

# Финансијска одрживост кућног лечења у здравственом систему Републике Србије

Дејан Константиновић<sup>1</sup>, Весна Лазаревић<sup>1</sup>, Валентина Миловановић<sup>1</sup>, Мирјана Лапчевић<sup>2</sup>, Владан Константиновић<sup>3</sup> Мира Вуковић<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Дом здравља „Нови Београд“, Београд, Србија;

<sup>2</sup>Дом здравља „Вождовац“, Београд, Србија;

<sup>3</sup>PSTech, Београд, Србија;

<sup>4</sup>Здравствени центар, Ваљево, Србија

## КРАТАК САДРЖАЈ

**Увод** У последњих неколико година, током економске кризе, јављају се нова искушења за Министарство здравља и Републички фонд за здравствено осигурање (РФЗО) у сфери финансирања здравствених услуга, како у примарној, тако и у осталим видовима здравствене заштите у Републици Србији (РС).

**Циљ рада** Циљ рада је била анализа исплативости два модела организације кућног лечења и неге у примарној здравственој заштити с проценом одрживе цене једне посете екипе за кућно лечење.

**Методе рада** Урађена је економска процена коштања услуга кућног лечења и неге у 2011. години применом метода дескриптивне статистике. Развијена је структура фиксних трошкова кућне неге према званичним нормативима РС, као и фиксних трошкова пружања услуга кућног лечења у Дому здравља „Нови Београд“. Обрачун цена услуга за кућно лечење извршен је према ценовнику РФЗО.

**Резултати** Резултати су показали да је исплативија цена кућног лечења и неге хетерогене популације болесника у Дому здравља „Нови Београд“ у односу на цену пружања услуга кућног лечења према званичним нормативима РС.

**Закључак** Одобрене цене које се користе приликом уговарања услуга кућног лечења и неге са РФЗО нису финансијски одрживе. Показано је да цена од 10 евра за сваку кућну посету чланова екипе за кућно лечење обезбеђује одрживост овог облика пружања здравствених услуга у РС.

**Кључне речи:** кућно лечење и нега; финансијска одрживост; здравствене услуге

## УВОД

Кућно лечење и нега је вид организовања здравствене заштите чији је циљ пружање низа здравствених услуга особама свих узраста у кућним и условима непосредног социјалног окружења, које обухватају: палијативно лечење, промоцију здравља и едукацију, терапијске интервенције, негу при крају живота, рехабилитацију, подршку и одржавање, социјалну адаптацију и интеграцију с обезбеђивањем подршке чланова породице или старатеља оболелих особа. Државе са дугом традицијом кућног лечења, попут Канаде, сматрају да је кућно лечење есенцијална подршка индивидуалним потребама болесника, али и важна карика у контроли фактора ризика од нових компликација хроничних обољења, те да кућно лечење и нега имају важан утицај и на одрживост здравственог система уопште [1]. То су, пре свега, земље с повећањем броја старих болесних особа које дуго живе с хроничним незаразним обољењима, па сходно овоме, само у Онтарију је уложено 1,9 милијарди канадских долара у кућну негу, што чини 4,1% укупног улагања у развој њиховог здравственог система. Насупрот овоме, земље попут Велике Британије имале су дуг пут (више од 30 година) у институционализацији кућног лечења и неге, јер су тада по-

стојеће установе секундарне здравствене заштите испољиле бојазан да ће кућно лечење испразнити њихов буџет и капацитете [2]. Економска криза у Републици Србији (РС) довела је до тога да су све услуге у систему здравствене заштите потцењене постојећим начинима плаћања и недостатком финансијских средстава. Врло малим средствима која се одвајају из здравственог буџета за кућно лечење и негу доводи се у питање опстанак ове врсте здравствене услуге у РС. Зато смо сматрали важним да утврдимо трошкове здравствених услуга кућног лечења и неге, као и цену посете једне екипе за пружање поменутих услуга, која је неопходна за одрживост институције кућног лечења и неге у примарној здравственој заштити (ПЗЗ) РС.

## ЦИЉ РАДА

Циљ рада је била анализа исплативости два модела организације кућног лечења и неге у ПЗЗ с проценом одрживе цене једне посете екипе за кућно лечење.

## МЕТОДЕ РАДА

Урађена је економска процена коштања услуга кућног лечења и неге у 2011. години [3].

## Correspondence to:

Mirjana LAPČEVIĆ  
Dom zdravlja „Voždovac“  
Krivolačka 4-6, 11000 Beograd  
Srbija  
m.lapcevic@sbb.rs

Развијена је структура искључиво фиксних трошкова кућне неге према званичним нормативима РС, као и фиксних трошкова пружања услуга кућног лечења у Дому здравља „Нови Београд“. Обрачун цена услуга за кућно лечење извршен је према ценовнику Републичког фонда за здравствено осигурање (РФЗО).

### **Структура фиксних трошкова и израчунавање цене пружања услуга кућног лечења према званичним нормативима Републике Србије (модел 1)**

Једна екипа за кућно лечење, према нормативима, састоји се од барем једног лекара специјалисте опште медицине и једне медицинске сестре. Уговорени просечни број посета на дан са РФЗО је осам посета дневно, док је потребна једна екипа за кућно лечење на 25.000 становника. Једна екипа ради 20 радних дана. Да би се рад нормално одвијао, потребно је да постоји најмање једно возило (класе „југо“) на две екипе за кућно лечење. Укупни трошкови кућног лечења и неге организованих по моделу 1 на месечном нивоу израчунати су према формули:

бруто плате лекара и сестре + трошкови за возило

Трошкови за возило у раду екипе организоване по моделу 1 на месечном нивоу израчунати су према формули:

(гориво за пређених 200 километара по једном дану рада две екипе + уље + гуме + амортизација на седам година за цену возила од 7000 евра + регистрација)/2

Одржива цена једне посете екипе за кућну негу по моделу 1 израчуната је према формули:

укупни трошкови/(број радних дана × просечан број уговорених посета/дан)

Просечан број првих прегледа у односу на просечан број контролних прегледа на месечном нивоу био је 1:3.

### **Структура фиксних трошкова и израчунавање цене пружања услуга кућног лечења у 2010. години у Дому здравља „Нови Београд“ (модел 2)**

У служби су радила два тима за кућно лечење сваког радног дана, суботом, недељом и празником. Састав једног ужег тима чинили су лекар и три медицинске сестре, који су користили четири теренска возила. Уговорени просечни број посета лекара кућног лечења на дан је осам посета дневно.

Укупни трошкови кућног лечења и неге организованих по моделу 2 на месечном нивоу израчунати су према формули:

бруто плате лекара и сестре + трошкови за возила

Трошкови за возила у раду екипе организоване по моделу 2 на месечном нивоу израчунати су према формули:

(гориво за пређених 100 километара по једном дану рада две екипе + уље + гуме + амортизација на седам година за цену возила од 7000 евра + регистрација) × 2

Одржива цена једне посете екипе за кућну негу по моделу 2 израчуната је као и код модела 1 према формули: укупни трошкови/(број радних дана × просечан број уговорених посета/дан).

Такође је израчуната према просечном оствареном броју посета лекара и сестара на месечном нивоу по формули:

укупни трошкови 2/(број остварених посета лекара и сестара на месечном нивоу)

### **Цене услуга за кућно лечење према ценовнику РФЗО**

Према ценовнику РФЗО, на нивоу ПЗЗ примењују се следеће цене за уговарање услуга за кућно лечење: први преглед лекара специјалисте кошта 353,74 динара, а други и сваки наредни преглед 257,76 динара. Преглед лекара на терену је услуга коју РФЗО не уговара са установама ПЗЗ за кућно лечење, иако она постоји у званичном ценовнику и износи 881,59 динара. У ценовнику РФЗО постоји и цена неге болесника у стану, која је 391,00 динар, али не може увек да се наплати, иако медицинска сестра увек прати лекара у посети екипе кућне неге. РФЗО одобрава и трошкове амортизације возила са додавањем коефицијента од 0,2 за сваку посету екипе за кућно лечење.

Сви трошкови биће изражени и у еврима по средњем курсу Народне банке Србије на дан 20. октобра 2011. године јер тржишну цену горива и других трошкова за возила реално одражава евро, док плате лекара и сестара стагнирају на динарском нивоу због економске кризе.

За приказ трошкова и остварених броја посета коришћене су методе дескриптивне статистике (аритметичка средина и сума).

### **РЕЗУЛТАТИ**

Укупни месечни трошкови кућног лечења и неге организованих према моделу 1 били су 1.906,50 евра по екипи, а према моделу 2 3.626 евра по екипи. Разлика у трошковима настала је због већих трошкова плата екипе кућног лечења и неге организованих према моделу 2, као и бруто трошкова за возила. Упоредни приказ структуре са спецификацијом трошкова за оба модела дат је у табели 1.

Када се укупни месечни трошкови рада екипе према моделу 1 поделе са 160 уговорених месечних прегледа, добија се цена једне посете екипе за кућну негу од 11,92 евра, што је око 1.200 динара по посети. Узимајући у обзир да је просечан број првих прегледа у односу на просечан број контролних прегледа на месечном нивоу 1:3, добија се следећа рачуница: (160 посета / 3) × 353,74 динара + (160 посета × 2/3) × 257,76 динара = 18.866,13 динара + 27.494,40 динара = 46.360,50 динара, или приближно 463,60 евра. На овај износ РФЗО додатно одобрава и трошкове амортизације возила са

**Табела 1.** Упоредна структура трошкова рада једне екипе за кућно лечење и негу на месечном нивоу организованих према два различита модела

**Table 1.** Comparative structure of costs per one home care team, per month, according to two different models

Структура трошкова Structure of the costs	Трошкови на месечном нивоу (евро) Costs per month (EUR)	
	Модел 1 Model 1	Модел 2 Model 2
Бруто плата једне екипе за кућну посету Gross salary of one home visit team	1,500	2,500
Гориво за пређених 200 километара по једном дану рада две екипе Gassoline for 200 km per 1 day, per 2 teams	500	-
Гориво за пређених 100 километара по једном дану рада једне екипе Gassoline for 100 Km per 1 day, per 1 team	-	250
Уље Oil	13	13
Аутомобилске гуме Car tyres	50	50
Амортизација на седам година за цену возила од 7000 евра Amortization per 7 years, per vehicle in value of 7000 EUR	100	100
Регистрација возила Car registration	150	150
Бруто трошкови возила Gross costs per vehicle	406.50	1,126
Укупни трошкови рада једне екипе за кућно лечење Total costs of home care and treatment team work	1,906.50	3,626.00

додавањем коефицијента од 0,2, па је цена једне посете по екипи укупно 556,32 евра месечно.

Када се укупни месечни трошкови рада екипе према моделу 2 поделе са 243 просечно уговорених посета, добија се цена једне кућне посете по свакој екипи од 15 евра, што је око 1.500 динара по посети. Међутим, како је остварени просечан број посета леченим пацијентима на месечном нивоу износио 366 посета по екипи (посете лекара и посете медицинских сестара без лекара, за пружање неге пацијентима), уочава се да је цена једне посете по екипи била 9,91 евра, што је око 1.000 динара.

## ДИСКУСИЈА

РФЗО при начину уговарања приказаном у моделу 1 месечно не исплаћује стварне трошкове кућног лечења, већ ове трошкове умањује за разлику од 1.349,20 евра на месечном нивоу. Уколико би се извршио прорачун на цену која постоји у ценовнику РФЗО (али која се приликом уговарања услуга кућног лечења са РФЗО не примењује), а која се односи на цену прегледа лекара на терену од 881,59 динара, онда би трошкови које би установа ПЗЗ могла да покрије за кућно лечење приликом 160 месечних посета била 141.054,40 динара, што је приближно 1.411 евра. Уколико би се на ову основицу додало 20% за трошкове за возила, добија се

износ од 1.693,20 евра месечно, што је за свега 213,30 евра мање од стварних месечних трошкова рада једне екипе за пружање здравствених услуга за кућно лечење болесника нормираних на 25.000 становника на месечном нивоу.

Да би установе ПЗЗ могле да исфинансирају горепоменућу разлику за кућно лечење болесника, морале би да наплате партиципацију од пацијента у износу од 1,33 евра, односно 133 динара, што углавном није могуће, будући да је знатан број ових пацијената ослобођен плаћања партиципације (особе с малигним обољењима) или су у питању особе веома лошег социоекономског стања. Други начин покривања трошкова кућног лечења јесте дотирање кућног лечења из других – најчешће локалних – извора финансирања (општина, град, округ, регион).

На основу просечно уговореног броја посета и уговорених цена РФЗО по моделу 2, који је реализован у Дому здравља „Нови Београд“, уочава се да трошкови посете по екипи за кућно лечење не могу да се покрију наплаћивањем од РФЗО ни трошкова првог, ни трошкова контролног прегледа лекара, као ни трошкова сестринске неге болесника при сваком прегледу. РФЗО трошкове сестринске неге не одобрава увек, већ поставља посебне нормативе када се то може урадити, без обзира на то што с лекаром у кућну посету увек иде и медицинска сестра. Међутим, поменути трошкови би могли да се покрију без дотирања из других извора уколико би уговорена просечна цена посете за кућно лечење при уговарању услуга установе са РФЗО била 881,59 динара, са додатком од 20% за трошкове превоза и одржавања возила. Ово показује да је модел 2, где је организационо у тим укључен већи број медицинских сестара и већи број возила, исплативији од модела 1, где екипу која одлази у кућне посете чине један лекар и једна медицинска сестра, а једно возило је на располагању двома екипама.

Питање одрживости кућног лечења и неге и исплативости цене кућне посете екипе за кућно лечење је једно важно питање, док је друго – како установити цену кућног лечења у појединим групама болесника у односу на ефикасност кућног лечења у РС. У нашој земљи постоје извештаји о ефектима кућног лечења особа са психијатријским обољењима, где раде екипе за кућно лечење и негу хетерогеног профила стручњака (психијатар, социјални радник, психолог, неуролог, медицинска сестра) [4, 5], али не постоје економске анализе којима морају да претходе епидемиолошке студије и анализе. Економске анализе у здравству РС генерално недостају и тек спорадично се у појединачним извештајима одговара на важна питања економске оправданости одређених здравствених интервенција [6, 7]. Добро планираних епидемиолошких студија у нашој земљи, попут оне о хроничним незаразним обољењима, такође нема довољно [8, 9], као ни студија квалитета живота у вези са здрављем [10, 11, 12] и задовољства болесника [13, 14] пруженим услугама, тако да, чак и уз претпоставку да се оне изведу о кућном лечењу и нези, такви епидемиолошки резултати не би

imalo sa čim da se uporede u istim grupama bolesnika koji se leče u drugim vidovima ПЗЗ, а нарочито у установама секундарне здравствене заштите.

С друге стране, ефикасност кућног лечења добро је документована у многим студијама. Домаћа истраживања квалитета здравствене заштите у условима кућног лечења на клиничком ентитету хроничне инсуфицијенције срца [15] показала су у компаративној анализи једнаку ефикасност лечења особа са инсуфицијенцијом срца и у болничким и у кућним условима, уз знатне уштеде у дужини лечења у кућним условима, трошкова за помоћну дијагностику, те хематолошке и биохемијске анализе [16]. У Великој Британији је показано да се укључивањем кућног лечења и неге код болесника с хроничном опструктивном болешћу плућа (ХОБП) значајно смањује број болничких дана за око 10 дана, повећава задовољство болесника, смањује притисак за коришћење болничких постеља и смањује број смртних исхода приликом хоспитализације због погоршања болести, што доводи до укупног смањења трошкова лечења болесника са ХОБП [17]. Процењено је да се на само поменутих 9–10 дана лечења од ХОБП одваја 70% укупних трошкова лечења особа с овим обољењем на годишњем нивоу [18, 19]. Слични резултати ефикасности кућног лечења и неге болесника са ХОБП добијени су и метаанализом Кохрановог института [20]. Такође, постоје многи извештаји о потреби за кућним лечењем и негом болесника после инфаркта миокарда ради превенције тешких секвела [21, 22]. Многе земље, међу којима се посебно истиче Немачка, врше велике рандомизирани студије управљања ризиком код старих болесника с акутним инфарктом миокарда, где се пореде резултати кућног лечења и неге с периодичним посетама ових болесника стационарним установама [23]. У току је и рандомизирана студија поређења ефикасности кућног лечења и неге у односу на болничко лечење код старих особа с вишеструким морбидитетом, јер је добро познато да само мали број ових болесника има једно хронично обољење [24].

Код особа с малигнитетом још нису усаглашени ставови о свим добробитима које овим болесницима доносе кућно лечење и нега јер се тек утврђују стадијуми малигних обољења у оквиру којих би болесници имали посебну корист од кућног лечења и неге у погледу опоравка после хируршких захвата, вештачке исхране, раног препознавања поремећаја располо-

жења, рехабилитације, помоћи у прихватању нових животних околности у вези с малигним обољењима, унапређења квалитета живота и општег здравственог стања ових болесника [25]. Такође постоје извештаји да се у болничким условима не успоставља увек добра комуникација медицинских сестара са болесницима на продуженој нези и лечењу, оперисаним особама пред отпуст са хируршког лечења и болесницима са психијатријским обољењима, који теже прихватају живот са болешћу [26]. Болесници који лошије комуницирају могу да мају гору комплијансу и пријемчивост за већину медицинских интервенција. Сматрамо да би комуникација болесника с медицинском сестром могла да буде боља у условима кућног лечења и неге, чиме би и комплијанса и пријемчивост медицинских интервенција биле боље, задовољство болесника веће, а побољшао би се и њихов квалитет живота.

## ЗАКЉУЧАК

На основу резултата истраживања сматрамо да одобрене цене које се користе приликом уговарања услуга кућног лечења и неге са РФЗО нису финансијски одрживе. Разлог за овакву ситуацију је у недостатку средстава у здравственом систему РС која су намењена за пружање услуга кућног лечења и неге у ПЗЗ. Неопходна додатна новчана средства за одрживост кућног лечења и неге Министарство здравља и РФЗО могли би да нађу укључивањем у пројекте који се врше у здравственим системима других земаља које већ имају позитивна економетријска искуства с кућним лечењем и негом. На тај начин би се материјална средства за рад екипа кућног лечења и неге у нашој земљи обезбедила и преко пројеката из буџетских средстава Европске Уније и других међународних извора намењених за јачање цивилног сектора, те би се ублажио и проблем незапослености квалификованих младих стручњака који би могли да се укључе у кућно лечење и негу.

Одрживост кућног лечења и неге од пресудног је значаја за уштеду ресурса болничког лечења, у које је у протеклој деценији у РС неупоредиво више уложено него у лечење у ПЗЗ. Изналажењем решења за одрживост кућног лечења и неге истовремено се решава финансијска одрживост целокупног здравственог система у РС.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ontario Home Care Association. Home Care in 2010 – Essential for an Aging Population. Available from: <http://www.homecareontario.ca/public/docs/publications/position%20papers/2010/home-care-essential-for-an-aging-population.pdf> [Accessed Sept 2010].
2. LaVor J, Callender M. Home health cost-effectiveness: What are we measuring? *Med Care*. 1976; 14:866-72.
3. Konstantinović D, Lazarević V, Milovanović V, Konstantinović V. Tri decenije Službe za kućno lečenje i negu Doma zdravlja „Novi Beograd“. *Opšta medicina*. 2011; 17(3-4):123-30.
4. Stamatovic-Gajic B, Lecic-Tosevski D, Gajic T, Djukic-Dejanovic S, Maksimovic M, Vukovic M. Changing framework of services – to wait or not to wait? *J Ment Health Policy Econ*. 2011; 14:533-4.
5. Ćorić B. Služba za kućno lečenje odraslih kao deo sveobuhvatne psihijatrijske zaštite. *Psihijatrija danas*. 199; 27(1):77-101.
6. Majstorović B, Kastratović D, Vučković D, Milanović B, Miličić B. Analiza operativnih troškova u anesteziji – ABC analiza. *Srp Arh Celok Lek*. 2011; 139(7-8):501-8.
7. Vukašinović Z, Bjegović-Mikanović V, Janičić R, Spasovski D, Živković Z, Cerović S, et al. Strategic planning in a highly specialized orthopaedic institution. *Srp Arh Celok Lek*. 2009; 137(1-2):63-72.
8. Lapčević M, Vuković M, Dimitrijević I, Kalezić N, Ristić J. The effect of medicamentous and non-medicamentous therapy on lowering risk factors for cardiovascular and cerebrovascular episodes in an interventional study. *Srp Arh Celok Lek*. 2007; 135(9-10):554-61.



9. Lapčević M, Vuković M. Risk factors for chronic noncontiguous diseases: twelve-week prospective study. *Srp Arh Celok Lek.* 2004; 132(11-12):414-20.
10. Gvozdenovic BS, Mihailovic-Vucinic V, Ilic-Dudvarski A, Zugic V, Judson MA. Differences in symptom severity and health status impairment between patients with pulmonary and pulmonary plus extrapulmonary sarcoidosis. *Respir Med.* 2008; 102(11):1636-42.
11. Gvozdenović BS, Mitić S, Žugić VG, Gvozdenović AT, Lazović NM, Plavšić S. Relationship between degree of dyspnoea and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Srp Arh Celok Lek.* 2007; 135(9-10):547-53.
12. Lapčević M, Prvanov D, Đorđević S. Procena kvaliteta života obolelih od hroničnih reumatskih oboljenja. *Opšta medicina.* 2010; 16(3-4):113-23.
13. Gvozdenovic B, Zugic V, Vukovic M. Severity of asthma exacerbations and satisfaction with inhaled medication. *Chest.* 2006; 130:1635.
14. Gvozdenović BS, Žugić V, Lapčević M, Vuković M, Milošević S, Plavšić S, Orlović SZ. Relationship between respiratory symptoms and satisfaction with inhaled asthma medication. *Srp Arh Celok Lek.* 2006; 134(11-12):498-502.
15. Konstantinović D. Komparativna analiza lečenja hronične srčane insuficijencije u bolničkim i kućnim uslovima. *Opšta medicina.* 1995; 1(1):5-12.
16. Konstantinović D, Kostić N, Lazarević B, Stefovski A, Bingulac J, Petrović O, et al. Kvalitet života onkoloških bolesnika na kućnom lečenju. *Opšta medicina.* 1999; 5(1-2):17-24.
17. Utens CM, Goossens LM, Smeenk FW, van Schayck OC, van Litsenburg W, Janssen A, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of early assisted discharge for chronic obstructive pulmonary disease exacerbations: the design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 2010; 10:618-29.
18. Sullivan SD, Ramsey SD, Lee TA. The economic burden of COPD. *Chest* 2000; 117:55-95.
19. Strassels SA, Smith DH, Sullivan SD, Mahajan PS. The costs of treating COPD in the United States. *Chest.* 2001; 119:344-52.
20. Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; CD000356.
21. Preen DB, Bailey BE, Wright A, Kendall P, Phillips M, Hung J, et al. Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial. *Int J Qual Health Care.* 2005; 17:43-51.
22. Lim WK, Lambert SF, Gray LC. Effectiveness of case management and post-acute services in older people after hospital discharge. *Med J Aust.* 2003; 178(6):262-6.
23. Kirchberger I, Meisinger C, Seidl H, Wende R, Kuch B, Holle R. Nurse-based case management for aged patients with myocardial infarction: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics.* 2010; 10:29-36.
24. Parker SG, Oliver P, Pennington M, Bond J, Jagger C, Enderby PM, et al. Rehabilitation of older patients: day hospital compared with rehabilitation at home. A randomised controlled trial. *Health Technol Assess.* 2009; 13(39):1-143.
25. de Kok IM, Polder JJ, Habbema JD, Berkers LM, Meerding WJ, Rebolj M, et al. The impact of healthcare costs in the last year of life and in all life years gained on the cost-effectiveness of cancer screening. *Br J Cancer.* 2009; 100:1240-4.
26. Vuković M, Gvozdenović BS, Stamatović-Gajić B, Ilić M, Gajić T. Development and evaluation of the nurse quality of communication with patient questionnaire. *Srp Arh Celok Lek.* 2010; 138(1-2):79-84.

## Financial Sustainability of Home Care in the Health System of the Republic of Serbia

Dejan Konstantinović<sup>1</sup>, Vesna Lazarević<sup>1</sup>, Valentina Milovanović<sup>1</sup>, Mirjana Lapčević<sup>2</sup>, Vladan Konstantinović<sup>3</sup>, Mira Vuković<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Healthcare Center "Novi Beograd", Belgrade, Serbia;

<sup>2</sup>Healthcare Center "Voždovac", Belgrade, Serbia;

<sup>3</sup>PSTech, Belgrade, Serbia;

<sup>4</sup>Healthcare Center, Valjevo, Serbia

### SUMMARY

**Introduction** Over the last several years, during the economic crisis, the Ministry of Health and the Republican Health Insurance Fund (RHIF) have been faced with new challenges in the sphere of healthcare services financing both in the primary as well as other types of health insurance in the Republic of Serbia (RS).

**Objective** Analysis of cost-effectiveness of two models of organization of home treatment and healthcare in the primary insurance, with evaluation of the cost sustainability of a single visit by the in-home therapy team.

**Methods** Economic evaluation of the cost of home treatment and healthcare provision in 2011 was performed. In statistical analysis, the methods of descriptive statistics were employed. The structure of fixed costs of home healthcare was developed according to the RS official norms, as well as fixed costs of

providing services of home therapy by the Healthcare Centre "New Belgrade". The statement of account for provided home therapy services was made utilizing the RHIF price list.

**Results** The results showed that the cost of home healthcare and therapy of the heterogeneous population of patients in the Healthcare Centre "New Belgrade" was more cost-effective in relation to the cost of providing home therapy services according to the RS official norms.

**Conclusion** Approved costs utilized when making a contract for services of home therapy and healthcare with the RHIF are not financially sustainable. It was shown that the price of 10 EUR for each home visit by the in-home therapy team enables sustainability of this form of providing healthcare services in RS.

**Keywords:** home therapy and healthcare; financial sustainability; healthcare services

Примљен • Received: 17/11/2011

Ревизија • Revision: 04/07/2012

Прихваћен • Accepted: 29/08/2012