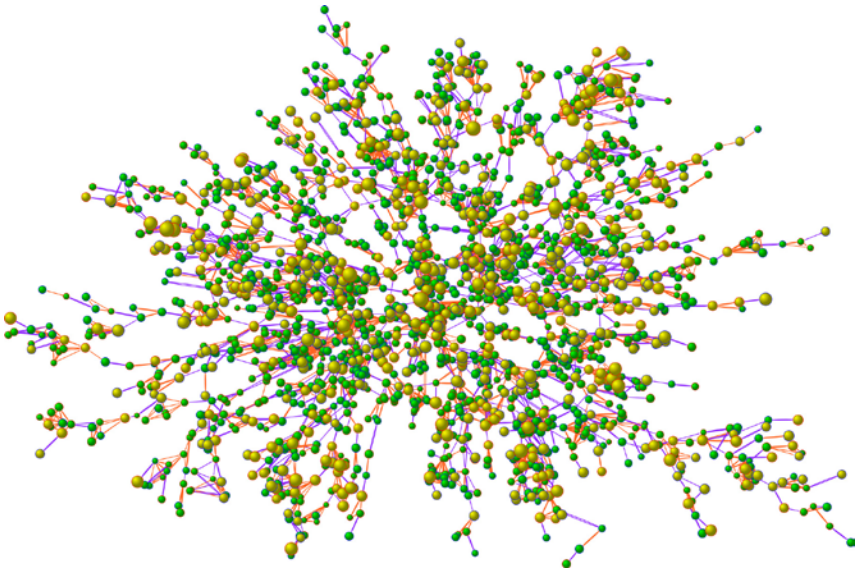
РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

СТРАТЕГИЈА РАЗВОЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СРБИЈИ ДО 2020 ГОДИНЕ



Београд, мај 2013 године

1. УВОД
Појам и развој здравственог осигурања
Стање и правци развоја

2. ФИНАНСИЈСКИ ПРЕДУСЛОВИ ЗА ОДРЖИВИ РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

3. ДОПУНА И ДОГРАДЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА
3.1 Добровољно здравствено осигурање у Србији
3.2 Добровољно здравствено осигурање у Фонду
3.3 Допунско осигурање – осигурање партиципације
3.4 Додатно осигурање
3.5 Могућности и правци развоја ДЗО

4. МОГУЋНОСТИ РЕФОРМИСАЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И УЛОГА ФОНДА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

5. ОПШТИ И ПОСЕБНИ ЦИЉЕВИ ОВОГ ПРОГРАМА

6. ПОТРЕБНЕ ПРОМЕНЕ У РАДУ ФОНДА
6.1. Нормативне промене
6.2. Организационе промене
6.3. Технологијске промене
6.4. Социо-психолошке промене
6.5. Припреме за европске интеграције
6.6. Развој здравственог осигурања и глобалне промене
6.7. Финансијска ревизија и њена улога у унапређењу рада Фонда
6.8. Нови менаџмент здравственог осигурања

7. ПРОМЕНЕ У СИСТЕМУ ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ДЕЛАТНОСТИ
7.1. Капитација у примарној заштити
7.2. Дијагностички сродне групе (ДСГ)

8. СКРАЋЕЊЕ ЛИСТА ЧЕКАЊА

9. РЕФОРМА БОЛНИЦА И ПРОЈЕКТ ДИГИТАЛНА БОЛНИЦА

10. НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМ ПРОМОЦИЈЕ ЗДРАВЉА И ЗДРАВСТВЕНОГ ВАСПИТАЊА И ОБРАЗОВАЊА

11. УСПОСТАВЉАЊЕ СИСТЕМА КОНТРОЛЕ У ФОНДУ

12. УНАПРЕЂЕЊЕ И РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

13. НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМ ТРАНСПЛАНТАЦИЈЕ ОРГАНА

14. ПОВЕЋАЊЕ ЕФИКАСНОСТИ РАДА ФОНДА
15. КАРТИЦА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА (КЗО)
ЛИТЕРАТУРА

Управни одбор Републичког фонда за здравствено осигурање Републике Србије усвојио је на својој седници одржаној 29. априла 2013. године

СТРАТЕГИЈУ РАЗВОЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ ДО 2020 Г.

1. УВОД

Појам и развој. Здравствено осигурање је грана социјалног осигурања, којом се осигураним лицима и члановима њихових породица обезбеђује право на здравствену заштиту, као и остала права из области здравственог осигурања као нпр. накнада зараде за време привремене спречености за рад, накнада трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите и друга права.

Првобитни облици здравственог осигурања јављају се у Европи у оквиру идеје осигурања чији је циљ смањење финансијског ризика и неосигураности људи у непредвиђеним ситуацијама, што води губитку дохотка, ефикасности или живота. Од тих првобитних идеја о обавезном здравственом осигурању дефинисаних од стране немачког канцелара Бизмарка, 1883. године до данас систем здравственог или социјалног осигурања је прошао кроз врло динамичне трансформације, а о даљим променама се интензивно размишља у читавом свету, праве истраживања и студије пре свега економске одрживости и организационе опитимизације.

У почетку обавезно здравствено осигурање обухватало је само неке категорије запослених у индустрији, рударству и другим гранама привреде у којима је ризик повређивања био велик, да би се касније проширило и постепено обухватало службенике, земљораднике, запослене у осталим привредним гранама, самозапослене, пензионере и незапослена лица. Проблем обухваћености становништва обавезним здравственим осигурањем у многим земљама решен је увођењем система националне здравствене службе.

Обавезно здравствено осигурање заснива се на већем броју принципа, односно начела, од којих су основни принципи: обавезности, узајамности и солидарности, јавности, заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса, сталног унапређења квалитета, економичности и ефикасности и други принципи. Међу принципима који означавају суштину здравственог осигурања, централно место припада начелу солидарности. Солидарност подразумева да сваки појединац или организација уплаћују средства независно од здравственог стања и потреба за здравственим услугама. Ово се може уредити прописивањем доприноса који су сразмерни приходима/зарадама, или одређивањем фиксног износа уплате – једнаког за све осигуранике..

Услов да систем обавезног здравственог осигурања успешно послује је да просечни трошкови по једном осигураном лицу, не буду већи од просечног доприноса по једном осигураном лицу, а томе управо треба да допринесе начела економичности, ефикасности и ефективности.

Здравствено осигурање организовано је у два облика, и то као: обавезно и добровољно. Обавезно здравствено осигурање основни је облик осигурања и већина социјално одговорних земаља и друштава тежи повећању обухвата становништва овим обликом осигурања. Суочене са немогућношћу да се оствари жељени обухват комплетног становништва, уз истовремено проширивање или бар задржавање истог обима права, развијене земље предност дају широком обухвату обавезним здравственим осигурањем. При чему се одрживост система се постиже двојако:

- комбиновањем прихода од доприноса са приходима из буџета и средствима локалних самоуправа, за социјално угрожене категорије становника,

- повећавањем учешћа осигураника у трошковима обавезног здравственог осигурања и преношењем ове обавезе на добровољно допунско осигурање.

Осим обавезног здравственог осигурања, у многим земљама, за лица која нису обухваћена обавезним осигурањем или која желе виши стандард услуга, постоји добровољно осигурање. Средства добровољног здравственог осигурања воде се на посебном рачуну, а прикупљају се на основу премија који могу бити фиксни као премија или могу бити у виду повећане стопе доприноса. Добровољно здравствено осигурање неретко је организовано и као приватно осигурање.

Здравствено осигурање може бити организовано као:

1) самостална организација са значајним аутономним правима у пословању и располагању финансијским средствима са аутономијом права избора директора и органа управљања и друга права (показује се у земљама Европске уније као најефикаснији облик организовања);

2) организација са одређеним законским овлашћењима и извесним степеном самосталности, међутим, под непосредном контролом државе (држава именује директора и органе управљања, даје сагласност на статут организације и врши друге послове) и

3) организација у саставу надлежног министарства (директор организације је државни службеник).

Организација здравственог осигурања зависи од већег броја чинилаца, а пре свега од оних који су економског и политичког карактера.

Међутим, без обзира за који ће се начин организације здравственог осигурања нека земља определити, ствар њене законске регулативе морају бити пре свега питања која се тичу права из здравственог осигурања, извора финансирања, модела финансирања давалаца услуга, надзора и друга питања.

Системи здравственог осигурања у великој мери разликују се по степену децентрализације, односно централизације. Здравствено осигурање иначе може да се спроводи посредством једног или више фондова осигурања.

Децентрализација здравственог осигурања је у складу са савременим концептом здравственог осигурања који, поред осталог, карактерише повећање обухвата становништва обавезним здравственим осигурањем и проширивање права из тог осигурања, као и могућностима локалне заједнице да партиципира у трошковима здравствене заштите.

Спровођење здравственог осигурања посредством већег броја фондова, организованих територијално, по предузећима или на други начин, карактеристично је пре свега, за земље са системом социјалног осигурања (Немачка, Француска, Холандија и друге земље) у којима такав начин организације има дугу традицију. У време увођења обавезног здравственог осигурања, постојећи уреди организовани по месту становања или по гранама, постали су носиоци осигурања, а одмах након доношења Бизмаркових закона, у Немачкој је основано је чак 23.000 осигуравајућих кранкен каса, да би их данас преостало укупно 1.100 и државних и приватних, с тим што се 90% грађана осигурава у оквиру основног пакета обавезног осигурања, а 10% преко приватних осигурања, што обухвата приватне предузетнике, државне службенике или оне којима су годишњи приходи изнад 45.900 евра, што је граница обавезног социјалног осигурања.

Уколико се здравствено осигурање спроводи посредством већег броја фондова, обавезно постоји и централни фонд који има функције гаранта континуитета процеса осигурања, уједначавања услова за остваривање здравствене заштите, спровођења реосигурања појединих ризика и друге функције које су прецизиране законом.

Говорити о развоју здравственог осигурања значи пре свега говорити о развоју обавезног здравственог осигурања и развоју Републичког фонда за здравствено осигурање (у даљем тексту:Фонд), као носиоца тог осигурања.

Фонд је организација конституисана Законом о здравственом осигурању, а превасходно надлежна за спровођење обавезног здравственог осигурања грађана Србије. Фонд је самостална организација, којом сходно Закону и Статуту управљају осигураници преко Управног одбора, надзорног одбора и директора. Фонд има задатак

да спроводи здравствену политику, коју дефинише и утврђује Народна Скупштина и Влада Републике Србије.

С обзиром на тежњу Републике Србије ка интеграцијама у Европску унију, садашњи положај и функције, а посебно будући развој Фонда треба да се посматрају се у контексту позитивне законодавне теорије и праксе земаља Европске уније.

Стање и правци промена. У Републици Србији је некада постојао општи обухват здравственим осигурањем, истина врло често на бази виртуелне опште солидарности тј. чак и онда када то нема никакве основе у плаћању доприноса, што је супротно принципима осигурања.

Данас је систем здравственог осигурања уређенији, али га треба даље унапређивати у смислу финансијске дисциплине свих привредних и друштвених субјеката у плаћању доприноса, с тим што општем осигурању као циљу треба тежити тако што ће за категорије које нису у могућности да плаћају доприносе здравственог осигурања то уместо њих урадити други субјект, као што је државни буџет, односно Министарство финансија као руковалац буџетским средствима. То што је систем здравственог осигурања уређенији него раније, не значи да је довољно уређен, у поређењу са другим европским земљама, пре свега земљама Европске уније.

Тек предстоје кључне и суштинске реформе здравственог осигурања у Републици Србији и ова стратегија има за циљ да укаже и објасни садржину и динамику сагледивих промена, које треба да се спроведу у предстојећем периоду од десетак година, периоде на које се стратегије уобичајено односе.

Промене ће обухватити разне аспекте у погледу односа са грађанима осигураницима:нормативне,организационе,технолошке, менаџерске социопсихолошке и друге.

Промене ће садржати поред осталог и широки спектар антикорупцијског уређења система у односу на организацију здравственог осигурања, као и у односу на рад здравствених институција и недозвољено понашање односно поступање појединих здравствених радника према осигураницима.

Фонд треба да предњачи у имплементацији антикорупцијских мера и механизама превенције, а пре свега потпуном применом јавности рада, увођењем заштите и надзора положаја осигураника на свим локацијама, где се одвија њихова здравствена заштита, укључујући и уравнотежено финансирање давалаца здравствених услуга у односу на рационалност, ефикасност и квалитет пружене здравствене заштите.

Фонд спроводи здравствену политику Републике Србије, а у Републици Србији је више него неопходно потребна Нова здравствена политика, обзиром да је претходном документу здравствене политике из 2002 године истекао рок и нису остварени пројектовани циљеви.

Фонд ће активно учествовати у креирању предлога здравствене политике, не само стога што је носилац њеног спровођењу у сарадњи са државним органима, Министарством здравља и стручним организацијама попут Института за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић-Батут", него и због тога што је непходно интензивирати и хомогенизовати мере и фокусирати активности наведених субјеката у реализацији приоритета дефинисане здравствене политике.

Закони, уредбе, правилници, стратегије, планови, програми и друге мере и инструменти спровођења здравствене политике су ту да би се спроводили, а не да би стално били довођени у питање и релативизовани из некаквих "објективних разлога". У подели посла између наведених субјеката скоро све је познато, а оно што није или није довољно јасно, може се прописима уредити, односно појаснити

Фонд ће предузети све потребне мере и перманентно радити на промени свога имиџа и перцепције јавности. Предрасуде у односу на Фонд треба систематски отклањати пре свега кроз афирмацију јавности у раду и применом антикорупцијских мера. Веома је важно предочити јавности изворе финансирања и начин функционисања Фонда и у будућности разобличити заблуде које постоје у јавности о неисцрпном "извору" и неограниченим могућностима Фонда, као и да је могуће снажним медијским

притиском изнудити средства за неке нпр. ретке и најређе болести, за неке мање потребне лекове, чак и онда када за то, најчешће, нема довољно новца.

Јавности и запосленима у Фонду овим документом се предочава стратегија и статус нулте толеранције за корупцију и најављује разрада механизма тројне и укрштене контроле свих набавки за здравствене установе и за Фонд..

Треба разградити заблуде да се ради о "здравственој банци" или посебној финансијској институцији. Ради се о јавном фонду, који је финансиран од стране једне "слабе и непродуктивне привреде" и који крајњим напором успева да задовољи нарастајуће потребе у односу на обим и садржину захтева и очекивања. Реч је наиме о институцији која мора да послује строго по закону, који је иначе врло рестриктиван и све више сужава подручје слободне воље у одлучивању.

Коначно, неопходно је да се зна и има у виду да је широки спектар и обим промена предвиђених овим документом, а усклађених са европским стандардима и праксом, такав да ће унети узмењирење код једног броја здравствених радника, чија је продуктивност врло ниска и који немају интерес и мотивацију да свој однос према професионалним обавезама и раду на било који начин мењају. При том су најчешће веома гласни у очувању својих очигледних привилегија у радно-правном смислу. У односу на садашњи систем, који чак не евидентира шта ко појединачно и институционално ради и уради са становишта индивидуалног учинка, нови систем финансирања евидентираће прецизно појединачне доприносе, квалитет и квантитет рада појединца и колективитета. На менаџменту здравствених установа биће задатак да процени колико коме од запослених припада у облику зараде, односно накнаде за уложени рад.

2. ФИНАНСИЈСКИ ПРЕДУСЛОВИ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ И РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Као носилац спровођења здравственог осигурања и као правно лице са статусом организације за обавезно социјално осигурање, Фонд има обавезу обезбеђења средстава за остваривање права осигураних лица из области обавезног здравственог осигурања.

Средства за остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују:

- осигураници и послодавци плаћањем доприноса организацији обавезног здравственог осигурања,
- Републички фонд за пензијско и инвалидско осигурање за кориснике пензија и Национална служба за запошљавање за лица која примају накнаду,
- буџет Републике Србије за лица која се сматрају осигураницима по члану 22. Закона, на основицу и по стопи доприноса за обавезно здравствено осигурање, које су прописане Законом.

Средства Фонда могу се користити само за намене одређене Законом и то:

-за остваривање права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања,

-за унапређивање система здравственог осигурања,

-за остваривање права осигураних лица из добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи Фонд,

-за подмиривање трошкова спровођења здравственог осигурања, као и за друге расходе у складу са Законом

У периоду од 1994. године до данас четири пута је мењана стопа доприноса за обавезно здравствено осигурање и то од 1994-1996 год. 20,2%, од 1996-1996.год 16,2%,од 2001-2004. год 11,9% и од 2004. год па до данас 12,3%. У истом периоду су трошкови за лекове на рецепт порасли од приближно 187 милиона евра 2006. године на 350 милиона евра у 2011. години.

У укупним приходима Фонда у периоду 2008. – 2012. године, најзначајнији су приходи од доприноса за здравствено осигурање (око 70%) и трансфери од других организација обавезног социјалног осигурања (око 28%).

Упоредни преглед остварених прихода у периоду од 2008. - 2012. године, исказан у динарима и еврима, дат је у Табели 1.

Табела 1. Преглед остварених прихода у периоду 2008. - 2012. година

Приходи	2008.	2009.	Индекс	2010.	Индекс	2011.	Индекс	2012.	Индекс
	Износ	Износ		Износ		Износ		Износ	
1	2	3	(3/2)x100	4	(4/3)x100	5	(5/4)x100	6	(6/5)x100
УКУПНИ ПРИХОДИ (у хиљадама динара)	170.767.225	178.979.564	104,81	182.491.000	101,96	194.378.383	106,51	213.649.478	109,91
УКУПНИ ПРИХОДИ (у хиљадама евра)	1.933.173	1.872.150	96,84	1.735.007	92,67	1.903.854	109,73	1.878.761	98,68
Средњи курс евра на дан 31.12.	88,3352	95,6011	108,23	105,1817	110,02	102,0973	97,07	113,7183	111,38

Извор: Републички фонд за здравстено осигурање

Сагледавајући податке о кретању укупних прихода по годинама, може се уочити да укупни приходи расту у номиналном износу, док је износ у еврима исказан у 2012. години, приближно на нивоу 2009. године. У условима када се бележе осцилације реалних прихода (у еврима) из године у годину, изузетно је тешко ниво здравственог осигурања, посебно здравствене заштите, одржати у обиму и врсти како је то законом дефинисано.

Укупни ненаплаћени доприноси за здравствено осигурање на дан 31.12.2012. године, према подацима Пореске управе, износе 148.774.877 хиљаде динара, од чега је 70.649.959 хиљада динара наплативо (Табела 2.)

Табела 2. Ненаплаћени доприноси за здравствено осигурање у периоду 2008-2012 година

Година	Ненаплаћени доприноси за здравствено осигурање (у хиљадама динара)*	Средњи курс евра на дан 31.12.	Ненаплаћени доприноси за здравствено осигурање (у хиљадама евра)
2008.	43.267.792	88,3352	489.814
2009.	31.348.468	95,6011	327.909
2010.	21.142.086	105,1817	201.005
2011.	36.264.728	102,0973	355.198
2012.	70.649.959**	113,7183	621.272

Извор: Пореска управа (наплативи део доприноса за здравствено осигурање)

На ниво (не)остварених прихода значајно су утицале:

- донете мере у политици наплате доприноса (законска решења о мировању и отпису дуга по основу доприноса за обавезно здравствено осигурање, ослобађање обвезника доприноса од уплате доприноса);

- неефикасна наплата дуга обвезника доприноса за здравствено осигурање од стране Пореске управе;

- значајно нижи трансфер од буџета за здравствену заштиту лица осигураних по члану 22. Закона о здравственом осигурању у односу на законом прописана средства. Основица за уплату доприноса за осигуранике из члана 22. Закона је месечна основица доприноса коју чини износ од 15% просечне месечне зараде у Републици исплаћене по запосленом у претходној години, према објављеном податку републичког органа надлежног за послове статистике (члан 35б. Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање – "Службени гласник РС", бр. 84/04, 61/05, 62/06, 5/09, 52/11, 101/11, 7/12 - усклађени дин. изн. и 8/13 - усклађени дин. изн.), а стопа по којој се обрачунава и

плаћа допринос јесте 12,3%. Буџет је био у обавези да за здравствену заштиту лица из члана 22. Закона обезбеди средства, исказана у Табели 3.

Табела 3. Планирана и (не)наплаћена средства из буџета Републике Србије у периоду 2008-2012 година[1]

Година	Обавеза буџета за здр. заштиту лица осиг. по члану 22. Закона (у хиљадама динара)	Планирано у Финансијском плану Фонда (у хиљадама динара)	Пренета средства из уџета (у хиљадама динара)	Разлика (у хиљадама динара)	Разлика (у хиљадама евра)
1	2	3	4	5=2-4	6
2008.	18.580.000	4.000.000	4.000.000	14.580.000	165.053
2009.	25.214.759	588.384	588.384	24.626.375	257.595
2010.	24.910.460	588.000	595.063	24.315.397	231.175
2011.	11.890.256	615.048	563.794	11.326.462	110.938
2012.	13.315.212	615.048	615.048	12.700.164	111.681

Извор: Пореска управа

Да су остварени приходи по основу дуга обвезника доприноса за здравствено осигурање по подацима Пореске управе и приходи од буџета по члану 22. Закона, укупни приходи Фонда у хиљадама еура у посматраном периоду били би остварени у износима исказаним у еврима (Табела 4).

Табела 4. Очекивани, а неостварени приходи од доприноса и буџета у периоду 2008-2012 година

Година	Остварени укупни приходи	Ненаплаћени доприноси за здравствено осигурање	Нереализовани трансфери од буџета	Укупно
	1	2	3	4=1+2+3
2008.	1.933.173	489.814	165.053	2.588.040
2009.	1.872.150	327.909	257.595	2.457.654
2010.	1.735.007	201.005	231.175	2.167.187
2011.	1.903.854	355.198	110.938	2.369.990
2012.	1.878.761	621.272	111.681	2.611.714

Извор: Пореска управа

Обзиром да приходи исказани у колонама 2 и 3 нису остварени, изузетно тешко је било одржати постојећи обим и квалитет здравствене заштите и увођење нових технологија, а да при томе здравствене установе не стварају веће обавезе од средстава утврђених Финансијским планом Фонда (уговори између Фонда и здравствених установа).

Остварени укупни приходи у 2012. години износе 1.878.761 хиљада евра, што је 261,42 евра по осигуранику Републике Србије.

Да су у 2012. години остварени приходи и по основу ненаплаћених доприноса и трансфера од буџета, средства по становнику би износила 363,40 евра, што би било за 39% више у односу на остварена.

Због лимитираних прихода и расхода у Финансијском плану Фонда, утврђених смерницама за израду финансијског плана у складу са Извештајем о фискалној стратегији и обавезе да се обезбеди остваривање права из обавезног здравственог

[1] Износ ненаплаћених доприноса за здравствено осигурање по подацима достављеним од Пореске управе за 2012. годину, дат је независно од тога ко је остварио право на мировање и отпис дуга сходно Закону о условном отпису камате и мировању дуга.

осигурања, створене су обавезе изнад расхода утврђених Финансијским планом Фонда, у износима динара и еура наведеним у Табели 5.

Табела 5. Неизмирене обавезе установа у односу на финансијски план Фонда у периоду 2008-2012 година

Година	Неизмирене обавезе Фонда на дан 31.12. (у хиљадама динара)	Неизмирене обавезе Фонда на дан 31.12. (у хиљадама евра)
2008.	10.841.340	122.730
2009.	12.936.340	135.316
2010.	18.404.670	174.980
2011.	23.478.290	229.960
2012.	14.181.030	124.703

Извор: РФЗО

Из свих података приказаних у табелама, може се закључити да висина неостварених прихода значајно премашује износ неизмирених обавеза Фонда према даваоцима здравствених услуга. На овакав закључак указују подаци о износима приказани у Табели 6.

Табела 6. Трансфери из буџета, неуплаћени доприноси и неизмирене обавезе Фонда у периоду 2008-2012 година (износи изражени у хиљадама динара)

Година	Мањи трансфер од буџета по члану 22. Закона	Ненаплаћени доприноси за здравствено осигурање	Укупно мање пренета средства Фонду	Неизмирене обавезе Фонда на дан 31.12.	Разлика
1	2	3	4=2+3	5	6=4-5
2008.	14.580.000	43.267.792	57.847.792	10.841.340	47.006.452
2009.	24.626.375	31.348.468	55.974.843	12.936.340	43.038.503
2010.	24.315.397	21.142.086	45.457.483	18.404.670	27.052.813
2011.	11.326.462	36.264.728	47.591.190	23.478.290	24.112.900
2012.	12.700.164	70.649.959	83.350.123	14.181.030	69.169.093

Извор: РФЗО

Неостварени приходи од доприноса и од буџета у посматраном периоду омогућили би:

1) извршавање преузетих обавеза,
2) проширење обима и садржаја права из обавезног здравственог осигурања,
3) финансирање нових технологија,
4) квалитетнију здравствену заштиту,
5) занављање и едукацију кадрова,
6) промену начина финансирања,
7) спровођење програма рационализације у стоматолошкој здравственој заштити,
8) финансирање накнада из колективног уговора,
9) повећање броја запослених у Фонду у односу на број осигураних лица,
10) стручно усавршавање запослених.

Сви наводи упућују на неопходност стабилних извора финансирања здравственог осигурања и потребу да се у наредном периоду финансирање усклади са законским одредбама, уз активно учешће свих институција како би се обезбедила средства за спровођење и развој здравственог осигурања у Србији.

За сваки програм здравствене заштите постоји функција „здравствене производње“, што указује на везу између потрошње и здравственог исхода. Здравствени

расходи се могу мерити на разне начине, али циљ је здравствена заштита која ће обезбедити продужење животног века, усклађеног са квалитетом живота у облику квалитетнијих година живота.

3. ДОПУНА И ДОГРАДЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Постизање бољег здравља осигураника, крајњег циља здравственог осигурања, подразумева усклађивање три основна елемента који се кроз историју нису много променили: квалитет, цену и приступ. Здравље за све, циљ који је поставила СЗО гласи: „Обезбедити квалитетну здравствену заштиту за све, поштујући критеријуме: ефективност, економичност и друштвену прихватљивост“ (Декларација из Алма Ате, 1978). Овај циљ још није постигнут, али је интегрисан у визију СЗО и служи као основ за истраживање, разумевање и мерење учинка система здравствене заштите широм света.

При крају двадесетог века, СЗО је померила своје циљеве за остваривање амбициозне декларације из Алма Ате ка "Новом универзализму", који доноси две важне теме за све националне системе здравствене заштите. Прво – признање да није могуће обезбедити сву могућу здравствену заштиту свима. Како потенцијални спектар здравствене заштите расте, а трошкови пружања здравствених услуга расту брже од економског раста, све владе долазе до фискалних ограничења, и до немогућности да се све услуге обезбеде свим грађанима. Друго, схватајући да су јавни здравствени системи у немогућности да пруже све услуге свима, СЗО препознаје растућу улогу алтернативних облика здравственог осигурања Јавни системи треба да обезбеде основну здравствену заштиту за све грађане. Држава мора одредити своје могућности и приоритете за обезбеђење основне здравствене заштите, док се необавезним видовима осигурања и приватном финансирању препушта допуна и доградња система према здравственим потребама и могућностима конкретног друштва и самих грађана.

Добровољно здравствено осигурање у Србији, није развијено на очекивани начин. То значи да ово осигурање треба и нормативно и стварно, оснажити и упоредо са приватним осигуравајућим компанијама понудити регулисаном тржишту и добровољно здравствено осигурање и у име Фонда, што би било унапређење и комплетирање понуде у овој области, јер постоји и компетитивна предност Фонда на овом тржишту.

3.1 Добровољно здравствено осигурање у Србији

Добровољно здравствено осигурање је оно здравствено осигурање које добровољно уговара и плаћа појединац, или послодавац за његов рачун. Ово осигурање нуде јавне и приватне организације за осигурање које могу бити комерцијалне (акционарска друштва) или непрофитне (друштва за узајамно осигурање).

Добровољно здравствено осигурање (ДЗО) у Србији, обавља се сходно Закону о здравственом осигурању, Закону о осигурању и Уредби о добровољном здравственом осигурању.

У складу са циљевима које је за национална здравствена осигурања поставила СЗО, у Србији ДЗО има за циљ допуну и доградњу здравствене заштите коју грађани остварују кроз обавезно здравствено осигурање. Допуна треба да се остварује пре свега кроз допунско осигурање, односно покриће учешћа или дела учешћа у трошковима које осигураник има при коришћењу обавезног здравственог осигурања. Краће – ово је осигурање партиципације. Доградња се остварује кроз додатно осигурање, намењено постизању вишег стандарда, првенствено немедицинског дела здравствене услуге, као и за покриће трошкова услуга које не спадају у основни пакет обавезног осигурања. Циљ развоја ДЗО у Србији не би смео да буде смањење удела обавезног осигурања у укупном здравственом осигурању, већ смањење оних трошкова који грађани плаћају „из џепа“, тако да циљни однос учешћа обавезног и добровољног осигурања буде у нивоу европских земаља: 80 – 20%. Такође, циљ развоја ДЗО у Србији не би требало да буде развој тзв заменских осигурања, која покривају велики број већ постојећих услуга у обавезном осигурању или служе потпуној замени обавезног осигурања. За потребу

осигурања пакета из обавезног осигурања, за грађане који нису обавезно осигурани, требало би користити институт укључења у обавезно осигурање. Дакле, потребно је да остану на снази ограничења успостављена Уредбом о добровољном здравственом осигурању као што је: забрана ДЗО за програме вакцинација, имунопрофилаксе и хемопрофилаксекоји су обавезни према републичком програму; обавеза Републичког фонда да спроводи ДЗО искључиво за грађане који већ имају обавезно здравствено осигурање; обавеза осигуравача да прими сваког заинтересованог грађанина у осигурање, под истим условима, и др.

ДЗО се у Србији развијало у оквиру осигуравајућих друштава, често као додатак осигурању живота, или у комбинацији са осигурањем незгоде. Тренд развоја ДЗО као самосталног осигурања, од доношења новог Закона о осигурању, 2004. године, приказан је на графикону 1:

Графикон 1: Број уговора и осигураника ДЗО у Србији у периоду 2004-2012. година

Извор: Народна банка Србије (www.nbs.rs)

Уговорена премија за исти период, приказана је графиконом 2:

Графикон 2: Премија ДЗО у Србији у периоду 2004-2012. година

Извор: Народна банка Србије (www.nbs.rs)

Нагли пад осигурања 2010. године је транзициона цена измене прописа тј. примене Уредбе о добровољном осигурању током 2009. године. Осигуравајућа друштва за правила и услове ДЗО од тада, поред сагласности НБС, морају да прибаве и сагласност Министарства здравља,што је изазвало привремени поремећај уобичајене динамике уговарања. После прилагођавања, од 2010, обухват и премија поново расту.

3.2 Добровољно здравствено осигурање у Фонду

Ниво солидарности који се очекује у здравственом осигурању, може бити у супротности са актуарском проценом ризика на којој се заснива комерцијално- профитно осигурање. Принципи неживотног осигурања, којима се бави трећа директива ЕУ, нису могли бити примењени у многим европским земљама (Холандија, Белгија, Француска, Ирска, Немачка), управо јер су признавали само тржишни, економски интерес. На примеру здравственог осигурања овај конфликт се нарочито исказао у земљама са развијеним друштвима за узајамно осигурање. Међународни кодекс друштава за узајамно осигурање (Code de la Mutualité) не познаје профит, а "тарифирање" заснива на основама солидарности. Пожељно је и потребно да се и у Србији, добровољним здравственим осигурањем, поред профитних друштва за осигурање, баве и непрофитне организације, каква би била друштва за узајамно осигурање и какав је Фонд.Тек овакве организације могу се у већој мери посветити остварењу солидарности између својих чланова, делећи са њима и позитивне и негативне резултате пословања.

У Србији, Фонд је једина јавна и једина непрофитна организација која се бави добровољним здравственим осигурањем. Могућност за ову своју другу, споредну делатност, Фонд је добио одредбама Уредбе о добровољном здравственом осигурању. Од 2010. године, у ДЗО у Фонду је у сталном али и даље недовољном расту. Што се тиче конкурентског односа осигуравајућих друштава и Фонда, очекује се да циљне групе како осигураника, као и понуде осигурања, буду прилагођене избору осигуравача. Тако, нпр, Фонд нема право да понуди осигурање грађанима који нису обавезно осигурани. Приватни осигуравачи природно за циљну групу имају запослене у приватним предузећима страних оснивача, који су спремнији да у додатна осигурања запослених улажу веће месечне износе. С друге стране, очекивано је да увођење допунског осигурања започне у Фонду, имајући у виду техничке предности и мање трошкове,као што показују и искуства других земаља.

Фонд у своју понуду већ уводи производе[2] који би требало да допринесу унапређењу циљева обавезног осигурања. Могућност комбинације - допуњавања обавезног и добровољног осигурања отвара простор за пласман низа производа ДЗО.

3.3 Допунско осигурање – осигурање партиципације

Ограничења све веће здравствене потрошње из финансијских разлога, принудила су све развијене здравствене системе да део терета трошкова здравствене заштите поделе са осигураницима. Како се обим услуга из обавезног здравственог осигурања не би сужавао, решење је у повећању партиципације осигураника. Ово захтева пажљиву анализу расподеле, имајући у виду не само смањење трошкова обавезног осигурања, него и политику одабира услуга на које се примењују одређени проценти учешћа, као и дефинисање мање или више заштићених категорија осигураника који се могу трајно или привремено, у целости или делимично, ослободити овог учешћа. Висина партиципације у Србији је међу најнижима у Европи. Њено повећање само по себи не би имало ефекат уштетде за Фонд, што потврђује и анализа повећања почетком 2009-те године. Тек би системска измена – увођење допунског осигурања, уз интензивне, пореске и друге, подстицаје послодавцима, да за своје запослене преузму обавезу уплате премије за ову врсту осигурања, уз широку организовану промоцију потребе допунског осигурања, и уз

[2] Нпр. осигурање покрића специјалистичких прегледа по упуту изабраног лекара. Овим се обезбеђује медицинска оправданост прегледа и третмана и контрола претераног/непотребног коришћења здравствених услуга; омогућава нижа цена осигурања јер је први преглед - код изабраног лекара - покривен обавезним осигурањем; пружа комфор осигуранику - да по добијању упута одлучи да ли ће отићи у установу из Плана мреже или одабрати приватни дом здравља, скратити чекање и добити преглед чији ће трошкови бити покривени полисом добровољног осигурања.

обезбеђење минимилног броја осигураника за спровођење колективних осигурања, могла створити предуслове да наредне измене политике учешћа осигураника у трошковима здравствене заштите, могу донети растерећење фонду обавезног осигурања.

Осигурање партиципације је најзаступљенији вид добровољног здравственог осигурања у ЕУ, као и у земљама које постају или се припремају да постану њене чланице. Имајући у виду позитивна искуства ЕУ и земаља у окружењу, посебно Словеније и Хрватске, у спровођењу допунског здравственог осигурања, мишљења смо да би ову врсту осигурања требало понудити и домаћем тржишту.У Словенији, овај облик осигурања се развио у оквиру Завода за обавезно здравствено осигурање покривајући скоро 90% становништва Словеније. Данас се у Словенији, три осигуравајућа друштва (два профитна и једно непрофитно) баве допунским осигурањем. У Хрватској, осигурањем партиципације бави се један од сектора Завода за здравствено осигурање, и њиме је обухваћено око 2,5 милиона грађана Хрватске[3].

Сектор за добровољно здравствено осигурање Фонда припремио је 2011. године текст Услова за ово осигурање, и покренуо иницијативу код Министарства здравља да донесе потребне измене Уредбе о добровољном здравственом осигурању.

3.4. Додатно осигурање

Међу додатним осигурањима треба промовисати колективна осигурања. Једино тако се може постићи значајнији обухват грађана и битно смањити тзв. плаћање из џепа, што је један од основних циљева ДЗО. Премију код колективних осигурања плаћа најчешће послодавац за рачун својих запослених и, у неким случајевима, чланове њихових породица. Често улогу уплатиоца преузима синдикална организација, или друга организација, за своје чланове. У времену слабог економског развоја и у друштву у коме култура добровољних осигурања није развијена, овакав додатни намет тешко бива прихваћен. Као олакшица на путу ДЗО, може се предложити и расподела премије по уплатиоцима. Послодавац сноси део трошкова премије, док остатак премије пада на терет самог запосленог. Оваква узајамна подршка, уз пореско ослобођење, била је замајац и почецима добровољног пензијског осигурања у Србији.

Колективно осигурање за случај тежих болести, хируршких интервенција и других допунских ризика је пример додатног осигурања уговорног типа. Наиме – не ради се о покрићу насталих трошкова, већ се осигуранику за случај настанка осигураног случаја, исплаћује уговорена сума. Ово приступачно, јефтино, и прилагодљиво осигурање је до сада најдуже и највише заступљено у Србији, и једино од добровољних здравствених осигурања које је већ стекло повољан порески третман. Најчешће га послодавац уговара за своје запослене. Спроводе га осигуравајућа друштва као и Фонд. Као циљ за унапређење ове врсте осигурања треба поставити законску обавезу послодаваца и других правних лица који се јављају у улози уговарача, да осигуранике, своје запослене или друга лица за које уплаћују премију осигурања, морају редовно обавештавати о постојању и покрићима из полисе, како би осигураници и корисници осигурања могли имати од осигурања заиста све погодности које су и уговорене. Нажалост, сада није редак случај да запослени имају недовољну или никакву информацију о томе да постоји полиса која покрива нежељене догађаје, што обезвређују сврху осигурања, остављајући уместо тога само финансијски уговор између осигуравајућег друштва и послодавца.

Осигурање стоматолошких услуга за одрасле – сматрамо врстом ДЗО која би као допуна непотпуној стоматолошкој заштити за ову групу грађана, у великој мери допринела побољшању здравља зуба наших грађана – ако би се, пре свега послодавци,

[3] Премија је најчешће једнака за све осигуранике. Ако разлика постоји, она није последица повећаних-надстандардних ризика, као што је уобичајено за чисто комерцијална осигурања. Премије могу бити једнаке по износу, могу бити сразмерне приходу осигураника, или, супротно, могу бити израз позитивне дискриминације због потенцирања солидарности. Тако, нпр, у Хрватској премија за допунско осигурање запослених са зарадом преко 5.108 куна, износи 130 куна месечно, док је за пензионере са пензијом изнад 5.108 куна (који су свакако "лошији ризици" од претходно наведених) премија мања, а не већа, и износи 80 куна месечно.Уз пензију испод 5.108 куна, премија је још мања: 50 куна.

на прави начин подстакли за своје запослене и чланове њихових породица осигурају од ризика плаћања стоматолошких услуга. Ово осигурање као самостално, спроводи Фонд, а осигуравајућа друштва – у оквиру појединих пакета добровољног осигурања. Промоција осигурања стоматолошких услуга, била би од користи за опште здравствено стање грађана. Зато би требало постићи пореско ослобађање и подстицаје за послодавце како би били мотивисани да за своје запослене уплате премију (у целини или делимично, у комбинацији са синдикатом, или самим запосленим).

Осигурање за време пута и боравка у иностранству (путно осигурање) је по броју издатих полиса међу најзаступљенијим ДЗО. Подсећамо да Република Србија има са многим државама уговоре о међусобном признавању трошкова здравственог осигурања својих држављана. То значи да грађани који имају оверену књижицу могу да, уз извештаје изабраних лекара и мишљење лекарске комисије, стекну потврду о здравственом стању која им гарантује да ће трошкове евентуалног хитног лечења у иностранству покрити обавезно осигурање. Ипак, добијање ове потврде није могуће за грађане са здравственим проблемима и хроничним болестима. Такође, потребно је доста времена за процедуру добијања потврде, што, посебно запосленима или онима ван места филијале, отежава поступак. Стога полиса путног осигурања није изгубила на вредности. Ово осигурање спроводе осигуравајућа друштва и Фонд. До унапређења би довело увођење законске обавезе за послодавце да обезбеде осигурање за све запослене који се упућују на службени пут у иностранство, као и промоција ове врсте осигурања за све грађане уопште.

Најзад, иако не са највећим бројем осигураника, највише постојећих тарифа ДЗО у Србији односи се осигурања која нуде виши обим и/или стандард здравствене услуге – покривају трошкове прегледа и дијагностике у приватној пракси, што није покривено обавезним осигурањем, као и додатне погодности при остваривању здравствене заштите у установама из Плана мреже, нпр једнокреветну собу у болници, посебну исхрану, клима уређај и слично.

3.5. Могућности и правци развоја ДЗО

Међу претпоставкама без чијег остварења ће развој ДЗО бити веома отежан, прва је омогућавање пореских олакшица за премије ДЗО. Иницијативе за измену одговарајућих закона упућиване су очекује се да ће донети резултат. Промовисање ДЗО мора бити и нормативно и стварно. Измене и евентуално доношење нових прописа мора почивати на пажљивој анализи и пројектовању жељених циљева, како се крхки досадашњи развој ДЗО не би реметио већ оснажио и оспособио да понесе део терета укупног здравственог осигурања грађана Србије.

4 . МОГУЋНОСТИ РЕФОРМИСАЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И УЛОГА ФОНДА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

У односу на најчешће коришћене класификације система здравствене заштите у стручној литератури, може се извести закључак да је систем здравствене заштите Републике Србије суштински мешовитог карактера, а заснован на обавезном здравственом осигурању, са доприносом као основним извором финансирања, високим обухватом становника обавезним здравственим осигурањем и здравственом заштитом, као и доминантним државним власништвом над зградама и опремом.

Република Србија је према нивоу економског развоја мереног величином нацоналног дохотка (НД) по глави становника, на 97 месту (од 215 земаља света) у 2010. години на основу базе података Светске банке са 11.020 интернационалних долара усклађених према паритету куповне моћи. Према њеној класификацији она је сада у групи земаља са вишим средњим националним дохотком по глави становника (у распону од 3.855 до 11.905 интернационалних долара) и припада земљама у развоју. Вредност индекса људског развоја за 2011. годину је 0,766 што је рангира на 59 место од 187 земаља света. Индекс обухвата три основне димензије људског развоја представљене вредностима очекиваног трајања живота на рођењу, просечним годинама едукације

одраслих и националним дохотком по глави становника. Између 2000 и 2011. године вредност индекса људског развоја за Србију је порасла од 0.719 на 0.766.

Систем здравствене заштите Републике Србије карактерише добро развијена мрежа здравствених установа више нивоа здравствене заштите. Ниво примарне здравствене заштите обухвата 210 установа од чега 158 домова здравља и 18 завода са мрежом здравствених станица и амбуланти и 34 апотеке. Секундарна здравствена заштита обухвата 76 установа са 40 општих болница и 36 специјалних болница и рехабилитационих центара, а терцијарни ниво здравствене заштите обухвата 29 установа (4 клиничка центра, 4 клиничко болничка центра, 14 института, 7 клиника). У оквиру специјализоване здравствене заштите садржано је 23 института/завода за јавно здравље, 3 завода за трансфузију, 1 институт за вирусологију, 1 завод за биоциде и 1 завод за антирабичну заштиту. Овако посматрано мрежа здравствених установа обухвта укупно 344 здравствене установе, без установа на КиМ.

На Косову и Метохији се здравствена заштита обезбеђује у 27 установа примарне здравствене заштите од чега 22 дома здравља и 5 апотека, у 10 установа секундарне здравствене заштите са 8 општих и 2 специјалне болнице, 1 клиничко болничком центру, 2 завода за јавно здравље и у 1 заводу за трансфузију.

Оснивачи државних здравствених установа на нивоу примарне здравствене заштите су општине, а на секундарном и терцијарном нивоу оснивачи су Република, покрајина и град Београд. Врсте здравствених установа су регулисане Законом о здравственој заштити, а њихов број, структура, капацитети и просторни распоред у државној својини, дефинисани су Уредбом о плану мреже здравствних установа. Систем здравствене заштите је у 2012 години обухватао 485 државних самосталних здравствених установа (правних лица) у више нивоа, Табела 7.

Табела 7. Нивои здравствене заштите и лекари у њима

ЛЕКАРИ	НИВОИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ	УСТАНОВЕ	КРЕТАЊЕ ПАЦИЈЕНАТА
6.005	ТЕРЦИЈАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	30	КЦ, КБЦ, ИНСТИТУТИ, КЛИНИКЕ
5.688	СЕКУНДАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	86	ОПШТЕ И СПЕЦИЈАЛНЕ БОЛНИЦЕ
10.294	ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА (ДЗ, Заводи и Апотеке)	237	ИЗАБРАНИ ДОКТОР ПЗЗ
689	СПЕЦИЈАЛИЗОВАНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	32	ИНСТИТУТИ И ЗАВОДИ

Извор података : База кадрова ИЗЈЗ Србије „Др Милан Јовановић- Батут“

С обзиром да још увек нема базе података, прецизан број приватних здравствених установа није познат. На основу података из регистра организационих јединица радњи и предузећа Републичког завода за статистику процењује се да их око 2.000 у Србији, а у Београду око 850. Глобални распоред лекара по нивоима здравствене заштите изложен је у Табели 1. чиме се приказује стратификација нивоа пружања здравствених услуга.

Својинску структуру здравственог система Републике Србије карактерише доминатно државно власништво са нерегулисаним и стихијски развијаним приватним сектором, без адекватне контроле или подршке државе.

Државни и приватни сектор функционишу паралелно, неповезано и на бази нелојалне конкуренције под фирмом „тржишне утакмице“, где корист извлаче одређени здравствени и нездравствени радници, запослени у државном сектору здравства, у који раде и приватном сектору на полулегалан начин. Пацијенти, односно осигураници или још шире грађани су тако жртве нерегулисаних односа и корисници делом приватног, а делом државног сектора здравствене делатности, чиме је створен простор за коруптивно понашање.

Приватни сектор у здравству обавља занемарљив обим услуга за потребе осигураника Фонда, а за добровољна осигурања немају довољно интересовања, јер

њихови потенцијали не могу довољно да се искористе. Стога је коришћење приватног сектора углавном везано за непосредно плаћање услуга од стране пацијената-корисника услуга, што њима појединачно чини значајне издатке, а једнако оставља законску обавезу плаћања доприноса за здравствену заштиту.

Будућност реформи здравственог система оставља могућност дефинисања комплементарног развоја приватног и државног сектора, постепено укључивање приватних доктора и других здравствених радника у систем финансирања, а на основу обављеног посла за осигуранике. Фонд ће морати да разради брзо одржив систем финасирања услуга приватних доктора, а да при томе не угрози опстанак државног сектора и што је још важније пацијената опредељених за изабране докторе у примарној здравственој заштити. То ће се најпре развијати кроз ширење мреже институција, а на основу транспарентних јавних конкурса за „набавку здравствених услуга“.

Будућност реформи је такође и у томе да се што пре издејствује пуна транспарентност својинских односа у свим јавним службама а посебно овој, што значи обезбедити јавност података на сајту сваког субјекта - ординације, болнице или клинике о оснивачима односно власницима уложеног капитала и начин којим је регулисано њихово пословање (Статут). Транспарентност је, такође, неопходна у погледу описа услуга које се пружају, као и ценовника.

Практично ово значи да се не може основати ни ординација у приватном власништву, а камоли већа установа, док се не направи веб сајт и не линкује на Министарство здравља Републике Србије.

Период од 2002. године до данас карактерише спровођење одређеног модела здравствене политике дефинисаног истоименим актом Владе Републике Србије, али тако да се не третира обавезујућим, што је резултовало неадекватним спровођењем те здравствене политике и тешкоћама у функционисању здравственог система) Главни разлози за то су:

1) Кашњења у уређивању система, попут кашњења у доношењу системских закона (Закон о здравственој заштити, Закон о здравственом осигурању, Закон о коморама здравствених радника - каснили 3,5 године).
2) Кашњење и неконзистентност планских докумената (План развоја закаснио читавих -5,5 година) чиме је омогућен неплански развој препун импровизација и субјективизмама различитих врста, а посебно у погледу нецелисходног инвестирања у нове уређаје високе технолошке вредности скенере, магнетне резонанце и др. за које нема довољно стручног кадра попут радиолога и др специјалиста.
3) Лоша планска решења, јер План је писан као „необавезна обавеза“, коју је могуће релативизовати и неспроводити, уместо да императивно налаже економски одрживе мере развоја. Тако су изостали плански акти о развоју најважнијег реусрса - кадрова, као и набавке бар најскупље опреме високе технолошке вредности, а и планови реконструкције објеката, као и градње и завршетка нових.
4) Лоша законска решења попут допунског рада здравствених радника у установама здравствене заштите, која су створила конфузију, подстакла нелојалне поступке и несарадњу.
5) Законским решењима којима је уређен квалитет здравствене заштите, остварени су предуслови за значајнији напредак у овој области али су постигнути скромни резултати, јер су редукована финансијска средства била недовољна да се обезбеде оптимални услови за видљивије унапређење квалитета. С друге стране, иако препознају потребу за унапређењем квалитета, здравствени радници доживљавају активности на квалитету само као обавезу која нема никаквог додира са њиховом зарадом, а да при том професионална сатисфакција није довољан мотив за озбиљан и суштински ангажман у овој области.
6) Посредством Агенције за акредитацију здравствених установа Србије, сертификат акредитоване здравствене установе стекло је 55 установа (41 дом здравља и 14 стационарних установа). У ситуацији када поступак акредитације није законска обавеза, ове су установе препознале акредитацију као снажан инстумент за

унапређење квалитета и опште подизање нивоа свих аспеката функционисања, иако статус акредитоване установе није ни на који начин вреднован од стране Министарства здравља, Фонда или оснивача. Осим менаџмента и запослених у установама, позитивне промене акредитације препознају корисници услуга и јавност. Парадоксално је при том, да су лиценциране установе сопственим финансијским средствима финансирале директне и индиректне трошкове акредитације, док су истовремено све друге установе чији менаџмент није желео да се излаже напорима и искушењима акредитације, имале непромењен третман и статус код надлежних институција. Оваква ситуација указује на разнолика тумачења одлука донетих у обе групе установа али и сигнализира потребу јасних опредељења на републичком нивоу за одлучивање и изналажење могућности да се позиција акредитације дефинише у уговорима о финансирању здравствене заштите.

7) Ту су и неке невероватне ситуације у којима се подиже велики кредит од пар стотина милиона евра за реконструкцију четири клиничка центра (Ниш, Крагујевац, Нови Сад и Београд), а да се потом средства уложе у банке и новац чека да се утврди шта ће се стварно градити, јер пројектна документација није завршена. Инвестициона документација намераване изградње је потпуно нетранспарентна, јер чак ни веома заинтересовани појединци, а ни институције не поседују пуно сазнање о томе шта ће се градити, какав је садржај делатности и капацитет институција.
8) Трошкови експлоатације нових клиничких центара под условом да буду максимално технолошки искоришћени ће бити увећани по процени за бар 300 милиона евра годишње у односу на садашње. Логично питање је коме ће се одузети тај новац да би се дао клиничким центрима и да ли ће то бити ефектуирано унапређењем здравствене заштите у Републици Србији?
9) Осигураник - пацијент – корисник у центру здравственог система, је један од циљева здравствене политике земље, али и приоритет у раду Министарства здравља, посебно Фонда за здравствено осигурање. Транспарентност рада Министарства здравља, Фонда и самих здравствених установа је унапређена постављањем и редовним ажурирањем веб страница са свим пратећим документима, активностима и најновијим вестима, али у томе постоји огроман простор за озбиљно унапређење.

У финансирању система здравствене заштите код нас заступљени су сви извори, али доминирају доприноси (запослених, пензијско-инвалидског фонда, пољопривредника и од самосталних делатности) и они су представљали више од 90% прихода Фонда – у 2012. години. Приходи из државног буџета, личног учешћа осигураника у трошковима здравствене заштите (партиципација), као и приходи од донација чинили су око 7% укупних прихода Фонда. Овим средствима се финансира здравствена заштита око 7,3 милиона становника Републике Србије. Само око 6,9 милиона њих чине осигурана лица (осигураници и чланови њихових породица), док је око 400 хиљада или око 5,5 % становника неосигурано. Обавезе буџета Републике односе се на осетљиве (рањиве) групе попут посебних категорија деце, трудница, за избеглице, интерно расељених лица и др. Међутим, пренос средстава из буџета за здравствену заштиту заштићених категорија становника је годинама недовољан и не покрива њихову здравствену заштиту. У претходној години је нпр. из буџета уместо потребних око 13.000.000.000 динара за здравствено осигурање лица осигураних по члану 22 Закона о здравственом осигурању Фонду уплаћено свега 600.000.000 динара.

Учешће укупних трошкова за здравствену заштиту у друштвеном производу, према подацима из националних здравствених рачуна Србије је у 2009. години износило 10.3%, а јавних трошкова - 6,6%, и незнатно је промењено од 2003. године, као и учешће расхода Фонда (табела. 8). При томе је учешће приватних расхода за здравствену заштиту у устом периоду порасло за више од 1%.

Табела 8. Учешће расхода за здравствену заштиту у бруто друштвеном производу (БДП) Србије од 2003. до 2009. године

Показатељи здравствене потрошње	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Учешће укупних расхода за здравствену заштиту у БДП (%)	8,8	8,7	9,0	9,3	10,3	10,3	10,3
Учешће јавних расхода за здравствену заштиту у БДП (%)	6,2	5,9	6,0	5,9	6,4	6,4	6,5
Учешће расхода за здравствену заштиту РФЗО у БДП (%)	5,6	5,4	5,5	5,5	6,0	5,9	6,1
Учешће приватних расхода за здравствену заштиту у БДП (%)	2,6	2,8	3,0	3,4	3,9	3,9	3.8

Извор: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Показатељи здравствене потрошње. Доступно са URL: www.batut.org.rs

Национални здравствени рачуни омогућавају и детаљнији увид у структуру укупних расхода за здравствену заштиту Републике Србије. Учешће јавних расхода за здравствену заштиту у купним расходима се од 2003. године смањује, а повећава се удео приватних, при чему директна плаћања домаћинстава за здравствену заштиту (тзв. "плаћања из џепа“) чине највећи део приватних расхода, 93,5% (Табела 9).

Табела 9.Структура трошкова за здравствену заштиту Србије од 2003. до 2009. године

Показатељи здравствене потрошње	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Удео јавних расхода за здравствену заштиту у укупним расходима за здравствену заштиту (%)	71,0	68,9	66,4	63,5	61,9	62,5	63.3
Удео приватних расхода за здравствену заштиту у укупним расходима за здравствену заштиту (%)	29,0	31,1	33,6	36,5	38,1	37,5	36.7
Удео фондова здравственог осигурања у јавним расходима за здравствену заштиту (%)	91,2	91,5	92,7	93,0	93,4	92,4	93.5
Удео директних плаћања домаћинстава у приватним расходима за здравствени заштиту (%)	86,3	88,0	89,7	90,9	92,2	94,6	94,0
Укупни расходи за здравствену заштиту по становнику САД $)	229	277	304	369	543	668	565
Јавни расходи за здравствену заштиту по становнику (САД $)	163	191	202	234	336	418	357

Извор: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Показатељи здравствене потрошње. Доступно са URL: www.batut.org.rs,

Реформа финансирања, како у ширењу и повећању извора финансирања, тако и у начину плаћања давалаца здравствених услуга за њихов рад, је критична тачка реформе здравственог система у Србији. Ширење извора финансирања се односи и на увођење тзв. „дуванског динара“ односно финансијских средстава која се у буџет Министарства здравља сливају од сваке продате паклице цигарета. Ова средства се троше на активности промоције здравља и превенције болести за које је пушење цигарета фактор ризика, за изградњу и опремање ангиосала, као и за куповину цитостатика, односно дијагностику и лечење кардиоваскуларних и малигних болести које доминирају у националној патологији, а код којих је пушење најважнији појединачни фактор ризика.

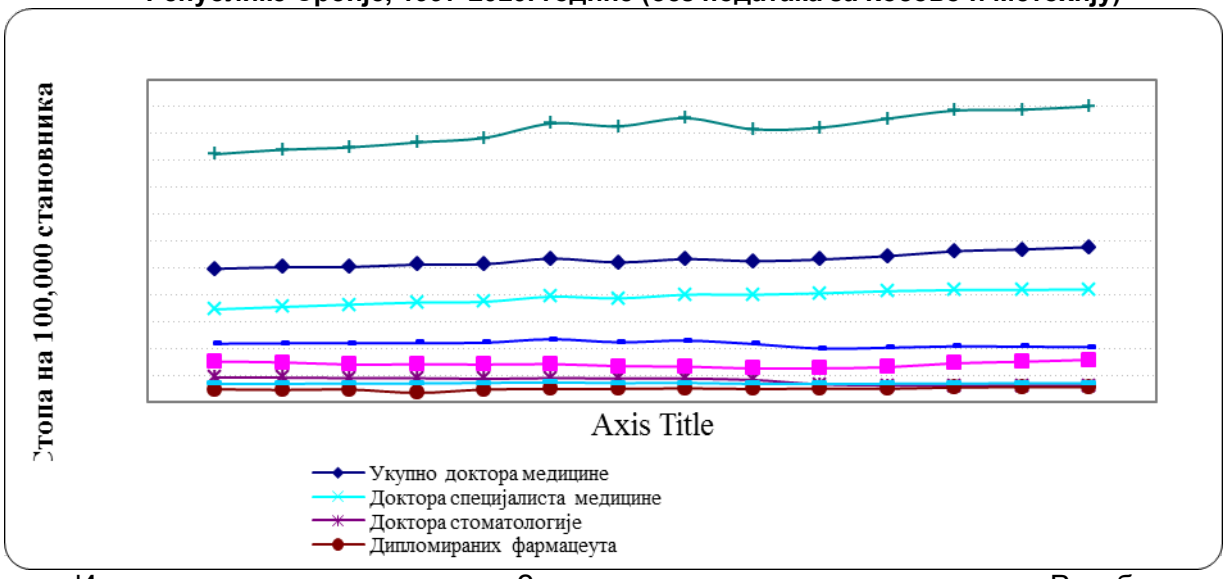
Предлог експерата за увођење допунских дуванских 10 динара по паклици, за колико одмах треба поскупети све цигарете и 10 динара по флаши алкохолног пића, само је део средстава која се морају одмах усмерити у сектор здравствене заштите, односно осигурања, ради ревитализације система. Све заплене имовине у вези криминала

везаног за злоупотребу дроге треба да припадну здравственом осигурању и здравственој заштити.

Фонд, за сада, финансира затечене капацитете у здравственом систему „откупом плана рада“ за предстојећу календарску годину тако да је буџет сваке здравствене установе дефинисан на почетку године. У методама плаћања давалаца услуга за њихов рад нису постигнути очекивани помаци и поред неколико пројеката Светске банке и Европске Уније који су развијали модел капитације (плаћања у примарној здравственој заштити према броју опредељених пацијената за лечење код изабраног лекара) и модел дијагностички сродних група (DRGs) за плаћање болницама за њихов рад. Ово има за последицу малу ефикасност (како техничку, тако и алокативну) и недостатак подстицаја за унапређење квалитета здравствене заштите пружене грађанима. . Опредељивањем грађана за лечење код изабраног лекара у 2009. години је створило услове да се развијена капитациона формула тестира на пилот подручјима, а после примене капитације од октобра 2012 год. у свим домовима здравља и да се анализирају могућности за њено даље унапређивање у наредним годинама.

Планирање кадрова и запослених у здравственом систему, као најважнијем његовом ресурсу је приоритет реформе, а државни здравствени сектор је 2010. године имао укупно 114 317 запослених, од чега 18,1% доктора медицине, 34% медицинских сестара и техничара са вишом и средњом стручном спремом и 25,5% немедицинских радника. Обезбеђеност становника лекарима је добра са 281 лекаром на 100 000 становника (Графикон 1).

Графикон 1. Здравствени радници запослени у државним здравственим установама Републике Србије, 1997-2010. године (без података за Косово и Метохију)



Извор: Израчунато према подацима из Здравствено-статистичких годишњака Републике Србије 1997 – 2010 године, Институт.„Др Милан Јовановић – Батут“.

Добра обезбеђеност становништва лекарским кадром нарушена је врло неповољном дистрибуцијом, односно високом концентрацијом кадра у урбаним срединама, посебно у великим градовима и упоредо, наглашеним дефицитом кадра у руралним подручјима. Ово је проблем који озбиљно угрожава доступност здравствене заштите грађанима у кадровски дефицитарним подручјима и нарушава принцип равноправности грађана у коришћењу здравствене заштите. За превазилажење овакве ситуације, непходно је донети одговарајући План са вишеслојним и комплексним мерама и активностима, уз укључивање државних институција на централном, регионалном и локалном нивоу, али је такође потребна и суштинска подршка релевантних субјеката друштвене заједнице.

Професионално задовољство запослених је повећано на основу резултата националног испитивања које се спроводи сваке године, и то у свим државним

здравственим установама, пре свега условима рада, опремом и међуљудским односима, мада је још увек изражено незадовољство платама. То су резултати испитивања, а када се разговара са већином доктора уочава се велико незадовољство стањем, менаџментом установа, недостајућим лековима и др.

Редукција запослених 2006 г. на основу плана договореног са ММФ, довела је до добровољног одласка уз отпремнине 14.399 радника, што је проузроковало акутни проблем недостатка неких профила стручњака (анестезиолози, радиолози, лекари опште медицине и медицинске сестре за негу у болницама, клиникама и институтима). Повећан је број незапослених здравствених радника на тржишту рада, а до раста незапослених здравствених радника долази због неконторлисаног прилива свих профила са факултета здравствених струка. Према проценама међународних експерата, школује се три до четири пута више здравствених радника него што су потребе здравственог система Републике Србије. Без пажљивог планирања потреба за здравственим кадровима на националном нивоу и промена начина финансирања високошколских установа (које се сада финансирају према броју уписаних студената), садашња незавидна ситуација са незапосленошћу здравствених радника, неће моћи да се реши.

У структури смртности становништва Републике Србије доминира превремени или превентабилни морталитет, што указује на мали учинак система здравствене заштите у превенцији фактора ризика (пушење, неправилна исхрана, мала физичка активност и срес). У структури умирања 2010 године, на првом месту су биле кардиоваскуларне болести (55,8%), потом малигне (20,4%), симптоми, знаци, патолошки клинички и лабораторијски налази (4,6%) и повреде, тровања и последице деловања страних фактора (3,6%), што су све обољења која се правовременим активностима здравствене службе могу предупредити, а погађају људе у најпродуктивнијем периоду њиховог живота. Водећи узроци умирања међу становницима Србије, указују између осталог и на квалитет рада здравствене службе, али и на однос становника према сопственом здрављу.

У борби против појединих фактора ризика постигнути су одређени резултати. Истраживање здравља становника Републике Србије реализовано 2006. године на иницијативу Министарства здравља уз финансијску и логистичку помоћ Светске банке и Светске здравствене организације, којим је било обухваћено 6.156 домаћинстава, 14.522 одраслих особа и 2.721 младих узраста од 7 до 119 година, показало је смањење учесталости пушења за 6,9% у односу на 2.000 г. (када је исто испитивање здравља у Србији спроведено), повећање физичке активности становништва, боље познавање ризика по здравље и чешће саветовање корисника о ризицима за настанак хроничним масовних незаразних болести у државним здравственим установама. Резултати истог истраживања, међутим, указују и на повећање учесталости повишеног крвног притиска међу становницима Републике Србије, повећање употребе алкохола и ризичније понашање у саобраћају, што намеће нове приоритете у формулисању националних програма, мера и активности.

Посебан производ функционисања здравственог система су и немедицинска очекивања становника од здравствене службе, која се најчешће процењују испитивањем задовољства запослених пруженим здравственим услугама које се у Републици Србији спроводи већ седам година за редом у оквиру програма сталног унапређења квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената. Резултати ових истраживања показују да је задовољство пруженим здравственим услугама релативно добро у службама примарне здравствене заштите са просечном оценом - 4,1 као и да расте задовољство радом медицинских сестара и техничара, а да се незнатно смањује задовољство радом лекара у примарној здравственој заштити. Задовољство лечених у болницама има незнатно већу просечну оцену – 4,3 и порасло је од 2004. Године, од када су започета испитивања задовољства корисника пруженим здравственим услугама у Републици Србији.

5. ОПШТИ И ПОСЕБНИ ЦИЉЕВИ СТРАТЕГИЈЕ

Пред здравственим системом у Србији су бројне препреке, али и бројни изазови. Сходно демографским, економским, социокултуролошким, законским, технолошким и другим променама, економска политика у области здравствене заштите, као један од циљева, треба да постави спремност здравственог система да одговори на промењено стање здравља становништва.

Анализе здравственог стања, указују на погоршања здравља нације, а у последњим деценијама присутна су и неповољна кретања у демографској ситуацији становништва. Светска економска криза има доминантан утицај на негативне промене у економској сфери, које условљавају значајно погоршање социоекономских услова у земљи. Овако неповољна кретања у наредном периоду имаће негативан утицај на здравље становника и виталност нације, што само по себи угрожава економски потенцијал земље.

Развој демократије и нагласак на индивидуалним правима грађана, континуирано увођење нових и скупљих медицинских технологија, такође доноси и нове изазове за здравствени систем, а самим тим и његову већу одговорност. Истовремено, наведени изазови захтевају велика улагања, како материјална, тако и нематеријална, у виду људских ресурса.

Потписивањем Уговора из Амстердама извршене су измене и допуне одредаба Уговора о европској унији и Уговора о Европској заједници, којима је утврђено је да ће заједничко деловање бити усмерено на унапређење јавног здравља. Заједничко деловање на подручју јавног здравља ће у потпуности поштовати одговорности земаља чланица за организацију и пружање здравствених услуга и здравствене заштите.

У том контексту, Фонд мора да тежи ка следећем:

1) финансијски одрживом систему здравствене заштите у дугом року,

2) очувању и унапређењу здравља свих грађана,

3) побољшању ефикасности и квалитету здравственог система,

4) континуираној и једнако доступној здравственој заштити,

5) бољој информисаности пацијената о њиховим правима,

6) изради и покретању Националног програма промоције здравља и здравственог васпитања и образовања становништва,

7) реализацији социјалних и индивидуалних права корисника у систему здравствене заштите, и

8) ефикасаном менаџменту у здравственом осигурању у сврху реализације наведених тежњи.

Улагање у развој система здравствене заштите никако се не сме сматрати потрошњом, јер улагање у унапређење здравствене заштите грађана непосредно утиче на повећање продуктивности, раст производње и бржи развој друштва.

У датим околностима, без значајних промена, постојећи систем здравствене заштите не може испунити таква очекивања.

Скоро сви циљеви здравствене политике Републике Србије за наредну деценију морају бити и циљеви Фонда. Зато ти циљеви морају бити пажљиво дозирани и економски утемељени тј. одрживи. Мора се напустити досадашња пракса спискова лепих жеља, који се касније не остваре, без објашњења и одговорности.

Посебно треба имати у виду да су обмане у европским круговима по значају једнаке корупцији, па је тако у здравственој заштити направљена Европска мрежа против обмана и корупције тзв. "The European Health Care fraud & Corruption Network (EHFCN).

Важно је напоменути да се даље изнети циљеви могу да се остваре у оквирима важећих и предвидивих економских прилика, с надом да неће доћи до веће међународне или домаће економске кризе и поремећаја у раду Фонда, на које исти не може имати утицаја, попут битног смањења средстава здравственог осигурања. Јасно је да се глобалне промене и повећање опште ефикасности система могу остварити тек у оквиру деценије спровођења сврсисходних циљаних и добро координираних мера.

Такође је важно напоменути да се стратегија развоја здравственог осигурања темељи на Фискалној стратегији за 2013 са пројекцијама у 2014 и 2015 години Владе

Републике Србије, која обухвата циљеве и мере стварања одрживог система националних финансија и одрживог развоја у целини. Стратегија је надамо се основ будућег оваквог уређивања овог сектора и основа на којој ће се темељити финансирање јавних служби и фондова у целини.

Циљеви Стратегије развоја здравственог осигурања обухватају следећих 4 главна циља и 14 мера и активности:

1) Остваривање циљева и мера **здравствене политике**, које утврди Влада и Народна Скупштина Републике Србије, који истовремено постају циљеви овог Фонда.

2) Подизање опште и здравствене културе народа, здравственим васпитањем и промоцијом здравља, а ради подизања радних, стваралачких и репродуктивних способности грађана, нације и државе.

3) Унапређење функционисања Фонда ради повећања задовољства осигураника и грађана Србије здравственом заштитом у целини и у том смислу:

3.1 унапређење система уговарања здравствених услуга са установама, тако да се повећа њихова ефикасност, ефективност и квалитет рада;

3.2. успостављање ефективног система контроле извршења услуга у погледу обима, квалитета и третмана корисника услуга тј. осигураника

3.3 обезбеђење одрживости и развоја система плаћања примарне здравствене заштите на основу извршења, ка потпуној имплементацији капитације, што подразумева стварно награђивање лекара према опредељеним корисницима и извршеним услугама;

3.4 обезбеђење увођења и развоја новог система дијагностички сродних група у финансирању болница.

4) Унапређење квалитета и ефикасности рада службе Фонда, преузимањем нових законских задужења и задатака који произилазе из потребе стварања ефикасног контролног и потпорног система у здравственом систему и систему здравственог осигурања;

Наведени циљеви остариће се предузимањем следећих мера и активности:

1) Промена система финансирања здравствене делатности. У примарној здравственој заштити унапређењем **система капитације** и награђивања здравствених тимова и домова здравља по том основу, као и система финансирања болница увођењем **Дијагностички сродних група** познатом као ДСГ систем (Diagnosis Realeted Groups - DRG. То представља прву озбиљну и суштински садржајну промену у тој области у последњих 60 година. Оба ова система се примењују у практично свим земљама чланицама Европске уније и призната су као фер начин накнаде за обављене услуге и дистрибуцију увек ограничених финансијских ресурса за здравствену заштиту и њихову контролу. Промени система финансирања претходи као предуслов имплементација неког од сертификованих здравствених информационих система према правилнику Министарства здравља. Овакви системи су већ имплементирани у здравственим установама (у више од 20 болница и у свим домовима здравља). Применом нове номенклатуре, и решавањем свих других текућих питања, биће омогућено извештавање према аустралијској класификацији. Ово је основни предуслов да се започне са процесом груписања и приказивања компаративних података према дијагностички сродним групама.

2) Скраћење листа чекања за скоро све специјализоване здравствене услуге, на које се чека преко 30 дана: унапређењем организације рада, побољшањем одржавања медицинских уређаја и продужењем радног времена у областима, где се стварају листе чекања, као и набавком нових уређаја дијагностике и лечења или запошљавањем нових кадрова. Израда и имплементација адекватног софтвера у установама јавног здравственог система битно ће омогућити побољшање праксе у овој области.

3) Обавезна имплементација информационих и комуникационих технологија у све здравствене институције примарног, секундарног и терцијарног нивоа, као обавезна подршка реализацији свих медицинских и пословних процеса у свакодневном раду. Здравствени информациони систем треба да учини транспарентним и on-line доступним све релевантне информације и могућности здравствених установа и запослених, не само органима управљања здравствених установа, него и управљачкој структури система здравствене заштите која укључује Министарство здравља, Републички Фонд,

институте и заводе за јавно здравље, као и оснивače здравствених установа. Доступне информације морају да обухвате спектар дефинисаних показатеља о раду, утрошцима и њиховој финансијској вредности и установа и појединаца, како би расположиви подаци о искоришћености ресурса могли бити у функцији спровођења различитих управљачких мера.

Због евидентне потребе да информациони системи здравствених установа буду на вишем техничком, фукционалном и организационо-кадровском нивоу од тренутног, потребно је обезбедити:

3.1. Да Фонд има централну улогу и овлашћења у области информационих технологија у сектору здравства. Ово подразумева припрему, организовање и спровођење поступка имплементације информационих и комуникационих технологија у мрежу здравствених установа, односно даваоца услуга са којима Фонда остварује уговорне обавезе.

3.2. Идентификацију и адекватно вредновање примењених информационих сиситема,

3.3. Одговарајуће информатичке кадрове у здравственим установама израдом и усвајањем адекватних кадровских планова у сарадњи са Министарством здравља. Кадровским плановима према типу здравствене установе определити потребан број ИТ кадрова укључујући дефинисање зарада усклађених са одговарајућим степеном стручне спреме медицинске струке,

3.4. Да се у оквиру буџетских позиција издвоје додатна средства за одржавање информационог система.

3.5. Да се пронађе правни оквир, којим би се, поред наменски одређених средстава, и уштеђена средства са других позиција могла употребити за информатизацију здравствених установа.

Увођење, кроз пројект **дигитална болница**, потпуног надзора над постељним фондом и преглед болничких постеља, њихове дневне заузетости и могућности лечења у свакој односној установи. Све болничке постеље државних болница тј. њих око 38.000 свакодневно ће на сајту Фонда и болничких установа бити приказане као национални ресурс, из чега ће се сагледавати њихова искоришћеност, као и трошкови експлоатације. Дневно ажурирање ће вршити установе појединачно, уз прописима запређене санкције за случај нетачног или погрешног вођења.

4) Смањење, а на многим местима и укидање редова чекања пред ординацијама, увођењем заказивања прегледа и посета лекару (регулисани проток пацијената) коришћењем савремених комуникационих технологија, интернета и мобилне телефоније. Уговориће се израда одговарајућег софтверског пакета заказивања посета и ставити бесплатно здравственим установама на располагање, ради примене у регулисању протока пацијената, без или са што мање чекања. Увешће се у ту сврху допунски капацитети у приватној својини и обезбедити њихово финансирање од стране Фонда, ради обезбеђења легалне и регулисане конкуренције у здравственој заштити осигураника. Предложиће се одговарајуће софтверско решење за које ће бити прерасподелом обезбеђена потребна средства.

5) Подршка активностима на унапређењу квалитета у здравственим установама дефинисањем финансијске позиције у уговорима са здравственим установама за активности на акредитацији, са изналажењем могућности за примену стимулативних мера за унапређење квалитета, мерено показатељима квалитета здравствене заштите.

6) Обезбеђење система сталне 24h консултације грађана са медицинским експертима о лековима и њиховом нежељеном дејству, као и лечењу, путем Е-маила или СМС поруке, путем телефона, а полазећи од сазнања да је злоупотреба лекова због незнања и необавештености велика и опасна. Право човека да купи лек који му треба неће се довести у питање, али ће свако имати могућност да добије прави савет у вези лека и најбољег лечења од стране стручњака.

7) Ревитализација тј. редефинисање концепта **конутинуиране медицинске едукације**, којим ће се, поред класичних облика, на бази коришћења савремених аудиовизуелних технологија и средстава масовних комуникација омогућити савремена и

свеобухватна едукација здравствених радника, обнова знања и вештина, као и стицање нових. Фонд ће са Медицинским факултетом Универзитета у Београду и Школом јавног здравља у његовом саставу уговорити израду студије оптимизације континуиране медицинске едукације и стварања мреже за спровођење едукације запослених, независно од тога како данас она функционише у организацији комора здравствених радника.

8) Израда и покретање **Националног програма здравственог васпитања** и образовања становништва ради свеопште социокултурне и здравствене еманципације, а укључујући и специјализоване програме у медијима и специјалних ТВ емисија посвећених здрављу осигураника и свих грађана, чије ће програмске циљеве и садржаје предлагати и одређивати експерти Фонда. Подршка активностима здравственог васпитања и образовања, као услов бољег здравља и свеукупне просвећености грађана Србије постаће приоритетан задатак Фонда.

9) Успостављање у свакој здравственој установи система контроле и заштите права грађана-осигураника кроз функцију – **заштитника права осигураника**, чија ће дужност бити да прати рад и функционисање установе, положај осигураника у њој и сигнализира органима Фонда, као и надлежним државним органима случајеве покушаја евентуалне корупције, обмана или ускраћивања права осигураника. Заштитници права осигураника добиће широка овлашћења у контроли рада и пословања установа.

10) Стварање ефективних механизама дефинисања и достизања циљева увођења нових технологија и стручног усавршавања лекара у најбољим центрима света. Фонд ће предложити Влади Републике Србије и донаторима из земље и света оснивање Фондације за развој медицинских технологија и кадрова из које ће се додатно финансирати плански развој и увођење нових технологија, као и усавршавање талената у медицини, кроз специјализације и субспецијализације у свету. (Скоро је невероватно да Србија данас средином 2012 године још увек нема: Гама нож или сајбер нож, Роботички хируршки систем Да Винчи, ПЕТ центар тачније "беби" циклотрон, али и бројне мале уређаје попут онога за препознавање сепсе у ургентним центрима и томе слично. Неприхватљиво је да у Републици Србији чак и за програме попут трансплантација нема официјелног система усавршавања и припреме кадрова, као и да се страни консултанти не доводе, а то је оптимални облик сарадње и трансфера знања и технологија).

11) Успостављање годишње награде Фонда "Награда **др Милан Јовановић-Батут"**, намењене истакутим здравственим радницима тј. запосленим у здравственом систему и годишње награде истакнутим медицинским сестрама **"Награда Милица Јојић"** за изузетне резултате остварене у раду

12) Дефинисање система и **Националног програма трансплантације органа**. Задатак да се до краја 2013. године успостави организовани програм, дефинишу институције и остваре резултати у трансплантацији различитих органа, са јасно утврђеном улогом институција и појединаца носилаца програмских задатака је остварив и одржив. Фонд у том смислу има задатак да подржи овај програм, а у сарадњи са Министарством здравља буде и његов носилац.

13) У циљу повећања опште ефикасности и ефективности у раду Фонда, извршиће се **промене у начину руковођења и технологији рада** и убрзаће се увођење савремених информационо-комуникационих технологија, одговорности у извршавању послова и задовољењу потреба осигураника, здравствених радника и институција здравства.

14) Остварење значајних уштеда у раду Фонда кроз **плански развој здравствене заштите и увођење информационих технологија,** јавност рада и смањење коруптивних могућности, а у циљу елиминације корупције, као великог проблема здравствене заштите данас.

6.. ПОТРЕБНЕ ПРОМЕНЕ У РАДУ ФОНДА

6.1. Нормативне промене

У остваривању утврђених циљева потребне су бројне нормативне промене у области здравственог осигурања, као што постоји потреба и за бројним променама у даљем уређивању система здравствене заштите у Републици Србији.

У остваривању утврђених циљева неопходне су бројне промене у систему здравственог осигурања кроз измене законских и подзаконских аката, која треба да буду праћене одговарајућим изменама општих аката Фонда.

Неопходно је доношење новог и садржајнијег Закона о здравственом осигурању којим ће се на основу реалних могућности гарантовати остваривање права у мери у којој је то економски одрживо. Највећи проблем данашњег здравственог осигурања је његова често присутна ниска одрживост у односу на прописана права осигураника.

Полазећи од законодавства у земљама чланицама Европске уније, потребно је да се донесе посебан Закон о правима пацијената, како би се област права пацијената, начин остваривања и начин заштите тих права, као и обавезе и одговорности пацијената, уредили на потпунији и прецизнији начин.

Треба размотрити потребу, а врло вероватно је неопходно донети нови Закон о здравственој служби, којим би се растеретио постојећи Закон о здравственој заштити, у овој области углавном недоречен. Овим законом треба дефинисати услове и стандарде које морају испуњавати здравствене установе за обављање здравствене делатности. Његов саставни део би требало да буде и План мреже здравствених установа, који треба да обухвати и приватни сектор, јер се тако може стимулисати приватни капитал за улагања у здравствену делатност превасходно тамо где државни капацитети нису довољни и адекватни. Овим би се створила обавеза Фонду да такве капацитете финансира под једнаким условима као и капацитете у државном власништву.

Потребно је предложити измену Закона о коморама здравствених радника, обзиром да исте нису испуниле очекивања, а наметнуле су неприхватљиво високе чланарине и обавезе здравственим радницима у којима они све теже успевају да функционишу и испуњавају услове релиценцирања. Коморе тренутно само ефикасно убирају чланарину, при чему је лекарска комора водећа по нетранспарентности трошења средстава, нетранспарентности изборног процеса за органе коморе и инвестицијама које нико није очекивао, као што је покушај куповине нове зграде коморе. То показује да постоје финансијска средства склоњена од очију јавности, а пословање Коморе заслужује озбиљну анализу и контролу. Чланарина мора бити симболично мала, тек да задовољи трошкове поступка релиценцирања и издржавања минималног броја запослених.

Неопходно је хитно приступити реорганизацији Републичког фонда кроз израду новог Правилника о организацији и систематизацији послова, обзиром да ће тек нова организација посла моћи да одговори на изазове, који произилазе из потребе спровођења промењених закона о здравственој заштити и здравственом осигурању.

Поред промене организационе структуре Фонда, за спровођење нових системских закона, неопходно је да се изврши и измена и допуна општих аката Фонда у циљу њиховог усклађивања са наведеним законима. Ово се посебно односи на Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту, Правилника о начину и поступку остваривања права на здравствену заштиту, Правилника о Листи лекова који се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, Правилника о условима, критеријумима и марилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга, Правилника о медицинско-техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања и др.

6.2. Организационе промене

Фонду је потребна ревитализација руководне функције и одговорности, као и одговорности запослених пред осигураницима . Запосленима у Фонду треба да буде јасно да су ипак привилеговани у односу на милионе других запослених зато што њихове плате, ма какве биле, (а тренутно су значајно смањене) неће никада закаснити, да ће бити веома поштеђени неповољних услова рада, да је могућност губитка посла сведена

на минималну, а да имају само један задатак да буду љубазни са осигураницима и најбрже стручно обаве посао.

Технолошка ревитализација Фонда омогућиће запосленима да уз коришћење рачунара, чак неке послове могу обавити у свом дому-кући, али уз строго чување службене тајне. Они који то не буду могли мораће да радно време прилагоде извршењу задатака. Нови радни режим важиће за све запослене од директора до портира.

Императив треба да буде поштовање одредаба нормативних аката и уговора о раду који дефинишу поштовање службене тајне, а запосленима треба да буде предочено да непоштовање представља тежу повреду радне обавезе. Запослени у Фонду треба брзо да спознати појмове и праксу дневног и недељног Плана рада, као и дневног и недељног извештаја о истом, а руководиоци о плановима и извештајима свих подређених, колективно и појединачно, евиденцији њиховог извршења и оцени и самооцени рада и резултата.

Сви запослени треба да добију трајни налог за стручно усавршавање у складу са потребама службе и програмима на годишњем нивоу. Посебно ће се усавршавати комуникационе вештине и знања, ради унапређења односа са осигураницима.

Фонд добија суштински нове и велике задатке и надлежности у складу са изменама и допунама Закона о здравственом осигурању и Закона о здравственој заштити, стога је потребно сачинити нови адекватни модел организације и систематизације. Потребан је План кадрова у складу са захтевима Државног ревизора.

6.3. Технолошке промене

Унапређење технологије рада је веома важан задатак стучне службе Фонда. Коришћење савремених аудиовизуелних технологија и рачунарских средстава омогућиће бољи механизми решавања проблема и захтева грађана. Отклониће се бирократска самовоља и непотребно излагање грађана трошковима превоза, губитку радног времена, а све ради испуњавања бирократске воље да странка тј. грађанин донесе неки документ, иако се све може скенирати и послати Е-маилом.

Овај Фонд треба први да приступи преласку на "paper less технологију" , што значи да се неће комуницирати папирном већ електронском поштом и документацијом чије ће чување и управљање бити ефикасно. Проблем копија биће решаван упоредо са напредовањем пројекта на нивоу Владе Србије.

Коначни циљ промена биће стварање здравствених установа без папира и увођење електронске документације и комуникације у свим сегментима рада. Такозвано Е-здравство или Е-здравље је будућност за чије увођење припреме морају почети одмах.

Е-рецепт, Е-упут, Е-заказивање, Е-картон и Е- консултације, су пројекти који немају алтернативе у савременој здравственој заштити, стога инвестирање у њихову имплементацију представља приоритет. Не сме се догодити да после 2017 године немамо електронски рецепт, електронско заказивање прегледа и услуга, да по упут као административни документ морамо да идемо у ординацију изабраног лекара, заказујемо преглед и чекамо уместо да га попут сваког е-маила добијемо и одштампамо у свом стану. Не сме се догодити да после 2017 године немамо електронску историју болести, где се налазе заштићени подаци о свим болестима које смо прележали, свим лековима које смо добијали, свим прегледима које смо прошли, свим снимцима које смо направили, уместо што носимо старе рендгене или екг записе.

Неопходно је да се у наредне четири године створе услови да сви захтеви ка Фонду подносе путем интернета, да се сви кључни комуникациони токови реализују електронском комуникацијом.

Не треба посебно истицати да ће свака филијала, испостава Фонда, свака здравствена установа и кључни пункт морају имати обавезно компјутер, штампач, скенер, читач смарт картица (картица здравственог осигурања, лична карта,..) и друге неопходне уређаје који убрзавају комуникацију и сервис пацијената. Не сме се догодити да осигураници циркулишу између филијала, испостава и здравствених установа у покушајима да добију помоћ или остваре административне процедуре .

6.4. Социо-психолошке промене

Социо-психолошке промене треба да се догоде у служби Фонда за здравствено осигурање и у популацији осигураника. У популацији грађана и јавности мора да се има у виду да Фонд доноси планове (петогодишњи) и програме здравствене заштите (на годишњем нивоу). Притисак према Фонду и његовом менаџменту да се нешто финансира, чега у годишњем Програму нема, није прихватљив, јер је планирање и програмирање главни инструмент за функционисање овог сложеног организационог система. То је услов стварања одрживог здравственог система и система здравственог осигурања.

Фонд је институција која штити интересе свих осигураника, која бирајући пажљиво стручним и научним методама приоритете финансира оно што је најприоритетније. Према томе Фонд ће морати да уложи напор пред јавношћу да покаже да се са 260 евра просечно по особи на годишњем нивоу (април 2013 год.) не може да обезбеди све оно што осигураницима можда треба или што очекују.

Осигураницима треба појаснити да се само њиховим новцем тј. уплаћеним доприносима може финансирати здравствена заштита у одговарајућем обиму и садржини. Посебно треба да се објасни да инсистирање да се неком нешто одобри мимо финансијских планова, није оствариво без годишње промене плана тј. ребаланса. Такође, није могуће из средстава утврђених годишњим финасијским планом, обезбеђивати права њиме која нису предвиђена, односно да би се неком нешто дало, мора се неком другом одузети. То ће захтевати интензивну кампању информисања о свему што се тиче финансирања здравствене заштите, о трошковима и ценама лекова и здравствених услуга. То посебно када се ради о финансирању лечења у иностранству, а обзиром на схватање да наша држава својим скромним дохотком може финансирати лечење овде и стварати центре изврсности за најсложеније и нове медицинске процедуре и да може финансирати довођење страних експерата овде, али не може никада направити фондове који могу издржати трошкове лечења у најскупљим болницама света.

Многи конкретни подаци о раду здравствених установа и Фонда морају се наћи на њиховим сајтовима. Све врсте ценовника морају се наћи на сајту Фонда, од лекова до цена здравствених услуга, прегледа и слично. Плате, као и примања лекара, као и других запослених морају се наћи на сајту Фонда.

Борба против корупције постаће важна активност и задатак Фонда. У извршењу тог задатка јавност је највећи савезник. Преваре и корупције у здравству је често веома тешко открити. При давању оцене размера проблема на европском нивоу треба имати у виду разлике здравствених система међу земљама. Канцеларије и јединице за супротстављање преварама и корупцији се успостављају, мада је Европска мрежа против превара и корупције у здравственој заштити тек недавно успостављена, док у низу земаља оне још не постоје. Према процени те мреже годишњи здравствени трошкови 28 земаља Европске уније износе око један трилион евра (1.000 милијарди). Између 3% и 11% БДП се троши на здравство у европским земљама.

Конзервативне процене говоре да се у земљама Европске уније 56 милијарди евра годишње губи на корупцију и преваре. Цена корупције и превара у здравству за 28 земаља Европске Уније износи најмање 80 милиона евра дневно. Процене губитака због здравствене корупције и превара укупно износе више него БДП европских земаља, као што су Летонија, Естонија, Кипар или Исланд (цифре Светске банке). Преваре и корупција у здравству јављају се у свим системима, без обзира да ли су оне претежно јавне или приватне, добро или лоше финансиране или технички једноставне односно софистициране. Према процени Caisse nationale de lassurance maladie des travailleurrs salaries „CNAMTS“ (Национални фонд за здравствено осигурање Француске)" њихова нето уштеда остварена у 2008. години спречавањем превара и корупције износила је преко 130 милиона евра. Од 2005. до 2008. године уштеђено је нето скоро 360 милиона евра. http://www.ehfcn.org/.

Рачунице говоре да се у Европској унији 112 евра по глави становника годишње проневери или утроши за накнаду у вези превара. Обзиром да се код нас утроши свега 286 евра по глави становника годишње на свеукупну здравствену заштиту изгледа да су размере корупције овде много ниже.

6.5. Припреме за европске интеграције

Стварне и суштинске припреме за приступање Европској унији, кроз увођење стандарда у различитим областима, па и здравственој заштити треба започети одмах. За такав процес у овој области потребно је око 10 година ради успешног вођења и имплементације до краја у смислу здравственог осигурања.

Народна скупштина Републике Србије је 2008. године ратификовала Споразум о стабилизацији и придруживању (ССП) и Прелазни трговински споразум, а Европска комисија 2012. године утврдила статус кандидата Републике Србије за чланство у Европској унији (ЕУ). Тиме су почеле обавезе усклађивања домаћих правних норми и принципа са тзв. Acquis communautaire, правних тековина ЕУ, односно комунитарног права. Оно садржи права и обавезе земаља чланица ЕУ, обухвата садржај, начела и политичке циљеве оснивачких уговора, законодавство усвојено применом оснивачких уговора и пресуда Европског суда правде, затим декларације и резолуције које је усвојила ЕУ, мере које се односе на заједничку спољну и безбедносну политику, мере које се односе на правосуђе и унутрашње послове, међународне уговоре које је закључила ЕУ, као и уговоре између земаља чланица на подручју деловања ЕУ (конвенције). Свака држава чији је циљ чланство у ЕУ, па тако и Србија, мора да прихвати одредбе оснивачких уговора и усвоји правне тековине Уније.

Комунитарно право обухвата: примарну легислативу (уговори о оснивању, опште правне принципе); секундарну легислативу (уредбе – regulations, директиве-directions, одлуке-decisions), међународне уговоре ЕУ, уговоре између земаља чланица. Уредбе се непосредно и безусловно примењују, са или без уношења у национално законодавство. Директиве су обавеза за државе чланице у погледу циља, али не начина реализације и обавезе уношења у законе. Одлуке су појединачни и конкретни случај који обавезује субјекте на које се односе.

Препоруке, резолуције, декларације, акциони програми су необавезујући акти.

Темеље јединственог европског тржишта често називају “четири слободе” – слободно кретање људи, робе, услуга и капитала. Ово значи право појединаца да живе, раде, студирају или се пензионишу у некој другој земљи ЕУ, за потрошаче већу конкуренцију која води нижим ценама, док већи избор приликом куповине води вишем нивоу заштите, а за предузећа да послују преко граница знатно лакше и јефтиније.

Уговор о оснивању Европске уније предвиђа да су државе чланице у потпуности самосталне и одговорне за организацију и пружање медицинских услуга, односно здравствене заштите и креирање и вођење здравствене политике.

Земље Европске уније су опредељене за очување сопствених овлашћења и успостављање правила о приступу медицинским третманима, да одреде пакете погодности и регулишу право на социјално покриће (самостално здравствено осигурање или обезбеђено у оквиру националне здравствене службе).

Здравствена заштита традиционално представља основну компоненту националних система социјалне политике. Здравствени системи европских земаља разликују се у погледу институционалних карактеристика и у основи социјалне филозофије, заоставштине и нормативних претпоставки. Постоје значајне разлике у организацији, пружању и финансирању здравствених услуга. Истовремено, већина здравствених система се одликују јаком јавном улогом и високим степеном интервенција државне власти у њима, стога није чудно да се управљање здравственом заштитом традиционално сматра националном надлежности. Покушаји да се изврши усклађивање у овој области и успостављање јединствених правила Европске уније ће вероватно и у будућности наилазити на јаку опозицију међу државама чланицама. Према томе нема и вероватно неће ни бити скоро јединственог европског здравственог система.

Ипак, све земље које теже пуноправном чланству у Европској унији, укључујући и Републику Србију треба да имају у виду чињенице које обавезују и утичу на организовање и спровођење здравствене заштите кроз хармонизацију сопствених прописа са европским у елементима који све више ограничавају националну организацију и права у здравственој заштити. Здравствени системи првобитно замишљени као територијално затворени постају све отворенији и порознији за коришћење здравствених услуга.

Прекогранична заштита произилази из права грађана земаља Европске уније на слободно кретање, без ограничења, укључујући и чињеницу да она не могу бити органичена приступом адекватној здравственој заштити, нити аутоцензурисана страхом од губитка права из здравствене заштите. Обзиром да се ради о милионима оваквих миграната унутар ЕУ, ово има изражен економски значај. Зато се уводе краткотрајна осигурања и тежи осигурању механизма координације праћења и збрињавања хроничних болесника, током њиховог боравка ван подручја сопственог здравственог осигурања. Прописи ЕУ се баве такође заштитом радника миграната и њихових породица, који из економских разлога одлазе у развијеније европске земље у којима имају права да користе адекватну здравствену заштиту.

Истраживања о здравственој заштити ЕУ обухватају кретања у праву ЕУ, релевантном за коришћење здравствених услуга, правилима у вези прекограничне заштите, последицама хармонизације права пацијената и обезбеђење квалитета и безбедности здравствених услуга. Посебно место имају импликације пресуда Европског суда правде на националне системе здравствене заштите и здравствено осигурање, ограничавање земаља чланица да слободно креирају и воде здравствену политику. Аналитичари у томе виде почетак стварања нове европске здравствене политике.

Здравствено законодавство је у сталним процесима прилагођавања са захтевима спољашњег окружења, међународним обавезама преузетим билатералним или мултилатералним уговорима или по основу чланства у међународним организацијама и наднационалним асоцијацијама.

Значајна је ширина хармонизације која се спроводи у складу са опредељењима:

1) Светске здравствене организације у области права пацијената,

2) Универзалном декларацијом о биоетици и људским правима UNESCO -а, (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization),

3) Конвенцијом Савета Европе о људским правима у биомедицини,

4) Европском повељом о правима пацијената, као и са Здравственом стратегијом Европске уније од 2008. до 2013. год. "Заједно за здравље" из 2006. год.,

5) Закључцима Савета Европске комисије о заједничким вредностима и принципима система Европске уније (2006 год.),

6) Препорукама Савета Европе и Комисије министара чланица уније о управљању безбедношћу пацијената и превенцији нежељених догађаја у здравственој заштити (2006 год.),

7) Препорукама Савета Европе - за безбедност пацијената укључујући превенцију и контролу болничких инфекција (2009 год.);

У Фонду треба формирати посебан Савет за Европске интеграције, чији ће задатак бити да прати токове промена у европским земљама и и њихов утицај на систем здравственог осигурања у Републици Србији, као и да предлаже мере и активности којима би се убрзала хармонизација са европским системима и водећим трендовима. Служба Фонда ће имати задатак да се бави питањима утицаја одлука европских судова на рад Фонда.

6.6. Развој здравственог осигурања и глобалне промене

Трансформација Фонда у савремену институцију европског здравственог осигурања је могућа и неопходна. То у пракси значи бројне промене у томе да се:

1) идентификују сви потенцијални обвезници обавезног здравственог осигурања;

2) утврди динамику и обим плаћања доприноса,

3) прати уредност уплате,

4) сигнализира неплаћање доприносима органима Пореске управе ,

5) сигнализира неплаћање доприноса здравственим установама, да се ради о осигураницима који раде у компанијама које не плаћају или нпр. нису платиле допринос за протекли месец.

Неопходно је успоставити on-line механизам контроле права на здравствено осигурање у здравственим установама Србије. Тако ће плаћање доприноса за здравствено осигурање постати обавеза послодавца и запосленог једнако као пореза, а то је у земљама западне демократије conditio sine qua non.

Неопходно је, такође, успоставити посебну Службу развоја, јер би њена експертиза и аналитика омогућила смањење и контролу трошкова, кооперацију са стручним и аналитичким субјектима у свету, који ће утицати на токове осигурања у здравственом сектору у будућности.

Потребно је боље повезати и успоставити интезивнију комуникацију свих развојних пројеката на нивоу Фонда. Координација и организација ових послова треба да буде поверена једном од извршних директора Фонда. Један од главних циљева ових активности било би да се постојећа експертиза боље искористи у служби смањења и контроле трошкова, кооперације са стручним и аналитичким субјектима у свету, који ће утицати на токове осигурања у здравственом сектору у будућности.

Готово је невероватно да Фонд као велики национално важан систем не финансира, нити спроводи научна истраживања усмерена ка оптимизацији рада ове установе, као и ка оптимизацији здравственог осигурања у Републици Србији у целини. То је објективно озбиљан пропуст који има за последицу доношење веома важних одлука на интуитивној основи, без ставова базираних на доказима до којих се долази истраживањима. Такву праксу је потребно променити одмах. Било би оптимално да се у истраживања усмери 1%, али за почетних пар година бар по 0,5% прихода Фонда.

Све одлуке које се доносе на бази интуиције или на бази некритичке примене страних искустава по својој природи су дискутабилне, произвољне и научно неутемељене. Ангажовање страних истраживача искусних у предметним истраживањима осигурања са нашим експертима је најјефтинији начин оптимизације доношења одлука у Фонду. Посебно је то потребно у вези ревизије пројектних задатака и пројеката клиничких центара, у чему се могу уштедети десетине милиона евра.

У Републичком фонду треба успоставити статутарно утемељен орган попут Научно-стручног савета, који ће се бавити усмеравањем развоја на научним принципима, подстицањем научних истраживања у сврху оптималнијег развоја и унапређења делатности.

6.7. Финансијска ревизија и њена улога у унапређењу рада Фонда

Поступање по предлогу и захтеву Државне ревизорске институције на основу налаза ревизије пословања Фонда за 2011 годину, обавезују и усмеравају на правце рада у финансијском сектору Фонда. Сопствена ревизија и надлежни сектор тиме добијају посебне обавезе и задатке, као и немалу одговорност.

6.8. Нови менаџмент здравственог осигурања

Здравствено осигурање је начин заштите од ризика (болести, радне неспособности, старости) и будућих финансијских губитака услед истих ризика. Сам систем и институција здравственог осигурања почивају на окупљању и организовању великог броја учесника да би поделили ризик неповољних последица непредвидљивих догађаја, па стога обавезно укључује примену принципа и вештина менаџмента. Менаџмент систем - институција здравственог осигурања је, као и у другим областима, скуп управљачких мера предузетих за планирање, организовање, функционисање и евалуацију свих многобројних и међусобно повезаних елемената система којима се остварују постављени циљеви. Основни циљеви овог менаџмента су да обезбеди одвијање следећих функција модерне институције здравственог осигурања: формулацију стратегије здравственог осигурања у складу са циљевима здравствене политике коју земља води, учествовање у креирању »корпе услуга« (пакета услуга), маркетинг и

уписивање осигураника, уговорне односе са даваоцима услуга, преглед потраживања, стално унапређење квалитета рада, оснаживање свих учесника у осигурању, изградњу партнерства са осигураницима и даваоцима здравствених услуга, развој информационих и комуникацијских технологија као подршке процесима одлучивања и управљања, и рад сопствене финансијске службе.

Теоријски приступ менаџменту здравственим осигурањем није јединствен за све ситуације, нити постоји универзална оптимална структура менаџмента која се може пресликати, јер он зависи од бројних фактора, а великим делом од следећих:

1) степена политичке независности фондова здравственог осигурања,

2) могућности избора, за потенцијалне осигуранике, једног или неколико фондова здравственог осигурања,

3) организације здравствене службе (да ли су даваоци услуга запослени у здравственом осигурању или уговарају давање здравствених услуга са осигурањем),

4) историјских фактора (постојећа административна структура министарства здравља) и политичког система у земљи ,

5) економске и друштвене ситуације у земљи, и

6) циљева здравствене политике који треба да се испуне здравственим осигурањем.

Основни трендови у реформама менаџмента системом финансирања здравствене заштите у земљама Европске уније, како развијеним, тако и у земљама у развоју, одређени су факторима који се односе на промену улога државе и увођење контролисаног тржишта, реорганизовање целокупног здравственог система у смислу децентрализације, рецентрализације и приватизације, на права грађана, њихов избор и партиципацију, као и јачања улоге јавног здравства.

Запажа се општа сагласност у стварању равнотеже између улога државе и улога система финансирања здравствене заштите, тако да у земљама где је постојала изразита државна централизација, структуре менаџмента се децентрализују ка нижим организационим нивоима. У земљама у којима је држава имала значајно мање улоге, повећава се државна интервенција у оквиру појединих подсистема здравственог система, али на бази регулаторних мера које иду изван традиционалних мера »команде и контроле«. При организовању институције здравственог осигурања постоје два основна модела који условљавају структуру моћи и овлашћења менаџмента: осигурање може бити владино тело или независно тело са сопственим легалним статусом. У већини европских земаља чланица ЕУ је независно тело са сопственим легалним статусом, као уосталом у нашој земљи.

Сагласност међу земљама Европске заједнице постоји и око увођења компетитивних подстицаја кроз контролисане тржишне механизме, будући да не постоји оправдање за примену неограниченог тржишта када се ради о друштвеном добру, као што је здравствена заштита. Реформски захвати у менаџменту системом финансирања здравствене заштите, већине земаља Европске заједнице, обавезно подразумевају и децентрализацију да би се обезбедила боља алокација ресурса сагласно потребама, укључивање локалне заједнице у доношење одлука и подстакла одговорност према расположивим средствима. Ово је последица разочарања великим, централизованим и бирократским институцијама у многим земљама које су идентификовале ниску ефикасност оваквих система, мали простор за промене и иновације и неспособност реаговања на промењене захтеве за здравственом заштитом. Међутим, децентрализација захтева и одређене политичко, друштвено и културално окружење, па уколико се неопрезно изводи може довести до негативних ефеката, укључујући неефикасност превелике фрагментације служби, политичку манипулацију и сл.

Менаџмент фондовима обавезног здравственог осигурања захтева и специфичне професионалне вештине и може бити веома скуп уколико се не генеришу додатни ресурси. За разлику од других европских земаља (превасходно централно-источне Европе), за које увођење здравственог осигурања као модела финансирања представља скуп реформски захват, за Републику Србију (као и остале републике бивше

Југославије), ово је најприхватљивија алтернатива с обзиром да постоје структуралне претпоставке за развој одрживог система у садашњој институцији здравственог осигурања.

Садашње доминантне карактеристике менаџмента институцијом здравственог осигурања у Србији условљене су изразитом централизацијом структуре моћи и овлашћења и снажном зависношћу у доношењу одлука од надређених ауторитета који су често изван сектора здравствене заштите. Оваква "квази-аутономија" здравственог осигурања и његова јака политичка зависност онемогућавају иницијативу и предузетништво, а ефикасност менаџмента додатно ометају круте и често нејасне законске одредбе.

Потенцијални осигураници немају могућност избора између фондова осигурања, јер је обавезно здравствено осигурање организовано путем једне институције са декларативно независним правним статусом, на републичком нивоу (Фонд), са организационим јединицама (филијалама) смештеним у седишту округа као постојећих административних јединица.

У садашњој структури менаџмента, добра је страна што ипак не постоји гломазни административни апарат, будући да је укупан број запослених у Фонду, укључујући све филијале 2443 запослених (у Хрватској нпр. 2440 запослених), а број осигураника код нас износи 6.852.820. Мада је, наизглед, број запослених велики, ипак у релативним односима, далеко је мањи од система који имају дужу традицију здравственог осигурања са фондовима који појединачно имају мањи број осигураника. По једном запосленом у Фонду за здравствено осигурање је 2.797 регистрованих осигураника, што је у компарацији са Немачком далеко више. У њеним фондовима број регистрованих осигураника по једном запосленом у здравственом осигурању, креће се од 220 до 690 (Normand, Social Health Insurance. A Guidebook for Planning. Geneva: WHO, ILO 2009.). Премда не постоје истраживања која показују каква је мотивисаност запосленог кадра, као ни увежбаност за рад на специфичним пословима здравственог осигурања, индиректним методама, као што је на пример анализа финансијског пословања, може се запазити да је број запослених ипак недовољан за постизање ефикасног и квалитетног пословања за тако велики број лица којима се пружају услуге здравственог осигурања.

Према истраживању спроведеном за ЕУ пре скоро 10 година, група експерата ЕУ са експертима Медицинског факултета у Београду су утврдили препоруке за промену менаџмента здравственим осигурањем у Србији које се односе на:

1) успостављање политичке независности здравственог осигурања,

2) децентрализацију структуре овлашћења и одговорности,

3) развој информационог система здравственог осигурања,

4) едукацију менаџера и особља здравственог осигурања, и

5) примену менаџмента пројектом.

Закључци тог истраживања упућују да је за ефикасан менаџмент здравственим осигурањем неопходно обезбеђивање одговарајућег степена аутономије у односу на владајуће државне структуре, како администартивне, тако и политичке. Предузетништво, иницијатива и примена регулисаних маркетиншких механизама за ефикасно достизање постављених циљева здравственог осигурања имају своје место, без обзира да ли је изабран модел са једним или више различитих фондова осигурања и могу се ефикасно примењивати једино уз институцију здравственог осигурања која поседује независност. У условима изразито малих финансијских ресурса, који су на располагању здравственој заштити, неопходна је примена маркетиншких техника за ширење извора финансирања, придобијање донатора и хуманитарне помоћи. Такође су технике независног менаџмента здравственим осигурањем неопходне и за мотивисање давалаца услуга да раде квалитетније и уз прихватање финансијске одговорности, а и за мотивисање осигураника (нарочито послодаваца) да редовно уплаћују законом прописане доприносе. Примена менаџерских техника обезбеђује и подстицаје за стварање уговорних односа са приватним сектором и у условима када функционише добровољно здравствено

осигурање. Неопходна је **квалитетна и систематска едукација менаџмента здравственог осигурања.**

При установљеној политичкој независности, Министарство здравља треба да има регулаторну улогу у менаџменту осигурањем, без обзира на постојање одређеног степена аутономије институције осигурања, будући да је функционисање система здравствене заштите значајно за целокупно становништво земље. Регулаторна функција министарства огледа се, поред установљавања глобалне здравствене политике, приоритета и креирања политичког оквира за активности здравственог осигурања и здравствених установа, и у праћењу функционисања фонда здравственог осигурања, здравствене службе и квалитета њиховог рада, пружању средстава за едукацију особља установе здравственог осигурања и обезбеђивању да се укупни трошкови за здравствену заштиту држе под контролом.

Децентрализација подразумева делегирање процеса доношења одлука на ниже нивое у организационој хијерархији. Ова класична формална дефиниција децентрализације, према бројним ауторима, односи се на три најчешће коришћена модела децентрализације: **деконцентрацију, делегацију и деволуцију**, а у новије време и на укључивање четвртог модела који се односи на трансфер функција од владе ка невладиним организацијама. Деконцентрација је преношење административних функција одговорности са виших на ниже нивое у оквиру административног апарата, при чему нижи нивои имају прилично ограничену моћ у одлучивању и алокацији ресурса. Делегација је преношење менаџерских функција на организације које се индиректно контролишу од стране централне владе. Деволуција је преношење значајне моћи одлучивања на ниже нивое територијалне власти као што су то локално изабрана административна тела.

Константно унапређење информационог система омогућава ефикасност других функција менаџмента здравственим осигурањем, као што су планирање, рачуноводство, финансијски менаџмент, спољашња и унутрашња контрола. Стога посебан проблем, нарочито последњих година, представља недостатак релевантних, поузданих и благовремених информација за ефикасан менаџмент, и праћење функционисања здравственог осигурања. Овакво стање омогућава бројне спекулације и супротно је препорученој пракси развијајања ефикасног система здравственог осигурања у чије пословање има увида општа јавност, а нарочито опредељени осигураници.

Императив првог ранга и тада, а нажалост и сада је успостављање савременог информационог система у институцијама здравствене заштите и у Фонду. Уговорени и сертификовани здравствени информациони систем, плаћени софтвери имплементираће се брзо и применом свих законских мера, као и права Фонда.

Здравствено осигурање би морало да се модернизује констатнтним унапређењем информационих система, којима би се благовремено пратило коришћење услуга у здравству, промене у здравственом стању становништва и контролисали сви облици финансијских улаза и излаза. Један од кључних фактора, за имплементацију реформских захвата у здравственом осигурању и финансијску одрживост, је развој и примена јединственог компјутеризованог информационог система за подршку менаџменту. Компјутерска технологија и развој глобалних комуникационих мрежа, као што је Интернет, доводе и до других ефеката који ће у блиској будућности морати да се реше и у нашој земљи, а који се односе пре свега на доступност адекватних и благовремених информација које су значајне за осигуранике који користе услуге здравственог осигурања. Бројни фондови осигурања у другим земљама на својим web презентације на Интернету, своје потенцијалне осигуранике информишу о својим активностима, укључујући проверу доприноса, могућност избора лекара/болнице, могућност жалби.

Неопходно је поред две постојеће функционалности web презентације (провера изабраног лекара и провера овере књижице), обогатити сајт Фонда новим садржајима који пружају шири спектар података и доступне су корисницима у већој мери од досадашњих. Једно истраживање показује да корисници Интернета у две трећине случајева желе, путем компјутерске мреже, да учествују у менаџменту фондом осигурања коме су пријављени. Када се разматра едукација менаџера здравственог осигурања,

многе земље праве грешку покушавајући да развијају здравствено осигурање без менаџера, који поседују неопходне, специфичне вештине. Вештине потребне у вођењу система здравственог осигурања разликују се од оних које се користе у менаџменту здравственим установама или другим типовима финансирања здравствене заштите. Руководиоци здравственог осигурања треба да буду едуковани за ефикасно прикупљање доприноса, процес идентификовања права на здравствену заштиту, обезбеђивање доступности службе за осигурана лица и праћење квалитета здравствене заштите. Едуковање особља за менаџмент здравственим осигурањем може трајати неколико година.

Имајући у виду изражену економску кризу у нашој земљи, која за последицу има рапидно осиромашење основних извора финансирања здравствене заштите, као и традиционалну ригидност при увођењу промена, у иницијалном реформском захвату је потребна опрезност при увођењу децентрализације, односно примена менаџмента пројектом за прелаз са потпуно централизоване на децентрализовану структуру менаџмента. Менаџмент пројектом у здравству, као релативно нови концепт у науци и пракси менаџмента, је посебан облик стварања и одржавања средине, која омогућује брзо кретање из једне у другу фазу рада, у процесу достизања постављених циљева пројекта као скупа активности са одређеним средствима и временским оквиром за комплетирање. Једна од препорука Европског комитета СЗО из 1999. године је развијање реформских захвата путем пројеката, који су најефикаснији облик за међународну сарадњу и финансијску помоћ земљама које спроводе реформе.

Основне карактеристике оваквог типа менаџмента су: оријентација на задатке, временска оријентација, примена консултативно-партиципаторног стила у одлучивању, флексибилност, изразита одговорност за трошкове, динамичан приступ у решавању проблема и мултидисциплинарни тимски рад. Уз помоћ одговарајућих метода организације, планирања и контроле, усклађују се сви потребни ресурси и координира обављање активности да би се одређени пројекат реализовао на најефикаснији начин, односно у минималном времену и са минималним трошковима. Основна стална структура оваквог менаџмента укључује директора (руководиоца) пројекта, пројектне групе, секретара и сараднике у пројекту (консултантни, стручњаци, администартивно особље). Особа са највећим овлашћењем у пројекту је директор (руководилац) пројекта, најчешће специјалиста у струци, који добро познаје организацију система и који је способан да координира активности бројних учесника у пројекту.

Треба имати у виду да и при установљеним променама које се односе на децентрализовану структуру менаџмента здравственим осигурањем. Одређени мали степен централизације се задржава када се ради о координативној и регулаторној функцији у процесима здравственог осигурања, будући да је због оскудних финансијских средстава, за садашњу ситуацију ипак адекватније прихватање модела заснованог на једном, а не на неколико фондова осигурања.

7. ПРОМЕНЕ У СИСТЕМУ ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

7.1. КАПИТАЦИЈА У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

Капитација је начин плаћања примарне здравствене делатности, зависно од броја осигураних лица која су изабрала, определила се за појединог лекара. Представља комбинацију фиксног дела плате и варијабилног, који је заправо резултат радног учинка лекара. Варијабилни део плате лекара у примарној здравственој заштити у Републици се обрачунава на основу 4 критеријума: регистрације, рационалности, превентиве и ефикасности.

Критеријуми су:

1) Регистрација - се односи на број осигураника који су се определили за одређеног изабраног лекара. На коначну оцену регистрације лекара утиче и њихова старосна структура;

2) Рационалност (рецепти)- се односи на вредност прописаних рецепата по прегледаном осигуранику, зависно од старосне структуре осигураника;

3) Превентива - за чију оцену се у обзир узима број пружених превентивних прегледа опредељеним осигураницима;

4) Ефикасност - зависи од броја посета осигураника и приликом рачунања оцене у обзир се узимају и посете осигураника који су се определили за неког другог изабраног лекара.

Изрази који се користе у примени капитације:

1) Изабрани лекар је доктор медицине или доктор медицине специјалиста опште медицине, или специјалиста медицине рада; доктор медицине специјалиста педијатрије; доктор медицине специјалиста гинекологије и доктор стоматологије или доктор стоматологије специјалиста дечје и превентивне стоматологије, изузетно доктор медицине друге специјалности под условима прописаним законом;

2) Делатност изабраног лекара је област здравствене заштите у којој лекар обавља послове изабраног лекара и то у области: опште медицине, педијатрије, гинекологије и стоматологије;

3) Регистрација је број опредељених осигураника код изабраног лекара на основу потписаних изјава о избору изабраног лекара кориговано на основу корективних фактора, и број опредељених осигураника на последњи дан посматраног периода;

4) Корективни старосни фактор за регистрацију је прерачуната вредност која служи за кориговање, односно умањење или увећање регистрације код изабраних лекара у области опште медицине, педијатрије и стоматологије, у зависности од ангажовања изабраног лекара по просечном осигураном лицу из одређене старосне групе осигураних лица (даље: корективни фактор за регистрацију);

5) Кориговани број осигураних лица добија се тако што се број осигураних лица који су дали изјаву о избору појединачног изабраног лекара, у свакој од старосних група, помножи одговарајућим старосним фактором;

6) Корективни старосни фактор за рецепте које прописује изабрани лекар у области опште медицине и педијатрије је вредност коју чини количник збира малопродајних цена свих издатих лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања за осигурана лица из одређене старосне групе и броја осигураних лица којима је издат прописани лек, подељен са 1000 (даље:корективни фактор за рецепте);

7) Ефикасност је број посета осигураних лица у посматраном периоду код сваког појединачног изабраног лекара;

8) Рационалност је просечна малопродајна вредност прописаних лекова, који се издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања по прегледаном осигураном лицу кориговане корективним фактором за рецепте у складу са прописом;

9) Посматрани период је временски период из кога се узимају, односно упоређују подаци који служе као критеријуми о изјавама осигураних лица, пруженим услугама, издатим лековима на терет обавезног осигурања;

10) Превентива представља број превентивних посета укључујући и скрининг који се рачуна као две посете, у посматраном периоду за сваког појединачног изабраног лекара;

11) Мерило је оцена којом се вреднују појединачни критеријуми прописани овом уредбом, у опсегу од 0 до 10, зависно од остварених резултата, с тим да оцена 5 одговара оној вредности која је једнака просеку за сваки од појединачних критеријума;

12) Укупна оцена је збир свих оцена по појединачним критеријумима у складу са овом уредбом, сразмерно њиховом учешћу у укупној оцени, на основу које се одређује сразмерни део плате по основу радног учинка;

13) Лекар почетник је лекар који почиње да ради као изабрани лекар у одређеној области рада.

Плата треба да се утврђује на основу основице за обрачун плате, коефицијента, дела плате по основу радног учинка, додатка на плату, обавеза које запослени плаћа по

основу пореза и доприноса за обавезно социјално осигурање из плате, у складу са законом.

Основица за обрачун плате, коефицијент, део плате по основу радног учинка, додатак на плату, обавезе које запослени плаћа по основу пореза и доприноса за обавезно социјално осигурање из плате, у складу са законом, утврђене су прописима којима се уређују плате у јавним службама, односно коефицијентима за обрачун и исплату плата запослених у јавним службама, као и овом уредбом.

Основна плата одређује се множењем коефицијента, основице за обрачун плате и корективног коефицијента. Корективни коефицијент износи 0,9804. Основицу за обрачун додатка на плату чини основна плата увећана за радни учинак, у складу са законом којим се уређују плате у јавним службама.

Корективни коефицијент утврђен у складу са Уредбом, не утиче на плату запосленог који је остварио радни учинак на нивоу просека здравствене установе у којој је запослен.

Део плате по основу радног учинка одређује се процентуалним увећањем основне плате.

Процентуално увећање основне плате износи највише 4%.

Критеријуми за део плате који се остварује по основу радног учинка, за здравствене раднике који на примарном нивоу здравствене заштите обављају послове изабраног лекара су: -регистрација - што чини 40% укупне оцене и -квалитет здравствене заштите - што чини 60% укупне оцене.

Квалитет здравствене заштите подразумева:

1.) превентиву – која учествује са 30% у укупној оцени, осим за изабраног специјалисте дечје и превентивне стоматологије где учествује са 40% у укупној оцени;

2.) рационалност - која учествује са 20% у укупној оцени, осим за изабране специјалисте дечје и превентивне стоматологије где учествује са 0% у укупној оцени;

3.) ефикасност - где учествује са 10% у укупној оцени, осим за изабране специјалисте дечје и превентивне стоматологије где учествује са 20% у укупној оцени.

Регистрација, превентива и ефикасност се оцењују у односу на просечну вредност за појединачну установу у одговарајућој области рада. Рационалност се оцењује у односу на просечну вредност у Републици Србији у одговарајућој области рада.

Укупна оцена је збир оцена по критеријумима, сразмерно њиховом учешћу у укупној оцени, с тим што се маса средстава усклађује са износом средстава која су уговорена са Фондом, у складу са финансијским планом здравствене установе. Здравствене установе на примарном нивоу здравствене заштите у којима послове обављају изабрани лекари. За медицинску сестру – техничара која је у тиму са изабраним лекаром, проценат увећања основне плате по основу радног учинка обрачунава се у истом проценту као и за изабраног лекара.

За друге запослене у здравственој установи који обављају делатност на примарном нивоу здравствене заштите у којој послове обављају изабрани лекари, део плате по основу радног учинка обрачунава се у висини која представља просечно увећање основне плате по основу радног учинка по запосленом у тој здравственој установи.

Део плате по основу радног учинка за запослене у здравственим установама који обављају здравствену делатност на примарном нивоу здравствене заштите и у којима послове не обавља изабрани лекар, обрачунава се на основу обима извршеног рада запосленог, односно тима запослених који учествују у обављању одређених послова, односно по организационој јединици или делу здравствене установе, односно здравствене установе у целини, као и квалитета обављеног рада у складу са утврђеним стандардима. Ако је планирани обим рада који утврђује послодавац извршен, односно

ако је квалитет рада у складу са стандардима струке, као и са стандардима за обављање здравствене делатности, оцена запосленог не може бити мања од 5.

Део плате по основу радног учинка за запослене у установи која обавља делатност на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, обрачунава се на основу обима извршеног рада запосленог, односно тима запослених који учествују у обављању одређених послова, односно по организационој јединици или делу здравствене установе, односно здравствене установе у целини, као и квалитета обављеног рада, у складу са утврђеним стандардима. Ако је планирани обим рада који утврђује послодавац извршен, односно ако је квалитет рада у складу са стандардима струке, као и са стандардима за обављање здравствене делатности, оцена запосленог не може бити мања од 5.

Директору здравствене установе проценат увећања основне плате по основу радног учинка обрачунава се у висини која представља просечно увећање основне плате по основу радног учинка по запосленом у тој здравственој установи, у односу на просечно увећање основне плате по основу радног учинка по запосленом у одговарајућој врсти здравствене установе на нивоу Републике Србије.

Извор података за обрачун дела плате по основу радног учинка су подаци којима располаже здравствена установа, електронска фактура за пружене здравствене услуге, као и подаци из информационог система Фонда. Фонд на званичном сајту објављује податке који се односе на критеријуме за део плате који се остварује по основу радног учинка за изабраног лекара, као и друге податке који се обрађују и објављују на основу електронских фактура за пружене здравствене услуге.

На сајту Фонда извори података за обрачун плате, објављују се квартално.

Здравствене установе и Фонд дужни су да усклађују изворе података за обрачун дела плате по основу радног учинка, с тим да се у случају неусклађености извора података за обрачун плате примењују подаци здравствене установе све до момента усклађивања података.

Извор података за део плате по основу радног учинка које Фонд не објављује на званичном сајту, су подаци здравствене установе, односно подаци из акта који доноси здравствена установа.

7.2. ДИЈАГНОСТИЧКИ СРОДНЕ ГРУПЕ (ДСГ)

Дијагностички сродне групе су систем финансирања болница који тек треба увести, а за то су потребне интензивне припреме и одлучност Фонда за здравствено осигурање, Министарства здравља и Института за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут".

Објашњењу тог система овде је посвећена значајна пажња из неколико разлога:

1) На болнице се троши у земљама попут Републике Србије преко 60% средстава за здравствену заштиту, што би у Републици Србији значило од 2 милијарде за здравствену заштиту на болнице се утроши преко 1,2 милијарде евра годишње;

2) Болнице су кључне институције система у свим земљама, обзиром да се у њима стварају и обликују доктрине здравствене заштите, да су последња инстанца здравствене помоћи у најтежим стањима и обољењима и да уживају посебан друштвени респект;

3) Болнице су данас кључни генератор трошкова здравствене заштите и најзапуштенији део система здравствене заштите у смислу напора да се уреди нормативно њихова делатност;

Дијагностички сродне групе и систем финансирања акутних болница на тој основи су за сада најбољи начин контроле трошкова здравствене заштите, који у читавом свету па и у Републици Србији настављају раст и угрожавају друге видове здравствене заштите, економску снагу и развој државе.

Здравље се подразумева као најважнији ресурс у животу сваке јединке, као и у развоју друштва и државе, али се трошкови здравствене заштите императивно морају држати под контролом, обзиром на њихов неконтролисан раст у читавом свету поготову у развијеним земљама.

На основу одлуке Управног одбора Фонда треба што пре приступити реализацији Пилот пројекта примене плаћања по дијагностички сродним групама (ДСГ) у болничкој здравственој заштити болесника оболелих од акутних болести.

Дијагностички сродне групе (у даљем тексту ДСГ) је систем заснован на концепту који је развио тим са Универзитета Јејл у Сједињеним Америчким Државама под називом Diagnosis Related Groups (DRG). Ауторство припада Роберту Феттеру Професору менаџмента на Универзитету Јејл и ЏоанТомпсон професору Школе јавног здравља тог Универзитета. У Србији ће се за овај систем примењивати назив Дијагностички сродне групе (ДСГ). Скраћенице ДРГ и ДСГ се увек користе као синоними.

Постоји много начина и метода плаћања болничког рада, који су у великој мери међусобно повезани. Методе плаћања су бројне, па је тешко сачинити нове и оригиналне, које омогућују фер накнаду за уложени рад и потрошени материјал, а истовремено контролу трошкова болничког лечења и неге, што представља императив сваке здравствене политике. Нема савршене методе и система плаћања, па то није ни ова, што подразумева да се сваки систем, па и овај мора мењати и усавршавати, а истовремено и динамички ревидирати кроз заједнички рад, здравствених радника и институција здравственог осигурања.

Класификације се разликују у односу на критеријуме сличности, који се користе за одређивање групе. У контексту здравствене заштите најважније мере сличности случајева су здравствени проблем (дијагноза, стање, потреба за негом), исход лечења и неге (стварно здравствено стање), начин лечења и неге (интервенција, поступак, итд.), корисност лечења и неге (вредност, противвредност у новцу, здравствена корист), прогноза (очекивано здравствено стање) и трошкови лечења и неге (коришћење ресурса). Тако на пример, као критеријум се може узети дијагноза – па ће болесници са истом или сличном дијагнозом припадати истој групи. Као критеријум сличности могу се узети и трошкови лечења и неге – стога ће болесници са истим или сличним трошковима лечења и неге такође припадати истој групи.

Неке добро познате класификације осмишљене су тако да изразе само један фактор, као нпр. Међународна класификација болести. Подаци из примене ове класификације мало тога омогућују у смислу олакшавања управљања здравственом заштитом у односу на против вредност у новцу.

Неке класификације зато дефинишу групе према примени клиничких атрибута и једне или више варијабли од општег интереса (нпр. трошкови лечења и неге). Популарно се називају класификацијама према "групи случајева" (cassemix). Дијагностички сродне групе су оваквог типа.

Мерењем трошкова јавља се више могућности за унапређивање ефикасности. Ово је један од разлога за израду ДСГ класификације: случајеви са клинички сличним проблемима распоређују се у исте групе само тамо где су трошкови лечења и неге такође били слични. На тај начин подстиче се и ефикасност здравствене заштите.

Плаћање према ДСГ испуњава све карактеристике доброг система плаћања болничког рада, као што су:

1) подстицање и награђивање ефикасног рада даваоца здравствених услуга,
2) обезбеђење једнакости за све болнице и пацијенте,
3) лак је за управљање и усавршавање,
4) користи клинички прихватљиву класификацију поступака,
5) плаћање се заснива на најбољим доступним подацима,
6) обезбеђује транспарентност у уговарању здравствене заштите.

Основна идеја плаћања по ДСГ је плаћање по епизоди болничког лечења, при чему је епизода лечења период од пријема до отпуста из болнице. Трајање епизоде може варирати. Може бити један или много дана, а сви трошкови настали у том периоду укључени су у цену. Ово значи да је сва здравствена заштита укључена у епизоду и да постоји само једно плаћање за епизоду. Овај приступ се обично назива плаћање «по случају». Овакав начин плаћања користи се у свим земљама Европске уније.

У неким земљама плаћање по случају укључује све болничке трошкове – плате, опрему, лекове, одржавање објеката, осигурање, итд. Међутим, у већини земаља барем део трошкова је искључен.

Најчешће су то капитални трошкови, трошкови едукације здравственог особља, трошкови клиничких испитивања, итд. Наиме у свим земљама, укључујући и Србију, постоји група болница које пружају најсложеније здравствене услуге уз употребу специјализоване опреме, технологије и клиничког особља, а обично играју и значајну улогу у образовању клиничког особља (посебно лекара).

Оне се понекад називају "терцијарне" болнице јер се њима упућују најсложенији случајеви из других мање специјализованих ("секундарних") болница. У Србији се оне називају клинички, клиничко-болнички центри, клинике и институти. Већина њихових трошкова су покривени помоћу ДСГ, а оне имају више случајева са знатним коморбидитетима и компликацијама, више случајева у ДСГ високих трошкова, као што су трансплантације органа, итд. Међутим, значајан део њихових трошкова остаје ван ДСГ. Ту се мисли на извођење наставе, клиничка испитивања и "терцијарну сложеност".

У дословно свим земљама, укључујући и Републику Србију, оне за ове активности примају допунска средства из других извора. Међутим, трошкове је потребно рутински мерити и о њима извештавати.

Међутим, ни један систем не може сваког појединачног пацијента тачно сврстати у одређену категорију. Догађа се појава епизоде пружања здравствене заштите са трошковима вишим од просечних за ДСГ којој епизода припада. Ови случајеви називају се "епизоде високе екстремне вредности". "Епизоде високих екстремних вредности" обично се додатно плаћају за сваки дан боравка изнад одређеног прага који се назива "трим дан". Трим дан је обично три пута дужи боравак од просечног за поједини ДСГ. Тако би за ДСГ са просечном дужином боравка од пет дана, трим дан био петнаести дан што значи да болница остварује право на додатно плаћање за сваки дан од 16. дана надаље.

Главни проблем оваквог приступа је тај да болесници могу остати дуже и коштати више јер су болеснији, али такође могу остати дуже и коштати више због слабог управљања болницом (менаџмента)– на пример, због слабог планирања отпуста из болнице или слабе координације у спровођењу дијагностичких и терапијских поступака. Зато ДСГ систем овај приступ комбинује са употребом мера за прорачун сложености случајева. На овај начин се болнице подстичу да смање - минимализују трошкове и скрате просечне дужине боравка.

Следећи ризик који се може јавити су непримерени премештаји из болнице у болницу. На пример, болница може упутити у другу болницу компликованог и „скупог“ болесника да би избегла финансијски притисак и терет. ДСГ систем обезбеђује да ниједна болница не може „добити или изгубити” у финансијском смислу због одлуке о премештају, као и да због тога одговорни клиничари могу доносити одлуке искључиво у циљу обезбеђења добробити болесника.

У свету најчешће коришћена метода класификације акутних болничких пацијената у групе које захтевају сличну потрошњу болничких ресурса и које имају сличне клиничке особине је класификација под називом Diagnosis Related Groups (DRG) која је у Србији, као што је речено, названа дијагностички сродне групе (ДСГ).

Постоје различите скраћенице ДСГ-а, па тако на пример: Норвешка, Шведска и Данска користе скраћеницу Норд ДСГ. Француска, Португал и Шпанија користе модификацију скраћенице из САД која се назива ХЦФА. Велика Британија има своју варијанту која се назива ХРГ и која се не користи у другим земљама. Србија је одлучила да користити аустралијску класификацију под називом Australian Refined Diagnosis Related Groups, version 5.1 (ARDRG v 5.1), која има 665 група (табела 10). Неколико примера је приказано у табели заједно са њиховим релативним трошковима (коефицјентима) у Аустралији. За сваку групу просечни трошак је исказан у односу на просек за све групе. На пример, трошкови болесника у групи А013 (Трансплантација јетре) су 27 пута већи од трошкова просечног болесника, који се зове коефицијент.

Табела 10. Неке аустралијске ДРГ групе и њихови релативни трошкови (коефицијенти)

Шифра	Назив	Коефици-јент	Просечна дужина борав. (дана)	Цена у динарима*
К60А	Дијабетес са врло тешким или тешким КК	2.03	8.18	54.093,0
А01З	Трансплантација јетре	26.57	29.27	2.683.012,8
Б02А	Краниотомија са врло тешким КК	9.26	19.52	323.115,5
Б02Б	Краниотомија са тешким или умереним КК	5.44	11.08	255.319,0
Б02Ц	Краниотомија без КК	4.10	7.29	193.292,3
Б70А	Инсулт са врло тешким КК	4.76	18.84	211.323,4
О01Ц	Порођај царским резом без врло тешких или тешких КК	1,03	4.51	74.287,8
О01Б	Порођај царским резом са тешким КК	1,87	6.45	134.871,9
Г62З	Компликовани улкус желуца-дуоденума	2,49	5.68	179.588,8
Д11З	Тонзилектомија и/или аденоидектомија	0,22	1.15	15.867,3
Д62З	Крварење из носа	0,28	1.83	20.194,7
А01З	Трансплантација срца	31,6	18,6	2.279.118,4

*Цене су резултат личне оригиналне калкулације и процене на основу у свету признате методике, нивоа издвајања за здравствену заштиту, економске базе тј. БДП у Србији и на основу искуства суседних земаља. Ценовник је урађен за свих око 665 дијагноза и спреман је за примену!

Утврђивање цена. За сваку врсту услуге мора постојати дефинисан износ цене коју осигурање плаћа. У здравственим системима, који за плаћање услуга лечења акутних болничких пацијената користе дијагностичко-терапијске групе примењују се коефицијенти за сваку појединy групу. Износ плаћања се добија тако што се коефицијент помножи са базичном вредношћу. Базична вредност изражена је у новчаном износу и одређује је држава, односно државни фонд здравственог осигурања.

Приликом прорачуна коефицијената и базичне вредности у почетку се користе подаци о стварним трошковима болница у претходном периоду, чиме се обезбеђује стабилност здравственог система. Следећи корак мора бити прорачун заснован на стандардним трошковима (трошкови до којих би се дошло уколико се здравствена нега пружа на најразумнији начин базиран на клиничким протоколима).

Укупна плаћања болницама су унапред ограничена, под чиме се подразумева да се одређује максималан износ средстава који може бити плаћен болници за читав период важења уговора ("болнички лимит"). Уз наведено постоји и ограничење укупног обима за одређене врсте скупих и сложених поступака. На тај начин су тачно унапред одређени максимални укупни износи средстава, тако да болница нема право на прекорачење буџета.

Међутим, најважнији циљ било које методе плаћања је да се подстакне повећање ефикасности. Никада не треба очекивати израду идеалног система и циљ мора да буде стимулација болница да континуирано траже побољшања. Плаћање по ДСГ даје више врста подстицаја за побољшања. Почетни нагласак биће у охрабривању промена у оквиру метода лечења и неге које истовремено смањују трошкове и повећавају квалитет. Примери су коришћење клиничких протокола, смањено дуплирање дијагностичких поступака и избегавање прописивања лекова тамо где је то непотребно, па чак и опасно. Ово се ради тако што се клиничким смерницама ("clinical guidelines") тачно одређују добре методе здравствене заштите, па се захтева од болница да на основу њих израде и спроводе клиничке протоколе ("clinical pathway"). На тај начин се болнице подстичу да управљају својим квалитетом и тако континуирано побољшавају квалитет лечења и неге.

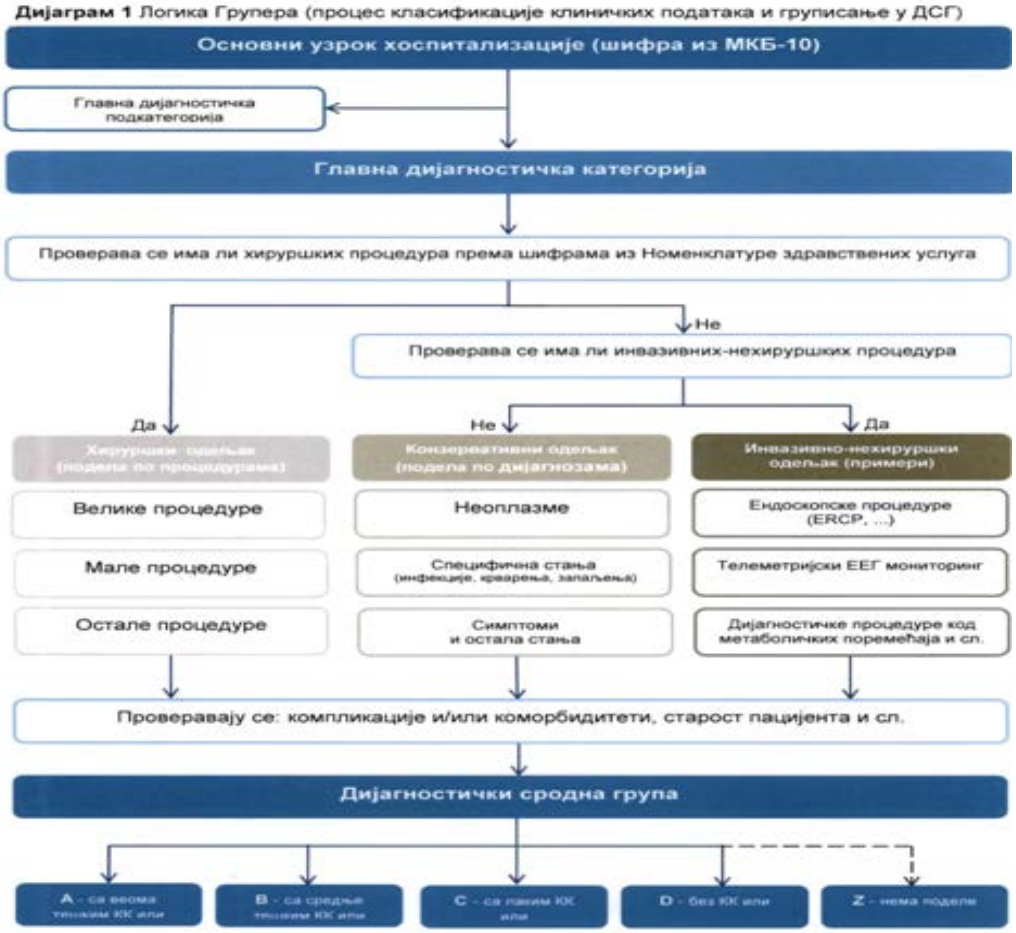
Класификација према дијагностички сродним групама спада у најшире примењиване класификације, која је процењивана и унапређивана током година, а постоје и многи инструменти као подршка њеној примени, као и одлична упоредна

статистика. Крајем шездесетих година 20. века појавом рачунарских база података и напретком у мултиваријатним аналитичким техникама ублажена су нека од практичних ограничења израде класификације. Убрзо се увидела могућност примене ДРГ (Дијагностички Сродних Група) као класификације и њено коришћење као основе плаћања. Наиме, болесници из исте групе случајева имају сличне трошкове лечења па је зато могуће применити стандардну стопу плаћања. Тако је федерална влада САД почела да користи ДРГ (ДСГ) класификацију од 1983. године као основу за плаћање болничке здравствене заштите.

У Аустралији је 1985. године започета израда система ДСГ. Током 1987. године у савезној држави Јужна Аустралија израђен први модел за расподелу средстава болницама, који се базирао на ДСГ систему. Задржан је укупни обим трошкова болнице ("лимит"), а средства се расподељују према ДСГ групама. Уз плаћање које се базира на ДСГ врше се и додатна плаћања по дану, ако болесник остане у болници након утврђеног броја дана ("трим дан"). Интензивна нега се такође финансира тј. плаћа одвојено. Из других извора се додатно плаћају друге врсте услуга као што су едукација и истраживање. Скоро у исто време на томе се почело радити и у неколико других земаља. На пример, Португал је израдио основни модел 1989. године. Друге земље почеле су касно, али је примена била брза. Најбољи пример је Словенија где се почело тек 2000. године, а плаћање болница по случају уведено 2003. године.

ДСГ софтвер за груписање (*eng*. DRG grouper) служи разврставању случајева у ДСГ групе, а популарно се назива "групер". "Групер" узима изворне податке из рачуна испостављених за сваки појединачни случај и даје резултат – разврставање у ДСГ групу (основна логика групера дата је на дијаграму 1 и дијаграму 2). Под случајем подразумевамо епизоду лечења и неге акутног лежећег пацијента од пријема до отпуста.

Дијаграм 1 Основна логика групера.



Под разврставањем у ДСГ групу подразумевамо резултат који се изражава кроз једну од преко 650 ДСГ група. Под изворним подацима подразумевамо стандардне податке који су потребни за разврставање у ДСГ групу. Стандардни подаци су следећи: главна дијагноза, додатне дијагнозе које утичу на лечење, значајни поступци (претежно они који се изводе у операционој сали), доб и пол болесника, одредиште након отпуста (дом, друга болница, итд.), тежина новорођенчета при пријему. Основне функције "гроупера" су прихватање података који су потребни за разврставање у ДСГ групе и добијање резултата у облику ДСГ групе за одређени случај. Међутим, постоје и други задаци које добар "групер" подржава, укључујући следеће:

1) провера изворних података и извештавање корисника о пољима са нетачним изворним подацима (као што је погрешна шифра дијагнозе),

2) провера изворних података и извештавање корисника о пољима са недоследним изворним подацима (попут шифре дијагнозе која не може бити везана уз наведени пол пацијента),

3) провера изворних података и извештавање корисника о пољима са недовољним изворним подацима који су потребни за разврставање у ДСГ групе (на пример, када шифра дијагнозе није довољно специфична),

4)извештај о резултатима уз додатне информације из сачуваних табела (као што је извештај о коефицијентима или обезбеђење исцрпног описа додељене ДСГ групе).

Добар "групер" има још неколико додатних карактеристика. Најважније су следеће:

1) једноставан начин уношења изворних података

2) једноставан начин добијања резултата груписања

3) треба да буде способан да ради на свим уобичајеним хардвер и софтвер платформама.

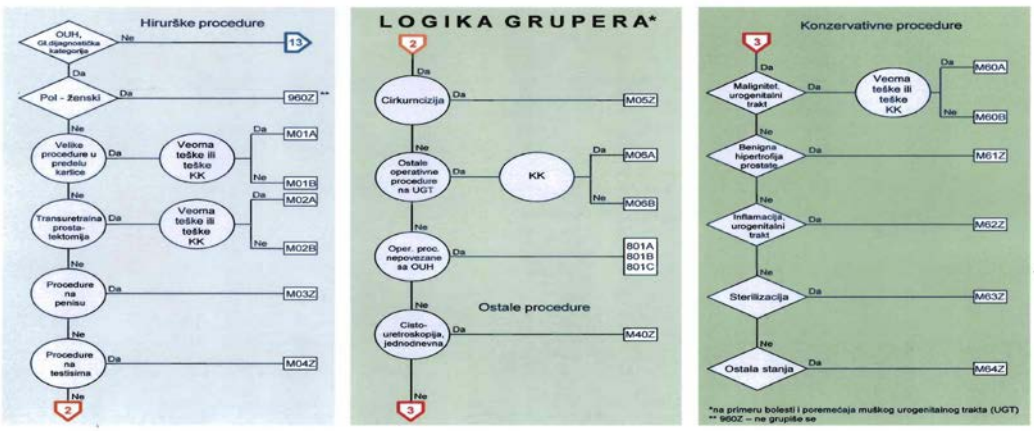
Просто речено "групер" који треба применити треба да задовољава већину раније наведених захтева. Неке захтеве чак и надмашује обзиром да ради преко Интернет претраживача.Тако ће га сваки рачунар који може да приступи интернету моћи да користи за груписање. У развој сопственог "групера" треба кренути због дубинског проучавања ДСГ система, као и због каснијег слободнијег развоја сопствене верзије ДСГ система.

Основа за разврставање пацијената у дијагностички сродне групе су шифре дијагноза и поступака. Међународни стандард за шифрирање дијагноза је Међународна класификација болести и сродних здравствених проблема, десета ревизија (МКБ10) коју је Светска здравствена организација објавила 1993. године. Од тада је ажурирана у неколико наврата, међутим, штампана верзија МКБ10, која се користи у Србији није пратила та догађања, па ће се за потребе ДСГ система користити електронска верзија МКБ10 која је прилагођена потребама ДСГ система.

Светска здравствена организација је 2005. године, на основу аустралијске класификације поступака која се назива International Classification of Diseases 10 Australian Modification (ICD10AM), усвојила International Cassification of Health Interventions (ICHI), па је тако Аустралијска класификација поступака постала међународни стандард за шифрирање поступака. ICD10AM укључује класификацију и дијагноза и поступака и представља основ аустралијске ДРГ класификације. У Србији се уводи шифрирање поступака према ICD10AM, а у којој недостају клинички детаљи и која није редовно ажурирана. Треба истаћи да је у сарадњи са стручним удружењима и секцијама Српског лекарског друштва класификација поступака ICD10AM ревидирана и проширена како би се у потпуности прилагодила нашим потребама.

Правилно шифрирање у сврху обезбеђења правилног разврставања болесничке епизоде у ДСГ је све само не једноставно. Чак и у изузетно искусним здравстеним системима (као што су системи САД и Аустралије) чак до 10% епизода садржи грешку било које врсте. Степен грешака је редуциран различитим методама укључујући новчане казне, едукацију и бољу документациону и рачунарску подршку. Део аустралијског система је и публикација под насловом Australian Coding Standards (Аустралијски стандарди шифрирања) у којој се дају детаљна упутства у вези правилног шифрирања.

Дијаграм 2. Логика групера за хируршке и конзервативне процедуре



Аустралијски стандарди шифрирања примењиваће се и у Србији, а више информација можете наћи у публикацији под називом "Дијагностички сродне групе: Правила шифрирања".

Информације треба бележити што је пре могуће. У случају накнадног бележења информација тешко је да се тачно сетимо или се могу у целини заборавити. Изразе и скраћенице треба користити са опрезом да би се повећала ефикасност и тачност клиничких евиденција – па тако и клиничког шифрирања. Скраћенице које могу имати двојако значење треба нагласити, на пример: PE – емболија плућа или плеурални излив; CHD – урођено ишчашење кука или урођена срчана мана. Пренос информација бољи је уколико је документација читљивија. Уколико је тешко прочитати рукопис клиничара, особа која шифрира на то треба да укаже клиничару како би се проблем разрешио.

Специфичност документације унапређује тачност клиничког шифрирања и ДСГ разврставање.

Бележење и шифрирање главне дијагнозе. Главна дијагноза је појединачно најважнији податак који се користи у сврху ДСГ шифрирања. Главна дијагноза је дефинисана као "дијагноза која након анализе свих докумената представља дијагнозу која је проузроковала епизоду болничког лечења.” Наведено значи да се главна дијагноза одређује на основу анализе свих документа који су настали током лечења болесника. Стање утврђено након анализе може или не мора потврдити дијагнозу при пријему.

Бележење и шифрирање додатне дијагнозе. Додатна дијагноза је дефинисана као "стање или проблем који је био присутан већ у време главне дијагнозе или се појавио у току самог лечења у болници.” За потребе шифрирања се додатне дијагнозе интерпретирају као стања која су на неки начин утицала на лечење пацијента с тим што су проузроковали повећану потребу за лечењем, дијагностичким претрагама и/или негом или мониторингом. Једно или више од њих уопште резултира и у продуженом лечењу. Кључни изазов за шифранте је да се зна када је додатна дијагноза довољно важна да би се убележила или шифрирала. Постоје ризици да ће се шифрирати премали или превелики број дијагноза. Међутим, ризик од грешке може се минимализовати уколико се поставе следећа једноставна питања.

Да ли додатна дијагноза утиче на лечење болесника током боравка у болници сходно повећане потребе за:

1) лечењем
2) дијагностичким претрагама
3) негом или мониторингом

Да ли присуство додатне дијагнозе утиче на стварно пружену негу и тако узрокује:

1) значајно повећање трошкова
2) дужи боравак у болници.

У већини случајева једна додатна дијагноза не мора имати никакав учинак зато што већ постоје додатне дијагнозе на основу којих се болесник сврстава у ДСГ групу која носи највиши ниво плаћања. У великом броју случајева додатна дијагноза неће имати никакав учинак, без обзира на присуство или одсуство других додатних дијагноза. Многе дијагнозе се дефинишу као значајне компликације или коморбидитети за одређене ДСГ. На многе ДСГ додатне дијагнозе не утичу уопште. Коначно, најбољи приступ је пратити горе наведена правила.

Претерано шифрирање не мора резултирати додатним плаћањем, али ће највероватније довести до финансијских казни уколико такво шифрирање представља конзистентну политику болнице или одељења, а не, просто, грешку.

Бележење и шифрирање поступака. Поступак се дефинише на неколико различитих начина, зависно од контекста. У сврху разврставања у ДСГ користи се следећа дефиниција:

Поступак је клиничка интервенција која испуњава један или више следећих критеријума:

1) хирушка, и/или
2) доноси ризик у вези са самим поступком, и/или
3) доноси ризик у вези са анестезиолошким поступком, и/или
4) захтева специјализовани тренинг, и/или
5) захтева специјализовану опрему или просторе доступне само у болници.

Треба да се шифрирају сви значајни поступци, који се изврше од пријема до отпуста. Ово обухвата све дијагностичке и терапијске поступке. Постоје добри клинички разлози за бележење свих извршених поступака зато што ти подаци могу бити важни у будућем лечењу болесника или истраживању. Стога је добро бележити и шифрирати поступке сходно следећем распореду:

1) поступци извршени због лечења главне дијагнозе,
2) поступци извршени због лечења додатних дијагноза,
3)дијагностички поступци повезани са главном дијагнозом
4) дијагностички поступци повезани са додатним дијагнозама

Увођење плаћања према дијагностички сродним групама само по себи неће представљати велику промену у начину на који су плаћене наше болнице. Три су, међутим, аспекта по којима се нови систем разликује. Прво, примењиваће се далеко компликованија класификација и биће много више финансијских ризика као последица неразумевања појединости. Друго, износи плаћања биће правичнији – и сходно томе повећаће разлику између болница којима се добро управља и оних којима се лоше управља. Другим речима, приход болница ће ближе одражавати трошкове доброг лечења и неге. Треће, нови начин плаћања може имати друга својства – као што су ефикаснији начин спољне и унутрашње контроле, увођење новог начина плаћања за интензивну негу – што ће даље повећати сложеност и правичност плаћања. Оне болнице које не одговоре на то, суочиће се са озбиљним ризиком од губитака са непријатним последицама.

Клинички протоколи су веома важни ако се тежи стављању клиничког рада под контролу и избегавање ризика од претераног трошења без обзира на начин плаћања. Зато треба посебно указати на важност клиничких протокола ("Clinical pathway"). Помоћу њих се може истовремено утицати на ефикасност и квалитет пружања здравствене заштите. У директној вези са клиничким протоколима је и планирање отпуста из болнице и тимски рад.

Клинички протокол је у суштини штампани образац који описује уобичајени начин пружања здравствене заштите којим се дају упутства мултидисциплинарном тиму (у који спадају лекари, сестре и друго медицинско особље). То је такође и место где се евидентира стварно пружена нега и лечење током одређене епизоде. Постоје различити протоколи за сваку главну групу (као што је порођај, третман можданог удара или вађење слепог црева). Клинички протокол допушта и одступање од уобичајеног начина рада што треба евидентирати у циљу сталног вредновања и унапређења начина лечења и неге.

Клинички протокол је контролна листа поступака, које је обично потребно предузети у току пружања здравствене неге и лечења. Он је подсетник на поступке које треба предузети, у којој фази то треба учинити и ко то треба да учини. Протокол не само да подсећа сваког на задатке које треба да изврши већ је и образац у који се бележи сва нега која је стварно пружена. Он је евиденција свих радњи везаних за негу и оног што је последица пружене неге и лечења.

Различити протоколи су потребни за сваку врсту пацијената, али се исти протокол користи за све пацијенте исте групе при чему се под групом подразумевају сви пацијенти са сличним здравственим проблемима који траже исту интервенцију (дијагнозу и третман) и који долазе у болницу (или неко друго место где се пружа здравствена заштита) да би им се пружила та нега и који ће вероватно имати сличне резултате. Они могу бити обухваћени са једном или са више дијагностички сродних група.

Под интервенцијом се мисли на пакет услуга које треба да пружи медицински тим да би се решио одређени здравствени проблем. У контексту болничке здравствене заштите интервенција представља пакет лечења и неге, која је пружена између пријема и отпуста. Клинички протокол може покрити само део интервенције која се пружи болничком пацијенту или комплетну интервенцију од пријема до отпуста. Он чак може покрити негу која се пружа у једној или више институција. На пример, користи се један клинички протокол да би се покрила амбулантна нега за трудницу пре њеног пријема у болницу, лежање у болници и негу за мајку и бебу након отпуста из болнице. Најбољи протокол покрива што већи део потребног лечења и неге.

Уобичајени начин лечења и неге значи комплет дијагностичких поступака и третмана који се могу обично применити на дотичну групу пацијената и сегментирање и динамику тих радњи. У то спадају све врсте лечења и неге од почетка до краја интервенције. У клинички протокол спада сва нега коју пружа медицинско особље током интервенције.

Одступања од уобичајених начина лечења и неге такође се евидентирају на клиничком протоколу. Она могу бити намерна и пожељна као онда кад се терапија подешава као одговор на неочекиване промене стања пацијента. Те варијације исто тако могу бити случајне и нежељене. На пример, отпуст пацијента може бити одложен услед грешке у планирању отпуста.

Главни разлог зашто треба забележити одступања од прописаних схема је да би се створила основа за вредновање и последично за идентификацију потенцијалних побољшања. Да би се обезбедило да се ово врши на одговарајући начин о варијацијама треба расправити на састанцима медицинског тима.

Коришћење клиничког протокола је једноставно, постоје варијације у појединостима, али типични кораци су они који почињу проценом потребе за лечењем и негом долазећег пацијента. Ту нема разлике у односу на поступак који се примењује тамо где нема протокола. Медицински тимови обично имају мали број протокола који покривају најчешће групе пацијената. На пример, акушерски тим може да има само неколико протокола и то за нормалан вагинални порођај, за царски рез, за превремени порођај, побачај и ванматеричну трудноћу што покрива можда 80% или чак више њихових пацијената. Обично не постоје протоколи за друге мање учестале групе пацијената. Међутим, стално је у току процес увођења нових протокола и стога ће неке од тих група покрити неки будући протоколи.

Пацијенту може бити потребна нега, која није покривена неким постојећим протоколом. У том случају је потребан другачији поступак документације и управљања дотичном врстом лечења и неге. То може бити начин на који се тренутно ради у нашим болницама при чему се нега ослања на лично знање сваког здравственог радника у вези лечења и неге која је потребна конкретном пацијенту.

Уколико су пацијентове потребе за лечењем и негом покривене неким постојећим протоколом тада се при пријему узима образац протокола у који се уносе идентификациони подаци о пацијенту.

У већини случајева разумно је задржати образац код пацијента све време тако да буде доступан за проверу (Шта се догодило до тада?) и да би га сви даваоци

здравствене заштите лечења и неге могли до краја попунити (Коју сам радњу управо извршио?). Тада почиње поступак документације. Име особе одговорне за сваки корак је уписано на обрасцу протокола. Документација се допуњава током поступка пружања лечења и неге од стране чланова тима. Обично је потребно само ставити ознаку (ü) да би се показало да је радња извршена у складу са протоколом. Уместо знака понекад треба исписати вредности (као што је крвни притисак или срчани ритам).

Једина ситуација када више података мора бити уписано у пацијентов протокол је када постоје значајна одступања. Образац указује на оно што се сматра значајним, а медицински тим стално унапређује правила на основу искуства. Попуњени образац протокола се може архивирати на исти начин на који се архивира остала документација о пацијенту када се интервенција заврши. Посебно се чувају одступања, ако их има, тако да би се о њима дискутовало на редовним састанцима тима. Циљ тога је да се провери да ли их се могло избећи. Уколико јесте, можда је потребно преуредити образац протокола или је потребно поново едуковати особље.

Клиничке смернице према међународно признатим дефиницијама су комплет систематично развијених тврдњи о дијагнозама и третману. Ове су тврдње базиране на подробном вредновању документације. Циљ смерница је да се помогне здравственим радницима и пацијентима у доношењу одлука о прикладној здравственој заштити за посебне клиничке околности. Постоје неке сличности између смерница и клиничких протокола. На пример, и једно и друго има за циљ унапређење ефикасности и квалитета лечења и неге. Међутим, постоје неке важне разлике међу њима, а оне су у томе да се клиничке смернице се ређе ажурирају. Уобичајено сваке две до пет година. Насупрот томе, клинички протоколи треба да буду подвргавани сталном новом разматрању.

Клиничке смернице садрже велики број појединости које објашњавају и оправдавају конкретне препоруке. На пример, ако се препоручује одређена терапија лековима, разлози за ту препоруку се подвлаче у потпуности: који су докази дати као подршка, до каквих су закључака дошли истраживачи итд. Супротно томе, клинички протоколи просто наводе правило (као што је «Употребити лек X») без објашњења. Тим који израђује протокол израдио га је на основу релевантне литературе, али се то нигде у протоколу не помиње.

Клиничке смернице морају да буду довољно уопштене да покрију читав здравствени систем. Стога оне не могу уважавати локалне специфичности или практична питања доступности здравствених услуга. Насупрот томе, клинички протоколи могу (уствари морају) обратити пажњу на појединости. Једна од последица тога је да ће клинички протоколи вероватно бити различити од једне до друге установе.

Клиничке смернице нису инструмент за бележење података. Оне су само извор референци. За разлику од тога, клинички протоколи се користе стално током третирања пацијента. Они не само да су извор референци него и образац у који се бележи нега која је пружена. Коначно, треба уочити да клиничке смернице не могу ефикасано деловати без клиничких протокола. Клинички протоколи су најбољи начин да се повеже знање и свакодневна пракса. Подједнако је важно уочити да клинички протоколи могу садржати и грешке уколико не узимају у обзир најновије доказе из клиничких смерница.

Добре и лоше стране коришћења клиничких протокола говоре да широм света упућују на то да једва да има лоших страна. Једини проблем је да је на почетку потребно уложити труд да би здравствене раднике подстакли на почетак израде и коришћења клиничких протокола. Има много важних предности као што се показало кроз многе студије широм света. Клинички протоколи побољшавају квалитет лечења и неге.

Мање је опасности да ће неки важни аспекти лечења и неге бити заборављени или извршени неправилно. Клинички протоколи побољшавају ефикасност. На пример, мање је ризика да ће дијагностички тестови бити направљени два пута или да ће пацијент остати у болници предуго.

Клинички протоколи побољшавају тимски рад, јер сви чланови медицинског тима имају иста упутства и користе исту клиничку документацију.

Клинички протокол објашњава пацијенту и његовој породици што ће се догодити током интервенције. То смањује страхове и даје им прилику да постављају питања. То такође

значи да ће бити више правичности: сви грађани ће знати да имају право на исту врсту лечења и неге.

Клинички протоколи се могу употребити и као основа за интерну расподелу средстава у оквиру болница. Докази упућују на то да је употреба клиничких протокола најбољи начин да се побољша економичност и правичност у пружању услуга. Има више начина увођења протокола и правилне примене. Кораци који се често предузимају су новчане награде медицинском особљу у болници које преузме на себе задатак израде и примене једног или два протокола. Ово је добра инвестиција, јер ако се протоколи уведу долази до непосредног повећања ефикасности. Многи чланци у којима се објашњава како се протоколи могу једноставно развити и у којима се објашњава како се протоколи користе доступни су на интернету, а примере можете видети на сајту Министарства здравља.

Контрола оправданости пријема у болницу обзиром на ризик да пацијент може бити примљен у болницу без ваљаног разлога. У пракси то значи да се болничко лечење преузима, где то није строго индиковано, тј. где се могло на други начин нпр. амбулантно обезбедити лечење на економичнији начин у примарној заштити, специјалистичко-консултативној служби или у оквиру кућног лечења.

Инструмент који се нашироко користи широм света за оцену нивоа неоправданих пријема назива се **Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)**. Структуру АЕР чине идентификациони подаци о пацијенту, затим листа од 23 критеријума при чему ако пацијент испуњава један или више њих, онда се пријем може сматрати оправданим.

Други делови се попуњавају само када је пријем оцењен као неоправдан према критеријумима у делу тог упитника. Трећи део садржи попис облика лечења и неге који су могли бити пружени пацијенту уместо пријема у болницу (као што је кућна нега или изабрани лекар). Четврти део односи се на разлоге због којих је дошло до неоправданог пријема – као што су погрешне лекарске процене или недоступност алтернативног лечења и неге.

Препоручује се спровођење АЕП теста на малом узорку у свакој болници у скорој будућности, како би се стекао увид у величину проблема, како би се могле спровести корективне мере што може подразумевати и израду упутстава за пријем.

Планирање отпуста је веома важно, а у Србији формално планирање отпуста практично не постоји у већини, ако не свим болницама. Координација између медицинских радника у болницама и медицинских радника који раде у заједници, као и у многим другим земљама, скоро да не постоји, најмање се може рећи, није увек задовољавајућа. Другим речима, тимски рад може и стално мора бити успостављан и побољшаван.

Планирање отпуста је битан део поступка лечења и неге за већину болничких пацијената. Ако се њиме добро управља он може резултирати побољшањем ефикасности и квалитета лечења и неге. На тај начин се болницама даје још један инструмент контроле трошкова. Ово је важно, јер болницама пружа прилику да смање трошкове не губећи на квалитету лечења и неге. Наиме болнице могу смањити своје трошкове пребацујући их ка заједници.

Пацијенти имају све већа очекивања и у будућности не треба очекивати да ће прихватити негу која је лоше координисана. То је посебно важно у смислу отпуста из болнице обзиром да добробит пацијента може бити под озбиљним ризиком у периоду непосредно након акутног болничког лечења и неге.

Планирање отпуста, значи управљање преласком са једне врсте лечења и неге на други – на пример из акутне болнице на кућну негу. Најуобичајенији циљеви који се желе постићи планирањем отпуста су смањење трошкова и побољшање квалитета лечења и неге. Јасно је да се трошкови могу избећи уколико болница отпусти пацијента чим престане клиничка потреба за болничким лечењем и негом. Штета је да пацијент остане у болничкој постељи просто зато што потребна нега након отпуштања није затражена на време. Подједнако је јасно да добро планирање отпуста може побољшати квалитет лечења и неге. На пример, непотребно одлагање отпуста може довести пацијента у већи ризик од болничке инфекције. За многе старије пацијенте квалитет живота је смањен ако се не могу вратити кући чим то пожеле.

Нормално је да се са планирањем отпуста отпочне непосредно након процене стања по пријему – или чак током амбулантне интервенције пре пријема у болницу. Разлог за рано отпочињање планирања отпуста је тај што су медицински радници постали ефикаснији у предвиђању тока интервенције. Ово је комбиновано са све присутнијим уверењем да ранији отпуст често даје бољи квалитет лечења и неге. Такође постоји боља координација у пружању лечења и неге између болница и услуга у заједници. Здравствени радници у болницама морају бити добро упознати са здравственим услугама које се могу пружити у заједници.

У принципу постоји потреба да се направи добар план отпуста за све пацијенте. У пракси, међутим, важно је указивање посебне пажње неким врстама пацијената који након отпуста могу бити изложени већем ризику. Показало се да следеће особине могу бити знак ризика у смислу отпуста са акутног болничког лечења и неге: - осетљивост (стање у коме ће пацијент и даље требати одређену подршку на неодређено период након отпуста); - друштвена изолација (стање у коме пацијент има подршку чланова породице, пријатеља, оних са којима живи или других); - тренутне клиничке потребе (стање у коме пацијент треба даљу медицинску негу везану уз тренутну болест).

Планирање отпуста подразумева процес у коме се ризик процењује пре почетка медицинске интервенције. Поступак процене ризика може се вршити помоћу упитника или здравствени радници који пружају негу сами процењују ризик на основу сопственог искуства.

Препоручује се да се направи план отпуста што је пре могуће за већину пацијената.

Образац мора да садржи експлицитно наведен очекивани датум отпуста, обележја пацијента и породичне неге, која су релевантна за отпуст, кораке које треба предузети (план рада), и активности које су стварно предузете. Под породичном негом мисли се на пријатеље или рођаке који ће подржати пацијента током хоспитализације и након отпуста.

Планирање отпуста није лак задатак, бар за неке врсте пацијената. Као што је већ наведено клинички протоколи су постали све важнији елемент клиничке праксе. Тамо где су клинички протоколи добро направљени и правилно коришћени, они могу бити јако ефикасно средство које обезбеђује ефикасно планирање отпуста. Уобичајено клинички протоколи подсећају медицинске раднике о погодном времену за планирање отпуста и протокол је једино место где се бележи план отпуста.

Раније је у већини здравствених система било уобичајено да болничко особље има мало или нимало интереса за пацијента, након што је он отпуштен. Међутим, појавили су се докази да је ово погрешно. Стога је повећана укљученост тимова који раде у заједници у фази пре отпуста и тимова који раде у болници у фази после отпуста.

Одговорност за планирање отпуста обично је у прошлости била на искуснијим лекарима. Током времена јавила се тенденција повећања укључености сестре у поступак, јер се показало да је сестринска нега заправо важнија за добробит пацијента након отпуста, него лекарска нега. Према модерним схватањима планирање отпуста (и клиничко шифрирање) су компоненте доброг клиничког рада и одговорност свих чланова медицинског тима. Мултидисциплинарно планирање отпуста треба да укључи знање социјалног радника, сестринско или лекарско знање. Наиме одлучујући фактор није ко нешто ради, него колико добро сарађују људи који су укључени у поступак.

Има више једноставних начина да се провери да ли се поступак планирања отпуста одвија добро.

Први веома ефикасан начин је и то да се пацијент и породица која негује информишу како се поступак одвија за њих. Други је да се одржавају редовни састанци евалуације којима би присуствовали медицински радници који раде у болници и они који раде у заједници.

Постоји много разлога за добро планирање отпуста, а неки од њих су:

1) пацијенти и они који их негују у породици се често брину због недостатка података који им се дају о отпусту,

2) планирање отпуста обично има за резултат краћи боравак у болници,

3) добри поступци побољшавају квалитет лечења и неге што се одражава на смањење рехоспитализације (поновног пријема у болницу),

4) повећава се учешће пацијената који могу бити отпуштени непосредно својим кућама,

5) смањује се број негативних последица након отпуста.

У Србији постоје значајне разлике међу болницама и чак међу одељењима у истој болници.

Планирање отпуста се не сматра важним питањем. Сматра се да је то више догађај него процес.

То је тек "дан када пацијент може да иде кући". Вероватније је, међутим, да ће се добар план отпуста применити на примеру случаја можданог удара, где ће постојати потреба за интензивном рехабилитацијом. Међутим, чак и у таквим случајевима може се догодити да пацијент без посебних упутстава буде отпуштен на негу породичном тј. изабраном лекару, који тада преузима одговорност за програм рехабилитације.

Важно је имати пажљиво дизајнирану документацију која је специфично намењена планирању отпуста. Овакав се приступ сматра корисним за стварање потпуне слике о приоритетима у планирању отпуста, а корисна је помоћ и у планирању пријема. Уопштено, активности којима се обезбеђује успех у планирању отпуста још увек зависе од става појединих лекара. Лекар може самоиницијативно да назове болесника или његовог неговаоца да провери како пацијент напредује након отпуста. У другим приликама, када треба проверити стање пацијента након отпуста, од њега ће се просто затражити да дође на контролни преглед након одређеног временског периода.

Чињеница је да многи здравствени радници планирање отпуста не сматрају значајним питањем. Ово схватање и ситуацију треба променити. Тај процес може почети евалуацијом процеса планирања отпуста у болницама. Један једноставан начин је коришћење специјалних упитника.

У неким здравственим системима интензивна нега се третира као компонента плаћања по случају.

У извесном погледу ово има смисла. Међутим, у многим другим системима интензивна нега плаћа се посебно и плаћање по ДСГ искључује било какве трошкове интензивне неге. Главни разлози за посебно плаћање интензивне неге су пре свега - да се истом боље управља.

Интензивна нега је клинички важна димензија лечења и неге и са њом се мора пажљиво управљати. Читав нови модел плаћања по случају заснован је на идеји да треба да користимо финансијске подстицаје за промоцију и награђивање побољшања у клиничкој пракси. Уколико финансирање интензивне неге није засебно много је теже створити подстицаје за побољшања.

Да би се извршила правична плаћања болницама, а обзиром да ДСГ не предвиђа тачно потребу за интензивном негом, неопходно је размотрити питање могућности у свим болницама пружања интензивне неге и лечења отприлике истог броја болесника којима је била потребна интензивна нега. Ипак у Србији ово није случај, а најбољи начин да се обезбеде информације о томе у којој мери пацијент заиста треба интензивну негу (и да је стварно и добије) је анализа APACHE бодова при пријему и отпусту из интензивне неге. APACHE (APACHE II -"Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II") скор се користи широм света. Он садржи 12 физиолошких мера плус Glasgow coma score, као и подешавање за старост, хроничне болести и хируршки статус. Укупан број бодова може бити од 0 до 71 при чему већи резултат скора показује већу озбиљност болести. Овако прикупљени подаци омогућавају мерење ефикасности и квалитета интензивне неге, а ти подаци могу се користити и за посебно плаћање интензивне неге.

Важно је схватити да је свака медицинска тј. клиничка одлука уједно и одлука о алокацији и усмеравању средстава – и последично, финансијска одлука. На пример, лекар који затражи један лабораторијски тест тиме доноси и финансијску и клиничку одлуку. Старија сестра која примењује напредну методу планирања отпуста утиче и на трошак и на квалитет лечења и неге.

Није мудро (или је чак немогуће) раздвојити клиничко и финансијско управљање, па се чини разумним болничким одељењима пребацити многе задатке финансијског управљања. Важно је вршити поређења са клиничким протоколима коришћеним у другим сличним болницама, као и поредити просечни трошак исте дијагностичко-терапијске групе у другим болницама. При томе сваку промену треба оправдати доказима. Важно је усмерити напоре на случајеве који представљају велику пропорцију укупних трошкова, као и оне за које се сматра да нису довољно ефикасни. Важно је, утврдити дијагностички сродне групе, чији је просечни трошак већи него приход за њих, јер ће се тако пронаћи најбоља места за смањење трошкова.

Спољна и унутрашња контрола су кључни аспект обезбеђења функционисања сваког здравственог система, чиме се обезбеђује контрола трошкова и квалитета болничког лечења и неге. Највећу пажњу треба посветити следећим активностима:

1) Контрола пријема у болницу ретроспективном ревизијом оправданости пријема;

2) Контрола броја пријема у болницу постављањем проспективног циљаног броја пријема;

3) Контрола неизвршених пријема, кад је за тим било потребе;

4) Контрола премештаја акутних болничких пацијената из једне болнице у другу болницу;

5) Контрола пријема на интензивну негу и дужина останка на интензивној нези;

6) Контрола унутарболничких премештаја пацијената;

7) Контрола извршених дијагностичких поступака, као што су лабораторијски тестови и снимања;

8) Контрола извршених терапијских поступака, као што су операције и прописивање лекова.

Неопходно је да сви учесници у процесу здравствене заштите играју улогу у обезбеђењу ефективног трошења новца грађана и заштите њиховог здравља. Ово укључује предузимање мера контроле – које могу бити извршене унапред (пре него што се направе грешке) или ретроспективне (након што се направе грешке). Оне могу бити спољне (што значи да мере предузимају надлежни државни органи) или унутрашње (што значи да даваоци здравствене заштите контролишу свој рад). Постоје различити приступи, који су међусобно зависни, због чега је потребно комбиновати различите мере спољне и унутрашње контроле.

Ниједна врста лечења и здравствене неге није вредна финансирања уколико не побољшава здравље болесника. Због тога морају постојати и контрола квалитета здравствене заштите (да ли је процес пружања лечења и неге био адекватан), контрола здравственог исхода (да ли се здравствено стање болесника побољшало, као резултат пружања лечења и неге) и контрола корисности (да ли је постојала значајна дугорочна корист за болесника). То се постиже увођењем стандардизације и поштовањем најбоље клиничке праксе коришћењем клиничких протокола.

Болнице у свим земљама пружају много врста здравствене заштите. Класификација на бази Дијагностички сродних група примењује се само на болнице које лече болеснике оболеле од акутних болести. Потребно је дефинисати и имплементирати најбољу класификацију за болнице у којима се лече болесници оболели од субакутних и хроничних болести, као и болничка медицинска рехабилитација. Веома важан задатак је да се сачине критеријуми и мерила вредновања специјалистичко-консултативне здравствене заштите и утврдити ценовник ових услуга усклађен са ценовником који произилази из ДСГ ценовника.

Увођење плаћања према ДСГ вероватно ће утицати на начин на који се пружа здравствена заштита у болницама, које лече болеснике оболеле од акутних болести. Ово би могло проузроковати повећану потражњу за лечењем и негом у другим сегментима здравствене заштите. Овакав тренд је пожељан, међутим, ове промене морају бити под сталним надзором. Зато је важно користити најбоље класификације у свим сегментима здравствене заштите, јер ће се на тај начин добити квалитетне информације. Одсуство добрих информација значи да је тешко установити стварне потребе за здравственом заштитом.

8. СКРАЋЕЊЕ ЛИСТА ЧЕКАЊА НА ПРЕГЛЕДЕ И УСЛУГЕ У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

Листе чекања су инструмент обезбеђења правичности у уређењу система пружања здравствених услуга. Готово да нема европског здравственог система у коме не фигурирају листе чекања, са већим или мањим обимом услуга који је њима обухваћен, са већим или мањим успехом вођене. Листе чекања формирају се за оне медицинске процедуре и интервенције за чијим пружањем постоје веће потребе, него што су расположиве могућности.

Листе чекања тренутно формирају саме здравствене установе на основу клиничких критеријума и методологије за утврђивање листе и времена чекања за здравствене услуге у здравственим установама које је донео министар здравља.

У Републици Србији, на основу наведених критеријума, листе чекања су први пут постављене 2005 године, а формирање листа чекања предвиђено је за неке медицинске интервенције и процедуре које нису хитне. Уколико је пружање здравствених услуга хитно, здравствене установе су дужне да их пруже мимо листа чекања. Након процене лекара да је нека од наведених процедура неопходна, евидентирају се лични и здравствени подаци осигураника, на основу којих се одређује место на Листи чекања. Једино особа која је на листи чекања може да види своје место на листи (како би се заштитила приватност података).

Фонд на свом сајту објављује податке које добија од здравствених установа, које су дужне да ажуриране листе чекања прослеђују Фонду једном месечно.

Место на листи чекања проверава се преко заштићеног јединственог матичног броја грађана (ЈМБГ), чијих је првих седам и последња цифра видљиво. Осигураник себе идентификује упоређујући видљиве цифре са одговарајућим цифрама у свом ЈМБГ.

У оквиру активности на унапређењу квалитета здравствене заштите у Републици Србији Фонд треба да дизајнира јединствен програм за вођење листа чекања, који ће се инсталирати у свим здравственим установама на местима на којима се евидентирају пацијенти на листе чекања.

Месечни извештаји као и шестомесечни извештаји и извештаји о показатељима квалитета вођења листа чекања треба да се достављају се подручним заводима за јавно здравље, који уједно и контролишу квалитет података у програму.

У Фонду треба формирати посебну службу, која ће вршити менаџмент листама чекања, на националном и контролу на институционалном нивоу.

У досадашњој пракси, не постоји упутство за контролу листа чекања од стране Фонда, тако да се контрола у филијалама обавља произвољно и неуједначено. Списак интервенција по шифрама, за које се воде листе чекања у апликативном софтверу Листе чекања, нису уподобљене називима и шифрама здравствених услуга из Програма електронске фактуре. Правилником треба уредити финансијско санкционисање директора и установа за случај кршења правила и процедура вођења листа чекања. Истим треба преуредити радно време у институцијама и у вези целисходног коришћења уређаја, посебно високе технолошке вредности, јер установе нису њихови власници, већ само корисници, када је у питању државна својина.

Фонд ће својим планом узети у надлежност да ангажује и финансира делатност неких лекара специјалиста код недостатка кадра из других институција, да ангажује пензионисане лекаре, када процени да треба ради неометаног одвијања радног процеса на уређајима, а све ради скраћивања листа чекања.

Обзиром да се ради о уређењу система и сузбијању јавашлука и дезорганизације, треба предузети радикалне мере и контроле и кажњавања одговорних лица за лоше одвијање здравствене заштите осигураника. Фонд се осећа надлежним и овлашћеним да осигураницима обезбеди оптимизацију спровођења здравствене заштите, а у том смислу ће искористити одговарајуће инструменте према здравственим установама и одговорним лицима у њима.

9. РЕФОРМА БОЛНИЦА И ПРОЈЕКАТ ДИГИТАЛНА БОЛНИЦА

Већ деценијама у Србији болнице веома много значе у здравственој заштити, али се не спроводе скоро никакве реформе, сем што се о реформама прича и прижељкиване су у сваком погледу, али се оне не спроводе, осим што се о њима дискутује. Нема никаквог концепта развоја болничког система, нема планова и углавном се спроводи спонтани развој на бази односа политичких снага, импровизација, лоших процена и ненаучних антиципација.

Болнице су највећи потрошач у здравственом систему и ангажују преко 60% средстава Фонда здравственог осигурања.

Болнице су веома важан, ако не и најважнији субјект здравственог система и имају централну улогу у процесу здравствених реформи, а још не привлаче довољно пажње креатора здравствене политике и истраживача, како код нас тако и у свету. Они као да помало зазиру да „испитују и уређују“ болнице, јер то повлачи високу одговорност за наложене и предложене мере, суочавање са нефлексибилношћу болница за промене и традиционално високим утицајем болничких доктора у друштву.

Болнице су важне унутар система здравствене заштите из неколико разлога:

1) њихово учешће у здравственој потрошњи обухвата преко 50% средстава у многим западним земљама Европе, у бившим социјалистичким земљама чак до 70% (код нас преко 60%).

2) њихов положај у здравственом систему значи да оне доносе правила која одређују приступ специјалностима и здравственим услугама.

3) стручњаци који раде у болницама диктирају стручно вођство-лидерство.

4) у технолошком и фармацеутском смислу и развоју, као и у evidence-based здравственој заштити, услуге које пружају болнице могу значајно допринети напретку заштите становништва.

5) како год се дизајнира систем здравствене заштите, болнице су незаменљиве (одговор онима који су прогнозирали крај или крах болница), док све остале институције здравства и нису. Болнице, наиме могу преузети обављање чак примарне здравствене заштите (истина под скупљим условима) или јавно-здравствене делатности, али њихову улогу не може обавити нико сем њих самих.

Мада се већи део здравствене заштите обавља ван болница, за већину људи болнице симболизују систем здравствене заштите. Капацитет система здравствене заштите се често мери бројем болница или болничких постеља иако је то оскудан показатељ. Тако болница, може имати само десетак болесничких постеља, особље које поседује само основне вештине и може јој недостајати инфраструктура - чак је могуће да нема електричну енергију или текућу воду, а може поседовати стотине или хиљаде постеља, високо обучено особље и софистицирану опрему, операционе сале и лабораторије, „high tech”интензивне неге. Обе носе назив болнице!

Чак и у сиромашним земљама као што је Србија, које разложно имају мање права на погрешне концепције, болнице које су привржене традиционалном моделу се често пројектују и граде без довољно размишљања о томе како ће се здравствена заштита мењати у будућности. Прогнозе социо-економског развоја, који уосталом одређује могућности изградње и опремања болница су ретке и непотпуне, а сви бисмо волели да их имамо као оријентире за планирање попут оне коју је понудио Фридмен за наредних 100 година.

У литератури се налазе прогнозе како ће се развијати и изгледати болнице у будућности, а такође и врло конкретне антиципације утицаја медицинских технологија на будућност болница попут најкраће и најбоље до сада објављене у British Medical Journal 1999 год. од стране Charls Wilson-а, директора Института будућности из Калифорније, чијим се предвиђањима морамо бавити. Вреди уочити чињеницу да је, иако постоји много литературе о финансирању здравствених система, организација здравствених служби и болница даље занемарена и маргинализована област, посебно се недовољно говори о безбедности у болницама. У болницама постоји потреба убрзања процедуре од дизајнирања до имплементације промена сходно потреби да морају бити кључна места

медицине и здравствене заштите засноване на доказима, али је то ређи случај, а чешће се води дискусија о текућим питањима оптерећења и услова рада лекара.

Болнице су изложене веома јаким притисцима да се промене. Садржаји захтеваних промена су хетерогени, често нејасно дефинисани, социјално неистражени, неизбалансирани у смислу прихватљивости, а економски недовољно одрживи. Болницама се "прети" редукцијом финансирања, увођењем контролабилних система плаћања услуга, иако логично те претње мање угрозе особље, а више пацијенте. Стога свака промена у том смислу мора укључивати мобилизацију и значајну партиципацију болничког особља. У болничкој медицини већ дуже време се врши престројавање, ка све већој специјализацији, што сужава круг стања, која је индивидуални специјалиста у могућности да дијагностикује и третира. Особљу болнице је потребан већи прилив пацијената, да њихове вештине не атрофирају и не буду недовољно искоришћене. Заузврат, за већи прилив пацијената неопходно је да болница покрива већи део популације, него што је то раније био случај. Једна од последица нових режима обуке и све веће специјализације је да специјалистички тим често мора да буде на располагању 24 сата дневно. Ово захтева већи број екипа обучених специјалиста него што је то било у прошлости када су се екипе ослањале на специјализанте или лекаре опште праксе. Потребна је нова мобилност болничког особља и нови менаџмент болницама да би се исто испратило.

Стационарну и специјалистичко-консултативну делатност на секундарном нивоу Републике Србије обавља општа и специјална болница, а клиничко-болнички центар, клиника, институт и клинички центар обављају високо специјализовану специјалистичко-консултативну и стационарну здравствену делатност на секундарном и терцијерном нивоу. Специјалистичко-консултативна делатност здравствених установа обухвата: специјалистичке прегледе и консултације по упуту изабраног лекара; пријем и збрињавање ургентних стања, прегледе и дијагностичку обраду пацијената упућених на болничко лечење; дијагностику, терапијски и рехабилитациони третман у оквиру дневних болница; физикалну медицину и рехабилитацију за амбулантне и хоспитализоване пацијенте; обављање лабораторијских, радиолошких и других дијагностичких услуга за амбулантне пацијенте, као и другу одговарајућу специјалистичко-консултативну делатност.

Дневна болница, као посебна организациона јединица поликлиничке службе болнице, организује се за обављање дијагностичких, терапијских и рехабилитационих услуга за амбулантне пацијенте у следећим областима: нефрологији (хемодијализа и перитонеална дијализа) и другим интернистичким гранама медицине (првенствено ради примене парентералне и инхалационе терапије); хируршким гранама медицине (ради обављања хируршких интервенција и операција) и психијатрији - заштити менталног здравља (ради примене комбинованих мера психотерапије, социотерапије, окупационе и радне терапије и психосоцијалне подршке оболелим и члановима њихове породице).

Капацитети дневних болница у интернистичким и хируршким областима обезбеђују се са најмање 5% постеља у односу на број постеља у одговарајућим болничким одељењима. За остваривање законом утврђених права на болничку здравствену заштиту у јавном сектору Републике Србије предвиђено је 37.500 болничких постеља (без постеља у дневним болницама и без постеља у неонатолошким одељењима породилишта), односно до 5,00 постеља на 1.000 становника, и то за: Болничке постеље укупно стопа на 1.000 становника за краткотрајну хоспитализацију акутно оболелих и повређених (Табела 11):

Табела 11. Број и структура постељног фонда у Србији

1		Краткотрајна хоспитализација оболелих и повређених	Број постеља	Број постеља на 1000 становника
	А	На секундарном нивоу	24.000	До 3,2
	Б	На терцијерном нивоу	6.000	До 0,8

2		Дуготрајна хоспитализација		
	А	Психијатријских болесника	3.500	До 0,47
	Б	Туберкулозних болесника, болести плућа и других хроничних обољења и стања		До 0,13
3		Рехабилитација у специјализованим болничким установама	3.000	До 0,4

Извор: Уредба о плану мреже здравствених установа Србије

Терцијарни ниво -капацитети клиничко-болничких центара, клиника, института и клиничких центара за пружање здравствених услуга терцијарног нивоа (6.000 болничких постеља, односно 0.8 на 1.000 становника) утврђују се на нивоу аутономне покрајине и Републике.

Потребе за променама и промене у пракси рада - у Европској Унији, европска директива о радном времену и додатна правила о одмору, већ имају значајне ефекте на способност болница да обезбеде довољан број особља за релативно мале службе. У нашој средини потребно је редефинисање радног времена, његовог коришћења, боље речено искоришћења и начина рада у болницама. Потребна нам је целовита концепција и пројекција развоја болница јавног сектора. Потребан нам је дугорочни план развоја, довољно детаљан и садржајан, па тек онда треба приступити великим инвестиционим подухватима, који по општем уверењу стручних људи теже пола милијарде евра (изградња 4 клиничка центра у Београду, Крагујевцу, Нишу, Новом Саду)

Антиципација даљег развоја болница у блиској будућности обухвата неколико реформских аспеката:

Побољшање ефикасности – јер ће болнице тек бити изложене притиску да смање трошкове, посебно увођењем система плаћања базираног на случајевима (ДСГ). Постоје иницијативе да се смање трошкови, укидањем служби које се преклапају и смањењем фиксних трошкова. Пословни реинжењеринг процес пружио је менаџерима средства да побољшају продуктивност и смање системске трошкове. Ове промене су дале подстицај да се ослонац мање усмерава на зграде и другу скупу имовину.

Квалитет и обим – Претпоставка да постоји јака повезаност између обима и исхода лечења имплицира ову повезаност као упориште централизације, мада не постоје јасни докази о оваквој повезаности осим код релативно малог броја специјалности. Постоје докази да мултидисциплинарни приступи дају боље резултате и такви координисани напори такође захтевају веће тимове–мада у неким случајевима није неопходна централизација, већ се резултати могу остварити преко клиничких мрежа. Неопходно је успостављање српске болничке мреже консултација и координација у збрињавању и лечењу коришћењем савремених аудиовизуелних и рачунарских технологија. Путем интернета и коришћењем преносивих рачунара може се пренети брзо и непосредно слика о стању пацијента и обавити јефтина и врло ефективна консултација. Фонд мора да буде носилац таквих активности и послова као и кључни генератор промена у реалном времену.

Безбедност и квалитет - се веома актуелизују, обзиром да болнице све више постају опасна места у свету и код нас. Не само да значајан број пацијената доживи неку врсту нежељеног догађаја у њима, већ расте и инциденца мултирезистентних инфекција често фаталних (опаснијих од основне болести), расте вероватноћа грешке медицинског особља са фаталним последицама. На 100 хоспитализованих пацијената у САД 2002 године код 4,5 је евидентирана нозокомијална инфекција (болнички стечена), а код нас можда и 3 пута више.

Забринутост за безбедност пацијената и исход су постали значајни носиоци промена у медицини и улози клиничког особља. Разумљива је зато књига упутстава „Како преживети болницу”, као и књиге које се баве медицинским грешкама од којих је према проценама Националне Медицинске Академије у САД током 1999 живот изгубило 98.000 американаца. Порастом сложености медицинских третмана, довешће се у питање пракса да поједине болнице треба да наставе да пружају одређене специјалистичке

услуге као што су: хирургија веома мале деце; лечење тешких траума (политраума) и опекотина; васкуларна и кардијална хирургија; третман многих облика рака. Специјализованим центрима треба поверити обављање у будућности све већег спектра интервенција које захтевају скупе технологије и високу увежбаност особља, која обично дуго траје.

Нове технологије - обзиром да достигнућа у дијагностици, анестезији, визуализацији, видео-конферисању, роботици и комуникацијама, пружају се веће могућности за "виртуелну болницу" која омогућује болничко лечење са удаљеног места а коришћење система Да Винчи омогућава роботизовано извођење најсложенијих операција. Нове аудиовизуелне и комуникационе технологије омогућавају реконцепцију болница на нивоу државе и пружају могућност „on line" консултације у вези најделикатнијих проблема, чиме се избегавају непотребна и скупа путовања, као и ризици транспорта тешких болесника.

Конзумеризација - захтева ангажован приступ у креирању болница обзиром да је повећање потрошачке моћи широм Европе довело до притиска да се побољша организациона брзина реаговања служби у здравственом сектору, као и у другим секторима. Такође је јасно да је све јачи глас јавности против значајних промена у схеми локалних болничких служби, што може отежати или чак зауставити промене. Заједно, ови притисци промовишу како централизацију тако и децентрализацију. Они захтевају од људи који креирају политику, да предузму радикалне кораке и поново размотре улогу болница, пре него што обезбеде њихов већи капацитет. У Европи је дошло до редукције болничких постеља у последње две деценије, тако да се појављују гласови разума који захтевају преиспитивање даљих промена у том правцу и разматрање лекција научених у том процесу. У САД је у последњој деценији затворено због економских разлога око 1400 од укупно 6700 болница.

Ургентна дијагностика и лечење – је важан сегмент, јер око 70% пацијената који прођу кроз ургентна одељења болница имају лакше болести и повреде и не би морали да долазе у болницу, да не сматрају да нема друге или боље алтернативе. Добро осмишљени алтернативни модели лечења постоје и они могу бити ефикаснији и прихватљивији за пацијенте. Ови модели укључују аранжмане за повећан приступ ван радног времена примарној заштити и истурене јединице за мање повреде у којима не морају бити лекари. Пошто су ове амбуланте мале, могу бити широко распрострањене и доступније пацијентима. Коришћење виртуалних веза ка главним центрима и ротација особља између амбуланти даље може да повећа опсег услуга и одржавање нивоа лечења високог квалитета. На типичном ургентном одељењу или служби обично се изврши хоспитализација ради постављања дијагнозе или потврђивања претпоставки, чиме се априори учине трошкови, које би било могуће избећи краћом опсервацијом. Ипак, лекари неће да ризикују своју репутацију и трауму промашаја дијагностичке процене са последицама по живот пацијента, укључујући и последични судски прогон.

Ургентна медицина је посебан сегмент, који најзначајније утиче на перцепцију јавности у погледу ефикасности и организованости здравственог система. Пројект ургентне медицине треба да има своје сегменте, ванболничког и болничког збрињавања. Потребно је стандардизовати број возила и стручних тимова који збрињавају оболеле и повређене, као и опрему у тим возилима. Неопходне су нам нове екипе за збрињавање, посебно код масовних несрећа, као и технички добро опремљене за збрињавање повређених у тешким саобраћајним несрећама. Добро организовано збрињавање спашава животе, али превенција траума и акутних стања има посебно значајну улогу. Подела посла у овом сектору здравствене заштите и успостављање новог информационо -комуникациног система у том збрињавању је посебно значајно.

Развој дневне хирургије - обзиром да напредак анестезије и хирушких техника, посебно минимално инвазивних процедура, довео је до ситуације да многе операције које су раније захтевале вишедневни боравак у болници могу да се изводе амбулантно, а многе операције се више не морају изводити у болницама, већ у ванболничким амбулантама. У неким државама је финансијским подстицајима постигнуто да се многе раније незамисливо сложене процедуре изведу у амбулантама. У чувеној Џоунс Хопкинс

болници (према US News and World Repport - најбоља на свету) већ данас се око 70% операција изведе у поликлиничким и дневно-болничким капацитетима (тачније у 2010 год. је изведено 40.323 операција са једнодневном хоспитализацијом, а осталих операција 28.458). Поменута болница као база истоименог Универзитета је исте године имала 1.564 лиценциране постеље, са просечном заузетостошћу од 80,3% и 81.597 отпуста болесника, са остварених 415.784 б.о. дана или просечном дужином лечења од 5,1 дан. У поликлиничком раду је обрађено 1.888.178 пацијената, а у хитним службама примљено 209.648 пацијената.

Педијатријска заштита - пошто третман и лечење деце је претрпело током неколико последњих деценија значајне промене. Комбинација имунизације, побољшања социјалних услова и безбеднији начин снабдевања храном довео је до тога да су многе од раније озбиљних дечијих болести данас ретке. Многа од стања која данас погађају децу се боље третирају у јавним установама где су све више доступне високо квалитетне службе. Последично ће све више болница деци пружати само амбулантну заштиту, док ће само поједине пружати специјалистичку заштиту за хоспитализоване пацијенте за поједине болести као што су дечји канцери и сличне тешке болести.

Акушерство - се битно мења по својој природи, а пракса претеране употребе лекова током порођаја, која је постала уобичајена у многим земљама се сада доводи у питање услед доказа да многе од рутинских интервенција нису ефикасне. У земљама где су услови у кућама пацијената задовољавајући, постоји значајно смањење дужине боравка у болници после нормалног порођаја, често на 24 часа или мање. Истовремено постоји притисак јавности подржан од стране правника да се порођаји изводе на "савршено" безбедан и безболан начин. Жеље мајки да им се обезбеде безболни порођаји (са применом епидуралне анестезије) и дефанзивна пракса (медицинска пракса вођена на тај начин да се предупреде могуће тужбе) изгледа да су главни разлози повећању асистираних порођаја. Потребна је нова етика у породилиштима, као и оптимизација на бази доказа у бројним сегментима ове делатности, а посебно у вези учешћа порођаја довршених оперативним путем. Неке болнице Србије довршавају готово трећину порођаја оперативним путем тј. путем тзв. царског реза. Томе се мора стати на пут, али не тортуром и ограничењем слободе избора породиље, већ васпитањем и посвећивањем адекватне пажње породиљама које могу бити подучаване да су и другачији довршетци трудноће веома безбедни миленијумима.

Побољшање дијагностике - смањује трошкове и чини могућим да се активности децентрализују, тамо где су пре биле фокусиране у централној лабораторији. Нови облици опреме чине могућим да се особље обучи за извођење већине основних тестова без укључивања више одељења. У областима где је неопходна стручна интепретација, као што је у патологији, једно одељење може да пружа услуге за неколико болница путем видеолинка или телемедицинске комуникације и интернета. Ту је шанса Србије, а и многих других земаља да брзо превазиђу проблеме акутне кризе патоанатомске дијагностике, због недостајућег кадра и технологија. Потребан је брз и ефикасан план мера који ће ову важну дијагностику, а већ веома диференцирану по субспецијалностима убрзати тако да препарате гледају најбољи експерти у земљи. Треба планирати и припремити људе и инфраструктуру за генетску дијагностику у будућности, која ће радикално променити дијагностику у наредних 10 година.

Унапређење позиције и искуства пацијената - и у САД са екстремно високим нивом трошкова за здравствену заштиту, искуства пацијената у вези болница су далеко од жељених, што је показано у извештајима Националног Медицинског института "Премошћавање понора квалитета" и "Грешити је људски" ("Crossing the quality chasm" и "To er is human"). Све је више књига и публикација ироничног садржаја попут упутстава "How to survive hospital" (Како преживети болницу). Лоша организација, лоше осмишљен процес рада, мултипла упућивања пацијената између особља и лоше дизајнирана радна средина су чести проблеми. Све је више доказа који указују да добро осмишљена средина може да побољша исходе лечења и смањи упућивање пацијената између особља. Природно осветљење, поглед ка споља и други аспекти дизајна околине побољшавају искуства пацијената и особља.

Организација унутар болница - како су унутрашњи дизајн и конфигурација болница поново на преиспитивању у светлу нових праваца лечења и неге, а обзиром на то колико распоред просторија утиче на процес третмана пацијената. Свака наша болница се може ставити на експертско преиспитивање унутрашње организације, чиме би се сасвим сигурно не само постигла већа ефикасност, већ и велике уштеде. Организациону структуру доминантно одређују традиција и структуре моћи и утицаја, а не стручна компетентност и економска рационалност. Пацијенто-центричност као критеријална компонента је код нас углавном непозната категорија. Болничка одељења су искључиво структурисана на основу класичне поделе између интерних и хирушких специјалности и других функционалних одељења, а та структуризација је урађена по мери доктора, а мање пацијената. У свету се ова структура суочава са изазовима у новим болничким зградама на неколико начина: На мањој скали, груписање служби по системима органа омогућава специјалистима, који поседују различите вештине и ниво обуке, али сличан интерес да раде заједно. Овај приступ је сада веома чест у кардиологији и кардиохирургији. То може да значи да централизоване службе као дијагностичка визуализација, интервентна радиологија и операционе сале буду на располагању овим одељењима у флексибилним вишекорисничким просторијама. На већој скали, службе се могу груписати према тежини случајева и пацијентовим потребама у процесу неге, пре него по специјалности тако да су болесничка одељења груписана на критична, акутна, стандардна и амбулантна одељења. Овај приступ је описан као степенасти модел неге.

Да ли је могуће планирање болница и у болницама? - На болнице се често гледало као на институције које су издвојене од система којем припадају. Са њима се углавном управљало у међусобној изолованости. Овај тренд је био подстицан у многим земљама са појавама, које су захтевале повећану аутономију болнице. Оваква аутономија има своје добре стране, али болнице такође треба посматрати као део шире мреже са важном одговорношћу, према другим пружаоцима здравствених услуга. Болнице морају да блиско сарађују са службама примарне здравствене заштите и да им помажу у третману хроничних болести. Болнице морају међусобно да сарађују. Обзиром да постаје све теже да поједине болнице нуде комплетан обим услуга, оне морају да удруже снаге за пружање неких специјалистичких услуга. У многим здравственим системима, организациона структура отежава интеграцију болница и неболничких служби. Чак и у оним системима где постоји компетиција између пружаоца услуга, људи који утврђују политику морају да нађу начине да дају подстицаје управљачким структурама да међусобно сарађују.

Болнице и локалне заједнице - односи се на можда најважнији облик интеграција у вези болнице, интеграција са заједницама којима служе. Постоји хитна потреба померања од типичног технократског модела управљања ка много софистицираниј дискусији са јавношћу и другим учесницима у вези са променама са којима се болнице суочавају. Могуће је да ће се појавити велики изазови везани за начин функционисања примарне заштите у новом моделу и ово је потребно узети у разматрање. Неке земље експериментишу са разним облицима заједничких и непрофитних модела управљања болницама. Са порастом потрошачке природе (“конзумеризма”) и све већих очекивања у вези нивоа рада, болнице не могу да приуште да буду одвојене од заједница којима служе.

Дугорочне антиципације и свакодневно планирање- на основу Вилсонове антиципације у наредних неколико деценија можемо очекивати:

А) Бројне нове лекове који ће битно променити медицинску праксу, уклонити неке инфективне болести, утицати на ток артериосклерозе, коронарне болести и можданог удара, превенције, модификације тока и лечења неких облика канцера.

Б) Вакцине тј. Нове генерације вакцина ће елиминисати неке данас клинички веома непријатне инфективне болести, неке облике канцера обзиром да се већ данас примењују терапеутске вакцине. Није искључено да се вакцинама успешно третира дијабетес, ХИВ инфекције, као и превенира низ познатих или новоочекиваних болести. В) Минимално инвазивна хиругија укључујући и роботику је променила многе хируршке

процедуре, а мениће медицинску праксу утолико што се може очекивати да доминантно заузме хирушки медицински простор, како се већ сада догађа у болници Џоунс Хопкинс у Балтимору са импликацијом да лечење и интервенција буду једнодневни.
Г) Роботи ће преплавити медицински пословни простор у одношењу материјала, доставама снабдевања и слично.
Д) Сензори ће постати јефтини и опште - доступни, а обављаће низ послова који су у надлежности људске радне снаге. Могу се очекивати сензори који ће се имплантирати на доласку пацијента у болницу и извештавати о око 40 кључних тестова који чине 90% болничког лабораторијског волумена. Сензори ће окруживати болесника много више него данас.
Е) Очекивања од **замене оштећених органа путем трансплантације** и посебно ксенотрансплантације разумљиво су висока. Ксенотрансплантати са трансгених свиња у почетку ће се користити као привремена мера до налажења адекватних људских органа, а потом могу постати опште прихватљив извор органа за замену људских. Вероватно се могу очекивати производње нових сорти свиња прилагођених за узимање органа за помоћ човеку.
Ж) Визуелизација људских органа и ткива, као и архивирање људских слика и њихова расположивост овлашћеним корисницима било да су то болнички или ванболнички доктори постаће технолошки врло приступачан циљ. Стимулисаће се телерадиолошке консултације и добијање најкомпетентнијих дијагноза.
З) Болница сутрашњице биће специјална, а не општа болница. Развој саобраћаја копненог, воденог и ваздушног омогућиће брз и ефикасан трансфер већине пацијената у најбоље специјализоване центре у оквиру тзв. златног сата збрињавања уз истовремено пружање помоћи.
Нико не треба да размишља о укидању постојећих великих медицинских, клиничких и клиничко-болничких центара, а мора о њиховој флексибилности архитектонске структуре (могућности пренамене простора), као и о њиховој постепеној специјализацији уместо апсурдног и немогућег „развоја у свим областима". За обезбеђење флексибилности неопходно је преиспитивање постојећих планова и пројеката, посебно у Србији којој предстоји градња нових скупих објеката клиничких центара. Потребна је инклузија свих стручних потенцијала и појединаца (из земље и света) у оптимизацији медицинских програма, јавно разматрање пројеката и програма, потребан је национални и државни консензус око садржине инвестиција и трошкова које треба очекивати и поднети по њиховом завршетку.

Коначно - многе од ових промена захтевају управљање и руковођење на највишем нивоу, а нажалост, у многим системима постоји прећутни споразум да руководиоци болница не треба да се мешају у клинички рад на било ком нивоу. Код нас то није случај, чак се ради о претераном мешању, а често тиме ремети клиничка аутономија лекара и право да предлажу најбољи начин лечења, без обзира на то да ли ће то здравствено осигурање моћи да финансира. Народ и осигураници морају да прихвате схватање да здравствено осигурање и социјални фондови никада неће моћи да финансирају све „најбоље и најновије". Покушаји да се нега учини систематичнијом, да се примене приступи дизајнирања процеса, да се уради ревизија учинка или да се упореде разни облици праксе често наилазе на озбиљне отпоре. Лидери морају бити спремни да истрају и да ангажују најбоље чланове клиничког особља у промени болнице. Ово се не односи само на највише руководство, већ се захтева да се примени на свим нивоима. Предвиђања неминовно носе и грешке. Једна од ствари за коју можемо бити сигурни је да ће се болница будућности битно разликовати од оне коју познајемо данас. Лечиће пацијенте од других болести и користиће друге клиничке интервенције. Ритам промена који се значајно убрзао од 70-их година прошлог века ће постати још бржи. Ово значи да болнице треба да буду дизајниране за максимум флексибилности. Унутрашња конфигурација болница која се данас примењује ће се вероватно неколико пута променити током овог века њихове употребе. Пре свега, болнице морају радикалније да се прилагоде променама очекивања јавности у вези са обављањем медицинске праксе.

Ако то не учине, могу се наћи у ситуацији да други агилнији делови система здравствене заштите користе напредовања у технологији и информационим системима, што може довести у питање логику, која је довела до концентрације пружања здравствених услуга у болници. Ови пружаоци услуга ће можда бити у стању да репликују болничке услуге на јефтинији, приступачнији и начин који више одговара пацијентима. Једно време је у круговима медицинских социолога и филозофа, било модерно предвиђати крај болница што тешко да се може догодити. Оно што ће се свакако догодити је да долази период великих промена институција, на шта ће болнице морати да одговоре или ће изгубити неке елементе престижа, који је данас присутан.

Свака земља вероватно ради на начин који сматра оптималним за развој сопствених болница, дизајнирање и организовање здравствног система примереног економским могућностима, па и Србија. Рецептура за промену прилика у болничком систему је политичка категорија и зависна од владајућих вредности и центара моћи, али има стручних питања која надилазе улоге политичке моћи и воље.

Социјализовани системи здравствене заштите, попут нашег, имају више могућности да мудрошћу у доношењу одлука и стручно-научно заснованим планирањем учине јавни болнички простор оптималнијим, примеренијим могућностима у задовољавању потреба. Стога је неопходно пре свега:

- Успоставити Сектор управљања болницама у Министарству здравља (нпр. Управа за болнице) и управљачка права и одговорност за рад болница пренети искључиво на Министарство здравља Владе Републике Србије, обзиром на потрошњу која достиже 60% трошкова здравствене заштите, а локалној самоуправи осигурати партиципацију у пословима управљања јавним болничким институцијама; Треба реинтегрисати у пуној мери војно-здравствене капацитете, пре свега ВМА, (која може постати добар Национални траума центар, Центар за трансплантације органа и за неке друге важне функције);
- Сачинити план развоја болница Србије за период од 20 година, као део плана развоја здравствене заштите Србије. У Плану треба прецизно утврдити динамику реконструкције болничког система, оптимизацију коришћења постељног фонда укључујући начин проширивања и редукције, као и друге битне елементе за вођење јавног болничког система.
- Успоставити одмах или у оптималном року контролни и управљачки информациони систем, учинити информатички писменим запослене у болницама Србије; Променити одмах тј. у оптималном року од неколико година систем финансирања болница уз увођење – ДСГ, са претходим тестирањем модела у оквиру пилот пројекта;
- Успоставити у оптималном року од годину дана јавност рада бар преко web сајтова болница са адекватним садржајима за исто (дефинисати садржаје). Дефинисати минимални садржај сваког сајта и обавезати установе да их ураде по обавезним упутствима или упутити извршиоце посла у њих ради израде сајтова. Уредити питања вођења и ажурирања сајтова;
- Успоставити дуго најављивани, а избегавани систем избора пословодних органа путем јавног конкурса и на основу програма, при чему одлучујућу улогу мора имати широки круг запослених у установама;
- Успоставити стално коришћење савремених интернетских технологија и модерних комуникационих технологија у комуникацији међу институцијама: Српска болничка мрежа која омогућава сталну размену информација међу болницама, упућивање болесника и добијање претходне сагласности од институције у коју се упућује, а све у циљу смањења трошкова. Направити Телемедицински систем Србије, као део Српске болничке мреже, који омогућава консултације и видео размену информација међу болницама, на високо-софистицираном нивоу.
- Приступити изради стандарда у јавном болничком систему Србије, а примењивих и у приватном сектору, који ће омогућити компарације стања у појединачним и међу институцијама; Утврдити стандарде структуирања постељног фонда, што укључује нпр. обавезу сваке болнице да нпр. 10% постељног фонда стави у функцију тзв. дневних

болница, што неће довести до смањења трошкова, али хоће до повећања социјалне и медицинске ефикасности јавног болничког система.

Национални управљачки болнички систем оријентисан је ка стварању модерне и ефикасне мреже болница у Србији, способне да задовољи потребе корисника, пацијената уз коришћење савремених информационих и комуникационих технологија.
«Дигитална Болница» је радни назив пројекта који у почетку садржи пре свега циљеве оптимизације управљања коришћењем болничког постељног фонда, а потом и другим ресурсима којима болнице располажу. Дигитална болница у коначном смислу подразумева дигитализацију различитих процеса у технологији рада болница, оптимизацију информационог система и имплементацију новог система финансирања болница преко дијагностички сродних група тзв. ДСГ.

Јавност тј. транспарентност рада болница је снажна препрека корупцији и њеном ширењу, који је запретио да уништи најважније етичке корене медицине и здравствене заштите у Србији. Систем Дигитална Болница је најбољи прилог системског спречавања и превенције корупције.

Преглед заузетости постељног фонда свакодневно, са шифарским називима пацијената је обавеза сваке установе и Министарства здравља. На сајту сваке установе мора бити ИД број сваке постеље и ИД број лежећег пацијента, као и ИД број заказаног пацијента почев од дана заказивања. Све мора бити on line и контролабилно.

Пацијент, тј. осигураник, поготову заштитник његових права и надлежни државни орган може промптно проверити да ли је збрињавање хитног случаја обављено ефикасно са неопходном хоспитализацијом или је било неадекватног оклевања, одуговлачења и других нетичких момената.

Из свега наведеног јасно је да доношењем предметног упутства постојање здравствене установе и приватне праксе такође, постају инкомпатибилне без одговарајуће интернет странице (сајта). Ово посебно у односу на болнице. Болнице и друге здравствене установе тиме добијају разуман рок од 60 дана да саме ураде сајтове уколико их немају или да их садржајно допуне према инструкцијама Службе информатике РФЗО.

БОЛНИЧКЕ ПОСТЕЉЕ ПО УСТАНОВАМА ОДЕЉЕЊИМА И БОЛНИЧКИМ СОБАМА У ЈАВНИМ УСТАНОВАМА ЗДРАВСТВА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

На сваком сајту болнице увек дневно ажурни подаци о заузетости постеља (на сајту се објављују обавезно само црвена слова)

Пример: ВЕБ САЈТ КБЦ БЕЖАНИЈСКА КОСА СА ЛИНКОМ НА МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ И РФЗО

ПРЕГЛЕД ЗАУЗЕТОСТИ ПОСТЕЉА НА ДАН 27.О1.2013 ГОДИНЕ

1. КБЦ „БЕЖАНИЈСКА КОСА“ БЕОГРАД

1.1. ОДЕЉЕЊЕ АЛЕРГОЛОГИЈЕ И КЛИНИЧКЕ ИМУНОЛОГИЈЕ

Соба бр. 10.001

10.001

	(ЛБО на сајту само црвена слова) МАРКО ПОПОВИЋ, Страхињића бана 6/13, Београд ПРИЈЕМ: 10.06.2013. ОТПУСТ: #

10.002

	(ЛБО на сајту само овај број) МИОДРАГ ПЕТРОВИЋ, Јованова 13/4, Београд ЗАКАЗАН ПРИЈЕМ: 12.06.2013. ОТПУСТ:

10.003

10.004

10.005

10.006

10.007

10.008

10. НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМ ПРОМОЦИЈЕ ЗДРАВЉА И ЗДРАВСТВЕНОГ ВАСПИТАЊА И ОБРАЗОВАЊА

Израда и покретање Националног програма промоције здравља и здравственог васпитања и образовања становништва, ради свеопште социокултурне еманципације, а укључујући и специјализоване програме у медијима, специјализоване програме за ученике основних и средњих школа и сл. као и специјалне ТВ емисије, посвећене здрављу осигураника и свих грађана, чије ће програмске циљеве и садржаје иницирати, подстицати и подржавати Фонд. Финансирање делатности промоције здравља и у оквиру тога здравственог васпитања и образовања, као услов бољег здравља и свеукупне просвећености грађана Србије треба да одмах постане важан задатак Фонда.

Промоција здравља сходно дефиницији из „Отава повеље“ је: „процес оспособљавања људи да повећају контролу над својим здрављем и да га побољшају“. Ова дефиниција наглашава најважније елементе промоције здравља онако како је данас разумеју и прихватају професионалци у овој области. Она посебно наглашава: оснаживање појединаца и заједница а промоција здравља по својој суштини треба да осигура да појединци и заједнице буду способни да преузму улогу и моћ која им припада. Овај принцип је толико значајан да се сматра примарним критеријумом према коме неку иницијативу можемо сматрати промоцијом здравља.

Наиме, уколико иницијатива не укључује активности на оснаживању појединаца или заједница за такву иницијативу се не може сматрати да припада области промоције здравља.

Повеља је нагласила и три основне стратегије за промоцију здравља:

1) заступање (заговарање) да би се створили неопходни услови за здравље,
2) оспособљавање, свих људи да достигну свој пуни здравствени потенцијал, и
3) медијацију (посредовање у усклађивању) различитих интереса у друштву у циљу достизања здравља.

Повеља из Отаве наводи да акција промоције здравља значи: изградњу здраве јавне политике, стварање околине која пружа подршку, јачање акције у заједници, развој личних вештина и преоријентацију здравствене службе. Истраживања су показала да се коришћењем више међусобно комплементарних стратегија постижу бољи резултати у унапређењу здравља него коришћењем само једног приступа.

Најважније стратегије које се користе у промоцији здравља су:

1) Комуникација за здравље која представља коришћење комуникационих техника и технологија да би се позитивно утицало на појединце, популације и организације у циљу промовисања услова пожељних за здравље људи и средине.

2) Здравствено васпитање које представља свесно створене могућности за учење, а које укључују неку форму комуникације осмишљене да побољша здравствену писменост, укључујући знање и развијање животних вештина које су пожељне за здравље појединца и заједнице.

3) Самопомоћ/узајамна помоћ као процес путем кога људи који деле заједничка искуства, ситуације и проблеме могу једни другима пружити подршку.

4) Организациона промена се односи на рад унутар окружења за здравље, као што су школе, радна места, универзитети, болнице и друге здравствене установе, места за рекреацију и друго, да би се створила околина која подржава људе да направе здравији избор.

5) Развој и мобилизација заједнице представља колективне напоре које предузимају заједнице и усмерени су ка повећању контроле заједнице над одредницама здравља и тиме ка побољшању здравља.

6) Заступање је комбинација индивидуалних и социјалних акција дизајнираних да се задобије политичка посвећеност или подршка за одређени здравствени циљ или програм.

7) Развој политике – је процес развијања легислативе и регулаторних мера које штите здравље заједнице и олакшавају појединцима да направе здрав избор.

Партиципација (учешће) заједнице, односи се на принцип да се активности промоције здравља раде са људима у заједници, уз њихово пуно учешће, а никако не могу бити наметнути са стране. Заједница подразумева специфичну групу људи, који обично живе на одређеном географском подручју, и деле заједничку културу, вредности и норме. У многим друштвима, посебно у развијеним земљама, појединци не припадају само једној, издвојеној заједници, већ обично припадају читавом спектру заједница, на основу обележја, као што су географско место, занимање, социјална и друга интересовања. Људи у заједници активно учествују у препознавању потреба, постављању приоритета, доношењу одлука, планирању и имплементирању стратегија да би се задовољиле њихове потребе.

Значајна је улога здравствене службе и здравствених професионалаца у промоцији здравља. Улога здравствене службе треба више да се усмери ка промоцији здравља, односно да не буде фокусирана само на куративне услуге. Потребно је не само да се промене ставови од стране здравствених радника, него је потребно да се промени и организација здравствених служби тако да се уважи више партиципаторан приступ. Промена значи да здравствени радници треба у већој мери да узимају у обзир карактеристике популације са којом раде. У пружању услуга, обично специјалистичких, здравствене организације имају тенденцију да посматрају појединце са „специјалистичког“ становишта. Да би своје активности оријентисали у складу са принципима промоције здравља, важно је да се здравствене организације и здравствени професионалци усредсреде на потребе особе у целини. Водећа улога здравствених радника у промоцији здравља, може се остварити давањем примера о томе шта се може учинити за здраву средину, заступањем здраве јавне политике или тако што ће здравствени радник пружити саветовање о понашањима која унапређују здравље. Уколико се здравствени професионалци могу преоријентисати тако да постану заговорници (адвокати) здравља, а не само „сервис за поправке“, они могу бити снажни партнери у промоцији здравља.

Међусекторска сарадња прожима свих пет изложених принципа. Она подразумева сарадњу различитих сектора у друштву и на свим нивоима у циљу унапређења здравља. Ови сектори могу бити: заштита животне средине, транспорт, пољопривреда, прехрамбена индустрија, грађевинарство, делатност верске заједнице, невладине организације, медији, а може укључивати професионалце и оне који то нису. Међусекторска сарадња има потенцијал за стварање синергије. То значи да много људи

који представљају различите институције, са различитим образовањем, стручним знањима и квалитетима, сарађују да би достигли циљеве које не би могли достићи свако за себе. У литератури се чак разматра да је здравствена служба систем који је направљен да би се бавио болестима, а да, са друге стране, не постоји посебан систем који се треба да се бави здрављем. Последица тога је да здравље мора да уђе у сваки поједини систем, да нађе место унутар окружења која су осмишљена и структурирана са другачијом сврхом.

Одређени облици здравственог васпитања су били присутни од давнина. Можда то није било здравствено васпитање у савременом смислу, већ се прецизније речено радило о „здравственој пропаганди“. Здравствено васпитање као професионална активност се јавило касније, и његов развој се могао пратити паралелно са сагледавањем ограничења модерне куративне медицине. Здравствено васпитање је имало двоструки задатак: да превенира болест на примарном, секундарном и терцијарном нивоу, и да промовише одговарајуће коришћење медицинских услуга. Од здравственог васпитања се очекивало да убеди (или чак принуди) људе да усвоје стилове живота који би спречили појаву болести. Људе је такође требало убедити да користе одговарајуће услуге скрининга да би се открила одступања од нормалности и болест у асимптоматској фази. Било је потребно и да људи науче како да се понашају у случају појаве симптома или знакова болести, на пример тако што ће се обратити лекару у раној фази неког обољења које је могуће лечити. Осим функције у секундарној превенцији, здравствено васпитање је имало улогу и у терцијарној превенцији. Ово укључује мере као што су поспешивање сарадње у лечењу у циљу спречавања поновне појаве болести и помоћ људима да се прилагоде након болести, повреде или стања која ограничавају способности. Овако схваћено здравствено васпитање се везује за такозвани „превентивни медицински модел“. Иако значај превенције никада и ни у чему није доведен у питање, сматрало се да овакав модел није делотворан. Осим тога, сама поставка модела се коси са неким вредностима усвојеним у савременим демократским друштвима.

Савремени приступ здравственом васпитању се више ослања на оснаживање, што је у складу са приступом промоције здравља – у коме здравствено васпитање игра значајну улогу. Суштина је да се «не криви жртва» већ да се ослања на принцип партиципације појединца и заједнице. На пример, лекар који види болест као последицу незнања, глупости и недоличног понашања болесника, и лечи га заузимајући патерналистичку позицију захтевајући да се болесник придржава упутстава које је добио од доктора, сигурно да не примењује приступ усаглашен са савременим схватањима здравственог васпитања и промоције здравља. У савременом приступу процес више није једносмерно преношење информација са оног који зна (експерта, лекара или сестре) на оног који мање зна, него је хоризонтални процес размене информација и интеракције. Више пажње се поклања прикупљању информација од циљне популације, њиховом мишљењу у вези са здравственим темама, о томе које препреке они виде за здраве стилове живота, као и о њиховим схватањима везаним за промену понашања. Овакав, партиципаторни приступ, је усмерен да помогне људима да препознају сопствене бриге у вези са здрављем, и да стекну вештине и поуздање как би се решили тих брига. Овакав приступ узима у обзир услове социјалне и физичке средине у којима људи живе као важне одреднице здравља. Једна од најважнијих функција здравственог васпитања је да утиче на индивидуални избор, али не тако што ће бити наметнут већ путем подршке. Циљ је да се особе оснаже изградњом самопоуздања и потребних вештина. Здравствено васпитање још увек има улогу у промовисању одговарајућег коришћења здравствених услуга. Важно је и да се прошире погледи како оних који користе тако и оних који пружају услуге. Здравствено васпитање се труди да редефинише здравствене услуге и да подигне свест о значајној улози коју за јавно здравље имају различите организације и службе као што су транспорт и становање. Посебно је важно да разматрање здравствених последица постане рутински елемент у развијању и имплементацији сваке политике на нивоу организације или службе.

Здравствено осигурање, као и друштвена заједница и краткорочно и дугорочно имају интерес да подстичу појединце и колективитете на здравије понашање, на усвајање и примену здравих животних стилова и понашања, на очување и унапређење здравља. Између разних позитивних ефеката то ће смањити трошкове лечења. Иако у односу на ово има скептицизма, поготову међу искључиво клинички оријентисаним докторима не треба прихватати логику да су само лечења интерес здравственог осигурања.

Фонд ће иницирати и подстицати активности и садржаје који афирмишу здравље и здраве стилове живота, путем телевизијских емисија, прилога у штампаним медијима, финансирања научно-популарних књига и публикација. Фонд ће на тај начин више допринети здрављу народа, лечењу и самолечењу него се уско бавећи занатским плаћањем здравствених услуга чија се ефективност може процењивати. Стимулацијом људи да рано уоче и открију поремећаје здравља и обрате се професионалцима за помоћ, такође ће се смањити трошкови краткорочно, а поготову дугорочно.

Здравствена просвећеност нашег народа је нажалост још увек на ниском нивоу и неопходно је хитно предузети мере за њено унапређење. У овом подручју постоји пуно простора за деловање много субјеката, међу којима Фонд може имати једну од кључних улога, поготову што је до сада истини за вољу систематски избегавао, сматрајући је обавезом секундарног значаја за осигураничку популацију.

Научно утемељена активност у овој области имаће за резултат битне помаке у унапређењу здравља целокупног становништва, па и нешто мање од тога популације здравствених осигураника.

11. УСПОСТАВЉАЊЕ НОВОГ СИСТЕМА КОНТРОЛЕ

Кључни проблем и недостатак сваког уређивања система здравствене заштите и здравствене службе код нас је био проблем контроле и санкционисања неадекватног поступања. Контролни системи су посматрани у пежоративној димензији, чак и у стручној јавности, а потом се сви питамо како је могуће да се одређени планови, програми и активности не спроводе онако како је зацртано.

Успостављање новог система контроле и заштите права грађана-осигураника кроз функцију – **заштитиника права осигураника** у свакој здравственој установи, у циљу праћења рада и функционисања установе, положаја осигураника у њој и превенција ускраћивања права осигуранику, превенције евентуалне корупције или обмана осигураника, је изузетно важан задатак који треба да имплементира Фонд. Заштитиници права осигураника добиће широка овлашћења у контроли рада и пословања установа.

Дужност заштитника права осигураних лица, биће:

- информисање и давање савета осигураним лицима у вези заштите права из здравственог осигурања,
- пружање и обезбеђивање потребне помоћи осигураним лицима код остваривања права из здравственог осигурања,
- отклањање неспоразума између осигураника и особља у здравственој установи,
- праћење рада и функционисање установе у пружању услуга из здравственог осигурања и положаја осигураника у њој,
- контрола остваривања права из здравственог осигурања и спречавање покушаја ускраћивања права осигуранику,
- превенција и откривање евентуалне корупције или обмана осигураника
- анкетирање осигураника, са становишта његових перцепција и сатисфакције,
- контрола делатности и пословања установе.

Грађани тј. осигураници добиће снажан и независан ослонац на местима где се одвија њихова здравствена заштита и непосредно бити у позицији да утичу на остваривање својих права.

Према прорачунима за обављање ове функције, потребно је око 250 радних места, али се не ради о новом запошљавању, већ преузимању запослених из здравствених установа у којима су обављали послове заштитника права осигураника.

У том смислу Републички фонд ће донети посебан општи акт којим се регулише ова материја и начин преузимања запослених из установа у Службу Фонда, као и њиховим правима и обавезама.

Процена да се на око 300-400 болничких постеља мора обезбедити једно контролно радно место (једног заштитника права осигураника) у болницама, а у амбулантно-поликлиничким установама на 500 запослених чини се реалним стандардом који неће оптеретити делатност Фонда, а по осигуранике значити већу сигурност и ослонац. Досадашњи систем заштитника права грађана, који је запослен у установи у којој исти обавља послове није дао резултате, јер је први услов обављања ефективне контроле је независност контролора од институције коју контролише. Ова област делатности ће се нормативно уредити и финансијски подржати, као делатност од највећег могућег значаја, како за Фонд, тако и за његове осигуранике.

Приоритет ће бити и израда Правилника о заштитнку права осигураних лица са начелима за уређење заштите права осигураних лица код даваоца здравствених услуга, преузимањем заштитника права пацијената у надлежност РФЗО.

Унапређење контролне функције Фонда, са циљем обезбеђења бољих услова за адекватну заштиту права осигураника и интензивирање контроле наменског коришћења средстава обавезног здравственог осигурања остариће се и груписањем задатака контроле у одговарајуће сегменте послова за жалбе и пријаве, послове интерне контроле и послове контроле планирања, спровођења поступка и извршења јавних набавки.

Сегмент за жалбе и пријаве осигураника, имаће за циљ повећање задовољства осигураника брзим реаговањем на сва питања осигураних лица, уз пружање стручне и техничке помоћи код остваривања права, као и давања инструкција за заштиту права код жалби осигураника.

Технолошким иновацијама попут Call центра, Е-маила, СМС-а, али телефонским путем и поштом, обезбедиће се пријем, регистрација позива, жалби, ургенција, захтева осигураника у вези остваривања права из здравственог осигурања. Организовањем дежурстава заштитника права обезбедиће се тријажа пријава по хитности и њихово промптно решавање, односно дистрибуција позива одговарајућим службама и надлежним органима на даље поступање.

У сегменту за интерну контролу обављаће се најсложенији послови у вези интерне контроле начина рада Филијала, као и контроле рада лекарских комисија у филијалама у вези остваривања права из здравственог осигурања. Интерна контрола ће обухватити задовољство осигураника у односу на професионалност, љубазност, ефикасност како запослених у шалтерским службама тако и одговарајућих лекарских комисија.

Биће успостављена систем хијерархије и ланац одговорности са циљем сузбијања и елиминисања релативизација одговорности и локална толерантности у односу на нађена стања и спровођење неопходних мера у поступку контроле.

Све наведено има за циљ јачање контролне функције Фонда, кроз квалитетније обављање послова контроле, а самим тим и наменског трошења средства осигураних лица, како би се остварио основни интерес а то је остваривање права осигураника на здравствено осигурање и здравствену заштиту.

12. УНАПРЕЂЕЊЕ И РАЗВОЈ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Увођење нових технологија и стручног усавршавања везаног за области које нису у земљи успостављене, захтева успостављање Националног савета или **Фондације за развој медицинских технологија и кадрова** из које ће се финансирати плански развој и увођење нових технологија, као и усавршавање талената у медицини кроз специјализације и субспецијализације у свету.

Обзиром на заинтересованост за развој и имплементацију нових технологија, посебно за стварањем новог капитала садржаног у знањима здравственог особља, Фонд ће учествовати у стварању ове нове институције. Обзиром на чињеницу да нема законских основа, а ни средстава за инвестирање у објекте и опрему за ове намене, Фонд ће овој институцији пружити подршку кроз седиште и услове рада.

13. НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМ ТРАНСПЛАНТАЦИЈЕ ОРГАНА

Фонд ће са Министарством здравља учинити неопходне кораке за успостављање система и Националног програма трансплантације органа. Задатак је да се успостави организовани програм, институције и постигну резултати у трансплантацији различитих органа, са јасном дефиницијом улоге појединаца и институција.

Укључивање у Еуротрансплант и интензивирање активности од значаја за остваривање овог циља допринеће убрзању послова у којима се бележи озбиљан заостатак у овој области не само за европским земљама, већ и за земљама у окружењу.

Израда Националног програма има посебан значај, не само стога што треба превазићи створену конфузију око трансплантације органа, организације ових послова, надлежности и одговорности појединих субјеката већ и зато што је потребно уредити не само законом већ и програмски врло важну материју.

14. ПОВЕЋАЊЕ ЕФИКАСНОСТИ РАДА ФОНДА

У раду Фонда здравственог осигурања неопходне су мере на повећању ефикасности и ефективности свих служби у задовољавању потреба и захтева осигураника. То ће се остваривати кроз плански и програмски рад и развој свих служби и делатности. Истовремено су неопходне уштеде и рационализација делатности, увођењем савремених информационо-комуникационих технологија, при чему ће се убрзати процес одговора на питања и захтеве корисника и несметано остваривање права у области здравственог осигурања.

Циљ Фонда здравственог осигурања јесте да сви грађани буду обухваћени бар неким видом обавезног здравственог осигурања, али он тај циљ не може остварити самостално. Тај циљ може да оствари само држава, пре свега Министарство финансија Србије, које ће уплатом доприноса за незапослене и друга лица која немају или су из различитих разлога изгубила обавезно осигурање. Свако неплаћање доприноса или бесплатно обављање здравствених услуга за особе, које нису платиле допринос својом или кривицом послодавца сходно прописима сматра се противзаконитим поступањем и злоупотребом. Стога ће се у овој области увести такав контролни систем који ће онемогућити субјективизам и незаконито вођење социјалне политике, која није у надлежности Фонда, ни Владе.

Док се у многим европским земљама на нивоу примарне здравствене заштите збрине око 70-75% пацијената, у Србији је случај да се око 50% осигураних лица збрињава у установама секундарне и терцијарне здравствене заштите. Неретко се дешава да се пацијентима пруже услуге на примарном нивоу, ураде потребне анализе, а након тога пацијент се упућује на виши ниво здравствене заштите где се услуге дуплирају. Уочена је тенденција пада броја превентивних прегледа из године у годину. То значајно увећава трошкове здравствене заштите. Из тог разлога, један од циљева економске политике требао би да буде и успостављање равнотеже између примарне здравствене заштите, с једне стране, и секундарне и терцијарне здравствене заштите, с друге стране.

У циљу рационализације трошкова, потребно је унапредити контролу потрошње лекова, из разлога што она из године у годину има тенденцију раста. Приликом израде предрачуна средстава потребно је сагледавати спроведене коначне обрачуне са здравственим установама, из разлога што се тек на крају обрачунског периода утврди да је установама на неким позицијама опредељено више средстава, а на другим позицијама

мање, па се врше и прерасподеле средстава. Из године у годину примењују се исти критеријуми који су утврђени још 2002. године. Ради правилне расподеле средстава, смањења захтева здравствених установа за анексирање уговора, уложених приговора на понуђени предлог уговора и смањења администрирања између здравствених установа и филијала републичког фонда, критеријуме за уговарање треба иновирати.

15. КАРТИЦА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА (КЗО)

Законом о здравственом осигурању, дефинисано је да осигурана лица право на здравствену заштиту о трошку обавезног здравственог осигурања остварују на основу оверене здравствене књижице, односно картице здравственог осигурања (у даљем тексту: КЗО). У току је припремна фаза Пројекта замене КЗО у оквиру које се врше техничке припреме (инсталација софтверских система као и припрема података за персонализацију).

Увођење КЗО у здравствени систем Србије обезбеђује следеће предности:

1) Сигурносни системи КЗО обезбеђују високу заштиту административних података на чипу, чиме ће бити онемогућене злоупотребе, тј. фалсификовање исправе.

2) КЗО значајно олакшава процес овере КЗО, без потребе да се овера, као до сада, врши одласком у филијалу/испоставу Фонда.

3) Промене личних података о осигуранику (промена адресе пребивалишта, промене података о послодавцу, измена основа осигурања ...) обављаће се учитавањем нових података на чип картице, без промене саме исправе, односно досадашњег издавања нове здравствене књижице. Сада, свака измена података на здравственој књижици подразумева замену здравствене књижице, што за Фонд представља трошак.

4) КЗО омогућује успостављање сигурних и ефикасних електронских сервиса у Фонду. За почетак биће поједностављена провера датума овере КЗО од стране осигураника и здравствених установа коришћењем електронских сервиса.

5) КЗО обезбеђује инфраструктуру за сигуран приступ сервисима које ће здравствене установе моћи да успоставе (заказивање прегледа од куће, електронско упућивање пацијената из једне у другу здравствену установу, ...).

Изглед и подаци на КЗО. Изглед Картице здравственог осигурања као и подаци које се уносе на чип и које се могу очитати, дефинисани су Правилником о исправи о здравственом осигурању и о посебној исправи за коришћење здравствене заштите („Службени гласник РС“, бр. 130/2010).

На картици су видљиви име и презиме осигураног лица, датум рођења, лични број осигураника и број здравствене картице. Подаци који се уносе на чип прузимају се из матичне евиденције осигураника (име, презиме, ЈМБГ, ЛБО, адреса, матична филијала РФЗО, обвезник уплате доприноса, период овере и други административни подаци**).** На сликама 1 и 2 представљен је изглед предње и задње стране КЗО.

Слика1.

Слика2.

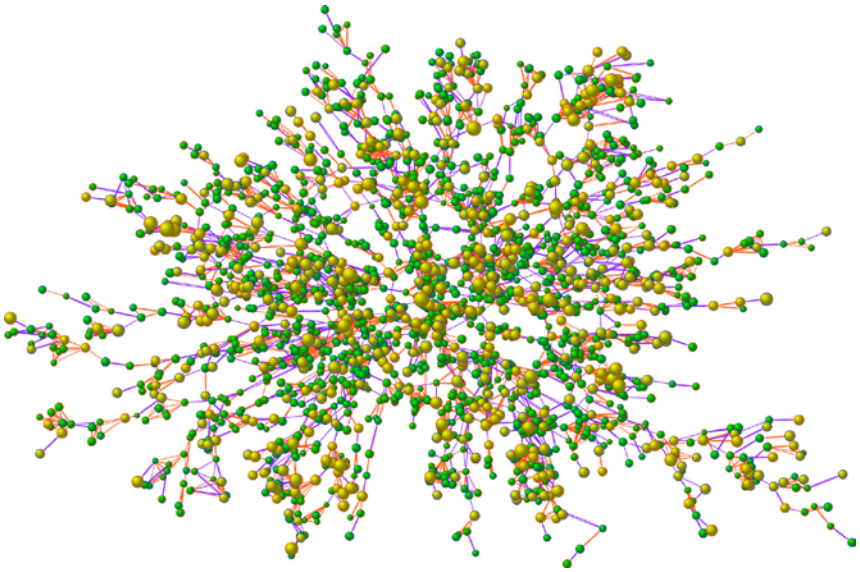
Картица не садржи податке о пруженим услугама у здравственим установама, податке о лековима добијеним на рецепт, као ни друге податке о остваривању права из здравственог осигурања.

Подношење захтева. Подношење захтева за издавање здравствених картица дефинисано је у Упутству за замену здравствених књижица новим картицама здравственог осигурања (ознака документа УПИ-0060, документ је доступан на Инфо порталу РФЗО, http://info.rfzo.rs/radnidokumenti).

Према поменутом Упутству, захтев за издавање здравствених картица, односно замену постојећих здравствених књижица, подноси се надлежној филијали/испостави Републичког фонда за здравствено осигурање. Процедура подношења захтева за издавање картице, односно документација коју је потребно приложити, слична је као и за издавање здравствене књижице.

Осигураник подноси захтев за издавање нове КЗО на посебном обрасцу КЗО-П1, потписује га (чиме гарантује исправност и тачност података), након чега се шаље захтев за израду нове КЗО. Уколико осигураник поседује здравствену књижицу, иста ће му важити док му се не уручи нова КЗО. Уколико осигураник не поседује здравствену књижицу, односно нову КЗО, а има право на оверену исправу здравственог осигурања, издаје му се Потврда (Образац ПЗК) која важи све до уручивања нове КЗО, а најдаље месец дана од дана подношења захтева за КЗО.

Процедура је иста и уколико фирма, односно обвезник уплате доприноса, хоће да изврши замену здравствених књижица за своје запослене раднике, а захтев се подноси (на обрасцу КЗО-П2) од стране послодавца или овлашћеног лица фирме, који такође може преузети и израђене КЗО.



ЛИТЕРАТУРА

1. **Health Insurance Exchanges: Long on options, short on time Health Research Institute** October 2012 pwc.com/hri Price Waterhouse Coopers Int.,
2. Stiglitz Joseph, Ekonomija javnog sektora, Ekonomski fak. Beograd, 2008 god,(844 str.)
3. Bjegović Vesna, **Menadžment zdravstvenim osiguranjem, Пројект реформе здравственог осигурања Србије, (у штампи), 2013**
4. Monheit A.and Cantor J., Ed. by, **State Health Insurance-Market Reform Toward inclusive and sustainable health insurance markets**,Routledge, 2011 (192 стр.)
5. **What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy?** William Hsiao and Peter S. Heller, 2007, International Monetary Fund WP/07/13; (101 стр.)
6. Thomson S. Foubister T., Mossialos E.,**Financing health care in the European Union Challenges and policy responses**, European observatory on health systems, 2009 (224 str.)
7. *Russell C. Coile, Jr.,* **The paperless hospital, *Healthcare in a Digital Age*,**Health Administration, Press, 2002, (344 str)
8. Wismar M., Palm W, Figueras J.,Kelly E, van Ginneken E.,**Cross border Health Care in the European Union, World Health Organization** 2011, European Observatory on Health Systems and Policies (396 стр.)
9. Kutzin J., Cashin Ch., Jakab M., **Implementing Health Financing Reform Observatory Studies Series,**: World Health Organization 2010, European Observatory on Health Systems and Policies (425 str.)
10. Saltman R.B., Durán A., Dubois H. F.W., **Governing Public Hospitals Observatory Studies Series**, World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (278 str.)
11. Figueras J., and McKee M.,**Health Systems Health Wealth and Societal Well-being Assessing the case for investing in health systems** World Health Organization 2012 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. (330 str.)
12. Figueras J., McKee M., Mossialos E. and Saltman R. B., **Social health insurance systems in western Europe,** European Observatory on Health Systems and Policies Series, World Health Organization 2004, (313 strana)
13. **The World Health Report Health Systems Financing**,World Health Organization 2010, Geneve (128 str)
14. **Health Systems Improving Performance,The World Health Report 2000** World Health Organization, (215 str.)
15. Hervey TK., McHale JV. **Health Law and the European Union.** Cambridge: Cambridge University Press, 2004; (541 str.)
16. Van de Gronden JW.et all. **Health Care and EU Law.** Springer, 2011; (528. str.)
17. De Cruz,P. **Comparative healthcare law**, Public health laws, (2001) Cavendish Publishing Ltd. London-Sydney (784 str.)
18. Stauch, M. Tingle, J., **Sourcebook on medical law** – 2nd ed – Cavendish sourcebook series– Great Britain, 2002 (819 str.)
19. Showalter, J. S.**The law of healthcare administration**, Health Administration Press, Chicago Il. 2008; (526 str.)
20. Robyn M., Johnson, L. **Law and the public dimension of health, Public health laws international,** Cavendish Publish. Comp., London • Sydney 2001; (465 str.)
21. Derek M. **Issues in medical law and ethics,** Medical laws and legislation Great Britain, 2001;(304str.)
22. WHO. **International Health regulations** Sec. ed. ,2008; (82 str.)
23. WHO- **International digest of health legislation** http://www.who.int/idhl-rils/index.cfm
24. Kaczorowska. A. **European Union law**–2nd ed. by Routledge (London,New York). 2011; (1198 str.)
25. Steffen M. ed. **Health governance in Europe:issues, challenges, and theories** / Routledge, (London, New York) 2005; (225 str.)
26. Mossialos E., et all. **Health Systems Governance in Europe** The Role of EU Law and Policy, Cambridge University Press 2010, (768 str.)
27. Hervey T.K., McHale J. V. **Health Law and the European Union,** Cambridge University Press, 2004 (541 str)
28. Van de Gronden J. W.et all. **Health Care and EU Law,** Springer, 2011. (528 pp)
29. De Cruz, P. **Comparative healthcare law**, Public health laws, (2001) Cavendish Publishing Ltd. London-Sydney (784 str.)

30. Detels R. et all.: **Oxford Textbook of Public Health** 4th Edition (2002): By Oxford University Press (3120 str.)
31. Stauch, M. Tingle, J., **Sourcebook on medical law** – 2nd ed – Cavendish sourcebook series– Great Britain, 2002 (819 str.)
32. Showalter, J. S. **The law of healthcare administration**, Health Administration Press, Chicago Il.2008, (526 str.)
33. Robyn M., Johnson, L. **Law and the public dimension of health, Public health laws international,** Cavendish Publish. Comp., 2001, London • Sydney (465 str.)
34. Ellington C.,Bradley J,**The Physician's Pocket Lawyer** 2003 Landes Bioscience Wadem (98 str.)
35. Derek M. **Issues in medical law and ethics,** Medical laws and legislation, 2001,Great Britain (304 str.)
36. **International Health regulations** (2008),Sec. ed. (82 стр.), WHO
37. WHO- **International digest of health legislation** http://www.who.int/idhl-rils/index.cfm.
38. **Building FOUNDATIONS eHealth Report of the WHO Global Observatory for eHealth**,Progress of Member States, World Health Organization 2006, Geneve (339 str.)
39. **Legal frameworks for eHealth: based on the findings of the second global survey on eHealth.** (Global Observ. for eHealth Ser.v.5) World Health Organization 2012 (90 str.)
40. **Management of patient information: trends and challenges in Member States: based on the findings of the second global survey on eHealth.** (Global Observatory for eHealth Series, v. 6) World Health Organization 2012 (80 стр.)
41. **State Medicaid Program Management Update and Considerations**,Deloitte Center for Health Solutions, 2012 (31 str.)
42. **Report on the second global survey on eHealth Telemedicine**, Global Observatory for eHealth series - Volume 2 in Member States World Health Organization 2010 (96 str..)
43. **eHalth country profiles, Atlas 2010** Global Observatory for eHealth series - Volume 1, World Health Organization 2010 (244 str.)
44. **New horizons for health through mobile technologies** Global Observatory for eHealth series - Volume 3 World Health Organization 2011 (111 str.)
45. **Safety and security on the Internet Based on the findings of the second global survey on eHealth** Global Observatory for eHealth series - Volume 4, Challenges and advances in Member States World Health Organization 2011 (92 str.)
46. Payne. J, **Mobilizing Standards:Aligning eHealth Standards to Accelerate the Integration of Mobile Health Systems into Global Health Practice,** , 2012, mHealth Alliance. Joint ITU-WHO Workshop on e-Health Standards & Interoperability http://www.itu.int/dms_pub/ itu-t/ oth/06/5B/ T065B0000170041 PDFE.pdf.
47. Berry. E., **Big insurers investing in mobile health apps. 2012**, [cit.2012 September]; Available from: http://www.ama-assn.org/amednews/2012/01/23/bisd0123.htm.
48. Raja. Y, **Best Practices and Trends in Developing Mobile Healthcare Applications, Life Sci Trends**, 2011. 10(3). http://www.zslinc.com/Pdf/Best-Practices-and-Trends-in-Developing-Mobile Health-Apps.pdf.
49. Pentland. A, et al., **Improving Public Health and Medicine by use of Reality Mining**, 2009, Robert Wood Johnson Foundation.http://hd.media.mit.edu/rwjf-reality-mining-white paper-309.pdf
50. **New horizons for health through mobile technologies**, in Global Observatory for eHealth series 2011,World Health Organization, mHealth:Geneva, Switzerland.http://www. who.int/ goe/publica-tions/ goe_ mhealth _ web.pdf
51. **The World Bank, Information and Communications for Development** 2012: Maximizing Mobile, 2012, World Bank: Washington, ДС.http://siteresources.worldbank. org/EXTINFOR MATIONANDCOMMUNICATIONANDTECHNOLOGIES/ Resource IC4D-2012-Report.pdf.
52. Blumberg. S, et al.,**Wireless substitution: State-level estimates from the National Health Interview Survey**, 2010-2011 in National Health Statistics Reports2012, CDC.http://www.cdc. gov/nchs/ data/nhsr/ nhsr 061 \.pdf.
53. Fox. S and Dugggan. M, **Mobile Health 2012, 2012, Pew Research Center's Internet & American Life Project,** Washington D.C.http://www.pewinternet.org/~/media// Files/ Reports/ 2012/PIP_Mobile Health 2012.pdf.
54. Gallagher. L, **Computing in Healthcare: Privacy and Security Considerations and Available Resources** 2012,Mobile, HIMSS. NIST/ OCR 2012 HIPAA Security Confere- nce.http://csrc.nist. gov/newsevents/ hiipaa june2012/day1/day1-a1_lgallagher_mobile. pdf.
55. Kozierkiewicz A., Trąbka W., Romaszewski A., Gajda K., and Gilewski D. **"Definition of the 'Health Benefit Basket' in Poland." European Journal of Health Economics 2005 November; 6 (Suppl 1): 58–65.**

56. **Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005.** Copenhagen, World Health Organization. WHO Regional Office for Europe, 2005.
57. Oliver AJ, Mossialos E (2005). **European health system reforms: looking backward to see forward?** *Journal of Health Politics,Policy and Law*, 30(1–2):7–28
56. Schreyögg J et al. (2005). **Defining the "health benefit basket" in nine European countries: evidence from the European Union Health BASKET** Project.*European Journal of Health Economics*, 6 (Supplement 1):2–10.
57. Schneider P (2007). ***Provider payment reforms:lessons from Europe and America for south eastern Europe*.** Washington, DC, World Bank.
58. Sécurité Sociale (2008) [web site]. **Contrat responsable. Paris, Sécurité Sociale de la France** (http://www.securite-sociale.fr/comprendre/reformes/ reformeassmal/ decrets/ maitrise/ 20050930. htm, accessed 23 January 2008).
59. Seshamani M, Gray A (2004). ***Age, proximity to death and future demands on the NHS***. London, Office of Health Economics
60. Sorenson C, Kanavos P, Drummond M (2007). Report 3: **Ensuring value for money in health care: the role of HTA in the European Union**. In: Cox P et al. *Th e Cox report on financing sustainable healthcare in Europe* (http://www.sustainhealthcare.org/cox.php, accessed 23 November 2007):139–162.
61. Suhrcke M et al. (2005). ***The contribution of health to the economy in the European Union***. Brussels, European Commission.
62. Suhrcke M et al. (2006). **Investment in health could be good for Europe's economies**. *British Medical Journal*, 333(11 November):1017–1019.
63. Thomson S, Balabanova D, Poletti T (2009). **What role for voluntary health insurance**? In: Kutzin J, Busse R, Schreyögg J. ***Implementing health financing reforms: lessons from and for countries in transition*.** Maidenhead, Open University Press (forthcoming).
64. Thomson S, Busse R, Mossialos E (2002). **Low demand for substitutive voluntary health insurance in Germany.** *Croatian Medical Journal*, 43(4):425–432.
65. Thomson S, Mossialos E (2004). ***Funding health care from private sources: what are the implications for equity, efficiency, cost-containment and choice in western European health systems?*** Copenhagen,WHO Regional Office for Europe.
66. Thomson S, Mossialos E (2006). **Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands**. *Journal of European Social Policy*, 16(4): 315–327.
67. Thomson S, Mossialos E (2007a). **EU law and regulation of private health insurance**. *Health Economics, Policy and Law*, 2(2):117–124.
68. Thomson S, Mossialos E (2007b). **Regulating private health insurance in the European Union:the implications of single market legislation and competition policy**. *Journal of European Integration*, 29(1):89–107.
69. Thomson S, Mossialos E, Jemiai N (2003). ***Cost sharing for health services in the European Union***. Report prepared for the European Commission Directorate General for Employment and Social Affairs. London, London School of Economics and Political Science.
70. van de Ven WPMM et al. (2007). **Risk adjustment and risk selection in Europe: six years later**. *Health Policy*, 83(2–3):162–179.
71. Van Hulle K (2007). ***European integration and healthcare systems***. Presentation given at the 2nd INAMI Symposium, Brussels, 28 September 2007.
72. Velasco-Garrido M, Busse R (2005). ***Health technology assessment: an introduction to objectives, role of evidence and structure in Europe,*** Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
73. Vrangbaek K (2009). ***The health system in Denmark***. New York, The Commonwealth Fund (forthcoming).
74. White C (2006). **GP contract settlement under threat.** *British Medical Journal*, 332 (7532):10.
75. WHO (2007a). ***The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing***.Geneva,WHO(Health System Financing Discussion Paper,No 3).
76. WHO Regional Office for Europe (2006). ***Approaching health financing policy in the WHO European region***. Paper prepared for the WHO Regional Comm. for Europe, fifty-sixth session, Copenhagen, 11–14 Sept. 2006. Copenhagen, WHO Reg. Office for Europe.
77. Holland WW, Detels R, Knox G. **Oxford Textbook of Public Health** 2009
78. Editorial, **Evidence – based medicine: what it is and what it isn't.** BMJ 1996;312:71
79. Friis RH, Sellers TA. **Epidemiology for Public Health Practice, fourth edition**. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2009, (85 стр.)

80. Leavell HR, Clark EG. **Preventive medicine for the doctor in his community**. New York: McGraw-Hill, 1953. (434 стр.)
81. Linos A, Kirch W (Ed.). **Prevention is primary: strategies for community well-being**. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.
82. Lundy KS, Janes S. **Community health nursing: Caring for the Public's health**. London: Jones and Bartlett Publishers, 2009.
83. CSDH. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
84. U.S. Department of Health and Human Services. **The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General**. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
85. Gilbert GG, Sawyer RG, McNeill EB. **Health education: creating strategies for school and community health**.London: Jones and Bartlett Publishers, 2011.
86. Jacobsen KH. **Introduction to global health**. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2008.
87. WHO. The **World Health Report 2000 – Health systems: improving performance**. Geneva: World Health Organization, 2000.
88. WHO Europe. **Improving Health System Stewardship.** Meeting Report, Madrid, April 2005.
89. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. **Financing Health Care in the European Union. Challenges and Policy Responses.** WHO: European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.
90. European Health for All Database – HFA DB, **WHO Regional Office for Europe**Available from URL: http://data.euro.who.int/hfadb
91. Figueras J, McKee M, Lessof S, Duran A**,** and Menabde N (Ed.). **Health systems,health and wealth:Assessing the case for investing in health systems**.Copenhagen:WHO Europe, 2008.
92. Murray CJL, Frenk J. **A framework for assessing the performance of health systems**. Bulletin of the World Health Organization, 2000;78(6):717-731.
93. Docteur E, Oxley H. **Health care systems: lessons form the reform experience**. OECD Health Working Papers 9. Organization of Economic Cooperation and Devel., 5 December 2003.
94. The Tallinn Charter: **Health Systems for Health and Wealth**. WHO European Ministerial Conference on Health Systems, Tallinn, Estonia, 25-27 June 2008.
95. WHO. **The European Health Report 2009: Health and Health Systems,** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.
96. Wan der Werff A. **Comparative analysis of public approaches.** In: Holland WW, Detels R, Knox G. Oxford Textbook of Public health. Second ed., Volume I, Oxford: Oxford University Press; 1991. p.83-92.
97. **World Development Indicators database.**World Bank. Available from URL http://data.worldbank. org. accessed on December 2011.
98. UNDP. Human Development Report 2011. **Sustainability and Equity: A Better Future for All.** Available from URL: www.beta.undp.org .Accessed on December 2011.
99. Симић С, Бјеговић В, Јелача П, Косановић Р, Маринковић Ј, Младеновић Д. **Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији.** Београд: Центар за проучавање алтернатива/Самиздат Б92, 2000.
100. WHO Europe. **Improving Health System Stewardship.** Meeting Report, Madrid, April 2005. Министартсво здравља Републике Србије. Боље здравље за све у трећем миленијуму. Београд, 2003.
101. Министарство здравља Републике Србије. Available from URL: www.zdravlje.gov.rs. Институт за јавно здравље Србије Србије „Др Милан Јовановић Батут". Здравствено статистички годишњак Републике Србије 2010.
102. Републички фонд за здравствено осигурање Србије. Available from URL: www.rzzo.rs Министарство здравља Републике Србије. Истраживање здравља становника Републике Србије, 2006. година – основни резултати, Београд, 2007. година.
103. Editorial. Evidence – based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71
104. Gray MJA. **Evidence – Based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions,** Churchill Livingstone, 1997.
105. Friis RH, Sellers TA. **Epidemiology for Public Health Practice**, fourth edition. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2009, p.85.
106. Pavell HR, Clark EG. **Preventive medicine for the doctor in his community**. New York: McGraw-Hill, 1953.
107. Linos A, Kirch W (Ed.). **Prevention is primary: strategies for community well-being**. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.

108. Lundy KS, Janes S. Community health nursing: Caring for the Public's health. London: Jones and Bartlett Publishers, 2009.
109. Hofmarcher M M, Rack H-M. ***AUSTRIA : Health system review***. *Health Systems in Transition*, 2006; 8(3): (247 str.).
110. Rokosová M, Háva P, Schreyögg J, Busse R. ***Health care systems in transition: CZECH REPUBLIC***. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005. (167 str.)
111. Strandberg-Larsen M., Nielsen M. B., Vallgarda S., Krasnik A., Vrangbaek K. and Mossialos E. ***DENMARK: Health System review***. *Health Systems in Transition,* 2007; 9(6): (164 str.).
112. Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C and Mladovsky P. ***FRANCE: Health system review.*** *Health Systems in Transition*, 2010; 12(6): (291 str.)
113. Economou C**.** ***GREECE: Health system review***. *Health Systems in Transition*, 2010, 12 (7): (180 str.)
114. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E. ***THE NETHERLANDS: Health system review***. *Health Systems in Transition*, 2010; 12 (1): (229 str.).
115. Voncina L, Jemiai N, Merkur S, Golna C, Maeda A, Chao S, Dzakula A. ***CROATIA : Health system review***. *Health Systems in Transition*, 2006; 8(7): (108 str.).
116. Gaál P. ***Health care systems in transition: HUNGARY****.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. (162 str.)
117. Busse R, Riesberg A. ***Health care systems in transition : GERMANY****.* Copenhagen,WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. (242 str.)
118. Kuszewski K, Gericke C. ***Health Systems in Transition: POLAND***.Copenhagen,WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005. (130 str.)
119. Albreht T, Turk E, Toth M, Ceglar J, Marn S, Pribaković Brinovec R, Schäfer M, Avdeeva O and van Ginneken E. ***SLOVENIA:Health system review***. *Health Systems in Transition*. 2009; volume 11 (3): (168 str.)
120. Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. ***Health Systems in Transition: SWEDEN****.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005. (145 str.)
121. Seán Boyle: ***UNITED KINGDOM (England): Health system review***.*Health Systems in Transition*, 2011; 13(1): (486 str.)
122. Johan Willem van de Gronden, Erika Szyszczak, Ulla Neergaard, Markus Krajewski Ed.: ***HEALTH CARE AND EU LAW***, 2011, Springer, (grupa evropskih autora) komparativna studija (528 str.)
123. de Gooijer Win, **Trends in EU Health Care Systems**, 2007 Springer Science, (525 str.)
124. Carl-Ardy Dubois,Martin McKee and Ellen Nolte Edited by , **Human resources for health in Europe**, Open University Press, World Health Organization 2006, (226 str.)
125. World Health Organization 2009,**The European health report 2009** Health and health systems, Copenhagen (191 str.)
126. Minogiannis, Panos.**European integration and health policy : the artful dance of economics and history** / Copyright 2003 by Transaction Publishers, (298 str.)
127. Ritsatakis Anna ... edited by [et al.] **Exploring health policy development in Europe** / World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen (551 str.)
128. Thomson Sarah, Foubister Thomas, Mossialos Elias, : **Financing health care in the European Union Challenges and policy responses** World Health Organization 2009, 224 str. (278 str.)
129. Mossialos Elias, Dixon Anna, Figueras Josep and Kutzin Joe, **Edited byFunding health care:options for Europe** Open University Press, Buckingham, Philadelphia,World Health Organization 2002
130. *Chawla Mukesh* **Health Care Spending in the New EU Member States *Controlling Costs and Improving Quality*** 2007The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank (172 str.)
131. Coulter Angela and Magee Helen Ed. by **The European patient of the future,** Open University Press, 2010, (300 str.)
132. **Healthcare 2020,** June 15, 2012; Bain Brief By George Eliades, Michael Retterath, Norbert Hueltenschmidt and Karan Singh
133. **The future of healthcare—there's an app for that,** June 5, 2012 Bain Brief; By Chuck Farkas and Tim van Biesen
134. **Radical redesign through zero-based budgeting,** June 12, 2012 Bain industry brief; By Paul Cichocki, Molly Kerr, Gary Clare and Chris Koegel

135. **Personalized healthcare: Reaching the next frontier of medicine,** June 7, 2012 Bain audio slideshow By Franz-Robert Klingan

136. **Global Healthcare Private Equity Report 2012,** March 8, 2012 Bain report; By Tim van Biesen and Kara Murphy

137. **The new cost-conscious doctor: Changing America's healthcare landscape,** March 4, 2011 Bain Brief ; By Chuck Farkas and Tim van Biesen

138. **Creating a new commercial model for the changing medtech market** February 9, 2011 Bain industry brief; By Bain's Global Healthcare practice

139. **Would you recommend this hospital to a friend?** December 19, 2007 Bain Brief; By Julie Coffman and Phyllis Yale

140. **Personalized healthcare: Reaching the next frontier of medicine,** June 7, 2012 Bain slideshow; By Franz-Robert Klingan

141. **2011 Survey of Health Care Consumers Global Report,** Produced by the Deloitte Center for Health Solutions The Deloitte Center for Health Solutions (the "Center"), located in Washington, D.C., is part of Deloitte LLP and was formed to further research on and develop solutions to some of our nation's most pressing health care and public health-related challenges.

142. **2011 Survey of Health Care Consumers in Germany** Produced by the Deloitte Center for Health Solutions

143. **2011 Survey of Health Care Consumers in the United Kingdom** Produced by the Deloitte UK Centre for Health Solutions

144. **Results from Deloitte's 2011 Survey of Health Care Consumers *Focus on health insurance* Accountable Care Organizations: *A new model for sustainable innovation*** Produced by the Deloitte Center for Health Solutions

145. **Pulse of the industry Medical technology report 2012** Ernst & Young's fifth annual report on the state of the medical technology industry.

146. **Progressions Building Pharma 3.0** Global Pharmaceutical Industry Report 2011 Ernst & Young's report **Health insurance exchanges** are coming How payers can engage consumers, reduce administrative cost and manage risk Of special interest to Health care executives

147. **Increasing Importance of Social Media in Healthcare** KPMG INTERNATIONAL Issues Monitor. October 11, Volume Eight. kpmg.com

148. **Health Insurance Exchanges: Long on options, short on time Health Research Institute** October 2012 pwc.com/hri

149. Arne Björnberg, Ph.D,**Euro Health Consumer Index 2012**, Health Consumer Powerhouse 2012-05-15, *Number of pages: 81 http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf*

150. **Social health insurance systems in western Europe**,European Observatory on Health Systems and Policies Series Editors:J. Figueras, M. McKee,et all 2004, World Health Organization

151. **State Health Insurance-Market Reform Toward inclusive and sustainable health insurance markets** Monheit A.and Cantor J., Ed. by,Routledge, 2011

152. **Results from Deloitte's 2011 Survey of Health Care Consumers *Focus on health insurance;* Accountable Care Organizations: *A new model for sustainable innovation*** Produced by the Deloitte Center for Health Solutions;

153. **2011 Survey of Health Care Consumers in the United Kingdom** Produced by the Deloitte UK Centre for Health Solutions International Monetary Fund, 2010, **"Macro-Fiscal Implications of Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies,"** IMF Policy Paper (Washington, December)

154. Zweifel P., Breyer F., Kifmann M. **Health Economics** Sec. Ed. :, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2009 (509pp)

155. Thomson S., Foubister T., Mossialos E., **Financing health care in the European Union Challenges and policy responses**, European observatory on health systems, 2009

156. Gruen R.and Howarth A., **Financial Management in Health Services**, Open University Press, London School of Hygiene and Tropical Medicine 2005;

157. Eliades G., Retterath M., Hueltenschmidt N., **Healthcare 2020,** 2012; Bain Brief By,van Biesen By C. and T., **The future of healthcare—there's an app for that,** 2012 Bain Brief;

158. P. Cichocki, et all, **Radical redesign through zero-based budgeting,** June 12, 2012 Bain industry brief;

159. Klingan F., **Personalized healthcare: Reaching the next frontier of medicine,** June 7, 2012 Bain audio slideshow ;

160. Biesen T. and Murphy K.,**Global Healthcare Private Equity Rep. 2012,** 2012 Bain report;

161. Farkas C.and van Biesen T.; **C The new cost-conscious doctor: Changing America's healthcare landscape,** 2011 Bain Brief ;

162. **Creating a new commercial model for the changing medtech market,** 2011 Bain industry brief; By Bain's Global Healthcare practice;

163. Klingan F.Robert , **Personalized healthcare: Reaching the next frontier of medicine,** 2012;

164. **2011 Survey of Health Care Consumers Global Report,** Produced by the Deloitte Center for Health Solutions The Deloitte Center for Health Solutions, located in Washington, D.C., is part of Deloitte LLP and was formed to further research on and develop solutions to some of our nation's most pressing health care and public health-related challenges;

165. **Pulse of the industry Medical technology report 2012** Ernst & Young's fifth annual report on the state of the medical technology industry.

166. **Progressions Building Pharma 3.0** Global Pharmaceutical Industry Report 2011 Ernst & Young's report;

167. **Health insurance exchanges** are coming How payers can engage consumers, reduce administrative cost and manage risk Of special interest to Health care executives;

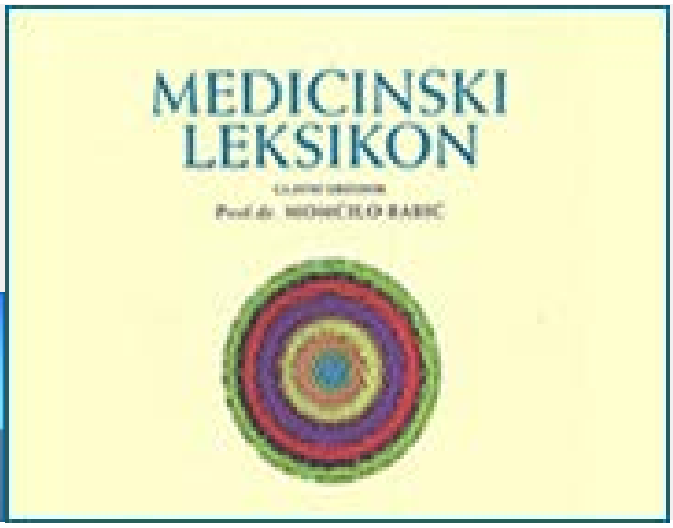
168. **Increasing Importance of Social Media in Healthcare** KPMG INTERNATIONAL Issues Monitor. October 11, Volume Eight. kpmg.com

169. **Health Insurance Exchanges: Long on options, short on time Health Research Institute** October 2012 pwc.com/hri Price Waterhouse Coopers Int**.,)**

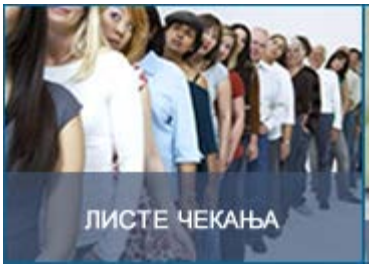
Ову Стратегију сачинила је радна група Републичког фонда за здравствено осигурање, прерадом и скраћивањем и допуном текста Програма развоја здравственог осигурања, који је конкуришући за избор на дужност директора сачинио Проф др Момчило Бабић.

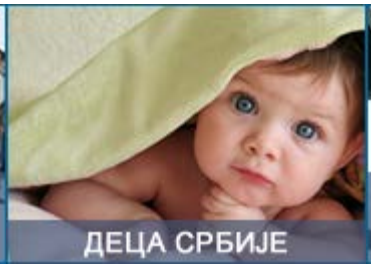
ПРИЛОЗИ

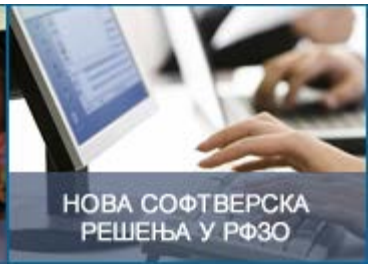
Погледајте сада сајт Републичког фонда http://www.rfzo.rs/



- Апликације
- Веб сервиси
- ДСГ/Капитација
- Права осигураника
- Превентива







Новости

Објављене су капитационе табеле за 2. квартал 2014. године
Попуст за добровољно здравствено осигурање
Објављене су капитационе табеле за 4. квартал 2013.

Видео материјали Републичког фонда

РФЗО - DAK сарадња

АКТУЕЛНО

ЗАКОНИ И ПРАВИЛНИЦИ
ЕЛЕКТРОНСКО ПОСЛОВАЊЕ
ЗАРАДЕ У РФЗО ЈУН 2014.
ОГЛАСНА ТАБЛА

http://www.rfzo.rs/index.php/linkovi/zdr-osig-svet

Здравствена осигурања у свету

Земља	Регион	Линк
Регион		
Македонија	Fond za zdravstveno osiguruvanje na Makedonija	**http://www.fzo.org.mk/**
Босна и Херцеговина	Federalni zavod zdravstvenog osiguranja	**http://www.for.com.ba/**
Црна Гора	Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore	**http://fzocg.me/#sadrzaj(1)**
Република Српска	Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske	**http://www.zdravstvo-srpske.org/index.php**
ЕУ		
Хрватска	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje	**http://www.hzzo.hr/**
Словенија	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije: ZZZS	**http://www.zzzs.si/**
Аустрија	Група осигуравајућих кућа	**http://www.sozialversicherung.at/**
Немачка	Krankenkassen Deutschland	**http://www.krankenkassen.de/**
Белгија	Mutualite chretienne	**http://www.mc.be/index.jsp**
Бугарска	Nacionalna zdravnoosiguritelna kasa	**http://www.nhif.bg/**
Чешка	Група осигуравајућих кућа	**http://www.vzp.cz/** **http://www.vozp.cz/cs/** **http://www.ozp.cz/**
Естонија	Eesti Haigekassa	**http://www.haigekassa.ee/**
Финска	Kela	**http://www.kela.fi/**
Француска	l'Assurance Maladie	**http://www.ameli.fr/**
Грчка	Bupa International	**http://www.bupa-intl.com/landing-pages/greece**
Малта	Bupa International	**http://www.bupa.com.mt/**
	Middlesa Malta	**https://www.middlesea.com/**
Мађарска	Országos Egészségbiztosítási Pénztár	**http://www.oep.hu/**
Исланд	Sjúkratryggingar Íslands	**http://www.sjukra.is/**
Холандија	ZN, Zorgverzekeraars Nederland	**https://www.zn.nl/**
Норвешка	HELFO	**http://www.helfo.no/**
Пољска	Narodowy Fundusz Zdrowia	**https://www.ekuz.nfz.gov.pl/**
Португал	ALC	**https://www.alchealth.com/portugal.htm**
Румунија	Casa Naţională de Asigurări de Sănătate	**http://www.cnas.ro/**

Словачка	Medical Insurance Companies	**http://www.dovera.sk/uvod** **http://www.szp.sk/** **http://www.union.sk/health-insurance-for-foreigners** **http://www.vszp.sk/**
Шпанија	DKV Seguros Médicos	**http://dkvseguros.com/**
Шведска	Forsakringskassan	**http://www.forsakringskassan.se/**
Швајцарска	Health insurance-index	**http://en.comparis.ch/krankenkassen/info/info.aspx**
Велика Британија	Top Health Insurance companies in UK	**http://www.saga.co.uk/insurance/health-insurance.aspx** **http://www.freedomhealthinsurance.co.uk/health-insurance** **http://www.medicare.co.uk/** **http://www.bupa.co.uk/** **http://www.aviva.co.uk/health-insurance/**
	NHS EHIC	**http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcareabroad/EHIC/Pages/about-the-ehic.aspx**
САД		
САД	Medicare	**https://www.medicare.gov/**
	Medic aid	**http://www.medicaid.gov/**
	Aetna	**http://www.aetna.com/**
	Atlas America	**http://www.atlasamericainsurance.com/**
	Blue Cross Blue Shield	**http://www.bcbs.com/**
Русија		
Русија	Federalьnogo fonda obяzatelьnogo medicinskogo strahovanия	**http://www.ffoms.ru/portal/page/portal/top/index**
Јапан		
Јапан		**http://www.city.mitaka.tokyo.jp/foreign/english/003/006.html** **http://5kuho.com/**
Аустралија		
Аустралија	Medicare	**http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/**
	List of health funds	**http://www.privatehealth.gov.au/dynamic/healthfundlist.aspx**
Канада		
	Health insurance Canada Great West Blue Cross Manulife Financial	**http://www.insurance-canada.ca/consinfohealth/healthins1.php** **http://www.greatwestlife.com** **http://www.bluecross.ca/en/index.html** **http://www.manulife.ca/**
EHIC		
Европска картица здравственог осигурања	Applying for a card	**http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=563&langId=en#nationalinfo**

Медицина на Интернету

Allied and Complementary Medicine (AMED)

Академија медицинских наука Српског лекарског друштва

Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (APIC)

Barnes and Noble

BioMed Central

Bioresearch

British Medical Journal

Cancer.gov

Centers for Disease Control and Prevention

Doctor's Guide

Doctors.net

Drugscope

E-Medicine

Food and Drug Administration

Free Books 4 Doctors

Free Medical Journals

Health Service Journal

Health World Online

MedHist

Medical News Today

Medical World Search Medical

Medilexicon

Medlineplus

Medscape

Monitoring trends in Cardiovascular Diseases, MONICA, Finland

National Library of Medicine

Nature

NLM Gateway

NMAP

Obgyn.net

OMNI

Pharmweb

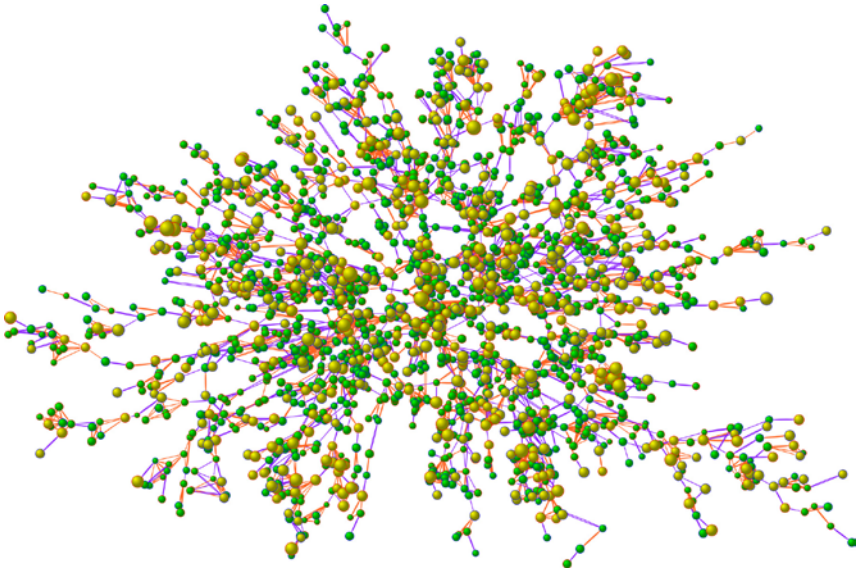
PubMed

Scientific American Journal

Society of Health Advisers in Sexually Transmitted Diseases

The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMEA)

The Lancet

TOXNET

World Health Organization - Publications