



Мастер менаџмент у систему здравствене заштите

Политика и систем здравствене заштите

Наставна недеља бр. 4

Систем класификације здравствених система (Бизмарков, Семашков, Беверицов модел, модел сувереног/независног корисника, модел обавезних или добровољних медицинских штедних рачуна. Оснаживање здравствених система

Здравствени системи у свету се значајно разликују услед различитих историјских процеса у земљама, као и од економских и политички догађаја који детерминишу развој и одрживост система здравствене заштите. Наведне карактеристике указују на то да у свету не постоје два потпуно идентична здравствена система. Ово чињенично стање захтевало је доношење консензусног закључка у вези система класификације здравствених система како би се идентификовале заједничке карактеристике и могло вршити поређење организације, финансирања и система управљања. Са година су развијени бројни системи класификације који су представљени стручној јавности.

Критеријуми за груписање здравствених система су првобитно обували следеће елементе:

1. Економски- елементарни критеријум према коме се врши класификације јесте економски статус тј, степен развијености одређене земље. Економски статус у овој анализи се најчешће процењује на основу степена друштвене производње или на основу националног дохотка по глави становника који су изражени у адекватној

валути (долар, евро..) и који су усклађени са вредношћу паритета куповне моћи у тој земљи.

2. Друштвено-политички критеријум- се односе на норме и вредности система у једној земљи, при чему би требало нагласити да се за овај критеријум класификације највише посматра право на здравље тј. здравствено осигурање што је дефинисано Уставом једне земље или другим законским прописима који јасно дефинишу организацију и функционалност здравственог система.
3. Административна структура једне земље- односи се на расподелу на „државно“ и „приватно власништво“, централизовани или децентрализовану организацију система, као и плуралистички систем организације и управљања здравственим системом.

Након првобитно наведеног система класификације уследила је класификација од стране ОЕЦД-а која је временом такође доживела бројне модификације. Организација за економску сарадњу и развој (ОЕЦД) је класификовала здравствене системе у неколико врста прототипова тј. модела а на основу три критеријума која су се односила на број становништва обухваћених здравственом заштитом тј. на основну опуса права која су поседовали осигураници као и на основу начина финансирања здравственог система и на основу доминантног власништва над инфраструктуром и опремом у здравственом систему.

ОЕЦД је на основу три врсте наведених критеријума формирала пет модела здравствених система који су хронолошки настајали.

1. Бизмарков модел основног социјалног (здравственог) осигурања из 1883 године. Почива на обавезном здравственом осигурању а установљен од стране државника Ото Бизмарка у Немачкој, тадашњег канцелара Прусије. Представља најстарији систем здравственог осигурања који је настао са успостављањем првог законодавства из подручја здравства и социјалног осигурања на територији Немачке.
2. Семашков модел социјалистичког здравственог осигурања из 1918. године. Модел је добио назив према Николају Александровћу Семашку који је обављао комесарске послове у вези народног здравља у Лењиновој влади. Модел је развијен

у Совјетском савезу и представљао је модел националног здравственог система у централизованом планском економијама.

3. Беверицов модел националне здравствене службе установљен је 1948. године у Енглеској а назив добио према Вилијаму Беверицу,
4. Модел добровољно/приватно осигурања, углавном тржишно оријентисан. Други назив за овај модел је модел „сувереног/независног“ корисника. Развијен је током 60. и 70. година прошлог века у Сједињеним Америчким Државама
5. Модел обавезних или добровољних медицинских/здравствених штедних рачуна. Установљен је у Сингапуру 1984. године и био је присутан у индустријски развијеним земљама Азијског континента.

Идеја за формирање здравственог система од стране Бизмарка потекла је од потребе да се обезбеди систем у коме ће радници у случају болести бити обезбеђени. Основне карактеристике Бизмарковог модела су принцип финансирање из фонда осигурања, доприноси запослених и доприноси послодавца од бруто прихода, затим обухват 60 – 80% становништва обавезним осигурањем са пакетом основних права из осигурања, јавна и непрофитна служба, јавна контрола и интерна контрола и различите методе плаћања лекара/установа. Обавезно здравствено осигурање почива на принципу солидарности и узајамности, где доприноси плаћају сви, а користи онај ко је те године болестан. Изражену регулативну и надзорну улогу у том систему поседује држава. Доминантно је државно власништво над зградама и опремом у здравству. Овај систем организације здравственог система је присутан у Немачкој, Холандији, Француској, Аустрији, Белгији, Ирској, Луксембургу, Словенији итд. Сматра се претечом система социјалног осигурања (пензијско-ивалидско и здравствено осигурање).

Семашков модел социјалистичког здравственог осигурања подразумевао је здравствену заштиту из буџета. Основне карактеристике овог модела су систем обавезног социјалног (здравственог) осигурања и потпун обухват становништва здравственом заштитом. Државно друштвена својина је била карактеристика друштвеног система у овим земљама. У њему вршење приватне лекарске праксе није била дозвољено. Здравствена инфраструктура је била у јавном власништву, а све здравствене услуге су биле јавно доступне. Државна администрација је тело које је носило одговорност за

планирање распоређивања финансијских средстава и управљање инвестицијама а њена организација је била етапна по нивоима и то државном, регионалном и локалном. Оно што је пракса здравствене заштите показала је да су највећи недостаци овог система били су неприлагођеност здравствене службе и здравствених услуга потребама корисника, наглашена улога болничког збрињавања и лекара специјалиста уместо ванболничких услуга и примарне здравствене заштите, недовољан обим здравствених услуга и велики број лекара на број становника. Поједини стручњаци овај модел виде као један варијетет Беверицовог модела иако је хронолошки посматрано настао пре система националне здравствене службе. Након рушења Берлинског зида 1989. године долази до елиминације овог система са територије Европе а социјалистичке земље се опредељују ка систему обавезног здравственог осигурања. Интересантно запажање је да су трагови овог система до некле, али у минималном проценту, присутни у здравственом систему Кубе.

Систем националне здравствене службе има другачији назив Бевериде-ов модел датира још од почетка двадесетог века, а формално га је у Енглеској установио Вилијам Бевериде још 1942. године. Основне карактеристике овог модела је да се финансира се из државног буџета и да подразумева потпун обухват становништва здравственом заштитом, слободан приступ здравственим услугама, јавно пружање услуга и јавна контрола. И овде је присутно доминантно државно власништво над зградама и опремом у здравству. Држава преузима улогу вођења и управљања, али и организује одговарајућу мрежу здравствених капацитета и прописује активности и задатке националној здравственој служби. Лекар опште праксе је главна фигура здравственог система. Плаћен по броју пацијената и делимично према броју обављених услуга. Целокупно становништво државе (запослени и незапослени) имају обезбеђен приступ до здравствених услуга под једнаким условима. Обим права је добро и јасно ограничен и стиче се са држављанством. Земље које користе овај модел су Велика Британија, Ирска, Канада, Данска, Финска, Шведска, Италија, Шпанија, Португал и Грчка. Треба напоменути да у наведеним земљама овај модел здравствене заштите јесте основни али не и једини, може се детектовати и присуство других облика организације система здравствене заштите.

За разлику од наведених модела, код модела здравственог система који се базира на приватном здравственом осигурању мали број становника је обухваћен здравственом заштитом, насупрот тога велики је број становника без здравственог осигурања. Финансирање овог система се врши искључиво из фонда приватног осигурања које се финансира путем премија осигурња. Власништво над инфраструктуром и опремом је већински приватно. Овај систем здравственог осигурања доступан је у земљама САД-а, али одређене модификације система су присутне у Турској, Швајцарској и одређеним азијским државама. Једна од карактеристика система приватног здравственог осигурања је да свако лице плаћа за себе, при чему је висина премије директно пропорционална здравственом ризику који одређена особа носи. Лица која имају већи број фактора ризика (гојазност, пушење, етиличари) ће плаћати већу премију од лица која не поседује ове факторе ризика.

Систем медицинских штедних рачуна се може класификовати као добровољни систем, присутан у САД-у и земљама Јужне Африке, док је други модалитет овог осигурња категорисан као обавезни што је заступљено у Кини и Сингапуру. У оквиру ове две врсте подсистема индивидуални штедни рачун се користи за трошкове здравствене заштите који значајно олакшава трошкове одређеног клиничког стања. Недостатак овог система је што не расподељује ризик међу осигураницима, тако да они нису заштићени од катастрофичних трошкова. Како би се ова мана анулирала неопходно је било креирање фонда за ризике који су велики по здравље и захтевају изнетно висока економска улагања што је вршено имплементацијом добровољног или обавезног катастрофичног плана осигурања са високом партиципацијом осигураног лица.

Ако се направи осврт на организацију здравствених система у Европским земљама онда се ретроспектива може поделити на три раздобља. Први период обухвата раздобље од 1960. до 1980. и карактерише се потпуном обухваћеношћу становништва здравственом заштитом и обезбеђивањем пакета здравствене заштите који је у великој мери био свеобухватан. Други период траје до 2000. године и осликава се контролом и задржавањем трошкова здравствене заштите а са доминантним циљем повећања ефикасности система. Након тога започиње трећи период у коме су основни постулати били ефикасност и одговорност, тј. пружање адекватне здравствене заштите пропорционалне уложеним

средствима као и развој здравствене политике заснован на доакзима тзв. „обављате праве ствари на прави начин“.

Тренутни захтеви ЕУ су такви да су здравствени системи тј. здравствена заштита одговорност самих земаља чланица ЕУ и о њиховом управљању, финансирању и организацији одлучују оне саме. Опус одговорности подразумева и одабир лекова, здравствене технологије и врст здравствене услуге која ће бити пружена. Одређене функције здравствених система су хармонизоване у ЕУ и то су нпр. регистрација лекова, креирање и увођење добре произвођачке праксе, медицинско образовање и обука (систем Болоњске декларације).

Детаљне анализе здравствених система су показале да уколико су земље развијеније имају здравствени систем са бољим перформансама и то последично доводи до повољнијих исхода по здравље грађана. Ови резултати су изискивали покретање циклочног система који је насловљен као „јачање здравствених система“ (енг. Health System Strengthening). Овај поступак је питање развоја здравствених система је довео до фокуса разматрања у политичким структурама како би се ови системи ојачали кроз оснаживање здравствене политике и јавноздравствених принципа. Европска повеља о здравственим системима СЗО-а „Здравствени системи за здравље у благостање“ промовше наведене принципе.

Финансирање здравствене заштите у нашој земљи у основи је конципирано на Бизмарковом моделу. Приближно 90% средстава за остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђује из средстава доприноса за обавезно здравствено осигурање али према Закону о здравственој заштити предвиђено је и финансирање здравствене заштите из буџета Републике за лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем а која су изложена повећаном ризику оболевања (нпр. неосигурана лица, избеглице и интерно расељена лица са територије Аутономне покрајине Косово и Метохија, примаоци социјалне помоћи и други) што је иначе карактеристика Бевриџевог модела.

На основу наведених података јасно је да је у Србији присутан мешовити систем финансирања. Финансирање се највећим делом остварује из средстава доприноса и из буџета па се овака систем категорише као јавни систем финансирања.

Оснаживање здравствених система

Обезбеђивање адекватне здравствене услуге корисницима здравственог система јесте најтранспарентнија улога једног система и њој се посвећује највећа пажња током различитих реформи ових система. Потреба за унапређењем квалитета здравствене заштите и повећањем ефикасности јесу језгро поемнутих реформи. Тренутна демографска структура нашег становништва која се карактерише све већим бројем старије популације са постојећим порастом популације хроничних болесника изискује континуирану потребу за реформисањем здравствених система. Соновна стратегија реформи у већини европских региона јесте интегрисање здравствених услуга на примарном и секундарном нивоу здравствене заштите. Ова интеграција базирана је на принципу да ојачана примарна здравствена заштита резултује бољим исходом по здравље становника. Друге опције јесу и увођење менаџмента хроничних незаразних болести, затим јачање јавноздравствених активности са посебним освртом на промоцију здравља и превенцију болести и опште јачање система здравствене заштите како би одело свим захтевима и потребама корисника.

Адекватно генерисање извора у здравственом систему нпр. адекватно инвестирање здравственог кадра, инфраструктуре и опреме јесте један од вивода јачања здравствених система.

Реформе у области финансирања здравствених система јесу неизоставан део овог процеса и врло су варијабилна категорија услед њихове зависности од економског, политичког али и културног окружења у једној земљи. Неке од реформи се односе на повећање праведности здравственог система када је реч о вулнерабилним друштвеним категоријама.

Унапређење управљања и газдовања здравственим системима је нови правац фокусираности здравствених реформи како би се развиле адекватне здравствене политике.

Оснаживање здравствених система је процес чији је основни циљ повећање ефикасности здравствених система са паралелним обезбеђивањем финансијске одрживости система здравствене заштите.