

Željko Jović*

IZAZOVI FUNKCIONISANJA ZDRAVSTVENIH SISTEMA I ZDRAVSTVENIH OSIGURANJA U POSTCOVID ERI

Sažetak

U periodu pre pandemije COVID-19 činilo se da su zdravstveni sistemi i osiguranja razvijenih zemalja izuzetno stabilni, funkcionalni i u velikoj meri humano organizovani. Konstantna ulaganja u oblast zdravstva, napredak medicinskih istraživanja odavao je utisak sigurnosti i vere da će zdravlje biti jedna od navrednijih kategorija čovečanstva u budućnosti. Značaj zdravlja dosegao je čak dotle da su izborni rezultati recimo u SAD polovinom druge decenije XXI veka u velikoj meri zavisili od zdravstvene programske politike. Međutim, pandemija COVID-19 u potpunosti je opovrgla ova stanovišta i ukazala na značajne propuste, nefleksibilnost, pa i korupciju kada su u pitanju zdravstvena osiguranja i organizacija zdravstvenih sistema. Naime, kriza je ogolila potpunu odsutnost zajedničke strategije u okviru EU, kao i nemogućnost bilo kakvog uticaja na ponašanje, organizaciju i činjenje kada je u pitanju sama borba protiv pandemije. Zdravstveni sistemi i osiguranja članica EU ostali su potpuno inokosni, bez prekogranične saradnje, a primetna je bila i neusklađenost u informisanosti građana o pravima i mogućnostima same zdravstvene zaštite. Naime, države starog kontinenta su svaka za sebe planirale i sprovodile aktivnosti u borbi protiv pandemije, a zajedničke evropske vrednosti su ostale na njenim marginama. Gotovo ista, ili još gora situacija je bila i u SAD-u, gde je državni zdravstveni sistem, a naročito državno zdravstveno osiguranje, prvenstveno iz finansijskih razloga, bilo pred totalnim kolapsom. Ovo se naročito odrazilo na poslovanje privrednih subjekata koji su ukidali ili revidirali obim i strukturu zdravstvenog osiguranja zaposlenih. Čak ni to nije bilo dovoljno da se obezbedi likvidnost većine kompanija, koje su samo za zakupe i hipoteke dugovale nekoliko stotina milijardi dolara. Što se tiče situacije u Republici Srbiji, pandemija je pokazala da naš zdravstveni sistem i nije tako loš kako smo spremni da ga ocenimo. Iako ne postoji povezanost državnog i privatnog zdravstvenog sektora, pandemija je pokazala svu fleksibilnost i, u datim okolnostima, dobru organizovanost. Zasluga je najvećim delom i na medicinskom kadru, koji je pokazao neverovatnu požrtvovanost kako bi zdravstveni sistem funkcionisao. Sve ovo pokazuje odsustvo globalne strategije odbrane od izazova koji mogu ugroziti zdravlje i ljudsku populaciju. Svet je bio potpuno nespreman da se odupre na adekvatan način izazovima koje mogu da donesu pandemije poput COVID-19.

Ključne reči: *zdravstveni sistem, zdravstveno osiguranje, pandemija, trgovina uticajem, prekogranična zdravstvena zaštita, globalna zdravstvena saradnja.*

* Doktor tehničkih nauka iz oblasti organizacionih nauka, direktor Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja DDOR Novi Sad, Republika Srbija. E-mail: zeljko.jovic973@gmail.com

1. UVOD

Svet pre pandemije COVID-19 možda nije bio najidealnije mesto za život, ali je svakako pružao veći osećaj sigurnosti i održivosti za čoveka kao pojedinica i svaku državu kao teritorijalnu i/ili nacionalnu tvorevinu (UNICEF, Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva, 2021).

Pandemija, a zatim i globalna politička i ratna kriza na istoku Evrope su drastično promenile sliku o čoveku, humanosti, odgovornom ponašanju i činjenju (Beogradski centar za bezbednosnu politiku, 2022). Zaboravljeni su mnogi principi koji su postojali pre ovih događaja, a fokus ćemo staviti na zdravstvene sisteme i zdravstvena osiguranja.

Naime, kriza je pokazala da u EU ne postoji zadovoljavajuća saradnja između zdravstvenih sistema i osiguranja članica EU, dovoljna informisanost građana o pravima i mogućnostima prekogranične zdravstvene zaštite, kao ni jasna pravna forma korišćenja medicinskih usluga van teritorije domicilne države (Menke *et al.*, 2003).

Ništa bolja situacija nije bila ni u SAD, gde su potpuno urušene vrednosti čuvenog "Obamakera" (stupio na snagu 2014. godine i njime je uvedeno obavezno zdravstveno osiguranje za većinu stanovnika). Najveći pritisak su počele da trpe mala i srednja preduzeća, koja su usled nelikvidnosti kasnila sa plaćanjem zdravstvenog osiguranja svojih zaposlenih, a polovinom 2021. godine čak 64% poslodavaca u SAD je redukovalo pokrivaču u zdravstvenom osiguranju. Što se tiče situacije u Republici Srbiji, rezultati i istraživanja pokazuju da smo ovu situaciju iskoristili za značajno osavremenjavanje našeg zdravstvenog sistema, izgradnju bolničkih kapaciteta i bolje povezivanje privatnog i državnog zdravstvenog i osiguravajućeg sektora. Mora se istaći i činjenica da je medicinski kadar u našoj zemlji dao izuzetan doprinos i više nego maksimalnim angažovanjem obezbedio da zdravstveni sistem izdrži najveće udare pandemije (Totić, 2021). Dugoročno posmatrano, problem stvara i opadanje broja pruženih necovid usluga u prethodnim godinama (Institut za javno zdravlje Republike Srbije, 2020, 2021).

Ovo se posebno odnosi na preventivne preglede koji su u EU tokom 2021. godine pali za 14% (Komitet za zdravstvo EU, 2021), a u SAD za 7% (Nacionalni zdravstveni centar države Vašington, 2021). Razlog je strah od eventualne zaraze korona virusom, kao i fokus zdravstvenih sistema na borbi sa posledicama pandemije.

Sve ovo može biti uzrok povećanog broja medicinskih komplikacija i otkrivanja ozbiljnih hroničnih i sistemskih zdravstvenih poremećaja u uznaprednovanim fazama. Ovo će imati za posledicu veća finansijska izdvajanja za saniranje zdravstvenih problema, smanjivanje radno sposobnog stanovništva i veća odsustva sa

posla, zbog čega će opasti i produktivnost u kompanijama (Konferencija UOS-a, zaključci Panela Izazovi DZO-a u narednom periodu, 2021).

Uticaj efekta odložene zdravstvene zaštite nije moguće *ad hoc* zaustaviti, već za to treba doneti što pre odgovarajuće nacionalne zdravstvene strategije, koje će između ostalog obuhvatiti i preventivnu zaštitu svih starosnih kategorija.

Svi smo postavljali pitanje kada će se pojaviti vakcina protiv korona virusa, a onda je možda još bitnije bilo, ko i kada će dobiti ovu vakcinu. Ova situacija pokazuje da je manipulacija građanima, a i državama, veoma moguća, ako postoji izloženost zdravstvenim problemima koji mogu da ugroze politički i ekonomski sistem pojedinih zemalja (Beogradski centar za bezbednosnu politiku, 2022). Zato kada govorimo o proizvodnji vakcina, veoma je bitna autonomnost svake države u tom smislu. Faktički posmatrano, ako se izuzme Engleska koja nije više deo EU, evropska vakcina i ne postoji. Globalne sile, poput SAD, Rusije i Kine imaju mogućnost da određene političke i ekonomske uticaje realizuju pritiskom obezbeđivanja vakcina ili druge podrške na saniranju efekata pandemija ili epidemija (Javni servis RTS, emisija TV Oko, februar 2021).

2. KOMPARATIVNI PRIKAZ ZDRAVSTVENIH SISTEMA I OSIGURANJA – PRIMERI EU, SJEDINJENIH AMERIČKIH DRŽAVA I REPUBLIKE SRBIJE PRE I ZA VREME PANDEMIJE COVID-19

Posmatrajući EU kao jedinstvenu celinu sa aspekta zdravstvenog sistema i osiguranja, može se zaključiti da je ova oblast na početku stvaranja ideje ujedinjenja Evrope imala vrlo značajnu ulogu i smatrana je jednim od načela jedinstva i funkcionisanja evropskih naroda. Naime, još potpisivanjem Rimskog ugovora (stupio na snagu 01. 01. 1958.godine) i praktičnim osnivanjem Evropske ekonomske zajednice, jedno od centralnih načela bilo je Načelo slobodnog kretanja ljudi, roba i usluga (član 26. i članci 28 do 37. Ugovora o funkcionisanju Evropske unije (UFEU)). Između ostalog, ovim načelom je predviđeno da će članice potpisnice usko sarađivati u oblasti zdravstva i zdravstvenoj zaštiti svih evropskih naroda. Da se na ovom polju dosta radilo, pokazao je i ugovor iz Mastrihta 1992. godine kojim je formirana Komisija za koordinaciju rada zdravstvenih sistema i koja je imala za cilj da sublimira sve dodatašnje aktivnosti, kao i da donese plan daljeg razvoja zdravstvene zaštite zemalja članica. Suočavajući se sa brojnim izazovima nadležna tela EU su donela odluku da određenom centralizacijom i formiranjem Direktorata za zdravstvenu zaštitu i zaštitu potrošača SANCO tokom 2000. godine pokušaju da nametnu određene zajedničke principe i načela ponašanja u ovoj oblasti državama članicama (Eurocare, Directorate General Health and Consumer Affairs (DG SANCO), 2015).

Iako su ova tela EU u godinama za nama definisala brojne akte, od kojih su pojedina i obavezujuća, svedoci smo da je veći deo država članica izolovao svoje zdravstvene sisteme i zdravstvenu politiku od uticaja EU, pravdajući to mnogim razlozima. Naime, pojedine države su smatrale da značajno više ulažu u svoje zdravstvene sisteme i da imaju bolje razvijenu službu zdravstvene zaštite, zbog čega nisu želele da građani drugih članica troše njihove materijalne i ljudske resurse.

S tim u vezi, EU je pokušala da ovu situaciju prevaziđe donošenjem principa eksteritorijalnosti i pravom zagranične zdravstvene zaštite građana EU. Tim principom omogućeno je da građani EU, bez obzira što žive na teritoriji određene države, mogu u cilju rešavanja zdravstvenih problema sa kojima su suočeni, tražiti zdravstvenu zaštitu na području drugih zemalja EU, a nacionalni Fondovi za socijalnu i zdravstvenu zaštitu su u obavezi da im to omoguće. Naravno, u praksi je to bilo drugačije i poznata su dva slučaja Kohil i Decer iz 1998. godine (Judgments of the Court of Justice in Cases Nikolas Decer, april 1998) i Smits i Peerbooms iz 2001. godine (Paulus *et al.*, 2002) kojima je bilo onemogućeno korišćenje prekogranične zdravstvene zaštite. Iako je Evropski sud pravde doneo presude kojima je zaštitio prava građana u pomenutim slučajevima, ujedno se ogradio za sve buduće slične situacije, pravdajući to činjenicom da navedeno ne sme predstavljati praksu u budućnosti, jer može dovesti do ozbiljnih poremećaja u funkcionisanju nacionalnih fondova za socijalnu i zdravstvenu zaštitu, dajući im diskreciono pravo da sami odlučuju da li će građanima njihovih zemalja biti omogućena prekogranična zdravstvena zaštita. Od ovog prava se odstupa samo u slučajevima kada zdravstveni sistem određene zemlje ne može pružiti adekvatnu zdravstvenu zaštitu građanima, ali i tada ocenu o adekvatnosti lečenja imaju nacionalni fondovi.

Kako bi ublažili negativne efekte ovakvih odluka, kojima se vanpravno zalazi u nepoštovanje osnovnih načela EU (načelo slobode pružanja i primanja usluga), zvanični Brisel je doneo odluku da se na godišnjem nivou izdaje određeni broj tzv. Evropskih kartica zdravstvenog osiguranja (Uredba EZ br 883/2004) koje će služiti građanima EU za vreme boravka na teritoriji drugih zemalja (godišnji odmor, poslovna putovanja i sl.) radi pružanja neophodne zdravstvene zaštite u hitnim situacijama, kao i za saniranje problema u vezi sa hroničnim oboljenjima. Dakle, na ovaj način vešto je izbegnut izbor svakog građanina EU gde i kada će mi biti pružena zdravstvena bez obzira da li se u tom trenutku nalazi na teritoriji svoje ili neke druge zemlje.

Kada je u pitanju zdravstveni sistem i zdravstvena osiguranja u SAD, najvažnije je istaći da su do 2014. godine federalni i državni akti tretirali brigu o zdravlju nacije kao privatnu stvar pojedinca, što u prevodu znači da nije postojala obaveza opšteg zdravstvenog osiguranja i svako se lečio shodno zdravstvenoj kulturi i finansijskim mogućnostima (Helath Shepra USA, 2022).

U tom smislu, do 2010. godine federalna zdravstvena zaštita za stanovnike mlađe od 65 godina postoji samo u izuzetnim slučajevima. Naime, procentualno posmatrano, u tom periodu za 59,3% stanovnika zdravstveno osiguranje je pokrivaio poslodavac kao benefit, 8,9% stanovnika je bilo samoosigurano, a tek nešto više od $\frac{1}{4}$ ili 27,8% stanovnika lečilo se o trošku države (KFF, Health Costs, Employer Health Benefits Survery, 2020). Posle velikih političkih previranja i debata u državnim institucijama, tokom 2014. godine uvodi se obavezno zdravstveno osiguranje za većinu stanovnika. Ove izmene Zakona o zdravstvenoj zaštiti poznate su kao „Obamaker“, prvenstveno zbog činjenice da je na „krilima“ ovih promena predsednik Barak Obama za sebe obezbedio novi predsednički mandat. Na osnovu ovih izmena stanovnicima sa niskim primanjima omogućeno je dobijanje subvencija kao deo doprinosa za zdravstveno osiguranje, dok je osiguravajućim kompanijama zabranjeno da se diskriminišući odnose prema već obolelim osiguranicima (USA.gov, Health Insurance, 2021). „Obamaker“ je značio preko 940 milijardi dolara dodatnih investicija u zdravstveni sistem za period od narednih 20 godina, a gotovo polovina od tog iznosa, preko 400 milijardi dolara obezbeđiće se od dodatnih poreza građana sa višim primanjima (McKinsey&Company, The future of US healthcare, 2022). Na ovaj način broj građana bez privatnog ili državnog zdravstvenog osiguranja smanjen je za 29 miliona do 2015. godine ili za 9,1% stanovništva (Census bureau US, 2016).

Novi način zdravstvene zaštite bio je veliki finansijski udar na budžet SAD-a, gde se zbog svega ovoga na zdravstveno osiguranje izdvajalo 17,4% BDP-a. Koliki je to bio izdatak najbolje govori podatak da se na vojsku izdvaja 3,1% BDP-a, a vojni budžet SAD-a je daleko najveći u svetu. Posmatrano u odnosu na svakog pojedinca, treba istaći da se godišnje po glavi stanovnika izdvaja 7.940 dolara što je ubedljivo najviše (The balance, 4 Critical Drivers of America's Economy, 2022).

Šta se u ovom periodu dešavalo sa zdravstvenim sistemom i zdravstvenim osiguranjem u Republici Srbiji? Naime, posle turbulentnog perioda i, može se reći, potpunog urušavanja zdravstvenog sistema u našoj zemlji, od 2014. godine počinje njegova stabilizacija, što je imalo pozitivni efekat na napredak na lestvici zdravstvenih sistema evropskih država. Zdravstveni sistem Republike Srbije je rangiran kao 18. od 35 ocenjivanih (Euro Health Index EHCI, 2018).

Ovaj period stabilizacije karakteriše razvoj privatnog zdravstvenog sektora i jasno razgraničenje njegovog delovanja i učešća u zdravstvenoj zaštiti građana Republike Srbije. Razvoj privatnog zdravstvenog sektora – preko 1.500 pravnih lica (Evidencije APR-a i osnovnih sudova Republike Srbije, 2018) dovele su do razvoja i Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja – preko 150.000 osiguranika, a 90% kao kompanijski benefit (Izveštaj NBS, 2021). Takođe, značajno su povećana izdvajanja za zdravstvenu zaštitu i ona iznose oko 10% BDP-a, što je 633 evra

po stanovniku. Poređenja radi, u Rumuniji se izdvaja 580 evra, a u Bugarskoj 590 evra po glavi stanovnika (Nova ekonomija, decembar 2020).

Zbog dugogodišnjeg urušavanja zdravstvenog sistema treba istaći da u periodu pre kovid epidemije, posebno pre 2018. godine, preventivna zdravstvena zaštita gotovo nije postojala, osim za pojedine delatnosti i radna mesta sa povećanim rizikom. Ovo je uslovalo da imamo srednju stopu žena obolelih od karcinoma dojki, ali najveću stopu mortaliteta u Evropi, s obzirom da se ova vrsta karcinoma zbog izostanka preventive otkriva u poodmaklim fazama, kada lečenje nema toliki procenat uspešnosti (Institut za javno zdravlje Republike Srbije, 2019).

U tom periodu postojale su ogromne liste čekanja za „skupu dijagnostiku“ i operativne zahvate, a primetan je bio akutni nedostatak zdravstvenih ustanova za sekundarnu i tercijarnu zaštitu.

3. ZDRAVSTVENI SISTEMI I OSIGURANJA NAKON PANDEMIJE COVID 19 – PRIMERI EU, SJEDINJENIH AMERIČKIH DRŽAVA I REPUBLIKE SRBIJE

Do 2020. godine zdravstvena saradnja u EU je značila – “pravno je sve moguće, a praktično gotovo ništa”, zbog čega je stari kontinent pandemiju COVID-19 dočekao potpuno nespreman i bez zajedničke zdravstvene strategije. Cela situacija je dodatno usložena ekonomskom krizom koja je nastupila zbog specifičnosti poslovanja u vreme pandemije, kao i početka ratnih sukoba na istoku Evrope.

U tom smislu negativne refleksije na zdravstveni sistem bile su sledeće:

- tokom 2021. godine preko 1.1 milion zaposlenih u EU je ostalo potpuno ili delimično bez stalnih prihoda, od čega 7% bez bilo kakvog zdravstvenog osiguranja (Izveštaj Pododbora za unutrašnje tržište i konferenciju, Brisel, 2022);
- pojedine zemlje, poput Poljske, beleže rekordne inflacije u poslednjih 30 godina, a banke poput onih u Velikoj Britaniji počinju sa podizanjem referentnih kamatnih stopa (Nova ekonomija, 2022);
- zdravstveni sistemi Španije, Italije i Bugarske su suočeni sa velikim izazovima, objektivnim – zbog nedostatka finansijskih sredstava i medicinskog osoblja, i subjektivnim zbog duboke nacionalne i političke podeljenosti (Beogradski centar za bezbednosnu politiku, 2022);
- nekontrolisani prilivi migranata i ratom raseljenih lica dodatno opterećuju sisteme socijalne i zdravstvene zaštite;
- najveća stopa medicinske inflacije u poslednjih 20 godina – rast cena medicinskih usluga veći je prosečno 8% u zemljama EU (Outlook money, 2022).

Negativan trend u zdravstvenim sistemima EU usticao je na izostanak kvalitetne medicinske podrške, a strateški posmatrano, Evropa je izgubila “bitku za vakcine” i postala zavisna od SAD-a, Kine i Rusije.

Naime, izuzimajući Veliku Britaniju koja je i formalno van EU, stari kontinent je postao podložan trgovini uticajem od strane preostale tri velike sile i njihove “dobre volje” kada su u pitanju vakcine protiv korona virusa.

Odsustvo strategije se naročito vidi u odsustvu mogućnosti uticaja na planiranje zajedničkih aktivnosti kada je vakcinacija u pitanju. Primer je Bugarska gde je stopa vakcinisanih jedna od najmanjih u svetu, dok je stopa smrtnosti od posledica korona virusa najveća u Evropi, posmatrano u odnosu na broj stanovnika (Izveštaj zdravstvenog odbora pri Savetu Evrope, 2021).

Od ostalih posledica koje je izazvala pandemija COVID-19 po građane EU treba izdvojiti sledeće trendove:

- usled opterećenosti zdravstvenih sistema, ali i straha od odlaska kod lekara za necovid usluge, značajno je opao broj pruženih usluga koje nisu vezane za samu pandemiju korona virusa. Naime, tokom 2021. godine pruženo je prosečno 13% manje necovid zdravstvenih usluga u odnosu na 2019. godinu (Godišnji medicinski izveštaji o pruženim uslugama Ministarstava zdravlja Nemačke, Poljske, Španije i Italije, 2022);
- smanjen broj preventivnih pregleda za više od 40% tokom 2020. godine (XV evropska nedelja prevencije karcinoma raka grlića materice, 2021). Ovaj efekat „odložene zdravstvene zaštite“ daće negativne rezultate u budućnosti i to većim troškovima lečenja iz fondova socijalne i zdravstvene zaštite, većim mortalitetom od posledica hroničnih bolesti i manjom radnom sposobnošću građana EU;
- broj lekara po glavi stanovnika u EU je opao za više od 10%, a srednjeg medicinskog kadra za 8% (Izveštaj zdravstvenog odbora pri Savetu EU, 2022);
- medicinski fakulteti u EU beleže za 14% manji broj upisa studenata usled smanjenog interesovanja (Eurostat, statistics explained, 2021);
- povećana tražnja za uslugama telemedicine – preko 120% više pruženih usluga u odnosu na period pre pandemije (McKinsey&Company, Telehealth, 2021);
- značajno povećan broj pruženih usluga u oblasti mentalnog zdravlja – rast od 23% (Mental Health Foundation UK, 2021).

Za to vreme ništa bolja situacija nije bila ni u SAD. Iako je sistem zdravstvene zaštite dosta dobro funkcionisao, ekonomija je posustajala i ulazila u recesiju zbog novonastalih okolnosti, zbog čega se postavljalo pitanje da li će i dokle izdržati zdravstveni sistem i sistem zdravstvenih osiguranja.

Treba napomenuti da je u momentu izbijanja pandemije COVID-19 preko 40% zaposlenih u SAD-u bilo radno angažovano u malim i srednjim kompanijama (do 500 zaposlenih), a da je do kraja Q3/2020. godine ispod 5% njih navelo da ima probleme u plaćanju zdravstvenog osiguranja za svoje zaposlene. Međutim već početkom 2021. godine čak 32% pripadnika ovog privrednog klastera je kasnilo sa plaćanjem zdravstvenog osiguranja. Možda deluje da to nije previše, s obzirom na krizu koja se desila relativno iznenada, ali treba dodati da preko 80% ovih kompanija nije plaćalo ili je kasnilo sa plaćanjem zakupnina ili hipoteka. Situacija je dakle postala više nego ozbiljna (OESD, 2021). Polovinom 2022. godine zbog izuzetnih ekonomskih izazova usloženih dodatno ratom na istoku Evrope, čak 64% poslodavaca je redukovalo pokrića u zdravstvenom osiguranju, a 5,3% velikih kompanija potpuno je ukinulo ovaj benefit za svoje zaposlene (CAP, Employer and Worker, Led efforts to Lower Health Insurance Costs, 2022). Ovakva situacija je primorala i poslodavce i saveznu državu da pregovaraju o dodatnim olakšicama od strane osiguravajućih kompanija u smislu reprograma i otpisa rata premije. Ovi pregovori su u toku i očekuje se da će do kraja 2022. godine biti zaključeni zajedničkim aktom. Za sada svaka strana drži početne pozicije, dok savezna država kao medijator nastoji da približi stavove i izdejstvuje rešenje izlaska iz komplikovane situacije.

Kako se sama pandemija odrazila na kvalitet zdravstvene zaštite i socijalnu brigu o građanima u SAD:

- zbog zauzetosti kapaciteta covid pacijentima, broj preventivnih pregleda tokom 2022. godine opao je za 37% u odnosu na 2019. godinu (BMC Health Services Research, september 2022);
- broj lekara na 10k stanovnika je pao sa 26 na 22, a srednjeg medicinskog kadra sa 49 na 38 (World Health organization, The global health observatory, 2022)
- broj studenata medicine je opao za 4,4% na federalnom nivou (Education Data, Initiative, 2022);
- zbog uticaja COVID-19 planirana su dodatna finansijska sredstva za najugroženije kategorije stanovništva u iznosu od 1,2% BDP-a (The World Bank, Global Growth to slow through 2023, 2022).

Za sve to vreme u Srbiji je primetno poboljšanje zdravstvenog sistema i to u pre svega u organizacionom, strukturalnom i tehničkom smislu. Izgrađeno je više bolničkih kapaciteta i prvi put problem nije više materijalne prirode, već je kadrovski izazov krucijalni problem. Naime, preko 1.000 zdravstvenih radnika svake godine napusti zemlju u potrazi za boljim životnim standardom (Evidencije lekarske komore R Srbije, 2021).

Podrška privatnog zdravstvenog sektora tokom pandemije, dovela je do njegove delimične integracije sa državnim zdravstvenim sektorom, naročito u oblastima gde su popunjeni kapaciteti državnih bolnica. To su uglavnom bolničke usluge, poput operacija kuka, kolena, oftalmološke operacije i vantelesna oplodnja (Republički fond za zdravstveno osiguranje, 2022).

Intervencija Vlade Republike Srbije i finansijska pomoć i olakšice privrednim subjektima naše zemlje, omogućile su izuzetno veliki procenat obnova kolektivnih polisa – preko 90% prema broju ugovora iz 2019. godine (Komisija za zdravstveno osiguranje UOS, 2022).

Za razliku od kolektivnih ugovaranja, kod individualnih polisa zdravstvenog osiguranja primetan je veći broj raskida ili neobnovljenih ugovora. Do pandemije na nivou industrije osiguranja, ovaj procenat je iznosio 86%, a tokom pandemije je pao na 71% (Udruženje osiguravača Republike Srbije, 2021). Razlog je finansijski aspekt i osećaj neizvesnosti za predstojeći period, posmatrano na nivou životnog standarda.

I kod nas je značajno smanjen broj preventivnih pregleda i kreće se oko 30% manje u odnosu na period pre pandemije. Zabrinjavajući je podatak da je broj operativnih zahvata nešto manji nego tokom 2019. godine i to za oko 15% (Institut za javno zdravlje Republike Srbije, 2021). Takođe, povećana je potreba za uslugama mentalnog zdravlja, a medicinska inflacija beleži rast od 12% godišnje (Komisija za zdravstveno osiguranje UOS, septembar 2022).

4. ZAKLJUČAK

Tokom pandemije COVID-19 stečeno je iskustvo u organizovanju i sprovođenju mera (zdravstvenih, privrednih, socijalnih) u cilju smanjenja njenih trenutnih i budućih efekata. Bez obzira na sve negativne strane same pandemije, mora se potvrditi da su stvaranje globalnog jedinstva, razmena znanja i iskustava, najbolji načini ka njenom okončanju. U tom smislu, razvijen je veći broj vakcina i lekova kao direktno oružje za borbu protiv korona virusa. Svemu tome je doprinela brza razmena informacija, uslovljena dodatnim IT razvojem i direktnim pozitivnim efektima IV industrijske revolucije.

Takođe, pokazane su i brojne slabosti, a to je da zdravstveni sistemi i zdravstvena osiguranja i dalje u velikoj meri poštuju princip teritorijalnosti. Ovo još više dobija na značaju zbog činjenice nesrazmerne globalne pokrivenosti savremenim tehničkim i medicinskim kapacitetima. Celokupnu situaciju komplikovanijom čini borba za medicinski kadar, zbog čega nerazvijene i zemlje u razvoju ostaju bez dovoljno kadrovskih kapaciteta. Poseban izazov je medicinska

inflacija koja je i po nekoliko puta veća na godišnjem nivou od ekonomske inflacije. Naravno, slabost je i ne baš dovoljna pripremljenost za nove globalne krize, pre svega ekonomske i političke.

U svemu ovome treba tražiti dodatnu šansu, razvijajući i prilagođavajući zdravstvene sisteme i proizvode zdravstvenih osiguranja novim, globalnim, trendovima i izazovima. Takođe, treba raditi uz podršku i pomoć savremenih tehnologija, poput telemedicine. Posebnu posvećenost treba dati preventivnoj zdravstvenoj zaštiti, kroz saradnju pojedinca, kompanija, osiguravača i države. U tom smislu, mora se obezbediti bolja razmena iskustava i znanja, kao i bolja pokrivenost zdravstvenog osiguranja za što veći broj stanovnika naše planete.

Treba ostati oprezan, budući da se može očekivati dalji nastavak trenutne pandemije, ali i pojava novih zdravstvenih izazova. Zato treba napraviti plan sprečavanja posledica odložene zdravstvene nege, naročito u segmentu maligniteta i mentalnog zdravlja, kao i brojnih hroničnih oboljenja. Da bi se sve ovo ostvarilo, neophodno je regulisati migracije medicinskog kadra, a trgovinu uticajem na zdravlje pojedinca i nacije svesti na najmanji mogući nivo.

LITERATURA

- Beogradski centar za bezbednosnu politiku. (2022). Pregled aktuelnosti i bezbednosnih politika u svetu.
- Evidencije lekarske komore Republike Srbije (jul 2021).
- Godišnji izveštaji o pregledu nezazarnih bolesti na teritoriji Republike Srbije. (2020, 2021). Institut za javno zdravlje Republike Srbije.
- Godišnji izveštaj o pruženim zdravstvenim uslugama u vanbolničkom lečenju (2021). Komitet za zdravstvo EU,
- Menke, R. et al, (2003). Report on Socio-Economic Differences in Health Indicators in Europe. Institute of Public Health, NRW, Bielefeld. Dostupno na: https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/ges_planen/projekte/wiss_reihe_16_socio-economic-differences.pdf
- Nacionalni zdravstveni centar države Vašington. (2021). Pregled primarnih medicinskih usluga države Vašington.
- Nicolas Decker v Caisse. (1998). Case C-120/95, de maladie des employés privés, Judgment of 28 April 1998, [1998] ECR 000. Dostupno na: https://www.biicl.org/files/1898_c-120-95.pdf
- Paulus, A. et al. (2002). Cross Border Health Care: An Analysis of Recent ECJ Rulings. *European Journal of Law and Economics*, 14, 61–73. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1015642601282>

- Savet Evrope EU. (2022). Izveštaj Pododbora za unutrašnje tržište i konferenciju. Totić, I. (2021). Politike u zdravstvenom sistemu Evropske unije. *Zdravstvena zaštita*, Vol. 40, br. 5, 43–55. DOI: 10.5937/ZZ1105043T
- UNICEF, Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva (oktobar 2021). Kvartalni Izveštaj za Sednicu UN-a.

Internet izvori

- CAP. (2022, July 28), Employer and Worker, Led efforts to Lower Health Insurance Costs. Dostupno na: <https://www.americanprogress.org/article/employer-and-worker-led-efforts-to-lower-health-insurance-costs/>
- Census bureau US. (2016, September). Monthly review of current affairs. Dostupno na: <https://www.census.gov/>
- Education Data. (2022). Initiative. Dostupno na: <https://ies.ed.gov/schoolsurvey/spp/>
- Euro Health Index. (2018). EHCI. *Health Consumer Powerhouse*. Dostupno na: <https://healthpowerhouse.com/publications/>
- Eurocare, (2015). Directorate General Health and Consumer Affairs (DG SANCO), Dostupno na: <https://www.eumonitor.eu/9353000/1/j9vvik7m1c3gyxp/vg9hptvfxcy1>
- Eurostat. (2021). Statistics explained. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Main_Page
- Health Shepra USA. (2022, July). Monthly review. Dostupno na: https://www.univistainsurance.com/lp-fl-obamacare-oscar-health-insurance/?utm_campaign=google-florida-ppc-obamacare-oscar&utm_term=health%20insurances&creative=557395396298&gclid=EAIaIQobChMI0oCmwv-g-wIV8_3V-Ch1xcwM8EAAAYASAAEgLmcvD_BwE&gclid=EAIaIQobChMI0oCmwv-g-wIV8_3V-Ch1xcwM8EAAAYASAAEgLmcvD_BwE
- Javni servis RTS. (februar 2021). Emisija TV Oko, *Pandemija i svet* <https://www.rts.rs/page/stories/sr/%D0%9A%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81/news/3138/koronavirus-u-svetu.html>
- KFF. (2020). Health Costs, Employer Health Benefits Survey. Dostupno na: <https://www.kff.org/health-costs/report/2021-employer-health-benefits-survey/>
- Konferencija UOS-a, (novembar 2021). Zaključci Panela Izazovi DZO-a u narednom periodu.
- McKinsey&Company. (2022, July 19). The future of US healthcare. Dostupno na: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/>

our-insights/the-future-of-us-healthcare-whats-next-for-the-industry-post-covid-19

- Mental Health Foundation UK. (2021). Godišnji izveštaj i preporuke na sajtu: https://healthandcare.portsmouth.gov.uk/mental-health/im-feeling-distressed/?gclid=EAIaIQobChMIIZb8xYyh-wIV9I9oCR1_uQk_EAAYASABE-gIz0fD_BwE
- NBS. (2021). Godišnji izveštaj o poslovanju i rezultatima rada. NBS 2021. Dostupno na: <https://nbs.rs/sr/drugi-nivo-navigacije/publikacije-i-istrazivanja/GIOPRR/>
- Nova ekonomija. (decembar 2020). Pregled aktuelnosti. Dostupno na: <https://novaekonomija.rs/>
- The balance. (2022, January 18) Components of GDP Explained – 4 Critical Drivers of America’s Economy. Dostupno na sajtu: <https://www.thebalancemoney.com/components-of-gdp-explanation-formula-and-chart-3306015>
- The World Bank. (2022, January 11) Global Growth to slow through 2023, Adding to risk of ‘Hard Landing’ in Developing Economies. Dostupno na: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2022/01/11/global-recovery-economics-debt-commodity-inequality>
- USA. gov. (2021, May). Health Insurance. Dostupno na: <https://www.usa.gov/health-insurance>
- World Health organization. (2022). The global health observatory. Dostupno na: <https://www.who.int/data/gho>
- XV evropska nedelja prevencije karcinoma raka grlića materice. (2021, januar). *Gradski zavod za javno zdravlje Beograd*. Dostupno na: <https://www.zdravlje.org.rs/index.php/aktuelne-vesti/957-evropska-nedelja-prevencije-raka-grlica-materice-2021>

CHALLENGES OF FUNCTIONING OF HEALTH SYSTEMS AND HEALTH INSURANCE IN THE POST-COVID ERA

Summary

In the period before the Covid-19 pandemic, it seemed that the health and insurance systems of developed countries were extremely stable, functional and largely humanely organized. Constant investments in the field of health, the progress of medical research gave the impression of certainty and faith that health would be one of the most valuable categories of humanity in the future. The importance of health even reached the point that the election results, for example, in the USA in the second half of the 21st century, depended to a large extent on the health program policy. However, the Covid-19 pandemic has completely refuted these views and pointed to significant omissions, inflexibility, and even corruption when it comes to health insurance and the organization of health systems. Namely, the crisis has shown that in the EU there is no satisfactory cooperation between health systems and insurance of EU members, sufficient information of citizens about the rights and possibilities of cross-border health care, as well as clear legal form of using medical services outside the territory of the domicile state. The members of the EU, as well as those outside of it in Europe, each became well-fortified bastions where common European values almost did not exist. Everyone fought individually as he knew and was able. The situation was no better in the USA either, where the values of the famous "Obamacare" (entered into force in 2014 and introduced mandatory health insurance for the majority of US residents) were completely destroyed. Small and medium-sized companies began to suffer the greatest pressure, which, due to insolvency, were late in paying their employees' health insurance, and in the middle of 2021, as many as 64% of employers in the USA reduced their health insurance coverage. As for the situation in the Republic of Serbia, the pandemic has shown that our health system is not as weak as we are ready to assess it. Although there is no connection between the state and private health sectors, the pandemic has shown all the flexibility and, under the circumstances, good organization. The credit goes mostly to the medical staff, who showed incredible sacrifice to keep the health system functioning. All this shows the absence of a global defense strategy against challenges that can threaten health and the human population. The world is completely unprepared to adequately resist the challenges that pandemics like Covid-19 can bring.

Keywords: health system, health insurance, pandemic, trade in influence, cross-border health care, global health cooperation.

* PhD in Technical Sciences in the Field of Organizational Sciences. Director of Voluntary Health Insurance DDOR Novi Sad, Republic of Serbia. E-mail: zeljko.jovic973@gmail.com

