

# Ključni izazovi u reformisanju zdravstvenog sistema Srbije u uslovi- ma pandemije COVID-19 na putu ka održivom i decentralizovanom sistemu

## Key challenges in reforming the healthcare system of Serbia in the conditions of the COVID-19 pandemic on the way to a sustainable and decentralized system

Maja Mrkić<sup>1</sup>, Violeta Ilić Todorović<sup>2</sup>, Jasmina Jovanović  
Mirković<sup>2</sup>, Dragan Radosavljević<sup>2</sup>, Mile Despotović<sup>2</sup>,  
Hristos Aleksopoulos<sup>2</sup>

1-Vana d.o.o., Beograd

2-Akademija vaspitačko-medicinskih strukovnih studija, Odsek medicinskih  
studija Čuprija

PRIMLJEN 09.04.2022.

PRIHVAĆEN 02.10.2022.

Maja Mrkić<sup>1</sup>, Violeta Ilić Todorović<sup>2</sup>, Jasmina Jovanović  
Mirković<sup>2</sup>, Dragan Radosavljević<sup>2</sup>, Mile Despotović<sup>2</sup>,  
Christos Alexopoulos<sup>2</sup>

1-Vana d.o.o., Belgrade, Serbia

2-The Academy of Applied Preschool Teaching and Health Studies, Depart-  
ment of Medical Studies Cuprija, Serbia

RECEIVED 09.04.2022.

ACCEPTED 02.10.2022.

### APSTRAKT

Zdravstvena zaštita je najvažnija aktivnost čijom organizacijom se ljudski rod bavi vekovima. Politike javnog zdravlja i funkcionalni zdravstveni sistemi imaju za osnovne ciljeve očuvanje i unapređenje javnog zdravlja. Problemi intenzivnog starenja stanovništva, kontinuirani rast zdravstvene potrošnje, obezbeđenje održivog finansiranja zdravstvenih sistema i efikasno korišćenje resursa su prisutni u svim svetskim zdravstvenim sistemima. Reforme sistema zdravstvene zaštite postale su globalni svetski fenomen u poslednjih dvadeset godina prošlog veka. Cilj ovog preglednog rada je da ukaže na značaj i potrebu za pravovremenim modifikacijama strategije plana optimizacije zdravstvene zaštite u Srbiji do 2035. godine, kako bi zdravstveni sistem Srbije u budućnosti bio spreman da odgovori na potencijalne globalne zdravstvene krize. Kao ključni dokument Master plana, biće ukratko predstavljen i Plan optimizacije mreže ustanova zdravstvene zaštite do 2035. godine, uz analizu ključnih parametara efektivnosti zdravstvene zaštite, a pre svega unapređenja realizacije osnovnih načela zdravstvene zaštite-ujednačenosti i dostupnosti zdravstvenih

### ABSTRACT

Health care is the most important activity and human kind is dealing with its organization for centuries. Public health policies and functional health care systems have as their primary objectives the preservation and improvement of public health. Problems of intensive aging of the population, continuous growth of health spending, ensuring sustainable financing of health systems and efficient use of resources are present in all world health systems. Health care system reforms have become a global phenomenon for the last twenty years of the last century. The goal of this review paper is to point out the importance and need for timely modifications of the strategy of the health care optimization plan in Serbia by 2035, so that the health care system of Serbia would be ready to respond to potential global health crises in the future. The Plan for optimizing the health care institutions network by 2035 as a key document of the Master Plan will be briefly presented with an analysis of key parameters of health care effectiveness and above all improvement of

### CORRESPONDENCE / KORESPONDENCIJA

Violeta Ilić Todorović, The Academy of Applied Preschool Teaching and Health Studies, Krusevac, Department of medical studies Cuprija, Serbia, Bulevar vojske bb, Tel: +381 63667177, E-mail: ilicvioleta@yahoo.com

Violeta Ilić Todorović, Akademija vaspitačko medicinskih strukovnih studija, Krusevac, Odsek medicinskih studija Čuprija, Bulevar vojske bb, Tel: +381 63667177, E-mail: ilicvioleta@yahoo.com

usluga na teritoriji Republike Srbije. Za predstavljanje budućih ključnih promena zdravstvenog sistema, neophodno je uzeti u obzir i trenutno stanje, kao i potencijalne posledice globalne pandemije virusa COVID-19 na zdravstvene sisteme. Za analizu su korišćene baze podataka: WHO, OECD, Izveštaji Svetske banke. Tendencija porasta učešća troškova zdravstvene zaštite u BDP-u, sa problemima efikasnog korišćenja resursa zdravstvene zaštite, postaju najznačajniji razlozi za reformisanje zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite u gotovo svim zemljama sveta. Brojna istraživanja eminentnih stručnjaka iz oblasti ekonomije i finansija ukazuju da uvođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja sa jasno definisanim paketom zdravstvenih uslova, predstavlja najracionalniji izbor u realizaciji projekta Svetske zdravstvene organizacije: „Zdravlje za sve u 21. veku”. Za zdravstveni sistem se može reći da je efikasan ukoliko obezbeđuje zdravstvenu zaštitu maksimalnog kvaliteta u smislu medicinskog ishoda, uz minimalne troškove u odnosu na izdvojena sredstva. Zdravstveni sistemi širom sveta se danas suočavaju sa veoma sličnim problemima, a pandemija COVID-19 je pokazala kolika je „ranjivost” ne samo zdravstvenog sistema, već i čitavog čovečanstva kada se suoči sa ovakvim izazovima.

Ključne reči: sektor zdravstvene zaštite; reforma zdravstvene zaštite; troškovi zdravstvene zaštite; ekonomija i organizacije zdravstvene zaštite; kvalitet zdravstvene zaštite, pristup i evaluacija.

## UVOD

Zdravstvena zaštita, u okviru Zakona o zdravstvenoj zaštiti Srbije, podrazumeva sveobuhvatnu i organizovanu delatnost društva sa osnovnim ciljem da se ostvari najviši mogući nivo očuvanja zdravlja građana i porodice. Zdravstvena zaštita, u smislu ovog zakona, obuhvata sprovođenje mera za očuvanje i unapređenje zdravlja građana, sprečavanje, suzbijanje i rano otkrivanje bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja i blagovremeno i efikasno lečenje i rehabilitaciju povređenih i obolelih.<sup>1</sup> Svaka država ima obavezu da za svoje građane obezbedi zdravstvenu zaštitu na najvišem nivou u odnosu na sopstvene ekonomske mogućnosti (nacionalni dohodak). Imajući u vidu konstantnu tendenciju razvijenih evropskih zemalja ka afirmaciji demokratskog društva sa razvijenom ekonomijom, razvoj zdravstvenog sistema podrazumeva poštovanje principa solidarnosti, ujednačenosti i dostupnost pružanja zdravstvenih usluga celokupnoj populaciji. Pružanje zdravstvenih usluga u najvećoj mogućoj meri treba da obezbedi osnovnu zdravstvenu negu što većem broju stanovništva i na taj način da zadovolji sve aspekte ljudskih prava u prilikom

the implementation of basic principles of health care – uniformity and availability of health services on the territory of Republic of Serbia. In order to present future key changes in the health system, it is necessary to take into account the current situation, as well as the potential consequences of the global pandemic of COVID-19 virus on health systems. Databases were used for analysis: WHO, OECD, World Bank Reports. The tendency of increasing the share of health care costs in GDP, with the problems of efficient use of health care resources, is becoming the most important reason for reforming health insurance and health care in almost all countries in the world. Numerous researches of eminent experts in the field of economy and finance indicate that the introduction of compulsory health insurance with a clearly defined package of health conditions is the most rational choice in the implementation of the World Health Organization project: „Health for all in the 21st century”. A health system could be said to be effective if it provides health care of maximum quality in terms of medical outcome, with minimal costs in relation to the allocated funds. Health care systems around the world today face very similar problems, and the COVID-19 pandemic has shown how „vulnerable” it is not only the health system but all of humanity when faced with such challenges.

Key words: health care sector; health care reform; health care costs; health care economics and organizations; health care quality, access, and evaluation.

pružanja zdravstvene nege u što kraćem vremenskom periodu, što predstavlja osnovni postulat svakog društva.<sup>2</sup> Srbija je 2001. godine ušla u period tranzicije sa kojim je počela i transformacija sistema obaveznog (državnog) zdravstvenog osiguranja koji se zasniva na Bizmarkovom modelu finansiranja, koji karakteriše gotovo potpun obuhvat stanovništva i široka prava iz oblasti zdravstvenog osiguranja, zdravstvene ustanove sa medicinskom opremom u većinskom vlasništvu države i relativno nerazvijen privatni zdravstveni sektor sa vrlo niskim udelom integracije u javne izvore finansiranja.

## REALIZOVANE REFORMSKE PROMENE DO 2015. GODINE

Proces transformacije zdravstvenog sistema je usledio posle devedesetih godina XX veka koje je obeležio građanski rat i raspad SFRJ, a krajem decenije i bombardovanje Srbije. Sa ovim događajima došlo je gotovo do kolapsa zdravstvenog sistema Srbije. U tom periodu i nakon toga, zdravstveni pregledi su značajno redukovani, a državne zdravstvene ustanove skoro da nisu bile u mogućnosti za adekvatnim i kvalitetnim bolničkim lečenjem i obezbeđivanjem osnovnih

higijenskih uslova. U jednom trenutku je gotovo došlo do potpune obustave nabavke lekova i sanitetskog materijala<sup>3</sup>, a zastarela zdravstvena tehnologija je onemogućavala brojne intervencije i zdravstvene usluge. Istovremeno je krenuo razvoj privatnog zdravstvenog sektora. Zbog krize u državnom sektoru, privatni sektor je angažovao osoblje iz državnih zdravstvenih ustanova, a zbog odsustva mogućnosti korišćenja sredstava iz javnih izvora finansiranja, pacijenti su u plaćali puni iznos cene primljenih usluga.<sup>4</sup> Došlo je do dvostrukog finansijskog opterećenja stanovništva, plaćanje doprinosa obaveznog osiguranja uz minimalnu mogućnost korišćenja prava iz te oblasti i usmerenost ka privatnom sistemu sa plaćanjem punog iznosa cene, uz ograničenu dostupnost brojnih zdravstvenih usluga.

Ulaskom u tranziciju, zdravstveni sistem je posle problema iz devedestih godina ostvario napredak u brojnim oblastima. Zahvaljujući donacijama iz inostranstva omogućene su rekonstrukcije oštećenih objekata i nabavka savremenije medicinske tehnologije iz oblasti dijagnostike i terapije (kurative), unapređena je nabavka lekova i sanitetskog materijala uz racionalizaciju potrošnje, naročito u oblasti lekova. Kvalitet rada zdravstvenih ustanova je unapređen kroz proces akreditacije, a rad zdravstvenih radnika kroz licenciranje.<sup>5</sup> Ipak, osnovni problemi vezani za finansiranje, kao i odsustvo faktora stimulacije za efikasan rad, uz poštovanje principa maksimiranja kvaliteta uz ograničene resurse su ostali nerešeni.

Reformski proces zdravstva u Srbiji započeo je donošenjem dokumenata Zdravstvena politika Srbije i Vizija sistema zdravstvene zaštite Srbije 2002. i 2003. godine. Zatim sledi konkretizacija u vidu donošenja paketa reformskih zakona (Zakon o zdravstvenom osiguranju, Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o lekovima i medicinskim sredstvima, Zakon o komorama zdravstvenih radnika) 2005. godine. Plan razvoja zdravstvene zaštite Republike Srbije 2010-2015. usvojen je 2010. godine od strane Narodne skupštine Republike Srbije.<sup>6,7</sup>

Reformski ciljevi iz oblasti finansiranja zdravstvene zaštite obuhvaćeni ovim planom su: finansijska stabilnost sistema zdravstvene zaštite i unapređenje kvaliteta i efikasnosti pružanja zdravstvenih usluga. Planirane aktivnosti za realizaciju finansijske stabilnosti sistema zdravstvene zaštite su:

- 1) Definisanje „osnovnog” paketa usluga
- 2) Redefinisanje stopa i osnovica doprinosa za zdravstveno osiguranje
- 3) Unapređenje sistema redovne uplate doprinosa
- 4) Obezbeđivanje potpunog obuhvata stanovništva obaveznim zdravstvenim osiguranjem
- 5) Povećanje javnih zdravstvenih sredstava iz državnog, pokrajinskog i lokalnih budžeta
- 6) Uvođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

U uslovima nedostatka sredstava za održivo finansiranje zdravstvenog sistema, definisanje osnovnog paketa zdravstvenih usluga podrazumevalo je suženje prava iz oblasti zdravstvenog osiguranja u cilju smanjivanja nedostajuće sume sredstava. Redefinisanje osnovica i stopa doprinosa podrazumevalo je proširenje osnovice ili povećanje učešća stope doprinosa zaposlenih a smanjenje stope doprinosa za poslodavce. Unapređenje sistema redovne uplate doprinosa značilo bi implementaciju sistema registracije i kontrole uplate doprinosa. Povećanje javnih sredstava iz budžeta države, pokrajine i lokalnih samouprava je predviđeno drugačijom preraspodelom budžeta, čime bi se realizovao potpuni obuhvat stanovništva zdravstvenim osiguranjem.<sup>8</sup> Uvođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ima za cilj da rastereti fond obaveznog zdravstvenog osiguranja, ali i da korisnicima ponudi mogućnost većeg obima, sadržaja i standarda prava od oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Planirane aktivnosti za unapređenje kvaliteta i efikasnosti pružanja zdravstvenih usluga podrazumevaju: uvođenje novog načina finansiranja ustanova koje obavljaju zdravstvenu delatnost na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou, obezbeđivanje finansiranja javnog zdravlja, potom procena zdravstvenih tehnologija, zatim obezbeđivanje dostupnosti bezbednih, kvalitetnih i efikasnih lekova, kao i obezbeđenje potpune primene metodologije nacionalnih zdravstvenih računa u sistemu zdravstvene zaštite povećavanje upravljačkih sposobnosti i odgovornosti menadžmenta za poslovanje i upravljanje resursima u zdravstvenim ustanovama. Uveden je novi način finansiranja ustanova primarne zdravstvene zaštite koji podrazumeva plaćanje po registrovanom osiguranom licu izabranog lekara, odnosno po sistemu kapitacije.<sup>9</sup> U ustanovama sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite je predviđen sistem dijagnostički srodnih grupa (DSG), čijom implementacijom je očekivano smanjenje troškova i podizanje kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga, što će biti osnova za plaćanje po ishodima lečenja. Unapređenje finansiranja programa javnog zdravlja je predviđeno drugačijom preraspodelom budžeta. Procena zdravstvenih tehnologija po ovom planu bila je zasnovana na uvođenju nacionalnih standarda za procenu uspešnosti zdravstvenog sistema, kao i sprovođenju cost-benefit analiza u procesima donošenja odluke o uvođenju novih zdravstvenih tehnologija. Obezbeđivanje dostupnosti kvalitetnih, bezbednih i efikasnih lekova je predviđeno kroz implementaciju sistema referentnih cena lekova i efikasno upravljanje listama lekova koji se izdaju na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja.<sup>10</sup>

## AKTUELNA SITUACIJA ZDRAVSTVENOG SISTEMA U SRBIJI-UTICAJ PANDEMIJE COVID-19

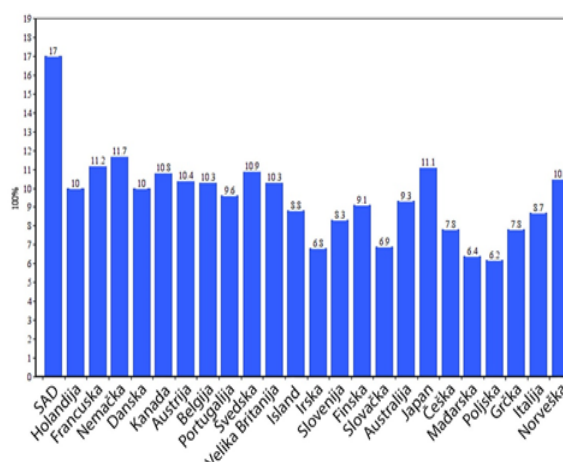
Analiza trenutne situacije zdravstvenog sistema, tok reformi, projekcije Master plana, nezaobilazno mora uzeti u obzir razmere i potencijalne posledice pandemije virusa COVID-19. U pokušaju reformisanja i unapređenja nacionalnog zdravstvenog sistema ka dostupnijem, efektivnijem, pravednijem u smislu ujednačenja dostupnosti medicinskih usluga ujednačenog kvaliteta na celoj teritoriji, neophodno je i sagledati trenutni uticaj globalnog zdravstvenog problema na naš nacionalni zdravstveni sistem, identifikovati ključne sektore i populacione grupe koje su najviše pogođene pandemijom. Cilj takve analize je omogućavanje pravovremenih modifikacija strategije plana optimizacije zdravstvene zaštite u Srbiji do 2035. godine.

Jedna od ključnih konstatacija je da je pandemija COVID-19 ukazala na značaj ravnopravnosti u dostupnosti zdravstvenih usluga adekvatnog kvaliteta. Analiza procesa semestra 2020\* (evropski semestar- godišnji ciklus ekonomske i socijalne politike EU), koju je sproveo EuroHealthNet, ukazala je na potencijalno ozbiljne uticaje pandemije COVID-19 na zdravstvene nejednakosti. Kao najviše pogođene grupe identifikovani su ljudi sa hroničnim bolestima, kojima je značajno bio ugrožen pristup zdravstvenim uslugama. U zemljama zapadnog Balkana, uključujući i Srbiju populacija je opterećena značajnim udelom hroničnih nezaraznih bolesti. Među ekspertima postoji konsenzus da u svetu postoji nejednak uticaj COVID-19 virusa na osobe starije od 65 godina. U Srbiji je posebno ugrožena kategorija starijih osoba koje su dodatno opterećene hroničnim nezaraznim bolestima. Hronične nezarazne bolesti predstavljaju najznačajnije komorbiditete za COVID-19, a prisustvo ovog virusa kod ovih pacijenata obično zahteva intenzivnu negu i hospitalizaciju. Grupe visokog rizika za COVID-19 su stariji od 70 godina, određene vrste maligniteta, pacijenti na imunosupresivnoj terapiji, ozbiljna respiratorna oboljenja, urođene metaboličke i srčane bolesti, trudnoća, a naročito gojaznost i dijabetes. Obezbeđivanje održivih izvora finansiranja zdravstvenog sistema, modernizacija, nabavka dovoljne količine medicinske opreme, kao i isporuka zdravstvene usluge koja kao rezultat ima pozitivan ishod su izazovi sa kojima su suočene i mnogo razvijenije ekonomije od Srbije.<sup>11</sup> Uočen je i nejednak rizik od zaraznih i teških bolesti, nejednak uticaj mera izolacije i nejednake posledice socio-ekonomskog uticaja.<sup>12</sup> Utvrđen je izražen obim negativnih uticaja na mentalno zdravlje, ali i značaj posedovanja digitalnih veština u vanrednim situacijama ovakvih razmera. Izveštaj SZO o zdravstvenoj ravnopravnosti ukazuje da se 90% zdravstvenih nejednakosti u zdravlju, mentalnom zdravlju i zadovoljstvu životom koji se prijavljuju može objasniti sa ovih 5 faktora: kvalitet, pristupačnost i

pristup zdravstvenoj zaštiti (10%); finansijska nesigurnost (35%); loš kvalitet stanovanja i okruženja (29%); socijalna isključenost (19%); nedostatak pristojnog rada i loši uslovi rada (7%).<sup>13</sup> Gore navedeni izveštaj jasno ukazuje da negativne posledice pandemije COVID-19 najintenzivnije pogađaju vulnerabilne kategorije stanovništva: starije od 65 godina, pripadnike nacionalnih manjina, siromašne, pripadnike etničkih manjina (Romi), pripadnike LGBT populacije, kao i sve grupe podložne diskriminaciji.

Redovni ekonomski izveštaj Svetske banke za zemlje zapadnog Balkana-Ekonomski i socijalni uticaj COVID-19 na zdravstvene sisteme kroz komparativnu analizu zdravstvenih sistema pet zemalja zapadnog Balkana (Albanija, Severna Makedonija, Srbija, Bosna i Hercegovina, Crna Gora), kao i drugi relevantni izveštaji, ukazali su da zdravstveni sistem Srbije poseduje snažne mehanizme za kontrolu zaraze i nabavke lične zaštitne opreme (tabela 1, slike 1 i 2). GHS indeks (Globalni indeks sigurnosti zdravstvene zaštite) predstavlja sveobuhvatnu procenu globalnih sposobnosti zdravstvene zaštite 195 zemalja. Prosečna vrednost GHSI je 40,2 od mogućih 100.<sup>14</sup>

Zdravstvena potrošnja po glavi stanovnika zemalja članica OECD-a



Slika 1. Zdravstvena potrošnja država članica OECD izražena u udelu BDP-a za 2019. godinu (OECD Health Statistics 2020).<sup>16</sup>

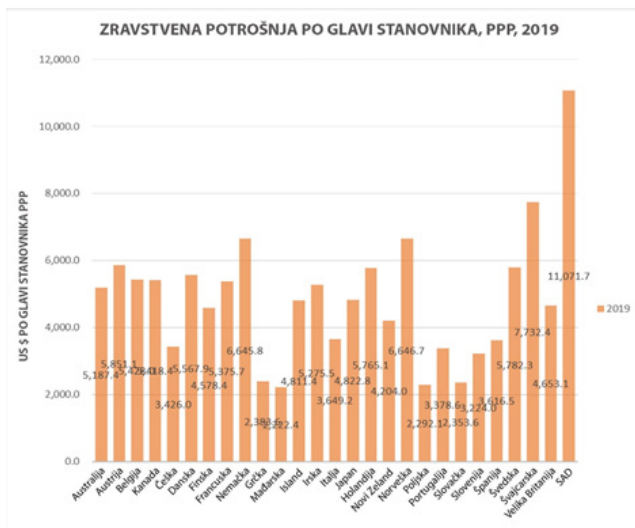
Prikazani podaci ukazuju na slabosti zdravstvenih sistema značajno razvijenijih zemalja, koje po glavi stanovnika izdvajaju mnogo veće iznose za zdravstvo u odnosu na Srbiju, a ipak neke od tih zemalja beleže GHS indeks 51,9 što vrlo indikativno ukazuje da je globalna međunarodna sposobnost da adekvatno, pravovremeno i efektivno odgovori na epidemije i pandemije suštinski veoma slaba (slike 1 i 2). Kompletan GHS izveštaj daje 33 preporuke za unapređenje zdravstvenih sistema u cilju savladavanja detektovanih sistemskih slabosti i spremnosti da se u budućnosti odgovori na slične globalne izazove.<sup>13</sup>



Tabela 1. Ključni pokazatelji zdravstvenog sektora i smrtni slučajevi COVID-19 [15].

Parametar	Albanija	Bosna i Hercegovina	Crna Gora	Severna Makedonija	Srbija
Javni rashodi za zdravstvo po glavi stanovnika (USD, 2014)	307	681	508	539	812
Troškovi iz vlastitih sredstava* (u %, 2014)	50	28	43	37	37
Broj potvrđenih slučajeva**	949	2321	325	1839	10733
Broj smrtnih slučajeva**	31	134	9	106	234
Procenat (%) stanovništva starijeg od 65 godina	13,75 (2018)	16,47 (2018)	14,97 (2018)	13,63 (2018)	18,68 (2018)
Vrednost Globalnog indeksa zdravstvene sigurnosti	Rang 39/195 Ocena: 52,9 Sprečavanje: 43,8 Otkrivanje: 74,3 Odgovor: 52,0 Standardi: 53,0 Zdrav. sistem 35,9 Rizik: 55,7	Rang 79/195 Ocena: 42,8 Sprečavanje: 36,7 Otkrivanje: 41,7 Odgovor: 37,8 Standardi: 37,8 Zdrav. sistem 38,3 Rizik: 50,8	Rang 68/195 Ocena: 43,7 Sprečavanje: 37,6 Otkrivanje: 77,3 Odgovor: 37,8 Standardi: 52,6 Zdrav. sistem 30,8 Rizik: 52,6	Rang 90/195 Ocena: 39,1 Sprečavanje: 37,0 Otkrivanje: 41,7 Odgovor: 33,1 Standardi: 44,8 Zdrav. sistem 25,4 Rizik: 57,7	Rang 41/195 Ocena: 52,3 Sprečavanje: 48,8 Otkrivanje: 46,2 Odgovor: 55,1 Standardi: 49,7 Zdrav. sistem 56,5 Rizik: 59,2

\*Troškovi iz vlastitih izvora, tzv „plaćanje iz džepa“ kao procenat ukupnih rashoda za zdravstvo standardizovan u USD; \*\*Podaci zaključno sa 20.5.2020. na osnovu Izveštaja o situaciji SZO i informacijama Univerziteta „John Hopkins“



Slika 2. Zdravstvena potrošnja po glavi stanovnika zemalja članica OECD-a za 2019.godinu standardizovana na \$USD (OECD Health Statistics 2020).<sup>16</sup>

Na skupu ekonomista dobitnika Nobelove nagrade, održanom u nemačkom gradu Lindau 2004. godine, je dan od dobitnika ove nagrade Viljem Šarp je na pitanje o najvećim ekonomskim izazovima današnjeg sveta odgovorio da je to: „finansiranje zdravstvenih potreba i penzija”.<sup>17</sup> U današnjim uslovima turbulentnog tržišta zdravstvenih uslova, gde je globalna kriza prouzrokovala drugačije trendove i potražnje medicinske opreme i kadra, došlo je do povećanja tražnje, ali i cena medicinske opreme, naročito u oblasti intenzivne i poluintenzivne nege, značaj održivog finansiranja zdravstvenih sistema definitivno je postao najznačajniji svetski izazov.

### ZDRAVSTVENI SISTEM SRBIJE DO 2035. GODINE

U Srbiji je 2019. godine kao deo reformskog procesa čiji je cilj unapređenje kvaliteta i ujednačenosti pristupa zdravstvenoj zaštiti, uz racionalizaciju korišćenja resursa po ugledu na najznačajnije međunarodne prakse, uz prilagođavanje na aktuelnu situaciju, počela izrada Plana optimizacije mreže ustanova zdravstvene zaštite (Master plan). Osnovni ciljevi na kojima se Master plan bazira su obezbeđivanje kvalitetne, ujednačene i pravovremene zdravstvene zaštite na celoj teritoriji Republike Srbije, sa olakšanim pristupom zdravstvenoj zaštiti svim pacijentima, u okviru predviđenog budžeta za zdravstvo. Master plan predviđa najznačajniju promenu u pristupu funkcionisanja zdravstvenog sistema, po kojoj će se planiranje u zdravstvenom sektoru vršiti prema potrebama, a ne kao što je bila dosadašnja praksa prema zdravstvenim kapacitetima na određenoj teritoriji.

Planiranje alokacije finansijskih i ostalih resursa u zdravstvenom sistemu na osnovu procenjenih potreba određenog dela populacije na određenoj teritoriji je praksa koja već godinama daje dobre rezultate u zemljama poput Velike Britanije. Ministarstvo zdravlja Velike Britanije od sedamdesetih godina dvadesetog veka koristi mehanizam za alokaciju resursa poznat pod nazivom „ponderisana kapitalizacija” (engl. weighted capitation). Ovaj sistem je zasnovan na sofisticiranim statističkim metodama, a uveden je sa ciljem povećanja efikasnosti usklađivanja postojećih resursa sa lokalnim zdravstvenim potrebama stanovništva, odnosno da omogući podjednak pristup zdravstvenoj zaštiti stanovništva u svim geografskim regionima Velike Britanije, da redukuje zdravstvene nejednakosti. Za svako geografsko područje, određuje se poseban budžet u skladu sa zdravstvenim potrebama, ali i procenjenim zdravstvenim rizicima stanovništva. Takođe, imaju se u vidu i potrebna izdvajanja za: porodijska odsustva, troškove zdravstvenih usluga iz oblasti mentalnog zdravlja, isplate ugovorno vezanih zdravstvenih profesionalaca: lekara opšte prakse, farmaceuta i stomatologa. Pre uvođenja ovog sistema alokacije resursa, prilikom izračunavanja sume sredstava za raspodelu ka

lokalnim organima, kao kriterijumi su korišćeni: starosna struktura stanovništva, lokalni troškovi zdravstvenih usluga i standardizovane stope mortaliteta. Izračunavanja putem „ponderisane kapitacije”, pored sofisticiranih statističkih metoda, uključuju i analize koje uzimaju još faktora poput: procena zdravstvenog stanja populacije određenog regiona (zdravstveni indikatori), socijalnog statusa stanovništva, kao i specifičnih mera zdravstvenih nejednakosti.<sup>18</sup> Pre uvođenja ovog sistema alokacije resursa, prilikom izračunavanja sume sredstava za raspodelu ka lokalnim organima, kao kriterijumi su korišćeni: starosna struktura stanovništva, lokalni troškovi zdravstvenih usluga i standardizovane stope mortaliteta.

Promene koje Master plan uključuje su organizacionog, geografskog, funkcionalnog i institucionalnog karaktera, te kao takve zahtevaju određeno vreme za implementaciju i adaptaciju kako samog zdravstvenog sistema, tako i pacijenata. U skladu sa obimom planiranih promena i procena za implementaciju i realizaciju, one su i vremenski ograničene na: kratkoročne (1-3 godine), srednjoročne (4-7 godina), dugoročne (7-15 godina). Plan predviđa novu regionalnu organizaciju, kategorizaciju bolnica, promene u oblasti primarne zdravstvene zaštite koje će se pre svega odnositi na reorganizaciju davaoca zdravstvene usluge, gde će osnovna organizaciona jedinica biti tim medicinskog osoblja. Kao oblasti zdravstvenog sektora od izuzetnog javnog značaja, prepoznate su hitna pomoć, apoteka, perinatalna nega, gerijatrija, palijativa, koje će takođe biti obuhvaćene transformacijom u okviru Master plana.

Regionalizacija podrazumeva podelu na 6 regiona: Beogradski region, Region Vojvodine, Region Centralne Srbije i Šumadije, Region Zapadne Srbije, Region Istočne Srbije, Region Južne Srbije. U centru svakog regiona biće jedna centralna bolnica sa najboljim kadrovima i opremom za najsloženije zdravstvene usluge na nivou regiona, centralna regionalna apoteka, hitna pomoć i ostale službe od značaja u zdravstvenoj zaštiti. Bolnice bi po Master planu trebale biti podeljene u 4 kategorije, na osnovu usluga koje pružaju:

I kategorija: lokalna opšta bolnica u potpunosti opremljena i funkcionalna za 4 grane medicine: interna medicina, hirurgija, pedijatrija, ginekologija i akušerstvo sa pratećom anesteziologijom i radiologijom

II kategorija: okružna opšta bolnica koja bi pokrivala sve delatnosti bolnica i kategorije i još 15 dodatnih usluga (urologija, endokrinologija, otorinolaringologija, nefrologija, infektologija, pulmologija...)

III kategorija: regionalna bolnica sa svim uslugama bolnice II kategorije i još 70% usluga koje inače isporučuju bolnice tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite.

IV kategorija: centralna republička bolnica – Univerzitetski klinički centar Srbije, Univerzitetski klinički centar Vojvodine, Vojno-medicinska akademija, predviđene za najsloženije medicinske usluge sa najboljom opremom i kad-

rom. Osnovni cilj kategorizacije bolnica je proces decentralizacije koji bi imao pozitivne ishode u smislu ujednačenog pristupa pacijenata zdravstvenoj zaštiti odgovarajućeg kvaliteta u svim oblastima, smanjenje opterećenja ustanova najvišeg nivoa zdravstvene zaštite, ali i olakšanje transformacije i unapređenja primarne zdravstvene zaštite. Centralizacija bolnica i fragmentacija (multiplikacija usluga kao posledica neintegrisanosti pristupa zdravstvenom sistemu) prepoznati su kao ključne smetnje u procesu transformacije i unapređenja primarne zdravstvene zaštite.

Master plan predviđa i dva modela spajanja zdravstvenih ustanova-kroz funkcionalnu i institucionalnu integraciju. Cilj funkcionalne integracije je ostvarivanje unapređenja zdravstvene zaštite kroz saradnju dve srodne ustanove na osnovu ugovora/sporazuma po kojima bi one razmenjivale kadar, usluge, opremu, prostor ili po potrebi organizovale zajedničke službe (npr. Univerzitetska dečja klinika „Tiršova” i Institut za majku i dete „Dr Vukan Čupić”). Kod institucionalne integracije došlo bi do spajanja dve ili više ustanova u jedno pravno lice, ili pripajanja manjih ustanova većoj. Cilj nije zatvaranje ustanova već unapređenje administrativnog upravljanja-efikasnije planiranje nabavke lekova, opreme, bolje upravljanje kadrovima, organizovanje dežurstava i svega što je važno za kvalitet rada uz održivo finansiranje<sup>19</sup>.

Primarna zdravstvena zaštita kao osnova svakog zdravstvenog sistema imaće svoj tim kao osnovnu organizacionu jedinicu. Nosilac tima može biti lekar opšte prakse, lekar specijalista, ginekolog, stomatolog, pedijatar, a član svakog tima je medicinska sestra/tehničar. Rad timova biće procenjivan po osnovu dva kriterijuma: kvaliteta usluga i troškova, a na osnovu procene i vrednovan. Tim u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao osnovna operativna jedinica smatra se potencijalom koji može da uči i generiše konstantna poboljšanja u kvalitetu i sigurnosti<sup>20</sup>. Timski pristup smatra se temeljom transformacije primarne zdravstvene zaštite u cilju ostvarenja pristupa usmerenog ka pacijentu.<sup>21,22</sup>

Finska je prva zemlja u kojoj je reorganizacija pristupa primarnoj zdravstvenoj zaštiti uz akcenat na reorijentaciju zdravstvene službe ka promociji zdravog načina života i prevenciji bolesti dala odlične rezultate. U periodu od 25 godina smanjene su: opšta stopa smrtnosti za 49%, stopa smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti za 68%, koronarne bolesti za 78%, od malignih bolesti za 44%, a od karcinoma pluća za 71%. U istom periodu smanjen je broj pušača sa 52% na 31%, prosečan nivo holesterola u krvi sa 6,9 na 5,7 mmol/l, a prosečan krvni pritisak sa 149/92 mmHg na 137/83 mmHg.<sup>23</sup>

## ZAKLJUČAK

Svako društvo se karakteriše određenim socio-ekonomskim obeležjima kao i specifičnim društvenim vrednostima koji se reflektuju na sve oblasti javnog života uključujući i zdravstvenu zaštitu, i to pre svega njenu organizaciju i finansiranje. Jedan od pozitivnih aspekata globalizacije je jednostavna razmena informacija na internacionalnom nivou, naročito u dostignućima iz oblasti od vitalnog značaja. Svetska ekonomska kriza izazvana pandemijom bolesti COVID-19 je pokazala da je stabilnost javnih izvora finansiranja diskutabilna, a globalni trend povećanja zdravstvene potrošnje je dodatno potvrdio potrebu za nalaženjem alternativnih izvora finansiranja. Zajednički problemi održivog finansiranja i rastućih troškova u zdravstvenim sistemima širom sveta, uslovi su potrebu za sprovođenjem reformi zdravstvenog sektora u gotovo svim zemljama sveta. Idealnog rešenja i rezultata nema. Brojna istraživanja eminentnih autora iz oblasti ekonomije i finansija ukazuju da je uvođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja sa racionalno definisanim paketom usluga najprihvatljivije rešenje. Krajnjih ciljeva u procesima reformi nema jer nema ni idealnog zdravstvenog sistema. Ostaje da vreme pokaže koliki je uspeh preduzetih reformi u oblasti zdravstvene zaštite.

## LITERATURA

- Đokić D, Jakovljević Đ: *Socijalna medicina*. Kragujevac, Medicinski fakultet, 2007.
- Jacobs R, Godard M. Trade-offs in social health insurance systems. *Int J Soc Econ* 2002; 29: 861-75.
- Habib JL. Progress lags in infection prevention and health disparities. *Drug Benefit Trends* 2010; 22: 112.
- King D, Mossialos E. The determinants of private medical insurance prevalence in England, 1997–2000. *Health Serv Res* 2005; 40: 195–212.
- Saltman RB, Dubois HFW. Current reform proposals in social health insurance countries. *Eurohealth* 2005; 11: 10-4.
- Odluka o Planu razvoja zdravstvene zaštite Republike Srbije. Beograd: Službeni glasnik Republike Srbije, 2010. 88/2010.
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Beograd: Službeni glasnik Republike Srbije, 2019. 25/2019.
- Klein-Hitpas U, Scheller-Kreinsen D. Policy trends and reforms in the German DRG-based hospital payment system. *Health Policy* 2015; 119: 252-7.
- Oliver A The English National Health Service: 1979–2005. *Health Economics* 2005; 14: 75-99.
- Tasić Lj. *Farmaceutski menadžment i marketing*. Beograd: Nauka, 2002.
- Recovering from the COVID-19 and ensuring health equity – The role of the European Semester Brussels: EuroHealthNet, 2020. (<https://eurohealthnet.eu/media/news-releases/recovering-covid-19-pandemic-and-ensuring-health-equity%E2%80%93role-european-semester>).
- Health inequity and the effects of COVID-19: assessing, responding to and mitigating the socioeconomic impact on health to build a better future. Geneva: World Health Organization, 2020. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338199/WHO-EURO-2020-1744-41495-56594-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
- Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. World Health Organization. Regional Office for Europe. Geneva: World Health Organization, 2019. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326879/9789289054256-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
- Nuclear Threat Initiative, Johns Hopkins Center for Health Security. 2021 GHS Index. Global Health Security Index. Advancing collective action and accountability amid global crisis. Washington DC: Nuclear Threat Initiative, 2021. ([https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2021/12/2021\\_GHSIndexFullReport\\_Final.pdf](https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2021/12/2021_GHSIndexFullReport_Final.pdf)).
- Ekonomski i socijalni uticaj COVID-19. Zdravstveni sistemi. Zapadni Balkan redovni ekonomski izveštaj. Br. 17, proljeće 2020. Washington DC: World Bank Group, 2020. (<https://pubdocs.worldbank.org/en/867581590708738686/WBRER17-06-Health-BOS.pdf>).
- Health expenditure and financing. OECD.Stat. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2021. (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>).
- William F. Sharpe – Interview. NobelPrize.org. Stockholm: Nobel Prize Foundation, Nobel Prize Outreach, 2021. (<https://www.nobelprize.org/prizes/economic-sciences/1990/sharpe/interview>).
- Resource allocation: Weighted Capitation Formula. 7th edn. London: Department of Health, 2011. ([https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/216320/dh\\_124947.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216320/dh_124947.pdf)).
- Plan optimizacije. Beograd: Ministarstvo zdravlja, 2021. (<https://optimizacijazdravstva.rs/lat/plan-optimizacije>).
- Schottenfeld L, Petersen D, Peikes D, et al. Creating patient-centered team-based primary care. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016. (<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/ncepcr/tools/PCMH/creating-patient-centered-team-based-primary-care-white-paper.pdf>).
- Bodenheimer T. Coordinating care: a major (unreimbursed) task of primary care. *Ann Intern Med* 2007; 147: 730-1.
- Kyle MA, Aveling EL, Singer S. A mixed methods study of change processes enabling effective transition to team-based care. *Med Care Res Rev* 2021; 78: 326-37.
- Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, eds. *Health in All Policies. Prospects and potentials* Helsinki: Ministry of Social and Health; 2006. ([https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/109146/E89260.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf)).