ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ СРБИЈЕ И ЕВРОПСКА УНИЈАСретен Станојевић¹**THE HEALTH SYSTEM OF SERBIA AND EUROPEAN UNION**

Sreten Stanojević

Сажетак

Могу се идентификовати два реформска тренда у Европској унији, од којих је први препознатљив по покушају да промовише једнакост приступа здравственој заштити – ширењем покривености, повећањем основа заштите путем приватног осигурања и стратешке алокације ресурса, а други ставља нагласак ка борби за што већи квалитет здравствене неге. Карактеристика настојања је принцип вредност за новац, усавршавање здравствених технологија и корааци ка подстицању коришћења услуга. Код овакве констелације односа поставља се питање да ли постоји оптималан метод финансирања здравствене заштите, а одговор на ово питање уважава одређене претпоставке. Јавне финансије су супериорније у односу на приватне финансије. Наравно да област јавних финансија носи са собом своје проблеме. Јер, тамо где доминирају јавни доприноси за социјално и здравствено осигурање постоји опасност да дође до високих трошкова пословања.

У детерминисању оптималне методе финансирања здравствене заштите се стога све више уважава став да је најбоља она метода која се прилагођава променама. Основни смисао и циљ реформи је обезбеђење економске и фискалне одрживости финансирања здравствене заштите у контексту социјалне сигурности, а да се притом оствари равноправност приступа

Summary

It can identify two reformist trends in the European Union; the first is known for trying to promote equality of access to health care – expanding coverage, increasing ground protection through private insurance and the strategic allocation of resources, and the other emphasizes to fight for a higher quality of care. The principle feature is value for money, advancement in health technology and steps to encourage the use of services. With this constellation of relationships raises the question whether there is an optimal method of financing health care, and the answer to this question takes into account certain assumptions. Public finances are superior to private finance. Of course, public finance brings its own problems. Because, where it is dominated by public contributions for social insurance, there is a risk of high costs.

In determining the optimal method of financing health care is accepted view that the best method that adapts to change. The main purpose and objective of the reform is to ensure the economic and fiscal sustainability of health care financing in the context of social security, and thereby to achieve equality of access and value of the services in accordance with the invested funds. Our health care system is showing exemplary flexibility in an effort to achieve a higher quality of available resources, which are several times lower than the European Union average.

¹ Мр сц. нур. Сретен Станојевић, Институт за рехабилитацију, Београд.

и вредност услуга сагласно уложеним средствима. Наши здравствени систем показује примерену флексибилност у настојању да се постигне што већи квалитет са расположивим средствима, која су вишеструко мања у односу на просек Европске уније.

Кључне речи: здравствено-политичка стратегија, оптимални модалитети финансирања, заштита пацијената.

Key words: health-policy strategy, optimal funding modalities, patient care.

УВОД

Добијање статуса кандидата Србије за пуноправно чланство у Европској унији несумњиво доноси обавезе и задатке који се морају испунити. Притом имамо у виду да Уговор о Европској унији представља, уз потписивање Римског уговора из 1958. године, најзначајнији корак ка европским интеграцијама. Европска унија са својим државама чланицама чији су народи слободном вољом уједињени, гради европско заједништво у свим областима деловања, јер је то суштина европског јединства. Нашу пажњу ћемо задржати на важној и есенцијалној области као што је здравство.

Здравствена политика у Европској унији је у надлежности држава чланица. Амстердамским уговором је утврђено да државе чланице сnose пуну одговорност за организацију здравствене службе и медицинско збрињавање. Но, треба имати у виду да на овом пољу Европска унија добија све више на значају. То се остварује у виду одговарајућих компетенци, путем којих се државе чланице упућују на заједничко деловање. И то не само у области здравства, јер код свих активности Европске уније преовладава субсидијарни принцип, који подразумева иницијалну слободу деловања уз функционалну корекцију на име европског заједништва.

ЦИЉ И МЕТОД РАДА

Циљ овог рада је крајње прагматичне природе. И поред евидентних макроекономских проблема, реалног заостајања у технолошком погледу, веома ниског стандарда и смањене личне потрошње, Србија има могућности да постане члан велике европске породице. То се нарочито односи на област здравства, који по вредносним критеријумима не заостаје од европског просека.

Што се методе рада тиче, фаворизује се компаративна метода, као метода која у научно-истраживачком поступку даје најплодоносније резултате. С тим у вези најпре се презентирају и сагледавају стратешке мере и опредељења, методи финансирања и избор оптималних модалитета Европске уније, а у контексту вредновања и анализирања наших актуелних прегнућа и настојања. Мишљења смо да је здравствени систем Србије, са свим недостацима и предностима, корифеј наших свеукупних настојања да постанемо бар 30. члан Европске уније.

ЗДРАВСТВЕНО-ПОЛИТИЧКА СТРАТЕГИЈА ЕВРОПСКЕ УНИЈЕ

Све значајнија улога Европске уније у области здравства кулминирала је у 2000. години на Конференцији шефова влада у Ници, којом приликом је потписан мултилатералан уговор. Овај уговор утврђује

фаворитет Европске уније у здравственој политици. Као основни здравствено-политички задаци и циљеви Европске уније означени су побољшање здравља становништва, спречавање људских обољења, елиминисање узрока који доводе до оштећења људског здравља, борба против широко распрострањених тешких болести, као и побољшање протока здравствених информација. Да би се ови циљеви остварили, Савет министара може да предузме мере за превенцију и унапређење здравља. Такође, треба истаћи да је свакој држави чланици препуштено како да ове мере на делу своје територије спроведе.

Здравље има високо позиционирану вредност за грађане Европске уније, а здравствена политика је сензибилно поље делатности. За целовито хармонизовање здравственог система недостаје мандат, односно легитимитет. Јер, и поред прегнатних настојања Европске уније да изгради сопствени здравствено-политички ангажман, мораће да се повуче још пуно корака до тог циља, који подразумева свеобухватно и на усаглашеном деловању здравственог збрињавања. Члан 152 Уговора обавезује Европску унију да осигура „висок ниво здравствене заштите код свих политичких одлука на европском нивоу“. Здравствено-политички акциони радијус Европске уније је уско ограничен на подручје јавног здравља, и пре свега се односи на мере за предупређење и борбу против заразних болести, иницијативу у области превенција, и учешће у спровођењу здравог стила живота. Треба поменути и деловање у виду смерница за квалитет крви и крвних продуката, сигурност органа, људских ћелија и ткива. Не треба с тим у вези да изненади постојање великих разлика у нивоима збрињавања између држава чланица. Примера ради, у Румунији и Бугарској умре три пута више људи од обољења срца и крвотока, у односу на просечне вредности Европске уније.

Самим тим здравствено-политичка стратегија Европске уније је врло захтевна,

јер подразумева форсирање приоритета у области здравства, проширење сазнања, борбу услед настанка нових болести, као и јачање заједништва у циљу синергичног деловања.

Стратегија обухвата две битне тачке:

1. Акциони програм,
2. Спровођење интегрисане стратегије.

Акциони програм, односно акциони оквир у области јавног здравља је суштински елемент стратегије. Тежиште је концентрисано на следеће области:

- Побољшање информација и обавештења у области здравља на свим нивоима друштва;
- Превенција и сузбијање преносивих болести;
- Превенција и сузбијање дроге;
- Сузбијање пушења (са посебним нагласком на обавезама произвођача и продаваца дуванских производа);
- Квалитет и сигурност органа и супстанци људског порекла;
- Крв и крвни деривати (са нагласком на правцима деловања ка учвршћивању оквира за нормативе квалитета и сигурности, као и оптимална употреба крви и деривата);
- Европска здравствена реформа (са нагласком на оне области у којима државе чланице не постижу пуно дејство и за које је заједничка координација од великог значаја).

Спровођење интеграционе стратегије

Да би се кохерентност здравствено-политичке стратегије заједнице осигурала, потребно је акције у области јавног здравља чврсто умрежити са здравствено релевантним иницијативама других области заједничке политике, као што је: унутрашње тржиште, заштита потрошача, односно корисника услуга, социјална заштита, уполненост, заштита човекове околине.

Оваква повезаност мора да ојача нове заједничке механизме и инструменте, који у

садејству са другим заједничким областима гарантују квалитет здравствене заштите.

Иначе, европска здравствено-политичка стратегија стоји у средишту свих политичких питања Уније, а све у функцији повећања нивоа здравствене заштите европских грађана. Стратегија циља и приоритета је:

1. Нови стратегијски концепти ЕУ за здравље.
2. Сигурност пацијената и превенција од терапеутских инфекција.
3. Заштита права пацијената.
4. Телемедицински системи и службе.
5. Одбори за заштиту потрошача – корисника услуга, јавно здравље и човекову средину.
6. Принцип збрињавања.

Стратегија као што видимо обухвата здравствену заштиту у свим областима. Ова стратегија по свом хабитусу треба да буде способна да одговори на увек актуелне претње по здравље народа, као што су демографске промене, пандемије, биотероризам, обољења која настају услед нездравог живота.

Постоје четири главна принципа с тим у вези.

Принцип I: на темељној стратегији заснована здравствена услуга. Комисија Европске уније посебно динамизира заједнички рад са државама чланицама као примарну вредност. Потребно је да систем има такве здравствене индикаторе који ће омогућити обухват упоредивих података на свим нивоима.

Принцип II: Здравље је највеће добро, не само са позиције појединца, него социо аспекта. Здравље становништва је претпоставка за раст бруто друштвеног производа, повећање радног учинка и личног благостања, јер је здравље људи у директној корелацији са привредним развојем једне земље, с тим што тек предстоји подробна анализа која би несумњиво детерминисала

међузависност између стања здравља, здравствених инвестиција и раста привреде.

Принцип III: Здравље је централна тема здравствене политике. Треба навести и друге области, као што су регионална заштита човекове средине, прописи о лековима, систем социјалне сигурности, де-стимулисање и опорезивање дуванских производа, јер ове области у виду синергије несумњиво доприносе развоју здравља.

Принцип IV: Позиција Европске уније у међународним здравственим институцијама мора да се побољша, и то првенствено у виду јачања партнерства.

Овако прецизирани принципи експонирају три централна циља у непосредном периоду у вези са здравствено-политичким поступањем Европске уније.

Први циљ је предузимање корака у вези са оздрављењем све старије популације Европе. Ниво новорођених је низак, а људски век је због пораста квалитета живота продужен. Таква структура остареле популације има последицу пораст издатака за очување здравља и коришћења здравствених услуга. Европска комисија мора стога да подржи мере које ће имати циљ да са једне стране унапреди здравље не само старијих особа, него и радно способне популације и деце, а са друге стране да такве активности дају допринос продужењу продуктивности популације и доброг здравственог стања до дубоке старости.

Други се циљ огледа у заштити грађана од здравственог поступка. Здравствена заштита је апсолутно обавезна категорија у Европској унији, а на нивоу целог друштва се инсистира на узрочно-последичној процени предузетих мера, при чему важну улогу игра планирање активности и мера у случају епидемија и биотероризма, побољшање сигурности на радном месту и на спречавању несрећа. Борба против пандемија, биолошких незгода или претњи у виду биотероризма ипак је могућа само путем заједничког деловања и обостране сагласности на нивоу заједнице. То исто

важи и за примену нових поступака у вези са последицама услед климатских промена.

Трећи циљ је везан за динамичко напредовање здравственог система и нових технологија. Саме нове технологије често се доводе у питање посматране са аспекта побољшања сигурности пацијената, као и побољшања ефикасности лечења. Услед свих наведених чињеничних околности, потребно је на нивоу заједнице повећати здравствену делотворност, као и мере за подстицање држава чланица и региона.

МОДАЛИТЕТИ ФИНАНСИРАЊА И ИЗБОР ОПТИМАЛНОГ МЕТОДА

Када говоримо о здравственом систему Европске уније, ваља најпре имати у виду да у постојећој констелацији односа он обавља важну друштвену функцију у циљу очувања сигурности и безбедности грађана, посебно у погледу доприноса социјалном и економском благостању. У светлу таквих вредности, Европски савет артикулише изазове са којима се суочавају државе чланице, при чему је доминантна улога осигурање финансијске одрживости здравствених система. То нарочито подразумева вредности као што су: универзална покривеност, солидарност у финансирању, једнакост приступа.

Иу земљама Европске уније, као у осталом и у свим земљама света, здравство се налази у ситуацији недостатка средстава (без обзира на степен развијености производних снага једне земље). Услед тога је проблем одрживости од велике важности. С тим у вези истичемо економску одрживост и фискалну одрживост.

Економска одрживост се односи на раст здравствене потрошње сагледано кроз проценат бруто друштвеног производа. Потрошња за здравствене потребе је економски одржива до тачке у којој нема опасности од угрожавања раста других области у пренеди.

Код фискалне одрживости вреди водити рачуна да здравствени систем, иако је економски одржив, може бити фискално неодржив уколико је јавни приход недовољан да покрије јавну потрошњу.

Постоје три шира приступа у решавању проблема фискалне одрживости:

1. Повећање јавних прихода до тачке која ће омогућити да обавезе здравствених система буду у потпуности испуњене.
2. Смањење обавеза до тачке на којој обавезе могу бити испуњене из постојећег прихода.
3. Побољшање здравствених капацитета конверзијом вредности ресурса.

Здравствена политика финансирања обухвата низ функција: прикупљање средстава за здравствену заштиту, уједињавање фондова, као и пласман здравствених услуга. Све државе чланице користе разне механизме доприноса за финансирање здравствене заштите, укључујући и јавна и приватна средства, out-of-pocket исплате у облику директних плаћања за услуге које нису обухваћене у законском пакету бенефиција (ми бисмо рекли – нису обухваћене обавезним здравственим осигурањем). Јавна потрошња на здравство има доминантно место у свим земљама Европске уније, иако је проценат ове врсте потрошње у незнатном паду. Удруживањем фондова омогућава се учешће здраве популације чијим доприносима се такође покривају трошкови здравствене заштите. То је битно и са позиције обезбеђивања равноправности приступа здравственој заштити. И на крају, начин пласмана односно пружања услуга централно је питање за обезбеђивање ефикасности и квалитета здравствене заштите. У државама чланицама у којима се здравствена заштита финансира углавном кроз порез, реализација у овом сегменту је пренета на локалну самоуправу. Но од пресудне је важности покривеност становништва здравственом заштитом, постојеће бенефиције, као и подела трошкова. Самим тим што се

има држављанство одређене земље то је најчешћи основ за стицање права на здравствену заштиту у земљама Европске уније, а реч је о свеопштој или близу свеопште покривености становништва од 98 до 99%. Здравствени системи земаља Европске уније пружају свеобухватну заштиту, што подразумева покривеност превентивне и јавне здравствене услуге, примарну негу, амбулантно и болничко специјалистичко лечење, лекове на рецепт, бригу о менталном здрављу, стоматолошку негу, рехабилитацију, кућну негу.

Увек актуелно питање које лебди над овим настојањима је питање ресурса. Ресурси могу да потичу из различитих извора – приходи од доходака и пореза на доходак, порез на додату вредност, посебан порез на потрошњу дувана и алкохола, доприноси на основу осигурања. Извори финансирања нису ипак у тој мери одлучујући, као што су то политички инструменти којима се управља новчаним системима плаћања. С тим у вези постоје три стратегије.

Прва стратегија се руководи принципом да у свакој земљи постоји један део становништва који је сиромашан и који није у ситуацији да даје прилоге или уплате било у форми пореза на приход или доприноса за осигурање. Овим људима је потребна подршка из средстава прикупљених на нивоу заједнице, а оваква средства у већини случајева потичу од додатног опорезивања. Предметна подршка се обично реализује из буџета или као посебан додатни део осигурања. Земље са оваквим устројством здравствене заштите располажу са релативно високом количином средстава за ове намене и учествују са 5–6% у бруто друштвеном производу.

Друга стратегија се карактерише тиме што настоји да допринесе да потребе сиромашних и болесних осигура из финансијских средстава здраве популације. С тим у вези су важни дугорочни планови за проширење обезбеђења плаћања у иначе веома просторној структури осигурања.

Трећа стратегија подстиче заједничке фондове који осигуравају здравствене потребе малог броја лица и који на дужи временски период немају способност одржања. Све три стратегије нам указују да су задивљујући напори у циљу очувања људског здравља као најзначајнијег добра за трајан привредни и социјални развој, као и да чланице Европске уније имају за циљ да систем финансирања здравља стално развијају и усавршавају.

Графикон 1. Три димензије које узимају у обзир пут ка универзалном осигурању у случају болести.

У таквој констелацији односа сасвим је природно да постоје варијације у распону обухватања потреба и покривености трошкова. У неким државама чланицама постоји чак јаз између онога што се званично покрива и дешавања у пракси. Све то упућује на неопходне финансијске реформе у здравству.

Али ту долазимо до суштинског питања: које су то финансијске реформе које ће несумњиво довести до побољшања одрживости система? Тим пре што није тешко открити раскорак између онога што се троши на здравствену заштиту и друге облике социјалне заштите и реалне покривености таквих настојања. Али после уочавања раскорака ваља наћи механизам који ће то превазићи. Како садашња сагледавања показују, да се закључити да ће у будућности једини

начин за премошћивање јазу бити повећање ослањања на приватне финансије. При томе не смемо пренебрегнути да приватно финансирање здравственог система подрива одређене вредности и представља не најбоље решење у поређењу са јавним финансирањем здравствене заштите. **Централизовани** системи за прикупљање средстава, колико год да имају недостатке, у повољнијем су стању да прикупљају и дистрибуирају средства, па самим тим да боље генеришу приходе него што то могу системи у којима се прикупљање доприноса обавља на децентрализованом, односно појединачном нивоу. Неке од првих земаља чланица Европске уније (Француска и Немачка) су предузеле кораке ка јачању јавних прихода путем **проширења базе прихода** потребних за здравствену заштиту. Тако се у овим земљама повећање прихода не заснива само на издвајању из зарада, него преко пореских издвајања. Овакав систем доприноси фискалној одрживости у контексту растуће незапослености, а са друге стране раста неформалне привреде и samozapošljavanja. Стварање националног **заједничког фонда** за превазилажење генерисаних проблема у здравственој заштити је тренд који је добродошао и у новим и старим чланицама Европске уније. Други добродошао тренд у вези са обједињавањем средстава је **стратегија расподеле** удружених средстава, при чему се уважавају и историјске особености, политичка стремљења, као и капитација заснована на стратешкој алокацији ресурса, и то на основу капитације са ађустираним ризиком.

Неке државе чланице су увеле **конкуреницију међу корисницима услуга** (дисперзирани здравствени фондови), што може изгледати као добар начин за подстицање коришћења услуга. У пракси, међутим, трошкова страна овог облика конкуренције често уме да превагне над предностима које она има. Искуствена сазнања из Белгије, Француске и Немачке потврђују такву вредносну констелацију.

Тако долазимо до сазнања да приватно здравствено осигурање у земљама Европске уније користи првенствено богатија и боље образована популација, док је приступ старијим особама и особама које имају нарушено здравље отежан.

На основу свега изложеног могу се идентификовати два реформска тренда у Европској унији. Прво, државе чланице су направиле препознатљив покушај да промовишу толико жељену **једнакост приступа здравственој заштити** – ширењем покривености, повећањем основа заштите путем приватног осигурања и стратешке алокације ресурса. Друго, постоји јасан нагласак ка борби за што већи квалитет здравствене неге. Карактеристика овог настојања је принцип *вредност за новац*, усавршавање здравствених технологија и кораци ка подстицању коришћења услуга. На овом месту би вредело запитати се – **да ли постоји оптималан метод финансирања здравствене заштите?** Да би се одговорило на ово круцијално питање, морају се уважити одређене претпоставке. Јавне финансије су супериорније у односу на приватне финансије. Оваква констелација не би смела да буде изненађујућа имајући у виду конкретну друштвену потребу да се обезбеди одрживост здравственог система и то са високим нивоом квалитета, потом једнакост и правичност приступа здравственој заштити. Притом ваља имати у виду и финансијску ефикасност: јавно генерисане финансије доприносе већој ефикасности, а уједно пружају већу заштиту од финансијских ризика. Наравно, да област јавних финансија носи са собом своје проблеме. Јер, тамо где доминирају јавни доприноси за социјално и здравствено осигурање постоји опасност да дође до високих трошкова пословања и самим тим до тешкоћа у остварењу довољних прихода који ће омогућити реализацију жељених резултата.

У детерминисању оптималне методе финансирања здравствене заштите стога се

све више уважава став да је најбоља она метода која се најбоље прилагођава датим променама. Основни смисао и циљ реформи је обезбеђење економске и фискалне одрживости финансирања здравствене заштите у контексту социјалне сигурности, а да се притом оствари равноправност приступа и вредност услуга сагласно уложеним средствима. За остварење тако сложених, готово узвишених циљева, још није пронађен савршен механизам, али да се стреми ка оптималном методу није спорна чињеница. С тим у вези истичемо да су одређене препоруке на основу достигнутих искуствених сазнања земаља Европске уније веома корисне, па ћемо их интерпретирати:

- Креатори здравствене политике треба да обухвате читав низ модалитета финансирања здравства, а не да се првенствено фокусирају на механизме доприноса.
- Утврђивање јасних граница између јавног и приватног финансирања, тако да се приватне финансије не ослањају на јавне ресурсе нити нарушавају јавну алокацију ресурса и приоритете.
- Пружање услуга и успостављање система плаћања који омогућује подстицање ефикасности, квалитета и продуктивности.

ЗАШТИТА ПАЦИЈЕНАТА И КОМПАРАТИВНЕ ВРЕДНОСТИ

У наш здравствени систем област заштите пацијентових права уведена је новим Законом о здравственој заштити, који је у примени од 10. децембра 2005. године. За разлику од нашег легислативног утврђења, које има циљ заштиту ускраћених права у вези са пружањем здравствених услуга и понашања здравствених радника и сарадника, у земљама развијене западне економије смисаоност заштите је шира. У Европској унији се полази од става да иако медицина има висок квалитет заштите, не постоји ипак стопостотна сигурност приликом медицинског збрињавања. У

случају да током лечења пацијент претрпи здравствено оштећење, стоје му на располагању широке могућности. Овако опсежне мере у циљу заштите пацијената су сасвим разумљиве, јер **на годишњем нивоу у Европској унији дође код 8–12% хоспитализованих пацијената до компликација. Такође, код једног од 20 пацијената на стационарном лечењу долази до инфекција, што представља ред величина од 4,1 милиона пацијената, а ове инфекције доводе до 37.000 смртних случајева, који су могли да буду избегнути.** Управо на тим функцијама спречавања ових појава Европска комисија препоручује побољшање и усавршавање оквира за сигурност пацијената. Овај волуминозни оквир подразумева: права пацијената у погледу здравственог збрињавања без граница; детаљно појашњење у вези са насталим трошковима, односно ценама коштања здравствених услуга; осигурање квалитета и поузданости код здравственог збрињавања; континуирано усавршавање заједничког рада држава чланица на овом плану. На високом нивоу држава чланица намеће се обавеза именовања посебних установа надлежних за сигурност пацијената. Ова мера треба да допринесе да сигурност пацијената буде приоритетна тачка здравствено-политичких стратегија и програма на националној, као и регионалној и локалној равни. До повећања сигурности пацијената долази се системским и инструменталним мерама, а под тим се подразумевају капацитети који доприносе смањењу незгода. Јасно је да сами пацијенти својим заузимањем у виду интересних асоцијација могу да допринесу разradi стратегије за проширење сигурности пацијената. Захваљујући врло обухватним стандардима у овој области, развој система класифицирања и одмеравања сигурности и то на европском нивоу имао би пуну смисаону вредност. Овај корак захтева развој заједничке дефиниције и јединствене терминологије, као и упоредиве индикаторе, који би били у државама чланицама примењиви, а што омогућује коришћење информација и

искуствених сазнања и на заједничком и на националном нивоу. На овом месту би требало истаћи несумњиво позитиван корак са наше стране, који се огледа у доношењу Закона о заштити права пацијената. Овај закон је у фази нацрта, али је и у тој фази препознатљива његова вредност у вези са даљим јачањем пацијентових права, поштовања његовог дигнитета, дефинисане материјалне накнаде нематеријалне штете, организовање заштите путем сталног радног тела у јединици локалне самоуправе – Савета за здравље.

Задржаћемо сада пажњу на компаративним подацима у области здравствене заштите, захваљујући којима је могућа наша реална позиционираност у односу на европске вредности.

Табела 1: Учешће здравствених трошкова у бруто друштвеном производу земаља Европске уније.

	2011
Austria	11.0
Belgium	10.5
Czech Republic	7.5
Estonia	6.3
Finland	8.9
France	11.6
Germany	11.6
Greece	10.2
Hungary	7.8
Iceland	9.3
Italy	9.3
Luxembourg	7.9
Netherlands	12.0
Norway	9.4
Poland	7.0
Portugal	10.7
Slovenia	9.0
Spain	9.6
Sweden	9.6
United Kingdom	9.6
Prosečna vrednost	9.1

Табела 2: Укупни здравствени трошкови *per capita* у земљама Европске уније.

	2011
Austria	4395
Belgium	3969
Czech Republic	1884
Estonia	1294
Finland	3251
France	3974
Germany	4338
Greece	2914
Hungary	1601
Ireland	3718
Luxembourg	4786
Norway	5388
Poland	1389
Portugal	2728
Slovak Republic	2095
Slovenia	2428
Spain	3076
Sweden	3758
United Kingdom	3433
Prosečna vrednost u evrima	3268

Из презентираних података закључујемо да у компаративном смислу материјално заостајање Србије у односу на земље Европске уније је приметно. Наша земља има веома висок проценат издвајања за здравствену заштиту од бруто друштвеног производа. Он у 2011. години износи 9,4%, а просек земаља Европске уније је 9,1%. Али оно што је несумњиво неповољно је низак ниво средстава за те намене. Јер када се сагледава ниво средстава за здравствене намене, он у земљама Европске уније износи **3.268** евра по глави становника, а у Србији је свега **360** евра.

Осим материјалних, исказаћемо и упоредиве нематеријалне индикаторе, и то преко Европског здравственог потрошачког индекса (EHCI), који је постао стандард

мерења нивоа европске здравствене заштите. Овај индекс који је представљен у Европском парламенту у Бриселу у мају 2012. године од стране независне експертске организације *Health Consumer Powerhouse* (Шведска) оцењује 34 национална европска система здравствене заштите помоћу 42 индикатора, који покривају пет подручја од кључне важности за кориснике здравствених услуга:

1. Права пацијената и информације.
2. Приступачност (време чекања на лечење).
3. Резултати.
4. Превенција/опсег и домет пружених услуга.
5. Фармацеутска средства.

Од 34 државе, Србија је на последњем, 34. месту са укупно 451 бодом. Непријатни резултати вредновања у веома непогодном времену, времену наших прегнантних настојања да постанемо члан Европске уније. Но, након примарне анализе овог индекса доћи ћемо до пријатнијих сазнања. Нећемо се поредити са првопласираном Холандијом и њених 872 бода, нити са водећим земљама са развијеном тржишном економијом: Данска 822, Исланд 799, Луксембург 791, Белгија 783 бода. Пажњу ћемо усмерити на суседне земље: Хрватска има 655, Албанија 535, БЈР Македонија 527 бодова, а Бугарска свега 5 бодова више, односно 456. У оквиру првог подручја – права пацијената и информације, Србија је добила 102 бода, колико и Шпанија и Албанија, а Бугарска, Грчка, Малта и Румунија имају свега 88 бодова. За приступачност, као други индикатор имамо 117 бодова, истоветно као Португалија, Пољска

и Литванија, док Норвешка има само 83 бода. И код трећег индикатора – резултати, ситуација је слична, 113 бодова, као и ми имају Албанија и Македонија, а Румунија свега 100 бодова. Четврти индикатор, превенција, донела нам је 82 бода, колико има и Македонија, а Албанија, односно Бугарска имају свега 70 и 64 бода. И код петог индикатора – фармацеутска средства, нисмо сами на зачељу, јер 38 бодова као и ми има Македонија, а Албанија, Бугарска и Литванија свега 33 бода. Не желимо да релативизирамо веома објективне и стручне стандарде мерења од стране угледне експертске организације, али се може запазити да нисмо убедљиво најгори, него смо једноставно у доњем делу табеле вредности.

ЗАКЉУЧАК

Предстоји нам напоран и резолутан пут ка приближавању и досезању вредносних категорија земаља Европске уније. Тај задатак схватамо као неминовност и преку потребу. При томе смо свесни да ће у том контексту бити цикличних кругова, објективних тешкоћа, посртања и ускрснућа. Оно што је несумњиво позитивна категорија је наша перманентна брига за унапређење квалитета рада, утврђење прецизних индикатора квалитета здравствене заштите, развој националних водича добре клиничке праксе, увођење дијагностички сродних група за оцењивање рада, препознатљиво настојање за стручним усавршавањем. Од највећег значаја је досезање позитивне резултанте, а ми имамо реалну шансу за њено остварење.

ЛИТЕРАТУРА

1. Reitinger E. *Transdisziplinaere Praxis: Forschen im Sozial und gesundheitswesen*. Carl-Aner-Systeme, Hamburg, 2008.
2. Die Gesundheitspolitische Strategie der Europaeischen Union. Die Gesundheitpolitik in der Europaeischen Union. www.aok.bv.de/politik/europa/index.html
3. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. *Financing health care in the European Union*; European Observatory Studies on Health Systemy and Policies.
4. Костић Н, Михајловић Б, *Менаџмент у здравству*. Чигота, Београд, 2005.
5. *International Profiles of Health Care System*. The Commonwealth Fund, London, 2010.
6. OECD: *Health policies and data- Frequently Requested Data*; Health expenditure in 2012.
7. *Euro Health Consumer Index 2012*. www.healthpowerhouse.com
8. Акциони план за спровођење Стратегије за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената за период 2010–2015. (Сл. гласник РС 40/2010).
9. План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2012. годину (Сл. гласник РС 15/2012).
10. План развоја здравствене заштите Републике Србије (Сл. гласник РС 88/2010).

Контакт: Мр сц. иур. Сретен Станојевић, Београд, Пере Тодоровића 12; Институт за рехабилитацију, Београд, Сокобањска 17, тел. 2667-343, 062 232 624, e-mail: sretenstanojevic@gmail.com