

UVODNA RAZMATRANJA I METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

1.SADRŽAJ I CILJ ISTRAŽIVANJA

Tranzicija u Srbiji je faktički započela tek 2000. godine sa političkim promenama koje su se odigrale oktobra te godine. Drugim rečima, tranzicija u Srbiji je započela sa deset godina zakašnjenja. Za tih deset godina stečana su značajna iskustva u mnogim segmentima tranzicije koja se odigravala u drugim zemljama: iskustva u, na primer, pogledu makroekonomskih politika, politika liberalizacije cena i spoljne trgovine, privatizaciji i restrukturiranju realnog sektora, reformi društvenih delatnosti itd. Ta iskustva su dovela do akumuliranja znanja o tome do čega dovode pojedine tranzicione politike i modeli, odnosno koji su rezultati njihove primene. Takođe, akumulirano je veliko znanje na temu koji to mehanizmi dovode do takvih rezultata, kao i koji su to mehanizmi koji dovode do formulisanja i sprovođenja tranzicionih politika, odnosno koji to preduslovi treba da budu ispunjeni kako bi se uspešno realizovale određene politike. U tom pogledu, kašnjenje Srbije predstavljalo je šansu da se uči na greškama drugih, odnosno da se ne ponavljaju greške koje su drugi već učinili. Početak stvarne tranzicije nije doneo razloge za pad proizvodnje, već, naprotiv, za njen rast. Slično tome, nije bilo jakih razloga za povećanje siromaštva. Prvo, kao posledica rasta društvenog proizvoda, dohoci stanovništva su rasli. Drugo, povećanje nejednakosti nije bilo veliko, tako da ono nije moglo da utiče na prelazak većeg broja ljudi među siromašne. Treće, u Srbiji je i ranije postojao nominalno dosta razvijen sistem socijalne zaštite, koji je samo bio loše finansiran, pa su dugovanja korisnicima dostigla više od dve godine (socijalna pomoć, dečji dodaci itd). Nakon normalizacije prilika početkom 2001. godine, a i uz donatorsku pomoć, dugovanja su izmirena i obezbeđena je redovna isplata tekućih transfera, što je popravilo situaciju najsiromašnijih. I četvrto, znatna, a već pomenuta finansijska podrška sveta povećala je kupovnu moć stanovništva preko nivoa domaćih resursa i omogućila vidljiv rast potrošnje.

Društvena, pa i državna preduzeća su se u Srbiji tokom devedesetih godina sve više pretvarala u centre za socijalno zbrinjavanje zaposlenih, a sve su manje bila proizvodni i profitni centri. Socijalni pristup zaposlenosti i zapošljavanju tokom devedesetih godina doneo je očekivane rezultate tokom produbljenja ekonomske krize: realne zarade su bitno opale (za više od jedne polovine) i, tako, preuzele teret prilagođavanja smanjenom društvenom proizvodu. Sa druge strane, u kapitalističkim privredama prilagođavanje krizi vrši se smanjenjem zaposlenosti, s tim da preduzeća ostaju u zdravijem stanju, pa je i kriza stoga manje duboka. Restriktivna regulativa proizvela svoje neminovno naličje – pomeranje zaposlenosti iz formalnih u sive i kvaziformalne aranžmane. Dok je novo zapošljavanje nekako uspevalo da zaobiđe restriktivna pravila i dospe do preduzeća, dotle nije bilo moguće smanjiti postojeću

zaposlenost na pravu meru. Stoga je u mnogim preduzećima postojao višak zaposlenosti, tj. veliki broj zaposlenih nije doprinosa proizvodnji i finansijskom rezultatu firme.

Zdravstveni sistem predstavlja jedan od najsloženijih sistema u državi. S obzirom na njegov značaj i uticaj na zdravstveno stanje stanovništva svake države, kao i zbog velikog ekonomskog uticaja, država sprovodi niz mjera u planiranju i upravljanju zdravstvenim sistemom kako bi obezbedila stabilno finansiranje i racionalan i kvalitetan sistem pružanja zdravstvene zaštite, a sve u cilju da se u okviru raspoloživih sredstava stanovništvu obezbedi osnovna zdravstvena zaštita. U svim zemljama, zbog starenja stanovništva i uvođenja novih i skupih medicinskih tehnologija, prisutno je i stalno povećanje troškova pružanja zdravstvene zaštite.

U društvu postoji očigledna diskrepanca između očekivanja korisnika zdravstvene zaštite, naviklih na visok kvalitet usluga i značajno subvencioniranu zdravstvenu zaštitu i realnosti u kojoj zdravstvene ustanove nemaju materijalnih sredstava da obezbede neophodne preduslove za pružanje zdravstvene zaštite, uz očigledno slabljenje društvene kohezije i poljuljano poverenje u institucije. U takvom društvenom miljeu svaka odluka kreatora javne politike u pogledu obima, kvaliteta i cene usluga zdravstvene zaštite može naići i nailazi na zid neodobranja, pa i osude. Otvaranje javne debate o ključnim reformskim pitanjima, kako u domenu zdravstvene politike, tako i u domenu ostalih sektorskih politika, a naročito onih sa izraženim socijalnim efektima, čini se veoma racionalnim i svrsishodnim.

Jedan problem koji se često javlja, jeste da poslodavci koji imaju finansijske teškoće ne uplaćuju obavezne doprinose u fondove zdravstvenog osiguranja, a i vlade ne daju uvek adekvatne uplate za svoje doprinose za one koji samo ne vrše uplatu. To otvara ciklus dugovanja u kojem fondovi ne vrše uplate bolnicama, lekarima opšte prakse i drugim davaocima usluga, koji sa svoje strane odlažu uplate troškova dobavljačima, poput kompanija koje isporučuju lekove i energente.

U mnogim zemljama u tranziciji, u proteklom periodu, došlo je do značajne degradacije zdravstvenog sistema, lekarske profesije, pa i etike u zdravstvu. Potrebno je pokrenuti niz mera u cilju da se etika u zdravstvu ojača, a građanima i u ovoj oblasti garantuju ljudska prava. Praktično, od deklarativnog garantovanja ljudskih prava, pa i prava u okviru zdravstvene zaštite, mora se preći na njihovo ostvarivanje. U tom smislu, u mnogim evropskim tranzicionim zemljama postoji konsenzus da je neophodno je jačati svijest o zdravlju kao jednom od osnovnih ljudskih prava, kao i svest o pravu pacijenta na pravovremenu i tačnu informaciju o njegovom zdravstvenom stanju i aktivnom učešću u izboru načina liječenja. Zbog toga je neophodno izraditi smernice za upoznavanje građana o njihovim pravima u okviru zdravstvene zaštite i kroz dobro osmišljenu medijsku kampanju upoznavati ih sa njima. Takođe, neophodno je upoznavati građane sa novinama u načinima lečenja i modernim dostignućima u oblasti medicine.

U svim zemljama sveta, usled napretka zdravstvenih tehnologija, pojave novih i skupih lekova i starenja stanovništva, dolazi do stalnog porasta zdravstvenih troškova. Zbog toga, sve zemlje sveta sprovode niz mjera kako bi taj rast ograničile, uvele kontrolu trošenja sredstava i poslovanje zdravstvenog sistema svele u okviru mogućnosti. Iskustva zemalja u tranziciji pokazuju da su zdravstveni sistemi tih zemalja bili okrenuti sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, dok je primarni nivo zdravstvene zaštite uglavnom bio slabo razvijen i neadekvatno plaćen. Lekari tog nivoa su, umesto da većinu problema reše u primarnom kontaktu sa građanima, zapravo većinu pacijenata prebacivali na više nivoe zdravstvenih usluga, koji su evidentno skuplji. Svaki zdravstveni sistem koji

je okrenut ka sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti istovremeno je i skup sistem. Takođe, jačanjem preventivne i primarne zdravstvene zaštite ne postiže samo to da se većina zdravstvenih problema rešava na primarnom kontaktu, što istovremeno znači i manje skupo lečenje, već se na taj način može bitno uticati i na smanjenje oboljevanja stanovništva od najčešćih bolesti, čime se značajno pozitivno utiče na zdravstveno stanje stanovništva. Uvođenjem institucije izabranog lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, najveći deo zdravstvenih potreba građana se zadovoljava na primarnom nivou.

Srbija je, kao i ostale članice bivše Jugoslavije, nasledila zdravstveni sistem finansiran obavezanim davanjima za socijalno i zdravstveno osiguranje, zasnovan na stopi poreza. 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, nastalog zbog skupih troškova lečenja. 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

Iako se opšti argumenti za decentralizaciju u sistemu zdravstvene zaštite manifestuju u finansijskoj odgovornosti, njenom potencijalu za poboljšanje kvaliteta usluga i boljem obuhvatu stanovništva zdravstvenom zaštitom, još uvek su aktuelna pitanja koja su prisutna u svakoj sredini, kako koristi od nje na najbolji način realizovati, a zatim, i problem kontroverzne prirode nekih zdravstvenih usluga, kao što je planiranje porodice, formalna edukacija zdravstvenih radnika ili integrisanost nekih zdravstvenih mera i aktivnosti. To sve čini decentralizaciju u sistemu zdravstvene zaštite vrlo kompleksnim poduhvatom i potencijalno težim nego u drugim sektorima (društvenim podsistemima).

Zdravstveni kadrovi su najznačajniji resurs zdravstvenog sistema. Njihov izbor (selekcija), školovanje, osposobljavanje i usavršavanje je izuzetno skup i dugotrajan proces. Tzv. živi resurs je nosilac ukupne kreativne djelatnosti u zdravstvu na svim nivoima zdravstvene zaštite. Sistematično i integrativno planiranje kompetencija zdravstvenih radnika, njihovog dugoročnog razvoja i korišćenja su osnova efikasnog funkcionisanja zdravstvenog sistema i dostizanja željenog unapređenja zdravlja. Ceo ljudski potencijal, kao kapital zdravstvenog sistema, treba da se razvija, nadgrađuje, troši, efikasno koristi, i mobiliše u skladu sa određenim strateškim planovima. Sva raspoloživa radna snaga za zdravlje obuhvata pored zdravstvenih profesionalaca (u javnom i privatnom sektoru), i one radnike koji nisu neposredni davaoci zdravstvenih usluga, ali upravljaju i pružaju podršku zdravstvenim aktivnostima.

Tipično planiranje stručnog usavršavanja kadrova je u mnogim zemljama vođeno finansijskim ograničenjima, raspoloživim resursima i u skladu sa vladajućim politikama za

zdravlje. To u osnovi znači uravnotežavanje legitimnih zdravstvenih zahteva za kadrovima (od strane stanovnika, odnosno davaoca i ugovarača usluga) i ponude zdravstvenog kadra na tržištu (u zdravstvenom sistemu zemlje i šire), a koje je usklađeno sa kontekstualnim interakcijama između zdravstvenih, socijalnih, demografskih, ekonomskih, političkih, i drugih trendova. Pod stručnim usavršavanjem podrazumeva se sticanje određenih teoretskih i praktičnih znanja putem specijalizacije, subspecijalizacije, podstiplomskih studija i pohađanja više škole, sticanje određenih stručnih znanja praktičnom obukom, završavanja određenih tečajeva i polaganja ispita za osposobljenost u okviru struke i slično; završavanje višeg stepena školskog obrazovanja putem redovnog ili pak vandrednog školovanja.

2.METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA I POSTAVLJENE HIPOTEZE

Imajući u vidu definisani predmet, polazišta i ciljeve istraživanja formulisan je odgovarajući teorijsko – metodološki okvir koji omogućava postizanje relevantnih i ispravnih zaključaka i rezultata, čime se ostvaruje poseban naučni i društveni doprinos. Samim tim teorijsko – metodološki okvir sazajno i logički u potpunosti prati i podržava planirano istraživanje, obezbeđujući da se sprovodi u okvirima definisanog predmeta istraživanja.

U skladu sa ciljevima i predmetom istraživanja, polazi se od nekoliko postavljenih hipoteza koje se u radu dokazuju:

- Da li je razvoj zdravstvenog sistema bitan faktor ukupnog privrednog razvoja?
- Da li globalizacija tržišta radne snage pozitivno deluje na pravno-ekonomske okvire u vezi sa zapošljavanjem i pravima i obavezama zaposlenih?
- Da li su tranzicione promene u Srbiji imale uticaj na sektor zdravstva i u kojoj meri?
- Kakav će uticaj na sektor zdravstva u Srbiji, posmatrano sa aspekta tržište radne snage i finansiranja, imati proces pridruživanja EU?
- Da li se iskustva u oblasti zdravstvene zaštite i socijalne politike kod drugih zemalja u tranziciji mogu adekvatno primeniti na Republiku Srbiju?

Istraživački postupak u predloženoj tezi obuhvatiće formulaciju problema, definisanje koncepta istraživanja, sređivanje prikupljenog materijala i njegov prikaz, interpretaciju rezultata i izvođenje zaključaka, što će doprineti uočavanju pojava i tendencija danas, ali i u skorijoj budućnosti. Polazeći od osnovnog naučnog postulata da se do određenog saznanja dolazi metodološkim postupkom, kod obrade materije u ovom radu biće korišćene određene naučne metode, i to: *deskriptivna metoda* kao opšta metoda naučnog istraživanja, uz pomoć koje će se identifikovati i precizno opisati makroekonomske performanse srpske privrede kao i determinante tržišta radne snage u svetu i kod nas, zatim *komparativna metoda* u okviru upoređivanja performansi zdravstvenog sektora u različitim zemljama, zatim statističke metode (uključujući i *statističku grafiku*), metode *analize i sinteze* (u domenu spoznaje i uopštavanja u uzročno-posledičnim odnosima), kao i *induktivna i deduktivna metoda* (u segmentu davanja opštih ocena i zaključaka), *apstrakcija i konkretizacija, generalizacija, specijalizacija, analogija* itd.

Istraživanje će, po potrebi, biti dopunjavano podacima iz već sprovedenih analiza i istraživanja. Kad će se koja metoda primenjivati zavisice od mesta subjekta koji se istražuje, i one se ne mogu striktno razgraničavati tokom izrade rada.

Dok je zdravstvena zaštita stanovništva u javnom sektoru generalno dobro dokumentovana, suprotno važi za privatne pružaoce usluga zdravstvene zaštite. 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, tj. onog što privatna domaćinstva kažu da su potrošila na zdravstvenu zaštitu. Korisnost tih podataka nikada nije dolazila u pitanje u principu, ali postoji ozbiljna opasnost da se troškovi vezani za zdravstvo sistematski smanjuju u izveštajima, 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 o potrošnji domaćinstva u svim zemljama širom sveta. Drugo 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.

Ova magistarska teza je realizovana u tri poglavlja, konceptijski povezana, nakon čega slede zaključci i preporuke. Svako poglavlje predstavlja pojmovnu i sadržinsku celinu i sastoji se iz određenog broja glava i odeljaka.

Nakon uvoda, u prvom poglavlju teze, pod nazivom “Karakteristike srpske privrede u tranzicionom periodu i pozicija sektora zdravstva”, nakon osnovnih postavki vezanih za tranziciju i proces privatizacije, kao i opisa ključnih performansi srpske privrede, analizirana je struktura zdravstvenog sistema. U tom smislu, posebno je pojašnjena uloga države u zdravstvenoj zaštiti stanovnika. Slede principi finansiranja zdravstvene delatnosti, a zatim pozicija sektora zdravstva u privredi Republike Srbije i sistem finansiranja zdravstva, sa fokusom na ulozi RZZO. Detaljno su prezentovani i pokazatelji zdravstvene potrošnje. Na kraju poglavlja predmet analize su Troškovi primarne zdravstvene zaštite u Srbiji.

Na početku drugog poglavlja “Uzajamni uticaji zaposlenosti i socijalne politike na sektor zdravstva u Republici Srbiji” tema je Tržište rada u svetu u uslovima globalizacije i socijalno raslojavanje, što svakako podrazumeva problem nezaposlenosti u svetskim okvirima, kao i Milenijumske ciljeve razvoja (smanjenje siromaštva u svetu).

Sledi opis tržišta rada EU, politike zapošljavanja i organizacija socijalnih partnera, nakon čega slede performanse tržišta rada u Srbiji. U nastavku poglavlja pažnja je posvećena sektoru zdravstva u Republici Srbiji sa aspekta zaposlenosti, uz detaljan pregled relevantnih statističkih indikatora. Posebno je razmatran razvoj kadrova u zdravstvu, kao i položaj zaposlenih u državnim zdravstvenim ustanovama. Na kraju je data komparativna analiza položaja zaposlenih u zdravstvu u Srbiji i drugim zemljama.

Poslednje, treće poglavlje ove magistarske teze nosi naziv "Pravno institucionalne osnove zdravstvenog osiguranja u Republici Srbiji". Na početku su prezentovani ciljevi zdravstvene politike Srbije. Sledi analiza kvaliteta zdravstvene zaštite u Srbiji, kao i osvrt na nova zakonska rešenja iz oblasti funkcionisanja i finansiranja sektora zdravstva. U nastavku je opisana organizacija zdravstvene službe, koja obuhvata planiranje i programiranje zdravstvene zaštite, kao i značaj zdravstvenog informacionog sistema sa aspekta uspešnosti pružanja zdravstvenih usluga. Poglavlje se završava pregledom neophodnih reformi zdravstvenog sektora Srbije u narednom periodu, koje obuhvataju strateška opredeljenja, ali i niz konkretnih aktivnosti u skladu sa vodećim principima reforme zdravstva i imajući u vidu iskustva drugih zemalja. U tom smislu, prezentovane su i ključne smernice Strategije za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite.

Zaključna razmatranja su data na kraju rada, kao i pregled skraćenica, aneks i spisak korišćene literature.

Praćenje finansijskih tokova u zdravstvu na nacionalnom nivou neophodno je radi dobijanja prave slike zdravstvenog sektora i sledstveno tome, od izuzetne je važnosti funkcionisanje nacionalnih zdravstvenih računa 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 pružaocima ambulantne zdravstvene zaštite, kao što je i strateškim planovima predviđeno.

Kvalitet zdravstvene zaštite je prepoznat kao jedna od najvažnijih karakteristika sistema zdravstvene zaštite, kako državnog, tako i privatnog sektora. Stalno unapređenje kvaliteta i bezbednosti pacijenata je sastavni deo svakodnevnih aktivnosti zdravstvenih radnika, zdravstvenih saradnika i svih drugih zaposlenih u zdravstvenom sistemu. Stalno unapređenje kvaliteta predstavlja kontinuirani proces čiji je cilj dostizanje višeg nivoa efikasnosti i uspešnosti u radu, kao i veće zadovoljstvo korisnika i davalaca zdravstvenih usluga. Tradicionalno shvatanje da su zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici, kao neposredni davaoci zdravstvenih usluga, jedini odgovorni za kvalitet pružene zdravstvene zaštite, zamenjeno je novim pristupom koji prepoznaje značaj organizacije u celini, a posebno ulogu menadžmenta, kao i čitavog procesa rada, a ne pojedinačnog izvršenja u zadovoljavanju potreba korisnika.

3. ZAKLJUČCI I REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Istraživanja i analize, kao i ocene navedene u ovoj magistarskoj tezi, omogućavaju iznošenje nekih opštih konstatacija u vezi pozicije zdravstvenog sektora u Republici Srbiji sa makroekonomskog aspekta. Polazeći od datog analitičkog okvira, zaključna razmatranja predstavljaju rezime ključnih ocena i stavova koji su se iskristalisali tokom realizacije ovog rada. Konstatacije izvedene na bazi saznanja do kojih se došlo u ovom radu predstavljaju sublimiran prikaz celokupnog istraživanja. Uvažavajući navedeni redosled analize, rad omogućuje iznošenje sledećih važnijih zaključaka:

Posmatranmo na svetskom nivou, može se reći da otpočinje proces sociološke globalizacije preko nivoa plata, konkurencije, proizvodnje, distribucije i potrošnje. Nova socijalna, ekonomska struktura podrazumeva da se preduzeća internacionalizuju i da privatno vlasništvo dobija svetske dimenzije. Plate se ostvaruju preko konkurencije na svetskom tržištu, što doprinosi porastu profita preduzeća. Globalna proizvodnja i konkurencija znače da se profit ostvaruje preko vrednovanja na svetskom nivou i da superstruktura počiva na državnim strukturama koje su se tome prilagodile. U tom procesu globalizacija se vrši internacionalizacijom kapitala u svim svojim formama.

Socijalni dijalog na evropskom nivou je posebno važan. Direktiva o evropskim radničkim savetima je platforma za dijalog poslodavaca i radnika i mogla bi dalje da se unapredi. Socijalni partneri i javni organi stvaraju partnerstvo u predviđanju i upravljanju promenom. U cilju borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti, kao metodologije su prepoznati multi-dimenzionalni i eksperimentalni pristup, a koji pokreću mnoštvo politika unutar sveukupne strategije EU. Nacionalni akcioni planovi različiti su u zavisnosti od ključnih izazova sa kojima se suočavaju države i ciljne grupe, što će se reflektovati na rešenja i prioritete svake države članice, i treba da sadrže određene zadatke (prioritetne zadatke) i mere (političke mehanizme) za njihovo sprovođenje, uključujući razvoj indikatora i mehanizama nadzora, praćenja i evaluacije (monitoringa) napretka prioriternih zadataka.

Zemlje u tranziciji su, u periodu od početka procesa tranzicije devedesetih godina prošlog veka do sada, preduzimale brojne i raznovrsne mere za ublažavanje problema nezaposlenosti. Zapošljavanje, naročito u privatnom sektoru, bilo je ograničavano i destimulisano velikim porezima i ostalim dažbinama na zaradu, izdašnim programima socijalnog osiguranja, naročito penzija, kao i visokim troškovima zdravstvene zaštite na teret poslodavaca. Porezi na zarade u zemljama u tranziciji bili su znatno viši nego u zemljama Evropske unije. Takva situacija je destimulisala zapošljavanje u formalnom sektoru i podsticala rast zaposlenosti u neformalnom sektoru. Mere za povećanje fleksibilnosti tržišta rada bile su neophodne zbog podsticanja restrukturiranja preduzeća.

Očito je da se problem nezaposlenosti u Srbiji pogoršava poslednjih godina, zajedno sa povećanjem broja nezaposlenih i smanjenjem broja zaposlenih. Prema rezultatima Ankete o radnoj snazi, u Srbiji je ukupan broj zaposlenih u oktobru 2010. smanjen je za 8,0% u odnosu na oktobar 2009. Pokazatelji tržišta rada, a pre svega stopa nezaposlenosti, ukazuju na jasnu diferencijaciju između tranzicionih zemalja članica Evropske unije i

Srbije, ali i ostalih zemalja regiona JIE. Značaj tehnološkog napretka u procesu sustizanja razvijenih privreda zapada je već krajem devedesetih postao više nego očigledan.

Kao i u mnogim drugim zemljama u tranziciji, i u Srbiji kontrakcija privredne aktivnosti tokom devedesetih godina nije bila praćena odgovarajućim smanjenjem zaposlenosti, već naglašenim smanjenjem realnih zarada, što je rešavanje problema viška ostavilo za budućnost. U odnosu na ranije godine, nepovoljno je i učešće nezaposlenih koji su to duže od jedne godine. U zemljama EU, oko tri četvrtine nezaposlenih je to kraće od jedne godine, što znači da je fleksibilnost tržišta radne snage tamo znatno veća, kao i šanse nezaposlenih da brzo pronađu novo zaposlenje. Sem toga, učešće samozaposlenih u ukupnom broju zaposlenih je znatno niže nego u naprednim zemljama tranzicije (preko 10%) i razvijenim zemljama (OECD - oko 15%). Uzok tome je relativno nizak nivo razvoja malih i srednjih preduzeća i visok nivo sive (neformalne) zaposlenosti u njima. Slično tome, u Srbiji je veoma nisko učešće fleksibilnih formi zapošljavanja (part-time, privremena zaposlenost), sa oko 1% u ukupnoj zaposlenosti.

Savremeni pristup objašnjavanju uzroka nezaposlenosti je multidimenzionalan. Tržište rada nije samostalan deo privrednog sistema, već ono odražava i istovremeno utiče na strukturne i dinamičke karakteristike čitave privrede. Na dugi rok, najbolji način da se suzbije nezaposlenost je stabilan i visok privredni rast. Međutim, tokom tranzicije, a naročito u početnoj i središnjoj fazi, postoji pojačana potreba da se utiče na kretanja na tržištu rada, kako bi se ublažile neizbežne negativne posledice restrukturiranja. Politika zapošljavanja obuhvata sve aspekte ekonomske politike koji direktno ili indirektno utiču na upotrebu radne snage kao faktora proizvodnje. Ona uključuje u određenim aspektima fiskalnu politiku (porezi, subvencije, javna potrošnja), monetarnu politiku (kamate, ponuda novca) i politiku deviznog kursa, politiku plata i politiku spoljne trgovine, koje su primarne regulativne makroekonomske sfere ekonomske politike. Ona, takođe, uključuje sfere sektorske politike obrazovanja i obuke, socijalne politike, industrijske politike, poljoprivredne politike, trgovinske politike, kao i regionalne politike i politike unapređenja malih i srednjih preduzeća. Politika tržišta rada, sa druge strane, sastoji se samo od radnog zakonodavstva, pasivne politike tržišta rada i aktivne politike tržišta rada.

Posmatrajući izdvajanja za zdravstvenu zaštitu kao procenat od bruto domaćeg proizvoda, Srbija je sa blizu 10% iznad proseka Evropske unije (9%). Međutim, u poređenju sa drugim evropskim zemljama, kao i prosekom zemalja Evropske unije, Republika Srbija izdvaja u apsolutnom iznosu mala sredstva za zdravstvenu zaštitu, što je posledica relativno niskog nivoa bruto domaćeg proizvoda Srbije.

Srbija ima sistem zdravstvene zaštite koji je usmeren na obezbeđivanje lake dostupnosti svim zdravstvenim uslugama za čitavu populaciju. 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. Orjentaciono, 90% javnih troškova finansira se preko RZZO ili u međuresorskim transferima preko RZZO. Zavod obezbeđuje sredstva za finansiranje zarada za zaposlene u zdravstvu, troškove prevoza, utrošene energije i ostalih troškova

funkcionisanja zdravstvenih ustanova, zatim za troškove lekova, sanitetskog i ugradnog materijala, ishrane i drugih potreba osiguranika. Ovakav sistem finansiranja ne obezbeđuje potreban kvalitet pružene zdravstvene usluge niti zainteresovanost ustanova za pružanjem većeg broja usluga, odnosno racionalnijim odnosom u korišćenju prenetih sredstava. S druge strane Zavod je prinuđen da finansira višak kapaciteta, čime se neracionalno i suprotno interesu osiguranika troše sredstva osiguranja. S obzirom na sve navedeno može se zaključiti da je neophodno reformisati sistem finansiranja zdravstvene zaštite, kako u pogledu načina sprovođenja osiguranja, odnosno prelaska na sistem finansiranja usluge umesto finansiranja kapaciteta, tako i u pogledu vraćanja Zavodu funkcije osiguranja. U protivnom, Zavod će se i dalje nalaziti između želja Ministarstva zdravlja, u čijoj je ingerenciji definisanje obima prava osiguranika, i finansijskih mogućnosti, diktiranih merama Ministarstva finansija, bez realnih mogućnosti da utiče na održivost finansiranja.

Analiza rashoda učinjenih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti odraslog stanovništva, žena predškolske i školske dece otvara pitanja dalje obrade disperzija vrednosti sa nivoa okruga u poređenju sa prosekom na nivou centralne Srbije, Vojvodine i Republike. Vrednosni sud o izraženim teritorijalnim razlikama i nezadovoljavajućem obimu preventivnog rada nameće se sam po sebi. Međutim, tek bi analiza na nivou pojedinačnih zdravstvenih ustanova mogla da pruži validne dokaze za praktično delovanje – korekcije i dalje planiranje u sistemu zdravstvene zaštite. Kao osnovna preporuka međutim, nameće se neophodnost prelaženja sa nivoa procene na nivo evidencije rashoda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. To ustvari znači oslanjanje na izveštaje dobijene na osnovu tzv. fakturisane realizacije, odnosno podataka dobijenih iz elektronskih faktura.

Privatni i državni sektor rade u interesu pacijenta i imaju iste odgovornosti, tako da bi i prava trebalo da budu ista. Stanovništvo u Srbiji sve je starije. Povećava se broj ljudi kojima je potrebna lekarska pomoć i bilo logično da sledeći korak bude povezivanje privatne i državne prakse u potpunosti. Izmenom propisa znatno će se pojednostaviti procedure i olakšati posao lekarima u državnim domovima zdravlja. Time će se pojačati i odgovornost privatnih lekara, koji će ubuduće morati preciznije da prijavljuju pružene usluge. Ovim novinama stvoriće se veća konkurentnost između privatnih i državnih zdravstvenih ustanova, od čega će i pacijenti imati korist. Nejasnu situaciju u finansiranju i pružanju usluga u privatnom zdravstvenom sektoru donosioci zdravstvene politike planiraju da prevaziđu uvođenjem nove politike “fiskalnih računa”. Davanjem olakšica i pogodnosti na svim nivoima treba podsticati, podržati i stimulisati privatni sektor i donatore da ulažu sredstva u razvoj i funkcionisanje kapaciteta za pružanje usluga zbrinjavanja i pomoći starijim licima. U svim privatnim registrovanim ustanovama za stara lica njeni osnivači ili rukovodioci skretali su pažnju članovima Komisije za nadzor nad stručnim radom na postojanje i rad neregistrovanih domova za stara lica u njihovoj lokalnoj zajednici. Zbog rada na “crno” ovi neregistrovani kapaciteti su nelojalna konkurencija koja im nižom cena smeštaja preuzima potencijalne korisnike. Neregistrovan rad ovih privatnih lica, ali i nestručna ili nedovoljno kvalitetna nega, stvara negativnu sliku o privatnim ustanovama za smeštaj starih lica ne samo u lokalnoj zajednici već i široj sredini.

Pokazalo se da je vrlo teško pronaći zadovoljavajuće osnove za plaćanje bolničkog zbrinjavanja. Mnoge zemlje su pokušale da izvrše reformu tako što su plaćale prema

rezultatima, u smislu pruženog tretmana. To se pokazalo jednako neefikasnim, time što je jednostavno podsticalo maksimalni prijem pacijenata, boravak u ustanovama, ispitivanja krvi, rendgenskih snimanja, itd. – bilo čega što donosi novac. Nije nađeno kompletno rešenje, ali se velika nada polaže u primenu DRG sistema – tj. standardnog plaćanja za tretman specifičnih medicinskih stanja na bazi prosečnih troškova. Normalna praksa jeste da oni koji vrše primarnu zdravstvenu zaštitu primaju standardnu uplatu po glavi stanovnika za pacijente koji se kod njih registruju. Pošto se to ne menja u odnosu na kvantitet pruženih usluga, javila se tendencija da to podstiče preterano upućivanje pacijenata u bolnice ili ambulantne jedinice za specijalističko zbrinjavanje. To je u suprotnosti sa opštom politikom podsticanja prenosa zdravstvene zaštite ka primarnom nivou, kako radi efikasnosti, tako i pogodnosti. Neki pokušaji se čine, u Velikoj Britaniji na primer, da se tome suprotstavi nuđenjem pogodnosti putem variranja uplata po glavi stanovnika kako bi lekari formirali grupne ordinacije i pružali dodatne usluge, poput fizioterapije, EKG testova, itd.

U sistemu zdravstvene zaštite, argumenti kojima se afirmišu decentralizacija koriste se za dokazivanje da se putem nje mogu postići i važni ciljevi, kao što su delotvornost (efektivnost), pravednost, efikasnost, kvalitet, finansijska odgovornost i uvažavanje lokalnih preferencija. Ističe se da decentralizacija može povećati pravičnost u sistemu zdravstvene zaštite davanjem više moći i resursa lokalnim zajednicama, dok se centralizovanom raspodelom resursa često favorizuju centri moći. Lokalni zvaničnici bolje znaju ko su siromašni članovi zajednice i mogu da usmere resurse ka njima, tako da na lokalnom nivou postoje bolje mogućnosti za donosioce odluka u smanjivanju nejednakosti među građanima. Nažalost, brojni dokazi iz razvijenih federalnih sistema ukazuju na sasvim suprotne zaključke. Bez dobrih mehanizama za redistribuciju resursa među lokalnim vlastima, bogatije zajednice nastoje da prigrabe više nego siromašnije i u tome često uspevaju. Takođe, postoje dokazi da lokalne zajednice nisu dovoljno osposobljene za preraspodelu resursa od bogatih ka siromašnjima.

Sistem nagrađivanja u zdravstvenoj zaštiti zavisi od inputa, a primanja zaposlenih predstavljaju daleko najveći segment u ukupnim troškovima zdravstvenih službi. Situacija je znatno drugačija u EU. 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.

Prema preporukama eksperata SZO, politika kadrova u zdravstvu podrazumeva planiranje školovanja odgovarajućeg broja i kvalifikacione strukture (prema procenjenim potrebama) i njihovu odgovarajuću iskorišćenost, uz stalno profesionalno usavršavanje. Bez usklađivanja interesa i potreba sistema obrazovanja i sistema zdravstvene zaštite ne može biti ozbiljnijih reformskih promena u razvoju politike kadrova u zdravstvu. Prema podacima koje su zdravstvene ustanove dostavile zavodima i institutima za javno zdravlje, evidentno je povećanje broja zaposlenih koji su obnovili svoje znanje u toku 2010. i pohađali neku vrstu edukacije ili drugog vida stručnog usavršavanja u odnosu na 2009. godinu. Uzrok tome jeste obaveza zdravstvenih radnika za skupljanjem poena radi obnove licence, pa su ovog puta i sami pokazali inicijativu u pronalaganju nekog vida edukacije. Za razliku od 2009. godine zaposleni u domovima zdravlja su najrevnosniji u obnovi svog znanja – čak sedamdeset od svih zaposlenih. Međutim, zaposleni u kliničkim centrima i dalje su najređe odlazili na neku vrstu obnove znanja.

Istraživanje profesionalne satisfakcije u 2010. godini, u sektoru zdravstva u Republici Srbiji, pokazalo je da je više od 50% zdravstvenih i administrativnih radnika zadovoljno ili veoma zadovoljno poslom koji obavlja. Najveći procenat veoma zadovoljnih je među administrativnim radnicima, 9,9%, dok je najviše nezadovoljnih među tehničkim radnicima, 10,2%. U poređenju sa prethodnom godinom, stepen zadovoljstva poslom je u blagom padu. Kod zdravstvenih radnika, zdravstvenih saradnika i tehničkih radnika je došlo do porasta broja veoma nezadovoljnih. Kod administrativnih i tehničkih radnika postoji povećanje procenta veoma zadovoljnih. S obzirom da se medicinska profesija, u mnogo većoj meri u odnosu na druge profesije, oslanja na autonomiju u radu, značajno je da su naši zdravstveni radnici zadovoljni ovim aspektom posla. U 2010. godini je povećano i zadovoljstvo zaposlenih mogućnostima da koriste svoja znanja, sposobnosti i veštine, kao i zadovoljstvo redovnim evaluacijama rada od strane rukovodioca; ovi aspekti posla su, prema mnogim istraživanjima, značajni za motivaciju i zadovoljstvo poslom.

Rešenje problema hipreprodukcije zdravstvenih radnika trebalo bi tražiti prvenstveno u restriktivnom pristupu i usklađivanju politike upisa na fakultete i škole zdravstvene struke sa stvarnim potrebama društva. Sledeći korak je preispitivanje brojnih specijalizacija i subspecijalizacija i ukidanje volonterskih specijalizacija, koje se danas odobravaju čim se steknu formalni uslovi. Uvođenje specijalizacije iz porodične medicine, sa savremenim sadržajem nastave iz ove oblasti, obezbediće ravnopravniji tretman i bolji status zaposlenih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Problem viška zaposlenih trebalo bi postepeno rešavati, imajući u vidu osetljivost ovog aspekta reforme sistema zdravstvene zaštite, zaustavljanjem prijema novih radnika, prekvalifikacijom administrativnih i drugih nezdravstvenih radnika, penzionisanjem, ukoliko je ispunjen jedan od potrebnih uslova, i aktivnim pristupom privatizaciji, sa odgovarajućim podsticajima u razvoju ovog sektora i otvaranjem mogućnosti za zapošljavanje novih ljudi.

Rezultati istraživanja opšteg zadovoljstva korisnika u službama zdravstvene zaštite pokazuju da službe opšte medicine i pedijatrije u domovima zdravlja i ostalim ustanovama primarne zdravstvene zaštite imaju ujednačen kvalitet rada. Za razliku od prethodne godine, srednja ocena zadovoljstva u službi za zdravstvenu zaštitu žena je nešto niža nego u ostale dve službe u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Srednja ocena bolničkim lečenjem u celini u 2010. godini u Srbiji iznosi 4,32. Zdravstveni radnici (medicinske sestre i lekari) su ocenjeni najvišim ocenama. U odnosu na odeljenja, kao i prethodnih godina, najniže je zadovoljstvo pacijentkinja lečenih na odeljenjima ginekologije i akušerstva. U odnosu na region, kao i kod drugih upitnika, najzadovoljniji su pacijenti bolnica u regionu centralne Srbije. Na nivou Republike Srbije, rezultati istraživanja zadovoljstva korisnika zdravstvenom zaštitom na primarnom nivou beleže blagi porast u odnosu na prethodnu godinu za skoro svaki ispitivani aspekt. Pojedini ispitivani aspekti opšteg zadovoljstva bolničkim lečenjem su na istom nivou kao i prethodne godine ili u blagom padu. Unapređenjem strukturalnih elemenata poboljšava se kvalitet zdravstvene zaštite do određene granice. Mere procesa su kritične i najvažnije mere kvaliteta koje neposredno određuju ishod pružene zdravstvene zaštite, dok mere ishoda zavise i od faktora na koje sistem zdravstvene zaštite ne može da utiče.

Što se tiče zdravstvenog informacionog sistema, snovna karakteristika sadašnjeg stanja je činjenica da, iako su prepoznate potrebe za blagovremenim i tačnim podacima, u našem sistemu nema razvijenog zdravstvenog informacionog sistema, kao ni organizaciono-upravljačke osnove, sistematičnosti i upornosti za njegovu realizaciju, što je neposredno povezano i sa materijalnom krizom u zdravstvu tokom poslednjih godina. Većina zdravstvenih ustanova u Srbiji danas ima personalne računare, ali je veoma malo zaokruženih informacionih sistema na nivou odeljenja, službi i ustanova, a osnovni metod zapisa i komunikacije je još uvek papirni dokument. Osnovni cilj razvoja zdravstvenog informacionog sistema je da obezbedi podršku reformi sistema zdravstvene zaštite. Informacione i komunikacione tehnologije, koje omogućuju sistematsku i efikasnu razmenu i korišćenje informacija, integritet i bezbednost medicinskih i administrativno-finansijskih podataka, danas su dokazana osnova svake uspešne reforme.