje i racionalan i kvalitetan sistem pružanja zdravstvene zaštite, a sve to u cilju da se u okviru raspoloživih sredstava stanovništvu obezbedi osnovna zdravstvena zaštita. U svim zemljama je zbog starenja stanovništva i uvođenja novih i skupih tehnologija prisutno stalno povećanje troškova pružanja zdravstvene zaštite. Savremeni sistemi zdravstvene zaštite razlikuju se međusobno najviše u metodama prikupljanja sredstava za zdravstvenu zaštitu, kao i u načinima plaćanja davaoca usluga u zdravstvu. Problemi sistema zdravstvene zaštite retko, ili nikada, ne mogu se rešiti zauvek. Kako se zemlje razvijaju, tako i njihovi sistemi zdravstvene zaštite moraju da odgovore na nove izazove.

ključne reči: sistem, zdravstvena zaštita, modeli, finansiranje

Pod sistemom podrazumevamo skup međusobno povezanih elemenata koji zajedno dovode do dostizanja ciljeva u sredini u kojoj sistem egzistira. Sistem obuhvata ukupnost ili kompleksnost elemenata ili pojedinačnih delova. Osnovne karakteristike društvenih sistema jesu da su oni dinamički (u stalnom kretanju), složeni (po strukturi) i hijerarhijski (po organizaciji) uglavna zagrada [1,2]. Zdravstveni sistem predstavlja jedan od najsloženijih sistema u bilo kojoj državi.

Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije sistem zdravstvene zaštite obuhvata zdravstvenu infrastrukturu koja obezbeđuje spektar programa i usluga i pruža zdravstvenu zaštitu pojedincima, porodicama i zajednici [3]. Zdravstveni sistem mora da osigura fizički, geografski i ekonomski dostupnu i pristupačnu, integrisanu (vertikalnu povezanost primarnog, sekundarnog, tercijarnog nivoa i horizontalnu povezanost u sistemu i u odnosu na lokalnu zajednicu) i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu (stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i pravo korisnika na izbor lekara i informisanost), razvoj zdravstvenih kadrova, održivost finansiranja, decentralizaciju upravljanja i finansiranja zdravstvene zaštite i postavljanje građanina u centar sistema zdravstvene zaštite [4].

Svrha sistema zdravstvene zaštite je očuvanje i unapređenje zdravlja ljudi obezbeđivanjem zdravstvenih usluga stanovništvu kako moderne, tako i tradicionalne medicine na efikasan način, a koje su u isto vreme dostupne i prihvatljive ljudima [5]. Sistemi zdravstvene zaštite su pod jakim uticajem važećih normi i vrednosti u društvu, često reflektuju socijalna i kulturalna očekivanja građana i pod uti-

cajem su jedinstvene nacionalne istorije, tradicije i političkog sistema S obzirom na njegov značaj i uticaj na zdravstveno stanje stanovništva svake države, kao i zbog velikog ekonomskog uticaja, država sprovodi niz mera u planiranju i upravljanju zdravstvenim sistemom kako bi obezbedila stabilno finansiranje i racionalan i kvalitetan sistem pružanja zdravstvene zaštite, a sve to u cilju da se u okviru raspoloživih sredstava stanovništvu obezbedi osnovna zdravstvena zaštita. U svim zemljama je zbog starenja stanovništva i uvođenja novih i skupih tehnologija prisutno stalno povećanje troškova pružanja zdravstvene zaštite. Sistem zdravstvene zaštite uključuje pored državnog sektora i privatni sektor zdravstva. Oba sektora treba da funkcionišu sinhrono, po istim etičkim, stručnim i ekonomskim principima. U cilju što većeg ujednačavanja funkcionisanja oba sektora, zasnovanih na pomenutim principima, potrebno je da se unapredi međusobna saradnja i uspostavi veće poverenje.

Svaka država ima obavezu da vodi računa i brine o zdravstvenom stanju svog stanovništva. U sprovođenju zdravstvene politike zemlje veoma značajnu ulogu imaju i lekari.

Postoji danas najmanje pet različitih aspekata moralne odgovornosti lekara u kreiranju i sprovođenju zdravstvene politike:

1. Prva odgovornost lekara mora biti da poštuje poverenje koje mu je dato tom ulogom i da se rukovodi interesima pacijenta. Ako bi ova tradicija poverenja bila izneverena onda bi i medicinska etika morala radikalno da se menja.

2. Kao tehnički ekspert, lekar obezbeđuje tačnu i pouzdanu informaciju onima koji kreiraju zdravstvenu politiku. Na

ovaj način lekari participiraju u donošenju odluka od značaja za organizaciju zdravstvene službe i distribuciju zdravstvenog dinara.

3. Kao i svaki drugi građanin i lekar ima obavezu da radi u korist pravde i društvenog interesa.

4. Neki smatraju da je uslov za efikasnu zdravstvenu zaštitu, ograničenje opcija i samostalnosti izbora koje lekar uživa u svom svakodnevnom radu. Prema ovom viđenju, lekar je činovnik društvene zajednice i ekonomske prilike te mora voditi računa prema brižljivo propisanim i zakonom regulisanim pravilima. Tako opisani stav predomina u centralno planiranim ekonomijama ali sve više i u ekonomijama sa slobodnim tržištem, što je posledica nužnosti da se obuzdaju medicinski troškovi. Na ovaj način želja pacijenta i stručna procena njegovog lekara bivaju primerene socioekonomskim zahtevima.

5. Uz sve navedene uloge lekar je svakako i to primarno moralno odgovorna ličnost. U društvenim sistemima koje karakteriše moralni pluralizam mnogi konflikti mogu da proisteknu iz ovih složenih okolnosti [6].

Država je dužna da obezbedi zdravstvenu zaštitu svojih građana na što višem nivou, a prema ekonomskim mogućnostima (nacionalnom dohotku). Ovo podrazumeva i cilj da se što veći procenat stanovništva obuhvati pravom na korišćenje osnovne zdravstvene zaštite bez doplate. Osnovni ciljevi savremenog sistema zdravstvene zaštite su univerzalnost (obezbediti pristup pravima iz zdravstvenog osiguranja svim građanima), ekonomičnost (očuvanje troškova zdravstvene zaštite na određenom nivou), pravičnost (ljudima koji imaju jednake zdravstvene potrebe mora biti osiguran jednak kvali-

tet zdravstvenih usluga), sloboda izbora za korisnike zdravstvenih usluga i autonomija za davaoce zdravstvenih usluga [7,9].

Komponente svakog sistema zdravstvene zaštite čine resursi, organizacija i administriranje, menadžment, finansiranje i obezbeđivanje i pružanje zdravstvene zaštite. Resursi u sistemu zdravstvene zaštite obuhvataju ljudske resurse (kadrove), zdravstvene ustanove (zgrade i oprema) i sredstva (lekovi i sanitetski materijal). Ljudski resursi u zdravstvenom sistemu osnovna su njegova odrednica, i to u svim oblastima (promocija, prevencija i lečenje). Istovremeno, ljudski resursi predstavljaju najveći i najvredniji resurs zdravstvenog sistema, koji treba stalno razvijati.

FINANSIRANJE SISTEMA ZDRAVSTVENA ZAŠTITE

Savremeni sistemi zdravstvene zaštite razlikuju se međusobno najviše u metodama prikupljanja sredstava za zdravstvenu zaštitu, kao i u načinima plaćanja davaoca usluga u zdravstvu. Troškovi za zdravstvenu zaštitu se razlikuju od zemlje do zemlje u zavisnosti od njene razvijenosti. Mere se po izdavanju materijalnih sredstava za zdravstvo po glavi (per capita) stanovnika ili prema procentu od ukupnog nacionalnog dohotka.

Izvori finansiranja sistema zdravstvene zaštite su: državni budžet – opšti i specifični porezi, fond osiguranja - obavezno zdravstveno osiguranje (doprinosi), dobrovoljno/privatno osiguranje (premije osiguranja), participacija (lično učešće zdravstvenog osiguranika u troškovima korišćenja zdravstvene službe), puna cena usluge (privatna praksa) i donacije i

dobrovoljni prilozi institucija, grupa i pojedinaca [10,11].

Porezi su oblici javnih prihoda koje država naplaćuje od fizičkih i pravnih lica kao obavezna i nepovratna davanja za pokriće opštih i zajedničkih društvenih potreba. Porezi mogu biti opšti (od zarade, samostalne delatnosti, autorskih prava, intelektualne svojine i sl., poljoprivrede i šumarstva, kapitala, nepokretnosti, kapitalnih dobitaka i ostalih prihoda) i specifični (porez na luksuz i drugi).

Doprinosi predstavljaju naknadu za posebne koristi koje pojedinci ili pravna lica stiču na osnovu akcija pravnih organa koje oni čine u opštem interesu. Dohodak od doprinosa varira u zavisnosti od stepena zaposlenosti, inflacije i ekonomskog razvoja zemlje. U našoj zemlji na zaradu zaposlenog trenutna stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje iznosi 12,3% (6,15% na teret zaposlenog i 6,15% na teret poslodavca) [12]. Kod privatnog osiguranja, umesto doprinosa plaćaju se premije osiguranja (novčani iznosi).

OSNOVNI MODELI ZDRAVSTVENIH SISTEMA

Zdravstveni sistemi se mogu klasifikovati prema različitim kriterijumima: ekonomskim, društveno-političkim i administrativnoj strukturi. Prema Organizaciji za ekonomsku saradnju i razvoj (OECD) kriterijumi za podelu sistema zdravstvene zaštite su obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom i prava iz zdravstvene zaštite, izvori finansiranja zdravstvenih sistema i vlasništvo nad zgradama i opremom u zdravstvu [13].

Razlikujemo pet osnovnih modela zdravstvenih sistema sa istorijske tačke gledišta:

Bizmarkov model (1883) osnovnog socijalnog (zdravstvenog) osiguranja, Semaškov model (1918) socijalističkog zdravstvenog osiguranja, Beveridžov model (1948) nacionalne zdravstvene službe, dobrovoljno/privatno tržišno orijentisan model osiguranja (šezdesetih i sedamdesetih) i obavezno otvaranje medicinskih/zdravstvenih štednih računa (Singapur 1984).

Sistem socijalnog osiguranja (Bizmarkov model) - najstariji sistem zdravstvenog osiguranja koji je nastao sa uspostavljanjem prvog zakonodavstva iz područja zdravstva i socijalnog osiguranja u Nemačkoj (Prusiji) 1883. godine. Ovaj model nazvan je po Otu Bizmarku (*Otto Bismarck*), tadašnjem kancelaru Prusije. Osnovne karakteristike ovog modela su: finansiranje iz fonda osiguranja, doprinosi zaposlenih i doprinosi poslodavca od bruto prihoda, obuhvat 60 – 80% stanovništva obaveznim osiguranjem sa paketom osnovnih prava iz osiguranja, javna i neprofitna služba, javna kontrola i interna kontrola i različite metode plaćanja lekara/ustanova. Obavezno zdravstveno osiguranje počiva na principu solidarnosti i uzajamnosti, gde doprinose plaćaju svi, a koristi onaj ko je te godine bolestan. Država ima izraženu regulativnu i nadzornu ulogu u tom sistemu. Dominantno je državno vlasništvo nad zgradama i opremom u zdravstvu. Zemlje u kojima se koristi ovaj model su Nemačka, Holandija, Francuska, Austrija, Belgija, Irska, Luksemburg, Slovenija i druge.

Sistem socijalističkog zdravstvenog osiguranja (Semaškov model) - nastao je u bivšim socijalističkim zemljama, sistem je koga više nema. Finansiranje zdravstvene zaštite je iz budžeta.

Osnovne karakteristike ovog modela su sistem obaveznog socijalnog (zdravstvenog) osiguranja i potpun obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom. Društveni sistem u ovim zemljama je počivao je na državnoj-društvenoj svojini. Privatna lekarska praksa nije bila moguća. Zdravstvena infrastruktura je u javnom vlasništvu, a sve zdravstvene usluge su bile javno dostupne. Odgovornost za planiranje raspoređivanja finansijskih sredstava i upravljanje investicijama je snosila državna administracija, koja je bila organizovana po nivoima: državnom, regionalnom i lokalnom. Najveći nedostaci ovog sistema bili su neprilagođenost zdravstvene službe i zdravstvenih usluga potrebama bolesnika, naglašena uloga bolničkog zbrinjavanja i lekara specijalista umesto vanbolničkih usluga i primarne zdravstvene zaštite, nedovoljan obim zdravstvenih usluga i veliki broj lekara na broj stanovnika (14).

Sistem nacionalne zdravstvene službe (Beveridge-ov model) - počeci ovog modela sežu u početak dvadesetog veka, a formalno ga je u Engleskoj postavio Vilijam Beveridž (*William Beveridge*) 1942. godine. Osnovne karakteristike ovog modela su: finansira se iz državnog budžeta, potpun obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom, slobodan pristup zdravstvenim uslugama, javno pružanje usluga i javna kontrola. Dominantno je državno vlasništvo nad zgradama i opremom u zdravstvu. Država preuzima ulogu vođenja i upravljanja, organizuje odgovarajuću mrežu zdravstvenih kapaciteta i propisuje aktivnosti i zadatke nacionalnoj zdravstvenoj službi (National Health Service). U centru zdravstvenog sistema je lekar opšte prakse. Lekar je plaćen po

broju pacijenata i delimično prema broju obavljenih usluga. Takođe, svi stanovnici države (a ne samo zaposleni) imaju obezbeđen pristup do zdravstvenih usluga pod jednakim uslovima. Obim prava je dobro ograničen i stiče se sa državljanstvom. Primeri zemalja koji koriste ovaj model: Velika Britanija, Irska, Kanada, Danska, Finska, Švedska, Italija, Španija, Portugal i Grčka. U ovim zemljama je ovo osnovni model, što ne znači da ne postoje i drugi oblici plaćanja [14].

Finansiranje zdravstvene zaštite u Republici Srbiji u osnovi je zasnovano na Bizmarkovom modelu, pošto se preko 90% sredstava za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuje iz sredstava doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje. Međutim, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti predviđeno je i finansiranje zdravstvene zaštite iz budžeta Republike za lica koja nisu obuhvaćena obavezanim zdravstvenim osiguranjem, a koja su izložena povećanom riziku obolevanja (neosigurana lica, izbeglice i interno raseljena lica sa teritorije Autonomne pokrajine Kosovo i Metohija, primaoci socijalne pomoći i drugi) što je inače karakteristika Beveridževog modela. Stoga se može reći da je u Srbiji prisutan mešoviti sistem finansiranja, koga karakteriše gotovo isključivo javan izvor finansiranja, jer se finansiranje najvećim delom ostvaruje iz sredstava doprinosa i iz budžeta [5].

Sistem privatnog zdravstvenog osiguranja (model "nezavisnih" korisnika) - primer za ovakav model su Sjedinjene Američke Države (SAD). Osnovne karakteristike ovog modela su: tržišni uslovi finansiranja, mali obuhvat stanovništva zdravstvenim osigura-

njem sa velikim brojem neosiguranih stanovnika i dominantno privatno vlasništvo nad zgradama i opremom u zdravstvu. Kod privatnog zdravstvenog osiguranja svako plaća za sebe, a visina premije određuje se prema zdravstvenom riziku koji određena osoba nosi. Tako će pušači, gojazni i oni koji ne brinu o svom zdravlju plaćati veće premije od onih koji vode zdrav život. SAD troše više novca po osobi na zdravstveno osiguranje nego bilo koja druga zemlja na svetu. Osnovni razlog za visoku cenu američkog zdravstvenog osiguranja je taj što su medicinske usluge, materijal, tehnologija i lekovi mnogo skuplji nego u drugim industrijalizovanim zemljama. Takođe, lekari primenjuju veći broj preventivnih dijagnostičkih procedura kako bi se zaštitili od mogućih tužbi pacijenata za pogrešno lečenje. Osiguranje koje lekari plaćaju da bi se zaštitili od mogućih kazni za pogrešno lečenje, sve je skuplje, i to zauzvrat povećava cenu zdravstvenih usluga. Upotreba skupih novih tehnologija za bolju i bržu dijagnozu i lečenje bolesti takođe povećavaju cenu zdravstvenog osiguranja. Zemlje u kojima se koristi ovaj model sem SAD su Švajcarska i Turska.

Medicinski/zdravstveni štedni računi se mogu definisati kao dobrovoljni (SAD, Južna Afrika) ili obavezni (Sin-

gapur, Kina) personalni računi koji se mogu koristiti samo za troškove zdravstvene zaštite i služe da omoguće lakše podnošenje finansijskog tereta bolesti tokom vremena.

ZAKLJUČAK

Sistemi zdravstvene zaštite u svetu su veoma različiti. Razlike među sistemima su u tome na koji način je stanovništvu obezbeđena dostupnost i pokrivenost troškova za zdravstvene usluge, uključenost u sistem solidarnosti, način upravljanja, organizacija, finansiranje i u raspoloživim resursima. Zdravstveni sistemi su pod stalnim pritiskom očekivanja javnosti, socijalno-demografskih promena, promene u modelima bolesti i faktorima rizika, promene u naučnim saznanjima i širenja svesti o potreba donošenja odluka zasnovanih na dokazima. U svetu još uvek ne postoji “savršeni” zdravstveni sistem ali postoji težnja ka istom koji će biti u stanju da zadovolji potrebe kako pacijenata, tako i zdravstvenih radnika i saradnika, ekonomista i političara. Takođe, problemi sistema zdravstvene zaštite retko, ili nikada, ne mogu se rešiti zauvek. Kako se zemlje razvijaju, tako i njihovi sistemi zdravstvene zaštite moraju da odgovore na nove izazove.

HEALTH CARE SYSTEMS

Svetlana Jovanović¹
Srđan Milovanović^{2,3}
Jelena Mandić¹
Siniša Jovović⁴

- 1 School of Dentistry, University of Belgrade, Belgrade, Serbia¹
- 2 School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia
- 3 Clinic for Psychiatry, Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia
- 4 Health Centre "Marinko Marin", Loznica, Serbia

Summary

The health system is one of the most complex systems in any country. Each state has an obligation to take care and care about the health of its population. The health care system includes the health infrastructure that provides a range of programs and services, and provides health care to individuals, families and communities.

The health system must ensure the physical, geographical and economical accessibility and affordability of integrated and quality health care. It should also provide for the development of health personnel, finance sustainability, decentralization of management and financing of health care and placing the citizens at the centers of the health system. The purpose of the health care system is the preservation and improvement of human health by providing health services, modern as well as traditional medicine, in an efficient manner and at the same time accessible and acceptable to the people. Due to its importance and impact on the population of each country, as well as its large economic impact, the government implemented a series of measures in planning and managing the health care system to ensure stable funding and rational and a quality health care delivery system, and all this in order to provide within the available resources a basic health care. In all the countries, the aging of the population and the introduction of new and expensive technologies present a constantly increasing cost of health care delivery. Modern health care systems differ from each other mainly in the methods of raising funds for health care, as well as in methods of payment for the service providers in the health sector. Problems of health care systems rarely, if ever, can be solved forever. As countries develop, their health care systems must respond to new challenges.

Keywords: system, health care, models, finance

Literatura:

1. Cucić V, Simić S, Bjegović V, Živković M, Doknić-Stefanović D, Vuković D. Socijalna medicina. Savremena administracija, Beograd, 2000.
2. World Health Organization. World Health Report 2000. Geneva, Switzerland. World Health Organization, 2000.
3. Evans DE, Tandon A, Murray CJL et al. The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries. Geneva, Switzerland. World Health Organization, 2000 (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No.29).
4. Plan razvoja zdravstvene zaštite Republike Srbije. Službeni glasnik RS, Beograd, br.34/2010.
5. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Službeni glasnik RS, Beograd, br.107/2005, 72/2009, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012 i 45/2013.
6. Milovanović D, Milovanović S. Etika savremenog sveta na početku XXI veka. Srp Arh Celok Lek. 2005 Jan-Feb;133(1-2):111-4.
7. Saltman, R.B., Figueras, J. European health care reform: Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization / WHO - Regional Office for Europe, 1997:277.
8. Saltman RB, Dubois HFW. Current reform proposals in social health insurance countries. Eurohealth, 2005; 11: 10-4.
9. Jacobs R, Godard M. Trade-offs in social health insurance systems. International Journal of Social Economics, 2002; 29 (11):861-75.
10. Zakon o zdravstvenom osiguranju. Službeni glasnik RS, Beograd, br. 107/2005.
11. Joksimović O. Osiguranje i zdravstveno osiguranje. Megatrend, Beograd 2005, 66-8.
12. Zakon o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje. Službeni glasnik RS, Beograd, br. 47/2013.
13. Organization for Economic Cooperation and Development. The Health System of OECD Countries: Financing and delivering Health Care – A Comparative Analysis of OECD Countries. Social Policy Studies No4, Paris OECD, 1987:24-32.
14. Joksimović Z, Joksimović M. Prikaz najznačajnijih sistema zdravstvenih osiguranja. Timočki medicinski glasnik, 2007; 32 (4):183-88.

Svetlana Jovanović
Stomatološki fakultet
Univerzitet u Beogradu
Dr Subotića 1, 11000 Beograd, Srbija
Tel: 011/2657830
E-mail: svetlanajr@ptt.rs