ФИНАНСИЈСКА ОДРЖИВОСТ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУДраган Угринов¹, Драган Јосифовић², Милош Марков³

FINANCIAL SUSTAINABILITY IN THE HEALTH CARE SYSTEMDragan Ugrinov, Dragan Josifovic, Miloš Markov

Сажетак

Главни циљ здравствене политике сваке земље јесте постизање финансијске одрживости самог здравственог система, као и обезбеђење веће доступности здравственим услугама целом становништву. У остваривању овог циља земље Европске уније установиле су и у своје здравствене системе имплементирале националне здравствене рачуне (НЗР), који пружају податке о финансијским токовима у здравству на националном нивоу и омогућују међународно поређење.

Кључне речи: здравствени систем, финансијска одрживост, национални здравствени рачун.

Summary

The main goal of each country's health policy is to achieve financial sustainability of the health system itself, as well as to provide greater accessibility to health services for the whole population. In achieving this goal, the countries of the European Union have also established in their health systems the National Health Accounts (NZR), which provide information on financial flows in health care at the national level and allow for international comparisons.

Key words: health system, financial sustainability, National Health Accounts.

¹ Драган Угринов, дипл. економиста, мастер менаџмента у здравству, Завод за јавно здравље Панчево, Србија.

² Др Драган Јосифовић, Дом здравља Ковачица, Србија.

³ Милош Марков, дипл. економиста, Факултет за право, јавну управу и безбедност, Београд, Србија.

УВОД

Трошкови здравствене заштите бележе изузетно брз раст последњих педесет година. Разлози за то су: демографске промене (старење становништва), развој технике и технологије, све већи степен образовања становништва, појава нових болести, као и административни трошкови. Уз наведене разлоге, облик организовања, односно финансирања, и морални хазард доводе до тога да готово све земље у свету имају проблем раста трошкова, односно усклађивања трошкова и извора за њихово покриће. Раст трошкова, поред значаја самог здравља и здравствене заштите, истиче здравствено осигурање као једно од најважнијих социјалних, економских, а тиме и политичких питања.

Предмет рада је сагледавање стања у области финансирања здравствене заштите и реформиских мера у систему, са циљем веће ефикасности и ефективности, и акцентом на одржање квалитета пружене здравствене услуге.

Проблем истраживања огледа се у мањкавости система финансирања, цени опреме и средстава, недовољног учешћа јединица локане самоуправе.

Циљ рада је сагледати могућности додатног финансирања, максималну рационализацију трошкова, партиципацију на пројектима, укључивање цивилног сектора и невладиних организација.

РЕФОРМА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Реформа система здравственог осигурања је тема готово свих политичких кампања у државама широм света. Циљеви реформи су универзално покриће, правичан приступ здравственој заштити, а у први план се истиче контрола трошкова, односно финансијска стабилност система здравственог осигурања. Стално се тражи облик организовања и финансирања здравственог

осигурања који ће дати решење постављеног задатка.⁽¹⁾

Практична имплементација здравствене политике у вези са усмеравањем ресурса у здравству захтева постојање базичних финансијских и нефинансијских података о различитим димензијама здравственог система са циљем постизања не само финансијске одрживости самог система, већ и побољшања доступности здравствених услуга најширем кругу корисника.

За поменути циљ залажу се све земље Европске уније, због чега су установиле и у своје здравствене системе имплементирале национални здравствени рачун (НЗР). Национални здравствени рачун представља низ статистичких података који описују укупне трошкове владиног и невладиног сектора у здравственом систему, повезујући сектор финансирања здравства са одговарајућим владиним институцијама.

Национални здравствени рачун

Национални здравствени рачун служи за дефинисање протока новчаних средстава у здравственом сектору прикупљањем података о финансирању и потрошњи финансијских средстава намењених за здравство на националном нивоу. Он везује изворе финансирања здравственог система са пружаоцима здравствених услуга и корисницима истих. На тај начин мери се финансијски проток између извора финансирања, које у Србији чине:

- јавни сектор са буџетом Републике, буџетом Аутономне Покрајине Војводине, буџетима општина и градова, буџетима Министарства одбране и Републичким фондом за здравствено осигурање (РФЗО);
- приватни сектор са сопственим издацима становништва за здравство, приватним осигурањима, предузећима;
- и сектор осталих финансијера представљен страним донаторима са пружаоцима услуга, које чине они који примају финансијска средства за пружање

услуга у здравственом систему, а по методологији НЗР они су подељени на:

- болнице, установе социјалне заштите, пружаоце ванболничке здравствене заштите, апотеке, установе за припрему и управљање програмима здравствене заштите, као што су институти и заводи за јавно здравље, установе које пружају услуге администрације, као што су Министарство здравља и РФЗО, који имају и улогу финансијера и пружаоца услуга;

- и функције или типове пружених услуга и активности у здравственом систему који су у НЗР класификовани као:

- лечење, рехабилитација, дугорочна нега, лабораторијске, дијагностичке и услуге превоза болесника, медицинска добра расподељена на болеснике на ванболничком лечењу, превентивне и услуге заштите на раду, услуге здравствене администрације и здравственог осигурања.⁽²⁾

Оно што је јединствено за све земље је сте да НЗР служи доносиоцима здравствене политике да: идентификују проблеме у здравственом систему, препознају услове за побољшање и развијање стратегије за правичнији распоред финансијских сред-

става, установе могућност за што бољу искоришћеност постојећих капацитета и да контролишу примену постојећих закона.⁽³⁾

Онима који планирају финансирање здравственог система, НЗР омогућује да имају бољи увид у токове финансијских ресурса намењених здравству, да врше анализу трендова потрошње у претходном периоду, као и да врше предвиђања будућих кретања у финансирању здравственог сектора.⁽⁴⁾

Национални здравствени рачун, као алатка за менаџмент у здравству на основу доказа, не само да пружа податке о финансијским токовима у здравству на националном нивоу, већ омогућује и поређење и размену резултата у међународним оквирима.

Облици организовања здравственог осигурања

Светска здравствена организација истиче поделу, према начину финансирања, управљања, одлучивања о правима и обавезама, укључености становништва у заштиту, солидарности и планирању подручја осигурања, на следеће modele здравственог осигурања:

- Бизмарков,
- Беверицов,
- Семашков (социјалистички) и
- Тржишни (предузетнички) модел.

Табела 1. Разлике у моделима здравственог осигурања.

Карактеристике	Бизмарков модел	Беверицов модел	Семашков (социјалистички) модел	Тржишни (предузетнички) модел
Финансирање	Доприноси послодавца, осигураника, итд.	Порези, буџет	Централни државни буџет	Приватна средства осигураника, приватна осигурања

Управљање	Самоуправно од представника осигураника и послодаваца	Држава и њени органи	Централна влада и министарство за здравље	Приватне организације и агенције
Одлучивање о правима и обавезама	Носиоци јавног осигурања у оквиру јавних овлашћења	Држава и њени органи	Централна влада	Све се темељи на понуди и тражњи
Укљученост (обавеза) становништва у заштиту	Целокупно становништво са неким изузецима	Целокупно становништво	Целокупно становништво	Нема обавезе осигурања, одлука је добровољна
Солидарност	Апсолутна	Апсолутна	Апсолутна	Не постоји
Планирање послова осигурања	Држава и носиоци	Држава	Држава	Не постоји

Извор: www.rizzo.rs.

Бизмарков модел представља облик обавезног здравственог осигурања, који обезбеђује универзално покриће. Финансира се из доприноса запослених као осигураника и послодаваца. Доприноси су сразмерни висини примања, тј. одређени су у облику процента од зарада. Темљеи се на принципима непрофитности и солидарности међу свим осигураним лицима. Финансирање спроводи више независних, углавном непрофитних фондова, агенција, болничких каса и сл. Њима управљају представници осигураника, који склапају уговоре са даваоцима здравствених услуга и на тај начин обезбеђују здравствену заштиту за своје осигуранике. Развијен је у Немачкој, затим Аустрији, Француској, Белгији, Луксембургу, Холандији, Швајцарској, Словенији.

Беверицов модел обезбеђује финансирање здравствене заштите из пореза, тј. из државног буџета. Базира се на солидарности и обезбеђује универзално покриће станов-

ништва здравственом заштитом у државним или приватним здравственим установама. За разлику од Бизмарковог модела, у управљање нису укључени осигураници, већ је оно у надлежности државе. Типичан пример земље која користи овај модел је В. Британија, затим Ирска, Исланд, Финска, Норвешка, Шведска.

Семашков модел је био примењиван у Совјетском Савезу и другим социјалистичким земљама. У источноевропским земљама има још остатака у начину размишљања становништва да држава треба да обезбеди квалитетну и бесплатну здравствену заштиту за све. У овом моделу држава је одговорна за организовање и финансирање здравствене заштите целокупног становништва, а искључена је могућност приватне здравствене заштите. Сличан је Беверицовом моделу. Постоје мишљења да је то само посебан облик Беверицовог модела.

Тржишни (предузетнички) модел значи да здравствено осигурање организују и спроводе приватне организације (компаније за осигурање и агенције) на профитној основи. Финансира се из приватних средстава осигураника, најчешће премије осигурања. Не базира се на солидарности и не обезбеђује универзално покриће. Најпознатији облик постоји у САД.

Потпуно чистих система нема. Сви полако преузимају одређена решења из других земаља и на тај начин добијају карактеристике других модела. Уз јавне, све више се афирмишу приватни системи, тако да се у скоро свим земљама могу наћи добровољна приватна осигурања као допунска, додатна и паралелна. Док у државама са доминантним приватним осигурањем долази до увођења социјалног осигурања како би се постигло универзално покриће здравственим осигурањем.

Без обзира где се нека земља налази и да ли припада одређеној политичкој или војној групацији, савезу или не, у погледу финансирања здравствене заштите, мора доминирати став макар минималне регулативе.

То значи да у свакој земљи, независно од њеног друштвеног уређења, политичког ангажовања и економског деловања, политика финансирања здравствене заштите мора бити дефинисана у свим владиним документима и ваљано донешеним декларацијама, стратегијама, правилницима. Тиме се не жели подвући црта испод лимитираних финансијских средстава потребних здравственој заштити већ се нуди конкретан одговор на питање – ко и на који начин плаћа или распоређује средства између разних социо-економских група, односно корисника здравствене заштите?

Доследна здравствена политика, односно политика реалног алоцирања здравствених ресурса мора да одражава систематско одређивање приоритета који се односе не само на здравствени, већ и на друге њему комплементарне секторе. Финансијска политика у здравственом сектору је снажна

полуга на коју се ослањају појединци, групе, односно цело друштво. Здравље људи, добро или лоше, није последица индивидуалног избора, али је зато врхунска вредност или нежељено стање, које у највећој мери зависи од утицаја политичких, друштвених и економских фактора, односно глобалних услова у којима га људи поседују.

Приступ квалитетним здравственим услугама, на које се може и мора рачунати, детерминише, прво, право на обухватну здравствену заштиту, и друго, обавезу чувања и унапређивања здравља, чиме се додатно јача његова социјално-економска димензија. Сходно томе, у завршном извештају Светске здравствене организације (СЗО)⁽⁵⁾ о детерминантама здравља стоји да је лоше здравље посебно сиромашних категорија међу грађанима земаља чланица Европске уније последица неједнаке економске дистрибуције моћи, наглашене социјалне и здравствене неједнакости, неуравнотежених прихода и недостатка квалитетних роба и услуга на националном и глобалном нивоу. Поред тога, многе видљиве околности и неправичности непосредно узрокују неједнак приступ здравственој заштити, школским и образовним садржајима, адекватној радној средини и условима за коришћење слободног времена. Ма какво мишљење о здрављу људи владало у Европској унији, извесно је да грађани у неким земљама – чланицама нису у прилици да на просперитетан начин организују свој и живот својих породица и да адекватно штите и унапређују глобално здравље. Многи од њих нису имали, а многи никада неће имати, изгледне шансе да живе у одговарајућим окружењима, пристојним стамбеним условима, у уређеним заједницама или чистим градовима.⁽⁶⁾

Са друге стране посебно се обраћа пажња на финансијски аспект здравственог система. Наука о здравственој нези, физичко одржавање установа и интеракција људских понашања унутар организација су сложени, као и финансијске и рачуноводствене

потребе унутар њих. Комплексност данашњег окружења је резултирало ширењем рачуноводственог и финансијског менаџмента на све области унутар здравственог система. Рачуноводствени и финансијски менаџмент више нису само једноставан делокруг финансијског одељења. Увелико постоји пракса да је свако одељење одговорно за сопствени финансијски менаџмент на основу дневних одлука, па тако појединачни делови заједно брину за финансије читаве организације.

Како би били успешни, менаџери и извршиоци здравствених услуга, без обзира којој сфери унутар здравствене организације припадају, морају имати јасно разумевање рачуноводственог и финансијског менаџмента.

ФУНКЦИЈА ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗЕМЉАМА ЕУ

Функција финансирања здравствене заштите у земљама – чланицама Европске уније, као ниједна друга позната функција, детерминише укупни здравствени квалитет њихових грађана. У првом реду, значајније утиче на стварање предвиђених погодности за правовремену доступност здравственим услугама и на обезбеђивање једнаких третмана за осигуранике у свим врстама здравствених процедура. Финансирање здравствене заштите подразумева одрживо и перманентно обезбеђивање потребних средстава из расположивих ресурса на свим нивоима, без обзира на њихову изложеност разноврсним утицајима политичких, економских, друштвених и техничких фактора.

С тим у вези, а у смислу озбиљног схватања значаја овог питања, Светска здравствена организација (СЗО)⁽⁷⁾ је још давне 1984. године промовисала концепт Програм-буџетирање (Programme-Budgeting), који се спроводи у програмирању према циљевима здравственог развоја, а у буџетирању према усвојеним приоритетним про-

грамима здравственог развоја. Занимљиво је да су овај програм прихватиле, осим земаља – чланица Европске уније, и друге земље у свету и у Европи.⁽⁸⁾

Нерасположење појединих група да колективно плаћају субвенционисање трошкова здравствене заштите за друге, из дана у дан, посебно у сиромашнијим земљама – чланицама Европске уније, повећава отпор према редовним уплатама пореза и/или доприноса.

Тамо где централне власти за доделу субвенција локалним самоуправама или локалним здравственим властима као механизам користе локалне порезе и доприносе (Данска, Финска, Италија, Шпанија и Шведска), постоји велика одговорност с обзиром на обавезу која предстоји у прикупљању средстава којима се финансирају здравствени капацитети. Додела субвенција је процес који у највећој мери представља предмет политичких дебата после којих следи доношење одлука о додели средстава сиромашнијим регионима за обезбеђивање једнаког приступа здравственој заштити. Што се доприноса за социјално осигурање тиче, њих прикупљају институције централне власти (Белгија, Бугарска, Естонија, Француска, Литванија, Холандија, Пољска и Румунија) и тако прикупљени представљају сопствена средства која се усмеравају у здравствене фондове и држе ради финансирања социјалне сигурности. У појединим земљама – чланицама Европске уније (Аустрија, Чешка, Немачка, Грчка, Словачка) обезбеђени су механизми помоћу којих се покушавају избећи проблеми код прикупљања средстава због настајања различитих облика ризика. Поменути механизми подупиру способност спровођења наплате пореза и доприноса за социјално осигурање и значајно утичу на проналажење могућности за генерисање сигурних и довољних средстава којима се покривају здравствени трошкови. На пример, Естонија овај проблем решава тако што одговорност за наплату пребацује са Фонда за здравствено

осигурање Естоније (Health Insurance Fund of Estonia – EHIF) на централну владину агенцију за наплату пореза. Од 2009. године у Немачкој су доприноси централно постављени и обједињени у нови национални Фонд за здравствено осигурање, тако да је он већ током 2011. године постао одговоран за благовремену наплату доприноса.

Многи теоретичари су склони, када је реч о финансирању здравствене делатности, да као разлог због кога се приоритет као термин, али и као акција, често помиње наведу сиромаштво са којим се људи суочавају више у периферним него у развијеним земљама – чланицама Европске уније. Решавање проблема сиромаштва својственог периферним земљама – чланицама Европске уније, посебно оних из групе PIIGS (Португалија, Италија, Ирска, Грчка, Шпанија), захтева пре одређену моралну хитност и/или озбиљност него доношење одлука о приоритету.⁽⁹⁾ Будући да постоји дужност пружања адекватне здравствене заштите, доношење одлуке у складу са тим представља подршку њеним корисницима и превагу хитности над приоритетом. Према томе, хитност је и као термин и као практична чињеница у супремацији у односу на приоритет.

Ради тога, како истиче Доувер (2004), радије треба рећи хитност него приоритет, јер идеја приоритета сугерише да се мора успостављати одређени поредак у степенима нежељених стања, при чему се приступа ланчаном ублажавању прво једне, затим друге и тако редом до коначне ситуације.⁽¹⁰⁾

Политика финансирања здравствене заштите у већини земаља – чланица Европске уније зависи од хитности и вештине налажења правих решења која обезбеђују сигурне ресурсе, стручне даваоце услуга, једнак и неометан приступ здравственој заштити свим корисницима и, на крају, административну ефикасност. У већини земаља – чланица, јавно прикупљена средства намењена за финансирање здравствене заштите обједињена су на националном нивоу. Значи

да постоји један здравствени фонд одговоран за прикупљање, чување и дистрибуцију средстава од доприноса за здравствено осигурање. Фонд је у обавези да приликом дистрибуције прибављених средстава изврши надокнаде сиромашнијим регионима и да надокнади средства сиромашнијим грађанима и/или онима са већим ризиком од оболевања. Према подацима Светске здравствене организације (СЗО),⁽¹¹⁾ у Немачкој је у току 2004. године 77% здравствене заштите финансирала немачка влада, а 23% је финансирано уплатом премија за приватно здравствено осигурање. Укупна здравствена потрошња износила је 10,8% од вредности немачког бруто домаћег производа (БДП).

Систем јавне (државна) здравствене заштите у Ирској регулисао је питање здравља њених грађана 2004. године, када је успостављено ново тело (Health Service Executive – HSE) одговорно за пружање здравствене заштите и социјалних услуга свима који живе у Ирској. Ирска је током 2005. године за заштиту својих грађана утрошила 8,2% бруто друштвеног производа (БДП) или 3.996\$ УСА по глави становника. Од тога је око 79% здравствених расхода покрила ирска влада.

Здравствена заштита у Холандији финансира се дуалним системом који је ступио на снагу у јануару 2006. године. Холандски здравствени систем, упоређен са здравственим системима Сједињених Америчких Држава, Аустралије, Канаде, Велике Британије, Немачке и Новог Зеланда убедљиво заузима прво место. Томе је допринело усвајање Општег закона о изузетним здравственим трошковима (General Law on Exceptional Healthcare Costs – GLEHC). За све редовне (краткорочно) медицинске третмане, постоји систем обавезног здравственог осигурања преко приватних компанија за здравствено осигурање. Осигуравајуће компаније су обавезне да обезбеде пакет дефинисаних третмана за осигуранике. У 2009. години ово осигурање покривало је

27% свих трошкова здравствене заштите. Други извори плаћања здравствене заштите су порези 14%, плаћања из џепа грађана (ООР – out of pocket) 9%, додатни опциони пакети за здравствено осигурање 4% и други извори 4%. Приступачност здравственим услугама у оба случаја је апсолутно загарантована.

Француски здравствени систем је универзални систем у коме у великој мери здравствену заштиту финансира национална влада. У својој процени светских здравствених система из 2000. године, Светска здравствена организација (СЗО) тврди да Француска пружа „најбољу укупну здравствену заштиту“ на свету. У току 2005. године, Француска је потрошила на здравствену заштиту 11,2% свог бруто друштвеног производа (БДП) или 3.926\$ УСА по глави становника. Издаци су много већи од просека на нивоу земаља – чланица Европске уније, али су знатно мањи од оних у Сједињеним Америчким Државама. Око 77% здравствених трошкова покривени су од стране владиних агенција које финансирају здравствену потрошњу. Трошкови здравствене заштите у Шпанији у 2006. години износили су 8,4% бруто друштвеног производа (БДП). Они су по глави становника за 2006. годину износили 2,458\$ УСА, што је мање од просека на нивоу ОЕЦД, који је 2.824.⁽¹²⁾

ЗАКЉУЧАК

Имплементација Националног здравственог рачуна (НЗР) у Републици Србији резултирала је повећењем видљивости финансијских токова у здравственом сектору. Први пут је приватни сектор пружалаца здравствених услуга и финансијера опсервиран заједно са јавним сектором. У оквиру јавног сектора финансијера у здравству потврђено је да је РФЗО најдоминантнији финансијер од 2003. до 2013. године. Мада, све веће потребе старије популације и захтеви становништва за новим технологијама временом чине финансијска средства РФЗО недовољним, без обзира што постоји тренд раста повећаног финансијског издвајања од стране РФЗО из године у годину.

Међутим, иако у поређењу са другим европским земљама, Република Србија издваја висок проценат БДП за здравствену заштиту, издвајања у апсолутном износу представљају мала средства, што је последица релативно ниског нивоа БДП-а Србије. Израчуната моћ куповине здравствених услуга је код становника Републике Србије међу најнижим у Европи, три и по пута мања од просека 27 земаља Европске уније, а већа само од становника Албаније, Румуније и Македоније. Повећавање потрошње лекова, а самим тим и трошкова за лекове је светски тренд који државе покушавају да реше на различите начине, али за сада без већег успеха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Јанковић Д. Здравствено осигурање као фактор трошкова здравствене заштите. Школа бизниса, 2011; 4: 70.
2. Gajić-Stevanović Milena. Republic health care bill within the health care system management reform. Dissertation, School of Medicine, Kragujevac, 2009. (Serbian)
3. OECD. A system of health accounts: version 1.0. Paris, 2000; p. 13.
4. PHR plus Resource Center. Understanding National Health Accounts: The Methodology and Implementation Process. Primer for Policymakers, Bethesda, 2003; p. 5.
5. Светска здравствена организација, Комисија за социјалне детерминанте здравља. 2008.
6. Чолаковић С. Анализа реформе система здравственог осигурања и здравствене заштите у Србији.

Универзитет Сингидунум, Београд, 2013; стр. 4–8.

7. World Health Organization. Statistical Information System, Core Health Indicators.

8. Вукмановић ЛЧ. Менаџмент у здравству: Политика и стратегија здравственог развоја, Менаџмент здравствених програма и здравственог система. Европски центар за мир и развој – ЕЦПД, Универзитет за мир Уједињених нација, Савремена администрација, Београд, 1994.

9. Тотић Е. Нека питања у вези са финансирањем здравствене заштите у земљама – чланицама Европске уније. Медицински гласник, Специјална болница за болести штитасте жлезде и

болести метаболизма, Златибор, 2012; 17(43): 54–83.

10. Доувер Н. Светско сиромаштво. У: Питер Сингер, Увод у етику. Издавачка књижарница Зорана Стојановића, Сремски Карловци – НовиСад, 2004; стр. 393–407.

11. World Health Organization – Italy. WHO, 2010.

12. OECD. Health Data 2008: How Does Spain Compare. OECD, 2008.

13. Гајић Стевановић М. Сврсисходност и потреба развоја система НЗР. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд, 2011.

Контакт: Драган Угринов, дипл. економиста – мастер менаџмента у здравству, Завод за јавно здравље Панчево, e-mail: ugrinov.dragan@gmail.com