

Zdravstveni sistem i potrošnja u Srbiji od 2004 do 2008

Autori:

Dr Milena Gajić-Stevanović, PhD

Snežana Dimitrijević, PhD

Ana Vukša, MPH

Dragoslav Jovanović, BEc

I Sažetak

II Uvod

III Socio-ekonomski indikatori

IV Pregled zdravstvenog sistema

- Organizacija zdravstvene službe
- Sistem zdravstvenog osiguranja
- Finansiranje zdravstvenog sistema
- Dostupnost podataka za proizvodnju NZR

V Trendovi i struktura zdravstvene potrošnje

VI Zaključci i preporuke

I Sažetak

Period od šest godina uvođenja Nacionalnih Zdravstvenih Računa (NZR) u Srbiji rezultirao je povećanom transparentnošću finansijskih tokova u zdravstvenom sektoru. Po prvi put je, uz javni, obrađivan i privatni sektor pružalaca zdravstvenih usluga.

Proizvedene su tabele sa pokazateljima zdravstvene potrošnje kritični za funkcionalno poređenje zdravstvenog sistema u Srbiji sa zdravstvenim sistemima u drugim zemljama u periodu od 2004 do 2008. godine.

Revizija svih rezultata NZR-a u 2009-oj godini proizašla je iz korekcije podataka Republičkog zavoda za statistiku (RSZ) o potrošnji u privatnom sektoru, tzv. "plaćanje iz džepa", i dala nam je novu sliku o odnosima privatnih i javnih finansijera u zdravstvu. Konstantno povećanje u ukupnim zdravstvenim troškovima, stabilna potrošnja Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje (RZZS), ali i značajno povećanje "potrošnje iz džepa" može se uočiti iz revidovanih podataka.

Period od samo šest godina proučavanja finansijskih tokova u zdravstvenom sektoru nije dovoljan za tačnu i preciznu analizu kao i procenu budućih finansijskih tokova u zdravstvenom sektoru. Ipak, neki rezultati su uočljivi:

- U 2007-oj godini Srbija je izdvojila sredstva bruto domaćeg proizvoda (BDP) u iznosu podjednakom onom u evropskoj Uniji (EU), dok je u poređenju sa zemljama u okruženju, veličina izdvojenih fondova bila jedino slična onim u Bosni i Hercegovini¹.
- Izdvajanje finansijskih sredstava u praksi je bilo izuzetno nisko kao posledica niskog BDP-a u Srbiji.
- Uočeni su visoki dispariteti kupovne moći zdravstvenih usluga između stanovnika Srbije i onih u drugim evropskim zemljama.
- Relativno stabilno učešće finansijskih izvora javnog sektora nije moglo da spreči povećano učešće finansijera u privatnom sektoru.

Potvrđeno je da je Republički zavod za zdravstveno osiguranje (RSZZ) bio glavni finansijski izvor zdravstva sa 5,6% BDP, što predstavlja gotovo 60% ukupnih troškova za zdravstvo. Iako se stalno povećava, priliv sredstava iz fonda (RZZS) u zdravstveni sektor nije dovoljan usled nekoliko faktora (sve veće potrebe starije populacije i povećani troškovi usled uvođenja novih tehnologija). Situacija se ne razlikuje mnogo i kod ostatka Evrope gde se Nacionalni zdravstveni računi (NZR) takođe suočavaju sa velikim finansijskim izazovima.²

¹ WHO: [http://www.who.int/nha/country/en/document/NHA_Ratios_and_Percapitalevels\(Excel\)](http://www.who.int/nha/country/en/document/NHA_Ratios_and_Percapitalevels(Excel))

² Mosseveld, Cornelis, „International Comparison of Health care Expenditure“, PhD thesis, 2003,

Observirana je prilično nejasna situacija u finansiranju i pružanju usluga u privatnom zdravstvenom sektoru. Donosioci zdravstvene politike su odlučili da je prevaziđu uvođenjem nove politike "Fiskalnih računa". Od 01.06.2009. svi privatni pružaoci zdravstvenih usluga su dužni da izdaju korisnicima usluga fiskalne račune. To će predstavljati osnovu za veću transparentnost u aktivnostima privatnih pružalaca zdravstvenih usluga i ujedno pomoći javnom sektoru da smanji sivu ekonomiju. Uvođenje fiskalnih računa i u privatne i u javne zdravstvene ustanove će omogućiti bolje istraživanje njihovih finansijera i pružalaca usluga. Poređenjem učešća finansiranja javnog i privatnog sektora u ukupnom finansiranju zdravstva u Srbiji sa susednim zemljama, uočavaju se skoro identični rezultati (70:30 u odnosu na privatni/javni pružaoci zdravstvenih usluga) u Sloveniji, Makedoniji, Crnoj Gori, Mađarskoj, Rumuniji i Slovačkoj na početku perioda istraživanja, sa tendencijom rasta čak do 40% u 2008-oj godini.³

Finansiranje vanbolničke i bolničke zdravstvene zaštite se promenilo u periodu 2004 do 2008. na način da je više fondova alocirano za ambulantnu zdravstvenu zaštitu sa procentom od 1.84% BDP-a u 2004-oj, koji se povećao na 2,18% BDP u 2008-oj godini. Ovaj trend se uklapa u projektovane prioritete donosioca zdravstvene politike za veća ulaganja u ambulantna lečenja, što je u skladu sa konsolidacijom fiskalne situacije i u korelaciji sa EU 8 nalazima iz istraživanja svetske banke "Potrošnja zdravstvenog sektora u novim državama članicama evropske unije".

Praceenje alociranih finansijskih izvora za zdravstvenu zaštitu u periodu 2004-2008. pokazuje trend konstantnog smanjivanja finansija za preventivnu zdravstvenu zaštitu. Ovaj trend prati rast finansijskih sredstava izdvojen za rehabilitaciju, dijagnostiku, laboratoriju, kao i na lekove i ostala medicinska sredstva raspoređena van bolnica. Ukupni troškovi za lekove pokazuju rast od 1,87% BDP u 2004-oj do 2,27% BDP u 2008. Povećanje konzumacije lekova⁴, a posledično i povećanje troškova za farmaceutiku je globalni trend⁵ koji svaka država nastoji da reši na drugačiji način, iako bez, za sada, nekog većeg uspeha.

³WHO: <http://www.who.int/nha/en/>

⁴ Hogerzeil HV. Promoting rational prescribing: an international perspective. British Journal of Clinical Pharmacy, 1995; 39:1-6., The rational use of drugs. Report of the Conference of Experts. Geneva, World Health Organization, 1985.; Promoting rational use of medicines: core components 2002. WHO Policy Perspectives on Medicines No.5, Geneva, World Health Organization, 2002.; Ronning M, et al. Problems in collecting comparable national drug use data in Europe. Berlin, Springer-Verlag. 2003; Dukes MNG, ed. Drug utilization studies. Methods and uses. WHO, European Series No.45. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, 1993; International Society for Pharmacoepidemiology, (<http://pharmacoepi.org>); Quick JD, Rankin JR, Laing RO, O'Connor RW, Hogerzeil HV, Dukes MNG, Garnett A, (eds). Managing drug supply. 2nded. West Hartford, CT, Kumarin Press, 1977; Ross- Degnan D, Laing RO, Quick J, et al. A strategy for promoting improved pharmaceutical use: the International Network for Rational Use of Drugs. Soc. Sci. Med. 1992; 35: 1329-41.

⁵ [Boston Univ. School of Law Working Paper No. 06-36](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=932903#), University of Queensland Law Journal, Vol. 26, No. 1, p. 111, 200, http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=932903#

Zabrinjava pak činjenica da su, ne samo sredstva izdvojena za institute javnog zdravlja (HP.5) smanjena, već je uočena i redukcija sredstava za preventivu i medicinu rada u periodu od 2004-2008. Učešće od 0,74% u 2004 i 0,72% u 2005, 0,73% u 2006, 0,75% u 2007, je smanjeno na samo 0,66% BDP u 2008-oj godini.

Porast troškova za zaposlene u zdravstvenom sektoru u periodu od 2004-2008 pokazuje sporiji rast nego trend ukupnog rasta plata, što je u skladu sa planiranim smanjenjem troškova za zaposlene u RZZS. Primanja su se u periodu 2004 do 2008. uvećala za ukupno 130,82%, dok su se plate nominalno povećale za 105,79%.

Plate su u 2007-oj učestvovala sa 58,14% od ukupnih primanja, što je slično zemljama u EU 8. Iako su primanja zaposlenih u javnom sektoru rasla u proseku za više od 20% godišnje, još uvek su niža za 22%⁶ od nacionalnog proseka, drugačije nego u zemljama EU8 i EU 15⁷.

Pozitivne promene su primećene u smanjenju uputa iz primarne u sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu, što pokazuje poboljšanja u organizaciji i protokolima pisanja uputa.

II Uvod

Zdravstveni sektor u Srbije je jedan od onih sektora pogođenih ogromnom poplavom reformi poznatih kao *process tranzicije*. Reforme su započele posle dekade destruktivnih i teških događaja nastalih posle raspada bivše Jugoslavije, praćenih ratovima, hiper-inflacijom, sankcijama i NATO bombardovanjem.

Srbija je, kao i ostale članice bivše Jugoslavije, nasledila zdravstveni sistem finansiran obaveznim davanjima za socijalno i zdravstveno osiguranje, zasnovan na stopi poreza od 12,3%. Sistem je korišćen kako bi sveukupna populacija imala lak pristup obaveznom i besplatnom korišćenju zdravstvenih usluga.

Nažalost, politički problemi koji su oblikovali i ekonomska kretanja, rezultirali su u značajnom smanjenju sistemskih sredstava za zdravstvo. Postojanost sistema je ugrožena smanjenjem obavezne stope finansija koja se izdvajala za zdravstveno osiguranje, gde je dva miliona zaposlenih finansiralo sedam miliona osiguranih. Kumulativni efekat svih ovih događaja je izazvao značajan pad kvaliteta zdravlja populacije u celini, proširujući jaz između stanovništva Srbije i EU.

Velika razlika između troškova i prihoda ostvarenih u sistemu je načinjena povećanom potrošnjom iz privatnih izvora, tj iz džepa korisnika, već fizički i materijalno oslabljenog stanovništva. Konstantni nedostatak fondova rezultirao je i smanjenjem plata zdravstvenih radnika, slabim investicijama u infrastrukturu i opremanje medicinskih ustanova, kao i velikim deficitom u fondu zdravstvenog osiguranja (RZZS), nastalog zbog skupih troškova lečenja.

⁶ Schneider, Final NHA report, October 2007

⁷ Health Care Spending in the New EU Member States, WB Working Paper., 2003

Sistem je patio od nedostatka lekova i medicinskih materijala, podmićivanja i korupcije, transferom pacijenata i delova opreme iz državnih u privatni sektor itd. Sve je to ugrozilo pristup zdravstvenim uslugama kao bazični princip brige o zdravlju stanovništva.

Zbog svega navedenog Vlada Srbije je našla, više nego ikad razloge za restrukturiranje, planiranje i organizaciju kompletnih finansija u zdravstvu. Vlada je na najvišem nivou donela odluku da je reforma zdravstvenog sistema jedan od glavnih nacionalnih prioriteta. U avgustu 2002, predstavnici Ministarstva zdravlja (MZ), fonda zdravstvenog osiguranja (RZZS) i Instituta javnog zdravlja (IJZ), artikulisali su generalnu viziju za razvoj zdravstvenog sektora u Srbiji.

Cilj ambiciozne reforme je bio da se u fokus stave primarna zdravstvena zaštita i preventivne zdravstvene usluge nasuprot kurativnim, u cilju smanjenja broja onih bolesti koje se mogu sprečiti uz smanjenje troškova. Takođe je usmerena ka restrukturiranju bolnica kako bi efektivnije odgovorile potrebama pacijenata uz razvoj novog bazičnog paketa zdravstvenih usluga koji će biti usklađeni sa postojećim resursima. Promene u finansiranju zdravstvenog sistema je trebalo da izmene tokove novca u smislu da ne prate postojeću strukturu i zaposlene, već kretanje pacijenata kroz sistem. Kao opcija izabrana je kapitacija za primarnu zdravstvenu zaštitu, a model dijagnostički srodnih grupa (DRG) za pacijente u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Jedan od važnih ciljeva je takođe bila i integracija i bolji uvid u pružanje privatnih zdravstvenih usluga.

Verovatno najveći problem na početku zdravstvene reforme je bio nedostatak pouzdanih podataka koji bi služili kao polazna osnova i omogućili donošenje odluka na osnovu činjenica i praćenje u okviru zdravstvenog sektora.

Donosioci odluka su shvatili da ako žele da razviju instrumente za poboljšanje rada sistema, potrebno je da dobiju pouzdanu informaciju o kvalitetu finansijskih sredstava upotrebljenih za zdravstvo, njihove izvore kao i način na koji se koriste.

Budući da nacionalni zdravstveni računi (NZR) mogu da proizvedu dokaze koji bi pomogli donosiocima odluka i zdravstvenim menadžerima da bolje razumeju svoje zdravstvene sisteme i poboljšaju njihov učinak, Vlada Srbije je donela odluku da se NZR implementiraju u zdravstveni sistem Srbije.

Sa NZR metodologijom donosioci odluka očekuju da prate i procenjuju:

- 1) Ko plaća koliko;
- 2) Koliko novca odlazi gde;
- 3) Koji delovi reforme su u skladu sa ciljevima konsolidacije fiskalne situacije;
- 4) Raspodela finansijskih troškova Srbije u poređenju sa drugim zemljama

Rad na razvoju, implementaciji i institucionalizaciji NZR, kao alatke koja pomaže donosiocima odluka da bolje upravljaju svojim zdravstvenim resursima, započela je 2004. godine u okviru projekta Ministarstva zdravlja nazvanog “ Razvoj zdravstva Srbije”, finansiranog od svetske banke (WB).

Formiranje novog odeljenja za produkciju nacionalnih zdravstvenih računa u okviru republičkog instituta za javno zdravlje (IJZ) predstavlja glavni rezultat reforme po završetku projekta svetske banke. Nacionalni zdravstveni račun je postao programski zadatak Ministarstva zdravlja sa novo ustanovljenom finansijskom linijom za proizvodnju NZR.

Do sada NZR tim je proizveo sledeće:

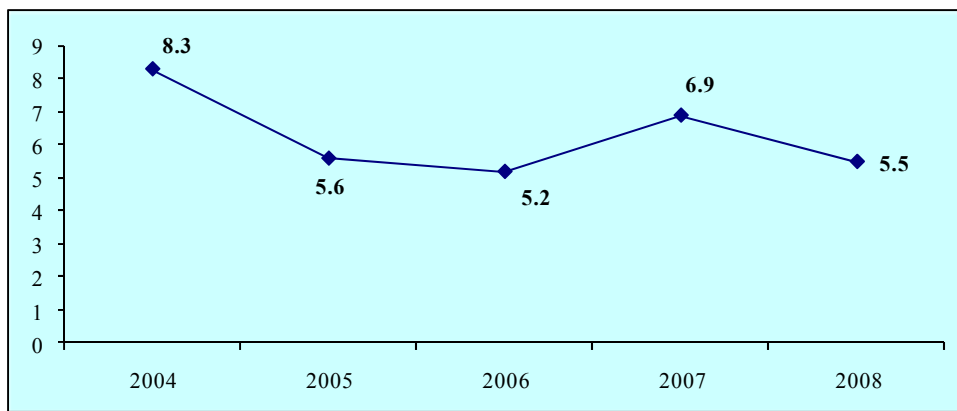
Pet NZR tabela za 2004, 2005, 2006, 2007 i 2008, analizu javne primarne zdravstvene zaštite, račune bazičnih troškova bolesti, studiju nazvanu "Procena kretanja finansija u zdravstvenom sistemu Srbije u periodu 2003-2006, zatim studiju "Evaluacija prava osiguranika na korišćenje preventivnih stomatoloških pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Srbiji u periodu 2003-2006", kao i izrada 57 zdravstvenih pokazatelja prema zahtevu Svetske zdravstvene organizacije (WHO), za svaku posmatranu godinu.

U tom dokumentu, indikatori dobijeni pomoću NZR podataka pružaju dokaze o načinima potrošnje u svim sektorima, javnim i privatnim, različitim aktivnostima zdravstvene zaštite, pružaocima usluga i regionima. Informacija se tako koristi za procenu ako dođe do promena u troškovima koje se reflektuju na glavne strateške tokove u reformi zdravstvenog sistema. Tako dobijeni rezultati se porede sa onima u drugim državama.

III Socijalno-ekonomski pokazatelji

Bruto domaći proizvod je najvažniji makroekonomski agregat, budući da predstavlja meru ukupne ekonomske aktivnosti svih rezidentnih institucionalnih jedinica, pri čemu je obuhvaćena proizvodnja kako materijalnih dobara, tako i svih vrsta usluga. Bruto domaći proizvod po stanovniku u 2004. godini iznosio je 3.177 US\$, da bi u 2008. godini, prema proceni Ministarstva finansija dostigao 6.800 US\$, odnosno 4.600 evra. U posmatranom periodu ostvarena je dakle relativno visoka stopa privrednog rasta (grafikon 2). Na rast bruto domaćeg proizvoda pozitivno su delovale strukturne reforme i realizovane investicije, ali je najveći uticaj svakako izvršila tražnja stanovništva, kroz rast prometa, zarada, penzija, kredita i uvoza.

Grafikon 1. Stopa rasta bruto domaćeg proizvoda (%), Srbija, 2004 – 2008.

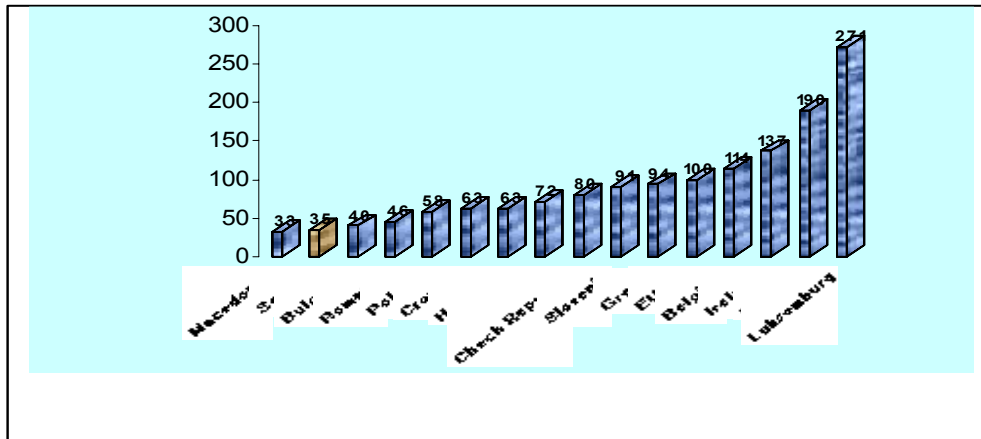


Izvor podataka: Republički zavod za statistiku Srbije

Bruto domaći proizvod Srbije po stanovniku, izražen preko kupovne moći, među najnižim je u Evropi i iznosi svega 35 indeksnih poena proseka Evropske unije (grafikon 2).

[Type text]

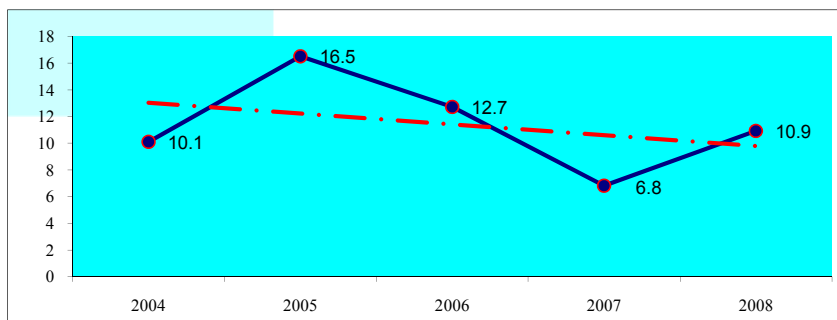
Grafikon 2. Indeks BDP po kupovnoj moći po stanovniku (PPS) u Srbiji i izabranim evropskim zemljama, 2008. (EU-27 = 100)



Izvor podataka: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; Republički zavod za statistiku Srbije, <http://webrzs.stat.gov.rs/axd/index.php>; RZR, <http://www.razvoj.sr.gov.yu>

U posmatranom petogodišnjem periodu 2004 – 2008. godine, prosečne godišnje stope rasta cena na malo oscilirale su znatno oko blago opadajućeg trenda. Tako je u 2008. godini stopa inflacije neznatno veća nego na početku posmatranog perioda i iznosi 10,9 % na godišnjem nivou (grafikon 4). Pri tome je ukupna inflacija (decembar 2008 / decembar 2007.) iznosila 6,8 % u 2008. godini i bila za 2,7 procentnih poena niža od projektovanog nivoa.

Grafikon 3. Inflacija (%) – prosečni godišnji rast cena na malo, Srbija, 2004– 2008.

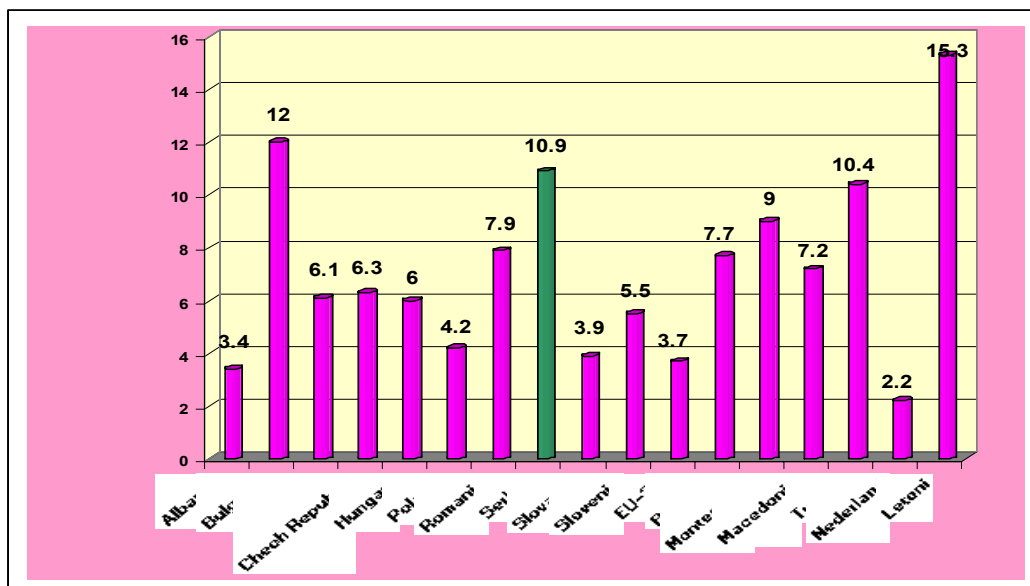


Izvor podataka: Republički zavod za statistiku Srbije

U poređenju sa Evropskom unijom, nivo prosečne inflacije znatno je viši u Srbiji u svakoj godini posmatranog perioda. Međutim, takođe su uočljive i razlike između pojedinih evropskih zemalja, pa tako prosečna inflacija u Letoniji iznosi u 2008. godini čak 15,3 %, dok je u Holandiji svega 2,2 % (grafikon 4).

[Type text]

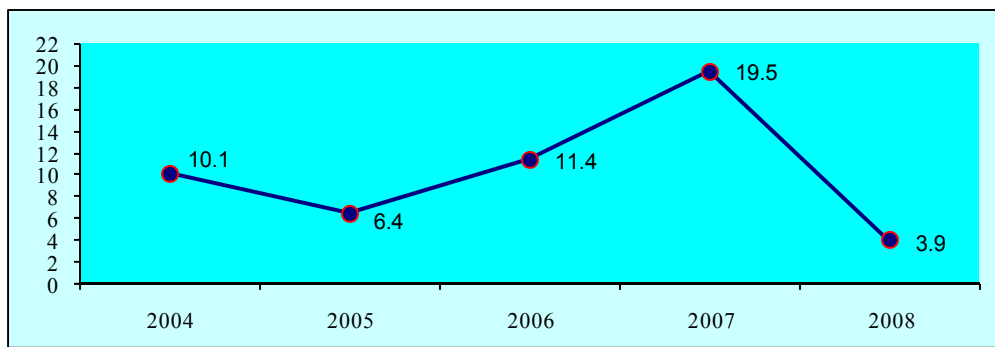
Grafikon 4. Inflacija (%) u Srbiji, Evropskoj uniji i izabranim evropskim zemljama, 2008.



Izvor podataka: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; UNECE, <http://w3.unece.org/pxweb/Dialog>; Republički zavod za statistiku Srbije, <http://webrzs.stat.gov.rs/axd/index.php>

U posmatranom petogodišnjem periodu, prosečne (realne) zarade beleže porast u svakoj posmatranoj godini, mada upadljivo različitog intenziteta. Tako su u 2004. godini prosečne realne zarade veće za 10,1 % u odnosu na prethodnu godinu i u neto iznosu dostižu 194 evra, da bi se taj iznos u 2008. godini povećao na 400 evra, uz stopu rasta od 3,9 % (grafikon 5). Jasno je da je u 2008. godini došlo do znatnog usporavanja rasta prosečnih realnih zarada, uključujući i usporavanje rasta zarada u javnom sektoru. Pri tome je potrebno istaći da je u čitavom posmatranom periodu, sa izuzetkom 2008. godine, prosečni realni rast zarada bio znatno veći od rasta ukupne privredne aktivnosti i produktivnosti rada.

Grafikon 5. Stopa rasta prosečnih realnih neto zarada u Srbiji (%), 2004–2008.



Izvor podataka: Republički zavod za statistiku Srbije

[Type text]

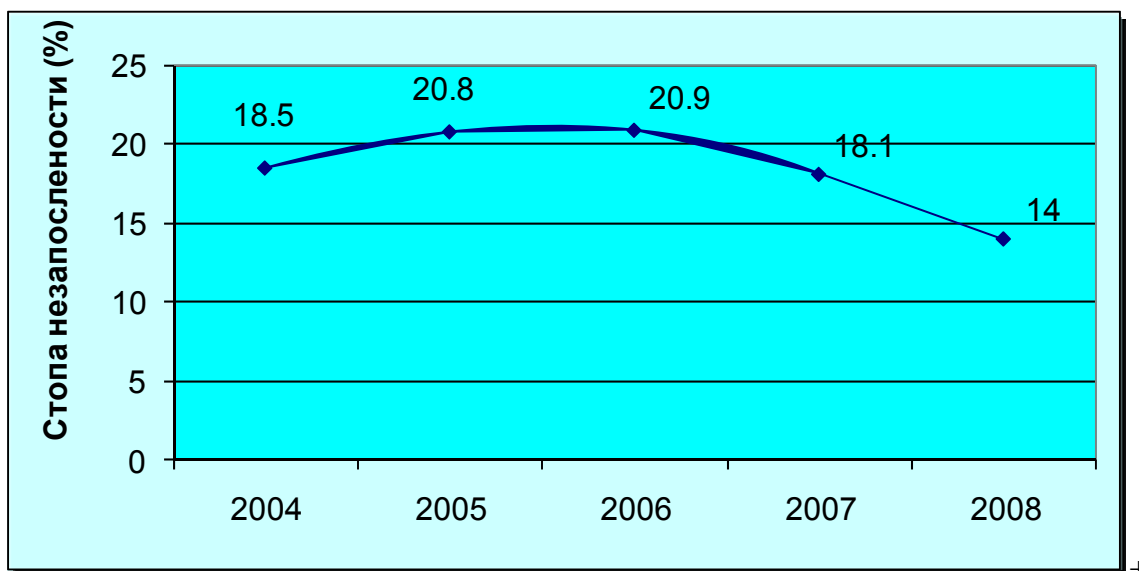
Stopa nezaposlenosti, kao bazični indikator tržišta rada, ima tendenciju pada i smanjena je u 2008. godini na 14 %, što je njen najniži nivo u petogodišnjem periodu (grafikon 6).

Ukupan broj nezaposlenih u 2008. godini smanjen je tako na 445.383 lica. Ukupan broj zaposlenih porastao je u odnosu na prethodnu godinu za 6,3% i u 2008. godini iznosi 2.821.724 zaposlena lica.

Stopa nezaposlenosti žena ima tendenciju pada, ali je iznad proseka i iznosi 16,5%. Stopa nezaposlenosti mladih, izražena kao procentualno učešće nezaposlenih mladih od 15-24 godine u radno sposobnom stanovništvu posmatrane starosne grupe, takođe je u padu i u 2008. godini iznosi 35,1 %.

Situaciju na tržištu rada otežava dodatno činjenica da je čak 71 % nezaposlenih u 2008. godini u kategoriji dugoročno nezaposlenih, što pokazuje izuzetno visok stepen socijalne isključenosti

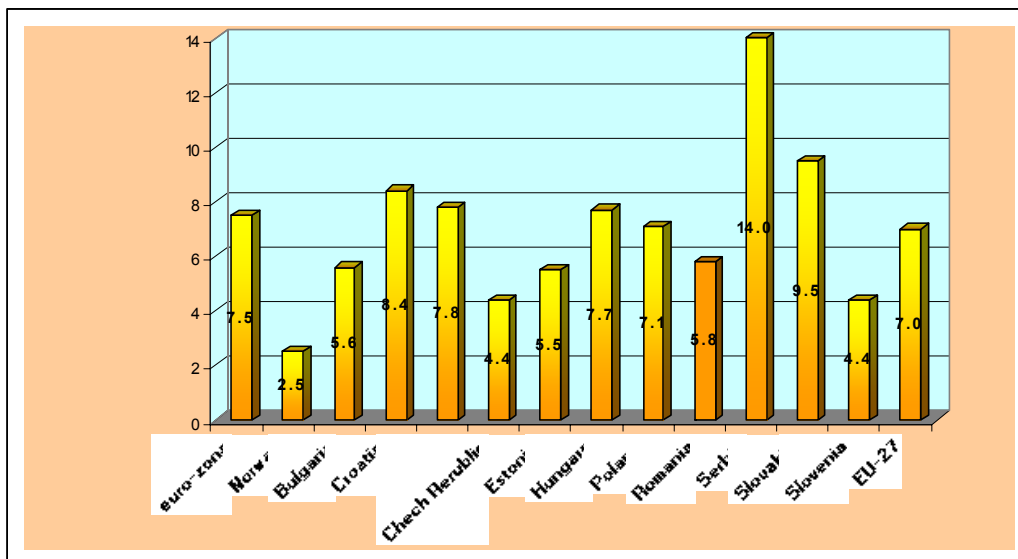
Grafikon 6. Stopa nezaposlenosti, Srbija, 2003-2008.



Izvor podataka: Republički zavod za statistiku Srbije

Stopa nezaposlenosti u Srbiji i dalje je najviša u poređenju sa Evropskom unijom, zemljama Evro-zone i zemljama u okruženju (grafikon 7). Tako je ona u 2008. godini dvostruko viša od proseka 27 zemalja Evropske unije. Većina zemalja ima stopu nezaposlenosti nižu od 10 % (Holandija najnižih 2,5%), što postavlja jasan zadatak smanjenja stope nezaposlenosti u budućem periodu. Najviše nivoe u odnosu na Evropu pokazuju i stope nezaposlenosti žena (EU-27 ima stopu 7,5%) i mladih (EU-15,5%). Stopa dugoročne nezaposlenosti takođe je najviša u poređenju sa Evropskom unijom, zemljama Evro-zone i svim zemljama u okruženju (EU- 37%).

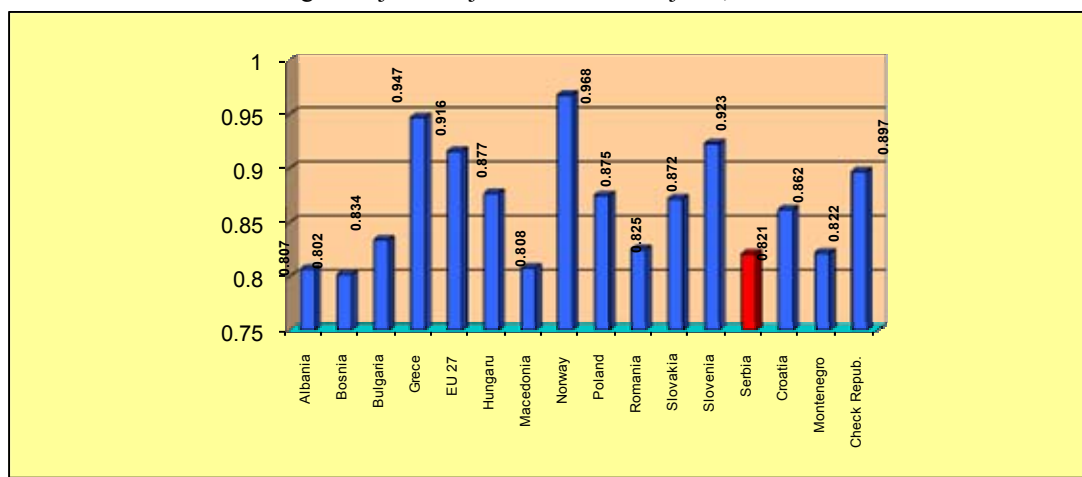
Grafikon 7. Stopa nezaposlenosti u Srbiji, Evropskoj uniji i izabranim evropskim zemljama, 2008.



Izvor podataka: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; UNECE, <http://w3.unece.org/pxweb/Dialog>; Republički zavod za statistiku Srbije, <http://webzrs.stat.gov.rs/axd/index.php>

Indeks humanog razvoja, pokazatelj kvaliteta života i međuzavisnosti između ekonomskog i socijalnog razvoja, takođe je u stalnom porastu u posmatranom periodu. Tako on u 2004. godini ima vrednost od 0,813 (raspon indeksa je 0 do 1, a vrednosti bliže jedinici pokazuju viši kvalitet života), da bi u 2007. godini dostigao procenjenih 0,837. Sa IHR od 0,821 u 2006. godini, Srbija se našla na 65. mestu u svetu (prema BDP po kupovnoj moći, Srbija je 74. u svetu). Međutim, Srbija i dalje ima, u poređenju sa prosekom zemalja evropske unije, niži nivo indeksa humanog razvoja (grafikon 8).

Grafikon 8. Indeks humanog razvoja u Srbiji i izabranim zemljama, 2006.



Izvor podataka: WHO/Europe, European HFA Database, <http://data.euro.who.int/hfad/>

U posmatranom periodu smanjuje se i stopa siromaštva (6,6 % ili 490.000 lica u 2007. godini, kada je apsolutna linija siromaštva iznosila 8.883 dinara mesečno), ali je ona i dalje izuzetno visoka. Srbija takođe ima visoku stopu rizika siromaštva (31,4 % u 2006. godini).

[Type text]

IV Analiza zdravstvene službe u Srbiji

Zdravstvena zaštita u Srbiji se pruža kroz široku mrežu javnih zdravstvenih ustanova u vlasništvu i pod nadzorom Ministarstva zdravlja. Zakon dozvoljava privatnu praksu, ali se ona može ostvarivati isključivo sa privatnim sredstvima u privatnom vlasništvu.

Ceo privatni sektor zdravstvene delatnosti isključen je iz mogućnosti finansiranja javnim sredstvima i kao takav ne predstavlja dopunu javnog sistema niti daje osiguranicima mogućnost korišćenja prava iz obaveznog osiguranja.

Istovremeno, u Republici Srbiji ne postoji dopunsko, suplementarno, paralelno, privatno zdravstveno osiguranje, koje bi moglo da predstavlja obogaćenje postojećih oskudnih finansijskih resursa sistema. Privatno pružanje zdravstvenih usluga iako i dalje limitirano, u porastu je, pogotovo u nekim oblastima, recimo stomatologiji. Treba ipak reći da je privatni sektor slabo regulisan i da u njemu uglavnom rade konsultanti iz javnog sektora na privremenoj bazi. Nepostojanje privatnog zdravstvenog osiguranja stvara neizbalansiran tržišni sistem gde sistem privatnih pružalaca usluga pregovara o cenama sa individualnim korisnicima (pacijentima), a ne moćne institucije finansiranja.

[Primarna zdravstvena zaštita](#) se pruža u 159 domova zdravlja i zdravstvenim stanicama raširenim po čitavoj zemlji, po podacima istraživanja Svetske banke⁸.

Pružanje primarne zdravstvene zaštite stanovništvu u Srbiji je relativno decentralizovano, gde usluge za decu i žene pružaju pedijatri i ginekolozi, pored lekara opšte prakse. Iako postoji tako regulisano prisustvo specijalista na primarnom nivou, ipak je istraživanje Zavoda za javno zdravlje Beograda iz 2001. godine pokazalo da je čak jedna trećina pacijenata upućena na sekundarni nivo. Po internacionalnim standardima je to izuzetno visok procenat referisanja na viši nivo zdravstvene zaštite, čak i za zemlje koje na primarnom nivou uglavnom imaju lekare opšte prakse.

Došlo je do promene takve prakse sudeći po istraživanju Svetske banke⁸.

„ Procenat uputa je relativno mali izmedju domova zdravlja, ali upadljivo je veći kod domova zdravlja koji su u sastavu zdravstvenih centara (Tabela 1). Sve skupa 7.1 procenat konsultacija je rezultirao uputom za specijalistu, a 5.5 procenata konsultacija je rezultiralo uputom za bolnicu. To znači da je ukupno bilo 12.6 posto uputa od ukupnog broja pregleda, što je razumno. Ruralni domovi zdravlja su imali veći procenat uputa za bolnice (6.2 vs.4.9) i ukupni broj uputa (13.3 vs. 12), iako te razlike nisu statistički bitne. Domovi zdravlja koji su deo zdravstvenih centara su imali znatno veće procente uputa specijalistima nego oni koji su zasebni (8.9 vs.6.4), ali između njih nema značajne razlike u stopi uputa u bolnice i u ukupnom broju upućivanja. Laka dostupnost specijalistima u zdravstvenim centrima, koji još uvek imaju u svom sastavu domove zdravlja se vidi kao glavni uzrok ekcesivnog pisanja uputa.“

⁸ World Bank Document (24.May, 2005), *Serbia PEIR update*, str. 4

Tabela 1.DZ upućivanje, broj uputa i njihov procenat u odnosu na ukupne posete.

	Svi DZ	Samostalni	U sastavu ZC
Ukupni uputi za specijalistu (% ukupnih poseta)	19,795 (7.1)	17,924 (6.4)	24,318 (8.9)
Ukupni uputi zabolnice (% ukupnih poseta)	17,450 (5.5)	16,224 (5.4)	20,418 (5.7)
Ukupno uputi (% ukupnih poseta)	37,245 (12.6)	34,148 (11.8)	44,735 (14.5)

Domovi zdravlja se razlikuju s obzirom na usluge koje pružaju, oni mogu da imaju apoteku, pa čak i bolničke krevete, takođe mogu da odgovaraju za obezbeđivanje javnih zdravstvenih usluga, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju i usluge medicine rada.

Sekundarne i tercijarne usluge zdravstvene zaštite i za bolničke i vanbolničke pacijente obezbeđuju se u nizu zdravstvenih ustanova u čitavoj zemlji, uključujući opšte bolnice, specijalizovane bolnice ili institute i univerzitetske bolnice.

Bolničku ili stacionarnu zdravstvenu zaštitu u javnom sektoru u Republici Srbiji obezbeđuju 37 opštih bolnica, 14 specijalizovanih bolnica, 19 specijalizovanih zdravstvenih centara, 23 specijalizovane klinike, 38 specijalizovanih instituta, 5 kliničko bolničkih centara, 3 klinička centra, po nalazu istraživanja Svetske banke.

Po zvaničnoj analizi zdravstvenih usluga EAR-a⁹ u 2003, Srbija je imala oko 48.000 bolničkih kreveta, od kojih su 43.000 standardni bolnički kreveti. Većina ovih kreveta je za kratkoročnu upotrebu (73%), a oko 25% je za dugoročnu upotrebu, dok su ostali u centrima za primarnu negu.

U Srbiji je 2007. godine bilo 41100 bolesničkih kreveta, uključujući 1220 kreveta za dnevnu upotrebu, po podacima Instituta za javno zdravlje. To znači broj od 5,57 kreveta na svakih 1000 osoba 2007. godine, što je relativno visoko u poređenju sa zemljama u regionu, ali je ispod standarda zemalja evropske petnaestorice (7.6). Broj kreveta na svakih 1000 osoba je najmanji u Sremu (3.2), a najveći u Zaječaru (11.1).

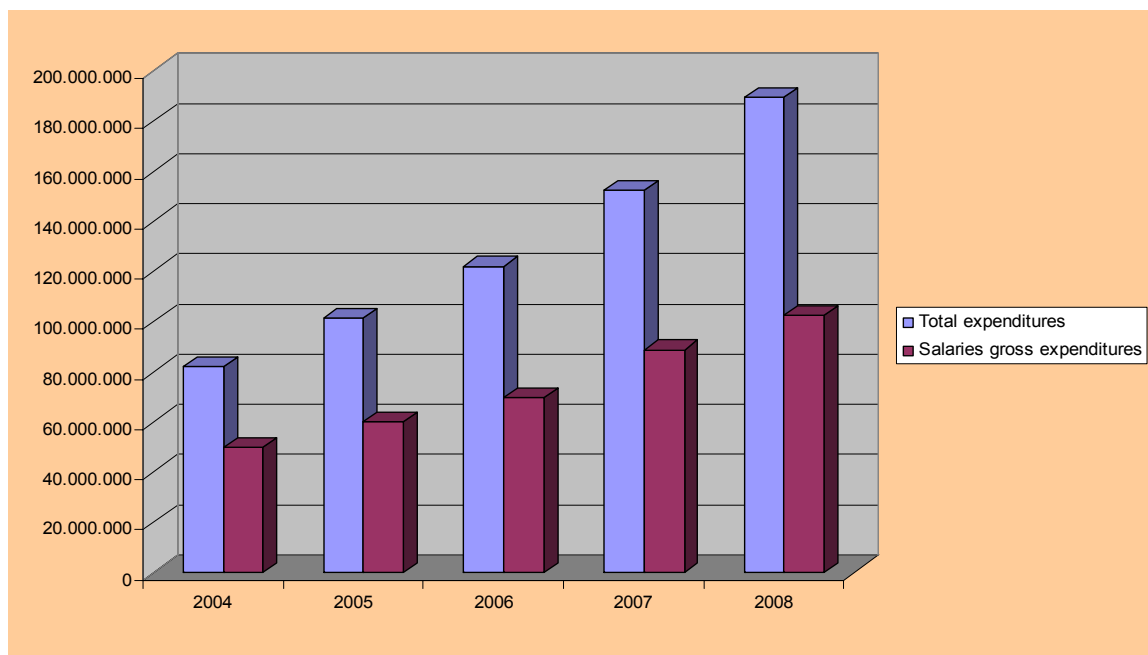
Glavni grad Beograd, je sa 6.9 kreveta na svakih 1000 osoba nešto iznad proseka u zemlji. Neplanski razvoj ovog podsistema zdravstvene zaštite se ogleda u velikim razlikama u performansama pojedinih grana medicine, neracionalnoj unutrašnjoj organizaciji sa često vrlo malim bolničkim jedinicama, uključujući i delatnosti iz domena tercijarnog nivoa zaštite, kao što je neuro-hirurgija maksio-facijalna hirurgija i druge.

Krajem 2004, bilo je oko 120.000 stalno zaposlenih i oko 9.200 radnika na određeno vreme u javnom sektoru zdravstvene zaštite. Po podacima Instituta za javno zdravlje Srbije na kraju 2007. godine je bilo smanjenje zaposlenih u zdravstvenom sistemu, tako da ih je bilo 111068 (smanjenje za 7%), kao što je bilo dogovoreno u strateškim planovima, ali u 2008. godini broj zaposlenih je opet porastao na 114.317.

U okviru mreže javnih ustanova, plate zaposlenih skoro u celosti pokriva Republički zavod za zdravstveno osiguranje (RZZO). Sistem nagrađivanja u zdravstvenoj zaštiti zavisi od inputa, a primanja zaposlenih predstavljaju daleko najveći segment u ukupnim troškovima zdravstvenih službi. Nalazi pokazuju da su u 2008. troškovi u DZ uglavnom činili troškovi za zaposlene (70% ukupnih troškova). Iako su troškovi u periodu od 2004-2008 značajno porasli, više od 20% godišnje, poredjenje sa drugim sektorima srpske ekonomije pokazuje da su plate u zdravstvenom sektoru 2006. godine bile za 22% manje u odnosu na nacionalni prosek januara 2006. godine. Situacija je znatno drugačija u EU 8.

Na plate u zdravstvu kod njih odlazi oko 60% ukupnih troškova, što je slična situacija sa onom u Srbiji, ali one su sve preko nacionalnog proseka i čine najveći pritisak na ukupni trošak za zdravstvenu zaštitu.

Grafikon 9 . Potrošnja zaposlenih u Javnom zdravstvenom sektoru u Srbiji u periodu od 2004 do 2008. u hiljadama dinara i procentima¹⁰



Privatni sektor uključuje 1220 medicinskih ordinacija i klinika, 1663 stomatoloških ordinacija, 1835 apoteka i 149 laboratorija. U privatnom sektoru, postoji 81 bolnica i 58 poliklinika na sekundarnom nivou¹¹.

¹⁰ Izvor: Komora zdravstvenih ustanova

¹¹ Podaci Instituta za Javno Zdravlje dobijeni iz republičkog zavoda za statistikuOffice (svi podaci vezani za zdravstveni sektor).

[Type text]

Sistem zdravstvenog osiguranja

Srbija ima sistem zdravstvene zaštite koji je usmeren na obezbeđivanje lake dostupnosti svim zdravstvenim uslugama za čitavu populaciju. U principu, pokrivenost osiguranjem se daje (i) svim zaposlenim licima, (ii) penzionerima i (iii) samozaposlenim i zemljoradnicima koji plaćaju doprinose, uključujući bračnog druga, izdržavanu decu i ostarele roditelje osiguranika. Budžet prebacuje na Republički zavod za zdravstveno osiguranje (RZZO) garanciju da zdravstveno osiguranje pokriva u principu i nezaposlene, interno raseljena lica i izbeglice, kao i ljude koji pripadaju ranjivim grupama. Specijalan sistem pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem primenjuje se na vojsku, civile u vojsci i penzionere oružanih snaga, kao i članove njihovih porodica i izdržavana lica.

RZZO je nudio velikodušan paket zdravstvenih usluga, uključujući specijalne usluge kao što su lečenje u inostranstvu i u vojnim bolnicama, ili naknade za robu kupljenu na privatnom tržištu. Pored toga, i druge kategorije prebacivanja sredstava povezanih sa zdravstvom, kao što su bolovanja, naknada pogrebnih troškova i troškovi putovanja do objekata za pružanje zdravstvene zaštite.

Nov zakon o zdravstvenom osiguranju iz 2006. godine redukovao je tako široka prava. Pravo na neograničene stomatološke usluge je svedeno na usluge za decu, žene u drugom stanju, stanovnike Srbije stare preko 65 godina, kao i u hitnim slučajevima. Pravo na nadoknadu za putne troškove u zdravstvenu ustanovu je takođe ukinuto.

Finansijska sredstva sačuvana umanjnjem prava građana predviđeno je da budu usmeravana za bolje funkcionisanje prioritnijih delova zdravstvenog sistema.

Finansiranje zdravstvenog sistema

Sistem zdravstvene zaštite u Srbiji se finansira preko kombinacije javnih finansija i privatnih doprinosa.

Najvažniji izvor finansiranja u Srbiji je Republički zavod za zdravstveno osiguranje (RZZO). Sredstva koja se za zdravstvenu zaštitu uzimaju od zaposlenih i poslodavaca, direktno se skupljaju na podračun RZZO-a. Ministarstvo finansija ima pristup podračunu RZZO, jer je to i njihov podračun. RZZO se finansira dodatno iz različitih budžetskih izvora kao što je Penzioni fond, sredstva Ministarstva finansija namenjena nezaposlenima i ostali izvori. Odgovarajuća kompilacija pomenutih javnih finansijskih tokova predstavlja bazu za formiranje Nacionalnog zdravstvenog računa u Srbiji.

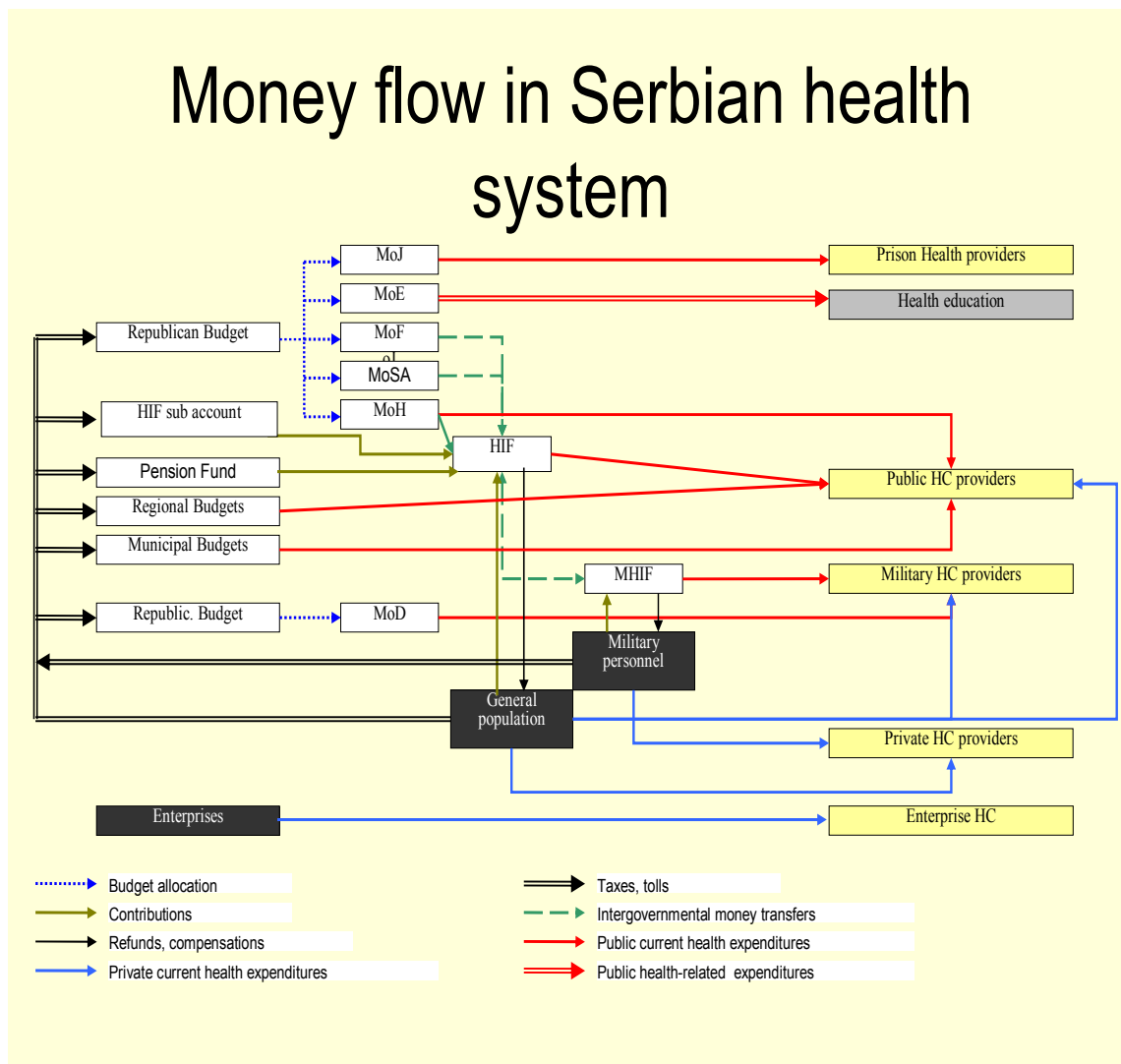
Sredstva za zdravstvenu zaštitu osiguranih lica su obezbeđena od strane RZZO, dok su sredstva za neosigurane građane, specijalni programi i mere za promociju zdravlja i prevenciju bolesti, za celu populaciju obezbeđeni od strane Republičkog budžeta.

Zbog nedostatka privatnog zdravstvenog osiguranja, privatno finansiranje manje više kompletno potiče od plaćanja iz džepa, dopunjeno od strane nekolicine većih preduzeća koja imaju (i finansiraju) sopstvene ustanove za lečenje profesionalnih bolesti, a obezbeđuju i usluge primarne zaštite.

U grubim crtama, 90% javnih troškova finansira se preko RZZO ili u međuresorskim transferima preko RZZO. Slična pokrivenost se pretpostavlja za one koji imaju prava na usluge zdravstvene zaštite vojnih pružalaca usluga.

Zdravstvene usluge u zatvorima imaju relativno malo učešće na tržištu, one postoje u sopstvenom okviru i o konkretnim detaljima se malo zna.

Slika 1 Finansijski protok u zdravstvenom sistemu Srbije



Bruckner 2006

[Type text]

Dostupnost podataka za izradu NZR

Zdravstvene usluge koje se pružaju u javnom sektoru su dobro dokumentovane i velika većina potrebnih podataka se rutinski skuplja. Najvažniji i najkorisniji izvor podataka je Republički zavod za zdravstveno osiguranje (RZZO).

Drugi važan izvor podataka je Komora zdravstvenih ustanova, kojoj podatke dostavljaju sve javno zdravstvene ustanove koje pripadaju sitemu javno-zdravstvene zaštite. Dok je zdravstvena zaštita stanovništva u javnom sektoru generalno dobro dokumentovana, suprotno važi za **privatne pružaoce usluga** zdravstvene zaštite. Skoro se ništa ne zna o strukturi, prometu, broju zaposlenih ili broju lečenih pacijenata.

Neke ograničene informacije postoje o većim privatnim ustanovama (npr. privatna bolnica), mada ogroman broj ustanova čini potpuno neobeleženu teritoriju. Zavod za statistiku je pribavio procenjen broj ustanova putem poslovnog registra, ali postoje procene da pravi broj ustanova lako može preći registrovan broj za čak tri ili četiri puta.

Trenutno, svi podaci o privatnoj zdravstvenoj zaštiti uzeti su iz procena Ankete o potrošnji domaćinstava (APD), tj. onog što privatna domaćinstva kažu da su potrošila na zdravstvenu zaštitu. Korisnost podataka APD nikada nije dolazila u pitanje u principu, ali postoji ozbiljna opasnost da se troškovi vezani za zdravstvo sistematski smanjuju u izveštajima APD, budući da se iznosi troše bez kontinuiteta (za razliku od troškova za hranu, stan ili slično) i prava potrošena suma ne mora uvek tačno da se zapamti u potpunosti. Takođe, privatnu zdravstvenu zaštitu verovatno pre svega koriste domaćinstva sa visokim prihodima za koja je poznato da sistematski navode manje iznose u podacima APD u svim zemljama širom sveta.

Drugo teško pitanje je u oblasti međunarodnih donacija. Srbija dobija znatne donacije upravo za zdravstvo, i od javnih i privatnih institucija i u novcu i drugačije. Pošto donacije mogu da se drže na deviznim računima u srpskim komercijalnim bankama, nije lako dati kompletnu procenu ukupne vrednosti donacija. Korišćeni su različiti pristupi, konsultovani su podaci Narodne banke, Ministarstva finansija, kao i internet stranice međunarodnih donatora. Iznos koji je trenutno u opticaju još uvek predstavlja priličan rizik kad su procene u pitanju i potreban je dalji rad u budućnosti.

Pošto većina donacija služi za adaptaciju zgrada i medicinsko-tehničke opreme, uticaj na sadašnje troškove u zdravstvu je dosta mali, budući da većina sredstava iz donacija završi u troškovima vezanim za zdravstvo (kapitalne investicije), a ne u pružanju zdravstvenih usluga.

Praćenje raspodele finansijskih sredstava na zdravstvene usluge je bazirano na podacima Republičkog instituta za javno zdravlje o pruženim uslugama i podacima Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje.

V Trendovi i struktura rashoda u zdravstvenoj zaštiti

Pokazatelji zdravstvene potrošnje

Iz perspektive zdravstvene politike, finansiranje javnog sektora zdravstvene zaštite nema samo funkciju da pokriva finansijske rizike oboljevanja, već takođe da obezbedi pravilnu raspodelu javnih fondova

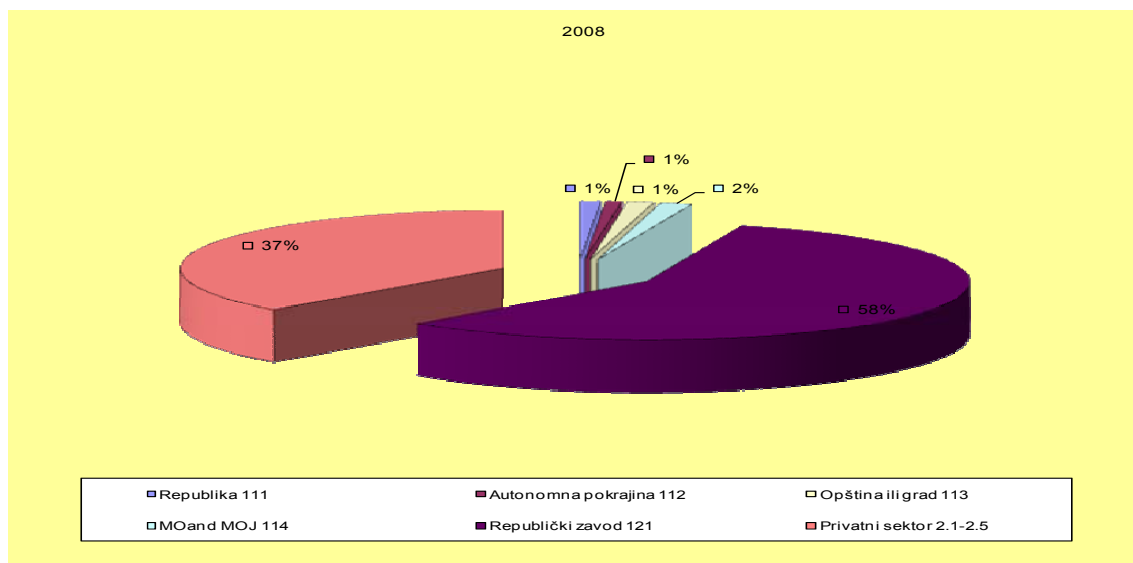
U Srbiji je u 2008. Oko 62% od ukupnih rashoda za zdravstvo (URZ) finansirano iz javnih izvora, stoga i najveći deo od strane RZZO. Posledično, plaćanja republičkog fonda za zdravstveno osiguranje većim delom određuju javno pružanje usluga. Deo javnog finansiranja zdravstvenih usluga obezbeđuju još i Ministarstvo zdravlja, preko regionalnih i lokalnih vlada, od strane Ministarstva odbrane, Ministarstva pravde i Vojnog zdravstvenog osiguranja.

Tabela 2: Potrošnja za zdravstvo kao % BDP u Srbiji od 2003-2008. godine

Finansijeri	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ukupno	8,7	8,6	9,0	9,3	9,9	9,8
HF.1	6,2	5,9	6,0	5,9	6,1	5,6
HF.1.2	5,6	5,4	5,5	5,5	5,7	5,6
HF.2	2,5	2,7	3,0	3,4	3,8	3,7

Odgovor na pitanje: **Ko plaća koliko** može se videti na grafikonu 10.

Grafikon 10: Finansijeri zdravstvenog sektora



[Type text]

Potvrđeno je da je predominantni finansijski izvor u javnom zdravstvenom sektoru republički zavod za zdravstveno osiguranje (RZZO) čiji se udeo u finansiranju povećao u periodu od 2003-2007, sa laganim smanjenjem u 2008. Verovatni razlog za rast sredstava fonda (RZZO) je uspostavljanje bolje kontrole priliva sredstava u RZZO.

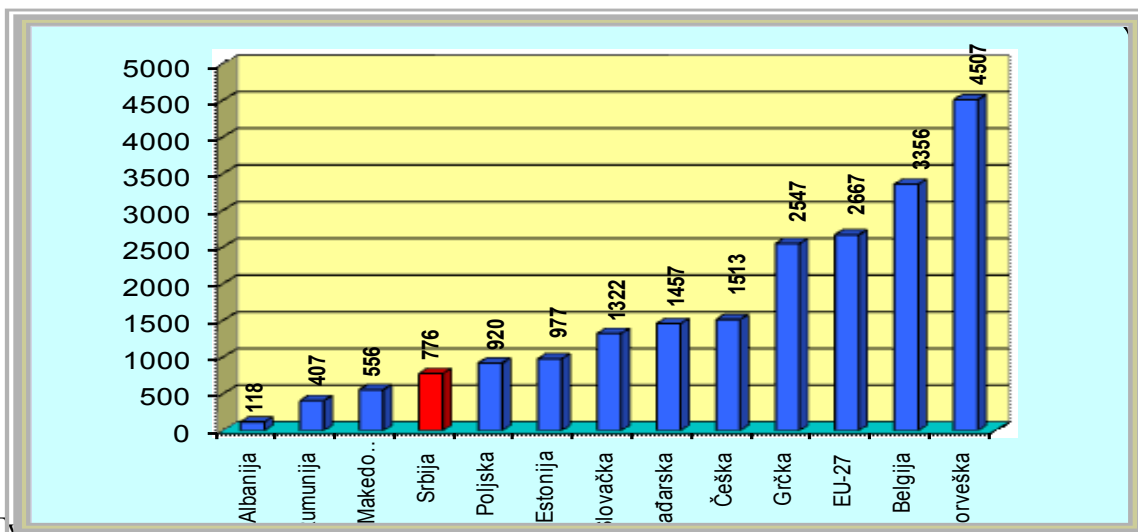
Tabela 3: Udeo finansiranja u javnom finansiranju

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Udeo RZZO%	87	91.5	92.7	93	93.9	92.8
Udeo ostalih javnih izvora%	13	8.5	7.3	7	6.1	7.2

Ukupni troškovi za zdravstvenu zaštitu pokazuju stalni rast u periodu 2003-2008, te su u 2008-oj dostigli prosek od 493 evra, ili 664 USD po glavi stanovnika. Troškovi za zdravstvenu zaštitu u javnim zdravstvenim ustanovama bili su 308evra u posmatranoj godini ili 415 USD (grafikon 11).

Posmatrajući izdvajanja za zdravstvenu zaštitu kao procenat od bruto domaćeg proizvoda, Srbija je iznad proseka Evropske unije (8,9% u 2007. godini), odnosno približno na nivou Danske (9,8%), Grčke (9,6%) i Islanda (9,3%). Takođe je iznad Češke, Mađarske, Italije, Poljske, Slovačke i niza drugih zemalja. Međutim, u poređenju sa drugim evropskim zemljama, Republika Srbija izdvaja u apsolutnom iznosu mala sredstva za zdravstvenu zaštitu, što je posledica relativno niskog nivoa bruto domaćeg proizvoda Srbije (grafikon 11).

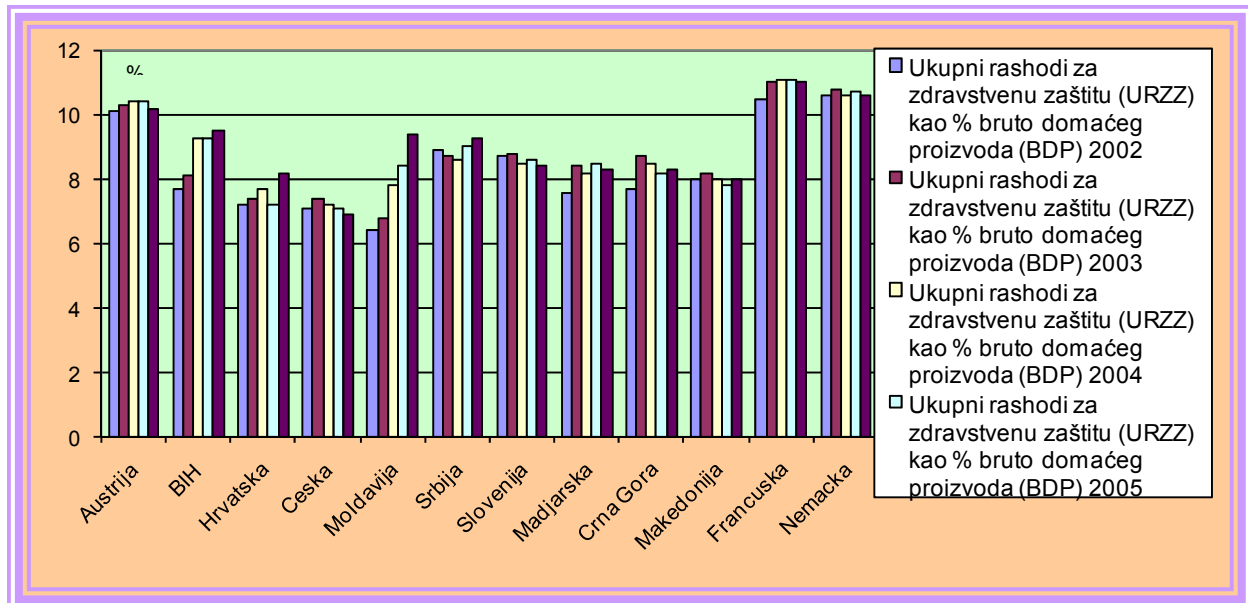
Grafikon 11. Ukupni rashodi za zdravstvenu zaštitu, u dolarima po kupovnoj moći, po stanovniku, Srbija i izabrane evropske zemlje, 2006.



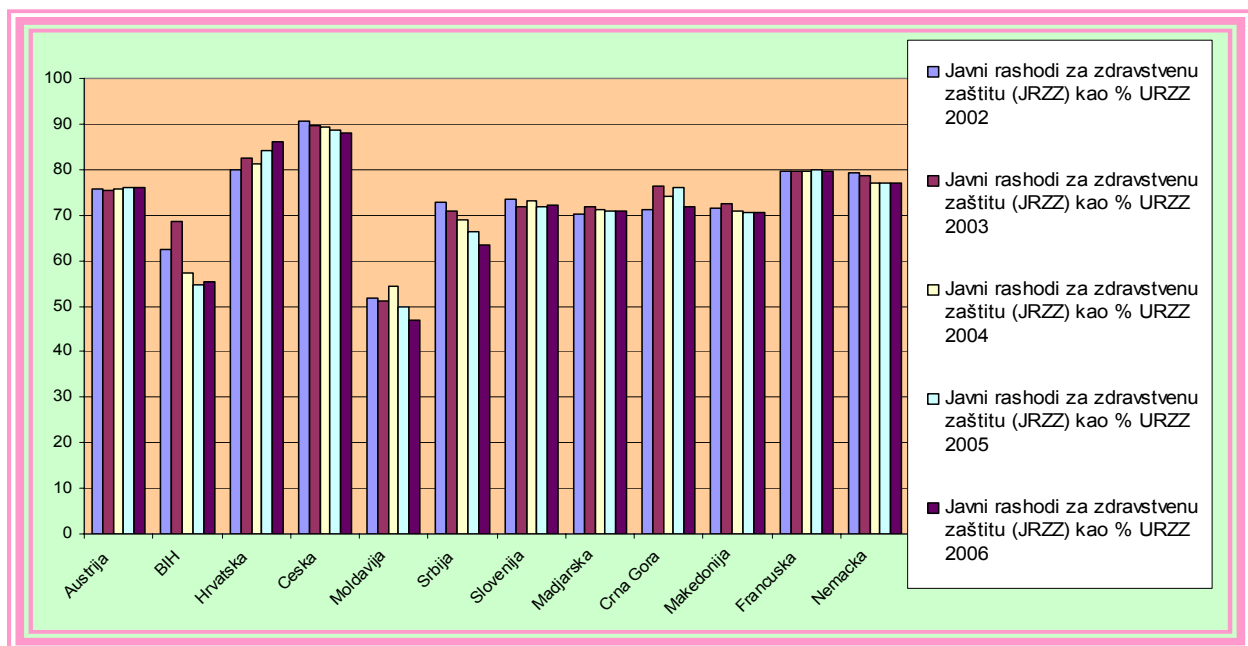
[Type text]

Izračunati pokazatelji zdravstvene potrošnje izraženi u procentima BDP omogućili su poređenje troškova za zdravstvenu zaštitu sa odabranim evropskim zemljama.

Grafikon 12. Ukupni rashodi za zdravstvenu zaštitu kao % od BDP-a 2002-2006.

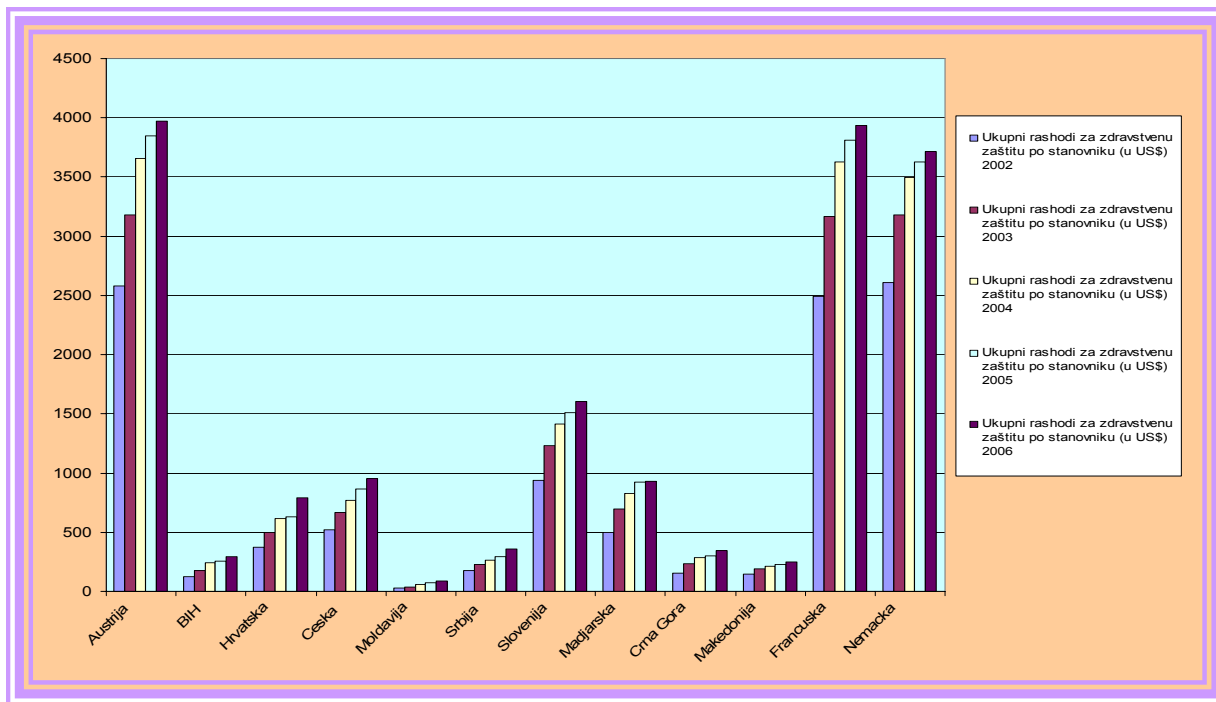


Grafikon 13. Državna izdvajanja za zdravstvenu zaštitu kao % od ukupnih izdvajanja za zdravstvenu zaštitu 2002-2006.



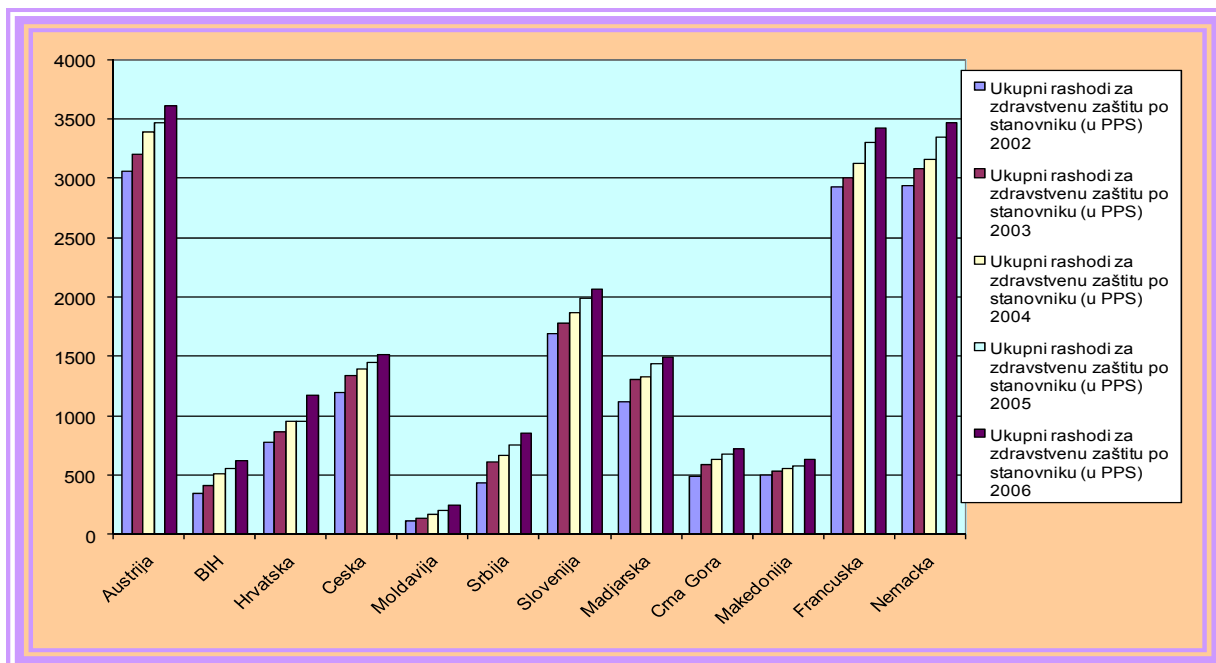
[Type text]

Grafikon 14. Ukupni izdaci za zdravstvenu zaštitu po glavi stanovnika izraženi u dolarima 2002-2006.



Samo pariteti kupovne moći nam omogućuju sa podacima o pravoj kupovnoj moći neke nacije.

Grafikon 15. Ukupni izdaci za zdravstvenu zaštitu po glavi stanovnika izraženi u paritetima kupovne moći 2002-2006.



[Type text]

Odnos između javnih i privatnih pružalaca zdravstvene zaštite, kao i odnos između privatnih i javnih finansijera zdravstvene zaštite je ustanovljen u istraživanju Ministarstva zdravlja iz 2006. godine (tabela 4 i grafikon 16).

Tabela 4. Odnos privatnog i javnog finansiranja kao % ukupnih davanja za zdravstvo, 2006

		Пружаоци здравствених услуга		
		Приватни	Јавни	Укупно
Финансијери здравствених услуга	Приватни извори	38,443,726 (23%)	12,201,704 (7,3%)	50,645,430 (30,3%)
	Јавни извори	18,386,130 (11%)	98,115,074 (58,7%)	116,501,204 (69,7%)
	Укупно	56,829,856 (34%)	110,316,778 (66%)	167,146.634 (100%)

Grafikon 16. Структура плаћања за здравствену заштиту „из джепа“



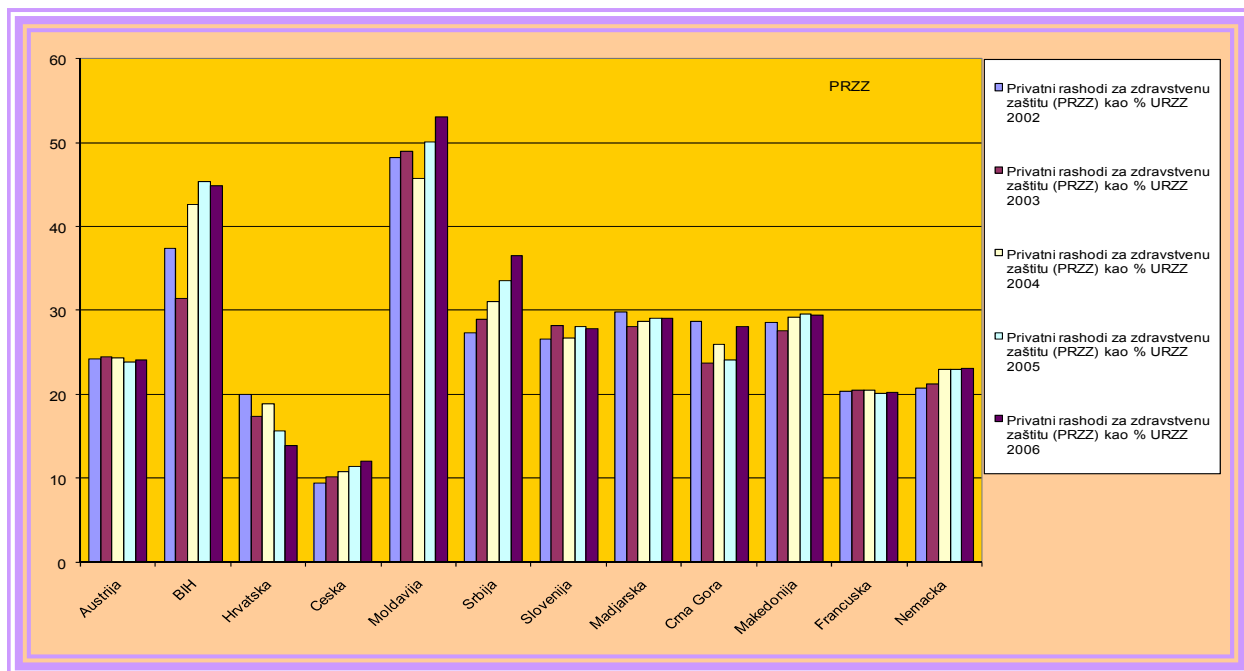
[Type text]

Izveštaj republičkog zavoda za Statistiku o sivoj ekonomiji iz 2005, pokazuje da građani Srbije troše prilične sume novca za plaćanja „ispod teže“ zdravstvenim radnicima. Rezultati su pokazali da je 90,8% poklona u zdravstvu vezano za javni sektor, i predstavljaju 9,3% ukupnih plaćanja „iz džepa“.

Nejasnu situaciju u finansiranju i pružanju usluga u privatnom zdravstvenom sektoru donosioci zdravstvene politike planiraju da prevaziđu uvođenjem nove politike “fiskalnih računa”. Od 01.06.2009. svi privatni pružaoci zdravstvenih usluga su dužni da izdaju korisnicima usluga fiskalne račune, što će predstavljati osnovu za veću transparentnost u aktivnostima privatnih pružalaca zdravstvenih usluga.

Sledeći grafikon pokazuje odnos udela privatnog i javnog finansiranja u Srbiji i zemljama u regionu u 2006.

Grafikon 17. Privatni izdaci za zdravstvenu zaštitu kao % od ukupnih rashoda za zdravstvenu zaštitu u periodu 2002-2006



Sledeća grupa pokazatelja posmatra distribuciju resursa po različitim pružaocima i uslugama. Najveći udeo u ukupnim troškovima za zdravstvenu zaštitu imaju bolnice (HP.1), zatim maloprodaja lekova i pomagala (HP.4), dok se ambulantna nega i ostale institucije pružaoci vanbolničkog lečenja nalaze na trećem mestu (HP.3). Najniži udeo je usmeren za opšti zdravstvenu administraciju (HP.6) kao što je prikazano u tabeli 5, kao procenat BDP-a.

[Type text]

Tabela 5. Finansiranje zdravstvenih ustanova u % od BDP (ICHA-HP)

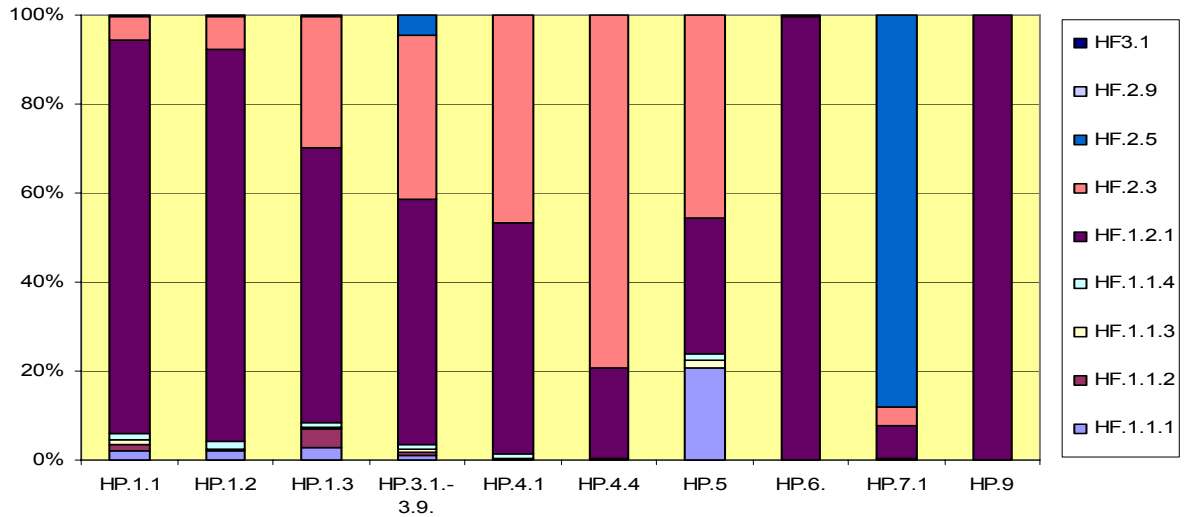
Koliko sredstava odlazi kojem pružaocu?

Izraženo u % BDP	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ukupno	8,7	8,6	9,0	9,3	9,9	9,8
HP.1	4,65	4,26	4,26	4,16	4,32	4,35
HP.3	1,48	1,84	1,76	1,88	1,97	2,15
HP.4	1,69	1,74	2,28	2,58	2,94	2,76
HP.5	0,25	0,22	0,21	0,22	0,22	0,16
HP.6	0,34	0,22	0,19	0,16	0,21	0,14
HP.7	0,29	0,31	0,30	0,30	0,24	0,23
HP.9	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01

Odvajanje sredstava za bolnice u posmatranom periodu je smanjeno sa 4,65% BDP u 2004-oj, na 4,35% BDP-a u 2008-oj. S druge strane, uočen je veoma pozitivan trend je u povećanim davanjima za primarnu zdravstvenu zaštitu i vanbolničke usluge. Davanja za domove zdravlja u odnosu na davanja za bolnice menjao se od 1:3,25 u 2003-oj do 1:2,24 (za svaki dinar namenjen domovima zdravlja, bolnice primaju 2,24 dinara).

Sledeći grafikon pokazuje distribuciju sredstava u odnosu na različite pružaoce. Kategorije ordinacija lekara, stomatologa, laboratorija i ostalih ordinacija za zdravstvene usluge, pripadaju privatnim pružiocima i otud toliko visok udeo privatnih domaćinstava. Očigledno je da su svi ostali pružaoци mahom finansirani od strane republičkog fonda za zdravstvenu zaštitu (RZZO).

Grafikon 18. Kako su različiti finansijeri rasporedili sredstva različitim ustanovama u 2008?



U odnosu na funkciju ili tip pruženih usluga i aktivnosti u okviru zdravstvenog sistema, tokom godinama pokrivenih istraživanjem, pokazuje da je najveći udeo sredstava potrošen na kurativnu zdravstvenu zaštitu. Sledeća na listi je potrošnja lekova i u skladu je sa globalnim trendovima povećanja upotrebe i troškova za lekove.

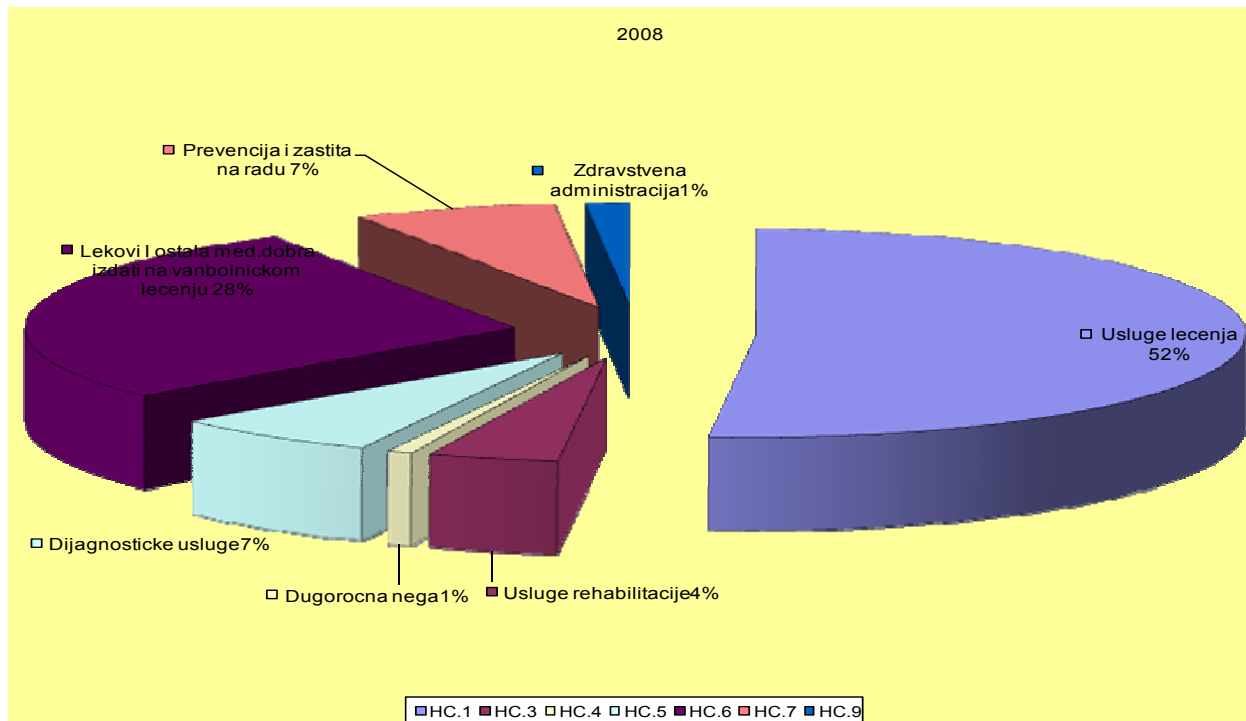
Sledeća tabela pokazuje kako su raspoređena finansijska sredstva na različite zdravstvene usluge, iskazana u % BDP.

Tabela 6. Finansiranje zdravstvenih usluga (ICHA, HC1)

Izraženo u % BDP	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ukupno	8,7	8,6	9,0	9,3	9,9	9,8
HC.1	5,01	4,83	4,76	4,84	4,78	5,06
HC.2	0,31	0,37	0,41	0,29	0,45	0,42
HC.3	0,06	0,09	0,09	0,09	0,13	0,08
HC.4	0,42	0,53	0,59	0,54	0,69	0,68
HC.5	1,81	1,87	2,29	2,71	2,94	2,77
HC.6	0,76	0,74	0,72	0,73	0,75	0,66
HC.7	0,33	0,17	0,14	0,10	0,16	0,14

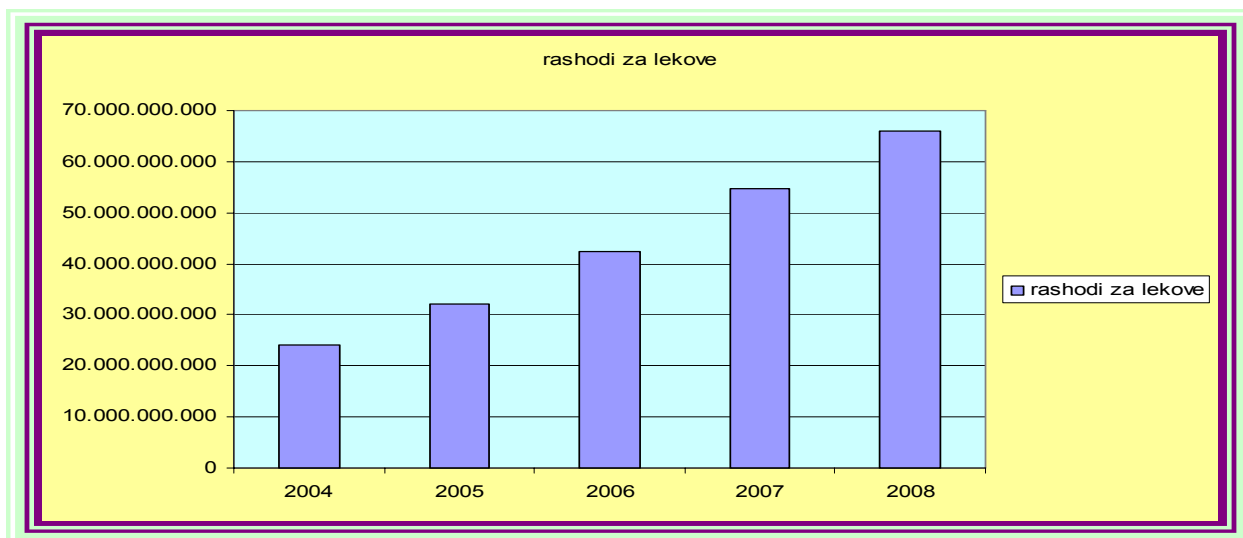
[Type text]

Grafikon 19. Koliko se izdvaja za koje zdravstvene usluge?



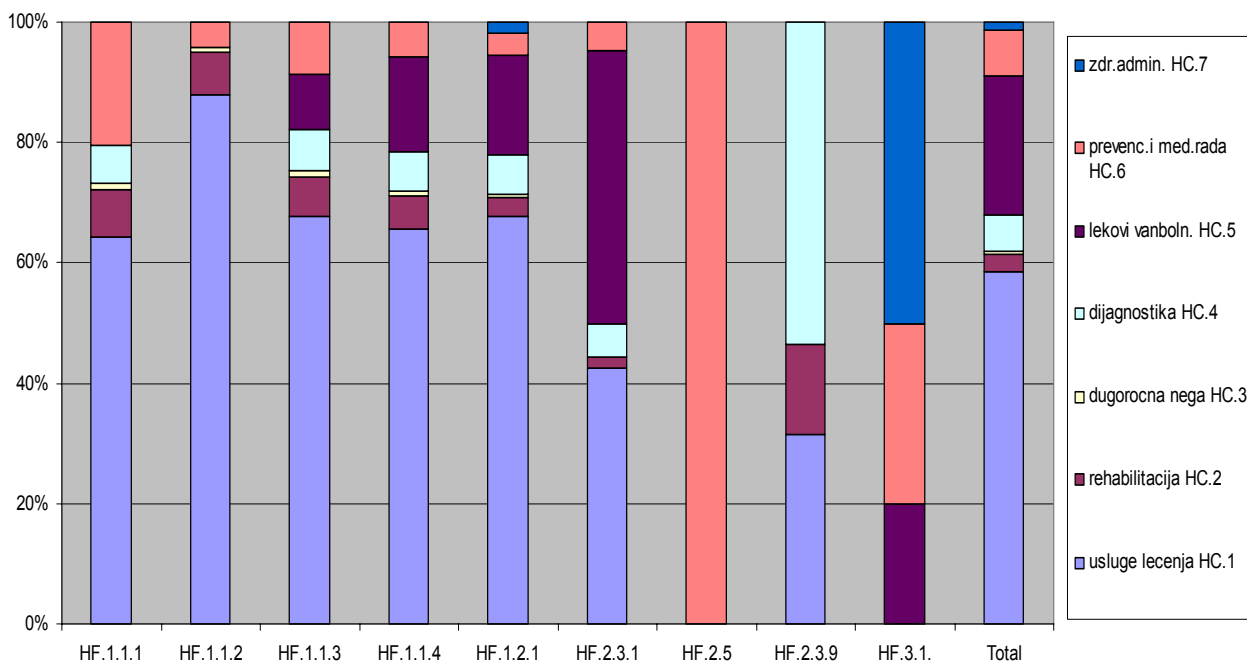
Opšti trend u vezi sa zdravstvenim uslugama je povećanje troškova za lekove, mali pad troškova za za bolnička lečenja i neznatno povećanje troškova za vanbolnička lečenja. Sličan trend može se takođe uočiti i u Srbiji.

Grafikon 20. Potrošnja na lekove u Srbiji 2004-2008



[Type text]

Grafikon 21. Ko finansira koje zdravstvene usluge u 2008-oj?



Ako se uporede distribucija usluga sa izvorima finansiranja, može se uočiti da su privatna domaćinstva finansirala vanbolničkua kurativna lečenja sa skoro 1/3 ukupnih finansija u toj kategoriji, dok je bolnička lečenje finansirano uglavnom iz sredstava javnih finansijera. Skoro jedna polovina sredstava potrebnih za lekove i ostala medicinska pomagala (naočare, slušni aparati i sl.) su pokrivena iz privatnih džepova.

VI Zaključci i preporuke

Rezultati su potvrdili obrazac zdravstvene potrošnje u Republici Srbiji u periodu 2004 – 2008. i identifikovali zdravstvene pokazatelje koji su omogućili poređenja zdravstvenog sistema Srbije sa zdravstvenim sistemima u drugim državama.

Analiza za period 2004-2008. otkriva sličnosti između Srbije i zemalja evropske unije (EU) u odnosu na nivo prosečno dodeljenih sredstava za zdravstvenu zaštitu, izraženih u procentima BDP. Visok disparitet kupovne moći stanovništva je pak primećen u odnosu Srbije i drugih evropskih zemalja.

Zaključeno je da je praćenje finansijskih tokova u zdravstvu na nacionalnom nivou neophodno radi dobijanja prave slike zdravstvenog sektora i da je sledstveno tome, od izuzetne važnosti nastaviti sa proizvodnjom nacionalnih zdravstvenih računa (NZR) na redovnoj bazi.

Pozitivne promene su primećene u smanjenom broju uputa iz primarne na sekundarne i tercijarne nivoe zdravstvene zaštite, što pokazuje poboljšanja u organizaciji i korišćenju protokola za upućivanje, kao i povećano usmeravanje sredstava pružiocima ambulantne zdravstvene zaštite, kao što je i strateškim planovima predviđeno.

[Type text]