

UNIVERZITET UNION U BEOGRADU

BEOGRADSKA BANKARSKA AKADEMIJA

FAKULTET ZA BANKARSTVO, OSIGURANJE I FINANSIJE



DOKTORSKA DISERTACIJA

EKONOMSKI UTICAJ KOVIDA 19 NA ZDRAVSTVENI SISTEM U SRBIJI

Kandidat: **Žaklina Nikolić Ilić**

Studijski program: **Finansije**

Beograd, 2024. godine

Članovi komisije:

Prof. dr Mirjana Radović Marković, mentor
Univerzitet Privredna akademija u Novom Sadu

Prof. dr Jovica Jovanović, član komisije
Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu

Prof. dr Mladenka Balaban, član komisije
Beogradska bankarska akademija -
Fakultet za bankarstvo, osiguranje i finansije
Univerzitet Union u Beogradu

Datum odbrane doktorske disertacije: _____, u Beogradu

EKONOMSKI UTICAJ KOVIDA 19 NA ZDRAVSTVENI SISTEM U SRBIJI

Rezime

Svaka pandemija je sa sobom odnosila puno života. Tako je pandemija koronavirusa izazvala zdravstvenu krizu u celoj zemlji, koja je ubrzo prerasla i u ekonomsku. Uporedo je ostavljala za sobom pad privrednog razvoja, te je bila više od globalne zdravstvene opasnosti. Tokom postojanja kovida 19, kao i u postkovid periodu, vršena su ulaganja u medicinski sistem Srbije. Kontinuiranost ulaganja u infrastrukturu, aparate, materijal i u zaposlene rezultiralo je razvojem medicinskog sistema. Medicinski radnici su se zalagali maksimalno za lečenje pacijenata uz svu raspoloživost resursa koji su posedovali. Cilj rada je da se istraži šta je sve na agendi države, u cilju efikasnije i efektivnije odgovornosti kod prevencije i promocije zdravstva, odnosno obezbeđivanju zdravstvene zaštite stanovništva i kako se zdravstveni sistem može unaprediti kroz veće investicije u opremu i kadrove i veću primenu digitalizacije. Rad je započet analizom ekonomskih faktora koji utiču na bolju prevenciju građana, kretanje troškova zdravstvene zaštite i osiguranje. Prikazan je uticaj pandemije na rashode u zdravstvu, preduzete mere tokom i posle pandemije, kao i mogućnost povećanja efikasnosti zdravstvenog sistema. Sa teorijskog aspekta su sagledani načini kako može biti sistem organizovaniji, u cilju odolevanja budućim pandemijama i uopšte. Takođe su dati primeri mnogobrojnih zemalja, njihovog kretanja BDP-a, tokom i posle pandemije. Date su smernice za održivost razvoja zdravstvenog sistema sa akcentom na dodatnu edukaciju zaposlenih, kao i značaj javno-privatnog partnerstva u zdravstvu i primenu antikorupcijskih mera. Trend budućih aktivnosti usmerava na postojanje bolje interne kontrole u zdravstvu, etičkog kodeksa i uvrštavanje odgovarajućeg motivacionog faktora radi što boljeg rada i sprečavanja emigriranja medicinskih radnika. Istraživanje je pokazalo da je ulaganje u medicinski sistem Srbije pozitivno uticalo na motivaciju zaposlenih. Njime je otkriveno da je motivacija zaposlenih prevashodna za održivost i razvoj medicinskog sistema, a da motivisanost medicinskog kadra zavisi od materijalnog i nematerijalnog ulaganja. Slabe tačke zdravstvenog sistema se ogledaju u lošoj organizaciji, menadžmentu i internoj kontroli. Nedostatke je moguće otkloniti

uvođenjem integrisanog medicinskog sistema, revizijom i zapošljavanjem kvalitetnih menadžera sa iskustvom vođenja organizacije.

Ključne reči: zdravstveni sistem, investicije, zdravstvena zaštita, digitalizacija, kadrovi, troškovi, kovid 19

Naučna oblast: Ekonomija

Uža naučna oblast: Finansije i bankarstvo

THE ECONOMIC IMPACT OF COVID 19 ON THE HEALTH SYSTEM IN SERBIA

Summary

Every pandemic has taken many lives with it. Thus, the corona virus pandemic caused a health crisis in the entire country, which soon turned into an economic one. At the same time, it left behind a decline in economic development, and was more than a global health hazard. During the existence of Covid-19, as well as in the post-covid period, investments were made in the medical system of Serbia. Continuity of investment in infrastructure, devices, materials and employees resulted in the development of the medical system. Medical workers tried their best to treat patients with all the available resources they had. The goal of the work is to investigate what is on the state's agenda, with the aim of more efficient and effective responsibility in the prevention and promotion of health, i.e. ensuring the health care of the population and how the health system can be improved through greater investments in equipment and personnel and greater application of digitalization. The work began with an analysis of economic factors that influence better prevention of citizens, trends in health care costs and insurance. The impact of the pandemic on healthcare expenditures, the measures taken during and after the pandemic, as well as the possibility of increasing the efficiency of the healthcare system are presented. From a theoretical point of view, the ways in which the system can be more organized, with the aim of resisting future pandemics and in general, were considered. Examples of numerous countries and their GDP movements during and after the pandemic are also given. Guidelines were given for the sustainability of the development of the health care system with an emphasis on additional education of employees, as well as the importance of public-private partnerships in health care and the implementation of anti-corruption measures. The trend of future activities is directed towards the existence of better internal control in healthcare, a code of ethics and the inclusion of an appropriate motivational factor for the sake of better work and preventing the emigration of medical workers. The research showed that investing in the medical system of Serbia had a positive

effect on the motivation of employees. It revealed that the motivation of employees is paramount for the sustainability and development of the medical system, and that the motivation of the medical staff depends on material and non-material investment. The weak points of the healthcare system are reflected in poor organization, management and internal control. Deficiencies can be eliminated by introducing an integrated medical system, auditing and hiring quality managers with experience in leading an organization.

Keywords: health system, investments, health care, digitization, personnel, costs, COVID 19

Scientific field: Economics

Narrower field: Finance and banking

Izjava o autorstvu

Izjavljujem da je doktorska disertacija pod naslovom EKONOMSKI UTICAJ KOVIDA 19 NA ZDRAVSTVENI SISTEM U SRBIJI rezultat mog samostalnog istraživačkog rada i da su korišćene bibliografske reference istinito i jasno navedene, kao i da su sumarno prezentovane u okviru Literature.

U Beogradu, 2024. godine

Autor

Žaklina N. Ilić

Izrazi zahvalnosti

Koristim priliku da izrazim neizmernu zahvalnost svom mentoru prof. dr Mirjani Marković Radović, na njenom podsticaju da ne odustanem od rada, nesebičnoj pomoći i posvećenosti da u svakom trenutku bude uz mene i bez odlaganja posavetuje i ohrabri.

Takođe, veliku zahvalnost dugujem članu komisije prof. dr Jovici Jovanoviću, na pomoći, pretežno u istraživačkom delu rada. Zahvaljujem se prof. dr Mladenki Balaban na uputstvima u radu.

Ogromnu zahvalnost dugujem mojoj majci Desanki, njenoj nepresušnoj borbi i podršci koju mi pruža tokom života.

Posebnu zahvalnost za podršku i razumevanje tokom rada na distertaciji dugujem mom suprugu Aleksandru, ćerkama Ines i Efimiji, sinovima Vasiliju i Mateju. Ovaj rad posvećujem njima u znak zahvalnosti za bezgraničnu ljubav koju mi pružaju.

Žaklina Nikolić Ilić

Spisak grafikona

Grafikon 1 Ilustracija top-down metode raspodele troškova.....	42
Grafikon 2 Proces upravljanja rizikom	82
Grafikon 3 Doktori medicine prema starosti i polu, Srbija 2021. god.....	96
Grafikon 4 Broj slučajeva zaraženih koronavirusom u toku 2020. godine po kontinentima	110
Grafikon 5 Rashodi za zdravstvo u udelu BDP-a u 2019. godini i 2020. godini.....	144
Grafikon 6 Godišnji realni rast zdravstvene potrošnje i BDP-a po glavi stanovnika, OECD 2005-2020.....	145
Grafikon 7 Zdravstveni rashodi kao udeo u BDP-u, odabrane zemlje OECD-a, 2005-20	146
Grafikon 8 - Srednje vrednosti zadovoljstva ispitanika u vezi sa materijalnim i nematerijalnim ulaganjima države u doba pandemije.....	215
Grafikon 9 Scatter plot prikaz uticaja nematerijalnih ulaganja na motivaciju za rad sa prikazanom regresionom linijom	219
Grafikon 10 Scatter plot prikaz uticaja materijalnih ulaganja na motivaciju za rad sa prikazanom regresionom linijom	221
Grafikon 11 Scatter plot prikaz uticaja ulaganja u zdravstveni sistem na motivaciju za rad sa prikazanom regresionom linijom	224
Grafikon 12 Scatter plot prikaz uticaja ulaganja u prevenciju na motivaciju za rad sa prikazanom regresionom linijom	226
Grafikon 13 Scatter plot prikaz uticaja ulaganja u zdravstvene radnike na motivaciju za rad sa prikazanom regresionom linijom	228

Grafikon 14 Scatter plot prikaz uticaja kontinuiranih ulaganja u zdravstveni sistem na motivaciju za rad sa prikazanom regresionom linijom	230
--	-----

Spisak tabela

Tabela 1 Javni izdaci za zdravstvo.....	31
Tabela 2 Lična potrošnja građana Srbije - Beogradski region	43
Tabela 3 Lična potrošnja građana Srbije - Region Južne i Istočne Srbije, Vojvodine, Šumadije i Zapadne Srbije	44
Tabela 4 Primer svih ciljnih procesa i grupa u izradi jednog projekta	73
Tabela 5 Broj đaka u Republici Srbiji koji pohađaju opšte i srednje stručno obrazovanje 2020/2021	164
Tabela 6 Broj đaka u Republici Srbiji koji pohađaju opšte i srednje stručno obrazovanje 2022/2023	165
Tabela 7 Pregled pitanja o osnovnim podacima o ispitanicima prikupljenih iz upitnika	207
Tabela 8 Deskriptivna analiza demografskih podataka o ispitanicima.....	208
Tabela 9 Deskriptivna analiza stavova, (n=158)	Error! Bookmark not defined.
Tabela 10 Cronbachova alfa: Pouzdanost skala.....	213
Tabela 11 - Deskriptivna statistika varijabli	214
Tabela 12 Shapiro-Wilk Test Normalnosti za varijable testirane u Hipotezi 1	218
Tabela 13 Pirsinova korelacija među varijablama testiranim u Hipotezi 1	218
Tabela 14 Shapiro-Wilk Test Normalnosti za varijable testirane u Hipotezi 2	220
Tabela 15 Pirsinova korelacija među varijablama testiranim u Hipotezi 2	220
Tabela 16 Shapiro-Wilk Test Normalnosti za varijable testirane u Hipotezi 3	222

Tabela 17 Spermanova korelacija među varijablama testiranim u Hipotezi 3	223
Tabela 18 Shapiro-Wilk Test Normalnosti za varijable testirane u Hipotezi 4	225
Tabela 19 Spermanova korelacija među varijablama testiranim u Hipotezi 4	225
Tabela 20 Shapiro-Wilk Test Normalnosti za varijable testirane u Hipotezi 5	227
Tabela 21 Spermanova korelacija među varijablama testiranim u Hipotezi 5	227
Tabela 22 Shapiro-Wilk Test Normalnosti za varijable testirane u Hipotezi 6	229
Tabela 23 Spermanova korelacija među varijablama testiranim u Hipotezi 6	229

Spisak slika

Slika 1 Podaci prihoda stanovništva u 2021. godini za zemlje EU	38
Slika 2 Rashodi domaćinstava prema nameni potrošnje u EU	39
Slika 3 Struktura lične potrošnje.....	40
Slika 4 Broj medicinskih sestara - tehničara na 100.000 stanovnika, prema oblastima, Srbija 2020.	94
Slika 5 Broj medicinskih sestara – tehničara na 100.000 stanovnika, prema oblastima, Srbija 2021. godina.....	95
Slika 6 Broj doktora medicine na 100.000 stanovnika, prema oblasti.....	97

Lista skraćenica

BDP - bruto društveni proizvod

CIE - Centralna i Istočna Evropa

COVID 19 (kovid 19) - Coronavirus disease 2019

RZS - Republički zavod za statistiku Srbije

EU - Evropska unija

Eurostat (European Statistical Office) - Evropska statistička komisija

RFZO - Republički fond za zdravstveno osiguranje

SOVO - Fond za socijalno osiguranje vojnih osiguranika

NSZ - Nacionalna služba za zapošljavanje

ISSA (International Social Security Asociation)-Međunarodno udruženje socijalne sigurnosti

PIO - Fond za penziono i invalidsko osiguranje

VMA - Vojno medicinska akademija

VMC - Vojno medicinski centri

JEZK - Jedinstveni elektronski zdravstveni karton

OECD - Organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj

CESID - Centar za slobodne izbore i demokratiju

UNCTAD - Organizacija ujedinjenih nacija

AI (*artificial intelligence*) - Veštačka inteligencija

UKC Srbije - Univerzitetski klinički centar Srbije

KBC Zemun - Kliničko bolnički centar Zemun

NORBS - Nacionalna organizacija za retke bolesti

NALED - Nacionalna alijansa za lokalni ekonomski razvoj

ChatGPT - Generativni program veštačke inteligencije

CEPI - Coalition for Epidemic Preparedness Innovations

MMF - Međunarodni monetarni fond

SZO - Svetska zdravstvena organizacija

FED (Federal Reserve System) - Federalne savezne rezerve

WHO (World Health Organization) - Svetska zdravstvena organizaciju

World bank - Svetska banka

OOSO - obavezno zdravstveno osiguranje

EHCI - Potrošački indeks zdravlja

SDI - Strane direktne investicije

RIZIS - Republički integrisani zdravstveni informacioni sistem

CEPI - Koalicija za inovacije i epidemiološku spremnost

FAIR - Faktorska analiza informacionog Sistema

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

Spisak grafikona	9
Spisak tabela	11
Spisak slika	12
1. Uvod.....	19
1.1. Predmet i cilj istraživanja doktorske disertacije	21
1.2. Osnovne hipoteze.....	23
1.3. Naučne metode koje će se primenjivati u istraživanju.....	24
1.4. Očekivani rezultati i naučni doprinos	26
1.5. Struktura disertacije	27
2. Podizanje svesti o prevenciji zaštite građana tokom pandemije kovida 19	36
2.1. Novčani prihodi stanovništva Srbije i izdaci za zdravstvenu zaštitu.....	36
2.1.1. Kretanje troškova zdravstvene zaštite u Srbiji.....	41
2.2. Sistem zdravstvenog osiguranja u Srbiji.....	48
2.2.1. Republički fond za zdravstveno osiguranje	50
2.2.2. Odnos civilnog i vojnog osiguranja	52
2.2.3. Državno i privatno zdravstveno osiguranje u Srbiji	57
2.3. Reforma zdravstvenog sistema	60

2.3.1. Digitalizacija zdravstvenog sistema posle pandemije.....	64
2.3.2. Menadžment - revitalizacija tehničkog kadra i uključivanje kadrovske službe.....	68
2.3.3. Projektni menadžment i upravljanje projektima	71
2.3.4. Revizija i upravljanje rizicima	76
2.3.5. Robno-materijalno knjigovodstvo u zdravstvu	86
2.4. Ekonomski postkovid sindrom	88
2.4.1. Primena veštačke inteligencije u medicini.....	98
2.4.2. Bezbednost u postkovid ekonomiji.....	102
3. Uticaj pandemije na rashode u zdravstvu i efekti mera u poboljšanju statusa zdravstvenog sistema Srbije	104
3.1. Makroekonomski faktori.....	104
3.1.1. Makroaspekt pandemije kovida 19	108
3.1.2. Makroaspekt pandemije kovida 19 u postkovid periodu	111
3.1.3. Rebalans u zdravstvu	117
3.1.4. Zdravstveno osiguranje u Srbiji kao bitan faktor BDP-a.....	119
3.2. Efekti ekonomskih mera za ublažavanje negativnih posledica kovida 19 na privredu Srbije	122
3.2.1. Preduzete mere tokom pandemije u postkovid periodu	123
3.2.2. Diplomatsko-politički odnosi kao bitan pokazatelj ekonomskog partnerstva	132
3.2.3. Nedostatak radne snage u zdravstvu	140

3.3. Javni rashodi u zdravstvu u odnosu na BDP	142
3.4. Mogući pravci povećanja efikasnosti zdravstvenog sistema kroz ulaganje.....	147
3.4.1. Ulaganje u profesionalan razvoj zdravstvenih menadžera.....	151
3.4.2. Ulaganje u veštačku inteligenciju	155
3.4.3. Ulaganje u transkulturalno sestrinstvo.....	156
3.5. Održivost zdravstvenog sistema	158
3.5.1. Zaposlenost i obrazovanje u koheziji sa zdravstvom	160
3.5.2. Javno privatno partnerstvo (JPP), glavni faktor održivosti organizacionog i finansijskog medicinskog sistema.....	167
3.5.3. Kontinuiranost ulaganja, glavni činilac održivosti razvoja zdravstvenog sistema	171
3.5.4. Antikorupcijske mere u svrsi održivosti medicinskog sistema.....	175
3.6. Trend budućih aktivnosti	177
3.6.1. Značaj etike u budućnosti medicinskog sistema	183
3.6.2. Formiranje globalnog Fonda.....	185
3.6.3. Interna kontrola u zdravstvu kao neposredna pomoć u upravljanju rizicima i bezbednosti medicinskog sistema	194
3.6.4. Buduća kretanja medicinskog sistema u Srbiji	200
4. Empirijsko istraživanje učinka i posledica na stabilizaciju i razvoj zdravstvenog sistema u zemlji tokom pandemije.....	202

4.1. Istraživačka pitanja i hipoteze.....	204
4.2. Metodologija	206
4.3. Dobijeni rezultati	207
4.3.1 Materijalna i nematerijalna ulaganja države u zdravstvene radnike tokom kovid 19 pandemije	217
4.3.2 Ulaganja države u zdravstveni sistem tokom kovid 19 pandemije.....	222
4.3.3 Ulaganje države u prevenciju kovida 19 i motivacija za rad.	224
4.3.4. Ulaganja države u zdravstveni sistem i zdravstvene radnike nakon pandemije	227
4.4. Limitacije i ograničenja	231
4.5. Smernice za buduća istraživanja.....	232
4.6. Zaključak.....	234
Reference	238
Zakoni	256
Prilog 1	257
Biografija autora.....	260

Kao što njiva, mada plodna, ne može rađati bez obrade, tako ni čovek ne može stvarati bez učenja. Ciceron

1. Uvod

Zdravlje ljudi će, pod uticajem mnogobrojnih faktora, vremenom biti sve više narušeno. Razvoj industrijalizacije, bez neke preterane ekološke svesti i ogromnih potencijalnih ulaganja u razvoj čistije i održive životne sredine, kao i preživljavanje svakodnevnog stresa, negativno utiču na zdravlje svakog pojedinca.

U Republici Srbiji, koja je uređena i deklarirana Ustavom kao socijalna država, najosetljiviji deo socijalne politike zapravo i jeste zdravstvo. Kao i u vreme ekonomskih kriza, tako i za vreme vanrednih situacija, zdravstveni sistem se sa ekonomskog aspekta posmatra kao sistem održivog ekonomskog razvoja. Naravno, usled pandemije koronavirusa, našao se pred velikim izazovom.

Optimalna prevencija u zdravstvu postoji formalno, dok u realnom prikazu nije tako, što se može dokazati i preko loših statističkih podataka o visokom stepenu hroničnih, zaraznih i malignih bolesti, potom zdravstvene neprosvećenosti tj. loše zdravstvene kulture. Posledica loše prevencije je pojava mnogobrojno težih bolesnika, što zahteva veće ulaganje u lečenje mnogobrojnijih pacijenata od raznih bolesti i samim tim veći utrošak u isto.

Tokom pandemije je zatečeno stanje sa manjkom kreveta, ali i manjkom obučenog medicinskog osoblja. Sa manjkom kapaciteta i resursa su se borile i razvijene zemlje. Najveći razlog leži u tome što su i one štedele nauštrb javnog dobra. Međutim, pandemija je vratila političku svest, te je država, tj. Vlada Republike Srbije, nastavila rapidno da ulaže u navedeno.

Pandemija će, nažalost, uticati na dalji rast troškova i u budućnosti. Sa ekonomskog aspekta, posmatranje zdravstvenog sistema u kontekstu održivog ekonomskog razvoja je posebno aktuelno u vreme ekonomskih kriza, kao i sadašnje krize izazvane pandemijom kovida 19. Zdravstveni sistem, koji je inače višedecenijski bio zapostavljen, tokom 2020. i 2021. god. se dodatno nalazio

pred velikim izazovom. Preduzeti koraci vlade zemlje su postigli finansijsku održivost zdravstvenog sistema.

Decenijska niska ulaganja u zdravstvo odrazila su se na nedovoljnu opremljenost zdravstvenih ustanova. Država je tokom pandemije, usled obustave rada, sukcesivno finansirala bespovratnim novčanim sredstvima preduzetnike, turističke agencije i druge privredne subjekte. Sredstva su bila namenjena u korist uplate zarada zaposlenima koji su bili sprečeni da ispunjavaju svoje dnevne, odnosno mesečne satnice. Tom odlukom je država pokazala da joj je od velikog značaja stabilizacija i održivost ne samo zdravstvenog, već i privrednog sistema u celini.

Država je u obavezi da izgradi celokupno kvalitetan zdravstveni sistem, podoban za sve pacijente. Suština je na kvantitetu i kvalitetu stručnog kadra, uz dobru organizacionu strukturu i obavezno poznavanje i primenu etičkog kodeksa. U prilog navedenom nesumnjivo govori i činjenica da Srbija ima problem sa efikasnošću upotrebe resursa u zdravstvenoj zaštiti.

Dodatne poteškoće ekonomski održivom razvoju zdravstvenog sistema predstavlja permanentni razvoj medicinske nauke. Usled razvoja novih tehnologija, zdravstvena zaštita postaje sve delotvornija za pacijente, a samim tim skuplja čak i za najbogatije zemlje sveta. Kako bi se zadovoljile potrebe i očekivanja građana sa jedne strane i finansijske mogućnosti sa druge strane, neophodno je kontinuirano sprovoditi pravne i ekonomske reforme zdravstvenog sistema (Belani, 2022). Trend budućih aktivnosti se ogleda u boljoj organizaciji zdravstvenog sistema, postojanju kvalitetnih medicinskih menadžera, primeni interne kontrole i antikorupcijskih mera.

Zaključak je da prvenstveno treba obratiti pažnju na motivaciju medicinskog kadra, odnosno na postojanje materijalnih i nematerijalnih motivatora, sve u cilju zaustavljanja njihove dalje emigracije.

Među bitnim motivatorima smatramo da je egzistencijalno pitanje broj jedan, te treba dobro razmotriti neophodnu pomoć države u vidu subvencionisanih stambenih kredita svim zaposlenim medicinskim sestrama i lekarima, koji su spasili veliki broj života tokom koronavirusa, a bez ikakve sumnje učiniće to i u budućim pandemijama. U ovom radu je istražena njihova motivacija u odnosu na ulaganja države. Dalja istraživanja sa stanovišta medicinskih radnika treba voditi

konkretno u pravcu njihovih potreba, jer je njihov ostanak, kao i opstanak celokupnog sistema, dragocen.

1.1. Predmet i cilj istraživanja doktorske disertacije

Predmet ove doktorske disertacije je analiza ekonomskih pokazatelja zdravstvenog sektora tokom vanredne situacije prouzrokovane kovidom 19. Pandemija je nametnula neizbežni medicinski kolaps čitavog zdravstvenog sistema u celom svetu. Nijedna razvijena zemlja nije bila spremna za ovakvu pošast. Još uvek se sagledavaju sve posledice ove pandemije i sublimira se ekonomski uticaj kovida 19. U radu će se vršiti uporedna analiza ekonomskog uticaja pandemije između Srbije i zemalja u razvoju, kao i zemalja u okruženju. Time će se uočiti brojni ekonomski problemi koji su nastali usled same pandemije, kao i prednosti i nedostaci u rešavanju istih. Ekonomski problemi u vezi sa zdravljem stanovništva su zapravo dosta širi od problema koji se detektuju samo kroz zdravstvo kao sektor (Šolak, 2002).

Dosadašnji podsticaji u vidu bespovratnih stranih investicija za pomoć zdravstvu nisu bili dovoljni da se reši dugoročni decenijski problem, što ukazuje na činjenicu da je neophodno veće odvajanje sredstava iz BDP-a u zdravstveni sistem Srbije. Imajući to u vidu, u tezi će se posebna pažnja posvetiti izdvajanju novčanih sredstava u zdravstvo u odnosu na ostvareni BDP. Sa pojavom pandemije 2019. godine, ovi su se problemi produbili. Stoga, naše istraživanje, bazirano na prikupljenim podacima, treba da nam ukaže detaljnije na izvor i preraspodelu novčanih sredstava u zdravstvu i šta je urađeno kako bi zdravstveni sistem Srbije opstao u takvim uslovima. Ono nam istovremeno predstavlja platformu za reformu zdravstvenog sistema i njegovo bolje funkcionisanje.

Takođe, razmatraćemo sve troškove u zdravstvu. Pre svega, sagledaće se zdravstvena tehnologija. Bitno je navesti da se pod zdravstvenom tehnologijom podrazumevaju lekovi, medicinska sredstva, procedure i organizacioni sistemi jednog zdravstvenog sistema koji se koriste za unapređenje zdravlja, prevenciju, dijagnostiku i lečenje bolesti, za rehabilitaciju ili

dugotrajnu negu. Ovde je neophodno predvideti mogućnosti smanjenja troškova uz primenu drugačijih modela i metoda rada.

Osnovni cilj rada jeste da se istraže najpodobniji oblici u vidu materijalnih ulaganja (viših zarada, finansijskih podsticaja putem kreditiranja zaposlenih u zdravstvu, infrastrukturnih finansiranja, primeni informacione tehnologije i dr.) i nematerijalnih ulaganja (obuka, edukacija, priznanja, međuljudskih odnosa, poštovanja etike, kvalitetnijeg menadžmenta), kako bi medicinski kadar bio motivisan, a zdravstveni sektor bio efikasniji i održiv.

Mnogobrojna iskustva zdravstvenih institucija u razvijenim zemljama ukazuju na brže i efikasnije lečenje teških pacijenata, razotkrivanje i prevencije težih oboljenja, uz pomoć dobro opremljenih bolnica savremenim aparatima i kvalitetnim uslovima za pacijenta. S tim u vezi, biće sagledana dosadašnja i postojeća ulaganja u rekonstruisanje i izgradnju bolnica, kliničkih centara u Srbiji, kupovinu neophodnih aparata u toku pandemije i sl. U radu će se istražiti značaj ovih ustanova, što je bitno za budući period radi lečenja pacijenata od drugih bolesti.

Svako proširenje infrastrukturnih kapaciteta ima za rezultat veću produktivnost rada, potom povećanje broja zaposlenih, odnosno smanjenje nezaposlenosti i brži privredni razvoj.

Na privredni rast indirektno utiče i osposobljavanje stručnog kadra koje, u idealnim uslovima, može izuzetno razviti svoje sposobnosti, te time razmenjivati iskustva sa stranim partnerima i na taj način dati odlične rezultate i doprineti medicinskom razvoju Srbije, kao i njenom usponu kroz potencijalno pružanje usluga stranim pacijentima, čije bi uplate, nakon pružene medicinske pomoći, išle direktno u budžet države. Model povratne sprege je bitan mehanizam za dobro organizovan sistem.

Inoviranje tehnološke opreme, kupovina najmodernijih aparata, kontinuirano usavršavanje medicinskog kadra, imaju veliku ulogu u prevenciji i lečenju ne samo svojih građana, već i stranih pacijenata, sa povoljnijim tarifama medicinskih usluga, što može dati za rezultat da Srbija bude prepoznata u regionu kao moderna i napredna zemlja u oblasti medicine. Pružene medicinske usluge u vidu operativnih zahvata, rehabilitacije u zdravstvenim ustanovama i sl., punile bi budžet države i predstavljale kvantitativni i kvalitativni lanac vrednosti ekonomskog sistema naše zemlje.

Fokus istraživanja čine četiri podoblasti:

1. Predmet i cilj istraživanja sa naučnim metodama i doprinosu, kao i strukturom disertacije.
2. *Podizanje svesti o prevenciji zaštite građana tokom pandemije kovida 19, sa akcentom na kretanje zdravstvene zaštite u Srbiji, analizama modela osiguranja i ekonomskim razmatranjima o razvoju i reformama zdravstvenog sistema.*
3. *Analitički prikaz nastalih rashoda u zdravstvu usled uticaja kovida 19, uticaj i značaj uzročno-posledičnog odnosa makroekonomskih faktora na zdravstvo, teorijski prikaz preduzetih mera i finansijskih ulaganja u korist perspektivnog i održivog zdravstvenog sistema Srbije i trend budućih aktivnosti.*
4. *Empirijsko istraživanje obuhvata prikupljanje i analizu podataka od strane medicinskog kadra u Srbiji, daje prikaz o međusobnoj povezanosti ekonomije i politike, kao dominantnog faktora u pravcu daljeg razvoja, inovativnosti medicinskog sistema i motivaciji zaposlenog medicinskog kadra.*

U radu će biti sagledane mogućnosti boljeg položaja medicinskog stručnog kadra, kao jedan vid zadovoljstva rada u svojoj zemlji, bez želje za migriranjem van nje. Obzirom da je to jedan od gorućih faktora u cilju održivog kvalitetnog zdravstvenog sistema naše zemlje, velika važnost se pridodaje i njihovom egzistencijalnom pitanju. Mnogi finansijski podsticaji i briga za lekare, kao i medicinske sestre, doprinose boljem odnosu i zaštiti pacijenata, a samim tim i boljoj društvenoj organizaciji društva.

1.2. Osnovne hipoteze

- H1: Nematerijalna ulaganja države u zdravstvene radnike tokom pandemije kovida 19 značajno su povećala njihovu motivaciju za rad (Kategorija 1).
- H2: Materijalna ulaganja države u zdravstvene radnike tokom pandemije kovida 19 imala su pozitivan uticaj na motivaciju zdravstvenih radnika (Kategorija 1).

•H3: Materijalna ulaganja u zdravstveni sistem tokom pandemije kovida 19 doprinela su povećanju motivacije zdravstvenih radnika (Kategorija 2).

•H4: Državna ulaganja u prevenciju kovida 19 tokom i nakon pandemije značajno su povećala motivaciju zdravstvenih radnika (Kategorija 3).

•H5: Kontinuirana ulaganja države u zdravstvene radnike nakon pandemije kovida 19 doprinela su održavanju visokog nivoa motivacije zdravstvenih radnika (Kategorija 4).

•H6: Kontinuirana ulaganja države u zdravstveni sistem nakon pandemije kovida 19 doprinela su održavanju visokog nivoa motivacije zdravstvenih radnika (Kategorija 4).

1.3. Naučne metode koje će se primenjivati u istraživanju

Metode koje se primenjuju u izradi doktorske disertacije su induktivna, deduktivna, deskriptivno-statistička metoda, komparativna metoda, metoda kompilacije, kao i analiza relevantne teorijske literature.

Induktivno-deduktivna metoda je metoda koja se koristiti za objašnjenje postojećih i otkrivanje novih saznanja, kada se na osnovu zapažanja konkretnih slučajeva, analizom pojedinačnih slučajeva putem indukcije, dolazi do opštih zaključaka i obrnuto. Koristeći induktivnu metodu, u naučnom radu će se, kroz iskustva koja su već zabeležena u pojedinim zdravstvenim sistemima, doći do zaključaka o najpovoljnijoj kombinaciji pokazatelja zdravstvene zaštite, osiguranja i uloge države tokom pandemije. Korišćenjem deduktivne metode ćemo, kroz niz pretpostavki i principa, izvući logičke zaključke. Takvi zaključci će poslužiti u nekim budućim i sličnim vanrednim situacijama u zemlji.

Metoda analize i sinteze u analitičkom smislu prvenstveno raščlanjuje i pojednostavljuje složene pojave, sudove i zaključke na jednostavne sastavne delove. S obzirom na to da je predmet analize ekonomski uticaj kovida 19 na zdravstveni sistem Srbije veoma složena celina, zaključci o primeni istih će biti kvalitetniji ukoliko se izvrši raščlanjivanje na manje celine, sa aspekta makroekonomske analize i njihove povezanosti. Nasuprot tome, metodom sinteze su određeni delovi i elementi saznanja prikupljeni i spojeni u jednu teoretsko-misaonu celinu. Spajanjem

prikupljenih podataka u jednu celinu izvešće se zaključak o stanju zdravstvenog sistema tokom pandemije.

Empirijsko istraživanje obuhvata testiranje hipoteza putem informacija dobijenih preko anketnog upitnika, posmatranjem i analizom podataka.

Anketna metoda, preko upitnika koji je namenjen zaposlenom medicinskom stručnom kadru, ima za cilj da da ocenu stanja zdravstvene zaštite, statusa i uslova rada zaposlenih u zdravstvenom sistemu Srbije. Odgovori ispitanika će ukazati na probleme sa kojima se zaposleni susreću i dati smernice za rešavanje brojnih problema zdravstvenih ustanova.

Testiranje hipoteza se vrši korišćenjem deskriptivne statistike i kabinetskog istraživanja (Desk research). **Desk research** metoda podrazumeva sublimiranje stavova i zaključaka na osnovu brojnih izvora informacija koji se zasnivaju na konsultovanju literature, korišćenjem primarnih kao i sekundarnih informacija. Primarne informacije su dobijene na osnovu Upitnika, anketiranjem stručnog medicinskog kadra, dok su sekundarne informacije dobijene sagledavanjem domaće i strane literature, mnogobrojnih stručnih radova i monografija, projekata, studija, časopisa, zakona i drugih izvora sa interneta.

Statističkom metodom će biti utvrđeni rezultati ispitivanja u vidu parametara predstavljenih grafikonima i tabelama, sa ciljem da se utvrde karakteristike, strukture i prioritetne zakonitosti ispitivanih pojava.

Metoda kompilacije predstavlja postupak preuzimanja tuđih rezultata naučno-istraživačkog rada. Tokom izrade doktorske disertacije, sagledavaće se stavovi, opažanja, spoznaje i zaključci drugih autora. Naravno, rad će u većoj meri imati lični pristup autora, ali će se sporadično citirati navodi koji su preuzeti od drugih autora.

Komparativna metoda upoređuje iste ili srodne pojave ili učvršćuje sličnosti i razlike u njima. U toku izrade doktorske disertacije biće upoređene situacije i stanje u drugim zemljama, tokom pandemije kovida 19. Na ovaj način će biti sagledani nedostaci i prednosti ekonomskog uticaja pandemije na zdravstvo i u drugim pojedinim državama.

Analiza relevantne teorijske literature predstavlja pregled literature kroz temeljno ispitivanje i evaulaciju značajnog materijala u knjigama, časopisima i drugim izvorima, a koji se odnose na temu zdravstva i zdravstvenog sistema jedne zemlje. Na osnovu dobijenih informacija, stvara se dublja slika u oblasti zdravstva. Kroz pregled se može jasno identifikovati sve što je poznato ili nepoznato, steći uvid u razne rasprave i time dosta pomoći u formulisanju pitanja i odgovora za dalje istraživanje o međusobnoj povezanosti ekonomije i zdravstva.

Zbog kompleksnosti problema, izrada rada zahteva složen metodološki pristup i primenu različitih metoda.

1.4. Očekivani rezultati i naučni doprinos

Naučni doprinos disertacije je dvostruk. Sa teorijsko-metodološkog aspekta rad predstavlja sistematizaciju i preraspodelu novčanih sredstava, kao i alokaciju stručnog medicinskog kadra tokom vanrednog stanja prouzrokovano pandemijom. Ujedno je dat kritički osvrt na delovanje države za navedeni period. Rezultati pokazuju da je praktičan doprinos u kreiranju ekonomske politike pozitivan, zahvaljujući Vladi Republike Srbije, naravno, sve u funkciji podsticanja daljeg razvoja zdravstvenog sistema u celini.

U disertaciji je pokazano da država u jednom makroekonomskom okruženju, uz odgovarajuće ekonomske mere, racionalno i efikasno obezbeđuje finansiranje zdravstvene zaštite i kvalitetniji zdravstveni sistem.

Date su smernice da država mora da razmotri načine za korišćenje kapaciteta privatnog sektora i istraži mogućnost za dalje inovacije, da predvidi adaptivne modele pružanja usluga koji mogu biti od presudnog značaja za održavanje zdravstvenog sistema. Takav sistem, kao i brojna preduzeća i organizacije, zahteva visoku kolektivnu inteligenciju koja je zasnovana na znanju, razumevanju i kompetencijama (Ilić et.al., 2019).

Doprinos rada ukazuje na potrebu agilnosti zdravstvenog sistema zemlje, kako bi se pravovremeno odgovorilo na slične epidemije. Potrebno je stvarati uslove za što bolju sadašnjost i budućnost, koristiti sve mogućnosti kako bi se efikasnije i efektivnije koristili svi resursi za poboljšanje zdravlja stanovništva u budućnosti. Neophodno je učiti iz prošlosti, pratiti razvoj zdravstvenih resursa, primeniti zdravstveni potencijal.

1.5. Struktura disertacije

Doktorska disertacija pod nazivom *Ekonomski uticaj kovida 19 na zdravstveni sistem Srbije* sastoji se iz tri logički zaokružene celine

Prvi deo rada obuhvata uvod sa postavkom problema istraživanja. Ovde je objašnjen predmet i cilj istraživanja, potom su definisane polazne hipoteze i na kraju pojašnjen naučni doprinos, sa prikazom strukture disertacije.

Drugi deo disertacije pod nazivom *Podizanje svesti o prevenciji zaštite građana tokom pandemije kovida 19* sastoji se iz četiri poglavlja i to:

- Novčani prihodi stanovništva Srbije i izdaci za zdravstvenu zaštitu
- Sistem zdravstvenog osiguranja u Srbiji
- Reforma zdravstvenog osiguranja
- Ekonomski postkovid sindrom

U radu će se istaći i istražiti koja je najbolja strategija države u prevenciji i promociji zdravstva, ulaganju u medicinski kadar, infrastrukturu, digitalizaciju, a sve u svrsi obezbeđivanja kvalitetnijeg zdravstvenog sistema i transparentnije zdravstvene zaštite stanovništva.

U poglavlju *Novčani prihodi stanovništva Srbije i izdaci za zdravstvenu zaštitu* u funkcionisanju zdravstvenog sistema centralno mesto zauzima finansiranje zdravstvene zaštite. Ozbiljan problem u zdravstvenom sistemu predstavlja nedostatak finansijskih sredstava uz kontinuirani porast zdravstvene potrošnje. U užem smislu, sistem zdravstvene zaštite se odnosi na mere koje su usmerene na suzbijanje i sprečavanje bolesti, lečenje i rehabilitaciju. Sistem

zdravstvene zaštite obuhvata i zdravstveno osiguranje, koje inkorporira socijalnu sigurnost građana. On je uređen brojnim zakonskim i podzakonskim aktima i daje jednaka prava građanima na zdravstvenu zaštitu (Radivojević & Vesić, 2020).

Kako bi se u budućnosti odolelo ovako teškim situacijama, neophodno je sprovesti pravne i ekonomske reforme zdravstvenog sektora. U skladu sa tim, prioritetni cilj je da se postigne finansijsko održivi zdravstveni sistem.

Međutim, zbog česte nemogućnosti poslodavaca da svoje obaveze izmiruju na vreme, fond zdravstvenog osiguranja nije u mogućnosti da isplaćuje sredstva bolnicama, lekarima, gde se i posledično odlažu uplate troškova dobavljačima tj. farmaceutskim kompanijama koje isporučuju lekove i medicinska sredstva.

Razvoj nauke prati pojava novih tehnologija koja može, nažalost, da zada i dodatnu poteškoću zdravstvenom sistemu usled nemogućnosti finansiranja i kupovine novih medicinskih aparata. Zapravo, mnoge zemlje ne mogu ići u korak sa kupovinom modernih i skupih medicinskih aparata, a sve radi lakše preventive i lečenja bolesnika. U ovom slučaju zdravstvena zaštita postaje skuplja za pacijente.

Uz pomoć administrativnih mera država treba da omogući uslove za efikasno i racionalno finansiranje zdravstvene zaštite. S tim u vezi je neophodno da država vodi računa o uslovima za rad u državnom sektoru zaštite i uspostavi dobru konekciju sa privatnim sektorom.

Naravno, ukoliko rast ponude zdravstvenih usluga prati i tehnološki napredak u medicini, gde se nude nove metode u dijagnostikovanju i lečenju bolesti, zdravstveni sistem treba da bude sve razvijeniji. Tada bi, posledično, ostvareni prihodi po osnovu zdravstvenih usluga bili sve veći, a stepen zdravstvene zaštite kvalitetniji.

U drugom poglavlju, *Sistem zdravstvenog osiguranja*, govorićemo o značaju socijalnog i privatnog osiguranja. Socijalno osiguranje potpada pod obaveznim (civilno i vojno), dok je privatno osiguranje zapravo dobrovoljno.

Sa rastom privatnih zdravstvenih ustanova i lečenja, zdravlje je postalo i biće još više prožeto biznisom, sem ukoliko se društvo u celini ne promeni. Očigledno je da privatni sektor prednjači u boljoj dostupnosti zdravstvenih usluga, kao i u boljoj informisanosti pacijenata. Međutim, ovakav vid sektora nije pristupačan svima, već samo onima koji finansijski mogu da isprate ovakav vid usluga. Naravno, ovde treba biti veoma oprezan, jer imajući već gotovu sliku o zemljama koje prelaze sa planske na tržišnu ekonomiju, jasno je da je privatni sektor prvi i da se razvija nekontrolisano i nekomplementarno.

U radu će se detaljnije dati pojašnjenje o osiguranjima i razmotriti podobnost svakog pojedinačno. Razmotriće se rad Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje i sagledati mogući previdi. Izvršiće se poređenje sa socijalnom politikom razvijenih zemalja Evropske Unije i dati dopinos za dalji kvalitetniji rad i inovativnost u poslovanju.

Treće poglavlje je posvećeno *Reformi zdravstvenog osiguranja*. Ovde će biti navedeni razni indikatori zdravstvenog osiguranja, kao i mnogobrojni predlozi za preuređenje zdravstvenog sistema.

Pandemija je generalno promenila pristup zdravstvu. Tokom vanredne situacije, prouzrokovane koronom, vidna su značajna ulaganja naše države u zdravstvo, što je doprinelo pozitivnom kretanju, ali i ukazalo na mnoge propuste. Jedan od takvih je i manjak informacija, gde smo prevideli da, pored nedovoljno stručnog medicinskog kadra, nemamo ni ljude koji proizvode informacije, ni ljude koji bi se bavili relevantnim informacijama za pacijente. Zbog lošeg rukovođenja i organizacije u finansiranju zdravstvene zaštite, neophodna je reforma zdravstvenog sistema. Tokom pandemije, primećujemo prve ozbiljnije korake u tom kontekstu. Rad će predstaviti mere za racionalizaciju troškova, unapređenje znanja zdravstvenih menadžera, reforme medicinske edukacije, modernizaciju svih medicinskih ustanova po regionima i ravnopravnu zaštitu građana širom Srbije u odnosu na različite grupe pacijenata, naročito osetljive grupe stanovništva i dr. Ukazaće se na značaj projektnog menadžmenta, revizije, upravljanja rizicima i robno-materijalnog knjigovodstva.

Četvrto poglavlje razmatra *Ekonomski postkovid period* i govori o primeni veštačke inteligencije u postkovid periodu i njenim prednostima u ekonomskom razvoju i bezbednosti medicinskog sistema.

Treći deo disertacije, *Uticaj pandemije na rashode u zdravstvu i efekti mera u poboljšanju statusa zdravstvenog sistema Srbije*, sastoji se iz šest poglavlja:

- Makroekonomski faktori
- Efekti ekonomskih mera za ublažavanje negativnih posledica kovida 19 na privredu Srbije
- Javni rashodi u zdravstvu u odnosu na BDP
- Mogući pravci povećanja efikasnosti zdravstvenog Sistema kroz ulaganje
- Održivost razvoja zdravstvenog Sistema
- Trend budućih aktivnosti

U prvom poglavlju, *Makroekonomski faktori*, istaći ćemo uticaj i povezanost nekih od makroekonomskih pokazatelja (realni rast BDP-a, zarade i javni dug Republike Srbije) na zdravstvenu zaštitu.

U okviru zdravstvene zaštite tokom 2020. u odnosu na 2019. godinu, u mnogim zemljama su porasli rashodi za zdravstvo iz razloga što se nominalni BDP smanjio za vreme pandemije. Po podacima sa Eurostata, u svim državama članicama Evropske unije, troškovi socijalne zaštite su znatno povećani.

Tabela 1. Javni izdaci za zdravstvo

	Eura u milionima			Eura po stanovniku			Procenat domaćeg proizvoda		
	2008	2017	Indeks	2008	2017	Index	2008	2017	Promena
Zemlja									
Evropska unija	808.16	1,019,6	126,2	1.839	2.287	124,4	7,3	7,8	0,5
Švajcarska	24.23	49.07	205,5	3.169	5.892	185,9	6,4	8,3	1,9
Island	908	1.82	200,5	2.860	5.30	185,3	8,3	8,4	0,1
Malta	348	618	177,9	849	1.321	155,6	5,7	5,5	-0,2
Njemačka	207,01	323.32	156,2	2.521	3.912	155,1	8,1	10,0	1,9
Luksemburg	1.973	3.046	154,4	4.039	5.108	126,5	5,2	5,4	0,2
Bugarska	1.568	2.419	154,3	209	342	163,3	4,2	4,6	0,4
Rumunija	4.456	7.385	149	241	377	156,3	3,4	3,9	0,5
Slovenija	3.268	4.478	145,3	608	873	143,7	4,9	5,6	0,7
Estonija	776	1.121	144,4	580	851	146,6	4,7	4,7	0,0
Švedska	25.094	35.372	141,2	2.717	3.517	129,4	7,1	7,4	0,3
UK	143.67	200.95	139,9	2.324	3.042	130,9	7,2	8,5	1,3
Norveška	21-920	29.102	132,8	4.597	5.515	120,0	6,9	8,2	1,3
Austrija	20.637	27.348	135,5	2.480	3.109	125,3	7,0	7,4	0,4
Poljska	16.172	20.920	129,4	424	551	129,9	4,4	4,5	0,1
Litvanija	1.507	1.908	126,6	471	675	143,2	4,6	4,5	-0,1
Češka	8.930	11.299	126,5	860	1.067	124,0	5,5	5,9	0,4
Slovenija	2.616	3.253	124,4	1.294	1.574	121,6	6,9	7,6	0,7
Francuska	168.154	208.781	124,2	2,620	3.122	119,2	8,4	9,1	0,7
Belgija	26.444	35.558	123,1	2.469	2.862	115,9	7,5	7,3	-0,2
Holandija	55.840	68.457	122,6	3.996	3.996	117,7	8,6	9,3	0,7
Irska	14.529	16.678	114,8	3.236	3.469	107,2	7,7	5,6	-2,1
Hrvatska	2.979	3.393	113,9	691	822	118,9	6,2	6,9	0,7
Letonija	886	996	112,5	407	513	126,1	3,6	3,7	0,1
Portugal	11.145	11.774	105,6	1.056	1.143	108,3	6,2	6,0	-0,2
Mađarska	5.997	6.284	104,8	597	642	107,5	5,5	5,0	-0,5
Italija	108.984	112.230	103,0	1.853	1.854	100,1	6,7	6,5	-0,2
Srbija	2.119	1.884	88,9	288	268	93,1	5,9	4,8	-1,1
Grčka	15.213	9.133	30,0	1.373	849	61,8	6,3	5,1	-1,2
Crna Gora		201			323			4,7	
Severna Makedonija		423			204			4,2	

Izvor: Eurostat, 2021

Prema podacima Eurostata, u periodu 2008-2017. god., Srbija je smanjila izdatke po stanovniku sa 288 na 266 evra (Eurostat, 2021). Prosečni izdaci po stanovniku su sniženi sa 15,7% na 11,7%. Za posmatrani period u 2017. godini Srbija je imala udeo izdataka u zdravstvo od 4,8% BDP-a. Veći udeo su imale većina zemalja Evropske unije (Nemačka 10%, Holandija 9,3%, Francuska 9,1%, UK 8,5%, Island 8,4%, Švajcarska 8,3%). Vidno je da su izdaci u zdravstvu, u Srbiji, za period 2008-2017. godine, smanjeni za 1,1%, dok je veći pad izdataka imala Irska 2,1% i Grčka 1,2% (Eurostat, 2021).

Sagledavajući pokazatelje za Evropsku uniju, za posmatrani period 2008-2017. godine, javni izdaci za zdravstvo su povećani sa 808,2 na 1019,7 milijardi evra, to jest za 26,2%. Vidimo da su prosečni javni troškovi za zdravstvo po stanovniku povećani za 24,4% tj. sa 1.839 na 2.287 evra. Njihov udeo u BDP-u je povećan sa 7,3% na 7,8% (Eurostat, 2021). Nakon 2017. godine, usled starenja stanovništva, rast troškova se nastavio .

Dalje, biće razmatrana i demografska struktura stanovništva, inače glavna neekonomska varijabla koja opredeljuje zdravstvene troškove. S obzirom na demografska i ukupna makroekonomska kretanja u Srbiji i na visoke rashode bolničkog lečenja, bitno je na racionalan način predstaviti i analizirati poslovanje bolnica i dati smernice za uspostavljanje njihove efikasne organizacione strukture.

Prema ranije sprovedenim analizama utvrđeno je da se 36 evropskih zemalja opredelilo za fiskalne podsticaje koji podrazumevaju neki vid odlaganja plaćanja poreza i socijalnih doprinosa (NALED, 2020). Podaci sa sajta Republičkog zavoda za statistiku pokazuju da je ukupna ekonomska aktivnost u Republici Srbiji u 2021. godini, merena realnim kretanjem bruto domaćeg proizvoda (BDP), zabeležila rast od 7,5% u odnosu na 2020. godinu. Bruto investicije u osnovna sredstva u 2021. godini pokazuju realan rast od 14,1%, u poređenju sa prethodnom godinom. Prosečne zarade bez poreza i doprinosa u 2021. godini, u odnosu na prethodnu godinu, nominalno su veće za 8,9%, a realno za 4,6% (Republički zavod za statistiku Srbije, 2021).

Prema dosadašnjim pokazateljima Republičkog zavoda za statistiku, u Republici Srbiji, u poslednjih deset godina je sve manji broj rođenih. U 2011. godini iznosio je 65.598, dok je za 2020. godinu smanjen na 61.692 novorođenih, na osnovu čega je i evidentiran negativan prirodni priraštaj u 2020. godini i to 55.158 stanovnika manje, dok je broj umrlih u 2020. godini iznosio 116.850 (Republički zavod za statistiku Srbije, 2021).

Na osnovu datih podataka pokazatelja starenja stanovništva sa negativnom stopom prirodnog priraštaja (na 1.000 stanovnika) od -8,0%, koji čini jedan važan segment zdravstvenog sistema Srbije, postoje bojazni da će finansiranje zdravstva u određenom trenutku postati prioritetno političko pitanje (Republički zavod za statistiku Srbije, 2021).

U drugom poglavlju, *Efekti ekonomskih mera za ublažavanje negativnih posledica kovida 19 na privredu Srbije*, izvršen je prikaz preduzetih mera.

Tokom pandemije kovida 19, diplomatsko-politički odnosi su doprineli velikoj pomoći zdravstvenog sistema, ne samo u epidemiološkom smislu, već i u nabavci medicinske opreme i sl.

Mada država, tokom vanredne situacije, samoinicijativno izlazi sa par mera i preduzetih aktivnosti zarad rešavanja gorućeg demografskog pitanja. Naime, krenulo se sa državnim finansijskim podsticajima za rođenje dece, potom predlogom za plaćanje jednog dela stambenog kredita za mlade bračne parove itd., sve u korist podizanja nataliteta.

Nedostatak ili neizdvajanje novčanih sredstava za nabavku i ostvarivanje novih tehnoloških inovacija i dr. utiče na stagnaciju produktivnosti, što bi na duži rok rezultiralo manjom zdravstvenom zaštiom građana. Takav čin bi izneverio očekivanja građana od strane države i njenih političara, pa je neophodno da država formira dugoročne planove u korist zdravstva.

Treće poglavlje, *Javni rashodi u zdravstvu*, predstaviće pokazatelje zdravstvene potrošnje. Inače, zdravstvenu potrošnju u užem smislu čine materijalni izdaci za različite vidove zdravstvene zaštite, dok je u širem smislu zdravstvena potrošnja najveći deo individualne i društvene potrošnje. Tokom pandemije je došlo do povećanja troškova zdravstvene zaštite u zemljama u razvoju, kao i rasta zdravstvenih izdataka savremenih zemalja. Naime, najveći deo aktivnosti svakog društva služi unapređenju i zaštiti zdravlja.

Pozitivni društveno-politički odnosi i diplomatski odnosi državnika su uticali da se održi stabilna ekonomska situacija u zemlji, ne samo u jeku pandemije, već da se dodatna sredstva utroše za hitnu izgradnju novih bolnica, kao i restauraciju postojećih. Prema podacima Fiskalnog saveta za 2020. i 2021. godinu, investicije u zdravstvo su povećane na cca 386,3 milijarde dinara. Odvajanja u 2021. godini su veća za cca 75 milijardi dinara više nego u 2020. god. i 100 milijardi dinara više nego u 2019. godini (Fiskalni savet Republike Srbije, 2020). Da bi se ovakav pozitivan trend nastavio, neophodno je da država odvaja najmanje 0,5% bruto domaćeg proizvoda (BDP) kako bi bila blizu višegodišnjeg proseka Centralne i Istočne Evrope (CIE).

Predloženi budžet Republike za 2022. godinu predviđa smanjenje fiskalnog deficita na 3% BDP-a (200 mlrd. dinara) i vraćanje javnog duga na silaznu putanju od sledeće godine. Nakon dve godine pandemije, kada je glavni zadatak fiskalne politike bila borba protiv zdravstvenih i ekonomskih posledica pandemije kovida 19, budžet za 2022. godinu je prvi koji se u ekonomskom smislu može donekle posmatrati kao postpandemijski budžet. Kraj zdravstvene krize se u Srbiji još uvek ne vidi jasno, zbog čega će 2022. godinu obeležiti vanredno visoki izdaci za zdravstvenu zaštitu stanovnika (Fiskalni savet Republike Srbije, 2020).

S obzirom na to da nam zdravstveni sistem nije efikasan, u toku pandemije se vidno primećuju pomaci u poboljšanju. Naime, pored izgradnje novih bolnica, vidne su nove preduzete ekonomske i demografske mere u cilju poboljšanja starosne strukture stanovništva i podizanja zarada u sektoru zdravstva, milicije i policije, kao i ostalim državnim službenicima. Na tržištu rada u prvom i drugom kvartalu 2020. godine stopa nezaposlenosti lica starijih od 15 godina je smanjena, dostigla je nivo od 9,7% i 7,3%, respektivno (Nacionalna alijansa za lokalni ekonomski razvoj, 2020).

U četvrtom poglavlju, *Mogući pravci povećanja efikasnosti zdravstvenog sistema kroz ulaganje*, biće sagledana ključna uloga ulaganja u celokupan zdravstveni sistem. Decenijska niska ulaganja u zdravstvo odrazila su se na nedovoljnu opremljenost zdravstvenih ustanova i nepostojanje zdravstvenih menadžera. Deo razmatra ulaganja u IT tehnologije i razvoj veštačke inteligencije u Srbiji, kao i postojeću mogućnost začetka transkulturalnog sestrinstva, sve u korist razvoja medicinskog sistema.

Peto poglavlje, *Održivost razvoja zdravstvenog sistema*, govori o zaposlenosti i obrazovanju medicinskih radnika. Akcenat je stavljen na javno privatno partnerstvo (JPP) i njegovu finansijsku ulogu u održivosti medicinskog sistema. Govori se o kontinuiranoj ulozi državne pomoći kao glavnom činiocu ulaganja i kvalitetnijoj primeni antikorupcijskih mera.

Šesto poglavlje, *Trend budućih aktivnosti*, daje predloge i smernice za značaj podizanja etike na veći stepen. Razmatra formiranje i značaj globalnog fonda tokom budućih globalnih pandemija. Trend budućih kretanja mora da obuhvati kvalitetniju internu kontrolu u zdravstvu, obuhvatajući

rad njenih službi, ustanova, institucija i drugo. U ovom poglavlju se daje blagi osvrt na buduća kretanja medicinskog sistema u Srbiji.

U četvrtom delu disertacije, *Empirijsko istraživanje učinka i posledica na stabilizaciju i razvoj zdravstvenog sistema u zemlji tokom pandemije*, biće analizirani i rezultati empirijskog istraživanja. Upitnici su popunjeni od strane zaposlenih zdravstvenih radnika u Srbiji. Empirijsko istraživanje će putem ankete i anketiranih ispitanika dati odgovore na pitanja iz domena zdravstvene zaštite, organizacije, stimulisanja zdravstvenog sistema i političkog prisustva, pomoći države za vreme pandemije. Naime, kroz analizu datih odgovora, disertacija će dati zaključak kako je država reagovala tokom pandemije i u kom pravcu država treba dalje ići, a sve u cilju zadovoljstva stručnog medicinskog kadra i boljeg razvoja medicinskog sistema.

2. Podizanje svesti o prevenciji zaštite građana tokom pandemije kovida 19

2.1. Novčani prihodi stanovništva Srbije i izdaci za zdravstvenu zaštitu

Dve godine trajanja pandemije su uticale na pomeranje dinamike u lancu vrednosti zdravstvene zaštite. Postkovid period je ulio nove nade za oporavak. Međutim, nova globalna kriza, nastala zbog rata u Ukrajini je dovela do novih ekonomskih poremećaja. Jedna od posledica jeste inflacija potrošačkih cena, koja utiče na obezvređivanje prihoda. Razlog za optimizam treba tražiti u povećanju inovacija, kao posledicu pritiska pandemije na zdravstveni sistem. Ubrzavanje modela nege zasnovane na vrednosti, kao i primena tehnologije u zdravstvu imaju svoj pozitivan tok.

SZO kategoriju zdravlja određuje na sledeći način: „Zdravlje znači više od same odsutnosti bolesti, patnje i prevremene smrti, ono znači optimum fizičke, psihičke i socijalne sposobnosti i blagostanja (World Health Organisation Constitution, 1948).

Sistem zdravstvene zaštite ima širi pojam od sistema zdravstva. On, sem rada medicinskih institucija i njihovih aktivnosti, uključuje i sve ostale mere usmerene ka očuvanju i unapređenju zdravlja ljudi.

Ekonomija se i u oblasti zdravstva, pored brojnih drugih oblasti, bavi bitnim pitanjima vezanim za zdravlje ljudi. Zdravstvene aktivnosti se ostvaruju u svakom privrednom sistemu, bitno drugačije od ostalih usluga. U uslovima tržišne ekonomije ljudi će uvek morati da se bore za svoje neograničene potrebe koje će morati da zadovolje limitiranim resursima. Koncept oskudice je centralno ekonomsko pitanje od koga se mora poći u rešavanju ekonomskih problema vezanih za zdravstvo, odnosno zdravlje ljudi. Kombinacijom ograničenih, odnosno retkih resursa mogu se proizvesti samo oskudna dobra i to ograničenim resursima u zdravstvu, društvu i pojedincima se mogu pružiti samo oskudne zdravstvene usluge (Cvetanović, 1994).

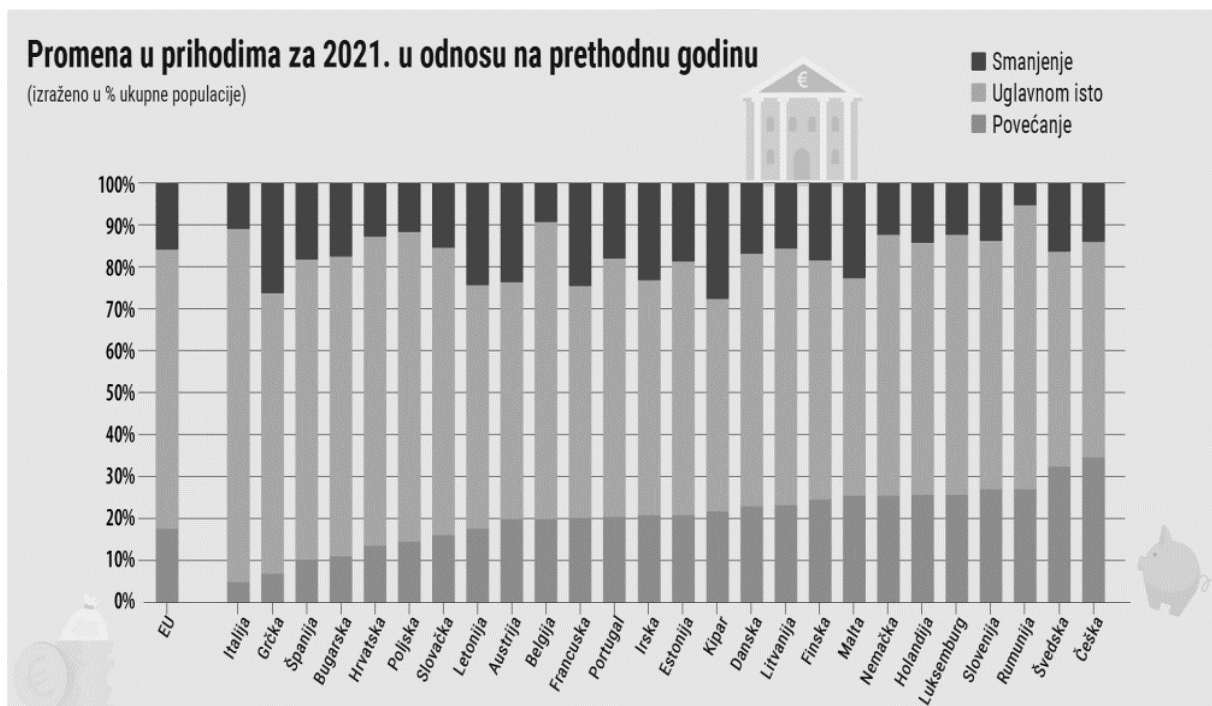
Prihod stanovništva čine njegova zarada, kao i dodatni prihodi po osnovu dodatnih poslova. U okviru bruto zarade jednog zaposlenog građanina izdvajaju se sredstva za obavezno socijalno osiguranje. Time bi svaki građanin, kao pacijent jedne države, trebalo da bude obezbeđen pri odlasku kod lekara, bez dodatnih kontrola i finansijskih izdataka, a sve u korist privatnih medicinskih ustanova. Ovde ipak dolazi do kontradiktornosti jer pacijenti, iako su osiguranici zdravstvenog osiguranja, moraju naknadno da izdvajaju dodatna sredstva za kupovinu lekova ili operativnog zahvata.

S obzirom na to da su minimalne neto zarade u Srbiji veoma niske u odnosu na prosečnu mesečnu potrošačku korpu, mnogi pacijenti nisu u mogućnosti da plate privatne preglede, te su prinuđeni da čekaju na red mesecima, zbog čega im se zdravstveno stanje dodatno narušava. Zaposleni sa prosečnim primanjima mogu sebi priuštiti neke povoljnije i brže preglede. Ostatak građana koji imaju natprosečna primanja jedino imaju tu mogućnost brzog i kvalitetnog pregleda u privatnim medicinskim ustanovama i naravno sve u skladu sa svojim slobodnim vremenom.

Pored veće potrebe medicinskih aparata, koji su neophodni za lečenje pacijenata, kao i potrebe za više lekara specijalista, neophodan je dobro organizovan medicinski sistem jedne zemlje.

Savremeni sistemi zdravstvene zaštite se razlikuju u sredstvima za zdravstvenu zaštitu, kao i u načinima plaćanja davaoca usluga u zdravstvu (Jovanović et al., 2015).

U različitim delovima zdravstvene zaštite postoji varijabilnost u rastu. Na primer, usluge pružanja nege van bolnice su sve više profitabilniji posao za pružaoce usluga. Napredak zdravstvene nege zasnovan na vrednosti i srodnim plaćanjima rizika, pomera stvaranje vrednosti preko tradicionalnih podsektora zdravstvene zaštite. Promena i rast prihoda stanovništva znatno je uticala i utiče na bolji status zdravstvene nege, preventive i svih ostalih faktora u svrsi zdravstvene zaštite.



Slika 1 Podaci prihoda stanovništva u 2021. godini za zemlje EU

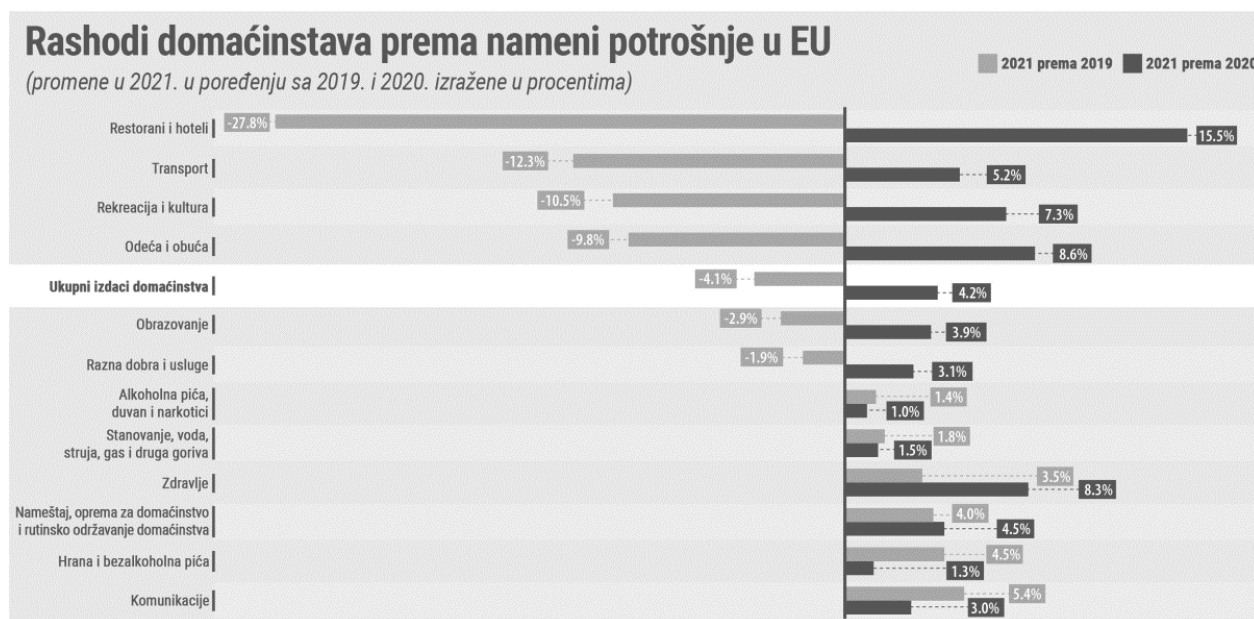
Izvor: Eurostat, 2022.

Prema podacima Zavoda za statistiku EU, u zemljama Evropske unije (EU) je 84% stanovništva živelo u domaćinstvu sa neto prihodom koji je uglavnom bio stabilan (66,5%) ili se povećao (17,5%) u odnosu na 2020. godinu. Ostatak od 16% stanovništva Evropske unije je imalo pad neto prihoda. Nivo prihoda svih zemalja tj. država članica EU je u većini zemalja bio stabilan i kretao od 50,7% na Kipru, do 84% u Italiji. Konkretno, onaj udeo stanovništva koji je imao povećanje prihoda u domaćinstvu se kretao od samo 4,9% u Italiji do 34,8% u Češkoj. Sa druge strane, smanjenje prihoda se kretalo od 5,4% u Rumuniji do 27,6% na Kipru. Naime, potrošnja domaćinstava u Evropskoj uniji je tokom kovid pandemije pala za 8%, da bi 2021. godine porasla za 4% u odnosu na 2020. godinu (Eurostat, 2022).

Prema podacima Republičkog zavoda za statistiku (RZS) za 2021. godinu, u Srbiji su neto zarade porasle za 9,6% nominalno i za 5,4% realno. U periodu od januara do decembra 2021.

godine, u poređenju sa 2020. godinom, rast bruto zarada je iznosio 9,4% nominalno, odnosno 5,2 % realno. Prema podacima RZS-a, 10% domaćinstava sa najvećim primanjima je u proseku trošilo 166,65 hiljada dinara, dok je 10% stanovništva sa nižim primanjima ostvarivalo šest puta manju prosečnu mesečnu potrošnju. Zbog velikog uticaja pandemije na potrošnju domaćinstva u 2020. godini, kasnija povećanja nisu bila dovoljna da značajno nadoknade nastala smanjenja u godini pandemije.

Izdaci za zdravstvenu zaštitu tokom pandemije su bili ogromni.



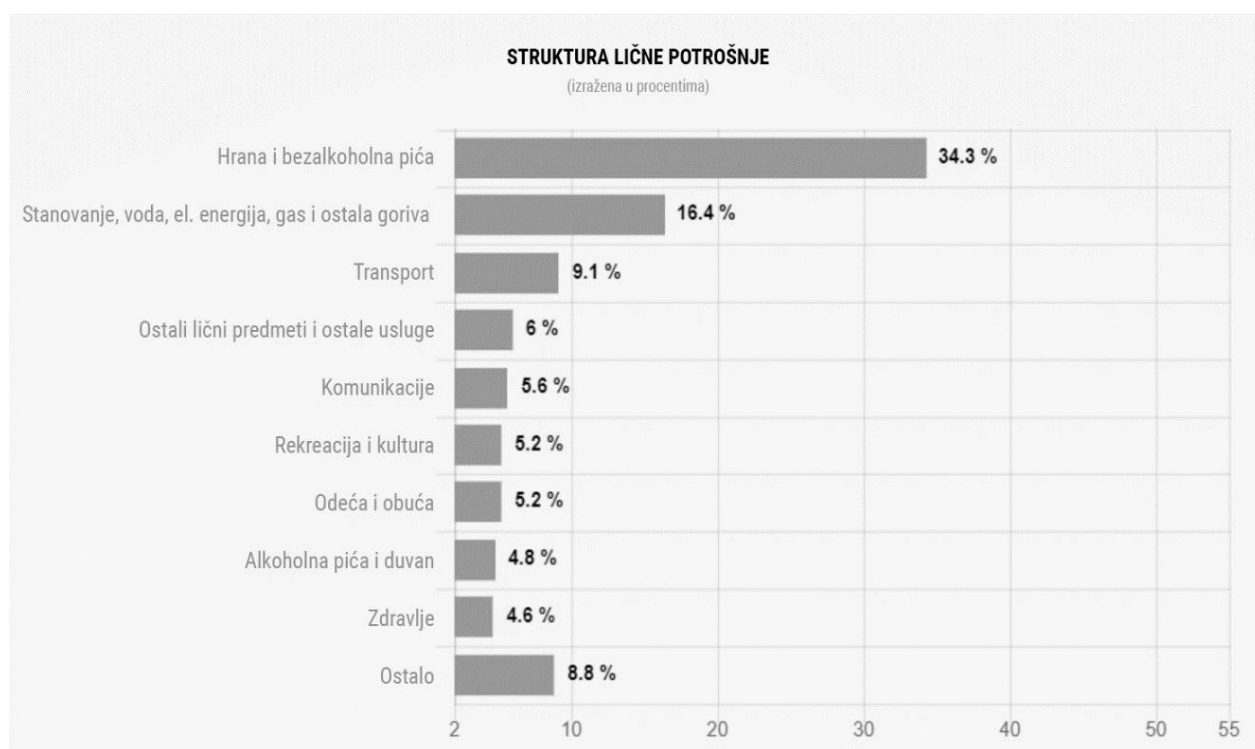
Slika 2 Rashodi domaćinstava prema nameni potrošnje u EU

Izvor: Eurostat, 2022.

Troškovi domaćinstva u zemljama Evropske unije (EU) su za potrebe zdravstva u 2021. godini porasli za 8% u odnosu na 2020. godinu, dok su za 4% viši u odnosu na 2019. godinu. Inače, najviše se izdvajalo za opšte potrepštine (stanovanje, voda, struja, gas i druga goriva) što je ujedno i najveća stavka potrošnje zemalja EU. U zemljama Evropske unije, najniže učešće zarada u BDP-u imale su Irska sa 28,2% i Grčka sa 34,7%. Sa druge strane, u četiri zemlje članice

Evropske unije, zabeleženo je učešće veće od 50%, i to u Sloveniji, Francuskoj, Danskoj i Nemačkoj (Eurostat, 2022).

U Srbiji, prema podacima Republičkog zavoda za statistiku za 2021. godinu, građani su najviše izdvajali za hranu. U posmatranom periodu, građani su imali mesečne prihode u iznosu od 71.733 dinara. Izdaci za potrošnju su bili nešto veći od 71.902 dinara. Izdaci za zdravlje su predstavljali 4,6% ukupnih prihoda (Republički zavod za statistiku, 2022).



Slika 3 Struktura lične potrošnje

Izvor: Republički zavod za statistiku, 2022.

U 2021. godini najveći udeo u prihodima su imale zarade 49,1% i penzije 32,6%. Prosečni mesečni prihodi su u 2021. godini bili viši za 7,3% od prihoda u 2019. godini, dok su izdaci za ličnu potrošnju viši za 7,2% za prethodno navedeni period.

Za posmatrani period, u gradskim sredinama prihodi su iznosili 73.931, dok su u seoskim iznosili 68.157 dinara. Slično je i kod izdataka: u gradskim sredinama 74.238 dinara, koji su bili viši za 6.138 dinara u odnosu na seoske izdatke (Republički zavod za statistiku, 2022).

2.1.1. Kretanje troškova zdravstvene zaštite u Srbiji

Definicija zdravstvenog sistema podrazumeva ukupnost elemenata koji učestvuju u obezbeđivanju zdravstvene zaštite. Zdravstveni sistem predstavlja organizaciju ljudi, institucija i resursa koji pružaju zdravstvene usluge radi zadovoljenja zdravstvenih potreba ciljane populacije.

Zdravstveni sistem predstavlja najvažniji podsistem društva u jednoj zemlji. Neki tumače podelu zdravstvenog sistema na dva nivoa. Prvi nivo čine političke organizacije kojima se obezbeđuje funkcionisanje zdravstvenog sistema, dok je drugi nivo sastavljen od institucija čija je osnovna delatnost zdravstvena zaštita stanovništva (Knežević & Pavić, 2009).

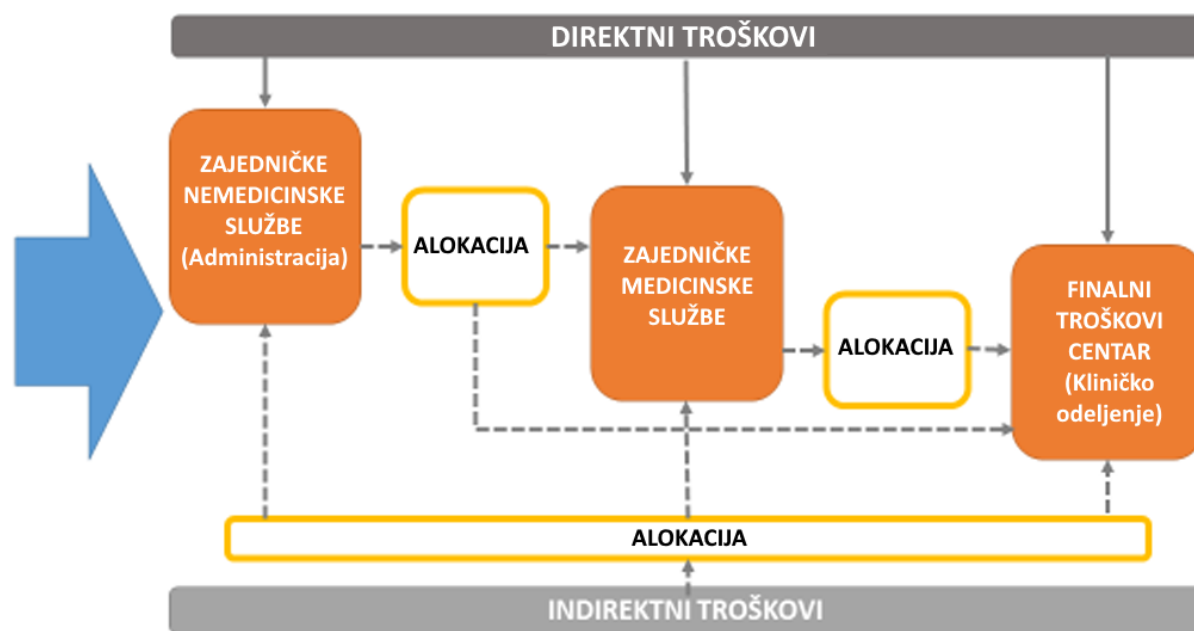
Kod zdravstvene delatnosti, neki teoretičari su ispred svih funkcija u okviru zdravstvene delatnosti stavili funkciju prikupljanja finansijskih sredstava. Ova funkcija tendira ka neometanom obezbeđivanju adekvatnih uslova za pružanje zdravstvene zaštite stanovništva koga smatraju univerzalnim i najsigurnijim resursom (McKee & Baeten, 2008).

Međutim, uzimajući u obzir primenu savremene medicinske opreme, ispostavili su se dodatni troškovi proizvodne pripremljenosti. U fiksne troškove, koji proističu iz kapaciteta zdravstva (tzv. troškovi kapaciteta) spadaju amortizacija nabavljenih osnovnih sredstava, kamata na sredstva, dodatni troškovi osiguranja osnovnih sredstava itd.

Za analizu troškova zdravstvene zaštite postoje brojna tumačenja i analize. Neki ekonomisti su polazili od analize da se pod troškovima podrazumeva samo ona potrošnja koja je potrebna za

osvarivanje učinka. Pojedini ekonomisti, među kojima se ističe i Schmalenbach, proučavajući teoriju troškova, samu problematiku podigli su do naučnog nivoa. On je polazio od teorije da troškovi predstavljaju one vrednosti sa kojima se u kalkulaciji izražava potrošnja dobara, prouzrokovana proizvodnjom novih učinaka (NAKAJIMA & MORIMOTO, 2001).

Podela troškova u zdravstvu se može odnositi na: prirodne vrste troškova, ekonomske i neekonomske troškove u zdravstvu, direktne i indirektne troškove u zdravstvu, troškove po mestima i nosiocima, ukalkulisane, realizovane i naplaćene troškove; stvarne, planske i standardne troškove; apsorbovane, preapsorbovane i neapsorbovane opšte troškove; kratkoročne i dugoročne troškove; troškove koji se mogu kontrolisati i troškove izvan kontrole; troškove proizvodnje i troškove prometa; fiksne, varijabilne i polufiksne troškove i ostale podele i grupacije troškova (Mijatović & Ikić, 2001).



Grafikon 1 Ilustracija top-down metode raspodele troškova

Izvor: Republički fond za zdravstveno osiguranje (RFZO, 2020)

Nabrojani troškovi se mogu kontrolisati kad se posmatra zdravstvo u celini. U osnovnoj podeli troškova, odnosno u podeli po vrstama troškova, spadaju lekovi, amortizacija, utrošeni materijal, ukalkulisane zarade, doprinosi društvenoj zajednici i usluge.

Međutim, nemogućnost definisanja standarda u potrošnji lekova i medicinskog materijala, proizilazi od samog lečenja bolesti pacijenta, za koju se prethodno ne može predvideti tačan utrošak. S obzirom na to da sve zavisi od toka bolesti, odnosno izlečenja svakog pacijenta ponaosob, ovde nije moguće planirati niti uspostaviti kontrolu troškova unapred.

Tabela 2 Lična potrošnja građana Srbije - Beogradski region

			REPUBLIKA SRBIJA			Beogradski region		
Period	Vrsta podatka	COICOP	Ukupno	GN	Ostala	Ukupno	G	Ostala
2019	RSD	Ukupno	67099	69388	63390	74548	75752	68385
		HBP	22977	23457	22200	23713	24228	21081
		Zdravlje	2990	3105	2806	3738	3812	3371
	struktura, %	Ukupno	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		HBP	34.2	33.9	35.1	31.9	32.2	30.sept.
		Zdravlje	4,50	4,50	4,40	5.0	5.0	4,90
2021	RSD	Ukupno	71902	74238	68100	79756	80840	74174
		HBP	24622	25092	23863	25586	26063	23136
		Zdravlje	3303	3432	3096	4139	4197	3833
	struktura, %	Ukupno	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		HBP	34.3	33.7	35.1	32.0	32.3	31,10
		Zdravlje	4,60	4,60	4,50	5,20	5,20	5,20
2022	RSD	Ukupno	78678	81087	74739	87037	88083	81729
		HBP	28246	28668	27561	29349	29682	27672
		Zdravlje	3478	3650	3199	4424	4523	3901
	struktura, %	Ukupno	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		HBP	36.0	35.3	36.8	33.7	33.8	33.8
		Zdravlje	4,40	4,5	4,3	5,10	5,10	4,80
2023	RSD	Ukupno	88244	89931	85118	97276	98028	93165
		HBP	32416	32835	31642	33574	33997	31237
		Zdravlje	3722	3821	3528	4721	4825	4145
	struktura, %	Ukupno	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		HBP	36.8	36.5	37.2	34.5	34.7	33.5
		Zdravlje	4,20	4,2	4,1	4,90	4,90	4,4

Izvor: Republički zavod za statistiku, 2023

Tabela 3. Lična potrošnja građana Srbije - Region Južne i Istočne Srbije, Vojvodine, Šumadije i Zapadne Srbije

			Region Vojvodine			Region Šumadije i Zapadne Srbije			Region Južne i Istočne Srbije		
			U	GN	O	U	GN	O	U	GN	O
P	VP	COICOP									
2019	RSD	U	64714	66673	61656	65619	66720	64558	63440	64990	61603
		HBP	22545	23389	21226	23194	22815	23559	22412	22893	21848
		Z	2859	2946	2722	2623	2631	2619	2753	2606	2924
	S %	U	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		HBP	34.9	35.0	34.4	35.3	34.2	36.3	35.6	35.2	35.5
		Z	4,40	4,40	4,40	4.0	3,90	4,10	4,30	4.0	4,70
2021	RSD	U	69414	71564	66055	70138	71272	69044	68233	69676	66542
		HBP	24347	25076	23204	24574	24202	24932	23928	24379	23404
		Z	3141	3266	2950	2922	2945	2903	3019	2851	3215
	S %	U	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		HBP	35.0	35.0	35.2	35.1	34.1	36.2	35.3	34.9	35.3
		Z	4,50	4,60	4,50	4,20	4,10	4,20	4,40	4,10	4,80
2022	RSD	U	76018	78438	72260	76685	77821	75591	74923	76186	73444
		HBP	27922	28680	26745	28149	27730	28551	27510	27906	27047
		Z	3310	3444	3104	3036	3116	2958	3155	2984	3357
	S %	U	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		HBP	36.8	36.7	37.1	36.6	35.7	37.7	36.6	36.7	36.8
		Z	4,40	4,40	4,30	4.0	4.0	3,90	4,20	3,90	4,60
2023	RSD	U	85583	88867	79780	85315	83311	87486	83469	83128	83902
		HBP	32127	33349	29960	32110	31419	32858	31649	31390	31982
		Z	3525	3656	3293	3170	2983	3371	3349	3050	3722
	S %	U	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		HBP	37.5	37.6	37.5	37.5	37.6	37.5	37.9	37.7	38.2
		Z	4,1	4,1	4,1	3,7	3,6	3,9	4.0	3,7	4,4

Napomena: Z = Zdravlje, U = Ukupno, HBP = Hrana i bezalkoholna pića, GN = Gradska naselja, O = Ostala naselja, VP =

Vrsta podatka, S = Struktura

Izvor: Republički zavod za statistiku, 2023.

Na osnovu Tabela 2 i 3, može se videti, bez obzira na regione, da građani Srbije najviše novčanih sredstava izdvajaju za hranu, odnosno, na hranu troše procentualno oko 35% potrošnje. Odvajanje za zdravlje, odnosno potrošnja za zdravstvene usluge iznosi između 4,2 i 5,2%.

Za razliku od podele troškova u zdravstvu, u praksi podela termina ekonomskih i neekonomskih troškova nije dobro izvršena. Mišljenja sam da kvalitetno upravljanje troškovima omogućuje ostvarivanje ekonomskih ciljeva u zdravstvu i to pre svega: dobiti, profita, produktivnosti, rentabilnosti i ekonomičnosti. Sve navedeno, indirektno dovodi i do povećanja fleksibilnosti i nivoa kvaliteta usluga.

Postoje analitičke metode koje se koriste za analizu troškova i posledica sa dva ili više alternativnih zdravstvenih programa ili intervencija, poznate kao ekonomske evaluacije u zdravstvenoj ekonomiji. Kvalitet rezultata zdravstvene ekonomske evaluacije u praksi je nepobitna. Njeni rezultati se nedovoljno koriste u svakodnevnoj praksi odlučivanja, čak i u zemljama sa veoma dugom tradicijom i razvijenom zdravstvenom ekonomijom. Ovaj fenomen karakteriše multifaktorska geneza, ali se njegova dva glavna uzroka ogledaju u nedovoljnoj obučenosti donosilaca odluka u oblasti zdravstvene ekonomije i nedostatka kredibiliteta. (Veličković et al., 2015). Za primenu ekonomskih evaulacija postoje mnoge prepreke koje kombinuju složenost sa neizvesnošću. Ove barijere zahtevaju inovativne i kreativne odgovore na ekonomsku evaluaciju intervencija u zdravstvu. Ovakva teorija uzima u obzir više perspektiva i neizvesnost uključenih u zdravstvene intervencije. One nisu ni bile tako uspešne kao što bi se zdravstveni ekonomisti nadali (Baghbanian & Torkfar, 2012).

Bitno je navesti da je kod upravljanja troškovima, velika prednost ukoliko se ono realizuje pomoću odgovarajućeg informacionog sistema za upravljanje troškovima.

Sa druge strane, u zemljama sveta, kao na primer u SAD-u, velika potrošnja je zabeležena na lekovima. Farmaceutske usluge su pretrpele velike promene poslednjih godina, nakon ulaska novih modela digitalnih apoteka. Potrošnja na lekove je porasla, naročito tokom pandemije, pri čemu je i prihod od izdavanja porastao sa 450 milijardi dolara u 2019. godini na 500 milijardi

dolara u 2021. godini. Na rast su uglavnom uticali neki specijalni lekovi, koji čine zapravo 40 posto izdatih lekova (Fein, 2022).

Kratak osvrt na industrijski razvijene zemlje je naročito značajan, jer ukazuje na brojne razloge koji su doprineli rastu rashoda socijalnog osiguranja u strukutri javnog rashoda. S obzirom na to da je stanovništvo sve starije, odnosno da se starosna struktura stanovnika pomera iz godine u godinu na više, neophodna su dodatna izdavanja za starosne i porodične penzije. Naravno, kao posledica navedenog je potrebno povećanje broja medicinskog osoblja, proširenje kapaciteta u vidu izgradnje gereontoloških odeljenja u bolnicama, kao i gereontoloških centara, što posledično utiče na rast potrošnje.

Jedna od preventivnih mera za podizanje nataliteta u našoj državi jeste finansijska pomoć u vidu bespovratne pomoći pri kupovini stambene nekretnine i to samo omogućeno mladim majkama. Međutim, posledično imamo više trudničkog odnosno porodijskog odsustva, odsustva za negu deteta, bolovanja, potom izdvajanja više sredstava iz budžeta za pomoć porodicama sa više dece, pomoć samohranim majkama, napuštenoj deci i sl. To su bitni faktori koji takođe utiču na rast socijalnih izdataka.

Usled delovanja različitih političkih, socijalnih, ekonomskih i dr. faktora, socijalni rashodi su se vremenom sve više povećavali. Neke analize su ukazivale na to da će početkom 21. veka, u kom se očigledno nalazimo, oko 1 mlrd. stanovnika biti starija od 60 godina (Jelčić, 1988).

Zdravstvena zaštita predstavlja skup mera koje je neophodno sprovesti radi očuvanja i unapređenja zdravlja građana. To je najznačajnija komponenta u porodičnom budžetu, pa je bitno osvrnuti se i na materijalne mogućnosti porodice u cilju njenog ostvarivanja (Perunović et al., 2009).

Govoreći o troškovima zdravstvene zaštite, statistički podaci ukazuju na to da oni rastu kod svih evropskih država, uključujući i Srbiju. Glavni razlog u Srbiji je zapravo sve veća starost stanovništva. Dob ovih stanovnika, uglavnom iziskuje veće zahteve za lečenjem. Glavni problem korišćenja zdravstvene zaštite je plaćanje zdravstvenih usluga i dobara (Popović, 2009).

Takođe, u okviru zdravstvenog sistema najbitnija funkcija jeste uspostavljanje adekvatne zdravstvene tehnologije. Pored navedenog, kod troškova zdravstvene zaštite se ubrajaju već pomenute moderne tehnologije i medicinski tretmani sa visokom cenom koštanja. Inače, pod zdravstvenom tehnologijom se podrazumeva skup tehnike, opreme i ljudi.

U tržišnom sistemu finansiranja zdravstvene zaštite opstaju jake veze između dohotka i utilizacije. U odnosu na dohodak, imamo veću elastičnost tražnje. Polazi se od pretpostavke da dohodak nije neposredni izvor sredstava zdravstvene zaštite. Sa druge strane, imamo situaciju da visina dohotka utiče na zdravlje stanovništva, te imamo podelu na zdrave i manje zdrave u odnosu na materijalnu situaciju svakog građanina tj. pojedinca. Ograničenost javnih resursa utiče negativno na korišćenje u zdravstvenom sistemu potrošnje i u drugim životnim oblastima, što izaziva pretnju po održivosti javnih finansija (Medarević & Vuković, 2022).

Za većinu zemalja u tranziciji, glavni zadatak vlada te zemlje jeste pokretanje ekonomskih tranzicionih reformi, odnosno ekonomsko restrukturiranje. Nacionalne vlade u tranziciji moraju pažljivo proučiti politiku regiona, kako bi se ista pretočila u efikasne političke mere (Cerović et.al, 2015). Odlična primena mera može dati velike efekte tokom kriznih perioda, kao i tokom pandemije.

Kod teorije finansiranja zdravstvene zaštite, važno mesto zauzima i tzv. zakon tranzicije. Ovaj zakon ukazuje na to da mnogobrojni postupci moraju ići od individualnog ka grupnom, od privatnog ka državnom finansiranju, zatim od tržišnog ka neprofitnom i od opštinskog ka regionalnom (Letica, 1984).

U dvadesetom veku, kod najrazvijenijih zemalja sveta razlikovala su se tri modela finansiranja zdravstvene delatnosti to:

- model koji se temelji na finansiranju zdravstvene zaštite iz fondova obaveznog zdravstvenog osiguranja (Bosna i Hercegovina, Crna Gora, Makedonija, Slovenija, Švedska);
- model sa predominantnim budžetskim načinom finansiranja zdravstvene zaštite - model nacionalne zdravstvene službe (Nemačka) i

- model u kome se zdravstvena zaštita finansira iz fondova dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja i neposrednog plaćanja korisnika zdravstvenih usluga - model slobodnog tržišta (SAD).

Razlika između zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja se ogleda u tome što nju karakterišu brojne aktivnosti i mere organizovanog društva, predodređene za održanje i poboljšanje zdravlja svih građanja, dok se osiguranjem pruža zdravstvena zaštita i materijalno obezbeđenje osiguranih lica u slučaju bolesti. Naravno, ovde su uvršteni i drugi slučajevi utvrđeni Zakonom.

2.2. Sistem zdravstvenog osiguranja u Srbiji

Kod istorijskog oblikovanja zdravstvenih sistema, kao i na njihovo reformisanje, deluje niz faktora i to: ekonomski okvir, demografska kretanja, epidemiološki trendovi, društveni kontekst i državna organizacija (Mastilo, 2020).

Zdravstvenim sistemom u Srbiji upravljaju tri najznačajnije institucije i to:

- Ministarstvo zdravlja Republike Srbije
- Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”
- Republički zavod za zdravstveno osiguranje

Ministarstvo zdravlja je zaduženo za unapređenje i očuvanje zdravlja građanja, za rad zdravstvene službe, za zdravstvenu inspekciju, zdravstveno osiguranje i zdravstvenu zaštitu.

Instut „Batut” je institut koji vrši poslove iz oblasti socijalne medicine, epidemiologije, mikrobiologije i higijene. Ova ustanova se bavi prikupljanjem informacija o zdravlju građanja i radu zdravstvenih ustanova, analizom pribavljenih indikatora javnog zdravlja, predlogom mera za unapređivanje javnog zdravlja, potom razvojem i koordinacijom zdravstvenih informacionih sistema.

Republički zavod za zdravstveno osiguranje je nacionalna organizacija u okviru koje mnogi stanovnici finansiraju sopstvenu zdravstvenu zaštitu i ujedno ostvaruju pravo iz zdravstvenog osiguranja. Stanovnici koji ostvaruju prihode, imaju obavezu plaćanja doprinosa zdravstvenog osiguranja.

Zdravstveno osiguranje primenjuju mnoge zemlje u Evropi, ali preko primene različitih modela. Bez obzira na različitost modela zdravstvenog osiguranja, mnoge države sveta se sukobljavaju sa porastom troškova za zdravstvenu negu stanovništva. Mnogi naponi da se uspostavi kontrola nad troškovima nisu urodili plodom.

Ciljevi sistema zdravstvene zaštite su očuvanje i unapređivanje zdravlja, povećanje doprinosa socijalnom i ekonomskom razvoju društva, povećanje produktivnosti rada, kao i jačanje odbrambene sposobnosti zemlje (Karavelić & Gavrilović, 2017).

Sagledavajući finansijsku sliku od devedesetih godina, u pojedinim evropskim zemljama usled javnih deficita, prihodi iz zdravstva su bili sve manji, zbog većeg udela penzionera, nezaposlenih lica ili zbog nižih dohodaka zaposlenih.

Za funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite je neophodna dobra organizacija zdravstvenog osiguranja. Osiguranje može biti državno, koje je obavezno, i privatno, na nivou dobrovoljnosti. Svaka država u svetu ima različite modele osiguranja. Jedna od najznačajnijih podela je ona koju je SZO sačinila i to na: Bizmarkov model, Beveridžov model, Semaškov (socijalistički) model i Tržišni model.

U Srbiji preovlađuje državno obavezno osiguranje koje delimo na socijalno i vojno osiguranje. Manje zastupljeno je privatno osiguranje, koje polako pokazuje sve veću razgranatu organizacionu strukturu po celoj državi, sa velikim prilivom pacijenata. Jasnije rečeno, nacionalni zdravstveni sistem u Srbiji se finansira kombinacijom prihoda RFZO-a, PIA, SOVO-a, potom mnogobrojnim transferima iz republičkog budžeta, i dodatnim plaćanjima građana, kao i dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem.

Zdravstveno osiguranje označava oblik zaštite građana od finansijskih gubitaka izazvanim medicinskim troškovima. S obzirom na to da predstavlja osnovni oblik osiguranja, izmene u sistemu zdravstvenog osiguranja su uglavnom bile u pravcu povećanja obuhvaćenosti stanovništva.

Na način plaćanja zdravstvenog osiguranja, koji predstavlja deo prihoda zdravstvenog sistema, utiče funkcija finansiranja sistema zdravstvene zaštite (Damnjanović et al., 2018).

Tokom pandemije kovida 19, osiguravači su se našli pod političkim pritiskom da ponude osiguranje od rizika pandemije i pomognu u prevazilaženju ekonomskih gubitaka. Rizik pandemije se odlikuje visokim intenzitetom šteta i niskom frekvencijom (Kočović et al., 2020).

2.2.1. Republički fond za zdravstveno osiguranje

Iz zdravstvenog osiguranja građani stiču pravo i vrše finansiranje sopstvene zdravstvene zaštite preko Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Posmatrajući istoriju, vidimo početke delatnosti osiguranja. Pojava robno-novčanih odnosa i klasnog društva sa sobom nosi zaštitu lica i imovine. Krajem 19. veka se pojavilo prvo socijalno osiguranje, dok je prvi put uvedeno u Nemačkoj 1883. godine. Kasnije se pojavljuje i prihvata se u ostalim zemljama Evrope (Mađarskoj, Austriji, Luksemburgu, Engleskoj, Holandiji, Norveškoj i Finskoj). Kasnije, u 20. veku, tačnije tridesetih godina ovog veka, osiguranje se prihvata i u Kanadi, SAD-u i zemljama Južne Amerike i potom širom drugih zemalja celog sveta. Što se Srbije tiče, 1922. godine je donet Zakon o osiguranju radnika. Tu se vide prvi začeci socijalnog osiguranja.

Možemo istaći da se model obaveznog zdravstvenog osiguranja u određenim državama realizuje preko jedinstvenog fonda, a u drugim, putem većeg broja autonomnih fondova organizovanih na teritorijalnom ili nekom drugom principu (Cvetanović, 1994).

Na zvaničnom sajtu RFZO-a se ne mogu naći svežije informacije o eventualnim promenama u radu i primeni raznih mera, kao i o njihovim efektima. Zatim, na sajtu ne postoji mogućnost pregleda otvorenih različitih pitanja postojećih osiguranika, kako bi im se olakšali razni uvidi oko povoljnosti i obaveza koja moraju ispunjavati. Zvanični link sa pitanjima i odgovorima, sem postojećeg Zahteva za pristup informaciji od javnog značaja, bi mnogima dao jasniji uvid o svemu što ih interesuje u vezi sa zdravstvenom zaštitom i osiguranjem. Zbog toga je bitno da se napravi posebna stranica na sajtu navedene ustanove, gde bi pacijenti dobili odgovore na brojna postavljena pitanja.

Ministarstvo zdravlja je odgovorno za zdravstveno osiguranje, za unapređenje zdravlja građanja i kontrolu kvaliteta. Ministarstvo vrši nadzor nad radom zdravstvene službe, potom na zdravstvenu inspekciju i druge poslove iz oblasti zdravstvene zaštite. Pored Ministarstva zdravlja kao kreatora zdravstvene politike, za njeno sprovođenje postoje instituti i zavodi.

Prihode Republičkog zavoda sačinjavaju sredstva od premija za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, doprinosa za obavezno zdravstveno, od imovine, od domaćih i inostranih kredita i zajmova i druga sredstva.

Usled velike tražnje za uslugama u zdravstvu, pratećih teškoća, manje koncentrisanih sredstava doprinosa kod sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja, nazire se neophodnost dobrovoljnog oblika zdravstvenog osiguranja (Kočović et al., 2013).

Savremeni ekonomski odnosi i visokorazvijena proizvodnja idu u korak sa ekonomskim razvojem i razvojem društva te je i nemoguće zamisliti ih bez obavljanja delatnosti osiguranja.

Republički zavod za svaku budžetsku godinu donosi odluku o visini novčanih sredstava koja se prenose filijali, a potom Vlada daje saglasnost na akt. Poslove koje filijala obavlja su pod ingerencijom Republičkog zavoda. Odluka se zasniva na planu zdravstvene zaštite, finansijskom planu, broju i starosnoj strukturi osiguranih lica, podacima o osiguranim licima, iznosa sredstava doprinosa i drugim pokazateljima.

Najveći izvor finansiranja zdravstvenog sistema Srbije jeste od strane RFZO-a. Razne zdravstvene ustanove, među kojima spadaju bolnice, zdravstveni centri, klinike, laboratorije, ambulate i druge vrste manjih zdravstvenih jedinica je neophodno analizirati. Međutim, veoma bitnu ulogu u funkcionisanju navedenog sistema imaju mnogobrojne ustanove od nacionalnog, republičkog, pokrajinskog, regionalnog, sreskog i opštinskog značaja.

2.2.2. Odnos civilnog i vojnog osiguranja

Na međunarodnom i na nacionalnom nivou, pravo na obavezno zdravstveno osiguranje je jedno od univerzalnih i opšte prihvaćenih prava. Vidno je da se preko zdravstvenog osiguranja celokupno negativne posledice od bolesti svode na jednu održivu meru.

Kao što je navedeno, obavezno socijalno osiguranje u Republici Srbiji se deli na socijalno i vojno osiguranje.

Praveći uporedni prikaz fonda za socijalno osiguranje vojnih osiguranika i Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, nastoje se naći nove smernice za kvalitetno delovanje i unapređenje odnosa sa civilnim sistemom zdravstvene zaštite. Vojno zdravstvo predstavlja skup elemenata i njihov nesmetan rad u sinergiji Ministarstva odbrane i Vojske Srbije, gde se vojnim osiguranicima i drugim licima vrši pružanje zdravstvene zaštite.

Vojno osiguranje imaju isključivo vojni osiguranici, odnosno aktivna vojna lica, kao i njihove porodice, dok ostali građani mogu koristiti usluge Vojnomedicinskog centra (VMC-a), isključivo uz određene upute iz socijalnih medicinskih domova zdravlja, ili pak mogu samoinicijativno, uz sopstveni trošak - plaćanjem, obaviti pregled u vojnoj ustanovi.

Neki izneti podaci ukazuju na to da ova dva sistema mogu postići mnogo veću efikasnost korišćenjem zajedničkih kapaciteta i resursa, kako se sredstva ne bi duplirala pri određenim procedurama i postupcima. Inače, oba sistema se finansiraju iz javnih prihoda.

Od ukupno 340 ustanova samo su tri vojne ustanove, te se može zaključiti da vojni osiguranici veći deo svojih potreba za zdravstvenom zaštitom obavljaju u civilnim zdravstvenim ustanovama. U skladu sa razvojem vojnog sistema i njegovim specifičnostima, razvijala se zdravstvena zaštita i sistem zdravstvenog osiguranja (Marković, 2018).

Zdravstveno osiguranje vojnih osiguranika je definisano Zakonom o Vojci Srbije ("Sl.glasnik RS", br.116/2007,88/2009,201/2010-dr.zakon, 10/2015,88/2015-odluka US, 36/2018,94/2019 i 74/2021-odluka US). Saradnja između dva Fonda je kulminirala uspostavljanjem Ugovora o poslovno-tehničkoj saradnji dana 10. juna 2009. god., što je vodilo unapređenju kvaliteta zdravstvenih usluga i racionalnijem korišćenju kapaciteta zdravstvenih ustanova oba fonda. Ovim Ugovorom je data mogućnost da sva osigurana vojna i civilna lica mogu koristiti resurse, ali i plaćanje usluga kod sva tri nivoa zdravstvene zaštite. Ovakav vid saradnje je dao značajne rezultate kod efektivnosti pregleda pacijenata, što se da primetiti tokom decenije, nakon potpisivanja Ugovora. Međutim, neophodna je dodatna nadogradnja istog, kako bi se omogućilo efikasnije korišćenje usluga svih osiguranih lica.

Tokom pandemije je primetna zajednička saradnja oba zdravstvena osiguranja u zbrinjavanju svih kovid pacijenata. Mnoge bolničke ustanove su pretvorile svoje kapacitete u kovid ambulante, kao što su i mnogobrojni medicinski radnici bili aktivno uključeni u lečenju ovih pacijenata.

Na sistem zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite visok uticaj imaju regulatorni okvir, potom kapaciteti i resursi zdravstvenog sistema, zdravstveno stanje i dr. Takođe, jedan od bitnih faktora je finansijski aspekt koji se posebno reflektuje kroz sistem zdravstvenog osiguranja. Naime, finansiranje zdravstvene zaštite u Republici Srbiji se obavlja najvećim delom kroz sistem uplate doprinosa za zdravstveno osiguranje, gde se dalje distribuiraju preko Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, a manji deo preko Fonda za socijalno osiguranje vojnih osiguranika.

Poslednjih decenija, a naročito poslednje dve godine zahvaćene pandemijom, su za sobom ostavile nemogućnost lečenja zbog velikih lista čekanja, odlaganja operacija i pregleda, neefikasno snabdevanje lekovima i medicinskih sredstava itd. Zbog ovakvih dešavanja, privatno osiguranje

je jedina alternativa grupi platežno sposobnih pacijenata. Navedena situacija ide u korist privatnim medicinskim ustanovama.

Vanredna situacija, koja je usledila tokom pandemije ukazala je na to da su svi pacijenti nezadovoljni i da je neophodna aktivna primena u lečenju istih. S tim u vezi je neophodno da se obavezna državna osiguranja u Srbiji objedine i po nemogućnosti jednog iz različitih razloga uputiti na drugo. Ovakav slučaj je kod civilnih osiguranika moguć, ali kod vojnih nije moguć. Treba realnije gledati na zdravstveno stanje pacijenta i ukoliko ne postoje određeni aparati ili specijalisti za neke specifične bolesti, neophodno je uputiti pacijenta na dalje lečenje u korist drugog Fonda, a da se naravno, pozadinski, finansijska sredstva između dva Fonda preusmere u korist drugog, gde će se pacijent lečiti. Oba fonda se finansiraju iz javnih sredstava Republike Srbije, te je samo potrebno uspostaviti dobar organizacijski sistem na kvalitetnim informacionim tehnologijama, kako bi se sve nesmetano odrađivalo.

Kad smo spomenuli informacione tehnologije, u vojnim medicinskim ustanovama ne poseduju, ili poseduju u neznatnim količinama, modernu informacionu opremu za vođenje pacijenata na preventivi, a i šire. Proces digitalizacije u Srbiji je počeo usvajanjem Programa digitalizacije zdravstva 2022-2026. godine. Digitalizacija zdravstva je počela planiranim uvođenjem elektronskog kartona, uz koheziju državnog i privatnog zdravstva. Do sada se već uveliko primenjuje sistem eRecept, dok je ranije izdavanje papirnih uputa uklonjeno. U upotrebi je Chabot Sistema COVID-19 Info Srbija, preko kojeg je razmenjeno oko sedam miliona poruka od strane građana. Najavljena je implementacija ostalih informacionih sistema. Za sada još u probnoj fazi, i to: telefonska konsultacija pacijenata i lekara, eBolovanja i ePrijava smrti.

Jedinstveni elektronski zdravstveni karton (JEZK) je sistem koji je povezao 278 zdravstvenih ustanova u Srbiji. On je obuhvatio primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene ustanove, kovid bolnice, specijalne bolnice, opšte bolnice i institute. S tim u vezi se digitalno evidentiraju posete pacijenata, daje uvid u izveštaje lekara, laboratorijske analize, brojne radiološke snimke, otpusne liste, pristupe lekovima i ostalim podacima iz zdravstvenog kartona pacijenata.

Saradnja dva zdravstvena fonda mora biti na što većem nivou u vidu pomoći i reorganizacije oko davanja medicinskih usluga, uzimajući u obzir da su se za vreme pandemije, mnogim pacijentima do daljnog odložili pregledi, operacije i sl.

S obzirom na to da je država odvojila velika finansijska sredstva za kupovinu nove tehnologije i da se zapošljavaju novi medicinski radnici, veliku tačku treba staviti na već pomenutoj efikasnijoj organizaciji oba fonda, kako bi se što pre navedenim pacijentima, inače osiguranicima vojnog i socijalnog osiguranja, obezbedilo hitnije lečenje.

Za kvalitetni zdravstveni sistem, neophodno je i uspostaviti modernizaciju vojnih medicinskih ustanova (vojnomedicinske akademije i njenih pratećih vojnomedicinskih centara u Beogradu i drugim gradovima u Srbiji), pre svega u informacionoj opremi. Potom je neophodno obučiti postojeći medicinski kadar za korišćenje novih softverskih programa, koji bi se implementirali radi efikasne organizacije. Naravno, kako bi status pacijenta bio poznat na adekvatan način, odnosno, kako bi lekar bio upoznat sa zdravstvenim stanjem pacijenta preko njegovog kartona, neophodno je razmišljati o jedinstvenom informacionom sistemu oba fonda. Objedinjena informaciona zdravstvena mreža svih postojećih medicinskih ustanova (civilnih i vojnih) bi na pravi način dala smernice o kretanju zdravlja, lečenju i statusu pacijenta. S obzirom na to da je pacijent u mogućnosti da preko uputa socijalnog osiguranja koristi lečenje od strane vojnomedicinske ustanove tj. Vojnomedicinske akademije (VMA), prioritet je da se ta mreža što pre uspostavi. Time bi se izbegle razne malverzacije, a i pacijent bi na vreme bio zbrinut na nekom od ustanova koja pokrivaju oba fonda.

Tokom raznih vanrednih okolnosti i ekonomskih kriza, kao i nedovoljne zaposlenosti imamo nedovoljan priliv sredstava u Republički fond za zdravstveno osiguranje (RFZO). Kao posledica toga imamo i neredovne isplate za finansiranje zdravstvene zaštite nezaposlenih lica.

Pored ulaganja od strane države, postoje i razne donacije. Jedan od primera najnovije donacije SAD-a vojnomedicinskom centru na Karaburmi, jesu multislajсни skener i pokretni rendgen aparat.

U vojnim ustanovama se na godišnjem nivou realizuje oko više miliona pregleda vojnih i civilnih osiguranika (Ministarstvo odbrane Republike Srbije). Polovina od toga su specijalistički pregledi, od kojih je prilični deo pružen civilnim osiguranicima.

Tokom pandemije, ministarstvo odbrane Kine je doniralo Ministarstvu odbrane Srbije medicinska sredstva za prevenciju i kontrolu epidemije, kao i 200.000 vakcina (Ministarstvo odbrane Republike Srbije, 2022).

Za potrebe Vojske, kao i za potrebe mobilnih i privremenih bolnica, dobijeno je puno monitora, mobilnih respiratora, pumpi za infuzioni rastvor, toplomera, šlemova za merenje temperatura. Navedena oprema je bila od velike koristi za VMA i Vojnu bolnicu Niš i ostale tzv. poljske bolnice po Srbiji.

Loša organizacija pojedinih vojnih ustanova je tokom pandemije pokazala svoju neadekvatnost. Naime, mnogi vojnomedicinski centri (VMC) su radili sa trećinom kapaciteta i kao takvi bili nedostupni civilnim pacijentima, iako se isti nalaze u pojedinim stambenim zgradama. S obzirom na to da je civilno zdravstvo bilo preopterećeno, zbog nedostatka resursa, bez obzira na dodatna ulaganja u kapacitete tokom pandemije, mnogi kovid pacijenti su čekali u redovima kod primarnih i sekundarnih zdravstvenih ustanova.

Iz priloženog je bitno istaći da se vojno sudstvo uklopilo u civilno, redovno u civilno, te se postavlja i pitanje da li se i vojno zdravstvo može inkorporirati u civilno, ili se povezati sa civilnim.

U pojedinim zemljama lečenje pacijenata je omogućeno u civilnim i vojnim ustanovama. Na primer, u Francuskoj svaki građanin ima pravo da se leči. Tamo, svako vojno i civilno lice koje živi na području određene zdravstvene ustanove, može da se leči. Naravno, troškove lečenja pokriva zdravstveno osiguranje.

Republički integrisani zdravstveni informacioni sistem Srbije će početi sa integracijom vojnih osiguranika, kojih ima oko 100 hiljada i potom privatnog zdravstva, gde se šira populacija zapravo leči u privatnim zdravstvenim ustanovama. Zakonom je definisano da će Republički integrisani zdravstveni informacioni sistem (RIZIS) početi sa radom 1.1.2025. godine.

2.2.3. Državno i privatno zdravstveno osiguranje u Srbiji

Osim postojećeg problema u koheziji vojnog i civilnog zdravstva, postoje i drugi problemi za pacijenta u odnosu civilnog i privatnog. Naime, nepostojanje administrativne i finansijske spone je veliki teret za pacijenta. Na primer, ukoliko polazimo od toga, pacijent zbog svojih ličnih zdravstvenih prioriteta, nekad mora da izabere privatno, jer mu je u interesu da što pre izvrši na primer pregled skenerom, nego da mesecima čeka isto u državnom sektoru.

Pored obaveznog državnog osiguranja, koje smo pojasnili u prethodnom razmatranju, postoji i privatno osiguranje koje se tretira kao dobrovoljno. Ovakva osiguranja postoje svugde u svetu, pa i u Srbiji, uz činjenicu da u poslednjoj deceniji privatno osiguranje dobija sve više na značaju. Privatno osiguranje nudi razne „pakete” zdravstvenog i životnog osiguranja, kao i penzionog sa raznim benefitima, što dovodi do što veće potražnje stanovnika za istim. Njihov značaj je poseban kod uticaja na jačanje konkurencije i delimičnog elimisanja negativnih strana obaveznog osiguranja. Ono što manjka kod obaveznog osiguranja je zapravo neracionalno trošenje sredstava za zdravstvenu zaštitu, stimulisanje preterane zdravstvene potrošnje itd.

Razlika između državnog i privatnog osiguranja je ranijih godina bila očiglednija nego danas. Nepostojanje ili nedovoljno postojanje određenih aparata moderne tehnologije, kao što su skeneri, ultrazvučni i mnogi drugi uređaji za rano otkrivanje bolesti, jesu neki od razloga prednosti privatnog zdravstva. Sa druge strane, država stvara i održava primenu onih usluga za koje privatne zdravstvene ustanove ne pokazuju interes. Ovde se pre svega misli na preventivnu zdravstvenu zaštitu, komplikovane operacije i teške medicinske slučajeve, hendikepirane pacijente, kao i pacijente na udaljenim lokacijama, gde je otežana pristupačnost.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje sa pravnog stanovništva predstavlja hibridnu vrstu osiguranja. Obaveze osigurača zavise od onoga šta je ugovorom postignuto. Iz tog razloga je bitno osavremeniti naš regulatorni okvir i usaglasiti ga sa modernim pravnim sistemima osiguranja (Tomić, 2014). Posmatrano prema vrstama osiguranja, struktura premije osiguranja u drugom tromesečju je za dobrovoljno zdravstveno osiguranje iznosila 11,0%. Rast premije dobrovoljnog

zdravstvenog osiguranja povećava i njeno učešće u ukupnoj premiji, sa prethodnih 10,5% u drugom tromesečju 2023. godine, na 11,0%, u drugom tromesečju 2024. godine. Inače, profitabilnost društva za osiguranje se ukazuje kroz vrednost takozvanog kombinovanog racija u samopridržaju. Vrednost navedenog racija, kod društava za osiguranje koja se bave poslovima neživotnog osiguranja je u drugom tromesečju 2024. godine iznosila 92,2%, što znači da imamo veći rast merodavne premije od rasta merodavnih šteta u samopridržaju.

Kod vanrednih situacija, kao što je pandemija virusa ali i mnoge druge, neophodno je uspostaviti neku vrstu spone između privatnog i državnog osiguranja. Naime, kada dođe do kolapsa zdravstvenog sistema iz bilo kog razloga, bitno je uspostaviti koheziju oba sistema, kako bi nesmetano „tekli” hitni, ali i redovni kontrolni pregledi teških i srednje teških bolesnika. Ovde je neophodan dobar strateški plan i analiza, kao i kvalitetan menadžment.

Inače, zdravstveni menadžment se dosta sporije razvijao od opšteg menadžmenta. Jedan od razloga je što je funkciju menadžera u zdravstvenoj službi obavljao i obavlja lekar administrator, a ne obrazovni zdravstveni menadžer. Tek poslednjih decenija primećuju se pokušaji pojedinih rukovodilaca zdravstvenih ustanova, da na bazi svog iskustva iz opšteg menadžmenta implementiraju određene smernice koje idu ka rukovođenju, umesto upravljanju jednog sistema.

U poređenju sa jednim od najbolje uređenog zdravstvenog sistema u zemljama Evropske unije, Švedskoj, privatno osiguranje ima ulogu dopunskog osiguranja, pored obaveznog državnog. Osiguranici u ovoj zemlji privatnim osiguranjem mogu pokriti one preglede čije troškove delimično pokriva ili uopšte ne pokriva obavezno socijalno osiguranje. Glavni izvor finansiranja zdravstvene zaštite u Švedskoj jesu prihodi ostvareni od poreza na dohodak građana. Ovde veliku ulogu igraju opštine i okruzi koji imaju pravo da sami određuju porez i da vrše preraspodelu prikupljenih sredstava, kao i da naplaćuju obavezne participacije. Sredstva se raspoređuju u korist zdravstvene zaštite i šire za druge namene u okviru zdravstva. Međutim i ovde postoje veliki nedostaci. Naravno, pored sveobuhvatne i kvalitetne usluge primarne zdravstvene zaštite, postoje veliki propusti u reorganizaciji i listi čekanja za specijalističke preglede. S tim u vezi, mnogobrojni pacijenti su primorani da dodatno koriste privatno osiguranje.

Svesni smo da, pored obaveznog osiguranja, veliki značaj ima i privatno osiguranje zbog ponude većeg paketa medicinskih usluga, gde za posledicu imamo uspostavljanje kvalitetnije zdravstvene zaštite. Naime, privatni sektor je najviše zastupljen kod primarnog sektora zdravstvene zaštite, dok je sekundarni i tercijarni sektor pokriven preko državnog zdravstva prisutnog u bolnicama.

Naravno da bi u interesu svojih građana, država trebalo da se opredeli za jednak status privatnog i državnog zdravstva. Osnovna kočnica njihovog spajanja jeste u tome što su zdravstvene usluge u privatnom zdravstvu dosta veće od državnih, što državi nije u interesu, jer bi za iste usluge, radi lečenja svojih pacijenata, izdvajala dosta više iz budžeta. Bez sumnje, privatni zdravstveni sektor je mnogo moderniji, odnosno tehnički veoma dobro opremljen i ima odličnu organizaciju medicinskog osoblja. Što se tiče medicinskog kadra, mnogi medicinski eksperti rade u oba zdravstvena sistema. Međutim, postoje pojedini predlozi nadležnih da lekari ne rade u oba zdravstva istovetno. Razlog je potencijalni izvor korupcije.

U skladu sa pojmom socijalne politike, povezane su mnoge delatnosti, kao i mnogobrojne socijalne kategorije među kojima su socijalna zaštita, socijalno osiguranje i dr.

Socijalna zaštita je oblik socijalne politike gde se eliminišu razne konsekvence pojedinaca ili grupe u kontekstu njihove ugroženosti onda kada postoje ozbiljnije smetnje u psihičkom, fizičkom i socijalnom razvoju pojedinaca i kada kao rezultat postanu mnogobrojni socijalni problemi. Socijalna zaštita se preduzima kod ljudi koji ne mogu sebi pomoći, kod zaštite, davanjem i sprovođenjem socijalno stabilnih programa, širokom lepezom usluga itd.

Privatne socijalne institucije su oformljene kako bi nadomestile brojne propuste državnog osiguranja, pa su kao takve postale prilagodljive lokalnim potrebama pojedinca, potom povoljnije u pružanju usluga.

Među osnovnim razlozima za sprovođenje i privatizaciju socijalnih ustanova se ubrajaju neefikasnost i nefleksibilnost institucionalnog okvira, monopol socijalnih institucija, rigidnost državnog sistema i nemogućnost odabira socijalnih programa od strane korisnika, a sve u skladu sa njihovim socijalnim potrebama.

Kada se uzme u obzir sistem finansiranja i kontrola nad finansijskim sredstvima, dobijenih iz socijalnog i privatnog osiguranja, odgovarajuće ustanove i institucije bi trebalo da preuzmu glavnu kontrolu.

Sistem socijalnog osiguranja se stalno usavršava i mnogo je poodmakao u odnosu na njegove prvobitne oblike. Savremeni sistem socijalnog osiguranja se ogleda u zaštiti čoveka. Naime, njemu se obezbeđuju socijalna i materijalna sigurnost onda kada mu je ugroženo zdravlje, smanjena radna sposobnost, potom u slučaju nezaposlenosti i starosti. Stoga je veoma bitno raditi na usavršavanju i reformi zdravstvenog osiguranja.

Smatra se da će kvalitetno privatno zdravstveno osiguranje, u saradnji sa državnim zdravstvenim osiguranjem, doprineti jačem zdravstvenom sistemu, kvalitetnijim uslugama u zdravstvu, angaživanju radnih sposobnosti, zdravlja i ekonomije u zemlji (Zekić & Šegrt, 2015).

Reforma zdravstvenog sistema će značajan akcenat dati privatnom zdravstvenom sistemu. Integracija privatnog i državnog zdravstvenog sistema je veliki korak za čitav sistem. Međutim, država polazi od stava da se spajanje ova dva sistema neće uspostaviti dok se ne organizuje u potpunosti državna zdravstvena zaštita.

Sa druge strane, potpuna privatizacija u zdravstvu ne bi bila dobar potez. Takve primere imamo u SAD-u, gde se ljudi bukvalno bore za svoje zdravlje, jer je lečenje skupo, a mnogi nemaju dovoljno novca da pokriju sve troškove.

Međutim, stvaranje adekvatnog privrednog ambijenta jeste interesantno za domaće i strane investitore. Time bi domaće finansijsko tržište moglo zauzeti poziciju u globalnom finansijskom sistemu i učestvovati u svetskim finansijskim tokovima (Balaban et al., 2016).

2.3. Reforma zdravstvenog sistema

Reforma zdravstvenog sistema ide uporedo sa ekonomskom reformom zemlje. Poslednjih godina, zbog posledica pandemije, kao i zbog posledica današnje globalne krize, ekonomska

reforma mnogobrojnih zemalja ide otežanim putem, primetna je osetljivost država na buduće ekonomske događaje. Za reformu zdravstvenog sistema, veoma je bitno gde i kako treba ulagati. Kako bi se postavio snažan sistem, bitno je da se reforma zdravstvenog sistema postavila.

Neophodno je ojačati mehanizam za komuniciranje i informisanje sa građanima, unutar i između državnih organa. Mnogobrojno popuštanje mera koje su bile zastupljene oko zabrane kretanja, bile su bitne za povratak u normalan život. Za zdravstvenu zaštitu građana od velikog značaja mogu biti značajne aktivnosti informativnih kampanja. Videli smo da tokom krize sistem primarne zdravstvene zaštite može da osigura kontinuitet pružanja osnovnih usluga. Zbog toga je i bitno obratiti pažnju na optimizaciju lanaca snabdevanja i mehanizama obavljanja usluga.

Kohezija informaciono-tehnološkog razvoja i zdravstvenog razvoja daju značajniji pristup makro i mikro nivou, kao i novi model tzv. reinženjering.

Reinženjering je radikalni potez u svrhu redizajna poslovnih procesa, kako bi se povećala njihova efikasnost. Primena reinženjeringa može uticati, na primer, na tehničku efikasnost bolnica, zdravstvenih centara i dr. Sa druge strane, on predstavlja grupu aktivnosti koje stvaraju neku vrednost za krajnjeg korisnika. Ovakav vid fundamentalog razmatranja i preduzimanja odgovornosti tokom poslovnih procesa vodi ka što većoj odgovornosti i autonomiji ljudi. Zaposleni koji rade u ovakvom okruženju cene rezultate nastale nakon promena koje su se donele za njih. Brojna istraživanja su pokazala da zaposleni nakon reinženjeringa poslovnih procesa imaju mnogo veću motivaciju, te sa većim elanom dolaze na posao.

Ovakav pristup inicira izgradnju savremenih zdravstvenih informacionih sistema radi kvalitetnijeg upravljanja i odlučivanja u zdravstvu. Kao takav je veoma bitan za efektivniji i efikasniji razvoj zdravstvenog sistema.

Potom, posmatrajući tržište radne snage, sprovodi se kontrola visine naknade za rad u zdravstvu. Povećana zarada bi motivisala postojeći medicinski kadar i dala nadu za još veći pristanak nove radne snage. Ovde se misli na sve kategorije, od nižeg kvalifikovanog osoblja koje je zaposleno u zdravstvenim ustanovama, do visoko kvalifikovanog kadra. Naravno, sa potencijalnim kvantitetom ljudstva u medicinskom sistemu imali bi mnogo bolje rezultate.

Jedan od prioriteta je jačanje ljudskog kapitala i ostvarivanje kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti sa akreditacijom zdravstvenih ustanova i postavkom kliničkih smernica (Sindikata lekara i farmaceuta Srbije, 2014).

Zbog mnogobrojnih poteškoća u zdravstvenom sistemu Srbije, neophodne su radikalne promene. One su očigledne u lošoj organizaciji celokupnog sistema, deficitu zdravstvenih radnika, dugogodišnjim čekanjem pacijenata na operacije i sl. Zbog toga je neophodna reforma zdravstvenog sistema koja je uzorkovana brojnim ekonomskim, političkim, sociološkim, demografskim, epidemiološkim i drugim promenama.

Prva i osnovna mera jeste unapređenje zdravstvenog stanja stanovništva i reagovanje na prve simptome koji ukazuju na ozbiljnije bolesti. Time se mogu preduprediti dalji finansijski troškovi za lečenje pacijenata. Ovde već imamo jasan pozitivan korak povećanja efikasnosti zdravstvene zaštite, usled kvalitetnih medicinskih usluga i posledično daljeg smanjenja troškova. Sa ovakvim načinom rada konzistentno se povećava kvalitet i zadovoljstvo pacijenata. Kada je sistem dobar, mogućnost izbora je veća i za korisnike i za davaoce usluga.

U vreme pandemije sve zemlje su odolevale haosu koji je naneo kovid 19. Zapravo, Kina je pravi primer organizovanog i disciplinskog sistema u teškim uslovima. Drugi, medicinski sistemi u razvijenoj Zapadnoj Evropi su pucali ili bili pred pucanjem. Primer je Italija koja je najgore prošla, sa najvećim brojem smrtnih slučajeva, zbog nemogućnosti lečenja usled nedostatka kapaciteta i nepoštovanja mera.

Da bi se reforma zdravstvenog sistema postavila, bitno je imati snažnu zdravstvenu zaštitu. Ovakav sistem primarne zdravstvene zaštite tokom krize može da osigura trajnost pružanja osnovnih usluga.

Mnogobrojne aktivnosti informativnih kampanja kod sprovođenja prakse, značaja i stavova, mogu biti od koristi za zdravstvenu zaštitu građana.

Neophodno je da sistem postane agilan, ali zbog mnogobrojnih teškoća je zapravo nestabilan. Među uzrocima su velike epidemiološke promene, potom ekonomske, političke,

demografske, sociokulturalne promene. Trenutno je ekonomska kriza, nastala zbog rata u Ukrajini, dovela do globalne inflacije, kao i ranije brojne političke promene društvenih sistema u bivšim socijalističkim zemljama i dr. Epidemiološke promene su uticale na opadanje mortaliteta i morbiditeta, kao i mnoge promene u životnim stilovima,.

U mnogobrojnim državama postoji nagrađivanje za brojne inovacije u zdravstvenom sistemu. Inovacije su pokretači maksimiranja zdravstvenih usluga. Mnoge Vlade zemalja u skladu sa ekonomskim mogućnostima podstiču inovativne primene, a sve u cilju što boljih zdravstvenih usluga i zdravstvene zaštite. Zemlje Evropske unije ulažu u inovativno zdravstvo. Ovde imamo primer javno-privatnog partnerstva, između Evropske unije (EU) i evropskih industrija nauke o životu, koji finansira istraživanja i inovacije (Innovative Health Initiative, 2020). Potom, članice zemalja OECD-a su okrenute inovativnim predlozima i usvajanjima. U januaru mesecu 2024. godine je održan forum OECD-a, radi istraživanja politika i prioriteta za usvajanje novih inovacija u zdravstvenim sistemima. Njega organizuje OECD u saradnji sa Commonwealth Fundom i Health Foundation i u partnerstvu s Financial Times Live (EuroHealthNet., 2024).

Podrazumeva se da će mnoge inovacije doneti talentovani ljudi. Za ovakve promene su uključeni stručni ljudi koji imaju drugačije poglede na odlučivanje. Kao u svim naprednim i kvalitetnim organizacijama gde su prisutni mnogi lideri koji idu u korak sa transformacijama, isti su neophodni i u zdravstvu. Zaposleni skloni transformacijama su oni kadrovi koji poseduju razna iskustva i kontinuirano stiču nova znanja, poseduju različito praktično iskustvo iz formalnog i neformalnog obrazovanog sistema. Koordinacija među zaposlenima, kao i razmena iskustava, znanja i informacija motiviše sve zaposlene za dalji razvoj i napredak.

Poboljšanja u zdravstvenom sistemu u celini se ne mogu ostvariti bez preoblikovanja dosadašnje prakse, odnosno promena u strukturi i radnoj etici i to kod svih zaposlenih u zdravstvenim službama, uzimajući u obzir medicinske sestre i zaposlene u rukovodstvu (Teodorović et al., 2008).

Kadrovi treba da budu osposobljeni za primenu međunarodnih standarda gde postoje brojni zahtevi za nove razvijenije menadžment sisteme. Zaposleni treba da implementiraju i mnoge druge

standarde sa stalnim i ličnim unapređenjem obrazovanja, obučavanja u zdravstvu i brojnim inovacijama. Da bi ovakav zdravstveni sistem bio održiv, mora imati podršku države.

Sem postojanja mnogih standarda, neophodno je podržati i brojne inovacije, ideje i analize u vezi sa zdravstvenim uslugama i tehnologijama. Ovakav pristup organizacije bi bio dobar pokazatelj za nižu rizičnost kod navedenih usluga. Identifikovanje rizika usled davanja usluga, daje nam smernice na koji način treba preduprediti isto, šta je bitno izbegavati, koji faktori utiču na veću rizičnost i time zaključiti šta je najbolje uraditi. Obrazovati postojeće i zaposliti mlade ljude sa već predstojećim znanjem. S tim u vezi je bitno oformiti stručni tim za ocenjivanje i definisanje metodologija, kao i prihvatljivost ideja. Stručni tim bi trebalo da ima svoju sopstvenu kontrolu nad radom, kao i da ima sopstvene kriterijume za ocenjivanje kako svog rada, tako i pojedinačnih ideja.

Obrazovanje, kao glavna determinanta ulaganja u ljudski kapital, je jedna važna premisa tehničkog napretka. Kao takvo, ono potpomaže produktivnosti rasa i posledično ekonomskom rastu jedne zemlje (Petrović et al., 2019).

2.3.1. Digitalizacija zdravstvenog sistema posle pandemije

Zdravstvo je važan činilac razvoja u društvu i državi, te stoga zaokuplja veliki broj istraživača, naučnika i stručnjaka iz raznih oblasti. Sagledavajući ga iz ekonomskog, socijalnog, zdravstvenog i drugog ugla, možemo reći da je bitno da se mora raditi na njegovom razvoju u svakom smislu.

U većini zemalja u svetu je smanjena dostupnost zdravstvenih usluga, zbog čega koriste nove metode organizacije rada zdravstvenog sektora. Većina vlada stalno preispituje i vrši analize efektivnosti i ispravnosti odluka.

Vidna su razna ulaganja i implementacija raznih softvera, a sve u vidu poboljšanja informacione tehnologije. Primena informacionog sistema i informacione tehnologije u zdravstvu Srbije zahteva poznavanje organizacija svih nivoa i struktura koje zahteva upravo njihova primena,

kao i zdravstvenih ljudskih resursa kao osnovnih pokretačkih faktora svih promena uopšte (Labourdtette, 1988).

Naučni značaj proučavanja razvoja informacionih sistema zdravstva je u tome da su savremene informacione tehnologije u zdravstvu istovremeno i takozvane „tehnologije znanja”. U svakom slučaju, veoma je značajno usavršavanje, unapređivanje i upotpunjavanje celokupnog sistema zdravstva. Bitno je podržavati promene u nekom željenom pravcu odgovarajućim koordiniranim merama, mehanizmima i instrumentima tehničke, ekonomske i politike ukupnog društvenog razvoja, a njime se može delovati na saniranje ili otklanjanje negativnih efekata radi što bržeg razvoja (Labourdtette, 1988).

Samo širenje pandemije kovida 19 predstavlja jednu od ambiciozne upotrebe masovnih podataka građana. Svaka zemlja ima različit pristup zaštite podataka građana, od tzv. pristupa na prvom mestu do pristupa „prvi podaci” koji čuva velike količine podataka (Fahey & Hino, 2020).

U svim službama domova zdravlja je tokom prve polovine 2020. godine ostvareno 21,1% manje zdravstvenih usluga, u odnosu na isti period prethodne godine. Predstavljen niži obim je imao negativan uticaj na kontrolu zdravstvenih stanja hroničnih pacijenata, koji inače obave više kontrolnih i drugih pregleda u odnosu na ostale pacijente (Serbia, A. Economics Institute & Faculty of Medicine of Belgrade University, 2020).

Uticaj informacionih tehnologija u zdravstvu ukazuje na to da one predstavljaju nove tehnologije znanja. Time je značajno usavršavanje, unapređivanje i upotpunjavanje celokupnog sistema zdravstva. Impelementacijom informacione tehnologije u zdravstvu ne razvija se samo ovaj sektor, već indirektno i cela privreda. Zapravo, ona može omogućiti nove modele pružanja nege i strukturne promene u sistemu zdravstvene zaštite (Payne et al., 2013).

Razvoj informacionog sistema u zdravstvu je oslonac za njegov dalji razvoj. Informacioni sistem daje lakši uvid u karton pacijenta i u propratne medicinske troškove celokupno. Nakon pandemije korona virusa, država je krenula sa digitalizacijom zdravstva. Navedena digitalizacija će obuhvatiti bolje i jasnije zdravstveno finansiranje na nivou cele države. Njime će se uspostaviti

centralizacija javnih nabavki, bolja kontrola robno-materijalnog knjigovodstva i uvođenje sistema elektronskog recepta.

Digitalizacijom je obuhvaćen veliki broj sistema, među kojima je SAP (glavna finansijska knjiga i plaćanja Republičkom fondu za zdravstveno osiguranje), kao i Portal finansija. Portal Finansije - RFZO ima za cilj da se javno prezentuju Finansijski izveštaji dnevne isplate. Ovde se planom finansija kontrolišu prihodi i primanja, rashodi i izdaci Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje.

U RFZO je uveden UniOut sistem. Sistem podržava automatsku kontrolu faktura u RFZO. Naime, on upravlja izlaznim fakturama, koje su preuzete sa sistema elektronskih faktura (SEP-a) uz knjiženje u SAP programu (softver sistemu za upravljanje finansijama).

Reforma zdravstvene zaštite se ogleda i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Postoje zalaganja od strane države da građani u privatnim zdravstvenim ustanovama izaberu ne samo privatnog lekara opšte prakse, već i pedijatra i ginekologa o trošku zdravstvenog osiguranja. Na osnovu javno raspoloživih podataka, Ministarstvo zdravlja je svojevremeno isticalo da zajedno sa Udruženjem privatnih lekara radi na mapiranju privatnih ustanova, kako bi izvršilo njihovu akreditaciju. Kao akreditovane ustanove, privatne bi mogle da rade pod jednakim uslovima kao državne. Međutim, vremenom je došlo do zaključka da privatne ustanove imaju mnogo skuplji cenovnik od državnih, pa se još uvek postavlja pitanje lečenja pacijenata o trošku države. Digitalizacija sektora sa uvođenjem sistemskog elektronskog kartona objediniće državno i privatno zdravstvo. Na osnovu elektronskog kartona, stiće se uvid u jednoobraznost podataka za svakog pacijenta ponaosob, odnosno svi podaci o jednom pacijentu se nalaze na istom mestu (Vlada Republike Srbije, 2023).

Obuhvaćeni podaci svih zdravstvenih ustanova biće na jednom mestu, za razliku od dosadašnjih gde je svaka ustanova držala samostalno na svojim improvizovanim serverima. Smeštanjem podataka u novoformiran državni Data centar, nivo bezbednosti će biti podignut na mnogo viši nivo.

Ovakvom metodom rada je skraćen postupak zakazivanja i pregleda pacijenta kod lekara specijaliste, gde se uštedom vremena štede i mnogi drugi propratni troškovi (na primer: nepotrebna papirologija).

Nadležni za reformu zdravstvenog sistema ističu da je zdravstveni sistem jedan od najtežih državnih sistema. Jedan dug period je bio neophodan kako bi se sistem analizirao, odnosno videlo kako funkcioniše zdravstvena stanica, potom dom zdravlja, opšta bolnica i klinički centar. Time su ujedno sagledavali koje ustanove poseduju neodređene informacione sisteme.

Otežanost u radu je donela pravna regulativa, odnosno zakonodavno uređenje ovog sistema je podeljeno. S tim u vezi, za jedan deo je odgovorna jedna ustanova, na primer Republički fond za zdravstveno osiguranje, dok je za ostale delove odgovorno Ministarstvo zdravlja ili lokalna samouprava i sl.

Dalje, mnogi nedostaci se vide kod vojnog zdravstvenog sistema, odnosno pojedinih VMC-a, koji nisu povezani na zdravstveni informacioni sistem iz neopravdanih razloga. Polazimo od toga da se, na primer, pojedini tajni podaci vojnih osiguranika mogu dodatno zaštititi kroz digitalni sistem. Ovde se još uvek pisanim putem evidentiraju podaci u knjigama, potom se fizički nose kartoni pacijenata do određenih lekara.

U socijalnom državnom zdravstvu, postoji elektronska evidencija uputa, zakazivanja, evidencija pacijenata, međutim i dodatno evidentiranje u knjigu (tzv. Protokol) gde se unosi ime i prezime pacijenta, jmbg, dijagnoza, terapija i sl. Na osnovu raspoloživih podataka ne može se, na primer, dobiti tačan broj ljudi sa malignim bolestima ili preminulih od korone. Podaci su različiti i nepotpuni, sa lošom evidencijom i bezbednošću podataka, upravo zbog lošeg digitalizovanog sistema.

U zdravstvu je nemoguće razviti informacioni sistem i informacionu tehnologiju u potpunosti, jer uporedo sa digitalizacijom zdravstvenog sistema, treba imati adekvatan menadžment i dovoljan broj zaposlenog stručnog kadra.

2.3.2. Menadžment - revitalizacija tehničkog kadra i uključivanje kadrovske službe

Brojne inovacije su vezane za ljudske resurse koji rade na ranom otkrivanju bolesti, prevenciji i lečenju. Alokacija ljudskih resursa, kao i odabir istog od strane tima profesionalaca je veoma važan korak u zdravstvenom sistemu.

Zbog niskih novčanih sredstava za rad brojnih zdravstvenih ustanova, kao i zbog nedovoljnog zapošljavanja stručnog kadra različitog profila, nedovoljne zainteresovanosti društva, zdravstveni sistem predstavlja slabu kariku celokupnog društvenog sistema. Tokom pandemije, znatnija je uloga ovog sektora, te se sve više obraća pažnja za njegovo jačanje.

Kako bi se ostvarili ciljevi organizacije, potrebno je da menadžeri upotrebe sve raspoložive resurse i to ljude, opremu, finansijska sredstva, informacije i dr.

Menadžeri su organizacioni lideri i kadrovi koji su odgovorni za svoj rad i rad drugih zaposlenih. U zdravstvenom sistemu je veoma bitno imati kvalitetnog menadžera čiji je prioritet da sprovodi zadatke kako bi se dostigao cilj organizacije. Sem toga treba imati umeće identifikovanja problema, da eliminiše faktore koji imaju uticaj na isto. Veoma je bitno da menadžeri budu odlični medijatori, što znači da znaju rešiti mnoge nesuglasice koje nastaju među ljudima. Iskusni menadžeri su zapravo dobri lideri i rukovodioci organizacije, odnosno visoko pozicionirani u organizaciji sa ciljem da daju ideje i uvode inovacije u cilju razvoja organizacije.

U različitim srpskim organizacijama i ustanovama dominira hijerarhijska struktura, gde je komunikacija uglavnom zatvorena, stvarajući pogodno tlo za nastanak emocionalne napetosti. Kao takvo, radno okruženje postaje negativno i utiče na međuljudske odnose (Nikolić-Ilić&Radović Markovic, 2022). Mišljenja sam da je upravo neophodno da se navedeni problem, uz prisustvo adekvatnih lidera, rešava i u zdravstvenom sektoru. Sa ovog stanovišta, važno je istaći da je nedostatkom pravih i netačnih informacija sa jedne strane i nedovoljnim snalaženjem globalnih, nacionalnih i lokalnih vlasti sa druge strane, došlo do konfuzije u svetu (Miletić, 2022).

Sistemi finansiranja u globalnom zdravstvu moraju poštovati lokalno donošenje odluka. Polazi se od činjenice da bi direktni transferi sredstava, usmereni ka vladama u cilju pomoći lokalnoj pažnji, trebalo da čine veći deo finansiranja (Shamasunder, et al., 2020).

Za razvoj zdravstvenog sistema od izuzetne važnosti je funkcionisanje svih njenih organizacionih jedinica u svakoj zdravstvenoj ustanovi. Ukoliko su organizatori uspešni u obavljanju svojih zadataka, time se i njihova efikasnost i efektivnost predočava u ostvarivanju ciljeva organizacije u kojoj su zaposleni.

Oni polaze od pitanja da li su ljudski resursi upotrebljeni na efikasan način. Njihov rad mora biti vođen etičkim kodeksom koji je u interesu klijenta. U zdravstvu je veoma bitno zaštititi pacijenta. Specifičnost i kompleksnost zdravstvenog sistema sa sobom nosi zadatak da se pacijenti izleče i da se misli i radi na preventivi zdravih ljudi, kako bi se omogućila efikasna i efektivna primena zdravstvenih programa, pravila, procedura, metodologija i dr. Neophodno je posedovati obučene ljude koji će sve navedeno ispratiti. Time bi zdravstveni menadžment prikazao razvijeni sistem svih kvantitativnih i kvalitativnih činilaca i predstavljao odličnu optimizaciju autputa, organizacije. Zdravstveni menadžment je kompleksan i poseduje veliku odgovornost za održivost zdravstvenog sistema i njegovih celina. On se sastoji od zdravstvenih menadžera, odnosno rukovodilaca. U poslovanju je bitan timski rad i međusobna koordinacija. Naravno, među lekarima je i obavezan timski rad kod operacija, ali bi ovde akcenat stavili na druge službe zdravstvenog sistema. Postojanje kadrovske službe je bitan korak u većim zdravstvenim ustanovama. Ona bi stručnom procenom izvršila dobar odabir ekonomskog kadra. Uz održan kvalitetan sistem sa kontrolom troškova, uspostavlja se finansijska održivost. Zdravstvene institucije u kojima rade zdravstveni radnici i drugi zaposleni su značajne organizacije za društvo i državu.

Organizacija pristupa različitim kvantitativnim (uspostavljanjem uzročno posledičnih veza između posmatranih pojava, prikupljanjem brojčanih podataka, istraživanjem veza između varijabli) i kvalitativnim (korišćenjem intervjua, ekstenzivnim posmatranjem i fokusom grupa) analizama sa ekonomskog stanovišta je prevashodna za dalje poboljšano istraživanje. Kontrolu i identifikovanje rizika u radu, upravljanju rizicima i novim projektnim planovima ne može voditi jedna institucija ili ustanova.

Kontrola poslovnog procesa i njen monitoring predstavlja kontinuirano praćenje aktivnosti. Prilikom monitoringa se identifikuju razne devijacije. Kroz određeni mehanizam kvantitativna veličina prikazuje odstupanja realizovanih aktivnosti od prethodno predviđenih.

U zdravstvu, pod monitoringom zdravstvene zaštite može se, na primer, meriti indeks zdravlja i okoline. Prvo se registruju i dostavljaju podaci, da bi se kasnije kroz njihovu interpretaciju otkrile promene zdravstvenog stanja određenih ljudi i posmatrane okoline.

Pod kontrolom bi se moglo podrazumevati praćenje razvoja bolesti, kao i troškovi po tom osnovu. Finansijska kontrola treba da potvrdi da li realizovana aktivnost odgovara projekcijama (u ovom slučaju da li je razvoj određene bolesti iziskivao finansijski utrošak po prethodno planiranim vrednostima). Kontrola treba da obuhvati službu, tim, jedinicu, celu organizaciju. U zavisnosti od toga postoji stručna i materijalna. One obuhvataju internu, eksternu, ekonomsku i finansijsku kontrolu.

Strategijsko planiranje i spovođenje zdravstvene zaštite treba sprovesti kroz novi pristup kontrole. On obuhvata opseg od menadžera do najvišeg nivoa top menadžera (izvšni direktori, generalni direktori i sl.). Veliku ulogu bi igrao kontroling zdravstvenog sistema u praćenju strateških i operativnih planova. Ovde bi novi javni menadžment mogao ponuditi rešenja u vezi sa disproporcijom u zdravstvu, inače uzrokovane narastajućim troškovima sa jedne strane i kompetetivnosti usluga sa druge strane (Čavlin et al., 2019).

Uporedo, razvoj zaposlenih je broj jedan u skladu sa poslovnim aktivnostima jedne medicinske ustanove, centra, doma zdravlja. Navedene ustanove poseduju intelektualni kapital, upravljaju znanjem, ali je bitno i posedovati određene veštine, upravljati vremenom i baviti se organizacijom posla. U zdravstvu je bitan sistemski razvoj zaposlenih, procenjivanje sposobnosti svakog zaposlenog ponaosob, kroz svaki segment organizacionog nivoa.

2.3.3. Projektni menadžment i upravljanje projektima

U osmišljavanju projekta je bitan napor za kreiranje jedinstvene usluge, proizvoda i rezultata. Naravno, da bi se neki projekat pokrenuo neophodno je da prethodno postoji poslovni slučaj tzv. business case određene organizacije, ustanove ili celog zdravstvenog sistema. Nakon određene zamisli, ideje o pokretanju projekta, definiše se početak i kraj, potom je potrebno odrediti ciljeve i opredeliti budžet. Projekat ima privremeni karakter, te nakon njegovog završetka ostaje na ustankovi da ga primeni, vrši monitoring i kontrolu realizacije svojih ciljeva. Kontrola projekta je ogroman proces koji počinje od ulaganja sredstava, sagledavajući svakodnevne operacije. Ovde se sagledava učinak projekta, organizacije, prati tok samog projekta. Neophodno je posedovati znanje iz određenih oblasti kao što su unapređenje kvaliteta, da se analizira realizacija strateških ciljeva kompanije i odlično upravlja projektima. Za upravljanje projektima je neophodno primeniti znanja, tehniku i veštinu. Naravno da je u slučaju zdravstvene politike bitno ostvariti benefit za celo društvo radi unapređenja zdravlja ljudi i njihovog lečenja. S tim u vezi, u zavisnosti od zahteva tržišta i promena koje se dešavaju, neophodno je ići stalno napred, kako bi bili u korak sa istim.

U zdravstvenom sistemu Srbije se krenulo sa organizacionim promenama. Međutim, uporedo internoj reorganizaciji bitno je pristupiti izradi segmentiranih razvojnih projekata. U skladu sa razvijanjem novih proizvoda i željom i radom za unapređenjem postojećih proizvoda i usluga, mora se vršiti kontinuirano praćenje svega zamišljenog i urađenog. Naime, prilikom sistematizacije radnih mesta mora postojati akcenat i na stručnosti svih zaposlenih, a ne samo medicinskog kadra. Neophodno je obezbediti visoku stručnost ekonomskog kadra i time oformiti određene službe radi kvalitetnog vođenja zdravstvenog sistema.

Kao što je navedeno, projekat se sastoji iz više procesnih grupa i oblasti znanja. Svaki projekat je praćen projektnom dokumentacijom, te je za zdravstvo neophodno da je svaki deo rada dokumentovano praćen. Za zdravstveni sistem je bitno izraditi projekat sa naznačenim benefitom, koji će se očekivati nakon završetka.

Prva faza uključuje procese radi identifikacije, definisanja, kombinovanja, koordiniranja sa svim fazama projekta. Međusobna komunikacija je ključna za dobar odnos sa klijentima, u ovom slučaju građana, odnosno svih pacijenata i onih potencijalnih u zdravstvu Srbije.

U prvoj fazi projekta je bitno izvršiti koncentraciju svih dostupnih resursa, sagledati potencijalni problem i reagovati preventivno. Članovi tima moraju biti maksimalno uključeni u donošenje odluka. Prikupljaju se najbolji članovi tima od strane postojeće zdravstvene ustanove ili centra i šire. Veoma je važno da se angažuje dobar „project manager”.

„Project manager” pristupa izradi zadatka projekta i definisanju projektnog plana, uzimajući u obzir praćenje obima projekta, vreme, kao i troškove projekta. Nakon realizovane aktivnosti projekta, sledi faza praćenja, kontrole kvaliteta, obima, rasporeda i zainteresovanih stejkholdera. U zdravstvu za zainteresovane strane možemo svrstati sva fizička lica i pojedina pravna, u zavisnosti od delatnosti. Svaki projekat ima svoju modifikaciju, te treba biti spreman za svaku promenu ili korekciju.

Svaki projekat, njegova izrada, iziskuje trošak, odnosno cenu. Kako bi se utvrdila cena projekta, koristi se posebna tehnika nazvana dekompozicija. Time se projekat deli na sitne delove gde se diversifikacijom, do najsitnijih delova vrši procena o tome šta sve treba uraditi. Ovde se uzimaju u obzir sve aktivnosti, resursi, kao i realizacija. Na primer, ukoliko se radi na preventivi i obuhvataju sva tri sektora, počevši od primarnog, analizirajući njihov rad i šta sve treba preduprediti, uključujući finansijske parametre, dobija se opšta slika obima rada, vremena za taj rad, potrebnih alatki i finalnog procesa sa datom cenom. Bitno je napomenuti da u novom informacionom dobu su dostupne softver alatke i to: Validacija pojedinih izlaza projekta, WBS (Work Breakdown Structure) i SOW (Statement of Work). Za planiranje, kontrolu i realizaciju projekta se koristi softver MS project. On je odlična informaciona alatka koja se koristi za sve elemente projekata.

U bolnicama i drugim zdravstvenim ustanovama se korišćenjem projekata i alata za portfolio projekta, pruža mogućnost poboljšanja kvaliteta zdravstvene zaštite. Državni zakoni i brojne procedure za kontrolu pristupa zdravstvenim informacijama nekad se, nažalost, i ne primenjuju, te

isto može otežati menadžmentu dalji rad na projektu. Važno je napomenuti i Zakon o zaštiti ličnih podataka o ličnosti koji pruža zaštitu i podataka o zdravstvenom stanju. Oslanjajući se na brojne poverljive podatke, neophodno je poznavati integritet osobe koja radi na projektu. Naravno efektivnost, upravljanje vremenom, troškovima i obimom su najvažniji delovi upravljanja projektom. Na slici u nastavku su date bitne oblasti znanja i procesne grupe u radu na projektu.

Tabela 4 Primer svih ciljnih procesa i grupa u izradi jednog projekta

Oblasti znanja	Procesne grupe				
	Iniciranje	Planiranje	Realizacija	Kontrola	Zatvaranje
Integracija					
Obim					
Vreme					
Troškovi					
Kvalitet					
Resursi					
Komunikacija					
Rizici					
Nabavke					
Stakeholderi					

Izvor: Project Management Serbia, 2021.

Poslednja faza je zatvaranje projekta, što bi u zdravstvu bio epilog svega priloženog. Definitivno, u sistemu zdravstva je bitno da postoje grupe ili tim projektnih menadžera koji će kontinuirano raditi na različitim projektima.

Prateći obrazloženost ove tehnike u jednom od najbitnijih sistema u državi, stoji mišljenje da je bitno obučiti kadar u zdravstvu (naročito menadžere) za monitoring poslovnih procesa, od najmanje zdravstvene ustanove, preko bolnice, klinika i celokupnog sistema zdravstva u Srbiji.

Kao takav, sa brojnim, ne samo medicinskim stručnjacima, već i sa ekspertima drugih oblasti, moći će da naraste u sistem sa jakim temeljima.

Kod izrade projekta određene organizacije, u slučaju medicinskog sektora, ustanove, bolnice i njihov profesionalni tim mora biti aktivno uključen. Projektni menadžer treba da identifikuje interese i zahteve drugih interesnih strana (upravljačkog tima klinika, bolnica, domova zdravlja, njihovih direktora), da izanalizira njihove potrebe, da upravlja njihovim očekivanjima i kontrolama njihovog angažovanja.

Rukovodilac projekta, kao i članovi tima moraju posedovati viši nivo znanja iz različitih oblasti. Osnova je „business case” analiza, nakon koje se pokreće projekat. Sponzor projekta, u ovom slučaju državni sektor, odnosno zdravstveni sektor Srbije, izlazi sa svojim zahtevima i projektnim zadatkom.

U okviru zadatka su definisani ciljevi, rokovi i sam budžet projekta. Pri dobijanju formalnih ovlašćenja, projekt menadžer vrši planiranje i definisanje planova, pojedinačno za svaku oblast. Nakon završetka projekta i početka realizacije, ujedno se pristupa kontroli i monitoringu. Ukoliko nastanu devijacije, mora da se preduzmu mere za eliminisanje odstupanja. Veoma je bitno na vreme dostaviti informaciju, kako bi se izvršila korektivna akcija. Suština dobro realizovanog projekta jeste da se ostvare svi zamišljeni i isplanirani ciljevi u korist efikasnosti i efektivnosti medicinskog sektora.

Razlika između zdravstvenog i ostalog privrednog sektora se ne bazira isključivo na profitu određenih pojedinaca, već na uštedi novčanih sredstava koji se izdvajaju iz budžeta. Državi je u interesu da se adekvatno raspolaže njenim sredstvima i po mogućstvu ostane u finansijskom plusu, kako bi se preostali novac po potrebi, preusmerio, na primer, u drugi sektor neke zdravstvene službe.

Poslednjih godina je potražnja za profesionalnim projekt menadžerima sve veća i u zdravstvenoj zaštiti, jer za mnogobrojne projekte ne postoje, ili se ne angažuju adekvatni stručnjaci. Postoje pojedine analize, radovi, ali nije bilo profesionalnih timova da isto spovedu u delo. Prikupljeni podaci za vreme i po završetku projekta treba da se odlično čuvaju. Mnogobrojne

informacije se mogu dobiti iz informacionih sistema. Svaki menadžerski posao zahteva različite veštine i tehnike. Projektno upravljanje je veoma kompleksno i iziskuje dobro poznavanje ove metodologije, u suprotnom za rezultat imamo beznačajno uloženi novac, izgubljeno vreme i mnogo toga. Vrsna metodologija sa namenskim alatima jeste uz informacionu tehniku, odnosno uz softver veoma značajna. Poznavanje tehnike i tehnologije je veliki korak ka poznavanju softverskih programa upravljanja projektima kao što su MS Project ili Oracle Primavera. Sa rastom moderne tehnologije, softverski alati ubrzavaju i vode mnogo lakše projekte, te je njihova spoznaja odlična.

U zdravstvenom sektoru je važan menadžment koji upravlja, donosi inovacije, ideje i pretvara ih u realnost. Najčešći interni izvori ideja potiču od strane zaposlenih, nakon čega se pristupa njihovoj analizi, obradi u svrhu eventualne primene.

Reformisanje zdravstvenog sistema zahteva dobru procenu svih segmenata rada do najsitnijih detalja. Kad se osvrnemo na lečenje bolesnika i brigu o pacijentima, ne misli se samo na pacijente koji samostalno dolaze u primarne zdravstvene ustanove, već i o brizi pacijenata koji žive na većoj udaljenosti od postojećih medicinskih ambulanata. Ovde je bitno sagledati mogućnost dolaska. S tim u vezi, država je krenula u razmišljanje o korišćenju novčanih sredstava od strane Svetske banke u vidu kredita za nabavku „pokretnih ambulantnih kola”. Veoma je bitno usmeriti pažnju na žalbe i sugestije pacijenata, kako bi se pojedine stvari rešile na obostranu korist.

Bitno je navesti da je Ministarstvo zdravlja Republike Srbije korisnik tvining projekta po nazivom *Jačanje kapaciteta zdravstvenog sektora za nadzor nad zaraznim bolestima u Srbiji*. Ovaj inovativni projekat finansira Evropska unija. Cilj projekta jeste da se preuzme, usvoji i sprovede zakonodavstvo EU i podrži razmena dobrih praksi nastalih u EU (EU projekti u Srbiji, 2023).

Izgradnja kapaciteta će se sastojati od više pravca: edukacije, razvijanje laboratorijskog rada, unapređivanja IT infrastrukture i opsega podataka, međusobne saradnje, rukovođenja i povezivanja svih aktera na prvoj liniji monitoringa i autputa na zarazne bolesti kroz određene smernice, procedure i standarde kvaliteta. Opšti cilj projekta jeste smanjenje rizika od ozbiljnih prekograničnih zdravstvenih pretnji, bolje liderstvo, jačanje institucionalnih kapaciteta Republike Srbije i ispunjenje uslova za članstvo u EU, u oblasti javnog zdravlja. Njime se preduzimaju

značajni koraci na jačanju kapaciteta zdravstvenog sektora kako bi blagovremeno ispratio, otkrio i delovao na pojavu zaraznih bolesti (EU projekti u Srbiji, 2023).

2.3.4. Revizija i upravljanje rizicima

Prve korake revizije vidimo tokom druge polovine 18. veka, u periodu industrijske revolucije i to kod građenja tržišnih i poslovnih institucija. Tokom ranog kapitalizma, zbog velikog broja malih radnji koje je nadgledao vlasnik, nije bila neophodna provera dodatnog nadzora revizije. Kasnije, na pojavu revizije je uticao sistem plaćanja, jer je plaćanje roba i usluga bilo prometno. Zapravo, interna revizija je nastala kao rezultat samih odnosa u društvu, vodeći se činjenicom da vlasnik kapitala na pravilan način upravlja sopstvenom imovinom.

Revizije se mogu podeliti na državne, interne i zakonske. U internoj reviziji dužnost revizije obavljaju interni revizori, dok su kod eksternih revizija obveznici preduzeća u skladu sa zakonom o reviziji. Što se tiče državnih preduzeća i ostali državni korisnici su obveznici istog, a kontrolisani od strane državnih revizija, odnosno ovlašćenog državnog revizora.

Odeljenja revizija ili službe revizije, već postoje u zdravstvenom sistemu Srbije. One su obuhvaćene organizacijom u vidu Službe, Odeljenja ili Grupe za internu reviziju. Međutim, neophodno je aktivnije uključivanje zaposlenih u poslove revizije. Pojam revizije se sreće u ekonomiji, ali je vidna i u oblastima prava, medicine i drugim oblastima. Sam pojam se odnosi na preispitivanje procesa, ponovno viđenje i pregled.

Sa gledišta ekonomije, revizija podrazumeva ispitivanje finansijskih izveštaja. U našem slučaju zdravstvenog sistema prethodi ispitivanje svih prihoda i primanja, kao i rashoda i izdataka socijalnih i zdravstvenih ustanova. Definicija interne revizije polazi od njene nezavisne, objektivne i konsultantske aktivnosti koja treba da doda vrednost i unapredi poslovanje institucije. Kroz sistematičan i metodičan pristup proceni i upravljanju rizicima, kontrolom i korporativnim upravljanjem se pomaže organizaciji, ustanovi i dr. u realizaciji zadataka.

Uloga interne revizije u zdravstvenoj organizaciji bi bila glavni činilac u pružanju potvrde adekvatnosti sistema internih kontrola samom rukovodiocu te organizacije. Zapravo, ona pomaže u ostvarivanju ciljeva putem sistematičnosti i ocenjivanja procesa upravljanja rizicima i kontroli.

Glavni cilj jeste utvrđivanje poštovanja politika i procedura, tačnost, blagovremenost i pouzdanost upravljačkih, finansijskih, operativnih i drugih podataka, usaglašavanje sa propisima i zakonima, ocenjivanje procedura za upravljanje rizicima i procena efikasnosti, ekonomičnosti i efektivnosti određenih radnji.

Što se vrsta revizije tiče u državnom sistemu su državne revizije, zakonske, odnosno eksterne i interne. Eksterna revizija u državnom sistemu je Državna revizorska institucija, te kao najviši organ revizije javnih sredstava u Republici Srbiji pomaže državi da kvalitetno upravlja i koristi resurse.

Državna revizorska institucija je 2021. godine preporučila Ministarstvu finansija, konkretno Centralnoj jedinici za harmonizaciju, da poziva zaposlene kako bi se informisali koliko revizija ima bitnu ulogu u zdravstvu, kao i to da se ubrza formiranje službe internih revizija. Ista institucija je Ministarstvu finansija i Pokrajinskom sekretarijatu za zdravstvo preporučila da obezbede uslove za zaposlenje određenih stručnjaka koji bi radili na poslovima finansijske kontrole u zdravstvu, kao i time da zdravstvene ustanove uključuju postojeće zaposlene u obuke, kako bi se prepoznao značaj interne revizije. Interna revizija ima ulogu da osigura poslovanje i upravljanje organizacije, odnosno da da nezavisno uverenje o rizicima. Savetodavna uloga revizije se ogleda u smernicama o tome kako bi se trebali nastaviti ili popraviti određeni poslovni procesi u skladu sa standardima, procedurama i određenim metodologijama jedne organizacije. Razvoj interne revizije, kao bitnog instrumenta poslovnog odlučivanja, usledilo je kao uzrok kompleksnih uslova rada i rezultata na sve poteškoće kod tradicionalnog pristupa odlučivanju (an Novaković et al., 2018).

Na osnovu više različitih izveštaja, javnodostupnih na sajtu Državne revizijske institucije, imamo uvid u brojne nepravilnosti domova zdravlja u Srbiji, urgentnih kliničkih centara i drugih medicinskih ustanova. Na brojnim primerima, nakon kontrole revizije i izvršenog revizionog izveštaja, postoje nepravilnosti poslovanja u Srbiji i to: kod usvajanja Procedure nabavke,

naručivanja materijala i praćenja potrošnje lekova i sanitetskog materijala; nije određen broj izvršilaca Pravilnikom o organizaciji i sistematizaciji poslova u UKC Kragujevac; prilikom izrade planova nabavki za 2020. i 2021. godinu Dom zdravlja nije utvrđivao procenjenu vrednost predmeta nabavki i nije vršeno istraživanje tržišta pre pokretanja postupka javne nabavke; nije podnet pismeni tromesečni Izveštaj o preuzetim finansijskim obavezama i izvršenju finansijskog plana Upravnom i Nadzornom odboru od strane v.d. direktora Doma zdravlja, što nije u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti; nisu se u potpunosti poštovale odredbe propisa o javnim nabavkama; potom su se zaključivali ugovori sa ponudama u zajedničkoj ponudi koju je bio dužan da odbije kao neprihvatljivu, jer jedan od ponuđenih nije pokazao da ispunjava zahteve za dopunski postupak (Državna revizorska institucija, 2023).

Na osnovu ranijih izveštaja DRI za 2021. godinu (Državna revizorska institucija, 2021), ističe se da internu reviziju nije uspostavilo 80% zdravstvenih ustanova. Vidni su brojni propusti i nedostaci poslovanja zdravstvenih ustanova, medicinskih centara, te je i dalje neophodno veće postojanje službi interne revizije, kako bi ista otkrila nepravilnosti i otklonila nedostatke unutar organizacije.

U 2018. godini zdravstveni sistem je potrošio 238 milijardi dinara, što iznosi oko 11,5 posto ukupnih rashoda države. Sa stanjem u ovoj godini, izveštaj je podnosilo oko 20 posto zdravstvenih ustanova, kako bi vremenom taj broj bio veći, ali još uvek nedovoljan (Državna revizorska institucija, 2021).

Neophodno je aktivnije uključivanje zaposlenih na obuke revizije u zdravstvenim ustanovama, radi podizanja svesti kod zaposlenih o značaju interne kontrole i njenog procesa. Bitno je da formiranje službi interne revizije bude na visokom nivou sa adekvatnim kadrom koji će raditi na poslovima finansijske kontrole i njene efektivne primene, prepoznavanja rizika i interne revizije. Ocenjeno je da je u državnom interesu da zdravstvene ustanove preduzmu procedure, radi uspostavljanja sistema finansijskog poslovanja i izvođenja efektivne interne revizije.

Izveštaj Evropske komisije o napretku Srbije za 2022. godinu (Evropska unija u Srbiji, 2023) govori o određenom napretku Srbije. Daje se preporuka za uspostavljanje upravljačke odgovornosti u administrativnoj kulturi i jačanju funkcionisanja interne kontrole i revizije. Ovde postoji rad i trud na operacionalizaciji načela upravljačke odgovornosti kod primene unapređenih metodoloških instrukcija za preraspodelu i sprovođenje odluka, kao i upravljanjem skora. Međutim, neophodni su dopunski koraci radi ugrađivanja upravljačke odgovornosti u administrativne kulture javnog sektora. Na osnovu preporuka treba omogućiti viši nivo usklađivanja sa pravnim okvirom, delegiranje odgovornosti, merenje učinka na nivou institucije i kod svih korisnika javnih sredstava sprovesti recenziju kvaliteta interne revizije i brinuti o održivosti sistema uz pomoć usvajanja uredbe o standardizaciji procesa. S tim u vezi, na centralnom i na lokalnom nivou se moraju unaprediti kapaciteti za sprovođenje standarda interne kontrole i upravljanja rizicima.

Revizija računovodstvenih izveštaja ili iskaza pruža podatke o njihovoj objektivnosti i istinitosti prikazivanja stanja kapitala, obaveza i imovine.

Revizija poslovanja ima za cilj pregled aktivnosti nekog ekonomskog entiteta, odnosno ispituje poslovanje tog entiteta radi merenja ekonomskih učinaka. Kroz merenje se utvrđuje efikasnost i efektivnost poslovanja. Efektivnost predstavlja obim ostvarivanja ciljeva jednog entiteta. Sa druge strane efikasnost ističe određenu meru korišćenja raspoloživih resursa entiteta. Sem računovodstvenog uvida, revizija vrši organizacionu procenu jednog subjekta, potom procenu marketinga, proizvodnje, informacionih primena itd.

Prava slika o poslovanju privrednog subjekta, daje pravovremene i potpune informacije o istom, dok suprotno stvara neizvesnost u poslovanju. Time se subjekt izlaže rizicima, što posledično dovodi do promene finansijskog izveštaja. Zbog potencijalno internih poremećaja u okviru poslovanja entiteta, bitno je da određeni subjekt pored finansijskih izveštaja sadrži podatke o poslovanju, brojne analize od strane menadžmenta, procenu rizika i upravljanje rizicima.

Osvrćući se na ulogu revizije u zdravstvenom sektoru, kao i u savremenom okruženju, bitno je istaći značajnost njene uloge. S tim u vezi, revizija u ovom slučaju podrazumeva pribavljanje

dovoljnog i adekvatnog dokaza na osnovu koga se daje mišljenje o pravilnosti poslovanja korisnika javnih sredstava. Ovde se ne kontrolišu samo primanja i izdaci, te prihodi i rashodi, već i trošenje sredstava iz budžeta kako bi se izvršila pravilna kontrola namenskog korišćenja.

Uglavnom se polazi od mišljenja da oni subjekti koji imaju ili obavljaju reviziju poseduju znanje i iskustvo iz poslovnih finansija i računovodstva. Naravno, isti treba da poseduju integritet i poslovnu etiku, upravljačku sposobnost, kao i sposobnost odoljevanja mnogobrojnim poslovnim izazovima.

Sa aspekta revizije od vitalnog značaja je efektivno i efikasno upravljanje vlasničke strukture privrednih subjekata. Kod državnih ustanova, institucija, u ovom slučaju celokupnog zdravstvenog sistema, revizor pristupa sa radom u skladu sa Zakonom o reviziji i profesionalno etičkim kodeksom. Njegov delokrug rada se prožima i zahvata sve privredne oblasti. Razlog tome su ekonomske krize, kao i loš finansijski položaj mnogih privatnih i državnih preduzeća, kompanija, ustanova i sl. Zbog toga je veliko interesovanje eksternih korisnika među kojima su kreditori, investitori i dr. za eksternom kontrolom privrednih subjekata. Eksterna revizija je nezavisna revizija koja se sprovodi u skladu sa standardima, principima računovodstva.

Osim potreba za kontrolom obračuna poreza, doprinosa i sl., očigledno je da država ima korist i interes vlasnika preduzeća.

Iz ekonomskog ugla, kao što je prethodno navedeno, revizija predstavlja proces ispitivanja finansijskih izveštaja, odnosno bilansa stanja i uspeha jednog preduzeća, dok se kod pravnih okvira podrazumeva pregled i promena ugovora, zakona i slično.

Uglavnom, rad revizora se odnosi na utvrđivanje tačnosti tvrdnji menadžmenta da su svi poslovni procesi urađeni u skladu sa računovodstvenim, revizijskim standardima i zakonskim revizorskim propisima. Sem finansijske revizije, sve veći uticaj ima revizija poslovanja, kao i revizija usklađenosti sa zakonskim propisima.

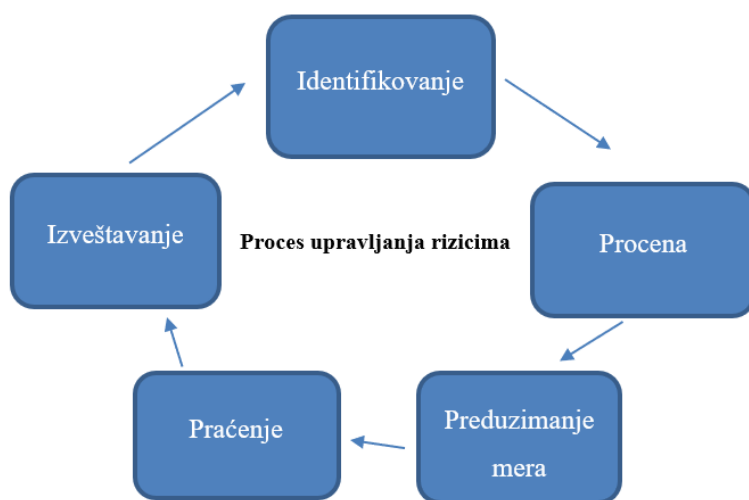
Sa aspekta poštovanja Zakona o privatnosti podataka (Službeni glasnik RS, br. 87/2018), potom Zakona o pravima pacijenata (Službeni glasnik RS, br. 45/2013 i 25/2019-dr. zakon), a

analizirajući različitu vrstu veza poslovnih procesa, odnosno lečenja i rada sa pacijentima, osiguranja građanja, njihovih prava, i sa druge strane obaveza i prava lekara i drugih zaposlenih, potom odgovarajućih uslova za rad, neophodno je pratiti usklađenost podataka. Naime, za usklađivanje brojnih podataka, neophodno postojanje Compliance funkcije, gde određeni stručni kadar daje smernice o usklađenosti poslovanja u datoj ustanovi, klinici, instituciji, a na obostrani interes i lekara i pacijenta. Sa pravovremeno datim informacijama o pravima i obavezama, za svaki slučaj ponaosob, građanin/pacijent će biti upućen na pravi način šta treba raditi, a zdravstvena ustanova će u skladu sa usklađivanjem pravnih postulata, po principima pravičnosti i pravde, vršiti poslovanje u najvećoj meri sa ugledom i za sebe, društvo i ukupnu privredu.

Ovakav vid poslovanja, zapravo utvrđuje stepen korespodencije između nekog posla koji se treba obaviti u skladu sa zakonima, pravilima, procedurama i prati tok procesa, kako se neki započet poslovni proces ne bi završio van tih kriterijuma, gde bi u protivnom trpeo određene penale.

Proces identifikacije polazi od prepoznavanja samih rizika tokom poslovnih rizika. Oni nastaju pod uticajem internih i eksternih faktora. Među interne spadaju zaposleni i organizacija, a eksterni mogu biti razni odnosi sa partnerima, komunikacija i informacije, geopolitički, ekonomski i prirodne katastrofe. Prepoznatljivost navedenih kategorija može preduprediti potencijalne rizike, čijim se identifikovanjem smanjuju šokovi. Nakon identifikacije i procene rizika, pristupa se upravljanju rizicima. Time se žele dati smernice i putokazi boljeg poslovanja radi izbegavanja koherentnih rizika.

Kako bi poslovni proces od postavljanja ciljeva do njegovih ispunjenja bio najmanje cikličan, treba ostvariti strategiju upravljanja rizicima. Polazi se od definisanja zadataka i uloge raspoloživih resursa. Interni resursi i kontrole se usmeravaju prema ključnim područjima poslovanja. Da bi ovakav proces bolje funkcionisao, neophodno je da upravljanje rizicima od strane rukovodstva, bude kvalitetno. Što se tiče upravljanja u javnom sektoru, kom pripada i medicinski sistem, upravljanje rizicima je celokupan sistem procenjivanja i praćenja rizika. Proces upravljanja rizicima sastoji se od više faza. One primenjuju operativne i strateške rizike. Ovde spada identifikovanje, procena, preduzimanje mera i praćenje i izveštavanje.



Grafikon 2 Proces upravljanja rizikom

Izvor: Autor

Utvrđivanje rizika u zdravstvenom sektoru se mogu sagledati sa dva stanovišta, zdravstvenog i ekonomskog. Njihova sprega je zajednička i posebno utiču jedan na drugi. Od nekvalitetnog lečenja, troškovi će biti sve veći, kao što i od loše lokacije svih resursa neće postojati povoljni uslovi za rad i lečenje. S tim u vezi, bitno je navesti rizike u zdravstvenom sektoru. Ovde se ubrajaju greške u lečenju, sigurnost pacijenata, odabir lekova, dijagnostika i dr. Sistem za upravljanje rizicima je prevashodno usmeren na manje neželjenih događaja u bolničkim ustanovama. Zaključuje se da bi stalna kontrola i primena zakonskih propisa uticala na smanjenje postojećih i stvaranje potencijalnih rizika. Ujedno, znatno je veća svest o bitnosti upravljanja rizicima i implementaciji sistema za upravljanje rizicima.

Profesionalnom medicinskom kadru (hirurzima, anesteziolozima i medicinskim sestrama) u poslu su moguće greške prilikom operacija, primenom anestezija, lekova i brige o pacijentima. Možemo napomenuti da su i mladom medicinskom kadru, to jest početnicima, mogući propusti u radu zbog nedostatka iskustva. Zbog toga je bitno da se sagledaju modeli za upravljanje rizicima zdravstvenih sistema koji su se već pokazali svoju efikasnost i uvrstiti ih za dalji rad. Svaki model je specifičan i prilagodljiv potrebama određenih zdravstvenih sistema.

Kako bi se minimizirali rizici jednog sistema bitno je da postoji budžet, klasifikacija troškova, kao i njihova klasifikacija na kraju projekta, potom cash flow i izvori finansiranja. Kombinovanjem finansijskih i nefinansijskih pokazatelja se meri učinak organizacije. Obično je to kod finansijskih parametara prinos na sopstveni i ukupni kapital, strukturu, likvidnost, profitabilnost i sl. Upravljanje resursima, tehnologijom, finansijskim resursima i lancem snabdevanja predstavljaju sveobuhvatno procesno upravljanje. Pod lancem snabdevanja u medicini podrazumeva se redovna isporuka medicinske robe, kao i kvalitet i troškovi usluga. Praćenje troškova, povraćaj proizvoda, nosioci, alokacija troškova i dr. predstavljaju takođe procese u preduzeću, organizaciji, instituciji i slično.

Veliku ulogu u finansijskom praćenju imaju računovođe koji svoje poslove obavljaju po računovodstvenim standardima. Interni i eksterni revizori, takođe, uz etički kodeks i revizorske standarde imaju savetodavnu ulogu i učestvuju u razotkrivanju kriminalnih finansijskih radnji.

Projekcija troškova i upravljanje njima podrazumeva planiranje, predviđanje, budžetiranje i kontrolisanje troškova, kako bi projekat bio realizovan u okviru dozvoljenog budžeta. Da bi se izvršila procena troškova neophodno je koristiti razne tehnike. Ukupni troškovi čine indirektni i direktne troškove. U indirektni ubrajamo propratne troškove u okviru poslovnog prostora: struja, infostan, voda, zakup i sl., dok u direktne svrstavamo troškove angažovanja radne snage, proizvođača.

Sa druge strane, upravljanje rizicima uključuje poslovne procese koji se bave identifikacijom rizika, kvantitativnom i kvalitativnom analizom, planiranjem rizika, kontrolom i praćenjem rizika. Glavni cilj risk menadžera jeste da se smanji negativan ishod i poveća pozitivno poslovanje i usmeri događaj u skladu sa projektom, kako bi se sve planirano završilo u predviđenom roku. Naravno, iza svega toga treba da postoji registar rizika gde bi bilo izvršeno sortiranje rizika.

U martu mesecu 2023. godine je organizovan šesti sastanak Radne grupe za razvoj Registra rizika od katastrofa i to uz podršku Evropske unije, Sektora za vanredne situacije Ministarstva unutrašnjih poslova i Programa Ujedinjenih nacija za razvoj (UNDP). Njime je započeta

nadogradnja Registra rizika od katastrofa u Srbiji, čime se želi unaprediti informaciona struktura i digitalizacija podataka. Navedeno je od važnosti za sistem javnog zdravlja i njegov odgovor tokom kriznih situacija. On bi trebao pospešiti donošenje odluka u slučajevima epidemija i pandemija. Evidencija i procena potencijalnih rizika, efikasno i efektivno praćenje situacija, će omogućiti smanjenje ili čak postojanost nekog rizika u slučajevima elementarnih i drugih nepogoda (EU projekti u Srbiji, 2023).

Bitno je napomenuti da „project managment” osmišljava strategiju za izbegavanje rezidualnih rizika, odnosno vrši redukciju onih rizika koji se pojave u toku poslovanja, kao i strategijski pristup za mogućnost izbegavanja novog rizika tzv. inherentnog rizika. Najbitnija i najrizičnija oblast upravljanja projektima jeste rezervni ili kontigentni plan. Ukoliko sistematizujemo i definišemo pristupanje rizicima predupređiće se mnogi rizici i uspešno privesti kraju neki projekat.

Razmena mišljenja, inovacija, znanja i iskustava u navedenoj oblasti utiču na kvalitet projekta. Njihova sinergija stvara održive preduslove za konstantan rad i dalju komunikaciju u kreiranju i primeni naučnih istraživanja (Cvetković, 2021).

Sveobuhvatno rečeno je upravljanje rizicima, odnosno proces identifikacije, analize, procene, kontrole i praćenja rizika radi minimiziranja negativnih posledica na neku prihvatljivu meru. Mnogobrojne procedure, odgovornosti i određene aktivnosti dešavaju se u skladu sa upravljanjem kvalitetom. Sem planiranja upravljanja kvalitetom, važno je osiguranje i kontrola kvaliteta.

Upravljanje projektima kod privrednih subjekata u neizvesnim tržišnim uslovima je veoma teško (Avlijaš & Avlijaš, 2011). U zdravstvenom sektoru, analiza projekata ima za cilj da pruži pomoć kod donošenja odluka o tome koji je projekat najefikasniji, odnosno o određivanju ekonomske, tehničke i finansijske efikasnosti projekta. Analitičkim pristupom se stvaraju željeni zdravstveni rezultati uz minimalne troškove resursa. Početna faza projekta procenjuje tražnju za predloženim projektom, njegove potencijalne alternative i izbor. Potom je neophodno da se

ekonomskom analizom utvrde makroekonomske i sektorske implikacije i održivost projekta (Comision Europea, 2018).

Zapravo, odvijanje se dešava u kompleksnom okruženju sa brzim promenama koje posledično mogu izneti rizik. Zbog toga su bitne strategije, čija je uloga da planom obuhvate adaptaciju novonastalim promenama, fleksibilnosti i sposobnost pristupa promena u okruženju. Veliki značaj imaju menadžeri organizacija, zdravstvenih ustanova, kliničkih centara i dr. Oni vrše merenja i utvrđuju karakteristike određenih organizacija, kako bi utvrdili koliko je kvalitetno upravljanje pojedinih zdravstvenih centara i ustanova bilo efikasno i efektivno. Naravno, merenja se vrše uglavnom primenom finansijskih pokazatelja, mada se koriste i nefinansijski.

Ključna stvar u praćenju fiskalnih i drugih rizika se ogleda u opširnijem korišćenju računovodstvenih pokazatelja i određenih inputa iz finansijskih izveštaja, što snižava neizvesnost i pojavu poslovnih rizika. Sistematski pristup svim finansijskim parametrima, odnosno kvantitavnim vrednostima i vrednovanjima rezultata ukazuje na određene tvrdnje koje se odnose na ekonomske aktivnosti i događaje. Tako dobijeni rezultati daju dalje smernice za identifikovanje i praćenje rizika. U zdravstvenom sistemu, upravljanje rizicima obuhvata i upravljanje kriznom situacijom. Zbog nekih neželjenih događaja, medicinskih bolesti i stanja, imamo pojavu određenog incidenta na većem broju osoba. Pored pacijenta, ubraja se i porodica pacijenta, potom zaposleni u zdravstvu i ustanovama gde se desila neka situacija. Ovde se već može dosta polemisati oko upravljanja kriznom situacijom, gde prvenstveno treba obratiti pažnju na bezbednost pacijenta. Iz svega navedenog, možemo navesti da je zapravo za dobru kliničku praksu neodložno zaposliti kadar koji će u zdravstvu stručno i profesionalno upravljati rizicima.

Ukoliko se kod određenog subjekta pojavi neki incident, neophodno je postojanje otpornosti zdravstvenih organizacija.

Iz ugla rezilijentnosti ekonomije neke zemlje, uspeh se ne može ostvariti ukoliko organizacije nisu otporne na negativne uticaje (Radović-Marković, 2017). Ovako usvojena forma može obuhvatiti i zdravstvene organizacije, gde se polazi od stanovišta da se stepenovanjem ublažava određena opasnost. U zavisnosti od praga incidenta, da li će uticati na više njih, porodicu

ili šire na okolinu, suština je povratak u prvobitno stanje. Naravno, brojni događaji u vezi sa bolesnim pacijentima, povređenim pacijentima, ili žrtvama, zahtevaju više profesionalaca na jednom mestu i obavezuju prenos podataka na pravi način, zaštićujući pacijenta, zdravstvenu organizaciju i sredinu gde se odvio neki događaj. U svakom slučaju, revizija može utvrditi stepen korespondencije između tvrdnji i definisanog kriterijuma. Saopštavanjem rezultata, odnosno revizijskim izveštajem, mogu se evidentirati eventualni propust kroz rad, modifikovati postojeće i dobiti smernice za buduće delovanje. U svakom slučaju, bez obzira na to što rukovodilac ne traži, revizor je u obavezi da proceni rizike prilikom ostvarivanja ciljeva jedne organizacije.

Veza između procene rizika i interne revizije je ogromna. Zapravo, revizorski standardi zahtevaju od rukovodioca jedinice interne revizije da se razvije plan o proceni rizika. Rukovodilac interne revizije treba da uzme okvir za upravljanje rizikom date organizacije. Ako okvir za upravljanje organizacijom ne postoji, rukovodilac jedinice interne revizije, pored mišljenja višeg rukovodstva i odbora, koristi sopstveni sud o rizicima. Rukovodilac jedinice interne revizije mora da analizira i da planira odgovor na promene u poslovanju organizacije i rizika.

2.3.5. Robno-materijalno knjigovodstvo u zdravstvu

U okviru Ministarstva zdravlja postoji Grupa za računovodstvo i knjigovodstvo gde se obavljaju poslovi koji obuhvataju pripremu dokumentacije za kontiranje i knjiženje u skladu sa kontnim planom i kontnim okvirom za budžetske korisnike; vođenje pomoćnih knjiga i evidencija; vođenje glavne knjige u skladu sa Zakonom o budžetskom sistemu, kao i Uredbom o budžetskom računovodstvu i internim opštim aktom; potom usklađivanje stanja u knjigovodstvenoj evidenciji sa stanjem u evidenciji Uprave za trezor; knjiženje poslovnih promena koje su povezane sa Ministarstvom i dr. (Ministarstvo zdravlja, 2024).

Svedoci smo uvođenja robno-materijalnog knjigovodstva kroz zdravstveni sistem Srbije. Ranije implementirana centralizacija javnih nabavki je dala pomake u kontroli korišćena potrebnog medicinskog materijala. Uz pomoć robno-materijalnog knjigovodstva i elektronskog recepta (eRecept) vršiće se kvalitetnija kontrola finansija, kako bi se propratio utrošak uloženog

državnog novca. Jedan kružni ciklus postoji, pa sa eventualno dobijenom uštedom, isti novac ide dalje u zdravstvo za potrebe opremanja medicinskih ustanova opremom, lekovima i dr.

Suština je da će se boljim vođenjem zaliha, troškova materijala, lekova i uvođenjem robnog–materijalnog knjigovodstva, efikasnije kontrolisati dalja finansijska stabilnost. Robno-materijalno knjigovodstvo polazi od praćenja ulaza i izlaza robe. U slučaju zdravstvenih ustanova, ono može obuhvatiti evidentiranje pojedinih artikala, medicinskog materijala, opreme, injekcija, lekova i drugog. Na taj način se evidentira kretanje i skladištenje navedenog. Naime, usled primanja i izdavanja robe, utvrđuju se vrednosti na zaliha i vrši kontrola skladišta. Upoređuju se stvarno i konkretno stanje zaliha, potom kretanje zaliha. Daju se podaci o cenama materijala i robe.

Što se tiče održavanja medicinskih aparata i utrošaka po osnovu amortizacije, država planira da se celokupan novac za održavanje preusmeri na Ministarstvo zdravlja, kako bi se transparentnije vršilo ugovaranje oko održavanja, servisiranja aparata i opreme. Smatraju da bi se kontrolom izvršio bolji plan i analiza. Tada bi organizacija oko redova čekanja pacijenata na pregled skenerom, bila kvalitetnija i bolja.

Robno-materijalno knjigovodstvo, zajedno sa centralizacijom tendera čini sistem ujednačenosti i boljeg zdravstvenog sistema. Razvojem informacionog sistema i njegovim umrežavanjem se radi na daljoj efikasnosti zdravstvenog sistema. Nove tehnologije vode ka pojavi digitalnog zdravstva, a u novije vreme sveprisutni poslovni sistemi su na bazi veštačke inteligencije, gde ista diktira nove veštine medicinskih profesionalaca i celokupne radne snage u zdravstvenom sistemu. Za razliku od tradicionalnih metoda rada, moderno vreme sa sobom donosi novi trend tzv. multidisciplinarne timove. Oni se sastoje od više specijalista kompetentih za određene oblasti medicine koji, udruženim snagama, upavljaju ljudskim potencijalima.

S obzirom na to da je u zdravstvu ustanovljena centralizovana javna nabavka i da se roba nabavlja preko javnih tendera, može se istaći da i pored dobre kontrole nabavke proizvoda, materijala i usluga, veoma je bitno upravljanje nabavkama. Ovo upravljanje nabavkama može imati koristi i to kod kompletne liste naručenih proizvoda, spiska dobavljača, boljeg pregleda

dobara i usluga i itd. Upravljanje nabavkom sadrži način kontrole i monitoring. Proverava se kvalitet robe, isporučene količine, cene, potom rokovi predviđeni ugovorima.

Pošto nabavke u većem broju slučajeva čine najveći deo budžeta, ovaj proces je povezan sa planiranjem troškova i budžetom. Zamerka na rad domova zdravlja, potom sekundarnih, tercijarnih, kliničkih centara se ogleda u nepodobnoj organizaciji, lošim smernicama na osnovu preporuka RFZO-a. Finansijski sektor teba da bude usklađen. Država je na osnovu svojih istraživanja istakla da se nekorišćenjem eRecepta „izgubi” oko osam miliona dinara na mesečnom nivou. Potom je rečeno da je primenom vremenskog doziranja terapija ostvarena ušteda na mesečnom nivou od 1,1 do 1,4 miliona evra. Dalje, konstantovano je da su zbog neadekvatnog vođenja finansija, mnoge zdravstvene ustanove imale dodatne troškove. Ističe se da su centralizacijom anulirana mnoga dugovanja zdravstvenih ustanova koja su iznosila oko 4,8 milijardi dinara. Ujedno se navodi da su nakon dobrog vođenja finansija uštedena novčana sredstva i njime kupljeni inovativni lekovi.

Posmatano iz drugog ugla, globalni nedostatak lične zaštitne opreme bi za zdravstvene radnike predstavljao veliku prepreku za odbranu od pandemije. Ovi nedostaci bi inicirali veliki rizik ne samo za nacionalnu, već i globalnu zdravstvenu bezbednost (Javed & Chattu, 2020).

2.4. Ekonomski postkovid sindrom

Mnogobrojni sistemi primarne zdravstvene zaštite nisu mogli da odole pandemiji kovida 19, pa su tokom krize doživeli kolaps. Nakon pandemije se pristupilo analizi zdravstvenog sistema i njegovog mehanizma. S obzirom na to da je bitno obezbediti osnovne usluge za pacijenta, primarna zdravstvena zaštita ima, kao što sam naziv kaže, primarnu ulogu. Mnoge zemlje, uz sagledavanje brojnih propusta, pristupaju izradi strategija i vrše sistematske procene primarnih zdravstvenih sistema.

Postkovid period je period sa odloženim dejstvom. Iznenadnim postkovid zdravstvenim stanjima ljudi, stabilnosti zdravstvenih ustanova, ekonomskoj stabilnosti zemalja, sagledavaju se

posledice pandemije i sa tim u vezi vrše radnje za restauraciju ekonomskog sistema. U Srbiji postkovid period predstavlja period nastavka ulaganja u zdravstvo i njegove kapacitete. Uspostavlja se komunikacija između državnih organa i uporedo sa građanima. Pandemija je zahtevala koordinaciju između sektora unutar državne organizacione strukture, kao i van nje. Nezavisno od perioda za vreme pandemije, kada su aktuelne mere zabrane bile sveprisutne i sa njima određene preporuke od državnih organa, bitno je istaći da se isto treba spovoditi i nakon ukidanja mera. Očevici smo današnjih nemilih događaja što možemo, ako ne u potpunosti, onda delimično pripisati posledicama pandemije. Naime, mentalno stanje bolesnih i zdravih ljudi je poremećeno tokom pandemije. Nakon nje, pojava ekonomsko finansijske krize je produbila dalji jaz.

Stavovi doktora, psihologa i psihijatara su bili jasno izrečeni, sve u smeru da će kulminacija mentalnog stanja ljudi nakon godinu, dve od pandemije, pokazati svoje pravo lice. Mnogi lekari ističu da će trećina bolesnika od kovida 19 imati neurološke ili psihijatrijske probleme u kasnijem periodu. Navodi se da će od ukupno 732.044 obolelih, 240.000 obolelih imati neki poremećaj, dok će preko 90 hiljada pacijenata imati neki neurološki ili psihijatrijski poremećaj (Klinički centar Srbije, 2021).

Iz tog razloga je u okviru Klinike za psihijatriju UKC Srbije formirana Specijalizovana ambulanta za postkovid psihijatrijske poremećaje i probleme. Ona je otvorena u cilju rane prevencije, skrininga i lečenja psihijatrijskih poremećaja usled infekcije kovida 19.

Svedoci smo poremećaja ličnosti maloletnika i kriminalnih prevara. Pored očigledno lošeg medicinskog stanja dela našeg stanovništva, a radi zaštite svih građana, naročito maloletnika, neophodno je menjati državnu strukturu. U početku su predložene promene i dopune Zakona, sve u cilju bezbednosti i zaštite građana. Dodatno zapošljavanje radnika, pripadnika organa bezbednosti, dodatno zapošljavanje psihologa, dodatno aktiviranje psihologa i psihijatra za stručnu pomoć preko bezbednosnih onlajn linija i direktno. Sve navedeno je verovatno početak novog neplaniranog ulaganja u zdravstveni sistem, koji je nastao delom kao posledica pandemije kovida 19.

Jasne i koncizne poruke građanima i posebno mlađem naraštaju su od važnog značaja za poverenje javnosti. Komunikacija i informisanje, odnosno sprovođenje informativnih kampanja o stanju građana, ubrajajući i maloletnike, je odlična aktivnost za prepoznavanje stanja, stavova i drugog, među celim stanovništvom. Na taj način se mogu prepoznati neki potencijalni događaji, gde bi se dalje diferencijacijom događaja ili stanja išlo ka produbljivanju, istraživanju i pomoći pojedincima. Zatim, neophodno je primenom više različitih komunikacijskih strategija stimulisati promenu stanja, ponašanja u masi i pojedinačno, a sve u svrsi mentalnog jačanja građana. Efikasni načini sprovođenja dovode do rešavanja većeg broja problema. Osnovni uzroci sve lošijeg i nezdravog celokupnog sistema u zemlji se zapravo mogu uočiti u globalnoj ekonomskoj krizi.

Nakon pandemije imamo „epizode” kovida u sve manjoj i manjoj meri. Međutim, ujedno imamo brojno stanovništvo koje u većoj meri oboljeva od hroničnih nezaraznih bolesti, kao što su bolesti srca i krvnih sudova, problemi sa plućima i dijabetes. Kako bi se predupredili ekonomski troškovi za eventualno viši nivo bolesti ovakvih pacijenata, primarna zdravstvena zaštita jeste u obavezi da izvrši pravilno revidiranje pacijenata, pružiti im kvalitetnu uslugu u ranoj fazi bolovanja, uz naravno mnogo niže finansijske troškove.

U postkovid periodu je neophodno ulagati ne samo u revitalizaciju svega postojećeg nakon pandemije, već i u spremnost reagovanja nekog budućeg sličnog događaja tj. pandemije. Investiranje u sistem javnog zdravlja je prevashodan iz razloga održivosti sistema u nekoj budućoj pandemiji. Neophodno je podići ga na viši nivo uz pomoć strategija, planova, procedura, protokola, obuke zaposlenih. Pored nabavljene moderne tehnologije, neophodno je obučiti kadar. Posebno obratiti pažnju na sposobnost specijalista, internista u manjim i srednje razvijenim gradovima.

Zaposlenim zdravstvenim radnicima treba pružiti bezuslovnu podršku uz razne podstreke. Zapošljavati ih na neodređeno, čime će se stimulisati ostanak u Srbiji. Sa zapošljavanjem za stalno imaće bolje uslove i za rešavanje svog materijalnog statusa. Na primer, mogućnost dobijanja stambenih kredita bi, za trajno, rešio njihov materijalan status. U suprotnom, mladi medicinski kadar će i dalje emigrirati u druge zemlje radi boljih uslova. S tim u vezi je važno sagledati mogućnost izgradnje stanova i dodele subvencionisanih kredita. Iseljavanje mladih dovodi do

velikih demografskih promena i preći smanjivanju broja stanovništva, potencijalnom smanjenju rađanja, odnosno nataliteta naše zemlje. Po tom pitanju, treba izvršiti analitički pristup i ponuditi medicinskom osoblju razne subvencije i podsticaje.

Imajući u vidu da veći deo medicinskog osoblja čine medicinske sestre (do čak 90%), možemo jasno istaći da je njihova važnost bila velika u toku pandemije. One su na svom poslu bile na prvoj liniji fronta, pored sopstvenih obaveza i briga kod kuće, sa velikim rizikom prenosa virusa na sopstvenu porodicu (Radović-Marković, 2022). Zbog toga, razmatrajući status sa aspekta rađanja, boljeg nataliteta u zemlji, treba razmišljati u pravcu rešavanja njihovog materijalnog statusa. Centar za politiku i emancipaciju je u saradnji sa Sindikatom lekara i farmaceuta Srbije, sproveo istraživanje o odlasku lekara iz zemlje. Razlozi zbog kojih odlaze jesu: nesigurno zaposlenje, mobing na radnom mestu, izloženosti nasilju.

Važnost, spretnost, stručnost medicinskih sestara je prikazana u Americi i Velikoj Britaniji, gde pored nege, uloga sestara sa klinika jeste da dijagnostikuju zdravstvene poteškoće i propisuju lekove i druge terapije, u zavisnosti od propisa države. Posao sestara se ogleda u koordinaciji nege pacijenata sa multidisciplinarnim timovima. One pružaju negu u zajedničkom radu sa lekarima i nezavisno (Karam et al., 2021).

Što se tiče lekara, iz Srbije godišnje odlazi oko 600 na rad u druge zemlje i to najvećim delom radiolozi, anesteziolozi i kardiolozi. Ovo je ogroman problem jer, na primer za jednog specijalistu, država treba da čeka dodatnih deset godina specijalizacije svršenog diplomca.

Najveći deo lekara je skoncentrisan po većim gradovima, dok je u manjim mestima, konkretno seoskim, osetan deficit. Mnoge seoske ambulante su bez doktora. Međutim, ni pojedine ponude stanova od strane lokalnih samouprava, nisu posebno podstakle mlade lekare na njihov dolazak u unutrašnjost. Polazeći od toga da je prihvatanje rada u manjim mestima veliki izazov, jer kaže praksa da se ponekad mora odraditi i neka manja hirurgija, nije naišao na odaziv naizgled motivisanih lekara. Ipak, država izlazi sa predlogom da se lekari i medicinske sestre motivišu većom zaradom i rešavanjem stambenog pitanja, kako bi radili u manjim mestima. Još jedan predlog za „oživljavanje” zdravstvenih ambulanata u selima i manjim gradovima, sa velikom

ulogom porodičnog lekara opšte prakse, je efikasan model. Time bi se podigla svest o očuvanju zdravlja postojećeg stanovništva uz pomoć skrining programa, gde se vrši primena nekog pregleda kod pacijenta u cilju ranijeg otkrivanja bolesti i ušteda novčanih sredstava za kasnije dugoročno lečenje, ukoliko se bolest ne bi na vreme otkrila.

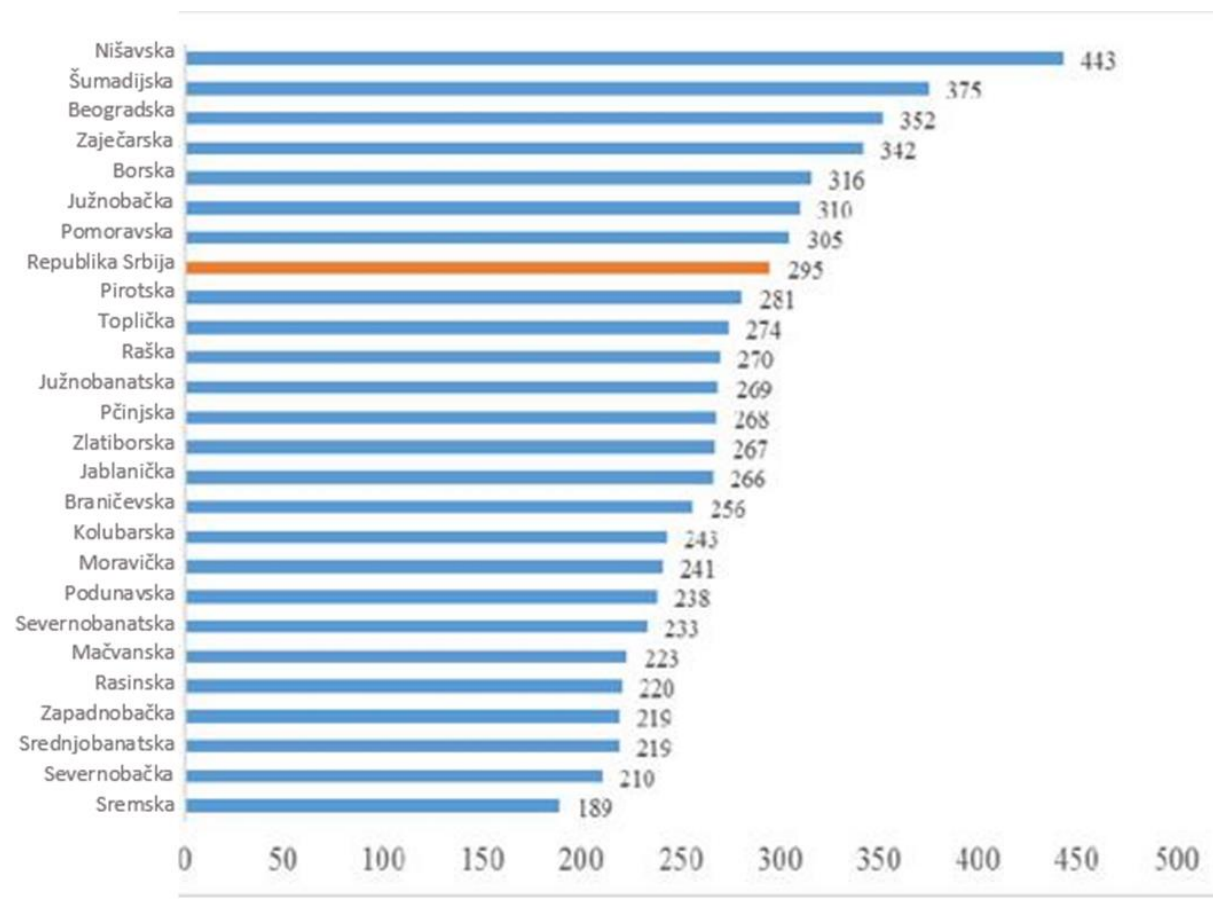
Zbog loše reorganizacije, imamo preplavljenost lekara opšte prakse, pedijatra i internista, dok je država u deficitu sa anesteziolozima, intenzivistima, radiolozima i transfuzijskom medicinom. Zbog nedostatka ovog kadra, odlažu se brojne operacije, te se mora pristupiti reorganizaciji postojećeg. Srbija raspolaže sa oko 20 hiljada lekara i to 13,5 hiljada specijalista, 3 hiljade lekara opšte prakse, a ostatak od 3,5 hiljada je na specijalizaciji. Na osnovu podataka iz 2023. godine nezaposlenih lekara koji čekaju posao je bilo oko 1,4 hiljade (Sindikat lekara i farmaceutra Srbije, 2023). Mnogi od njih ne žele da rade u prethodno navedenim manjim mestima. Treba istražiti koji bi motivacioni faktori uticali na promenu mišljenja.

Reorganizacija zdravstvenog sistema podrazumeva rasterećenje sekundarnog i tercijarnog sektora. Suština je da se na primarnoj zdravstvenoj zaštiti obavi veći broj pregleda, uključujući i preglede specijaliste. Lečenjem u primarnoj ustanovi bi se predupredila nečija bolest i dalji tok već postojeće bolesti. Ulaganjem u primarnu zdravstvenu zaštitu se pruža zaštita i podrška zdravstvenim radnicima. Bitno je istaći da zdravstvenu zaštitu na primarnom nivou čine domovi zdravlja u državnoj svojini na teritoriji jedne ili više opština. U okviru primarne delatnosti, osim domova zdravlja, postoje i zavodi koji kao zdravstvene ustanove obavljaju zdravstvenu delatnost i pružaju zdravstvenu zaštitu pojedinim grupacijama građana. U skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i u skladu sa Planom mreže zdravstvenih ustanova i potrebama stanovništva, u domovima zdravlja se može obavljati i specijalističko-konsultativna delatnost, koja nije u vezi sa bolničkim lečenjem. S tim u vezi, u njima se mogu obavljati razni specijalistički pregledi. U svim domovima zdravlja bi mogao da se uradi ultrazvuk srca, holter, da se urade mnoge biohemijske analize (na primer hormoni štitne šlezde i mnogi drugi) kako se ne bi dopunski opterećivao sekundarni sektor. Ovakvim pristupom lečenja se ne bi samo uštedelo u vremenu, radi što bržeg i efikasnijeg lečenja pacijenta, već bi, posledično, ekonomska ušteda bila velika.

Na osnovu podataka Lekarske komore Srbije, u 2016. godini je izdato 799 sertifikata, dok je 2012. godine izdato minimalno oko 338. Posmatrajući izdate sertifikate u periodu od 2012. godine do 2021. godine, po navodima Lekarske komore, ne može se tačno navesti broj lekara koji su migrirali iz zemlje, jer neke države ne traže sertifikat dobre prakse. S tim u vezi ne može se navesti tačan broj medicinskog osoblja u migraciji.

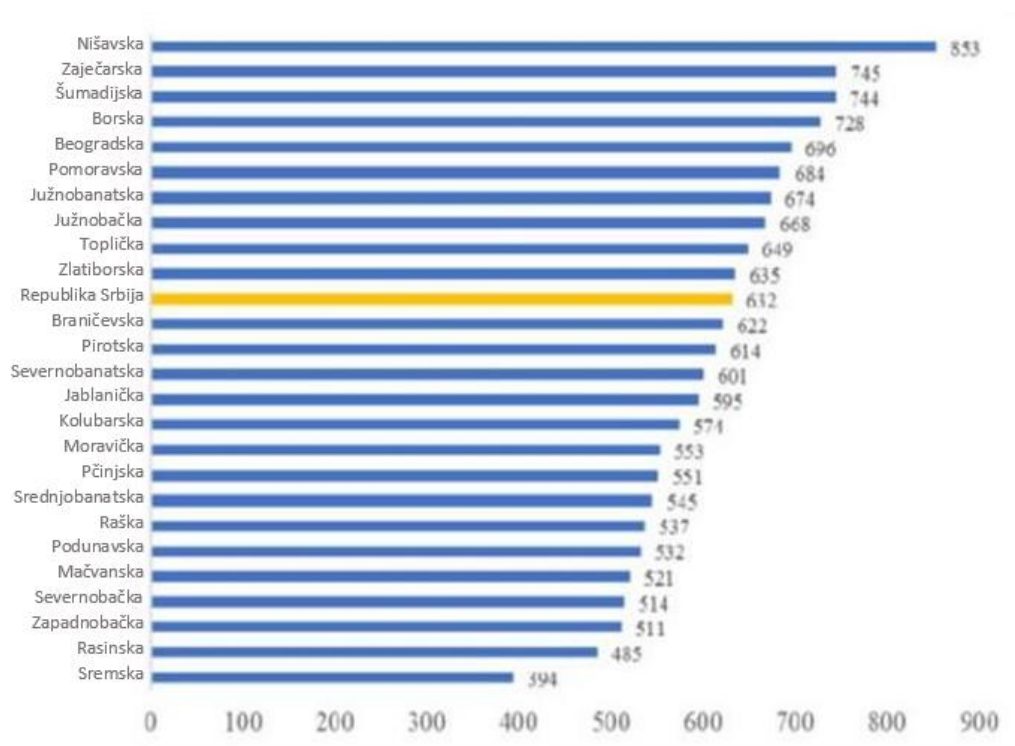
U 2021. godini je primetno smanjen broj lekara, a povećan broj zaposlenih sestara i tehničara u odnosu na prethodne godine. Podaci Republičkog zavoda za statistiku iz 2021. godine govore da se rodilo 70 beba i umrlo 374 osoba. Nakon pandemije korona virusa procene su da je životni vek skraćen sa 75,7 na 72,7 godina (Republički zavod za statistiku, 2021).

U zemljama Evropske unije imamo preko hiljadu medicinskih radnika na 100 hiljada stanovnika. U Srbiji je mnogo niži broj i to oko 620 radnika na 100 hiljada stanovnika. U pojedinim zemljama kao što su Bugarska, Grčka, Litvanija imaju broj od 500 do 900 na 100 hiljada. Što se tiče broja lekara na broj stanovnika,, takođe je niži broj od evropskog proseka.



Slika 4 Broj medicinskih sestara-tehničara na 100.000 stanovnika, prema oblastima, Srbija, 2020.

Izvor: Republički zavod za statistiku, 2021.



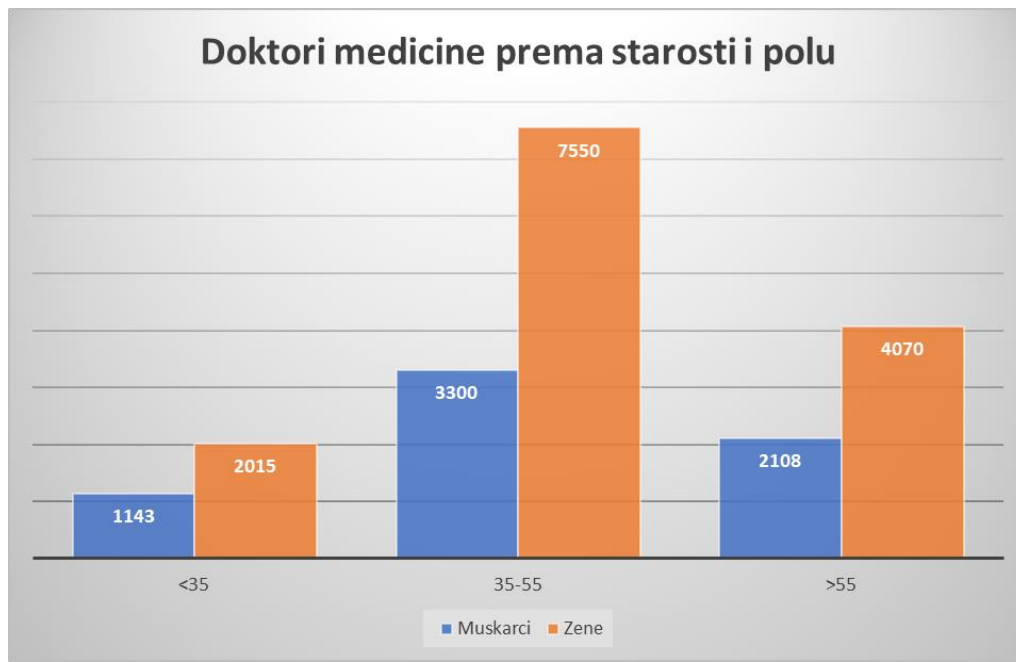
Slika 5 Broj medicinskih sestara – tehničara na 100.000 stanovnika, prema oblastima, Srbija, 2021. godina

Izvor: Republički zavod za statistiku (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 2022)

Na osnovu grafikona vidimo da najveći broj tehničara u odnosu na 100 hiljada stanovnika imamo u nišavskoj oblasti, dok je najniži broj u sremskoj oblasti.

Primetan je veći broj tehničara i sestara. U 2021. godini imamo 632 na 100 hiljada stanovnika, dok je u 2020. godini radilo 620 na 100.000 stanovnika (Republički zavod za statistiku, 2021).

Za razliku od Srbije, u nekoliko zemalja Evropske Unije brojnost medicinskih sestara na 100 hiljada stanovnika iznosi preko hiljadu, dok se u ostalim državama kreću od 500 do 900 (Eurostat, 2022).



Grafikon 3 Doktori medicine prema starosti i polu, Srbija, 2021. god.

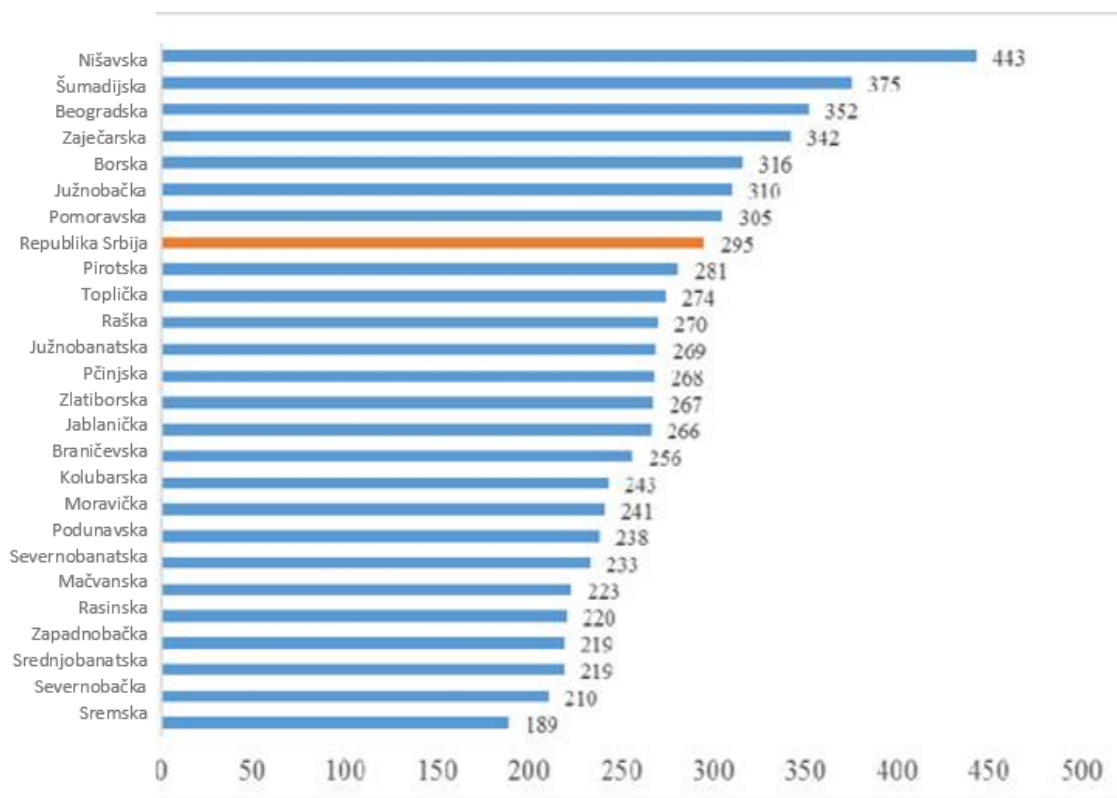
Izvor: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2022.

Sagledavanjem broja godina i starosti doktora, vidimo da u sve tri starosne populacije imamo mnogo veći broj doktora žena od muškaraca. Očigledno je da je u starosnoj populaciji između 35 - 55 godina mnogo veći broj žena u odnosu na muškarce, dok je u starosnoj populaciji ispod 35 godina taj odnos dosta niži. Mnogo je manji broj doktora mlađih od 35 godina (ukupno 3.158 doktora) u odnosu na broj doktora u populaciji 35-55 godina starosti (ukupno 10.850 doktora).

Takođe, starosna struktura doktora, prema rezultatima statističkog zavoda Republike Srbije za 2021. godinu jeste da je trećina lekara bila starija od 55 godina. Od ukupno 20.178 doktora, njih 6.178 je starije od 55 godina, 11 hiljada su imali između 35 i 55 godina, a ostatak od oko 3 hiljade je mlađe od 35 godina (Republički zavod za statistiku, 2021).

Na kraju 2021. godine, u sistemu zdravstvene zaštite Republike Srbije, za stalno je zaposleno ukupno 105.286 radnika. Od ukupno datog broja zdravstvenih radnika sa visokom

stručnom spremom je bilo 23.114. Među doktorima medicine je bilo 3.523 (17%) doktora medicine bez specijalizacije, 3.091 (15%) doktor medicine na specijalizaciji, dok je ukupan broj doktora specijalista iznosio 13.572 (67%). Udeo žena među zaposlenim doktorima medicine je veći u odnosu na muškarce i to 68% prema 32%. Prema podacima o ukupnom broju zaposlenih u zdravstvenim ustanovama u 2021. godini, bilo je ukupno 56.946 zdravstvenih radnika sa višom i srednjom stručnom spremom, dok je od datog broja 43.164 medicinskih sestara - tehničara (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 2022).



Slika 6 Broj doktora medicine na 100.000 stanovnika, prema oblasti.

Izvor: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije, 2021; Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Beograd, 2022.

Broj doktora na 100 hiljada stanovnika je najviši u nišavskoj oblasti, dok je najmanji broj, od 189 doktora, u sremskoj oblasti. Vidno je da broj zaposlenih varira u različitim delovima Srbije.

Na globalnom nivou, spremnost za reagovanje na pandemiju je različito. Ključni značaj su imale i imaju javno zdravstvene funkcije za praćenje kontakata i izolaciju zaraženih koje su presudne za širenje i prenošenje zaraze. Naravno da će nakon pandemije, ekonomski oporavak svih zemalja zavisiti od prethodnog delovanja zdravstvenih ustanova. Prvenstveno treba videti koliki je pad privredne aktivnosti nakon pandemije i sagledati budžet. Ukoliko ne postoji ili je mali finansijski prostor za zdravstvo, bitno je znati upravljati njime. Ukoliko se raspolaže sa dodatnim novčanim sredstvima neophodno je obučiti radnike za dalje lečenje pacijenata i opremiti ih svom potrebnom zaštitnom opremom.

Ekonomija zemalja je u postkovid periodu počela polako da se oporavlja. Kina je tokom pandemije odreagovala najbolje, te je u postkovid periodu bila finansijski jaka. S obzirom na to da je vakcinizacija bila uglavnom obavezujuća, kompanije koje su radile na pravljenju i distribuciji vakcina zaradile su enormno bogatsvo. U Srbiji je 2021. godine počela proizvodnja vakcina „Sputnjik V” u Institutu „Torlak”. Proizvodnja ruskih vakcina protiv korone je označena kao veliki korak u srpskom zdravstvu. Potom je izgrađena fabrika u zajedničkom projektu Kine, Ujedinjenih Arapskih Emirata i Srbije za proizvodnju kineskih vakcina protiv kovida 19. Vrednost projekta je procenjena na 30 miliona evra, ali fabrika nije još uvek počela sa radom.

U svakom slučaju, za vreme pandemije, tokom njenog mutiranja i opadanja, trka za vakcinama je uveliko trajala. Brojne procene su bile da je tokom 2021. godine bilo potrebno oko 10 milijardi doza vakcina, da bi se epidemija stavila pod kontrolu.

2.4.1. Primena veštačke inteligencije u medicini

Pojava veštačke inteligencije (engleski *artificial intelligence*, skr. AI) i njen razvoj ima puno pozitivnih efekata na svetski razvoj ekonomije. Međutim, njena primena ima pozitivna, ali i negativna dejstva na smanjene radnih mesta, gde u kontinuitetu mnogo ljudi gubi posao širom

sveta. U medicini će ovakav način zamene medicinskog radnika zameniti mašine, ređe u smislu odnosa sa ljudima, jer empatiju, osećanja i toplu reč ne može zameniti mašina.

Veštačka inteligencija je zabeležena poslednjih 30 godina, kao i njena efikasnost u svim oblastima nauke i života, a naročito medicine. Njena pomoć za prevenciju, rano otkrivanje i dijagnostiku, kao i lečenje različitih oboljenja je od ogromnog značaja. Od sredine prošlog veka, otkrivene su mogućnosti i benefiti veštačke inteligencije u svakoj medicinskoj oblasti. Sem njenih mogućnosti za dijagnostiku različitih oboljenja i praćenja terapije, može zameniti medicinske radnike u mnogobrojnim drugim aktivnostima.

Veštačka inteligencija daje precizne rezultate, bez subjektivnosti, uz neograničenu mogućnost pravilnog odlučivanja pamćenja i donošenja zaključaka. Njeno učestvovanje imamo i u farmaceutskoj industriji, gde se uz njenu pomoć skraćuju preklinička ispitivanja. Ona donosi zaključke na osnovu verodostojnosti podataka koji su dati na čuvanje, jer se na osnovu njih razvijaju određeni algoritmi.

Kada je u pitanju oblast zdravstvene zaštite koja bi bila zasnovana na veštačkoj inteligenciji, radi se na dodatnom napretku. Iznenadni kvar mašina, bezbednost podataka i nedostatak čovekovog nadzora mora biti u potpunosti siguran i obezbeđen. Zdravstvena zaštita transformisana u vidu veštačke inteligencije može imati veliki uticaj na pacijenta u vidu prevencije, samopomoći, pružanja nege u kontekstu upravljanja hroničnom negom stanovništva itd. Posledično, video bi se veliki pomak u poboljšanju zdravlja i medicinskih inovacija. Sa ovog stanovišta, velika uloga veštačke inteligencije jeste u obezbeđivanju brzih usluga, uštedi vremena, minuta koje u medicini znače mnogo za spasavanje života. Identifikacija potencijalnih bolesti u preventivi, genetskih informacija za predispoziciju bolesti, spašavaju brojne živote i pre nego što nastupi bolest.

Danas imamo veliku primenu robota u raznim medicinskim sferama, kao u zdravstvenoj nezi, gde roboti pre operacije prikupljaju podatke iz medicinskih zapisa, potom analiziraju i vrše operacije uz prisustvo i asistiranje hirurga. Ovakav vid operacije čini da pacijent ima male rezove, te se tretira kao minimalna invazija. Dalje, uočeno je da se primenom AI tehnologije dešava manje komplikacija u odnosu na operacije bez nje.

U medicini je robot korišćen prvi put za operaciju oka, a kardiohirurzi su koristili tzv. mini robot za male proreze na grudima, da bi se kasnije koristili u vidu virtuelnih asistenata za negu. Način upotrebe virtuelnih asistenata za negu bi u ekonomskom smislu doprinelo velikoj finansijskoj uštedi u zdravstvu jedne zemlje. Pošto roboti mogu da odgovaraju na brojna pitanja bolesnika, pomoć virtuelnih medicinskih asistenata oko komunikacijske pomoći sa pacijentima, u vidu saveta za negu i slično, mogu biti od izuzetne pomoći, gde se može uštedeti vreme i novac.

Razvoj AI tehnologije ima još novina među kojima je pretvaranje glasa u tekst. Reč je od tzv. Nuance Communications aplikaciji za prepoznavanje govora koju već koriste lekari u razvijenim zemljama. Ova aplikacija, uz dodatno nadograđivanje drugih aplikacija, verbalne razgovore između pacijenata i lekara preusmerava u pisani tekst, gde ih dalje šalje na pregled od strane čoveka kako bi se osigurala tačnost i onda se eventualno modifikovane beleške pojavljuju u medicinskom kartonu pacijenta. Navedena aplikacija generiše belešku od nekoliko sekundi, tako da lekari mogu odmah imati u vidu rezime stanja pacijenta. Ovo je veoma bitno za lekare na klinikama, jer efektivnost je broj jedan i time se uz pomoć veštačke inteligencije smanjuju administracija koja odnosi mnogo vremena kliničkim lekarima. Naravno da skraćanje vremena za administrativne zadatke lekarima i medicinskim sestrama pruža ostatak slobodnog prostora za njihovo usmerenje u konkretan specijalistički i strukovni posao. Ove aplikacije ne samo da pomažu u transkripciji govora, u naručivanju i prepisivanju lekova, pozivanju korisničkih službi, kod govorne pošte, već i u pružanju plana za dalje lečenje.

Razvijen je i algoritam za učenje mašina da analiziraju 3D skenirane slike, snimke do 1000 puta brže nego što može čovek, te je takav pristup analize rasteretio lekare. U otkrivanju raka novi sistemi veštačke inteligencije daju precizniju dijagnozu na osnovu ultrazvuka i putem senzora pritiska na obolelo područje.

U Srbiji veštačka inteligencija takođe ima primenu u razvoju lekova, dijagnostici i određivanju prave terapije. Međutim, ono što je još uvek teško lekarima jesu dijagnoze retkih bolesti. Uporedo se razvijaju sistemi koji će pomoći lekaru da na osnovu velike količine podataka, obradi informacije i ima veliku preciznost za navedeno. Za ovakve slučajeve, razvijaju se algoritmi koji će umesto lekara prepoznati retku bolest. Nakon otkrivanja pojedine bolesti, na lekaru je da

dalje testira, kako bi se došlo do egzaktnije dijagnoze. Ovakav algoritam služio bi od velike pomoći, te bi nakon lekarskog izveštaja trebalo da prepozna eventualne naznake bolesti za dalja ispitivanja. U Srbiji je ovaj pilot projekat povezan sa državnim data centrom u Kragujevcu, gde se skladište svi podaci. Saradnja je uspostavljena sa UKC Srbije (Univerzitetskim kliničkim centrom Srbije), KBC Zemun (Kliničko bolničkim centrom Zemun) i Dečjom klinikom „Tiršova” (Kancelarija za informacione tehnologije i elektronsku upravu, 2023).

Prema procenama Nacionalne organizacije za retke bolesti, u Srbiji pola miliona građana ima neku retku bolest. Kad se uzme u obzir mogućnost bržeg identifikovanja, ciljnog lečenja i rane dijagnostike, ušteda na lečenju celokupnog broja obolelih bi bila mnogo veća, nego neadekvatno individualano i dugotrajno lečenje do prave dijagnoze (primer Fabryeve bolesti). Ovo je projekat koji se radi u oblasti zdravstva od strane Instituta za veštačku inteligenciju Srbije (Nacionalna organizacija za retke bolesti, 2021). Stoga je zdravstvu i lekarima potreban softver koji može da ukaže na retku bolest. Pored toga, u interesu je da se razvije algoritam za analizu rendgenskih snimaka pluća kako bi se otkrio kovid 19 i izvršila dalja istraživanja u korist ranog otkrivanja raka pluća.

U skladu sa novim istraživanjima i razvoju veštačke inteligencije, postavlja se pitanje za usmeravanje budućih generacija ka određenom zanimanju. Vršena su mnoga ispitivanja i od strane investitora, gde je većina odgovorila da decu treba usmeravati ka medicini. Razlog je zapravo u tome što veštačka inteligencija (AI), kao što je ranije navedeno, ne može zameniti osećanja empatije, topline, razumevanja i tople ljudske reči. Ovim se za sada jasnije daje do znanja da određeni generativni program veštačke inteligencije kao što je ChatGPT nije u mogućnosti na takav način da vidi konverzaciju. Ona ima potencijal da revolucionariše istraživanje generisanjem, analizom i automatizacijom podataka, kao i davanjem podrške inovacijama i novim znanjima (Jungwirth & Haluza, 2023).

Iz prethodno navedenog, neminovno je da primena AI, sa ekonomskog stanovišta, ima pozitivan uticaj kod prevencije lečenja, kao i u uminimiziranju zdravstvenih troškova.

2.4.2. Bezbednost u postkovid ekonomiji

Jedan od osnovnih etičkih principa jeste neškodljivost kojom se rukovode zdravstveni radnici kada pružaju zdravstvenu zaštitu. Bezbednost bolesnika teče u kontinuitetu tokom pandemije i postkovid perioda, gde je prepoznatljiva kao problematična kategorija, od globalnog značaja u zdravstvenom sistemu.

Sigurnost bolesnika u toku lečenja, operacija i postoperativnog stanja je osnovna stavka. Zbog eventualnih grešaka medicinskog osoblja mogu nastati veliki problemi i ugroziti bezbednost pacijenta. Otkrivanje faktora koji utiču na pojavu medicinskih grešaka je bitna komponenta u u upravljanju kvalitetom.

Smatra se da postoji neadekvatan broj prijava propusta u vezi sa bezbednošću pacijenata. Veoma je bitna primena prospektivnih modela upravljanja rizicima, kakvi su već razvijeni u zemljama Zapadne Evrope. Savremeni koncept podrazumeva uključivanje svih zaposlenih kako bi se adekvatno upavljalo rizicima, prilikom pružanja zdravstvenih usluga. Radi se na ispitivanju faktora koji utiču na stvaranje medicinskih grešaka. Kod zemalja u razvoju, sa novim tehnologijama se sagledava način sa kojeg se polazi, kako bi se vršio proces identifikacije i prevencije rizika u sistemu zdravstvene zaštite. Zdravstvena ustanova je nadležna da se brine o bezbednosti i zaštiti pacijenata, da nadzire faktore rizika i preduzme pojedine procedure za njeno minimiziranje. Određene mere moraju biti bezbedne, efikasne, usklađene sa načelima profesionalne etike i protokolima, zasnovane na naučnim dokazima i dr.

Bezbednost pacijenata, kao i bezbednost zaposlenog medicinskog osoblja mora poštovati etički kodeks Komore zdravstvenih ustanova. Na osnovu kodeksa Komore zdravstvenih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije, neophodno je odgovorno se ponašati prema pacijentu, ali i prema kolegi. Neophodno je raditi timski i preneti znanje mlađim kolegama, odnosno edukovati ih. Međutim, zbog narušenih međuljudskih odnosa nailazimo na nepoštovanje određenog principa etičkog kodeksa. Na primer, mnogi zbog loše komunikacije odluče da promene sredinu i odu u inostranstvo. Razlog ne bude samo u zaradama, već loš odnos između zaposlenih. U drugim zemljama se poseban značaj daje na odnosu i međusobnom poštovanju između zaposlenih,

takozvanom timskom radu. Time je poslodavac u obavezi da osigura sigurnost i zdravlje na radu svojim zaposlenima, uključujući zaštitu od profesionalnih rizika, obuku, informisanje i obezbeđivanje adekvatne organizacije, odnosno uvođenje zaštitnih mera na radu (Novaković, 2024).

3. Uticaj pandemije na rashode u zdravstvu i efekti mera u poboljšanju statusa zdravstvenog sistema Srbije

3.1. Makroekonomski faktori

Početak pandemije koronavirusa je izazvao brojne negativne posledice koje su pretile padu bruto domaćeg proizvoda (BDP-a), javnih prihoda, investicija, izvoza i zaposlenosti (Stanišić, 2020).

U ekonomske faktore koji utiču na troškove za zdravstvenu zaštitu, spadaju BDP po glavi stanovnika, nivo dohotka, poreski prihod, tehnološki napredak, stopa inflacije, likvidnost, međunarodna trgovina. Promena BDP-a po glavi stanovnika je izražena promenom javnih troškova zdravstvene zaštite, među kojima se ubrajaju poreski prihodi, stopa zaposlenosti i razvoj privrede. Očigledno je da se što boljom naplatom poreza od strane obveznika, podstiče rast poreskih prihoda i stabilizacija inflacije uz finansiranje rastuće potrošnje, uz posledičan rast BDP-a. Međutim, tokom koronavirusa imamo osetan pad potrošnje u zdravstvu, jer je upravo pandemija dovela do promene navika u ponašanju potrošača.

U ranijem periodu su mnoge zemlje bile obuhvaćene ekonomskom krizom i visokom nezaposlenošću. Niska stopa zaposlenosti je uticala na manje kvalitetan životni standard. Kao posledica navedenog, nizak dohodak je doprineo nižoj kupovnoj moći stanovništva i lošoj ishrani. S tim u vezi zdravstveno stanje stanovništva u određenim zemljama sveta je tokom devedesetih godina 20. veka bilo teško.

Nacionalni dohodak predstavlja jedan od makroekonomskih pokazatelja i ima veliku ulogu za obezbeđivanje celokupne zdravstvene zaštite. On je osnovni uslov za uspon zdravstvenog statusa stanovništva i njegov održiv razvoj. Zbog nižih zarada, upravo najsiromašniji sloj stanovništva jeste ogledalo zemalja sa najsiromašnijim stanovnicima. Oni imaju veći broj obolevanja i bolesti, jer nemaju razvijene sisteme, te kao takvi ni nemaju puno raspoloživih rešenja za rešavanje posledica bolesti.

Na osnovu pristupačnih podataka, stiče se uvid da zdravstveni izdaci u zemljama OECD-a u najvećoj meri zavise od nivoa dohotka i obrazovanja stanovništva. Sa druge strane, stopa nezaposlenosti i ratio zavisnosti nemaju statistički značajan uticaj na zdravstvene izdatke (OECD, n.d.).

Rast makroekonomskih faktora, a naročito nacionalnog dohotka, je posledično uticalo na obezbeđivanje zdravstvene zaštite, koja je važan preduslov za održavanje i bolje zdravlje stanovništva (Madžar L., 2020).

U vezi sa navedenim makroekonomskim pokazateljem, polazimo od činjenice da što veći prihod utiče na bolju i kvalitetniju uhranjenost ljudi i dece, što za efekat stvara zdraviju i otporniju mladu populaciju. Efekat toga je, gledajući u budućnost, da država ima kvalitetnu intelektualnu i proizvodnu radnu snagu, što zaokružuje jedan životni ciklus. Razumljivo je da zdravlje ne predstavlja samo odsustvo bolesti, već i sposobnost ljudi da razviju svoje potencijale. Ljudi su više produktivni kada im je zdravlje dobro. Nema odsustva sa posla, pa se time stvara veća produktivnost i manje finansijsko opterećenje društva. Država postaje privredno jača, čim je stanovništvo sposobno i radno aktivno.

Neekonomske varijable kao što su stanovništvo, kvalitet poslova, nivo obrazovanja, društvena nejednakost i stil života opredeljuju troškove u zdravstvu.

Tokom 2020. godine u Srbiji je zbog pandemije koronavirusa uvedeno vanredno stanje i ograničeno kretanje. Zbog novonastalih mera je došlo do vidnog poremećaja u privrednom i javnom životu. Pandemija je dodatno uticala na finansijsku stabilnost zdravstvenog sistema.

Procene su da je pad bruto domaćeg proizvoda u Srbiji, tokom pandemije 2020. godine, bio manji nego u zemljama u okruženju. Razlog nižeg pada jeste zbog dobrih rezultata sa početka godine. Procene za 2020. godinu su ukazivale na negativan pad BDP-a. Upravo, zbog tadašnjeg zaključavanja (tzv. „lockdown”) u drugom kvartalu 2020. godine je došlo do realnog pada BDP-a za 6,5%, u odnosu na isti period prethodne godine (Republički zavod za statistiku, 2020). Prema procenama Ministarstva finansija, na kraju 2020. godine realni pad BDP-a je trebalo da bude -1%, što pokazuje i zveštaj Narodne banke Srbije za 2024. godinu (Narodna banka Srbije, 2024).

Kretanje finansijskih tokova u zdravstvu je bitno zbog pokazivanja realne slike zdravstvenog sektora i od velike važnosti za dalju projekciju.

Mnoge zemlje u razvoju, u okviru društvene potrošnje, sprovode politiku prilagođavanja u korist njima bitnim prioritetima. Pojedine zemlje su veći udeo u potrošnju pomerale ka odbrani zemlje, a smanjivale udeo za zdravstvenu zaštitu. Većina srednje razvijenih i nerazvijenih zemalja je alocirala veći procenat svog društvenog proizvoda na servisiranje dugova, umesto da je odvajala za zdravstvenu zaštitu (Vukmanović, 1994). Upravo je pandemija poremetila značajne elemente partnerstva između zemalja u razvoju i država sa visokim dohotkom (Umphrey et al., 2022).

Nakon povećanih izdvajanja za zdravstvene i obrazovne usluge, uz pojedine reforme koje doprinose široj dostupnosti i boljem kvalitetu usluga, smanjuje se ekonomska nejednakost i ostvaruje bolji ekonomski razvoj (Arsić, 2022).

Kretanja troškova zdravstvene zaštite i zdravstvenog sistema su bila velika tokom kovida 19. U svim razvijenim zemljama je došlo do ogromnih troškova zdravstvene zaštite. Iz tog razloga mnoge zemlje preduzimaju razne strategije za njihovo umanjeње i oporavak (kao što su zemlje OECD-a). Mada njihov oporavak zavisi od više prioriternih faktora i to obrazovne i starosne strukture stanovništva, kao i nivoa razvijenosti zemlje. U krajnjem smislu, možemo reći da bi krajnji pad troškova u zdravstvu doveo do potpunog siromaštva. U ostale faktore koji utiču na povećanje javnih troškova zdravstvene zaštite spadaju rast radne snage, rast poreskih prihoda i rast privrede izražen BDP-om po glavi stanovnika. Zato je naplata poreskih prihoda bitan činilac u sprečavanju rasta troškova u zdravstvu, kao i u stabilizovanju inflacije.

S obzirom na to da je tokom kovida 19 bila zabrana kretanja, mnogi pacijenti nisu ni vršili kontrole, niti išli do lekara uprkos bolovima. Rezultat manje zdravstvene potrošnje, odnosno njenog pada jeste zbog prisutne koncentracije virusa, te su brojna lečenja samoinicijativno odložena do daljnjeg.

Inače, sredstva za zdravstvenu zaštitu osiguranih lica su obezbeđena od strane RFZO-a, dok su sredstva za neosigurane građane, mere za prevenciju bolesti i promociju zdravlja i specijalni program za celu populaciju, obezbeđena od strane Republičkog budžeta.

Znači, dodatno finansiranje Republičkog zavoda/Fonda za zdravstveno osiguranje se vrši iz različitih budžetskih izvora. Ovde možemo napomenuti i izvor Penzionog fonda gde se odvajaju sredstva od strane Ministarstva finansija za nezaposlene. Sa druge strane, od strane pravnih i fizičkih lica koja su zaposlena, sredstva za zdravstvenu zaštitu se slivaju na podračun RFZO-a.

Za posmatrani period od 2000. do 2012. godine Srbija je nedovoljno investirala u zdravstvo, u odnosu na zemlje CIE (Grounds,.. & McKinlay, 2022). Da bi dostigla prosek ovih zemalja od 2016. godine krenulo se sa nešto većim investiranjem u zdravstvo. Dodatnom edukacijom i informisanjem građana, kao i određenim donesenim regulatornim okvirima utiče se na jačanje uloge i afirmacije zdravstvene zaštite. Regulatorna država, mnogobrojni međunarodni okviri, potom progresivni ekonomski modeli, kao i oni koji uključuju socijalne, zdravstvene i ekološke ciljeve, nude mogućnost transformacije i manje štete (Friel et al., 2023).

Dolaskom pandemije, tendencija rasta BDP-a naglo stagnira. U 2022. godini vanredno izdvajanje za zdravstvo se znatno smanjilo i bilo za oko 5 puta manje od izdvajanja tokom pandemije. Međutim, sredstva za pomoć koja su se izdvajala za građane su se i dalje izdvajala u 2022. godini, sa nešto umanjanim novčanim iznosima.

Pandemija koronavirusa je uticala na održivost javnog duga velikog broja zemalja. Zato su mnoge zemlje sprovodile programe fiskalne konsolidacije (MILIĆ, 2020). Fiskalne intervencije posle pandemije su doprinele da se evropska privreda u kratkom roku oporavi od duboke recesije. Zbog zdravstvene krize, u zemljama Evropske unije, pad BDP-a u 2020. godini je iznosio 5,9% (Eurostat, 2021). Nakon preduzetih fiskalnih i monetarnih mera i u ovim zemljama je osetan ekonomski oporavak. One su sprečile da se prvi udar krize prelije na veliki gubitak.

U sektor zdravstva se malo ulagalo unazad nekoliko godina, čak i nekoliko decenija. Zbog toga je tokom kovida 19 moralo da se ulaže mnogo u kapacitete. Država je bila primorana da brojne sportske hale u mnogim gradovima preuredi u takozvane privremene bolnice i u istim smesti srednje i lakše kovid pacijente. Kako je broj pacijenata rastao, kapaciteti bolnica su bili sve manji, pa je država bila primorana da pristupi izgradnji novih bolnica.

Neophodno je istaći da je pandemija kovida 19 ukazala na detaljnije planiranje održivog života u gradovima, naročito imajući u vidu da će po brojnim projekcijama dve trećine svetske populacije živeti u gradskim sredinama (Радовановић & Живић, 2022).

3.1.1. Makroaspekt pandemije kovida 19

Za vreme pandemije smo bili svedoci događaja da su zemlje sa najsavremenijom zdravstvenom zaštitom imale najveći broj infekcija. Očigledno kontraproduktivno, ali ipak se pokazalo da su mnogi zdravstveni sistemi sa dovoljnim brojem lekara i kreveta po glavi stanovnika, imali veće epidemijske razmere. Zaključuje se da su razvijene zemlje imale previše samopouzdanja tokom pandemije, te su bile loše pripremljene za nadolazeći talas (Rodríguez-Pose & Burlina, 2021). Sa druge strane, zemlje, regioni, ekonomije i populacije, koje su manje izložene globalizaciji, imale su sporije širenje kovida 19.

Kako bi se odolelo pandemiji i njenom uticaju na privredu i budžet Srbije, država je pristupila izmenama, odnosno rebalansima budžeta, kojima je krajem 2020. godine i početkom 2021. godine snažno povećavan fiskalni deficit. Kasnijim rebalansima budžeta za 2021. godinu predloženo je smanjenje fiskalnog deficita od oko 900 miliona evra. Navedeno bi se prikazalo sa 6,7% BDP-a na 4,9 % BDP-a, što predstavlja dobru osnovu za dalju stabilizaciju javnih finansija u narednim godinama (Rodríguez-Pose & Burlina, 2021).

Što se tiče prognoza bruto društvenog proizvoda i njegovog najavljenog rasta od 6%, u 2021. godini je dostigao očekivanja rastom zarada i to zahvaljujući dobroj privrednoj aktivnosti. Svi makroekonomski faktori su imali jak uticaj na povećanje budžetskih prihoda. Sredstva iz budžeta nisu samo iskorišćena za smanjenje fiskalnog deficita, već i za povećanje javnih rashoda, odnosno veće ulaganje u zdravstvo i infrastrukturu. Ulaganja su usmerena u Klinički centar Srbije, kovid bolnice, saobraćajnu infrastrukturu i drugo. Posmatrajući period od 2017. do 2019. godine, Srbija je ostvarila blagi suficit od cca 30 miliona evra (oko 0,5% BDP-a). Zatim, u periodu od 2019. do kraja 2021. godine, javni dug je porastao sa 24,4 milijarde evra na 30,5 milijardi evra, odnosno za oko 6 milijardi evra (Rodríguez-Pose & Burlina, 2021).

Ovakve mere su naišle na pozitivan odaziv od strane više institucija, uzimajući u obzir i nezavistan državni organ koji vrši procenu fiskalnih rizika i verovatnoću da će država ostvariti fiskalne ciljeve u budućnosti. S obzirom na to da je reč o 2021. godini, inače drugoj godini pandemije (dve godine od kako je proglašena epidemija), bile su viđene srednjoročne posledice određenih sektora i to turističkog sektora, avio industrije i dr.

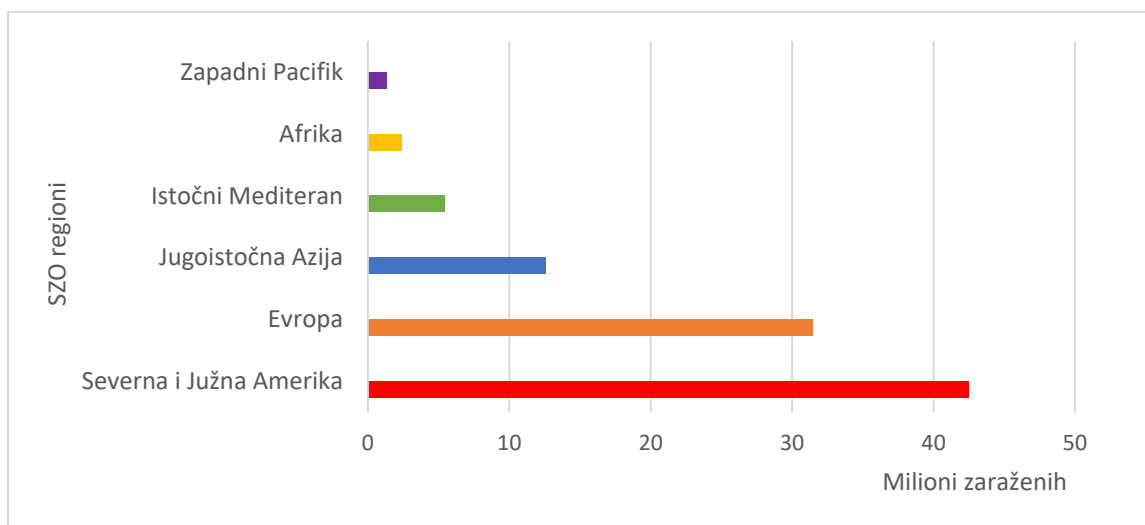
Da bi napor protiv pandemije bio uspešniji, mnogobrojniji sistemi su bili prinuđeni da se prilagođavaju. S obzirom na to da je kovid bio veoma zarazan, za sobom je ostavio veliki mortalitet ljudi. Godina 2020. je samo uvod u pandemiju, a tamo gde su pojedine opštine teže pogođene na početku pandemije, izložena populacija postaće otpornija u kasnijim stadijumima pandemije (Galjak, 2022). U mnogim zemljama zdravstveni sistemi su bili oslabljeni. To je dovelo do potrebe da oni, kao i zdravstveno osiguranje bude što bolje pripremljeno i spremno za ovakve iznenadne događaje.

Zbog toga je očigledno neophodan veći stepen prilagođavanja zdravstvenog sistema. Virus je uticao na delatnost osiguranja. Inače, ne samo zbog epidemije, već i zbog mnogo pacijenata, odnosno korisnika medicinskih usluga, sistem socijalnog osiguranja i sistem zdravstvene zaštite su pred velikim pritiskom. Oni moraju da se revitalizuju i donesu mnoge promene za njihovo funkcionisanje.

U svim zemljama sveta, razvijenim i zemljama u tranziciji, smo svedoci visoke smrtnosti, odnosno mortaliteta zbog pandemije, ali i slabosti medicinskog sistema. Kroz primer Italije smo uočili da slab zdravstveni sistem nije mogao da odgovori tokom prvog talasa pandemije. Zbog toga je bitan viši stepen prilagođavanja na svim nivoima.

Četiri decenije unazad postoji ogroman pritisak na zdravstvene fondove u svim zemljama. Zdravstvena zaštita se u najvećem broju zemalja finansira iz tekućih priliva sredstava u fondove, odnosno po principu koliko se prikupi, toliko se i potroši.

Starenje stanovništva je takođe jedan od značajnijih uzroka zabrinutosti, jer sa starenjem stanovništva su veći troškovi zdravstvene zaštite. Na povećanje troškova osiguranja i ukupnih troškova zdravstvene zaštite utiče i moralni hazard (Janković, 2011).



Grafikon 4 Broj slučajeva zaraženih koronavirusom u toku 2020. godine po kontinentima

Izvor: Svetska zdravstvena organizacija (SZO), 2020

Iz Grafikona 4 zaključujemo da je virus zahvatio svaki region i skoro sve zemlje. Do kraja 2020. godine samo mali broj zemalja nije imao ni jedan slučaj kovida 19. U periodu od tri meseca je prijavljeno skoro million zaraženih osoba iz svakog regiona Svetske zdravstvene organizacije. Međutim, varijacije u obimu i intezitetu prenosa između regiona, unutar zemalja i između područja unutar zemalja su bile različite.

Tokom pandemije, od strane SZO-a je izrađen nacrt, čiji je cilj bio što kvalitetnija koordinacija između naučnika i zdravstvenih stručnjaka, kako bi se ubrzao proces istraživanja u svrhu davanja kvalitetnog globalnog odgovora po pitanju virusa (GLOPID-R, 2020).

Podaci Svetske zdravstvene organizacije iz 2021. godine (zaključno sa 14. majem) ukazuju da je ukupno obolelih osoba od korona virusa 160.813.869 ljudi, a da je ukupno potvrđeno 3.339.002 smrtna slučaja. Ukupno je aplicirano preko milijardu doza vakcina, odnosno 1.264.164.553 (World Health Organization [WHO], n.d.-a). Isti podaci u maju mesecu 2023. godine evidentiraju ukupno cca 6,94 miliona umrlih ljudi od kovida 19, na svetskom nivou, dok potvrđenih obolelih slučajeva ima cca 776,89 miliona.

Tokom pandemije, mnoge zemlje Zapadnog Balkana su počele sa izradom strategije i protokola za trijažu, kako bi se spasili mnogi životi i pružila pomoć najugroženijim građanima.

Postperiod iziskuje tačnu i preciznu analizu finansijskih tokova jednog zdravstvenog sistema, kao i projekciju budućih tokova. Međutim, period od par godina od završetka pandemije do danas, nije još dovoljan kako bi se dala egzaktna procena budućih finansijskih tokova u zdravstvenom sektoru.

3.1.2. Makroaspekt pandemije kovida 19 u postkovid periodu

U postkovidu su se mnoge države suočavale sa raznim problemima, kao što je velika zaduženost zbog predstojećeg oporavka zdravstvenog sistema i privrede. Kako bi se finansirale preduzete mere radi oporavka od pandemije, pristupilo se povećanju poreza. Zbog ovakvog postupka su se pobunili mnogi privredni obveznici, a među njima najviše transnacionalne kompanije.

Kako kompanije imaju koristi od infrastrukture i državne potrošnje, neophodno je da vlada jedne zemlje oblikuje tržišta uz propise i poresku politiku.

SZO polazi od toga da poreski sistem nije jedini i ne treba da bude jedini i glavni izvor finansiranja zdravstva, socijalne zaštite, obrazovanja i zelenog rasta koji utiče na pozitivna kretanja klimatskih promena. Na modernu monetarnu ekonomiju se poziva Izveštaj Saveta o finansiranju zdravstvenog sistema Svetske zdravstvene organizacije (SZO) koji ukazuje da postoje i drugi pravci finansiranja (kao na primer izdavanje obveznica jedne vlade). Ovakav pravac bi se bazirao na vladama zemalja koje imaju sopstvenu suverenu valutu (World Health Organization [WHO], n.d.-a).

Sa aspekta zdravstvene politike, primena vakcina je usvojena različito, što je dovelo do mnogobrojnih nejednakosti i do profitiranja farmaceutske industrije. Razlog tome jeste bogaćenje pojedinih transnacionalnih kompanija, umesto deljenja postojećih tehnologija. Bitno je reći da su tokom pandemije mnoge zemlje sa visokim dohotkom stvorile veliko bogatstvo usled održavanja ekonomije i dovele do „pucanja balona” na finansijskim tržištima. Ovakav događaj ide u prilog bogatim pojedincima, dok siromašnim građanima pogoršava životne i zdravstvene uslove. Usred

pandemije, politička realnost mnogih bogatih zemalja nije dopuštala da budu dovoljno humane prema zemljama sa niskim ili srednjim prihodima (Miguel & Mobarak, 2022).

Ekonomski pad usled pandemije korona virusa je otežao mogućnost zemalja da odgovore na zdravstvene i ekonomske efekte pandemije. Skoro polovina svih zemalja sa niskim prihodima je bila u dugovima ili pod visokim rizikom (Njegomir, V., 2021).

Međunarodni sporazum o saradnji sa Ruskom federacijom u oblasti inspeksijskog nadzora nad proizvodnjom lekova i medicinskih sredstava, ima za cilj obezbeđivanje lekova proizvedenih u Ruskoj federaciji.

Zatim, primena tehnologija u zdravstvu je posvećena unapređenju i razvoju zdravstvene zaštite upotrebom savremenih tehnologija gde program može unaprediti i poboljšati uslove lečenja pacijenata. Sa primenom nove tehnologije u Srbiji, još jedna veoma bitna implementacija programa monitoringa stanja i delovanja terapija na pacijente sa kompleksnim dijagnozama, će se naći u primeni, čim prođu svi potrebni testovi i stručne analize domaćih eksperata. Ovakva primena će naići na širi odaziv, ne samo kod pacijenata, već na bolje uslove rada i motivaciju medicinskog kadra.

Na tok pandemije je uticao veliki broj slučajeva virusa, kao „zatvaranje” i mere socijalnog distanciranja radi izbegavanja virusa. Radilo se od kuće, te je rad na daljinu doveo do čestih zdravstvenih narušavanja, kao posledice nedovoljno sprovedenih preventivnih mera medicine rada na radu (Radović-Marković, & Jovanović, 2021). Pandemija je uticala na smanjivanje potrošačke korpe i poslovnih investicija. Bolesti su smanjile veličinu i sposobnost radne snage, uticale na sposobnost radne snage, na obrazovanje i interesovanje stranih direktnih investicija. Investicionu politiku treba usmeriti ka efektivnom ulaganju resursa sa minimalnim rizikom, dobrom likvidnošću i diversifikacijom investicionog portfolija, što predstavlja smanjenje rizika ulaganjem u različita sredstva (Balaban, 2014).

Nedovoljno ulaganje u zdravstvo može predstavljati pretnju globalnom prosperitetu. Neminovno je da je zdravlje glavni pokretač ekonomskog rasta.

Mereno bruto domaćim proizvodom (BDP-om), uticaj povećanog nacionalnog bogatstva je na javno zdravlje veoma širok. Ulaganjem u unapređenje zdravlja posledično može uticati na povećanje BDP-a po glavi stanovnika. Produktivnost se ogleda u zdravstvenoj populaciji koje su ekonomski produktivnije. Proaktivna zdravstvena zaštita dovodi do smanjenja mnogih adaptivnih troškova zdravstvene zaštite koje su u uskoj poveznosti sa nedostatkom nege.

Međutim, nakon završetka krize, poslovna i potrošačka aktivnost se počela oporavljati i globalni BDP je dostigao 84,54 triliona američkih dolara u 2020. godini, odnosno pad privrednog rasta od 3,4% (Radović-Marković & Jovanović, 2021).

Globalna ekonomija se u 2021. godini brzo oporavila od početnog pandemijskog šoka, te je dostigla pozitivan nivo rasta. Sagledavajući taj period ograničenja zbog straha od virusa, zbog pada ekonomske aktivnosti, došlo je do gubitka radnih mesta. Mnoge države su zbog tadašnjih mera, držale radnike u kućama, što je smanjilo radnu snagu po firmama, time je opadala produktivnost i mnoga preduzeća su bila prinuđena da se zatvore. Kod pojedinih preduzeća je fleksibilnost u poslovanju, kao i smanjena ranjivost preduzeća, pokazala otpornost postojećem pandemijskom riziku (Radović-Marković & Radović, 2022).

Privredni oporavak od pandemijske krize je bio brži nego što se očekivalo, jer je većina država odreagovala mnogo boljim predlozima i političkim angažovanjima, odnosno angažovanju mnogobrojnih vlada država, kao i njihovih političkih aktivnosti. Pandemijska je izazvala geo-ekonomski preokret, jer je došlo do rivalstva između nacionalnih vlada i njihove nedovoljne sposobnosti da se bave stvarima od interesa u zdravstvenoj oblasti (Jeanne, L...& Noiret, 2023).

Tokom 2020. i 2021. godine mnogi kreatori politika, kao što su kreatori federalne politike su podržali ekonomiju i uticali na ublažavanje nastalih teškoća, u cilju ekonomskog oporavka. Prema Nacionalnom birou za ekonomska istraživanja, najdublja recesija u periodu od dva meseca (mart i april 2020. godine) je bila i najkraća. Smatra se da je razlika u odnosu na prethodnu veliku ekonomsko-finansijsku krizu od 2007. do 2009. godine u tome što su politički odgovori bili potpuno različiti.

Na primer, federalne rezerve su kod obe recesije preduzele određene korake sa monetarnom politikom, kada su snizile kamatnu stopu za monetarnu politiku na nulu i potom sprovodile kupovinu sredstava velikih razmera, što predstavlja kvantitativno ublažavanje. Međutim, bez pomoći fiskalnih mera, ekspanzivna monetarna politika ne bi bila uspešna u stimulanju brzog oporavka ili podizanje stope inflacije FED-a od 2 posto nakon velike recesije (Federal Reserve, n.d.).

Ovakav oporavak se zapravo desio krajem pandemije, ali se ipak u 2021. godini zbog inflacije menjao tok stvari kada se dodatno uložio napor da se smanji inflacija, uz održavanje visoke zaposlenosti. Ekspanzivna monetarna politika FED (Federal Reserve System) je bila kompaktna sa postizanjem cilja visoke zaposlenosti i stabilnih cena, što je zahtevalo smanjenje na nezaposlenost i podizanje stope inflacije.

Kovid 19 je širom zemlje izazvao poremećaje glavnih lanaca snabdevanja i industrije: porast nezaposlenosti, pad trgovine, pad proizvodne aktivnosti i obrazovanja, kao i posledice na poljoprivrednu proizvodnju. Ovi ekonomski indikatori su predstavljali glavne pokazatelje usporenosti privrede jedne države i ukazivali na pojavu inflacije. Pojava inflacije 2021. godine je stvorila izazovno okruženje za monetarnu politiku. Bez obzira na napore za njeno smanjenje, u martu 2022. godine je došlo do povećanja kratkoročne ciljane kamatne stope.

Epilog pandemije pokazuje da privreda beleži oporavak. Nivo radnih mesta je porastao i dostigao nivo pre pandemije, mada je i dalje bio mali i u skladu sa optimalnim rastom radnih mesta bez pandemije. Ovde se postavlja pitanje za dalje kretanje privrede, zbog pojave inflacije izazvane globalnim dešavanjima u svetu.

Naravno da je virus, pored opasnosti po javno zdravlje, predstavljao najosnovniji rizik i uticao na celokupan ekonomski i privredni razvoj svih zemalja. Kovid 19 je doveo do nadnacionalnih izazova, različitosti u vezi procesa imunizacije stanovništva. Ovaj proces je zapravo bio korak u suzbijanju pandemije, ali je ipak imao i druge političke motive. Različiti poremećaji u ekonomskim, političkim, državnim i međunarodnim odnosima su dovodili do raznih posledica po pitanju stabilnosti.

Javne finansije Srbije su morale od samog početka zdravstvene krize 2020. godine, da se prilagođavaju i da trpe velike troškove. Zbog velikih vanrednih troškova, tokom pandemije, vršeno je više rebalansa budžeta, sve u korist rešavanja tadašnje loše ekonomske situacije. Po završetku pandemije Srbija je morala da odoli njenim posledicama. Pozicija i ekonomska spremnost države se pokazala kroz mnogobrojne ekonomske pakete mera privredi i stanovništvu, što je uticalo na to da BDP zemlje ne rezultira većim padom.

U 2022. godini se prenosi relativno nizak fiskalni deficit ispod 1,5% BDP-a, gde se ocenjuje kao dobar temelj na kome bi trebalo da počiva fiskalna politika (Fiskalni savet, n.d.) Fiskalni deficit od 4,9% BDP-a je bio i dalje visok, mada su ga većim delom obuhvatale vanredne mere povezane za zdravstvo. Skoro 3,5% BDP-a su činile vanredne mere povezane sa zdravstvenom krizom. One obuhvataju isplatu privredi i stanovništvu, investicije, nabavke u zdravstvu (kovid bolnice, vakcine) i vanrednu pomoć državnim preduzećima (Er Srbija i drugi).

Da bi se nadoknadili izgubljeni troškovi, veliku ulogu je imao Budžet države. Izdvajanjem novčanih sredstava za zdravstvenu zaštitu, došlo je do povećanja budžetskog deficita i javnog duga. Nakon utvrđenog rebalansa budžeta usvajaju se mere novčanog direktnog davanja građanima.

Snažne fiskalne i monetarne mere su sprečile da kriza utiče na gubitak radnih mesta. S tim u vezi, evidencija podataka o kretanju zaposlenosti je bila osnovni cilj za mere fiskalne monetarne politike. Na nivou Evropske unije (EU) imamo pad broja zaposlenih u 2020. godini za 20% manje nego u prethodnoj krizi 2009. godine. Upoređujući obe krize, vidna je kontradiktornost, jer je reč o zdravstvenoj krizi u 2020. godini, koja je bila dosta dublja, da bi se njen oporavak osetio samo godinu kasnije, za razliku od krize iz 2009. godine čiji je oporavak trajao mnogo duže (Fiskalni savet, 2022).

Svaka država vrši različitu podelu sredstava u skladu sa različitom potrebom i ciljevima, interesnim grupama i političkim, tržišnim ograničenjima. Brojni programi u zdravstvu se finansiraju iz različitih fondova, a potom iz opštih prihoda.

Pod opštim prihodima potpadaju prihodi kojima se finansira javna potrošnja i bez prethodno definisane namene. Socijalno osiguranje se oslanja na namenske prihode od premija, a njihov izvor su poslodavci i zaposleni. Postoji mogućnost da će program koji se finansira iz socijalnog osiguranja imati više sredstava.

Korona je povećala zdravstvene rashode tokom pandemije i nakon pandemije, jer se mnogi bolesnici nisu kontrolisali ni lečili za vreme pandemije zbog straha da će dobiti virus. Rast rashoda u zdravstvu je doveo do dramatičnog rasta troškova i do velikog rasta zdravstvene zaštite i zdravstvenih izdataka savremenih zemalja. S tim u vezi, mnogo je toga usmereno na smanjivanje troškova zdravstvenih usluga. Rast troškova se nakon pandemije očekivao u razvijenim zemljama i zemljama u razvoju.

Zdravstveni sektor je osetio veliki pomak kada je nakon pandemije smanjen broj uputa iz primarne zaštite, ka sekundarnom i tercijarnom nivou zaštite.

Kako bi se dobila prava slika zdravstvenog sektora od izuzetne važnosti je neophodno praćenje finansijskih tokova i nastavak proizvodnje nacionalnih zdravstvenih računa (NZR) na redovnoj bazi. U razvijenim zemljama se izdvajaju velika finansijska sredstva i povećava angažman radne snage, sve u svrsi kvalitetnije zdravstvene zaštite.

Zbog vanrednih nabavki u zdravstvu, tokom pandemije su troškovi RFZO-a opali za 25 milijardi dinara. Tačnije, u 2020. godini ukupni rashodi RFZO-a uključuju i zdravstvene ustanove sa 35% iznad proseka u odnosu na pretkrizni period od 2015. do 2019. godine. Pošto je naplata doprinosa bila dosta sporija, a troškovi veći, očekivalo se da deo ukupnih rashoda, koje RFZO nije bio u stanju da pokrije iz izvornih prihoda, dotira država kroz transfere RFZO-a, (RFZO, 2022).

Na osnovu podataka iz Ministarstva finansija, od planiranih 386,3 milijarde dinara namenjenih zdravstvu, najveći deo predviđen je za RFZO i to 353 milijarde dinara. Ukupan iznos ne sadrži ulaganja vezana za Kancelariju za upravljanje javnim ulaganjima, gde je predviđeno dodatnih 15,2 milijarde dinara za zdravstvo (Ministarstvo finansija Republike Srbije, 2022).

Finansiranje je veoma bitna stavka u celokupnom zdravstvenom sistemu i zbog toga je bitno na koji način se koriste sredstva. Veoma je važno da postoji odlična finansijska poluga koja bi

održavala kontrolu i zaštitu od rizika, vršila kontrolu distribucije. Finansiranje zdravstvenog sistema bi trebalo obuhvatiti raspodelu sredstava, metode racionalizacije i finansiranja, kao i određeni aranžman za finansiranje. Finansiranje zajednice, socijalno osiguranje, kao i privatno osiguranje potpadaju pod opšte prihode. Sredstva se određuju na osnovu datih metoda finansiranja. U zavisnosti od raspoloživosti sredstava ista se preusmeravaju za zdravstvenu zaštitu, resurse i dr.

Finansiranje ima direktan uticaj na opstanak i razvoj zdravstvene zaštite, i glavni je faktor nivoa i distribucije u medicini. Što je finansiranje bolje, to je veće zadovoljstvo javnosti i uticaj na zdravstveni sistem. Time se utiče na zdravstveni status i zadovoljstvo javnosti. Finansijski rizik je niži ili viši u zavisnosti od toga kakva je raspodela sredstava. Kada usluge od strane javnih ustanova nisu besplatne, onda pacijenti moraju da izvrše plaćanja. Na korišćenje zdravstvenih usluga, zadovoljstvo potrošača, zdravstveni status i pacijentov pristup utiču različite medicinske usluge i promene u osiguravajućoj zaštiti.

Sistem može da organizuje plan osiguranja ili da dozvoli konkurenciju za obezbeđivanje osiguranja ili centralizaciju javnih finansija. Kod naprednih ekonomija, veoma je teško postići jednake ciljeve i postići manji rizik uz dobrovoljno osiguranje. Sa druge strane, siromašne zemlje ne mogu da finansiraju adekvatne usluge, ako centralna vlast ne preduzme određene regulative.

U skladu sa procesima globalizacije svetske ekonomije, u našoj zemlji državno zdravstveno osiguranje gubi na značaju. Ujedno se talasi razvoja zdravstvenog i penzijskog osiguranja preusmeravaju na osiguravajuće kompanije (Milošević & Tepavac, 2009).

3.1.3. Rebalans u zdravstvu

U prethodnim godinama je veliki broj indirektnih budžetskih korisnika uključen u sistem redovnog budžetskog izveštavanja, među kojima su uključene ustanove socijalne zaštite i zdravstvene ustanove. Bitno je navesti da se uključivanje zdravstvenih ustanova u sistem redovnog izveštavanja ne vidi direktno kroz republički budžet, već se vidi kao deo RFZO-a, a to znači na nivou opšte države.

Na osnovu Završnog računa za 2022. godinu evidentirana je preraspodela od oko milijardu evra, odnosno 12 milijardi dinara iz budžetskih rezervi. Odavde je ostala nejasnoća na šta je potrošeno više od 500 miliona evra. Iz evidencije Fiskalnog saveta, reč je o poverljivim rashodima (Fiskalni savet, 2023).

Dalje, za 2023. godinu je predložen rebalans budžeta Republike Srbije zbog povećanja dohodaka za zaposlene u obrazovanju i segmentu zdravstva, kao povećanju subvencija za poljoprivredu, vanrednom povećanju penzija i dr. Rebalansom budžeta za 2023. godinu je planiran rast investicija za zdravstvo, dok sa druge strane kapitalni rashodi ostaju nepromenjeni u iznosu od cca 15 milijardi dinara. Od navedenog iznosa, deo od oko 9 milijardi dinara realizuje Ministarstvo za javna ulaganja, dok preostalih 6 milijardi dinara realizuje Ministarstvo zdravlja. Naknadno, postoji deo investicija za realizaciju sredstava od strane zdravstvenih ustanova koja bi se izvršila po planu Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje. Ove investicije rastu sa 14,3 milijardi dinara na oko 18 milijardi dinara i koristile bi se preko transfernih sredstava prenetih iz republičkog budžeta. S obzirom na rizik da deo investicija neće biti ni realizovan, evidentan je pozitivan trend usled povećanja planiranih investicija. Zapravo, analize od strane Fiskalnog saveta ukazuju na to da zdravstvene ustanove imaju problem u realizaciji investicija gde 20-30% investicija na godišnjem nivou ostane nerealizovano (Fiskalni savet, 2023).

Po podacima Fiskalnog saveta za 2023. godinu, navodi se da su planirani prihodi indirektnih korisnika u iznosu od 47,7 milijardi dinara veći u odnosu na procenu za istu godinu. U okviru ukupno planiranih troškova za 2023. godinu nije moguće odrediti koliki je udeo za objektivne potrebe, a koji za rezervu u svrhu nepredviđenih događaja. Mogu se evidentirati prepoznatljivi planirani troškovi kod povećanja standardnih programa zdravstvene zaštite (naknade za bolovanja, lečenje retkih bolesti, kao i povećanje plata medicinskim sestrama i tehničarima od 5,5% koje stupa na snagu od septembra). Prema Rebalansu, transferi će biti veći u odnosu na nivo iz originalnog budžeta za 2023. godinu. Rebalansom budžeta potreba za dotacijama, od strane države, se povećava sa 83 milijardi na 90 milijardi dinara.

Budžet za 2024. godinu donosi mala poboljšanja glavnih indikatora javnih finansija, i to bez zahtevnih reformskih odredbi. U 2024. godini se planira deficit Republike Srbije u iznosu od 197

milijardi dinara. Planirani budžetski deficit za 2024. godinu je niži od predviđenog u 2023. godini (Fiskalni savet, 2023. n.d.).

Po oceni predloga zakona o budžetu Republike Srbije za 2024. godinu planirani kapitalni rashodi će iznositi 6,9% BDP-a, što je niže od prethodno planiranih za 2023. godinu (7,4% BDP-a). Niži planirani rashodi su zbog manjih odvajanja u bezbednosni sektor i manjih ulaganja na lokalnom nivou, fondova organizacije obaveznog zdravstvenog osiguranja (OOSO) za zdravstvene ustanove, dok su investicije za zdravstvo ostaju na nivou od 0,4% - 0,5% BDP-a. (Ovde se ubrajaju kapitalni transferi Republike i Autonomne pokrajine Vojvodine, kao i ulaganja iz sopstvenih prihoda zdravstvenih ustanova.)

Fiskalna strategija za 2024. godinu predviđa smanjivanje deficita sa 2,8% BDP-a u 2023. godini na 2,2% BDP-a u 2024. godini, kako bi se dalje snižavao na 1,5% BDP-a u 2025. i 2026. godini. Na osnovu strategije vidimo da Vlada Srbije želi smanjiti budžetski deficit i javni dug kako bi uravnotežila budžet u srednjem roku. Propust Strategije se ogleda u tome što se ne prepoznaju ili bolje rečeno ne daje veći značaj drugim problemima u okviru javne politike (zarade i zaposlenost u javnom sektoru; prekomerno zagađenje životne sredine koje posledično utiče na zdravlje stanovništva i dr.). Komparacijom planiranih budžetskih deficita, očigledno je da je planirani budžetski deficit za 2024. godinu niži od predviđenog u 2023. godini. U 2024. godini se očekuje smanjivanje učešća javnog duga u BDP-u sa 53,3% na 51,7% (Fiskalni savet, n.d.).

3.1.4. Zdravstveno osiguranje u Srbiji kao bitan faktor BDP-a

Do 2005. godine je u našoj zemlji postojalo samo obavezno zdravstveno osiguranje. Nakon toga, društvena kriza i kriza u zdravstvu je dovela do pojave privatnog lekarskog pregleda. Time je ekonomska kriza dovela do potrebe razvoja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Kretanje troškova zdravstvene zaštite i njegovo učešće u BDP-u, kao i klasifikacija zdravstvenog osiguranja ima svoje prednosti i mane.

U Srbiji se može sprovoditi više vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, među kojima spada dodatno, paralelno i privatno.

Pod dodatnim osiguranjem potpadaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinsko-tehničkih pomagala, novčanih naknada koje jesu i nisu obuhvaćene pravima iz obaveznog socijalnog osiguranja (Republički fond za zdravstveno osiguranje, 2021).

Paralelno osiguranje obuhvata troškove zdravstvene zaštite nastale kod osiguranika koji ostvaruje zdravstvenu zaštitu obuhvaćenu obaveznim zdravstvenim osiguranjem, drugačijim po načinu i postupku od onog koji se pripisuje zakonom (Zakon o zdravstvenom osiguranju, n.d.)

U periodu od 2004. do 2008. godine, više je bila finansirana ambulantna zdravstvena zaštita, gde je sa 1,84% BDP-a u 2004. godini porasla na 2,18% BDP-a., dok sa druge strane imamo smanjivanje ulaganja za preventivnu zdravstvenu zaštitu. Zatim, imamo veće izdvajanje novčanih sredstava za dijagnostiku, laboratoriju, rehabilitaciju, za medikamente i ostala medicinska sredstva koja su transferisana po bolnicama. Celokupni troškovi za lekove pokazuju rast od 1,87% BDP-a u 2004. godini, do 2,27% BDP-a u 2008. godini (Gajić-Stevanović et al., 2021). Kupovna moć zdravstvenih usluga je bila sa visokim disparitetom upoređujući Srbiju i druge evropske zemlje.

U 2007. godini Srbija je ostvarila novčana sredstva u podjednakom iznosu sredstava BDP-a u Evropskoj uniji (EU). Glavni finansijski izvor za zdravstvo je bio od strane Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje (RZZO) sa 5,5% BDP-a, što je u to vreme iznosilo oko 60% ukupnih troškova za zdravstvo. Priliv sredstava iz Fonda nije bio dovoljan zbog sve većeg starenja stanovništva i povećanih troškova usled kupovine i implementacije moderne tehnologije.

Nasuprot stabilnom odvajanju sredstava od strane države, imamo znatan udeo finansiranja u privatni zdravstveni sektor. U septembru 2009. godine je nastala politika fiskalnih računa, gde su pružaoci zdravstvenih usluga bili u obavezi da njihovim korisnicima izdaju fiskalne račune. Time se postiže bolja transparentnost u radu i smanjenju sive ekonomije. Uvođenjem fiskalnih računa kroz celokupan zdravstveni sistem pomaže razotkrivanje mnogih stvari, na primer o kojim investitorima (odnosno finansijerima) je reč, kao i uvid o pružaocima usluga.

Globalna finansijska kriza koja se desila 2008. godine je blagu recesiju pretvorila u veliku, da bi kasnije pandemijska pretvorila u globalnu krizu javnog zdravlja.

U 2020. godini je zbog posledica kovida, došlo do realnog pada svetskog bruto domaćeg proizvoda od 3,1%. Njegov realan rast u 2021. godini se procenjivao od 6,1%, potom za 2022. godinu prognozirao usporen rast od 3,6%, uzimajući u obzir i dalje prisutan virus, kao i novonastalu globalnu neizvesnost.

Usled pandemije korona virusa tržište osiguranja je pokazalo određeni stepen otpornosti. U Republici Srbiji sektor osiguranja se nalazio znatno ispod proseka zemalja članica Evropske unije. To se može pokazati na osnovu odnosa ukupne premije i bruto domaćeg proizvoda i ukupne premije po stanovniku, što predstavljaju pokazatelje razvijenosti tržišta osiguranja.

Dalje, učešće premije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je ostvarilo rast sa 4,9% u 2020. godini na 5,8% u 2021. godini, što je rezultat rasta od 27,5%. U 2020. godini u našoj državi je učešće premije u procenjenom bruto domaćem proizvodu iznosilo 2%. Uporednim prikazom učešća premije u BDP-u Srbije, sa zemljama članicama Evropske unije, vidno je da je njihov pokazatelj bio dosta iznad, tj. iznosio 6,9% (Narodna banka Srbije, 2021). Ovde je jasno da se sektor osiguranja u našoj zemlji nalazi dosta ispod proseka zemalja članica Evropske unije.

Veoma je nesporan uticaj pandemije na delatnost osiguranja, odnosno osiguravače, kao i na reosiguravače životnih i neživotnih osiguranja.

Ovim je pokazano da osiguravajuća i reosiguravajuća društva moraju da se pripreme za potencijalne implikacije i pronađu adekvatne metode za rešavanje nesreća i prepreka prouzrokovanih virusom. Neophodno je planirati i razmatrati buduće pandemije, upravljati rizicima i kapitalom kako bi se obezbedio kontinuitet poslovanja osiguravajućih društava.

U okviru republičkih transfera, fondovima obaveznog socijalnog osiguranja se nalaze sredstva koja se iz budžeta dotiraju fondovima PIO, RFZO, NSZ i SOVO (NSZ, PIO, SOVO, 2024) kako bi se osiguralo nesmetano funkcionisanje.

Za 2023. godinu izmenama budžeta je predviđeno da se redovne dotacije za organizacije obaveznog osiguranja (OOSO) koje obuhvataju PIO, RFZO, NSZ, SOVO umanje za 17 milijardi dinara, odnosno sa 282 mlrd. na 265 mlrd. dinara. Jedan od razloga koji je doveo do manjeg umeravanja fondova OOSO na budžetske dotacije, jeste što će naplata doprinosa za obavezno socijalno osiguranje, koji predstavljaju njihove izvorne prihode, premašiti očekivanja u 2023. godini. S tim u vezi, planirane uštede u okviru organizacija obaveznog osiguranja se nisu desile jer je država odlučila da preduzme nove mere. One se odnose na povećanje plata za deo zaposlenih u zdravstvu, povećanje nabavke roba i usluga u zdravstvenim ustanovama, povećanje penzija, dodatno povećanje za lečenje retkih bolesti.

Država je predlogom budžeta za 2024. godinu predvidela da navedeni republički transferi organizacije obaveznog socijalnog osiguranja iznose cca 315 milijardi dinara, što je za 50 milijardi iznad nivoa koji je bio predviđen rebalansom za 2023. godinu (Fiskalni savet, 2023).

3.2. Efekti ekonomskih mera za ublažavanje negativnih posledica kovida 19 na privredu Srbije

Očigledno je da globalna ekonomija nije bila spremna za pandemiju kovida 19, što se ogledalo u opadanju mnogih sprovedenih aktivnosti. Masovne migracije, nepovoljne klimatske promene i drugo stvorile su mnoge probleme svetskoj ekonomiji.

Nakon pandemije ili tačnije krajem njenog delovanja, mnoge zemlje su krenule sa određenim merama oporavka zemlje. Konkretno, Srbija je svojim fiskalnim paketom mera uspeła da minimizira uticaj kovida 19. Država je iz budžeta izdvojila sredstva u iznosu od 5,4 milijardi evra, računajući i potrošnju u 2022. godini.

Kako bi se pomoglo Srbiji i privredi da se sačuva u kriznom periodu, donesene su mere kako bi se podstakao oporavak (Trošić & Jović-Lazić, 2020). Državne mere u Srbiji su bile usmerene ka medicinskim i ostalim pogođenim sektorima uz uključivanje otpisa poreza i doprinosa i smanjenje PDV-a. Fiskalni savet je imao zamerke za lošu neselektivnost i racionalnost. Naime,

ističe se da su se mogli postići kvalitetniji efekti sa 2 milijarde evra manje potrošenih budžetskih sredstava, čime bi imali znatno manje zaduživanje zemlje. Sugestije su date u kontekstu drugačijeg usmeravanja ka ugroženim delovima u privredi i stanovništvu.

Konkretno, kao najveća mana antirkriznog paketa u Srbiji, ogleda se u davanju iz Budžeta po 100 evra svim punoletnim građanima u junu 2020. godine. Ovaj trošak je kumulativno dostigao sumu od oko 1,9 milijarde evra, što se sa stanovišta Fiskalnog saveta smatralo kao nepotrebnim (Fiskalni savet n.d.).

Na osnovu brojnih pokazatelja je nastavljeno praćenje aktivnosti i u postkovid periodu. Vršile su se procene i to za koliko je ekonomska aktivnost pala tokom pandemije očitavanjem indeksa mobilnosti i drugih visokofrekventnih indikatora. Viđeno je da je mobilnost naglo opala krajem marta i aprila 2020. godine, usled ograničenog kretanja stanovništva, da bi se ista naglo oporavila krajem 2022. godine. Uporedo je došlo do niže kupovne moći i uopšte do manjeg opticaja novca, što je uticalo na lošiju sliku mnogih makroekonomskih faktora.

Iako je pandemija donela sa sobom tešku situaciju, Srbija je 2020. godine imala niži pad privredne aktivnosti i zadržala makroekonomsku stabilnost u odnosu na prosek zemalja u razvoju (Kisin.. & Ignjatović, 2021).

Država je izbegla veliku recesiju primenjujući ekonomske mere i rezultate istih, što je uticalo na manji pad privredne aktivnosti u 2020. godini, u odnosu na ostale razvijene evropske zemlje (Marjanović & Đukić, 2020).

3.2.1. Preduzete mere tokom pandemije u postkovid periodu

Pre kovida 19 svetski zdravstveni ciljevi su napredovali, mada sporo i neujednačeno. Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije, za period od 2000. godine do 2015. godine, udeo stanovništva koji troši više od 10% svog kućnog budžeta na zdravstvenu zaštitu, porastao je sa 9% na 13%, a skoro 3% je trošilo više od 25% svog budžeta na zdravstvenu zaštitu. Zabeležena su neka poboljšanja u pokrivenosti zdravstvenim uslugama, u prihodnim grupama i među različitim vrstama usluga.

Polovina zemalja je razvrstala podatke u svoje nacionalne zdravstvene izveštaje. Ulaganje u jake informacione sisteme je od vitalnog značaja kako bi raščlanjeni podaci stigli do donosilaca odluka, kako bi se postigli dobri rezultati u zdravstvu.

Važan aspekt za pripremu zemlje tokom vanredne situacije, kao što je pandemija, jeste integracija spremnosti na nacionalnoj osnovi. Tokom pandemije, osnovni cilj svake zemlje je bilo prikupljanje, tumačenje i širenje informacija o riziku od pandemije, kao i same pretnje da se ona desi. Bitno je proceniti uzročnika infekcije i njegovu sposobnost da izazove pandemiju. Kako bi se procenio rizik za povećanje pandemije, sa medicinskog stanovišta je bitno prikupiti podatke o virusima gripa, genetskim promenama koje se dešavaju i sl.

Za vreme pandemije su vršene mere na nivou društva, pa na nivou pojedinca. Među merama se ubraja korišćenje antivirusnih lekova i vakcina i ograničenje međunarodnih putovanja. Na društvenom nivou se primenjuju mere koje zahtevaju promene ponašanja, uključivanje više sektora, mobilizaciju resursa, snažnu komunikaciju i podršku medija.

Što se tiče mera u vezi limitiranja međunarodnih putovanja, iste su imale za cilj da spreče dolazak virusa u te zemlje, što je direktno smanjenje rizika za javno zdravlje.

S obzirom na to da privredni subjekti čine više od polovine evropskog BDP-a, to je upravo bio razlog pomoći malim i srednjim preduzećima, čija rešenja utiču na razvoj evropske privrede uz vođenje računa o ekologiji. Na primer, Velika Britanija i Nemačka su pružale direktnu pomoć, dok su se Austrija i Nemačka opredelile da isplate naknadu za radno vreme, koje zaposleni nije proveo na poslu. Razne države su primenjivale razne mere, od toga da su isplaćivale neto ili bruto zarade, dok su u nekim državama targetirani najugroženiji sektori kojima se isplaćivala pomoć, ili bi pak u nekim državama cela privreda dobila pomoć. Mnoge evropske zemlje su primenjivale mere za očuvanje likvidnosti preduzeća. Krediti su se dobijali po povoljnijim uslovima uz garanciju države. Za ovu meru izdvajani su različiti iznosi sredstava. Na primer, Italija je izdvajala oko 19% BDP-a, dok su Holandija i Albanija obezbeđivale veoma mala novčana sredstva, u iznosu od 0,2% i 0,7% BDP-a respektivno.

Tokom pandemije, zdravstveni sistemi su morali da obezbede zdravstvene usluge. Povećani kapaciteti u ustanovama su pomogli da zdravstveni sistem ide u korist pacijenata..

Komunikacija, kao bitna stavka pre i tokom pandemije, služila je da se obezbede i razmene relevantne informacije sa javnošću, zainteresovanim stranama, partnerima. Time se omogućavalo donošenje kvalitetnih odluka i preuzimanje mera za zaštitu zdravlja. Bitno je naglasiti da komunikacija nije bitna samo unutar države, već i među državama, kako bi se ojačao komunikacijski odgovor za svaku vanrednu situaciju u javnom zdravstvu.

Preduzete su mere za poboljšanje komunikacije između različitih zvaničnih podataka, kao što su registrovani podaci iz bolnica, potom podaci iz fondova za bolovanje. Na ovakav način se, uz efikasne instrumente, najbolje vrši generisanje podataka koji su korisni za kreatore politike (Maresso et al., 2015).

Pored Kine, koja je uvela oštre mere kontrole kovida 19, bitno je navesti da zemlja koja je usvojila odlične mere za ograničavanje širenja virusa jeste Saudijska Arabija. Ona je takođe odličan primer kako se ograničilo širenje prenosa kovida 19 na domaćem i na međunarodnom nivou. Političke odluke Ministarstva zdravlja Saudijske Arabije, drugih vladinih odeljenja i privatnog sektora u vezi s javnim zdravljem su imali efikasne strategije. Pored karantina i ograničenja kretanja, na najvišem nivou je pokazana odgovornost u bezbednosti i dobrobiti svojih građana, mudro upravljanje zdravstvenim resursima i harmonizacija vladinog i privatnog sektora. Inače, zdravstveni sistemi su bili poremećeni nedostatkom podataka o bakterijskoj infekciji kovida 19, što je dovelo do porasta potrošnje antibiotika kod ovih pacijenata. Saudijska Arabija je u skladu sa standardima iz protokola Svetske zdravstvene organizacije na nacionalnom nivou postavila neke zdravstvene mere i zabranila samolečenje bez lekarskog recepta za antibiotike (Alfattani et al., 2021).

Očigledno je da zdravstvena zaštita u vanrednim situacijama zahteva hitnu reformu. Tokom kovida je viđeno da je neophodan dobar multisektorski, koordinisan zdravstveni sistem za hitne slučajeve na svim nivoima i u svim zemljama. Neophodni su napor za poboljšanje i održivost sistema za rano upozorenje prilikom neke potencijalne pandemije ili neke druge opasnosti po ljude.

Neophodno je sa nacionalnog stanovništva planirati hitnu zdravstvenu situaciju i operativnu spremnost.

Što se tiče Srbije preduzete mere su pomogle mnogo za uzdizanje zdravstvenog sistema. Ulaganje novčanih sredstava za izgradnju infrastrukturnih kapaciteta, za pomoć privredi i stanovništvu su samo deo predstojećih mera u vremenu posle pandemije. Usled povećanja budžetskih rashoda za zdravstvo, mere su bile usmerene na veću zdravstvenu zaštitu zdravstvenog sistema. Sredstva iz budžeta su namenjena za određene rashode u zdravstvu, stanovništvu i privredi.

Budžet Ministarstva zdravlja značajno je povećan u 2020. godini, u velikoj meri usled pandemije korona virusa - sa 18,71 milijardom dinara 2019. na 32,67 milijardi (Fiskalni savet, 2021). Izdaci su obuhvatali nabavku medicinskog materijala i opreme, lekova, vakcina, zatim izgradnju kovid bolnica (Beograd, Novi Sad i Kruševac), fabriku vakcina, potom povećanje plata zdravstvenim radnicima, kao i kovid dodatke tokom rada u pandemiji, potom povećanje broja zaposlenih, kao i odvajanja za bolovanja (od korona virusa) svim zaposlenim građanima. Bolovanja su se isplaćivala u iznosu od 100% zarade (Fiskalni savet, 2023).

Sve navedene mere tokom pandemije bile su u svrsi svih građana, ne samo u materijalnom, već i u zdravstvenom smislu. Uvedene mere ekonomske pomoći su usporile potencijalno velika otpuštanja radnika u svim sektorima, dok je rast plata u zdravstvu uticao na rast prosečne zarade.

Zdravstveni sistem Srbije se odlično snašao tokom pandemije. Nova radna mesta, sanacije brojnih medicinskih objekata, izgradnja novih, kao i povećanje zarada medicinskim radnicima su bili glavni aduti za opstanak i kvalitetnost zdravstvenog sistema. Rezultat je bio mnogo bolji nego kod mnogo razvijenih zemalja. Veće zapošljavanje zdravstvenih radnika u 2020. godini je rezultiralo dobrim rezultatom organizovanja u praćenju i lečenju pacijenata. Razni onlajn evropski i svetski seminari, odnosno seminari sa Svetskom zdravstvenom organizacijom su doprineli kvalitetnoj obuci, zahvaljujući razmeni informacija.

Međutim, minimalno povećanje zarada za zdravstvene radnike nije dovoljno. Traži se prosek od minimum cca 900 evra. Ohrabrujuća činjenica jeste da se najavljuje povećanje u

zdravstvu. Kada su medicinski radnici zadovoljni, onda su više motivisani i profesionalno obezbeđuju kontinuiranu zdravstvenu negu. Kad bi osiguravajuća društva i pružaoci usluga bili tandem u radu, imali bi kvalitetnije upravljanje nege bolesnika. Sa druge strane, menadžeri zdravstvene zaštite bi bili u obavezi da obezbede što niže troškove i da ostvare ciljeve kod kvaliteta nege i zadovoljstva pacijenta.

Demotivisanost radnika u zdravstvenom sektoru, vodi ka emigraciji u druge evropske zemlje, čime se povećava rizik za negu i lečenje pacijenata. Zdravstvenoj zaštiti je neophodno osiguranje, te je time bitno doneti još mera, kako bi se predupredio dalji gubitak u zdravstvu. Osiguranjem finansijskih prepreka u zdravstvenom sistemu, izbeći će se gubici u svakom smislu reči i osigurati kvalitetno lečenje svakog pacijenta.

Fizička lica, odnosno pojedine kategorije, mogu da koriste zdravstvenu zaštitu i onda kada im zdravstvena knjižica (kartica zdravstvenog osiguranja) nije overena. Na primer, dokaz kod nekih grupa, jeste dokument/isprava kojim se dokazuje status borca. Za naknadu troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite, može se izvršiti refundacija. Pored toga su vršene i dalje se organizuju, akcije različitih pregleda pacijenata, u postkovid periodu, bez obzira na overenost knjižica.

Preduzeta je pomoć u hrani radi ublažavanja posledica od bolesti, gotovinski transferi, povećanje zarada i mnoge druge pomoći su stvarale važnu okosnicu u očuvanju čitavog medicinskog sistema u državi. Razmotrene su mogućnost za zaštitu i premeštaj zdravstvenih radnika, kako bi se ojačali lanci snabdevanja. Da bi se osigurao kontinuitet neophodnih zdravstvenih usluga, bilo je bitno izvršiti reorganizaciju zdravstvene zaštite i proširenje obima. Kovid 19 je uticao na mnoge zemlje, koje su bile prinuđene da odlože pružanje fakultativnih usluga. Odlagale su se brojne nege hroničnih bolesnika, potom procedure ispitivanja akutnih zdravstvenih stanja, kao i intervencije raznih stanja koje su zapravo mogle da spreče razne bolesti i spasu mnogo života.

Skup mera obuhvata prevenciju pre nastanka bolesti, a radi se o očuvanju zdravlja i sprečavanja bolesti, potom ranom otkrivanju i blagovremenom lečenju i tercijarnoj prevenciji.

Na kvalitet i tip medicinskih usluga utiče izgradnja bolnica, kao i mnoga medicinska istraživanja. U svemu je bitna racionalizacija gde se zdravstvene usluge mogu racionalisati cenom, vremenom čekanja, sa pravom pacijenta da bira lekara, raspoloživošću roba, ljubaznošću usluga i drugo.

Kontrola modela primarne zdravstvene zaštite se uspostavlja takođe racionalizacijom. Racionalizacija ima značajne efekte na zdravstveni sistem. Ako se polazi od jednakosti u zdravstvenom sistemu neophodno je da svi u zdravstvu budu jednaki i zaštićeni. Stoga je bitna i zaštita od rizika. Ukoliko posmatramo racionalizaciju putem cena znači da jedni imaju manje pristupa od drugih, odnosno siromašniji više od bogatih. Međutim, utrošeno vreme za čekanje pregleda, onima sa boljim materijalnim statusom ne ide u prilog. Zbog toga građani sa boljim materijalnim statusom će samostalno otići ili potražiti usluge kod drugih ustanova.

Uticaj primarne zaštite na promociju zdravlja ukazuje da primarna zaštita pomaže u promociji zdravstvenih usluga, bolesti i smrti. Država, odnosno resorno ministarstvo radi na jačanju primarne zdravstvene zaštite koja je važna posebno na planu preventive i zbog uspešnosti skrininga. Međutim, ukoliko je lekar preopterećen u ordinaciji, on nije u mogućnosti da to sprovede.

Neophodno je uraditi prvi bitan korak, a to su razgovori sa sindikatima i stručnim komisijama o optimalnom broju pacijenata. Moraju se preduzeti neke oštrije mere u radu i usavršavanju mladog lekara. Ponuditi doktoru mogućnost, da u nekom periodu završi specijalizaciju u tom mestu gde radi, kao i da ima obavezu da ostane neki period u toj ustanovi određeno vreme.

Mnogobrojni nalazi u međunacionalnim i u okviru nacionalnih studija pokazuju da je primarna zdravstvena zaštita (za razliku od specijalne zaštite) povezana sa pravičnijom distribucijom određenih smernica u populaciji. Identifikacija događaja gde primarna zaštita poboljšava zdravlje, uz sugestije oko poboljšanja opšteg zdravlja i smanjenje razlika u zdravlju, je među glavnim podgrupama stanovništva.

Kako tokom pandemije, tako i u postkovid periodu, potrebno je da države ispituju načine za proširenu saradnju sa privatnim zdravstvenim sektorom. Jedan od većih problema u okviru privatnog sektora je formiranje svojevrsnog oligopola, gde dolazi do paradoksa. Ovakvim predstavljanjem, država u centralističkom modelu zdravstvenog sistema ima ulogu monopoliste, te se usled nedovoljne komunikacije ova dva sektora, zapravo stvara oligopol u privatnom sektoru (Stamenović & Ćuzović, 2020).

Neophodna je uloga države da podstakne ljude da pređu na cirkularnu ekonomiju putem ugovora o nabavkama. U tim ugovorima bi se istakle socijalne obaveze koje unapređuju zdravlje. Možemo navesti poštovanje ljudskih prava, ravnopravnost polova, ili održivost razvoja. Ovakvim pristupom bi se poboljšali zdravstveni rezultati svih građana.

Kod privatnog sektora bi trebalo uvesti brojne inicijative od strane javnog zdravlja, kako bi se zadovoljile potrebe onih građana/pacijenata koji žive na rubu egzistencije. U ovom slučaju je dobro inkorporirati prisustvo države. Odnosno, poželjno je izvršiti transformaciju zdravstvenog sistema u cilju finansiranja države, u suprotnom će ostati privatno.

U postkovidu se pored unapređenja Zakona o zdravstvenom osiguranju radi i na implementaciji novog Zakona o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva. Prioritet Ministarstva zdravlja je realizacija i završetak kapitalnih investicionih objekata, među kojima su izgradnja Univerzitetske dečije klinike, novog Instituta za onkologiju i radiologiju Srbije i završetak izgradnje četiri klinička centra. Niko nije mogao da planira da će se pandemija desiti, pa se time ni sredstva nisu mogla planirati, međutim, regionalni zdravstveni centri su uspešno odolevali. Na primer, Izgradnja specijalizovane kovid bolnice za samo četiri meseca u blizini Novog Sada je bila od važnosti i za celu Pokrajinu. Ovakvim postupkom izmeštaja kovid pacijenata, zaštićeni su ostali pacijenti od drugih bolesti, koji se leče u Kliničkom centru Vojvodine. Nakon pandemije, bolnica je 2023. godine stavljena u funkciju za druge namene, tačnije Centra za dijalizu. Pokrajina nastavlja sa daljom izgradnjom novih objekata Domova zdravlja u više delova grada. Domovi zdravlja imaju opšte i specijalističke službe. Gradnjom ovih objekata se snižavao pritisak i samim tim podigao kvalitet zdravstvene usluge svih građana.

U postkovid periodu, u Srbiji je nastavljeno ulaganje u zdravstvo, konkretno u opremu i infrastrukturu, podizanjem plata medicinskim radnicima, potom rekonstrukcija 11 domova zdravlja i kliničkih centara do 2023. godine. Što se opreme tiče, planira se da svaka bolnica u Srbiji imati skener. Radi zajedničkog rada na projektu centralizacije podataka, formiran je novi sektor za digitalizaciju sa Ministarstvom informisanja i telekomunikacija, Kancelarijom za Informacione tehnologije i elektronsku upravu i RFZO.

Ističe se da će podaci biti smešteni u data centru i da će svaki novi elektronski servis, usluga, biti u okviru elektronskog kartona. Time će se svaki trenutni servis objediniti u centralizovanu distribuciju podataka. Na ovakav način podaci će biti zaštićeni, a svaka zdravstvena ustanova u zemlji, u svakom trenutku znaće šta ima od opreme, kad je bio poslednji servis i drugo. U vlasništvu države, odnosno pod ingerencijom resornih ministarstava i Kancelarije za Informacionu tehnologiju, biće kompletan razvoj i održavanje. Kancelarija za Informacionu tehnologiju će upravljati razvojem eKartona. Radi se na testiranju i spremanju softvera za uvođenje eKartona do kraja 2024. godine.

S tim u vezi je bitno unapređenje pravnog okvira, radi menjanja Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Sl.glasnik RS”, broj 25/2019) i zdravstvenoj dokumentaciji, a sve u korist što boljeg integrisanog zdravstvenog informacionog sistema.

Reforma zdravstva će uticati na povratak školovanih kadrova. Naime, planiraju se kontinuirana povećanja zarada doktorima, zapošljavanje mladog kadra, opremanje domova zdravlja, kupovina savremene opreme i ostalo. Tokom kovida mnoge bolnice su ostale sa viškom respiratora, bez dalje mogućnosti za njihovu primenu.

Implementirao se sistem Socijalnih karata, kao jedan od bitnih indikatora u reformi zdravstvenog sistema države. Sistem je donesen radi pravednijeg ostvarivanja socijalnih prava građana, odnosno njihovog boljeg socijalno-ekonomskog statusa i sprečavanja zloupotreba ljudskih prava. Tokom donošenja ovog sistema, uporedo se pristupilo uređenju zakonskog okvira i aktivnosti vezane za izradu informacionog sistema, kako bi se omogućila podrška poslovnim procesima socijalne zaštite.

Ovakav proces zaštite i podrške u poslovnim procesima i njihove umreženosti je veoma bitan u medicinskom sistemu.

Postkovid period je zabeležio rad na izmeni Zakona o planiranju i izgradnji, kako bi se izvršila prenamena uz naknadu prava korišćenja u pravo svojine nad građevinskim zemljištem, a sve u cilju rešavanja brojnih problema koji se tiču zdravstvenog Sistema.

U okviru zakonodavnog uređenja odgovornost je podeljenja između svakog segmenta u sektoru. Na primer između Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, Republičkog fonda zdravstvenog osiguranja i Ministarstva zdravlja i lokalne samouprave. S tim u vezi je bitno da se u zdravstvenom sistemu jasnije izvrši sređivanje stanja prava i obaveza određenih institucija i po mogućstvu izvrši jednoobraznost odgovornosti za svaki segment ponaosob, kako bi se jednostavnije rešavali mnogi postojeći i novonastali problemi. Neophodan je savremen model organizacione strukture koji inicira komunikaciju, visok nivo fleksibilnosti, smanjenje hijerarhije. Organizacioni segmenti treba da istraže sve segmente poslovne strategije i osnuju međusobnu saradnju (Marković, 2023).

Tako je u 2023. godini Institut za virusologiju, vakcine i serume „Torlak“ izabran je za člana Mreže proizvođača vakcina zemalja u razvoju. Njena svrha je zaštita ljudi od zaraznih bolesti, uz mogućnost isporučivanja visokokvalitetnih vakcina po pristupačnim cenama.

Radi reforme zdravstva mora se pristupiti identifikaciji brojnih problema koji postoje duži vremenski period. Za otklanjanje velikog broja aktuelnih problema, bitne su korenite promene. Mnoge političke i ekonomske promene su uzrokovale promene u zdravstvenom sistemu.

Postoje studije koje u skladu sa postojećim istraživanjima govore o maloj i negativnoj vezi između strogosti politike kovida 19 i mentalnog zdravlja. Ovde je dokazano da zbog veće strogosti politike pojedinih zemalja imamo manji broj obolelih i smrtnih slučajeva od kovida 19, posebno kada se donese rano i široko rasprostranjeno testiranje i praćenje ugovora. Znači, da u zemljama gde je cilj bila eliminacija virusa, a ne njegovo ublaživanje, bilo je mnogo manje smrtnih slučajeva, nego kod zemalja koje nisu primenjivale strogu politiku oko korone (Aknin et al., 2022).

U postkovid periodu, mnoge države se suočavaju sa nejednakošću u bogatstvu i destabilizaciji ekosistema, gde se dovodi u pitanje zdravlje celokupnog stanovništva na zemlji.

Svaka zemlja je dužna da pripremi svoje akcione i strateške planove razvoja zdravstvenog sistema. Ukoliko su ciljevi zdravstvene politike pozitivni i javno dostupni, stvara se pozitivna atmosfera razvoja zdravstvenog sistema i dolazi do naprednih promena u fiskalnoj politici. U suprotnom, dolazi do krize zdravstva, socijalnih poremećaja i političke nestabilnosti.

3.2.2. Diplomatsko-politički odnosi kao bitan pokazatelj ekonomskog partnerstva

Čovečanstvo se od 2003. do 2019. godine suočilo sa više vanrednih zdravstvenih događaja u javnom zdravstvu (SARS, MERS, ebola, COVID).

Pandemija kovida 19 je proizvela inflaciju na svetskom nivou i zabrinula mnoge lidere zbog nestabilnosti i eventualnih geopolitičkih sukoba. Ona je veoma ozbiljno uticala na državno zdravlje, obrazovnu, ekonomsku, geopolitičku, društvenu strukturu i mentalno zdravlje. U ovom slučaju, sve države su morale da zajedničkim snagama osmisle, sprovedu i redefinišu, usklade mere, radi sprečavanja i uklanjanja posledica, odnosno smrtnih ishoda stanovništva jedne zemlje.

Pandemija korona virusa je inicirala pronalaskе novih načina rada i podstakla mnogobrojne teme o uređenosti našeg društva, njihove budućnost i pravcu ulaganja u resurse radi postojanosti sistema (Đenić, 2019).

Zajednički cilj svake države jeste unapređenje i zaštita nacionalnih interesa, ostvarenje određenog političkog pravca, rešavanje sporova. Sve navedeno se rešava određenim instrumentima politike jedne zemlje, a to je diplomatija. Lideri mnogih zemalja poseduju određene kvalitete jer bi svojim vizijama uz korišćenje sopstvenih alata odolevali brojnim izazovima (Radović-Marković, 2024).

Evolucija globalne zdravstvene katastrofe u međunarodnu trgovinu i ekonomsku katastrofu je iznenadila sve stručnjake. Zbog elastičnosti budžetske i finansijske pomoći prema kriterijumima, usled nastanka globalne krize, mnogi su ograničili reakciju na sadašnju krizu.

Zdravstvena diplomatija, posmatrajući je na globalnom nivou, se sprovodila u bilateralnim i multilateralnim oblicima. Ovi oblici diplomatije uključuju sve druge oblike diplomatije i diplomatske aktivnosti.

Usled krize kovida 19 došlo je do značajnih promena, jer se primećuje njen umanjen tempo, uglavnom na bilateralnoj osnovi. Saradnja se zasniva putem donacija, sa manjom primesom međunarodnih institucija, ne baš toliko naglašenoj ulozi velikih nacija i kontroli bolesti od strane Svetske zdravstvene organizacije (SZO). Uloga SZO tokom pandemije nije imala efikasnu kontrolu i nije bila uspešna u ograničavanju infekcije kovida 19. Ovde je neophodan širi pristup, jer pandemije ne predstavljaju samo zdravstveni problem, već i problem koji utiče na sve društvene slojeve (Galvão, 2023).

Multilateralna diplomatija je začeta u 19. veku, kada su se održavali kongresi i konferencije radi rešavanja spornih pitanja od šireg interesa. Ova vrsta diplomatije služi udruženom sporazumnom upravljanju pitanja i poslova, koje daju legitimnost potrebnu za sprovođenje zajedničkih odluka. Multilateralne diplomatije nastaju u svrsi prikupljanja, sabiranja i širenja informacija, zajedničkog upravljanja spoljnom sredinom, uticaja na ponašanja i delovanja, širenja informacija, zbog korisnih sporazuma i dr. Stoga su mnoge relevantne multilateralne institucije od suštinskog značaja za rešavanje spornih pitanja i mnogih drugih događaja, kao perioda pandemija i postkovid perioda. Mada se mnoge od njih suočavaju sa ogromnim izazovima, kao što su nedostatak finansiranja i konkurencija velikih sila.

Prema izveštaju iz 2021. godine, od strane Svetske banke o globalnim ekonomskim izgledima, mnoge osiromašene zemlje i ekonomije su se i dalje borile sa kovidom (World bank group, 2021). Pandemija je uticala na smanjenje siromaštva i stvorila nesigurnost u zemljama sa niskim prihodima u kojima je vakcina kasnila. Nekoliko vlada je preduzelo iznenadne fiskalne i monetarne mere za borbu protiv krize. Tokom pandemije, mnogim državama su nedostajala

fiansijska sredstva, a sistem zdravstvene zaštite je preopterećen i ranjiv. Mnoge zemlje su pomogle ekonomijama koje su pogođene epidemijom.

Kovid 19 je pretio recesijom, te su globalni lideri morali da prevaziđu posledice kovid na njihove ekonomije. Bila je potrebna globalna akcija, kako bi se postavio predloženi okvir sa međunarodno kooperativnom makroekonomskom politikom. Kako bi se prevazišla očekivana recesija, bilo je bitno da se povрати poverenje i ponudi dobro rešenje za barijere kovid 19. Zbog toga su vlade pojedinih zemalja pregovarale, sarađivale radi prevazilaženja ozbiljnih padova, pritisaka na javne budžete i mogućnosti izbegavanja recesije u postkovid periodu od 2021. do 2025. godine.

U Srbiji imamo naglašenu ulogu države u učestvovanju u javnom zdravlju. Diplomacija je ključno sredstvo u bici sa koronom, kojom se bavila država. Pandemije su po prirodi prekogranične, pa je diplomacija u svakom smislu reči imala međunarodni karakter. Komunikacija između država je bila veoma interaktivna. Međusobna pomoć je bila nesebična, tako da se za dobrobit svih razvila međunarodna saradnja i mnogo korisnih debata oko koncepta „zdravstvene diplomatije”.

Izražena diplomacija tokom korone je potpomogla opstanku i daljem razvoju medicinskog sistema. Napori da se definiše zdravstvena diplomacija ili diplomacija na globalnom nivou, radi opstanka zdravstvenog sistema, je otvorila nove teme za međunarodne pregovore. Pod uticajem kovid smo dobili zdravstvenu diplomatiju, gde se i otvaraju teme za napredak medicine i zdravstvene zaštite širom sveta.

Nešto što je bilo veoma vidno za vreme pandemije, jeste da je saradnja kod globalnih zdravstvenih pitanja prevazilazila geopolitičku konkurenciju. Velike sile su se uključile u zajedničku borbu protiv ove pošasti. Zdravstvena diplomacija se može shvatiti kao međunarodna pomoć ili saradnja za promovisanje inostranih ciljeva koji ne bi imali neku povezanost sa zdravljem. Diplomatske aktivnosti se mogu koristiti u svrsishodnijim razgovorima o politici i zdravlju.

Možemo poći od osnovnih elemenata zdravstvene diplomatije i to kombinacijom politike, javnog zdravlja i bezbednosti. Ovakav pristup iziskuje više aktera kako bi se došlo do podizanja nivoa zdravstvene saradnje, sa akcentom na zajedničkim interesima između više interesnih strana.

Zdravstvena diplomatija može biti bilateralna ili multilateralna, da ima različite ciljeve, može uključivati državne ili nedržavne aktere, gledajući na unapređenje zdravstva, spoljno-političkih i bezbednosnih odnosa. Ona predstavlja metod interakcije između zainteresovanih strana u politici i javnog sektora. Navedena korelacija obezbeđuje pravo na zdravlje ugroženih grupa stanovništva, rešavanje sporova, unapređenje zdravstvenih sistema i uspostavljanje njihove uzajamne saradnje. Ova saradnja nije isključiva na zdravstvenoj zaštiti i pitanjima zdravstva, već i nezdravstvenim pitanjima.

Teoretičari globalne zdravstvene diplomatije zagovaraju složene ciljeve globalnih angažmana u zdravstvu i imaju nameru uključivanja što više aktera u isto. Aktivnost zdravstvene diplomatije bi uticala na jačanje međunarodnih odnosa u oblastima sa manjkom resursa, kao i u mestima podložnim kriznim konfliktima.

Globalna zdravstvena diplomatija može imati širok pristup, van oblasti zdravstva, gde se zdravlje stavlja u korist „meke moći”. Sa druge strane, neki naučnici su ovakvu vrstu diplomatije okarakterisali kao pregovaračke procese na više nivoa, sa više aktera koji oblikuju i upravljaju globalnim političkim okruženjem u vezi zdravstva. Ona je bitna za izgradnju i održavanje odnosa, pregovaračke procese na većim nivoima, sa akterima iz globalnog političkog okruženja koje se tiče zdravlja. Tokom pandemije, zarad poboljšanja zdravlja građana, bio je neophodan pristup globalnih razmera, odnosno celokupne populacije na zemlji.

Kovid je uticao na multilateralnu saradnju i na to da globalno zdravlje postane deo geopolitike. Globalna zdravstvena diplomatija, zajedno sa globalnom zdravstvenom politikom i spoljnom politikom za zdravlje, se tokom poslednjih dvadeset godina znatno promenila. Tokom pandemije se istakla važnost globalne zdravstvene politike, odnosno diplomatije radi održavanja zajedničkih obaveza zemalja u cilju boljeg zdravstvenog statusa za sve ljude. Tu se video značaj međunarodnih pregovora, zatim koncepata i teorija međunarodnih odnosa za informisanje

globalne zdravstvene diplomatije. Pandemija kovida 19 je zapravo diplomatiju stavila u centar pažnje.

Diplomatski odnosi su postojali među organizacijama i političkim skupovima na visokom nivou. Kod zemalja sa zategnutim odnosima je došlo do pregovaranja i angažovanja oko zajedničkih dogovora. U osnovi, disciplina međunarodnih odnosa se bavi međusobnim odnosima političkih subjekata. U početku su to odnosi između država, dok su kasnije prošireni na glavne međunarodne aktere kao što su međunarodne organizacije.

Međunarodne organizacije nisu samo platforme za diplomatiju, već imaju važnu ulogu kod međunarodne politike tako što utiču na pregovore. Ovde spadaju državne međunarodne organizacije kao što su SZO i nedržavne organizacije, odnosno određeni privatni akteri sa prisustvom moći. Zastupljen je širok spekter aktera, uključujući poseban odnos sa ključnim donatorima, među kojima su privatne fondacije, pojedinci ili čak neke zemlje.

Teoretičari međunarodnih odnosa su se najviše fokusirali na mir i rat, potom na bezbednost kao jedno od bitnih pitanja. Globalni zdravstveni sistem nije dobio pažnju, mada mnogobrojni protok ljudi, kapitala, usluga, tehnologije i informacija nosi sa sobom zdravstvene rizike koji se povećavaju kako postoji međusobna povezanost. Zato se postavljaju važna pitanja oko uspostavljanja pravila i ponašanja ljudi radi njihovog zdravstvenog unapređenja.

Globalna zdravstvena diplomatija u ratnim uslovima obezbeđuje mir i bezbednost u intervalima kada se uspostavljaju neke zdravstvene intervencije. Zatim, doprinosi poboljšanju odnosa između zemalja i sa objektivnog stanovišta pristupa raznim humanitarnim aktivnostima. Međunarodni zdravstveni propisi su usvojeni 2005. godine i predstavljaju jedinstveni multilateralni sporazum o zdravstvenoj bezbednosti koji se nije u potpunosti ispunjavao.

Uz podršku SZO, mnogi pregovarački naponi su intevizirani, vremenom su zaustavljeni zbog geopolitike, nacionalizma i slabe institucije. Tokom pandemije, nedostatak autoriteta i resursa SZO je doveo do odlaganja mnogih radnji i nedovoljno informacija o prenosu virusa.

Globalno zdravstvena i spoljnopolitička inicijativa stavlja globalnu zdravstvenu diplomatiju u fokus analize. Inače, primarna jedinica analize za diplomate su odnosi, a ne države, te je njihov posao da pomažu da ti odnosi funkcionišu. Oni moć vide kao produktivnu energiju koja se oblikuje odnosima i ima veći uvid u kreiranje globalne zdravstvene politike. Produktivni efekat diplomatije čini osnovno političko tkivo međunarodnih odnosa u zdravstvu i bavi se pitanjima koja prevazilaze nacionalne granice i zahtevaju kolektivni postupak.

Rešavanje složenih globalnih zdravstvenih izazova polazi od višestepene diplomatije koja ima više aktera, uključujući i nedržavne aktere među kojima su nevladine organizacije, akademske zajednice, fondacije i privatni sektor. Mada, mnogi pregovori koji nisu fokusirani na zdravlje ipak imaju značajan uticaj na zdravlje. Naravno, održavanje zdravstvenih interesa u odnosu na geopolitičke, nacionalne i ideološke interese mogli bi da budu od koristi svim državama. Poseban interes je u pogledu zdravstvene diplomatije pri Svetskoj zdravstvenoj organizaciji koja postavlja globalne norme i standarde.

U globalnoj zdravstvenoj diplomatiji proučavanje međunarodnih organizacija je jedna od najvažnijih oblasti, gde međunarodni odnosi imaju primarnu ulogu u razumevanju moćnih uloga kod zdravstvene diplomatije. Ova oblast uključuje pregovore radi podrške zdravstvenim interesima, uspostavljanju pravnog mehanizma i uspostavljanju saveza.

Zdravstvena diplomatija se početkom 21. veka pomerila ka napred, a Svetska zdravstvena organizacija je sve više igrala aktivnu ulogu u međunarodnoj politici, te je i njena uloga znatno ojačala kao bitan akter u postavljanju normi globalne zdravstvene diplomatije. Tokom kovida 19 svet je kročio u novu razvojnu fazu globalne zdravstvene diplomatije. Veliki nalet diplomatskih aktivnosti je uključio šefove država i šefove vlada. U međuvremenu, očekivao se usklađen međunarodni odgovor shodno uticaju pandemije kovida 19. Diplomate imaju priliku da utiču na oblikovanje novog koncepta globalnog zdravlja zasnovanog na shvatanju globalnog društvenog rizika.

U celokupnom sistemu neophodno je razumeti ko definiše rizike, ko donosi odluke i ko snosi posledice. Na primer, SAD su u potpunosti istražile ulogu zdravlja i medicine, kao sredstva za

poboljšanje međunarodnih odnosa. Medicinske pomoći u vidu medicinske nege, osoblja i stručnih medicinskih ekipa, upućene siromašnim zemljama, uglavnom od strane SAD-a, pojačala je njenu ulogu u svim diplomatskim odnosima.

Međutim, tokom kovida 19, dovodi se u sumnju uloga međunarodnih organizacija, kao što je Svetska zdravstvena organizacija, dok se pojačava kontrola nad politikama velikih zemalja. Iako postoje sumnje i pretnje SAD-a od povlačenja, SZO ipak zadržava svoju globalnu ulogu pokretanjem akceleratora. Akcelerator, kao uređaj je dizajniran za pomoć proizvodnji, razvoju i pristupu testovima i tretmanima kovida 19. Preko programa KOVAKS, obezbeđuje se jednak pristup vakcinama za sve zemlje, uglavnom one u razvoju i sa srednjim prihodima. Klinička ispitivanja u vezi sa vakcinama su dala podatke da je u 2021. i 2022. godini izvršena imunizacija kod više od 5 mlrd., ljudi, odnosno 68% svetske populacije (Ritchie et al., 2022). Međutim, različita distribucija i dostupnost vakcina se ogledala u zavisnosti od zemalja sa visokim ili niskim prihodima.

U zdravstvenoj diplomatiji se ističe uloga srednjih sila koja se može dokazati posmatranjem deficita u globalnom upravljanju ili neprisustva velikih sila. Primer je Kina, koja je ostavila veliki trag u brobi protiv kovida 19. Tokom pandemije, Kina je preuzela ulogu globalnog lidera i pomagala nekoliko zemalja. Pomoć u vidu pošiljki lične zaštitne opreme, maski i drugih medicinskih resursa je bila evidentna. Tu su i slanja njihovih kineskih lekara u različite zemlje, među kojima je bila i naša država.

Kina šalje avione sa maskama i respiratorima, ne samo teško pogođenim azijskim zemljama, već Italiji, Francuskoj i našoj državi Srbiji. Njena vlada je 2020. godine tvrdila da nudi pomoć za 120 zemalja u vidu donacija, da šalje pomoć u 89 zemalja sa više desetina miliona maski za lice, nekoliko miliona kompleta za testiranje u drugih zaliha. Na žalost, kineska aktivnost u zdravstvenoj diplomatiji je naišla na brojne kritike, smatrajući da Kina želi da skrene pažnju sa njihove stalne izgradnje i nekih akcija oko vađenja prirodnih resursa iz Južnog kineskog mora.

Pored Kine, Indija je takođe pomagala drugim zemljama na sličan način. Njeno objavljivanje diplomatije o vakcinama pod nazivom „Prvo susedstvo” (pomažući svoje susedne

zemlje) ipak dobija političku konotaciju. Slično je radio i Vijetnam, gde je uz spoljnopolitičke inicijative obezbeđivao maske i zaštitno odelo Evropi, Aziji i SAD-u, a potom počeo i sa proizvodnjom vakcina. Zaštitne maske za lice od tkanine su imale veliku potražnju od tržišta Evropske unije, Kanade i SAD-a. Vidno je da se Vijetnam kao srednja sila proaktivno uključio u borbu protiv kovida 19 uz podržavanje multilateralne inicijative protiv ovog virusa.

Sa druge strane, SAD pokazuje svoj nacionalizam time što daje prioritet svojoj zemlji, na račun drugih zemalja. Naime, SAD je gomilala više od milijarde doza vakcina, što je bilo više nego dovoljno. Slično je radila Velika Britanija, zaštićujući samo svoje stanovništvo, te je pravila ogromne zalihe vakcina.

U borbi protiv kovida 19, Srbiji je pomoć stigla od Norveške, Švajcarske, Turske, Ujedinjenih Arapskih Emirata i iz SAD-a. Srbija je takođe dobila donacije od Evropske unije, potom od Kine u vidu novčane pomoći, ali je veći deo medicinske opreme bio iz Kine. Pomoć u vidu dolaska stručnih kadrova iz Kine je bila neprikosnoven. Vlada Srbije navodi da je tokom otvaranja laboratorije za testove na korona virus „Vatreno oko”, velika pomoć stigla od Narodne Republike Kine, odnosno od kineskih kompanija, u vidu novčanih sredstava (Vlada Republike Srbije, n.d.-b). Otvaranje ove laboratorije je omogućilo mnogo veći obuhvat testiranja na virus korona.

Državi Srbiji je od Kine stigla pomoć, odmah na početku pandemije, u vidu rukavica, maski, respiratora i ostale medicinske opreme.

Ovde je značajno izražena uloga Kine, kao i njena uloga na globalnom nivou. Naglašen uticaj Kine na Srbiju je kulminisao indirektno i na međunarodnom nivou. Zdravstvena diplomatija je zapravo korišćena kod više zemalja, gde su velike sile koristile ovaj događaj kako bi svoj interes produbile i učvrstile na većoj geopolitičkoj sceni.

Tokom najtežeg perioda pandemije virusa, država Srbija je dobila pomoć od zemalja EU u opremanju zdravstvenih ustanova, bolnica, klinika, laboratorija, zavoda za javno zdravlje. Delegacija Evropske unije je ponudila pomoć u jačanju administrativnih i tehničkih kapaciteta Ministarstva zdravlja i institucija iz zdravstvenog sistema.

Vlada raznih zemalja se zalaže da se tadašnja situacija sa kovidom ne treba politizovati, niti se pomoć treba koristiti u geopolitičke svrhe, dok su zapravo mnogi koristili ovu situaciju za jačanje međunarodnih odnosa ili u neke druge svrhe.

Veoma je važno da upravljanje pandemijom treba da bude u nadležnosti SZO, a geostrateški sporovi ne smeju da usmeravaju snabdevanje i distribuciju vakcine u različite zemlje. Mnoge nejednakosti su uočene tokom upravljanja pandemijom kovida 19, te je većina političara, vlada i kreatora politike uticala na trezveno upravljanje pandemijom.

SZO treba da bude nezavisna u osmišljavanju programa nadzora za praćenje razvoja širenja virusa, kako bi se izbeglo manipulisanje međunarodnih saradnji iz jedne zemlje u drugu. Na slabljenje Svetske zdravstvene organizacije može se uticati manipulisanjem međunarodnim finansijskim sredstvima zbog političkih sporova i regionalnih interesa.

Glavna uloga države u oblasti zdravstva jeste donošenje zdravstvenog zakonodavstva, potom definisanje određenih strateških ciljeva u zdravstvu, na državnom nivou i uporedo donošenje ekoloških standarda.

Kako bi sistemi bili osposobljeni za buduće pandemije, pored zdravstvene zaštite, treba obuhvatiti optimizaciju lanaca snabdevanja i mehanizma pozitivnog trenda medicinskih usluga.

Neminovno je da, ukoliko postoji održiv ekonomski razvoj, stabilan politički sistem uz primenu odgovarajuće zdravstvene politike i zakona, zdravstveni sistem se u budućnosti može širiti i reflektovati pozitivno na zdravstveno stanje stanovništva.

3.2.3. Nedostatak radne snage u zdravstvu

U 2020. godini globalna zaliha radne snage je iznosila 29,1 milion medicinskih sestara, 12,7 miliona lekara, 3,7 miliona farmaceuta, 2,5 miliona zubara, 2,2 miliona babica i 14,9 miliona dodatnih zanimanja, što je ukupno 65,1 milion zdravstvenih radnika. U 2030. godini predviđa se globalni nedostatak od oko 18 miliona zdravstvenih radnika (Boniol et al., 2022).

Predviđena veličina radne snage do 2030. godine bi bila oko 84 miliona zdravstvenih radnika. Ovo pokazuje rast za potrebom medicinske radne snage od 29%, u intervalu od 2020. do 2030. godine, što je brže od stope rasta stanovništva (9,7%), (Boniol et al., 2022).

Svedoci smo događaja da je za vreme kovida 19 nedostajala radna snaga po bolnicama i svim zdravstvenim centrima. Tada su zdravstveni radnici imali ključnu ulogu u zdravstvenom sistemu.

Na osnovu objedinjenih podataka od strane Svetske zdravstvene organizacije (SZO) za 194 zemlje države članice, pet grupa zanimanja (stomatologa, lekara, babica, medicinskog osoblja i farmaceuta) je u 2020. godini ukupno iznosilo 50,1 milion zdravstvenih radnika.

Naravno, ukoliko uzmemo u obzir faktor emigracije radne snage usled iseljavanja, koji se razlikuje od zemlje do zemlje, isti može uticati na samu procenu. Pandemija kovida 19 je poremetila međunarodnu mobilnost. Ovde se ubrajaju zemlje sa visokim prihodima, gde je pandemija uticala na dalji napredak njihovih ukupnih zaliha do 2030. godine.

Razlika između zemalja sa „visokim prihodima” i zemalja sa „niskim prihodima” održavaju različite percepcije među pacijentima, što bi ukazivalo na to da su pacijenti iz bogatijih zemalja zadovoljniji zdravstvenim sistemom u odnosu na pacijente iz manje razvijenijih zemalja (Xesfingi & Vozikis, 2016).

Jedan od uticaja na brojnost zdravstvenih radnika u budućnosti imaju žene koje mogu da odu i penziju ranije nego muškarci, kao i migracije mladih.

Određeni podaci pokazuju da će se u periodu između 2020. i 2030. godine penzionisati oko 10 miliona zdravstvenih radnika širom sveta, gde je polovina njih sa visokim primanjima. Uzimajući u obzir rast stanovništva, odlazak u penziju medicinskih radnika, potrebno je 13,7 miliona radnika do 2030. godine, kako bi se nadoknadio gubitak zbog procene penzionisanja (Boniol et al., 2022).

Na osnovu podataka od strane svetske zdravstvene organizacija (SZO) afrički region je imao nedostatak medicinske radne snage od 5,1 milion (2013), 5,7 miliona (2020), sa procenama od 5,3 miliona radnika u 2030. godini, što čini 52% globalne nestašice (Ogodo, 2024).

3.3. Javni rashodi u zdravstvu u odnosu na BDP

Prema svetskoj zdravstvenoj organizaciji, rashodi u zdravstvu obuhvataju sve izdatke za pružanje zdravstvenih usluga, aktivnosti planiranja porodice, aktivnosti ishrane i hitne pomoći namenjene zdravstvu.

Sa stanovišta SZO, nacionalni zdravstveni računi predstavljaju pokazatelje koji pružaju veliki skup indikatora zasnovanih na informacijama koji su prikupljeni u okviru međunarodno priznatog okvira. Oni pokazuju tok finansiranja, od izvora finansiranja do distribucije sredstava između pružalaca usluga i funkcija zdravstvenih sistema.

Bitno je navesti značajan sektor opšte vlade koji se sastoji od ukupnog broja institucionalnih jedinica, koji proizvode uglavnom netržišne usluge za individualnu ili kolektivnu potrošnju (UNSD, 2025). Rashod opšte vlade za zdravstvo je izražen u procentima i definiše se kao nivo opštih državnih rashoda (World Health Organization, 2011). On zapravo prikazuje težinu javne potrošnje na zdravstvo u okviru ukupne vrednosti poslovanja javnog sektora.

Javni rashodi u zdravstvu su predstavljeni na osnovu indikatora koji se definiše kao nivo ukupnih izdataka u zdravstvu, odnosno kao procentualni udeo BDP-a. On pruža informacije o nivou resursa koji se usmeravaju u zdravstvu, u odnosu na bogatstvo zemlje.

U državama sa niskim prihodima, ne postoji jedan određen nivo potrošnje za zdravstvo. Inače, što je veći dohodak po glavi stanovnika, to su veći i rashodi za zdravstvo. Mada neke zemlje troše mnogo više od nivoa njihovog prihoda, a neke dosta manje.

Pored navedenog, postoji i indikator koji pokazuje ukupne izdatke za zdravstvo po glavi stanovnika. Možemo navesti da je Luksemburg, kao jedna od razvijenijih zemalja, u 2017. godini

imao najveću zdravstvenu potrošnju po glavi stanovnika u Evropskoj uniji, dok je sa druge strane zabeležio najniži udeo zdravstvene potrošnje u BDP-u (World Bank Group, n.d.).

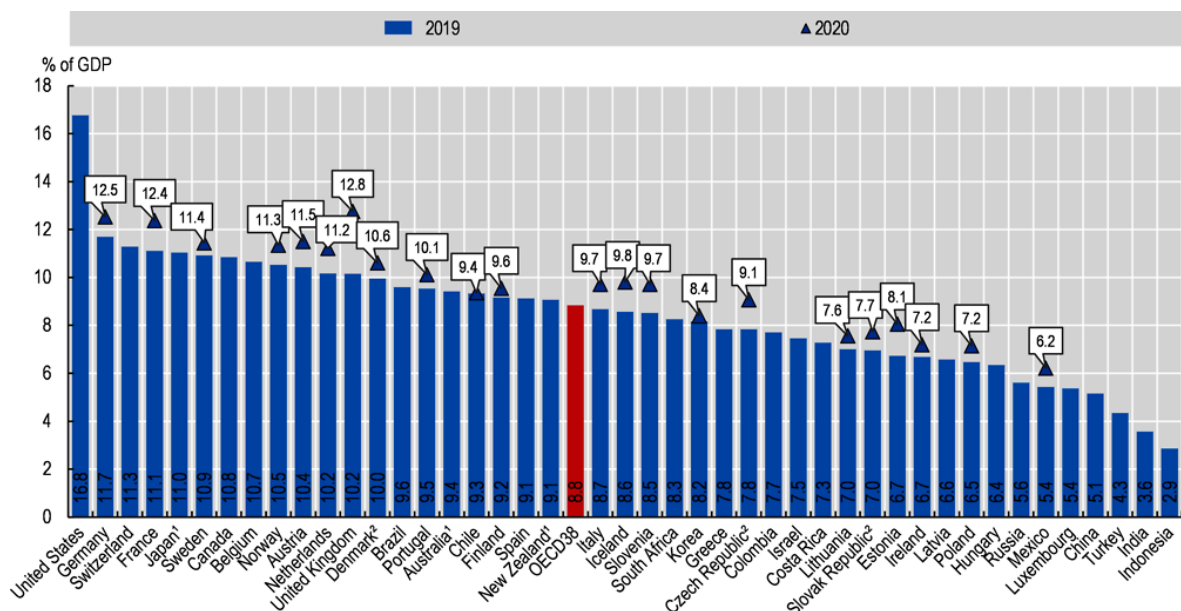
U poslednjih petnaest godina, veliki uticaj na zdravstvenu potrošnju po glavi stanovnika je imala ekonomska kriza 2008. godine i negativni uticaj kovida 19. Zbog pandemije, potreba za povećanjem zdravstvene potrošnje porasla je na prosečan rast blizu 5% (Fiskalni savet, 2020).

Loš sistem zdravstvene zaštite je bio evidentan tokom pandemije kovida 19. U razvijenim zemljama je došlo do „pucanja” zdravstvenog sistema i mnogi nisu mogli da priteknu u pomoć velikom broju pacijenata. Na žalost, veliki broj smrtnih slučajeva se desio upravo zbog nemogućnosti njihovog zbrinjavanja, usled manjka medicinskih radnika i neophodnih infrastrukturnih kapaciteta za zbrinjavanje bolesnika.

Za pandemiju kovida 19 je izdvojeno mnogo novčanih sredstava i mnogo se trošilo na finansiranje sopstvenog zdravstvenog sistema. Jedan od najčešće korišćenih indikatora obima finansijskih sredstava koje jedna zemlja troši na finansiranje svog zdravstvenog sistema, jeste udeo ukupne zdravstvene potrošnje u BDP-u. Ovaj pokazatelj omogućuje poređenje izdataka između zemalja različitih nivoa razvijenosti.

Učešće izdataka u BDP-u i zdravstvena potrošnja po glavi stanovnika za zemlje OECD-a, nam pružaju decidnije podatke o različitoj dinamici kretanja izdataka. Sledeći grafikoni nam prikazuju rast potrošnje i GDP-a po godinama.

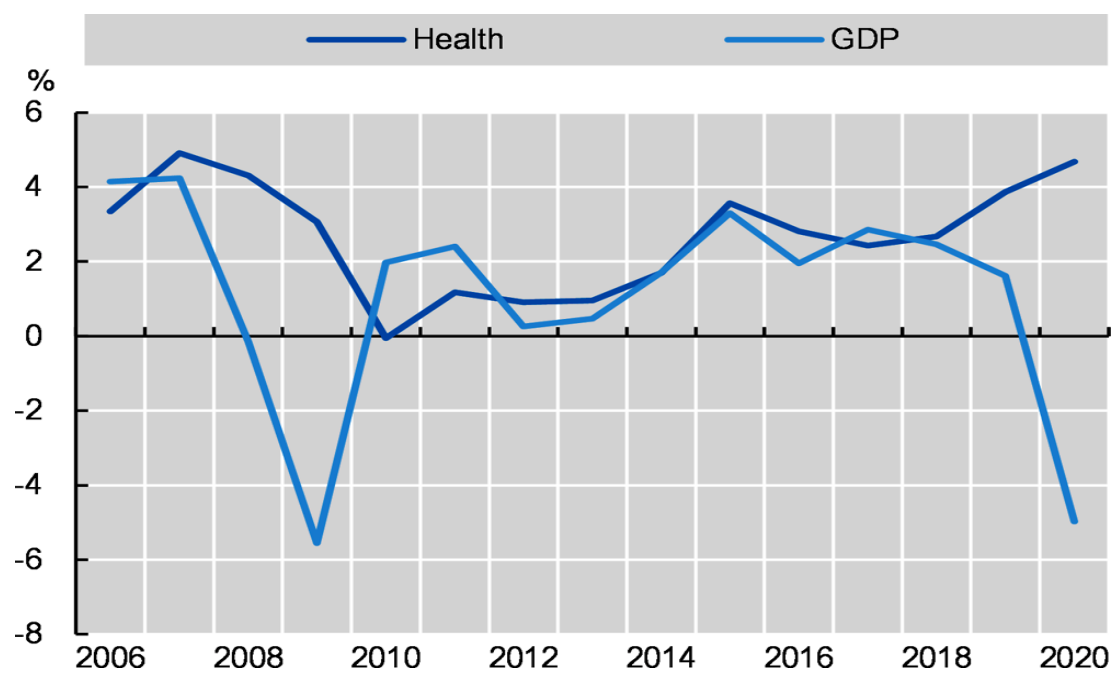
Grafikon ispod pokazuje globalnu bazu podataka o zdravstvenim troškovima SZO i to: procene za 2019. godinu i procene za 2020. godinu.



Grafikon 5 Rashodi za zdravstvo u udelu BDP-a u 2019. godini i 2020. godini

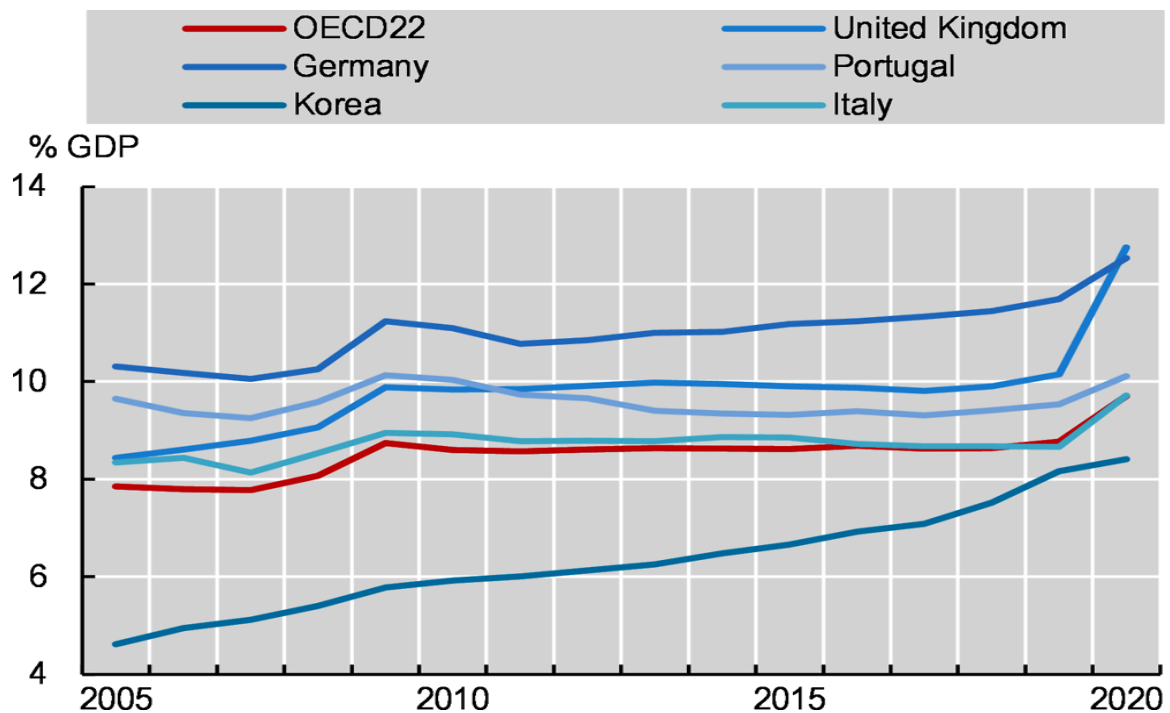
Izvor: Zdravstvena statistika OECD (2021)

Kod zemalja OECD-a, krajem dvadesetog veka je potrošnja na zdravstvo prevazilazila potrošnju u odnosu na ostatak privrede i posledično je dovela do porasta odnosa zdravstvenih rashoda i rasta BDP-a. Kod navedenih zemalja, udeo potrošnje u javnim rashodima je nakon ekonomske krize u 2008. godini ostao stabilan, jer rast potrošnje u zdravstvu nije bio veliki. Bitno je napomenuti da su zemlje OECD-a, pre kovida 19, trošile oko 8,8% BDP-a na zdravstvenu zaštitu. Tokom kovida 19, u 2020. godini već se može reći za broj zemalja OECD-a i njihovog odnosa zdravstva i BDP-a, da imaju vidljivo povećanje odnosa zdravstvene potrošnje i BDP-a. Time da je deo BDP-a sa 8,8% porastao na 9,7% u 2020. godini. Među članicama zemalja za ekonomsku saradnju i razvoj, tokom 2020. godine, najteže je pogođena Velika Britanija (povećanje BDP-a sa 10,2% na 12,8%). Na zdravstvenu zaštitu su najviše odvajale Sjedinjene Države, oko 16,8% BDP-a. Sa druge strane, zdravstvena potrošnja zemalja Centralne i Istočne Evrope je iznosila od 6% do 8% svog BDP-a OECD Health Statistics (2021).



Grafikon 6 Godišnji realni rast zdravstvene potrošnje i BDP-a po glavi stanovnika, OECD 2005-2020

Izvor: Zdravstvena statistika OECD (2021)



Grafikon 7 Zdravstveni rashodi kao udeo u BDP-u, odabrane zemlje OECD-a, 2005-2020

Izvor: Zdravstvena statistika OECD (2021)

Grafikon 6 prikazuje prosek GDP-a za 22 zemlje OECD-a. Iz grafikona zaključujemo da se potrošnja različito kretala u zavisnosti od zemalja koje se posmatraju.

S obzirom na to da smo tokom kovida imali veliki broj pacijenata obolelih od novog virusa, posledice su bile ogromne po javno zdravlje. Rizičnost u sistemu upravljanja ogledala se u delatnosti osiguranja i to kod ostvarivanja prava na odgovarajuću zdravstvenu zaštitu, potom na vakcinisanje stanovništva vakcinama protiv koronavirusa, uzimajući u obzir polise za ograničavanje zdravstvenih rizika.

Kod razvijenih zemalja su primetna veća novčana izdvajanja, za razliku od manje razvijenih zemalja, koja raspolažu manjim obimom novčanih sredstava. Ono što karakteriše manje razvijene zemlje jeste zapravo slabije opremljen zdravstveni sistem, slabija administracija, lošija tehnologija i organizacija. Naravno, jedan od uzroka jeste niska privredna aktivnost.

U 2021. godini je evidentno prilagođavanje fiskalne politike na izmenjene makroekonomske okolnosti koje su ocenjene kao opravdane.

Izdvajanja za zdravstvo i zdravstvenu zaštitu u Srbiji tokom pandemije su potpomogla da se zdravstveni sistem održi i odoli velikom pritisku. Suočavanje sa ovakvim izazovom podrazumeva prevashodno funkcionalan zdravstveni sistem. Inače, u Republici Srbiji pandemija je pokazala da naši zdravstveni sistem nije slab kao što se procenjivalo. S obzirom na to da nije postojala jaka veza između državnog i privatnog sektora, sistem je pokazao svu fleksibilnost i solidnu organizaciju (Jović, 2022).

Za zdravstvo i zdravstveni sistem, potrebno je dosta sredstava i to za visokoobrazovni kadar i skupocena dijagnostička sredstva, renoviranje mnogih medicinskih ustanova, uređivanje organizacionog, administrativnog i finansijskog sistema kontrole rizičnosti poslovanja, a postoje još drugi razlozi.

3.4. Mogući pravci povećanja efikasnosti zdravstvenog sistema kroz ulaganje

Uspostavljanjem jedinstvenog informacionog sistema u zdravstvu, objedinjeni podaci omogućuju tačnost i kompletnost informacija. U okviru jednoobrazne baze podataka postoje podaci o lečenju svakog pacijenta, broju zdravstvenih radnika, opremi, specijalizacijama, lekovima, listi čekanja.

Efikasnost sistema se ogleda u povezanosti rada, koordinisanosti bolnica i domova zdravlja, u pogledu specijalističkih pregleda pacijenta po mestu boravka, bez potrebe njegovog daljeg putovanja, potencijalno većih putnih i drugih propratnih troškova. Kod javnog zdravstva je potrebno decidno valorizovati troškove i koristi od zdravstvenih intervencija, gde je neophodno kontrolisati njihove troškove (Dukić et al., 2015).

Cilj države je takođe da stvori što bolje plate zdravstvenim radnicima, a time bolji kvalitet života i rada. Usvajanjem Budžeta za 2025. godinu u odnosu na Budžet iz 2024. godine, vršiće se veća izdvajanja u zdravstvo za 40 milijardi dinara, odnosno sa 573,6 milijardi na 613,9 milijardi

dinara (Vlada Republike Srbije, 2024). Novčana sredstva su namenjena za povećanje zarada zaposlenih u zdravstvu od 8%, potom za preventivne preglede, smanjenje liste čekanja, lekove za lečenje retkih bolesti, inovativne lekove i sl., ali i za nastavak kapitalnih investicija u zdravstvu.

U Srbiji se ulažu velika novčana sredstva u zdravstveni sektor, koja će uz primenu informacionog sistema obezbediti svoju transparentnost i bezbednost podataka. Nakon pandemije, Vlada države Srbije je započela digitalizaciju finansijskih procesa u zdravstvenom sistemu. Ustanovljeno je da se uz pomoć robno-materijalnog knjigovodstva može izvršiti potpuna kontrola zaliha.

Robno-materijalno knjigovodstvo obuhvata unos podataka u odgovarajući program. Nakon toga, zaposleni u knjigovodstvu su u obavezi da izvrše izradu robno-materijalne dokumentacije. Evidentirana roba se klasifikuje po vrsti, količini i vrednosti, potom se vrši uvid u stanje zaliha robe, materijala, pristupa izradi izveštaja i ostalih poslova koji obuhvataju saradnju sa finansijama, komercijalom, magacinom i dr.

Centralizovana javna nabavka lekova na recept po generičkom nazivu, može izazvati ogromnu rizičnost i konsekvence u lečenju. U ovom smislu uštede bi bile kratkoročne, a dugoročni problemi nisu samo za pacijente, već i za farmaceutsku industriju i privredu u celini. Na primer, što se tiče lekova, pacijenti su prinuđeni da kupuju lekove domaće proizvodnje. Na ovaj način država će uštedeti, mada bi kasniji gubici poništili uštedu. Ukoliko bi došlo do nedostatka odgovarajućih lekova, koji nisu prošli centralizovanu nabavku, a neophodni su za pacijenta, ograničile bi se terapijske opcije koje su lekarima na raspolaganju. Ukoliko na tenderu ne prođe lek proizvođača, on ne bi bio raspoloživ o trošku zdravstvenog osiguranja. Ukoliko bi pacijent morao da promeni lek, zbog toga što se isti ne nalazi više o trošku zdravstvenog osiguranja, to bi bilo veoma loše za njegovo zdravstveno stanje. Ovo naročito važi za pacijente u rizičnim grupama, kao što su pacijenti sa kardiovaskularnim bolestima, opstruktivnim bolestima pluća i mnogim drugim hroničnim bolestima.

Sa čisto ekonomskog stanovišta, centralizacija javnih nabavki utiče na efikasnost i modernizaciju zdravstvenog sistema. Ona omogućuje uštede kod naručilaca, usled potencijalnog

smanjivanja nabavnih cena i dr. Tako da je ovde osetljivija nego u drugim oblastima, upravo zbog eventualno lošeg raspolaganja javnim sredstvima, gde se posledice direktno mogu osetiti u pružanju javnih zdravstvenih usluga. Zato se pored pozitivnih efekata uštede javljaju i posledice.

RFZO želi da građanima obezbedi drugu vrstu zdravstvenih usluga, veći obim, sadržaj i viši standard zdravstvenih usluga. Neophodno je proširiti određena prava na refundaciju troškova zdravstvene zaštite za vreme puta i boravka u inostranstvu, za stomatološke usluge, kao i prava na naknadu za slučaj bolničkog lečenja, postavljenih dijagnoza, bolovanja zbog težih bolesti. Nužno oslušnuti, ispitati, istražiti šta je pacijentu potrebno i predložiti mu. Sagledavanje jednogodišnjeg izveštaja za svakog osiguranika o uplaćenim i potrošenim sredstvima, može dati još mnogo drugih saznanja. Potrebno je kontrolisati koliko je sredstava utrošeno i u koje svrhe. Na osnovu datog, vrši se analiza potreba za svakog pacijenta ponaosob, gde mu se može izraditi neka dobra ponuda usluga na obostrano zadovoljstvo.

RFZO nije posedovao relevantan podatak o zalihama u zdravstvenim ustanovama, te se smatra da bi uvođenjem centralizovane javne nabavke, robno-materijalnog knjigovodstva i sistema elektronskog recepta (eRecept) došlo do pomaka u boljem funkcionisanju zdravstvenog sistema.

Dobar informacioni sistem može u kratkim crtama izvući tražene podatke, kao što može uspostaviti monitoring praćenja za svakog pacijenta. Na osnovu dobijenog, u zavisnosti od većih ili manje kritičnih grupa, vrši se projekcija usmerenja budućih događaja, odnosno kretanja zdravlja ili bolesti svakog pacijenta.

Potrošački indeks zdravlja u evrima (EHCI) je počeo od 2005. godine, kao vodeće poređenje za procenu učinka nacionalnih zdravstvenih sistema u 35 evropskih zemalja. Ovaj indeks analizira nacionalnu zdravstvenu zaštitu na osnovu 46 indikatora. Po EHCI-u u 2018. godini, zdravstveni sistem Srbije pokazuje napredak, kada biva rangiran na osamnaesto mesto u Evropi, među 35 država. Prva na listi je Švajcarska, a poslednja Albanija. Indikator obuhvata i posmatra oblasti kao što su prava pacijenta i informacije, rezultati lečenja, opseg usluga, prevencije i upotreba farmaceutskih proizvoda (Komora zdravstvenih ustanova Srbije, n.d.).

Rezultati napretka zdravstvenog sistema u 2018. godini se ogledaju u uspešnoj implementaciji eRecepta, smanjenoj listi čekanja, aktivnosti u oblasti mentalnog zdravlja i smanjenoj upotrebi antibiotika. Značajni rezultat je što je Srbija postigla vodeće mesto u regionu.

S obzirom na to da se pod uticajem pandemije rapidno ulagalo u zdravstvo, nadamo se da će indeks biti bolji, odnosno da će se Srbija još bolje rangirati.

Dalji prosperitet se može ogledati kroz podstrek mladim volonterima, pripravnicima sa završenom srednjom medicinskom školom. Njima je naročito bitna podrška u vidu finansijske nadoknade tokom pripravničkog rada. To je veoma značajan faktor kojim pokazujemo mali znak pažnje i vrednujemo njihovo zalaganje. Njihova posvećenost tokom osmočasovnog rada u periodu od 6 meseci ili najviše godinu dana je važna za instituciju u kojoj rade. Da bi kvalitetnije naučili posao i bili efektivniji, mala satisfakcija dok su na pripravničkom radu, u vidu novčane nadoknade, koja bi možda iznosila npr. 30-50% zarade, bi bila velika motivacija, za mlade medicinske radnike početnike.

Efikasnost zdravstvenog sistema treba sagledati iz ugla što većeg prihodovanja. Na primer, deo prihoda od akciza na proizvode koji ugrožavaju zdravlje (duvan, alkohol) preusmeriti na zdravstveni sistem. Drugo, za efikasnost nekog sistema prioritetno je ljudstvo. Zbog toga su u ovom sistemu prioritet zaposleni, naročito kad postoji deficit u radnoj snazi. Već duže vreme, država ima u vidu da izgradi stanove za zdravstvene radnike, po subvencionisanim cenama. Međutim, to još uvek nije učinjeno, uprkos tome što medicinski kadar odlazi van granica naše zemlje. Razlozi su različiti, mada je tu uvek prisutan razlog materijalne egzistencije. Država bi trebalo da im ponudi benefite u rešavanju stambenog pitanja. Time bi se motivacija za poslom povećala i delimično rešilo pitanje odliva medicinskog kadra. Ipak, medicinsko osoblje (doktori, sestre, tehničari i negovatelji) se brinu o najosetljivijim grupama ljudi i veoma su bitni za održivost medicinskog sistema.

3.4.1. Ulaganje u profesionalan razvoj zdravstvenih menadžera

Ulaganje obuhvata i usmerenje sredstava za obuku postojećih i novih zdravstvenih radnika u oblasti menadžmenta. Da bi zdravstvo imalo kvalitetan razvoj, neophodne su veštine za započinjanje karijere u menadžmentu zdravstvene zaštite.

Svedoci smo kvaliteta pružanja usluge u privatnim zdravstvenim centrima, gde obučeni zdravstveni administratori upravljaju marketingom, naplatom, osobljem i drugim operacijama. Nužno je da lekar, medicinske sestre i drugi pružaoci nege pacijenata rade nezavisno i vode svoje administrativne poslove. Potrebno je usmeriti dešavanja u sferi poslovne discipline. Naime, menadžment zdravstvene zaštite je ogromna disciplina koja obuhvata sve što je u vezi sa poslovnom stranom medicine. Za negu pacijenata su između ostalog odgovorni upravo zdravstveni menadžeri. Od efikasnog zdravstvenog rukovodstva zavisi kvalitet pružanja usluga i zadovoljenje potreba pacijenata, kao što je obezbeđenje lekova, oprema, lečenje, kvalitet usluge i sl. U novije vreme, upravljanje zdravstvenim ustanovama je mnogo zahtevnije, jer je sve veća složenost medicinske naplate kao i zahteva pacijenata. Stoga je upravljanje ljudima vitalan element efikasne administracije zdravstvene zaštite.

U kliničkim okruženjima se donose mnoge odluke. Na primer, u uslovima relativne neizvesnosti, zdravstveni menadžeri moraju donositi odluke zasnovane na dokazima, a ne odluke donesene u strahu, dok lideri u zdravstvu treba da budu pribrani u najhaotičnijim situacijama. Napred navedeno ukazuje na to da je bitno razvijati mentorske veštine svih menadžera u zdravstvu, kako bi se kroz praćenje procedura, propisa i svih raspoloživih resursa povećala efikasnost u radu kliničkog i nekliničkog osoblja.

S obzirom na to da nega pacijenta obuhvata negu sa akutnim stanjem, potom negu sa hroničnim stanjima do kraja života, neophodno je izvršiti analizu budućih troškova ovih pacijenata. U privatnom zdravstvenom sektoru evropskih zemalja i SAD-a, odnosno, u ustanovama akutne nege, zdravstveni radnici i menadžeri uglavnom odlično zarađuju. S obzirom na to da tržište postakutne nege raste, uporedo sa njim se razvijaju i strategije postakutne nege.

Time je ceo lanac učesnika, od pružalaca nege pacijenata do osoblja za održavanje, u obavezi pridržavanja operativnih procedura i politika dizajniranih za bezbednost pacijenata. Veštine upravljanja nege podrazumevaju znanje i veštine usklađenosti sa propisima, obradu zahteva za osiguranje, pa čak i unapređivanje procesa marketinga.

Medicinski menadžeri moraju biti osposobljeni za analitičke veštine kako bi izvršili identifikaciju sistema, prikupljanje podataka, generisanje dobijenih informacija, razloge neefikasnosti i za davanje predloga za dalji progres .

Finansijsko planiranje može imati itekako bitan uticaj na zdravlje pacijenata. Budžetska sredstva ulivena u zdravstvo, daju finansijsku sigurnost pacijentu, jer stvaraju pozitivnu sliku o postojanju neophodnih resursa za njihovo lečenje.

Sa druge strane, postojeći menadžeri moraju sagledavati pozitivan učinak pružaoca usluga bez negativnog uticaja, gde bi dobrim rezultatima i radom bili dodatno nagrađeni. Obukom bi se pokušalo izgraditi poverenje, odnosno zasnovali odnosi na poverenju, što bi rezultiralo zajedničkom ostvarivanju kratkoročnih i dugoročnih ciljeva.

U užurbanim kliničkim okruženjima, posedovanje dragocene veštine je multitasking. Multitasking je mogućnost rešavanja više zadataka u isto vreme. Rešavanje stvari odjednom svara osećaj produktivnosti, mada pri rešavanju rutinskih zadataka, može štetiti njihov kvalitet i kvantitet. Praksa je pokazala da je multitasking dobar uglavnom na obavljanju rutinskih radnji, koje ne zahtevaju koncentraciju i pažnju.

Snažna veza postoji između administrativnog zdravlja na radu, bezbednosnih veština i prevencije medicinskih grešaka u kliničkim okruženjima. Naime, postoji verovatnoća da će pružaoci usluga napraviti greške, samo zbog zabrinutosti oko kvarova na opremi, kontroli infekcija ili prekovremenog rada.

S tim u vezi, nadzor upravljanja i održavanja ustanove je sastavni deo operacije koje mogu pasti na zaposlene u zdravstvu, posebno kada se oprema ili teren ne održavaju, što može ugroziti bezbednost pacijenata ili pružaoca usluga.

U medicinskom sistemu Srbije je bitno razviti emocionalnu inteligenciju, samosvest zaposlenih i liderski potencijal. Medicinski menadžer je uglavnom prepoznatljiv po opštoj poslovnoj administraciji i rukovođenju jednom ili više zdravstvenih ustanova. Međutim, lider sa svojim specifičnim veštinama upravljanja zdravstvenom zaštitom bi bio efikasan vođa u kliničkom okruženju i dalje.

Kliničko iskustvo je impozantno, te bi odgovarajućem osoblju pružilo proširene vidike u svet medicine, koje većina ljudi zapravo i ne poseduje. Veštine bi se stekle volontiranjem u ovakvim ustanovama, praćenjem lekara, medicinskih sestara, tehničara. Ovakvo iskustvo bi menadžeru dalo dodatnu veštinu upravljanja zdravstvenom zaštitom. Menadžeri u zdravstvu sa postojećim veštinama u kliničkim istraživanjima mogu da rade i u ustanovama za negu pacijenata za proizvođače medicinskih uređaja, laboratorije, farmaceutske kompanije.

Za upravljanje negom menadžeri zdravstvene zaštite nemaju direktan pristup, ali kreiraju i uspostavljaju protokole za medicinsko osoblje. Takođe, medicinski menadžeri utiču na bolju bezbednost pacijenata i dovode do boljih ishoda.

Zaposleni u sistemu su odgovorni za sprečavanje i smanjenje medicinskih grešaka, kao i prijavljivanje i analizu postojećih grešaka. Njihov posao je da poboljšaju bezbednost pacijenta kroz proceduralne promene. Svaki član osoblja, od pružalaca usluga do osoblja za održavanje, bi morao da se pridržava operativnih procedura i politika.

U svakoj fazi procesa zdravstvene zaštite komunikacija je ključna za koncizan prenos informacija ka svim potrebnim pravcima. Kako je bitno da poslovna komunikacija bude jasna i koncizna, pisana komunikacija mora biti kratka i razumna, naročito na diksusionim grupnim okupljanjima.

Redovno deljenje informacija sa nekliničkim osobljem, pružiocima usluga, zainteresovanim stranama, pa čak i sa pacijentima sprečava nesporazume.

Zaposleni moraju znati kako da planiraju obrasce potreba, optimizuju rasporede kako bi ispunili organizacione ciljeve. Menadžeri u zdravstvu bi trebalo, uz primenu statističke i

operativne metodologije, biti spremni da pretvore istorijske analize podataka koje se odnose na troškove, efikasnost, zadovoljstvo pacijenata i druge metrike, u realne kratkoročne i dugoročne planove.

Većina ljudi ne povezuje kreativno razmišljanje sa veštinama upravljanja zdravstvenom zaštitom, ali zdravstveni administratori moraju biti sposobni za inovacije. Uporedo razvijanje veštine kreativnog razmišljanja i korišćenje najnovije tehnologije su bitni faktori za razvoj. Kadrovska služba u zdravstvenim institucijama treba da bude podrška kliničkom i nekliničkom osoblju, u njihovom daljem profesionalnom usavršavanju.

Zdravstveni lideri koji poseduju veštine kritičkog razmišljanja, mogu u bilo kojoj situaciji odrediti najbolji pravac delovanja ispitivanjem podataka i organizacionih ciljeva. Kritičko razmišljanje je potrebno kod tumačenja uticaja zdravstvene politike, pravila i propisa na zdravlje stanovništva i zdravstvene organizacije. U veštinu upravljanja zdravstvenom zaštitom spada uređivanje, odnosno jasan pregled svakog dokumenta.

U zdravstvenom sistemu se obično govori o postavljanju ciljeva koji podrazumevaju razvoj akcionih planova. Lideri u zdravstvenim okruženjima pokreću promene tako što preuzimaju odgovornost koja može biti van njihovog prostora kojim upravljaju. Njihova odgovornost potiče od kompetentnosti o poslovnoj i kliničkoj strani medicine. Među timovima je neophodno poverenje, dok su za izgradnu poverenja i insistiranje lojalnosti najkompetentniji transformacioni lideri. Oni se vešto prilagođavaju na koji način i kako da pomognu rastu i razvoju svojih radnika.

Menadžeri zdravstvene zaštite ne moraju biti kliničari, ali moraju da razumeju usluge koje pružaju lekari, medicinske sestre i srodni zdravstveni radnici. Oni su odgovorni za rešavanje sporova sa osobljem, balansiranje finansija u okviru sektora, ustanove u njihovoj nadležnosti i rešavanje kriznih situacija. Moraju ostati mirni, fokusirani na rešenja i objektivni. Između ostalog, poželjno je da rešavaju i identifikuju klinička, administrativna i operativna pitanja u medicinskim okruženjima. Da bi ostali aktuelni u kliničkim i laboratorijskim okruženjima gde pojedine odluke moraju biti potkrepljenje podacima, odnosno zasnovane na dokazima, menadžerima su potrebne istraživačke veštine.

Menadžeri i administratori moraju posedovati veštine upravljanja zdravstvenom zaštitom, koja se odnosi na poznavanje, poštovanje zakona i propisa. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, propisi o zdravstvenom osiguranju, pravila koja regulišu zdravstvene radnike, zloupotrebe lekara i drugo su bitni u poslovanju.

Da bi bolnice, zdravstvene ustanove, osiguravajuća društva, Zavod za obavezno socijalno osiguranje i istraživačke laboratorije efikasno rešavale sistemske probleme na strukturiran, sistematičan način, moraju imati profesionalne menadžere. Strateško planiranje je jedna vrsta specijalizovane veštine menadžera medicinskih usluga, koju naplaćuju vešto i to u vidu premije. Naravno, jedan od ciljeva mnogobrojnih zdravstvenih organizacija jeste ažuriranje tehnološke infrastrukture i procesa, kako bi se uskladile sa tržišnim trendovima.

Odgovornost za kontinuirano obrazovanje pružalaca usluga, razvoj protokola, odgovornost za nadgledanje efikasnosti lečenja i kvaliteta nege pristaje menadžerima zdravstvene zaštite, iako oni ne učestvuju u kreiranju planova lečenja.

3.4.2. Ulaganje u veštačku inteligenciju

Prikupljanje i analiza podataka su od vitalnog značaja za poboljšanje sistema. Na kontinuirano prikupljanje podataka se oslanja veštačka inteligencija i učenje. U ovom poslu su neophodni administratori da upravljaju informatikom i nadgledaju sisteme elektronske zdravstvene evidencije. Veštačka inteligencija može zameniti radnike i osloboditi ih raznih zadataka, kao što su stavljanje beleški o poseti lekaru, popunjavanje papirologije i podnošenje zahteva za osiguranje.

Za udaljena mesta, za ljude koji nikada ne posećuju lekara, velika pomoć bi bila od strane veštačke inteligencije, što predstavlja veliku pozitivnu stranu AI-a. Pomoć bi se ogledala u efikasnosti dijagnoze, analizi zdravstvenog statusa i njegovom monitoringu. U zdravstvu je veliki pomak AI-a, na primer kod analize medicinskih podataka i dizajniranja lekova. Predviđa se da će sledeći talas AI alata biti u prognoziranju neželjenih efekata lekova i izračunavanju nivoa doze.

AI ima veliki potencijal da u velikoj meri unapredi istraživačke sposobnosti, identifikaciju obrazaca, automatizuje analizu podataka i predviđanja. Veštačka inteligencija može pomoći obradi podataka i pronalaženju informacija, dati podršku razvoju novih metoda i alata. Međutim, može dovesti do etičkih i društvenih problema, neizvesnosti, zahtevati odgovarajuće upravljanje i regulativnost, kao što su pitanja vezana za transparentnost i osporavanje ponovnog praćenja sugestija.

Pored plana i strategije razvoja zdravstvenog sistema od strane države, neophodno je imati dobar kadar koji će na pravi način preusmeriti investicije, izvršiti kvalitetnu preraspodelu i promptno pratiti sve radnje u vezi sa AI. Jedna od glavnih komponenti ovog sistema jeste razvoj zdravstvenih resursa. Razvoj zdravstvenih resursa se odnosi na već pomenuti kadar, potom na kapacitete i opremu, organizovano uređenje resursa nacionalne vlasti, osiguranje, pružanje zdravstvene zaštite na nivoe zaštite, ekonomsku pomoć na izvore finansiranja i menadžment na vođstvo, odlučivanje i regulaciju itd (Mićović, 2008). S tim u vezi je bitno da zdravstveni menadžment vode menadžeri koji poseduju profesionalno iskustvo kroz odgovarajuću edukaciju u primeni veštačke inteligencije.

Efikasan lider treba da poseduje: usredsređenost, konfrotaciju, kreativnost, povezanost, pomoć, integraciju, rast i nadzor. Menadžeri u zdravstvu moraju da poznaju prednosti veštačke inteligencije i pomognu ostalim interesnim stranama pored pacijenta, kao što su dobavljači, akcionari i drugi.

Ulaganje u nove tehnologije, algoritam veštačke inteligencije, kao i primena mašinskog učenja su prioriteti za dalji razvoj medicinskog sistema.

3.4.3. Ulaganje u transkulturalno sestrinstvo

Kako bi pristup zdravstvene ustanove kod pacijenata raznih nacionalnosti bio kvalitetan, ima za cilj poznavanje kulture, verovanja i slično. Glavni akter u ovom delu ima medicinska sestra.

Profil medicinske sestre sa važnom ulogom u medicinskom timu, sa poznavanjem kulture i njenih uticaja na zdravstvene bolesti mogu da premoste jaz između nege pojedinaca različitih kultura.

Transkulturalni pristup se može primeniti na svim nivoima zdravstvenih ustanova, ali su medicinske sestre u privilegovanoj poziciji. Glavni cilj sestrinstva jeste da pruži uslugu nege koja poštuje kulturne vrednosti i stil života. One treba da ponude prihvatljivu, kulturnu i pristupačnu negu pojedincima.

Kulturno kompetentne sestre bi trebale da poznaju kulturološke razlike pacijenata i u skladu sa tim da imaju odgovarajući pristup. To znači da bi one morale prethodno biti naučene o kulturološkim vrednostima. Transkulturalni pristup ima za ishod kompetentnost u pružanju kreativne nege pojedincima. Njime se može poboljšati samopoštovanje medicinskih sestara i pacijenata. Kulturno kompetentne sestre doprinose sociokulturnom znanju u sestrinskoj nezi pružanjem individualizovane nege.

Medicinske sestre, koje su svesne kulturološkog uticaja na zdravlje pojedinca, mogu da što boljom komunikacijom, kao jednim vidom terapije, utiču na bolje stanje pacijenta. Polazi se od stava da novi način pružanja nege u multikulturalnoj sredini ili kulturalno različitim društvima, utiče na definiciju bolesti zdravlja. Sestre treba da deluju kao most između biomedicinskog sistema i brige o pojedincima.

Veliki uticaj na ljude ima kultura. Kako ljudi misle, govore, kako se oblače, hrane, leče svoje pacijente, ima veliki uticaj u različitim životnim aspektima. S tim u vezi, verovanje pojedinca o zdravlju i kulturi bolesti čini jedinstvenu kulturu i vitalnu ulogu u poboljšanju zdravlja pojedinaca.

Faktor koji utiče na odnos pacijent - medicinska sestra nije sam pacijent. Polazna tačka za kulturno razumevanje pacijenta jeste samosvest medicinske sestre.

Medicinske sestre koje su prošle obuku o veštinama komunikacije efikasno komuniciraju i pokazuju povećano samopouzdanje u komunikaciji sa pacijentima. Kada medicinska sestra radi u više različitih zemalja dobija priliku za razvoj komunikacijske veštine i kulturne svesti. Promovisanje efikasne komunikacije u zdravstvenoj zaštiti je zahtevno zbog prirode radnog

okruženja. Pojedinci kao kulturna, fizička, ekološka i sociopolitička bića su u stalnoj interakciji jedni sa drugima. Kulturna raznolikost nameće obavezu u pružanju kulturno adekvatne nege.

Transkulturalno sestrinstvo je osetljivo na potrebe porodice, grupe i pojedinaca koji su predstavnici grupa sa različitim kulturama u zajednici i društvu. Profesija medicinske sestre je takva da se mora prilagođavati svim situacijama. Zbog velikih migracija stanovništva, dolazi do veće multikulturalnosti, koja direktno utiče na drugačije pristupe u nezi pacijenata, u skladu sa različitim nacijama. Naime, ova profesija je u razvoju što se tiče navedenog pravca, jer multukulturalno društvo očekuje da zdravstveni radnici treba da budu kulturno kompetenti.

Veoma je bitno da medicinske sestre treba da budu u stanju da pacijentima iz različitih kultura ponude negu i da znaju kakvu primenu treba izvršiti u praksi u odnosu na transkulturalni pristup.

Zdravstvo treba da funkcioniše kao jedna kohezivna celina, te, kao što je napred navedeno, strateško upravljanje sistemima, strukturama i politikama može učiniti organizacije u zdravstvu i van njega efikasnijim.

3.5. Održivost zdravstvenog sistema

Održivost razvoja zdravstvenog sistema podrazumeva učestvovanje i spoj celokupnih aktivnosti jedne zemlje. Počevši od kvalitetnog vođenja politike, političkih, društveno-ekonomskih odnosa, privrednih aktivnosti jedne zemlje, sve zajedno određuje materijalan i zdravstveni status stanovništva. U praktičnim primerima razvijenih evropskih zemalja, svedoci smo da razvijene zemlje imaju bolje i organizovanije zdravstvo i zdravstvenu kulturu.

U društvenoj politici se preporučuje niz akcija za bolju pokrivenost intervencijama javnog mentalnog zdravlja. Smatra se da su ovakve akcije takođe veoma važne tokom krize kovida 19. Ekonomske koristi od intervencija javnog mentalnog zdravlja predstavljaju jedan od ključnog dela održivog ekonomskog razvoja (Campion, 2022).

Imajući u vidu ekonomske i ekološke krize, režime, ratove među kojima je i današnji rat u Ukrajini i globalna kriza, primoravaju ljude da napuste zemlju i emigriraju u druge zemlje kao izbeglice. Za ishod imamo multikulturalne populacije koje se sastoje od pojedinaca, grupa i porodica različitih kultura. Zajednice su nastojale da pronađu lekove za svoje kulturne karakteristike. Oblici lečenja bolesti, smeštaj i boravak, percepcija bolesti, načini prihvatanja inovacija su karakteristike koje variraju od kulture do kulture.

Polazi se od stava da se zdravstveno ponašanje može poboljšati u zavisnosti od poznavanja kulturnih faktora koji utiču na zdravstveno ponašanje zajednice. Sveobuhvatno uzimajući u obzir, verovanja pojedinaca o zdravlju, određene prakse lečenja, iskustva, ponašanja, stavova, možemo reći da sve ima vitalan značaj u poboljšanju zdravlja, prevencije i lečenju bolesti.

Kulturološki faktori, odnosno varijable se mogu navesti kao motivacioni faktori u korelaciji zdravlja i bolesti. Oni obuhvataju veliki broj, kao što su preventivni, porodični, bračni obrasci, rodne uloge i odgovornosti, lična higijena, oblačenje, hrana, upotreba supstanci, seksualno ponašanje, strategije terapija i samoizlečenja, praksa trudnoće i porođaja, navike, stres izazvan kulturom, socio-ekonomski status, populaciona politika, status imigranata i sl.

Održivost zdravstvenog razvoja se ogleda u značaju prikladnosti zdravstvenih usluga u kompatibilnoj meri sa savremenim medicinskim razumevanjem. Kulturne karakteristike treba posmatrati kao dinamički faktor zdravlja i bolesti. Da bismo mogli da pružimo bolju zdravstvenu zaštitu, potrebno je razumeti koji kulturni faktori utiču na bolest i oporavak zdravlja. Suprotno, ukoliko zdravstvena zaštita nije zasnovana na kulturnim vrednostima, veoma je nemoguće postići cilj, te će nega biti neuspešna i nepotpuna.

Kulturna zdravstvena zaštita je duži niz godina svesna prevencije nejednakosti i diskriminacije u vezi sa zdravljem. Međutim, moramo biti upoznati sa činjenicom da svi članovi zdravstvenog tima moraju biti opremljeni potrebnim znanjima i veštinama u pogledu kulture, kulturoloških razlika, verovanja i dr.

Globalna pandemija kovida 19 se povukla, pa su u fokusu mnoge mere socijalne politike i zaštite, reforme i predlozi za korišćenje privatnog kapitala u zdravstvu sa uticajem države, javno-privatnog partnerstva, veštačka inteligencija i dr.

Bitno je istaći da se održivost celokupnog, ali i lokalnog razvoja ogleda kroz unapred formiranu strategiju razvoja lokalnih zajednica u svim oblastima među kojima je i zdravstvo. Neke zemlje u regionu nemaju još odobrenu strategiju održivog razvoja, bez koje nije ni moguće pristupiti izradi detaljnih strateških planova (Balaban et al., 2019).

U Republici Srbiji su se nakon mnogih reformskih promena desile korenite promene koje su dale dobre rezultate. Održivost nije moguća bez stabilne institucionalne infrastrukture koja podrazumeva dugoročna, konzistentna privredno-sistemska rešenja u svim oblastima privređivanja.

3.5.1. Zaposlenost i obrazovanje u koheziji sa zdravstvom

Da bi se naša zemlja, naročito njeni ruralni delovi, učinili atraktivnim za privlačenje stranih direktnih investicija (SDI) bitno je privlačenje ljudskog kapitala. Cilj ljudskog kapitala jeste da se sadašnjim i budućim generacijama obezbede bolji životni uslovi. Jedan od najbitnijih faktora ljudskog kapitala jeste zapravo obrazovanje, koje u korelaciji stvara kvalitetne uslove za život pojedinca i društva u celini.

Ljudski kapital ima značajnu ulogu u održivosti zdravstvenih ustanova, postojećih kapaciteta, kadrova, opreme. Zato je bitno da se uradi kompletna analiza rizika i funkcionisanja, kako bi uvideli uticaj kapitala u daljem regionalnom razvoju države.

Kovid je uzdrmao ceo svet, svetski zdravstveni sistem, a samim tim i naš zdravstveni sistem. On je originalan podsetnik da je uticaj vanrednih situacija na javno zdravlje od međunarodnog značaja. Dana 12. januara 2022. godine je evidentirano preko 314 miliona slučajeva obolelih od kovida i preko 5,5 miliona prijavljenih smrtnih slučajeva od početka pandemije (Assefa et al., 2022).

Uzroke treba tražiti u temeljima, a to je obrazovanje. Postavlja se pitanje, zašto se ne školuje više srednjeg stručnog kadra? Svake godine državne medicinske škole traže više mesta za upis srednjoškolaca, odnosno proširenje broja odeljenja, međutim nisu dobile odobrenje. Jedan od razloga je najverovatnije ograničenje broja zaposlenih u državnom sektoru.

Mnogobrojne projekcije govore o tome da će se do 2035. godine, svet suočiti sa nedostatkom od oko 12,9 miliona stanovnika (Janković&Nešković, 2017).

Što se tiče nedostatka zdravstvene snage Srbije, ona je već prisutna. U državnom zdravstvu nedostaje veliki broj lekara i sestara što dovodi do nemogućnosti zadovoljenja potreba korisnika kao i preopterećenosti postojećih zaposlenih. Time se naziru loši uslovi rada i opstanak rada u takvim uslovima. Većina radne snage ne želi da radi pod tenzijom, pritiscima, lošim međuljudskim odnosima, koji se dešavaju upravo zbog manjka osoblja. Posledica toga su migracije po sektorima, odeljenima, ustanovama, a potom emigracije.

Da bi jedan sistem dobro funkcionisao neophodno je pre svega reorganizovati ga u skladu sa ekonomskim mogućnostima, imajući u vidu i obaveznu obuku raspoloživog stručnog kadra.

U zemljama širom sveta postoje različiti odnosi u brojčanom stanju zdravstveni radnik - pacijent. Po evidencijama svetske zdravstvene organizacije za 2020. godinu, na primer u Švajcarskoj je bilo 218 na 10000 stanovnika; u Norveškoj 211 na 10000 stanovnika; najviše lekara ima Kuba, njih 84 na 10000 (OECD Health Statistics, 2021).

Prema podacima Eurostata za 2022. godinu, u državama Evropske unije radi 350 lekara na 100.000 stanovnika, što znači da u EU na jednog lekara dolazi oko 250 potencijalnih pacijenata, što je za 100 manje nego u Srbiji (Eurostat, 2022).

Kad posmatramo podatke Instituta za javno zdravlje „Milan Jovanović Batut” iz 2022. godine u Srbiji je najviše lekara u Nišavskom okrugu, gde imamo 40 lekara na 100 hiljada stanovnika, u Šumadijskom 387 i na teritoriji Beograda 366 lekara na 100 hiljada stanovnika. Najmanje lekara na 100 hiljada stanovnika ima u Rasinskom okrugu (234), Mačvi (225) i u Sremu, samo 195 lekara na 100 hiljada stanovnika (Komora zdravstvenih ustanova, 2023).

Po podacima koje je objavio Institut u 2023. godini na jednog lekara imamo oko 400 pacijenata („Milan Jovanović Batut”, 2023). Prema objavljenim podacima, u Srbiji trenutno radi 20.186 lekara, 1.533 stomatologa i 1.395 farmaceuta. Broj stanovnika na jednog lekara iznosi 339, dok na jednu bolničku postelju ide čak 160 pacijenata. Može se reći da se broj pacijenata na jednog lekara za posmatrani period od 2012. godine do 2021. godine nije smanjio, nego je, nažalost, ostao identičan (Republički zavod za statistiku, 2021).

Država Srbija, odnosno njene odgovarajuće ustanove treba da imaju u vidu bolesti pacijenata koje su prisutne u zavisnosti od kraja zemlje i, na osnovu datog, da imaju jednu polaznu tačku za plan gde bi se razmotrilo koji će lekari biti zaposleni.

S obzirom na to da postoji Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti koji datira od 2006. godine, promenila se struktura stanovništva u određenim regijama. U njemu se jasno navodi koliko lekara, medicinskih sestara, tehničara i nemedicinskih radnika treba da bude u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, u odnosu na broj stanovnika određene oblasti. Međutim, veći broj zdravstvenih ustanova ne poštuje uslove koji su propisani tim Pravilnikom, te se javlja veći broj pregleda po lekaru u ambulantama i više operacija.

Država je donela odluku, odnosno odobrila da svi medicinski radnici, koji su radili za vreme kovida, a nisu imali stalan posao, dobiju posao na neodređeno vreme.

Paradigme postoje upoređujući različite izveštaje, na primer na sajtu Ministarstva zdravlja, ističu da je, naročito zahvaljujući Programu zapošljavanja diplomaca medicinskih fakulteta „100” najboljih, do danas u Srbiji zaposleno 911 doktora, dok nam podaci Instituta za javno zdravlje „Batut” ukazuje na to da se broj lekara u Srbiji u odnosu na 2018. godinu povećao za 247 (Institut za javno zdravlje Batut, 2018).

Veći broj medicinskih sestara i tehničara se nakon prekvalifikacije, zaposlio u državnim ustanovama Srbije. Sa jedne strane, nadomestio se deficit ovog kadra, dok sa druge strane imamo upozorenje, kad je reč o kvalitetu istog. Naravno, program prekvalifikacije je dozvoljen, samo što se vremenski rokovi plaćanja za prekvalifikaciju razlikuju od državne do privatne škole. Zbog

brzine prekvalifikacije, mnogi se odlučuju za privatne škole, dok se drugi broj srednjoškolaca odlučuje za državnu školu.

Brojno stanje svršenih srednjoškolaca i njihova klasifikacija po određenim područjima rada krajem 2023. godine u odnosu na 2019. godinu se nije mnogo promenila.

Po podacima Republičkog zavoda za statistiku za 2019. godinu đaci su završili obrazovne profile iz sledećih područja rada: ekonomija, pravo i administracija (13,5%), elektrotehnika (10,6%), mašinstvo i obrada metala (8,6%), trgovina, ugostiteljstvo i turizam (8,4%) i na kraju zdravstvo i socijalna zaštita (10%) (Republički zavod za statistiku, 2020).

Učenice su zainteresovane za smerove: ekonomija, pravo i administracija (17,7%), zdravstvo i socijalna zaštita (15,3%) i trgovina, ugostiteljstvo i turizam (8,9%), dok dečaci najviše završavaju elektrotehniku (19,5%), mašinstvo i obradu metala (14,8%) i ekonomiju, pravo i administraciju (9,4%), (Republički zavod za statistiku, 2020).

U 2023. godini đaci su završili smerove: ekonomija, pravo i administracija (11,7%), elektrotehnika (11,5%), mašinstvo i obrada metala (9,3%), trgovina, ugostiteljstvo i turizam (8,5%) i zdravstvo i socijalna zaštita (9,8%).

Devojčice su uglavnom završavale smerove: ekonomija, pravo i administracija (15,8%), trgovina, ugostiteljstvo i turizam (9%) i zdravstvo i socijalna zaštita (15%), a učenici iz elektrotehnike (20,6%), mašinstva i obrade metala (16,3%), trgovine, ugostiteljstva i turizma i ekonomije, prava i administracije (sa 8%, odnosno 7,6%), (Republički zavod za statistiku, 2023).

Tabela 5 Broj đaka u Republici Srbiji koji pohađaju opšte i srednje stručno obrazovanje 2020/2021

	Ukupno			I razred		
	odeljenja	učenici		odeljenja	učenici	
		Svega	svega		svega	svega
REPUBLIKA SRBIJA	10028	234919	116982	2605	62094	29964
Gimnazija	2732	66065	38535	672	16364	9354
Poljoprivreda, proizvodnja i prerada hrane	556	9746	4849	143	2494	1253
Šumarstvo i obrada drveta	105	2101	826	28	552	230
Geologija, rudarstvo i metalurgija	38	885	297	10	270	86
Mašinstvo i obrada metala	884	19952	2118	246	5673	519
Elektrotehnika	1109	28933	2854	294	7834	725
Hemija, nemetali i grafičarstvo	315	7679	5162	79	2050	1405
Tekstilstvo i kožarstvo	145	2499	2004	41	716	568
Geodezija i građevinarstvo	255	6085	2730	70	1763	789
Saobraćaj	470	12489	4093	132	3578	1042
Trgovina, ugostiteljstvo i turizam	800	17100	9408	224	4863	2632
Ekonomija, pravo i administracija	1090	28119	19076	265	6938	4608
Hidrometeorologija	8	194	130	2	60	32
Kultura, umetnost i javno informisanje	432	5887	4116	112	1589	1129
Zdravstvo i socijalna zaštita	932	23914	18379	238	6260	4782

Izvor: RZS, 2021.

Tabela 6 Broj đaka u Republici Srbiji koji pohađaju opšte i srednje stručno obrazovanje 2022/2023

	Ukupno			I razred		
	odeljenja	učenici		Odeljenja	učenici	
		svega	učenice		svega	učenice
REPUBLIKA SRBIJA	10134	248605	123364	2660	65183	31558
Gimnazija	2667	67327	40024	691	17211	10175
Poljoprivreda, proizvodnja i prerada hrane	610	12538	5852	161	3152	1430
Šumarstvo i obrada drveta	104	2273	872	29	644	229
Geologija, rudarstvo i metalurgija	41	987	335	13	327	99
Mašinstvo i obrada metala	927	22177	2703	253	6088	591
Elektrotehnika	1108	29506	2876	292	7908	761
Hemija, nemetali i grafičarstvo	326	8063	5326	77	2004	1284
Tekstilstvo i kožarstvo	168	3248	2575	45	868	662
Geodezija i građevinarstvo	270	6612	2612	69	1711	649
Saobraćaj	473	13087	4292	129	3655	1085

Trgovina, ugostiteljstvo i turizam	810	19292	10427	237	5485	2943
Ekonomija, pravo i administracija	1122	29729	20088	272	7309	4988
Hidrometeorologija	8	210	130	2	60	37
Kultura, umetnost i javno informisanje	429	6019	4172	109	1581	1093
Zdravstvo i socijalna zaštita	916	23961	18394	231	5969	4608

Izvor: RZS, 2023.

Upoređujući dve tabele za oblast zdravstvo iz 2020/21 i 2022/23, vidimo da se nije smanjio broj učenika zainteresovanih u zdravstvu, već naprotiv nešto i povećao. Zbog ograničenih kapaciteta, broj dece upisuje neke druge škole nakon kojih, nažalost, nemaju zaposlenje, pa odmah idu na Zavod za zapošljavanje. Kada je u pitanju mladi kadar, treba precizno sagledati potrebne profile naše zemlje i u skladu sa istim ih obrazovati.

Polazeći od stava da je obrazovni profil medicinska sestra - tehničar najtraženiji, mora se razraditi jasna strategija oko povećanja broja odeljenja u državnim školama. Omogućiti deci iz manjih sredina, čije okruženje nema medicinsku školu, a koja nisu u mogućnosti da, radi školovanja, idu dalje od svog mesta. Ceo sistem obrazovanja mora dobro izvršiti analizu potreba i mogućnosti školovanja ovog kadra koji bi bio kvalitetniji od same prekvalifikacije u isto.

Po podacima Statističkog zavoda za zapošljavanje, u prvom kvartalu 2023. godine broj nezaposlenih je iznosio 317.800. Najviše nezaposlenih lica ima u Regionu Južne i Jugoistočne Srbije, u regionu Šumadije i Zapadne Srbije (Ministarstvo za rad, socijalna i boračka pitanja, 2023). Prekvalifikacijom određenog broja nezaposlenih lica u srednje medicinsko obrazovanje, sa brojnim motivatorima, smanjio bi se deficit postojećeg medicinskog kadra.

U ovom slučaju kontinuirano usavršavanje i ulaganje u obrazovanje su ne samo bitni faktori ljudskog i privrednog razvoja, već rasta i razvoja medicinskog sektora Srbije.

3.5.2. Javno privatno partnerstvo (JPP), glavni faktor održivosti organizacionog i finansijskog medicinskog sistema

Održivost razvoja zdravstvenog sistema se ogleda u kvalitetno postojećoj strategiji i njenoj primeni. Brojni problemi postoje, od nedovoljne i nekontinuirane uplate doprinosa od strane poslodavaca, do toga da imamo veoma staro stanovništvo koje iziskuje uvećano lečenje. Ovde treba primeniti Zakon za obavezno uplaćivanje, kao i penale za isti. Potom je neophodno „podmladiti” stanovništvo novim i boljim uslovima za podsticaj rađanja dece. Time ćemo imati više radne snage u budućnosti, čiji će dohoci puniti državni budžet.

Radi održivosti zdravstvenog sistema je neophodan postupak kako bi se odredili rezultati i učinci preduzetih mera. S tim u vezi, kooperativno delovanje države sa privatnim kompanijama u zdravstvu ima veliku ulogu. Ekspromptna mišljenja se ne mogu dati bez postojanja monitoringa. Monitoring jeste upravo procena projekta nakon ili tokom određenog vremenskog perioda, te je pored njega bitno konstruisati povratni mehanizam radi primanja verodostojnih informacija za sprovođenje odluka u procesu upravljanja. Ovakav mehanizam polazi od stava da je menadžmentu neophodno samovrednovanje, jer uključuje analizu različitih faza. U najkraćem smislu, evaulacija je prvenstveno ocena onoga šta je urađeno i rezultata istog.

Održivost podrazumeva kontinuitet poslovanja, što bi značilo uspostavljanje seta procedura, zakonskih odredaba, akata i drugih u svrhu poboljšanja zdravstvenog sistema. Uzgred, u zdravstvu je neophodno uvesti kvalitetnu upravljačku dimenziju, kao glavnu determinantu ekonomskog razvoja.

Naša zdravstvena industrija, kao mnoge druge u svetu, je opterećena stalnim nedostatkom osoblja, zatim problemima koji su u vezi sa bezbednošću elektronskih zdravstvenih kartona, promenljivih potreba velike baze pacijenata, rastućih troškova itd. Država se sve više razvija i ulaže u nova istraživanja, težeći ka novim znanjima. U skladu sa tim, održivost medicinskog sistema u Srbiji se ogleda u neprekidnosti izrade kliničkih studija, istraživanja i većih ulaganja.

Najveći izazov u 2023. godini jeste biotehnologija. Građani ne znaju šta biotehnologija podrazumeva. Veoma je bitno približiti građanima činjenicu da će nove tehnologije pomoći u životu kako bi imali bolji kvalitet života i zdravlja. Mnogi strahovi postoje u vezi sa primenom biotehnologije, ali se smatra da će se eventualne zloupotrebe sprečiti. U našoj zemlji postoji takozvani Centar za četvrtu industrijsku revoluciju u Srbiji koja predstavlja platformu za javno-privatno partnerstvo, okuplja istraživače, naučnike, predstavnike države, industrije i civilnog društva kako bi se stvorili uslovi za testiranje i usavršavanje novih tehnologija. Ovaj centar bi olakšao primenu novih tehnologija, uz zaštitu prava i interesa građana.

U zdravstvenom sektoru su investicije privatnih partnera poželjne iz aspekta javnog sektora, naročito imajući u vidu da se tako nadomešćuje nedostatak finansijskih sredstava zbog budžetskih ograničenja ili drugih faktora (Roehrich et al., 2014).

Model javno-privatnog partnerstva (JPP) predstavlja udruženi oblik, u kome se stvara dodatna vrednost za obe strane (Čizmić et al., 2022). Ovakav odnos se utemeljuje na obostranoj koristi usled udruženih sredstava, potom iskustva i znanja (Miletić, 2022).

Polazi se od mišljenja da rešenje treba tražiti uključivanjem privatnog sektora usluga zdravstvene zaštite, odnosno JPP-a. Suština je da se putem JPP-a prevaziđe nedostatak novca u oblasti zdravstva, radi rešavanja brojnih problema u zdravstvu.

Saradnja se inicira pomoću poslova u zdravstvu, izgradnje zdravstvenih ustanova, rekonstrukcije, infrastrukturnih i drugih objekata. Veliki iskorak u saradnji javno-privatnog partnerstva bi bio isključivo kod izgradnje zdravstvenih ustanova, kod pomoćnih poslova u zdravstvu, pružanja zdravstvenih usluga u izgrađenoj ustanovi i mnoge druge stvari.

U Srbiji postoji Komisija za javno-privatno partnerstvo. Ona je odobrila četiri projekta, a za dva projekta su zaključeni Ugovori o koncesiji za obavljanje farmaceutske delatnosti (Javno privatna partnerstva, 2019). Ugovor sa davaocima zdravstvenih usluga se zaključuje primenom cena pojedinačnih zdravstvenih usluga koje utvrđuje RFZO, plaćanjem paušalne naknade ili otkupom plana rada davaoca zdravstvene usluga.

Postoje primeri JPP-a u oblasti zdravstva u uporednom pravu. Uporedno pravo je pravo koje se posmatra sa stanovišta različitih pravnih sistema. Zakon o zdravstvenom osiguranju je propisao da RFZO može da zaključi ugovor sa pravnim licem odnosno preduzetnikom, u skladu sa javno-privatnim partnerstvom, a radi ostvarivanja prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu. Ova prava obuhvataju mere prevencije ranog otkrivanja bolesti, preglede i lečenje u vezi sa planiranjem porodice, medicinsku rehabilitaciju, zdravstvene usluge i dr.

Kada davalac osiguranja zaključi ugovor sa RFZO-om, on ima obavezu da obezbedi lekove i medicinska sredstva koji su obuhvaćena zdravstvenim osiguranjem, o trošku RFZO-a, a putem JPP-a se mogu obezbediti sredstva koja nedostaju.

Koristi JPP-a u zdravstvu se ogledaju u povećanju efikasnosti, boljem upravljanju, smanjenju javnih izdataka, poboljšanju kvaliteta, prenosu znanja i tehnologije. Oblast zdravstvene zaštite i upravljanje nad njom ima veliki značaj po javno zdravlje. Učešće privatnog sektora sa svojom sposobnošću, kapacitetom i stečenim znanjem sa tržišta, može da doprinese kvalitetnom obavljanju zdravstvene zaštite.

U Srbiji je zaključeno više javnih ugovora o koncesiji za finansiranje, upravljanje i obavljanje farmaceutske delatnosti. JPP može pomoći u obavljanju pomoćnih poslova u zdravstvu (spremanje hrane, obezbeđenje i sl.). Na primer, jedna od koncesija je revitalizacija, upravljanje, finansiranje i obavljanje farmaceutske delatnosti u nekom manjem gradu.

Davaoci zdravstvenih usluga treba da ispunjavaju uslove za pružanje zdravstvenih usluga u skladu sa propisima.

Davalac koncesije je javno telo i to Vlada, u ime Republike Srbije, kada su javna tela i predmet koncesije u nadležnosti Republike Srbije. Posebno treba voditi računa o tome šta je koncesija za javne usluge, pošto se radi o sasvim različitim postupcima za dodelu i trajanje ugovora, a šta su javne usluge u skladu sa Zakonom o javnim nabavkama.

JPP u zdravstvu se suočava sa određenim problemima kao što su nedostatak transparentnosti, nekvalitetan nadzor, neadekvatna koordinacija. Pored prednosti, postoje problemi i izazovi gde obe strane imaju potrebu da poboljšaju međusobno razumevanje.

U skladu sa navedenom politikom regionalnog razvoja, državi Srbiji je potreban razvojni strateški okvir i Strategija održivog razvoja. Kada bi imali proaktivnu politiku regionalnog razvoja, desilo bi se veće uključivanje građana u razne političke, privredne procese, a samim tim i potreba za formiranjem i jačanjem medicinskih ambulanti, ustanova i sl.

Razvojem i jačanjem ruralnih sredina, uz pridavanje značaja njenom prirodnom, privrednom potencijalu, dovodi do razvoja i održivosti medicinskog razvoja u malim sredinama. Ukupnjavanjem malih sredina u regionalne imali bi jedan ojačan privredni, kulturološki i potom medicinski sistem jedne regije (Šumadija i Zapadna Srbija, Južna i Istočna Srbija, Vojvodina, Beograd i Kosovo i Metohija).

Povećanje produktivnosti i performansi zdravstvenog sistema se ogledaju u brojnim novinama. Jedna od novina u našoj državi, kod digitalizacije u zdravstvu jeste što počinje da se primenjuje platforma za hitna stanja pri prijemu bolesnika. Godišnje se samo u Beogradu zbrine više od 500 hiljada hitnih slučajeva (Gradski zavod za javno zdravlje, 2019). Kako bi pomoć bila efikasnija i brža, osmišljena je platforma za hitna stanja. Naime, pre nego što stigne pacijent do lekara, lekari dobiju na službenom telefonu poruku da im dolazi pacijent. Tada ulaze u program i saznaju sve podatke i analize koje su u prethodno urađene u kliničko bolničkom centru ili urgentnom centru i tako daju sliku gde pacijent treba biti smešten. U početnom stadijumu korišćenja ove platforme se povezuju nekoliko kliničkih centara, sa tendencijom daljeg povezivanja. Platforma ubrzava period zbrinjavanja pacijenta, od prijema do dijagnostike. Uvođenje aplikacije ima za cilj bržu razmenu, sigurnost i bezbednost podataka, uz bolju komunikaciju između zdravstvenih ustanova.

S obzirom na to da digitalizacija medicinskog sistema ide napred vidne su uštede od 212 miliona dinara. Po podacima iz decembra 2023. godine identifikovane su uštede na nacionalnom nivou od cca 213 miliona dinara (Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2023).

Krajem 2023. godine je donet Zakon o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva, koji reguliše proces digitalizacije u zdravstvu. Ovaj zakon ima primenu u regulisanju toka digitalizacije u medicini. Njime je ustanovljeno inkorporiranje kasnijeg republičkog zdravstvenog informacionog sistema. On se za sada sastoji od eZakazivanja, eRecepta, eBolovanja, eBeba i ePotvrda o smrti i slično. Navedene usluge koristi od oko million i po građana, sa tendencijom rasta.

3.5.3. Kontinuiranost ulaganja, glavni činilac održivosti razvoja zdravstvenog sistema

Da bi regionalni razvoj bio ravnomerniji, potrebne su mnogo veće politike privlačenja ljudskog kapitala. Okosnicu ljudskog razvoja čini privredni razvoj koji utiče na bolji život građana jedne zemlje. Zapravo, boljem privrednom razvoju prethodi kontinuirano usavršavanje i ulaganje u obrazovanje.

Dosadašnja politika stranih direktnih investicija koja se zasniva na iscrpljivanju resursa, na duži rok neće biti uspešna. Stoga je bitno privlačenje stranih direktnih investicija, koje su okrenute efikasnosti. Za Srbiju u postkovid okruženju, bi bila dobra primena novog modela regionalne razvojne politike koja obuhvata veći stepen fiskalne decentralizacije i autonomije lokalne samouprave. Na taj način bi se kroz stimulativnu poresku politiku privukli i podstakli brojni akteri za privlačenje investitora radi ekonomije utemeljene na znanju. Ovde je prvenstveno akcenat na one delove Srbije gde ne postoje univerzitetski centri.

Blagi osvrt na decentralizaciju u zdravstvu, kada su domovi zdravlja bili u nadležnosti lokalnih samouprava, nije dao dobre rezultate. Prelazak domova zdravlja u nadležnost države modifikovanim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti („Sl. glasnik RS”, br. 25/2019), kao i formiranje zdravstvenih centara u čijim organizacionim jedinicama delatnost obavljaju domovi zdravlja i opšte bolnice, je dao mnogo bolje rezultate. Time je građanima omogućen bolji kvalitet zdravstvenih usluga.

Po Masterplanu (Ministarstvo zdravlja, 2023), sačinjenom od strane Ministarstva zdravlja, zdravstveni sistem će pretrpeti razne promene u cilju poboljšanja kvaliteta, sa značajnom uštedom nacionalnog budžeta, po uzoru na najbolje međunarodne prakse.

Za zdravstveni sistem se predviđa spajanje i reorganizacija ustanova, podela ustanova po regionalnim centrima, potom „razmena” lekara i opreme i odlasci lekara na teren u posetu najstarijim i najudaljenijim pacijentima.

Podela po regionima podrazumeva šest regiona i to: Vojvodinu, Beogradski region, Šumadiju i Centralnu Srbiju, Zapadnu, Istočnu i Južnu Srbiju. Svaki region će posedovati po jednu centralnu bolnicu sa kvalitetnom opremom i kadrom, apoteke, hitnu pomoć i druge ustanove.

U Istočnoj Srbiji postoje veliki problemi u nedostatku kadrova (lekara, medicinskih sestara), kao i u manjim mestima širom države. Formiranjem Zdravstvenih centara u gradovima, organizacija specijalističkih službi će biti na mnogo većem nivou, bez dupliciranja pregleda i sl.

U poslednje vreme, sagledavaju se novi načini specijalizacija za lekare opšte medicine. Jedan od tih je da svaki lekar opšte prakse koji započne karijeru u domu zdravlja za 8-10 godina završi specijalizaciju. Dalje, da se lekari koji rade, dobijaju zaradu i specijalizaciju od strane lokalnih ustanova, obavežu da u toj ustanovi ostanu duže vreme.

Pohvalno je što pojedini fakulteti rade brojne ankete na zaposlenim i nezaposlenim lekarima, kako bi se videla motivacija lekara za rad u manjim sredinama. Time ćemo imati približne smernice za potencijalni rad medicinskih radnika u manjim mestima, selima. Mnoge opštine koje nemaju dovoljno ili uopšte nemaju specijaliste, kao i lekare opšte prakse, počinju sa raznim benefitima (na primer obezbeđuju smeštaj za novozaposlene lekare i slično).

Masterplanom zdravstva je obuhvaćena optimizacija mreže zdravstvenih ustanova. Zamisao je da lokalna ili opšta bolnica ima interniste, ginekologiju, pedijatriju, hirurgiju i akušerstvo i prateće službe (radiologiju i anesteziologiju). Okružna bolnica bi obuhvatala sve napred navedeno, plus još petnaestak usluga (urologija, infektologija, neurologija). Regionalna bolnica bi imala sve usluge okružne bolnice i plus 70% tercijarnog nivoa zaštite. Sa druge strane imamo centralne

republičke bolnice među kojima spadaju Klinički centar Vojvodine, Klinički centar Srbije i Vojno-medicinska akademija. Ovi centri bi obuhvatali sve neophodne medicinske usluge sa najboljom opremom. Ustanove bi bile spojene u celinu, a pacijenti bi dobili najveći deo pregleda u svom domu zdravlja. Naročito je bitno da će građani iz ruralnih delova biti usmereni na domove zdravlja zbog manjka specijalista i zbog smanjenja duplih pregleda i laboratorijskih analiza. Ovakvo će lekari provoditi petinu vremena na terenu prilikom kućnih poseta. Predviđa se da svi domovi zdravlja u mestima sa više od 25 hiljada stanovnika, kao i bolnice imaju svoje dežurne službe Hitne pomoći 24/7.

Za mnoge bolnice se kupuju mamografi, ultrazvučni aparati, CT skeneri, rendgeni i ostali moderni aparati. Time će zaštita pacijenata biti na najvećem mogućem nivou. Dalji plan države jeste podizanje plata medicinskim radnicima, obnavljanje opreme sa tendencijom da državno zdravstvo bude u rangi sa drugim zdravstvenim sistemima razvijenih država, kao što već parira sa aspekta nauke i stručnosti.

Briga o zdravlju je zastupljena i u manjim mestima, selima i sl. Inicijativa vlade Srbije za razvoj zdravstva u manjim mestima, ukazuje na važnost ravnomernog razvoja i brige kod svih segmenata jedne zajednice. Ulaganje u zdravstvo manjih mesta i sela je ključno za izgradnju snažnih i otpornih zajednica. Time se podstiče razvoj lokalnih mesta odnosno zajednice, jer bolja medicinska nega i briga za građane pruža osećaj sigurnosti i u tim mestima.

Država, tačnije Pokrajinska vlada obezbeđuje rešenja za unapređenje zdravstvene infrastrukture malih mesta tako što novčana sredstva usmerava ka manjem mestu, za kupovinu analognog mamografa sa sistemom za digitalizaciju. Digitalna mamografija predstavlja napredak u dijagnostici raka dojke, omogućava lokalnim zdravstvenim ustanovama da svojim pacijentima pruže dijagnostičke usluge na visokom nivou. Ovako efikasna digitalna tehnologija omogućava bržu i efikasniju razmenu podataka i konsultacije sa stručnjacima van lokalne zajednice, čime se pruža kvalitetna zdravstvena nega. Dodatno, nabavka sanitetskih vozila, kao i nabavke putničkih vozila za potrebe Doma za stare je ključan korak ka obezbeđivanju veće mobilnosti i efikasne medicinske pomoći svim građanima.

U 2018. godini, uoči kovida, novčanim sredstvima od strane Beograda i pokrajine, u iznosu od preko 340 miliona dinara, je završena gradnja nove zgrade Zavoda za hitnu medicinsku pomoć. Zgrada od 5000 m², pored hitne pomoći sadrži i edukativni centar za obuku zaposlenih i studenata.

Pored brojnih aparata, uvedene su mnoge inovativne metode i lekovi za mnoge retke i druge bolesti. Treba istaći da je država uvela sve moguće inovativne metode i lekove za dijabetes, oslanjajući se na podatak da u Srbiji imamo registrovanih skoro 770 hiljada obolelih (Ministarstvo za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja, 2023). Pojednostavljenje procedura stavljanja lekova u promet, uspostavljanje jedinstvene cenovne politike lekova, obezbeđivanje veće participacije države za lekove. U akciji preventivnih besplatnih pregleda koje organizuje Ministarstvo zdravlja odazvao se ogroman broj pacijenata, uključujući decu. Ovim je ukazana podrška i poverenje u zdravstvo Republike Srbije, a i briga države za svoje građane (Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, n.d.).

U zemlji su vršeni radovi na rekonstrukciji više bolnica, opremanje sa najsavremenijom opremom. Cena koštanja za obezbeđivanje i modernizaciju bolnica se kreće od opremanja angino sale oko 1,3 miliona evra, preko mamografa sa oko cca 2,5 miliona evra, pa do 40 miliona evra za rekonstrukciju jedne bolnice. Potom obezbeđenje novog aparata za Institut za onkologiju i radilologiju Srbije u vrednosti od 47,8 miliona dinara za uspešnije i efikasnije lečenje. U toku je nabavka nove opreme za tehniku zračenja celog tela (Total Body Irradiation-TBI) koja će uskoro biti primenjena u Srbiji. Za navedenu tehniku su pacijenti slati u inostranstvo radi pripreme pacijenata za transplataciju koštane srži. Ističe sa da će Srbija, sa novim aparatom i opremom u vrednosti od 68 miliona dinara, biti prva zemlja u okruženju gde će se primenjivati tehnika zračne terapije (Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, n.d.-a).

Opređeljena su visoka novčana sredstva za zdravstvo obuhvatajući sve nivoe zdravstvene zaštite, gde država i vlada zavređuju veliku pažnju u svakom smislu.

Potporna u razvoju zdravstvene zaštite u Srbiji se odvija kroz Nacionalnu alijansu za lokalni ekonomski razvoj (NALED). Ova asocijacija je formirana 2018. godine radi uspostavljanja efikasnog sistema, a u cilju smanjenja dugova zdravstvenih ustanova i apoteka, kao i birokratija u

zdravstvu. Birokratske prepreke utiču na brze i efikasne procedure, rad i razvoj lokalnih samouprava, zdravstvenih ustanova i privredu uopšte. Uvođenje elektronskog kartona, recepta i uputa, potom smanjenje administrativnog opterećenja zdravstvenih radnika i pacijenata je uslov za bolje sutra.

Cilj saveza jeste da se da podrška razvoju zdravstvene zaštite kroz izradu strateškog dokumenta. Dokument učestvuje u uvođenju novih modela za finansiranje, transparentnije naplate doprinosa, izmena sistema javnih nabavki, precizno merljive ciljeve zdravstvene zaštite i njene prioritete (NALED, n.d.).

Kao što smo prethodno videli, masterplanom i portfolijom raznih projekata obuhvaćeni su objekti sve tri zdravstvene zaštite (domova zdravlja, bolnica, klinika i instituta), odnosno u poslednjih nekoliko godina do posmatrane 2023. godine, su opredeljena sredstva za kompletnu rekonstrukciju ili izgradnju ustanova i to 86 objekata u 60 gradova i opština širom zemlje. Kontinuirano ulaganje se nastavlja. Ovakvim potezom države, pacijenti su u mogućnosti da koriste magnetne rezonance u svim domovima zdravlja odnosno gradovima, gde se smanjuje broj pacijenata na listama čekanja, kao i vreme. Kvalitetnije vođenje zdravstvene zaštite na lokalnom nivou, i u javnim institucijama daje sliku o profesionalnoj zdravstvenoj usluzi na svim nivoima zdravstvene zaštite (Nacionalna alijansa za lokalni ekonomski razvoj, Siva knjiga zdravstva, 2020).

3.5.4. Antikorupcijske mere u svrsi održivosti medicinskog sistema

Zdravstveni sektor je jedan od podobnijih sektora za stvaranje korupcije. Procena svetske zdravstvene organizacije jeste da se 10-25% globalne potrošnje na nabavke za sektor zdravstva izgubi u korupciji, što iznosi više od 7 milijardi dolara na godišnjem nivou (NALED, n.d.). Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije jasno nalaže da zdravstveni radnik ne sme primiti nikakav poklon čija pojedinačna vrednost prelazi 5%, odnosno da ukupna vrednost poklona prelazi iznos prosečne neto mesečne zarade (Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, n.d.). Nasuprot ovome, sve iznad se smatra korupcijom, sukobom interesa ili privatnim interesom što je u sukobu sa zakonom.

Oblast koja daje najviše prostora za korupciju jesu Javne nabavke. Potreba nabavljanja medikamenata u zdravstvu i sama nabavka se poverava uskom krugu ljudi koji sagledava specifikaciju i kompetentnost robe. Razlog za korupciju jeste zapravo subjektivni sud o tome koja roba zadovoljava određene standarde.

Zdravstveni sistem Srbije je zaštićen i sadrži brojne antikorupcijske mere koje su imale uticaj na manji mito i korupciju u poslednjoj deceniji. Velika razlika između korupcije kod javnih nabavki u zdravstvu i drugih nabavki jeste što ovde ide direktno na štetu pružanja zdravstvenih usluga. Mogu nastati razne malverzacije kod nabavke radova i u nabavljanju dobara za potrebe zdravstvenih ustanova.

Decenijama unazad su postojale mnoge afere oko nabavke, na primer vozila hitne pomoći, koja nikad nisu stigla. Drugi slučajevi, često i danas prisutni u praksi zdravstvenih službi, jesu brojna mita kod operacija, lekova, bolničkih potreba, liste čekanja i dr.

U mnogim državama postoji politička korupcija u zdravstvu, odnosno koruptivno ovladavanje državom. Ovde je reč o subjektima političke moći, koji mogu promeniti zakon i razne propise, gde se mogu organizovati javne nabavke na štetu javnog interesa.

Srbija ide putem antikorupcijskih mera. Jedna od tih je ratifikovanje međunarodnih ugovora, usklađivanje sopstvenog zakonodavstva i prilagođavanje ovim ugovorima. Antikoruptivne metode mogu uticati na stvaranje dobre pravne regulative koja bi zaštitila lice koje izvrši prijavu, podstakla učešće civilnog stanovništva i imala uticaj na sukob interesa.

Nivo korupcije u zdravstvu zavisi i od demokratskih okvira. Tamo gde je ugrožena pravna država, gde je narušen odnos pacijent - klijent, narušeni su mnogi principi. U ovakvim slučajevima bi se pravo na zdrav i dostojanstven život moralo platiti ili obezbediti usled činjenja raznih pogodnosti.

Bitno je navesti da ne postoji zemlja koja nije isključena iz korupcije u zdravstvu. Zbog toga su oformljena razna tela koja bi pratila koruptivna ponašanja. S obzirom na to da se pojedini lekari

ne pridržavaju etike u medicini, pa ni Hipokratove zakletve, smatra se da isto posledično deluje na pacijente.

Zdravstveni savet Srbije se zalaže za borbu protiv korupcije, sa pokretanjem jedinstvenog zajedničkog napora svih, kako bi se stanje u državi promenilo na bolje. Svrha je u ponovnom formiranju i trajnom negovanju etičkih i moralnih normi, kako bi se vratio ugled ove profesije i poverenje građana u lekare.

Zdravstveni savet Srbije se zalaže za efikasan sistem kontrole, uz primenu sankcija nezakonitog ponašanja i činjena korupcijskih dela, kao i iskorenjivanje korupcijskih pojava u zdravstvu.

Za oblast zdravstva postoje razni komentari javnog mnjenja u vezi sa korupcijom. Međutim, po podacima Transparency International (Transparensijev indeks percepcije korupcije), Srbija je zadržala indeks 36 po rangiranju, što je najlošije u poslednjih 12 godina, otkako se primenjuje ista metodologija ocenjivanja. Srbija je pala za tri mesta, na 104. poziciji od 180 rangiranih zemalja. Indeks Srbije je za sedam poena manji od svetskog proseka i čak 28 poena lošiji od proseka EU (Transparency International, 2023).

Država i mnogobrojni politički akteri nastoje da preduzmu mnoge antikorupcijske poteze u oblasti zdravstva. Ministarstvo zdravlja promovise određene aktivnosti, kao što su formiranje Radne grupe za borbu protiv korupcije u zdravstvu i nastavlja sa raznim strateškim i strategijskim planovima za dalju borbu u korupciji.

Sveobuhvatan nadzor od strane odgovarajućeg tela može vršiti uticaj na smanjenje korupcije i poboljšanja uslova za rad zaposlenih u zdravstvu (Stevanović & Milošević, 2019).

3.6. Trend budućih aktivnosti

Kako bi se buduće aktivnosti u zdravstvu odvijale kako treba, neophodno je da se održi jednakost u distribuciji dostupnih resursa, u korišćenju zdravstvene službe i u zdravlju.

Za napredak i jednakost u korišćenju zdravstvene službe, polazi se od jačanja primarne zdravstvene zaštite, , davanja prednosti siromašnima i bogatima i drugo. U zemljama sa niskim prihodima uključuju se specifične oblasti istraživanja implementacije za primarnu zaštitu i to: strategije za postizanje i održavanje kvaliteta u okruženjima sa ograničenim resursima, finansiranje primarne zdravstvene zaštite, integracije i dr. (Kruk, et al., 2010).

Kod stvaranja vizije zdravstvenog sistema u budućnosti, neophodno je stvoriti preduslove razvoja čitavog društveno-političkog sistema, osnovne zdravstvene strategije, stvaranje vizije, njene primene i drugo. Sve navedeno može uticati na dalji razvoj zdravstvenog sistema u budućnosti.

U medicinskom sistemu treba raditi na projektima formiranja kvalitetnih menadžera, ekonomista za kontrolu poslovanja i analizu rizika. Da bi medicinski sistem u Srbiji imao kvalitetan razvoj, podrazumeva se da pored zadovoljenja potreba pacijenata ostvari finansijski benefit. Transformacija medicinskog sistema, u delu zdravstvene zaštite i šire bi morala da se intezivira ka aktivnosti koja usmerava na profit. Vođenje zdravstvenog sistema Srbije u budućnosti se ogleda kroz transformacioni stil liderstva, čija je osnovna karakteristika da se harizmatično utiče na sledbenike, kako bi isti sledili viziju transformacionog lidera. Motivaciona spremnost sledbenika se odnosi na otvorenost prema promenama. Etički lideri su autentični lideri, koji imaju svoje jasno postavljene etičke kodekse. Liderima je bitna povratna informacija, zbog čega rade na tome da stvore kulturu otvorene komunikacije i zapošljavaju stručne ljude koji znaju i žele da učestvuju u poboljšanju radnih procesa.

Zatim, povezanost zdravstvenog i informacionog sistema, tehnološkog razvoja, inicira reinženjering zdravstvene delatnosti, kao i modeliranje interakcije na makro i mikro nivou. U korak sa novim dostignućima, iziskuju se nova finansijska ulaganja za izgradnju savremenih zdravstvenih informacionih sistema, a sve u cilju boljeg kvaliteta upravljanja, odlučivanja i organizacije zdravstvenog sistema Srbije. Zdravstvene ustanove uz pun razvoj informacionog sistema i informacionih tehnologija u zdravstvu, obezbeđuju ne samo minimum zdravstvene zaštite već i modernije poslovanje u cilju maksimiranja profita. Ovim se stvara doprinos za nov način organizovanja, upravljanja i razvoja medicinskog sistema.

Proteklih decenija su se menjali savremeni informacioni sistemi. Oni se danas ne mogu uporediti sa visokim, klasičnim tehnologijama od pre neku deceniju i više. Skoro sve razvijene privrede imaju uspostavljen nov i efikasan model tržišno, profitno orijentisane zdravstvene ekonomije.

S tim u vezi, budućnost cele ekonomije, koja obuhvata zdravstvenu ekonomiju, zavisi od prethodno bitnih znanja i saznanja o vrstama i kvalitetu kohezije projektnog i informacionog sistema. Nakon dobre interakcije, očekuje se transformacioni menadžment u zdravstvu, koji je spreman da ide u korak sa svim novonastalim promenama. Bitno je imati lidere koji će svoje veštine u zdravstvu umeti da zajedno sa njima transformišu u pružanje medicinske zdravstvene zaštite u budućnosti.

Multidisciplinarne veštine su uvek tražene, tako da je akcenat na unapređenju upravljačkih veština zaposlenih u medicinskom sektoru, kako bi se iskoristile u kliničkim i u drugim uslovima.

Buduće aktivnosti u zdravstvu treba da se odvijaju u pravcu razvoja zdravstvenih ustanova širom Srbije i obuci zdravstvenih radnika. Celokupan razvoj organizacije zdravstvenog sistema podrazumeva i razvoj strateškog menadžmenta. Ovakav vid menadžmenta podrazumeva rukovođenje u jednom sistemu. Efikasnost i efektivnost menadžmenta može dovesti do uspešnog poboljšanja zdravstvenog sistema Srbije na mnogo većoj lestvici od srednjeg nivoa klasifikacije.

Dosadašnje iskustvo menadžera u vođenju poslovanja traži razloge u lošim uslovima i nepostojanju određene neophodne opreme. Nakon ulaganja u zdravstvo kupovinom moderne tehnologije, neophodno je izraditi odličnu organizaciju, tj. izvršiti potpunu reorganizaciju zdravstvenih menadžera i predložiti kvalitetan stručni kadar u vođenju poslovanja.

Sagledavajući današnju situaciju u zdravstvu, gde imamo sve više pacijenata sa gravitacijom ka kliničkim centrima i institutima kao tercijarnom sektoru, treba razmišljati o važnosti primarnog sektora. Glavni fokus staviti na primarni sektor i obučenost doktora opšte prakse, radi dalje preraspodele pacijenata ka sekundarnom i tercijarnom nivou. Ujedno, formiranje porodičnog lekara može dati dobre rezultate u daljoj reformi zdravstva.

Obučenosť doktora u upravljanju i efektivnom vođenju svog vremena, potom rešavanju brojnih organizacionih problema (planiranje sastanaka, vođenje sastanaka), upravljačke veštine (na primer upravljanje medicinskim otpadom) mora biti glavni potez u zdravstvu.

Jedan od vodećih problema jeste medicinski otpad, kao veći zagađivač životne sredine, što predstavlja veliku štetnost za zdravlje stanovnika. Stoga je veoma bitno izvršiti recikliranje odmah ili potpuno odstraniti tzv. dispoziciju otpada, kako bi se predupredila prirodna katastrofa. To uključuje prikupljanje, transport, procesuiranje i recikliranje otpadnih materijala koji mogu imati veliki efekat na ljudsko zdravlje.

Jedna od težnji kako drugih razvijenih zemalja, pa nadamo se i Srbije, jeste ostvarivanje realnih fondova za pokrivanje troškova usled buduće pandemije. Za bližu budućnost treba stvoriti dobru strategiju (kako na najbolji način zaštititi stanovništvo, sa postojanjem raznih reagenasa, aparata, bolničkih kapaciteta, brojčano više medicinskog kadra), kako iskorisiti postojeća novčana sredstva za vreme buduće pandemije, koji će sigurno zatrebati za finansiranje u cilju održavanja života pacijenata, medicinskog i čitavog privrednog sistema. Jednom rečju, neophodno je stvoriti sistem unutar sistema, koji će u najvećoj meri moći da funkcioniše samostalno, nezavisno od drugih, kao sistem kružnog kretanja u prirodi. Sagledavajući taj prirodni proces, treba raditi na jačanju svih privrednih grana naše države, kako stanovništvo ne bi zavisilo isključivo od uvoza, naročito kad su u pitanju najneophodnije životne namirnice.

Kako bi se uspostavio nov trend poslovanja zdravstvenog sistema u budućnosti, potrebne su velike promene uz komunikaciju sa vladama zemalja. Vlada jedne zemlje ima mogućnost da oblikuje tržišta i postavi ih jakim, kako bi se u hitnim situacijama kroz mnoge ekonomske aktivnosti ostvarili medicinski, društveni i ekološki ciljevi. S obzirom na ograničenost resursa, transformativni iskorak bi obezbedio neadekvatnu potrošnju i uspostavio održivost celokupnog sistema, uključujući medicinski, sve u cilju obezbeđenja ljudi i njihovog postojanja.

Pacijenti, kao korisnici zdravstvenih usluga, zahtevaju njihov bolji kvalitet, modernizaciju i odgovornost zdravstvenog sektora, rekonstrukciju i izgradnju zdravstvenih ustanova uz korišćenje

inovativnih rešenja. Sa druge strane, interes javnog sektora bi imao manji pritisak na državni budžet, zaduživanje države i podeli rizika.

Treća interesna strana koja se pojavljuje u JPP-u je privatni sektor. Zadovoljenje privatnog sektora se ogleda u podršci preduzetništvu, u većoj pouzdanosti javnog sektora i stvaranju prilika za konkurisanje na tenderima.

Tim za upravljanje rizicima se brine o pitanjima za povećanje bezbednosti pacijenata i zaposlenih. On identifikuje, analizira, procenjuje rizike i mogućnosti da ih implementira i proceni kroz održive mere. Dobra integracija upravljanja rizikom ima pozitivan efekat na celokupnu bolničku strukturu, internu i eksternu. Zaposleni bi trebalo da se otvorenije bave neoptimalnim događajima i na taj način razviju svest o rizicima i mogućnostima, kao i dobroj koordinaciji uz pomoć odgovarajućih procedura. Upravljanje rizicima se vrši kroz nekoliko ključnih koraka i to: identifikaciju, procenu, rangiranje, planiranje reakcije na rizik, implementaciju planiranja i praćenje rizika. Identifikacija obuhvata identifikovanje svih potencijalnih rizika koji bi mogli uticati na projekat, organizaciju ili proces. Što se procene rizika tiče jeste procenat verovatnoće da se rizik dogodi i dalji uticaj koji bi mogao imati. Rangiranje se vrši prema njihovoj verovatnoći pojavljivanja. Plan upravljanja rizikom sadrži identifikaciju mera u slučaju rizika, dok praćenje i nadgledanje rizika podrazumeva kontinuiranost praćenja rizikom i ažuriranje nakon novih dešavanja.

Osnovna svrha razvoja zdravstva u zemlji je prvenstveno podizanje nivoa razvoja zdravstvene kulture. Zdravstvena kultura se bavi obrascima života, sreće u životu, patnje i umiranja svakog pojedinca. Nije bitno da pacijent dobija samo informacije za zdravlje, već se moraju razviti osnovne veštine kao što su razvijanje zdravog načina života i razumevanje zdravstvenih vrednosti.

Pacijenti koji prihvataju savremeno javno zdravlje, procenjuju zdravlje holističkim pristupom. Rigidni medicinski pristup onemogućava pojedincima da iskoriste potencijal za kvalifikovani život.

Bogatije zemlje su zadovoljne svojim kvalitetom života i zdravljem, dok će siromašne uvek težiti za povećanjem nivoa potrošnje sa više žrtvovanja.

Trend budućih aktivnosti bi bio zasnovan na smanjenju svetske populacije materijala i energije, koje bi sa druge strane bio praćen rastom potrošnje u socijalnoj zaštiti, zelenim tehnologijama. Naime, pravedno smanjenje potrošnje najbogatijeg dela čovečanstva je od suštinskog značaja da bi se stvorio prostor zemljama gde se sredstva moraju povećati, kako bi ljudi imali dobro zdravlje i bolji životni vek.

Praćenje savremenih dostignuća medicinske nauke ukazuje na to da mnoge njene aktivnosti imaju karakter važećeg postulata. Nauka dovodi do novih saznanja, što inicira izgradnju savremenih zdravstvenih informacionih sistema u cilju optimizacije upravljanja i podizanja kvaliteta odlučivanja u zdravstvu. Između ostalog, medicinska tehnologija predstavlja jednu oblast zdravstvene zaštite sa dobrom pozicijom u bliskoj budućnosti.

Enorman napredak medicinske tehnologije omogućava veće mogućnosti lečenja, veća očekivanja pacijenata, ali i nameće velike finansijske troškove.

Kako bi se izvršila reforma zdravstvenog sistema, treba prihvatiti zdravlje kao apsolutni prioritet, uključiti građane u definiciju lokalne zdravstvene politike, uspostaviti održivo finansiranje zdravstva, imati postojeane promene, izgraditi kvalitetan zdravstven kadar, izvršiti edukaciju medicinskog kadra, izvršiti integrisanje zdravstvene zaštite koja se nalazi u privatnoj svojini. Preduslov za reformu jeste održivo finansiranje zdravlja, gde se ulaganje u zdravstvo ne vidi kao trošak, nego kao investicija u kvalitetniji život građana i čitave zajednice. Kontinuirane edukacije i učešće zdravstvenih radnika u naučno-istraživačkom radu ne utiče samo na kvalitet, već i na održivost zdravstvenog sistema.

Možda nije na odmet razmisliti o decentralizaciji školstva u medicini. Mnogi zdravstveni radnici sa završenom visokom stručnom spremom, u svetu, uzimaju deo odgovornosti i obaveza lekara. Na taj način oni postaju ravnopravni partneri u spovođenju zdravstvene zaštite. Nepobitno je da umesto centralizacije treba uvesti decentralizaciju u zdravstvu. Time bi građani većinu usluga

dobili u sredini u kojoj žive. Sa zdravstvenim radnicima koji rade u tim sredinama mogu imati dugotrajan partnerski odnos.

Zdravstvena industrija se stalno menja, te promene podstiču potražnju u novim oblastima. Zbog toga je bitno uvrstiti novu oblast medicine, naročito kod budućih pandemija. Nova oblast medicine, telemedicina je jedna od opcija zdravstvene zaštite. Telemedicina jeste vid medicine gde upotreba elektronskih komunikacionih tehnologija obezbeđuje i pruža zdravstvenu zaštitu, edukaciju i zdravstvenu negu. Ona predstavlja takozvano lečenje na daljinu, odnosno prenos medicinskih informacija na daljim relacijama. U Srbiji, navedena oblast medicine nije naišla na zainteresovane korisnike, dok je u drugim zemljama dovela do ekspanzije. Ulaganje u ovaj vid medicine je potreban, naročito kod budućih pandemija. Ova služba u kliničkim odeljenjima je važna, jer pacijenti imaju velika očekivanja i sve više kupuju za pružaoce zdravstvenih usluga.

Trend budućih kretanja treba biti usmeren na smanjivanju socijalnih i ekonomskih razlika. Upravo je pandemija koronavirusa pokazala veću stopu gubitka posla kod žena, nego kod muškaraca. Neravnomerna distribucija vakcine je imala potencijal za usporavanje u prihvatanju iste kod žena i širenje rodni jazova (Flor, 2022). Dokazi o rodni disparitetima obuhvataju širok spektar zdravstvenih, ekonomskih i društvenih pokazatelja tokom pandemije. Pandemija je takođe sprečila rast ravnopravnosti žena, zauzela zdravstvene pretnje i prevazišla nacionalnu granicu.

Radi kvalitetnije borbe i veće privilegije žena, bitno je ekonomsko osnaživanje žena kako bi prevazišle barijere sa kojima se inače suočavaju u zdravstvenoj zaštiti i snalaženju u sredinama gde postoji rizik od rodnog nasilja (UN women, 2023).

3.6.1. Značaj etike u budućnosti medicinskog sistema

Identifikovano je veće opterećenje pandemijom kod zemalja sa visokim i srednjim dohotkom zbog razlika u upravljanju pandemijom, fragmentacije zdravstvenih sistema i socio-ekonomske nejednakosti. Težnja ka sigurnijem društvu zahteva da se zemlje razviju i sprovedu ispravnu strategiju, rade na upravljanju vanrednim situacijama u javnom zdravstvu, kao i na

izgradnji zdravstvenih kapaciteta. Smatra se da se bolji kvalitet prema primarnoj zdravstvenoj zaštiti pruža kroz osnaženje zajednice, multisektorsku politiku i bolju akciju za razvoj zdravstva.

Može se slobodno reći da tokom vanredne situacije u javnom zdravstvu velikog broja zemalja, etički komiteti ili službe, nisu bile spremne da se prilagode izazovima pandemije kovida 19. Glavni razlozi sa kojima se suočavaju etički komiteti jesu nedostatak ili nedovoljna regulativa, loš dizajn istraživanja, loša adaptacija na karantinske mere i nedostatak iskustva i znanja (Ekmekci, 2023). Kako bi se maksimiralo opšte dobro, neophodno je pristupiti redefinisaju etike. Mnoga su ljudska prava kršena baš usled raznih medicinskih istraživanja, pa otuda i nepoverenje novonastalim vakcinama za vreme kovid pandemije. Prema načelima Svetske zdravstvene organizacije, pandemijska dešavanja nisu pravdanje za odbacivanje etičkih standarda, već naglašavaju potrebu za prilagođavanjem hitnog stanja (World Bank Group, n.d. i OECD Health Statistics, 2021).

Neophodno je pokazati spremnost za vanredne situacije, u suprotnom posledice su nesagledive. Ovde je bitno sagledati socijalni rizik koji definitivno sa pojedinačnog prelazi u kolektivni, gde pandemija predstavlja novi aspekt klasičnih društvenih rizika. U većini evropskih zemalja zakon o socijalnom osiguranju obezbeđuje pokriće za zdravstvenu zaštitu, određene troškove i gubitke. Međutim, uprkos zaštiti preko socijalnih beneficija, pacijenti sa kovidom nemaju pravo na nadoknadu svih gubitaka. Na osnovu velikog istraživanja od strane Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj (OECD), u skoro svim pravnim sistemima uticaji infekcije kovida 19 kao društvenog rizika su naveli zakonodavce da prilagode procedure i uslove za dobijanje beneficija (OECD, 2020).

Zaključujemo da brojni mehanizmi usklađenosti komercijalnih subjekata, poslovnih tipova, progresivnih ekonomskih modela, međunarodnih okvira, vladinih regulatora, daju mogućnost sistemskih promena i iznalaženja rešenja za mnoge značajne stvari u društvu.

3.6.2. Formiranje globalnog Fonda

Veoma je teško reći koliku je ekonomsku štetu nanela globalna pandemija koronavirusa, ali je vidno itekako imala ozbiljne negativne posledice na globalnu ekonomiju.

Tokom februara meseca 2023. godine, 5. globalni ministarski samit o bezbednosti pacijenata u Švajcarskoj, obeležio je prvo sazivanje globalnih lidera kako bi se razgovaralo o bezbednosti pacijenata (Evaborhene, 2023).

Sa druge strane, ministri zdravlja i finansija G20 pokrenuli su fond od 1,4 milijarde dolara za borbu protiv naredne globalne pandemije. Glavni donatori fonda su SAS, Britanija, Kina, Indija, Francuska, Australija, Kanada i Japan. Mnogi donatori iz G20, filantropske organizacije, kao i nečlanice G20 su dale doprinos kroz novčana sredstva. Procena je da će za sledeću pandemiju ipak morati da se izdvoji mnogo više, odnosno oko cca 31 milijarda dolara (World Bank, 2022). Fond je formiran sa namerom da se obezbede dodatni prihodi za pomoć zemljama sa niskim prihodima, kako bi se zemlje pripremile na budućnost izbijanja bolesti. On mora da ima prioritet u oblastima za nadzor bolesti, laboratorijskih sistema i da podrži izgradnju kapaciteta u državama sa niskim prihodima i srednjim dohotkom, kao i kapaciteta radne snage u javnom zdravstvu.

Upitno je kako će se fond raspoređivati, s obzirom na to da je moć odlučivanja u rukama male grupe bogate nacije, tj. organizacije. Kanali novčanih sredstava će se sprovoditi kroz podršku implementaciji u odabranim interesnim oblastima, obuhvaćenu od strane Svetske banke, zdravstvene agencije UN i nekoliko JPP-a. Njihova sedišta su pretežno locirana u zemljama sa visokim prihodima.

Tako imamo i participativno istraživanje u zajednici (CBPR) u kojem istraživači, organizacije i članovi zajednice sarađuju na svim aspektima istraživačkog projekta. Među njima su i zdravstveni naučnici i finansijeri koji daju potporu proučavanju i delovanju u cilju rešavanja zdravstvenih dispariteta i izgradnje zdravije zajednice (Minkler, 2003).

Postojanje neravnoteže nije dobro za globalnu bezbednost javnog zdravlja. Globalno finansiranje zdravstva se definitivno povećalo poslednjih godina (McCoy et al., 2009). Propraćeno

je proliferacijom broja globalnih zdravstvenih aktera i inicijativa. Ovde imamo veliku ulogu privatnih aktera. Stanje globalnog zdravstvenog sistema je neuredno, komplikovano i fragmentovano, te bi se moglo istaći da zdravstvene finansije zahtevaju veliku pažnju. Zbog uloge različitih aktera, kako državnih, tako i privatnih izvora finansiranja, neophodno je nezavisno telo za nadgledanje globalnog finansiranja zdravstva, kako bi se sagledalo ko ima koristi od porasta globalnog zdravlja. Sve evropske zemlje upotrebljavaju kombinaciju javnog i privatnog finansiranja zdravstvene zaštite (Šunjić, 2017).

U suočavanju sa globalnom zdravstvenom pretnjom, mnogobrojna strukturna ograničenja utiču na limitiranost međunarodnih organizacija u koordinisanju nacionalističkih država. Time se zapravo traži novi model globalnog upravljanja zdravstvom, koji unosi kosmopolitski ideal međunarodnih organizacija sa univerzalnim članstvom (Gostin et al., 2020). Zapravo, globalni zdravstveni ekosistem je dizajniran da ne dobije snažnu podršku, a ni da se zadovolji potrebama svih zemalja (Hermes et al., 2020).

Globalna zdravstvena pandemija može biti most za međunarodnu saradnju kako bi se suočavalo sa jasno zdravstvenim krizama i vršio uticaj na jačanje zdravstvenog sistema, kroz naglašavanje univerzalne zdravstvene pokrivenosti za održiv razvoj. Ona je bitan katalizator za buduće globalne zdravstvene inicijative. Činjenica je da je integracija globalne ekonomije olakšala međusobnu povezanost između svetskih teritorija.

Zdravlje ne sme biti političko sredstvo, niti da postane posrednik za geopolitiku, mada se može koristiti za difuziju tenzija i stvaranje pozitivnog okruženja za politički dijalog.

Međunarodna saradnja u trgovini je pretrpela uticaj geopolitičkih pomeranja i konkurencije, gde vlade mogu da usklade svoju trgovinsku i zdravstvenu politiku. SZO se suočila sa porastom međunarodnog kršenja zdravstvenih propisa.

Prioriteti svih zemalja treba da budu pronalaženje zajedničkih oblasti radi operativnih pitanja i alokacija resursa tokom nekih budućih pandemija. Globalna zdravstvena diplomatija povezuje više disciplina kao što su javno zdravstvo, pravo, međunarodni odnosi, menadžment, ekonomije, gde bi se uz pomoć pregovora uticalo na globalna politička okruženja. Najbolje bi bilo

da ona odgovara zdravstvenim i spoljnopoličkim ciljevima, i to u idealnom slučaju, obuhvatajući putanju od praćenja zdravlja do diplomatske niše (Kickbusch & Liu, 2022).

Kako postoje mnoga geopolitička pomeranja, promena svetskog poretka i poremećeni bilateralni odnosi između velikih sila su imali nedostatke u međunarodnoj saradnji. Tokom svake godine SZO se finansira od strane dobrovoljnih država članica putem dobrovoljnih priloga i procenjenih doprinosa. Ranijih decenija budžet SZO se finansirao od strane većeg procenta onih zemalja koje su uredno dostavljale doprinose, međutim to je vremenom opalo.

Kasnije se iniciralo aktivno učešće za svaku od država članica. Nedostatak rizika međunarodne saradnje ometa uspešan i integrisan globalni pristup, te globalna zdravstvena pandemija može biti most za međunarodnu saradnju u borbi protiv javnog zdravlja, jačanja zdravstvenih sistema i kroz isticanje univerzalne zdravstvene pokrivenosti za održiv i pravični razvoj.

Neophodno je obučiti zdravstveni i nezdravstveni kadar nastalim pitanjima o globalnom zdravlju. Oni imaju jedinstvenu poziciju da savetuju o promeni diplomatije u spoljnim poslovima i globalnom zdravstvu. Njihova uloga jeste da predstavljaju glavne savetnike diplomatske radne snage za javno zdravlje između zemalja domaćina i sopstvene zemlje. Identifikovanje oblasti zajedničkih interesa i rešavanje sukoba između više zainteresovanih strana zahteva posebnu međukulturnu, multidisciplinarnu stranu i diplomatski skup veština. Zdravstveni atašei imaju visoko specijalizovanu praksu i postoji kombinovanje globalnog zdravlja sa inostranom stvari, kao što postoji i neadekvatna obuka i nedostatak dobro definisanih puteva karijere.

Od ključne je važnosti da se promovisanjem globalnog zdravlja i usklađivanjem rezultata javnog zdravlja i spoljne politike, uspostavi direktan put karijere za izgradnju kapaciteta. Da bi se razumelo koliko se različitih zdravstvenih pitanja jednostavno uklapaju u spoljnopoličke ciljeve, potrebno je biti dobro upoznat i obučan. Ublažavanje nejednakosti putem dijagnostike, vakcinacije i terapije koje bi svima bile dostupne kao javno dobro, bio bi glavni fokus zdravstvene diplomatije. Nedostatak međunarodne saradnje dovelo bi do povećanja globalnih nejednakosti.

U vreme pandemije imamo veliku nestašicu lične zaštitne opreme (hirurške maske, respiratori, sredstva za dezinfekciju ruku, rukavice, haljine za jednokratnu upotrebu itd.) što je za zdravstvene radnike prve linije odbrane predstavljalo ne samo etički izazov, već i značajnu nepripremljenost. Takvi nedostaci su predstavljali rizik za nacionalnu i globalnu zdravstvenu bezbednost. U vanrednim situacijama, postoji velika potreba za adekvatnu proizvodnju i distribuciju opreme koja je ključna za brigu o pacijentima. Da bi se postigli brzi ciljevi, delokrug je izvan zdravstvenog sektora. Neophodna je posvećenost, akcija, politička volja i mobilizacija od lokalnog do globalnog nivoa, preko raznih javno-privatnih partnerstava.

Na osnovu pandemije smo videli da, ukoliko ne postoji komunikacija o riziku između zdravstvenih radnika i kada vlada jedne zemlje sprečava slobodan protok informacija, svet plaća visoku cenu. Ukoliko neki javno-zdravstveni događaj može predstavljati hitnu zdravstvenu situaciju od međunarodnog značaja, vlade zemalja moraju da obaveste SZO (Svetsku zdravstvenu organizaciju).

Solidarnost država članica bi značajno unapredila globalno upravljanje i garantovala da Svetska trgovinska organizacija dobije finansijsku i političku podršku. Navedeno upravljanje bi dodatno osnažilo globalno upravljanje, kako bi se suprostavila vladama koje ne poštuju preporuke zasnovane na dokazima. Suština je da glavni igrači u zdravstvu treba da rade zajedno, a ne da napadaju jedni druge. U globalizovanom svetu, nijedna zemlja ne može da izoluje sama sebe. Nacije bi trebalo da neguju i razvijaju saradnju koja predstavlja uslov za međunarodno strateško poverenje. Istraživanje, kao i zajednička alokacija resursa, zajedničko operativno preklapanje pitanja razvoja i zajednički interes treba da budu prioriteta svake zemlje.

Zemlje u sukobu konstantno pate od humanitarne krize zbog nepotpunog pristupa zdravstvenim uslugama, gde je otežan pristup medicinske robe i nedostatak razne saradnje za naučna istraživanja, povlačenja humanitarnih i zdravstvenih radnika. Time se vrši pritisak na zdravstveni sistem zemalja u regionu, gde zbog povećanog priliva izbeglica nastaje rizik usled širenja virusa, a potom potencijalnog narušavanja sistema i ekonomskog rizika.

Kovid je transformisao spoljnu politiku i vezu u zdravstvu. Svesniji smo da je ulaganje u zdravlje ključno za ekonomski rast nacije i ljudski razvoj, te da svaka pretnja za čoveka može dodatno ugroziti stabilnost i sigurnost. Pandemija kovida 19 je potvrdila da bolesti ne poštuju geografske granice ili status razvijenosti. Zajednički interes nacije jeste da vlade zemalja rade zajedno i da se fokusiraju na zajedničke interese za globalno zdravlje, kako bi sve vlade država imale bezbednost u svojim nacionalnim planovima i za međunarodni razvoj zdravstva.

Medijska pokrivenost i politički odgovor na pandemiju je prikazao nesrazmernu raspodelu resursa. Polazeći od stava da je pandemija unela pretnju globalnom zdravstvenom sistemu, možemo je razobličiti i preformulisati da je unela nove principe zajedničke odgovornosti i pravičnosti. U pitanju je nova agenda koja motiviše materijalne oblike i institucionalna ulaganja, potrebna za zdravstveno unapređenje na globalnom nivou i daje odgovore za buduće vanredne događaje u zdravstvu.

Pandemija kovida 19 naglašava razlike u snazi ne samo globalno, nego regionalno i lokalno.

Nedostatak fokusa na jačanje zdravstvenog sistema je veliki propust, gde se sve globalne zdravstvene organizacije moraju ozbiljno usredsrediti na njen dalji rad. Zemljama sa niskim i srednjim prihodima treba dati prioritet i založiti se za one zajednice koje su najviše pogođene bolešću. Potom, sistem finansiranja u globalnom zdravstvu mora poštovati lokalno donošenje odluka. U cilju pokretanja agende koja je posvećena lokalnoj osnovi, vladama tih zemalja bi trebalo da direktni transferi budu proporcionalno veći. Napred navedeno bi posledično uticalo na izgradnju kapaciteta i jačanju zdravstvenog sistema. Slabost zdravstvenog sistema se vidi kroz programe vođene donatorima i finansiranja SZO određenih planova i programa.

Zemlje koje imaju koristi od nejednakosti zdravstvenog sistema moraju ispraviti nepravde. Nepravde se ogledaju kod vlada pojedinih zemalja koje imaju koristi od vekovnog kolonijalizma. Jedan od tih poteza se ogledao u „odlivu mozgova” u zdravstvu i medicini širom sveta, iz zemalja koje su nedovoljno finansirane, u razvijene zemlje i zemlje u razvoju.

Pojedini autori govore o stepenu razvoja transnacionalne centralizacije međunarodnog zdravstvenog režima, uz osvrt na odgovornost nadležne vlasti i ljudskih prava među akterima i njihovim interesima (Novičić, 2022).

Transnacionalna zdravstvena kriza poput pandemije kovida 19 insistira na globalnoj saradnji, koordinaciji i solidarnosti u pravcu globalne zdravstvene pravičnosti. U arhitekturi globalnih zdravstvenih partnerstava i institucija, ukorenjeni diferencijali snage moraju biti ispravljani.

Koronavirus ukazuje na to da se država ne može sama odupreti pandemiji, bez pomoći druge. Ona je napravila duboke pukotine u globalnom zdravstvenom sistemu, odnosno u njegovom upravljanju zdravstvom. Suočavanje međunarodnih institucija i sve veći pritisci iz nacionalističke vlade analiziraju nacioanilističke prepreke i globalnu solidarnost. S tim u vezi, nova uprava će biti od presudnog značaja na jačanje globalne javnosti, kako bi se suprostavilo budućoj pandemiji i odolelo kriznim situacijama. Kao kvalitetan odgovor na globalnu zdravstvenu pretnju jeste ojačanje primarnog nivoa SZO-a. Ona je dugo nastojala da ojača svoj institucionalni autoritet kroz koordiniranje nacionalnih zdravstvenih napora.

Nacionalističke vlade su oslabile globalno upravljanje SZO-a, putem kršenja međunarodnih obaveza, uključujući neuspehe i nereagovanje u skladu sa njenim upozorenjima. Ograničavajuća putovanja, zabrane izlaska i slično, tokom koronavirusa je ometalo kretanje zaliha zdravstvene opreme i drugog medicinskog materijala, pa čak i zalihe hrane. Naravno, da nije bilo moguće napredovati usled stavljanja SZO-a u sred političke borbe za moć. Zbog lošeg upravljanja pandemijom, ustupila je pretnja izlaska SAD iz SZO-a, kao jednog od njenih najvećih partnera. To nije učinjeno, ali tendencija i dalje postoji. Odsustvo uticaja SAD-a bi eventualno dalo nove mogućnosti za regulisanje komercijalnih interesa, a nauštrb zdravlja (National Institutes of Health, 2020). Industrija rasta u Americi je prikazana preko institucija i neprofitnih sektora koji su porasli u moćne i moderne centre (Ristić, 2016).

Globalni zdravstveni fond bi trebalo da ima svoje sedište i da bude tesno usklađen sa SZO. On bi nadgledao i usmeravao sredstva ka kontroli bolesti za buduću pandemiju i pomagao u jačanju

primarnih zdravstvenih sistema u siromašnim zemljama. Imao bi za cilj da razmotri sva ekonomska i socijalna pitanja uz analizu i praćenje novčanih prelivanja iz drugih zemalja. Da pomaže zemljama sa niskim primanjima i srednjim dohotkom, da učestvuje i nadomesti globalne zalihe u zdravstvenom sektoru (zaštitnu opremu, vakcine, lekove, medicinske uređaje, dijagnostiku itd.), da sprovede kvalitetne propise o biološkoj bezbednosti laboratorija, obezbedi uspeh u borbi za sistematske informacije i uspostavi jaku zaštitu stanovništva preko nacionalne i globalne sigurnosne mreže.

U zdravstvenom sistemu je najbitnije finansiranje, pružanje zdravstvenih usluga i regulacija. Za vreme kriza ili pandemija država nije u stanju da sama obezbedi određena potrebna sredstva. Zato SZO može finansirati, vršiti pružanje i regulisanje zdravstvenih usluga.

Tipovi zdravstvenog sistema se mogu klasifikovati kao idealni, mešoviti i čisto mešoviti. Ova tri tipa oblika predstavljaju sam čin transformacije zdravstvenog sistema. Blaži oblik transformacije beleži promene u okvirima već postojećeg sistema. Jedan od oblika transformacije koji se kreće duž cele tri dimenzije sistema, prikazuje pružanje zdravstvene zaštite ka promeni sa isključivo državnog na učestvovanje privatnih bolnica i klinika, ali da finansiranje i regulativa ostaje u državnim rukama. Ekstremna situacija transformacije zdravstvenog sistema bi se desila usled transformacije državnog u privatni sistem. Taj prelazak bi bio najgori za građane, jer sa sobom povlači privatno zdravstveno osiguranje, osiguranje i lečenje van finansiranja od strane države. Ovakav sistem bi bio veoma otežan za pojedine grupe građana sa nižim materijalnim statusom.

Jednom rečju, dimenzije državnog zdravstvenog, društvenog sistema zdravstvene zaštite i privatnog zdravstvenog sistema su sklona promenama i otvorena za poprilično dinamičan razvoj. Svi navedeni tipovi se suštinski razlikuju od uključenosti u države u zdravstvenoj zaštiti. U njihovoj osnovi leži različito interesovanje od strane državnih, društvenih i privatnih aktera u finansiranju, pružanju usluga i regulisanju zdravstvene zaštite.

Ovakvo pomeranje je dovelo do političkih sukoba, institucionalnog nereda i podrivanja međunarodne saradnje. Naravno, situacija je otvorila nova globalna partnerstva.

Države su osnovale svetsku zdravstvenu organizaciju kao univerzalnu multilateralnu instituciju za koordinaciju međuvladinih akcija u međunarodnom zdravstvu. Mandat SZO je uvek bio da služi interesima svih nacija u zdravstvenom smislu. Svetska zdravstvena organizacija traži proširenu i ojačanu ulogu kroz koordinaciju tehničkih i normativnih uputstava u odgovorima na pandemiju i shodno tome na proširenu i ojačanu ulogu kroz pružanje političkog rukovodstva, pregovaranja kod međunarodnih sporova i dr.

Kvalitetno upravljanje Svetske zdravstvene organizacije se ogleda u ponudi novog modela za saradnju na globalnom nivou, gde bi mnogi državni i nedržavni akteri u zajedničkom nastojanju pružili brojne odgovore u cilju otklanjanja pretnje čovečanstvu. Danas imamo primer gde je uprava svetske zdravstvene organizacije obezbedila politički forum za sve države kako bi sprovele debate, odnosno pregovore o normama i rešavanjima razlika u vođenju globalne zdravstvene politike (Gostin et al., 2020).

Bili smo očevici neefektivnog delovanja svetske zdravstvene organizacije na tadašnju vanrednu situaciju. Konstatuje se da je razlog u nepostajanju autoriteta ove organizacije u neadekvatnim resursima.

Tokom pandemije kovida 19 svet se suočavao sa globalnom pretnjom za zdravlje, kao i u ograničenjima kod međunarodnih organizacija i njihovom koordiniranju između nacionalističkih država. Globalno upravljanje zdravstvom tokom pandemije nije pokazalo kvalitet vladanja situacijom, te kao takav zahteva novi model upravljanja koji će odoleti novim izazovima.

Kriza kovida 19 je ukazala na nespremnost svetskog zdravstvenog sistema, kao i na njegovo obavezno jačanje u svim domenima upravljačkog procesa. Polazi se od pitanja kako se globalni javni interes može očuvati stvaranjem zajedničkih javnih dobara i zaštitom ljudskih prava u prevenciji (Velásquez, 2023).

Neophodno je očuvati javni interes stvaranjem zajedničkih javnih dobara i zaštitom ljudskih prava u prevenciji, pripravnosti i odgovoru na sadašnje i buduće pandemije.

Implementirana strategija je bila vakcinacija koja se koristila za ublažavanje posledica kovida 19 (Richards et al., 2022). Masovna vakcinacija protiv virusa i neuspeh Kovaksa (COVAX inicijativu vode GAVI – Alijansa za vakcine, SZO i CEPI – Koalicija za inovacije i epidemiološku spremnost) primorali su mnoge zemlje da troše ogromne novčane sume za vakcine koje su kupljene od strane farmaceutske industrije (World Health Organization, Coalition for Epidemic Preparedness Innovations, 2024).

S obzirom na to da je pomoć za zemlje u razvoju bila ograničena, bilo je potrebno da se obezbedi razuman odnos cena isporučenih lekova u odnosu na troškove njihovog razvoja i proizvodnje.

Razvijene zemlje su plaćale po pet puta veće cene za vakcine i tako ih gomilale, dok su pojedine bile bez istih. S tim u vezi je bilo nerealno da se patentni zloupotrebljavaju, da cene vakcina budu previsoke, da nije bilo zagarantovano snabdevanje lekova i da se profit preusmerava akcionarima umesto da se ulaže u inovacije. Novčana sredstva se ne kanališu direktno u zemlje u razvoju, već cirkulišu kroz javno-privatne konzorcijume i druge entitete kao što su COVAKS, CEPI-jev menadžment COVID-a 19, Globalni fond i dr. Jednom rečju nameće se globalni zdravstveni menadžment kojim upravljaju javno-privatni konzorcijumi formirani od strane velikih i razvijenih zemalja (Velásquez, 2023). SZO bi trebalo da koordinira i upravlja, a ne da daje samo tehničke preporuke i nadgleda proces donošenja odluka. Ona zapravo pruža tehničku pomoć javno-privatnim konzorcijumima i deluje kao posmatrač bez prava glasa.

Mnogo veću efikasnost je pokazao državni zdravstveni sistem, nego prethodno navedeni konzorcijumi i druge privatne zdravstvene ustanove. Čak i u uslovima pandemije glavni kriterijum je bio kapitalistički profit, što je uočeno putem prodaje i kupovine vakcina i drugog medicinskog materijala.

Kod radničke klase i radnog naroda je primetna nemogućnost uživanja visokokvalitetnih zdravstvenih usluga u skladu sa razvojem nauke i tehnologije. Oni su uprkos zabranama, bez zaštitinih mera, morali da nastave sa poslom, bez obzira na smrtni ishod. Mnogi poslodavci su nipodaštavali sva preostala radnička prava, isprobavali nove oblike eksploatacije i vršili masovna

otpuštanja. Potom, navedeni sukobi transnacionalnih monopolista u vezi sa patentiranjem nove vakcine su doveli do gorih scenarija.

Kolateralni efekti kovida 19 su uticali na pružanje osnovnih i direktnih zdravstvenih usluga. Veće narušavanje zdravstvenih usluga je bilo u zemljama sa nižim prihodima, nego u zemljama sa visokim dohotkom. Uzroci poremećaja u pružanju usluga su različiti faktori ponude i tražnje. Poremećaji pružanja usluga su uočeni kod zdravstvene radne snage, lanaca snabdevanja, zajednice u smislu nepoverenja i straha od zaraze ili od finansijskog faktora. Mnogo bolji odgovor na kovid 19 su imale one zemlje koje su aktivirale svoju radnu snagu, mobilisale, obučile i prerasporedile ih. Koristile su volontere, aktivirale penzionere i zapošljavale nove radnike. Vršena je primena različitih strategija, od trijaže do identifikacije najhitnijih potreba pacijenata. Primenjivan je prelazak na alternativni model nege, telemedicinu i pružanje nege kod kuće.

3.6.3. Interna kontrola u zdravstvu kao neposredna pomoć u upravljanju rizicima i bezbednosti medicinskog sistema

Kako bi se upravljalo složenom strukturom u zdravstvenom sistemu, moraju se uspostaviti osnovni principi i osnove sistema interne kontrole.

Postoje tri globalno priznata okvira interne kontrole koji su usvojili nezavisni revizori, interni revizori i menadžment. Njihov zadatak je da procene unutrašnju kontrolu ostalih zdravstvenih organizacija i ustanova unutar zdravstvenog sistema. Zajednička karakteristika navedenih modela jeste da daju smernice za ocenjivanje efektivnosti interne kontrole. COSO model je objavio Kanadski institut sertifikovanih javnih računovođa. Njegov koncept kontrole jesu aktivnosti kod strateškog upravljanja, postavljanja ciljeva i korektivnih mera. Konkretno, COSO model uključuje procenu rizika, kontrolno okruženje, aktivnosti, informacije, komunikaciju i praćenje (COSO, 2013).

Procena rizika definiše sve moguće događaje kod privrednih subjekata, naročito one koje se odnose na ostvarivanje ciljeva i zadataka.

Mada, treba naglasiti da je kontrolno okruženje prvi korak koji utiče na kvalitet interne kontrole, obezbeđuje discipline unutrašnje kontrole i predstavlja osnovu sistema. On je direktno pod uticajem najvišeg menadžmenta, te kao takav može da ojača ili oslabi druge faktore.

Među kontrolnim aktivnostima spadaju politike i procedure koje se primenjuju u praksi, radi upravljanja rizicima i postizanja ciljeva preduzeća. One se sastoje od delegiranja ovlašćenja, procene vezane za aktivnost i nadzore, kontrole u pogledu efektivnog korišćenja sredstava i resursa, potvrde, usaglašavanja, kriterijuma učinka (Akyel, 2010). Informacije su bitne kako bi preduzeća transformisala podatke iz internih i eksternih okruženja i iste prenosila svojim stakeholderima tačno i pouzdano. Za ovo je neophodna informaciona mreža koja podržava prethodno naveden sistem interne kontrole.

COSO je međunarodno prihvaćen model „unutrašnje kontrole”. Prema komisiji „interna kontrola” je proces koji je osmislio odbor direktora kompanije, višeg rukovodstva i drugog osoblja da pruži razumnu sigurnost o efektivnosti i efikasnosti poslovanja, pouzdanosti izveštavanja i usklađenosti sa zakonima (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2012).

Kod ovog modela interni revizori imaju posebno važnu ulogu u praćenju efektivnosti sistema kontrole. Nezavisni revizor je osoba koja objektivno procenjuje efikasnost sistema interne kontrole, čime određuje i revizorski rizik i nudi adekvatna rešenja.

COSO model vrši obezbeđivanje sistema interne kontrole u okviru preduzeća i to kroz tri različita cilja (operativni, pouzdanost izveštavanja, sposobnost preduzeća u skladu sa zakonima i propisima). Od strane ovlašćenog javnog računovođe, proveravaju se računovodstveni dokumenti, vrši evidencija i finansijski izveštaji bolnica, kako bi se utvrdila njihova tačnost i pouzdanost. Revizor za reviziju finansijskih informacija kontroliše pouzdanost finansijskih i nefinansijskih informacija preduzeća i njihovo korišćenje koje se ogleda kroz mehanizam donetih odluka.

Veći broj manipulacija su otkrili revizori, tako da su i sami bitni za razvoj procedura ili strategija usmerenih na detektovanje prevara. Oni koriste interne kontrole u razotkrivanju sakrivenih informacija u računovodstvenom sistemu (Srebro, 2022).

Računovodstvena kontrola uključuje programe obuke, statističke procene, studije vremena i kretanja i kontrole kvaliteta. Njome se može obezbediti zaštita imovine i pouzdanost finansijskih informacija.

Potrebno je da bolnička preduzeća uvrste i testiraju adekvatnost interne kontrole kako bi se adaptirali promenljivim tržišnim uslovima i ostvarili sopstvene ciljeve (Eskin, 2020).

Praćenje učinka bolnice se meri preko finansijskih i nefinansijskih pokazatelja, kao glavnih parametara računovodstveno-informacionog sistema. Dok se oni koriste za merenje uspeha bolnice, upravni odbor ocenjuje stepen ostvarenosti ciljeva bolnice upoređivanjem prihoda, rashoda, popunjenosti kreveta, broja pacijenata na lečenju itd. Kako bi se izvršilo kvalitetno finansijsko planiranje i kontrola utrošaka iz svega ostalog u okviru bolnice, zdravstvenog centra i drugo, neophodno je da se vrši upoređivanje finansijskih izveštaja iz prethodne godine sa izveštajem tekuće. Na taj način, na godišnjem ili pak na kvartalnom nivou, se vrši finansijska analiza između dva vremenska perioda, gde se sagledavaju odstupanja svih stavki finansijskih izveštaja.

Međutim, pošto kriterijumi bolnice nisu određeni, ne može se egzaktno izvršiti kontrola, a ni evidencija koje aktivnosti donose dodatnu vrednost, a koje teret. Kako bi navedeni model bio uspešno sproveden, neophodno je da svi akteri budu uključeni u procese interne kontrole, tako što bi svako ponaosob morao ispunjavati svoje obaveze. Sistem se dodeljuje najvišem i srednjem menadžmentu, finansijskom i računovodstvenom osoblju, rukovodiocima odeljenja, internim revizorima, upravnom odboru i nezavisnim revizorima (Adiloğlu, 2011). Najveću ulogu interni revizori imaju kod efektivnosti sistema interne kontrole. Njihov posao je da identifikuju slabosti interne kontrole i prijavljuju ih višem rukovodstvu.

Trend budućih događaja bi se ogledao u radu privatnih bolničkih preduzeća, koja su dužna da poštuju zakone i propise koje donosi Ministarstvo zdravlja. Svako odeljenje u zdravstvenoj ustanovi bi imalo odeljenje za prijem pacijenata, sprovodilo registraciju pacijenata, naplaćivalo naknadu, računovođa vodio evidenciju transakcija, a rukovodilac kontrolisao ovaj proces. Svi troškovi bi bili transparentni na uvid Ministarstvu zdravlja, odnosno njegovom nadležnom sektoru.

Standard kvaliteta i njegov razvoj zavisi od stručnosti kadrova, pružanja usluge, infrastrukture, medicinskog kartona arhive, bezbednosti, kontrole medicinskog otpada.

Pored efikasnosti sistema unutrašnje kontrole u bolničkom poslovanju, neophodno je izvršiti bezbednost sistema. Bezbednost i sigurnosti softvera trebalo bi biti zaštićena antivirusnim programom, veb sigurnosnim sistemom i rezervnim kopijama podataka na računaru. Bezbednost informacija podrazumeva bezbednost informacija o svom zdravstvenom stanju i poštovanje njegove privatnosti.

U državnim bolnicama mnoge stvari kao što su zdravlje i bezbednost zaposlenih na radu, upravljanje otpadom, kvalitet rada i medicinske usluge potpadaju pod nadzor javnih ustanova. Administrativne i finansijske procese sprovode srednji menadžeri i izveštavaju više rukovodstvo.

U okviru bolnice ne postoji nezavisno lice koje ispituje medicinske i nemedicinske procese bolnice, a to je interni revizor u okviru službe interne revizije. Neophodno je uvrstiti postojanje internog revizora, kao zaposlenog u okviru bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove. Bolnicama, kao sekundarnom sektoru zdravstvene zaštite je on neophodan zbog efikasnosti sistema unutrašnje kontrole. Bolnica, odnosno njen upravljački kadar u koordinaciji sa svojim službama treba da nadgleda i planira kupovinu, odnosno nabavku proizvoda, upravlja prihodima i potraživanjima, upravlja zalihama, vodi brigu o pravima pacijenata i, ono što je takođe bitno, odlaže medicinski otpad po propisima. Zapravo, za svaki proces je neophodno uspostaviti i testirati kontrolne procedure, kako bi svaka bolnica ostvarila svoje ciljeve. Privatne bolnice daju odličnu sliku kvalitetnog pružanja usluge, međutim naplata iste je za pacijenta visoka. Njihove cene usluga za lečenja i hirurške intervencije se utvrđuju preko određenih paketa. Sa druge strane, državne ustanove su povoljnije, ali pošto se država finansira preko doprinosa za zdravstveno i socijalno osiguranje treba jasno sagledati celokupan finansijski proces dobiti i utrošaka.

S obzirom na to da država uvodi elektronski sistem praćenja pacijenata i da svaki pacijent sa svojim registracionim brojem daje zdravstvenu sliku o sebi, otvara se mogućnost kontinuiranog monitoring procesa zdravlja/bolesti pacijenata, kako bi se moglo planirati njegovo dalje stanje i kako bi se vršio plan finansijskih izdvajanja iz budžeta za naredne godine.

Svaka bolnica vrši obračun troškova na osnovu odeljenja, a ne na osnovu pacijenta. Iz ovog razloga ne mogu se utvrditi budući troškovi po pacijentu, jer se klasifikuju kao fiksni i varijabilni. Ovakav način obračuna otežava sagledavanje prihoda i troška po pacijentu, čime se onemogućava izvršenje analize profitabilnosti.

Planiranja pomažu da se bolje upravlja rizicima poslovanja i mnogim drugim rizicima (rizici koji proističu iz katastrofa i vanrednih situacija). S tim u vezi je neophodno oformiti ovakvu službu, a ne da napred navedeno rade menadžeri koji nisu obučeni za ovakve poslove ili po nekoj ustaljenoj, dugogodišnjoj i nedovoljno profesionalnoj proceduri. Kako bi se izmerio učinak bolnice, potrebno je uporediti finansijske i nefinansijske podatke iz tekućeg perioda sa periodom prethodne godine. Pošto se u bolnici ne rade poslovi upravljanja rizicima, ne može se ni adekvatno meriti efikasnost, te nije moguće utvrditi projekciju prihoda i rashoda, odnosno dobiti i troška.

Ocenjivanje unutrašnjeg sistema kontrole nije objektivno, jer pored javne inspekcije, nedostatak nezavisne revizije utiče na efektivnost i efikasnost poslovanja. U skladu sa međunarodnim pravilima, uprava bolnice bi trebalo da uspostavi model interne kontrole.

Shodno svemu navedenom, za slučaj visokih rizika čemu je doprinela pandemija i mnogi drugi (prirodne katastrofe, ekonomske krize) mogla bi se vršiti usklađenost unutrašnjih kontrola velikog obima bolnica i njihova uloga u obezbeđivanju efikasnosti.

Procena rizika je efikasan način za smanjenje rizika kod informacionih tehnologija u zdravstvenim ustanovama, gde se utvrđivanjem potencijalnih opasnosti i slabosti mogu izbeći određeni rizici. Procena rizika bezbednosti informacija je metod faktorske analize informacionog rizika (FAIR).

Faktorska analiza informacionog rizika je okvir za analizu rizika koji se koncentriše na analizu informacija o riziku i identifikaciju imovine. On je zasnovan na kvantitativnim konceptima i pruža praktičan i inovativan pristup. Inače, informacioni sistemi su sastavni deo svakodnevnih aktivnosti, te mnogi poslovni procesi i strategije donošenja odluka zavise od njih (Sudarsana & Ramli, 2023).

Zdravstvena industrija može biti efikasnija u komunikaciji i smanjenju rizika uz usvajanje okvira za suočavanje sa stvarnim kršenjima privatnosti i bezbednosti. Važnost procene rizika bezbednosti informacija u zdravstvenom sektoru je velika. Pacijenti treba da budu svesni rizika od krađe identiteta kada su lični podaci ugroženi i prodani na onlajn tržištima. U zdravstvu je upotreba tehnologije već uobičajena, pa je društvo u obavezi da uspostavi standard za upravljanje i reagovanje na rizike privatnosti i sajber-bezbednosti. Zbog toga procena rizika bezbednosti informacija predlaže inovativna rešenja koja štite privatnost korisnika, odnosno njihove lične zdravstvene podatke.

U zdravstvenim uslugama, svi poslovni akteri su uključeni u dizajniranje sigurnosnog zdravstvenog informacionog sistema. Sajber rizik korišćenja informaciono-tehnoloških uređaja za upravljanje kovidom 19, pokazuje da medicinska rešenja nisu procenjena za sajber rizik. Medicinska IT rešenja trećih strana koja se koriste u praćenju kovida 19, mogu pružiti neadekvatnu zaštitu za velike pružaoce zdravstvenih usluga, što može dovesti do scenarija maksimalnog gubitka.

Da bi se rešio problem predložen je pristup koji koristi veštačku inteligenciju u analitici rizika medicinskih IT rešenja. Ovde je jasan cilj zaštite integriteta medicinskih podataka pacijenata uz obezbeđivanje prediktivnog izlaza analitike i integriranih rešenja.

Sajber rizik korišćenja informacione tehnologije pokazuje da medicinska slabost obuhvata ograničenu dostupnu literaturu o proceni rizika bezbednosti. Kad bi se prevazišle sve bezbednosne pretnje, zdravstveni sektor bi bio ispred konkurencije.

U informacionim sistemima postoji procena rizika bezbednosti informacija koja omogućava minimiziranje i adresiranje različitih rizika informacionih tehnologija u zdravstvenim ustanovama. Kako bi se uspostavila pouzdana i mrežna infrastruktura u zdravstvu, neophodno je prethodno proceniti potencijane bezbednosne rizike i proveriti uticaj modela faktorske analize rizika (FAIR).

U zdravstvenom sektoru razvoj poslovanja zahteva inovacije koje se ažuriraju kako bi se održao kontinuitet poslovnih aktivnosti. Zdravstveni sistem je podložan ažuriranju podataka,

uzimajući u obzir otkriće novih tehnologija, promene politika kod vlada zemalja, kao i ublažavanje mogućih rizika koji se mogu pojaviti u informacionim sistemima.

Inače, nacionalni zdravstveni informacioni sistem jedne zemlje predstavlja računarsko komunikacioni sistem u svrzi zdravstvene zaštite. Ovakav sistem bi bio sinteza svih informacionih sistema i to sa nivoa osiguravajućih zavoda, zdravstvenih ustanova i regionalnih centara (Gavrilović & Trmčić, 2012).

Srbija je imala dosledno adekvatan odgovor na pandemiju, imajući celokupno tešku situaciju u zdravstvenom sistemu, bez dovoljnog infrastrukturnih, ljudskih i drugih kapaciteta. Sprovela je za sebe nacionalnu strategiju za poboljšano upravljanje vanrednog stanja javnog zdravlja, izgradnjom kapaciteta sopstvenih zdravstvenih sistema, uz minimiziranje društveno-ekonomske nejednakosti i fragmentacije.

3.6.4. Buduća kretanja medicinskog sistema u Srbiji

Neophodno je da odlike zdravstva u kvalitetu, dobroj organizovanosti i efikasnom zdravstvenom sistemu daju doprinos pacijentu, ali i društvu u celini.

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije mora preduzeti strateške korake sa jasnim smernicama i uputstvima. Neophodno je stvoriti modernu i efikasnu zdravstvenu zaštitu raspoloživu svim građanima uz visoku fleksibilnost i produktivnost.

Mnogobrojne inovacije utiču na formiranje inovacionog menadžmenta. Ovakav menadžment bi trebalo da bude spreman na mobilizaciju ljudskih resursa za transformacione promene koje bi uticale na poboljšanje zdravlja i zadovoljstvo pacijenta. Inovativna rešenja su prevashodna kod smanjenja rizika od katastrofe i povezana sa rastom institucionalnih kapaciteta zdravstvenih ustanova.

Neophodno je uspostaviti jača autoritarna pravila, potom veći stepen transparentnog ponašanja, uz uključivanje političkih aktera, građanstva, nekih ekspertske grupe, a sve u korist iznalaženja mogućih rešenja.

Zdravstveni radnici će morati da budu zaštićeni, uz uspostavljanje raznih procedura. Za održivost funkcionalnosti zdravstvenog sistema, od presudnog značaja je adaptivni model pružanja usluga.

Zaposleni u zdravstvu, usled specifičnih znanja i sposobnosti koje poseduju, treba da budu motivisani materijalnim i nematerijalnim faktorima. Kako bi se obezbedio rast motivacije, njima je neophodno obezbediti nagrade koje su povezane sa intrinzičnim faktorima motivacije.

U cilju što pozitivnijeg trenda budućih ekonomskih rešenja, bitno je analizirati ekonomske politike korišćene tokom pandemije, uz odgovarajući prilaz upravljanu krizom, kako bi rezultati monetarne i fiskalne politike bili kvalitetniji (Vidaković & Lovrinović, 2021).

4. Empirijsko istraživanje učinka i posledica na stabilizaciju i razvoj zdravstvenog sistema u zemlji tokom pandemije

U ovom delu disertacije analiziraće se rezultati empirijskog istraživanja sprovedenog među stručnim medicinskim kadrom u Srbiji. Istraživanje je sprovedeno tehnikom anketiranja, koja je jedan od najefikasnijih načina prikupljanja podataka u društvenim istraživanjima (Dillman, Smyth, & Christian, 2014). Upitnik pruža odgovore na pitanja iz domena zdravstvene zaštite, organizacije, stimulisanja zdravstvenog sistema i političkog prisustva, kao i pomoći države tokom pandemije. Analizom datih odgovora, disertacija pruža zaključke o reakciji države tokom pandemije i pravcima budućeg razvoja zdravstvenog sistema, sa ciljem povećanja zadovoljstva stručnog medicinskog kadra i unapređenja medicinskog sistema.

Glavni cilj ovog empirijskog istraživanja je da se ispita uticaj pandemije kovida 19 na zdravstveni sektor Srbije, sa posebnim fokusom na odnos države prema zdravstvenim radnicima, ulaganja u zdravstveni sistem tokom i nakon pandemije, te ulaganja u prevenciju pandemije i motivaciju za rad. Cilj je da se identifikuju ključni faktori koji su doprineli efikasnosti zdravstvenog sistema i zadovoljstvu zdravstvenih radnika, kao i da se analizira koliko su ova ulaganja uticala na motivaciju zaposlenih i ukupnu spremnost zdravstvenog sistema. U radu su prepoznate dve vrste ulaganja u zdravstvene radnike i zdravstveni sistem, odnosno materijalna i nematerijalna ulaganja.

Materijalna ulaganja se odnose na sve vrste finansijske i fizičke podrške koje država pruža zdravstvenim radnicima. Ova ulaganja uključuju direktne novčane beneficije, dodatke na platu, bonuse, kao i sredstva za opremu i druge materijalne resurse koji su neophodni za rad zdravstvenih radnika tokom pandemije. Konkretno, materijalna ulaganja obuhvataju:

- izdvajanje novčanih sredstava u svrhu podrške zdravstvenim radnicima za vreme pandemije, što uključuje plate, dodatke i bonuse;
- sredstva izdvojena isključivo za nagrađivanje zaposlenih, čime se priznaje njihov doprinos i naponi tokom pandemije;
- ponuda podsticaja zaposlenima, što može uključivati novčane nagrade, bonuse ili druge vrste materijalnih beneficija koje motivišu radnike.

Nematerijalna ulaganja se odnose na podršku koja nije finansijske prirode, ali koja je jednako važna za dobrobit i motivaciju zdravstvenih radnika. Ova ulaganja uključuju priznanje za rad, poštovanje, mogućnost za profesionalni razvoj, učestvovanje u donošenju odluka, kao i emocionalnu podršku. Nematerijalna ulaganja obuhvataju:

- zahvalnost za visoke performanse u borbi protiv kovida 19, što podrazumeva javno priznanje i pohvale;
- tretiranje svih zaposlenih sa dostojanstvom i poštovanjem tokom pandemije, čime se osigurava da se zdravstveni radnici osećaju vrednovano;
- pružanje mogućnosti zaposlenima u zdravstvu da učestvuju u donošenju odluka, što povećava njihov osećaj uključenosti i značaja;
- poštovanje ličnih osećanja i potreba medicinskih radnika tokom pandemije, čime se pruža emocionalna podrška i briga za njihovu psihološku dobrobit;
- davanje odgovornosti stručnom kadru u zdravstvu za vođenje i realizaciju projekata, što omogućava profesionalni razvoj i povećava osećaj doprinosa.

Ispitivanje ova dva načina ulaganja zajedno pomažu u stvaranju sveobuhvatne podrške za zdravstvene radnike i zdravstveni sistem, što je ključno za njihovu motivaciju, efikasnost i zadovoljstvo poslom tokom izazovnih perioda poput pandemije kovida 19.

U radu se takođe posebno ispituju ulaganja u zdravstvene radnike i ulaganja u zdravstveni sistem kako bi se precizno analizirali različiti aspekti podrške države tokom pandemije kovida 19. Ova podela omogućava dublje razumevanje specifičnih uticaja na različite komponente

zdravstvenog sektora i daje prostor za identifikaciju oblasti koje zahtevaju dodatnu podršku ili unapređenje.

4.1. Istraživačka pitanja i hipoteze

Da bi se detaljno ispitali aspekti uticaja pandemije kovida 19 na zdravstveni sektor Srbije, ovo istraživanje, a samim tim i upitnik, podeljeno je u pet glavnih kategorija, koje su definisane kroz specifične ciljeve upitnika.

- *Kategorija 1: Materijalna i nematerijalna ulaganja države u zdravstvene radnike tokom kovid 19 pandemije*

Cilj pitanja usmerenih u ovoj kategoriji jeste istražiti percepciju zdravstvenih radnika o podršci i priznanju koje su dobili tokom pandemije, uključujući zahvalnost za visoke performanse, poštovanje i mogućnost učestvovanja u donošenju odluka.

- *Kategorija 2: Materijalna ulaganja države u zdravstveni sistem tokom kovid 19 pandemije*

Ova kategorija analizira ukupna ulaganja države u zdravstveni sistem tokom pandemije, uključujući resurse i alate dostupne medicinskom osoblju, te uticaj tih ulaganja na motivaciju zdravstvenih radnika.

- *Kategorija 3: Ulaganje države u prevenciju kovida 19*

Ulaganja države u prevenciju ispituje efikasnost preventivnih mera tokom pandemije, kontinuitet ulaganja u preventivne mere nakon pandemije i njihov uticaj na motivaciju zdravstvenih radnika.

- *Kategorija 4: Ulaganja države u zdravstveni sistem i zdravstvene radnike nakon pandemije*

Ova kategorija istražuje kako su državna ulaganja nakon pandemije usmerena ka poboljšanju uslova rada medicinskih radnika i unapređenju zdravstvenog sistema u celini.

- *Kategorija 5: Motivacija za rad*

Ova kategorija meri nivo motivacije zdravstvenih radnika kao odgovor na različite oblike ulaganja i podrške, analizirajući kako različiti faktori utiču na motivaciju zaposlenih. U okviru ovog istraživanja, varijabla iz Kategorije 5, koja meri motivaciju, biće analizirana u odnosu na varijable iz Kategorija 1 do 4. Na ovaj način ćemo meriti uticaj ispitivanja iz prve četiri kategorije na petu kategoriju, odnosno na motivaciju zdravstvenih radnika. Ovaj pristup će omogućiti da se utvrdi kako različiti oblici ulaganja i podrške od strane države, kako tokom pandemije tako i nakon nje, utiču na motivaciju zdravstvenih radnika. Na osnovu rezultata, izvući ćemo zaključke i preporuke za buduća ulaganja koja će biti usmerena na unapređenje motivacije i, samim tim, prosperitet zdravstvenog sistema.

Na osnovu ciljeva istraživanja, formulisan je niz hipoteza koje su testirane kako bi se ispitali različiti aspekti uticaja pandemije kovida 19 na zdravstveni sektor Srbije. Svaki od navedenih ciljeva, odnosno kategorija, rezultirala je po jednu hipotezu, pa tako rad ispituje sledećih šest hipoteza (H):

- H1: Nematerijalna ulaganja države u zdravstvene radnike tokom pandemije kovida 19 značajno su povećala njihovu motivaciju za rad (Kategorija 1).
- H2: Materijalna ulaganja države u zdravstvene radnike tokom pandemije kovida 19 imala su pozitivan uticaj na motivaciju zdravstvenih radnika (Kategorija 1).
- H3: Materijalna ulaganja u zdravstveni sistem tokom pandemije kovida 19 doprinela su povećanju motivacije zdravstvenih radnika (Kategorija 2).
- H4: Državna ulaganja u prevenciju kovida 19 tokom i nakon pandemije značajno su povećala motivaciju zdravstvenih radnika (Kategorija 3).
- H5: Kontinuirana ulaganja države u zdravstvene radnike nakon pandemije kovida 19 doprinela su održavanju visokog nivoa motivacije zdravstvenih radnika (Kategorija 4).

- H6: Kontinuirana ulaganja države u zdravstveni sistem nakon pandemije kovida 19 doprinela su održavanju visokog nivoa motivacije zdravstvenih radnika (Kategorija 4).

U narednim poglavljima, svaka od ovih hipoteza biće detaljno analizirana kako bi se dobio uvid u uticaj različitih oblika državnih ulaganja i podrške na motivaciju, efikasnost i zadovoljstvo zdravstvenih radnika u Srbiji tokom i nakon pandemije kovida 19. Biće objašnjena metodologija istraživanja, uključujući postupke prikupljanja i analize podataka, kao i načini na koje su hipoteze testirane.

4.2. Metodologija

Metodologija istraživanja uključuje kvantitativne metode i mere. Kvantitativna evaluacija obuhvatala je podatke prikupljene putem anketnog upitnika koju je popunilo 158 zdravstvenih radnika u Srbiji. U daljem radu biće objašnjene tehnike i alati koji su korišćeni u prikupljanju podataka kao i detaljna procedura analize i obrade podataka.

Anketa je sprovedena tokom perioda od septembra do oktobra 2023. godine. Upitnik je poslat putem imejla i dostupan je onlajn putem Google Forms platforme¹. Takođe, anketa je davana i lično na upit, kako bi se obezbedio veći odziv ispitanika. Poziv za učešće u istraživanju poslat je svim zaposlenima u zdravstvenim ustanovama širom Srbije, uključujući lekare, medicinske sestre, tehničare i administrativno osoblje. Ciljana grupa ispitanika obuhvatila je zdravstvene radnike sa različitim nivoima iskustva i iz različitih delova zemlje, kako bi se obezbedila reprezentativnost uzorka.

Anketa je sadržala različite vrste pitanja, uključujući demografska pitanja i pitanja o stavovima. Demografska pitanja uključivala su pitanja o polu, starosti, radnom stažu i radnom mestu ispitanika. Prikupljanje ovih podataka omogućilo nam je sticanje boljeg uvida u različite karakteristike ispitanika, što pomaže u preciznijoj analizi rezultata i razumevanju kako različite demografske grupe doživljavaju različite aspekte odnosa države prema zdravstvenim radnicima i

¹ <https://forms.gle/9icpr1ATx8XcyLMj8>

ulaganja u zdravstveni sistem. Pitanja koja mere stavove ispitanika koristeći skalu od pet stepeni (od 1 - potpuno se ne slažem do 5 - potpuno se slažem) su korišćena za procenu percepcije zdravstvenih radnika o različitim aspektima državnih ulaganja i podrške tokom pandemije. Anketa je data u Prilogu 1.

4.3. Dobijeni rezultati

Nakon prikupljanja podataka putem Google Forms platforme i lično distribuiranih upitnika, podaci su preuzeti i objedinjeni u jedan jedinstveni set podataka. Svi odgovori su pregledani kako bi se osigurala kompletna i tačna slika unosa. Podaci su zatim prečišćeni, što je uključivalo uklanjanje nepotpunih ili nekonzistentnih odgovora. Anketom je obuhvaćeno 158 ispitanika čiji su odgovori uvršteni u daljim analizama. Za analizu podataka korišćen je softverski alat SPSS-a (Statistical Package for the Social Sciences).

Demografski podaci su kodirani numeričkim vrednostima radi lakše analize, dok su pitanja o stavovima koja koriste Likertovu skalu (od 1 - potpuno se ne slažem do 5 - potpuno se slažem) zadržala svoje izvorne numeričke vrednosti. U Tabeli ispod dat je pregled ponuđenih i kodiranih vrednosti za svako demografsko pitanje.

Tabela 7 Pregled pitanja o osnovnim podacima o ispitanicima prikupljenih iz upitnika

Kategorija	Podatak	Vrednosti
Podaci o ispitaniku	Pol	0 (muški)
		1 (ženski)
Radno iskustvo	Godine staža	0 - do 5 godina
		1 - od 5 do 10 godina
		2 - od 10 do 15 godina
		3 - preko 15 godina
	Pozicija	0 - lekar
		1 - medicinska sestra
		2 - strukovna medicinska sestra
		3 - ostalo

Zdravstvena ustanova	0 - bolnica
	1 - dom zdravlja
	2 - institut / fakultet
	3 - ostalo
Rad sa kovid 19 pacijentima	0 - sve vreme
	1 - više od godinu dana
	2 - manje od godinu dana
	3 - nisam

Izvor: Autor rada na osnovu podataka prikupljenih upitnikom

U prvom koraku analize sprovedena je deskriptivna statistika demografskih podataka, kao i deskriptivna statistika svih pitanja o stavovima. Deskriptivna statistika je sprovedena kako bi se dobila osnovna slika o uzorku i distribuciji odgovora. To je uključivalo izračunavanje srednjih vrednosti, standardnih devijacija, minimalnih i maksimalnih vrednosti za sve varijable, kao i prikazivanje frekvencija i procenata za demografske podatke. Deskriptivna statistika je ključna za svako istraživanje, posebno za eksplorativne studije (García-Pérez, 2012). Evaluacija je započeta sprovođenjem deskriptivne analize podataka o učestvovanju zaposlenih u medicinskom sektoru. U analizi su razmatrane frekvencije i procenti kao najčešće korišćene mere za razumevanje prirode skupa podataka (Bakker i van Eerde, 2015). Deskriptivna analiza frekvencija imala je za cilj da prikaže opštu sliku ponašanja zaposlenih (npr. koliko dugo su zaposleni, u kojim ustanovama rade, na kojim pozicijama su zaposleni, da li su bili uključeni u rad sa pacijentima obolelim od kovid19, itd.). Na osnovu deskriptivne statistike, određuju se budući pravci statističke analize (Sheskin, 2007). U tabeli ispod dat je prikaz deskriptivne statistike demografskih podataka.

Tabela 8 Deskriptivna analiza demografskih podataka o ispitanicima

	Kategorija	Frekvencija	Procenat
Pol:	Muški	36	22.8%
	Ženski	122	77.2%
Koliko dugo ste zaposleni u medicinskom sektoru?	od 0 do 5 godina	29	18.4%
	od 5 do 10 godina	32	20.3%

Na kojoj poziciji u zdravstvenoj struci ste zaposleni?	od 10 do 20 godina	49	31.0%
	više od 20 godina	48	30.4%
	Lekar	59	37.3%
	Medicinska sestra	45	28.5%
	Strukovna medicinska sestra	21	13.3%
U kojoj ustanovi ste zaposleni?	Ostalo	33	20.9%
	Bolnica	81	51.3%
	Dom zdravlja	38	24.1%
	Institut/fakultet	5	3.2%
	Ostalo	34	21.5%
Da li ste u toku pandemije bili uključeni u rad sa obolelim pacijentima od kovida 19?	Nisam	38	24.1%
	Sve vreme	46	29.1%
	Manje od godinu	26	16.5%
	Više od godinu	48	30.4%

Izvor: Autor rada na osnovu podataka prikupljenih upitnikom

Ukupno su analizirana 158 ispitanika, od kojih je 36 muškaraca (22,8%) i 122 žene (77,2%). Ovi podaci pokazuju da žene čine značajnu većinu u uzorku, dok muškarci čine manji deo. Od 158 ispitanika, 29 ispitanika (18,4%) ima radno iskustvo od 0 do 5 godina. Njih 32 (20,3%) je zaposleno između 5 i 10 godina.

Najveći broj ispitanika, njih 49 (31,0%), ima između 10 i 20 godina radnog iskustva u medicinskom sektoru. Konačno, 48 ispitanika (30,4%) ima više od 20 godina radnog staža. Kumulativni procenti pokazuju da 38,6% ispitanika ima manje od 10 godina radnog iskustva, dok 69,6% ispitanika ima manje od 20 godina iskustva, a preostalih 30,4% ispitanika ima više od 20 godina radnog staža.

Ovi podaci ukazuju na značajnu zastupljenost iskusnih radnika sa više od 10 godina iskustva u medicinskom sektoru. Dalje, 59 ispitanika (37,3%) su lekari. Medicinskih sestara ima 45 (28,5%). Na strukovnim pozicijama radi 21 ispitanik (13,3%), dok 33 ispitanika (20,9%) obavljaju druge poslove koji nisu direktno navedeni u kategorijama. Od toga, 81 ispitanik (51,3%) radi u bolnicama, što čini većinu ispitanika. U domovima zdravlja radi 38 ispitanika (24,1%). Na

institutima je zaposleno 5 ispitanika (3,2%), dok 34 ispitanika (21,5%) rade u drugim ustanovama koje nisu direktno navedene u kategorijama.

Na kraju, od 158 ispitanika 38 ispitanika (24,1%) nije bilo uključeno u rad sa obolelim pacijentima. Ispitanici koji su bili uključeni sve vreme čine 46 osoba (29,1%). Njih 26 (16,5%) bilo je angažovano manje od godinu dana, dok je 48 ispitanika (30,4%) bilo uključeno više od godinu dana.

Procedura deskriptivne analize urađena je i za sva pitanja Likertove skale, odnosno za svako pitanje koje se odnosi na stav zaposlenih u medicinskom sektoru. U Tabeli ispod dat je pregled Srednjih Vrednosti (SV) i Standardnih Devijacija (SD).

Tabela 9 Deskriptivna analiza stavova, (n=158)

Pitanje - Stav iz upitnika	SV	SD
1. Preventiva u zdravstvu se uspešno održala u prvoj liniji odbrane tokom pandemije.	3,94	1,07
2. Za vreme pandemije medicinsko osoblje je bilo motivisano za borbu za život pacijenata.	4,49	0,69
3. Medicinskom osoblju je kontrinuirano davana zahvalnost za visoke performanse u borbi protiv kovida 19.	3,24	1,13
4. Država je tokom pandemije izdvajala dovoljno novčanih sredstava u svrhu podrške zdravstvenim radnicima za vreme pandemije.	3,41	0,94
5. Država je tokom pandemije kovida 19 davala sve neophodne alate i autonomiju zaposlenima u zdravstvu kako bi ispunili određenu preventivnu pomoć pacijentima.	3,43	1,01
6. Država je posle pandemije kovida 19 nastavila da ulaže i dalje u preventivu.	3,45	1,15
7. Država je u toku pandemije pružala mogućnost zaposlenima u zdravstvu da učestvuju u donošenju odluka.	2,82	1,04
8. Država je u toku pandemije kovida 19 tretirala sve zaposlene u zdravstvu sa dostojanstvom i poštovanjem.	2,93	1,01
9. Država je u toku pandemije stručnom kadru u zdravstvu davala odgovornost vođenja i realizacije projekata.	2,86	1,08
10. Država je u toku pandemije kovida 19 izdvajala sredstva isključivo u svrhu nagrađivanja zaposlenih.	2,51	0,98
11. Država je u toku pandemije kovida 19 davala pozitivna priznanja kreativnim idejama za rešavanje problema u zdravstvenom sistemu.	2,54	0,98
12. Država je u toku pandemije kovida 19 poštovala lična osećanja i potrebe medicinskih radnika.	3,21	0,93
13. Država podstiče zaposlene u zdravstvu da daju povratne informacije pri kreiranju ciljeva za poboljšanje rada i funkcionisanja zdravstvenog sistema.	2,77	0,92
14. Država je u toku pandemije donosila dobre odluke kada je u pitanju poboljšanje radnih procesa u zdravstvu.	2,76	1,03
15. Država odvaja vreme da se zahvali medicinskim radnicima sa visokim performansama.	2,70	1,02
16. Država je u toku pandemije bila spremna da posluša i implementira povratne informacije od zaposlenih u zdravstvu, u korist razvoja zdravstvenog sistema.	2,71	1,09
17. Država je u toku pandemije nudila podsticaje zaposlenima u zdravstvu.	2,73	1,05

18. Država posle udarnih talasa kovida 19 ulaže više u stručno osposobljavanje zaposlenih.	3,18	1,15
19. Država nakon kovida19 pandemije više ulaže u novu tehnološku opremu.	3,46	1,07
20. Država posle udarnih talasa kovida 19 ulaže u poboljšanje uslova rada medicinskih radnika.	3,15	1,07

Izvor: Autor

Deskriptivna statistika za stavove zdravstvenih radnika u vezi sa državnim merama i podrškom tokom pandemije kovida 19 pokazuje različite nivoe saglasnosti i percepcije među ispitanicima. Prosečne ocene variraju, dok SD ukazuju na različitu varijabilnost odgovora. Na primer, za stavku: *Preventiva u zdravstvu se uspešno održala u prvoj liniji odbrane tokom pandemije*, SV je 3,94 sa SD od 1,08.

Ovaj rezultat sugerise da zdravstveni radnici generalno smatraju da su preventivne mere bile uspešne, iako postoji određena raznolikost u odgovorima. Stavka: *Medicinskom osoblju je kontrinuirano davana zahvalnost za visoke performanse u borbi protiv kovida 19*, ima prosečnu ocenu od 4,49 i SD od 0,69, što ukazuje na visok nivo posvećenosti zdravstvenih radnika pacijentima tokom pandemije, uz relativno nisku varijabilnost odgovora.

Dalje, stavka: *Država je u toku pandemije kovida19 izdvajala sredstva isključivo u svrhu nagrađivanja zaposlenih*, ima prosečnu ocenu od 3,41 sa SD od 0,94, što ukazuje na generalno pozitivnu ocenu u vezi sa izdvojenim sredstvima, uz umerenu varijabilnost odgovora. Sledeći primer je i stavka: *Država je tokom kovid 19 pandemije davala sve neophodne alate i autonomiju zaposlenima u zdravstvu kako bi ispunili određenu preventivnu pomoć pacijentima*. Prosečna ocena je 3,43 sa SD od 1,01, što pokazuje da su ispitanici generalno pozitivni prema ovoj meri, ali sa značajnom raznolikošću u odgovorima. Stavka: *Država posle udarnih talasa kovida 19 ulaže i dalje u prevenciju*, ima prosečnu ocenu od 3,45 i SD od 1,15, što ukazuje na umereno pozitivan stav prema nastavku ulaganja u prevenciju nakon pandemije, uz znatnu varijabilnost odgovora. Za stavku: *Država je pružala mogućnost zaposlenima u zdravstvu da učestvuju u donošenju odluka*, prosečna ocena je 2,82, sa SD od 1,04, što sugerise neutralan do blago negativan stav prema mogućnosti učestvovanja u donošenju odluka, uz raznoliku percepciju među ispitanicima. Stavka:

Država tretira sve zaposlene u zdravstvu sa dostojanstvom i poštovanjem, ima prosečnu ocenu od 2,93 i SD od 1,01, što ukazuje na relativno neutralan stav sa umerenom varijabilnošću odgovora. Prosečna ocena za stavku: *Država odgovarajućem stručnom kadru u zdravstvu daje odgovornost vođenja i realizacije projekata*, iznosi 2,86 sa SD od 1,08, što ukazuje na neutralan stav uz raznoliku percepciju među ispitanicima. Za stavku: *Država je u toku pandemije kovida 19 izdvajala sredstva isključivo u svrhu nagrađivanja zaposlenih*, prosečna ocena je 2,51 sa SD od 0,98, što ukazuje na umereno negativan stav prema ovoj meri, uz znatnu raznolikost u odgovorima. Ostale stavke imaju slične obrasce u prosečnim ocenama i SD, pružajući uvid u različite aspekte percepcije zdravstvenih radnika o podršci države tokom i nakon pandemije.

Ukupno, rezultati sugerišu da postoje oblasti sa visokim nivoom zadovoljstva, kao i oblasti koje zahtevaju dalja poboljšanja, posebno u pogledu učešća zaposlenih u donošenju odluka i kontinuiranih ulaganja u zdravstvo.

U daljem radu, nakon deskriptivne statistike, sprovedena je priprema za inferencijalnu statistiku. Pre samih statističkih obrada i testova, koji su potrebni za proveravanje postavljenih hipoteza, urađena je analiza pouzdanosti za skale korišćene u anketi. Mera pouzdanosti određuje koliko dobro stavke na skali mere istu osnovnu dimenziju (Helms et al., 2006). Ova mera se najčešće koristi kada je skala u anketi sastavljena od više stavki kako bi se osiguralo da stavke dosledno reflektuju konstrukt koji se meri svakom skalom. Ova procedura je poznata kao Cronbachova alfa procedura. Cronbachov alfa koeficijent odražava prosečnu korelaciju stavki unutar skale i prihvatljive vrednosti unutrašnje konzistentnosti kreću se od .7 do .8 (Helms et al., 2006). U Tabeli ispod dat je pregled mera pouzdanosti skala.

Tabela 10 Cronbachova alfa: Pouzdanost skala

Skala			Pitanja koja čine skalu	Ukupan broj pitanja	Cronbach alfa koeficijent
Nematerijalna ulaganja u zdravstvene radnike		u	P3, P7, P8, P9 i P12	5	.711
Materijalna ulaganja u zdravstvene radnike tokom pandemije		u	P4, P10 i P17	3	.804

Materijalna ulaganja u zdravstveni sistem tokom pandemije	P11, P14, P16	3	.844
Ulaganja u preventive	P1, P5 i P6	3	.923
Ulaganje u zdravstvene radnike nakon pandemije	P15 i P18	2	.782
Ulaganja u zdravstveni sistem nakon kovid 19 pandemije	P13, P19 i P20	3	.712

Napomena 1 Vidi tabelu 3 za pregled pitanja koje čine skalu

Nakon što je utvrđena pouzdanost skala za svaku od hipoteza, pristupilo se kreiranju novih varijabli korišćenjem postupka „computing variables” u softveru SPSS. Ovaj postupak omogućava objedinjavanje odgovora iz više pitanja u jednu varijablu koja reprezentuje specifične aspekte ispitivane hipoteze. Na primer, varijabla: *Materijalna ulaganja u zdravstvene radnike u toku kovid 19 pandemije*, „kodirana” je kao prosečna vrednost svih pitanja koja čine skalu, odnosno kao $(P3 + P7 + P8 + P9 + P12) / 5$. Na taj način kreirane su sledeće varijable za svaku hipotezu:

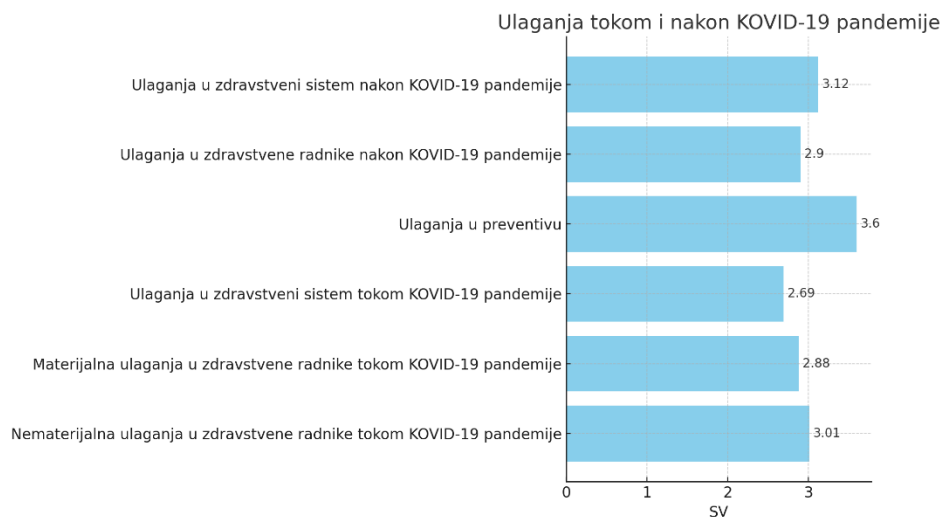
- H1: Varijabla za nematerijalna ulaganja u zdravstvene radnike tokom kovid 19 pandemije.
- H2: Varijabla za materijalna ulaganja u zdravstvene radnike tokom kovid 19 pandemije.
- H3: Varijabla za ulaganja u zdravstveni sistem tokom kovid 19 pandemije.
- H4: Varijabla za ulaganja u preventivu.
- H5: Varijabla za ulaganja u zdravstvene radnike nakon kovid 19 pandemije.
- H6: Varijabla za ulaganja u zdravstveni sistem nakon kovid 19 pandemije.

Deskriptivna statistika za kreirane varijable sprovedena je kako bi pružila uvid u prosečne vrednosti i varijabilnost odgovora ispitanika na svaku od hipoteza. Rezultati su dati u tabeli ispod, i vuzalizovani u Grafikonu 13.

Tabela 11 - Deskriptivna statistika varijabli

Varijabla	SV	SD
Nematerijalna ulaganja u zdravstvene radnike tokom kovid 19 pandemije	3,01	0,69
Materijalna ulaganja u zdravstvene radnike tokom kovid 19 pandemije	2,88	0,74

Ulaganja u zdravstveni sistem tokom kovid 19 pandemije	2,69	0,79
Ulaganja u preventive	3,60	0,88
Ulaganja u zdravstvene radnike nakon kovid 19 pandemije	2,9	0,95
Ulaganja u zdravstveni sistem nakon kovid 19 pandemije	3,12	0,81



Grafikon 8 - Srednje vrednosti zadovoljstva ispitanika u vezi sa materijalnim i nematerijalnim ulaganjima države u doba pandemije

Izvor: Autor

Varijabla za nematerijalna ulaganja u zdravstvene radnike tokom kovid 19 pandemije ima prosečnu vrednost od 3,01 sa standardnom devijacijom od 0,70, što ukazuje na relativno ujednačene odgovore među ispitanicima koji su uglavnom neutralni ili blago pozitivni prema ovim ulaganjima. Varijabla za materijalna ulaganja u zdravstvene radnike tokom pandemije ima prosečnu vrednost od 2,88 i standardnu devijaciju od 0,75, što ukazuje na nešto manju percepciju materijalnih ulaganja i veću varijabilnost odgovora.

Varijabla za ulaganja u zdravstveni sistem tokom pandemije ima prosečnu vrednost od 2,70 i standardnu devijaciju od 0,79, što ukazuje na percepciju da su ulaganja u zdravstveni sistem tokom pandemije bila nedovoljna, sa značajnom varijabilnošću odgovora. Varijabla za ulaganja u preventivu ima najvišu prosečnu vrednost od 3,61 sa standardnom devijacijom od 0,89, što

sugerirše da su ispitanici pozitivno ocenili preventivne mere države tokom pandemije, ali sa većom raznolikošću mišljenja.

Varijabla za ulaganja u zdravstveni sistem nakon pandemije ima prosečnu vrednost od 3,13 i standardnu devijaciju od 0,82, što ukazuje na poboljšanja i nastavak ulaganja u zdravstveni sistem nakon pandemije, uz umerenu varijabilnost odgovora. Varijabla za ulaganja u zdravstvene radnike nakon pandemije ima prosečnu vrednost od 2,94 i standardnu devijaciju od 0,95, što ukazuje na najveću raznolikost mišljenja među ispitanicima, dok je prosečna vrednost blizu neutralne.

Ovi rezultati pružaju osnovne uvide u percepcije zdravstvenih radnika o različitim aspektima državnih ulaganja tokom i nakon pandemije kovida 19. Analiza pokazuje da su preventivne mere i postpandemijska ulaganja u zdravstveni sistem ocenjeni pozitivnije u odnosu na ulaganja tokom same pandemije. Varijabilnost odgovora ukazuje na različite percepcije i iskustva među ispitanicima, što će biti dalje istraženo kroz inferencijalnu statistiku i testiranje hipoteza.

Inferencijalna statistika omogućava istraživačima da na osnovu uzorka podataka donesu zaključke o populaciji (García-Pérez, 2012). Koristeći inferencijalnu statistiku, podaci uzeti iz uzorka se koriste za generalizacije o celokupnoj populaciji. Inferencijalna statistika se izvodi kako bi se testirala unapred definisana hipoteza ili odgovorilo na specifično istraživačko pitanje (Field, 2009). U zavisnosti od formulacije pitanja ili hipoteze, koriste se različiti statistički testovi. Na primer, analize poput jednostavne linearne ili višestruke regresije se izvode ako istraživač ispituje odnos između dve ili više varijabli. Ako se ispituju razlike između dve ili više grupa, koriste se testovi poput t-testa za nezavisne uzorke (T-test) i jednosmerne analize varijanse (ANOVA). Pored toga, izbor statističkih testova zavisi i od veličine populacije i normalnosti distribucije podataka. Parametrijski testovi se koriste ako su podaci normalno distribuirani; u suprotnom se primenjuju neparametrijski testovi (Field, 2009).

S obzirom na formulaciju istraživačkih pitanja u ovoj studiji (odnos između varijabli), izvršeni su sledeći statistički testovi:

- **Shapiro-Wilk test:** Ovaj test je izveden kako bi se procenila normalnost podataka. Normalnost podataka je preduslov za mnoge statističke testove, jer normalni podaci predstavljaju osnovni uslov za parametrijsko testiranje (Field, 2009).
- **Pearsonova korelacija:** Korišćena je za ispitivanje linearne povezanosti između intervalnih varijabli. Pearsonova korelacija je odgovarajuća za set podataka sa normalnom distribucijom jer omogućava merenje stepena linearne povezanosti između dve kontinuirane varijable. Za razliku od Spearmanove korelacije, koja se koristi za neparametrijske podatke ili kada se ispituje monotona veza između varijabli. Pearsonova korelacija je idealna za parametrijske podatke.
- **Spearmonova korelacija:** Korišćena je u slučajevima kada nemamo normalnu raspodelu podataka, a potrebno je izmeriti korelaciju između dve varijable.
- **Regresiona analiza:** Sprovedena je kako bi se utvrdio uticaj nezavisnih varijabli (ulaganja države) na zavisnu varijablu (motivacija zdravstvenih radnika). Ova analiza omogućava procenu relativne važnosti svakog prediktora i njegovog doprinosa objašnjenju varijacije u motivaciji za rad.

Na osnovu ovih analiza, u narednim poglavljima biće detaljno prikazani i interpretirani rezultati kako bi se odgovorilo na postavljene hipoteze i istraživačka pitanja.

4.3.1 Materijalna i nematerijalna ulaganja države u zdravstvene radnike tokom kovid 19 pandemije

Prvi skup prikupljenih podataka odnosi se na percepciju zdravstvenih radnika o odnosu države prema njima tokom pandemije. Pitanja u ovoj kategoriji istražuju da li su zdravstveni radnici dobili zahvalnost za visoke performanse, da li su imali mogućnost učestvovanja u donošenju odluka, te da li su tretirani sa dostojanstvom i poštovanjem. Ova pitanja omogućavaju uvid u nivo podrške i priznavanja koje su zdravstveni radnici dobili, kao i njihov uticaj na motivaciju za rad. Iz ovog skupa podataka proizašle su dve hipoteze, podsećamo:

H1: Nematerijalna ulaganja države u zdravstvene radnike tokom pandemije kovida 19 značajno su povećala njihovu motivaciju za rad.

Shapiro-Wilk test (Tabela 12) pokazao je da za varijablu: *Nematerijalna ulaganja u zdravstvene radnike tokom pandemije* p-vrednost iznosi 0.156, što je veće od praga od 0.05, što znači da nema statistički značajnih odstupanja od normalnosti, tj. distribucija podataka je normalna. Ovo nam je omogućilo da za ovu varijablu koristimo parametrijske testove. Takođe, za varijablu koja meri motivaciju za rad p-vrednost je veća od 0.001, što takođe ukazuje na to da nema značajnih odstupanja od normalnosti.

Tabela 12 Shapiro-Wilk Test Normalnosti za varijable testirane u Hipotezi 1

Varijabla	p-vrednost
Nematerijalna ulaganja u zdravstvene radnike tokom pandemije	0.156
Motivacija za rad	> 0.001

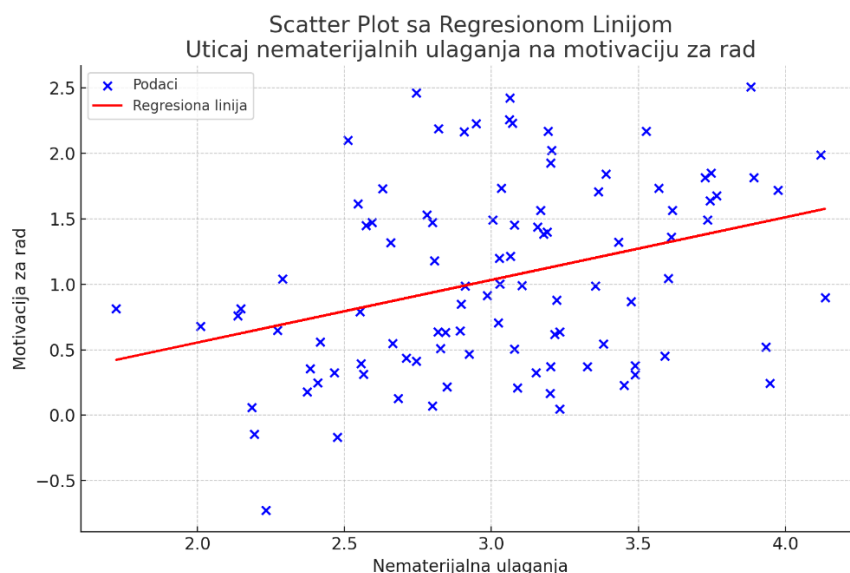
Rezultati Pearsonove korelacije (Tabela 13) pokazuju da postoji pozitivna i statistički značajna povezanost između nematerijalnih ulaganja države u zdravstvene radnike tokom pandemije i njihove motivacije za rad ($r = 0.331$, $p < 0.001$). Ovaj rezultat sugerise da veća nematerijalna ulaganja države u zdravstvene radnike doprinose većoj motivaciji za rad.

Tabela 13 Pirsinova korelacija među varijablama testiranim u Hipotezi 1

Varijable	Korelacija (r)	p-vrednost
Nematerijalna ulaganja u zdravstvene radnike i motivacija za rad	0.331	< 0.001

Da bismo dalje kvantifikovali uticaj nematerijalnih ulaganja na motivaciju za rad, izvršili smo regresionu analizu. Rezultati analize pokazali su da postoji umerena pozitivna korelacija između nematerijalnih ulaganja i motivacije za rad ($R = 0.331$). Koeficijent determinacije (R^2) iznosi 0.110, što znači da nematerijalna ulaganja objašnjavaju 11% varijacije u motivaciji za rad. Prilagođeni koeficijent determinacije (Adjusted R^2) je 0.104, što uzima u obzir broj prediktora u

modelu. Standardna greška procene iznosi 0.656. ANOVA analiza pokazala je da je model *statistički značajan* ($F(1, 156) = 19.217, p < 0.001$), što ukazuje na to da *nematerijalna ulaganja u zdravstvene radnike značajno utiču na motivaciju za rad*. Koeficijent za nematerijalna ulaganja (B) iznosi 0.328, što znači da za svaki jedinični porast nematerijalnih ulaganja, motivacija za rad se povećava za 0.328 jedinica. Koeficijent je statistički značajan ($t = 4.384, p < 0.001$). Grafikon ispod prikazuje kontekst rezultata regresione analize.



Grafikon 9 Scatter plot prikaz uticaja nematerijalnih ulaganja na motivaciju za rad sa prikazanom regresionom linijom

Izvor: Autor

Rezultati regresione analize podržavaju Hipotezu 1, odnosno da su nematerijalna ulaganja države u zdravstvene radnike tokom pandemije kovida 19 značajno povećala njihovu motivaciju za rad. *Ovaj rezultat sugerise da veća nematerijalna ulaganja pozitivno utiču na motivaciju zdravstvenih radnika, što je ključno za održavanje visokih performansi u kriznim situacijama.*

H2: Materijalna ulaganja države u zdravstvene radnike tokom pandemije kovida 19 imala su pozitivan uticaj na motivaciju zdravstvenih radnika.

Shapiro-Wilk test (Tabela 14) pokazao je da za varijablu: *Materijalna ulaganja u zdravstvene radnike tokom pandemije*, p-vrednost iznosi 0.2, što je veće od praga od 0.05, što znači da nema statistički značajnih odstupanja od normalnosti, tj. distribucija podataka je normalna. Ovo nam je omogućilo da za ovu varijablu koristimo parametrijske testove. Kao što je već pokazano u tekstu gore, za varijablu koja meri motivaciju za rad p-vrednost je veća od 0.001, što takođe ukazuje na to da nema značajnih odstupanja od normalnosti.

Tabela 14 Shapiro-Wilk Test Normalnosti za varijable testirane u Hipotezi 2

Varijabla	p-vrednost
Materijalna ulaganja u zdravstvene radnike tokom pandemije	0.2
Motivacija za rad	> 0.001

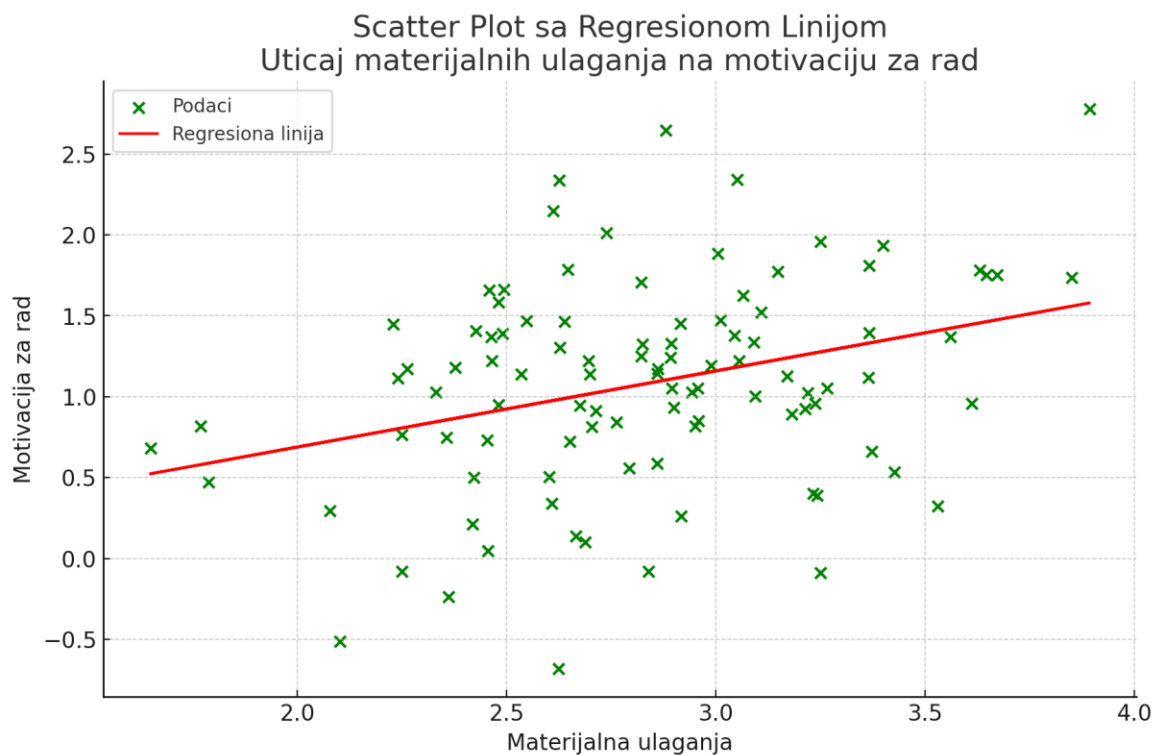
Rezultati korelacije (Tabela 15) pokazuju da postoji pozitivna i statistički značajna povezanost između materijalnih ulaganja države u zdravstvene radnike tokom pandemije i njihove motivacije za rad ($r = 0.346$, $p < 0.001$). Ovaj rezultat sugerise da veća materijalna ulaganja države u zdravstvene radnike doprinose većoj motivaciji za rad.

Tabela 15 Pirsinova korelacija među varijablama testiranim u Hipotezi 2

Varijable	Korelacija (r)	p-vrednost
Materijalna ulaganja u zdravstvene radnike i motivacija za rad	0.346	< 0.001

U nastavku je sprovedena regresiona analiza kako bi se ispitala povezanost između materijalnih ulaganja države u zdravstvene radnike tokom pandemije kovida 19 i njihove motivacije za rad. Rezultati analize pokazuju da postoji umerena pozitivna korelacija između materijalnih ulaganja i motivacije za rad ($R = 0.346$). Koeficijent determinacije (R^2) iznosi 0.120, što znači da materijalna ulaganja objašnjavaju 12% varijacije u motivaciji za rad. Prilagođeni koeficijent determinacije (Adjusted R^2) je 0.114, što uzima u obzir broj prediktora u modelu. Standardna greška procene (Std. Error of the Estimate) iznosi 0.653. Analiza varijanse (ANOVA)

pokazuje da je model statistički značajan ($F(1, 156) = 21.234, p < 0.001$), što ukazuje na to da materijalna ulaganja značajno utiču na motivaciju za rad. Grafikon ispod prikazuje rezultate regresione analize.



Grafikon 10 Scatter plot prikaz uticaja materijalnih ulaganja na motivaciju za rad sa prikazanom regresionom linijom

Izvor: Autor

Rezultati regresione analize podržavaju Hipotezu 2 da su materijalna ulaganja države u zdravstvene radnike tokom pandemije kovida 19 imala pozitivan uticaj na njihovu motivaciju za rad. Ovaj rezultat sugerše da veća materijalna ulaganja države u zdravstvene radnike doprinose većoj motivaciji za rad, što je ključno za održavanje visokih performansi u kriznim situacijama.

4.3.2 Ulaganja države u zdravstveni sistem tokom kovid 19 pandemije

Drugi skup podataka odnosi se na ukupna ulaganja države u zdravstveni sistem tokom pandemije kovid 19, uključujući resurse i alate dostupne medicinskom osoblju. Pitanja u ovoj kategoriji ispituju da li je država izdvojila dovoljna sredstva za lečenje građana, da li su obezbeđeni svi neophodni alati i oprema, te da li je država učinila dovoljno da, u meri mogućeg, zaštiti zdravstveni sistem za vreme pandemije. Takođe, ova pitanja istražuju uticaj državnih ulaganja na motivaciju za rad zdravstvenih radnika tokom pandemije. Ova pitanja su ključna za razumevanje kako državna ulaganja utiču na efikasnost i kvalitet pruženih zdravstvenih usluga. Iz ovog skupa podataka proizašla je treća hipoteza:

H3: Materijalna ulaganja u zdravstveni sistem tokom pandemije kovid 19 doprinela su povećanju motivacije zdravstvenih radnika.

Shapiro-Wilk test (Tabela 16) pokazao je da za varijablu: *Ulaganja u zdravstveni sistem tokom pandemije kovid 19* p-vrednost iznosi manje od 0.001, što je znatno manje od praga od 0.05. Ovaj rezultat ukazuje na statistički značajna odstupanja od normalnosti, tj. distribucija podataka nije normalna. Stoga, za dalju analizu ove varijable koristili smo neparametrijske statističke testove, kao što je Spearmanova korelacija.

Tabela 16 Shapiro-Wilk Test Normalnosti za varijable testirane u Hipotezi 3

Varijabla	p-vrednost
Ulaganja u zdravstveni sistem tokom pandemije kovid 19	< 0.001

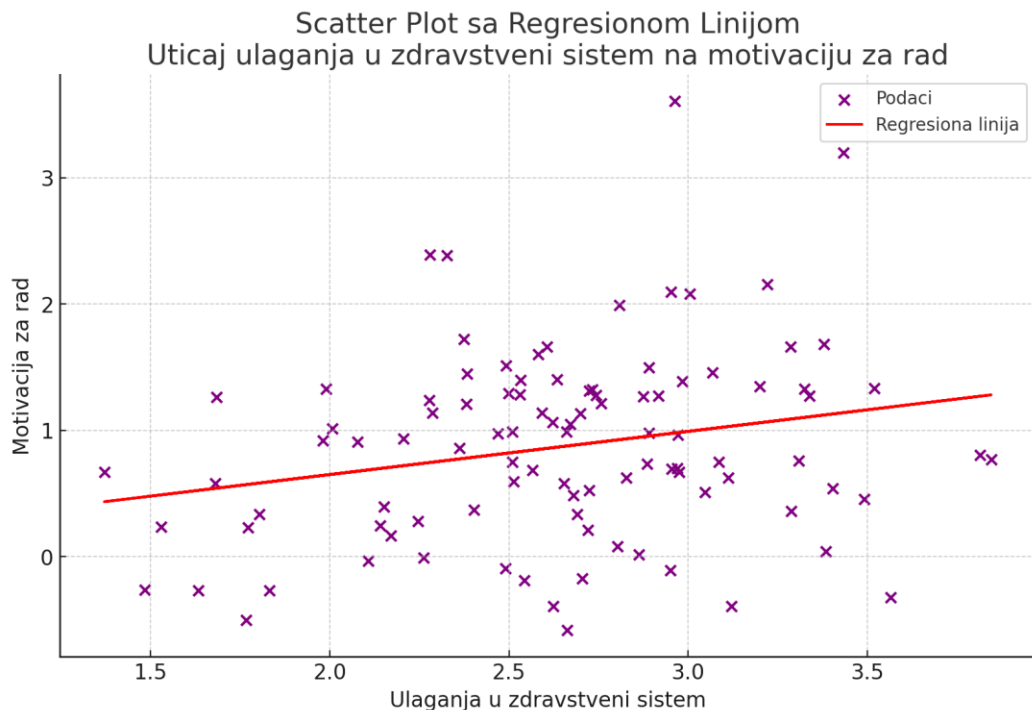
Rezultati Spearmanove korelacije (Tabela 17) pokazuju da *postoji pozitivna i statistički značajna povezanost* između državnih ulaganja u zdravstveni sistem tokom pandemije kovid 19 i motivacije zdravstvenih radnika. Korelacioni koeficijent (ρ) iznosi 0.273 sa p-vrednošću manjom od 0.001, što ukazuje na statistički značajnu povezanost na nivou od 0.01. Ovi rezultati sugerišu da veća ulaganja države u zdravstveni sistem tokom pandemije pozitivno utiču na motivaciju zdravstvenih radnika, podržavajući hipotezu H3 da državna ulaganja poboljšavaju efikasnost i kvalitet pruženih zdravstvenih usluga, što doprinosi povećanju motivacije zdravstvenih radnika.

Tabela 17 Spermanova korelacija među varijablama testiranim u Hipotezi 3

Varijable	Korelacioni koeficijent (rho)	p-vrednost
Ulaganja u zdravstveni sistem i motivacija zdravstvenih radnika	0.273	< 0.001

Rezultati regresione analize pokazali su da postoji pozitivna korelacija između državnih ulaganja u zdravstveni sistem tokom pandemije kovida 19 i motivacije za rad zdravstvenih radnika ($R = 0.297$). Koeficijent determinacije (R^2) iznosi 0.088, što znači da ulaganja u zdravstveni sistem objašnjavaju 8.8% varijacije u motivaciji za rad. Prilagođeni koeficijent determinacije (Adjusted R^2) je 0.082, što uzima u obzir broj prediktora u modelu. Standardna greška procene (Std. Error of the Estimate) iznosi 0.664.

Analiza varijanse (ANOVA) pokazuje da je model statistički značajan ($F(1, 156) = 15.090$, $p < 0.001$), što ukazuje na to da državna ulaganja u zdravstveni sistem tokom pandemije značajno utiču na motivaciju za rad zdravstvenih radnika.



Grafikon 11 Scatter plot prikaz uticaja ulaganja u zdravstveni sistem na motivaciju za rad sa prikazanom regresionom linijom

Izvor: Autor

Rezultati regresione analize podržavaju Hipotezu 3 da su državna ulaganja u zdravstveni sistem tokom pandemije kovida 19 poboljšala efikasnost i kvalitet pruženih zdravstvenih usluga, što je doprinelo povećanju motivacije zdravstvenih radnika. Ovaj rezultat sugerise da veća ulaganja države u zdravstveni sistem doprinose većoj motivaciji za rad zdravstvenih radnika, što je ključno za održavanje visokih performansi i kvaliteta usluga u kriznim situacijama.

4.3.3 Ulaganje države u prevenciju kovida 19 i motivacija za rad.

Treći skup podataka odnosi se na prevenciju kovida 19 i kako ta ulaganja utiču na motivaciju zdravstvenih radnika. Pitanja u ovoj kategoriji istražuju koliko su preventivne mere bile efikasne tokom pandemije, da li je država nastavila sa ulaganjima u preventivne mere nakon pandemije, te kako takva ulaganja utiču na motivaciju zaposlenih. Ova pitanja omogućavaju uvid u to koliko su

zdravstveni radnici motivisani da nastave sa radom u situacijama visokog rizika zahvaljujući preventivnim merama i podršci države. Ova pitanja omogućavaju detaljnu analizu kako državna ulaganja u prevenciju kovida 19 utiču na motivaciju zdravstvenih radnika i njihovu spremnost da se suoče sa situacijama visokog rizika. Iz ovog skupa podataka proizašla je hipoteza:

H4: Državna ulaganja u prevenciju kovida 19 tokom i nakon pandemije značajno su povećala motivaciju zdravstvenih radnika.

Shapiro-Wilk test (Tabela 18) pokazao je da za varijablu *Ulaganja u prevenciju* p-vrednost iznosi manje od 0.001, što je znatno manje od praga od 0.05. Ovaj rezultat ukazuje na statistički značajna odstupanja od normalnosti, tj. distribucija podataka nije normalna. Stoga, za dalju analizu ove varijable koristićemo Spearmanovu korelaciju ranga.

Tabela 18 Shapiro-Wilk Test Normalnosti za varijable testirane u Hipotezi 4

Varijabla	p-vrednost
Ulaganja u prevenciju	< 0.001

Rezultati Spearmanove korelacije (Tabela 19) pokazuju da postoji pozitivna i statistički značajna povezanost između državnih ulaganja u prevenciju kovida 19 i motivacije zdravstvenih radnika. Korelacioni koeficijent (ρ) iznosi 0.397 sa p-vrednošću manjom od 0.001, što ukazuje na statistički značajnu povezanost na nivou od 0.01.

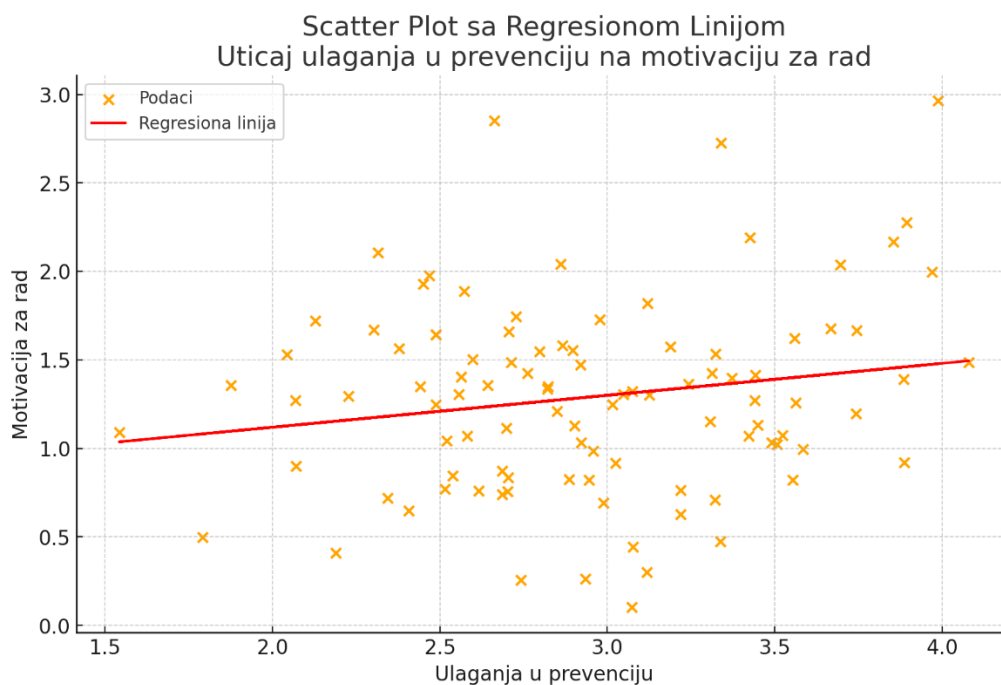
Tabela 19 Spearmanova korelacija među varijablama testiranim u Hipotezi 4

Varijable	Korelacioni koeficijent (ρ)	p-vrednost
Ulaganja u prevenciju i motivacija zdravstvenih radnika	0.397	< 0.001

Rezultati regresione analize pokazali su da postoji pozitivna korelacija između državnih ulaganja u prevenciju tokom i nakon pandemije kovida 19 i motivacije za rad zdravstvenih radnika ($R = 0.445$). Koeficijent determinacije (R^2) iznosi 0.198, što znači da ulaganja u prevenciju objašnjavaju 19.8% varijacije u motivaciji za rad. Prilagođeni koeficijent determinacije (Adjusted

R^2) je 0.193, što uzima u obzir broj prediktora u modelu. Standardna greška procene (Std. Error of the Estimate) iznosi 0.623.

Analiza varijanse (ANOVA) pokazuje da je model statistički značajan ($F(1, 156) = 38.560$, $p < 0.001$), što ukazuje na to da državna ulaganja u prevenciju značajno utiču na motivaciju za rad zdravstvenih radnika.



Grafikon 12 Scatter plot prikaz uticaja ulaganja u prevenciju na motivaciju za rad sa prikazanom regresionom linijom

Izvor: Autor

Rezultati regresione analize podržavaju Hipotezu 4 da su državna ulaganja u prevenciju kovida 19 tokom i nakon pandemije značajno povećala motivaciju zdravstvenih radnika. Ovaj rezultat sugerise da veća ulaganja države u preventivne mere doprinose većoj motivaciji za rad, što je ključno za održavanje visokih performansi i kvaliteta usluga u situacijama visokog rizika.

4.3.4. Ulaganja države u zdravstveni sistem i zdravstvene radnike nakon pandemije

Četvrti skup podataka odnosi se na ulaganja države u zdravstveni sistem nakon pandemije kovida 19. Ova pitanja istražuju kako su državna ulaganja nakon pandemije usmerena ka poboljšanju uslova rada medicinskih radnika i unapređenju zdravstvenog sistema u celini. Pitanja u ovoj kategoriji takođe istražuju ulaganja države u stručno osposobljavanje i poboljšanje uslova rada medicinskih radnika nakon pandemije. Ova ulaganja su važna za kontinuirani profesionalni razvoj i zadovoljstvo zaposlenih, što direktno utiče na kvalitet zdravstvenih usluga. Iz ovog skupa podataka proizašle su sljedeće hipoteze:

H5: Kontinuirana ulaganja države u zdravstvene radnike kovida 19 doprinela su održavanju visokog nivoa motivacije zdravstvenih radnika.

Shapiro-Wilk test (Tabela 20) pokazao je da za varijablu *Ulaganja države u zdravstvene radnike nakon kovida 19* p-vrednost iznosi < 0.001 , što je manje od praga od 0.05. Ovaj rezultat ukazuje na statistički značajna odstupanja od normalnosti, tj. distribucija podataka nije normalna. Stoga, za dalju analizu ove varijable biće neophodno koristiti neparametrijske statističke testove.

Tabela 20 Shapiro-Wilk Test Normalnosti za varijable testirane u Hipotezi 5

Varijabla	p-vrednost
Ulaganja države u zdravstvene radnike nakon KOVID-19	< 0.001

Rezultati Spearmanove korelacije (Tabela 21) pokazuju da postoji pozitivna i statistički značajna povezanost između državnih ulaganja u zdravstvene radnike nakon pandemije kovida 19 i motivacije zdravstvenih radnika. Korelacioni koeficijent (ρ) iznosi 0.373 sa p-vrednošću manjom od 0.001, što ukazuje na statistički značajnu povezanost na nivou od 0.01.

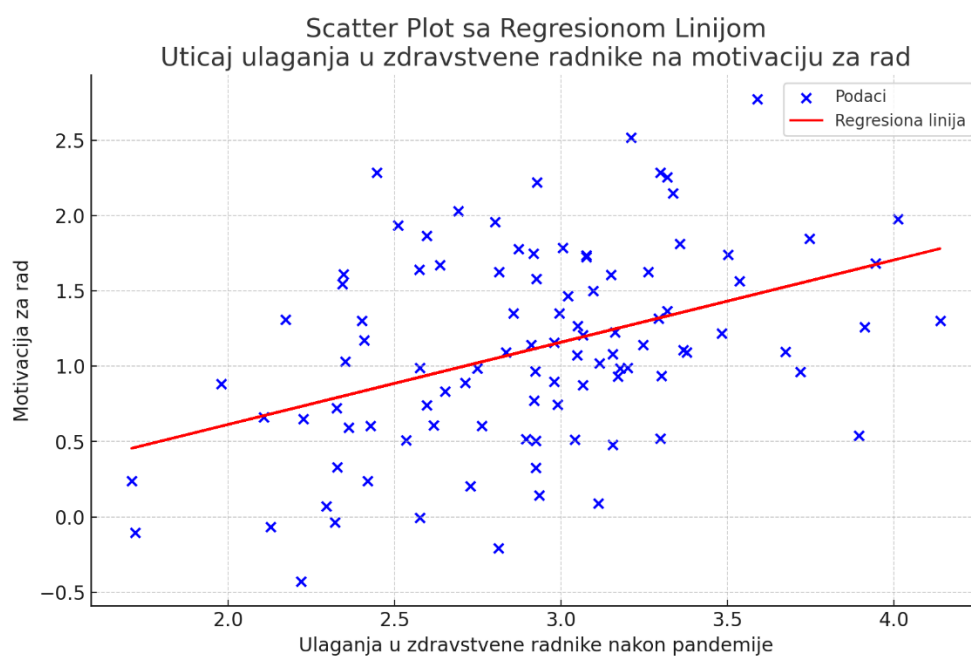
Tabela 21 Spearmanova korelacija među varijablama testiranim u Hipotezi 5

Variable	Korelacioni koeficijent (ρ)	p-vrednost
----------	------------------------------------	------------

Ulaganja u zdravstvene radnike nakon kovida 19 i motivacija zdravstvenih radnika	0.373	< 0.001
---	--------------	-------------------

Rezultati regresione analize pokazali su da postoji pozitivna korelacija između državnih ulaganja u zdravstvene radnike nakon pandemije kovida 19 i motivacije za rad zdravstvenih radnika ($R = 0.377$). Koeficijent determinacije (R^2) iznosi 0.142, što znači da ulaganja u zdravstvene radnike objašnjavaju 14.2% varijacije u motivaciji za rad. Prilagođeni koeficijent determinacije (Adjusted R^2) je 0.137, što uzima u obzir broj prediktora u modelu. Standardna greška procene (Std. Error of the Estimate) iznosi 0.644.

Analiza varijanse (ANOVA) pokazuje da je model statistički značajan ($F(1, 156) = 25.837$, $p < 0.001$), što ukazuje na to da državna ulaganja u zdravstvene radnike nakon pandemije značajno utiču na motivaciju za rad zdravstvenih radnika.



Grafikon 13 Scatter plot prikaz uticaja ulaganja u zdravstvene radnike na motivaciju za rad sa prikazanom regresionom linijom

Izvor: Autor

Rezultati regresione analize podržavaju Hipotezu 5 da su kontinuirana ulaganja države u zdravstvene radnike nakon pandemije kovida 19 doprinela održavanju visokog nivoa motivacije zdravstvenih radnika. Ovaj rezultat sugerise da veća ulaganja države u zdravstvene radnike doprinose većoj motivaciji za rad, što je ključno za održavanje visokih performansi i kvaliteta usluga u postpandemijskom periodu.

H6: Kontinuirana ulaganja države u zdravstveni sistem nakon kovida 19 doprinela su održavanju visokog nivoa motivacije zdravstvenih radnika.

Shapiro-Wilk test (Tabela 22) pokazuje da za varijablu *Ulaganje u zdravstveni sistem nakon pandemije* p-vrednost iznosi 0.005, što je manje od praga od 0.05. Ovaj rezultat ukazuje na statistički značajna odstupanja od normalnosti, tj. distribucija podataka nije normalna. Stoga, za dalju analizu ove varijable biće neophodno koristiti neparametrijske statističke testove.

Tabela 22 Shapiro-Wilk Test Normalnosti za varijable testirane u Hipotezi 6

Varijabla	p-vrednost
Ulaganje u zdravstveni sistem nakon pandemije	0.005

Rezultati Spearmanove korelacije (Tabela 23) pokazali su da postoji pozitivna i statistički značajna povezanost između državnih ulaganja u zdravstveni sistem nakon pandemije kovida 19 i motivacije zdravstvenih radnika. Korelacioni koeficijent (rho) iznosi 0.293 sa p-vrednošću manjom od 0.001, što ukazuje na statistički značajnu povezanost na nivou od 0.01.

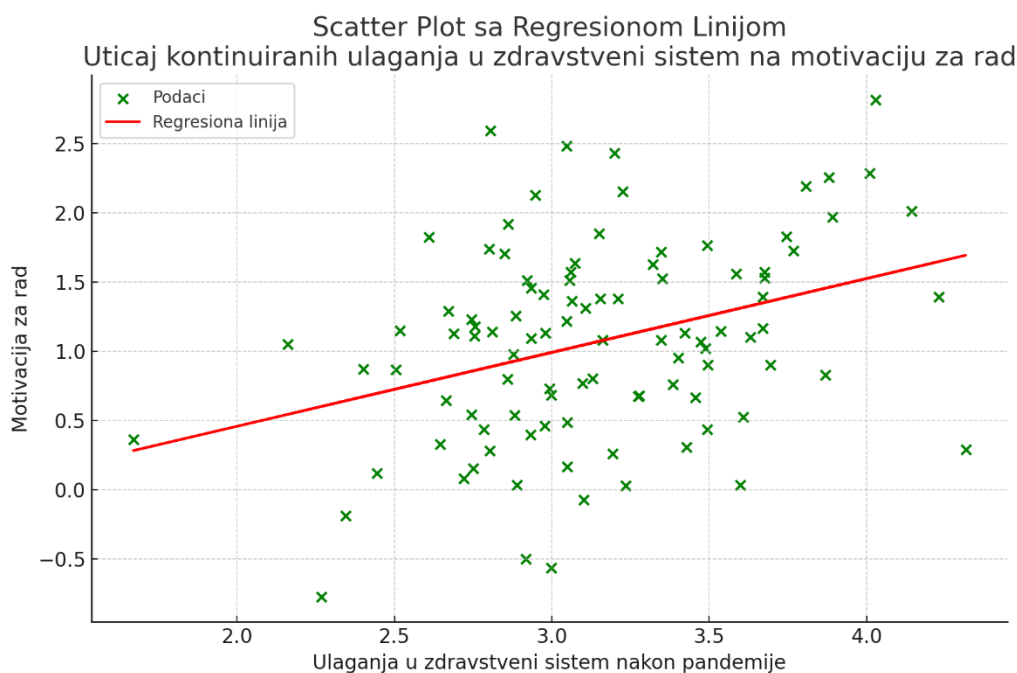
Tabela 23 Spearmanova korelacija među varijablama testiranim u Hipotezi 6

Varijable	Korelacioni koeficijent (rho)	p-vrednost
Ulaganje u zdravstveni sistem nakon pandemije i motivacija zdravstvenih radnika	0.293	< 0.001

Rezultati regresione analize pokazali su da postoji pozitivna korelacija između kontinuiranih ulaganja države u zdravstveni sistem nakon pandemije kovida 19 i motivacije za rad zdravstvenih

radnika ($R = 0.334$). Koeficijent determinacije (R^2) iznosi 0.111, što znači da ulaganja u zdravstveni sistem objašnjavaju 11.1% varijacije u motivaciji za rad. Prilagođeni koeficijent determinacije (Adjusted R^2) je 0.106, što uzima u obzir broj prediktora u modelu. Standardna greška procene (Std. Error of the Estimate) iznosi 0.656.

Analiza varijanse (ANOVA) pokazuje da je model statistički značajan ($F(1, 156) = 19.573$, $p < 0.001$), što ukazuje na to da kontinuirana ulaganja države u zdravstveni sistem značajno utiču na motivaciju za rad zdravstvenih radnika.



Grafikon 14 Scatter plot prikaz uticaja kontinuiranih ulaganja u zdravstveni sistem na motivaciju za rad sa prikazanom regresionom linijom

Izvor: Autor

Rezultati regresione analize podržavaju Hipotezu 6 da su kontinuirana ulaganja države u zdravstveni sistem nakon pandemije kovida 19 doprinela održavanju visokog nivoa motivacije zdravstvenih radnika. Ovaj rezultat sugerise da veća ulaganja države u zdravstveni sistem doprinose većoj motivaciji za rad zdravstvenih radnika, što je ključno za održavanje visokih performansi i kvaliteta usluga u postpandemijskom periodu.

4.4. Limitacije i ograničenja

U ovom poglavlju biće prokomentarisani svi pokazatelji validnosti istraživanja – eksterna, interna, konstruktivna validnost i validnost zaključka. Drugim rečima, obrazložićemo šta je moglo da utiče na dobijene rezultate, sa kolikom sigurnošću se ovi rezultati mogu uzeti u obzir i slično.

Eksterna validnost se odnosi na stepen do kojeg se rezultati ovog istraživanja mogu generalizovati na širu populaciju (Cook&Campbell, 1979). Glavno ograničenje u ovoj oblasti je uzorak ispitanika. Iako smo pokušali da obuhvatimo različite grupe zdravstvenih radnika iz različitih delova Srbije, postoji mogućnost da uzorak nije potpuno reprezentativan za celokupnu populaciju zdravstvenih radnika u Srbiji. Takođe, upotreba anketa putem imejla i onlajn platformi može dovesti do pristrasnosti uzorkovanja, jer su verovatnije da će učestvovati oni koji su više zainteresovani za temu ili imaju bolji pristup internetu.

Interna validnost se odnosi na tačnost zaključaka izvedenih iz podataka (Shadish et al., 2002). Potencijalni izvori grešaka u ovoj oblasti uključuju mogućnost pristrasnosti odgovora, gde ispitanici mogu davati društveno poželjne odgovore umesto iskrenih odgovora. Takođe, postoji mogućnost konfuznih varijabli koje nisu bile kontrolisane, a koje su mogle uticati na rezultate, kao što su prethodno iskustvo ispitanika sa pandemijama ili lična uverenja o vladi i zdravstvenom sistemu.

Konstruktivna validnost se odnosi na stepen do kojeg korišćene mere zaista mere koncepte koje tvrde da mere (Messick, 1995. i Cronbach & Meehl, 1955). Iako smo koristili validirane upitnike i mere, postoji mogućnost da neka pitanja nisu potpuno precizno obuhvatila kompleksne koncepte kao što su motivacija za rad ili percepcija državnih ulaganja. Takođe, mogu postojati kulturne specifičnosti koje nisu dovoljno uzete u obzir pri formulisanu pitanja.

Validnost zaključka se odnosi na tačnost zaključaka izvedenih iz statističkih analiza (Sheskin, 2007. i Field, 2009). Iako su korišćeni odgovarajući statistički testovi, rezultati su podložni ograničenjima uzorka i varijabilnosti odgovora. Takođe, postoje ograničenja vezana za

veličinu efekta koji su izračunati, kao i potencijalne greške prilikom interpretacije rezultata. Tako, na primer, treba uzeti u obzir da, iako su rezultati pokazali statistički značajne korelacije između različitih vrsta ulaganja i motivacije zdravstvenih radnika, vrednosti koeficijenta determinacije (R^2) sugerišu da ovi faktori objašnjavaju samo mali deo ukupne varijacije u motivaciji. Najviši R^2 iznosi 0,198, što znači da ni jedan model ne objašnjava više od 19,8% varijacije u motivaciji. Ovo ukazuje na to da postoje mnogi drugi faktori koji utiču na motivaciju zdravstvenih radnika koji nisu obuhvaćeni ovim istraživanjem. Ovi faktori mogu uključivati lične karakteristike, radne uslove, organizacionu kulturu i druge spoljne uticaje.

4.5. Smernice za buduća istraživanja

U odnosu na limitacije trenutne studije, sledeće izmene bi trebalo sprovesti u budućim istraživanjima kako bi se poboljšala validnost i pouzdanost rezultata.

- Povećanje uzorka

Za dalja istraživanja u zdravstvu, ključna je važnost korišćenja velikih i raznovrsnih uzoraka kako bi se osigurala eksterna validnost rezultata. Nedavne studije iz 2022. i 2023. godine naglašavaju da različitost uzoraka ne samo da omogućava generalizaciju rezultata, već i sprečava pristrasnost i povećava poverenje u rezultate istraživanja. Na primer, izveštaji pokazuju da nedostatak raznolikosti u kliničkim ispitivanjima može imati značajne finansijske i društvene posledice, uključujući smanjenu dugovečnost i povećane troškove u zdravstvenom sistemu (Cook, 2022; AdvaMed, 2023; IHOPE Journal of Ophthalmology, 2022).

Pored toga, nove metode u dizajnu istraživanja, kao što su decentralizovani klinički modeli i upotreba digitalnih tehnologija, omogućavaju istraživačima da lakše obuhvate šire i raznovrsnije grupe pacijenata, što poboljšava validnost studija i omogućava bolje razumevanje varijacija među različitim segmentima populacije (Mosadeghrad et al. 2008; Brooks et al., 2007; AdvaMed, 2023).

Ovi izvori ističu da bi buduća istraživanja trebalo da uključe raznovrsnije uzorke, što će omogućiti bolje rezultate i veće poverenje u nalaze istraživanja (Mosadeghrad et al., 2008; Brooks et al., 2007; AdvaMed, 2023).

- Diversifikacija metoda prikupljanja podataka

Pored onlajn anketa, trebalo bi uključiti i druge metode prikupljanja podataka kao što su intervjui ili fokus grupe kako bi se dobili dublji uvidi i smanjila pristrasnost uzorkovanja. Korišćenje kombinovanih metoda može obogatiti podatke i pružiti šire razumevanje perspektiva zdravstvenih radnika (Mosadeghrad et al., 2008).

- Kontrola konfuznih varijabli

Buduća istraživanja bi trebalo bolje kontrolisati konfuzne varijable koje mogu uticati na rezultate, kao što su prethodna iskustva ispitanika sa pandemijama ili njihov stav prema vladi. Identifikacija i kontrola ovih varijabli će pomoći u preciznijem utvrđivanju stvarnih efekata istraživanih faktora na motivaciju i zadovoljstvo.

- Razrada i validacija upitnika

Potrebno je dodatno raditi na razradi i validaciji upitnika kako bi se osiguralo da sva pitanja precizno mere ciljne koncepte. Takođe, dodavanje nekoliko otvorenih pitanja može pružiti dublji uvid u stavove i mišljenja ispitanika. Na primer: *Koje dodatne mere biste predložili za poboljšanje podrške zdravstvenim radnicima tokom pandemije?*

- Longitudinalna studija

Sprovesti longitudinalno istraživanje kako bi se pratile promene u motivaciji tokom vremena i u različitim fazama pandemije i postpandemije. Longitudinalni pristup će omogućiti analizu dinamike motivacije i zadovoljstva, pružajući uvid u dugoročne efekte i promene koje se dešavaju tokom vremena.

- Dodatni faktori motivacije

Razmotriti uključivanje faktora kao što su radno okruženje, radni uslovi, podrška menadžmenta i lična zadovoljstva. Ovi faktori su pokazani kao značajni u prethodnim

istraživanjima i mogu pružiti dublje razumevanje šta motiviše zdravstvene radnike (Mosadeghrad et al., 2008; Brooks et al., 2007).

Implementacijom ovih preporuka, buduća istraživanja mogu pružiti dublje i preciznije uvide u uticaj pandemije kovida 19 i postkovid perioda na zdravstveni sektor i doprineti boljem razumevanju potreba i izazova sa kojima se suočavaju zdravstveni radnici. Ova istraživanja mogu pomoći u oblikovanju politika i intervencija koje će poboljšati radne uslove, motivaciju i ukupno zadovoljstvo zaposlenih u zdravstvenom sektoru.

4.6. Zaključak

Analiza ekonomskih pokazatelja zdravstvenog sektora, tokom i nakon pandemije, predstavlja predmet istraživanja ovog rada. Ekonomski uticaj pandemije je ostavio velike posledice, kako na medicinski sistem Srbije, tako i na druge države u svetu. Preraspodela novčanih sredstava u navedeni sektor, u odnosu na BDP, se razlikovala od zemlje do zemlje.

Cilj istraživanja jeste da se prikaže najbolji mogući mehanizam za održivost medicinskog sistema, počevši od investiranja u infrastrukturu, opremu i kadrove, bolju primenu etike, a radi što veće motivisanosti medicinskog kadra, koji su zapravo stub ovog sistema.

Kodeks poslovne etike (Službeni glasnik RS, br.1/2006), naročito Član 20, naglašava da se odnosi među zaposlenima zasnivaju na poštovanju ljudskog dostojanstva i uvažavanju ljudskih prava. Ovakva etička načela imaju direktan uticaj na motivaciju zaposlenih u zdravstvu, kako na individualnom tako i na kolektivnom nivou. Kada se zaposleni ponašaju etično, pokazujući međusobno poštovanje i uvažavanje, to pozitivno utiče na radnu atmosferu i međuljudske odnose. Dobri međuljudski odnosi unutar zdravstvenih organizacija ne samo da unapređuju saradnju i timski rad, već i poboljšavaju kvalitet pruženih usluga pacijentima. Etičko ponašanje zaposlenih doprinosi izgradnji poverenja među kolegama, što rezultira većom radnom efikasnošću i zadovoljstvom na radnom mestu. Zaposleni koji osećaju da su cenjeni i poštovani, motivisaniji su

da pruže svoj maksimum u radu, što direktno utiče na kvalitet zdravstvene zaštite koju pružaju pacijentima (Messick, 1995).

Pored toga, etičko ponašanje zdravstvenih radnika stvara pozitivnu percepciju zdravstvene institucije u očima pacijenata i šire javnosti. Pacijenti koji dobijaju kvalitetnu i etički zasnovanu zdravstvenu negu imaju veće poverenje u zdravstveni sistem, što može rezultirati boljim zdravstvenim ishodima i povećanim zadovoljstvom pacijenata.

U radu je dat akcenat i na internu kontrolu koja može pružiti dodatnu podršku menadžmentu u njihovim naporima da unaprede radne uslove. Dobro organizovan i uređen sistem interne kontrole može značajno poboljšati radne uslove i efikasnost rada, čime se dodatno povećava motivacija zaposlenih (Adiloğlu, 2011).

U skladu sa modernim tehnologijama, ističemo da uspostavljanje jedinstvenog informacionog sistema u zdravstvu može značajno doprineti povećanju efikasnosti. Objedinjeni podaci o pacijentima, opremi, lekovima i zdravstvenim radnicima omogućavaju precizno praćenje resursa i optimizaciju procesa. Investicije u digitalizaciju i IT infrastrukturu su ključne za transparentnost i sigurnost podataka, kao što je prikazano kroz implementaciju sistema poput SAP-a i eRecepta (McKee & Baeten, 2008).

Radi što kvalitetnijeg vođenja medicinskog sistema, omogućena je centralizovana javna nabavka. Iako centralizovana javna nabavka može dovesti do ušteda, treba pažljivo razmotriti njene dugoročne efekte na kvalitet zdravstvene usluge. Problemi sa dostupnošću lekova i negativan uticaj farmaceutske industrije treba da budu deo detaljne analize pre primene takvih sistema (Fein, 2022).

Zdravstveni sistem Srbije je uspeo da, uz određene ekonomske mere, prebrodi pandemiju kovida 19. Materijalna ulaganja u infrastrukturu zdravstvenog sektora su napravila odskočnicu u njegovom daljem razvoju. Ulaganja u prevenciju i zdravstveni sistem nakon pandemije, takođe su pokazala značajan pozitivan uticaj na motivaciju zaposlenih. Kroz rad je dat prikaz o tome da finansijska injekcija, u vidu materijalnog i nematerijalnog ulaganja od strane države, u zdravstveni sektor Srbije, podstiče bolju motivisanost zaposlenih za rad, utiče na manji odliv kadrova iz

zdravstva i posledično utiče na održivost, a samim tim i kvalitetniju organizaciju društva. Ova ulaganja doprinose dugoročnoj stabilnosti zdravstvenog sistema i održavanju motivacije radnika i nakon kriznih perioda.

U radu je ispitano šest hipoteza i to:

- H1: Nematerijalna ulaganja države u zdravstvene radnike tokom pandemije kovida 19 značajno su povećala njihovu motivaciju za rad.
- H2: Materijalna ulaganja države u zdravstvene radnike tokom pandemije kovida 19 imala su pozitivan uticaj na motivaciju zdravstvenih radnika.
- H3: Materijalna ulaganja u zdravstveni sistem tokom pandemije kovida 19 doprinela su povećanju motivacije zdravstvenih radnika.
- H4: Državna ulaganja u prevenciju kovida 19 tokom i nakon pandemije značajno su povećala motivaciju zdravstvenih radnika.
- H5: Kontinuirana ulaganja države u zdravstvene radnike nakon pandemije kovida 19 doprinela su održavanju visokog nivoa motivacije zdravstvenih radnika.
- H6: Kontinuirana ulaganja države u zdravstveni sistem nakon pandemije kovida 19 doprinela su održavanju visokog nivoa motivacije zdravstvenih radnika.

Testiranjem svih šest hipoteza dobijeni su potvrđeni rezultati. Rezultati istraživanja svih šest hipoteza su dali pozitivan odgovor na to da motivisanost zaposlenih u zdravstvu, zavisi od primene ekonomskih (povećanje plata, bonusi i bolji uslovi rada) i neekonomskih mera (obuke, edukacije i priznanja) od strane države i od ulaganja u preventivni sektor, što je ključno za održavanje visokih performansi i kvaliteta usluga tokom pandemijskog i u postpandemijskom periodu. Pozitivna korelacija između ulaganja i motivacije sugerise da ulaganja tokom pandemije mogu biti ključna za održavanje visoke motivacije i efikasnosti. Ovi nalazi su od ključne važnosti, jer ukazuju na potrebu da država kontinuirano investira kako u zdravstvene radnike, tako i u zdravstveni sistem. Zaključci i preporuke izvedeni iz ovih hipoteza mogu se sagledati u širem kontekstu povećanja efikasnosti zdravstvenog sistema kroz ulaganja. Istraživanje daje veliki pomak u unapređenju kvaliteta zdravstvenih usluga, poboljšanja radne atmosfere i izgradnji

održivog i efikasnog zdravstvenog sistema u Srbiji svim zdravstvenim ustanovama, institucijama i celom medicinskom sistemu u zemlji i šire.

Ranija istraživanja govore o bitnosti medicinskog kadra, njihovom odlivu iz zdravstva, zdravstvenom menadžmentu. Za razliku od ranijih istraživanja, ovaj rad daje jednu novinu u bitnosti odabira motivacionih faktora u cilju većeg zadovoljstva medicinskih radnika. Zbog svega navedenog je za medicinski sistem Srbije važno da zaposlenima u medicinskom sektoru uvrste razne motivacione faktore.

Suština problema jeste u tome što ne postoji neki određeni motivacioni faktor, već se on razlikuje od zaposlenog, njegovog karaktera, karijernog cilja, materijalnog statusa i dr. Naše istraživanje je pokazalo da je na medicinskom sistemu Srbije i drugih država, da ponaosob nađe podobne modele i mehanizme, uvažavajući različitost medicinskog kadra i njegove potrebe, za što efikasniji i efektivniji rad i razvoj.

Istraživački rad može dati postulat za dalja istraživanja, koliko medicinski menadžment može imati ključnu ulogu u unapređenju radnih uslova, služeći kao spona između države i medicinskih radnika. Prema istraživanjima, efikasan menadžment direktno utiče na kvalitet zdravstvenih usluga i zadovoljstvo pacijenata, kao i na zadovoljstvo zaposlenih (Dorgan et al., 2010). Menadžment ima važnu ulogu u olakšavanju komunikacije između države i zaposlenih, što može značajno doprineti poboljšanju radne okoline i motivacije. Efikasan menadžment može pomoći u organizaciji i poboljšanju radne sredine, što direktno utiče na motivaciju i zadovoljstvo zaposlenih (Brooks et al., 2007).

Imajući u vidu veliki deficit zaposlenih u medicinskom sistemu, veoma je važno da Srbija postavi jasan sveobuhvatan cilj u korist zadovoljstva radnika u zdravstvu, koristeći njihovo znanje i potencijal, kako bi pozicija države imala što bolji međunarodni i svetski dignitet.

Reference

1. Adiloğlu, B. 2011. İç Denetim Süreci ve Kontrol Prosedürleri, Türkmen Kitabevi, İstanbul
2. Advamed. (2023). Increasing Diversity in Clinical Research and Addressing Health Inequities. Preuzeto sa <https://www.advamed.org>
3. Akyl, R. (2010). Concept of Internal Control, Its Elements and Evaluation of Its Effectiveness in Turkey. *Management and Economics*, 17(1), 87.
4. Akin, L. B., Andretti, B., Goldszmidt, R., Helliwell, J. F., Petherick, A., De Neve, J. E., ... & Zaki, J. (2022). Policy stringency and mental health during the COVID-19 pandemic: a longitudinal analysis of data from 15 countries. *The Lancet Public Health*, 7(5), e417-e426.
5. Areej AlFattani, Amani AlMeharish, Maliha Nasim, Khalid AlQahtani, Sami AlMudraa, (2021). Ten public health strategies to control the Covid-19 pandemic: The Saudi Experience. *IJID Regions*, 1, 12-19.
6. an Novaković, S., Jovičević, P., & Simin, M. (2018). Interna revizija u funkciji menadžmenta.
7. Arsić, M. (2022). Fiskalna politika i održivi ekonomski rast u zemljama Zapadnog Balkana. In *International Scientific Conference Jahorina Business Forum* (pp. 15-26).
8. Assefa, Y., Gilks, C. F., Reid, S., van de Pas, R., Gete, D. G., & Van Damme, W. (2022). Analysis of the COVID-19 pandemic: lessons towards a more effective response to public health emergencies. *Globalization and Health*, 18(1), 10.
9. Avlijaš, R., & Avlijaš, G. (2011). Upravljanje projektom. *Univerzitet Singidunum, Beograd*.
10. Baghbanian, A., & Torkfar, G. (2012). Economics and resourcing of complex healthcare systems. *Australian Health Review*, 36(4), 394-400.
11. Bakker, A. B., & van Eerde, W. (2015). Work engagement and job performance: A diary study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88(2), 273-291.
12. Balaban, M., Župljanin, S. S., & Nešović, D. (2019). Regional sustainability of local and rural development. *Економика пољопривреде*, 66(4), 1173-1186.
13. Balaban, M. (2014). Role of insurance company as institutional investors.

14. Belani, H. (2022). U paneuropskoj vježbi „Cyber Europe 2022 “otpornost europskog zdravstvenog sustava testirali i hrvatski stručnjaci. *Bilten Hrvatskog društva za medicinsku informatiku (Online)*, 28(2), 1-3.
15. Boniol, M., Kunjumen, T., Nair, T. S., Siyam, A., Campbell, J., & Diallo, K. (2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and ‘universal’ health coverage?. *BMJ Global Health*, 7(6), e009316.
16. Brooks, B. A., Storfjell, J., Omoike, O., Ohlson, S., Stemler, I., Shaver, J., & Brown, A. (2007). Assessing the quality of work life (QWL): A study of job satisfaction and retention in an acute care hospital. *Health Care Manager Review*, 32(1), 2-9.
17. Campion, J., Javed, A., Lund, C., Sartorius, N., Saxena, S., Marmot, M., ... & Udomratn, P. (2022). Public mental health: required actions to address implementation failure in the context of COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 169-182.
18. Cerovic, B., Nojkovic, A., Uvalic, M. (2015). GROWTH AND INDUSTRIAL POLICY DURING TRANSITION, *ECONOMIC ANNALS*, Volume LIX, No. 201 / April – June 2014. Dostupno: <http://www.ekof.bg.ac.rs/wp-content/uploads/2014/04/331-1.pdf>
19. Coalition for Epidemic Preparedness Innovations. (2024). Homepage. Preuzeto 15. avgusta 2024. sa <https://cepi.net/>
20. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. (2012). Internal control—Integrated framework: Framework and appendices, September 2012.
21. Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design & analysis issues for field settings*. Houghton Mifflin.
22. Cook, D. (2022). Lack of Diversity in Clinical Trials Hurts Research, and Costs Billions. *Managed Healthcare Executive*. Preuzeto sa <https://www.managedhealthcareexecutive.com>
23. ComisionEuropea(2018),preuzeto30.novembra,2024.god.sa:<https://epale.ec.europa.eu/es/node/52770>
24. COSO (2013), COSO Internal Control- Integrated Framework. Preuzeto sa <https://www.coso.org/Documents/COSO-CROWE-COSO-Internal-Control-Integrated-Framework.pdf> (Erišim: 05.02.2020)
25. Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281-302. <https://doi.org/10.1037/h0040957>

26. Cvetanović, S. (1994). *Ekonomija i zdravstvo*. Niš: Prosveta.
27. Cvetković, V. M. 2021, JACANJE SISTEMA INTEGRISANOG UPRAVLJANJA RIZICIMA OD KATASTROFA U SRBIJI: DISARIMES.
28. Čavlin, M., Ignjatijević, S., & Andžić, S. (2019). Kontroling kao faktor novog javnog menadžmenta u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije. *Vojno delo*, 71(3), 270-285.
29. Čizmić, K. I., Ramić, L., & Odošić, N. (2022). JAVNO-PRIVATNO PARTNERSTVO U SEKTORU ZDRAVSTVENIH USLUGA U FEDERACIJI BOSNE I HERCEGOVINE I MOGUĆNOSTI INVESTIRANJA U BOSNU I HERCEGOVINU/PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN THE HEALTH SERVICE SECTOR IN FEDERATION OF BOSNIA AND HERZEGOVINA AND INVESTMENT OPPORTUNITIES IN BOSNIA AND HERZEGOVINA. *Pregled: časopis za društvena pitanja/Periodical for social issues*, 63(2), 117-137.
30. Damjanović, R., Vladislavljević, V., & Arapović, T. (2018). Modeli finansiranja zdravstvenog osiguranja. *Oditor–časopis za menadžment, finansije i pravo*, 4(1), 85-93.
31. Dillman, D. A., Smyth, J. D., & Christian, L. M. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: The tailored design method*. John Wiley & Sons.
32. Dorgan, B. L. (2010). *In Critical Condition*: United States Senate, Committee on Indian Affairs
33. Državna revizorska institucija (2023), preuzeto 1.avgusta 2023 sa <https://www.dri.rs/izvestaji>
34. Državna revizorska institucija. (2021). Preuzeto sa <https://www.dri.rs/>
35. Državna revizorska institucija 2021, preuzeto 29.avgusta 2023.godine sa <https://www.rts.rs/vesti/drustvo/4264235/dri-zdravstvo-kontrola.html>).
36. Državna revizorska institucija, preuzeto 29.avgusta 2023. sa <https://www.dri.rs/izvestaji>
37. Đukić, N., Tomas Žiković, I., & Žiković, S. (2015). Ekonomsko vrednovanje na strani ponude i potražnje-ključ alokacije resursa u javnom zdravstvu. *Ekonomski pregled*, 66(2), 177-200.
38. Đenić, A. Društvene i ekonomske posledice neoliberalnog delovanja tokom pandemije Covid-19. *POLITIČKE POSLEDICE PANDEMIJE*, 7.

39. Ekmekci, P. E., Güner, M. D., Buruk, B., Güneş, B., Arda, B., & Görkey, Ş. (2023). Challenges and practices arising during public health emergencies: a qualitative survey on ethics committees. *Developing World Bioethics*, 23(1), 23-33.
40. Eskin, İ. (2020). Evaluation of the effectiveness of the internal control system in hospital business: A case study. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 19(39), 151-178.
41. EuroHealthNet. 2024, preuzeto 11. februara 2024. sa <https://eurohealthnet.eu/>
42. Eurostat, 2021 preuzeto 12.jula 2023. sa https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Nacionalni_računi_i_BDP
43. Eurostat, 2022, preuzeto 15.jula 2023 sa https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/2021_companion_en.pdf).
44. Eurostat 2022, preuzeto 14. jula 2023. sa <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20221122-1>
45. Eurostat,2022,preuzeto27.novembra 2023.godine sa https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals
46. Evaborhene, N. A. (2023). The Pandemic Fund—towards equitable financing for pandemics. *The Lancet*, 401(10386), 1421-1422.
47. Evropska unija u Srbiji preuzeto 30. avgusta 2023 sa <https://europa.rs/key-findings-of-the-report/?lang=en>
48. EU projekti u Srbiji, 2023,preuzeto 17.novembra 2024.godine sa <https://www.euzatebe.rs/rs/vesti/inovativno-upravljanje-rizicima-po-javno-zdravlje-u-srbiji>
49. EU projekti u Srbiji 2023, preuzeto 15.novembra 2024.godine <https://www.euzatebe.rs/rs/projekti/jacanje-kapaciteta-zdravstvenog-sektora-republike-srbije-za-nadzor-zaraznih-bolesti>
50. Fahey, R. A., & Hino, A. (2020). COVID-19, digital privacy, and the social limits on data-focused public health responses. *International Journal of Information Management*, 55, 102181.
51. Federal Reserve System. (2024). Homepage. Preuzeto 15. avgusta 2024. sa <https://www.federalreserve.gov/>

52. Fein, A. (2022). The 2022 Economic Report on U.S. Pharmacies and Pharmacy Benefit Managers. Drug Channels Institute.
53. Field, A. (2009). Discovering statistics using SPSS (3rd ed.). Sage Publications Ltd.
54. Fiskalni savet Republike Srbije 2020, preuzeto 25.maja 2022.god. https://www.fiskalnisavet.rs/doc/analize-stavovi-predlozi/2020/FS_Efekat_zdravstvene_krise_na_fiskalna_i_ekonomska_kretanja_u_2020_+preporuke_za_2021.pdf
55. Fiskalni savet Republike Srbije 2020, preuzeto 20.aprila 2023 sa <https://www.fiskalnisavet.rs/ocene-i-misljenja.php>
56. Fiskalni savet Republike Srbije (2020). FS Rezime. Preuzeto 23.septembra 2023.godine sa <http://www.fiskalnisavet.rs/doc/ocene-i-misljenja/2020/FSRezime>
57. Fiskalni savet (2022), preuzeto 25.septembra 2023. sa https://fiskalnisavet.rs/doc/analize-stavovi-predlozi/2022/FS_Antikrizne_budzetske_mere_tokom_pandemije.pdf
58. Fiskalni savet (2023), preuzeto 24. decembra 2023.sa https://www.fiskalnisavet.rs/doc/oceneimisljenja/2023/FS_Ocena_Zavrsnog_racuna_2022.pdf
59. Fiskalni savet 2023, preuzeto 26.decembra 2023.sa https://www.fiskalnisavet.rs/doc/ocene-i-misljenja/2023/FS_Ocena_rebalans_2023.pdf
60. Fiskalni savet, 2023 preuzeto 28.decembra 2023. sa https://www.fiskalnisavet.rs/doc/oceneimisljenja/2023/FS_Ocena_Predloga_budzeta_2024_Final.pdf
61. Flor, L. S., Friedman, J., Spencer, C. N., Cagney, J., Arrieta, A., Herbert, M. E., ... & Gakidou, E. (2022). Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social, and economic indicators: a comprehensive review of data from March, 2020, to September, 2021. *The Lancet*, 399(10344), 2381-2397.
62. Fond za penziono i invalidsko osiguranje,PIO. (2024). Početna stranica. Preuzeto 15. avgusta 2024. sa <https://www.pio.rs/>
63. Fond za socijalno osiguranje vojnih osiguranika, SOVO,(2024). Početna stranica. Preuzeto 15. avgusta 2024. sa <https://www.sovo.gov.rs/>

64. Friel, S., Collin, J., Daube, M., Depoux, A., Freudenberg, N., Gilmore, A. B., ... & Mialon, M. (2023). Commercial determinants of health: future directions. *The Lancet*, 401(10383), 1229-1240.
65. García-Pérez, M. A. (2012). Statistical conclusion validity: Some common threats and simple remedies. *Frontiers in Psychology*, 3, 325. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00325>
66. Gajić-Stevanović, M., Dimitrijević, S., Vukša, A., & Jovanović, D. (2021). Zdravstveni sistem i potrošnja u Srbiji od 2004 do 2008.
67. Galvão, J. (2023). COVID-19: forgetting a pandemic that is not over. *The Lancet*, 401(10386), 1422-1423.
68. Galjak, M. (2022). *Na šta mislimo kada kažemo---*. *Prevremeni mortalitet u Srbiji-uticaj aerozagađenja i pandemije COVID-19*. Institut za filozofiju i društvenu teoriju.
69. Gavrilović, A., & Trmčić, S. (2012). Zdravstveno osiguranje u Srbiji-finansijski održiv sistem. u: Međunarodna naučna konferencija, Menadžment. *Mladenovac, Srbija*, 20-21.
70. Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness (GLOPID-R). (2020). Covid-19 Research. Recommendations & Considerations for GLOPID-R. Preuzeto 12. septembra 2021. sa <https://www.glopid-r.org/wp-content/uploads/2021/09/glopidr-sag-report.pdf>
71. Google Forms. (2021). Preuzeto sa <https://forms.gle/9icpr1ATx8XcyLMj8>
72. Gostin, L. O., Moon, S., & Meier, B. M. (2020). Reimagining global health governance in the age of COVID-19. *American Journal of Public Health*, 110(11), 1615-1619.
73. Gradski zavod za javno zdravlje, (2019) preuzeto dana 15.avgusta 2022.sa <https://www.zdravlje.org.rs/kvalitet/2019/7.%20Urgentna%20medicina.pdf> .
74. G. Knežević., V. Pavić (2009), *Arbitraža i ADR*, Pravni fakultet u Beogradu, Beograd, 188.
75. Health Data. (2023). Preuzeto sa <https://www.healthdata.org/data-tools-practices/interactive-visuals/financing-global-health> (posjećeno novembar 2023. godine).
76. Helms, J. E., Henze, K. T., Sass, T. L., & Mifsud, V. A. (2006). Treating Cronbach's alpha reliability coefficients as data in counseling research. *The counseling psychologist*, 34(5), 630-660.

77. Hermes, S., Riasanow, T., Clemons, E. K., Bohm, M., & Krcmar, H. (2020). The digital transformation of the healthcare industry: exploring the rise of emerging platform ecosystems and their influence on the role of patients. *Bus. Res.* 13, 1033–1069 (2020).
78. IBM SPSS. (2021). Preuzeto sa <https://www.ibm.com/spss>
79. IHS Markit. (2021). Preuzeto sa <https://news.ihsmarkit.com/>
80. IHOPE Journal of Ophthalmology. (2022). Sample size and its evolution in research. Preuzeto sa <https://www.ihopejournalofophthalmology.com>
81. Ilic, B., Djukic, G., & Balaban, M. (2019). Modern management and innovative organizations. *Economic and Social Development: Book of Proceedings*, 35-43.
82. Innovative Health Initiative, 2020 preuzeto 13.septembra 2023 sa <http://www.ih.europa.eu/>
83. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. (2022). Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2021. Beograd.
84. (Institut za javno zdravlje Batut, 2018) preuzeto 29.decembra sa <https://www.batut.org.rs/download/izvestaji/Izvestaj%20kvalitet%202018.pdf>
85. International Monetary Fund. (2024). Homepage. Preuzeto 15. avgusta 2024. sa <https://www.imf.org/>
86. International Social Security Association. (2024). Homepage. Preuzeto 15. avgusta 2024. sa <https://www.issa.int/>
87. Janković, Z., & Nešković, A. (2017). Supply with doctor personnel in Serbia, 2000 to 2014. *Zdravstvena zaštita*, 46(2), 1-14.
88. Janković, D. (2011). Zdravstveno osiguranje kao faktor troškova zdravstvene zaštite. *Škola biznisa*, 4, 69-82.
89. Javed, S., & Chattu, V. K. (2020). Strengthening the COVID-19 pandemic response, global leadership, and international cooperation through global health diplomacy. *Health promotion perspectives*, 10(4), 300.
90. Jeanne, L., Bourdin, S., Nadou, F., & Noiret, G. (2023). Economic globalization and the COVID-19 pandemic: global spread and inequalities. *GeoJournal*, 88(1), 1181-1188.

91. Jelisavac Trošić, S., & Jović-Lazić, A. (2020). Ekonomske posledice COVID-19 i mere podrške privredi Republike Srbije. Univerzitet, Fakultet bezbednosti: Institut za međunarodnu politiku i privredu.
92. Dr B. Jelčić, Nauka o finansijama i finansijsko pravo, Informator, Zagreb, 1988, str. 427.
93. Jovanović, S., Milovanović, S., Mandić, J., & Jovović, S. (2015). Sistemi zdravstvene zaštite. *Engrami*, 37(1), 75-82.
94. Jovanovic, V., Ivanovic, I., Krstic, M., Medarevic, A., & Tomašević, S. (2022). Health Statistical Yearbook of Republic of Serbia 2021. *Belgrade: Institute of Public Health of Serbia*, 385-403.
95. Jović, Ž. (2022). IZAZOVI FUNKCIONISANJA ZDRAVSTVENIH SISTEMA I ZDRAVSTVENIH OSIGURANJA U POSTCOVID ERI. *Collection of papers*, 89-101.
96. Javno privatno partnerstvo,JPP. (2019). Preuzeto sa <http://www.jpp.gov.rs/>
97. Jungwirth, D., & Haluza, D. (2023). Artificial intelligence and public health: an exploratory study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4541.
98. Kancelarija za informacione tehnologije i elektronsku upravu, 2023, preuzeto 10.septembra 2023. Sa <https://www.ite.gov.rs/tekst/sr/5273/drzavni-data-centar.php>
99. Karam, M., Chouinard, M. C., Poitras, M. E., Couturier, Y., Vedel, I., Grgurevic, N., & Hudon, C. (2021). Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: a scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 21(1).
100. Karavelić, Z., & Gavrilović, M. (2017). Ekonomija socijalnog, penzionog i zdravstvenog osiguranja.
101. Kickbusch, I., & Liu, A. (2022). Global health diplomacy—reconstructing power and governance. *The Lancet*, 399(10341), 2156-2166.
102. Kisin, J., Mihić, S., & Ignjatović, J. (2021). Ekonomski aspekti pandemije COVID-19: slučaj Republike Srbije. *Ecologica*, 28(103), 369-378.
103. Klinički centar Srbije. (2021). Preuzeto sa <http://www.kcs.ac.rs/> (pristupljeno avgust 2021. godine).

104. Komora zdravstvenih ustanova Srbije. (2021). Srbija napredovala na listi evropskih zdravstvenih sistema. Preuzeto sa <https://www.komorazus.org.rs/aktuelnost/srbija-napredovala-na-listi-evropskih-zdravstvenih-sistema2019-02-27>
105. Komora zdravstvenih ustanova, (2023) preuzeto 27.decembra sa <https://www.komorazus.org.rs/pdf/pres/27.decembar2023.godine.pdf>
106. Kočović, J., Rakonjac-Antić, T., & Rajić, V. (2013). Dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao dopuna obaveznom zdravstvenom osiguranju u Srbiji. *Ekonomске теме*, 51(3), 541-560.
107. Kočović, J., Rakonjac-Antić, T., & Koprivica, M. (2020). Rizik pandemije–pretnja ili šansa za delatnost osiguranja. *Evropska revija za pravo osiguranja*, 29(2), 16.
108. Kruk, M. E., Porignon, D., Rockers, P. C., & Van Lerberghe, W. (2010). The contribution of primary care to health and health systems in low-and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Social science & medicine*, 70(6), 904-911.
109. Labourdtette, A. (1988). *Ecortotrtie de la satttl*. Paris: P.U.F.
110. Letica, S. (1984). *Kriza i zdravstvo*. Stvarnost, Zagreb.
111. Lupu, D., & Tiganasu, R. (2022). COVID-19 and the efficiency of health systems in Europe. *Health Economics Review*, 12(1), 14.
112. Madžar, L. (2020). KRETANJE TROŠKOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U SRBIJI. *Revizor*, 91-92.
113. Maresso, A., Mladovsky, P., Thomson, S., Sagan, A., Karanikolos, M., Richardson, E., ... & World Health Organization. (2015). Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience.
114. Marjanović, D., & Đukić, M. (2020). Ekonomske mere za ublažavanje posledica COVID-19.
115. Marković, S. (2023). Dizajniranje fleksibilnog modela organizacije preduzeća u dinamičnim uslovima poslovanja. *Универзитет Привредна академија у Новом Саду*.
116. Marković, D. I. (2018). The relationship between civilian and military health insurance: The condition for more efficient healthcare.
117. Marković Damir I., Proaktivan odnos obaveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Republici Srbiji - faktor veće efikasnosti celokupnog sistema zdravstvenog osiguranja,

Republički fond za zdravstveno osiguranje Srbije, Filijala za zapadno-bački okrug, Sombor, Vojno delo, 70(2), 374-393.

118.

119. Mastilo, Z. (2020). Penzijsko i zdravstveno osiguranje-pravci reforme. *Oikos institutistraživački centar*.

120. McCoy, D., Chand, S., & Sridhar, D. (2009). Global health funding: how much, where it comes from and where it goes. *Health policy and planning*, 24(6), 407-417.

121. McKee, M., & Baeten, R. (Eds.). (2008). Patient mobility in the European Union: learning from experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. pp. 263-286.

122. Medarević, A., & Vuković, D. (2022). Productivity and efficiency in the health care system with special focus on hospital performance. *Medicinski podmladak*, 73(3), 27-32.

123. Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment: Validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *American Psychologist*, 50(9), 741-749. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.9.741>

124. Mićović, P.(2008). Zdravstveni menadžment, menadžment zdravstvenog sistema i zdravstvenih ustanova.

125. Mijatović, B. M., & Ikić, D. (2001). Troškovi u zdravstvu i kompjuteri. IDP Nova Svetlost, Kragujevac.

126. Miletić, N. (2022), MEĐUZAVISNOST KRITIČNE INFRASTRUKTURE I JAVNO-PRIVATNO PARTNERSTVO. *BEZBEDNOSNI IZAZOVI, RIZICI I PRETNJE 21. VEKA–MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP*, 91.

127. Miletić, S. (2022), COVID-19-BEZBEDNOSNI IZAZOV ILI BIOLOŠKA KATASTROFA? *BEZBEDNOSNI IZAZOVI, RIZICI I PRETNJE 21. VEKA–MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP*, 111.

128. MILIĆ, S. (2020). FISKALNA KONSOLIDACIJA: OSNOVNI ASPEKTI I UPOREDNA ANALIZA. *Ekonomске ideje i praksa*, 75.

129. Milosevic, S., & Tepavac, R. (2009). Health Insurance and Its Regulation in Republic of Serbia. *Law Theory & Prac.*, 26, 44.

130. Ministarstvo finansija Republike Srbije. (2021). Preuzeto sa <https://www.mfin.gov.rs/>

131. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. (2021a). Preuzeto sa <https://www.zdrav>

132. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije 2024, preuzeto 25.oktobra 2024. Sa <https://www.zdravlje.gov.rs/tekst/333405/sekretarijat-ministarstva.php#>
133. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Plan 2023, preuzeto 15.avusta 2023.godine sa <https://www.zdravlje.gov.rs/tekst/374330/srednjorocni-plan-ministarstva-zdravlja.php>
134. (Ministarstvo za rad, socijalna i boračka pitanja, 2023) preuzeto 04.decembra 2023.godine sa https://www.minrzs.gov.rs/sites/default/files/2021-02/izvestaj_napz_2016.doc
135. Ministarstvo za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja, 2023), preuzeto 01.decembra 2023.godine sa <https://www.minrzs.gov.rs/sr/aktuelnosti/vesti/obelezavanje-svetskog-dana-dijabetesa>
136. Ministarstvo odbrane Republike Srbije, 2022, preuzeto 27.jula 2023,sa <http://www.vma.mod.gov.rs/sr-lat/vesti/ministar-vulin-vojno-zdravstvo-je-privilegija-pripadnika-vojske>).
137. Ministarstvo odbrane Republike Srbije, 2022 preuzeto 28.jula 2023.sa <https://www.mod.gov.rs/cir/17397/kina-donirala-200-000-vakcina-dokaz-celicnog-prijateljstva-17397>).
138. Minkler, M., Blackwell, A. G., Thompson, M., & Tamir, H. (2003). Community-based participatory research: implications for public health funding. *American journal of public health*, 93(8), 1210-1213.
139. Miguel, E., & Mobarak, A. M. (2022). The economics of the COVID-19 pandemic in poor countries. *Annual Review of Economics*, 14(1), 253-285.
140. Mladenka, B., Slobodan, Z., & Periša, I. (2016). Sources of Finance for Entrepreneurship Development. *Economic Analysis*, 49(1-2), 48-58.
141. Mosadeghrad, A. M., Ferlie, E., & Rosenberg, D. (2008). A study of the relationship between job satisfaction, organizational commitment and turnover intention among hospital employees. *Health services management research*, 21(4), 211-227.
142. Narodna Banka Srbije 2024, preuzeto 20.novembar sa https://www.nbs.rs/export/sites/NBS_site/documents/finansijska-stabilnost/prezentacije/prezentacija_invest.pdf
143. Nacionalna služba za zapošljavanje. (2024). Početna stranica. Preuzeto 15. avgusta 2024. sa <https://www.nsz.gov.rs/>

144. National Institutes of Health, 2020., preuzeto 16. februara 2022. sa <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7346815/>
145. Novaković, D. (2024). PRIMENA METODA I ALATA ZA PROCENU RIZIKA ZA BEZBEDNOST I ZDRAVLJE NA RADU U MEDICINSKOM RADNOM OKRUŽENJU. *Zbornik radova Fakulteta tehničkih nauka u Novom Sadu*, 39(08), 1061-1063.
146. Narodna banka Srbije 2021, preuzeto 27. decembra 2023. sa file:///C:/Users/HP/Desktop/izv_IV_2021.pdf).
147. Nacionalna organizacija za retke bolesti (NORBS), 2021 preuzeto 11.septembra 2023. sa <https://norbs.rs/>
148. Nacionalna alijansa za lokalni ekonomski razvoj 2020, preuzeto 12. decembra 2023. godine sa https://naled.rs/htdocs/Files/05912/Siva_knjiga_zdravstva.pdf
149. Nacionalna alijansa za lokalni ekonomski razvoj 2020), Siva knjiga zdravstva, preuzeto 14. decembra 2023. sa https://naled.rs/htdocs/Files/05912/Siva_knjiga_zdravstva.pdf
150. Nacionalna alijansa za lokalni ekonomski razvoj 2020, preuzeto avgusta 2023 sa https://naled.rs/htdocs/Files/06839/Analiza_efekata_ekonomskih_mera_za_ublazavanje_negativnih_posledica_COVID-19_na_privredu.pdf .
151. Novičić, Ž. (2022). Reforma međunarodnog zdravstvenog režima: Ka globalnoj upravi?. *Међународни проблеми*, 74(2), 209-231.
152. Njegomir, V. (2021). Uticaj pandemije Covid-19 na ekonomiju. *Civitas*, 11(2), 78-97.
153. Ogoto, O. (2024). Africa triples health workforce in 10 years, but unemployment is a problem.
154. Organisation for Economic Co-operation and Development. (n.d.). Homepage. Preuzeto 15. avgusta 2024. sa <https://www.oecd.org/>
155. OECD Health Statistics, 2021 preuzeto 24. decembra sa <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/eb65679e-en.pdf?expires=1733000643&id=id&accname=guest&checksum=B6FC649A0F234BCE131D1BD158B9F317>
156. Payne, T. H., Bates, D. W., Berner, E. S., Bernstam, E. V., Covvey, H. D., Frisse, M. E., ... & Ozbolt, J. (2013). Healthcare information technology and economics. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20(2), 212-217.

157. Perunović, P., Obradović, M., Golijanin, R., & Timotić, B. (2009). Economic possibilities to use health care service in Serbia. *Zdravstvena zaštita*, 38(2), 47-52.
158. Petrović, P., Brčerević, D., & Gligorić, M. (2019). Why is Serbia an economic growth underachiever?. *Ekonomika preduzeća*, 67(1-2), 17-33.
159. Popović, S. (2009). How to reduce expenses in health service. *Zdravstvena zaštita*, 38(5), 1-3.
160. Project Management Serbia, 2021 preuzeto 27. avgusta 2023.godine sa <https://project-management-srbija.com/upravljanje-projektima>
161. Радовановић, Н., & Живић, Н. (2022). Одрживи развој и Covid-19: Мере државе и проблеми финансирања Sustainable Development and Covid-19: State measures and funding problems. *ECOLOGICA*, 29(108), 604-610.
162. Radivojević, V., & Vesić, S. (2020). Neki aspekti razvoja zdravstvenog sistema Srbije i Japana. *Naučne publikacije državnog univerziteta u Novom Pazaru, Oktobar*, V3.
163. Radović-Marković, M., & Jovanović, J. (2021). Impact of COVID-19 on Working from Home in Serbia: Possibilities and Consequences. *Macroeconomic Responses to the COVID-19 Pandemic: Policies from Southeast Europe*, 319-343.
164. Radović-Marković, M. (2024). THE RESILIENCE AND LEADERSHIP SUSTAINABILITY. *Journal of Entrepreneurship and Business Resilience, University of Novi Sad*, No.1-2
165. Radović Marković Mirjana, Marković Dušan (2022). Encouraging Enterprise Resilience and Unpredictable Business Environment, *Journal Entrepreneurship and Business Resilience, University of Novi Sad, University of Novi Sad*, No.3-4.
166. Radović Marković Mirjana (2022). Women Entrepreneurs' Resilience In Times Of Covid-19 And Afterwards, *Journal Entrepreneurship and Business Resilience, Business Academy University of Novi Sad*, No.3-4.
167. Radović Marković Mirjana (2020).[Resilience And Enterprise Recovery In Response To Covid 19 Crisis](#), *Journal of Entrepreneurship and Business Resilience*, No. 3-4., pp. 7-13
168. Republički fond za zdravstveno osiguranje 2023, preuzeto 12.oktobar 2023. sa <https://www.rfzo.rs/index.php/zakoni>

169. Republički fond za zdravstveno osiguranje Srbije, preuzeto 25.jula 2023 sa <https://www.rfzo.rs/index.php/nadleznosti>
170. Republički fond za zdravstveno osiguranje, 2023, preuzeto 20 jula 2023. sa <https://www.zso.gov.rs/o-nama-zso.htm>
171. Republički fond za zdravstveno osiguranje. (2024). Početna stranica. Preuzeto 15. avgusta 2024. sa <https://www.rfzo.rs/>
172. Republički fond za zdravstveno osiguranje, preuzeto 29.jula 2023. Sa <https://site.zus.rfzo.rs/dsg/Metodologija%20tro%C5%A1kovni%20centri%20-%2020052020.pdf>
173. Republički zavod za statistiku, 2020 preuzeto 20.septembra 2022.godine sa <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/vesti/20200318-kvartalni-brudo-domaci-proizvod-u-stalnim-cenama-drugi-kvartal-2020-fle%C5%A1-procena/>
174. Republički zavod za statistiku 2021) preuzeto 29.decembra sa <https://data.stat.gov.rs/?caller=SDDDB&languageCode=sr-Latn>
175. Republički zavod za statistiku Srbije, 2021, preuzeto 10.jula 2023 sa <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/vesti/statisticalrelease/?p=8471>
176. Republički zavod za statistiku Srbije, 2021, preuzeto 14.jula 2023. sa <https://www.stat.gov.rs/oblasti/stanovnistvo/rodjeni-i-umrli/>.
177. Republički zavod za statistiku (2022), preuzeto 25.jula 2023. sa <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/vesti/statisticalrelease/?p=8970>
178. Republički zavod za statistiku 2023, preuzeto 1. avgusta 2023. sa <https://data.stat.gov.rs/Home/Result/01010201?languageCode=sr-Cyrl>
179. Republički zavod za statistiku 2020) preuzeto 30.decembra 2023. sa <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/vesti/20200629-srednje-obrazovanje-kraj-skolske-201819-godine/?s=1103>
180. Republički zavod za statistiku 2023, preuzeto 1.avgusta 2023. sa <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/vesti/20230525-starost-i-pol/>
181. Republički zavod za statistiku, 2005, preuzeto 14. decembra sa <https://www.stat.gov.rs/publikacije/>

182. Richards, F., Kodjamanova, P., Chen, X., Li, N., Atanasov, P., Bennetts, L., ... & El Khoury, A. C. (2022). Economic burden of COVID-19: a systematic review. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 293-307.
183. Ristić, K., Milenković, S., Belokapić, P., & Ristić, Ž. (2016). Ekonomija socijalnog, zdravstvenog i penzijskog osiguranja.
184. Ritchie, H. Mathieu, E. Rodés-Guirao, L. et. al. (2022). Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. 30 September. Dostupno na: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations#citation> (pristupljeno 1. oktobra 2022.).
185. Roehrich, J. K., Barlow, J., & Wright, S. (2014). Delivering European healthcare through public–private partnerships. *Managing public-private strategic alliances*, 1, 1-26. Sachs, J. D., Karim, S. S. A., Akin, L., Allen, J., Brosbøl, K., Colombo, F., ... & Michie, S. (2022). The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 400(10359), 1224-1280.
186. Rodríguez-Pose, A., & Burlina, C. (2021). Institutions and the uneven geography of the first wave of the COVID-19 pandemic. *Journal of Regional Science*, 61(4), 728-752.
187. NAKAJIMA, M., & MORIMOTO, K. (2001, August). German Cost Accounting at the Beginning of the 20th Century: A. Messerschmitt and E. Schmalenbach. In *The Second Accounting History International Conference Osaka* (pp. 8-10).
188. Serbia, A. Economics Institute & Faculty of Medicine of Belgrade University, 2020,
189. Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). Quasi-experiments: interrupted time-series designs. *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*, 171-205.
190. Sindikat lekara i farmaceuta Srbije (2014), Sistemi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja, Uporednopravna analiza u evropskim zemalja, Institut za uporedno pravo).
191. Sindikat lekara i farmaceuta Srbije 2023, preuzeto 13.maj 2023. sa <http://www.sindikatlfs.rs/istina-o-pompezo-najavljivanom-zaposljavanju-mladih-lekara/>
192. Srebro, B. (2022). Integrirani model interne revizije u funkciji unapređenja strateškog upravljanja., *Univerzitet u Beogradu*.

193. Shamasunder, S., Holmes, S. M., Goronga, T., Carrasco, H., Katz, E., Frankfurter, R., & Keshavjee, S. (2020). COVID-19 reveals weak health systems by design: why we must re-make global health in this historic moment. *Global Public Health*, 15(7), 1083-1089.
194. Sheskin, D. J. (2007). Spearman's rank-order correlation coefficient. *Handbook of parametric and nonparametric statistical procedures*, 1353.
195. SHESKIN, D. (2007). Multivariate statistical analysis. *Handbook*.
196. Sheskin, D. J. (2007). An Introduction to Categorical Data Analysis.
197. Stamenović, M., & Ćuzović, S. (2020). SELECTED PROBLEMS OF SUSTAINABILITY OF THE HEALTHCARE SYSTEM OF THE REPUBLIC OF SERBIA. *Proceedings EKONBIZ*, (19), 399-408.
198. Stanišić, S. (2020). Neizvjesnost ekonomskih kretanja izazvanih pandemijom COVID-19.
199. Stevanović, A., & Milošević, D. (2019). Korupcija u zdravstvu-pravni i kriminološki osvrt. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja*, 38(3), 137-150.
200. Sudarsana, I. P., & Ramli, K. (2023). INFORMATION SECURITY RISK ASSESSMENT USING FACTOR OF ANALYSIS INFORMATION RISK (FAIR) IN THE HEALTHCARE SECTOR: SCOPING REVIEW. *Jurnal Darma Agung*, 31(4), 674-686.
201. Šolak, Z. (2002). Economics of health care: Development and open problems. *Privredna izgradnja*, 45(1-2), 63-85.
202. Šunjić, L. (2017). *Zdravstvena zaštita u Europskoj uniji, financijska budućnost i alternativni izvori financiranja* (Doctoral dissertation, University North. University centre Varaždin. Department of Business Economics).
203. Teodorović, N., & Gajić-Stevanović, M. (2008). Zaposleni u zdravstvu u transformaciji zdravstvenog menadžmenta. *Serbian Dental Journal/Stomatološki Glasnik Srbije*, 55(3).
204. Tomić, N. S. P. (2014), DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE U FUNKCIJI DOPRINOSA RAZVOJU ODRŽIVOG SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI SRBIJI.
205. Transparency International, 2023, preuzeto 14. decembra sa <https://www.transparency.org/en/publications/corruption-perceptions-index-2023>
206. Transparency International, 2023), preuzeto 14,decembra 2023. Sa <https://www.transparency.org/en/countries/serbia>

207. Umphrey, L., Paasi, G., Windsor, W., Abongo, G., Evert, J., Haq, H., ... & Olupot-Olupot, P., (2022). Perceived roles, benefits and barriers of virtual global health partnership initiatives: a cross-sectional exploratory study. *Global Health Research and Policy*, 7(1), 11.
208. United Nations Conference on Trade and Development. (n.d.). Homepage. Preuzeto 15. avgusta 2024. sa <https://unctad.org/V>
209. United Nations Statistics Division, (UNSD) 2025, preuzeto 25. januar sa <https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/glossresults.asp?gID=209>
210. UN women, 2023, preuzeto 15. decembra 2023. sa https://www-unwomen-org.translate.goog/en/what-we-do/economic-empowerment/facts-and-figures?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=sr&_x_tr_hl=sr&_x_tr_pto=sc#_edn1
211. Velásquez, G. (2023). *Where does global health funding come from and where does it go?* (No. 176). Research Paper.
212. Veličković, V., Višnjić, A., & Mihajlović, J. (2015). Quick reference guide for critical appraisal of economics evaluations for busy decision makers. *Acta Facultatis Medicae Naissensis*, 32(1), 23-30.
213. Vidaković, N., & Lovrinović, I. (2021). *Macroeconomic Responses to the COVID-19 Pandemic*. Springer International Publishing.
214. Vlada Republike Srbije 2023, preuzeto 1. aprila 2023. sa <https://www.srbija.gov.rs/vest/689685/pred-nama-je-godina-nastavka-vaznih-reformi.php>
215. Vlada Republike Srbije, preuzeto 28. decembra 2024. godine sa <https://www.srbija.gov.rs/vest/839695/skupstina-srbije-usvojila-zakon-o-budzetu-za-2025-godinu.php>
216. Vojnomedicinska akademija. (2024). Početna stranica. Preuzeto 15. avgusta 2024. sa <http://www.vma.mod.gov.rs/>
217. Vukmanović, Č. L. (1994). *Menadžment u zdravstvu: politika i strategija zdravstvenog razvoja: menadžment zdravstvenih programa i zdravstvenog sistema: osnovni principi*. Evropski centar za mir i razvoj (ECPD) Univerziteta za mir Ujedinjenih nacija.
218. Žaklina Nikolić-Ilić & Mirjana Radović-Marković, Belgrade Banking Academy, INFLUENCE OF TRANSFORMATIONAL LEADERS ON EMPLOYEE MOTIVATION IN THE BANKING SECTOR, *International Journal of Entrepreneurship*, Volume 26, Issue 1, 2022

219. Zekić, M., & Šegrt, S. (2015). Uticaj privatnog zdravstvenog osiguranja na makroekonomski ambijent Republike Srbije. *Oditor*, (10), 4-9.
220. Žilić Dž.E., *BUDUĆNOST GLOBALNE ZDRAVSTVENE DIPLOMACIJE: PANDEMIJA AIDS-A*, Međunarodno Sveučilište Libertas, Zagreb, Republika Hrvatska
221. Wendt, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. *Social Policy & Administration*, 43(1), 70-90.
222. World bank group, 2021 preuzeto 30. oktobra 2023. sa <https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2022/brief/chapter-1-introduction-the-economic-impacts-of-the-covid-19-crisis>
223. World Bank, 2022, preuzeto 12.februara 2023.godine sa <https://www-worldbank-org.translate.goog/en/news/press-release/2022/11/12/g20-hosts-official-launch-of-the-pandemic-fund? x tr sl=en& x tr tl=sr& x tr hl=sr& x tr pto=sc>
224. World Health Organisation Constitution 1948, preuzeto septembra 2023 sa <https://www.wto.org/>).
225. World Health Organization.), preuzeto 12.marta 2023. sa <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax>
226. World Health Organization. (2021). Global expenditure on health: public spending on the rise?.
227. Xesfingi, S., & Vozikis, A. (2016). Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC health services research*, 16, 1-7.

Zakoni

Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Sl. glasnik RS”, br.25/2019)

Zakon o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS”, br.107 od 02.12/2005)

Zakon o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS”, br.25/2019 i 92/2023)

Zakon o privatnosti podataka („Službeni glasnik RS”, br.87/2018),

Zakon o zdravstvenoj dokumentaciji I evidencijama u oblasti zdravstva („Službeni glasnik RS”, br.123 od 10. novembra 2014.god, 106 od 21.decembra 2015, 105 od 23.novembra 2017, 25 od 3.aprila 2019- dr.zakon)

Zakon o Vojci Srbije („Sl.glasnik RS“, br.116/2007, 88/2009, 201/2010- dr.zakon, 10/2015, 88/2015)

Prilog 1

U P I T N I K

Poštovane kolege, pred vama je upitnik kreiran radi prikupljanja podataka, a za objavu doktorske disertacije na doktorskim studijama Beogradske bankarske akademije, na temu "Uticaj Kovida 19 na zdravstveni sistem u Srbiji". U ovom upitniku nema tačnih niti pogrešnih odgovora – važno mi je da čujem vaše iskreno mišljenje. Istraživanje je u potpunosti anonimno – nigde neće biti potrebno da ostavljate bilo koji od vaših ličnih podataka. Pažljivo pročitajte svako pitanje, a potom obeležite svoj odgovor. Unapred Vam se zahvaljujem na pomoći!

Godina Vašeg rođenja:				
Pol:				
Stepen obrazovanja:				
Koliko dugo ste zaposleni u medicinskom sektoru ? (zaokružite odgovarajuću)	a) 0-5 godina	b) 5-10 godina	c) 10 -20 godina	d) 20 i više godina
Da li ste zaposleni u zdravstvenoj struci na sledecim pozicijama? (zaokružite odgovarajuću)	a) lekara	b) strukovne medicinske sestre	c) medicinske sestre	d) ostalo
U kojoj zdravstvenoj ustanovi ste zaposleni?	a) bolnici	b) domu zdravlja	c) institutu (fakultetu)	d) ostalo
Da li ste u toku pandemije bili uključeni u rad sa obolelim pacijentima od Covid-19?	a) sve vreme	b) duži period od godinu dana	c) kraći period od godinu dana	d) nisam

Molimo Vas da popunite kvadrat sa oznakom koji pokazuje odgovor na svaku od navedenih stavki (x) ili zaokružite odgovarajuću.

R.B.	Ekonomski uticaj pandemije na zdravstveni sistem u Srbiji	Skup	Odgovori
1.	Preventiva u zdravstvu se uspešno održala u prvoj liniji odbrane tokom pandemije.		
2.	Za vrijeme pandemije medicinsko osoblje je bilo motivisano za borbu za život pacijenata.	5	
3.	Medicinskom osoblju je kontrinuirano davana zahvalnost za visoke performanse u borbi protiv COVID-19.	1	
4.	Država je izdvajala dovoljno novčanih sredstava u svrhu podrške zdravstvenim radnicima za vreme pandemije.	1.1	
5.	Država je tokom korone davala sve neophodne alate i autonomiju zaposlenima u zdravstvu kako bi ispunili određenu preventivnu pomoć pacijentima.	3	
6.	Država je posle COVID-19 pandemije nastavila da ulaže i dalje u preventivu.		
7.	Država je pružala mogućnost zaposlenima u zdravstvu da učestvuju u donošenju odluka.		
8.	Država je u toku pandemije tretirala sve zaposlene u zdravstvu sa dostojanstvom i poštovanjem.		
9.	Država je stručnom kadru u zdravstvu davala odgovornost vođenja i realizacije projekata.		
10.	Država je u toku pandemije COVID-19 izdvajala sredstva isključivo u svrhu nagrađivanja zaposlenih.		

11.	Država je u toku pandemije COVID-19 davala pozitivna priznanja kreativnim idejama za rešavanje problema u zdravstvenom sistemu.		
12.	Država je u toku pandemije COVID-19 poštovala lična osećanja i potrebe medicinskih radnika.		
13.	Država uzima u obzir individualne sposobnosti kada podučava članove tima zdravstvenog sektora.		
14.	Država podstiče zaposlene u zdravstvu da daju povratne informacije pri kreiranju ciljeva za poboljšanje rada i funkcionisanja zdravstvenog sistema.		
15.	Država donosi dobre odluke kada je u pitanju poboljšanje radnih procesa u zdravstvu.		
16.	Država odvaja vreme da se zahvali medicinskim radnicima sa visokim performansama.		
17.	Država je u toku pandemije bila spremna da posluša i implementira povratne informacije od zaposlenih u zdravstvu, u korist razvoja zdravstvenog sistema		
18.	Država je nudila podsticaje zaposlenima u zdravstvu u toku COVID-19 pandemije.		
19.	Država posle udarnih talasa COVID-19 ulaže više u stručno osposobljavanje zaposlenih.		
20.	Država nakon COVID-19 pandemije više ulaže u novu tehnološku opremu.		
21.	Država posle udarnih talasa COVID-19 ulaže u poboljšanje uslova rada medicinskih radnika.		

Biografija autora

Žaklina Nikolić-Ilić je rođena u Aranđelovcu 1974.godine, gde je završila osnovnu školu i gimnaziju. Školske 1993/1994. godine upisala je osnovne akademske studije na Ekonomskom fakultetu u Beogradu. Diplomirala je 2001. godine, na smeru Opšta ekonomija. Školske 2001/2002.godine upisuje magistarske studije na Ekonomskom fakultetu u Beogradu, na studijskom programu Poslovno upravljanje, modul Menadžment u turizmu. Uporedo, nakon završenih osnovnih studija, se zapošljava u Kompaniji “Robnih kuća Beograd”, na radno mesto Inspektora u popisu Robne kuće Sombor. Kasnije, prelazi u Ministarstvo turizma – Turistička organizacija Srbije, kao samostalni savetnik, gde radi na donacijama od strane Evropske Banke za obnovu i razvoj i prisustvuje „5TH CEI Summit Economics Forum“-u, održanom 2002.godine u Skoplju.

Godine 2003. započinje svoju dugogodišnju karijeru u Komercijalnoj banci A.D. Beograd. Zapošljava se kao Stručni saradnik u Sektoru poslova sa preduzećima, Odeljenje za odobravanje kredita. Radi na poslovima odobravanja kredita preduzetnika, prisustvuje i vrši referisanje zahteva na Velikom Kreditnom Odboru za preduzetnike i stanovništvo.

Istovremeno, 2003. godine postaje majka i privremeno obustavlja akademsko obrazovanje. Magistarske studije, preinačene u master akademske studije drugog stepena, na smeru „Poslovno upravljanje“, završava na istoimenom fakultetu 2014.godine (prosečna ocena 9,44) i stiče zvanje master ekonomiste, odbranivši master tezu pod naslovom „Modeli restrukturiranja Jat airways-a u perspektivno održivu kompaniju na tržištu avio usluga.“

Na poziciju Šefa Odeljenja administracije fizičkih lica, u Sektoru administracije, prelazi tokom 2016.godine, gde je odgovorna za pružanje stručne instruktaže saradnicima, zaposlenima u obavljanju svih poslova iz nadležnosti i za saradnu sa internim, eksternim i kontrolnim revizorskim organima u procesu vršenja revizije i kontrole poslovanja Banke.

Školske 2015/2016. godine upisuje doktorske studije na Beogradskoj bankarskoj akademiji – Fakultetu za bankarstvo, osiguranje i finansije. Ispite na navedenom fakultetu daje u roku, sa prosečnom ocenom 9,67, da bi kasnije zbog karijere i nastavka odgajanja svoje četvero maloletne dece, napravila veću pauzu kod pripreme doktorske disertacije. Tokom doktorskih akademskih studija učestvuje na više domaćih i međunarodnih naučnih konferencija i objavljuje nekoliko naučnih radova.

Dalji razvoj karijere, predstavlja prelazak na radno mesto Eksperta za poslove za SPN i FT tokom 2019.godine, pri Odeljenju za sprečavanje pranja novca i finansiranja terorizma u Komercijalnoj Banci A.D. Beograd i radi na praćenju poslovanja klijenata Banke u cilju otkrivanja sumnjivih transakcija.

U cilju dodatnog stručnog usavršavanja, 2021.godine polaže ispite pri Komori ovlašćenih revizora, radi sticanja zvanja “Ovlašćeni interni revizor”.

Nakon integracije Komercijalne banke A.D. Beograd sa NLB Bankom, prelazi u Ministarstvo finansija 2022.godine. Pri Sektoru za praćenje fiskalnih rizika, obavlja poslove Višeg savetnika gde vrši kvartalno praćenje poslova javnih preduzeća na osnovu finansijskih izveštaja, pripremanje analiza koje se odnose na poslovanje javnih preduzeća i njihov uticaj na makroekonomsku stabilnost, privredni rast i javne finansije; učestvuje u izradi nacrtu zakona i predloga drugih propisa koji se odnose na javna preduzeća i dr. Tokom zaposlenja stiče Sertifikat Svetske Banke:” World Bank Group Certificate for Feasibility Studies for Public Investment Projects and their Independent Review and Assessment; Monitoring, Reporting and Disclosure of Fiscal Costs and Fiscal Risks in Externally Financed Projects.”

Uporedo, 2022.godine upisuje specijalističke jednogodišnje studije na IT academy i 2023. godine stiče zvanje IT menadžera za upravljanje projektima, uz pomoć MS Project-a.

Spisak objavljenih radova

1. Nikolić-Ilić Ž., Radović-Marković M. (2021), *Influence of transformational leaders on employee motivation in the banking sector*, International Journal of Entrepreneurship

2. Mitrović I., Sakotić N., Milić S., Nikolić-Ilić Ž. (2021), *Socijalni razvoj dece sa invaliditetom u integrisanim odeljenjima u Crnoj Gore*, International review ISSN 2217-9739, No.3-4/2021
3. Sofija R., Ljiljana D., Nikolić-Ilić Ž., Kyaruzi S. (2023) *Psychosocial factors of successful adaptation to remote work in the Western Balkans*, [International Review](#) ISSN 2217-9739 No.3/4 str.100-109
4. Nikolić-Ilić Ž. (2024) Sustainability of the development of the medical system in Serbia 10.5937/EEE24080N
5. Nikolić-Ilić Ž., Žarić N. (2025), Resilience of Healthcare Organizations During the Pandemic, Journal of Entrepreneurship And Buisness Resilience Year VII • Vol 8, No 1, pp. 21-43