ИСТРАЖИВАЊЕ ПЕРЦЕПЦИЈЕ КВАЛИТЕТА УСЛУГА У ЗДРАВСТВЕНОМ СЕКТОРУ У СРБИЈИ

Жељко Јовановић¹

AN INVESTIGATION OF THE PERCEPTIONS ABOUT THE QUALITY OF SERVICES IN THE HEALTH CARE SECTOR IN SERBIA

Željko Jovanović

Сажетак

У раду се истражује квалитет услуга у здравственом сектору у Србији. Приказани резултати се односе на перцепцију анкетираних о квалитету наведених услуга. Истраживање је спроведено у периоду јануар–март 2015. године. Истраживање је спроведено на узорку запослених у сектору здравства и фармацеутским компанијама у Србији. У истраживању су коришћени статистички методи дескриптивне статистике и једнофакторска анализа варијансе (ANOVA), помоћу којих се испитивало да ли између зависних варијабли (питања из домена перцепције) и независних варијабли (образовне структуре) постоји статистички сигнификантна веза. Добијени резултати могу бити значајни за пружаоце наведених услуга, допринети повећању ефикасности и представљати основу за систематичну и свеобухватну реформу здравственог система у Србији.

Кључне речи: Здравствени сектор, квалитет услуга, реформа здравственог система.

Summary

This study examines the quality of services in the health care sector in Serbia. The results of research survey that relate to the perceptions of surveyed about the quality of services in the health care sector. The survey was conducted in the period January-March 2015. The survey was conducted on a sample of employees in the health sector and the pharmaceutical companies in Serbia. Statistical methods used here are descriptive statistics and one-way analysis of variance (ANOVA), which is used for analyzing whether there is a statistically significant correlation between the dependent variables (questions in the field of perception) and the independent variables (age). These results may be important to the providers of those services and contribute to increasing the efficiency and form the basis of a systematic and comprehensive reform of the health system in Serbia.

Key words: Health care sector, quality of services, reform of health care system.

¹ Жељко Јовановић, Actavis d.o.o., Београд.

УВОД

Здравствени систем представља један од најзначајнијих елемената у сваком друштву, односно држави. Функционисање здравственог система сваке земље је умногоме повезано са нивоом привредног развоја и, као по правилу, сиромашније земље имају озбиљнијих проблема у овој области него привредно стабилније и развијеније земље. Међутим, без обзира на то о којим земљама се говори, здравствени системи би требало да су динамичког карактера. Основни задатак сваког друштва (државе) треба да буде повећавање нивоа и квалитета ових услуга. То се једино може постићи свеобухватним реформама, односно применом теоријских концепата стратешког менаџмента са једне стране, и учењем из искустава земаља са квалитетнијим здравственим системима, пре свега земаља ЕУ, са друге стране.

У последњих двадесет година двадесетог века реформе здравствених система су постале светски феномен. Социолошке и економске промене, утицај медија, приступ информацијама, као и општа свест људи, само су неки од фактора који су имали и имају значајан утицај у мењању слике о улози здравства, одлучивању о коришћењу здравствених услуга, као и начину њиховог коришћења.

Без адекватног управљања и најбоље осмишљена имплементација може да буде лоше или чак никако спроведена. Због тога је од изузетног значаја схватање важности реформи у овом сектору. Реформа здравственог сектора подразумева реформу свих елемената система здравства, од начина финансирања па до свих других елемената здравствене заштите. Крајњи циљ овог изузетно захтевног пројекта је врло једноставан, а то је да у XXI веку ниједан становник не сме да буде без адекватне здравствене заштите.

Основни модели реформи система финансирања здравственог осигурања своде се на ограничавање или смањење трошкова

увођењем „иновација“, као што су: дељење трошкова са пацијентом (*cost sharing*), односно увођење делимичног плаћања трошкова лечења и комбиновање финансирања здравства путем јавних фондова и приватног организовања здравствене заштите (јавно-приватни микс), увођење слободе избора лекара и обједињавање здравственог осигурања и пружања здравствених услуга; у оквиру приватног сектора – оснивањем „интересних заједница“ (*health maintenance organizations*), односно финансирањем трошкова лечења из доприноса чланова организације, што знатно смањује трошкове у односу на класични систем приватног осигурања.

У будућности је неопходно обезбедити стратешко планирање здравствених услуга како би се обезбедило проналажење најбољег начина да се максимизирају перформансе здравственог система кроз доношење одлука о томе које интервенције треба купити, на који начин и од кога. Поред изнајмавања начина за смањење трошкова здравствене заштите, за реформске процесе је карактеристично напуштање чистих модела, комбиновањем механизма и мера којима се постиже рационалније пословање.

Највећи број земаља реформисао је систем здравственог осигурања комбиновањем модела, механизма и мера којима се постиже рационалније и ефикасније пословање. Један број земаља предузео је и такве реформе којима је у потпуности промењен основни модел. Канада 1971. и Аустралија 1984. године уместо система приватног осигурања, тржишта здравствених услуга, увеле су модел обавезног здравственог осигурања који је показао низ предности у односу на амерички. Успешнији је у ограничавању трошкова здравствене заштите, пружа већи степен сигурности за грађане и нуди им приступачнију заштиту здравља задржавајући висок квалитет услуга (Симић, 2012). Тако, на пример, захваљујућу том моделу, Канада има универзалан систем за заштиту здравља који је доступан

свим становницима, за разлику од САД, где је здравствена заштита привилегија појединаца који имају осигурање или довољно новца да ту заштиту могу себи да обезбеде. Овај систем заштите обезбеђује бесплатну здравствену заштиту свима, као и савремено опремљене здравствене установе и високообразован медицински кадар у свим областима медицинског рада, развоја и истраживања.

Неопходност реформи система финансирања здравствене заштите показује да ниједан модел не функционише без проблема и да стога, упоредо са проналажењем најадекватнијег модела, треба уводити новина, као што су: обједињавање здравственог осигурања и здравствене заштите, комбиновање финансирања здравствене заштите јавним фондовима и приватним осигурањем, увођење конкуренције у јавни сектор приликом конкурсисања за средства јавних фондова са циљем да се подигне квалитет здравља становништва, али и да се здравствени систем прилагоди и побољша у складу са финансијским могућностима.

У овом раду биће анализиран квалитет услуга у здравственом сектору у Србији, што треба да представља основу да покретање значајнијих реформских процеса у Србији.

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Применом квантитативне методологије истраживања извршено је тестирање постављених хипотеза на узорку фармацеутских компанија и институција у Србији. Прикупљање података је извршено дистрибуирањем упитника запосленим у фармацеутским компанијама, произвођачима, велдрогеријама, апотекама и државним институцијама из ове области. Добијени подаци су анализирани применом метода и техника статистичког софтверског пакета за друштвене науке SPSS 23.0. Најпре је урађена анализа структуре и карактеристика

узорка. У циљу тестирања хипотеза примењена је дескриптивна статистика. У последњој фази коришћена је параметарска техника једнофакторске анализе варијансе (ANOVA) различитих група. Приликом тумачења резултата једнофакторске анализе варијансе најзначајнији показатељ је ниво значајности (Sig.). Уколико је ниво значајности мањи од 0,05 може се закључити да је разлика у добијеним вредностима значајна.

У циљу анализе резултата добијених применом наведених статистичких метода и техника и извођења општих закључака који ће омогућити разумевање проблема, примењене су квалитативне методе друштвених наука попут индукције, дедукције, синтезе и компарације.

Упитник је осмишљен тако да представља својеврсну синтезу различитих идеја и постављен тако да омогући прикупљање свеобухватних података везаних за здравствени сектор у Србији и његово пословање и промене. У поступку дизајнирања упитника примењена је метода затворених питања, како би се избегли проблеми које истраживач може да има у систематизацији и анализи података. Овај метод је омогућио да анкетирани релативно брзо и прецизно одговоре на постављена питања јер постоје понуђени одговори. Наравно, анкетираним је објашњено да је на питања потребно одговорити искрено и самостално, а у складу са знањем и искуством које поседују.

Упитник је дизајниран у форми седмостепене Ликертове скале, у којој су анкетирани требали да искажу степен не/слагања у распону од 1 до 7 (1 – апсолутно се не слажем, 7 – апсолутно се слажем).

Анкетиранима је наглашено да је попуњавање упитника анонимно, да не постоје тачни или погрешни одговори и да ће резултати бити коришћени у оквиру истраживања. У поступку дистрибуције прикључено је и пропратно писмо, у којем су објашњени сврха и значај истраживања, како би се анкетирани мотивисали да учествују у ис-

траживању. Такође, потребно је нагласити да је спремност анкетираних да буду део истраживања била релативно ниска, што је делимично представљало проблем у покушају да се спроведу свеобухватнија емпијска истраживања.

Истраживање на терену је реализовано на узорку од 94 испитаника из сектора здравства, односно фармацеутског сектора. Прикупљање података на терену је обавље-

но методом директног интервјуисања испитаника.

Анкетирани су у највећој мери запослени у компанијама које се баве производњом (36%) и дистрибуцијом лекова (31%). Нешто изнад (15%) су анкетирани који су запослени у апотекама, а (18%) су запослени из других сегмената здравственог сектора (Министарство здравља, болнице и сл.) (Графикон 1).

Графикон 1. Структура узорка према врсти делатности.

Према позицији, 25% анкетираних су чланови топ менаџмента, 42% припадају

категорији средњег менаџмента, док 33% није на менаџерској позицији (Графикон 2).

Графикон 2. Структура узорка према висини позиције у компанији.

У анкети је највише учествовало запослених у страним (63%), док је 37% анкетираних

запослено у домаћим компанијама и институцијама (Графикон 3).

Графикон 3. Структура узорка према власништву.

У анкети је учествовало 53% особа женског пола, док је 47% особа мушког пола. (Графикон 4).

Графикон 4. Структура узорка према полу.

Највећи број анкетираних је старости 50–59 година (40%), затим 22% припада старосној доби 40–49 година, 14% су анке-

тирани који имају 30–39 година, 12% анкетираних је испод 30 година и 12% анкетираних је преко 60 година (Графикон 5).

Графикон 5. Структура узорка према старости.

У анкети је учествовало 1% доктора наука, 26% магистара наука, 59% анкетираних

има високу стручну спрему, а 14% средње образовање (Графикон 6).

Графикон 6. Структура узорка према висини образовања.

Већина анкетираних је високо образована из области медицине (35%) и фармације (29%). У анкети је учествовало 4% особа који су образоване из области стоматологич-

ке, 13% из области економије и права. Око 20% анкетираних припада другим области (Графикон 7).

Графикон 7. Структура узорка према врсти образовања.

Током израде рада истраживач се суочавао са одређеним бројем препрека и ограничења.

Прво ограничење је везано за одбијање потенцијалних испитаника да буду део истраживања. Емпиријско истраживање је реализовано слањем упитника електронским путем. Прелиминарни резултати су показали да значајан број потенцијалних анкетираних није одговорио на захтев истраживача. Један од разлога може да буде недостатак воље испитаника да буду део истраживања, затим непостојање свести анкетираних о потреби сарадње на различитим истраживачким пројектима, недостатак времена и сл. Специфичност истраживања и наведено ограничење указују да анализиран узорак није у потпуности случајан.

Такође, у случају одређених исказа у упитнику, могле су се уочити контрадикторности и неконзистентност, што може да наведе на питање да ли су анкетирани у извесним случајевима дали одговоре онако како заиста сматрају, или је у одређеном броју случајева одраз мишљења „шта би требало одговорити“, што представља следеће ограничење.

Такође, величина и структура узорка се може сматрати следећим ограничењем. Пре свега, имајући у виду специфичности здравственог сектора, али и чињеницу да велики број потенцијалних анкетираних није одговорио на упитник, број анкетираних се може сматрати задовољавајућим.

Такође, истраживање је ограничено само на појединце који су у већој или мањој мери укључени у здравствени сектор и пословање фармацеутских компанија, и оне који су у току спровођења истраживања били отворени за сарадњу.

АНАЛИЗА ДОБИЈЕНИХ РЕЗУЛТАТА ИСТРАЖИВАЊА

За оцену квалитета услуга у здравственом сектору у Србији коришћени су вредносни ставови анкетираних о ангажовању запослених у здравственом сектору, задовољству пацијената, опремљености здравствених установа и коришћењу савремене опреме и лекова. Детерминанте и питања укључена у истраживање могу се видети у Табели 1.

Табела 1. Детерминанте и питања укључена у истраживање нивоа развоја здравственог сектора, метода лечења и стратегија фармацеутских компанија.

Детерминанте	Бр.	Питања
Ангажовање	1	Запослени у здравственом сектору показују разумевање за проблеме пацијената.
	2	Запослени у здравственом сектору сваком пацијенту пружају индивидуалну пажњу.
	3	Пацијенти примају услуге у разумном времену.
Задовољство пацијената	4	Лекар увек довољно времена разговара са пацијентом.
	5	Запослени у здравственом сектору су увек приступачни и спремни да одговоре на питања пацијената/клијената.
	6	Медицинске сестре и остало особље су љубазни.
Опремљеност установа	7	Екстеријер медицинских установа (спољни изглед зграде, фасаде, зелене површине) је у добром стању.
	8	Тоалети у медицинским установама су чисти.
	9	Болничке собе су чисте и опремљене.
Коришћење савремене опреме	10	Лекари у Србији користе савремене инструменте.
	11	Опрема у здравственим установама је модерна.
	12	Здравствене установе често набављају нову опрему.
Коришћење савремених лекова	13	Лекови у Србији су у начелу лекови новије генерације.
	14	Пацијенти на тржишту Србије купују модерне молекуле.

У Табели 2. приказани су вредносни ставови по питањима која се односе на перцепцију анкетираних о квалитету услуга у здравственом сектору у Србији. Вредност аритметичких средина је у распону од 3,54 (најнижа вредност) до 4,47 (највиша вред-

ност). Најнижа вредност аритметичке средине најближа је оцени 4, док је највиша аритметичка средина најближа оцени 5. Најнижа вредност се односи на приступачност запослених у здравственом сектору.

Табела 2. Дескриптивна статистика за питања која се односе на ниво развоја здравственог сектора.

	N	Min	Max	AR	SD
1	94	2	7	4.1	1.4
2	94	2	7	4.2	1.6
3	94	1	7	4.1	1.5
4	94	1	7	3.7	1.2
5	94	1	7	3.5	1.2

6	94	1	7	0	3.9	05	1.5
7	94	2	7	0	4.2	51	1.4
8	94	1	7	2	4.3	50	1.7
9	94	1	7	7	4.4	25	1.7
10	94	2	7	5	3.9	80	1.0
11	94	2	7	3	3.9	67	1.3
12	94	1	7	7	3.6	71	1.2
13	94	1	7	8	3.5	98	1.0
14	94	1	7	3	3.9	60	1.3

Према наведеним подацима ангажовање запослених је на релативно ниском нивоу ($AC = 4,17$; $CD = 1,558$) (AC – аритметичка средина; CD – стандардна девијација). Резултат мерења задовољства пацијената показује да, као у претходном случају, постоји простор за њихово унапређење ($AC = 3,77$; $CD = 0,942$). Према истраживању опремљености здравствених установа резултати су

незнатно бољи, али се и они крећу у сличним оквирима ($AC = 4,33$; $CD = 1,642$). Према истраживању у Србији се савремени лекови не користе у довољној мери ($AC = 3,76$; $CD = 1,229$), док се опрема као и опреме и инструменти у здравственим институцијама могу сматрати недовољно савременим ($AC = 3,85$, $CD = 1,239$) (Графикон 8).

Графикон 8. Перцепција нивоа развоја здравственог сектора.

Једнофакторском анализом варијансе мерење су разлике на варијаблама са више модалитета и тестирана је статистичка значајност тих разлика, односно испитивало се да ли између зависних (питања из домена перцепције) и независних варијабли постоји статистички сигнификантна веза. Уколико је ниво значајности (Sig.) мањи или једнак 0,05 – онда постоји статистички значајна

разлика између средње вредности зависне променљиве по појединим групама.

У конкретном случају анализом варијансе истражен је однос старосне групе анкетираних и перцепције квалитета услуга у здравственом сектору у Србији. У Табели 3. може се видети да су вредности коефицијента Sig. изнад вредности 0,05.

Табела 3. *Анализа варијансе ANOVA (позиција у компанији).*

		Sum of Squares	Mean Square	F	Sig.
1	Between Groups	6.506	1.627	.780	.541
	Within Groups	204.309	2.085		
	Total	210.816			
2	Between Groups	7.283	1.821	.654	.625
	Within Groups	272.639	2.782		
	Total	279.922			
3	Between Groups	7.511	1.878	.745	.564
	Within Groups	247.091	2.521		
	Total	254.602			
4	Between Groups	6.401	1.600	1.096	.363
	Within Groups	143.036	1.460		
	Total	149.437			
5	Between Groups	9.542	2.385	1.694	.158
	Within Groups	138.012	1.408		
	Total	147.553			
6	Between Groups	3.160	.790	.340	.851
	Within Groups	227.869	2.325		
	Total	231.029			
7	Between Groups	11.088	2.772	1.334	.263
	Within Groups	203.630	2.078		
	Total	214.718			
8	Between Groups	15.174	3.794	1.251	.295
	Within Groups	297.253	3.033		
	Total	312.427			
9	Between Groups	18.099	4.525	1.553	.193
	Within Groups	285.532	2.914		
	Total	303.631			

10	Between Groups	4.706	1.176	1.010	.406
	Within Groups	114.168	1.165		
	Total	118.874			
11	Between Groups	13.665	3.416	1.893	.118
	Within Groups	176.859	1.805		
	Total	190.524			
12	Between Groups	3.334	.834	.506	.731
	Within Groups	161.443	1.647		
	Total	164.777			
13	Between Groups	8.695	2.174	1.863	.123
	Within Groups	114.353	1.167		
	Total	123.049			
14	Between Groups	8.813	2.203	1.201	.315
	Within Groups	179.712	1.834		
	Total	188.524			

Наиме, коефицијент Sig. се креће од вредности 0,123, која представља најнижу вредност, до 0,851, што представља највишу вредност коефицијента. Резултати ANOVA и Post Hoc тестова указују да не постоји значајна разлика у перцепцији између анкетираних различитих старосних категорија.

Дакле, на основу обрађених података тестираних помоћу ANOVA може се извести генерални закључак да је ниво квалитета услуга здравственог сектора у Србији релативно низак, без значајних разлика између тестираних група.

ЗАКЉУЧАК

Резултати спроведеног истраживања показали су да корисници здравствених услуга у Србији нису генерално задовољни квалитетом ових услуга. Детерминанте које су тестиране имају релативно ниске вредности. Такође, не постоји значајна разлика уколико се посматрају различите групе анкетираних. Наиме, постоји простор за ефикасније ангажовање запослених у сектору, задовољство пацијената није на потребном нивоу, опремљеност установа је, такође, на ниском нивоу, а терапије нису довољно

савремене. Закључак који се може извести из свега овога је да је неопходно радикално унапређење здравственог сектора у Србији.

Наведена ситуација се може превазићи дубоком реформом, која подразумева стратешки приступ проблему, али и краткорочним и дугорочним планирањем и ефикасном имплементацијом пројеката у овој области.

Наиме, реформе система здравственог осигурања и здравствене заштите у нашој земљи су неопходне, јер овим системом нису задовољни ни корисници, ни даваоци услуга. Какав модел имплементирати који би одговарао свима, остаје и даље велико питање. Оно што би требало да буду правци даљих реформских покушаја су: побољшање квалитета здравствене заштите; обезбеђење стабилних и континуираних извора финансирања обавезног здравственог осигурања као и даље доминантног облика здравственог осигурања; постепено и селективно сужавање права и обима права које треба ускладити са растом друштвеног производа, односно растом зарада; рационализација капацитета у државном сектору; могуће укључивање приватног сектора у систем здравственог осигурања и здрав-

ствене заштите и изједначавање тог сектора са државним; елиминисање ситуације у којој пацијент на једној страни плаћа осигурање, а на другој услуге приватном сектору; поштравање критеријума за бављење приватном праксом.

У сваком случају, реформа здравственог сектора у Србији је неопходна и подразумева између осталог и свеобухватне промене у функционисању система, а крајњи резултат треба да буде повећање његове укупне ефикасности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Clinical Resource and Audit Group. Counselling and advice on medicines in community pharmacy practice. Edinburg: The Scottish Office, NHS in Scotland. 1996.
2. Creese A. Global Trends in Health Care reform. World Health Forum. 1996.
3. Giddens A. How Globalization is Reshaping our Lives. New York: Routledge, Ursinus College Library: 306.2/G36edric Jameson. 2000.
4. Hayes R.H. Strategic planning – forward in reverse?. Harvard Bus. Rev. 1985; 63(6): 111-119.
5. Medical product and the internet: A guide to Finding Reliable information. World Health Organization. 2014.
6. Национални здравствени систем. Министарство здравља Републике Србије. 2009.
7. Симић, С. Здравствени системи. Медицински факултет, Центар – Школа јавног здравља, Београд. 2012.
8. Закон о здравственој заштити Републике Србије. Сл. гласник РС, бр. 107/2005, 72/2009 – др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 – др. закон и 93/2014.

Контакт: Жељко Јовановић, zeljko.jovanovich@yahoo.com, tel: 0653737937