



ZDRAVSTVENO OSIGURANJE U SRBIJI – FINANSIJSKI ODRŽIV SISTEM

HEALTH INSURANCE IN SERBIA – FINANCIALLY SUSTAINABLE SYSTEM

Ana Gavrilović¹, Snežana Trmčić²

Rezime: Jedan od najvažnijih impulsa društva, na njegov ekonomski kao i opšti društveni razvoj je zdravlje stanovništva. Zapravo, zdravlje se mora posmatrati osim socijalnog i kao ekonomski potencijal zemlje. Potreba da se zdravlje sagleda sa ekonomskog aspekta kao i u smislu održivog ekonomskog razvoja je sve prisutnija u novonastalim uslovima uznapredovale ekonomske krize. Značajna je istina da će samo zdravo društvo (u smislu zdravih stanovnika) zdravo raditi i doprinositi, duže živeti i povećati produktivnost a i uticati na smanjenje troškova lečenja. Srž funkcionisanja jednog društvenog sistema je njegov zdravstveni sistem koji lošim funkcionisanjem može trajno narušiti celokupan društveni sistem na čijem stalnom unapređenju je neophodno kontinuirano raditi. Pritisnut teškom ekonomskom situacijom zdravstveni sistem Srbije se nalazi pred velikim izazovom, a da bi na njega odgovorio i savladao prostor između mogućnosti i očekivanja neophodno je sprovođenje ekonomske reforme zdravstvenog sektora Srbije, zapravo njegoa decentralizacija i uspostavljanje finansijski održivog sistema zdravstvene zaštite u Srbiji. U društvenoj zajednici vidljivo postoji jaz između očekivanja korisnika zdravstvene zaštite, naviklih na visok kvalitet usluga i značajno subvencionisanu zdravstvenu zaštitu i novonastalu situaciju u kojoj zdravstvene ustanove nemaju materijalnih sredstava da obezbede neophodne predušlove za pružanje zdravstvene zaštite, uz očigledno slabljenje društvene povezanosti i poljuljano poverenje u institucije zdravstvene zaštite. Svaka promena u pogledu obima, kvaliteta i cene usluga zdravstvene zaštite može naići i nailazi na zid neodobravanja, pa i osude. Da bi dosegli finansijski održiv sistem zdravstvene zaštite u Srbiji potrebno je izanalizirati različite održive modele finansiranja, sprovesti racionalizaciju i decentralizaciju i reorganizaciju načina finansiranja kao i preispitivanje modela zdravstvenog osiguranja u Srbiji. Neophodnost uspostavljanja prioriteta u vezi sa finansiranjem zdravstva je prikupljanje dovoljno finansijskih sredstava odgovarajućim načinom finansiranja. Suma novca koja se dobije iz prihoda (bez obzira na način finansiranja), uglavnom zavisi od toga koliko je država spremna da izdvoji, u smislu drugih ciljeva (više cene rada), kako bi se povećala potrošnja unutar zdravstvenog sistema. Bitno je naglasiti da svi izvori finansiranja, direktno ili indirektno dolaze od građana: finansiranje iz državnog budžeta, obavezno zdravstveno osiguranje, privatno osiguranje, direktno plaćanje "iz džepa", finansiranje iz sredstava zajednice, donacije, krediti itd. Mnogobrojni su faktori koji će nas opredeliti za izbor modela finansiranja zdravstvene zaštite u Srbiji među kojima su najvažniji: Stepen socijalno-ekonomske razvijenosti zemlje, fiskalni kapacitet zemlje, načini i efikasnost prkupljanja sredstava, podrška političkog sistema u njegovoj izvodljivosti.

Ključne reči: zdravstveno osiguranje, zdravstveno osiguranje u svetu, modeli finansiranja, finansijski održiv sistem.

Apstract: One of the main impulse of society for its economic and social development in general is the population's health. In fact, health has to be observed as a social and economic potential of one country. The

¹Dipl.oec.master menadžer Ana Gavrilović, Asistent na Fakultetu za menadžment malih i srednjih preduzeća, Travnička 2.Beograd; Doktorant na Fakultetu za menadžment malih i srednjih preduzeća, anagavrilovic22@gmail.com

² Prof.dr Snežana Trmčić, Naučni saradnik, Direktor NIO Fakulteta za menadžment malih i srednjih preduzeća, Travnička 2.Beograd, snezanatrmcic@gmail.com

need to observe health from economic aspect, as well as in terms of sustainable economic development is increasingly present in the new conditions of advanced economic crisis. An important truth is that only a healthy society (i.e. healthy population) will work and contribute in healthy way, will live longer and increase the productivity and decrease the costs of treatment. The core function of one social system is his system of health who can with its bad functioning permanently disrupt the entire social system for which continuous improvement is necessary to work continuously. Under the pressure of difficult economic situation, the health system in Serbia is facing a great challenge, and in order to answer and beat the gap between expectations and capabilities, it is necessary to implement the economic reforms of the health sector in Serbia, in fact, its decentralization and the establishment of a financially sustainable health care system in Serbia. In the community there is a visible gap between the expectations of health care users, accustomed to high quality services, and significantly subsidized health care and the new situation in which health care facilities have no material resources to provide the necessary conditions for the provision of health care, with the apparent weakening of social cohesion and trust in the health care institutions. Any change in volume, quality and price of health care services, may come across and meet with a wall of disapprovals and even judgments. To attain a financially sustainable system of health care in Serbia it is necessary to follow and analyze different models of sustainable financing, implement the rationalization and decentralization and reorganization of financing and a review of models of health care in Serbia. The necessity of establishing priorities in relation to the financing of health care is to collect sufficient funds using an appropriate method of financing. The amount of money to gain from income (regardless of the method of financing), usually depends on how the state is willing to set aside, in terms of other goals (increased price of labor), to increase consumption within the health system. It is important that all sources of financing, directly or indirectly, come from the citizens: financing from the state budget, mandatory health insurance, private insurance, direct payments "out of pocket" financing from Community funds, grants, loans, etc... There are numerous factors that will determine our choice of models for financing health care in Serbia, among which are the most important: The degree of socio-economic development of the country, the fiscal capacity of the country, the ways and efficiency of fundraising, the support of the political system in its feasibility.

Key words: health insurance, health insurance in the world, financing models, financially sustainable system.

1. UVOD

Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili nesposobnosti - Svetska zdravstvena organizacija (SZO), 1946. godine. Ovom definicijom se u znatnoj meri izjednačavaju pojmovi "zdravlja" i "blagostanja", što podrazumeva i fizičko i mentalno zdravlje, ali i društvenu prilagođenost i ispunjenost.

Tokom decenije političke i ekonomske nestabilnosti kao i poslednje godine praćene globalnom ekonomskom krizom dovele su do toga da je sistem zdravstvene zaštite u Republici Srbiji postao je neadekvatan. U ovakvim uslovima teški su pokušaji rekonstrukcije i unapredjenja usluga zdravstvene zaštite u skladu sa potrebama građana.

Zdravstveni sistem u Srbiji pati od nedostatka sredstava i investicija ali obezbeđuje osnovnu uslugu građanima. U Republici Srbiji zdravstvena zaštita je obezbeđena kako kroz državni tako i privatni sektor. Zakon o zdravstvenom osiguranju Republike Srbije reguliše obavezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Republički zdravstveni fond je zadužen da upravlja i osigura obavezno osiguranje, dok dobrovoljno osiguranje može biti obezbeđeno kroz privatno osiguranje.

Srbija za zdravstvo izdvaja oko 260 evra po glavi stanovnika, ili šest odsto BDP-a, ali je u protekle dve godine budžet RZZO smanjen sa gotovo 1,95 milijardi evra, koliko je iznosio 2008, na oko 1,75 milijardi evra (u 2010).³

2. ZDRAVSTVENA INFRASTRUKTURA (BROJ I OPREMLJENOST BOLNICA)

Nacionalni zdravstveni sistem je organizovana na tri nivoa. Termin zdravstveni sistem označava aktivnosti koje uključuju zdravstveni kao i niz drugih sektora (privrednih i društvenih) koji skupa učestvuju u obezbeđivanju zdravstvene zaštite stanovništva.⁴

³ Radulović V., Usluge primerene potrebama pacijenata, Danas, mart 2011.

⁴ Tasić Lj., Farmaceutski menadžment i marketing, Beograd, 2002.

Primarna zdravstvena zaštita je obezbeđena kroz stošezdesetjedan (161) Dom zdravlja i zdravstve ambulante. Sekundarna i tercijarna zaštita se sprovodi u 42 opšte bolnice, 15 specijalističkih klinika, 23 nezavisne institucije i klinike, 5 zdravstvenih centara i klinika, 4 klinička centra i 59 drugih zdravstvenih ustanova.

Privatni zdravstveni sektor je razvijen ali ne i inkorporiran u nacionalni zdravstveni sistem.

Zdravstveno osiguranje (preduslovi i troškovi) - Zaposleni može aplicirati kroz stalno ili privremeno zaposlenje, takođe, penzioneri. Poslodavac je obavezan da uplaćuje doprinose RZZO a osiguraniku će biti izdata overena zdravstvena knjižica. Nezaposlena lica i druge kategorije - prvi korak je pribavljanje radne knjižice; drugi korak je da osoba treba da se registruje kod Nacionalne službe za za poslužavanje i to prema mestu prebivališta. Treći korak, je da osoba aplicira za zdravstveno osiguranje kod ispostava RSSZ prema mestu prebivališta.

Zdravstveno osiguranje je besplatno za nezaposlena lica koja su registrovana kod Nacionalne službe za zapošljavanje.

3. FINANSIRANJE ZDRAVSTVENOG SISTEMA

Veoma je bitno napomenuti da reforma sistema zdravstvene zaštite neće preko noći rešiti sve problem u sistemu zdravstva jer država nema dovoljno novca da se finansiraju sva prava iz zdravstvene zaštite propisane zakonom. Stanovnici Srbije vođeni dugogodišnjim sistemom zdravstvene organizacije blagostanja previđaju činjenicu težine trenutka u kome se nalazi celokupan društveni sistem a time i zdravstveni sistem u sklopu istog. Očekivanja idu do nivoa da se podrazumeva apsolutno besplatna zdravstvena zaštita, kao i da sistem zdravstvene zaštite može rešiti i rešava sve problem zdravlja ljudi. Načini finansiranja kreću se od Semaškovog modela sa univerzalnim pravom na besplatnu zdravstvenu zaštitu, sa prisutnom centralizacijom sistema koji je bio deo planske ekonomije gde su dominirale specijalizovane ustanove do Bizmarkovog modela i tržišne orijentacije sa prisutnom decentralizacijom (ugovorni model), sa primarnom zdravstvenom zaštitom kao čuvarom kapije sistema gde se plaća po efektu rada i medicina se zasniva na dokazima, a kapacitet (prekomeran) se osetno smanjuje.

Značajno je razumeti da sav novac direktno ili indirektno dolazi od građana kroz:

- Finansiranje iz državnog budžeta
- Obavezno zdravstveno osiguranje
- Direktno plaćanje "iz džepa"
- Finansiranje iz sredstava zajednice
- Donacije, krediti itd.

Uglavnom se primenjuje *kombinovani model finansiranja* na osnovu koga se određuje: koliko će se novca prikupiti, ko snosi finansijski teret, ko kontroliše fondove kao i mogućnost kontrole porasta troškova. Izbor modaliteta finansiranja zdravstvenog sistema će zavisiti od nekoliko bitnih stavki, kao što je: *Stepen socijalno-ekonomske razvijenosti zemlje; Fiskalni kapacitet zemlje; Efikasnost prikupljanja sredstava; Politička izvodljivost.*

Sistem zdravstvenog osiguranja se znatno razlikuje od zemlje do zemlje. U mnogim svetskim zemljama ne postoji obavezno zdravstveno osiguranje a sistem zdravstvene zaštite se napaja opštim oporezivanjem (Skandinavija i Velika Britanija). Postoji i vid dobrovoljnog privatnog zdravstvenog osiguranja koji predstavlja mogućnost zaštite u privatnom sektoru (private klinike i privatna odeljenja, ubrzan medicinski tretman u bolnicama).

U SAD se primenjuje zdravstveno osiguranje po tipu polise osiguranja - konkurentsko tržište. Tržišna orijentacija je veoma uticala na zemlje, kao što su Finska i Švedska gde se zdravstvena zaštita finansira iz poreza, pa je veoma vezana za javni sektor, a samim tim i za shvatanje o cilju, funkciji i upravljanju javnim organizacijama koje se finansiraju iz poreza.⁵

Socijalno osiguranje u Srbiji (obavezno zdravstveno osiguranje) je model socijalnog osiguranja koji je obavezno i povezuje uplate sa nivoom prihoda, a pri tom zahteva doprinose i od

⁵ Timo H., Janne J., Uloga finansiranja zdravstva iz budžeta u ugovornom upravljanju, Projekat Vlade Finske

poslodavaca i od zaposlenih. Usluga je besplatna za pacijenta na mestu gde se pruža, a nivo zaštite nije povezan sa uplaćenim doprinosima. Zbog svoje povezanosti sa zaradom i zbog nedostatka povezanosti sa koristi koju pruža, zapravo predstavlja alternativni oblik oporezivanja. Moglo bi se zameniti i višim porezima na lične prihode i na prihode korporacija. Osiguranje ne pokriva sve troškove zdravstvene zaštite pa opterećenje pada na opšte poreze. Državni ili lokalni budžeti plaćaju troškove za epidemiološku kontrolu, medicinsko osoblje i istraživanje. Izgradnja i održavanje zgrada i kupovina opreme pada na teret države, ili lokalnih budžeta. Vlada plaća troškove osiguranja za one koji ne zarađuju – penzionere, decu, invalide, nezaposlene, itd.

Veliki problem koji se javlja, jeste da poslodavaci koji imaju finansijske teškoće ne uplaćuju obavezne doprinose u fondove zdravstvenog osiguranja, a i vlada ne daje uvek adekvatne uplate za svoje doprinose za one koji sami ne vrše uplatu. Javlja se krug 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.

Finansiranje iz državnog budžeta - Vlada dobija svoj prihod iz različitih poreza i naplata, kao što je porez na dohodak, porez na dohodak preduzeća, porez na dodatu vrednost, itd. U opštem porezu, ceo dohodak od poreza se koristi za finansiranje niza vladinih aktivnosti. Tako zdravstveni sistem mora da se nadmeće za finansijska sredstva sa svim drugim programima i sektorima koje Vlada finansira, poput obrazovanja, odbrane... Zdravstvo je najčešće manje bitno od nekih drugih oblasti.

Privatno zdravstveno osiguranje - Privatno osiguranje znači da ljudi dobrovoljno odlučuju da li će kupiti zdravstveno osiguranje, kako bi se obezbedili u slučaju bolesti. Kupovina ovog osiguranja može da se obavi na individualnoj ili grupnoj osnovi. U prilog privatnom osiguranju počiva na konkurenciji, sa ciljem poboljšanja efikasnosti. Privatni zdravstveni sector je razvijen ali ne i inkorporiran u nacionalni zdravstveni sistem.

Finansiranje iz džepa korisnika - Ovaj model finansiranja predviđa da individualni pacijenti direktno plaćaju davaocu zdravstvenih usluga iz svog “džepa” za materijal i usluge koje su dobili. Ovi troškovi ne mogu da budu refundirani od osiguranja. Ovim vidom finansiranja se značajno smanjuje nepotrebno korišćenje zdravstvenih usluga ali i dolazi do prikupljanja dodatnih sredstava. Smatra se da je ovaj model visoko regresivan prema onima sa lošim zdravstvenim stanjem i niskim prihodima.

Plaćanje iz džepa disproporcionalno utiče na siromašne. Ovaj faktor, između ostalih, dovodi do porasta nejednakosti u pristupačnosti zdravstvene zaštite.⁶

Finansiranje od strane lokalne zajednice - Organizovan je uglavnom kroz kontrolu primarne zdravstvene zaštite. Finansiranje od strane lokalne zajednice ima ograničene kapacitete za sakupljanje veće sume novca, ali efikasno se koristi u ostvarivanju bitnih rezultata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u siromašnim i nerazvijenim zemljama.

3.1 Najčešći problemi sistema zdravstvene zaštite

Problemi sa kojima se susreće naš zdravstveni sistem nalaze se kako u internom tako i u eksternom okruženju. Najčešći problem su materijalno-finansijske prirode ali postoje i mnogobrojne slabosti u oblasti organizacije i funkcionisanja zdravstvene zaštite:

- nefunkcionalno organizovana zdravstvena služba,
- menadžment bez potrebnih menadžerskih veština i adekvatnog obrazovanja iz oblasti menadžmenta,
- neadekvatan metod plaćanja zdravstvenih usluga i nejasan način finansiranja zdravstvenih ustanova,
- potrebe i prioriteti u zdravstvenoj zaštiti su loše projektovani,

⁶ Walters S., Suhreke M., Socio-ekonomske nejednakosti u zdravlju i dostupnosti zdravstvene zaštite u centralnoj i istočnoj Evropi i zajednici nezavisnih država: pregled nedavno objavljene literature; Kancelarija SZO za Evropu za investiranje u zdravlje i razvoj, radni dokument 2005/1, str.39.

- veliki procenat nemedicinskog osoblja u zdravstvenim ustanovama kao i medicinski menadžment (bez potrebnih menadžerskih znanja);
- nekvalitetan informacijski sistem,
- sva vlast u zdravstvu i zdravstvenim ustanovama je centralizovana i nalazi se u rukama državnih i partijskih organizacija i ustanova.
- zdravstveni kapaciteti iznad okvira ekonomskih mogućnosti društva, zastarela oprema i propadanje zgrada u zdravstvu,
- niske zarade zdravstvenih radnika, što rezultira niskom profesionalnom satisfakcijom, nepostojanjem motivacije za kvalitetnim i efikasnim radom
- nezastupljenost procene kvaliteta rada u zdravstvu;
- farmaceutska mafija, nepostojanje nacionalne politike lekova i neadekvatna kontrola;
- neadekvatan način alokacije sredstava sa prioritetima i nivoima zdravstvene zaštite;
- upravljanje zdravstvenim sistemom ne odgovara savremenoj koncepciji organizacije zdravstvenog sistema, posebno u pogledu planiranja;
- nepostojanje blagovremenih i tačnih informacija koje služe kao podrška donošenju odluka i kontroli trošenja i korišćenja resursa u zdravstvu što umanjuje transparentnost celokupnog sistema zdravstvene zaštite.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti davaoci zdravstvenih usluga dobijaju standardnu uplatu po broju stanovnika za pacijente koji se kod njih registruju. Evidentni su problem u ovakvoj organizaciji plaćanja jer se uplate primarnoj zdravstvenoj zaštiti ne menjaju u odnosu na kvantitet i kvalitet pruženih usluga i javlja se tendencija da to podstiče preterano upućivanje pacijenata u bolnice ili ambulantne jedinice za specijalističko zbrinjavanje. Time se destimuliše zauzet smer kretanja zdravstvene zaštite ka primarnom nivou i u efikasnosti i u pogodnosti.

4. NEOPHODNOST REFORME ZDRAVSTVENOG SISTEMA

Osnovni ciljevi reforme su:

- osnovni cilj reforme je dovođenje zdravstvenog sistema u stanje optimalne funkcionalnosti kako bi se u okviru raspoloživih sredstava postigao najveći pozitivni efekat na zdravstveno stanje stanovništva;
- pravednost u korišćenju i finansiranju sistema zdravstvene zaštite; alokativna, tehnička i administrativna efikasnost sistema zdravstvene zaštite;
- finansijska i institucionalna održivost sistema;
- stalno unapređenje kvaliteta rada i usluga koje se pružaju korisnicima;
- prihvatljivost sistema zdravstvene zaštite za korisnike i davaoce usluga u zdravstvu,
- povećanje efikasnosti zdravstvenog sistema kroz racionalne i dostupne resurse,
- primena savremenih zdravstvenih tehnologija.

Predlozi pravaca sprovođenja reforme:

- Prihvatiti stav od strane zakonodavstva i državne uprave da je zdravstvena zaštita primarni sistem u funkcionisanju jedne države. Bolesna nacija ne postiže niti ekonomski niti razvoj u bilo kom smeru.
- Svojinska transformacija (uz procenu državnog i društvenog interesa u zdravstvu i dela koji će biti prepušten privatnom sektoru);
- Efikasnije sprovođenje i kontrola uplata obaveznog zdravstvenog osiguranja kao i formiranje dobrovoljnog i privatnog zdravstvenog osiguranja. Uvođenje adekvatnih kaznenih mera u zakonodavstvo za izbegavanje uplata u Fond obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- Kontrola potrošnje lekova i formiranje politike potrošnje lekova (suzbijanje malverzacija farmaceutske mafije);
- Pametno upravljanje zdravstvenom organizacijom (uprava sa adekvatnim obrazovanjem iz oblasti menadžmenta). Upravljanje prema savremenoj koncepciji organizacije zdravstvenog

sistema, staviti akcenat na planiranje; Smatra se da je vrhovnoj upravi kompanije potreban izvestan plan da bi objasnila svojim direktorima određene vrednosti planiranja.⁷

- Povećanje participacije osiguranika, u iznosu od 15–20 procenata ukupnih troškova zdravstvene zaštite u zemlji;
- Uključivanje private prakse u finansiranje i sistem zdravstvene zaštite stanovništva, Politika saradnje javnog i privatnog sektora je ključ za uspešnu saradnju i kredibilnost;⁸
- Decentralizacija - osnov sistema zdravstvene zaštite prebaciti i akcentovati na primarnu zdravstvenu zaštitu (opštinski nivo). Doci će do mobilizacije dodatnih sredstava sa lokalnog nivoa; Smanjiće se partijski uticaj na odluke u sistemu zdravstvene zaštite; Finansijski rizik nose podjednako opština i zdravstveni okrug.⁹
- Staviti akcenat na preventivnu medicinu u odnosu na kurativnu.
- Sprovoditi bolju i kvalitetniju kontrolu kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga;
- Uključiti privatnu praksu po sistemu podugovora u primarnu zdravstvenu zaštitu građana;
- Reorganizovanje bolničkih kapaciteta (pet postelja na hiljadu stanovnika);
- Stomatološku zdravstvenu zaštitu vratiti na 50% finansiranja od strane Fonda zdravstvene zaštite po principima humanosti i vidnom padu zdravstveno-stomatološkog stanja nacije;
- Osavremeniti zdravstveni informacioni sistem jer su blagovremene i pouzdane informacije ključ reforme sistem zdravstvene zaštite i osnova za donošenje odluka, upravljanje, planiranje, praćenje i sprovođenje promena. Nacionalni zdravstveni informacioni sistem bi trebao da predstavlja računarsko komunikativni sistem koji služi upravljanju sistemom zdravstvene zaštite i da bude sinteza mreža svih informacionih sistema koje su ustanovile zdravstvene ustanove, osiguravajući zavodi i regionalni centri.

5. ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Zdravlje predstavlja jednu od najznačajnijih pretpostavki za kvalitetan život stanovništva i to se mora prepoznati kao prioritet strategije razvoja zdravstvene zaštite. ***Zdravlje stanovništva Srbije je od ključnog interesa za državu i najznačajnija stavka njenog ubrzanog političkog i ekonomskog razvoja.*** Zdravstvena politika treba da predstavlja osnovu za zakonodavne, programske i akcione programe, sa ciljem da se zdravstvena zaštita učini efikasnijom i kvalitetnijom, a zdravstveni sistem uključujući u evropski i svetski proces zdravstvenog razvoja.

Zdravstveni problemi utiču i na funkcionisanje porodice, zajednice i celoga društva.

Problemi ovog sistema mogu prouzrokovati znatne negativne finansijske posledice po građane i njihove porodice. Medicinska nauka, a uporedo sa njom i troškovi lečenja i prevencije, rastu brže od rasta ekonomske osnove društva. Stoga je neophodno uvesti adekvatne oblike finansiranja zdravstva koji će obezbediti pristup potrebnoj zdravstvenoj zaštiti, a istovremeno raspodeliti finansijski rizik, tako da građani ne budu znatno finansijski ugorženi u slučaju bolesti.

Planskim prestrukturiranjem postojećih resursa može se postići znatno poboljšanje zdravstvene zaštite. Doprinosi poboljšanju zdravstvenog sistema sprovesti kroz zdravstvenu edukaciju i preventivne mere kojima se smanjuju faktori rizika i oboljevanje populacije. Potrebno je preduzeti promišljen, planiran i konkretan napor uspostavljanja međusobnog razumevanja između ustanove i njene javnosti – pacijenata, odnosno okruženja.¹⁰

Za istinsko poboljšanje zdravstvenog ishoda i zdravstvenih službi, zdravstvena zaštita treba da bude integrativna, a zdravlje treba da postane "*zajednički poduhvat*".¹¹

⁷ Kotier Ph., Upravljanje marketingom, Informator, Zagreb, 1988.

⁸ Mailbank Memorial Fund Reforming State Group: „Politika srednje javnog i privatnog sektora za zdravstvenu informatiku“, jun 1999.

⁹ Lasley I., Accounting Reasrch in National Helth service, Financial Accountability and Management, Spring, 1991.

¹⁰ Pavlović M., Odnosi s javnošću, Beograd, 2003.

¹¹ Stambolović V., Alternativna medicina kroz milenijumsku tranziciju, u Kovačić L., Zaletel-Kragelj L., Menadžment u praksi zdravstvene zaštite, Hans Jacobs Publishing Company, 2008, str.368.

LITERATURA

1. Kotier Ph., Upravljanje marketingom, Informator, Zagreb, 1988.
2. Lasley I., Accounting Reasrch in National Helth service, Financial Accountability and Management, Spring, 1991.
3. Mailbank Memorial Fund Reforming State Group: „Politika srednje javnog i privatnog sektora za zdravstvenu informatiku“, jun 1999.
4. Pavlović M., Odnosi s javnošću, Beograd, 2003.
5. Radulović V., Usluge primerene potrebama pacijenata, Danas, mart 2011.
6. Stambolović V., Alternativna medicima kroz milenijumsku tranziciju, u Kovačić L., Zaletel-Kragelj L., Menadžment u praksi zdravstvene zaštite, Hans Jacobs Publishing Company, 2008.
7. Tasić Lj., Farmaceutski menadžment i marketing, Beograd, 2002.
8. Timo H., Janne J., Uloga finansiranja zdravstva iz budžeta u ugovornom upravljanju, Projekat Vlade Finske
9. Walters S., Suhrcke M., Socio-ekonomske nejednakosti u zdravlju i dostupnosti zdravstvene zaštite u centralnoj i istočnoj Evropi i zajednici nezavisnih država: pregled nedavno objavljene literature; Kancelarija SZO za Evropu za investiranje u zdravlje i razvoj, radni dokument 2005/1