

Pregledni članak
doi: 10.5937/NPDUNP2002152R
UDK: 005.412:614.2(497.11)
005.412:614.2(520)

NEKI ASPEKTI RAZVOJA ZDRAVSTVENOG SISTEMA SRBIJE I JAPANA

Vladimir Radivojević

Univerzitet u Prištini sa privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici,
Ekonomski fakultet

Sanja Vesić

Univerzitet u Nišu, Ekonomski fakultet

Zdravstveni sistem predstavlja najvažniji podsistem društva u jednoj zemlji, čiji je osnovni cilj unapređenje i očuvanje zdravlja ljudi. Razvijanje što efikasnijeg i efektivnijeg zdravstvenog sistema je neophodno za uspešan razvoj društva. Tehnološkim i društveno-ekonomskim razvojem podstiče se i razvoj zdravstvenog sistema i isticanja značaja efikasnog menadžmenta u zdravstvu. Komparacijom zdravstvenog sistema Srbije i Japana uočavamo znatnu razliku funkcionisanja ova dva sistema. Stoga je potrebno sagledati konkretne probleme u sistemu zdravstvene zaštite u Srbiji i pronaći odgovarajuće načine za rešavanje tih problema na svim nivoima zdravstvene zaštite, ugledajući se na Japan kao jedan od najboljih svetskih modela zdravstvene zaštite.

Ključne reči: zdravstveni sistem, menadžment, reforma.

UVOD

Razvojna agenda 2030 UN, usvojena septembra 2015, pod nazivom “Transformisanje našeg sveta: Agenda 2030 za održivi razvoj”, između 17 ciljeva, ističe kao treći, ključan cilj – zdravlje, obezbeđenje zdravog života bez obzira na životno doba ili mesto u svetu (Popović, 2020). Ovako široko obuhvaćenom cilju društva, u svim zemljama sveta značajno može da doprinese i zdravstveni sistem. Naime, ovaj sistem je jedan od najbitnijih pod sistema društva koji brine o zdravstvenoj zaštiti ljudi tokom njihovog životnog veka. Zbog toga je struktura zdravstvenog sistema u jednoj zemlji jako bitan faktor njenog daljeg razvoja. Društveni, ekonomski i tehnološki razvoj dovode do razvoja zdravstvenog sistema u svetu. Osnovni zadatak menadžmenta u zdravstvu jeste da uspešno rukovodi i efektivno organizuje zdravstveni sistem jedne zemlje. Međutim, ovaj problem ima svetsku dimenziju zbog problema ekspanzionizovanog rasta svetskog stanovništva. Ovaj problem “još uvek nije rešen, a da li će ikada i biti, teško je prognozirati. Za sada, rešavanje ovog problema i posledica koje može da uzrokuje kao što je siromaštvo, ekonomska nejednakost, socijalna isključivost...” (Sarić, 2017, 16), vrlo je teško sagledati. Ova činjenica o stalnom rastu stanovništva jeste izuzetan izazov

za zdravstvene sisteme pojedinih zemalja sveta sa visokim prirodnim priraštajem.

Zdravstveni sistem Republike Srbije nalazi se na 18. mestu u Evropi, prema podacima iz 2018. godine. U poslednjih par godina dolazi do napretka u razvoju zdravstvenog sistema u Srbiji, ali njegov položaj u odnosu na najrazvijenije zemlje sveta još uvek nije na zavidnom nivou. Za dalji napredak zdravstvenog sistema Srbije neophodno je uložiti finansijska sredstva u rekonstrukciju zdravstvenih objekata i nabavku najsavremenije tehnike i tehnologije iz oblasti medicinskih nauka, kako bi se obezbedili povoljniji uslovi za rad, ali i zapošljavanje mladih stručnjaka, kako bi se sprečio njihov odlazak iz zemlje.

Za razliku od naše zemlje, koja se suočava sa brojnim problemima kada je sistem zdravstvene zaštite u pitanju, Japan je jedan od primera zemlje sa najefikasnijom zdravstvenom zaštitom na svetu. Zdravstveni sistem u Japanu uključuje univerzalnu zdravstvenu zaštitu sa obaveznim učešćem. Japan je daleko ispred Srbije u pogledu celokupnog funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite. U prilog kvaliteta zdravstvenog sistema u Japanu sudi se i na osnovu očekivanog životnog veka, koji u Japanu u proseku iznosi 83,1 godinu. To je za skoro deset godina više od očekivanog životnog veka u Srbiji.

Pored brojnih tehnoloških dostignuća iz oblasti medicine, Japan raspolaže brojnim naučnim dostignućima u cilju poboljšanja života ljudi i smanjenja rizika nastanka brojnih bolesti. Jedan od metoda koji je razvijen i koji se primenjuje u Japanu jeste sistem proizvodnje hrane za posebne zdravstvene potrebe. Primena ovog metoda ogleda se upravo u poboljšanju zdravlja stanovnika Japana. Japan je upravo pravi primer u kom pravcu bi reforma zdravstvenog sistema u Srbiji trebala da se kreće.

U prvom delu radu rada opisane su konceptualne karakteristike zdravstvenog sistema i zdravstvenog menadžmenta. U drugom delu je analiziran zdravstveni sistem Republike Srbije, nivoi zdravstvene zaštite i izvori finansiranja. Potom slede razmatranja karakteristika zdravstvenog sistema Japana, kao jednog od najboljih primera i izvršena komparacija osnova razvoja zdravstvenih sistema Srbije i Japana.

1. Zdravstveni sistem – koncept, elementi i determinante

Zdravstveni sistem jeste podsistem društvenog sistema čiji je glavni zadatak unapređenje i očuvanje zdravlja ljudi. Definicija zdravstvenog sistema Svetske zdravstvene organizacije ističe da on *obuhvata zdravstvenu infrastrukturu koja obezbeđuje spektar programa i usluga i pruža zdravstvenu zaštitu pojedincima, porodicama i zajednici* (Evans, Tandon, Murray, Lauer, 2000, 29). Sa društvenim razvojem dolazi do jačanja i poboljšanja zdravstvenog sistema u zemlji. Glavni zadatak zdravstvenog sistema je stalno unapređenje i poboljšanje zdravstvene zaštite ljudi, uključujući i sve druge faktore koji utiču na zdravlje (Jovanović, Milovanović, Mandić & Jovović, 2015).

Intenzivan razvoj sistema zdravstvene zaštite u svetu počinje pedesetih godina prošlog veka. Razvoj se odnosi kako na povećanje broja zdravstvenih ustanova, tako i na povećanje broja zdravstvenih radnika. Nekada je mali broj zdravstvenih radnika pružao pomoć velikom broju ljudi i u ograničenom prostoru i uslovima rada. Takođe, mogućnosti edukacije zdravstvenih radnika bile su manje nego u današnje vreme. Iz tih razloga stepen mortaliteta stanovništva u ranim godinama bio je

povećan, i to najčešće od zaraznih bolesti (velike i male boginje, malarija, tuberkuloza i sl.). Usled daljeg razvoja nauke, tehnike i tehnologije dolazi do napredovanja sistema zdravstvene zaštite. U tom smislu dolazi, pre svega, do produženja životnog veka stanovništva i to za preko dvadeset godina. Pored toga, zdravstvenim radnicima se pružaju veće mogućnosti da se usavršavaju.

Ne postoji najbolji mogući ili neki opšte preporučivani način za organizovanje zdravstvene zaštite i zdravstvene službe. Iz tog razloga postoje velike razlike između zemalja kada se radi o ciljevima, strukturi, organizovanju, finansiranju i drugim karakteristikama zdravstvenog sistema. Razlike su rezultat istorijskih, ekonomskih, geopolitičkih, sociokulturnih i drugih faktora (Mitrović, Gavrilović, 2013).

Glavni cilj zdravstvenog sistema, kako je prethodno istaknuto, jeste unapređenje i očuvanje zdravlja ljudi. Zdravstveni sistem pored ovog glavnog cilja, ima još dva cilja, a to su: 1. odgovornost, u smislu ispunjavanja zahteva koji se od njega očekuju i 2. pravednost, u smislu jednakog tretmana svih ljudi u zemlji.

Na osnovu izmerenog stepena ostvarenja navedenih i drugih ciljeva kvantifikuje se efektivnost zdravstvenog sistema. Da bi zdravstveni sistem uspešno funkcionisao neophodno je da on bude adekvatno organizovan, dobro usmeravan, adekvatno finansiran i dobro strukturiran (Jovanović, Milovanović, Mandić & Jovović, 2015).

Podela na nivoe zdravstvene zaštite (Mitrović, Gavrilović, 2013) izvršena je pre svega na osnovu veličine populacije jedne zemlje koju pojedini nivo obezbeđuje, ali i na osnovu nekih organizacionih karakteristika. Mogu se razlikovati četiri nivoa zdravstvene zaštite: 1. nivo laičke zaštite, 2. nivo primarne zdravstvene zaštite, 3. nivo sekundarne zdravstvene zaštite i 4. nivo tercijarne zdravstvene zaštite (Mitrović, Gavrilović, 2013).

Nivo laičke zaštite jeste neprofesionalni nivo zdravstvene zaštite. Predstavlja u stvari samozaštitu koja se ostvaruje u okviru porodice i podrazumeva pružanje osnovnih mera za očuvanje zdravlja ili prevenciju oboljenja (Jovanović, Milovanović, Mandić & Jovović, 2015). Nivo *primarne zdravstvene zaštite* predstavlja prvi kontakt obolele osobe i stručnog zdravstvenog radnika. Ovaj vid zaštite pruža se u ambulancama. Nivo *sekundarne zdravstvene zaštite* podrazumeva zbrinjavanje teže obolelih lica od strane lica koji su specijalizovana za konkretnu oblast pod koju to oboljenje spada, kao što su na primer, internisti, hirurzi, psihijatri i slično. Ovaj vid zaštite pruža se u tzv. opštim bolnicama. Nivo *tercijarne zdravstvene zaštite* obuhvata zbrinjavanje lica koji spadaju pod najteži stadijum oboljenja i definiše se kao visoko specijalizovan ili subspecijalistički nivo i uključuje visoko specijalizovane usluge koje se pružaju u kliničkim centrima ili posebno oformljenim institucijama za tu svrhu (Jovanović, Milovanović, Mandić & Jovović, 2015).

Zdravstveni sistem zahteva kvalitetan menadžment. To je ključna determinanta njegovog rasta i razvoja. Menadžment, kao naučna disciplina i praksa predstavlja proces efikasnog i efektivnog ostvarenja organizacionih ciljeva, putem planiranja, organizovanja, vođenja i kontrolisanja svih (materijalnih i ljudskih) organizacionih resursa (Simić, 2011, 7). *Zdravstveni menadžment* podrazumeva upravljanje zdravstvenim institucijama, radi obezbeđenja i pružanja neohodne zdravstvene zaštite stanovništvu zemlje. Pored toga, zdravstveni menadžment podrazumeva saradnju zdravstvenih ustanova sa drugim društvenim institucijama kako bi došlo do poboljšanja uslova života i rada. Posebnu ulogu u zdravstvenom menadžmentu ima ljudski faktor (Mićović, 2009). Zdravstveni menadžment obuhvata veliki broj

zadataka, od planiranja, organizovanja, sprovođenja i kontrole rada zdravstvenih programa, preko koordinacije resursa, razvoja zdravstvenih programa, donošenja odgovarajućih odluka na svim nivoima zdravstvenog sistema, do ostvarenja ciljeva i poboljšanja sistema zdravstvene zaštite (Stoiljković, Cvijanović & Vojnović, 2013).

2. Zdravstveni sistem Srbije – karakteristike i razvojni problemi

Veliki broj faktora, počev od socioekonomskih promena na globalnom nivou, preko pojačanog uticaja medija do mogućnosti lakšeg prikupljanja određenih informacija, dovodi do određenih reformi zdravstvenog sistema u pojedinim zemljama sveta. Ključno sredstvo za sprovođenje promena je menadžment. U ovu grupu zemalja ubraja se i Republika Srbija. Zdravstvo zauzima značajno mesto u ukupnoj privrednoj delatnosti Srbije, pa uvođenje reformi u zdravstvu predstavlja kompleksan zadatak (Jovanović, Milovanović, Mandić & Jovović, 2015). Posle demokratskih promena 2000. godine, zdravstveni sektor Republike Srbije dobio je hitnu humanitarnu pomoć iz inostranstva i finansijsku i tehničku podršku za izgradnju institucionalnih i profesionalnih kapaciteta za podršku razvoju zdravstvenih usluga i poboljšanju zdravlja stanovništva (Bjegović-Mikanović, Vasić, Vuković, Janković, Jović-Vraneš, Santrić-Milicević, Terzić-Supić, Hernández-Quevedo, World Health Organization, 2019, 17).

Sistem zdravstvene zaštite u Republici Srbiji uređen je brojnim zakonskim i podzakonskim aktima. Utemeljen je na principu univerzalnosti i solidarnosti, odnosno podrazumeva garantovanje građanima jednaka prava na zdravstvenu zaštitu. Jedan deo građana, na osnovu rešenja iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti, uživa pravo na zdravstveno osiguranje koje finansira država preko poreza i doprinosa, odnosno iz budžeta (Jovanović, Milovanović, Mandić & Jovović, 2015). Država je vlasnik većine zdravstvenih ustanova i opreme. Osnovna infrastruktura i organizacija zdravstvenog sistema nasleđena je iz perioda kada je država bila deo bivše Jugoslavije. Od 2000. godine, opšte zdravstvene reforme pokušavale su da rehabilituju i modernizuju zdravstvene ustanove i opremu i poboljšaju tehnologiju, podržane opsežnom međunarodnom humanitarnom pomoći (Bjegović-Mikanović, Vasić, Vuković, Janković, Jović-Vraneš, Santrić-Milicević, Terzić-Supić, Hernández-Quevedo, World Health Organization, 2019, 18).

Ministarstvo zdravlja jeste glavno telo odgovorno za regulisanje i nadzor zdravstvene zaštite i javnog zdravlja, kako u državnom, tako i u privatnom sektoru. Zdravstvene usluge pružaju se kroz široku mrežu zdravstvenih ustanova. Sistem zdravstvene zaštite u Republici Srbiji je u nadležnosti tri najznačajnije institucije (Mitrović, Gavrilović, 2013), a to su: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović-Batut“ i Republički zavod za zdravstveno osiguranje.

U poslednjih decenijama stanje u zdravstvenom sistemu Srbije bilo je nezadovoljavajuće. Zbog toga je u od 2003. do 2009. godine sproveden projekat Ministarstva zdravlja „Razvoj zdravstva Srbije“, koji je podržan od strane Svetske banke u iznosu od 20 miliona evra. Rezultati ovog projekta su ulaganje sredstava u infrastrukturu i opremanje četiri opšte bolnice u Srbiji, u kapacitete za proizvodnju vakcine protiv gripa Instituta za imunologiju i virusologiju „Torlak“ i u informatizaciju zdravstvenog sektora obezbeđivanjem informatičke opreme i mreže.

Rezultati ovog projekta stvorili su prostor za dalju saradnju između Srbije i Svetske banke, pa je u periodu od 2009. do 2011. godine sproveden projekat „Razvoj zdravstva Srbije-dodatno finansiranje“. Ovaj projekat je finansiran iz kredita Svetske banke i to u iznosu od 10,5 miliona evra. Cilj ovog projekta bio je izgradnja kapaciteta radi razvijanja održivog sistema zdravstvene zaštite. Godine 2014. potpisan je još jedan projekat između naše zemlje i Svetske banke pod nazivom „Drugi projekat razvoja zdravstva Srbije“ u vrednosti od 25 miliona evra. Ovaj projekat se odnosi na unapređenje finansiranja u sistemu zdravstvene zaštite, unapređenje pristupa kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti, jačanje kvaliteta zdravstvene zaštite i upravljanje projektom.

Na osnovu realizacije nekih planova iz ovih projekata, kao i nastavka sprovođenja nerealizovanih planova, dolazi do izvesnih poboljšanja zdravstvenog sistema Republike Srbije, pa se prema podacima Ministarstva zdravlja naša zemlja nalazi na 18. mestu u Evropi. Ovim rezultatom kotira se ispred 14 zemalja Evropske unije, međutim, u pogledu na najrazvijenije zemlje sveta, rad našeg zdravstvenog sistema još uvek nije na zavidnom nivou.

U okviru sistema zdravstvene zaštite Republike Srbije možemo razlikovati tri tipa ustanova: primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene ustanove (Dragić, 2018).

Primarna zdravstvena zaštita je izuzetno značajan deo zdravstvenog sistema, od čije razvijenosti, efikasnosti i kvaliteta rada zavisi izvršenje ostalih delova zdravstvenog sistema (Mitrović, Gavrilović, 2013). U većini slučajeva korisnici, na ovom nivou, uspevaju da zadovolje svoje zdravstvene potrebe, a kada to nije slučaj, primarna zdravstvena zaštita ima ulogu posrednika za upućivanje na druge specijalizovane nivoe zdravstvene zaštite. Primarne zdravstvene ustanove pružaju usluge zdravstvene zaštite građanima na teritoriji na kojoj žive i rade. Ove ustanove pružaju osnovnu medicinsku negu koja obuhvata: zdravstvenu zaštitu i unapređenje iste, prevenciju i rano otkrivanje bolesti, terapiju i rehabilitaciju, hitnu pomoć i transport, rehabilitaciju dece i omladine sa fizičkim i mentalnim oštećenjima, zaštitu mentalnog zdravlja, palijativno zbrinjavanje i druge poslove utvrđene zakonom. Primarna zdravstvena zaštita u Republici Srbiji dominantno se finansira od strane Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje (Gavrilović, Trmčić, 2012).

U Srbiji, pored javnih ustanova primarne zdravstvene zaštite, postoje i privatne ustanove. Između privatnih i javnih ustanova postoji nejednak kvalitet pružanja usluga. U okviru privatnih zdravstvenih ustanova čekanje na pregled pacijenata je kraće nego u javnim ustanovama, gde se može čekati i do par sati, što sve više navodi pacijente da se odlučuju na pregled kod „privatnika“. Pregledi u privatnim ustanovama traju duže nego u javnim, pa se na taj način lekari mogu više posvetiti pacijentima, što uglavnom dovodi i do boljih rezultata kod uspostavljanja dijagnoze (Stošić, Rabrenović, 2015). Još jedna prednost jeste da su u privatnim ustanovama lekari bolje plaćeni, što ih dodatno motiviše na rad. I pored svih ovih prednosti, privatne ustanove se bore sa većim troškovima, nego javne ustanove. S obzirom na to da finansijska situacija u Srbiji još uvek nije na zavidnom nivou, veliki broj stanovnika nema mogućnosti da sebi priušti privatnu zdravstvenu zaštitu.

Na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite u Srbiji se pružaju specijalne konsultantske i bolničke usluge koje uključuju komplikovanije procedure, mere, dijagnostiku, terapiju i rehabilitaciju bolesnika i povređenih pacijenata, nego što je to slučaj u primarnim zdravstvenim ustanovama (Mitrović, Gavrilović, 2013).

Tercijarne zdravstvene ustanove pružaju najsloženije oblike zdravstvene zaštite, specijalističko-konsultantske usluge, bolničke usluge i naučne i obrazovne aktivnosti u skladu sa zakonom koji reguliše ove oblasti (Stošić, Rabrenović, 2015). Tercijarni nivo mora pružati i stručnu pomoć i podršku sekundarnom nivou i obavljati delatnost medicinske edukacije i naučnoistraživačkog rada. Takođe, ustanove tercijarnog nivoa u čijem sedištu ne postoji opšta bolnica, moraju pružati i zdravstvene usluge sekundarnog nivoa tj. opšte bolnice.

U pogledu kvaliteta pruženih usluga između privatnih i javnih ustanova, nejednakost postoji na svim nivoima zdravstvene zaštite. Nejednak kvalitet usluge je često povezan sa lošim procesima u zdravstvenim ustanovama. Glavni razlozi za nižu efikasnost kod javnih pružalaca zdravstvenih usluga na sekundarnom i tercijarnom nivou jesu duža hospitalizacija, odnosno veći broj dana bolničkog tretmana za pacijente koji se leče u državnim bolnicama, više sati direktnog angažovanja medicinskog osoblja po pacijentu, i viši nivo potrošnje potrošnog materijala, kao i duži period lečenja. Takođe, trebalo bi postići veće uključivanje privatnog sektora posebno u domenu bolničkog lečenja, kao i za procedure sa dugim listama čekanja. Ovo bi rezultiralo povećanom konkurencijom i većom troškovnom efikasnošću u celom sistemu. To bi onda imalo pozitivne efekte na finansijsku održivost zdravstva u Srbiji.

Finansiranje sistema zdravstvene zaštite je od kardinalnog značaja (Janković, 2011) za finansije države. Sistem zdravstvene zaštite u Srbiji se bazira na Bizmarkovom modelu finansiranja. Ovaj model se zasniva na doprinosima koje solidarno uplaćuju i zaposleni i poslodavci. Svi građani koji ostvaruju prihode imaju zakonsku obavezu plaćanja doprinosa za zdravstveno osiguranje. U ovu grupu spadaju: zaposleni, osnivači privrednih društava, samostalni preduzetnici, poljoprivrednici i penzioneri (Jovanović, Milovanović, Mandić & Jovović, 2015). Na osnovu redovne uplate doprinosa oni ostvaruju pravo na zdravstveno osiguranje, odnosno overenu zdravstvenu knjižicu za sebe i članove svoje porodice. Dovoljno je da jedan član porodice plaća doprinos za zdravstveno osiguranje, kako bi svi članovi uže porodice, koji ne pripadaju nekoj od kategorija građana koji ostvaruju prihode, imali pravo na zdravstveno osiguranje. Po istom osnovu mogu da se osiguraju i širi članovi porodice, ukoliko ih uplatilac zdravstvenog osiguranja izdržava. Svim građanima koji ne ostvaruju prihode i nisu članovi porodice nekoga ko ih ostvaruje, a samim tim i ne plaćaju doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje zakonom je garantovano pravo na obavezno zdravstveno osiguranje, odnosno na overenu zdravstvenu knjižicu.

Pored ovih gorućih problema, veoma veliki problem predstavlja i dug koji je stvoren u zdravstvu, zbog niskog ukupnog prihoda države od doprinosa za socijalno zdravstveno osiguranje. Javni zdravstveni sistem u Srbiji je finansijski neodrživ na dugi rok s obzirom na to da je konstantno podržavan dodatnim finansiranjem iz Republičkog budžeta (Bjegović-Mikanović, Vasić, Vuković, Janković, Jović-Vraneš, Santrić-Milicević, Terzić-Supić, Hernández-Quevedo, World Health Organization, 2019). Brojni su faktori koji su doveli zdravstveni sistem u to stanje: 1) prekomerna potrošnja u relativnom smislu i nedovoljna potrošnja u apsolutnim iznosima, 2) neefikasna upotreba sredstava i zaliha i nedostatak podsticaja, 3) nedostatak finansijske kontrole (Gavrilović, Trmčić, 2012).

Izbor modela finansiranja zdravstvenog sistema zavisi od nekoliko bitnih stavki, kao što su: stepen socijalno-ekonomske razvijenosti zemlje, fiskalni kapacitet zemlje, efikasnost prikupljanja sredstava, politička izvodljivost i slično (Gajić-Stevanović, Dimitrijević, Vukša & Jovanović, 2009).

Socijalno osiguranje u Srbiji (obavezno zdravstveno osiguranje) jeste model socijalnog osiguranja koje je obavezno, i povezuje uplate sa nivoom prihoda, a pri tom zahteva doprinose i od poslodavaca i od zaposlenih. Usluga je besplatna za pacijenta na mestu gde se pruža, a nivo zaštite nije povezan sa uplaćenim doprinosima. Socijalno osiguranje u Srbiji obuhvata penzijsko i invalidsko osiguranje, osiguranje za slučaj nezaposlenosti i zdravstveno osiguranje (Babić, 2008).

Veliki problem predstavljaju poslodavci koji imaju finansijske teškoće, i koji ne uplaćuju obavezne doprinose u fond zdravstvenog osiguranja, a država ne obezbeđuje uvek na vreme uplate za svoje doprinose za one koji sami ne vrše uplatu. Javlja se krug dugovanja u kojem fondovi ne vrše uplate bolnicama, lekarima opšte prakse i drugim davaocima usluga, koji sa svoje strane odlažu uplate troškova dobavljačima, poput kompanija koje isporučuju lekove i energente.

Finansiranje iz državnog budžeta potiče iz različitih poreza i naplata, kao što su: porez na dohodak, porez na dohodak preduzeća, porez na dodatu vrednost itd.

Privatno zdravstveno osiguranje znači da ljudi dobrovoljno odlučuju da li će kupiti zdravstveno osiguranje, kako bi se obezbedili u slučaju bolesti (Zekić, Šegrt, 2015). Kupovina ovog osiguranja može da se obavi na individualnoj ili grupnoj osnovi. Inače, privatni zdravstveni sektor je razvijen, ali ne i inkorporiran u nacionalni zdravstveni sistem.

Finansiranje iz ličnih sredstava korisnika jeste model finansiranja koji predviđa da individualni pacijenti direktno plaćaju davaocu zdravstvenih usluga, i participiraju za materijal i usluge koje su dobili. Finansiranje od strane lokalne zajednice organizovano je uglavnom kroz kontrolu primarne zdravstvene zaštite, direktnim uticajem preko Domova zdravlja. Finansiranje od strane lokalne zajednice ima ograničene kapacitete za sakupljanje veće sume novca, ali doprinosi u ostvarivanju boljih rezultata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (Mitrović, Gavrilović, 2013).

Na probleme u zdravstvenom menadžmentu utiču mnogi faktori, kako subjektivne, tako i objektivne prirode. Izvesni problemi u primeni zdravstvenog menadžmenta nastaju kao razlika između očekivanih rezultata primene zdravstvenog menadžmenta i postignutih rezultata njegove primene (Gavrilović, Trmčić, 2012).

Zdravstvene ustanove su pretežno orijentisane na obezbeđenje zdravstvene nege pacijentima, što je i u skladu sa njihovom namenom. Iako je glavna svrha ovih ustanova pružanje zdravstvene nege, menadžment treba da uspostavi finansijsku kontrolnu funkciju u skladu sa najboljim praksama za zdravstvene ustanove.

Sistem zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja u Srbiji karakterišu isti problemi kao i sve zemlje sveta, bez obzira na stepen razvoja. Kao osnovni problemi ističu se: brz rast troškova koji proizilazi iz starenja stanovništva, uvođenja nove tehnike i tehnologije i sve višeg nivoa obrazovanog stanovništva. Ovi razlozi nameću potrebu reforme sistema zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja u Srbiji. Glavni razlog za reformisanje sistema jeste da se troškovi zdravstvenog osiguranja smanje, odnosno da se usklade sa realnim mogućnostima budžeta Republike Srbije (Veselinović, 2014). Poseban problem u pronalaženju tog sklada

jesu sve veće potrebe za zdravstvenom zaštitom, prouzrokovane opštom i zdravstvenom kulturom, produženjem životnog veka, povećanjem broja starih lica koja koriste zdravstvenu zaštitu, nepovoljnim stanjem u životnoj i radnoj sredini na jednoj strani. Pored toga neophodno je da se na principima međugeneracijske solidarnosti, obaveznim zdravstvenim osiguranjem (kao najracionalnijem obliku za obezbeđenje zdravstvene zaštite i drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja) obuhvati što veći broj građana (Gajić-Stevanović, Teodorović, Vukša & Živković, 2008).

3. Zdravstveni sistem Japana – obeležja i faktori razvoja

Kao jedan od najboljih svetskih primera uspešnog sistema zdravstvene zaštite navodi se Japan. To je visoko razvijena zemlja sa veoma visokim životnim standardom. Građani Japana imaju najduži životni vek i treću najnižu stopu smrtnosti novorođenčadi na svetu. U Japanu se visoki prioritet daje preventivnoj nezi (Powell, Anesaki, 2010). Takođe stanovnicima je obezbeđeno i besplatno testiranje na određene bolesti. Prvi oblik javne zdravstvene zaštite u Japanu počeo je 1927. godine planom zdravstvenog osiguranja zaposlenih. Do 1961. godine razvio se u sistem univerzalnog obuhvata. Ovaj sistem je dostupan svim građanima Japana, kao i građanima koji nisu Japanci, a borave u Japanu duže od godinu dana. Od 1983. godine svim starijim licima se pruža osiguranje koje finansira japanska vlada. Krajem osamdesetih, vladini i stručni krugovi razmišljali su o promeni sistema, tako da se osnovni, sekundarni i tercijarni nivoi zaštite jasno razlikuju u svakoj geografskoj regiji.

Medicinsko lečenje u Japanu dostiglo je veoma visok standard. S obzirom na to da je Japan jedna od najnaprednijih zemalja u razvoju tehnike i tehnologije, bolnice i klinike u Japanu su opremljene svom neohodnom najsavremenijom opremom. Japanci nemaju sistem „porodičnog lekara“. Za razliku od, na primer Kanade i Sjedinjenih Američkih Država (Ruggles, Xiong & Kyle, 2019), gde postoji mnoštvo porodičnih lekara, koji uglavnom rade u opštoj praksi, u Japanu postoji mali broj lekara opšte prakse. Većina lekara ima subspecijalnost. Tradicionalno, lekari se obučavaju da postanu subspecijalisti, ali nakon što završe obuku, samo nekoliko njih nastavi da radi svoj posao kao subspecijalista. Ostali napuste velike bolnice, kako bi radili u malim zajednicama, ili otvorili sopstvene klinike bez ikakve formalne prekvalifikacije kao lekari opšte prakse. Prvi kurs lekara opšte prakse uspostavljen je na Medicinskom univerzitetu Saga još 1978. godine. Građani nisu u obavezi da se prvo jave lekaru opšte prakse koji bi ih uputio na specijalistu, već su u mogućnosti da direktno posete specijalistu koji im je potreban.

U Japanu se usluge pružaju ili putem regionalnih / državnih javnih bolnica ili preko privatnih bolnica / klinika, a pacijenti imaju univerzalni pristup bilo kojoj ustanovi (Nomura, Nakayama, 2005). Troškovi u Japanu su prilično niski u poređenju s onima u drugim razvijenim zemljama, ali stope iskorišćenosti su mnogo veće. Većina lekarskih ambulanti ne zahteva zakazivanja, a sastanci istog dana su pravilo, a ne izuzetak. U većini slučajeva CT skeniranje, MRI i mnogi drugi testovi ne zahtevaju periode čekanja. Japan ima oko tri puta više bolnica po glavi stanovnika, nego na primer SAD, a Japanci u proseku posećuju bolnicu više od četiri puta češće od prosečnog Amerikanca (Ruggles, Xiong & Kyle, 2019).

Ponekad se javi i zloupotreba u pristupu medicinskim ustanovama. Dešava se da pacijenti sa blagim bolestima, često idu direktno u hitne službe bolnice, umesto da pristupe odgovarajućim uslugama primarne nege. Ovo uzrokuje odlaganje u pružanju pomoći osobama sa hitnijim i težim stanjima koje treba lečiti u bolničkom okruženju. Takođe postoji problem sa zloupotrebom ambulantnih usluga, jer se često u vozilima hitne pomoći prevoze mnogi pacijenti koji ne zahtevaju hitnu pomoć. To zauzvrat uzrokuje kašnjenja za hitne slučajeve. Zbog velikog broja ljudi koji posećuju bolnice zbog relativno manjih problema, nedostatak medicinskih resursa može biti problem u nekim regionima. Problem je postao opšta briga u Japanu, posebno u Tokiju (Powell, Anesaki, 2010).

Japanski lekari i medicinsko osoblje ne moraju da prolaze kroz proces obnavljanja licenci (Arnquist, 2009). Takođe, ne moraju da učestvuju u kontinuiranom obrazovanju. U Japanu postoji neravnomerna distribucija lekara u korist ruralnih područja. Razlozi za to jesu bolji kvalitet života na selu, manji nivo stresa, i slično.

Javni zdravstveni sistem poznat je kao SHI (socijalno zdravstveno osiguranje). Socijalno zdravstveno osiguranje (SHI) obuhvata (Nomura, Nakayama, 2005): zdravstveno osiguranje kojim upravlja Union, zdravstveno osiguranje kojim upravlja Vlada, mornarsko osiguranje, osiguranje udruženja uzajamne pomoći nacionalnog javnog radnika, osiguranje uzajamne pomoći lokalnih javnih radnika, i osiguranje uzajamne pomoći privatnih školskih nastavnika i zaposlenih. Građani koji se ne kandiduju za SHI pokriveni su planom Nacionalnog zdravstvenog osiguranja (NHI). Nacionalno zdravstveno osiguranje (NHI) ima dve kategorije (Nomura, Nakayama, 2005): 1. nacionalno zdravstveno osiguranje za svaki grad, mesto ili selo i 2. nacionalna unija zdravstvenog osiguranja.

Nacionalno zdravstveno osiguranje (NHI) je uglavnom rezervisano za samozaposlene ljude, zaposlene u malim kompanijama, studente i nezaposlene, a socijalno zdravstveno osiguranje (SHI) se odnosi na zaposlene u velikim i srednjim preduzećima. Ljudi sa boravišnim kartama, koji borave u Japanu duže od tri meseca ispunjavaju uslove za upis u zdravstveni sistem preko NHI, a neki čak i za SHI, ako rade za veću kompaniju (Kuriyama, Hozawa, Ohmori, Suzuki, Nishino, Fujita & Tsuji, 2004). U slučaju socijalnog zdravstvenog osiguranja, od plate se odbija samo 5%, kako bi poslodavci mogli podmiriti troškove. Nacionalno zdravstveno osiguranje se temelji na prihodu zaposlenog.

Generalno, država plaća 70% troškova zdravstvene zaštite, a preostalih 30% plaćaju pacijenti. U nekim slučajevima, u zavisnosti od nivoa prihoda, odnos troškova može se promeniti u korist pacijenta. Troškove bolničkog lečenja određuje Vladin odbor koji uključuje i lekare. Zdravstveno osiguranje je u principu obavezno za stanovnike Japana, ali postoji oko 10% građana koji imaju prava da se odluče da ne budu zdravstveno osigurani i ne plaćaju kaznu zbog toga. U Japanu postoji ukupno osam sistema zdravstvenog osiguranja sa oko 3.500 zdravstvenih osiguranika (Kuriyama, Hozawa, Ohmori, Suzuki, Nishino, Fujita & Tsuji, 2004).

Jedan od načina na koji je Japan u poslednje vreme poboljšao zdravstvo jeste donošenje akcionog plana za unapređenje konkurentnosti. Cilj je pomoći u sprečavanju bolesti, kako bi ljudi duže živeli. Ako se spreče određene bolesti koje je moguće sprečiti, Japan neće morati da troši toliko na druge troškove. Akcioni plan takođe omogućava veći kvalitet medicinske i zdravstvene zaštite (Ikegami, Campbell, 1999).

Zdravstvena zaštita u Japanu, prednjači u pogledu visoke stope lečenja karcinoma, kao i transplantacije srca i pluća, poredeći je sa razvijenim zemljama, jer koriste visoko razvijenu i usavršenu tehnologiju. Za razliku od fizičke zdravstvene zaštite, u Japanu je kvalitet zaštite mentalnog zdravlja relativno nizak u poređenju sa većinom drugih razvijenih zemalja (Powell, Anesaki, 2010). Uprkos reformama, japanske psihijatrijske bolnice i dalje se u velikoj meri oslanjaju na zastarele metode kontrole pacijenata, sa stopama obaveznog lečenja, izolacije (samice) i fizičkim ograničenjima (vezivanje pacijenata za krevet).

Kako bi smanjio troškove, Japan koristi generičke lekove. Od 2010. godine, Japan je imao za cilj dodavanje više lekova u nacionalni spisak zdravstvenog osiguranja. Uslovi koji se odnose na starosnu dob ostaju jedna od najvećih briga. Stoga se farmaceutske kompanije fokusiraju na marketing i istraživanje prema tom delu stanovništva (Blecken, 2010, 90–91).

4. Komparativno diferenciranje ključnih osnova zdravstvenih sistema

Zdravstveni sistem u Japanu jedan je od najrazvijenijih sistema na svetu i predstavlja primer u kom pravcu bi reforma zdravstvenog sistema u Srbiji trebala da se kreće. Razlika između ova dva zdravstvena sistema pre svega može se uočiti upoređujući dužinu životnog veka. Očekivani prosečni životni vek u Japanu iznosi 83,1 godinu (Ruggles, Xiong & Kyle, 2019), dok je u Srbiji za skoro 10 godina manji, i iznosi 75,2 godine. Kao glavni razlog ove razlike navodi se ishrana. Među razvijenim zemljama u svetu, Japan ima najnižu stopu gojaznosti koja iznosi svega 3%. Japanci imaju odgovoran stav prema ishrani. Poznati su po unosu malih količina soli, prerađevina, masti i slatkiša. Ishrana u Japanu se bazira na lokalnim proizvodima i svodi se na izbalansiran unos proteina, vlakana i ugljenih hidrata. Korišćenje namirnica je srazmerno godinama starosti i polu (Yamada, Sato-Mito, Nagata & Umegaki, 2008). Vode se pravilom da treba konzumirati uvek sveže namirnice, i veoma je bitno imati redovne obroke. Namirnica koja se najviše koristi jeste pirinač, od koje se i pravi tradicionalno japansko jelo „suši“. Pored toga, Japanci su poznati kao jedna od najvrednijih nacija na svetu, pa se kao još jedna karakteristika navodi balans između unosa kalorija u organizam i njihove potrošnje, odnosno fizičke aktivnosti.

U Japanu postoji sistem ishrane koji je odobren i preporučen od strane Vlade. Za razliku od Japana, ishrana u Srbiji bazira se na korišćenju „jake“ hrane, velikog unosa šećera, grickalica, alkoholnih i bezalkoholnih napitaka, crvenog mesa i belog hleba. Redovnost obroka je na niskom nivou. Samo mali procenat stanovništva ispunjava pravilo tri obroka dnevno. Česta je pojava spremanja hrane za nekoliko dana unapred, umesto svakodnevnog korišćenja svežih namirnica. Takođe, mali procenat stanovništva u našoj zemlji bavi se nekom fizičkom aktivnošću. Sve ovo dovodi do gojaznosti, povišenog krvnog pritiska, holesterola, šećerne bolesti i brojnih drugih, koje su poslednjih decenija u stalnom porastu. Da bi se redukovao procenat obolelog stanovništva od navedenih bolesti, u našoj zemlji mogu se primeniti neka pravila u ishrani koja koriste Japanci, kao na primer: povećani unos svežih namirnica i njihov redovan unos, ali i povećanje fizičke aktivnosti stanovništva.

Još jedna prednost zdravstvenog sistema u Japanu jeste i tzv. dostupnost lekara. Naime, lekara opšte prakse je malo, tako da većina od njih ima subspecijalnost (Ruggles, Xiong & Kyle, 2019). Samim tim, pacijentima je omogućeno da se direktno obrate lekaru koji im je potreban. Na taj način brzo dolazi do pregleda, što je od velikog značaja, posebno kada su u pitanju pacijenti sa težim oboljenjima. Posebno je bitno brzo reagovanje kada su u pitanju kancerogene bolesti. U Japanu postoji četiri puta više MRI skenera po glavi stanovnika i šest puta više CT skenera, u poređenju sa prosečnom evropskom ponudom. Prosečan pacijent u Japanu posećuje lekara 13 puta godišnje, što je više nego dvostruko od proseka za zemlje OECD (Britnell, 2015, 17). Za razliku od Japana, u našoj zemlji jedan od najvećih problema koji se javlja jesu duge liste čekanja pacijenata na pregled. Broj MRI i CT skenera je ograničen, što je dodatni problem. Broj pacijenata sa kancerogenim oboljenjima je u porastu, posebno nakon bombardovanja, pa se na ove preglede čeka veoma dugo, čak i po nekoliko meseci.

Japan, kao jedna od najrazvijenijih zemalja na svetu, ima mogućnosti da zdravstvene ustanove obezbedi svim neophodnim resursima. Veliki napredak ostvaruju i kada je u pitanju razvoj tehnike i tehnologije (Powell, Anesaki, 2010). U Japanu su gotovo i najmanje ambulante opremljene savremenom tehnikom i tehnologijom, kao i ostalim neophodnim resursima, koji obezbeđuju nesmetano obavljanje pregleda pacijenata i rad lekara. U Srbiji se javljaju veliki problemi na ovom polju. Iako se veliki iznos sredstava odvaja za zdravstvo, celokupan zdravstveni sistem ne raspolaže svim neophodnim resursima. Uglavnom su najsavremenijim aparatima opremljeni samo klinički centri.

Još jedan od velikih problema koji se javlja u Srbiji jeste odlazak mladih i stručnih lica u inostranstvo. Ovo se dešava u svakom sektoru, ali je najviše slučajeva zabeleženo na polju medicine. Mnogo mladih lekara odlazi u inostranstvo, boreći se za veću zaradu i usavršavanje znanja. Ova pojava je česta zato što je na birou dosta ljudi, pa je veoma teško doći do posla. U Japanu su lekari daleko više plaćeni, nego što je slučaj u našoj zemlji, a obezbeđeni su im i svi uslovi za nesmetani rad (Yamada, Jakovljević, Chen, Ogura & Annemans, 2014).

Ovo su samo neki od problema koji „muče“ zdravstveni sistem Srbije. Ipak, poslednjih godina dolazi do poboljšanja. Japan, kao jedna od najrazvijenijih zemalja sveta i zemlja sa zdravstvenim sistemom koji se kotira u vrh svetske rang liste, predstavlja primer koji naš zdravstveni sistem treba da sledi pri uvođenju promena. Ove dve zemlje dugi niz godina neguju prijateljske odnose na svim poljima. Kako bi ovi odnosi još više ojačali na polju zdravstvene zaštite, mogu se uvesti razmene studenata, posebno medicine, kako bi dobili stipendije, i kako bi im se pružila prilika da se edukuju na najprestižnijim fakultetima u Japanu.

ZAKLJUČAK

U poslednjih dvadeset godina reforme u zdravstvu postale su svetski fenomen. Usled stalnog razvoja nauke, tehnike i tehnologije, neophodno je kontinuirano unapređivati zdravstveni sistem, kako u nerazvijenim i zemljama u razvoju, tako i u visoko razvijenim zemljama. Stoga je veoma bitno fokusirati se na ključne osnove unapređenja zdravstvenog sistema na svetskom nivou. Jedan od ključnih sredstava za sprovođenje promena svakako je menadžment.

Tabela 1: Komparativna analiza ključnih osnova zdravstvenih sistema Srbije i Japana

Karakteristike zdravstvenog sistema	Srbija	Japan
Stepen razvijenosti tehnologije	Nizak	Visok
Vreme čekanja na terapiju	Dugo	Kratko
Mogućnosti usavršavanja lekara u zemlji	Male	Velike
Stepen obezbeđenosti resursa	Nizak	Visok

Komparacijom ključnih osnova zdravstvenih sistema Srbije i Japana može se uočiti znatna razlika između ovih zemalja. Japan je jedna od zemalja koja se nalazi na samom vrhu, kada je u pitanju razvoj tehnike i tehnologije na svetskom nivou. Primena informacione i komunikacione tehnologije u zdravstvu dovodi do niza prednosti, koje se odnose pre svega na kvalitet i vreme pružanja medicinskih usluga. Na kvalitet i vreme pružanja medicinskih usluga veliki uticaj ima i mogućnost direktnog odlaska kod specijaliste na pregled, bez prethodnog odlaska kod lekara opšte prakse, što je posebno karakteristično za Japan. Takođe, Japan je jedna od ekonomski najmoćnijih zemalja u svetu, što se automatski odražava na mogućnost pribavljanja svih neophodnih sredstava za uspešno sprovođenje sistema zdravstvene zaštite. Jedna od značajnih karakteristika jeste i pružanje brojnih mogućnosti za usavršavanje mladih lekara u zemlji, u vidu stipendija i plaćenih praksi, što ima pozitivan uticaj na ostanak mladih stručnih lica u zemlji. I pored ovoga, Japan kontinuirano radi na poboljšanju i unapređenju sistema zdravstvene zaštite. Jedan od programa koji je Vlada Japana započela jeste podsticanje upotrebe generičkih lekova, čija je terapijska efikasnost ekvivalentna originatorskim lekovima, ali je njihova cena dosta niža. Ovo ima pozitivne implikacije na smanjenje troškova sistema zdravstvene zaštite. Takođe, Japan je zemlja koja je karakteristična po specifičnoj ishrani (veliki unos proteina, vlakana i ugljenih hidrata). Sistem ishrane odobren je i preporučen od strane Vlade, i predstavlja jedan od ključnih faktora koji utiče na dužinu životnog veka stanovništva Japana. Zbog svega navedenog, Japan predstavlja dobar primer koji bi naša zemlja trebalo da sledi prilikom sprovođenja reforme sistema zdravstvene zaštite.

Reference

- Arnquist, S. (2009). Health care abroad: Japan. *New York Times*. Powell, M., & Anesaki, M. (2010). *Health care in Japan*. Routledge.
- Babić, V. (2008). Financiranje javnih rashoda u oblasti socijalnog osiguranja. *IMK-14-Istraživanje i razvoj*, 14(1–2), 99–105.
- Bjegović-Mikanović, V., Vasić, M., Vuković, D., Janković, J., Jović-Vraneš, A., Santrić-Milicević, M., Terzić-Supić, Z., Hernández-Quevedo, C., World Health Organization. (2019). Serbia: health system review. *Health Systems in Transition*, 21(3).

- Blecken, D. (2010) Healthcare Report: Japan: Hope for Change, *Campaign Asia-Pacific*. 90–91.
- Britnell, M. (2015). *In search of the perfect health system*. Macmillan International Higher Education. 17.
- Damnjanović, R., Vladislavljević, V., & Arapović, T. Modeli finansiranja zdravstvenog osiguranja. *Beograd*, 85.
- Dragić, M. (2018). Menadžment u zdravstvu. Prijedor: Visoka medicinska škola 5-6.
- Evans, D. B., Tandon, A., Murray, C. J., & Lauer, J. A. (2000). The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries. *World Health Organization*, 29(29), 29.
- Gajić-Stevanović, M., Dimitrijević, S., Vukša, A., & Jovanović, D. (2009). Zdravstveni sistem i potrošnja u Srbiji od 2004 do 2008. *Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije" Dr Milan Jovanović Batut*.
- Gajić-Stevanović, M., Teodorović, N., Vukša, A., & Živković, S. (2008). Uloga i osobine menadžera u strateškoj transformaciji zdravstvenog menadžmenta. *Serbian Dental Journal/Stomatološki Glasnik Srbije*, 55(4).
- Gavrilović, A., & Trmčić, S. (2012). Zdravstveno osiguranje u Srbiji—finansijski održiv sistem. *Međunarodna naučna konferencija, Menadžment*. Mladenovac, Srbija, 20–21. april.
- Ikegami, N., & Campbell, J. C. (1999). Health Care Reform In Japan: The Virtues of Muddling Through: Tops in equality of access, among the lowest in health spending, Japan nevertheless has important problems to solve—gradually. *Health Affairs*, 18(3), 56–75.
- Janković, D. (2011). Zdravstveno osiguranje kao faktor troškova zdravstvene zaštite. *Škola biznisa*, 4, 69–82.
- Jovanović, S., Milovanović, S., Mandić, J., & Jovović, S. (2015). Sistemi zdravstvene zaštite. *Engrami*, 37(1), 75–82.
- Kuriyama, S., Hozawa, A., Ohmori, K., Suzuki, Y., Nishino, Y., Fujita, K., ... & Tsuji, I. (2004). Joint impact of health risks on health care charges: 7-year follow-up of National Health Insurance beneficiaries in Japan (the Ohsaki Study). *Preventive medicine*, 39(6), 1194–1199.
- Mićović, P. (2009). Zdravstveni menadžment. *Zdravstvena zaštita*, 38(5), 73-78.
- Mitrović, M., & Gavrilović, A. (2013). „Organizacija i menadžment u zdravstvenom sistemu Srbije“. *FBIM Transactions*, 1(2), 145–158.
- Nomura, H., & Nakayama, T. (2005). The Japanese healthcare system.
- Popović, A., (2020). Implication of Fourth Industrial Revolution of Sustainable Development. *Economics of Sustainable Development*, 4(2), 45–60.
- Ruggles, B. M., Xiong, A., & Kyle, B. (2019). Healthcare coverage in the US and Japan: A comparison. *Nursing2020*, 49(4), 56–60.
- Sarić, R. (2017). The human population and sustainable development. *Economics of Sustainable Development*, 1(1), 9–17.
- Simić, I. (2011). *Menadžment*. Ekonomski fakultet Niš, 7.
- Stoiljković, M., Cvijanović, D., & Vojnović, B. (2013). Menadžment zadovoljstvom i motivacijom u zdravstvenim ustanovama. *Beograd: Institut za ekonomiku poljoprivrede*.
- Stošić, S., & Rabrenović, M. (2015). Mikroekonomski principi u zdravstvenom sektoru—tražnja za zdravstvenim uslugama u Republici Srbiji. *Megatrend Review*, 12(3).

Veselinović, P. (2014). Reforma javnog sektora kao ključna determinanta uspešnosti tranzicije privrede Republike Srbije. *Ekonomski horizonti*, 16(2), 141–159.

Yamada, K., Sato-Mito, N., Nagata, J., & Umegaki, K. (2008). Health claim evidence requirements in Japan. *The Journal of nutrition*, 138(6), 1192S-1198S.

Yamada, T., Jakovljević, M., Chen, C. C., Ogura, S., & Annemans, L. (2014). Comparison of Contemporary Health Economics Role: Emerging Eastern European and Mature Markets of US, Japan and EU. *Japan and EU (January 8, 2014)*.

Zekić, M., & Šegrt, S. (2015). Uticaj privatnog zdravstvenog osiguranja na makroekonomski ambijent Republike Srbije. *Oditor-časopis za Menadžment, finansije i pravo*, (10), 4–9.

*Primljeno 10. jula 2020,
nakon revizije,
prihvaćeno za publikovanje 25. septembra 2020.
Elektronska verzija objavljena 1. oktobra 2020.*

Vladimir Radivojević je naučni saradnik i docent na Ekonomskom fakultetu Univerziteta u Prištini sa privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici. Autor je jedne monografije i više od četrdeset naučnih radova. Jedan je od izvršnih urednika naučnog časopisa *Ekonomika* i član izdavačkog saveta naučnog časopisa *Economics of Sustainable Development*.

Sanja Vesić, završava master studije na Ekonomskom fakultetu Univerziteta u Nišu, nakon kojih planira da upiše doktorske studije, modul Poslovno upravljanje.

SOME ASPECTS OF THE DEVELOPMENT OF THE HEALTH SYSTEM OF SERBIA AND JAPAN

The health system is the most important subsystem of society in a country, whose main goal is to improve and preserve human health. The development of the most efficient and effective health care system is necessary for the successful development of society. Technological and socio-economic development encourages the development of the health system and emphasizes the importance of effective management in health. By comparing the health care system of Serbia and Japan, we notice a significant difference in the functioning of these two systems. Therefore, it is necessary to look at specific problems in the health care system in Serbia and find appropriate ways to solve these problems at all levels of health care, looking at Japan as one of the world's best models of health care.

Keywords: health system, management, reform.