



UNIVERZITET U NIŠU
EKONOMSKI FAKULTET
Časopis „EKONOMSKE TEME“
Godina izlaza XLIX, br. 1, 2011., str. 83-95
Adresa: Trg kralja Aleksandra Ujedinitelja 11, 18000 Niš
Tel: +381 18 528 624 Fax: +381 18 4523 268

MODELI REFORMI FINANSIRANJA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Mr Nelica Atanasković*
Dr Jaško Ondrej*
Mr Mladen Čudanov*

***Rezime:** Reforma sistema zdravstvene zaštite u Srbiji uključuje brojne promene u strukturi, procesima, modelu finansiranja, organizacionoj kulturi i drugim faktorima ovog složenog organizacionog sistema. Projektovane reforme treba tretirati kao organizacione promene i sprovesti po važećim pristupima i metodologijama sprovođenja organizacionih promena. Sa ekonomske strane, posebno je značajna reforma finansiranja sistema primarne zdravstvene zaštite koja je detaljnije obrađena u radu, uz navođenje teorijskih modela i stranih iskustava, i povezivanje reforme finansiranja sa budućim funkcionisanjem sistema.*

***Ključne reči:** finansiranje zdravstvene zaštite, organizacione promene, primarna zdravstvena zaštita.*

1. Uvod

Ovaj rad predstavlja analizu pravaca reforme primarne zdravstvene zaštite u kontekstu teorije upravljanja organizacionim promenama. Kroz paralelnu analizu prednosti i mana sistema zdravstvene zaštite u drugim zemljama, predlažu se smernice za promene koje se vezuju za organizaciju, procese, a, prvenstveno, za finansiranje primarne zdravstvene zaštite.

Reforme u zdravstvu su postale svetski fenomen u poslednjih dvadeset godina prethodnog veka. Socioekonomske promene na globalnom nivou, uticaj medija, pristup informacijama, kao i opšta svest ljudi su samo neki od činilaca koji su imali i imaju značajnog udela u menjanju slike o ulozi zdravstva, odlučivanju, kao i načinu korišćenja zdravstvenih usluga (Creese 1994).

* Dom zdravlja Trstenik; e-mail: nelica3008@yahoo.com

* Univerzitet u Beogradu, Fakultet organizacionih nauka; e-mail: jasko@fon.rs

* Univerzitet u Beogradu, Fakultet organizacionih nauka; e-mail: mladenc@fon.rs

UDK 336.13:614.2(497.11) ; Pregledni rad;

Primljeno: 10. 2. 2010. Prihvaćeno: 23.12.2010.

Prihvatanje važnosti upravljanja promenama u organizaciji usmerava nas na naučne pristupe metodologiji njihovog sprovođenja. Bez adekvatnog upravljanja i najbolje osmišljena promena u praksi može da bude loše ili čak nikako sprovedena. Zbog toga je važno shvatiti koliko reforma finansiranja utiče na širu reformu primarne zdravstvene zaštite i zdravstvenog sistema u Srbiji. U metodologiji koju je izneo Kurt Levin (1958) uočavaju se faze odmrzavanja stanja, sprovođenja promena i zamrzavanja stanja. Promena sistema finansiranja bi za sobom povukla i drugačiji sistem nagrađivanja, što bi institucionalno zaokružilo promenu i zamrznuo stanje u kojem se nalazi sistem. Po Adižesu (1979), pak, među 11 faza sprovođenja organizacione promene nalaze se i strategijski plan i realokacija resursa i poboljšanje sistema nagrađivanja. Obe ove faze odgovaraju zamrzavanju organizacione promene Kurta Levina. Veoma je važno uskladiti napore u toku različitih faza sprovođenja organizacione promene.

2. Reforme sistema zdravstvene zaštite

Usled niza faktora, a pre svega zbog sve učestalije potrebe za poboljšanjem kvaliteta usluga, ali i rezultata, zdravstvo i pružaoci zdravstvenih usluga postaju svesni neophodnosti uvođenja korenitih promena. Jedan od ključnih sredstava za sprovođenje reformi svakako je menadžment, a sam menadžment, prema rečima Druckera „postaje nova socijalna funkcija širom sveta” (Drucker 2003). Šira definicija bi opisala menadžment kao “znanje praktično, stručno, univerzalno, naučno koje se primenjuje u procesu planiranja, organizovanja, vođenja i kontrole, s ciljem postizanja efektivnosti („raditi prave stvari”) i efikasnosti („stvari raditi na pravi način”) organizacije“.

Većina istraživača se fokusira na organizacije koje karakteriše visok nivo fleksibilnosti, smanjenje hijerarhije i snažan naglasak na komunikaciju, karakteristično za savremene modele organizacione strukture (Dulanović, Jaško, 2005). Trenutni trendovi pokazuju kako će organizacije budućnosti postati organizacije s nedefinisanim granicama, gde će čak i velike kompanije postati udruženja manjih preduzeća koja konstantno međusobno saraduju. Organizacioni dizajn se mora distancirati od postojeće situacije, istražiti sve aspekte poslovne strategije i tražiti fundamentalno nove pristupe organizovanju (Osterle 1995).

Razlozi za reformu nalaze se u identifikovanim brojnim teškoćama koje postoje u sistemu zdravstvene zaštite već duži vremenski period. Za otklanjanje najvećeg broja tih teškoća i rešavanje velikog broja aktuelnih problema, potrebne su korenite reformske promene. Osnovni uzroci reformi zdravstvenih sistema u svetu su sledeći:

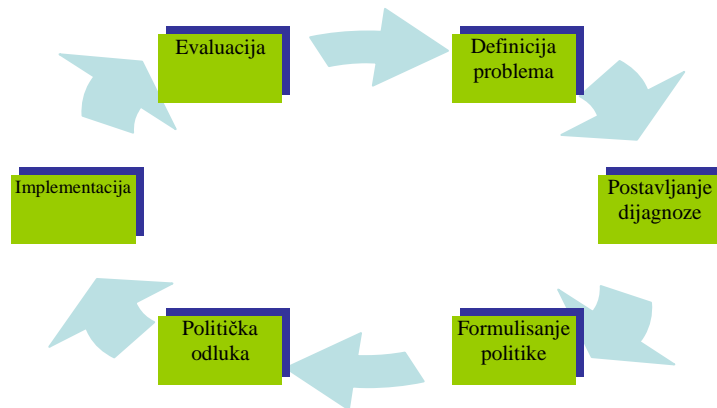
- Ekonomske promene - svetska ekonomska kriza,
- Političke promene - promene društvenih sistema u bivšim socijalističkim zemljama i liberalizacija posle perioda konzervatizma (reganizam, tačerizam),

Modeli reformi finansiranja primarne zdravstvene zaštite

- Demografske promene - tranzicija u demografskim modelima se ubrzano nastavlja na trendovima prethodnih decenija,
- Epidemiološke promene - opadanje mortaliteta i morbiditeta,
- Sociokulturalne promene - promene u životnim stilovima, tradicionalnoj porodičnoj strukturi, vrednostima i opštim očekivanjima.

Sve zemlje reformama u zdravstvu žele da poboljšaju performanse svojih sistema, a ova poboljšanja se u celini odnose na četiri opšta cilja: poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva; smanjenje troškova putem porasta efikasnosti pružanja zdravstvene zaštite; povećanje kliničkog i pacijentovog zadovoljstva kao dimenzije kvaliteta; povećanje mogućnosti izbora za korisnike i davaoce usluga u zdravstvu.

Slika 1. Ciklus reforme sistema zdravstvene zaštite prema Svetskoj banci



Izložen je akcioni plan reforme. Ministarstvo zdravlja Srbije je u svom reformskom dokumentu „Bolje zdravlje za sve u trećem milenijumu”, definisalo strateške smernice kojima će se rukovoditi reforma zdravstvenog sistema u Srbiji. Predviđeno je da reforma obuhvati sve nivoe zdravstvene zaštite kao i zaposlene u zdravstvu.

3. Implementacija principa efikasnosti i efektivnosti u sistem finansiranja zdravstvene službe

Finansiranje se odnosi na način na koji se novac mobilise i kako se koristi. To je jedna važna kontrolna poluga koja utiče na ishode, kao što su zdravstveni status i njegova distribucija i zaštita od rizika. Finansiranje se sastoji od najmanje četiri glavna instrumenta:

- 1) *Metodi finansiranja* - obuhvataju opšte prihode, socijalno osiguranje, privatno osiguranje, finansiranje zajednice i plaćanje iz sopstvenog džepa.

Izbor glavnih metoda finansiranja određuje iznos sredstava raspoloživih za zdravstvenu zaštitu, ko kontroliše resurse, i ko snosi finansijski teret. Brojni javni programi konkurišu za finansiranje iz opštih prihoda, dok se socijalno osiguranje oslanja na namenske prihode od premija koje plaćaju poslodavci i zaposleni, postoji verovatnoća da će program koji se finansira iz socijalnog osiguranja imati više sredstava. U sistemima finansiranja iz opštih prihoda, socijalnog i privatnog osiguranja, ministarstvo finansija ili agencije za socijalno osiguranje ili privatna osiguravajuća društva će u odgovarajućem pojedinačnom sistemu uzeti glavnu kontrolu nad finansijskim sredstvima. Svaka agencija različito vrši raspodelu sredstava, menjajući sistemske ishode, u odgovoru na svoje jedinstvene ciljeve, interesne grupe i politička i tržišna ograničenja. Finansijski teret pada na različite grupe ljudi kada se zdravstvena zaštita finansira iz poreza ili je finansiraju pacijenti direktno iz svog džepa.

- 2) *Raspodela sredstava* - između prevencije, različitih zdravstvenih usluga, medicinske obuke i kapitalnih investicija određuju tehničku efikasnost u stvaranju zdravstvenih ishoda. Raspodela sredstava takođe ključno utiče na nivo zaštite od finansijskog rizika. Na primer, kada planovi finansiranja putem osiguranja isključe određene usluge iz pokrivača, zaštita od finansijskog rizika za pacijenta je eliminisana i oni se suočavaju sa 100% troškova. Kada javne ustanove ne obezbeđuju određene usluge besplatno (ili skoro besplatno), tada pacijenti moraju da plate. Promene u osiguravajućoj zaštiti ili u ponudi medicinskih usluga utiču na pacijentov pristup i korišćenje zdravstvenih usluga, što utiče na njihov zdravstveni status i zadovoljstvo potrošača. Direktno javno finansiranje medicinskog obrazovanja, izgradnja bolnica i medicinska istraživanja utiču na kvalitet i tip medicinskih usluga koje obezbeđuju.
- 3) *Racionalizacija* - nijedna zemlja, bogata ili siromašna, ne može da finansira svaku zdravstvenu uslugu koju stanovništvo želi. Deo zdravstvene zaštite mora da se racionališe. Zdravstvene usluge mogu se racionalisati:
 - cenom,
 - vremenom čekanja,
 - kompetentnošću pružalaca,
 - pravom pacijenata da biraju lekare,
 - raspoloživošću komplementarnih roba, kao što su lekovi i hirurški materijal, i
 - ljubaznošću pružalaca usluga.

Modeli reformi finansiranja primarne zdravstvene zaštite

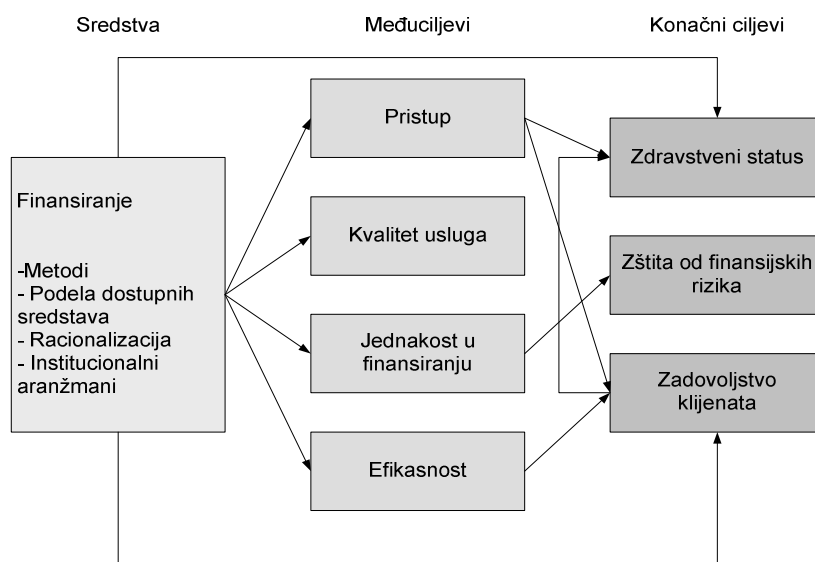
Racionalizacija se prvenstveno postiže preko kontrolne poluge finansiranja, tako što se odlučuje koje će se usluge finansirati i koliko se plaća. Metoda racionalizacije koja se odabere ima značajne efekte na jednakost u zdravstvenom statusu, zadovoljstvo pacijenata i zaštitu od rizika. Na primer, racionalizacija zdravstvene zaštite putem cena znači da siromašniji imaju manje pristupa nego bogatiji, dok racionalisanje putem vremena čekanja, ne ide u prilog bogatih, jer je gubitak zbog neiskorišćenosti njihovog vremena generalno viši. Naravno, bogati mogu da odu i potraže usluge kod pružalaca koji nisu pod ugovorom da plate iz džepa.

- 4) *Institucionalni aranžman za finansiranje* - među opcijama koje ima jedna zemlja su i oslanjanje na javni monopol ili konkurenciju za obezbeđivanje osiguranja ili centralizovanje ili decentralizovanje javnih finansija. U okviru socijalnog osiguranja, sistem može da organizuje plan osiguranja ili kao javni monopol, ili da dozvoli konkurenciju mnogih profitnih i neprofitnih planova osiguranja, time menjajući administrativnu efikasnost. Što je još važnije, u kojoj meri će finansiranje biti konkretno određuje stepen negativnog izbora rizika u finansiranju, što sa druge strane utiče na grupisanje rizika. U svim naprednim ekonomijama, bilo je teško postići opšte ciljeve jednakosti i ublažiti negativni izbor rizika preko sistema dobrovoljnog osiguranja. Kao posledica toga, sve napredne ekonomije (osim SAD) oslanjaju se na opšte prihode ili na obavezno socijalno osiguranje za finansiranje zdravstvene zaštite, tako je npr. Holandija približno 87% troškova zdravstva, 1997, finansirala iz obaveznog osiguranja (Maarse, Vand Der Made 1998).

Programi koji se finansiraju iz poreza ili premija socijalnog osiguranja mogu se centralizovati ili decentralizovati na nivou regiona. U aranžmanu decentralizovanog finansiranja, odnos između iznosa poreza ili premija koje se plaćaju i usluga je direktniji i lakše se uočava, za glasače u svakoj lokalnoj zajednici lakše je izračunati troškove i koristi. Imaće više informacija na osnovu kojih odlučuju koliko poreza su spremni da plaćaju i za koje usluge. Siromašne oblasti neće moći da finansiraju adekvatne usluge ako centralna vlast ne preduzme korektivne mere. Ako je finansiranje sistema decentralizovano i nije uspostavljen mehanizam za redistribuciju između regiona ili grupa rizika, decentralizacija može da smanji jednakost u zdravlju i zaštiti od finansijskih rizika.

Na sledećoj slici su prikazani odnosi između finansiranja i odabranih među-ishoda i krajnjih ciljeva. Kao što slika prikazuje, ponekad finansiranje ima direktan uticaj na konačne ishode a ponekad finansiranje utiče na među-ishode kao što su pristup i kvalitet, koji s druge strane utiču na zdravstveni status i zadovoljstvo javnosti. Međunarodna iskustva često pokazuju da je finansiranje glavni određujući faktor nivoa i distribucije i dva konačna ishoda: zdravstvenog statusa i zaštite od finansijskog rizika (Lu, Hsiao 2003).

Slika 2. Odnosi između instrumenata finansiranja i opštih ciljeva



Među opcijama koje ima jedna zemlja su (i) oslanjanje na javni monopol ili konkurenciju za obezbeđenje osiguranja, i (ii) centralizovanje ili decentralizovanje javnog finansiranja. U okviru socijalnog osiguranja, jedna zemlja može da organizuje plan osiguranja ili kao javni monopol, ili da dozvoli konkurenciju mnogih profitnih i neprofitnih planova osiguranja, time menjajući administrativnu efikasnost. Što je još važnije, u kojoj meri će finansiranje biti konkurentno određuje stepen negativnog izbora rizika u finansiranju, što s druge strane utiče na grupisanje rizika. U svim naprednim ekonomijama bilo je teško postići opšte ciljeve jednakosti i ublažiti negativni izbor rizika preko sistema dobrovoljnog osiguranja. Kao posledica toga, sve napredne ekonomije (osim SAD) oslanjaju se na opšte prihode ili na obavezno socijalno osiguranje za finansiranje zdravstvene zaštite. Programi koji se finansiraju iz poreza ili premija socijalnog osiguranja mogu se centralizovati ili decentralizovati na nivo regiona. U aranžmanu decentralizovanog finansiranja, odnos između iznosa poreza ili premija koje se plaćaju i usluga je direktniji i lakše se uočava, za glasače u svakoj lokalnoj zajednici je lakše da izračunaju troškove i koristi. Imaju više informacija na osnovu kojih odlučuju koliko poreza su spremni da plaćaju i za koje usluge. Međutim, regioni imaju drugačije poreske osnovice. Siromašne oblasti možda neće moći da finansiraju adekvatne usluge ako centralna vlada ne preduzme korektivne mere. Ako je finansiranje sistema decentralizovano i nije uspostavljen mehanizam za redistribuciju između regiona ili grupa rizika, decentralizacija može da smanji jednakost u zdravlju i zaštiti od finansijskog rizika.

Modeli reformi finansiranja primarne zdravstvene zaštite

Najbolji način za povišenje kvaliteta zdravstvene zaštite i poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva u jednoj državi, pa i u našoj, je generisanje i prihvatanje inovacije u svim aspektima zdravstvenog sistema. Efektivna primena raspoloživog svetskog medicinskog znanja u jednoj državi je specifična za svaku državu. Ona zahteva inovacije na svim nivoima, od otkrivanja bolesti, skrininga i prevencije, do pružanja visokokvalitetnih proizvoda i usluga pacijentima u veoma različitim okolnostima. Inovacije su motorna snaga pozitivnih promena u zdravstvenoj zaštiti. Ove promene su kompleksne i izazovne. Uključeni su mnogi talentovani ljudi, koji imaju različite poglede i primenjuju različite procese odlučivanja u primeni inovacija. Inovacije u zdravstvu mogu biti na nivou:

- čitavog zdravstvenog sistema (primena inovativnih tehnologija i multidisciplinarnih saznanja za: praćenje i kontrolu zaraznih bolesti, nadzor životne sredine i prevenciju zagađenja, bezbednost hrane, praćenje promena zdravstvenog stanja stanovništva, razne vrste skrininga pojedinih grupa stanovništva, prevenciju i kontrolu hroničnih bolesti, postizanje održivog finansiranja zdravstvene zaštite stanovništva.
- zdravstvene ustanove (primena opšte prihvaćenih standarda, protokola i doktrina; primena dobrih praksi; dobro definisanje i unapređenje organizacionih ciljeva; povećanje organizacionih performansi; efektivno učešće i uključivanje svih zaposlenih radi stvaranja podloga neophodnih da zdravstvena ustanova postane organizacija koja UČI; partnerstvo sa lokalnom privredom i lokalnom zajednicom, povišenje kvaliteta komunikacija...; pojedinačnih zdravstvenih usluga).

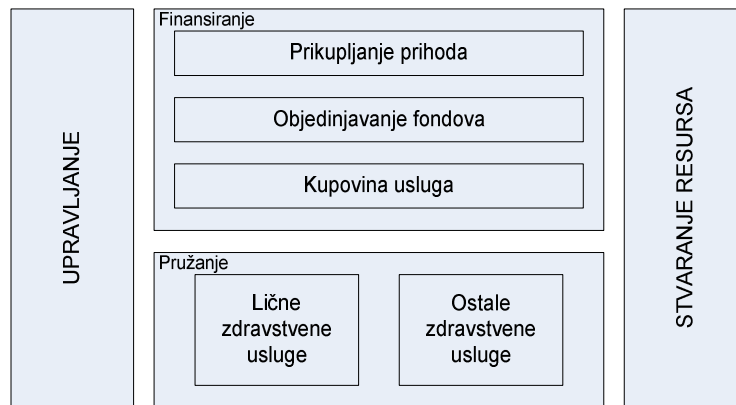
4. Modeli reformi finansiranja sistema zdravstvene zaštite

Tendencija porasta učešća sredstava za zdravstvenu zaštitu u društvenom proizvodu, uz prisutne probleme ekonomske efikasnosti korišćenja resursa u zdravstvenoj zaštiti, najznačajniji su razlozi za reforme sistema zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite prisutne u poslednjim decenijama dvadesetog veka u gotovo svim zemljama. Neophodnost reformi sistema finansiranja zdravstvene zaštite pokazuje da nijedan model ne funkcioniše bez problema i da se stoga, uporedo sa pronalaženjem najadekvatnijeg modela, uvodi niz novina, kao što su: objedinjavanje zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite, kombinovanje finansiranja zdravstvene zaštite javnim fondovima i privatnim osiguranjem, uvođenjem konkurencije u javni sektor prilikom konkurisanja za sredstva javnih fondova, sa ciljem da na jednoj strani podigne kvalitet zdravstva stanovništva, ali i da se zdravstveni sistem prilagodi i poboljša u skladu sa finansijskim mogućnostima. Na sledećoj slici može se videti način finansiranja zdravstvene zaštite koji je univerzalnog karaktera.

Osnovni modeli reformi sistema finansiranja zdravstvenog osiguranja su ograničavanje ili smanjenje troškova uvođenjem „inovacija“, kao što su: deljenje troškova sa pacijentom (cost sharing), odnosno uvođenje delimičnog plaćanja

troškova lečenja i kombinovanje finansiranja putem javnih fondova i privatnog organizovanja zdravstvene zaštite (javno-privatni mix), slobodom izbora lekara i objedinjavanje zdravstvenog osiguranja i pružanja zdravstvenih usluga, u okviru privatnog sektora, osnivanjem „interesnih zajednica“ (health maintenance organizations), odnosno finansiranjem troškova lečenja iz doprinosa članova organizacije, što je znatno smanjilo troškove u odnosu na klasični sistem privatnog osiguranja. „Ovaj model je privukao ogromnu pažnju istraživača. Pripisuju mu se značajne prednosti u odnosu na druge modele finansiranja zdravstvene zaštite. On objedinjuje zdravstveno osiguranje i zdravstvene usluge. Lekari nude objedinjene dve vrste usluga svojim pretplatnicima, članovima organizacije – i zdravstveno osiguranje i zdravstvene usluge. Dolazi do izražaja niz prednosti u odnosu na modele u kojima je tržište usluga i tržište dobrovoljnog osiguranja razdvojeno“.

Slika 3. Finansiranje zdravstvene zaštite



U ovom modelu korisnici i davaoci usluga su neposredno povezani što pogoduje dobrom usklađivanju međusobnih interesa. Neophodno je obezbediti strateško planiranje zdravstvenih usluga kako bi se obezbedilo pronalaženje najboljeg načina da se maksimiziraju performanse zdravstvenog sistema kroz donošenje odluka o tome koje intervencije treba kupiti, na koji način i od koga. Pored iznalaženja načina za smanjenje troškova zdravstvene zaštite za reformske procese je karakteristično napuštanje čistih modela, kombinovanjem mehanizama i mera kojima se postiže racionalnije poslovanje. Najveći broj zemalja reformisao je sistem zdravstvenog osiguranja kombinovanjem modela, mehanizama i mera kojima se postiže racionalnije i efikasnije poslovanje. Jedan broj zemalja preduzeo je i takve reforme kojima je u potpunosti promenjen osnovni model: Kanada 1971. i Australija 1984. godine, umesto sistema privatnog osiguranja, tržišta zdravstvenih usluga, uvele su model obaveznog zdravstvenog osiguranja koji je pokazao „niz prednosti u odnosu na američki: uspešniji je u ograničavanju troškova zdravstvene zaštite, pruža veći stepen sigurnosti za građane i nudi im pristupačniju zaštitu zdravlja zadržavajući visok kvalitet usluga“. (Tako, na primer, zahvaljujuću tom

Modeli reformi finansiranja primarne zdravstvene zaštite

modelu, Kanada ima univerzalan sistem za zaštitu zdravlja koji je dostupan svim stanovnicima, za razliku od SAD, gde je zdravstvena zaštita privilegija pojedinaca koji imaju osiguranje ili dovoljno novca da tu zaštitu mogu sebi da obezbede. Ovaj sistem zaštite obezbeđuje besplatnu zdravstvenu zaštitu svima, kao i savremeno opremljene zdravstvene ustanove i visokoobrazovan medicinski kadar u svim oblastima medicinskog rada, razvoja i istraživanja).

5. Reformisanje sistema zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite u Srbiji

Reforme sistema zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite u našoj zemlji odavno su neophodne, jer ovim sistemom nisu bili zadovoljni ni korisnici ni davaoci usluga. Kakav model implementirati koji bi odgovarao svima, ostaje i dalje velika nepoznanica. Ono što bi trebalo da budu pravci daljih reformskih pokušaja, je, pored već navedenog, poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite, obezbeđenje stabilnih i kontinuiranih izvora finansiranja obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i dalje dominantnog oblika zdravstvenog osiguranja, postepeno i selektivno sužavanje prava i obima prava koje treba uskladiti sa rastom društvenog proizvoda, odnosno rastom zarada, racionalizacija kapaciteta u državnom sektoru, moguće uključivanje privatnog sektora u sistem zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite i izjednačavanje tog sektora sa državnim, eliminisanje situacije u kojoj pacijent na jednoj strani plaća osiguranje, a na drugoj, usluge – privatnom sektoru, pooštavanje kriterijuma za bavljenje privatnom praksom i zatvaranje nereferentnih ordinacija. Uslova za razvoj privatnog sektora kod nas, kao i u ostalim zemljama u tranziciji, nema. U većini zemalja privatno zdravstveno osiguranje predstavlja dopunu javnom, i obezbeđuje dodatne rizike i pokriva specijalne usluge koje nisu obezbeđene javnim finansiranjem. Tako, na primer, u Nemačkoj je 20% populacije osigurano na dobrovoljnoj bazi, a od toga 7 miliona privatno. Reč je o najbogatijim slojevima, onima koji se bave nekom samostalnom delatnošću i većini činovnika.

6. Promene primarne zdravstvene zaštite

Reforma finansiranja podrazumeva i druge promene u funkcionisanju primarne zdravstvene zaštite, koje će biti usmerene odabranim modalitetom finansiranja, u predloženom slučaju ka povećanju važnosti ovog podsistema. Gotovo sve evropske zemlje smatraju porodičnog lekara (lekara primarne zdravstvene zaštite) „Čuvarem ulaza u sistem“, odnosno prolaza na viši nivo zdravstvene zaštite (sekundarni i tercijarni), što doprinosi racionalnijem korišćenju sredstava zdravstva.

Plaćanje bi bilo paušalno za svakog osiguranika. Tako bi porodični lekar finansijski zavisio od broja kod njega prijavljenih osiguranika. To bi ga podsticalo na bolji stručni rad i veću brigu o svojim osiguranicima, jer bi direktno uticalo na broj osiguranika koji će biti kod njega. Ovo je primer kako promena sistema

nagrađivanja može zamrznuti organizacionu promenu, što je pomenuto na početku članka. U porodične lekare, pored lekara opšte prakse iz državnih ustanova, treba uključiti sve privatne lekare opšte prakse, kao i sve nezaposlene završene lekare, koji žele da prihvate ovaj posao u mestima gde nema takvih lekara, a potrebni su (sela sa određenim brojem stanovnika, sela gde postoje zdravstvene stanice bez stalnog lekara i dr.).

Fond zdravstvenog obaveznog osiguranja bi sklapao ugovor pod istim uslovima s porodičnim lekarima (opšte prakse) koji su u državnoj službi i koji su privatnici. Pošto bi se plaćanje vršilo paušalno (iznos za godinu dana, po osiguraniku) ovakav način uključivanja privatnih lekara ne bi dodatno opteretio Fond. Doprineo bi konkurenciji između porodičnih lekara, što bi uticalo da se pružaju usluge boljeg kvaliteta (rad na prevenciji), doprinelo bi boljem odnosu prema osiguraniku i racionalnijem korišćenju sredstava za zdravstvenu zaštitu dobijenih za svoje osiguranike.

Godine 2006. dr Lee Jong-wook, generalni direktor Svetske zdravstvene organizacije u svojoj poruci kaže da bi jačanje ljudskih resursa u zaštiti zdravlja i povećanje poverenja javnosti u zdravstveni sistem donelo neprocenjivu dobrobit za zdravlje ljudi i njihovo blagostanje.

Zbog prevelikog potraživanja u vezi sa zdravljem i ograničenog stanja resursa za zadovoljavanje potreba nužne su sledeće mere: ograničen izbor pružaoca usluga, vezivanje izvođača prema ugovoru na kontrolu potrošnje sredstava, finansijski i drugi stimulansi za pružaoce usluga (plaćanje usluga, finansijski bonusi, malusi, limiti, vaučeri, ograničen broj rizičnih pacijenata...), ulazna kontrola (lekari-specijalisti traže dokument – uput) od lekara opšte prakse), profiliranje lekara prema broju bolesnika, briga za kulturu zdravstvenih organizacija i samokontrolu pružaoca usluga.

Posebno zemlje u tranziciji smatraju da su im reforme u zdravstvu potrebne u tri međusobno povezane oblasti, koje obuhvataju: organizaciju javno-zdravstvenih usluga na zaštiti i promociji zdravlja, obezbeđivanje i pružanje usluga primarne i bolničke zdravstvene zaštite i finansiranje zdravstvene službe. Međutim, teškoće i ograničenja u kreiranju i implementaciji reformi u bivšim socijalističkim zemljama su uzrokovane brojnim faktorima koje bi trebalo imati u vidu, kao što su:

- Slabe i nestabilne ekonomije ovih zemalja;
- Nepostojanje jasnih vizija željenih ciljeva, i to vizija koje bi bile zajedničke liderima ministarstava zdravlja i finansija. Vizija koje bi sprovodili isti ljudi, kako bi se ostvario kontinuitet u smeru promena;
- Neiskustvo u procesima formulisanja i razvoja politike u zdravstvenoj zaštiti i osiguranju, modernom konceptu obezbeđenja kvaliteta rada, modernom menadžmentu i sistemskim pristupima problemima zdravstva;
- Neodgovarajući način upoznavanja javnosti sa veličinom postojećih problema i dobrobitima, koje će nastati od nastupajućih promena;

Modeli reformi finansiranja primarne zdravstvene zaštite

- Nastojanje da se ostvari mnogo promena suviše brzo, bez postupnosti u implementaciji;
- Nepostojanje jasnih ciljeva i definisanih strategija za implementaciju programa reformi.

Primarna zdravstvena zaštita je plod jedne od generacija reformi zdravstvenog sistema na globalnom nivou. Ideja o njenom nastanku je sprovedena u delo na konferenciji Svetske zdravstvene organizacije u Alma Ati 1978. Namera je bila da se stvori „jednostavan, dobro organizovan i jedinstven nacionalni zdravstveni sistem, u kojem je javni sektor igrao važniju (mada ne isključivu) ulogu u organizaciji, obezbeđivanju i finansiranju zdravstvene zaštite" (Segall 2000). Njena politika je bila zasnovana na punoj saradnji svih aktera u proizvodnji zdravlja, pod sloganom „Zdravlje za sve". Činjenica da je primarna zdravstvena zaštita integralni deo zdravstvenog sistema zemlje, a da na kreiranje zdravstvene politike neke zemlje glavni uticaj ima njena Vlada, organizacioni afiniteti različitih zemalja, kao i krize kroz koje su one prolazile, delovali su na implementaciju smernica za postavljanje i primenu primarne zdravstvene zaštite. Tako se primarna zdravstvena zaštita različito shvatala i primenjivala, u zavisnosti od vremena i situacije - od prvog kontakta sa zdravstvenim sistemom, najjednostavnijih zdravstvenih usluga nisko specijalizovanog osoblja, intervencije usmerene protiv primarnih uzroka oboljenja, do društvenih akcija više sektora, ili šire društvene zajednice, koje su za cilj imale rešavanje komplikovanijih zdravstvenih problema što su doticali čitavo društvo. „Današnji pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti uključuje čitav niz promotivnih, preventivnih, kurativnih i rehabilitacionih mera u kojima su lekovi, medicinska i dijetetska sredstva, uz adekvatne tehnologije, vitalni resursi za sprovođenje ovih programa" (Tasić 2007). Da bi se oni do kraja sproveli u delo, potrebno je sve raspoložive resurse organizovati u dobro smišljene programske pakete koji će preko izvršenih mera postići zacrtane ciljeve nacionalnog zdravstvenog sistema. Na ovaj način bi trebalo da se ostvari „dostupna, opšta obuhvaćenost zdravstvene zaštite širokih populacija." (Tasić 2007)

7. Zaključak

Zdravlje građana nije samo obaveza i odgovornost zdravstvene službe, već je obaveza svakog pojedinca i društva u celini. Zdravstvena politika mora da bude usmerena u pravcu znatno veće decentralizacije i kombinovanja sistema javne i privatne prakse, gde god je moguće, a naročito na nivou primarne zdravstvene zaštite. Primarna zdravstvena zaštita mora i u praksi, a ne samo na papiru, da postane „ulazni čuvar", odnosno čuvar ulaska u sistem. Primarna zdravstvena zaštita bi trebalo da reši 85% zdravstvenih potreba, a da na sekundarni i tercijerni nivo stignu samo oni kojima je to zaista i neophodno.

Lekara opšte prakse u domovima zdravlja i samostalnim ambulantama, treba preorijentisati i pretvoriti u porodičnog lekara koji bi postao osnovni stub sprovođenja primarne zdravstvene zaštite, a i celokupnog sistema zdravstvene

zaštite. Prednosti su mnoge, kako za samog osiguranika tako i za sprovođenje celokupne zdravstvene zaštite (zdravstveno prosvetovanje, rad na prevenciji, pružanju manjih specijalističkih usluga, poznavanje predispozicije porodice za određenu bolest, približavanje lekara osiguraniku, veća zainteresovanost lekara za svoje osiguranike i dr.)

Imajući u vidu osnovne intencije reformskih procesa da se zaustavi trend daljeg rasta učešća javnih rashoda u bruto društvenom proizvodu, koji je tokom poslednje dve decenije postao univerzalan, odnosno da se troškovi zdravstvenog osiguranja smanje i usklade sa realnim finansijskim mogućnostima društva u celini, nalazimo se pred dilemom i otvorenim pitanjem: da li su predložena rešenja rezultat racionalizacija ili restrikcija, odnosno usklađivanja postojećih prava i obima tih prava sa finansijskim mogućnostima, ili pak predstavljaju put i način za uspostavljanje boljih rešenja? Između ostalog, asocijacija za ovo pitanje proizišla je iz nekih odredaba novog Zakona o zdravstvenom osiguranju, po kojima trudnice koje su primorane da održavaju trudnoću za vreme trudničkog bolovanja dobijaju samo 65 odsto od osnovice plate, ili pak po kojima pravo na zdravstvenu zaštitu imaju nezaposlena lica i druge kategorije socijalno ugroženih lica čiji su mesečni prihodi ispod prihoda utvrđenih cenzusom za sticanje svojstva osiguranog lica koji sporazumno propisuju ministar nadležan za poslove zdravlja i ministar nadležan za poslove obezbeđivanja socijalne zaštite građana.

Literatura

1. Adižes, I. (1979) Organizational passages: Diagnosing and treating life cycle problems in organizations. *Organizational Dynamics*, 8(1): 3-21.
2. Creese, A. (1994) *Global Trends in Health Care reform*. World Health Forum, 15: 317-338.
3. Drucker, P. (2003) *Moj pogled na menadžment: Izbor iz dela o menadžmentu Pitera Drucker-a*. Novi Sad: Adižes.
4. Dulanović, Ž., Jaško, O. (2005) *Organizaciona struktura i promene*. Beograd: Fakultet organizacionih nauka.
5. Lewin, K. (1958) *Field Theory in Social Science*. New York: Harper&Row.
6. Lu, J., Hsiao, W. C. (2003) Does Univerzal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons from Taiwan. *Health Affairs*, 22(3): 77-88.
7. Maarse, H., Vand Der Made, J. (1998) Cost Containment and the Right to Health Care. *European Journal of Public Health*, 8(2): 119-127.
8. Mašić, B. (2001) *Strategijski menadžment*. Beograd: Univerzitet Braća Karić.
9. Osterle, H. (1995) *Business in the Information Age: Heading for New Processes*. Berlin: Springer.
10. Pendić, Z., Jovanović, T. et al. (2007) Kvalitet u zdravstvenoj zaštiti. *Tehnika (Deo: Kvalitet - IMS, standardizacija i metrologija)*, 3: 13-20.
11. Roberts, M. et al. (1999) *Analyzing Health Sector Performance, background note*. Washington: World Bank, World Bank Institute.
12. Segall, M. (2000) From Cooperation to Competition of National Health Systems and back?: Impact on professional ethics and quality of care. *International Journal of Planning and Management* 15(1): 61-79.
13. Tasić, Lj. (2007) *Farmaceutski menadžment i marketing*. Beograd: Placebo.
14. WHO, World Health Report: 200.

MODELS OF PRIMARY HEALTH FINANCING REFORM

Abstract: The reform of the health care system in Serbia includes numerous changes in the structure, processes, funding models, organizational culture and other factors of this complex organizational system. Designed reform should be treated as organizational change and implemented by the current approaches and methodologies of implementation of organizational changes. From the economic viewpoint particularly significant is the reform of financing of primary health care that is more elaborated in the paper, stating the theoretical models and international experience, and connections with future funding reform the system functioning.

Keywords: health care financing, organizational changes, primary health care.