Финансијски аспекти и импликације постојећег модела организације здравственог система

Н. Атанасковић¹

Financial Aspects and Implications of the Existing Models in the Health System

N. Atanasković

Сажетак: Реформе у здравству су постале светски феномен у последњих двадесет година претходног века. Социоекономске промене на глобалном нивоу, утицај медија, приступ информацијама, као и општа свест људи, само су неки од чинилаца који су имали и имају значајног удела у мењању слике о улози здравства, одлучивању, као и начину коришћења здравствених услуга.

Тенденција пораста учешћа средстава за здравствену заштиту у друштвеном производу, уз присутне проблеме економске ефикасности коришћења ресурса у здравственој заштити, најзначајнији су разлози за реформе система здравственог осигурања и здравствене заштите присутне у последњим деценијама двадесетог века у готово свим земљама. Неопходност реформи система финансирања здравствене заштите показује да ниједан модел не функционише без проблема и да се, стога, упоредо са изналажењем најадекватнијег модела, уводи низ новина, као што су: обједињавање здравственог осигурања и здравствене заштите, комбиновање финансирања здравствене заштите јавним фондовима и приватним осигурањем, увођењем конкуренције у јавни сектор приликом конкурсана за средства јавних фондова, са циљем да на једној страни подигне квалитет здравља становништва, али и да се здравствени систем прилагоди и побољша у складу са финансијским могућностима.

Summary: Reforms in health care have become a world phenomenon in the last twenty years of the century. Socio-economic changes at global level, the influence of the media, access to information, as well as general awareness of people are just some of the factors that have had a significant stake in changing the image on the role of health, decision making, and how to use health services.

The tendency to increase the participation of funds for health care in GDP, with the present problems of economic efficiency of resource use in health care, the most important reasons for reform of health insurance and health care present in the last decades of the twentieth century, in almost all countries. The necessity to reform the system of financing health care show that no model doesn't work without a problem and therefore, along the most adequate model, introduces a number of newspapers, such as merging of health care, combining financing health care public and private insurance introduction of competition in the public sector when competing for funding of public funds, in order to raise the quality of one side of health, but also to the health system to adjust and improve in accordance with financial possibilities.

The existing model of a professional organization of health services in Serbia is supported by appropriate financing method. In accordance with the recommendations of the World Health Organization, the existing model is permanently

1 Нелица Атанасковић, магистар економских наука, Дом здравља „Др Сава Станојевић“, Трстеник

Постојећи модел професионалне организације здравствене службе у Србији подржан је одговарајућим начином финансирања. У складу са препорукама Светске здравствене организације постојећи модел се перманентно усавршава и зато је потребно обезбедити финансијска средства која ће у потпуности одговарати жељеном циљу. У даљем тексту приказаће се како се постојећи професионални модел организације здравствене службе финансира и како заједно доводе до остварења крајњег исхода.

Кључне речи: организације у здравству, здравствени систем.

improved and it is therefore necessary to provide funds which will fully correspond to the desired goal. In the following text is displayed as the current model of a professional organization of health services financed and how together lead to the achievement of the final outcome ..

Key words: health care, health systems, models in the health organization.

Увод

Анализирајући предности и недостатке нашег система који се налази под јавном контролом указано је на проблеме у стварању одговарајућих стимулација у циљу ефикасности институционалних аранжмана. Конкурентност између пружалаца услуга је ограничена. Не само да су слабе стимулације за пружање ефикасније услуге уз ниже трошкове, већ и административна правила и прописи онемогућавају ефикасно управљање. Многе земље су већ прешле или прелазе са овог система на систем са све широм улогом приватног сектора у пружању здравствене неге и уз већу конкуренцију међу носиоцима здравствених фондова и пружаоцима услуга, што се намеће као неминовност и за систем здравствене заштите у нашој земљи. Један од кључних аспеката организације здравственог система јесте свакако и реформа финансирања здравства, па, у том контексту, говориће се о кључним институционалним условима, потенцијалним ефектима стимулације као и рангирања начина плаћања у смислу административних трошкова, поучени искуством земаља из окружења.

Финансирање здравства

Основно питање у вези са финансирањем здравства јесте мобилизација потребних финансијских средстава одговарајућим начином

финансирања. Сума новца која се добије из прихода (без обзира на начин финансирања) углавном зависи од тога колико је држава спремна да издвоји, у смислу других циљева (више цене рада), како би се повећала потрошња унутар здравственог сектора. У даљем тексту приказаћемо неколико најчешћих начина обезбеђења финансијских средстава за пружање здравствене заштите:

Финансирање од стране локалне заједнице

У неким земљама, заједница организује и контролише делатност примарне здравствене заштите, а понекад и болничке неге. Под окриљем финансијских планова заједнице, сједињују се финансирање и пружање услуга у здравственој заштити. Многе земље са ниским приходом користе овај модел финансирања како би обезбедиле основну и најпотребнију здравствену заштиту становништву. Једна од најјачих страна финансирања из локалне заједнице јесте одговорност. Међутим, финансирање од стране локалне заједнице има ограничене капацитете када је у питању сакупљање веће суме новца, али може ефикасно да се користи у смислу остваривања битних резултата у примарној здравственој заштити, и по-негде у болничкој нези.

Плаћање директно „из џепа“

Овај метод финансирања предвиђа да индивидуални пацијенти директно плаћају даваоцу здравствених услуга из свог „џепа“ за материјал и услуге које су добили. Ови трошкови, по правилу, не могу да буду рефундирани од треће стране, рецимо од осигурања. Први аргумент у корист овог начина плаћања, нарочито у земљама са ниским дохотком, јесте могућност да се сакупи додатни новац, који ће се потрошити у локалној заједници. На тај начин, теоретски, повећавају се одговорност и транспарентност. Постоји нада да ово може довести до смањене корупције и смањених општих трошкова и сл. Други аргумент у корист овог начина плаћања јесте да овако људи неће користити непотребне услуге здравствене заштите, зато што морају да плате за њих. Међутим, у стварности, крајњи изазов је како обезбедити да људи користе здравствене услуге онда кад им је то заиста потребно, у ситуацији кад немају довољно новца да за њих плате. Партиципација представља један од начина организовања ове врсте финансирања. Новац који долази директно „из џепа“ типичан је за земље са ниским и средњим дохотком. Кад се ради о „неформалним“ начинима плаћања, новије студије кажу да можда постоји спремности и могућност да се плати, поготово за амбулатну делатност нарочито у сиромашним земљама.

Порези

У општем порезу, цео доходак од пореза се користи за финансирање низа владиних активности. Тако здравствени систем мора да се надмеће за финансијска средства са свим другим програмима и секторима које Влада финансира, попут образовања, одбране, итд. Влада добија свој приход из различитих пореза и наплата, као што је порез на доходак, порез на доходак предузећа, порез на додату вредност, итд. Такав систем финансирања ће аутоматски створити више ресурса за здравство, пошто се економија временом развија. Међутим, сакупљање дохотка такође може да по-

расте или опадне на краћи рок, током пословних циклуса. Највећи проблем у оваквом начину финансирања здравствене заштите у земљама у транзицији јесте чињеница да здравствени сектор мора да се надмеће са другим секторима, и да је здравство најчешће мање битно од неких других области, као што је полиција, одбрана... Укупна сума новца која се може добити од пореза умногоме зависи од националне таксе и спремности државе да потроши тај новац на здравство, а не на одбрану или полицију.

Приватно осигурање

Приватно осигурање значи да људи добровољно одлучују да ли ће купити здравствено осигурање, како би се обезбедили у случају болести. Куповина овог осигурања може да се обави на индивидуалној или групној основи. У свету постоји појачано интересовање за различите облике приватног осигурања. Прво, приватно осигурање може да мобилише додатна средства. Друго, они који не плаћају нису покривени услугама, тако да не постоји проблем избегавања плаћања пореза. Такође, заговорници приватног осигурања тврде и да људи могу да бирају који ће план осигурања да узму, а конкурентно тржиште би на ту ситуацију требало да одговори разноврсним нивоом производа. Један од аргумената који иду у прилог приватном осигурању почива на конкуренцији, са циљем побољшања ефикасности. Захтев је да конкурентна тржишта осигурања сниже цене здравствене заштите. Такође, даваоци који су суочени са нижим дохотком видеће у томе стимуланс за реорганизацију свог посла, како би се спустиле цене. Највише бриге око конкурентности приватног осигурања лежи у питању „селекције ризика“. У развијеним земљама, структура морбидитета показује да је већина болести хроничне природе, тако да су трошкови здравствене заштите у великој мери предвидиви. Таква ситуација постоји и у Србији. Они који су болесни ове године, вероватно ће бити болесни и следеће. Сматра се да на око пет до десет одсто укупне популације одлази више од 70 одсто укупних

трошкова у здравственој заштити. Тако је ово један велики стимуланс за приватна осигуравајућа друштва да продају осигурање само здравим људима. Са друге стране, уколико прописи захтевају да осигуравајућа друштва продају осигурање по истој стопи, здрави клијенти га неће куповати. Што је мање доброг ризика у осигурању, то је више трошкова, а стопе иду навише. Приватно осигурање има потенцијал да сакупи новац од оних који га имају и који су спремни да се осигурају, али средства прикупљена на такав начин не могу лако да се користе за дотирање сиромашних. Велики број људи не може да се осигура не зато што не жели, већ зато што то себи не може да приушти.

Социјално осигурање

Капацитет социјалног осигурања, са аспекта сакупљања новца, зависи од могућности сакупљања новца (доприноса) од стране послодаваца и радника који су осигурани. Искуство је показало да социјално осигурање може да буде ефикасно у земљама са већином активности у формалном сектору и са компанијама које имају десет и више запослених.

Инструменти финансирања

Финансирање се односи на начин на који се новац мобилише и како се користи. То је једна важна контролна полуга која утиче на исходе као што су здравствени статус и његова дистрибуција и заштита од ризика. Финансирање се састоји од најмање четири главна инструмента¹:

1) Методи финансирања који обухватају опште приходе, социјално осигурање, приватно осигурање, финансирање заједнице и плаћање из сопственог џепа. Избор главних метода финансирања одређује износ средстава расположивих за здравствену заштиту, ко контролише ресурсе, и ко сноси финансијски терет. Бројни јавни програми конкуришу за финансирање из општих прихода док се социјално осигурање ослања на наменске приходе од

премија које плаћају послодавци и запослени. У системима финансирања из општих прихода, социјалног и приватног осигурања, министарство финансија или агенције за социјално осигурање или приватна осигуравајућа друштва ће у одговарајућем појединачном систему узети главну контролу над финансијским средствима. Свака агенција различито врши расподелу средстава, мењајући системске исходе, у одговору на своје јединствене циљеве, интересне групе и политичка и тржишна ограничења. Финансијски терет пада на различите групе људи када се здравствена заштита финансира из пореза или је финансирају пацијенти директно из свог џепа.

2) Расподела средстава између превенције, различитих здравствених услуга, медицинске обуке и капиталних инвестиција одређују техничку ефикасност у стварању здравствених исхода. Расподела средстава такође кључно утиче на ниво заштите од финансијског ризика. На пример, када планови финансирања путем осигурања искључе одређене услуге из покрића, заштита од финансијског ризика за пацијента је елиминисана и они се суочавају са сто посто трошкова. Када јавне установе не обезбеђују одређене услуге бесплатно (или скоро) бесплатно, тада пацијенти морају да плате. Промене у осигуравајућој заштити или у понуди медицинских услуга утичу на пацијентов приступ и коришћење здравствених услуга, што утиче на њихов здравствени статус и задовољство потрошача. Директно јавно финансирање медицинског образовања, изградња болница и медицинска истраживања утичу на квалитет и тип медицинских услуга које обезбеђују.

3) Рационализација полази од становишта да ниједна земља, богата или сиромашна, не може да финансира сваку здравствену услугу које становништво жели. Део здравствене заштите мора да се рационалише. Здравствене услуге могу се рационалисати ценом, временом чекања, компетентношћу пружалаца, правом пацијената да бирају лекаре, расположивошћу комплементарних роба као што су лекови и хирушки материјал, и љубазност пружалаца услуга. Рационализација се првенствено постиже преко контролне полуге

финансирања тако што се одлучује које ће се услуге финансирати и колико се плаћа. Метода рационализације која се одабере има значајне ефекте на једнакост у здравственом статусу, задовољство пацијената и заштиту од ризика. На пример, рационализација здравствене заштите путем цена значи да сиромашнији имају мање приступа него богатији, док рационализација здравствене заштите путем цене значи да сиромашнији имају мање приступа него богати, док рационалисање путем времена чекања не иде у прилог богатих, јер губитак због неискоришћености њиховог времена генерално виши. Наравно, богати могу да оду и потраже услуге код пружалаца који нису под уговором и да плате из џепа.

4) Институционални аранжман за финансирање. Међу опцијама које има једна земља јесу и ослањање на јавни монопол или конкуренцију за обезбеђивање осигурања или централизовање или децентрализовање јавних финансија. У оквиру социјалног осигурања, једна земаљ може да организује план осигурања или као јавни монопол, или да дозволи конкуренцију многих профитних и непрофитних планова осигурања, тиме мењајући административну ефикасност. Што је још важније, у којој мери ће финансирање бити конкретно одређује степен негативног избора ризика у финансирању, што са друге стране утиче на груписање ризика. У свим напредним економијама било је тешко постићи опште циљеве једнакости и ублажити негативни избор ризика преко система добровољног осигурања. Као последица тога, све напредне економије ослањају се на опште приходе или на обавезно социјално осигурање за финансирање здравствене заштите.

Дискусија

Јавни, државни расходи, показују повећање свог учешћа у друштвеном производу, а на финансирање здравства, образовања, одбране, социјалне политике и социјалног осигурања отпада око две трећине јавних прихода. Финансирање се једним делом врши из доприноса које плаћају осигураници и послодавци, а

са друге стране држава учествује у финансирању програма. Програми који се финансирају из пореза или премија социјалног осигурања могу се централизовати или децентрализовати на нивоу региона. У аранжману децентрализованог финансирања, однос између износа пореза или премија које се плаћају и услуга је директнији и лакше се уочава. Сиромашне области имају проблем са финансирањем адекватне услуге ако централна власт не предузме корективне мере. Ако је финансирање система децентрализовано и није успостављен механизам за редистрибуцију између региона или група ризика, децентрализација може да смањи једнакост у здрављу и заштити од финансијских ризика.

На **графикону 1.** су приказани односи између финансирања и одабраних међу-исхода и крајњих циљева. Као што слика приказује, понекад финансирање има директан утицај на коначне исходе а понекад финансирање утиче на међуисходе као што су приступ и квалитет, који с друге стране утичу на здравствени статус и задовољство јавности. Међународна искуства често показују да је финансирање главни одређујући фактор нивоа и дистрибуције и да препознаје два коначна исхода: здравственог статуса и заштите од финансијског ризика².

Основна начела свих здравствених система, па и нашег, представљају достојанство, равноправност, солидарност и етичност, са оријентацијом на потребе грађана и његово целокупно здравље³. Основни алат за остварење тих циљева јесте прегледан и квалитетан систем финансирања, са ефикасним начином распооређивања здравствених средстава и плаћања услуга. Финансирање здравствене заштите мора да се заснива на финансијском поштењу према извођачима, а мерила, односно критеријуми распоређивања средстава представљају потребе грађана и квалитет здравственог збрињавања. Идеалан систем финансирања утиче на ефикасност вршења услуга и успешност побољшања здравља свих грађана, али нема непосредан утицај на број извршених услуга. Из тог разлога потребно је да се врши надзор над сваким системом и да се спроводи праћење, јер само текућим утврђивањем и отклањањем нежељених ефеката система може

Графикон 1: Односи између инструмената финансирања и општих циљева²

да обезбеди стабилност и уравнотеженост здравственог система у остварењу постављених приоритетних циљева.

На подручју финансирања даваоца здравствених услуга и програма има доста различитих приступа, који су проузруковани карактеристикама система као и организацијом здравствених служби, традицијама, развијеношћу капацитета, материјалним могућностима друштва, циљевима система, итд.

Финансирање здравствене службе у Србији

Постојећи модел професионалне организације здравствене службе у Србији подржан је одговарајућим начином финансирања. У складу са препорукама Светске здравствене организације постојећи модел се перманентно усавршава и зато је потребно обезбедити финан-

сијска средства која ће у потпуности одговорити жељеном циљу. У даљем тексту приказати се како се постојећи професионални модел организације здравствене службе финансира и како заједно доводе до остварења крајњег исхода.

У нашој земљи преовладава проспективни приступ, што значи да је даваоцу услуга за његов рад унапред одређен и познат обим услуга и сума новца, коју ће примити за остварење свог програма. У функцији професионалног модела постепено се уводе комбинације различитих метода плаћања здравствених услуга по појединим делатностима и службама или временским периодама. То значи, да се уводи модел капитација у примарној здравственој заштити – плаћање по броју одређених пацијената, за неке делатности паушални начин или плаћање по услугама, а болнице по једној од могућих варијанти које предлаже Светска здравствена организација. Иначе

најједноставнији облик плаћања рада здравствених установа или радника у Србији јесте паушал. То је приступ, по којем се даваоцу услуга одреди годишњи износ новца, са којим мора остварити програм рада. Такав начин може се применити скоро у свим здравственим делатностима и примењује се тамо где је главни циљ платиоца задржавање трошкова здравствене заштите у оквирима његових прихода. У примарној здравственој заштити постепено се и код нас уводи модел капитације (почео се примењивати од 2008. године), по којој је лекар (и његов тим) односно здравствена установа плаћена према броју одређених лица. За свако регистровано лице лекар (здравствена установа) добије извршан износ са којим мора обезбедити и пружити осигураницима све услуге из своје делатности. Систем услуга или паушал се комбинује са моделом капитације. Њиме поред уговорене суме новца здравствене установе добијају и додатна средства за број пацијената који су се определили за изабране лекаре и стоматологе у примарној здравственој заштити на месечном нивоу. У болницама се примењује начин плаћања по болесничком (БО) дану, по случају (по ужим специјалностима) а у последње време и по групама дијагноза (ДРГ), а све у циљу како би се уместо система финансирања капацитета постепено уводио систем финансирања услуге, који на много ефикаснији начин помаже спровођењу постојећег модела здравствених организација. Сваки од наведених начина плаћања даваоца услуга има своје предности али и слабе стране и комбинацијом различитих модела покушавају се остварити крајњи циљеви здравственог система. Тако се могу као последица начина плаћања појавити листе чекања, слаба снабдевеност осигураника (нпр. код паушала), или превелика »љубазност« лекара према пацијентима, који ће им омогућити и неоправдано коришћење неких услуга (код капитације), смањење квалитета и стандарда услуга, итд. То је посебно значајно, ако имамо на уму, да често постоји разлика у плаћању здравствених установа и начину плаћања њихових лекара и осталих здравствених радника. Здравствена установа може бити нпр. плаћена по капитацији или по услугама али њени лекари

добијају плату према колективном уговору. Због тога треба код праћења начина плаћања даваоца услуга водити рачуна и о томе, како је ко плаћан у систему.

Графикон 2: Финансијски аспекти постојећег модела у Србији

Праведан начин распоређивања ресурса ствара подстицаје за промену понашања извођача и утиче на ефикасност, равноправност и квалитет резултата здравствених реформи. Наша земља је из тог разлога у имплементацију циљева здравствене политике афирмисала комплетне моделе распоређивања здравствених ресурса који укључују уговорне механизме као и системе плаћања за извођаче, професионалне групе, лекове. Систем финансирања, са начином распоређивања средстава, и плаћање услуга, са ограниченим надзором, утичу на понашање свих делова здравственог система, на обим и трошкове здравствених услуга, на квалитет здравствених услуга, планирање и примену медицинске технологије.

У досадашњим моделима финансирања здравствени субјекти успевају, после одређеног периода увођења и прилагођавања, да искористе недостатке модела. Идеалан модел распоређивања средстава не постоји, али се свакако мора усавршавати и прилагођавати променама модела организације здравствене службе. Успостављање надзора, анализа и текућих промена руководиоци ће успешно моћи да усклађују различите моделе.

Модел пружања здравствене заштите следи облик финансирања. Ово практично значи да подела, структура и ток фондова за здравствену и социјалну заштиту и следствене услуге

могу утицати дословце на сваки аспект интегрисане здравствене заштите.

Начин плаћања даваоца услуга има доста велики утицај на целокупне трошкове државне здравствене заштите односно носиоца осигурања. Због тога треба брижно изабрати »прави« начин, који ће омогућити остваривање циљева система у расположивим финансијским оквирима и који ће на најбољи начин одговарати постојећем професионалном моделу здравствених организација. Због тога су поред начина плаћања значајни стандарди и нормативи, на основу којих се може реално планирати обим и врста здравствених услуга и елементи за вредновање програма услуга и њихових цена. У Србији о тим питањима преговарају представници даваоца услуга и осигураних лица, односно Владе. На основу њиховог договора формирају се цене које се употребљавају код обрачунавања здравствених услуга носиоцима осигурања односно држави. У приватним системима таквих преговора нема него се цене формирају на основу понуде и потражње.

У нашој земљи неопходне су реформе, посебно у области измене законодавне регулативе, унапређења система прикупљања доприноса и увођења добровољног пензијског и здравственог осигурања. Постојећи систем финансирања код нас се константно моделира и усавршава како би обезбедио потребан квалитет пружања здравствених услуга, који одговара професионалном моделу и који у складу са тим обезбеђује рационалан однос у коришћењу пренетих средстава. У професионалном моделу организације здравствене службе окосницу чине: здравствени радници, високо стручни професионалци на чије зараде одлази највећи део финансијских средстава. Републички завод за здравствено осигурање Србије још увек је присиљен да финансира вишак капацитета у систему здравствене заштите који представља највећи проблем када је у питању неусклађеност начина финансирања са постојећим моделом. Чине се велики напори у превазилажењу поменутог недостатка тако што су направљени стандарди за запошљавање кадрова у здравственим установама. Планирање људских ресурса у здравственим устано-

вама је условљено финансијским ресурсима. Постојећи модел развија подстицаје у систему здравствене заштите који ће руководству здравствених установа помоћи да се укључе у стратешко планирање људских ресурса испроба различите тимове или организацију здравствене службе како би се постигла ефикасна добит. Увођење промена у моделима плаћања даваоцима услуга ће имати утицај на понашање здравствених радника, њихову мотивацију и делотворност праксе. Иако постоје у Србији описи радних места, као и улога и одговорност запослених у систему здравствене заштите, постоји и потреба за детаљним описима послова који би дефинисали сврху послова, очекиване исходе и стандарде. Ово би помогло успостављању основе за унапређење начина процене здравствених радника из коришћења методе процене учинка које ће бити подржане финансијским моделом.

Финансирање здравствених установа постаје све децентрализоване па је неопходно ојачати капацитете менаџера на локалном нивоу, како би на најбољи начин управљали додељеним финансијским ресурсима. Искуство руководиоца је од кључног значаја уколико стимулације треба да побољшају ефикасност на планирани начин. Стручно управљање је пресудно за успешну реализацију финансијских активности а нарочито ако се узме у обзир чињеница да здравствене организације у Србији на локалном нивоу располажу са ограниченим менаџерским капацитетима у области здравства.

Ефикасан менаџмент људских ресурса у оквиру здравствених установа је неопходан за рационално коришћење финансијских средстава и квалитет пружених здравствених услуга. Руководствене способности су неопходне како би се постигле предности које пружа ефикасно и ефективно лидерство, а неке од њих су следеће: уредно руковање великим количинама информација; пажљива расподела додељених фондова током периода исплате; коришћење глобалног буџета са децентрализованим планирањем захтева припрему плана буџета и ефикасне преговоре са управом буџета; функционисање комплексних рачуноводствених система и система информисања руководства за-

хтева обучено особље. Зарад успеха здравствени менаџери морају да направе најбољи избор код расподеле финансијских средстава, техничких питања и поделе у вези одабира запослених, залиха и технологије какви се очекују у складу са светским стандардима.

Менаџменту здравствених установа мора да се да могућност да у оквиру прихода које ус-

танова оствари, зараду сваког појединца одређује према стручности, обиму и квалитету његовог рада. Мотивисано и продуктивно особље са dobrim условима за рад и могућношћу за даљим образовањем, ће допринети побољшању задовољства корисника и особља.

Литература

1. Kenneth Davey: Finansiranje zdravstvene zaštite - ka reformi javnog zdravstva u Srbiji. Palgo centar, Beograd, 2006.
2. Lu J, Hsiao WC: Does Univerzal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons from Taiwan. Health Affairs, 2003; 22(3): 77-88.
3. WHO: The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. Ljubljana, 1996.