

ОДАБРАНИ ПРОБЛЕМИ ОДРЖИВОСТИ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

SELECTED PROBLEMS OF SUSTAINABILITY OF THE HEALTHCARE SYSTEM OF THE REPUBLIC OF SERBIA

Милорад Стаменовић
Инвентис ЦТЦ, Србија
m.stamenovic@rocketmail.com

Сретен Ћузовић
Економски Факултет Универзитета у Нишу, Србија
otilovic@gmail.com

Апстракт: У овом раду се приказују неки од значајнијих проблема здравственог система Републике Србије који могу значајно утицати на одрживост у будућности. Економска одрживост здравствених система се у литератури приказује као све значајнија компонента коју треба краткорочно и дугорочно предвиђати у складу са развојним капацитетима здравственог система. У раду су представљени финансијски аспекти система (као аспект удела у БДП) али и приказ финансијског рада здравствених институција. Осим тога, емиграција медицинског кадра и просечна старост лекара је узета у обзир као један од примера недовољно ефикасне оптимизације радне снаге. Опремљеност здравствених институција као и застарелост опреме су још један елемент који заслужује пажњу. Социоекономски фактори положаја становника Србије су приказани како би се одредио свеукупни квалитет живота у складу са модерним дефиницијама здравља. Закључено је о неопходности оптимизације целокупног здравственог система што између осталог и подразумева ефикасније планирање, ретроспективне анализе и оптимизацију ресурса. Корупција је такође сегмент од значаја на коме треба систематски радити. Метод: У раду је превасходно коришћена анализа и синтеза литературе као и претходног ауторског истраживања у области здравствене економике. Резултати: резултати анализе указују на значај изабраних проблема здравственог система Републике Србије у контексту одрживости. Ови резултати указују на потребе за свеобухватном реформом здравственог система која би се базирала на формирању Националне стратегије. .

Кључне речи: здравствени систем, одрживост и развој, актуелни проблеми

Abstract: *This paper presents some of the most significant issues of the healthcare system of the Republic of Serbia that can significantly influence sustainability in the future. The economic sustainability of healthcare systems is presented in the literature as an increasingly important component that needs to be predicted in the short and long term in line with the development capacities of the healthcare system. The paper presents the financial aspects of the system (as an aspect of the share in GDP), as well as the presentation of the financial performance of healthcare institutions. In addition, the emigration of medical personnel and the average age of doctors are taken into account as one of the examples of insufficiently effective labor force optimization. The equipment of healthcare institutions and the obsolescence of equipment are another element that deserves attention. The socioeconomic factors of the Serbian population are shown in order to determine the overall quality of life in line with modern health definitions. It was concluded that the entire healthcare system needs to be optimized, including, among other things, more efficient planning, retrospective analysis and resource optimization. Corruption is also a segment of importance to be systematically worked out.*

Method: The paper primarily analyzes and synthesizes literature as well as previous author's research in the field of health economics.

Results: The results of the analysis indicate the importance of selected problems of the health care system of the Republic of Serbia in the context of sustainability. These results highlight the need for comprehensive health care reform that would be based on the formulation of a National Strategy.

Key Words: *healthcare system, sustainability and development, contemporary issues*

УВОД

Здравствени систем представља веома сложен државни подсистем који је по својим карактеристикама и највећи (или један од највећих) ако се узме у разматрање броја запослених (115.843 радно запослена у Републици Србији у сектору здравствене заштите) као и укупно становништво коме један национални здравствени систем омогућава здравствену заштиту [1].

Данас је здравствени систем превазишао границе државе у којој је иницијално формиран и пружа здравствену заштиту свим грађанима без обзира на границе држава. Неки од доказа уобразних промена у здравственом систему јесу и појаве медицинског туризма као и значајно повећање емиграције здравственог кадра (уопште либерализације на пољу ранде снаге).

Ове су само неке од последица глобализације здравствених система, али и поменуте либерализације тржишта па се тако омогућује олакшано пружање здравствене заштите готово на свим деловима планете.

До данас постоји свега неколико модела организације националних здравствених система и то су Бизмарков модел, Беврицов модел, тржишни модел, Семашков модел. Међутим, здравствени системи не остају имауни на

свеукупне промене које се дешавају у друштвима широм света па се данас у бројним земљама могу наћи и тзв. мешовити здравствени системи[2] [3] . Овакви здравствени системи управо указују на потребу и неопходност стварања иновативних модела јер су „притисци“ на здравствене системе широм света све већи. Под притисцима се подразумева подизање нивоа *инпута* док са друге стране средства којима располаже национални здравствени систем бивају ограничена.

Под *инпутима* се у претходној реченици сматра све оно што повећава број и врсту услуга у здравственој заштити а међу њима су и: повећање броја становника (глобално), све дужа очекивана дужина живота, повећан број иновативних лекова и терапеутских процедура и др. Може се са сигурношћу рећи да услед оваквих глобалних појава, готово да не постоји здравствени систем који нема одређене проблеме који су пре свега везани за начине финансирања.

У Републици Србији, наслеђен је Бизмарков модел здравственог система који управо омогућава формирање јавног и приватног здравственог сектора. Начин финансирања се пре свега односи на порез на доходак грађана, али и држава додатно финансира здравствени систем јер се показало да су средства недовољна. Државно финансирање здравственог система из буџета уместо кроз опорезивање кроз порез на доходак је опет карактеристика Беврицовог модела финансирања.

Стога и код нас можемо приметити одређену тежњу ка *мешовитом моделу* здравственог система која је проузрокована бројним изазовима о којима ће у овом раду бити речи.

1. ЦИЉ И МЕТОДЕ ИСТРАЖИВАЊА

Циљ овог рада јесте да прикаже реално стање здравственог система Републике Србије по основу изабраних сегмената од значаја, а које се пре свега односи на начине на које је систем уређен, те на изабране проблеме који директно и индиректно утичу на функционисање здравственог система.

Идеја није да се упућује искључиво критика, већ да се садашње стање здравственог система образложи и да се понуде одговарајућа решења.

Секундарни циљ овог рада јесте да прикаже значај здравствене економије као области од изузетног значаја за разумевање начина функционисања здравственог система, посматрајући здравствену индустрију као процесну по свом карактеру и дајући адекватна решења која се тичу одговарајућих облика финансирања овог великог државног подсистема.

Методе које су коришћене у раду су превасходно везане за анализу и синтезу адекватне литературе и ранијих комплементарних ауторских истраживања глобалних здравствених система, утицаја и развоја глобализације у погледу здравствених система, начина организације националних здравствених система

и економских параметара од значаја. Подаци који су преузимани и коришћени су резултат анализе институција које се баве професионално и академски овом проблематиком. Један од проблема који се увидео јесте и институционално сегментирање различитих области од значаја за развој здравствених система што додатно отежава доношење закључка о функционисању здравственог система у целини а што је и тежња овог рада да прикаже међусобне релације.

2. ДИСКУСИЈА

2.1. Здравствена политика

Здравствени систем Републике Србије се суочава са озбиљним изазовима. Први идентификовани проблем јесте непостојање адекватне здравствене политике, кровног документа здравственог система која има два основна циља: да планира/обезбеди економску одрживост здравственог система и да планира/обезбеди адекватну здравствену заштиту популације за коју је дефинисана.

Осим тога, циљеви обухватају и неке друге значајне елементе о чему више информација се може видети у оквиру Здравствене политике донете 2000. године. С обзиром на низ ограничења у спровођењу здравствене политике (претежно проблеми организационе природе и финансирања), бројни елементи тада донете Здравствене политике нису испуњени а тичу се имплементације и евалуације предвиђених мера [4]. Здравствена политика треба и може бити редефинисана и у складу са идејама Европске

Уније која је напредовала у смислу универзалности приступу здравственој заштити али и универзалности здравствених политика земаља чланица[5]. О томе да се и у земљама Европске Уније поклања велика пажња истраживањима здравствених система говори и чињеница да је за период од 2014. године до 2020. године, Европска Унија предвидела улагања од 7,5 млрд. еура управо у различита истраживања која би допринела оптимизацији здравствених система.

2.2. Стратегија одрживости/развоја здравственог система

У Републици Србији недостаје и стратегија одрживости (или развоја) здравственог система која је по мишљењу аутора неопходна. Велики део оваквог документа би суштински могао бити образложен и у оквирима здравствене политике, али не и цела стратегија. Наиме, идеја јесте да се прикаже дугорочан, краткорочан и средњерочан развој али и одрживост здравствених система.

Дугорочан би могао да подразумева и периоде од 50 година у будућности, што је веома значајно како бисмо имали као нација идеју у ком смеру сматрамо да је најбоље развијати здравствени систем на националном и наднационалном нивоу. Један од предуслова за формирање овакве стратегије би био и друштвени консензус о овако важном питању као што је пружање здравствене заштите.

На средњерочним периодима од 3, 5 и више година је важно усклађивати развој (одрживост) здравственог система са иницијалном замисли и укључивати новонастале промене и прилагођавати их циљу.

Ова стратегија би могла дефинисати јако добро фазни развој здравственог система јер је држава у процесу транзиције, такође, се дешавају и глобалне промене које не морају и нису увек комплементарне природе.

Осим тога, имајући у виду обим и значај целокупног здравственог система важно је да се да управо прикаже целовитост и да се прикаже жељени модел финансирања здравственог система и како ће омогућити адекватну дугорочно посматрану здравствену заштиту.

2.3. Социо-економски фактори становништва

Република Србија је према подацима Блумбергове листе „несрећних народа“ веома лоше котирана са 15,7 индексних поена. Овај „наочити“ индикатор се рачуна као сума инфлације и незапослености у коју се даље укључују и предвиђања светских економиста за будући период. Можда овако лоша позиција Србије на први поглед се чини неоправданом, али треба да имамо у виду да у Србији заиста постоји озбиљан проблем у броју сиромашних.

Наиме, стопа ризика од сиромаштва у Републици Србији износи 25,5%. Ова лица нису нужно сиромашна, већ само имају већи ризик да то буду. При томе, стопа ризика од сиромаштва или социјалне искључености у 2016. години износи 38,7%. Лица од 18 до 24 године највише су изложена ризику од сиромаштва (32,7%), као и лица млађа од 18 година (30,2%), док најнижу стопу ризика од сиромаштва имају особе старије од 65 година (19,1%) (Статистички завод, 2018).

Осим тога, ако посматрамо стопу раста БДП по глави становника изражен преко куповне моћи - подаци нису охрабрујући па је тако 2017. године Србија имала (на нивоу Европе) више индексних поена једино од Албаније и Црне Горе.

Број запослених (према подацима привредне коморе Србије) у 2018. години је износио 2,9 милиона лица, док је број незапослених износио 371.000.

Зашто су ови подаци значајни? Социо-економски параметри утичу директно на квалитет живота становништва али и на бројне друге факторе који су повезани са здрављем.

Осим тога, значајно је у садашњем систему финансирања здравственог система обезбедити што мање активности у сивој економији и неправилно (незаконски) пријављених радника на минималне месечне зараде (које у пракси то нису) јер се тако ускраћују значајни извори финансирања овог система на штетусвих корисника а посебно оних који су у групи редовних „платиша“.

2.4. Финансијски „пресек стања“ и неки елементи од значаја у здравственом систему Србије

Србија улаже у здравствени систем 10,4% БДП (2018) чиме се сврстава у групу високо и средње развијених земаља. Јасно је да државе које су у тој групи, а где предњаче Сједињене Америчке Државе са око 17% БДП имају значајно веће буџете који се не могу мерити са буџетом Србије (2018 године БДП је износио приближно 33 милијарде ЕУР).

Табела 1, Трошкови за здравствени систем – 2016. година (у процентима %)

	Укупно	Државна улагања	Ван редовног осигурања (ен. оут оф поцкет)
Сједињене Америчке Државе	17,2	8,5	8,8
Швајцарска	12,4	7,9	4,5
Немачка	11,3	9,5	1,7
Шведска	11	9,2	1,8
Француска	11	8,7	2,3
Јапан	10,9	9,1	1,7
Канада	10,6	7,4	3,1
Холандија	10,5	8,5	2

Извор: OECD. Health statistics. 2017[6]

Ово са једне стране приказује диспропорцију између значаја финансирања здравственог система, потреба за финансијским средствима и малим укупним БДП-ом Републике Србије. Међутим, осим тога што инвестирамо у здравствени систем далеко више од земаља у региону (према овим параметрима), проблем оптимизације ресурса и целокупног система се показује у пракси. Наиме, (у недостатку адекватних истраживања о системској корупцији у здравственом систему) високи државни званичници су у неколико наврата изјавили да постоје сумње на системску корупцију која износи и до 1 милијарде ЕУР на годишњем нивоу[8]. Осим тога, ако посматрамо начин опхођења према средствима пореских обвезника у здравственим установама можемо да приметимо да је оптимизација како људских ресурса, тако и институција, инфраструктуре и апарате за рад неопходна. Стога, у 2017. години (у тренутку писања рада комора здравствених установа Србије није доставила анализу за целокупну 2018. годину, али правећи компаративну анализу података за 5 пређашњих година 2013-2017, не примећују се значајнија одступања на годишњем нивоу, осим кумулативног ефекта на петогодишњем нивоу који се

може сматрати значајним), од укупно 346 здравствених установа, 193 су исказале буџетски суфицит, док су 148 исказале дефицит. (Комора здравствених установа, 2018, стр. 25) Уравнотежено пословање је показало 5 институција! То говори поприлично о начину планирања, наменској потрошњи и ретроспективној анализи рада у наведених 346 здравствених институција! Отписаност опреме здравствених установа је збирно 83,67% што представља изузетно висок ниво истрошености опреме! Код специјалних болница за плућне болести овај проценат је и виши па износи чак 90,88%. Даље, укупне обавезе према добављачима су 2017. године износиле приближно 27 милијарди динара! Друге обавезе од приближно 8 милијарди динара се односе на исхрану, енергенте и обавезе према комуналним предузећима [1]. Све ово упућује на опште неразумевање процеса планирања и недостатке контролних механизма који би превенирали или реактивно деловали као би се однос према средствима здравствених установа трошио адекватно. Осим тога, професионални менаџмент се показује као неопходност у овако тешким финансијским условима.

2.5. Професионални менаџмент

Употреба менаџмента у здравственом систему је неопходна за формирање једног ефикасног система пружања здравствене заштите [9][10]. Бројне истраживачке студије су показале управо везу између ефикасности и адекватне употребе професионалног менаџмента у руковођењу здравственим системом. Са друге стране недостатак менаџерских активности се у бројној литератури показује као кључни проблем а посебно у контексту управљања здравственим системом у складу са Миленијумским циљевима [11] [12] [13] [14]. Менаџмент у здравству подразумева постизање циљева у складу са људским, финансијским и технички доступним ресурсима и укључује стратегијски али и оперативни менаџмент (менаџмент људским ресурсима, менаџмент у контексту унапређења, финансијски менаџмент и управљање[15]. Бројне светске организације се залажу за професионализацију у менаџменту у здравственим системима (међу њима и Светска здравствена организација). Као највећи проблеми у успостављању овог модела се јављају менаџерски капацитети у здравственом сектору и едукација [16]. У Сједињеним Америчким Државама се покренула значајније идеја о професионализацији 90-их година захваљујући појави нових достигнућа у медицинским истраживањима (напредак у антисептичким и анестетским средствима који су даље захтевали и одређене промене у организацији самог односа према пацијенту у циљу боље организације здравствене заштите) [17]. У Републици Србији нажалост професионални менаџмент није практично заживео (иако су постојали индивидуални примери појединих руководилаца водећих клиничких центара који су били економисти по вокацији). Таквих примера нажалост нема пуно и показало се у пракси да је руковођење здравственим институцијама у Србији на релативно ниском нивоу када се разматрају параметри стратегијског и оперативног али и финансијског менаџмента. Идеја о децентрализацији

здравственог система заснована на Закону о локалној самоуправи нажалост није показала резултате јер суштинске децентрализације чини се да није ни било. Наиме, централизација извора финансирања и недостатак адекватних менаџерских кадрова на нивоу локалне самоуправе су идентификовани само како неки од бројних проблема са којима су се суочиле локалне самоуправе у процесу „преузимања“ руковођења над здравственим сектором. Последњих месеци се поново помиње потреба за централизацијом, која притом није идентификовала реалне разлоге у пракси због којих вишедеценијски труд у примени децентрализације није довео до успеха. Један од циљева децентрализације је био и примена професионалног менаџмента којим се најновије тенденције ка централизацији стављају *ad acta*. Све то указује да ће се бројни нагомилани проблеми, наставити и појачати. За руковођење здравственим институцијама је осим поштовања стандарда и контроле квалитета, важно да су менаџери образовани у смислу стратегијског, оперативног и финансијског менаџмента (као и менаџмента у управљању ризицима, ризик-оријентисаним приступима и сл.) како би били у могућности да правилно ретроспективно анализирају рад институције а да проспективно доносе адекватне одлуке на бенефит институције и грађана корисника здравственог осигурања. Међутим, примена професионалног менаџмента није *condition sine qua non* јер даља политизација и постављање кадрова по политичкој линији а не на основу заслуга, као и централизација моћи у финансијском смислу отежава рад самосталних јавних здравствених установа.

Посебан аспект проблема представља и однос између приватних и јавних здравствених ентитета где је евидентан недостатак комуникације, непознанице у смислу опитих статистичких података (броја приватних ентитета, начина и правилности регистрације приватних ентитета, броја запослених и у приватном и јавном сектору и др.) али и јавноздравственом контексту (услед недостатка података од јавноздравственог значаја од стране приватних ентитета). Нажалост ни приватни сектор није препознао значај професионалног менаџмента што указује на опште непознавање предности и значаја овог облика руковођења.

Такође, један од значајних проблема јесте и формирање својеврсног олигопола у оквиру приватног сектора где долази до својеврсног парадокса, јер држава у централистичком моделу здравственог система има улогу монополисте, а сада се услед недовољне комуникације приватног и јавног сектора у приватном сектору ствара својеврсни олигопол. Све ово указује на потребе за структурним изменама и формирању јасне стратегије обнове, развоја и одрживости здравственог система Републике Србије.

ЗАКЉУЧАК

У овом раду су наведени одабрани параметри од значаја како би се направила својеврсна анализа целокупног стања здравственог система. Нису сви параметри унети у разматрање јер би то захтевало далекосежнију анализу и излагање.

Међутим, аутори сматрају да су фактори који су приказани довољни да адекватно укажу на значај анализе здравствених система у овом тренутку и на овај начин, те да се примене даље мере које су предложене у овом раду а које се пре свега заснивају на формирању адекватне здравствене политике, формирању стратегије одрживости/развоја здравственог система Републике Србије, оптимизацији ресурса и смањивању системске корупције у оквирима рада здравственог система. Осим тога, предлаже се да се професионални менаџмент уведе у здравствене установе како би се институције руководиле на професионалан начин у тешким суловима у којима постоје бројне институције са блокираним рачунима и великим дуговањима. Даље, уколико се предлаже нова реформа здравственог система важно је посебно обратити пажњу на термине попут „умора од реформи“ и „хиперреформизма“ који су настали као последица неефикасних а бројних покушаја за спровођење реформи у овом великом државном подсистему.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Комора Здравствених Установа. (2018). Билтен – Анализа финансијских извештаја здравствених установа Србије за период 01.01-31.12.2017. године
- [2] Стаменовић, М, Гулан, Б, Драгаш, Б. (2017). *Србија Данас*. Прометеј НС
- [3] Јелисавац Трошић, С, Тодић, Д, Стаменовић, М. (2018). Светска трговинска организација – животна средина и систем здравствене заштите. Институт за међународну политику и привреду
- [4] Бјеговић Микановић. (2010). *Јавноздравствена политика Србије*. Зборник радова и сажетака. Други конгрес социјалне медицине са међународним учешћем “Изаови социјалне медицине у ХХИ веку”. Медицински факултет универзитета у Београду
- [5] Министарство за Европске интеграције, (2018). Преузето са: <http://sektorskepolitikeeu.mei.gov.rs/zdravstvena-politika.html>, 12/05/2019
- [6] OECD. Health statistics. (2017). *WHO Global health expenditure Database*. Преузето са: <https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/health-expenditure-as-a-share-of-gdp-2016-or-nearest-year-health-glance-2017-graph112-en#page1>, 12/05/2019
- [7] Статистички Завод. (2018). Преузето са: <http://www.стат.гов.рс/ср-латн/области/потросња-приходи-и-услови-живота/приходи-и-услови-живота/>, 19/04/2019
- [8] Програм владе Републике Србије. (2016), Преузето са: <https://xdn.tf.rs/2016/08/09/EKSPOZE-1.pdf>, 12/04/2019
- [9] Bradley E, (2015). Cuellar CJ. Management matters: a leverage point for health systems strengthening in global health. *Int J Health Policy Manag.*
- [10] World Health Organization. The WHO Health Systems Framework. http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/. Приступљено: 05/05/2019
- [11] Bradley E et al. (2012). A Systems Approach to Improving Rural Care in Ethiopia. *PLoS One*

- [12] Conn C, et al. (2016). Strengthening health management: experience of district teams in The Gambia. Health Policy Plan.
- [13] Kebede S, et al. (2012). Educating leaders in hospital management: A pre-post study in Ethiopian hospitals. Glob Public Health
- [14] Kwamie A, Dijk Hv, Agyepong I. (2012). Advancing the application of systems thinking in health: realist evaluation of the Leadership Development Programme for district manager decision-making in Ghana. Health Res Policy Syst.
- [15] Buchbinder S, Shanks N.(2002) Introduction To Health Care Management. 2nd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning
- [16] Schwarcz SK, et al : (2002) Training for better management: avante Zambezia, PEPFAR and improving the quality of administrative services: Comment on "Implementation of a health management mentoring program: year-1 evaluation of its impact on health system strengthening in Zambezia province, Mozambique." Int J Health Policy Manag.
- [17] Rosner D. (2002). A brief history of healthcare management. In: Haddock CC, McLean RA, Chapman RC, eds. Careers in Healthcare Management: How to Find Your Path and Follow It. Chicago: Health Administration Press

SUMMARY

This paper presents some of the most significant issues of the healthcare system of the Republic of Serbia that can significantly influence sustainability in the future. The economic sustainability of healthcare systems is presented in the literature as an increasingly important component that needs to be predicted in the short and long term in line with the development capacities of the healthcare system. The paper presents the financial aspects of the system (as an aspect of the share in GDP), as well as the presentation of the financial performance of healthcare institutions. In addition, the emigration of medical personnel and the average age of doctors are taken into account as one of the examples of insufficiently effective labor force optimization. The equipment of healthcare institutions and the obsolescence of equipment are another element that deserves attention. The socioeconomic factors of the Serbian population are shown in order to determine the overall quality of life in line with modern health definitions. It was concluded that the entire healthcare system needs to be optimized, including, among other things, more efficient planning, retrospective analysis and resource optimization. Corruption is also a segment of importance to be systematically worked out. Method: The paper primarily analyzes and synthesizes literature as well as previous author's research in the field of health economics. Results: The results of the analysis indicate the importance of selected problems of the health care system of the Republic of Serbia in the context of sustainability. These results highlight the need for comprehensive health care reform that would be based on the formulation of a National Strategy.