

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ

ПРАВНИ ФАКУЛТЕТ

Мирослава М. Крстић

**ОБАВЕЗНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
И ИНСТРУМЕНТИ ЊЕГОВОГ
ФИНАНСИРАЊА У РЕПУБЛИЦИ
СРБИЈИ**

докторска дисертација

Београд, 2016.

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF LAW

Miroslava M. Krstić

COMPULSORY HEALTH INSURANCE AND
INSTRUMENTS OF
ITS FINANCING IN REPUBLIC OF SERBIA

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2016.

ПОДАЦИ О МЕНТОРУ И ЧЛАНОВИМА КОМИСИЈЕ:

МЕНТОР:

Проф. др Гордана Илић-Поповић, редовни професор
Правног факултета Универзитета у Београду

ЧЛАНОВИ КОМИСИЈЕ:

Проф. др Дејан Поповић, редовни професор
Правног факултета Универзитета у Београду

Проф. др Божидар Раичевић, професор Универзитета у Београду, у пензији

Датум одбране докторске дисертације: _____

ИЗРАЗИ ЗАХВАЛНОСТИ

„У свакодневном животу тешко препознајемо да примамо много више него што дајемо и да само уз захвалност живот постаје богатијим.“

(Dietrich Bonhoeffer)

Као круну свог досадашњег научноистраживачког рада, ову докторску дисертацију посвећујем својим родитељима, Момчилу и Милици, који су ме подигли и васпитали да будем човек, пре свега. Дисертацију посвећујем и својој сестри Светлани, свом анђелу, најбољем и најискренијем пријатељу. Они су ме увек бескрајно подржавали у учењу и остварењу сваког мог циља. Њихов дела су несебична, зато им дугујем неизмерну захвалност за све своје мале и велике успехе. Хвала им и на поверењу, љубави и разумевању!

Овим путем се захваљујем ментору, проф. др Гордани Илић-Попов на сугестијама и помоћи приликом израде рада, на томе што је прихватила да ми буде ментор. Велику захвалност, дугујем проф. др Божидару Раичевићу, чије професионално искуство и помоћ представљају вредан допринос. Захвалност дугујем и проф. др Дејану Поповићу. Проф. др Драгани Матановић бићу заувек захвална на подршци и свим корисним саветима које ми је дала, приликом израде овог рада.

Не могу ништа друго рећи до: хвала, и хвала, и заувек хвала!

William Shakespeare

ПОДАЦИ О ДОКТОРСКОЈ ДИСЕРТАЦИЈИ

Наслов: Обавезно здравствено осигурање и инструменти његовог финансирања у Републици Србији

Резиме: Право на здравствено осигурање представља једно од основних људских права. Систем здравствене заштите ни у ком случају не може изаћи у сусрет свим жељама и потребама пацијената, зато што жеље и потребе пацијената имају стални раст, здравствене услуге постају све скупље, а средстава за финансирање истих је све мање. Пацијенти захтевају и заштиту финансијског ризика од скувих здравствених услуга, односно желе да буду сигурни да ће фондови здравственог осигурања, на основу прикупљених средстава, покрити високе трошкове лечења, уколико се за тим јави потреба услед неке теже болести. Буџетско финансирање не пружа стимулацију у раду лекара и даје лошији квалитет здравствених услуга. Принцип солидарности у систему здравствене заштите, пре свега, зависи од расположивих средстава и одлуке владе везано за расподелу средстава према здравственим установама. С једне стране, овакав систем у данашњим условима отежано функционише, док, с друге стране, систем здравствене заштите одређене земље прати њен развој, те отуда мора одговорити на нове изазове.

Циљ докторске дисертације јесте идентификовање и анализа битних елемената система здравствене заштите, његово финансирање, остваривања права из обавезног здравственог осигурања, приказ упоредних решења из искустава других земаља и указивање на недостатке сваког од модела здравствене заштите. Циљ је и да се прикаже да комбиновани систем финансирања (капитација комбинована са плаћањем по услузи и дијагностички сродне групе) обезбеђује повећање физичке и ефективне доступности здравствене заштите за све грађане Србије, доводи до унапређења квалитета здравствене заштите, као и до повећања ефективности и ефикасности у пружању здравствених услуга. Један од циљева рада јесте да покаже да је комбиновани систем финансијски одржив, из разлога што не зависи само од буџетских средстава и да су у таквом систему грађани заштићени од финансијског ризика везаног за здравље, тј. пацијенти не морају да буду у страху да ли ће, услед тешких болести и скувих медицинских процедура, систем покрити високе трошкове њиховог лечења. У комбинованом систему сами

даваоци здравствених услуга добрим делом утичу на расподелу прихода, чиме се обезбеђује и стабилност у пружању здравствене заштите.

Приликом израде докторске дисертације коришћене су методе које су прилагођене проблемима истраживања, и то: упоредно-правна метода, дедуктивни метод заснован на методу апстракције, а који је већ развијен у анализи упоредних система здравственог осигурања у свету, и статистички метод. Упоредно-правна анализа спроведена је, почев од система здравствене заштите и здравственог осигурања земаља чија су решења карактеристична и, као таква, функционална (Немачка, Велика Британија и Сједињене Америчке Државе), закључно са здравственим системима земаља са којима Србија дели културно, економско, политичко и друштвено наслеђе (Хрватска и Словенија). Поред анализе наведених земаља, вршена је и анализа здравственог система Чешке Републике, јер је у неком ранијем периоду ова земља имала друштвено-политичко уређење слично уређењу у Србији после Другог светског рата. Такође, коришћен је и индуктивни метод, који подразумева непосредан увид у одговарајуће податке и статистичку обраду документације. Међу методама које су коришћене посебно се издвајају методе примерене анализи проблема јавних финансија и методе нормативне анализе приликом испитивања законских решења у овој области. За анализу финансијских показатеља здравствених установа терцијарног нивоа здравствене заштите коришћене је метод дедукције, метод индукције, метод анализе и метод компарације, да би се извели одговарајући закључци.

На основу истраживања дошло се до закључка да је немогуће дефинисање адекватних здравствених стандарда и најфункционалнијег модела финансирања здравствене заштите, ради целовитог и потпуног остваривања права из обавезног здравственог осигурања. С обзиром на наведено, поставља се питање: Како на најбољи могући начин обезбедити остваривање права из обавезног здравственог осигурања? Дошло се до закључка да комбиновани систем финансирања више одговара Србији и обезбеђује бољи ефекат на рад и друштвени производ, из разлога што је: буџетски неутралнији, обезбеђује стабилност у пружању здравствене заштите, стимулише здравствене факторе и обезбеђује виши ниво задовољења права пацијената.

Кључне речи: право из обавезног здравственог осигурања; систем здравствене заштите; даваоци здравствених услуга; квалитет здравствене заштите; инструменти финансирања обавезног здравственог осигурања; комбиновани систем финансирања.

Научна област: Правне науке

Ужа научна област: Јавне финансије и финансијско право

УДК: 364.32:336.5

DOCTORAL DISSERTATION INFORMATION

Title: Compulsory health insurance and instruments of its financing in Republic of Serbia

Abstract: The right to health insurance represents one of basic human rights. The system of health care in any case can't meet all the wants and needs of the patients because the needs and wants of the patients have a continuous growth, the health institutions become more expensive and the means of financing are becoming smaller. Patients also demand protection from financial risk from expensive health services, with respect to being sure that the health insurance funds, based on the gathered means, cover high costs of treatment, in case a need for it arises due to a serious illness. Budget financing doesn't provide a stimulus in the doctors' work and provides a lower quality of health services. The principle of solidarity in the system of health services, primarily depends on the available means and the governmental decision with regards to the division of means towards the health institutions. On one hand, the system in today's conditions functions with difficulty while on the other hand, the system of health care of a specific country follows the development, hence needs to respond to new challenges.

The purpose of the doctorate dissertation is identification and analysis of important elements of the health insurance system, its financing, realization of mandatory health insurance, showcase of alternate solutions from experience of other countries and exposing the shortcomings of each model of health care. The aim is to show a combined system of financing (capitation combined with paying per service and diagnostic groups) ensures an increase of physical and effective availability of health care for all citizens of Serbia, leading to an advance of quality of health care as an increase of effectiveness and efficiency in providing health services. One of the objectives of the piece is to show that the combined system is financially sustainable, due to it not being dependent on budget allocation and that in such a system the citizens are protected from financial risk related to health i.e. patient do not have to fear if, in case of serious illness and expensive medical procedures, the system can cover the high expenses of their treatment. In a combined system the providers of health services significantly effect the division of revenue, which ensures stability in providing health care.

During the making of the dissertation, methods were used which are adapted to the problems of the research including: comparative law method, deductive method based on the method of abstraction, which is already developed in the analysis of parallel systems of health insurance in the world and the statistical method. Comparative law analysis is carried out, beginning with the health care system and health insurance of countries whose solutions are characteristic and, as such, functional (Germany, United Kingdom and United States of America), concluded with health systems of countries with which Serbia shares cultural, economic, political and social heritage (Croatia and Slovenia). Besides analysis of the mentioned countries, analysis of the system of Czechoslovakia, because in an earlier period this country had a socially-political arrangement similar to Serbia after World War II. Also, an inductive method was used, which assumes an immediate insight into appropriate data and statistical analysis of documentation. Among used methods, special attention was given was to exemplary analysis of problems of public financing and methods of normative analysis during researching legal solutions in the area. For the analysis of financial indicators of health institutions tertiary health care used the

method of deduction, induction methods, methods of analysis and comparison method, to perform the appropriate conclusions.

Based on the research a conclusion was made that it is impossible to define adequate health standards and the most functional model of financing health care with the purpose of a wholesome and total achievement of rights coming from mandatory health insurance. With respect to afore mentioned: What is the best possible way of securing realization of rights from mandatory health insurance? A conclusion was reached that a combined system of financing is more suitable to Serbia and secures a better effect on social work and product because it is: more budget neutral, secures stability in providing health care, stimulates health factors and secures a higher level of satisfaction amongst clients.

Keywords: rights from mandatory health insurance; system of health care; providers of health services; quality of health care; instruments of financing mandatory health insurance; combined system of financing.

Field of science: Law Sciences

Academic Expertise: Public Finance and Financial Law

UDK: 364.32:336.5

САДРЖАЈ

Уводна разматрања.....	1
I НОРМАТИВНО УРЕЂЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СФРЈ И СРБИЈИ.....	9
1. Први корени здравствене заштите.....	9
2. Зачеци законодавства из области здравствене заштите и здравственог осигурања.....	15
3. Законско уређење здравствене заштите.....	20
4. Законско уређење обавезног и добровољног здравственог осигурања.....	25
II ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СРБИЈИ	32
1. Право на здравствену заштиту	33
1.1. Здравствена заштита на примарном нивоу.....	36
1.1.1. <i>Право на изабраног лекара.....</i>	<i>38</i>
1.1.2. <i>Специјалистичко-консултативна здравствена заштита.....</i>	<i>40</i>
1.2. Здравствена заштита на секундарном и терцијарном нивоу	41
1.3. Право на продужену рехабилитацију.....	44
1.4. Хитна медицинска помоћ.....	45
1.5. Кућно лечење.....	46
1.6. Право на медицинско-техничка помагала.....	47
1.7. Право на лекове и медицинска средства.....	48
2. Право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад осигураника.....	50
3. Право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите.....	51
III ФИНАНСИРАЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ.....	53
1. Модели здравственог осигурања.....	55
1.1. Бизмарков модел.....	55

1.2.	Модел Беверица.....	58
1.3.	Семашков модел.....	59
1.4.	Тржишни модел.....	61
2.	Начини финансирања здравствене заштите.....	63
2.1.	Буџетски начин финансирања.....	66
2.1.1.	<i>Глобални буџет</i>	69
2.1.2.	<i>Буџет по ставкама</i>	71
2.2.	Плаћање по пацијенту.....	73
2.3.	Исплата накнаде за услуге.....	74
2.4.	Исплата накнаде на основу случаја.....	77
IV	ФИНАНСИРАЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ.....	80
1.	Извор прихода.....	80
2.	Финансирање по наменама.....	83
3.	Критеријуми за расподелу средстава даваоцима здравствених услуга.....	89
4.	Анализа финансијских показатеља здравствених установа терцијарног нивоа здравствене заштите	102
4.1.	Методологија и елементи анализе.....	104
4.2.	Анализа финансијских показатеља клиничких центара (КЦ).....	106
4.3.	Анализа финансијских показатеља клиничко-болничких центара (КБЦ).....	121
4.4.	Анализа финансијских показатеља института (без института који пружају здравствену заштиту деци).....	136
4.4.1.	<i>Групација института I</i>	136
4.4.2.	<i>Групација института II</i>	155
4.5.	Анализа финансијских показатеља здравствених установа које пружају здравствену заштиту деци.....	162
V	КОМБИНОВАНИ СИСТЕМ ПЛАЋАЊА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА.....	176
1.	Капитација као основни начин распоређивања средстава у примарној здравственој заштити.....	176
1.1.	Структурирање потреба појединих категорија становништва.....	178
1.2.	Формирање базе података о корисницима.....	181
1.3.	Алокација финансијских средстава.....	182

1.4.	Дефинисање капитационе формуле.....	185
2.	Историјат дијагностички сродних група.....	192
2.1.	Моделди дијагностички сродних група.....	196
2.1.1.	<i>ХЦФА ДСГ</i>	196
2.1.2.	<i>Рафинирани ДСГ</i>	198
2.1.3.	<i>Аустралијске ДСГ</i>	199
2.1.4.	<i>ЗМ варијанте ДСГ</i>	201
2.2.	Увођење плаћања према групама сличних случајева.....	203
3.	Предузимање активности при примени новог модела плаћања (капитација комбинована са плаћањем по услугама и ДСГ) у Србији.....	209
4.	Плаћање у примарној здравственој заштити.....	215
5.	Плаћање на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите.....	217

VI ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У КОМБИНОВАНОМ СИСТЕМУ ФИНАНСИРАЊА У СРБИЈИ219

1.	Недостаци буџетског система у вези са остваривањем права.....	219
2.	Унапређење у области примарне здравствене заштите.....	222
2.1.	Право на слободан избор лекара/медицинског тима.....	224
2.2.	Унапређење у области специјалистичко-консултативне делатности.....	226
3.	Унапређење у области секундарне и терцијарне здравствене заштите.....	228
3.1.	Смањење периода чекања на болничко лечење.....	230
3.2.	Приближавање здравственим потребама болесника, њихово уважавање и квалитетно збрињавање.....	234
3.2.1.	<i>Веће уважавање здравствених потреба пацијената</i>	235
3.2.2.	<i>Квалитетно здравствено збрињавање</i>	237
3.3.	Смањење захтева за рефундацију средстава од стране пацијената.....	238

VII ИСКУСТВА ДРУГИХ ЗЕМАЉА У СПРОВОЂЕЊУ И ФИНАНСИРАЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ НАКОН РЕФОРМИ240

1.	Механизам плаћања и остваривање права у примарној здравственој заштити у европским земљама.....	241
2.	Механизам плаћања и остваривање права у секундарној и терцијарној здравственој заштити у европским земљама.....	242
3.	Примери појединих земаља.....	244

3.1.	Словенија.....	244
3.2.	Хрватска.....	251
3.3.	Чешка Република.....	257
3.4.	Немачка.....	259
3.5.	Велика Британија.....	263
3.6.	Сједињене Америчке Државе.....	267
3.7.	Здравствени системи других земаља.....	273
3.7.1.	<i>Република Македонија.....</i>	<i>273</i>
3.7.2.	<i>Балтичке земље.....</i>	<i>275</i>
3.7.3.	<i>Скандинавске земље.....</i>	<i>280</i>
4.	Поређење система здравствене заштите Словеније и Србије.....	284
VIII	ПРЕЛАЗАК НА КОМБИНОВАНИ СИСТЕМ ПЛАЋАЊА У СРБИЈИ.....	290
1.	Обезбеђивање средстава за прелазни период.....	290
2.	Прецизно дефинисање клиничких смерница.....	293
3.	Здравствена политика.....	296
IX	НЕДОСТАЦИ ПРЕДЛОЖЕНОГ МОДЕЛА.....	299
1.	Преоптерећење лекара у примарној здравственој заштити.....	301
2.	Повећање трошкова за непотребне прегледе у примарној здравственој заштити.....	302
3.	Нижи трошкови за одређену дијагностичку групу могу довести до лошијег квалитета пружених здравствених услуга.....	302
	Закључна разматрања.....	304
	Литература.....	316

УВОДНА РАЗМАТРАЊА

Потреба за сигурношћу представља једну од најважнијих људских потреба. Појам социјалне сигурности посматра се као област коју чини читав низ мера и активности које једно друштво спроводи зарад обезбеђивања одређених социјалних потреба појединаца. Основни облици социјалне сигурности су социјално осигурање и социјална заштита. Један вид социјалног осигурања јесте здравствено осигурање. Оно се може организовати као обавезно, добровољно и допунско осигурање. Здравствено осигурање осигураним лицима, члановима њихових породица и најугроженијим категоријама становништва даје могућност да остваре права из здравствене заштите, односно даје право на лечење, истовремено обухватајући и уређујући неколико елемената, и то: кориснике здравствене заштите, пружаоце здравствених услуга, здравствене установе, уплатиоце доприноса и одговарајућу законску регулативу и систем финансирања. Законска регулатива и начини финансирања разликују се од земље до земље. Скоро све земље финансирају здравствену заштиту из јавних и из приватних извора, јер је одавно напуштено становиште да се здравствено осигурање финансира искључиво из јавних прихода, односно из државног буџета. Због обухвата здравственог осигурања и његове комплексности, исто заслужује посебну пажњу.

Због демографских промена, технолошког развоја, вишег степена образовања, продужетка животног века, бољег квалитета здравствених услуга, веће доступности здравствене заштите и других фактора, здравствене потребе расту, као и трошкови здравствене заштите. Задатак сваке државе је да води рачуна о здрављу свог становништва, јер само здрава популација доприноси друштвеном и економском развоју. Стога, здравствено осигурање и здравствена заштита представљају правно, економско, али и политичко питање, јер су неизоставни у свим политичким кампањама широм света. Три су основна принципа у вези са здрављем и друштвено-економским активностима, и то: 1) здравље људи је ствар друштвене заједнице, која је обавезна да га чува и унапређује; 2) социјално-економски услови имају значајан и, у многим случајевима, кључни утицај на здравље и морају се

проучавати; 3) унапређење здравља је исто толико друштвени, колико и медицински задатак.¹

Постоји неколико модела и начина финансирања здравствене заштите у свету; међутим, идеалан модел, односно модел који се може применити у већем броју земаља не постоји. Може се рећи да постоји онолико здравствених система колико има земаља на свету. У интересу је сваке земље да здравствене потребе становништва буду задовољене, да становништво добије што квалитетније здравствене услуге, да се трошкови здравствене заштите контролишу и да систем финансирања буде одржив. Како се Србија већ дуже време сусреће са проблемима у финансирању здравствене заштите и остваривању права пацијената, предмет докторске дисертације је анализа инструмената финансирања обавезног здравственог осигурања, са посебним освртом на комбиновани систем финансирања у Србији.

Једна од основних хипотеза од које се пошло приликом израде докторске дисертације везана је за тврдњу да комбиновани систем финансирања више одговара Србији и обезбеђује бољи ефекат на рад и друштвени производ, из разлога што је: буџетски неутралнији, обезбеђује стабилност у пружању здравствене заштите, стимулише здравствене факторе и обезбеђује виши ниво задовољења права пацијената.

Друга хипотеза од које се полази је да је комбиновани систем финансијски одржив и да обезбеђује повећање физичке и ефективне доступности здравствене заштите за све грађане Србије.

Трећа хипотеза заснива се на полазишту да буџетско финансирање не пружа стимулацију у раду лекара и даје лош квалитет здравствених услуга.

Докторска дисертација је подељена на 9 глава. У првој глави говори се о нормативном уређењу здравствене заштите и здравственог осигурања у СФРЈ и Србији. Прве болнице код нас појавиле су се још у XII веку у манастирима. Здравствена заштита се развијала на начин

¹ В. Цуцић *et al.*, *Социјална медицина*, Савремена администрација, Београд 2000, 4.

организовања самосталних градских болница и апотека. Даљи развој здравствене заштите прекинут је у XVI веку најездом Турака. Развој здравствене заштите пратило је доношење одговарајућих закона. Крајем 1879. године кнез Милан М. Обреновић прогласио је Закон о установљењу Народног санитетског фонда, којим је утврђен механизам обезбеђивања прихода за здравствену заштиту становништва. Две године касније проглашен је и Закон о уређењу санитетске струке и о чувању народног здравља. Касније су донети и Закон о здравственом осигурању и Закон о здравственој заштити (1922. године донет је Закон о осигурању радника, а 1970. године Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва). Ову област данас уређују Закон о здравственом осигурању и Закон о здравственој заштити, који су претрпели одређене измене и допуне од 2005. године, када су донети, до данас. Поред законских, ову област уређује и читав низ подзаконских аката (правилника, уредби, одлука, и др.).

Друга глава обухвата прецизно дефинисање свих параметара на основу којих пацијенти остварују права из обавезног здравственог осигурања у Србији, у складу са законским и подзаконским актима. У основна права из обавезног здравственог осигурања спадају: право на здравствену заштиту, право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад осигураника и право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите. Посебно су разматрана права пацијената која остварују на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите.

У трећој глави пажња се посвећује моделима и начинима финансирања здравствене заштите. Током рада разматрани су: Бизмарков модел, модел Беверица, Семашков модел и тржишни модел финансирања. У Европи је најпознатији Бизмарков модел здравственог осигурања, као и модел Беверица. Бизмарков модел се темељи на принципу непрофитности и солидарности међу свим осигураним лицима и њиховом организовању у одређене фондове, преко којих се обезбеђује остваривање права из обавезног здравственог осигурања. Запослени уплаћују, законом предвиђени, износ доприноса, а фондови склапају уговоре са даваоцима услуга и тако омогућавају осигураним лицима коришћење здравствених услуга. У моделу Беверица доступност здравствених услуга и њихово финансијско покриће обезбеђује држава. Држава оснива здравствене установе, финансира

њихов рад и управља целим системом. И овај систем се темељи на солидарности. У зависности од карактеристика система, постоје различити начини финансирања. Анализирани су следећи начини финансирања: буџетски начин финансирања, плаћање по пацијенту, исплата накнаде за услуге и исплата накнаде по основу случаја.

У четвртој глави приказан је начин финансирања здравствене заштите у Србији, односно извори финансирања и критеријуми расподеле средстава даваоцима здравствених услуга. Постојећи модел финансирања здравствене заштите у Србији заснован је на буџету који покрива следеће расходе: плате и трошкове превоза запослених у здравственим установама, лекове, санитетски и медицински потрошни материјал, исхрану, крв, материјал за дијализу, уградни материјал и остале индиректне трошкове (нпр. трошкови енергената, трошкови материјала и остали трошкови). Из разлога што расподела средстава иде у корист плата и превоза радника у здравственим установама, а не у корист здравствене заштите, неопходно је пронаћи модел који ће, превасходно, бити усмерен на остваривање здравствене заштите. У циљу приказивања недостатака постојећег система финансирања, урађена је анализа показатеља који одражавају рад здравствених установа и обележја која карактеришу финансирање здравствене делатности.

Пета глава представља приказ комбинованог система плаћања здравствених услуга, који обухвата капитацију и плаћање по услугама на примарном нивоу здравствене заштите и дијагностички сродне групе (енг. *diagnosis-related groups* (у даљем тексту: ДСГ)) на секундарном и терцијарном нивоу. „*Per capita*“ плаћање у домовима здравља подразумева плаћање према броју пацијената и према факторима ризика. Фактори ризика који су узети у разматрање током овог истраживања су старосна и полна структура. За „*per capita*“ плаћање неопходно је дефинисати капитациону формулу, а по изабраном лекару. Приказан је модел по којем се пацијенти деле у старосне групе. Дат је кратак осврт на историјат ДСГ-а, као и на њихове модалитете. Током истраживања аутор је применио одређене критеријуме, који су послужили за одређивање припадности свакој групи. Критеријуми по којима је вршена класификација су следећи: здравствено стање пацијента (дијагноза), врста здравствене заштите (процедура, интервенција), резултат пружене здравствене заштите (утицај на пацијентово здравствено стање), ефекат здравствене заштите, прогноза по спроведеном

лечењу и трошкови пружене здравствене заштите. За болнице је, током овог истраживања, утврђено девет основних специјалности са одређеном ценом, и то: педијатрија, хирургија, гинекологија, интернистика, онкологија, дерматологија, рехабилитација, оториноларингологија и окулистика. На крају овог дела приказани су начини плаћања, посебно у примарној, а посебно у стационарној здравственој делатности, а по комбинованом моделу.

Шеста глава бави се анализом свих показатеља који су у вези са остваривањем права у комбинованом систему плаћања. Пре свега, дат је кратак осврт на проблеме са којима се пацијенти сусрећу у буџетском систему плаћања здравствене заштите. У комбинованом систему, акценат би се ставио на превентиву и доступност лекара пацијентима. Лекари у примарној здравственој заштити би били стимулисани да прегледају што већи број пацијената, јер би на тај начин стекли додатан извор прихода. Сходно томе, смањило би се чекање у домовима здравља, пацијенти би били задовољни пруженом медицинском услугом од стране свог изабраног лекара, несавесни пацијенти би се позивали на редовне прегледе, што би имало вишеструке ефекте. Капитација подразумева и групни рад са пацијентима и одређена предавања на тему здравствене заштите, као и плаћање кућне неге и патронажних посета. Дефинисањем ДСГ-а пацијенти би на секундарном и терцијарном нивоу добили скраћење беспотребног лежања у болници, смањење листа чекања на одређене здравствене услуге, виши квалитет здравствених услуга због постојања здраве конкуренције, праведну доступност здравствене заштите и др. Лечење предвиђено овим моделом било би континуирано и тимско, јер се на овај начин повезују здравствени радници са свих нивоа здравствене заштите.

У седмој глави приказана су искуства других земаља у примени капитације и ДСГ-а. Посебно су разматране Словенија, Хрватска, Немачка, Велика Британија и Сједињене Америчке Државе. Због доступности података, као и због карактеристичних решења која су успешно примењена у области здравственог осигурања и здравствене заштите, рађена је анализа здравствених система Немачке, Велике Британије и Сједињене Америчке Државе, док је због заједничког културног, економског, политичког и друштвеног наслеђа рађена анализа здравствених система Хрватске и Словеније. Поред анализе наведених земаља,

вршена је и анализа здравственог система Чешке, јер је у неком ранијем периоду ова земља имала друштвено-политичко уређење слично уређењу у Србији, које је напуштено пре скоро двадесет година. У Словенији, нпр. увођење капитације није имало очекиване резултате, јер се тежило задржавању буџетског система финансирања лекара. На тај начин смањен је број кућних посета од стране лекара примарне здравствене заштите, повећан је број амбулантно лечених пацијената, повећан је број специјалистичких прегледа, док се превентивни прегледи скоро нису ни обављали. На секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите плаћање обухвата целокупни третман болесника од пријема у болницу до отпуштања, са свим неопходним испитивањима и потребним лековима. Најраспрострањенији метод финансирања здравствене заштите на секундарном и терцијарном нивоу у свету данас је ДСГ. У овој глави дат је краћи осврт на здравствене системе Македоније, Балтичких земаља и Скандинавских земаља.

У осмој глави указује се на мере и активности које је потребно предузети да би се могао применити комбиновани систем плаћања и да би се поспешило квалитет у пружању здравствених услуга и остваривању права пацијената у Србији. Пре свега, држава је та која треба да обезбеди техничку и стручну помоћ, као и читав сет прописа којима би био дефинисан нов начин финансирања и остваривања права пацијената. Да би отпочела примена овог модела неопходна је велика улога државе у обезбеђивању средстава за прелазни период до потпуне примене истог. Кроз ово истраживање предвиђено је да се на систем капитације прелази постепено. Исхитрени потези не би дали очекиване резултате. Предвиђен је модел по којем ће се у периоду од пет година потпуно прећи на систем капитације у примарној здравственој заштити. Плаћање према ДСГ-у потребно је, такође, уводити постепено. Током ове анализе установљено је да је распоређивање средстава најзначајније, али не и једино, средство за подстицање квалитета услуга здравствене заштите.

У деветој глави истакнути су и недостаци предложеног модела, јер ниједан модел финансирања није универзалан и примењив за све земље, и, као и сваки други, има своје предности, али и недостатке. Предложени модел може довести до преоптерећења лекара у примарној здравственој заштити, повећања трошкова за непотребне прегледе у примарној

здравственој заштити, док нижи трошкови за одређену дијагностичку групу могу довести до лошијег квалитета пружених здравствених услуга. Предложени модел има ефекте са становишта сваког пацијента, а и са становишта саме државе. Кроз нов модел финансирања пацијенти ће остваривати већи садржај и обим права на здравствену заштиту у односу на постојећи модел финансирања. Приликом избора одговарајућег модела финансирања треба поћи од тога у ком систему пацијенти остварују највећа права, као и имати у виду трошкове и ефекте примене новог модела.

У закључним разматрањима истакнуто је да је од великог значаја за сваког пацијента, а и за саму државу реформисање система здравственог осигурања и увођење новог модела финансирања. Кроз нов модел финансирања пацијенти ће остваривати већи садржај и обим права на здравствену заштиту у односу на досадашњи модел финансирања. Приликом избора одговарајућег модела финансирања треба поћи од тога у ком систему пацијенти остварују највећа права, пре свега, а након тога и о трошковима и ефектима примене новог модела. Треба имати у виду да имплементација новог модела финансирања у значајној мери зависи од политичке ситуације у земљи и саме практичне примене. Очекивани ефекти примене новог модела дати су у закључним разматрањима. Током истраживања је утврђено да би се, пре свега, повећао квалитет пружених услуга пацијентима, обезбедила адекватна здравствена заштита, да би лекари били доступнији пацијентима, да би се период чекања на операције скратио, да би се скратио период чекања на специјалистичко-консултативне прегледе, и др. Када су у питању здравствене установе, односно даваоци здравствених услуга, ефекти би се огледали у правилној расподели средстава. Средства би се распоређивала уважавајући социјалне, демографске, економске и географске разлике међу поједним регионима. Нов начин финансирања би награђивао ефикасност и правио одређене уштеде здравственим установама, уз јачање здраве конкуренције. По питању ефеката на државу, током рада указано је на значај здравствених приоритета, смањење броја болесничких дана, скраћивање чекања на операције за одређене здравствене процедуре за које се воде листе чекања, јер се на тај начин елиминишу беспотребни трошкови здравствене заштите и др. Комбиновани систем доприноси повећању обима кућног лечења, подстиче здраву конкуренцију, награђује ефикасност и подстиче руководство и све запослене у здравственим установама да више доприносе раду и подигну квалитет пружених услуга.

Оваквим начином финансирања држава усмерава развој здравственог система, подстиче делатност јавног здравља и остварује одређене уштеде по питању здравствене заштите.

I НОРМАТИВНО УРЕЂЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СФРЈ И СРБИЈИ

1. Први корени здравствене заштите

Најбољу медицину у средњем веку имала је Византија. Византинци су исказивали посебну пажњу медицини, јер их је интересовала њена практична примена. Византијска медицина није знатније унапредила теоријску основу медицине тог доба, јер се слабо бавила анатомијом, физиологијом и патологијом, али је у великој мери усавршила вештину дијагностике и терапије, као и хируршку оперативну технику, фармакопеју и фармацију. Византинци су сматрали и да се болести могу сузбијати лечењем.²

Прве болнице у средњевековној српској држави организовале су се по манастирима и везане су за долазак династије Немањића на престо. По угледу на Византију, у средњевековној Србији почеле су да настају здравствене установе. У Хиландару је 1199. године Растко Немањић - Свети Сава основао прву болницу. Такође, у Студеници је 1208. године основао још једну болницу.³ Болница у манастиру Хиландар је, поред лечења пацијената, била центар за стицање примењених медицинских знања и вештина. Свети Сава је био и оснивач српске научне медицине. У периоду између XIII и XIV века донет је и Хиландарски медицински кодекс,⁴ који је садржао списе различитих медицинских дисциплина, као и преводе најзначајних лекарских школа тог времена. Исти је обухватао етичке норме у области медицине и осталим областима друштва и јасно дефинисао однос према болеснима, убогим и несрећнима.⁵ Како се становништво у том периоду бавило враџбинама, а народ

² Р. Радић, Допринос византијских лекара средњевековној медицини, „Ниш и Византија- Зборник радова“, Ниш 2004, 71, <http://www.nisandbyzantium.org.rs/doc/zbornik/Pdf-II/Radivoj.pdf>, 17. децембар 2015.

³ Д. Ј. Стевановић, „Осам векова болнице у Студеници“, *Тимочки медицински гласник*, Зајечар 4/2007, 216.

⁴ Сматра се најдрагоценијим спомеником српске медицинске културе. Хиландарски медицински кодекс има 204 листова (408 страна), написан је српском рецензијом и потиче с краја XV или почетка XVI века. Хиландарски медицински кодекс не садржи само списе који се, по начину обраде и обимности, могу с правом сматрати медицинским монографијама, већ садржи и мање списе у којима се, такође, обрађују питања из посебних медицинских дисциплина.

Вид. http://www.hilandar.info/strana.php?strana_id=208, 13. мај 2013.

⁵ Вид. <http://www.domzdravljanis.co.rs/razvojjzdravstva1.php>, 13. мај 2013.

није много веровао лекарима, него „надри лекарима“ и „народним лекарима“, држава је отпочела са санкционисањем ове појаве. Чланом 20. и 109. Душановог законика предвиђале су се строге казне за особе које се баве враџбинама и „надри“ лечењем.⁶

Краљ Милутин је 1315. године у Јерусалиму, при Манастиру свегог Архангела, основао болницу. У манастиру Дечани, Стефан Урош III Немањић основао је болницу у периоду 1327-1355. године, цар Душан у манастиру светог Архангела у Призрену 1342. године, цар Душан у Котору 1350. године, а деспот Стефан Лазаревић у Београду око 1390. године.⁷

Како је медицина средњег века имала примесе научног и магијског, емпиријска медицина представља сам почетак развоја савремене медицине. Први српски лекари били су тзв. лекари-емпирици. Лекари-емпирици су, обично, били лекари, или монаси, који су се, поред лечења, бавили и обучавањем у лекарским вештинама свих оних који су помагали у лечењу и који су њих требало да наследе (следбеници). Најпознатији међу њима су Првослав (1281) и Менча Баранин (1330). С обзиром на то да је Србија била окренута стицању знања у области медицине од Византије, лекари и монаси су имали практична искуства, а не школски стечена знања. Тадашњи владари, због недовољног броја учених лекара, имали су обичај да за лечење пацијената позивају и лекаре из Италије и Грчке.⁸ С временом, почеле су у Србију да стижу прве тековине западне медицине, те постепено слаби утицај византијске медицине, а јача утицај западне медицине. Како су неки лекари са Запада почели да долазе у Србију, тако су лекари из Србије почели да одлазе у Италију на школовање, а затим и у Француску.

Поред манастирске, у средњовековној Србији, паралелно су се развијале и градска и дворска медицина. Неспорно је да је најјачи утицај имала манастирска медицина, која је примењивала стечене вештине и искуства, преузета од Византије, и заснивала се, пре свега, на старању над сиромашнима. На српском двору се развијала и упражњавала дворска медицина, где су „служили“ угледни школовани лекари тог доба. Медицина која се

⁶ Вид. http://www.hodocasnik.org/txt/biblioteka/dusanov_zakonik.pdf, 13. мај 2013.

⁷ Р. В. Катић, *Порекло српске средњовековне медицине*, Београд 1981, 175.

⁸ З. Цеперковић, „Лекарска слава Свети Врачеви“, *Опита медицина*, Београд 11/2005, 223-225.

развијала у болницама у градовима више је била окренута ка стицању западних научних знања и искустава. У градовима су највећи утицај имали лекари-емпирици, иако су у градским болницама становништво лечили и ранари, видари и бербери. У том периоду појавиле су се и прве писане медицинске књиге у Србији – лекаруше, најчешће превођене са латинског, а које су обухватале и традиционалне и религијске поступке исцељења, и медицинске поступке преузете са Запада.

Средњи век је, до пада српске државе под османлијску власт, био период огромног просперитета у медицини и свим другим областима. Србија је уживала велики углед у средњовековној Европи, из које је црпела нова медицинска знања и искуства.⁹ Први проблеми у здравству почињу да се јављају падом српске државе под турску власт. Тада пропада српска држава, а са њом и медицинска и културна баштина. Манастири и болнице се пљачкају и затварају. Док је Европа напредовала, Србија је назадовала у сваком смислу под османлијском влашћу. У XIX век Србија је ушла без болница и без школованих лекара, јер су Османлије сматрале да су болест и смрт воља Алаха, којој се не треба супротстављати. У Србију више нису долазили учени лекари са Запада. Почела је да се примењује медицина заснована на исламској религији. Видари, ранари, хоџе, врачеве и бербери су поново преузели примат у лечењу становништва. Сходно наведеном, српска медицина је, у то време, била међу најзаосталијим у Европи. Миграције изазване ратовима и турским наметима довеле су до појаве заразних болести. Много становника је умирало од куге и тифуса. Људи су се лечили како су знали и умели (мелемима, молитвама, враџбинама, и сл.).

Након ослобађања од Османлија, није решен проблем финансирања здравствене заштите, изградње болница и недостатка школованих лекара. Током Првог и Другог српског устанака, народни лекари су лечили народ и устанике. Како болница није било, рањеници су лечени по кућама, манастирима и црквама. Стање здравствене заштите у устаничкој Србији поправило се 1809. године, када је за штабног доктора руских трупа у Београду постављен доктор Иван Морачевски, виши војни доктор и хирург. Он је у Србију донео не само медицинско знање, већ и веома важну новчану и материјалну помоћ (хируршки

⁹ З. Цеперковић, „Из историје медицине, Српска медицина у средњем веку“, *Опита медицина*, Београд 11/2005, 82-84.

инструментаријум и другу медицинску опрему).¹⁰ По окончању Другог српског устанка, почињу да се оснивају привремене болнице, јер исте нису имале сва обележја болнице. Тако је 1826. године основана болница у Шапцу, а 1832. у Градишту и Свилајнцу. Прва грађанска болница основана је у Београду 1841. године,¹¹ након чега следи оснивање и других болница по варошима у Кнежевини Србији.

До 1839. године, у Кнежевини Србији је било школованих лекара само у Београду, Крагујевцу и Пожаревцу. Осим у овим местима, постојали су и гардијски лекари у Чачку, Њуприји, Рачи и у Соко Бањи. У другој половини XIX века долази до увећања кадровског потенцијала. Школовани лекари у Србију почели су да долазе неколико година по завршетку Другог српског устанка, када се отпочело са организовањем упоредне српске власти, мада је постављање нових лекара текло веома споро.¹² Лекари бивају подељени на окружне лекаре – физикусе, среске лекаре, општинске лекаре и лекаре који су радили у Београду. Јавио се већи број окружних болница у варошима, апотека, душевних болница и бања.

У балканским ратовима лекари, медицински техничари и болничари представљали су важан функционални део војске, као активна подршка у здравственом обезбеђењу свих великих битака српске војске и њених савезника. После два балканска рата, српска војска је имала велики број жртава, међу којима су били и лекари, медицински техничари и болничари. Србија се, почетком Првог светског рата, поред огромних губитака у људству у борбама, сусрела и са епидемијама куге. Србија је у балканске ратове ушла са укупно 370 војних и цивилних лекара. Током балканских и Првог светског рата изгубила је 153 домаћих лекара, 25 страних лекара, и 27 медицинара (6 старијих и 21 млађег студента медицине). У Србији је умрло и 11 заробљених лекара. Многи старији лекари, који нису били мобилисани, умрли

¹⁰ М. Субић, „Санитетска помоћ Русије Србији у борбама против Турске империје“, *Архив за историју здравствене културе Србије*, Београд 15/1986, 5-12.

¹¹ В. Станојевић, „Најстарије болнице у Београду“, књига VII, ГМГБ, Београд 1960, 6.

¹² Т. Р. Ђорђевић, *Медицинске прилике за време прве владе кнеза Милоша Обреновића (1815-1839)*, Министарство народног здравља, Београд 1921, 98.

су у логорима или убијени у току Првог светског рата. Тако је на крају 1918. године у Србији остало само 36 радно способних лекара.¹³

Од велике важности за развој здравствене заштите у Србији било је оснивање Медицинског факултета у Београду, 1920. године.

Здравствена ситуација у Краљевини Срба, Хрвата и Словенаца није била на завидном нивоу. Начин живота сеоског становништва није се битно мењао од почетка XX века. У многим сеоским крајевима јављале су се епидемије заразних болести. Болнице нису биле смештене у адекватне просторије. Број болничара и лекара није био довољан. Кухиње и перионице радиле су у нехигијенским условима. Министарство здравља у Краљевини Срба, Хрвата и Словенаца није могло да се избори са овим проблемима, пре свега због кратког стажирања лекара, њиховог неискуства, али и због малог броја кредита који су коришћени за изградњу болница и амбуланти.

И поред процентуално значајно већег броја (за 80%) болесничких постеља у односу на период након Првог светског рата, Краљевина Југославија је имала само 25.000 болесничких постеља за популацију од око 14 милиона становника. За овај број становника стандард је предвиђао 75.000 постеља.¹⁴ Године 1932. Краљевина Југославија је имала 4.644 лекара, од чега је 3.850 било у градовима.

У периоду између два рата, Краљевина Југославија се сусрела и са проблемом великог броја деце ометене у развоју. У периоду 1930-1934. године Краљевина Југославија је имала изузетно велику смртност одојчади, маларија је утицала на природни прираштај, туберкулоза је била распрострањена како по сеоским, тако и по градским подручјима, становништво је масовно било заражено сифилисом. Земља се сусрела и са проблемом хоспитализације душевних болесника и недостатком медицинског особља за ову грану медицине. Држава није поседовала довољан број здравствених установа, у буџету није било

¹³ В. М. Суботић, *Поменик погинулих и помрлих лекара и медицинара у ратовима, 1912-1918, редовних, дописних и почасних чланова, оснивача, добротвора и задужбинара, 1872-1922*, Српско лекарско друштво, Београд 2012, 138.

¹⁴ Вид. <http://www.hereticus.org/arhiva/2004-3/pogled-na-invalidnost-kroz-istoriju.html>/3, 12. март 2014.

довољно средстава за запошљавање медицинског особља, није било довољно средстава за набавку лекова, и др. Становништво се веома лоше и некавалитетно хранило, животни стандард је био на изузетно ниском нивоу, што су разлози за повећану смртност тог доба. Статистика опште смртности показује да је у периоду 1924-1936. године умрло 19,25 промила од укупног броја процењеног становништва.¹⁵ Највећа стопа смртности наступала је од туберкулозе, а затим и од других заразних болести. Повреде на раду, такође, су утицале на повећану смртност запосленог становништва. Поред нехуманих услова живота, запослени су имали и нехумане услове рада. Многе фабрике нису имале тоалете и пијаћу воду. Надлежне државне институције су улагале напоре да донесу правилнике о заштити на раду, али су одређена министарства одбијала да прихвате наведене правилнике и исте спроведу у дело. У наведеном периоду постојале су и приватне ординације. У државним болницама у то време, врло често, као и данас, апарати нису били у функцији, те су пацијенти били приморани да одлазе у приватне установе и плаћају за пружене здравствене услуге. С друге стране, морал лекара није био на завидном нивоу. Исти нису желели да лече пацијенте без новца, тако да су сиромашни пацијенти остајали без адекватне здравствене заштите.

Почетком Другог светског рата, болнице примају, како српске војнике и рањенике, тако и немачке. Услед бомбардовања и формирања концентрационих логора, многе болнице су током рата уништене. Неколико зграда института и клиника биле су оштећене, а учила, научне и колекције за наставу, делом или потпуно, уништени или изгубљене. У једном моменту, прекинута је и настава на Медицинском факултету.

Након завршетка рата, све болнице су интегрисане у санитарску службу и постале су корпусне болнице за лечење рањеника. Србија је, током рата, ослабила по питању медицински обученог кадра. Међутим, велики прилив болесника захтевао је брзо реаговање и хитну и неодложну медицинску помоћ. Поједине болнице добиле су појачање у виду

¹⁵ *Ibid.*

хируршких екипа Црвене армије, које су дале велики допринос унапређењу кадровских потенцијала.¹⁶

У новооснованој Федеративној Народној Републици Југославији (ФНРЈ), по завршетку Другог светског рата, медицина је постала општеприхваћена социјална категорија. Сви становници су имали обезбеђену здравствену заштиту и доступне лекове. Током времена настају и нове здравствене установе, тако да се шири мрежа здравствених установа.

2. Зачеци законодавства из области здравствене заштите и здравственог осигурања

Непосредно након ослобађања земље од турског ропства, 1815. године, започело се са радом на организованој борби за заштиту здравља народа. Упутство за лечење колере донето је 1831. године, Одлука о установљењу карантина и граничних састанака 1836. године, док је 1839. године донето „Правило о калемљењу богиња“.¹⁷

На основу првог српског Устава, у Кнежевини Србији је формирано Санитетско одељење 1838. године,¹⁸ док је Закон о санитетској струци донет 21. августа 1839. године,¹⁹ и исти представља прекретницу у развоју здравствене заштите у Србији. Отпочело се са територијалном организацијом лекарске службе. Лекарски су подељени на окружне, среске и општинске лекаре. Ишли су по терену, по потребама. Имали су право да пошаљу пацијента у болницу, уколико се исти не може лечити у кућним условима. Плате су примали преко општинских одбора.

¹⁶ М. Павловић, Ч. Антић, *Војна болница у Нишу, Монографија*, Дирекција за издавачку и библиотечко-информатичку делатност, Београд 2010, 10.

¹⁷ П. Довијанић, „Значајна законодавна акта у области заштите здравља у Србији у 19. веку и почетком 20. века“, *Здравствена заштита*, Комора здравствених установа Србије, Београд 4/2008, 57, http://www.komorazus.org.rs/downloads/casopis/2008/Zastita%20Vanredni%204_2008.pdf, 22. фебруар 2016.

¹⁸ Д. Ђокић *et al.*, *Развој здравствене заштите у Србији 1986-1996*, Институт за здравствену заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд 1997, 13.

¹⁹ Група аутора, *Војни санитет у српском народу*, Рад, Београд 1998, 23-25.

У време владавине Милоша Обреновића у Србију су довођени лекари из иностранства или из Војводине. У заосталој Србији иностраним лекарима је било изузетно тешко. Они су се сусрели са неповерењем од стране болесних, али и са проблемом плаћања за пружене услуге. Лекари тог доба нису били много цењени, а неретко се дешавало да су бивали и деградирани. Иностранци лекари су морали да се упознају са обичајима, навикама и начином живота локалног становништва, као и да науче српски језик.

Најзначајнији лекар тог времена био је др Пачек, који је истовремено био и начелник Санитетског одељења. Он је познат у народу као лекар гарде, јер је лечио кнеза Михајла и Милана Обреновића. Такође, познат је као лекар који је израдио правила за калемљење, односно вакцинисање, у лечењу великих богиња. Аутор је Упутства о бањама и кисељацима Србије и „Правило како се ваља од колере чувати, како се колера може познати, како се од ње ваља лечити и како се после ње ваља владати“.²⁰ Током времена, лекари су полако почели да постају цењенији него што су до тада били. Српска влада је отпочела стипендирање школованијих лекара по факултетима широм Европе и едукацију млађих домаћих лекара, који је требало да заузму место старих лекара.

Сиромашно становништво је у време територијалне поделе лекара лечено бесплатно, док су ове услуге лекари наплаћивали из општинске касе. За богатији слој становништва постојале су одређене тарифе. Лекови су набављани из иностранства, најчешће из Турске и Аустрије, јер се лековима трговало слободно, без икаквих прописа о набавци, држању и продаји лекова.

Током времена, доносе се и друга акта из области здравствене заштите. Године 1841. образују се фондови за здравствену заштиту. Закон о устројству и подизању болница усвојен је 27. марта 1865. године.²¹ Овим Законом утврђена је могућност оснивања јавних и приватних болница. У периоду 1871-1874. године у Србији је основано 13 окружних болница. У окружне болнице су морали бити примљени сви болесници, била је искључена

²⁰ М. Драгић, Здравствено осигурање у Србији у 19. веку, *Здравствена заштита*, Комора здравствених установа Србије, Београд 4/2008, 52.

²¹ Група аутора, *Војни санитет у српском народу*.

могућност било какве дискриминације. Надзор над болесницима вршила је окружна полицијска власт.

Закон о установљењу Народног санитетског фонда усвојила је Краљевина Србија 28. децембра 1879. године, а Закон о уређењу санитетске струке и о чувању народног здравља Краљевине Србије 30. марта 1881. године.²² Законом о установљењу Народног санитетског фонда регулисана су питања покривања трошкова јавне здравствене службе и развоја здравствених установа. Тај фонд се финансирао из фиксних дотација из државног буџета, из општег болничког пореза и из камате на основни капитал. Закон о уређењу санитетске струке и о чувању народног здравља унео је напредне концепције о превентивном раду и здравственом просвећивању народа. Овај Закон назван је „Владановим законом“, по лекару Владану Ђорђевићу, који је његов творац. Закон о уређењу санитетске струке и о чувању народног здравља, са извесним каснијим изменама и допунама био је основни закон у области здравствене заштите све до Балканских ратова и Првог светског рата. Др Владан Ђорђевић је 1879. године извршио централизацију локалних болничких фондова у Народни санитетски фонд Краљевине Србије.²³

Закон о уређењу санитетске струке и о чувању народног здравља био је на снази око 40 година и регулисао је здравствену службу у срезовима и општинама. Одредбама наведеног Закона утврђени су циљеви и задаци здравствене службе у срезовима и општинама. На основу овог Закона и претходно донетих закона уређена су многа питања у вези са функционисањем здравствене службе. Основ су права и дужности окружних, среских и општинских лекара, приватних лекара и бабица, висина такси за лекарске услуге, вакцинације и др.

Закон о уређењу санитетске струке и о чувању народног здравља налагао је оснивање окружних и среских болница са најмање 20 постеља у периоду од 10 година. Закон је налагао да целокупан надзор над здравством има Министарство унутрашњих послова. Ове болнице финансирале су се на рачун санитетског фонда. Уколико средства санитетског

²² *Ibid.*

²³ М. Драгић, 54-55.

фонда нису била довољна за финансирање државних болница, Закон о установљењу Народног санитетског фонда је предвидео и дотације, средства округа и срезова, као и средства из општинских кредита државног буџета.

Правилник болесничког и потпорног фонда из 1895. године,²⁴ Уредба о осигурању радника за случај болести и несреће на послу из 1921. године, Закон о осигурању радника из 1922. године²⁵ и др., представљају претечу система здравственог осигурања у Србији.

Године 1930. донет је Закон о болницама, који је дефинисао термин болница, поделио болнице на опште и специјалне, односно јавне и приватне. Јавне болнице, сходно овом Закону, имају право да наплаћују болничке трошкове, чију висину одређује министар надлежан за здравље.²⁶

У периоду после Другог светског рата, обнављао се здравствени систем и успостављена је јака централизација у систему здравствене заштите. Прописи који су регулисали ову област примењивали су се у целој савезној држави, уз напомену да није постојао јединствен законски пропис у тој области све до 1960. године. Те године донет је Општи Закон о организацији здравствене службе.

Закон о спровођењу социјалног осигурања на подручјуДФЈ донет је 2. маја 1945. године. Законом о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника, који је донет 13. августа 1946. године, уведено је државно социјално осигурање у ФНРЈ.²⁷

Комитет за заштиту народног здравља ФНРЈ установљен је Указом Президијума Народне скупштине 8. фебруара 1946. године. Комитет је био надлежан за припремање и израду плана здравствене заштите и контролу спровођења истог, организовање мера за сузбијање епидемија, руковођење здравственим установама и бањама, припрему закона и

²⁴ Вид. <http://www.zso.gov.rs/istorijat.htm>, 22. новембар 2015.

²⁵ Вид. <http://www.pio.rs/cir/o-nama-rfpio/174-isri.html>, 22. новембар 2015.

²⁶ А. Савић, Коментар Закона о болницама (донесен 27. фебруара 1930. године) и основним подзаконским актима, *Здравствена заштита*, Комора здравствених установа Србије, Београд 4/2008, 63.

²⁷ Вид. <http://www.croso.gov.rs/cir/Istorijat/index.php>, 23. фебруар 2016.

подзаконских аката из области народног здравља, набавку и дистрибуцију медицинске робе и санитетског материјала и лекова, и др. Наведени Комитет је укинут Указом Президијума Народне скупштине ФНРЈ 1951. године. Послове Комитета преузео је Савет за народно здравље и социјалну политику Владе ФНРЈ.²⁸

Године 1950. донет је Закон о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица, којим је било одређено да се плате радника и службеника не могу оптеретити доприносима за социјално осигурање. Доношењем овог Закона завршен је процес развоја социјалног осигурања као државног осигурања. Послове државног осигурања вршили су посебни државни органи ресора социјалног старања и ресора заштите народног здравља, у оквиру својих редовних надлежности, док је држава, из средстава опште државне акумулације, обезбеђивала финансијска средства за спровођење социјалног осигурања. Поступак за остваривање одређених права (обезбеђивање накнаде за време трудноће и порођаја, накнаде за време болести и др.) покретали су, по службеној дужности, надлежни органи ресора социјалног старања и ресора заштите народног здравља.²⁹

Уредбом Владе ФНРЈ из 1952. године формиран су фондови државних чиновника, трговаца и рудара. Овом Уредбом формиран је Републички фонд за социјално осигурање. Године 1955. донета је Уредба о организовању Завода за социјално осигурање, чиме су формиран савезни, републички и срески заводи за социјално осигурање.

По доношењу Устава СФРЈ из 1963. године, социјално осигурање постаје институција узајамног осигурања свих радних људи. Тада се здравствено осигурање спроводило у оквиру заједница које осигураници сами оснивају и њимауправљају (заједнице здравственог осигурања земљорадника, заједнице здравственог осигурањарадника и заједнице здравственог осигурањалица која обављају самосталну делатност).³⁰

²⁸ Вид. http://www.arhivju.gov.rs/active/sr-cyrillic/home/glavna_navigacija/koriscenje_gradje/pretrazite_baze_podataka/opsti_podaci_o_fondovima_u_bazi_inventar/detalji_fonda/_params/item_id/43092.html, 10. новембар 2011.

²⁹ Вид. <http://www.zso.gov.rs/istorijat.htm>, 23. фебруар 2016.

³⁰ *Ibid.*

Године 1963. формиран је Комунални завод за социјално осигурање.³¹ Тек крајем шездесетих година прошлог века, здравствено осигурање се у СФРЈ одваја у самосталан систем, јер је до тада функционисало у склопу социјалног осигурања, укључујући и пензијско и инвалидско осигурање и социјалну заштиту. У данашње време у Србији здравствено осигурање представља део социјалног осигурања, с тим што се исто спроводи у оквиру Републичког фонда, а ресорно министарство је Министарство здравља. Ресорно министарство за пензијско и инвалидско осигурање (које спроводи Фонд за пензијско и инвалидско осигурање) и социјалну заштиту је Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

3. Законско уређење здравствене заштите

Здравље грађана спада у највеће вредности једног друштва. Основна људска потреба и уставом зајамчено право сваког појединца је право на здравље. Да би се градило здраво друштво, држава мора имати организовану здравствену заштиту. Здравствена заштита је обавеза сваког појединца, здравствених радника и друштва у целини. Друштво мора да обезбеди и организује здравствену заштиту, као и право на коришћење здравствене заштите. Поред тога што грађани морају да имају право на здравствену заштиту, она мора бити једнако доступна свима.

Под појмом здравствена заштита подразумева се читав низ политичких, правних, економских, културних и медицинских мера, које су усмерене на унапређење здравља, како појединца, тако и читавог друштва, ради достизања одговарајућег квалитета живота, као и пружање медицинске помоћи, када за тим има потребе.³²

Зачеци законодавства из области здравствене заштите могу се пронаћи у време Краљевине Југославије. У Краљевини Југославији, почетком двадесетих година прошлог века,

³¹ Вид. <http://www.pio.rs/sr/lt/istorijat/>, 10. новембар 2015.

³² Вид. http://wwwold.med.bg.ac.rs/dloads/nastavni_socijalna/Predavanja/dec08/5god/SAVREMENA%20ZDRAVSTVENA%20ZASTITA.pdf, 24. фебруар 2016.

отпочело се са закључивањем, пре свега, трговачких билатералних уговора, који су посредно уређивали и област социјалног осигурања. Тако је отпочело и закључивање конвенција о здравственој заштити, које су се базирале на реципрочној основи, тј. исти степен здравствене заштите и равноправни третман имају држављани страна потписница конвенција. Прва Конвенција о здравственој заштити закључена је са Пољском 9. маја 1923. године, први Општи споразум о реципроцитету на подручју социјалног осигурања закључен је са Италијом, 25. јуна 1925. године, док је Конвенција о реципроцитетном третирању радника обе државе на подручју повреде на послу закључен са Аргентином 8. октобра 1928. године.³³

Сама здравствена заштита у законима се помиње по доношењу Закона о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва, 1970. године.³⁴ У овом Закону утврђен је обим здравствене заштите једнак за све грађане. Држава гарантује остваривање обавезних видова здравствене заштите под једнаким условима. Законом су обухваћене све мере здравствене заштите, како превенција и унапређење здравља, тако и рехабилитација. Овим Законом утврђени су обавезни видови здравствене заштите, и то:³⁵

1. откривање, спречавање, сузбијање и лечење туберкулозе, венеричних и других заразних болести;
2. нега, лечење и превоз душевних болесника, који због природе и стања болести могу да угрозе свој живот и живот других људи, или да оштете материјална добра;
3. здравствена заштита жена у трудноћи, породиља, мајки и контрацепција;
4. потпуна здравствена заштита деце до навршене 15. године живота;
5. потпуна здравствена заштита школске омладине и студената до краја прописаног школовања, али најкасније до навршене 26. године живота;

³³ Вид. <http://www.zso.gov.rs/istorijat.html>, 23. новембар 2014.

³⁴ Р. Косановић, Х. Анђелски, Права из здравственог осигурања у Републици Србији (1922-2015), *Здравствена заштита*, Комора здравствених установа Србије, Београд 5/2015, 28-31, <http://www.komorazus.org.rs/downloads/casopis/2015/Casopis%20ZZ%202015-5.pdf>, 24. јануар 2016.

³⁵ М. Стаматовић, Ђ. Јаковљевић, Б. Легетић, *Здравствено осигурање: теорија и пракса*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд 1995, 18-20.

6. здравствена заштита омладине до навршене 26. године живота, која обухвата спречавање, сузбијање и лечење реуматске грознице (и компликација) у свим здравственим установама, или у стану, и употребу одговарајућих лекова;
7. мере за рано откривање и лечење малигних обољења;
8. мере на превенцији и раном откривању и лечењу шећерне болести;
9. мере за рано откривање, спречавање, сузбијање и лечење ендемског нефритиса;
10. здравствена заштита оболелих од прогресивних мишићних дистрофија;
11. здравствено васпитање;
12. здравствена заштита на раду.

Према овом Закону, сви трошкови у вези са коришћењем здравствене заштите, укључујући и трошкове у вези са здравственом заштитом на раду, обезбеђују се из средстава заједнице, без учешћа осигураних лица.

Законом о социјалној заштити из 1974. године формирају се самоуправне интересне заједнице социјалне заштите (у даљем тексту: СИЗ), односно организације самоуправног удруживања запослених, ради задовољења заједничких потреба, а које обављају делатност од посебног друштвеног интереса.

Закон о здравственој заштити, који је донет 13. јула 1979. године, обједињује здравствено осигурање и здравствену службу материје из области здравствене заштите и здравственог осигурања. У систему здравственог осигурања централно место имали су СИЗ-ови, и то: за територију више општина, односно за територију града Београда (међуопштинске заједнице) и за територију Републике (Републичка заједница).³⁶ Овај Закон се заснива на равномернијем развоју свих видова здравствене заштите, са посебним нагласком на превенцију, регионалном развоју и рационалнијем распореду здравствених установа. Утврђује основна права, и то:³⁷

1. систематски рад на здравственом васпитању здравог и болесног становништва;

³⁶ Р. Косановић, Х. Анђелски, 31-32.

³⁷ М. Стаматовић, Ђ. Јаковљевић, Б. Легетић, 22-23.

2. потпуну здравствену заштиту радника за случај професионалних болести и повреда на раду, жена у трудноћи, породиља, деце до навршене 15. године живота, школске деце и студената, најкасније до 26. године, лица старијих од 65 година живота;
3. потпуну здравствену заштиту од : заразних болести, психоза, реуматске грознице, малигних обољења, шећерне болести, ендемске нефропатије, прогресивних нервно-мишићних обољења и хемофилије;
4. обезбеђење опреме за спречавање ишчашења кука за свако новорођено дете.

Проширен је минимум обавезних видова здравствене заштите, утврђен претходним законом, уз напомену да је за многе болести дато право на потпуну здравствену заштиту. Здравствена заштита обезбеђена је и за инвалиде рата, учеснике народно-ослободилачких борби, земљораднике, лица која се баве самосталном делатношћу, привремено незапослена лица, пензионере и незапослене. Овим Законом утврђена је обавеза општинских, регионалних и републичких СИЗ-ова, њихове надлежности, као и могућности на основу којих могу проширити основна, законом загарантована права.

Накнада личног дохотка за време привремене спречености за рад, према овом Закону, одређивала се најмање у висини од 70% од основа за накнаду, и није могла бити мања од износа 60% од просечног месечног чистог личног дохотка по раднику у привреди града Београда обрачунатог у претходном периодичном обрачуна. Накнада личног дохотка за време при времене спречености за рад проузроковане повредом на раду, професионалном болешћу, као и давањем ткива и органа, обезбеђивала се у висини од 100% од основа за накнаду личног дохотка. Основ за утврђивање накнаде личног дохотка за време привремене спречености за рад одређивао се најмање у износу просечног месечног личног дохотка који је радник остварио у календарском полугодишту које претходи времену у којем наступа случај по коме се стицало право на накнаду. Накнаду личног дохотка за првих 30 дана спречености за рад исплаћивала је организација, односно послодавац из својих средстава.³⁸

СИЗ-ови, у правном систему земље постојале су до доношења новог Устава Републике Србије 1990. године, након чега се успоставља нов систем социјалног осигурања. Оно што

³⁸ Р. Косановић, Х. Анђелски, 31-32.

је значајно за време постојања СИЗ-ова је то да је опсег осигураника и обим њихових права на здравствену заштиту значајно проширен. Доношењем новог Устава Републике Србије кренуло се у усклађивање прописа из области здравствене заштите и здравственог осигурања са њим. Закон о здравственој заштити донет је 25. марта 1992. године, а Закон о здравственом осигурању 4. априла исте године. Одредбе Закона о здравственој заштити годинама су се мењале и надограђивале. Према важећем Закону, здравствена заштита у Србији, као општи интерес, обухвата:³⁹

- 1) праћење, сузбијање и гашење епидемија, праћење и проучавање услова живота и рада и здравственог стања становништва;
- 2) промоцију здравља и обезбеђивање услова за спровођење посебних програма за очување и унапређење здравља;
- 3) спровођење епидемиолошког надзора, спречавање и гашење епидемија заразних болести и организовање и спровођење посебних мера за заштиту становништва од заразних болести;
- 4) праћење и спречавање хроничних масовних незаразних болести и болести зависности;
- 5) хитну медицинску помоћ особама непознатог пребивалишта;
- 6) здравствену заштиту лица која се налазе на издржавању затворске казне;
- 7) организовање и развој интегрисаног здравственог информационог система;
- 8) изградњу и опремање здравствених установа;
- 9) подстицање активности хуманитарних организација, активности у вези са добровољним давањем крви;
- 10) финансирање примењених истраживања у области здравствене заштите и др.

Начела на којима се заснива важећи Закон о здравственој заштити су следећа:⁴⁰

- начело приступачности здравствене заштите,

³⁹ Чл. 18 Закона о здравственој заштити - 333, *Службени гласник РС*, бр. 107/2005, 72/2009 – др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 – др.закон, 93/2014, 96/2015 и 106/2016.

⁴⁰ Чл. 19-24 333.

- начело правичности,
- начело свеобухватности,
- начело континуираности,
- начело сталног унапређења квалитета, и
- начело ефикасности.

Осигурана лица, односно пацијенти су, према одредбама 333, дужни да се придржавају општих аката здравствене установе о условима боравка и понашања у њој, као и да активно учествују при заштити, очувању и унапређењу свог здравља.

4. Законско уређење обавезног и добровољног здравственог осигурања

Здравствено осигурање има дужу традицију од здравствене заштите у Србији. Први закон из области социјалног осигурања, који се тицао осигурања радника, био је Закон о осигурању радника, који је донет 14. маја 1922. године. Стицајем околности, његова примена је одложена до 1. јуна 1937. године. Закон се примењивао на целој територији тадашње државе, покривао је све ризике, осим незапослености, и био је заснован на обавезности. Запослени и послодавци су били у обавези да плаћају доприносе, из којих се финансирао осигурање свих оних који су у радном односу, ученика, помораца, волонтера, лица запослених у иностранству и др.⁴¹ Законом о осигурању радника дата су једнака права из здравственог осигурања свим грађанима. Међутим, та права су била ограничена, самим тим што је постојао мали број осигураних лица (4,2 на 1.000 становника), и што су болнички капацитети били ограничени. Лечење душевних болесника и оних који су имали заразне болести било је бесплатно. Такође, превентивне мере у хигијенским заводима, диспанзерима и домовима здравља биле су бесплатне. С обзиром на то да су болнички капацитети били ограничени и да није било довољно новчаних средстава, многи болесници нису могли да се лече.⁴² Сходно наведеном, а узимајући у обзир и то да није постојала

⁴¹ Вид. <http://www.zso.gov.rs/istorijat.htm>, 23. новембар 2014.

⁴² М. Стаматовић, Ђ. Јаковљевић, Б. Легетић, 15.

²⁷ *Ibid.*

спремност за промене и унапређење система, спровођење здравствене заштите и остваривање права из здравственог осигурања и није имало неког смисла.

Поред доношења наведеног Закона, Краљевина Југославија је имала закључене уговоре о социјалном осигурању са Аустријом, Немачком, Француском, Чехословачком и др. Ови уговори су имали за циљ да обезбеде равноправан третман наших држављана у иностранству, сходно третману који имају држављани наведених земаља током боравка у Краљевини Југославији.

До Другог светског рата здравствено осигурање је било у склопу социјалног осигурања. Законом о спровођењу социјалног осигурања у ДФЈ из 1945. године спроведена је унификација установа социјалног осигурања, док је Средишњи завод за социјално осигурање одређен за јединственог носиоца социјалног осигурања у земљи, а по седиштима федералних јединица и њиховим филијалама оснивани су земаљски заводи социјалног осигурања. Остваривање права из обавезног социјалног осигурања вршено је преко Закона о уређењу судова социјалног осигурања, Врховног суда социјалног осигурања и Уредбе о уређењу поступка код судова социјалног осигурања.⁴³

Године 1946. донет је Закон о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника. Социјално осигурање било је засновано на принципу финансирања средствима доприноса, који плаћају послодавци и запослени, при чему је држава била гарант свих права из здравственог осигурања. Као параметри за одређивање висине и обима права узети су: просечна плата, тежина посла и трајање осигурања. За носиоца осигурања одређен је Државни завод за социјално осигурање, којим је руководило Министарство рада ФНРЈ.⁴⁴

Од 1952. године доносе се одређена законска и подзаконска акта, на основу којих је спроведена ревизија система здравственог осигурања. Донет је Закон о здравственом осигурању 26. новембра 1955. године, а затим и Закон о пензијском осигурању и Закон о

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*

инвалидском осигурању. Године 1955. донета је Уредба о уређењу додатка за децу, а 1959. године и Закон о здравственом осигурању земљорадника.⁴⁵

Закон о здравственом осигурању из 1955. године имао је скоро све елементе као и данашњи Закон. Закон о здравственом осигурању од 30. маја 1962. године имао је допуне већ у децембру исте године, затим измене и допуне од 12. априла 1965. године, када му се мења назив, те овај Закон постаје Основни закон о здравственом осигурању. Измене и допуне овог закона вршене су два пута 1966. године и једном 1967. године.⁴⁶ Измене и допуне овог Закона односиле су се на усклађивања са променама у друштвено-економским односима. Између осталог, Законом 1967. године утврђене су две категорије осигураника, и то осигурана лица која имају права на потпуну здравствену заштиту и лица која имају права на здравствену заштиту по основу професионалне болести и повреде на раду. Према овом Закону, у оквиру здравственог осигурања осигураним лицима обезбеђивана су и новчана примања за случај рођења детета и за случај смрти осигураног лица, али под одређеним условима. Помоћ за опрему новорођеног детета припадала је и у случају порођаја женског члана породице коме се обезбеђује здравствена заштита док се лице по ком има право на ту заштиту налази на одслужењу војног рока.⁴⁷

Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима заштите из 1970. године увео је неколико промена, и то:⁴⁸

1. уведени су обавезни видови здравствене заштите (једнак обим здравствене заштите за све, под једнаким условима);
2. осигураници се организују у заједнице осигурања и заједнице реосигурања на нивоу републике;
3. држава има законодавну улогу и функцију надзора над законитошћу рада заједница осигурања и заједница реосигурања;
4. законом је прописана обавеза плаћања доприноса и извори средстава.

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ Р. Косановић, Х. Анђелски, 25-26.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ М. Стаматовић, Ђ. Јаковљевић, Б. Легетић, 17-18.

Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите примењивао се до 1979. године, а након тога Закон о здравственој заштити до 1992. године. Закон о здравственом осигурању, који је донет 1992. године, регулише систем здравственог осигурања за целу земљу, утврђује права из здравственог осигурања и финансирање здравственог осигурања, другачије од Закона о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите, који се темељио на Уставу из 1974. године. Овим Законом обухваћена су права из обавезног здравственог осигурања, категорије осигураних лица, накнаде на зараде и др. Организација здравственог осигурања остварује се преко тадашњег Републичког завода за здравствено осигурање и његових организационих јединица, а данас преко Републичког фонда за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд). Републички завод доноси номенклатуру здравствених услуга и критеријуме за утврђивање цена здравствених услуга. Однос између Републичког завода за здравствено осигурање и здравствених установа регулише се путем уговора. Здравствено осигурање се финансира из доприноса, који се уплаћује на рачун организационих јединица Републичког завода за здравствено осигурање(филијала) у висини од 70%, и на рачун Дирекције Републичког завода у висини од 30% зараде. Народна Скупштина утврђује висину доприноса, као и лично учешће у трошковима (партиципацију).

Закон о здравственом осигурању је током година претрпео одређене измене и допуне. Постојећим Законом о здравственом осигурању⁴⁹ уређују се права из обавезног здравственог осигурања, финансирање система обавезног здравственог осигурања, као и добровољно здравствено осигурање. Обавезним здравственим осигурањем обезбеђује се право осигураним лицима на здравствену заштиту и право на новчану накнаду.⁵⁰ Начела на којима се темељи обавезно здравствено осигурање су: начело солидарности и узајамности, начело обавезности, начело јавности, начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса, начело сталног унапређења квалитета обавезног здравственог осигурања и начело економичности и ефикасности.⁵¹

⁴⁹ Закон о здравственом осигурању - ЗЗО, *Службени гласник РС*, бр. 107/2005, 109/2005 - испр., 57/2011, 110/2012 – одлука УС, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014 – одлука УС и 106/2015.

⁵⁰ Чл. 3 ЗЗО.

⁵¹ Чл.10-15 ЗЗО.

ЗЗО прецизно је дефинисано која осигурана лица имају права из обавезног здравственог осигурања. План здравствене заштите, номенклатура, цене здравствених услуга, нормативи рада за вршење тих услуга, листе чекања, коришћење здравствене заштите у иностранству и др., такође, су дефинисани ЗЗО.

На основу одредаба овог Закона, осигурана лица могу бити упућена на лечење у иностранство.⁵² Упућивање пацијената на лечење у иностранство врши се само у случајевима када се болести не могу успешно лечити у Србији.

ЗЗО обухваћени су садржај, обим и стандард здравствене заштите, односно поступци и методи дијагностике, лечења и рехабилитације, број и дужина трајања поступка у дијагностици, лечењу и рехабилитацији, као и садржина права из обавезног здравственог осигурања. Овим Законом утврђено је уговарање здравствених услуга и финансирање здравственог осигурања, као и накнада штете у спровођењу здравственог осигурања.

Чланом 45. Закона утврђено је, између осталог, да се за здравствене услуге које се обезбеђују као право из обавезног здравственог осигурања, а за које Републички фонд не врши плаћање на основу цене здравствене услуге, већ трошкове обрачунава и плаћа на другачији начин (по посети осигураног лица здравственом раднику, дијагностички сродних група здравствених услуга, програмима, болесничком дану и др.), осигураним лицима обезбеђује права на здравствену заштиту на терет средстава обавезног здравственог осигурања у одговарајућим, законом прописаним, процентима.

Чланом 55. Закона утврђено је да Номенклатуру здравствених услуга утврђује министар надлежан за послове здравља. Истим чланом је утврђено да Републички фонд доноси акт којим се утврђују: цене здравствених услуга, програм здравствене заштите, цене дијагностички сродних група здравствених услуга, болеснички дан, посете осигураног лица здравственом раднику, плаћање по опредељеном пацијенту, као и други трошкови здравствених услуга, које се обезбеђују као право из обавезног здравственог осигурања.

⁵² Чл. 72 ЗЗО.

Цене, односно трошкови утврђују се на основу неких од наведених елемената, и то:⁵³

- 1) номенклатуре здравствених услуга,
- 2) норматива и стандарда рада, када је то неопходно за утврђивање цене, односно трошкова,
- 3) трошкова уложеног рада запослених у пружању здравствених услуга који се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са законом и закљученим колективним уговорима, осим оних права која обезбеђује послодавац на основу закључених колективних уговора код послодавца,
- 4) анализе трошкова здравствене заштите,
- 5) амортизације прописане законом, односно другим прописима,
- 6) материјалних трошкова, и
- 7) других законских обавеза.

Као што је већ напред речено, ЗЗО се уређује и добровољно здравствено осигурање.⁵⁴ Добровољно здравствено осигурање је осигурање за које се опредељују грађани који не морају бити обавезно осигурани, као и грађани који се опредељују за већи обим и садржај права из здравственог осигурања. Према ЗЗО, добровољно осигурање могу организовати и спроводити Републички фонд, осигуравајућа друштва и фондови за добровољно здравствено осигурање. На предлог министра, Влада уређује услове, начин и поступак организовања и спровођења добровољног здравственог осигурања. Републички фонд спроводи добровољно здравствено осигурање у складу са посебним условима, а на основу мишљења Министарства здравља Републике Србије о испуњености услова за организовање и обављање паралелног и додатног добровољног здравственог осигурања, само за осигурана лица, тј. за становништво које има оверену здравствену књижицу. Добровољно здравствено осигурање намењено је, како појединцима, тако и послодавцима и другим правним лицима. У случају настанка теже болести послодавац, на основу основног ризика, обезбеђује једнократну исплату уговорене накнаде. Могуће је уговорити и допунске ризике. У моменту настанка осигураног случаја, осигураном лицу се обезбеђује новчана накнада за време

⁵³ Чл. 55, ст. 4 ЗЗО.

⁵⁴ Чл. 236-238. ЗЗО.

лежања у болници, а које је последица порођаја, лечења болести или несрећног случаја. На основу посебно закљученог уговора о добровољном здравственом осигурању за случај коришћења здравствене заштите за време пута и боравка у иностранству, стиче се право на накнаду трошкова у вези са медицинским случајем, који настане за време путовања и боравка у иностранству. Према закљученом уговору, премија осигурања се може плаћати месечно, квартално, полугодишње, годишње или једнократно. Добровољним здравственим осигурањем може се обезбедити и накнада за стоматолошке услуге.

II ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СРБИЈИ

Обавезно здравствено осигурање у Србији обухвата:

- осигурање за случај повреде на раду или професионалне болести и
- осигурање за случај болести и повреде ван рада.⁵⁵

Права из обавезног здравственог осигурања су:⁵⁶

- право на здравствену заштиту,
- право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад и
- право на накнаду трошкова превоза на име коришћења здравствене заштите.

Да би остварили права из обавезног здравственог осигурања, осигурана лица морају имати претходни стаж здравственог осигурања у трајању од најмање три месеца непрекидно или шест месеци с прекидима у последњих 18 месеци пре подношења захтева за накнаду штете.⁵⁷

Постоје и одређени случајеви где горе наведени услови нису неопходни за остваривање права. Осигураник остварује права из обавезног здравственог осигурања и у следећим случајевима:⁵⁸

- 1) у случају повреде на раду или професионалне болести;
- 2) у случају хитне медицинске помоћи и остваривањем новчаних накнада по основу права на накнаду зараде за време привремене спречености за рад, права на

⁵⁵ Чл. 9 ЗЗО.

⁵⁶ Чл. 30, ст. 1 ЗЗО.

⁵⁷ Чл. 32, ст. 1 ЗЗО.

⁵⁸ Чл. 32, ст. 2 ЗЗО.

здравствену заштиту и права на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите;⁵⁹

- 3) за остваривање права на накнаду зараде у висини минималне зараде, утврђене у складу са прописима о раду за месец за који се накнада исплаћује.

Србија има потписане међународне уговоре о социјалном осигурању, те осигурана лица земаља са којима имамо потписан уговор остварују здравствену заштиту у складу са ЗЗО, уколико то није другачије уговором дефинисано.

1. Право на здравствену заштиту

Право на здравствену заштиту која се обезбеђује обавезним здравственим осигурањем обухвата:⁶⁰

- мере превенције и раног откривања болести;
- прегледе и лечење жена у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;
- прегледе и лечење у случају болести и повреде;
- прегледе и лечење болести уста и зуба;
- медицинску рехабилитацију у случају болести и повреде;
- лекове и медицинска средства;
- протезе, ортозе и друга помагала за кретање, стајање и седење, помагала за вид, слух, говор, стоматолошке надокнаде, као и друга медицинско-техничка помагала.

Правилником о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања⁶¹ ближе се уређују начин и поступак остваривања права осигураних лица из

⁵⁹ Чл. 30 ЗЗО.

⁶⁰ Чл. 34 ЗЗО.

⁶¹ Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (у даљем тексту: Правилник о остваривању права), *Службени гласник РС*, бр. 10/2010, 18/2010 - испр., 46/2010, 52/2010 - испр., 80/2010, 60/2011 – одлука УС и 1/2013.

обавезног здравственог осигурања, као и услови и начин коришћења здравствене заштите и других права из обавезног здравственог осигурања код изабраног лекара и начин додељивања, коришћења и контроле јединственог идентификационог броја лекара.

Да би се остварило право из обавезног здравственог осигурања, грађанин мора имати статус осигураног лица. Статус осигураног лица стиче се пријавом на обавезно здравствено осигурање. Осигурано лице остварује здравствену заштиту на основу оверене здравствене књижице. У случају када здравствена књижица није оверена, грађанин може остварити право на лечење само у случају хитне медицинске помоћи. У складу са чланом 142. ЗЗО накнадна овера исправе о осигурању, односно здравствене картице, односно посебне исправе о коришћењу здравствене заштите може се извршити под условом да је осигурано лице извршило избор изабраног лекара.

Од јула 2010. године ступио је на снагу Правилник о изменама и допунама Правилника о остваривању права. Истим су извршене одређене измене у односу на претходни Правилник, и то:

- Поједностављена је процедура за утврђивање својства осигураног лица за децу без родитељског старања и пријава на здравствено осигурање лица ромске популације. За децу без родитељског старања потребна је потврда или друга врста доказа надлежног органа. Чланови ромске популације привремено место боравка доказују изјавом и на основу тога остварују право на здравствено осигурање.
- За осигурана лица која су непокретна обезбеђено је да имају изабраног лекара у служби кућног лечења, односно у дому здравља.
- Уколико здравствена услуга није хитна, изабрани лекар најкасније у року од 15 дана мора пружити осигураном лицу здравствену заштиту. Ако то није могуће, здравствена установа је у обавези да пацијенту обезбеди пружање здравствене заштите у наведеном року од стране другог лекара. До тада, крајњи рок за пружање здравствених услуга које нису хитне није био прописан.
- Уколико здравствена установа примарног нивоа здравствене заштите нема специјалистичку службу, у коју је интерним упутом изабрани лекар упутио

пацијента лекару специјалисти ради специјалистичко-консултативног прегледа, изабрани лекар је у обавези да пацијента упуту у други дом здравља на подручју исте филијале. Ако се специјалистичка услуга не обавља у установи примарног нивоа здравствене заштите, изабрани лекар пацијента упућује у установу секундарног или терцијарног нивоа здравствене заштите. На основу упута изабраног лекара, осигураним лицима се пружају сви прегледи и неопходна дијагностика, који су у сврху сачињавања лекарског извештаја лекара специјалисте. У установи секундарног и терцијарног нивоа сви специјалистички прегледи и све дијагностичке услуге које лекар специјалиста захтева ради постављања дијагнозе врше се на основу интерних упута, без враћања осигураног лица код изабраног лекара. На основу једног упута осигурано лице има право на контролни преглед у року од 6 месеци, уместо дотадашњих 30 дана.

- Упут изабраног лекара за специјалистички преглед, који је до измена Правилника важио 30 дана од дана издавања, нема више рок важења.
- После пружене хитне медицинске помоћи у установи секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, за наставак лечења осигураном лицу на подручју матичне филијале више није потребан упут изабраног лекара.
- Олакшано је остваривање здравствене заштите, јер осигурано лице остварује право на хемиотерапију, односно радиотерапију у истој здравственој установи на основу првог упута за такву терапију, без обзира на број, учесталост и временско трајање терапијских третмана. До тада је осигурано лице морало да обезбеди упут за сваки циклус терапије.
- Приликом отпуста пацијента са стационарног лечења, здравствена установа је дужна да пацијенту обезбеди лекове до првог јављања изабраном лекару, а најдуже за 5 дана.
- Здравствена услуга за коју се утврђује листа чекања, осигуранику се пружа на основу истог упута изабраног лекара, односно оцене лекарске комисије на основу које је осигураник стављен на листу чекања, без обзира на време пружања здравствене услуге. То практично значи да осигураник не мора, као до тада, да узима нови упут за пружање здравствене услуге.

Ове измене су од великог значаја, из разлога што ће изабрани лекари бити мало растерећени, јер пацијенти неће морати да долазе по упут за сваки специјалистички преглед. Смањиће се гужве у домовима здравља и у року од 15 дана биће могуће пружити здравствену услугу пацијенту коме та услуга није била хитна.

Лица која припадају социјално угроженим категоријама могу, на основу имовинског цензуса, на једноставан начин остварити права из обавезног здравственог осигурања. Чл. 128. Правилника о остваривању права утврђено је да незапослена лица, социјално угрожена лица и избегла, односно прогнана лица којима је надлежни републички орган утврдио статус избеглог, односно прогнаног лица, на основу Изјаве о члановима породице и приходима по члану породице – Образац ЦЗ, могу стећи својства осигураника, а након утврђивања месечног износа прихода као цензуса.

1.1. Здравствена заштита на примарном нивоу здравствене заштите

Осигурано лице остварује здравствену заштиту у установи примарног нивоа здравствене заштите на подручју матичне филијале. Право осигураног лица је да слободно бира здравствену установу на примарном нивоу здравствене заштите у којој ће се лечити, односно у којој ће имати изабраног лекара и здравствени картон.

Здравствена заштита се може остварити ван подручја матичне филијале, уколико осигурано лице борави ван места пребивалишта. У том случају, осигурано лице не мора да мења изабраног лекара. Ван места пребивалишта осигурано лице има право на лечење и дијагностику, лекове на рецепт и помагала на налог, медицинску рехабилитацију и медицинско-техничка помагала на месечном нивоу. Да би осигурано лице имало право на прописивање лекова и помагала ван пребивалишта, у обавези је да потпише изјаву да му за исти период изабрани лекар није прописивао лекове и помагала.⁶²

⁶² Чл. 47 Правилника о остваривању права.

Уколико се осигураном лицу здравствена заштита не може пружити на подручју матичне филијале, а по оцени изабраног лекара, изабрани лекар је дужан да осигуранику изда упут за лечење за најближу здравствену установу ван подручја матичне филијале, која га може адекватно збринути. Лекарска комисија матичне филијале даје сагласност на лечење ван матичне филијале, осим у хитним случајевима. У хитним случајевима, осигурано лице се збрињава у здравственој установи која није на подручју матичне филијале, уз обавезу те установе да у року од три дана од дана пријема осигураног лица на лечење затражи сагласност лекарске комисије матичне филијале. У случају да лекарска комисија матичне филијале у року од 7 дана не достави сагласност за наставак лечења, осигурано лице има право да поднесе захтев за накнаду штете.⁶³

Правилником о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе⁶⁴ прописују се ближи услови у погледу кадра, опреме, простора и лекова, које морају испуњавати здравствене установе.

Здравствене установе које обављају здравствену делатност на примарном нивоу су: дом здравља, апотека и завод.

Дом здравља обавља здравствену делатност, уколико за то има кадра, у области: здравствене заштите деце, здравствене заштите одраслих, здравствене заштите жена, хитне медицинске помоћи, лабораторијске дијагностике, радиолошке дијагностике и стоматолошке здравствене заштите.⁶⁵ Дом здравља може, под одређеним условима, обављати здравствену делатност у области интерне медицине, пнеумофтизиологије, офталмологије, оториноларингологије, психијатрије, дерматовенерологије, медицине спорта и хемодијализе.⁶⁶

⁶³ Чл. 46 Правилника о остваривању права.

⁶⁴ Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе (у даљем тексту: Правилник о ближим условима), *Службени гласник РС*, бр. 43/2006, 112/2009, 50/2010, 79/2011, 10/2012 – др. правилник, 119/2012 – др. правилник и 22/2013).

⁶⁵ Чл. 1 Правилника о ближим условима.

⁶⁶ Чл. 6 Правилника о ближим условима.

Апотека се може основати и обављати фармацеутску здравствену делатност ако има најмање два дипломирана фармацеута и једног фармацеутског техничара са средњом школском спремом. Апотека може организовати и галенску лабораторију и јединицу за фармакоинформатику, ако има и једног дипломираног фармацеута специјалисту из фармацеутске технологије и два фармацеутска техничара са средњом школском спремом, а у јединици за фармакоинформатику једног дипломираног фармацеута специјалисту из фармакоинформатике на 150.000 становника.⁶⁷

Завод је здравствена установа која обавља здравствену делатност на примарном нивоу и спроводи здравствену заштиту појединих групација становништва, односно здравствену делатност из поједине области здравствене заштите. Завод се оснива као.⁶⁸

- 1) завод за здравствену заштиту студената;
- 2) завод за здравствену заштиту радника;
- 3) завод за хитну медицинску помоћ;
- 4) завод за геронтологију и палијативно збрињавање;
- 5) завод за стоматологију;
- 6) завод за плућне болести и туберкулозу;
- 7) завод за кожно-венеричне болести.

1.1.1. Право на изабраног лекара

Осигурано лице има право на слободан избор лекара. Изабрани лекар може бити.⁶⁹

- доктор медицине или доктор медицине специјалиста за област опште медицине, односно специјалиста медицине рада;
- доктор медицине специјалиста педијатрије;

⁶⁷ Чл. 9 Правилника о ближим условима.

⁶⁸ Чл. 102 333.

⁶⁹ Чл. 98 333.

- доктор медицине специјалиста гинекологије;
- доктор стоматологије.

У вези са избором лекара, постоје одређене специфичности, и то:⁷⁰

- осигурано лице женског пола које има више од 15 година живота, поред изабраног лекара из делокруга рада опште медицине и стоматологије, може имати изабраног гинеколога;
- дете до навршених 18 година и одрасли који имају више од 65 година, поред изабраног лекара, могу имати и доктора стоматологије као изабраног лекара;
- осигурана лица која су непокретна имају изабраног лекара у служби кућног лечења;
- осигурано лице које је смештено у установу социјалне заштите бира лекара у установи социјалне заштите;
- студенти могу бирати лекара у дому здравља у месту пребивалишта или у месту студирања, и др.

Здравствена установа је дужна да обезбеди све услове за избор лекара и да имена истих истакне на видно место. Изабрани лекар је у обавези да прими свако осигурано лице које се за њега определило. У пракси скоро да и није тако. Домови здравља, углавном, немају истакнуте спискове изабраних лекара. Уколико осигураник жели да изабере лекара или изврши промену свог изабраног лекара, веома често наилази на проблеме и отпор од стране медицинских сестара и лекара. Сестре шаљу осигуранике код лекара, од врата до врата, да их питају да ли ће их примити за пацијенте. Лекари одбијају пацијенте са образложењем да су преоптерећени, или, чак, и без икаквог образложења, те се они обраћају директору здравствене установе, саветнику за права пацијената или заштитнику права осигураних лица.

Осигурано лице бира лекара на период од најмање једне календарске године. Изабрани лекар се може променити и пре истека периода од једне календарске године. Избор лекара у примарној здравственој заштити врши се попуњавањем и потписивањем обрасца изјаве о

⁷⁰ Чл. 19, ст. 3 и чл. 21 Правилника о остваривању права.

избору и промени изабраног лекара. Здравствена установа је обавезна да осигураном лицу обезбеди другог лекара, у случају да је његов изабрани лекар одсутан из одређених разлога. Уколико осигурано лице није задовољно новим лекаром, након истека три месеца, истог може заменити. У складу са одредбама члана 34. Правилника о остваривању права, осигурано лице остварује право на здравствену заштиту код изабраног лекара без упута.

Изабрани лекар:

- организује и спроводи мере у циљу очувања и унапређења здравствене заштите;
- указује хитну медицинску помоћ;
- упућује пацијенте на продужену рехабилитацију, амбулантно-поликлиничке услуге, стационарно лечење;
- прописује лекове и помагала;
- утврђује дужину привремене спречености за рад;
- упућује пацијенте на првостепену лекарску комисију;
- води прописану документацију у вези са здрављем осигураног лица;
- даје оцену о здравственом стању осигураног лица;
- одређује старост трудноће ради одсуства труднице с посла;
- даје мишљење о здравственом стању детета, на основу ког породиља остварује право на боловање ради неге детета;
- утврђује потребу одсуства осигураног лица с посла ради неге ужег члана породице и др.⁷¹

1.1.2. Специјалистичко-консултативна здравствена заштита

Изабрани лекар интерним упутом упућује осигурано лице на специјалистичко-консултативни преглед код лекара специјалисте у дому здравља. Уколико лекар на примарном нивоу здравствене заштите не може да реши здравствени проблем осигураног лица, осигурана лица, са упутом изабраног лекара, имају право на амбулантно-

⁷¹ Чл. 35 Правилника о остваривању права.

поликлиничке услуге у установама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите са подручја матичне филијале. На основу мишљења лекара специјалисте, избрани лекар упућује пацијента на даље испитивање.

У оквиру наведених делатности пружају се следеће услуге:

- специјалистички прегледи, ЕКГ прегледи, ултразвучни прегледи, циљани прегледи у циљу раног откривања болести и здравствено-васпитни рад;
- превентивни прегледи који се реализују у оквиру здравствене заштите радно активних лица, апликација лекова, испирање сузних канала, мале хируршке интервенције и др.;
- аудиометрија за децу и одрасле, услуге логопеда, отварање апсцеса или фурункула у ушном или носном каналу, давање парентералне и друге терапије и сл.;
- ергономска саветовања, пункције бурзе, одређивање помагала у амбуланти, мерење обима покретљивости зглобова и др.

1.2. Здравствена заштита на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите

У установама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите осигурано лице остварује право на све специјалистичко-консултативне прегледе и на неопходну дијагностику у сврху постављања дијагнозе. Осигурано лице може остварити здравствену заштиту у установама на секундарном и терцијарном нивоу, на основу једног упута избраног лекара, у року од шест месеци од дана првог јављања лекару специјалисти. На вишим нивоима здравствене заштите, осигурано лице остварује здравствену заштиту на основу интерних упута лекара специјалиста.

Здравствена заштита на секундарном нивоу остварује се у општим и специјалним болницама. Општа болница пружа здравствену заштиту лицима свих узраста оболелих од

разних врста болести. Општа болница у државној својини оснива се за територију једне или више општина. Општа болница мора имати организоване службе најмање за:⁷²

- 1) пријем и збрињавање хитних стања;
- 2) обављање специјалистичко-консултативне и стационарне здравствене делатности из интерне медицине, педијатрије, гинекологије и акушерства и опште хирургије;
- 3) лабораторијску, рендген и другу дијагностику у складу са својом делатношћу;
- 4) анестезиологију са реанимацијом;
- 5) амбуланту за рехабилитацију;
- 6) фармацеутску здравствену делатност преко болничке апотеке.

Специјална болница пружа здравствену заштиту лицима одређених добних група, односно оболелима од одређених болести. Тако постоје специјалне болнице за рехабилитацију, за ендемску нефропатију, за лечење цереброваскуларних болести и др.

Здравствена заштита на терцијарном нивоу обезбеђује се преко института, клиника, клиничко-болничких центара и клиничких центара. Клиника је здравствена установа која обавља високоспецијализовану специјалистичко-консултативну и стационарну здравствену делатност из одређене гране медицине, односно стоматологије. Клиника обавља и образовну и научно-истраживачку делатност. Клиника се може основати само у седишту универзитета, који у свом саставу има факултет здравствене струке. Клиника у државној својини у чијем седишту не постоји општа болница обавља за територију за коју је основана и одговарајућу делатност опште болнице.⁷³

Институт је здравствена установа која обавља високоспецијализовану специјалистичко-консултативну и стационарну здравствену делатност, или само високоспецијализовану специјалистичко-консултативну здравствену делатност из једне или више грана медицине или стоматологије. Институт обавља образовну и научноистраживачку делатност. Он се може основати само у седишту универзитета који у свом саставу има факултет здравствене

⁷² Чл. 111 333.

⁷³ Чл. 115 333.

струке. Институт у државној својини у чијем седишту не постоји општа болница обавља за грађане са те територије и одговарајућу делатност опште болнице.⁷⁴ Постоје институти за здравствену заштиту деце и одраслих, за кардиоваскуларне болести, за онкологију и радиологију и др.

Клиничко–болнички центар је здравствена установа која обавља високоспецијализовану специјалистичко–консултативну и стационарну здравствену делатност на терцијарном нивоу из једне или више грана медицине. Клиничко-болнички центар се може основати само у седишту универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке. Клиничко-болнички центар у државној својини у чијем седишту не постоји општа болница обавља за територију за коју је основан и одговарајућу делатност опште болнице.⁷⁵

Клинички центар је здравствена установа која обједињује делатност три или више клиника, тако да чини функционалну целину, организовану и оспособљену да може успешно обављати послове и задатке који се односе на: 1) обављање високоспецијализоване специјалистичко-консултативне и стационарне здравствене делатности; 2) образовно-наставну делатност; 3) научно-истраживачку делатност. Клинички центар обавља специјализовану поликлиничку и болничку здравствену делатност из више грана медицине, односно области здравствене заштите. Клинички центар може се основати само у седишту универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке. Клинички центар у државној својини у чијем седишту не постоји општа болница за територију за коју је основан обавља и делатност опште болнице.⁷⁶

Поред здравствених установа које обављају здравствену делатност на примарном, секундарном и терцијарном нивоу, постоје установе које обављају здравствену делатност на више нивоа. То је, нпр. завод за јавно здравље, завод за трансфузију крви, завод за медицину рада, завод за судску медицину и др.

⁷⁴ Чл. 116 333.

⁷⁵ Чл. 117 333.

⁷⁶ Чл. 118 333.

1.3. Право на продужену рехабилитацију

Осигураним лицима обезбеђује се медицинска рехабилитација ради побољшања или враћања изгубљене или оштећене функције тела као последице акутне болести или повреде, погоршања хроничне болести, медицинске интервенције, конгениталне аномалије или развојног поремећаја.⁷⁷ Медицинска рехабилитација обухвата кинезитерапију и све видове физикалне, окупационе терапије⁷⁸ и терапије гласа и говора, као и одређене врсте медицинско-техничких помагала, намештање, примену и обуку за употребу тог помагала код осигураног лица. Медицинска рехабилитација обезбеђује се у амбулантно-поликлиничким и болничким условима, када је оправдана и неопходна за третман стања осигураног лица.

Рана рехабилитација у стационарним здравственим установама – болницама обезбеђује спровођење интензивног програма рехабилитације у оквиру основног медицинског третмана, ради побољшања здравственог стања и отклањања функционалних сметњи.

Законом је дефинисано да се осигураним лицима обезбеђује рехабилитација у стационарним здравственим установама специјализованим за рехабилитацију (продужена рехабилитација) као континуирани продужетак лечења и рехабилитације, у оквиру индикационог подручја, када се функционалне сметње не могу ублажити или отклонити са подједнаком ефикасношћу у амбулантно-поликлиничким условима и у оквиру болничког лечења основне болести.⁷⁹

Такође, утврђено је и право на пратиоца осигураног лица до навршених 15 година живота и за старија лица теже телесно или душевно ометена у развоју, као и лица код којих је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких

⁷⁷ Чл. 42 ЗЗО.

⁷⁸ Окупационом терапијом се осигураном лицу обезбеђују поступци медицинске рехабилитације после болести и повреде, који имају за циљ да се осигурано лице оспособи за самосталну бригу о себи, односно да унапреди функционисање у осталим активностима свакодневног живота.

⁷⁹ Чл. 3 Правилника о медицинској рехабилитацији у стационарним здравственим установама специјализованим за рехабилитацију, *Службени гласник РС*, бр. 47/2008, 69/2008, 81/2010, 103/2010, 15/2011, 48/2012, 55/2012 - испр., 64/2013 и 68/2013 - испр.

функција, због чега то лице није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота, укључујући слепа, слабовида, као и глува лица.

Правилником о медицинској рехабилитацији у стационарним здравственим установама специјализованим за рехабилитацију утврђују се врсте индикација, дужина трајања, начин и поступак, као и упућивање на медицинску рехабилитацију у стационарне здравствене установе специјализоване за рехабилитацију оболелих и повређених осигураних лица на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

1.4. Хитна медицинска помоћ

Чланом 53. ЗЗО дефинисана је хитна медицинска помоћ. Хитна медицинска помоћ представља непосредну, односно тренутну медицинску помоћ, која се пружа да би се избегло довођење осигураног лица у животну опасност. Под хитном медицинском помоћи сматра се и медицинска помоћ која се пружи у току 12 сати од момента пријема осигураног лица, да би се избегао очекивани настанак хитног медицинског стања.

Хитна медицинска помоћ обухвата здравствену заштиту која је потребна за дијагностику, лечење болести или повреда осигураног лица, која је у складу са стандардима добре медицинске праксе у земљи. Под хитном помоћи се не сматра помоћ која је пружена, на захтев осигураног лица или здравственог радника, ради стављања осигураног лица у повољнији положај у односу на друга осигурана лица, односно ради стицања посебних користи за здравствену установу или здравственог радника.

Чланом 50. Правилника о остваривању права утврђено је да се хитна медицинска помоћ пружа на месту медицинске хитности или у здравственој установи. Хитна медицинска помоћ се не пружа на основу упута изабраног лекара, већ је осигураним лицима пружа најближа здравствена установа, без обзира на то да ли има закључен уговор са фондом здравственог осигурања или не. Хитна медицинска помоћ пружа се и код особа које не могу да докажу статус осигураног лица.

Саставни део Правилника о остваривању права јесте Садржај и обим здравствене заштите у хитним медицинским стањима у области примарне здравствене заштите. Овим актом утврђено је шта чини садржај здравствене заштите у хитним медицинским стањима, како на месту повређивања и разбољевања, тако и у здравственој установи.

1.5. Кућно лечење

Кућно лечење настало је због здравствених потреба становништва, који су оболели од активне прогресивне болести која им угрожава живот, или су због хроничне болести непокретни, те им је неопходна одређена здравствена услуга у кућним условима. Оно није замена за болничко-рехабилитациону здравствену заштиту. Служба кућног лечења и неге је самостална служба у оквиру дома здравља или организована у оквиру службе за здравствену заштиту одраслог становништва.

Дом здравља Земун је први основао, на простору бивше Југославије, службу кућног лечења 1. марта 1979. године.⁸⁰

Чланом 40. ЗЗО и чл. 55. Правилника о остваривању права утврђено је када је кућно лечење оправдано и медицински неопходно. Изабрани лекар или лекар специјалиста дају мишљење на основу којег се здравствена заштита осигураном лицу, које је непокретно или чије кретање захтева помоћ другог лица, може пружити у кућним условима. Овим лицима индикована је примена парентералних лекова, медицинских и рехабилитационих процедура, те се здравствена заштита може пружити у кућним условима. Кућно лечење може да се спроводи и као наставак стационарног лечења, након отпуста из болнице. Изабрани лекар одређује врсту и дужину кућног лечења и прати његово спровођење. Пријем на кућно лечење врши лекар кућног лечења, по обављеној првој кућној посети. Ритам посеђивања осигураних лица у кућним условима зависи од здравственог стања пацијента.

⁸⁰ Вид. <http://www.dzzemun.org.rs/index.php/kucnolecenje>, 27. април 2015.

Да би служба кућног лечења дома здравља изашла на терен, неопходно је да је изабрани лекар или лекар специјалиста индиковоа следеће:⁸¹

- непокретност или делимичну покретност пацијента који је у претерминалној и терминалној фази болести;
- пацијент је у декомпензованој фази основне болести;
- пацијент има акутно погоршање здравственог стања које онемогућава јављање изабраном лекару у дому здравља.

Код делимично покретних и потпуно непокретних особа, служба кућног лечења пружа здравствене услуге и неодложну помоћ, без обзира да ли се ради о малигној генези или не. Кућно лечење у стану пацијента спроводи парентералну терапију (инфузиона, интравенска, интрамускуларна). У стану пацијента врши се превејање рана (малигних, декубиталних и др.), контрола шећера, промена уринарних катетера, ЕКГ и др. Поред наведеног, врши се здравствено-васпитни рад и едукација чланова породице за спровођење терапије и негу непокретних пацијената.

1.6. Право на медицинско-техничка помагала

Право на медицинско-техничка помагала дефинисано је чланом 44. ЗЗО. Осигураним лицима се обезбеђују медицинско-техничка помагала, која служе за функционалну и естетску замену изгубљених делова тела, односно за омогућавање ослонца, спречавање настанка деформитета и кориговање постојећих деформитета. Осигураним лицима обезбеђују се медицинско-техничка помагала потребна за лечење и рехабилитацију која омогућавају побољшање основних животних функција, самосталан живот и савладавање препрека у средини и спречавају суштинско погоршање здравственог стања или смрт осигураног лица.⁸²

⁸¹ *Ibid.*

⁸² Чл. 144 ЗЗО.

Републички фонд општим актом утврђује врсту медицинско-техничких помагала и индикације за њихово коришћење, стандарде материјала од којих се израђују, рокове трајања, односно набавку, одржавање и њихово занављање, као и начин и поступак остваривања права на медицинско-техничка помагала. Наведени акт је Правилник о медицинско-техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања.⁸³

Помагала која осигураним лицима обезбеђује Републички фонд су:⁸⁴

1. протетичка средства (протезе);
2. ортотичка средства (ортозе);
3. посебне врсте помагала и санитарне справе;
4. очна помагала;
5. слушна помагала;
6. помагала за омогућавање гласа и говора.

Под појмом помагала обухваћен је и потрошни материјал који је неопходан за коришћење појединих помагала.

Републички фонд утврђује и детаљну Листу помагала, која је саставни део Правилника о медицинско-техничким помагалима, и која садржи податке о називу помагала, индикацијама, начину прописивања и року трајања.

1.7. Право на лекове и медицинска средства

Право на лекове и медицинска средства утврђено је ЗЗО.⁸⁵ Осигурана лица имају право на лекове са Листе лекова, који се прописују на рецепт или издају на налог, на терет средстава

⁸³ Правилник о медицинско-техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања (у даљем тексту: Правилник о медицинско-техничким помагалима), *Службени гласник РС*, бр. 52/2012, 62/2012 - исправка, 73/2012 - исправка, 1/2013, 7/2013 - исправка, 112/2014, 114/2014 - исправка, 18/2015.

⁸⁴ Чл. 2 Правилника о медицинско-техничким помагалима.

⁸⁵ Чл. 43 ЗЗО.

обавезног здравственог осигурања. Такође, осигурана лица имају право на медицинска средства која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, односно која се прописују на налог или се уграђују у организам осигураног лица. Републички фонд доноси општи акт којим утврђује Листу лекова, која најмање садржи неопходне – есенцијалне лекове за лечење болести и повреда, без обзира на узрок, у складу са листом есенцијалних лекова Светске здравствене организације. У изузетним ситуацијама, односно под условима утврђеним општим актом Републичког фонда, осигураном лицу обезбеђује се и лек који није на Листи лекова, а медицински је неопходан за лечење.

Правилником о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2015. годину уређује се садржај и обим права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, за поједине врсте здравствених услуга и поједине врсте болести, као и проценат плаћања осигураног лица за здравствену услугу и лекове у 2015. години.⁸⁶ Овим Правилником дефинисан је начин издавања лекова, количина лека који се може прописати од стране лекара, као и начин обезбеђивања лека. Ближе је уређен и начин издавања лека који нема дозволу за стављање у промет у Републици Србији.⁸⁷

Такође, Републички фонд доноси општи акт којим се утврђују услови, критеријуми, начин и поступак за стављање лекова на Листу лекова, измене и допуне Листе лекова, односно за скидање лекова са Листе лекова.⁸⁸ Сем тога, Републички фонд доноси општи акт којим се утврђује врста и стандард медицинских средстава која се уграђују у организам осигураног лица.⁸⁹

⁸⁶ Чл. 1 Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2015. годину (у даљем тексту: Правилник о садржају и обиму права), *Службени гласник РС*, бр. 1/2015.

⁸⁷ Чл. 14-15 Правилника о садржају и обиму права.

⁸⁸ Правилник о условима, критеријумима, начину и поступку за стављање лека на Листу лекова, измене и допуне Листе лекова, односно за скидање лека са Листе лекова, *Службени гласник РС*, бр. 41/2014.

⁸⁹ Правилник о врстама и стандардима медицинских средстава која се уграђују у људски организам, на терет средстава обавезног здравственог осигурања, *Службени гласник РС*, бр. 37/2008, 10/2010, 12/2010-исправка, 103/2010, 52/2011, 106/2013, 118/2014 и 141/2014.

2. Право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад

Право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад припада следећим категоријама осигураника:⁹⁰

- лицима у радном односу, односно запосленим у привредном друштву, другом правном лицу, државном органу, органу јединице локалне самоуправе и аутономне покрајине, као и код физичких лица (запослени);
- цивилним лицима на служби у Војсци и војним јединицама и војним установама;
- изабраним, именованим или постављеним лицима, ако за обављање функције остварују зараду, односно плату или накнаду зараде;
- лицима која, у складу са законом којим се уређује рад, обављају послове ван просторија послодавца;
- лицима која, у складу са законом којим се уређује рад, обављају послове кућног помоћног особља;
- држављанима Републике који су на територији Републике запослени код страних или међународних организација и установа, страних конзуларних или дипломатских представништава или су запослени код страних правних или физичких лица, ако међународним уговором није друкчије одређено;
- лицима у радном односу, односно запосленима упућеним на рад у иностранство, односно запосленима у привредном друштву или другом правном лицу које обавља делатност или услуге у иностранству, ако нису обавезно осигурани по прописима те земље, или ако међународним уговором није друкчије одређено;
- предузетницима који су регистровани за обављање законом дозвољене делатности у виду занимања ради самосталног обављања делатности, обављања делатности слободне професије, као и самосталним уметницима, у складу са законом;
- свештеницима и верским службеницима који те послове обављају као самосталну делатност.

⁹⁰ Чл. 73 ЗЗО.

Накнада зараде за време привремене спречености за рад припада осигуранику који је:⁹¹

- привремено спречен за рад услед болести или повреде ван рада;
- привремено спречен за рад услед професионалне болести или повреде на раду;
- привремено спречен за рад због болести или компликација у вези са одржавањем трудноће;
- привремено спречен за рад због прописане мере обавезне изолације као клицоноше или због појаве заразних болести у његовој околини;
- привремено спречен за рад због неге болесног члана уже породице, под законом дефинисаним условима;
- привремено спречен за рад због добровољног давања органа и ткива, изузев добровољног давања крви;
- привремено спречен за рад, јер је одређен за пратиоца болесног осигураног лица упућеног на лечење или лекарски преглед у друго место, односно док борави као пратилац у стационарној здравственој установи, у складу са општим актом Републичког фонда.

Привремену спреченост за рад цени стручно-медицински орган Републичког фонда, на основу медицинско-доктринарних стандарда. У моменту наступања привремене спречености за рад, осигураном лицу припада накнада из средстава обавезног здравственог осигурања.

3. Право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите

Накнада трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите обезбеђује се осигураним лицима, као и пратиоцу осигураног лица, у случају упућивања у здравствену установу ван подручја матичне филијале, ако је здравствена установа удаљена најмање 50 километара од места његовог становања. Накнада трошкова превоза припада осигураном лицу када је од изабраног лекара, здравствене установе или надлежне лекарске комисије

⁹¹ Чл. 74 ЗЗО.

упућен или позван у друго место ван подручја матичне филијале, у вези са остваривањем здравствене заштите или ради оцене привремене спречености за рад.⁹²

Изузетно од овога, осигураном лицу упућеном на хемодијализу, детету до навршених 18 година живота и старијем лицу које је тешко душевно или телесно ометено у развоју, упућеним на свакодневно лечење и рехабилитацију у здравствену установу, односно приватну праксу, ван места свог пребивалишта у друго место на подручју матичне филијале, припада накнада трошкова превоза, на основу мишљења лекарске комисије.⁹³

Осигурана лица имају право на накнаду трошкова превоза према најкраћој релацији, у висини цене коштања карте аутобуса или другог разреда воза. Изузетно, узимајући у обзир природу обољења или повреде, накнада трошкова превоза припада и за друга средства јавног саобраћаја, ако је такав превоз неопходан. Као превозно средство осигурано лице може у случају неопходне здравствене заштите да користи, по налогу лекарске комисије, санитарска кола, а ако му се и поред утврђене неопходности не могу обезбедити санитарска кола, оно има право на накнаду стварних трошкова превоза, највише до износа 10% од цене једног литра бензина за сваки пређени километар.⁹⁴

Осигурано лице које се за време боравка у другом месту (службени пут, годишњи одмор и сл.) разболи, односно повреди нема право на накнаду трошкова превоза за повратак у место запослења, односно пребивалишта, осим ако због здравственог стања осигураног лица постоји потреба посебног превоза, о чему одлуку доноси првостепена лекарска комисија.⁹⁵ Осигураном лицу, ако је то неопходно, може бити одређен пратилац за време путовања или за време путовања и боравка у другом месту. Пратиоцу припада накнада трошкова превоза под истим условима који су прописани и за осигурано лице. Њему припада накнада трошкова превоза, у случају када се сам враћа у своје место пребивалишта, односно боравка, или када одлази у друго место ради праћења осигураног лица.

⁹² Вид. http://www.rfzo.rs/download/troskovi_prevoza.pdf, 10. децембар 2015.

⁹³ Чл. 104 ЗЗО.

⁹⁴ Чл. 105 ЗЗО.

⁹⁵ Чл. 106 ЗЗО.

III ФИНАНСИРАЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Систем здравствене заштите или здравствени систем обухвата финансирање здравствене заштите, регулативу, ресурсе и здравствене услуге.⁹⁶ Финансирање здравствене заштите, по својој природи, може бити проспективног и ретроспективног карактера.⁹⁷ Оно што је заједничко је то да у скоро свим земљама света егзистира проспективни приступ, чија је основна карактеристика плаћање даваоцу здравствених услуга унапред утврђеног износа средстава за одређени обим услуга. Овакав начин плаћања настао је као одговор на све већи раст трошкова здравствене заштите. Мањи број земаља примењује ретроспективни приступ, који се заснива на плаћању након извршене услуге. Карактеристичан је за плаћање у тржишним условима и приватним осигурањима.

На основу наведеног може се рећи да се финансирање здравствене заштите базира на једном од два принципа, и то: финансирање капацитета здравствених установа (проспективни) или финансирање на основу пружених услуга, тј. према конкретном раду (ретроспективни).

Постоје многе дефиниције функција здравственог система, међу којима је најзначајнија дефиниција Мареја и Еванса (*Murray and Evans*), према којој се могу идентификовати следеће четири основне функције: финансирање (процес прикупљања и дистрибуције средстава за здравствену заштиту), пружање здравствених услуга, ресурси (како људски, тако и опрема, знање и медицинска технологија) и управљање (постављање, спровођење и праћење поштовања правила за здравствени систем).⁹⁸ Ниједна од наведених функција се не може издвојити као најважнија, свака од њих има значајну улогу у систему здравствене заштите.

⁹⁶ Вид. <http://www.mfub.bg.ac.rs/dotAsset/53077.pdf>, 24. фебруар 2016.

⁹⁷ M. J. Roberts *et al.*, *Analyzing Health Sector Performance, Background Note*, World Bank Institut, World Bank, Washington, D.C. 1999, 111.

⁹⁸ R. Bitrán *et al.*, *Review of World Bank's Experience with Country-Level Health System Analysis, Discussion Paper*, World Bank, Washington, D.C. 2010, 6, <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/ReviewofWorldBanksExperiencewithCountryLevelHealthSystemAnalysis.pdf>, 17. јануар 2016.

Здравствено стање једне нације и капацитет државе да финансира и организује здравствену заштиту су веома уско повезани са приходом по глави становника те земље. Приходи домаћинства одређују његову економску способност да плати за здравствене услуга, као што приходи на нивоу државе одређују колико новчаних средстава се може издвојити за медицинску технологију која се користи за лечење.⁹⁹ Поред прихода домаћинства, постоји неколико других фактора, који су, такође, у корелацији са приходима и утичу на здравствено стање становништва, и то: санитарни услови, нутритивни статус, образовање и доступност здравствене заштите.

Финансирање система здравствене заштите је комплексна материја и захтева посебну пажњу. Свака земља тежи да има здравствени систем у стању оптималне функционалности, како би се у оквиру расположивих средстава постигао највиши могући ниво задовољења здравствених потреба становника/пацијената/осигураних лица. Пошто трошкови здравствене заштите и потребе пацијената за здравственим услугама бележе тренд раста, демографска структура становништва се мења у негативном смислу (становништво је све старије), развијају се нове медицинске технологије и све је мање новца за финансирање здравствене заштите, из године у годину, свака земља се сусреће са новим изазовима. Финансирање здравствене заштите не представља само обезбеђивање новчаних средстава за задовољење здравствених потреба становништва, већ и обезбеђивање средстава за стално унапређење квалитета рада здравствених радника и квалитета здравствених услуга, повећање ефикасности здравственог система и примену савремених здравствених технологија.

Као што је напред већ речено, под појмом здравствене заштите подразумевамо организовану и свеобухватну друштвену делатност која се спроводи у циљу очувања здравља људи, те, поред здравствених услуга, здравствена заштита обухвата и управљање и финансирање у свим сегментима друштва, који су значајни за социјалну сигурност грађана. С обзиром на то да здравствено осигурање представља посебан облик друштвене организованости, при којој се пацијенти осигуравају од ризика оболевања и повређивања,

⁹⁹ W. Hsiao, *Health Care Financing in Developing Nations, A Background Paper on Health Care Financing*, World Bank 2000, 16.

преко установа здравственог осигурања¹⁰⁰, и да здравствено осигурање представља само један од фактора трошкова здравствене заштите, у наставку рада говориће се о моделима финансирања здравственог осигурања.

1. Модели здравственог осигурања

Постоје четири модела финансирања здравственог осигурања, и то: Бизмарков¹⁰¹ модел, модел Беверица¹⁰², Семашков¹⁰³ модел и тржишни модел. Модели финансирања здравственог осигурања разликују се од земље до земље. Може се рећи да свака земља има свој властити поредак у погледу функционисања система здравствене заштите, а специфичности се огледају у доступности здравствене заштите, организацији, управљању и др. Већина земаља средства за здравствену заштиту обезбеђује преко обавезног здравственог осигурања или у комбинацији са приватним осигурањима.¹⁰⁴

1.1. Бизмарков модел

Године 1883. Бизмарк је установио модел здравственог осигурања, који је могао бити примењен у свим европским земљама тога доба. Добровољно здравствено осигурање, које је егзистирало до доношења немачког Закона о обавезном здравственом осигурању 1883. године, по доношењу тог закона, прераста у обавезно.

¹⁰⁰ Вид. <http://www.tmg.org.rs/v320405.htm>, 24. фебруар 2016.

¹⁰¹ Модел је добио назив по његовом утемељивачу, немачком канцелару Леополду фон Бизмарку (*Otto Eduard Leopold von Bismarck*, 1815–1898).

¹⁰² Модел је добио назив по његовом утемељивачу, британском економисти, Лорду Вилијаму Беверицу (*Lord William Henry Beveridge*, 1879–1963), који је, на основу дугогодишњег истраживања у Великој Британији, дефинисао модел здравственог осигурања, прилагођен том друштву.

¹⁰³ Модел је добио назив по његовом утемељивачу, првом комесару народног здравља у СССР-у, Николају Александровичку Семашко (1874-1949). Семашко је био и министар здравља у Републици Русија у периоду 1918-1930. године. Био је лекар и Лењинов пријатељ.

¹⁰⁴ R. B. Saltman, J. Figueras, *European health care reform: Analysis of current strategies*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 1997, 21-22.

Бизмарков модел основног социјалног осигурања или модел обавезног здравственог осигурања заснива се на уплаћеним доприносима од стране запослених и њихових послодаваца, који су дефинисани законом, сразмерно висини примања. Модел је конципиран тако да се уплатиоци доприноса организују у агенције, фондове или заводе, у које се, иначе, сливају доприноси, и у којима они имају представнике у управљању. Преко ових институција, осигурана лица остварују права из здравственог осигурања.¹⁰⁵ Осигуравајућа друштва, агенције, касе, заводи су независне организације, али надзор над њиховим радом врши држава. Након прикупљања доприноса, осигуравајућа друштва, агенције, фондови и др., који функционишу на непрофитној основи, закључују уговоре са здравственим установама, врше расподелу средстава према њима, контролишу трошење средстава и самостално решавају бројна питања у вези са здравственом заштитом.

Код овог модела, здравствене услуге се, углавном, плаћају по обиму посла који је уговорен између осигуравајућег друштва и здравствене установе (проспективни приступ плаћања). Систем је предвидео да за најугроженије категорије становништва постоје одређене субвенције.

Три су основна принципа овог модела: солидарност, супсидијарност и партнерство.¹⁰⁶ Солидарност се огледа у томе што грађани са вишим примањима подржавају оне са нижим примањима, онда када ови имају потребу за здравственом заштитом. То значи да, без обзира на висину уплаћених доприноса, сваки грађанин има право на исти ниво здравствене заштите. Држава преузима на себе одговорност да свим грађанима обезбеди једнак приступ здравственој заштити. Супсидијарност указује на децентрализован систем здравственог осигурања. Партнерство се базира на томе да запослени и послодавци подједнако подносе терет финансирања здравствене заштите, односно и запослени и послодавци су подједнако заступљени у управљању здравственим фондовима, као и регионалним и националним телима која доносе одлуке које се тичу остваривања права и здравствене заштите уплатилаца доприноса.

¹⁰⁵ Вид. <http://www.vps.ns.ac.rs/SB/2011/8.7.pdf>, 24. фебруар 2016.

¹⁰⁶ U. Hoffmeyer, *The Health Care System in Germany*, Financing Health Care, Vol. I, Dordrecht 1994, 434.

Неке од основних карактеристика Бизмарковог модела су:¹⁰⁷

- нема дугог чекања на здравствене услуге,
- квалитетна здравствена заштита,
- ниски трошкови,
- једноставна администрација,
- модел се заснива на непрофитној основи,
- трошкови се на једноставан начин могу контролисати, и
- цене многих процедура су фиксне и одређене од стране државе.

Основна предност Бизмарковог модела је у томе што је независан од државе и што не постоји могућност да се од доприноса који су уплаћени на име обавезног здравственог осигурања финансирају неке друге намене. У случају да је мали број уплатилаца доприноса и да трошкови здравствене заштите по осигураном лицу превазилазе ниво просечно уплаћеног доприноса, ова предност постаје мана система, јер недостатак новчаних средстава, без гаранција и интервенције државе, може да угрози функционисање здравствене заштите и доведе до укидања одређених права из обавезног здравственог осигурања. Због тога се може закључити да је највећи недостатак овог модела релативно константан недостатак средстава за финансирање здравствене заштите.

Позитивни ефекти овог модела здравственог осигурања одјекнули су широм света, тако да је Бизмарков модел и данас у употреби у многим земљама (у Швајцарској, Аустрији, Немачкој, Француској, Белгији, Холандији, Словенији, Хрватској, Србији, Јапану и земљама Латинске Америке).¹⁰⁸

¹⁰⁷ G. Ridic, S. Gleason, O. Ridic, "Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada" *Materia socio-medica*, Сарајево 2012, Vol. 24, No. 2, 112.

¹⁰⁸ D. Simonet, „Health care reforms and cost reduction strategies in Europe: the cases of Germany, UK, Switzerland, Italy and France“, *Issues in Quality in Healthcare and Quality of Life* (ed. Q. Ashton Acton), Scholarly Editions, Atlanta, Georgia 2011, 258.

1.2. Модел Беверица

У Енглеској је, након Другог светског рата, тј. 1948. године¹⁰⁹ успостављен модел Беверица. Овај модел другачије је назван националним здравственим осигурањем (*National Health Insurance – NHI*). Пре појаве модела Беверица, у Енглеској се становништво удруживало у организације, агенције и фондове здравственог осигурања, ради остваривања права на здравствену заштиту. Из године у годину, број оваквих организација се увећавао, што је условило потребу за одговарајућим моделом здравственог осигурања. Иако је у Енглеској егзистирао велики број независних здравствених фондова, мали број осигураника био је покривен здравственим осигурањем. С временом се број осигураника повећавао, те је држава донела одлуку да здравствени фондови не буду више независни, већ да постану део јавног сектора, као и да се здравствено осигурање финансира из пореских прихода.¹¹⁰

Држава из буџетских прихода, остварених од прикупљених пореза од физичких и правних лица, финансира систем обавезног здравственог осигурања.¹¹¹ Од укупно прикупљених пореских прихода издвајају се средства за финансирање здравствене заштите. Сем тога, држава оснива болнице и друге здравствене установе, набавља медицинску опрему и управља комплетним системом здравствене заштите.

Основне карактеристике овог модела су: обавезност и солидарност. Самим тим што су сви по закону обавезни да плаћају порезе који чине буџетске приходе и што је целокупно становништво покривено обавезним здравственим осигурањем, овај модел има карактер обавезности. Солидарност се огледа кроз то што целокупна популација, без обзира на то да ли ради или не, има право на бесплатну здравствену заштиту. То значи да је обухват популације овим моделом 100%.

¹⁰⁹ R. Kulesher, E. Forrestal, „International models of health systems financing“, *Journal of Hospital Administration*, Toronto 2014, Vol. 3, No. 4, 128.

¹¹⁰ З. Јоксимовић, М. Јоксимовић, „Приказ најзначајнијих система здравственог осигурања“, *Тимочки медицински гласник*, Зајечар 2007, Вол. 32, Бр. 4, 183-188.

¹¹¹ В. МсПаке, С. Норманд, Л. Кумаранаяке, *Health economics: An international perspective*, Routledge, New York 2002, 24-26.

Моделом Беверица успостављена је Национална здравствена служба (*National Health Service – NHS*), која представља спону између здравствених установа и националног здравственог осигурања. Услуге на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите финансирају се по ДСГ, док се услуге на примарном нивоу здравствене заштите финансирају према капитацији, о чему ће касније у раду бити више говора.

Највећи недостатак овог модела је то што лекаре плаћа држава и они се сматрају државним службеницима. Самим тим, лекари нису мотивисани да побољшавају квалитет здравствених услуга и да прегледају већи број пацијената, уколико се за тим јави потреба, те се за медицинске процедуре које нису хитне стварају дуге листе чекања.¹¹²

Модел Беверица се разликује од Бизмарковог модела по начину финансирања и по томе што су у овом моделу све категорије становништва осигуране. Целокупно становништво има обезбеђену здравствену заштиту под једнаким условима. С обзиром на начин финансирања, издаци за здравствено осигурање по моделу Беверица се планирају на годишњем нивоу, у оквиру буџета. Код Бизмарковог модела фондови здравственог осигурања нису ограничени годишњим планирањем, јер имају већи степен самосталности.¹¹³

Модел Беверица данас примењују Велика Британија, Грчка, Италија, Шведска, Финска, Норвешка, Шпанија, Ирска, Португалија и др.¹¹⁴

1.3. Семашков модел

У време социјалистичког друштвеног уређења у Совјетском Савезу и земљама Средње и Источне Европе развио се Семашков модел здравствене заштите, као одговор на модел Беверица, тј. на модел националне здравствене заштите.¹¹⁵ Семашков модел се заснива на

¹¹² Т. Ракоњац-Антић, *Пензијско и здравствено осигурање*, Економски факултет Универзитета у Београду, Београд 2012, 195-198.

¹¹³ G. Shieber, *Innovations in Health Care Financing*, World Bank Discussion Paper No.365, The World Bank, Washington, D.C.1997, 15.

¹¹⁴ R. Kulesher, E.Forrestal, 127-128.

¹¹⁵ З. Јоксимовић, М. Јоксимовић, 183-188.

идеји да је држава (влада, министарство здравља, парламент) одговорна за здравље и здравствену заштиту свог становништва, као и да здравствена заштита треба да буде бесплатна, и на врло високом нивоу.¹¹⁶ Као и у другим сегментима, друштвена својина је једини вид својине и у области здравствене заштите. Лична својина и приватно осигурање у овом систему су забрањени.

Услуге здравствене заштите финансирају се из буџета, односно из прикупљених пореза. Држава је та која одређује колики износ средстава се одређује за здравствену заштиту. Такође, држава је та која доноси одлуке о правима и обавезама осигураника у вези са здравственом заштитом и здравственим осигурањем. Исто тако, држава сноси све трошкове здравствене заштите, распоређује финансијска средства, планира их и управља инвестицијама. Здравствене установе и опрема су у државном власништву, а све здравствене услуге су доступне свим категоријама становништва (потпун обухват становништва здравственим осигурањем). У овом моделу осигурано лице не плаћа никаву партиципацију, односно не плаћа учешће у трошковима здравствене заштите. Здравствена заштита је организована и на централном, и на регионалном, и на локалном нивоу.

Као и сваки модел, и овај има одређене предности и недостатке. Једна од предности Семашковог модела је добра географска покривеност становништва, односно доступна здравствена заштита, како на локалном, тако и на националном нивоу. Друга предност огледа се у одличној организованости јавног здравља и добром извођењу јавних програма (вакцинација, систематски прегледи, едукација и др.) Неконзистентна политика школовања и запошљавања лекара, која је условила велики број лекара према броју становника, појава сиве економије, неприлагођеност здравствене службе и здравствених услуга потребама осигураних лица и недовољан спектар здравствених услуга (сходно брзом развоју нових здравствених технологија) главни су недостаци овог модела.¹¹⁷ Такође, недостаци овог модела су и превелика очекивања становништва да им држава обезбеди квалитетну

¹¹⁶ E. Mossialos *et al.*, *Funding Health Care: Option for Europa*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia 2002, 17, http://www.who.int/health_financing/documents/en/, 24. фебруар 2014. године.

¹¹⁷ S. B. Richard, J. Figueras, C. Sakellarides, *Critical Challenges for Health Care Reforms in Europe*, Open University Press, Philadelphia 1999, 229.

здравствену заштиту без икаквих доплата, у време када се трошкови здравствене заштите увећавају из године у годину. Како су многе земље данас прешле на тржишну привреду, Семашков модел је све мање у употреби. Но, у неким бившим социјалистичким земљама, где становништво и даље очекује да искључиво држава обезбеђује комплетну здравствену заштиту, и данас је присутан Семашков модел здравственог осигурања (Кина, Северна Кореја и Вијетнам).

Разлика између Семашковог модела здравственог осигурања и модела Беверица је само идеолошка, самим тим што је овај модел настао као одговор СССР-а на модел националне здравствене заштите у Енглеској. Поједини га сматрају посебним обликом Беверицовог модела. За разлику од модела Беверица, Семашков модел се заснива на идеји да је држава одговорна за здравствену заштиту на врло високом нивоу.

1.4. Тржишни модел

Овај модел другачије је назван и предузетнички модел, или либерално-тржишни модел. Заснива се на прикупљању новчаних средстава од премија осигурања у приватне здравствене фондове, што подстиче оснивање приватних осигуравајућих друштава, која организују и спроводе здравствено осигурање, а на профитној бази. У овом моделу нема законом загарантованих права, већ се здравствена заштита и здравствене услуге темеље на понуди и тражњи. У системима у којима постоји приватно финансирање здравственог осигурања не постоји категорија „солидарност“, јер у зависности од уплаћене премије осигурања уплатилац има права на одређену врсту здравствених услуга или на пакет услуга. Становништво има могућност избора „програма“ или „шеме осигурања“, у зависности од здравствених потреба и финансијских могућности. Премије осигурања утврђују се у складу са ризицима и зависе од ризика од болести, социо-медицинских показатеља и предвидиве учесталости болести, несрећног догађаја и смрти. Становништво које има већи ризик оболевања и болесни морају плаћати веће премије осигурања. У свету се око 40% трошкова здравствене заштите покрива из приватних извора.¹¹⁸

¹¹⁸ Р. Косановић, *Социјално право*, НИП „Радничка штампа“, Београд 2011, 44.

Тржишни модел здравственог осигурања једини је, од свих наведених модела, који има елементе осигурања, с обзиром на то да се премија осигурања израчунава применом актуарске математике, врши се процена трошкова здравствене заштите и примењују таблице смртности. Како је осигурање засновано на теорији великих бројева, осигуравајућим компанијама је загарантован профит.

Велике компаније за своје запослене плаћају премије осигурања за основно здравствено осигурање, док одређени проценат трошкова здравственог осигурања сваки запослени сам мора да сноси. Уплаћене премије покривају искључиво осигуране ризике. Држава не финансира здравствено осигурање, већ је оно у потпуности препуштено тржишту. Посебну улогу у тржишном моделу финансирања имају волонтерски фондови.¹¹⁹ „Волонтерски фондови“ се оснивају ради финансирања одређених додатних здравствених ризика, као што су поједине хируршке интервенције, класични облици хоспитализације, високо специјализоване услуге и др. Велики број становника у земљама у којима се примењује тржишни модел здравственог осигурања не поседују здравствено осигурање, односно не уплаћују премије за здравствено осигурање.

Многи научници и аналитичари овај модел сматрају најлошијим, посебно у погледу категорија становништва са нижим примањима. Истовремено, становништву са вишим, примањима може бити онемогућена здравствена заштита за одређене скупе процедуре, јер осигуравајуће куће имају право да нуде „програме“ и „шеме“ који обухватају јефтиније услуге, те се, веома често, искључују скупе здравствене услуге, које нису профитабилне осигуравајућим друштвима. С друге стране, у оваквом моделу, поједини лекари, да би се заштитили од могућих тужби пацијената, примењују већи број дијагностичких процедура, што поскупљује трошкове лечења.

У земљама у којима се примењује тржишни модел (нпр. Сједињеним Америчким Државама) постоји нераскидива веза система здравствене заштите са тржиштем рада, неприкосновена

¹¹⁹ В. Marković, S. Vukić, “Modeli organizacije i financiranja zdravstva u odabranim zemljama svijeta”, *Ekonomski Vjesnik*, Osijek 22/2009, 186, <http://www.efos.unios.hr/arhiva/ekonomskivjesnik#!lightbox>, 19. мај 2014.

је владавина тржишних закона, а поверење у владу и владине програме је на веома ниском нивоу. Овакви здравствени системи имају највише трошкове, а најмању доступност здравственим услугама. Тржиште се сматра основним катализатором у обезбеђивању здравствених услуга, и по цени, и по квалитету.

2. Начини финансирања здравствене заштите

Постоји више начина (облика, метода) финансирања здравствене заштите. Финансирање здравствене заштите разликује плаћање здравствених установа и плаћање лекара. Различити начини финансирања здравствене заштите користе се у зависности од власништва над здравственим установама, законом дефинисаних могућности, износа финансијских средстава опредељених за ову намену, карактеристика здравственог система, развијености здравствених капацитета, организације здравствене службе, као и од циља који се жели постићи. Неки од њих су: буџетски систем финансирања (глобални буџет и буџет по ставкама), плаћање по пацијенту, исплата накнаде за услуге и исплата накнаде на основу случаја.¹²⁰

Сваки од начина финансирања има различит утицај на квалитет и трошкове здравствене заштите и административну процедуру.¹²¹ Најједноставнији начин плаћања даваоцима здравствених услуга јесте тзв. паушал. Здравственим установама се на почетку године одреди колики новчани износ им припада за пружање услуга из плана рада за ту календарску годину. Паушално плаћање има највеће ефекте када је тежња државе смањење трошкова и њихово одржавање на нивоу прихода.

¹²⁰ Р. Косановић, С. Симић, П. Јелача, *Плаћање здравственој служби за њен рад: Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији*, Центар за проучавање алтернатива и Самиздат Б92, Београд 2001, 142-143.

¹²¹ Р. Косановић, 47.

Може се закључити да данас у Европи доминирају три модела када је у питању плаћање услуга лекарима на примарном нивоу здравствене заштите, и то: плата, капитација,¹²² и плаћање по услугама. Наравно, често се у тражењу најбољег модела финансирања прибегава комбинацији наведених модела. Треба нагласити да су, генерално, лекари у приватној пракси чешће плаћени моделом плаћања по услугама, док су у јавном сектору лекари плаћени или путем зарада, или путем капитације, или путем и зараде и капитације у одређеној сразмери, или, пак, путем капитације и плаћања по услузи.¹²³

Болнице се могу финансирати путем глобалног буџета, по услузи, по болесничком дану, по ДСГ или по леченом лицу.¹²⁴ Најчешћи облик плаћања у болничкој делатности јесте плаћање по болесничком дану, ДСГ и према случају. Плаћање по услузи може да се примени на свим нивоима здравствене заштите, а најбоље резултате даје у области рада дневне болнице и за одређене дијагностичко-терапијске процедуре. Међутим, овакав начин плаћања у данашњим условима све више губи на значају и све се мање примењује, из разлога што се у пракси показало да плаћање по услузи стимулише пружање већег броја услуга и додатне трошкове здравствене заштите. Као једини начин плаћања, плаћање по услузи се још може наћи у примени у стоматолошкој здравственој заштити, амбулантној делатности и лабораторијској дијагностици.

У многим развијеним земљама поједине здравствене услуге, стоматолошке услуге и поједини лекови нису обухваћени обавезним здравственим осигурањем. Пацијенти често морају да учествују у плаћању трошкова здравствене заштите или кроз плаћање партиципације, или кроз лично учешће.

¹²² Капитација представља механизам плаћања где лекар или здравствена установа добијају унапред утврђен фиксни износ средстава (месечно, тромесечно, годишње) за сваког пацијента који се регистровао код лекара, или за све пружене услуге у дому здравља у одређеном периоду.

¹²³ J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski, *Purchasing to improve health systems performance*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health, Glasgow 2005, 35.

¹²⁴ P. Schneider, *Provider payment reforms: Lessons from Europe and America for South Eastern Europe*, HNP Discussion Paper, The World Bank, Washington, D.C. 2007, 3, <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/SchneiderOct07.pdf>, 7. октобар 2014.

Сходно горе наведеном, држава се опредељује за начин финансирања здравствене заштите, између осталог, и у зависности од самог циља који се жели постићи, нпр. правичност, ефикасност, смањење трошкова и сл. Уколико се жели подстаћи пружање превентивних услуга, опредељује се за капитацију. Ако држава жели да смањи трошкове и лакше их контролише, определиће се за буџетски систем финансирања. Уколико се жели повећање ефикасности, плаћање по услузи је систем за који се треба определити.

Различити начини финансирања здравствене заштите имају своје предности и недостатке. Поједини начини финансирања дају добре резултате у делу амбулантно-поликлиничке делатности, поједини у делу стационарне делатности, а неки други у делу скупих услуга и скупих лечења. Неки од начина финансирања доводе до појаве листи чекања за одређене процедуре, што не иде у прилог ни болницама, ни пацијентима. Ограничена финансијска средства, незадовољство лекара висином месечне зараде, незаинтересованост лекара да пружају услуге пацијентима због лоших услова рада доводи до општег незадовољства пацијената. На тај начин ни држава не може бити задовољна начином финансирања услуга и општим стањем у систему здравствене заштите.

Избор начина плаћања у систему здравствене заштите најважнији је задатак државе у овом социјалном и друштвеном сегменту. Већина земаља најчешће користи више наведених начина финансирања. Средства за финансирање здравствене заштите најчешће се обезбеђују из пореза, доприноса за обавезно здравствено осигурање, уплаћене премије осигурања за приватно здравствено осигурање (у земљама где приватно осигурање егзистира), од међународне помоћи, донација хуманитарних организација или прилога појединаца.

Поред наведених начина финансирања, могу се увести дедукција, партиципација, и максимални износи за плаћање од стране пацијената. Новчани износ који осигураник мора да плати пре него што осигурање почне да покрива трошкове лечења представља дедукцију. Партиципација представља лично учешће осигураника у покрићу трошкова здравствене заштите, у фиксном или процентуалном износу од вредности услуге у моменту њеног пружања.

У покушају да се контролишу трошкови у здравству и да се обезбеди ефикасније коришћење ресурса, многе земље су крајем XX века модификовале механизме плаћања према даваоцима здравствених услуга, применивши одговарајуће мере здравствене политике. Током XX века, по питању финансирања, није било ограничења у броју пружених здравствених услуга. Израдом одређених процедура, протокола и мера извршења, као и чешћом контролом трошкова, смањује се број здравствених услуга по пацијенту, које се финансирају на терет средстава обавезног здравственог осигурања. Ове мере довеле су до тога да се, ограничавањем броја здравствених услуга које се финансирају, смањују и укупни трошкови здравствене заштите. Ове мере су познате као мере за контролу и задржавање раста трошкова у здравству (*cost containment*).¹²⁵

Закључак који можемо извести на основу наведеног је да не постоји јединствен начин финансирања здравствене заштите. Готово све земље данас комбинују различите приступе финансирању, водећи рачуна о синхронизацији њихове примене између различитих нивоа здравствене заштите, а у циљу обезбеђења делотворне и висококвалитетне здравствене заштите, уз ефикасно коришћење ресурса и ригорозну контролу трошкова.¹²⁶

2.1. Буџетски начин финансирања

Овај вид финансирања обавезног здравственог осигурања користи различите врсте пореза (порез на додату вредност, порез на доходак грађана, порез на добит правних лица и др.) и доприносе за обавезно здравствено осигурање. Порез представља инструмент јавних прихода, обавезна и неповратна давања за покриће општинских и јавних расхода, који држава наплаћује од правних и физичких лица. Најзначајнији је облик прихода општег сектора државе (јавних прихода). Код пореза, који имају карактеристику присилног, не јавља се непосредна противуслуга од стране државе онемо ко је порез платио.¹²⁷

¹²⁵ P. J. Feldstein, *Health Care Economics*, Delmar, New York 2012, 8-9.

¹²⁶ J. Kutzin, „A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements“, *Health Policy*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Bishkek Kirgiziya 2001, Vol. 56, Issue 3, 171–204.

¹²⁷ Д. Поповић, *Пореско право*, Правни факултет Универзитета у Београду, Београд 2014, 4-7.

Обавезно здравствено осигурање финансира се, такође, и из доприноса. Доприноси представљају инструмент фискалних прихода. Доприноси за социјално осигурање су дажбине уведене законом, које не представљају приход буџета, већ посебних јавноправних тела (организација социјалног осигурања), чија је намена унапред утврђена лицима, када се деси осигурани случај, а која су у обавези да плаћају само она лица која припадају одређеној друштвеној групи повезаној заједничким економским или социјалним интересом. У савременој фискалној литератури доприноси се третирају двојачко, и то: посебном врстом наменских пореза и посебном врстом јавних прихода, различитом од пореза.¹²⁸ Посебни су намети који се наплаћују од осигураних лица, у законом дефинисаном проценту. Убирају се од бруто плате осигураника и, уколико је осигураник запослен, падају на терет послодавца и на терет запосленог. Доприносе плаћају и предузетници, оснивачи привредних друштава и радници по уговору о делу, инострани пензионери и страни држављани за време школовања и стручног усавршавања у Србији,¹²⁹ а према законом одређеном проценту на цео износ основице. Уплаћени доприноси сливају се у наменске фондове из којих се финансира здравствена заштита. То могу бити посебни национални фондови обавезног здравственог осигурања (Хрватска, Србија, Естонија, Мађарска, Словачка), независни фондови (Француска), индивидуални фондови здравственог осигурања (Аустрија, Чешка Република, Немачка, Швајцарска).¹³⁰ Доприноси представљају принудна давања, али, за разлику од пореза, накнада су за посебне користи које физичка и правна лица стичу самим плаћањем.

Национални порески систем и национални доходак су у директној вези са висином средстава за здравствену заштиту. Финансирање из буџета представља основни извор финансирања и код мање развијених земаља, и код развијених земаља. Овакав начин финансирања лако се може контролисати.¹³¹ Правичан је, јер обезбеђује здравствену заштиту како за превентивне, тако и за куративне услуге, обухвата велики број услуга и има изражене елементе солидарности.

¹²⁸ *Ibid.*, 9.

¹²⁹ *Ibid.*, 509-511.

¹³⁰ E. Mossialos *et al.*, *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, Buckingham 2002, 16-17, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf

¹³¹ K. D. Henke, M. A. Murray, C. Ade, „Global Budgeting in Germany: Lessons for the United States”, *Health Affairs*, Bethesda, MD 13/1994, 7-21, <http://content.healthaffairs.org/content/13/4/7.long>, 11. новембар 2015.

Доприноси као извори финансирања здравственог осигурања имају одређене предности у односу на порезе. Доприноси су редовни и предвиди извори јавних прихода. Наменски су, јер је унапред утврђена намена њиховог трошења, за разлику од пореза, где се приликом плаћања неког вида пореза не зна за коју ће намену прецизно бити употребљен. Лако се убирају. Представљају намет који се радије плаћа него порез, јер се, на основу уплаћених доприноса стиче лична корист, која је видљива, након што се деси осигурани случај. Прикупљање доприноса, често, међутим, представља проблем код пољопривредника, у зони „сиве економије“ и у приватним фирмама, у земљама у којима не постоји фискална дисциплина, као што је то случај са појединим приватним фирмама у Србији.

У земљама које имају низак национални доходак и где се добар део прихода остварује у зони „сиве економије“ не могу се обезбедити потребна средства за финансирање здравствене заштите.¹³² У овим земљама из буџета се финансира између 40% и 60% укупних трошкова здравствене заштите, 10-15% из фондова здравственог осигурања, а остало личним плаћањем од стране пацијената. Из разлога што мали број људи може себи приуштити плаћање за приватно здравствено осигурање, овај вид осигурања у мање развијеним земљама скоро да не постоји. Приватно здравствено осигурања има високе административне трошкове који не спадају у здравствену заштиту (нпр. трошкови рекламе и продаја осигурања).

Ситуација је другачија у земљама у којима је доходак остварен у зони „сиве економије“ занемарљив. Ове земље имају релативно стабилан систем финансирања здравствене заштите из буџета. Земље које имају средњи ниво националног дохотка, трошкове здравственог осигурања већим делом покривају из буџета, а мање плаћањем од стране пацијената.

¹³² N.C.Kakwani, „Measurement of tax progressivity: An international comparison“, *Economic Journal*, Oxford 345/1977, 71-80.

2.1.1. Глобални буџет

Глобални буџет се заснива на опредељивању средстава по неким раније датим критеријумима. Он може бити примењен на националном, регионалном и локалном нивоу, што значи да се на нивоу државе, региона или на јединица локалне власти могу утврдити критеријуми за расподелу средстава према здравственим установама и износ средстава за финансирање здравствене заштите. Основне карактеристике глобалног буџета су:¹³³

- не ограничава директоре, односно руководиоце здравствених установа, у делу намене трошења буџетских средстава, јер се за календарску годину добије укупан износ средстава намењен за финансирање здравствене заштите;
- када се једном у току године утврди буџет за здравствену заштиту, тешко се може извршити његов ребаланс;
- пружа могућност директорима здравствених установа да буџетска средства употребе на најбољи могући начин за финансирање здравствене заштите;
- омогућава да се медицинска средства набаве по нижим ценама, као и да се здравствене услуге пружају по нижим ценама;
- не подстиче пружање квалитетних здравствених услуга, јер се запослени у здравственим установама финансирају путем плате и нису додатно мотивисани.

У многим земљама глобални буџет се формира на основу пројекције, засноване на трошковима насталим из извршења плана рада здравствене установе из претходне године, за одређени број пружених услуга и за плате запослених, као и на очекиваном броју новозапослених, броју пацијената и броју пружених услуга. Он се прави и на основу пројекције потребних средстава за материјалне и остале трошкове, проистеклих из спровођења здравствене заштите, а према њиховој висини из претходних година, капацитетима здравствених установа, техничкој опремљености и процењеним трошковима текућег и инвестиционог одржавања, обично коригованих стопом инфлације. Такође,

¹³³ Н. Barnum, J. Kutzin, H. Saxenian, „Incentives and Provider Payment Methods“, *The International Journal of Health Planning and Management*, Volume 10, Issue 1, Geneve 2006, 3-19.
http://is.muni.cz/el/1456/jaro2004/PVEKZD/um/9899/financovani_anglicky.pdf, 19. децембар 2015.

пројекције се праве и за очекиване трошкове превоза запослених на посао и са посла, трошкове енергената и исхране, а на основу историјских трошкова, цена карте градског превоза, енергената и намирница (коригованих стопом инфлације). Најчешћи облик плаћања стационарних здравствених установа у земаљама које се највећим делом финансирају из јавних прихода је глобални буџет. Глобални буџет пред даваоце здравствених услуга поставља циљеве у виду планова рада. За неостварење постављених циљева, установа се кажњава, умањењем средстава за наредну годину.

Кроз овакав начин финансирања могуће је контролисати трошкове пружања здравствене заштите. Међутим, и овај систем може имати своје недостатке. Како је већ раније наведено, запослени у здравственим установама финансирају се путем плате и нису додатно мотивисани, те глобални буџет захтева и значајну контролу извршења плана рада, утрошка средстава и учинка самих здравствених радника, што може довести до отпуштања запослених и реакције синдиката поводом тога. Исто тако, даваоци здравствених услуга имају загарантовани годишњи износ средстава за пружање здравствене заштите, тако да нису стимулирани да буду ефикаснији.¹³⁴ Ради остваривања постављених циљева пацијенти се могу држати на лечењу и дуже него што је то потребно. Самим тим, трошкови пружања услуга по пацијенту могу се непотребно увећавати.

У савременим условима трошкови здравствене заштите се сваке године увећавају, буџетска средства, најчешће, нису довољна за покриће истих, тако да се у многим земљама јавила потреба за реформисањем система здравствене заштите. При реформисању система здравствене заштите који се финансира на основу глобалног буџета јављају се и одређени проблеми. Основни проблем је ограничавање буџетских трошкова. Како је потребно пружати услуге уз смањење трошкова, поставља се питање квалитета пружених услуга, посебно што, с једне стране, има мање средстава него у претходним годинама или су она на истом нивоу, а са друге стране, налазе се лекари и здравствене установе немотивисани за пружање квалитетних здравствених услуга. Да би овакав систем могао ефикасно да

¹³⁴ R. Busse *et al.*, *Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Open University Press, Berkshire 2011, 95, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf, 14. март 2015.

функционише потребно је дефинисати стандарде и водиче добре клиничке праксе за сваку пружену услугу. Требало би, такође, подстицати здраву конкуренцију. Међутим, већа конкуренција подстиче раст трошкова, што може изазвати политичаре да сведу глобални буџет искључиво на трошкове здравствене заштите.¹³⁵

2.1.2. Буџет по ставкама

Из средстава обавезног здравственог осигурања, применом одређених критеријума или „кључева“, свакој здравственој установи се опредељује годишњи износ средстава по ставкама (категоријама), и то за: плате и превоз запослених, материјалне и остале трошкове, енергенте, исхрану, лекове, санитарски и медицински потрошни материјал, уградни материјал и др. На основу тако одређених средстава закључује се уговор између, с једне стране, здравствених установа као давалаца здравствених услуга и фонда здравственог осигурања, с друге стране. За сваку ставку је уговорен прецизан износ средстава.

Здравствене установе и њихови директори морају се стриктно придржавати извршене расподеле средстава и та средства строго наменски трошити. Самим тим, директори имају ограничену одговорност у делу потрошње новчаних средстава, јер су одговорни за законито и наменско трошење средстава, а пред законом имају потпуну одговорност за рад здравствене установе. У случајевима када здравствена установа нема довољно новчаних средстава на позицији лекови, а хитно мора да изврши набавку одређеног лека, директор нема право да тај лек набави из неких других средстава, иако је одговоран и за само лечење пацијента и обезбеђивање свих неопходних лекова и медицинских средстава. То се превазилази на начин да се даје законска могућност да здравствена установа са позиције санитарски и медицински потрошни материјал узме потребан износ средстава за набавку лека, а кроз периодичан или коначан обрачун искаже промену намене средстава са позиције санитарски и медицински потрошни материјал у корист позиције лекови.

¹³⁵ P.M.M. Wynand, „Regulated competition in health care: With or without a global budget?“, *European Economic Review: Papers and Proceedings of the Ninth Annual Congress European Economic Association*, 3–4/1995, 786-794.

Ако је то прописано законом или подзаконским актом, могуће је вршити промену намене дела уговорених средстава са једне ставке у корист друге ставке. То значи да, уколико је здравственој установи на крају календарске године на рачуну остало неутрошених средстава претходно опредељених за лекове, а на позицији за санитарски и медицински материјал недостају средстава, могуће је извршити промену намене на санитарски и медицински потрошни материјал, под условом да укупна накнада за лекове и санитарски потрошни материјал није прекорачена на годишњем нивоу. Промена намене средстава може се вршити само за медицинска добра, никако у корист плата и превоза запослених.

Основни циљ који пред себе ставља буџет по ставкама јесте контрола потрошње, мада превелика контрола потрошње може умањити ефикасност. Када руководство здравствених установа располаже средствима по ставкама, нема мотив да набавља медицинска средства и пружа здравствене услуге по нижим ценама, као ни да пружа квалитетне услуге. Још један од недостатака овог начина финансирања је и то што, уколико на крају буџетске године здравствена установа располаже неутрошеним средствима буџет за наредну годину се смањује.

Буџет по ставкама представља важнији део централизованог здравственог система, јер ресорно министарство и фонд здравственог осигурања доносе законске и подзаконске акте из области здравственог осигурања и здравствене заштите, утврђују критеријуме за расподелу новчаних средстава и врше контролу наменског трошења у здравственим установама. Неретко се дешава да за набавку и примену одређених лекова и уградних материјала, фонд здравственог осигурања даје сагласност за сваког пацијента понаособ. Здравствене установе сваког месеца фонду здравственог осигурања морају испостављати рачуне за сва лечена лица и утрошена средства. Контролу рачуна врши фонд здравственог осигурања.

Како се овакав начин финансирања заснива на плаћању лекара за време проведено на послу, лекари нису стимулирани да прегледају већи број пацијената и пружају већи број услуга, јер плату добијају самим појављивањем на послу. С друге стране, у болницама је могуће да пацијенти леже и дуже него што би било потребно, да би се фонду здравственог осигурања

оправдала пренета средстава. Овакав начин финансирања не обезбеђује адекватно лечење пацијената, утиче на стварање непотребних гужви по здравственим установама и подстиче опредељивање пацијената у приватну праксу. Буџет по ставкама се данас најчешће примењује у мање развијеним земљама (Северна Кореја, Тајланд, Индија, Црна Гора, Босна и Херцеговина, Казахстан и др.).¹³⁶

2.2. Плаћање по пацијенту

Без обзира на стварни трошак лечења, плаћање по леченом пацијенту представља начин плаћања где се све пружене услуге у току једне епизоде лечења¹³⁷ или у току једне године покривају из утврђеног износа средстава. Овај начин плаћања се заснива на процени очекиваног коришћења здравствене заштите у одређеним здравственим установама у току године. Приликом утврђивања трошкова лечења по пацијенту примењују се просечни трошкови лечења (медицинског рада, утрошених материјала, материјалних трошкова и др.) из претходне године. Овако добијени износи деле се са бројем пацијената у здравственим установама из претходне године и добијају се просечни трошкови по пацијенту за сваку здравствену установу. Систем плаћања по пацијенту примењив је на сва три нивоа здравствене заштите (примарном, секундарном и терцијарном).¹³⁸

Даваоци здравствених услуга, односно здравствене установе, сnose финансијски ризик применом овог начина плаћања, јер за скупље процедуре у лечењу појединих пацијената, трошкови лечења могу значајно премашити унапред утврђен износ средстава. Из тог

¹³⁶ M. Cichon, H. Yamabana, C. Normand, *Modeling in Health Care Finance*, International Labour Office Geneva, Geneva 1999, 63.

¹³⁷ Епизода лечења је период лечења који се рачуна од првог дана пријема пацијента у болницу до дана његовог отпуста из болнице, без обзира на то да ли се пацијент током тог периода лечио на једном или више одељења.

¹³⁸ Здравствена делатност на примарном нивоу обухвата превентивну здравствену заштиту, унапређење здравља, рано откривање болести, и остале активности које се могу спровести у домовима здравља и у заводима. Здравствена заштита на секундарном нивоу одвија се у специјалним и општим болницама, док се највиши ниво здравствене заштите (високоспецијализоване услуге које захтевају субспецијалистичке кадрове) пружа на терцијарном нивоу здравствене заштите, где спадају клинички центри, клиничко-болнички центри, клинике и институти.

разлога, даваоци здравствених услуга контролишу трошкове пружања здравствених услуга и, обично, обезбеђују услуге које имају нижу цену коштања.

Основне предности овог начина плаћања су следеће:

- предвидиви трошкови за фондове који финансирају пружање здравствених услуга,
- прихватљиви административни трошкови,
- даваоци здравствених услуга су стимулисани да ефикасно послују.¹³⁹

Плаћање по леченом пацијенту подстиче здравствене установе, посебно болнице, да прихватају пацијенте са мање озбиљним обољењима, јер тиме имају мање расходе, а веће приходе. Плаћање по пацијенту може подстаћи конкуренцију, те се јавља могућност снижавања унапред утврђеног износа средстава за плаћање по пацијенту на националном нивоу. На тај начин директно се угрожавају пацијенти са тежим обољењима, јер ће их многе здравствене установе избегавати. С друге стране, овај начин плаћања може довести до дискриминације лекара по специјализацијама, због неупућивања пацијената код оних лекара специјалиста код којих лечење изискује веће трошкове.

Може се рећи да је плаћање по пацијенту претеча примене капитације у примарној здравственој заштити и дијагностички сродних група у секундарној и терцијарној здравственој заштити. Примењује се у Аустрији, Немачкој, Данској, Холандији, Енглеској и др.¹⁴⁰

2.3. Исплата накнаде за услуге

Исплата накнаде за услуге или плаћање по услузи подразумева наплаћивање сваке пружене услуге.¹⁴¹ Наплаћивање се врши или директно од пацијента, или кроз рачун (фактуру) који се испоставља организацији здравственог осигурања. Услуге се наплаћују по ценовнику

¹³⁹ *Капитација и дијагностички сродне групе*, Комора здравствених установа Србије, Министарство здравља Републике Србије, Републички завод за здравствено осигурање, Београд 2005, 24.

¹⁴⁰ М. Сичон, Н. Јамабана, С. Норманд, 57-63.

¹⁴¹ R. Busse *et al.*, 14.

који креира надлежна организација здравственог осигурања, а на који сагласност даје ресорно министарство. Цена услуге садржи, у зависности од нивоа здравствене заштите, рад лекара и медицинског особља, материјалне трошкове и остале трошкове (трошкове енергената, трошкове за хемијска средства за одржавање објеката, трошкове одржавања медицинске опреме, трошкови платног промета, трошкови комуналних услуга, текуће одржавање и др.). Овакав начин плаћања користи се често у болничкој делатности, али се јавља и на примарном нивоу здравствене заштите. Развијен монетарни систем је један од услова за примену исплате накнаде за услуге и накнаде по основу случаја. Пошто лекари често пружају већи број услуга него што је то медицински оправдано и преферирају скупље услуге,¹⁴² у земљама у којима је платежна моћ становништва велика лекари су добро плаћени, за разлику од земаља која има становништво мале платежне моћи, те нема бојазни да ће пружати и већи број услуга него што је потребно.

Начин плаћања лекара по услузи примењује се у земљама у којима већина лекара има статус samozапослених лица. То је случај у Сједињеним Америчким Државама и неким европским земљама (нпр. Естонији, Чешкој Републици, Словачкој).¹⁴³ Постоји неколико модалитета у вези са утврђивањем цена услуга и закључивањем уговора са лекарима и здравственим установама код плаћања по услузи. У појединим земљама државне агенције (посебно за то оформљене) преговарају са представницима осигуравајућих друштава и представницима лекара и након тога утврђују накнаду за услуге на годишњем нивоу.¹⁴⁴ То је случај Холандије.¹⁴⁵ У Француској се преговара око поена који се додељују здравственим услугама и на тај начин утврђује цена тих услуга. Када је цена утврђена, приступа се закључивању уговора са здравственим установама.

Добра страна оваквог начина плаћања је боља доступност здравствене заштите, јер су лекари стимулисани да примају што већи број пацијената који, захваљујући томе, не морају

¹⁴² *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања*, Институт за упоредно право, Синдикат лекара и фармације Србије, Градска организација Београда, Београд 2014, 18, <http://www.comparativelaw.info/sistemzizo.pdf>, 14. децембар 2015.

¹⁴³ *Ibid.*

¹⁴⁴ Andrew Street *et al.*, *Introducing Activity-Based Financing: A Review of Experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden*, University of York Centre for Health Economics (CHE Research Paper 30), York 2007, 33, <http://www.york.ac.uk/che/pdf/rp30.pdf>, 5. септембар 2012.

¹⁴⁵ *Ibid.*, 123.

дуго да чекају на прегледе. Чињеница је да исплата накнаде по услузи утиче на пораст броја здравствених услуга. Обично су те услуге из области лабораторијске, ултразвучне и рентген дијагностике, које повећавају трошкове санитетског и медицинског потрошног материјала, као и цену услуге по пацијенту и учешће трошкова здравства у бруто националном производу.

Код плаћања по услузи постоји бојазан да одређени фактори ометају тржишне механизме. Нпр. пацијенти нису довољно информисани о самој услузи коју давалац здравствених услуга пружа и обично прихватају све оне услуге за које лекари кажу да су потребне. Лекари користе овакву ситуацију, повећавајући своје захтеве за пружањем додатних здравствених услуга и сл. У случајевима у којима лекари повећавају захтеве према пацијентима по питању броја различитих здравствених услуга, а пацијенти, при том, нису довољно информисани о тим здравственим услугама, ради се о моралном хазарду,¹⁴⁶ који за последицу има неефикасну потрошњу у области здравствене заштите, посебно у случајевима када пацијенти сами не сnose укупне трошкове пружених услуга.

Административни трошкови оваквог начина финансирања су високи, чак троструко већи у односу на режијске трошкове финансирања путем буџета или плаћањем по пацијенту.¹⁴⁷ Из тог разлога, као и због немогућности контроле трошкова, уколико земља није довољно развијена и ако нема довољно финансијских средстава за здравствену заштиту, не треба да користи овај начин плаћања. Хиперпродуктивност здравствених услуга не води бољој здравственој заштити, већ само производи већи трошак (расход) у буџету државе. Плаћање по услузи може да доведе и до смањења нивоа стручног пружања услуга, због тежње за пружањем што већег броја услуга.

¹⁴⁶ Појам морални хазард се односи на повећани ризик неопрезног понашања и са њим повезаног неповољног исхода (хазарда), који настаје тако што особа која је узроковала проблем не сноси последице свог понашања, те може остварити корист на терет других лица. У здравственом осигурању реч је о моралном хазарду када појединци мање брину за своје здравље (нпр. пуше, пију, преједају се, мање вежбају, не иду на превентивне прегледе и др.) само зато што су осигурани. У области приватног здравственог осигурања морални хазард се посматра као понашање појединца да намерно проузрокује или лажно пријави остварење осигураног ризика, да би наплатио одштету.

Вид. http://www.fes.hr/E-books/pdf/Pridruzivanje%20hrvatske%20EU_4_svezak/11.pdf, 10. јануар 2016.

¹⁴⁷ R. Busse *et al.*, 95-101.

2.4. Исплата накнаде на основу случаја

Сједињене Америчке Државе, Аустралија, Шведска, Норвешка и др. примењују плаћање по основу случаја.¹⁴⁸ Даваоцу здравствених услуга плаћа се унапред утврђен износ који покрива све услуге према случају, односно трајању болести. Услуге се сврставају у одређену групацију према сличности (најчешће је то дијагноза). За сваку групацију одређен је одређени, фиксни део средстава, односно, цене су упросечене и обухватају „живи рад“ (рад лекара и медицинског особља) и материјалне и остале трошкове. Примењује се и на свим нивоима здравствене заштите.

Овакав начин плаћања подстиче даваоце здравствених услуга да здравствену заштиту пружају на најефикаснији начин. Такође, давалац услуга је мотивисан да се ограничи трошкови лечења и да се ресурси који се користе за пружање здравствених услуга сведу на најмању могућу меру. За разлику од плаћања по услузи, овакав начин плаћања не дозвољава хиперпродукцију услуга. Као што је напред наведено за начин плаћања према пацијенту, онима којима су потребна сложенија испитивања и дуготрајније лечење, плаћање према случају не иде у прилог.

Као и други начини плаћања, плаћање по случају има своје предности и недостатке. Предности су скраћење просечне дужине лечења и трошкова лечења и снижавање административних трошкова.¹⁴⁹ Такође, још једна од предности је и то што је овакав начин финансирања стимулативан за ефикасно пословање. Неки од недостатака су: повећање броја једноставних, некомплексних услуга и процедура, смањење квалитета услуга, непредвидиви трошкови финансирања здравствене заштите и сл. Још један од недостатака оваквог начина плаћања је то што може да произведе велики број различитих категорија

¹⁴⁸ C. Cashin et al., „Case-based hospital payment system: A step by step guide for design and implementation in low-and middle-income countries“, USAID ZdravPlus Project, decembar 2005, 3, http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadb211.pdf, 3. мај 2014.

¹⁴⁹ J. C. Langenbrunner, C. Cashin, S. O'Dougherty, *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How To Manuals*, World Bank and the United States Agency for International Development, Washington, D.C. 2009, 126-128, <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/ProviderPaymentHowTo.pdf>, 22. децембар 2015.

здравствених услуга, те се под услугом може сматрати и пријем пацијента у болницу.¹⁵⁰ Иако је предност овог модела смањење административних трошкова, евентуална појава већег броја различитих категорија здравствених услуга може повећати административне трошкове. Сврставање услуга по одређеним категоријама може да доведе до тога да лекари примају само лакше пацијенте, који имају ниже трошкове лечења.

Да би овакав начин финансирања ефикасно функционисао треба изабрати „прави кључ“ за груписање здравствених услуга, како би се избегли негативни ефекти. Такође, неопходно је одредити онолики број различитих групација које се могу контролисати, а које неће утицати на повећање административних трошкова.

На основу свега до сада наведеног, могу се извести следећи закључци:

1. Буџетски начин финансирања даје најбоље резултате у делу контроле трошкова, посебно буџет по ставкама.
2. Плаћање по пацијенту подстиче здравствене установе да прихватају пацијенте са мање озбиљним обољењима, јер тиме имају мање расходе, а веће приходе. Овај начин плаћања може довести до дискриминације лекара по специјализацијама, због неупућивања пацијената код оних лекара специјалиста код којих лечење изискује веће трошкове.
3. Код примене плаћања по услузи долази до повећања трошкова здравствене заштите. Здравствене установе фаворизују плаћање по услузи, јер се на тај начин повећава број пружених услуга по пацијенту, а самим тим и износ новчаних средстава који се „слива“ на рачун здравствене установе. Тиме до изражаја долази квантитет, док квалитет пружених услуга може опати због непотребно великог броја услуга и превелике употребе лекова. Овакав начин плаћања никако није примењив у мање развијеним земљама.
4. Исплата накнаде по основу случаја подстиче даваоце здравствених услуга да здравствену заштиту пружају на најефикаснији начин, као и да ограниче трошкове лечења и ресурсе који се користе за пружање здравствених услуга.

¹⁵⁰ *Ibid.*

5. Да би се влада неке земље определила за одређени начин финансирања, потребно је да сагледа све нивое здравствене заштите и све специфичности здравственог система земље.
6. Најбоље резултате у примарној здравственој заштити не даје ниједан од наведених начина финансирања, те се разматрају нови, пре свега капитација, као самосталан начин финансирања, или уз примену плаћања по услугама. Такође, напред анализирани начини финансирања не дају жељене резултате, ни на секундарном, ни на терцијарном нивоу здравствене заштите. Начин финансирања који има најмање негативних ефеката за примену на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите су ДСГ, о чему ће касније бити више говора.

IV ФИНАНСИРАЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ

1. Извори прихода

Три су основна извора прихода за финансирање система здравствене заштите у Србији, и то: јавни приходи, добровољно здравствено осигурање и лично плаћање.¹⁵¹ Основни извори прихода за обавезно здравствено осигурање су доприноси које плаћају како запослени, тако и његов послодавац. Поред доприноса, систем здравствене заштите се финансира и из прихода из буџета, средстава локалне самоуправе, и на основу личног учешћа осигураника у делу трошкова (партиципација). Обезбеђивање средстава за финансирање права из обавезног здравственог осигурања регулисана су чланом 201. ЗЗО.

Како се финансирање здравствене заштите, превасходно, врши из уплаћених доприноса за обавезно здравствено осигурање, уколико се јави дефицит у области здравствене заштите, а потребно је обезбедити средства за инвестиције, или за одређене програме здравствене заштите, врши се издвајање из буџета. Такође, из буџетских дотација се финансира здравствена заштита одређених групација становништва. Финансирање од стране локалне заједнице уређено је ЗЗЗ.¹⁵² Локална заједница нема, међутим, велике могућности за прикупљање значајног износа новчаних средстава за ефикасно функционисање давалаца здравствених услуга.

Здравствена установа из Плана мреже здравствених установа¹⁵³, пружајући јавне услуге, као корисник јавних средстава, остварује средства за рад из јавних прихода, и то:¹⁵⁴

¹⁵¹ Код добровољног здравственог осигурања плаћа се премија, која покрива осигурани случај до одређеног, унапред утврђеног, износа (теже болести, путно здравствено осигурање и др.). Лично плаћање представља плаћање пуне цене услуге.

¹⁵² Чл. 13–13а ЗЗЗ.

¹⁵³ На основу члана 47. ЗЗЗ Влада доноси Уредбу о Плану мреже здравствених установа, *Службени гласник РС*, бр. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012, 37/2012, 8/2014 и 92/2015 (у даљем тексту: Уредба о Плану мреже). Овом Уредбом утврђује се број, структура, капацитети и просторни распоред здравствених установа у државној својини и њихових организационих јединица по нивоима здравствене заштите, организација службе хитне медицинске помоћи, као и друга питања од значаја за организацију здравствене службе у Републици Србији.

¹⁵⁴ Чл. 159 ЗЗЗ.

- 1) доприноса за обавезно социјално осигурање, закључивањем уговора са организацијом за обавезно здравствено осигурање;
- 2) буџета Републике, односно оснивача;
- 3) прихода насталих употребом јавних средстава за услуге које нису обухваћене уговором са организацијом за обавезно здравствено осигурање (издавање у закуп слободног капацитета, односно давање на коришћење непокретности и покретних ствари у државној својини, односно у својини аутономне покрајине и јединице локалне самоуправе, приходи настали продајом услуга корисника јавних средстава, чије је пружање уговорено са физичким и правним лицима на основу њихове слободне воље, обављање научноистраживачке и образовне делатности и др).

Здравствена установа из Плана мреже може да стиче средства за рад и од поклона, донација, легата и завештања, као и других извора у складу са законом.

Чланом 356 Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање,¹⁵⁵ дефинисано је да је основица доприноса за обавезно здравствено осигурање лица за која се средства за уплату доприноса обезбеђују у буџету Републике, месечна основица доприноса коју чини износ од 15% просечне месечне зараде у Републици исплаћене по запосленом у претходној години, према објављеном податку Републичког завода за статистику. Износ месечне основице доприноса сваке године објављује министар финансија и иста служи за обрачун и плаћање доприноса за обавезно здравствено осигурање, почев од 1. јануара године за коју се доприноси утврђују и плаћају. Овим Законом утврђена је најнижа месечна основица доприноса, која износи 35% просечне месечне зараде у Републици исплаћене у претходном кварталу за који су објављени подаци републичког органа надлежног за послове статистике.¹⁵⁶ Највишу месечну основицу доприноса чини петоструки износ просечне месечне зараде исплаћене по запосленом у Републици, према последњем објављеном податку републичког органа за послове статистике.¹⁵⁷ Највишу годишњу основицу

¹⁵⁵ Закон о доприносима за обавезно социјално осигурање - ЗДОСО, *Службени гласник РС*, бр. 84/2004, 61/2005, 62/2006, 5/2009, 52/2011, 101/2011, 47/2013, 108 /2013, 57/2014, 68/2014 - др. Закон, 5/2015, 112/2015 и 5/2016.

¹⁵⁶ *Ibid.*, чл. 37.

¹⁵⁷ *Ibid.*, чл. 42.

доприноса чини петоструки износ просечне годишње зараде у Републици исплаћене у години за коју се обрачунавају и плаћају доприноси.¹⁵⁸

Чланом 8. ЗДОСО дефинисани су обвезници доприноса за обавезно здравствено осигурање, односно осигураници, и то: 1) запослени, 2) изабрана, именована и постављена лица, 3) лица која обављају привремене и повремене послове по уговору, 4) предузетници, 5) самостални уметници, 6) свештеници и верски службеници и др. Обвезници доприноса на основицу, за запослене, изабрана, именована и постављена лица, лица која обављају привремене и повремене послове по уговору су послодавци, односно други исплатиоци прихода, који доприносе плаћају по истој стопи као и обвезници доприноса за обавезно социјално осигурање.

Збирна стопа по којој се обрачунавају и плаћају доприноси за обавезно здравствено осигурање из основице је 10,3%.¹⁵⁹ Када се доприноси плаћају истовремено из основице (из зараде, од запосленог) и на основицу (из зараде, од стране послодавца),¹⁶⁰ обрачун доприноса врши се по стопи од 5,15% на терет запосленог и 5,15% на терет послодавца.

У периоду од 1994. године до данас, пет пута је мењана збирна стопа доприноса за обавезно здравствено осигурање, и то: од 1994. до 1996. године (20,2%), од 1996. до 2001. године (16,2%), од 2001. до 2004. године (11,9%), од 2004. до 2014. године (12,3%) и од 2014. године до данас (10,3%).

Добровољно здравствено осигурање се базира на приципу добровољности, где се појединац одлучује за куповину здравственог осигурања сада да би се исто користило у случају тежих болести, покрића трошкова на основу путног осигурања и др. Добровољно здравствено осигурање може бити индивидуално или колективно. У овом виду осигурања, појединац се одлучује за различите планове осигурања. Добровољно осигурање може да прикупи велики износ средстава, али не може да их расподели равноправно сиромашном становништву које

¹⁵⁸ *Ibid.*, чл. 43.

¹⁵⁹ *Ibid.*, чл. 44.

¹⁶⁰ Д. Поповић, 513.

нема могућности да се укључи у систем добровољног осигурања. Самим тим што осигуравајуће компаније, које делују на профитном принципу, нису у обавези да закључују уговоре о добровољном осигурању са сваким заинтересованим појединцем, овај вид осигурања није једнако доступан свим грађанима.¹⁶¹

Поред личног учешћа осигураника у трошковима здравствене заштите (партиципација), могуће је и плаћање директно „из џепа“ пацијената. Ова врста плаћања предвиђа да пацијенти директно из свог џепа плаћају за здравствене услуге и медицинска средства, како у јавним здравственим установама, тако и у приватним. То могу бити формална плаћања, учешће или неформална плаћања. Формална плаћања су она која обухватају плаћања од стране пацијената за услуге које нису предвиђене обавезним здравственим осигурањем. Учешће представља део средстава који плаћа пацијент за мањи део који није покривен обавезним здравственим осигурањем, док неформална плаћања представљају плаћања за услуге које су покривене обавезним здравственим осигурањем, али се њихово додатно плаћање подразумева.¹⁶²

2. Финансирање по наменама

ЗЗО је дефинисан начин уговарања здравствених услуга између Републичког фонда и здравствених установа, приватне праксе и других давалаца здравствених услуга. Републички фонд закључује уговоре са даваоцима здравствених услуга, у складу са Правилником о уговарању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања са даваоцима здравствених услуга.¹⁶³ Саставни део овог Правилника су: предрачун средстава за установе примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите, предрачун средстава за стоматолошку здравствену заштиту, предрачун средстава за здравствене установе специјализоване за продужену рехабилитацију, предрачун средстава за институте-заводе за

¹⁶¹ *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања*, 38.

¹⁶² E. Mossialos *et al.*, 22.

¹⁶³ Правилник о уговарању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања са даваоцима здравствених услуга раније се звао Правилник о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад. У даљем тексту користиће се назив Правилник о уговарању здравствене заштите.

јавно здравље и предрачун средстава за установе социјалне заштите, а у складу са чим се закључују уговори са здравственим установама. Наведени предрачуни средстава сачињавају се у оквиру средстава утврђених Финансијским планом Републичког фонда.

Републички фонд закључује и уговоре са институтима/заводима за трансфузију крви, институтима за антирабичну заштиту, институтима/заводима за судску медицину, Медицинским факултетом Универзитета у Београду и Институтом за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак”.

Према Правилнику о уговарању здравствене заштите, елементи за утврђивање накнаде установама примарног нивоа здравствене заштите су: накнада за плате, превоз, лекове у здравственој установи, санитарски и медицински потрошни материјал, трошкови енергената, остали материјал и остали трошкови. Елементи за утврђивање накнаде установама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите су: накнада за плате, превоз, трошкови енергената, остали материјал, остали трошкови, лекови у здравственој установи, санитарски и медицински потрошни материјал, уградни материјал, материјал за дијализу и лекови за болести крви и крвотворних органа, крв и продукти од крви и исхрана.¹⁶⁴

Такође, за одређене врсте здравствених услуга, даваоцу здравствених услуга обезбеђују се додатна средства, поред накнаде утврђене предрачуном средстава. Здравственој установи терцијарног нивоа здравствене заштите, код пружања дијагностичке услуге позитронске емисионе томографије-ПЕТ, обезбеђују се средства, поред накнаде утврђене предрачуном средстава, у висини стварних трошкова набавке радиофармака.¹⁶⁵ Здравственој установи која обавља делатност на терцијарном нивоу здравствене заштите обезбеђују се средства, поред накнаде утврђене предрачуном средстава, у висини стварних утрошака здравствене установе, за лекове и медицинска средства на терет обавезног здравственог осигурања, за: 1) трансплантацију срца, бубрега, јетре и костне сржи; 2) ендоваскуларно лечење

¹⁶⁴ Чл. 13-18 и 23 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2015. годину, *Службени гласник РС*, бр. 147/14.

¹⁶⁵ *Ibid.*, чл. 43.

интракранијалних анеуризми; 3) перкутану вертебропластику; 4) систем механичке стимулације рада леве коморе; 5) механичку екстракцију тромба.¹⁶⁶ Здравственој установи која обавља здравствену делатност на терцијарном нивоу, која обавља послове трансплантације ћелија и ткива, поред накнаде утврђене предрачуном средстава, обезбеђује се накнада стварних трошкова набавке и увоза ћелија и ткива, извршене у складу са законом, ради пружања услуга трансплатације.¹⁶⁷

Здравственој установи секундарног и терцијарног нивоа, која пружа услугу хируршке интервенције осигураном лицу оболелом од хемофилије, а којој предрачуном средстава нису утврђена средства за лекове намењене лечењу хемофилије, обезбеђују се средства, поред накнаде утврђене предрачуном средстава, за лекове намењене лечењу хемофилије.¹⁶⁸ Поред накнаде утврђене предрачуном средстава, здравственој установи секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите обезбеђује се накнада за лекове који нису на Листи лекова, а који се признају осигураним лицима, у складу са општим актом Републичког фонда којим се уређује садржај, обим права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и партиципација.¹⁶⁹ Институту за онкологију и радиологију Србије и Институту за онкологију Војводине, поред накнаде утврђене предрачуном средстава, обезбеђује се накнада за покриће трошкова упућивања запослених у Здравствени центар Кладово због пружања услуга зрачне терапије, на основу уговора о пословно-техничкој сарадњи који су институти закључили са Здравственим центром Кладово. Трошкови обухватају трошкове смештаја, превоза и теренски додатак, у складу са посебним колективним уговором за област здравства.¹⁷⁰

У Србији се уговори закључују са свим здравственим установама које се налазе у Плану мреже, односно установама које се оснивају средствима у државној својини. Здравствене установе у овом систему финансирања за одређени план рада добијају годишњу накнаду. План рада садржи обим и врсту услуга које ће бити пружене осигураним лицима током

¹⁶⁶ *Ibid.*, чл. 44.

¹⁶⁷ *Ibid.*, чл. 45.

¹⁶⁸ *Ibid.*, чл. 47.

¹⁶⁹ *Ibid.*, чл. 48.

¹⁷⁰ *Ibid.*, чл. 49.

календарске године. Такође, план садржи и структуру кадра који ће обављати планиране услуге, број дијагностичких апарата, број возила којима располаже установа и структуру и количину лекова и медицинских средстава. Без обзира на извршење плана рада, установа добија уговорени годишњи износ. Систем здравствене заштите не даје стимулације, нити дестимулације, односно, у случају да здравствена установа не изврши план рада за текућу годину не трпи никакве последице, као што ни и у случају када прекорачи постављени план рада не бива награђена.

Према Финансијском плану Републичког фонда за 2010. годину,¹⁷¹ текући приходи износе 186.078.434.000 динара, а приходи од социјалних доприноса износе 129.490.000.000 динара. С друге стране, текући расходи износе 185.444.934.000 динара, а на име права из обавезног здравственог осигурања је исплаћено 181.443.934.000 динара.

Финансијским планом Републичког фонда за 2011. годину¹⁷² предвиђени су текући приходи у висини од 195.855.802.000 динара и текући расходи у износу од 195.592.302.000 динара (око 1.630.000.000 ЕУР). Од укупних расхода, на расходе за финансирање примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите односи се 140.283.865.000 динара (71,70% укупних расхода за здравствену заштиту), од чега се на примарну здравствену заштиту односи 42.831.407.000 динара. Осталих 28,30% укупних расхода за здравствену заштиту односи се на материјал за дијализу, лекове на рецепт, помагала, стоматолошке услуге, финансирање установа социјалне заштите, Института за трансфузију крви, Института „Торлак“, института/завода за јавно здравље и установа које нису у Плану мреже.

Према Финансијском плану Републичког фонда за 2012. годину¹⁷³ предвиђени су текући приходи у висини од 205.972.950.000 динара и текући расходи у износу од 205.459.195.000 динара (око 1.716.000.000 ЕУР). Од укупних расхода, на расходе за финансирање примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите односи се 149.244.619.000 динара (72,64% укупних расхода за здравствену заштиту), од чега се на примарну здравствену заштиту

¹⁷¹ Вид. http://rfzo.rs/download/fin_plan/finplan2010.pdf, 4. март 2014.

¹⁷² Службени гласник РС, бр. 4/2011.

¹⁷³ Службени гласник РС, бр. 2/2012.

односи 45.841.030.000 динара. Осталих 27,36% укупних расхода за здравствену заштиту односи се на материјал за дијализу, лекове на рецепт, помагала, стоматолошке услуге, финансирање установа социјалне заштите, Института за трансфузију крви, Института „Торлак“, института/завода за јавно здравље

Финансијским планом Републичког фонда за 2013. годину¹⁷⁴ предвиђени су текући приходи у висини од 228.340.500.000 динара и текући расходи у износу од 228.092.364.000 динара (око 1.900.000.000 ЕУР). Од укупних расхода, на расходе за финансирање примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите односи се 163.165.688.000 динара (71,53% укупних расхода за здравствену заштиту), од чега се на примарну здравствену заштиту односи 48.059.008.000 динара. Осталих 28,47% укупних расхода за здравствену заштиту односи се на материјал за дијализу, лекове на рецепт, помагала, стоматолошке услуге, финансирање установа социјалне заштите, Института за трансфузију крви, Института „Торлак“, института/завода за јавно здравље

Према Финансијском плану Републичког фонда за 2014. годину¹⁷⁵ планирани су текући приходи у висини од 236.141.390.000 динара и текући расходи у висини од 237.179.800.000 динара (око 1.976.500.000 ЕУР). Од укупних расхода, на финансирање примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите одлази 166.629.982.000 динара, од чега се на примарну односи 49.475.817.000 динара, а на секундарну и терцијарну 117.154.165.000 динара. Остали део укупних расхода за здравствену заштиту односи се на материјал за дијализу, лекове на рецепт, помагала, стоматолошке услуге, финансирање установа социјалне заштите, Института за трансфузију крви, Института „Торлак“, института/завода за јавно здравље и установа које нису у Плану мреже. За плате и накнаде плате са доприносима на терет послодавца за примарну здравствену заштиту је опредељено 37.225.716.000 динара, односно 37,56% расхода за плате, а за секундарну и терцијарну здравствену заштиту 61.884.284.000 динара (62,44% расхода за плате), што за плате укупно износи 99.110.000.000 динара. Као што се види, на плате одлази 41,8% укупних расхода за финансирање примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите за 2014. годину.

¹⁷⁴ Вид. http://rfzo.rs/download/fin_plan/finplan2013.pdf, 20. децембар 2015.

¹⁷⁵ Вид. http://rfzo.rs/download/fin_plan/finplan2014.pdf, 20. децембар 2015.

Према Финансијском плану Републичког фонда за 2015. годину¹⁷⁶ планирани су текући приходи у висини од 215.773.093.000 динара и расходи у висини од 215.460.963.000 динара (око 1.795.500.000 ЕУР). Од укупних расхода, на финансирање примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите одлази 152.403.720.000 динара, од чега се на примарну односи 42.895.728.000 динара, а на секундарну и терцијарну 109.507.992.000 динара. За плате и накнаде плате са доприносима на терет послодавца, за примарну здравствену заштиту је опредељено 30.811.532.000 динара, односно 35,63% расхода за плате, а за секундарну и терцијарну здравствену заштиту 55.661.036.000 динара (64,37% расхода за плате), што за плате укупно износи 86.472.568.000 динара. Као што се види, на плате одлази 56,4% укупних расхода за финансирање примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите за 2015. годину.

Посматрани по годинама, од 2010. до 2014. године, текући приходи и расходи Републичког фонда расту. У 2015. години смањени су и приходи и расходи, пре свега због смањења стопе доприноса, а самим тим и износ средстава који се опредељује за финансирање здравствене заштите, иако трошкови здравствене заштите расту из године у годину.

Здравствена установа из Плана мреже може да врши плаћање искључиво до висине расхода и издатака који су утврђени финансијским планом здравствене установе, а који одговарају апропријацији из финансијског плана за ту намену у одговарајућој буџетској години.¹⁷⁷ Обавезе које је преузела здравствена установа, а нису извршене у току године, преносе се и имају статус преузетих обавеза и у наредној буџетској години извршавају се на терет одобрених апропријација за ту буџетску годину, под условима прописаним Законом о буџетском систему.¹⁷⁸ Преузете обавезе здравствене установе, чији је износ већи од износа средстава предвиђених финансијским планом, или које су настале у супротности са законом, другим прописима или уговором закљученим са организацијом обавезног здравственог осигурања, не могу се извршавати на терет средстава обавезног здравственог

¹⁷⁶ Вид. http://rfzo.rs/download/fin_plan/finplan2015.pdf, 20. децембар 2015.

¹⁷⁷ Чл. 50 Закона о буџетском систему, *Службени гласник РС*, бр. 4/2009, 73/2010, 101/2010, 101/2011, 93/2012, 62/2013, 63/2013 - испр., 108/2013, 142/2014, 68/2015 - др. закон и 103/2015.

¹⁷⁸ *Ibid.*

осигурања, односно на терет других средстава здравствене установе предвиђених финансијским планом.¹⁷⁹

3. Критеријуми за расподелу средстава даваоцима здравствених услуга

Критеријуми за расподелу средстава даваоцима здравствених услуга утврђују се на годишњем нивоу за сваку календарску годину, Правилником о уговарању здравствене заштите. Критеријуми се мењају из године у годину. У наставку ће бити приказани критеријуми по уговореним наменама за здравствене установе секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите за период 2009-2012. године, и за 2015. годину,¹⁸⁰ а за потребе анализе у наставку овог рада. Критеријуми за 2013. и 2014. годину нису разрађивани из разлога што исти нису коришћени за анализу финансијских показатеља здравствених установа терцијарног нивоа здравствене заштите. Разрађени су критеријуми за уговарање за 2015. годину, да би се увиделе евентуалне разлике у критеријумима у односу на оне за период 2009-2012. године.

Плате

У 2009. години критеријуми за утврђивање накнаде за плате су:

- 1) уговорени број радника;
- 2) важећи коефицијенти за обрачун и исплату плата запослених у здравственим установама који су утврђени актом Владе Републике Србије;
- 3) важећа основица за обрачун и исплату плата запослених у здравственим установама;
- 4) додатна средства за дежурство, прековремени рад, минули рад и приправност.¹⁸¹

¹⁷⁹ Чл. 159 ЗЗО.

¹⁸⁰ Чл. 32-35 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2009. годину, *Службени гласник РС*, бр. 6/2009, 11/2009 - испр., 24/2009, 47/2009, 54/2009 - испр., 54/2009, 59/2009 - испр., 64/2009, 79/2009, 112/2009 и 2/2010 - испр., чл. 25-33 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2010. годину, *Службени гласник РС*, бр. 17/2010 и 80/2010, чл. 23-30 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2011. годину, *Службени гласник РС*, бр. 4/2011, 14/2011, 33/2011, 52/2011, 82/2011, 2/2012 и 5/2012 - испр. и чл. 32-43 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2012. годину, *Службени гласник РС*, бр. 61/2012, 65/2012 - испр. и 88/2012, и чл. 31-39 Правилник о уговарању здравствене заштите за 2015. годину, *Службени гласник РС*, бр. 147/14, 63/2015, 77/2015, 91/2015 и 105/2015.

¹⁸¹ Чл. 32 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2009. годину.

У 2010. години накнада за плате утврђена је на основу важећих прописа којима су утврђени:

- коефицијенти и основица за обрачун и исплату плата;
- основице и стопе пореза и доприноса из обавезног социјалног осигурања.

Накнада за додатак на плате, зависно од организације установе, утврђена је:

- 1) за минули рад – на основу процента за радни стаж по запосленом на дан 31.12.2009. године и на основу износа средстава за те намене за месец децембар 2009. године;
- 2) за остале додатке на плате – на основу процента које је утврдио Фонд по предлогу Коморе здравствених установа.¹⁸²

Критеријум за утврђивање накнаде за плате и додатке на плате за 2011. годину је уговорени број радника, у складу са кадровским планом. Накнада за плате утврђује се на основу важећих прописа којима су утврђени: 1) коефицијенти и основица за обрачун и исплату плата; 2) основице и стопе пореза и доприноса из обавезног социјалног осигурања; 3) додаци на плате.¹⁸³

Критеријум за утврђивање накнаде за плате здравственој установи у 2012. години је уговорени број и структура радника. Накнада за плате утврђује се на основу важећих прописа којима су утврђени обрачун и исплата плата запослених у јавним службама. Основ за утврђивање накнаде за плате за 2012. годину је припадајући износ плата за уговорене раднике, пројектован на годишњи ниво, са предвиђеном динамиком раста плата за 2012. годину, а у оквиру средстава за ову намену утврђених Финансијским планом за 2012. годину.¹⁸⁴

Критеријуми за утврђивање накнаде за плате за 2015. годину су:¹⁸⁵

- 1) пројектована накнада за новембар 2014. године, умањена за 1%, са припадајућим порезом и доприносима за уговорени број и структуру запослених;
- 2) додаци на плате у складу са посебним колективним уговором за област здравства;

¹⁸² Чл. 25 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2010. годину.

¹⁸³ Чл. 23 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2011. годину.

¹⁸⁴ Чл. 32 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2012. годину.

¹⁸⁵ Чл. 31 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2015. годину.

- 3) закон којим се прописује привремено уређивање основица за обрачун и исплату плата и других сталних примања код корисника јавних средстава;
- 4) параметри министарства надлежног за послове финансија за израду Финансијског плана;
- 5) други прописи којима се уређује обрачун и исплата плата запослених код корисника јавних средстава.

Сходно наведеном, критеријум за утврђивање накнаде за плате мења се из године у годину. Оно што се разликује у односу на друге године јесте критеријум за 2010. годину. Комора здравствених установа је утврдила проценат радног стажа по запосленом на дан 31.12.2009. године, као и остале додатке на плату, према нивоима здравствене заштите, који се додају основном коефицијенту. Сваки од наведених критеријума утврђује накнаду за плате на бази пројекције, те се током године предрачуном средстава често мења утврђена накнада почетком године, а према исказаним подацима о исплаћеним платама у здравственим установама. На основу искуства, може се рећи да не постоје значајна одступања у утврђивању накнаде за плате према различитим критеријумима у периоду 2009-2015. године.

Превоз

Трошкови превоза на рад и са рада уговорених радника за 2009. годину утврђују се у висини накнаде за те намене утврђене Предрачуном средстава за 2008. годину.¹⁸⁶

Накнада за превоз на рад и са рада за уговорени број радника за 2010. годину утврђена је на основу просечног трошка здравствене установе за ову намену по запосленом раднику у претходној години, увећаног за 15% и примењеног на број уговорених радника у здравственој установи, који користе превоз за долазак и одлазак са рада.¹⁸⁷

¹⁸⁶ Чл. 32 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2009. годину.

¹⁸⁷ Чл. 25 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2010. годину.

У 2011. години накнада за превоз на рад и са рада за уговорени број радника утврђена је на основу просечног трошка здравствене установе за ову намену по уговореном раднику који је користио превоз у претходној години, примењеног на број уговорених радника у здравственој установи који користе превоз за долазак и одлазак са рада.¹⁸⁸

Критеријум за накнаду за превоз на рад и са рада за уговорени број радника, који користе превоз за 2012. годину, утврђује се у висини признатих средстава за ову намену по коначном обрачуну за 2011. годину.¹⁸⁹

Накнада за превоз на посао и са посла за 2015. годину, за уговорени број и структуру запослених, који користе превоз, утврђена је према подацима о обрачунском расходу за ову намену који је доставила здравствена установа, као мања вредност између:¹⁹⁰

- 1) обрачунског расхода за месец новембар 2014. године, са пројекцијом на годишњи ниво;
- 2) просечног месечног обрачунског расхода за период октобар – децембар 2014. године, са пројекцијом на годишњи ниво.

Лекови, санитарски и медицински потрошни материјал

Накнада за лекове за 2009. годину, здравственим установама које обављају здравствену делатност на секундарном и терцијарном нивоу утврђује се у висини средстава за те намене утврђене Предрачуном средстава за 2008. годину и увећава за 8%. Накнада за санитарски и медицински потрошни материјал за 2009. годину здравственим установама које обављају делатност на секундарном и терцијарном нивоу утврђује се у висини средстава за те намене утврђене Предрачуном средстава за 2008. годину.¹⁹¹

¹⁸⁸ Чл. 23 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2011. годину.

¹⁸⁹ Чл. 32 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2012. годину.

¹⁹⁰ Чл. 31 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2015. годину.

¹⁹¹ Чл. 34 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2009. годину.

Здравственим установама на секундарном и терцијарном нивоу накнада за лекове, санитарски и медицински потрошни материјал за 2010. годину утврђује се на основу следећих критеријума: 1) накнаде за те намене утврђене Предрачуном средстава за 2009. годину; 2) броја лечених лица и просечног трошка за лекове, санитарски и медицински потрошни материјал по леченом лицу; 3) односа фактурисане реализације за период јануар-септембар 2010. године пројектоване на годишњи ниво и уговорене накнаде за 2010. годину, као и однос између уговореног износа по леченом лицу здравствене установе, уговореног износа по леченом лицу групације и фактурисаног износа по леченом лицу здравствене установе. Примена критеријума зависи од типа здравствене установе.¹⁹² Критеријум је промењен у односу на почетак 2010. године, када је накнада утврђена на нивоу Предрачуна за 2009. годину.

У 2011. години здравственој установи која обавља делатност на секундарном и терцијарном нивоу накнада за лекове, санитарски и медицински потрошни материјал утврђује се на основу следећих критеријума: 1) фактурисане, односно утрошене вредности за лекове, санитарски и медицински потрошни материјал у 2010. години, 2) процењене фактурисане вредности за лекове, санитарски и медицински потрошни материјал за 2011. годину, 3) уговорене вредности за лекове, санитарски и медицински потрошни материјал за 2011. годину. Примена једног од критеријума зависи од међусобног односа фактурисане, односно утрошене вредности у 2010. години, процењене фактурисане вредности за 2011. годину и уговорене вредности за 2011. годину за ове намене у здравственој установи. Здравственој установи која пружа лабораторијске услуге осигураним лицима која користе услуге дијализе у здравственим установама ван Плана мреже, у оквиру накнаде за санитарски и медицински потрошни материјал, утврђују се трошкови реагенса за пружене лабораторијске услуге.¹⁹³

У 2012. години раздвојени су критеријуми за лекове и критеријуми за санитарски и медицински потрошни материјал код установа секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите. Критеријум за утврђивање накнаде за лекове за 2012. годину утврђен

¹⁹² Чл. 27 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2010. годину.

¹⁹³ Чл. 25 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2011. годину.

је на основу: 1) процењене фактурисане вредности за лекове за 2011. годину; 2) уговорене накнаде за лекове за 2011. годину; 3) изведене фактурисане вредности лекова утрошених за лечење осигураних лица у 2011. години. Процењена фактурисана вредност за лекове је производ просечно изведене фактурисане вредности по случају, по типу здравствене установе и броја случајева лечења у здравственој установи, кориговане са фактором по основу старосне структуре. Изведена фактурисана вредност лекова је збир фактурисане вредности лекова за период јануар-март 2011. године и фактурисане вредности лекова за период април-децембар 2011. године, увећане за 10%. Критеријум на основу кога је утврђена накнада за лекове здравственој установи за 2012. годину представља средњу величину, која се добија стављањем у међусобни однос горе наведених параметара, а највише до висине средстава утврђених Финансијским планом за 2012. годину за ову намену. Накнада за лекове у здравственој установи увећава се за износ разлике пројектоване, односно изведене пројектоване вредности фактурисане реализације за 2012. годину и уговорене накнаде, а највише до средстава утврђених Финансијским планом.¹⁹⁴

Критеријум за утврђивање накнаде за санитарски и медицински потрошни материјал за 2012. годину утврђен је на основу: 1) процењене вредности утрошка санитарског и медицинског потрошног материјала за 2011. годину; 2) уговорене накнаде за санитарски и медицински потрошни материјал за 2011. годину; 3) укупног утрошка санитарског и медицинског потрошног материјала, умањеног за проценат учешћа прихода из осталих извора у укупним приходима здравствене установе за 2011. годину, исказаних у завршном рачуну здравствене установе за 2011. годину. Процењена вредност утрошка санитарског и медицинског потрошног материјала је производ просечног утрошка за санитарски и медицински потрошни материјал по осигураном лицу леченом у 2011. години, по типу здравствене установе и броја случајева лечења у здравственој установи. Просечни утрошак за санитарски и медицински потрошни материјал умањен је за проценат учешћа прихода из осталих извора у укупним приходима здравствене установе за 2011. годину, исказаних у завршном рачуну здравствене установе за 2011. годину.¹⁹⁵

¹⁹⁴ Чл. 33 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2012. годину.

¹⁹⁵ *Ibid*, чл. 34.

Критеријум на основу кога је утврђена накнада за санитарски и медицински потрошни материјал здравственој установи за 2012. годину утврђује се као средња величина, која се добија стављањем у међусобни однос горе наведених параметара, а највише до висине средстава утврђених Финансијским планом за ову намену. Накнада за санитарски и медицински потрошни материјал у здравственој установи увећава се за износ разлике пројектоване, односно изведене пројектоване вредности фактурисане реализације за 2012. годину и уговорене накнаде, а највише до средстава утврђених Финансијским планом.

Накнада за лекове, као и накнада за санитарски и медицински потрошни материјал за 2015. годину утврђују се у висини средстава која су за ове намене утврђена Предрачуном средства за 2014. годину.¹⁹⁶

Крв и продукти од крви

У 2009. години накнада за крв и лабилне продукте од крви, утврђује се у висини средстава за ову намену која је утврђена Предрачуном средстава за 2008. годину.¹⁹⁷

У 2010. години накнада за крв и лабилне продукте од крви утврђује се у висини средстава за ову намену, која је утврђена Предрачуном средстава за 2009. годину.¹⁹⁸

Накнада за крв и лабилне продукте од крви за 2011. годину утврђује се у висини средстава за ову намену која је утврђена Предрачуном средстава за 2010. годину, а у зависности од начина на који се обезбеђује крв.¹⁹⁹

На основу наведеног, евидентно је да се накнада за крв и лабилне продукте од крви која је утврђена за 2010. и 2011. годину није кориговала, у складу са фактурисаним вредностима, те су неким здравственим установама била потребна додатна средства, а неке установе су добијале већу накнаду, у односу на ону која им је била потребна. Са применом усклађивања,

¹⁹⁶ Чл. 32 и 33 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2015. годину.

¹⁹⁷ Чл. 34 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2009. годину.

¹⁹⁸ Чл. 27 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2010. годину.

¹⁹⁹ Чл. 25 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2011. годину.

током године, здравственим установама се опредељују реалнији износи новчаних средстава током 2012. године.

У 2012. години критеријуми за утврђивање накнаде за крв и лабилне продукте од крви су утврђени у факури здравствене установе за 2011. годину, према ценама обраде крви и компонента крви намењених за трансфузију које су утврђене општим актом Републичког фонда. Накнада за крв и лабилне продукте од крви за период јануар-јун 2012. године утврђује се као сразмерни део накнаде утврђене за ову намену за 2012. годину, док се сразмерни део накнаде утврђене за 2012. годину за период јул-децембар 2012. године умањује за процењени износ факурисане вредности здравствених установа за трансфузију крви (институт/завод) према другим здравственим установама за наведени период.²⁰⁰

Накнада за крв и лабилне продукте од крви за 2015. годину утврђује се у висини средстава која су за ову намену утврђена Предрачуном средстава за 2014. годину. Усклађивање овако утврђене накнаде врши се у току уговорног периода на основу факурисане вредности, а највише до износа утврђеног Финансијским планом за ову намену за 2015. годину.²⁰¹

Уградни материјал

Критеријуми за утврђивање накнаде за имплантате за 2009. годину су:

- 1) у ортопедији (ендопротезе) - извршени обим рада здравствене установе, у оквиру и ван плана рада, за период јануар-септембар 2008. године, пројектован на годишњем нивоу;
- 2) у ортопедији (остали уградни материјал) - извршени обим рада здравствене установе у оквиру плана рада, за период јануар-септембар 2008. године, пројектован на годишњем нивоу и увећан за 10%;
- 3) у кардиохирургији, кардиологији и васкуларној хирургији - ниво средстава за ове намене утврђен Предрачуном средстава за 2008. годину;
- 4) остали имплантати:

²⁰⁰ Чл. 38 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2012. годину.

²⁰¹ Чл. 38 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2015. годину.

4.1. мрежице, стаплери, валвуларни кондуити (контегри), вентрикулоперативни шантови, клипсеви, дискус плочице за неурохирургију и остали уградни материјал у неурохирургији, аерационе цевчице, уградни материјал у максилофацијалној хирургији, парцијалне и тоталне протезе за средње уво и дура графт - фактурисана реализација (вредност) за период јануар-септембар 2008. године, пројектована на годишњем нивоу,

4.2. интраокуларна сочива - вредност утврђена на основу фактурисане количине за период јануар-септембар 2008. године, пројектована на годишњем нивоу и утврђене цене уградног материјала,

4.3. имплантати за дојке - вредност утврђена на основу фактурисане количине за период јануар-септембар 2008. године, пројектована на годишњем нивоу и просечне цене,

4.4. кохлеарни апарати и амплацири - висина средстава утврђена уговором за 2008. годину,

4.5. спирала за затварање крвног суда (*coile*) - свим здравственим установама терцијарног нивоа које су образоване ради пружања здравствене заштите деци, по 1.800.000,00 динара,

4.6. говорне протезе - планирани обим рада у 2009. години.²⁰²

Критеријуми за утврђивање накнаде за имплантате у 2010. години су:

- 1) у ортопедији (ендопротезе) – извршени обим рада здравствене установе, у оквиру и ван плана рада, пројектован за 2009. годину и највише цене по врсти протезе које признаје Републички фонд;
- 2) у ортопедији (остали уградни материјал) – трошкови за ове намене пројектовани за 2009. годину;
- 3) у кардиохирургији, кардиологији и васкуларној хирургији – ниво средстава за ове намене утврђен Предрачуном средстава за 2009. годину;
- 4) остали имплантати - трошкови за ове намене пројектовани за 2009. годину.

²⁰² Чл. 35 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2009. годину.

Накнада за интраокуларна сочива, као и накнада за кохлеарне апарате, у оквиру накнаде за остале имплантате за 2010. годину, утврђују се на основу обима рада, пројектованог за 2009. годину, односно средстава за те намене у 2009. години.²⁰³

У 2011. години критеријум за утврђивање накнаде за имплантате у ортопедији (ендопротезе, остали уградни материјал), кардиохирургији, кардиологији и васкуларној хирургији и за остале имплантате је фактурисана вредност за период јануар-новембар 2010. године, пројектована на годишњи ниво. Накнада за интраокуларна сочива и кохлеарне апарате, у оквиру накнаде за остале имплантате за 2011. годину, утврђују се на основу обима рада пројектованог за 2010. годину, односно на нивоу средстава за те намене у 2010. години.²⁰⁴

У 2012. години накнада за имплантате у ортопедији - ендопротезе, за остали уградни материјал у ортопедији, имплантате у кардиохирургији, кардиологији, васкуларној хирургији и за остали уградни материјал, утврђује се у висини фактурисане вредности за ове намене за 2011. годину.

Накнада за интраокуларна сочива, у оквиру накнаде за остали уградни материјал, утврђује се:

- 1) у висини уговорене вредности за ове намене у 2011. години, ако је та вредност виша од фактурисане вредности за 2011. годину;
- 2) у висини фактурисане вредности за 2011. годину, ако је та вредност виша од уговорене вредности за 2011. годину.

Накнада за кохлеарни имплантат, у оквиру накнаде за остале имплантате, у 2012. години утврђује се на нивоу фактурисане вредности у 2011. години. Ова накнада се усклађује у току уговореног периода са пројектованом вредношћу фактурисане реализације за 2012. годину, а највише до средстава утврђених Финансијским планом.²⁰⁵

²⁰³ Чл. 28 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2010. годину.

²⁰⁴ Чл. 26 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2011. годину.

²⁰⁵ Чл. 39 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2012. годину.

Накнаде за имплантате у ортопедији - ендопротезе, остали уградни материјал у ортопедији, имплантате у кардиохирургији, кардиологији, васкуларној хирургији и за остали уградни материјал за 2015. годину, утврђују се у висини средстава која су за ове намене утврђена Предрачуном средстава за 2014. годину.²⁰⁶

Накнада за материјалне и остале трошкове

Накнада за остале трошкове за 2009. годину утврђује се на основу процентуалног учешћа ових трошкова сваке здравствене установе у укупној накнади за ову намену која је уговорена за 2008. годину. Део средстава за амортизацију медицинске опреме и за унапређење информационог система, здравствена установа утврђује најмање у проценту 4,6%. Средства за текуће одржавање опреме здравствена установа утврђује најмање у висини процента утврђеног за ову намену у 2008. години. У оквиру накнаде за остале трошкове, утврђене Финансијским планом, садржана су средства за осигурање имовине и запослених.²⁰⁷

Накнада за материјалне трошкове и остале трошкове за 2010. годину утврђује се у висини средстава за ту намену утврђену Предрачуном средстава за 2009. годину, увећаних за 2%.²⁰⁸

Накнада за материјалне трошкове и остале трошкове за 2011. годину утврђује се у висини средстава за ту намену утврђену Предрачуном средстава за 2010. годину, увећаних за 2%.²⁰⁹

За 2012. годину накнада за материјалне и остале трошкове утврђује се у висини накнаде утврђене здравственој установи за 2011. годину, умањене за износ предрачунских средстава из 2011. године за отпремнине и јубиларне награде. Ова накнада обухвата и остале накнаде и примања уговореним радницима, у складу са законом и колективним уговором, за које се средства обезбеђују на терет обавезног здравственог осигурања.²¹⁰

²⁰⁶ Чл. 39 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2015. годину.

²⁰⁷ Чл. 40 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2009. годину.

²⁰⁸ Чл. 27 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2010. годину.

²⁰⁹ Чл. 25 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2011. годину.

²¹⁰ Чл. 35 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2012. годину.

Накнада за материјалне и остале трошкове у 2015. години утврђује се у висини средстава која су за ову намену утврђена Предрачуном средстава за 2014. годину, умањена за средства за отпремнине, јубиларне награде и испуњавање обавеза запошљавања особа са инвалидитетом.²¹¹

Овако утврђена средства увећавају се на основу захтева здравствених установа за:

- 1) отпремнине, јубиларне награде и друга примања за уговорени број и структуру запослених, по посебном колективном уговору за област здравства;
- 2) учешће у финансирању зараде која проистиче из законске обавезе запошљавања особа са инвалидитетом, чији број се утврђује у односу на уговорени број и структуру запослених за одговарајућу годину, осим ако обавеза запошљавања особа са инвалидитетом није извршена запошљавањем ових лица у оквиру уговореног броја и структуре запослених.

Усклађивање средстава за материјалне и остале трошкове врши се у току уговорног периода на основу анализе обрачунских расхода, који се могу финансирати на терет средстава обавезног здравственог осигурања у току 2015. године.

Накнада за енергенте

Накнада за трошкове енергената за 2009. годину утврђује се у висини средстава за те намене утврђене Предрачуном средстава за 2008. годину.²¹²

Накнада за трошкове енергената за 2010. годину одређена је према просечном месечном трошку по врстама енергената, пројектованом за 2009. годину и увећаном за 6%, а на основу:

- површине простора за грејање здравствене установе,
- утрошене количине, по врстама енергената,

²¹¹ Чл. 34 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2015. годину.

²¹² Чл. 33 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2009. годину.

- цене енергената здравствене установе, а највише до нивоа просечне цене енергената по врсти на нивоу филијале Републичког фонда.²¹³

Накнада за трошкове енергената за 2011. годину одређена је према просечном месечном трошку по врстама енергената, пројектованом за целу годину, а на основу:

- утрошене количине, по врстама енергената,
- цене енергената здравствене установе, а највише до нивоа просечне цене енергената по врсти на нивоу филијале,
- фактурисане вредности по врсти енергента.²¹⁴

Накнада за трошкове енергената утврђује се у висини признате накнаде здравственој установи за ову намену по коначном обрачуну за 2011. годину, увећане за 4%. Ова накнада увећава се у висини раста цене природног гаса здравственим установама које користе гас.²¹⁵

Накнада за енергенте за 2015. годину утврђује се у висини средстава која су за ову намену утврђена Предрачуном средства за 2014. годину.²¹⁶

Накнада за исхрану

Накнада за исхрану за 2009. годину утврђује се здравственим установама, у зависности од начина обезбеђивања исхране, у висини накнаде утврђене за те намене Предрачуном средстава за 2008. годину.²¹⁷

Накнада за исхрану за 2010. годину у здравственим установама које обављају делатност на секундарном и терцијарном нивоу утврђује се, у зависности од начина обезбеђивања исхране, у висини накнаде утврђене за те намене Предрачуном средстава за 2009. годину, изузев здравствених установа код којих је дошло до промене у начину обезбеђивања

²¹³ Чл. 26 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2010. годину.

²¹⁴ Чл. 24 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2011. годину.

²¹⁵ Чл. 37 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2012. годину.

²¹⁶ Чл. 35 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2015. годину.

²¹⁷ Чл. 39 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2009. годину.

исхране и којима се накнада утврђује на основу цене исхране по б.о. дану за нови начин обезбеђивања исхране.²¹⁸

Накнада за исхрану у здравственој установи која обавља делатност на секундарном и терцијарном нивоу за 2011. годину утврђује се, у зависности од начина обезбеђивања исхране, у висини накнаде утврђене за те намене Предрачуном средстава за 2010. годину.²¹⁹

Накнада за исхрану у здравственој установи за 2012. годину утврђује се у висини обрачунских расхода здравствене установе за ове намене за 2011. годину.²²⁰

Средства за исхрану осигураних лица која се лече у здравственој установи за 2015. годину утврђују се у висини средстава која су за ову намену утврђена Предрачуном средстава за 2014. годину.²²¹

4. Анализа финансијских показатеља здравствених установа терцијарног нивоа здравствене заштите

Непретенциозна констатација да је документом „Стратегија развоја здравственог осигурања у Републици Србији“ (у даљем тексту: Стратегија)²²² забележено ново, реформско поглавље у развоју система здравственог осигурања, може то и остати само уколико Стратегијом дефинисани правци развоја и циљеви буду видљиви не само у глобалном, него и у оперативном раду и активностима Републичког фонда.

Један од дефинисаних циљева Стратегије усмерен је на унапређење функционисања Републичког фонда ради повећања задовољства осигураника и грађана Србије здравственом заштитом у целини и у том смислу обухвата:

²¹⁸ Чл. 27 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2010. годину.

²¹⁹ Чл. 30 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2011. годину.

²²⁰ Чл. 43 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2012. годину.

²²¹ Чл. 36 Правилника о уговарању здравствене заштите за 2015. годину.

²²² Вид. <http://www.rfzo.rs/download/Strategija%20razvoja%20zdravstvenog%20osiguranja.pdf>, 15. септембар 2014.

- унапређење система уговарања здравствених услуга са установама, тако да се повећа њихова ефикасност, ефективност и квалитет рада;
- успостављање ефективног система контроле извршења услуга у погледу обима, квалитета и третмана корисника услуга, тј. осигураника;
- обезбеђење одрживости и развоја система плаћања примарне здравствене заштите на основу извршења, ка потпуној имплементацији капитације, што подразумева стварно награђивање лекара према опредељеним корисницима и извршеним услугама;
- обезбеђење увођења и развоја новог система дијагностички сродних група у финансирању болница.

Активности којима ће бити реализовани ови циљеви подразумевају промене у систему финансирања здравствене делатности, и то унапређењем капитације као модела за финансирање примарне здравствене заштите и увођењем модела ДСГ за финансирање установа болничке здравствене заштите. Без обзира на модел финансирања, односи између Републичког фонда, као наручиоца, и здравствених установа, као давалаца здравствених услуга, уређени су уговорима чија се реализација прати електронским фактурисањем, почев од 2010. године.

У контексту различитих активности које се предузимају у погледу унапређења капитације и примене ДСГ модела, указала се потреба за аналитичком обрадом разноврсних показатеља који одражавају рад здравствених установа и обележја која карактеришу финансирање здравствене делатности. Етапно увођење финансирања болничке здравствене делатности по моделу ДСГ подразумева и одговарајуће моделирање цена, којем морају претходити анализе различитих финансијских аспеката. Ова анализа треба да буде почетак дефинисања методологије и показатеља које ће верификовати релевантни стручни тимови Републичког фонда, за различите аналитичке приступе у активностима на увођењу ДСГ модела.

4.1. Методологија и елементи анализе

Анализом су обухваћене установе терцијарног нивоа здравствене заштите према врсти делатности коју обављају (клинички центри, клиничко-болнички центри, институти и здравствене установе које пружају здравствену заштиту деци и омладини), а различити показатељи финансирања и рада анализирани су на нивоу установа појединачно и на нивоу групација типичних установа, у периоду 2009 – 2012. године.

Као документациона основа за анализу показатеља извршења планова рада, фактурисане вредности, предрачуном опредељених средстава и спроведених коначних обрачуна, праћени су следећи елементи:

- критеријуми за утврђивање накнаде за уговорене намене из Правилника о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за 2010., 2011. и 2012. годину;
- подаци из предрачуна средстава за 2009., 2010., 2011. и 2012. годину;
- подаци из спроведених коначних обрачуна између Републичког фонда и здравствених установа за 2009., 2010., 2011. и 2012. годину;
- показатељи из извештаја о извршењу планова рада за 2012. годину, према подацима Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“;
- фактурисана реализација за лекове у здравственим установама, санитарски и медицински потрошни материјал и крв и продукте од крви за 2012. годину из електронске фактуре Републичког фонда;
- подаци о броју уговорених радника из Апликације уговорених радника Републичког фонда.

Здравствене установе из Плана мреже здравствених установа анализирани су према типу. Коришћени су подаци из Правилника о уговарању здравствене заштите, спроведених коначних обрачуна, електронске фактуре и извештаја о извршењу планова рада здравствених установа по годинама.

Првенствено су посматрани подаци из спроведених коначних обрачуна, и то уговорена накнада, фактурисана реализација/обрачунски расход, призната накнада и исказани аванс по уговореним наменама. Према подацима о фактурисаној реализацији из електронске фактуре за 2012. годину сачињен је табеларни приказ трошкова по осигураном лицу по уговореним наменама за сваку здравствену установу и вршено њихово поређење.

Према показатељима из извештаја о извршењу планова рада здравствених установа за 2012. годину, електронске фактуре и предрачуном одређених средстава сачињен је табеларни приказ и компаративно анализирани одговарајући финансијски елементи у групацијама типичних установа:

- просечно фактурисана вредност лекова у здравственој установи по пацијенту;
- просечно фактурисана вредност цитостатика са Листе по пацијенту;
- просечно фактурисана вредност лекова по посебном режиму по пацијенту;
- просечно фактурисана вредност лекова за хемофилију по пацијенту;
- просечно фактурисана вредност крви и продуката од крви по пацијенту;
- просечно фактурисана вредност санитетског и медицинског потрошног материјала по пацијенту;
- просечна заузетост постеља у 2012. години;
- просечна месечна плата по запосленом;
- увећање уговорене накнаде за плате из године у годину;
- учешће уговорених лекара у укупном броју уговорених радника.

Такође су за сваку установу појединачно анализирани и на нивоу групације установа компарирани одговарајући показатељи извршења планова рада, и то:

- просечан број операција по хирургу на годишњем нивоу;
- учешће здравствене установе у укупном броју специјалистичко-консултативних прегледа;
- учешће здравствене установе у укупном броју лабораторијских услуга;
- учешће здравствене установе у укупном броју рентген услуга;

- учешће здравствене установе у укупном броју ултразвучних прегледа;
- просечан број лабораторијских услуга по једном специјалистичко-консултативном прегледу;
- просечан број лабораторијских услуга по пацијенту;
- учешће здравствене установе у укупно оствареном броју б.о. дана;
- учешће здравствене установе у укупно оствареном броју исписаних пацијената;
- просечна дужина лечења.

Током анализе поређени су и критеријуми за уговарање по наменама (плате, превоз, лекови, санитарски и медицински потрошни материјал, крв и производи од крви и импланти) за период 2010-2012. године. Утврђено је да су се критеријуми током година мењали.

4.2. Анализа финансијских показатеља клиничких центара (КЦ)

Клинички центар А

Уговорена накнада за лекове у периоду 2009-2010. године је нижа, док је у периоду 2011-2012. години виша у односу на фактурисану реализацију. У 2012. години смањена је уговорена накнада за лекове за 17,41%, а фактурисана реализација за 18,01% у односу на 2011. годину. С друге стране, уговорена накнада за санитарски и медицински потрошни материјал увећава се из године у годину, као и фактурисана реализација. У 2012. години увећана је уговорена накнада за санитарски и медицински потрошни материјал за 11,12%, а фактурисана реализација за 7,37% у односу на 2011. годину. У 2009. години уговорена накнада за лекове била је за 19,71% виша у односу на уговорену накнаду за санитарски и медицински потрошни материјал, док је у 2012. години уговорена накнада за лекове за 17,03% нижа у односу на накнаду са санитарски и медицински потрошни материјал. И код фактурисане реализације је слична ситуација, с тим што је фактурисана реализација за санитарски и медицински потрошни материјал у 2012. години значајно виша у односу на фактурисану реализацију за лекове.

Табела 1. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуну
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здр.уста.	1,738,286	1,887,496	1,737,731	1,895,111	1,856,334	1,801,313	1,532,007	1,476,812,829
Санит. и мед. потр. мате.	1,452,029	1,764,908	1,587,272	1,973,684	1,641,104	1,921,064	1,846,486	2,073,975,935
Индекс лек/санитет	119.71	106.95	109.48	96.02	113.11	93.77	82.97	71.21

Увидом у спроведене коначне обрачуне утврђено је да су у 2009. године исказани значајни аванси на позицијама: уградни материјал у кардиохирургији, пејсмејкери, стентови и лекови за хемофилију. По спроведеном коначном обрачуну за 2010. годину на позицијама лекови за хемофилију и уградни материјал у кардиохирургији није исказан аванс, док на позицијама пејсмејкери и стентови јесте.

Табела 2. - Уговором одређена финансијска средства за одговарајуће медицинске намене и исказан аванс у 2009. и 2010. години

(у дин.)

Намена	Уговорено		Аванс		% исказаног аванса у односу на уговорену накнаду	
	2009. година	2010. година	2009. година	2010. година	2009. година	2010. година
Лекови за хемофилију	208.315.790		60.315.790		28,95%	
Угр. материјал у кардиохирургији	25.800.000		25.284.500			
Пејсмејкери	342.084.000	192.317.000	52.007.994	105.383.173	15,20%	54,80%
Стентови	260.803.000	260.803.000	78.399.175	40.271.578	30,06%	15,44%

Уговорена накнада на позицији стентови у 2010. години није смањена у односу на 2009. годину, иако је исказан аванс који чини 30,06% уговорене накнаде, док је на позицији пејсмејкери значајно смањена уговорена накнада. У 2011. години смањена је уговорена накнада на позицији стентови, као и на позицији пејсмејкери. На позицији пејсмејкери поново је у 2012. години повећана уговорена накнада.

Према спроведеном коначном обрачуна за 2011. и 2012. годину није исказан аванс.

Накнада за плате у 2011. години у односу на 2010. годину увећана је за 560.153.000 динара, што је 8,68% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате увећана је за 303.295.000 динара, што је за 4,70% више.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 3. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	1,476,884,771.28	115,906	12,742.09
Цитостатици са Листе	84,154,652.41	2,514	33,474.40
Лекови по посебном режиму	680,640,263.99	1,170	581,743.82
Лекови за хемофилију	167,751,683.26	84	1,997,043.85
Крв и продукти од крви	137,333,841.74	10,218	13,440.38
Санитетски и медицински потрошни материјал	2,073,975,934.92	271,827	7,629.76

Клинички центар Б

Уговорена накнада на позицији лекови умањена је у 2012. години у односу на претходни период, као и фактурисана реализација. Уговорена накнада и фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал увећавају се из године у годину. У 2009. и 2010. години уговорена накнада и фактурисана реализација на позицији лекови биле су више у односу на санитетски и медицински потрошни материјал, док је у 2011. и 2012. години накнада за лекове значајно мања у односу на накнаду за санитетски и медицински потрошни материјал. Исто је и по питању фактурисане реализације у 2011. и 2012. години. Фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал у 2012. години за 9,89% је виша у односу на 2011. годину.

Табела 4. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуну
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здрав.уста.	500,480,091	680,830,049	492,821,000	749,058,833	557,403,000	557,994,653	444,016,000	431,255,747
Санит. и медиц.потр. мат.	371,611,000	501,311,753	426,750,000	628,979,754	584,586,000	637,985,662	659,849,000	701,077,800
Индекс лек/санитет	134.68	135.81	115.48	119.09	95.35	87.46	67.29	61.51

Према спроведеном коначном обрачуну за 2009. годину Клинички центар Б исказао је аванс на позицији лекови за хемофилију у висини од 12.643.365 динара, што чини 21,79% уговорене накнаде за 2009. годину (уговорена накнада 58.025.000 динара). У 2010. години је смањена уговорена накнада на овој позицији на 32.379.000 динара, тако да по спроведеном обрачуну за 2010. годину није исказан аванс на позицији лекови за хемофилију.

Према спроведеном коначном обрачуну за 2010. годину исказан је аванс на позицији цитостатици по посебном режиму у висини од 16.081.102 динара, што чини 6,22% уговорене накнаде (188.017.000 динара). У 2011. години није се мењала уговорена накнада, с тим што је фактурисана реализација износила 179.194.554 динара. У 2012. години уговорена накнада Клиничком центру Б на позицији цитостатици по посебном режиму износи 404.276.000 динара, док је фактурисана реализација 373.988.171 динара.

Уговорена накнада и фактурисана реализација у 2012. години двоструко су веће у односу на исте у 2011. години. У 2012. години исказан је аванс на позицији енергенти у висини од 8.269.303 динара. Уговорена накнада на овој позицији за 2012. годину износи 279.001.000 динара, што је за 12.290.000 динара више у односу на уговорену накнаду у 2011. години и за 65.061.000 динара више у односу на 2010. годину.

Табела 5. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуну
у периоду 2009-2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Цитостатици са Листе	3,906,294	25,000,000						
Лекови за хемофилију	12,643,365	58,025,000						
Импланти у ортопедији	7,600,004	115,972,000						
Стентови	5,430,109	10,038,000						
Графтови	4,756,973	8,930,000						
Плате			1,957,678	2,240,903,000				
Цитостатици по посебном режиму			16,081,102	188,017,000				
Превоз					6,317,728	102,321,000		
Енергенти							8,269,303	279,001,000
Исхрана							3,651,918	109,535,000

У 2011. години у односу на 2010. годину уговорена накнада за плате увећана је за 180.759.000 динара, што је за 8,06% више. Уговорена накнада за плате у 2012. години у односу на 2011. годину увећана је за 222.779.000 динара, што је за 9,20% више.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 6. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	431,228,597.70	78,173	5,516.34
Цитостатици са Листе	15,467,943.20	448	34,526.66
Лекови по посебном режиму	373,988,171.47	556	672,640.60
Лекови за хемофилију	36,492,475.77	26	1,403,556.76
Крв и продукти од крви	46,264,454.75	3,986	11,606.74
Санитетски и медицински потрошни материјал	701,077,799.99	152,142	4,608.05

Клинички центар Ц

Уговорена накнада на позицији лекови умањена је у 2012. години у односу на претходни период, као и фактурисана реализација. Уговорена накнада на позицији санитарски и медицински потрошни материјал увећава се по годинама. Фактурисана реализација на овој позицији у периоду 2009-2011. године расте из године у годину, док је у 2012. години на нивоу оне из 2010. године. У 2009. и 2010. години уговорена накнада и фактурисана реализација на позицији лекови биле су више у односу на санитарски и медицински потрошни материјал, док је у 2012. години накнада за лекове мања у односу на накнаду за санитарски и медицински потрошни материјал. Фактурисана реализација на позицији санитарски и медицински потрошни материјал у 2012. години је мања за 14,07% у односу на 2011. годину. Уговорена накнада за лекове умањена је у 2012. години за 23,19% у односу на 2011. годину, док је фактурисана реализација у 2012. години умањена за 27,36%.

Табела 7.- Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуну
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здрав.уст.	509,865,027	511,175,077	490,579,000	544,494,224	534,293,000	563,513,438	410,355,000	409,351,665
Санит. и мед. потро. Материјал	385,059,967	391,980,495	426,949,000	518,083,453	499,505,000	600,376,663	526,079,000	516,098,129
Индекс лек/санитет	132.41	130.41	114.90	105.10	106.96	93.86	78.00	79.32

Према спроведеном коначном обрачуну за 2009. годину исказан је аванс на позицији цитостатици по посебном режиму у висини од 21.797.663 динара, што чини 4,53% у односу на уговорену накнаду за 2009. годину (уговорена накнада 481.490.997 динара). На позицији крв исказан је аванс у висини од 13.335.984 динара, што чини 13,77% уговорене накнаде (уговорена накнада 110.203.000 динара). У 2010. години исказан је аванс на позицији имплантанти у ортопедији у висини од 20.628.543 динара, што чини 27,69% уговорене накнаде (уговорена накнада 74.500.000 динара) и на позицији пејсмејкери у висини 11.997.167 динара, што чини 14,85% уговорене накнаде (уговорена накнада 80.764.000

динара). Уговорена накнада у 2011. години смањена је на позицији имплантанти у ортопедији на износ од 52.442.949 динара и на позицији пејсмејкери на износ од 73.668.000 динара.

Табела 8. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуну
у периоду 2009-2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Лекови у здр.уст.			265,131	490,579,000	1,008,434	534,293,000		
Цитостатици посебан режим	21,797,663	481,490,997						
Лекови за хемофилију	5,153,502	114,600,366						
Остали уградни материјал							310,880	6,605,000
Плате					36,165,323	2,777,582,000	2,453,086	2,978,137,000
Превоз			2,568,250	79,445,000				
Санитетски материјал			15,360	426,949,000				
Крв и продукти од крви	13,335,984	96,867,016						
Стентови	3,934,608	65,894,736						
Графтови	1,286,412	9,886,166			500,949	10,367,000		
Цитоста са Листе			3,298,397	102,690,000				
Импл у ортопеди			20,628,543	74,500,000				
Пејсмејкери			11,997,167	80,764,000				
Матер. трошкови							14,593,992	474,134,000
Исхрана							14,015,547	88,532,000
Уград мат. у кар.							420,390	

Према спроведеном коначном обрачуну за 2011. годину Клинички центар Ц је имао исказан аванс на позицији плате у висини од 36.165.323 динара. Уговорена накнада је 2.777.582.000 динара, обрачунски расход (односно требовање) ове здравствене установе 2.857.143.476 динара, призната накнада 2.770.283.250 динара, а пренета средства 2.806.448.573 динара. Аванс је настао као резултат више пренетих средстава у односу на уговорену накнаду и

мање признатих средстава у односу на требовања Клиничког центра Ц за плате у 2011. години.

И у 2012. години исказан је аванс на позицији плате у висини од 2.453.086 динара. На позицији исхрана исказан је аванс у висини од 14.015.547 динара, што чини 15,83% уговорене накнаде (уговорена накнада 88.532.000 динара). У односу на 2011. годину уговорена накнада на позицији исхрана увећана је за 7.132.000 динара, односно 8,12%.

Уговорена накнада у 2011. години на позицији плате увећана је за 191.121.000 динара у односу на 2010. годину (2.586.461.000 динара), што је за 6,90% више.

У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате увећана је за 200.555.000 динара, што је за 7,22% више.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 9. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	408,969,409.77	61,107	6,692.68
Цитостатици са Листе	70,892,815.14	1,899	37,331.66
Лекови по посебном режиму	620,012,105.57	1,107	560,083.20
Лекови за хемофилију	102,668,983.17	47	2,184,446.45
Крв и продукти од крви	55,239,747.97	3,834	14,407.86
Санитетски и медицински потрошни материјал	516,098,413.96	140,815	3,665.08

Клинички центар Д

У периоду 2009-2011. године уговорена накнада за лекове увећавана је из године у годину. У 2011. години уговорена накнада за лекове увећана је за 28,55% у односу на 2010. годину, док је у 2012. години у односу на 2011. годину она умањена за 31,54%. Изузетно висока

фактурисана реализација на позицији лекови у здравственој установи исказана је у 2010. и 2011. години.

У посматраном периоду увећава се уговорена накнада за санитетски и медицински потрошни материјал, као и фактурисана реализација. Уговорена накнада за санитетски и медицински потрошни материјал увећана је у 2012. години у односу на 2011. годину за 35,92%. Изузетно је висока фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал у 2011. години и иста је двоструко виша у односу на 2010. годину.

Уговорена накнада и фактурисана реализација на позицији лекови у здравственој установи значајно су веће у 2009. и 2010. години у односу на санитетски и медицински потрошни материјал. У 2011. години по питању уговорене накнаде ситуација је иста, али је фактурисана реализација на позицији лекови мања у односу на позицију санитетски и медицински потрошни материјал. У 2012. години и уговорена накнада, и фактурисана реализација више су на позицији санитетски и медицински потрошни материјал него на позицији лекови у здравственој установи.

Табела 10. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуну
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здрав.уст.	371,898,000	470,353,410	384,116,000	578,165,670	493,787,000	507,839,930	375,381,000	354,338,344
Санит. и мед.потр.материјал	294,081,000	288,983,715	321,527,000	280,267,794	325,745,000	623,419,856	442,763,000	437,287,889
Индекс лек/санитет	126.46	162.76	119.47	206.29	151.59	81.46	84.78	81.03

Према спроведеном коначном обрачуну за 2009. годину исказан је аванс на следећим позицијама:

- цитостатици по посебном режиму у висини од 5.567.089 динара, што чини 2,88% уговорене накнаде (уговорена накнада 193.146.000 динара);

- лекови за хемофилију у висини од 4.009.450 динара, што чини 19,17% уговорене накнаде (уговорена накнада износи 20.911.000 динара);
- пејсмејкери у висини од 12.153.557 динара, што чини 51,23% уговорене накнаде (уговорена накнада износи 23.725.000 динара);
- стентови у висини од 9.121.738 динара, што чини 22,36% уговорене накнаде (уговорена накнада износи 40.783.000 динара);
- графтови у висини од 20.334.570 динара, што је двоструко више у односу на уговорену накнаду (уговорена накнада износи 10.285.000 динара).

Према спроведеном коначном обрачуна за 2010. годину исказан је аванс на позицијама, и то:

- лекови за хемофилију у висини од 4.999.286 динара, што чини 16,42% уговорене накнаде (уговорена накнада износи 30.439.000 динара);
- пејсмејкери у висини од 7.537.292 динара, што чини 67,03% уговорене накнаде (уговорена накнада износи 11.245.000 динара);
- графтови у висини од 17.509.502 динара, што је 1,7 пута више у односу на уговорену накнаду (уговорена накнада износи 10.286.000 динара).

Према спроведеном коначном обрачуна за 2011. годину исказан је аванс на позицији графтови у висини од 14.329.962 динара, што је за 7 пута више у односу на уговорену накнаду (уговорена накнада износи 2.496.000 динара).

Према спроведеном коначном обрачуна за 2012. годину исказан је аванс на следећим позицијама, и то:

- енергенти у висини од 1.968.178 динара. Уговорена накнада износи 169.844.000 динара и повећана је у односу на накнаду из 2011. године за 49.035.000 динара;
- исхрана у висини од 6.453.783 динара. Уговорена накнада у 2012. години износи 73.235.000 динара и за 12.875.000 динара је увећана у односу на 2011. годину (уговорена накнада у 2011. години износи 60.360.000 динара);

- крв и продукти од крви у висини од 10.271.495 динара. Уговорена накнада износи 40.783.000 динара и у односу на уговорену накнаду у 2011. години виша је за 10.248.000 динара;
- графтови у висини од 10.797.318 динара. Уговорена накнада износи 3.928.000 динара и повећана је у односу на 2011. годину за 1.432.000 динара.

Табела 11. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуна
у периоду 2009-2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Цитостатици по посебном режиму	5,567,098	193,146,000						
Лекови за хемофилију	4,009,450	20,911,000	4,999,286	30,439,000				
Пејсмејкери	12,153,557	23,725,000	7,537,292	11,245,000				
Стентови	9,121,738	40,783,000						
Графтови	20,334,570	10,285,000	17,509,502	10,285,000	14,329,962	2,496,000	10,797,318	3,928,000
Превоз			4,422,500	38,505,000				
Плате			1,153,899	1,688,692,000				
Лекови у здав.уст.			50,000	384,116,000				
Енергенти							1,968,178	169,844,000
Исхрана							6,453,783	73,235,000
Крв							10,271,495	40,783,000

Уговорена накнада у 2011. години на позицији плате увећана је за 117.112.000 динара у односу на 2010. годину (1.688.692.000 динара), што је за 6,49% више.

У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате увећана је за 158.244.000 динара, што је за 8,76% више.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 12. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	354,338,344.05	41,657	8,506.09
Цитостатици са Листе	35,884,849.33	1,065	33,694.69
Лекови по посебном режиму	349,401,282.95	558	626,167.17
Лекови за хемофилију	26,696,421.22	23	1,160,713.97
Крв и продукти од крви	39,889,945.01	2,580	15,461.22
Санитетски и медицински потр.мате.	438,205,178.42	74,956	5,846.17

Током 2012. године између две филијале Републичког фонда, Клиничког центра А и Клиничког центра Д закључен је Уговор о уступању међусобних обавеза и потраживања насталих по основу закљученог Уговора о пружању и финансирању здравствене заштите број: 54-2804/12 од 31.10.2012. године. Записнички је извршена примопредаја 29 графтова. У Уговору је наведено да Клинички центар Д искњижава аванс за уступљене графтове у износу од 96.660,00 динара, а Клинички центар А преузима и књижи обавезу за примљени аванс у истом износу.

Закључци након извршене анализе финансијских показатеља клиничких центара:

- Просечно фактурисана вредност лекова по пацијенту на нивоу КЦ-а износи 8.364,30 динара. Вишу просечну фактурисану вредност лекова по пацијенту има Клинички центар А (12.742,09 динара) и Клинички центар Д (8.506,09 динара), а нижу просечну вредност Клинички центар Ц (6.692,68 динара) и Клинички центар Б (5.516,34 динара);
- Просечно фактурисана вредност цитостатика са Листе по пацијенту на нивоу КЦ-а износи 34.756,86 динара. Клинички центар Ц има вишу просечну фактурисану вредност цитостатика са Листе у односу на просек групације (37.331,66 динара);
- Просечно фактурисана вредност лекова по посебном режиму по пацијенту на нивоу КЦ-а износи 610.158,70 динара. Вишу просечну фактурисану вредност по пацијенту имају Клинички центар Б (672.640,60 динара) и Клинички центар Д (626.167,17 динара);

- Просечно фактурисана вредност лекова за хемофилију по пацијенту на нивоу КЦ-а износи 1.686.440,25 динара. Највишу фактурисану вредност имају Клинички центар Ц (2.184.446,45 динара) и Клинички центар А (1.997.043,85 динара);
- Просечно фактурисана вредност крви и продуката од крви по пацијенту на нивоу КЦ-а износи 13.729,05 динара. Највишу фактурисану вредност има Клинички центар Д (15.461,22 динара), а затим Клинички центар Ц (14.407,86 динара). Најнижу просечну фактурисану вредност има Клинички центар Б (11.606,74 динара);
- Просечно фактурисана вредност санитарског и медицинског потрошног материјала по пацијенту на нивоу КЦ-а износи 5.437,26 динара. Највишу фактурисану вредност има Клинички центар А (7.629,76 динара), што је значајно изнад просека, а затим Клинички центар Д (5.846,17 динара). Најнижу просечну фактурисану вредност има Клинички центар Ц (3.665,08 динара);
- Уговорена накнада и фактурисана реализација на позицији лекови у 2012. години умањена је значајно у односу на 2011. годину на нивоу свих клиничких центара;
- Просечна заузетост постеља у 2012. години креће се у распону од 68,90-75,40%. Клинички центар А има највишу заузетост постеља, а Клинички центар Д најнижу заузетост постеља;
- Према показатељима из извештаја о извршењу планова рада наведених установа за 2012. годину утврђено је да се проценат лекара у укупном броју уговорених радника креће у распону 18,22-24,23%. Најмање учешће лекара у укупном броју уговорених радника има Клинички центар А, а највеће Клинички центар Ц;
- Просечна месечна плата се креће у интервалу 75.773,46-81.798,97 динара. Најнижа просечна плата по запосленом је у Клиничком центру Д, а највиша у Клиничком центру Ц. Клинички центар А има најмање учешће лекара у укупном броју запослених, а вишу просечну плату по лекару и од Клиничког центра Д, и од Клиничког центра Б;
- Просечан број операција по хирургу на годишњем нивоу креће се у распону 138,99-212,83 операција. Најмањи број операција по хирургу има Клинички центар А, а највећи Клинички центар Ц. Просечан број операција по хирургу на месечном нивоу креће се у распону 11,58-17,74 операција. Клинички центар А и Клинички центар Ц имају највеће учешће у укупно оствареном броју операција на нивоу клиничких

центра, јер су највећи. С обзиром на то да је Клинички центар А један од највећих КЦ, поражавајући је резултат да има најмањи број операција по хирургу. Клинички центар Ц има највише лекара у односу на укупан број запослених, један је од највећих и има највећи број операција по хирургу;

- Појединачно учешће у укупном броју специјалистичко-консултативних прегледа на нивоу клиничких центара сразмерно је величини установе;
- Највеће учешће у укупном броју лабораторијских услуга има Клинички центар А. Клинички центар Ц нема исказан број лабораторијских услуга у Извештају о извршењу Плана рада за 2012. годину;
- Највеће учешће у укупном броју рентген услуга имају Клинички центар А и Клинички центар Б. Клинички центар Ц има изузетно мали број извршених рентген услуга;
- Највеће учешће у укупном броју ултразвучних прегледа има Клинички центар А (57,26% укупно извршених ултразвучних прегледа на нивоу клиничких центара);
- Највеће учешће у укупном броју доплер услуга имају Клинички центар А и Клинички центар Б. Клинички центар Ц има мали број извршених доплер услуга;
- Највеће учешће у укупном броју скенер услуга имају Клинички центар А и Клинички центар Б. Клинички центар Ц има изузетно мали број извршених скенер услуга;
- Највеће учешће у укупном броју услуга магнетне резонанце имају Клинички центар А и Клинички центар Ц;
- Највећи број лабораторијских услуга по специјалистичко-консултативном прегледу има Клинички центар А (8,83 услуга), док Клинички центар Д има 4,68 лабораторијских услуга по специјалистичко-консултативном прегледу;
- Просечан број лабораторијских услуга по пацијенту на нивоу КЦ креће се у распону 31,68-73,80 услуга. Просечан број лабораторијских услуга по пацијенту код Клиничког центра А износи 73,80, код Клиничког центра Б 40,72, док код Клиничког центра Д износи 31,68 услуга;
- Највеће учешће у укупно оствареном броју б.о. дана имају Клинички центар А и Клинички центар Б;
- Највеће учешће у укупно оствареном броју исписаних болесника имају Клинички центар А и Клинички центар Ц.

- Дужина лечења креће се у распону 6,8-9,6 дана. Просечна дужина лечења у Клиничком центру А је 9,6 дана, а у Клиничком центру Д и Клиничком центру Ц 6,8 дана;
- Уговорена накнада за плате за клиничке центре у 2011. години у односу на 2010. годину увећана је за 8,46%, а у 2012. у односу на 2011. годину за 6,58%. Код Клиничког центра Ц уговорена накнада за плате у 2012. години увећана је за 7,22% у односу на 2011. годину, код Клиничког центра Б 9,20%, код Клиничког центра Д 8,76%, а код Клиничког центра А 4,70%;

Уговорена накнада за плате за установе из Плана мреже за 2010. годину износи 81.182.688.000 динара, за 2011. годину 87.917.304.000 динара, а за 2012. годину 92.880.906.000 динара. У 2011. години уговорена накнада за плате је у односу на 2010. годину увећана за 8,29%, а у 2012. години у односу на 2011. годину за 5,65%. Највећи број уговорених радника био је у 2010. години (104.599 радника), у 2011. години 104.221 радника, а 2012. године 104.196 радника.

Наведени показатељи у вези са уговореном накнадом за плате и процентом раста плата по годинама указују да плате у КЦ расту, иако се број уговорених радника смањује по годинама. То може бити показатељ вештачког увећања плата у КЦ у односу на накнаду опредељену Предрачуном средстава, а смањења новчаних средстава опредељених за неке друге намене (лекове, санитарски и медицински потрошни материјал, исхрану и др.).

Након извршене анализе финансијских показатеља клиничких центара дају се следећи предлози:

- Треба размотрити уговорену накнаду и извршити неопходне анализе за лекове по посебном режиму код Клиничког центра Б и Клиничког центра Д, као и за лекове за хемофилију код Клиничког центра Б.
- Треба размотрити уговорену накнаду за санитарски и медицински потрошни материјал код Клиничког центра А.

- Размотрити уговорену накнаду за плате, с обзиром да је накнада на овој позицији у 2011. години у односу на 2010. годину наведеним установама повећана у одређеном проценту у распону од 6,49-8,68%, да постоје разлике у процентуалном учешћу лекара у укупном броју уговорених радника и да је просечна плата по запосленом различита.
- Извршити контролу потрошње лекова и санитетског и медицинског потрошног материјала у свим клиничким центрима.
- Извршити контролу пружених лабораторијских услуга у свим клиничким центрима.
- Према просечном броју лабораторијских услуга по пацијенту стиче се утисак да се лабораторијске услуге раде без ограничења и да, отуда, повлаче велики износ новчаних средстава. Због тога треба размотрити оправданост обављања оваквог броја анализа у зависности од њихове врсте и на основу тога формулисати обим и садржај лабораторијских услуга, које би биле покривене обавезним здравственим осигурањем, а према нивоима здравствене заштите.

4.3. Анализа финансијских показатеља клиничко-болничких центара (КБЦ)

Клиничко-болнички центар А

Посматрано од 2009. до 2012. године уочава се смањење уговорене накнаде и фактурисане реализације за лекове. С друге стране, из године у годину, повећава се уговорена накнада и фактурисана реализација за санитетски и медицински потрошни материјал. Двоструко су веће уговорена накнада и фактурисана реализација за лекове у односу на санитетски и медицински потрошни материјал у 2009. и 2010. години, док је ситуација по питању фактурисане реализације потпуно другачија у 2011. и 2012. години.

Табела 13. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуну
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здравств.уст.	16,576,000	16,582,000	16,576,000	13,858,111	13,858,000	8,812,691	9,669,000	8,727,373
Санит. и медиц.потрошни материјал	6,908,000	8,389,236	6,908,000	7,194,372	7,086,000	15,667,579	12,287,000	17,494,730
Индекс лек/санитет	239.95	197.66	239.95	192.62	195.57	56.25	78.69	49.89

Увидом у спроведене коначне обрачуне утврђено је да у 2009. године није исказан аванс.

По спроведеном коначном обрачуну за 2010. годину исказани су следећи аванси:

- лекови у здравственој установи у износу од 2.717.889 динара, што чини 16,39% уговорене накнаде (уговорена накнада је 16.576.000 динара);
- плате у висини од 2.916.657 динара. Уговорена накнада износи 909.107.000 динара. Аванс је настао из разлога што је током 2009. године пренето више средстава (912.023.657 динара) у односу на уговорену накнаду.

Према спроведеном коначном обрачуну за 2011. годину исказан је аванс на позицији плате у висини од 123.528.984 динара. Уговорена накнада износи 876.735.000 динара и мања је за 32.372.000 динара у односу на уговорену накнаду за 2010. годину. Установи је у 2011. години пренето 1.000.263.984 динара, а признато 876.735.000 динара.

У 2012. години, према спроведеном коначном обрачуну, није исказан аванс на позицији плате, али је исказан дуг Републичког фонда у висини од 123.536.076 динара. Уговорена накнада за плате у 2012. години износи 975.970.000 динара и виша је за 99.235.000 динара у односу на уговорену накнаду за 2011. годину, односно за 11,2%.

Исказан је аванс на позицији исхрана у висини 2.807.500 динара, што чини 41,41% уговорене накнаде (уговорена накнада је 6.780.000 динара). Такође, на позицији

материјални и остали трошкови исказан је аванс у висини од 9.513.323 динара, што чини 31,54% уговорене накнаде (уговорена накнада износи 30.159.000 динара).

Табела 14. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуњу
у периоду 2010-2012. године

(у дин.)

Намена	2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Лекови у здр.уст.	2,717,889	16,576,000				
Плате	2,916,657	909,107,000	123,528,984	876,735,000		
Исхрана					2,807,500	6,780,000
Материјални и остали трошкови					9,513,323	30,159,000

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 15. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	8,727,372.67	3,187	2,738.43
Цитостатици са Листе	543,142.42	7	77,591.77
Лекови за хемофилију	219,703.50	2	109,851.75
Крв и производи од крви	1,154,170.00	99	11,658.28
Санитетски и медицински потрошни материјал	17,494,729.74	9,697	1,804.14

Може се размотрити могућност увећања накнаде за санитетски и медицински потрошни материјал или пренамена са накнаде за материјалне и остале трошкове.

Клиничко-болнички центар Б

Из године у годину се увећава уговорена накнада за лекове, али се и фактурисана реализација увећава. Уговорена накнада за санитетски и медицински потрошни материјал се увећава од 2010. године, али не прати раст фактурисане реализације.

Табела 16. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуну
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здравств.уста.	117,691,000	114,824,474	116,017,000	123,986,516	122,023,000	128,700,120	128,138,000	123,589,770
Санит. и мед.потр.материјал	146,415,000	149,905,698	146,415,000	154,252,581	148,939,000	198,452,384	158,547,000	174,127,280
Индекс лек/санитет	80.38	76.60	79.24	80.38	81.93	64.85	80.82	70.98

Према спроведеном коначном обрачуну за 2009. годину исказан је аванс на позицији пејсмејкери у висини од 9.639.074 динара и на позицији стентови у висини од 6.070.129 динара. Ови аванси резултат су насталих аванса у 2008. години.

Према спроведеном коначном обрачуну за 2010. годину исказан је аванс на следећим позицијама:

- плате у висини од 9.218.608 динара. Уговорена накнада је 731.909.000 динара. Разлог настанка аванса је то што је у 2010. години Установи пренето више него што је уговорено и признато;
- цитостатици по посебном режиму у висини од 4.274.527 динара. Уговорена накнада износи 127.740.000 динара и мања је у односу на исту у 2009. години за 18.049.000 динара, што може бити разлог исказаног аванса по обрачуну.

Према спроведеном коначном обрачуну за 2011. годину исказан је аванс на следећим позицијама:

- плате у износу од 7.868.050 динара. Уговорена накнада износи 776.960.000 динара;
- исхрана у износу од 3.705.610 динара, што чини 15,46% (уговорена накнада износи 23.936.000 динара).

Према спроведеном коначном обрачуну за 2012. годину исказан је аванс на следећим позицијама:

- енергенти у висини од 6.120.842 динара, што чини 10,90% уговорене накнаде (уговорена накнада износи 56.120.000 динара);
- исхрана у висини од 1.640.256 динара, што чини 7,65% уговорене накнаде (уговорена накнада износи 21.444.000 динара). Уговорена накнада за исхрану у 2012. години смањена је за 2.492.000 динара у односу на 2011. годину.

Табела 17. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуњу
у периоду 2009-2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Цитостатици са Листе	416,667	28,000,000	75,732	39,070,000				
Цитостатици по посебном режиму	1,898,824	145,789,000	4,274,527	127,740,000				
Остали уградни материјал							349,553	5,097,000
Плате			9,218,608	731,909,000	7,868,050	776,960,000		
Импланти у ортоп.							172,451	26,504,000
Пејсмејкери	9,639,074	18,547,000						
Стентови	12,089,876	25,240,000						
Крв и проду. крви	1,259,548	22,725,000						
Санитетски матер.			70,081	145,415,000				
Превоз					388,456	31,027,000		
Исхрана					3,705,610	23,936,000	1,640,256	21,444,000
Материјални трошкови					319,090	110,444,000	648,388	117,660,000
Енергенти							6,120,842	56,120,000
Графтови							104,185	837,000

У 2011. години у односу на 2010. годину уговорена накнада за плате увећана је за 45.051.000 динара, што је за 6,15% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате је увећана за 29.967.000 динара, што је за 3,86% више. Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 18. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	123,353,188.40	26,888	4,587.67
Цитостатици са Листе	24,567,852.02	794	30,941.88
Лекови по посебном режиму	145,045,815.03	229	633,387.84
Крв и продукти од крви	17,403,834.51	1,374	12,666.55
Санитетски и мед. потрошни мат.	174,118,182.26	71,415	2,438.12

Клиничко-болнички центар В

Из године у годину умањује се уговорена накнада за лекове, као и фактурисана реализација. Уговорена накнада за санитетски и медицински потрошни материјал се увећава, као и фактурисана реализација. Однос уговорене накнаде за лекове и санитетски материјал за 2009. годину је скоро 1:1, док у 2012. години уговорена накнада за лекове чини 32,46% уговорене накнаде за санитетски и медицински потрошни материјал.

Табела 19. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуну
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здр. уст.	133,582,000	92,543,403	84,464,000	84,464,000	82,017,000	82,017,000	75,360,000	72,463,026
Саните. и мед. потр. мате	140,716,000	171,683,107	141,880,000	141,880,000	232,192,000	232,192,000	232,192,000	236,077,559
Индекс лек/санитет	94.93	53.90	59.53	59.53	35.32	35.32	32.46	30.69

На основу података из спроведеног коначног обрачун утврђено је да Клиничко-болнички центар В има исказан аванс на позицији крв и продукти од крви у периоду 2009-2012. године. Према спроведеном коначном обрачуну за 2010. и 2011. годину исказан је аванс на позицији плате из разлога што је призната накнада нижа у односу на уговорену накнаду и пренета средства.

Према спроведеном коначном обрачуну за 2012. годину исказан је аванс на позицији превоз из разлога што Установа има средства на рачуну због створене обавезе. Средства за превоз нису исплаћена уговореним радницима из разлога неприхватања од стране радника (Бус Плус картице).

Табела 20. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуну

у периоду 2009-2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Лекови у здрав.уст.	7,912,342	133,582,000	48,650,828	84,464,000	14,270,700	82,017,000		
Цитостатици са Листе	3,323,589	4,198,000						
Крв и продукти од крви	5,897,621	16,638,000	12,777,313	16,638,000	8,461,902	17,204,000	7,372,116	7,555,000
Остали уградни материјал	1,461,085	4,909,000	2,002,525	3,017,000				
Плате			32,803,859	941,245,000	13,993,819	1,029,780,000		
Превоз			5,992,333	33,648,000			7,334,877	45,858,000
Санитетски материјал			1,241,000	141,880,000				

Уговорена накнада за крв и продукте од крви умањена је у 2012. години, али због више пренетих средстава у периоду 2009-2011. године Установа има исказан аванс. И у 2013. години КБЦ В има уговорену накнаду на нивоу уговорене накнаде за 2012. годину (7.555.000 динара), иако је фактурисана вредност на овој позицији у 2012. години 5.759.833 динара. У 2011. години у односу на 2010. годину уговорена накнада за плате увећана је за 88.535.000 динара, што је за 8,60% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате није мењана.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 21. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	72,460,955.56	25,931	2,794.38
Цитостатици са Листе	3,146,079.78	115	27,357.22
Лекови по посебном режиму	2,685,589.84	74	36,291.75
Крв и продукти од крви	5,759,832.77	554	10,396.81
Санитетски и медицински потрошни материјал	236,077,558.60	68,144	3,464.39

Клиничко-болнички центар Г

Током 2009. и 2010. године уговорене накнаде за лекове и санитетски и медицински потрошни материјал приближно су биле на истом нивоу. У 2012. години уговорена накнада за лекове чини 67,23% уговорене накнаде за санитетски и медицински потрошни материјал. Из године у годину увећавају се и уговорена накнада, и фактурисана реализација на позицијама лекови и санитетски и медицински потрошни материјал.

Табела 22. - Уговоре,на и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуну у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здрав.уста.	104,392,000	144,457,014	136,223,000	134,489,523	137,471,000	144,916,285	150,401,000	147,339,408
Санит. и мед. потро. матери.	114,231,000	121,999,313	131,060,000	154,977,030	151,770,000	227,650,161	223,699,000	237,222,794
Индекс лек/санитет	91.39	118.41	103.94	86.78	90.58	63.66	67.23	62.11

Исказани аванс на позицијама уградни материјал у ортопедији, графтови и остали уградни материјал, према спроведеном коначном обрачуну за 2009. годину, проистекао је из исказаних аванса у 2008. години. Исказани аванс на позицији стентови чини 49,47% уговорене накнаде. Исказани аванс на позицији уградни материјал у ортопедији двоструко је већи у односу на уговорену накнаду. Исказани аванс на платама у 2010. години резултат је више пренетих средстава у односу на уговорену и признату накнаду.

Иако је у 2009. години исказани аванс на позицији уградни материјал у ортопедији двоструко већи у односу на уговорену накнаду у истој години, у 2010. години уговорена накнада је удвостручена у односу на 2009. годину.

На основу података из спроведеног коначног обрачун утврђено је да КБЦ Г има исказан аванс на позицији остали уградни материјал, осим у 2010. години.

Табела 23. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуну
у периоду 2009-2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Лекови у здр.уст.			1,733,477	136,223,000				
Стентови	21,733,036	43,928,000						
Остали уградни материјал	1,164,129	2,462,000			21,598,280	39,249,000	18,792,611	9,316,000
Плате			2,097,712	937,202,000	3,094,582	1,035,938,000		
Енергенти					1,040,519	54,484,000	7,520,418	67,326,000
Уградни мат.у ортопе.	1,063,139	500,000	292,306	1,000,000				
Графтови	857,481	2,339,000						

Према спроведеном коначном обрачуну за 2011. годину исказан аванс на позицији остали уградни материјал чини 55,02% уговорене накнаде. Фактурисана реализација на овој позицији у 2011. години износи 4.570.720 динара.

У 2012. години исказан је аванс на позицији енергенти, који чини 11,17% уговорене накнаде. Иако је у 2011. години исказан аванс на овој позицији, уговорена накнада у 2012. увећана је за 12.842.000 динара, односно 19,07%.

Накнада за остали уградни материјал у 2012. години значајно је умањена у односу на 2011. годину, али је и исказан аванс, који је троструко већи од уговорене накнаде. Фактурисана реализација износи 7.216.099 динара.

У 2011. години у односу на 2010. годину уговорена накнада за плате увећана је за 92.578.000 динара, што је за 8,99% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате је увећана за 57.563.000 динара, што је за 5,56% више.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 24. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	147,339,408.29	32,187	4,577.61
Цитостатици са Листе	14,099,233.08	381	37,005.86
Лекови по посебном режиму	12,532,455.33	120	104,437.13
Крв и продукти од крви	29,442,163.72	1,638	17,974.46
Санитетски и медицински потр.мате.	237,280,777.02	75,263	3,152.69

У складу са наведеним, потребно је размотрити могућност корекције уговорене накнаде за остали уградни материјал и енергенте.

Клиничко-болнички центар Д

Током 2009. и 2010. године уговорена накнада на позицији лекови била је виша у односу на накнаду за санитетски и медицински потрошни материјал. У 2011. и 2012. години увећана је накнада за санитетски материјал, а умањена за лекове, тако да је у 2012. години накнада за лекове чинила 62,2% накнаде за санитетски материјал. Фактурисана реализација на позицији лекови у периоду 2009-2011. године значајно је виша у односу на 2012. годину, док се фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал увећава из године у годину.

Табела 25. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуњу
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здрав.уста.	174,278,000	159,589,144	174,278,000	165,267,016	165,267,000	159,051,765	124,746,000	118,893,001
Санитетски и мед. потро. мат.	154,543,000	121,445,010	171,619,000	172,394,920	175,475,000	180,813,929	200,556,000	205,837,435
Индекс лек/санитет	112.77	131.41	101.55	95.87	94.18	87.96	62.20	57.76

На основу података из спроведеног коначног обрачуна утврђено је да КБЦ Д има исказан аванс у 2009. и 2011. години на позицији остали уградни материјал и на позицији крв и продукти од крви у 2009. и 2010. години.

Према спроведеном коначном обрачуњу за 2012. годину исказан је безначајан аванс. Уговорена накнада на свим позицијама, осим накнаде за крв и продукте од крви, је увећана. Пренос средстава је вршен према фактурисаној реализацији и Републички фонд је у дугу према овој Установи.

Током 2009. године пренос средстава вршен је према Уговору, тако да је овом Клиничко-болничком центру пренето више средстава у односу на фактурисану реализацију и Установа је остала у авансу на наведеним позицијама.

Иако је Установа у 2009. години имала исказан аванс на позицији крв, уговорена накнада у 2010. години није умањена, тако да је поново исказан аванс који чини 46,45% уговорене накнаде. У 2009. години аванс на овој позицији чинио је 51,55% уговорене накнаде.

Према обрачуњу за 2010. годину исказани аванс на позицији пејсмејкери чини 13,23% уговорене накнаде.

У 2011. години исказан је аванс на позицији плате у износу од 13.067.240 динара због контроле наменског трошења средстава за плате у Установи за 2011. годину. Иако је Клиничко-болнички центар имао исказан аванс на позицији остали уградни материјал у

2009. години, уговорена накнада на овој позицији увећана је у односу на накнаду из 2009. године и износи 38.282.000 динара. У 2011. години на овој позицији фактурисано је 30.285.198 динара, а пренето 31.249.690 динара. Фактурисана реализација на позицији остали уградни материјал у 2012. години увећана је у односу на 2011. годину за 13.509.194 динара, односно за 44,61%.

Табела 26. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуњу
у периоду 2009-2011. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Лекови у здр.уста.	17,148,357	174,278,000				
Стентови	4,169,939	22,042,000				
Остали уградни материјал	1,186,406	36,199,000			964,492	38,282,000
Плате					13,067,240	1,369,397,000
Импланти у ортоп.			1,375,780	13,800,000		
Пејсмејкери			556,569	4,207,000		
Графтови						
Крв и проду.крви	7,969,724	18,873,000	9,143,231	18,873,000		
Санитетски и мед. потро. мат.	26,799,542	154,543,000				
Исхрана					4,553,618	48,189,000

У 2012. години урађено је 21.002 операција у КБЦ Д, што је за 12,4% више у односу на планску вредност за 2012. годину.

У 2011. години увећана је уговорена накнада за крв за 642.000 динара. У 2012. години иста је умањена за 10.715.000 динара, односно 54,90%.

Уговорена накнада у 2011. години на позицији плате увећана је за 115.007.000 динара у односу на 2010. годину (1.254.390.000 динара), што је за 8,40% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате је увећана за 22.833.000 динара, што је за 1,64% више.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 27. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	118,887,385.26	30,026	3,959.48
Цитостатици са Листе	5,068,770.47	180	28,159.84
Лекови по посебном режиму	56,781,120.56	331	171,544.17
Крв и продукти од крви	10,678,106.69	1,536	6,951.89
Санитетски и медицински потр.мате.	205,837,435.36	61,996	3,320.17

Изведени закључци након анализе финансијских показатеља клиничко-болничких центара:

- Просечно фактурисана вредност лекова по пацијенту на нивоу КБЦ-а износи 3.731,51 динара. Највишу просечну фактурисану реализацију на овој позицији имају КБЦ Б (4.587,67 динара) и КБЦ Г (4.577,61 динара). Најнижу просечну фактурисану реализацију на позицији лекови има КБЦ А (2.738,43 динара) и КБЦ В (2.794,38 динара);
- Просечно фактурисана вредност цитостатика са Листе по пацијенту на нивоу КБЦ-а износи 40.211,31 динара. Највишу просечну фактурисану вредност има КБЦ А (77.591,77 динара), а најнижу КБЦ В (27.357,22 динара);
- Просечно фактурисана вредност лекова по посебном режиму по пацијенту на нивоу КБЦ-а износи 236.415,22 динара. Све установе имају значајно нижу просечну фактурисану реализацију на овој позицији, осим КБЦ Б (633.387,84 динара). КБЦ Д има просечну фактурисану вредност 171.544,17 динара, КБЦ Г 104.437,13 динара, а КБЦ В 36.291,75 динара;
- Просечно фактурисана вредност лекова за хемофилију по пацијенту на нивоу КБЦ-а износи 109.851,75 динара, колико износи и просечно фактурисана вредност лекова за хемофилију по пацијенту у КБЦ А;
- Просечно фактурисана вредност крви и продуката од крви по пацијенту на нивоу КБЦ-а износи 11.929,60 динара. Највишу фактурисану вредност има КБЦ Г

(17.974,46 динара). Остале установе имају нижу фактурисану вредност у односу на просек групације. Најнижу фактурисану вредност од анализираних КБЦ-а има КБЦ Д (6.951,89 динара);

- Просечно фактурисана вредност санитетског и медицинског потрошног материјала по пацијенту на нивоу КБЦ-а износи 2.835,90 динара. Највишу фактурисану вредност има КБЦ В (3.464,39 динара), КБЦ Д (3.320,17 динара) и КБЦ Г (3.152,69 динара), а најнижу просечну фактурисану вредност има КБЦ А (1.804,14 динара);
- КБЦ Г и КБЦ Д имају значајно вишу фактурисану вредност за лекове у здравственој установи, а нешто мању за санитетски и медицински потрошни материјал у односу на КБЦ В. КБЦ Г и КБЦ Д имају вишу просечно фактурисану реализацију на позицији санитетски и медицински потрошни материјал по пацијенту у односу на КБЦ А и КБЦ Б;
- Просечна заузетост постеља у 2012. години креће се у распону од 47,10-73,70%. КБЦ Б има највишу заузетост постеља, а КБЦ В најнижу заузетост постеља (приликом анализе узет је податак о броју постеља из Уредбе из Плана мреже);
- Према показатељима из извештаја о извршењу планова рада наведених установа за 2012. годину утврђено је да се проценат лекара у укупном броју уговорених радника креће у распону 18,88-21,17%. Најмање учешће лекара у укупном броју уговорених радника има КБЦ В, а највеће учешће КБЦ Г;
- Просечна месечна плата се креће у интервалу 74.895,98 - 79.101,63 динара. Најнижа просечна плата по запосленом је у КБЦ В, а највиша у КБЦ Г;
- Просечна плата по запосленом у 2012. години прати процентуално учешће лекара у укупном броју уговорених радника, односно установе које имају мање учешће лекара у укупном броју уговорених радника имају и мању просечну плату по запосленом. КБЦ Г има највеће учешће лекара у укупном броју уговорених радника (21,70%) и највишу просечну плату по запосленом (79.101,63 динара). Затим следи КБЦ Б који има 20,91% лекара у укупном броју уговорених радника, а просечну плату по запосленом (78.099,79 динара). У 2011. години у односу на 2010. годину накнада за плате код КБЦ Б увећана је за 6,15%, што је мање у односу на остале КБЦ. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате код КБЦ В није увећана, док је код КБЦ Г увећана за 5,56%, код КБЦ Б, 3,86% а код КБЦ Д 1,64%;

- Уговорена накнада за плате код КБЦ А у 2011. години мања је у односу на уговорену накнаду за 2010. годину. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате код КБЦ А увећана је за 11,32%;
- Уговорена накнада за плате за КБЦ у 2011. години у односу на 2010. годину увећана је за 7,16%, а у 2012. у односу на 2011. годину за 4,07%. Уговорена накнада за плате за КЦ у 2011. години у односу на 2010. годину увећана је за 8,46%, а у 2012. у односу на 2011. годину за 6,58%;
- Просечан број операција по хирургу на годишњем нивоу креће се у распону 157,11-262,53 операција. Најмањи број операција по хирургу има КБЦ Г, а највећи КБЦ Д. Просечан број операција по хирургу на месечном нивоу креће се у распону 13,09-21,88 операција. Просечан број операција по хирургу на месечном нивоу у КЦ креће се у интервалу 11,58-17,74 операција;
- КБЦ Д и КБЦ В имају највеће учешће у укупно оствареном броју операција на нивоу КБЦ-а;
- Појединачно учешће установа у укупном броју специјалистичко-консултативних прегледа на нивоу кбц-а сразмерно је величини установе;
- Највеће учешће у укупном броју лабораторијских услуга имају КБЦ Г и КБЦ В;
- Највеће учешће у укупном броју рентген услуга имају КБЦ Б и КБЦ В;
- Највеће учешће у укупном броју ултразвучних прегледа има КБЦ В (45% укупно извршених ултразвучних прегледа на нивоу КБЦ-а);
- Највећи број лабораторијских услуга по специјалистичко-консултативном прегледу имају КБЦ Г и КБЦ В;
- Просечан број лабораторијских услуга по пацијенту на нивоу КБЦ-а креће се у распону 21,43-44,52 услуга. КБЦ Г има најмањи просечан број лабораторијских услуга по пацијенту, а КБЦ В највише;
- Највеће учешће у укупно оствареном броју б.о. дана, као и у броју исписаних пацијената имају КБЦ Д и КБЦ Г;
- Дужина лечења креће се у распону 6,4-7,4 дана. Просечна дужина лечења у КБЦ Г је 7,4 дана, а у КБЦ Б и КБЦ В 6,4 дана, уз напомену да КБЦ В има и геријатрију и психијатрију. Дужина лечења на нивоу КЦ креће се, да поновимо, у распону 6,8-9,6 дана.

Предлози након извршене анализе финансијских показатеља клиничко-болничких центара:

- Ваља размотрити уговорену накнаду за лекове код КБЦ Г и КБЦ Б.
- Треба размотрити уговорену накнаду за остали уградни материјал код КБЦ Г.
- Размотрити уговорену накнаду за енергенте код КБЦ Б и КБЦ Г.
- Размотрити уговорену накнаду за крв и продукте од крви код КБЦ В.
- Размотрити могућност увећања накнаде за санитарски и медицински потрошни материјал или пренамену са накнаде за материјалне и остале трошкове код КБЦ А;
- Испитати могућност увећања накнаде за санитарски и медицински потрошни материјал код КБЦ Б.
- Преиспитати висину уговорене накнаде за исхрану и материјалне и остале трошкове код КБЦ А.
- Размотрити уговорену накнаду за плате, с обзиром да је накнада на овој позицији у 2011. години у односу на 2010. годину повећана наведеним установама у одређеном проценту у распону од 6,15-8,99%, да постоје разлике у процентуалном учешћу лекара у укупном броју уговорених радника и да је просечна плата по запосленом различита;
- Републички фонд приликом контроле плата у здравственим установама треба да врши контролу примене коефицијената из Уредбе и, у складу са законом, предложи одговарајуће мере.

4.4. Анализа финансијских показатеља института (без института који пружају здравствену заштиту деци)

4.4.1. Групација института I

Институт А

Уговорена накнада за лекове код Института А увећавана је у периоду 2009-2011. године. У 2012. години иста је умањена. Фактурисана реализација на позицији лекови у здравственој

установи у 2012. години значајно је умањена у односу на исту у 2011. години. Из године у годину фактурисана реализација на овој позицији се смањује. Уговорена накнада за санитарски и медицински потрошни материјал увећава по годинама, као и фактурисана реализација.

Табела 30. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуну
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здрав.устан.	90,841,000	116,449,257	95,264,000	112,244,290	108,060,000	111,954,728	98,534,000	89,892,385
Санит. и мед.потрошни материјал	74,391,677	90,585,194	73,343,000	93,006,655	84,089,000	87,264,527	88,861,000	97,661,285
Индекс лек/санитет	122.11	128.55	129.89	120.68	128.51	128.29	110.89	92.05

Увидом у спроведене коначне обрачуне утврђено је да је у 2009. и 2010. години исказан аванс на позицијама цитостатици са Листе и лекови по посебном режиму. По спроведеном коначном обрачуну за 2011. годину исказан је аванс на позицији исхрана. У 2012. години исказани аванси су безначајни. У 2010. години значајно је смањена уговорена накнада на позицији лекови по посебном режиму, самим тим и исказани аванс. С друге стране, скоро троструко је увећана уговорена накнада за цитостатике са Листе и исказани аванс на овој позицији.

Табела 31.- Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуну
у периоду 2009-2011. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Лек. по пос.реж.	5,258,911	65,995,000	3,237,387	13,591,000		
Цитостат. са Листе	1,789,413	12,500,000	6,990,725	33,060,000		
Исхрана					1,758,273	37,591,000

Накнада за плате у 2011. години увећана је у односу на накнаду из 2010. године за 48.411.000 динара, што је за 10,85% више. Накнада за плате у 2012. години увећана је у односу на накнаду из 2011. године за 15.694.000 динара, што је за 3,17% више.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 32. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	93,338,644.50	5,975	15,621.53
Цитостатици са Листе	15,003,654.23	498	30,127.82
Лекови по посебном режиму	29,136,229.23	73	399,126.43
Крв и продукти од крви	2,275,386.12	363	6,268.28
Санитетски и медицински потрошни материјал	97,661,284.50	14,468	6,750.16

Може се размотрити могућност пренамене средстава са накнаде за лекове на накнаду за санитетски и медицински потрошни материјал.

Институт Б

У 2009. и 2010. години увећана је уговорена накнада за лекове у здравственој установи и санитетски и медицински потрошни материјал. У 2009. години фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал је већа у односу на лекове у здравственој установи, док је у 2010. години ситуација обрнута. Фактурисана реализација на позицији лекови смањује се и у 2011. и у 2012. години, с тим што је у 2012. години значајно нижа у односу на 2011. и претходне године. Фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал увећава се, осим у 2010. години, и има највишу вредност 2012. године. Фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал у 2011. години виша је за 29,13% у односу на 2010. годину.

Табела 33. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуну
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здрав.устан.	104,693,000	105,280,686	110,174,000	114,270,829	113,262,000	94,735,072	89,445,000	81,185,660
Санит.и мед. потро.мат.	103,616,000	115,270,791	109,041,000	85,838,318	109,041,000	110,845,378	120,632,000	133,340,044
Индекс лек/санитет	101.04	91.33	101.04	133.12	103.87	85.47	74.15	60.89

Према спроведеном коначном обрачуну за 2010. исказан је аванс на позицији импланти у ортопедији у висини 16,37% уговорене накнаде из разлога што је пренос средстава вршен према Уговору, а нижа је фактурисана реализација и призната накнада. У 2011. години умањена је уговорена накнада на позицији импланти у ортопедији за 23,81%, односно 79.131.000 динара. У 2012. години, такође, умањена је уговорена накнада на овој позицији, а самим тим и исказани аванс је мањи.

Табела 34. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуну
у периоду 2010-2012. године

(у дин.)

Намена	2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Лекови у здр.уста.			16,722,550	113,262,000		
Превоз			1,110,725	28,161,000	2,448,016	29,357,000
Импланти у ортоп.	66,815,468	408,200,000	2,602,718	329,070,000	17,670,098	302,544,000

Иако је у 2011. и 2012. години исказан аванс на позицији превоз, у 2013. години увећана је уговорена накнада на овој позицији за 3.489.000 динара.

У 2011. години у односу на 2010. годину уговорена накнада за плате увећана је за 54.575.000 динара, што је за 9,69% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате увећана је за 30.997.000 динара, што је за 5,02% више.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 35. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	81,185,660.35	7,944	10,219.75
Крв и продукти од крви	22,373,743.74	2,315	9,664.68
Санитетски и медицински потрошни материјал	133,340,044.00	22,676	5,880.23

Институт В

Из године у годину смањује се уговорена накнада за лекове, као и и фактурисана реализација. Уговорена накнада за санитетски и медицински потрошни материјал се такође смањује из године у годину, а у 2012. години иста се незнатно увећава у односу на 2010. и 2011. годину. У 2011. и 2012. години значајно се увећава фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал у односу на 2009. и 2010. годину. Фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал у 2011. години виша је за 60,02% у односу на 2010. годину.

Табела 36. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуна

у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здрав. уст.	189,949,000	80,061,588	146,264,000	72,454,529	81,752,000	84,688,736	89,531,000	77,017,019
Санит и мед. потр матери	444,430,000	231,989,547	344,442,000	222,738,518	320,000,000	356,419,454	376,279,000	323,421,759
Индекс лек/санитет	42.74	34.51	42.46	32.53	25.55	23.76	23.79	23.81

Према спроведеном коначном обрачуна за 2009. годину исказан аванс резултат је више пренетих средстава у односу на фактурисано и признату накнаду. Пренос је вршен према Уговору.

Исказан аванс на позицији лекови чини 56,68% уговорене накнаде, аванс на позицији крв и продукти од крви 46,69% уговорене накнаде, на позицији санитарски и медицински потрошни материјал 46,07% уговорене накнаде, на позицији уградни материјал у кардиохирургији 37,95% уговорене накнаде, на позицији пејсмејкери 30,90% и на позицији стентови 19,77% уговорене накнаде.

У 2010. години смањена је уговорена накнада за лекове, али је исказани аванс остао на истом нивоу као и у 2009. години, јер пренета средства у 2010. години обухватају и аванс по спроведеном коначном обрачуна за 2009. годину. Смањена је уговорена накнада за санитарски и медицински потрошни материјал (значајно) и аванс је нешто нижи у односу на 2009. годину. Исказани аванс на позицији графтови чини 92,52% уговорене накнаде. Према подацима из Предрачуна и Спроведеног коначног обрачуна за 2011. годину уговорена накнада за лекове смањена је за 44,10% у односу на 2010. годину, а исказани аванс за 44,77% у односу на 2010. годину. Уговорена накнада за санитарски и медицински потрошни материјал незнатно је умањена у 2011. години, али је фактурисана реализација за 60% већа у односу на 2010. годину. Фактурисана реализација на позицији санитарски и медицински потрошни материјал у 2009. и 2010. години је скоро на истом нивоу.

Накнада за лекове у 2012. години је повећана, али је аванс значајно умањен. Разлог су мање пренета средства у 2012. години за ову намену. Исказани аванс на позицији крв је смањен у односу на исти у 2011. години, из разлога што је уговорена накнада у 2012. години троструко мања.

Табела 37. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуњу
у периоду 2009-2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Лекови у здр.уст.	101,972,870	189,949,000	100,155,880	146,264,000	55,315,921	81,752,000	9,497,188	89,531,000
Стентови	37,447,594	189,409,000	30,693,997	189,409,000				
Остали уградн.матер.			614,521	3,007,000				
Пејсмејкери	41,369,246	133,876,000	32,890,735	75,399,000				
Уград.мат.у карди.	9,563,836	25,200,000	3,814,461	25,200,000				
Графтови			1,075,984	1,163,000	1,022,643	189,000	851,982	119,000
Крв	10,677,318	22,809,000	8,964,192	22,869,000	2,413,234	23,647,000	3,586,401	7,776,000
Санитетски материјал	204,769,336	444,430,000	184,655,049	344,442,000	9,547,810	320,000,000		
Материјални трошкови					5,604,421	249,445,000		
Енергенти							1,849,673	42,270,000

У 2011. години у односу на 2010. годину уговорена накнада за плате увећана је за 57.794.000 динара, што је за 12,73% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате увећана је за 61.151.000 динара, што је за 11,95% више.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 38. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	79,873,551.88	7,513	10,631.38
Крв и продукти од крви	7,186,409.22	1,052	6,831.19
Санитетски и медицински потрошни материјал	323,421,758.52	12,821	25,225.94

Предлаже се да се размотри могућност умањења уговорене накнаде за лекове и контроле фактурисања санитетског и медицинског потрошног материјала, јер је Институт А током 2012. године фактурисао услуге под шифром 000052 - давање инјекције и под шифром

000057 – давање инфузије. Институт А је на шифру 000052 фактурисао Републичком фонду износ од 135.280,03 динара, а на шифру 000057 износ од 27.191,71 динара.

Институт Г

Уговорена накнада за санитетски и медицински потрошни материјал не мења се значајно из године у годину, док се уговорена накнада за лекове у здравственој установи смањује у периоду 2009-2012. године. Највиша фактурисана реализација на обе позиције је у 2011. години (на позицији санитетски материјал за 20,59% већа у односу на 2010. годину, а на позицији лекови 10,12% већа). Најнижа фактурисана реализација на позицији лекови је у 2009. години, а на позицији санитетски материјал у 2010. години.

Табела 39. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуну
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лек. у здр.у.	190,344,000	147,808,392	195,024,000	165,881,971	168,117,000	185,172,723	144,840,000	139,453,489
Санит. и мед. мат.	451,126,000	434,606,693	462,147,000	421,493,020	449,054,000	508,186,470	452,195,000	499,126,905
Индекс лек/санитет	42.19	34.01	42.20	39.36	37.44	36.44	32.03	27.94

Исказани аванс у 2009. години на позицији лекови у здравственој установи чини 18,18% уговорене накнаде, на позицији уградни материјал у кардиохирургији 35%, на позицији стентови 28,78%, а на позицији графтови скоро 100% уговорене накнаде. Исказани аванс на позицији графтови, према спроведеном коначном обрачуну за 2009. годину, проистекао је из исказаних аванса у 2008. години (24.215.676 динара).

Према спроведеном коначном обрачуну за 2010. годину смањен је исказани аванс на позицији лекови у здравственој установи и износи 14,94% уговорене накнаде. Аванс на позицији материјални трошкови чини 18,40% уговорене накнаде, на позицији стентови 12,81% уговорене накнаде, а на позицији графтови 19,54% уговорене накнаде. Исказани аванс на позицији пејсмејкери троструко је већи од уговорене накнаде за 2010. годину. У

2010. години смањена је уговорена накнада за 91.491.000 динара у односу на 2009. годину. Фактурисана реализација износи 30.772.247 динара, а пренета средства 90.683.833 динара. Током 2009. године Институту је пренето 91.903.844 динара, док је фактурисана реализација износила 90.375.969 динара.

Према спроведеном коначном обрачуна за 2011. годину исказан аванс на позицији пејсмејкери је смањен у односу на 2010. годину и двоструко је већи од уговорене накнаде. На позицији стентови исказан је дуг Републичког фонда за здравствено осигурање у висини од 17.463.084 динара. Уговорена накнада у 2011. години на овој позицији умањена је за 57.554.000 динара у односу на 2011. годину и мања су пренета средства у односу на уговорену накнаду.

Према спроведеном коначном обрачуна за 2012. годину исказан је аванс на позицији материјални трошкови и на позицији пејсмејкери, који чини 35,89% уговорене накнаде. На основу података из спроведеног коначног обрачун утврђено је да Институт Г има исказане авансе у 2009. и 2010. години на више позиција.

Табела 40. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуна
у периоду 2009-2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Лекови у здр.уста.	34,604,608	190,344,000	29,142,029	195,024,000				
Стентови	64,300,853	223,425,000	28,630,894	223,425,000				
Пејсмејкери			67,626,833	23,057,000	42,745,166	24,662,000	12,607,753	35,137,413
Угр. мат.у кардио.	13,501,912	38,568,000						
Графтови	26,335,867	26,892,000	5,255,590	26,892,000				
Санит.материјал	5,292,731	451,126,000	40,653,980	462,147,000				
Матер. трошкови			50,439,890	274,166,000			3,052,035	287,294,000
Енергенти			3,472,527	41,948,000				

У 2011. години у односу на 2010. годину уговорена накнада за плате увећана је за 50.101.000 динара, што је за 9,46% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате увећана је за 36.055.000 динара, што је за 6,81% више.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 41. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	140,197,487.98	7,641	18,348.05
Крв и продукти од крви	33,793,684.33	1,761	19,190.05
Санитетски и медицински потр.мате.	499,126,905.26	7,616	65,536.62

Потребно је размотрити уговорену накнаду за плате, лекове у здравственој установи, крв и продукте од крви и санитетски и медицински потрошни материјал.

Увидом у електронску фактуру за 2012. годину утврђено је да Институт Г није фактурисао услугу давање инјекције под шифром 000051 по цени од 48,51 динара, а фактурисао је услугу давање трансфузије под шифром 060283 у износу од 848,47 динара. За услугу давање трансфузије Институт Г везује, између осталог, и следећи материјал и лекове: хируршки шавни материјал, катетере, фластере, импрегнирани тубуларни графт, боцу за торакас дренажу за једнократну употребу, клипсе, каниле, системе за инвазивно мерење артеријског и венског притиска, дренаже, тубусе, папирне каљаче, сонде, лекове ван Листе лекова, витамин Ц, Диазепам (*Diazepam*), Катопил (*Katopil*), Дилакор (*Dilacor*) и др. На нивоу 2012. године Институт Г је на име услуге давање трансфузије Републичком фонду фактурисао 5.849.352,18 динара.

Институт Д

У посматраном периоду увећава се уговорена накнада за лекове у здравственој установи, а смањује фактурисана реализација. Уговорена накнада за санитетски и медицински потрошни материјал увећава се током посматраног периода, као и фактурисана реализација. Фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал у 2011. години виша је за 24,46% у односу на 2010. годину.

Табела 42. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуњу
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
лекови у здрав.уста.	95,208,000	148,724,035	96,281,000	132,153,120	96,281,000	133,420,222	117,949,000	121,242,147
Санит.и мед.потр.мат	100,614,000	115,966,833	101,882,000	114,463,368	109,719,000	142,465,432	136,810,000	152,254,144
Индекс лек/санитет	94.63	128.25	94.50	115.45	87.75	93.65	86.21	79.63

На основу података из спроведеног коначног обрачуна утврђено је да Институт Д има исказане авансе на позицијама: крв, плате, превоз, цитостатици са Листе, материјални трошкови и енергенти у периоду 2009-2012. године. Исказани аванс на позицији крв и продукти од крви у 2009. години чини 21,90% уговорене накнаде. Према спроведеном коначном обрачуњу за 2010. годину исказан је аванс на позицији плате, као и по обрачуњу за 2011. годину. Изузетно велики исказани аванс на позицији плате у 2011. години резултат је донете одлуке након записничке контроле у Институту. Током времена, ова одлука је стављена ван снаге, из разлога што је урађена нова контрола и сачињен допунски записник. Овако исказани аванс коригован је током коначног обрачуна за 2012. годину.

Табела 43. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуњу
у периоду 2009-2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Крв	2,019,922	9,223,000						
Плате			9,225,212	661,071,000	50,101,773	752,920,000		
Превоз							1,438,358	34,898,000
Цитост. са Листе			14,882,839	173,522,000				
Матери.трошк.			37,566,511	175,901,000				
Остали уград.мат.			1,131,296	11,917,000				
Енергенти							3,422,988	44,950,000

Уговорена накнада у 2011. години на позицији плате увећана је за 91.849.000 динара у односу на 2010. годину, што је за 13,89% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате је увећана за 10.030.000 динара, што је за 1,38% више.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 44. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	120,673,054.33	15,835	7,620.65
Цитостатици са Листе	85,411,999.29	2,717	31,436.14
Лекови по посебном режиму	1,035,199,697.84	1,328	779,517.84
Крв и продукти од крви	4,305,952.30	522	8,248.95
Санитетски и медицински потр.мате.	152,254,143.60	29,989	5,077.00

Предлаже се да се размотри уговорена накнада за енергенте и превоз код овог Института.

Институт Ђ

Уговорена накнада за лекове у здравственој установи у периоду 2009-2010. године увећава се, као и фактурисана реализација. У 2011. и 2012. години умањене су и уговорена накнада и фактурисана реализација.

Табела 45. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуњу у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здрав.устан.	57,676,000	60,539,670	66,830,000	64,125,797	63,816,000	63,547,842	61,699,000	57,731,400
Санитетски и мед. потро.мате.	80,171,764	85,410,933	85,190,000	104,232,303	85,190,000	109,500,162	101,540,000	113,973,741
Индекс лек/санитет	71.94	70.88	78.45	61.52	74.91	58.03	60.76	50.65

Уговорена накнада и фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал увећавају се из године у годину.

На основу података из спроведеног коначног обрачуна утврђено је да Институт Ђ у 2009. години има безначајне исказане авансе. Према спроведеним коначним обрачунима на позицији крв и продукти од крви исказан је аванс у периоду 2009-2012. године. Исказани аванс на позицији лекови по посебном режиму по обрачуну за 2010. годину чини 8,09% уговорене накнаде.

Табела 46. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуну у периоду

2010-2012. године

(у дин.)

Намена	2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Крв	1,341,452	7,347,000	216,964	7,597,000	72,321	3,910,000
Плате			3,913,470	481,489,000		
Лекови у здрав. уст.					1,846,043	61,699,000
Цитостат. са Листе	5,556,603	81,105,000				
Матер. трошкови			4,791,959	169,240,000		
Лекови по пос. реж.	29,587,762	368,523,000				

Уговорена накнада у 2011. години на позицији плате увећана је за 44.664.000 динара у односу на 2010. годину, што је за 9,28% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате је умањена за 6.558.000 динара, што је за 1,36% мање.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 47. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	58,671,349.91	8,206	7,149.81
Цитостатици са Листе	41,580,995.80	1,439	28,895.76
Лекови по посебном режиму	451,245,795.36	748	603,269.78
Крв и продукти од крви	3,541,079.89	592	5,981.55
Санитетски и медицински потр. мате.	113,973,741.15	26,653	4,276.21

С обзиром на то да су у питању институти за кардиоваскуларне болести, дају се следеће заједничке констатације за Институт В и Институт за Г, и то:

- Просечна фактурисана вредност лекова по пацијенту у 2012. години код Института Г износи 18.348,05 динара, а код Института за В 10.631,38 динара;
- Просечно фактурисана вредност крви и продуката од крви по пацијенту у 2012. години код Институт Г износи 19.190,05 динара, а Институт В 6.831,19 динара;
- Просечно фактурисана вредност санитетског и медицинског потрошног материјала по пацијенту у 2012. години код Института Г износи 65.536,62 динара, док код Института В 25.225,94 динара;
- Просечна заузетост постеља у 2012. години код Института В је 76,04%, а код Института Б 70,80%;
- Према показатељима из извештаја о извршењу планова рада за 2012. годину утврђено је да код Института Г лекари са 22,24% учествују у укупном броју уговорених радника, а код Института В са 17,57%;
- Просечна месечна плата код Института Г износи 81.304,89 динара, а код Института В 83.931,75 динара;
- Увећање уговорене накнаде за плате у 2011. години у односу на 2010. годину код Института Г износи 9,46%, а код Института Б 12,73%;
- Увећање уговорене накнаде за плате у 2012. години у односу на 2011. годину код Института Г износи 6,81%, а код Института В 11,95%;
- Просечна плата по запосленом у 2012. години не прати процентуално учешће лекара у укупном броју уговорених радника, односно Институт В има значајно мање учешће уговорених лекара у укупном броју уговорених радника, а виши просечни месечни износ плате. С друге стране, процентуално увећање уговорене накнаде значајно је веће и у 2011. и у 2012. години код Института В у односу на Институт Г;
- Просечан број операција по хирургу на месечном нивоу код Института В износи 12,11 операција, а код Института Г 10,61 операција;
- Код Института Г просечна дужина лечења је 6,32 дана, а код Института В 10,03 дана;
- Просечан број лабораторијских услуга по пацијенту код Института В износи 74,17 услуга, а Института Г 56,75 услуга;

- Институт Г у 2012. години има 3.309 операција, а Институт В 1.889 операција. Од 100 лекара Института В 13 је хирурга, док од 129 лекара Института Г 26 је хирурга;
- Институт Г исказао је 27.416 специјалистичко-консултативних прегледа, а Институт В 49.885 специјалистичко-консултативних прегледа;
- Институт Г исказао је 498.469 лабораторијских услуга, а Институт В 445.398 лабораторијских услуга;
- Институт В исказао је 5.677 рентген услуга, а Институт Б 5.119 рентген услуга;
- Институт Г исказао је 17.171 ултразвучних прегледа, а Институт В 85.084 ултразвучних прегледа;
- Институт Г остварио је 55.512 б.о. дана, а Институт В 58.148 б.о. дана у области хоспитализације;
- Институт Г има 8.784 исписаних пацијената, а Институт В 5.797 пацијената.

Изведени закључци након анализе финансијских показатеља наведене групације института:

- Просечна плата по уговореном раднику на годишњем нивоу виша је код Института В, иако ова Установа има мање учешће лекара у укупном броју уговорених радника.
- Институт Г има значајно веће трошкове здравствене заштите у односу на Институт В.
- Код Института В пацијенти дуже леже и остварен је већи број б.о. дана у области хоспитализације, док је код Института Г краће лечење и мањи број бо дана. Сходно наведеном, трошкови лечења у Институту Г су виши, уз напомену да не би требало да буду значајно виши.
- Обе установе исказују велики број лабораторијских услуга, а посебно просечан број лабораторијских услуга по пацијенту.
- Институт Г исказао је значајно мањи број ултразвучних прегледа у односу на Институт В.
- Институт Г има скоро двоструко мање специјалистичко-консултативних прегледа у односу на Институт В.
- Институт Г има значајно већи број исписаних пацијената у односу на Институт В.

Предлози након извршене анализе финансијских показатеља наведених института за кардиоваскуларне болести:

- Ваља извршити наменску контролу уговорене накнаде по свим наменама, као и увид у медицинску документацију и поређење са фактурисаном реализацијом и подацима из извештаја о извршењу планова рада ових установа;
- Размотрити могућност умањења уговорене накнаде за лекове и контрола фактурисања санитетског и медицинског потрошног материјала и појединих услуга код Института В;
- Треба размотрити уговорену накнаду за лекове у здравственој установи, крв и продукте од крви и санитетски и медицински потрошни материјал код Института Г.

Заједничке констатације за Институт Д и Институт Ђ, с обзиром на то да су у питању институти за онкологију и радиологију:

- Просечно фактурисана вредност лекова по пацијенту у 2012. години код Института Д износи 7.620,65 динара, а код Института Ђ 7.149,81 динара;
- Просечно фактурисана вредност цитостатика са Листе по пацијенту у 2012. години код Института Д износи износи 31.436,14 динара, а код Института Ђ 28.895,76 динара;
- Просечно фактурисана вредност лекова по посебном режиму по пацијенту код Института Д износи 779.517,84 динара, а код Института Ђ 603.269,78 динара;
- Просечно фактурисана вредност крви и продуката од крви по пацијенту код Института Ђ износи 5.981,55 динара, док код Института Д просечно фактурисана вредност крви по пацијенту износи 8.248,95 динара;
- Просечно фактурисана вредност санитетског и медицинског потрошног материјала по пацијенту у 2012. години код Института Д износи 5.077,00 динара, док код Института Ђ просечно фактурисана вредност износи 4.276,21 динара;
- Просечна заузетост постеља у 2012. години код Института Д је 88,82%, а код Института Ђ 77,67%;

- Према показатељима из извештаја о извршењу планова рада за 2012. годину утврђено је да код Института Ђ лекари са 19,95% учествују у укупном броју уговорених радника, а код Института Д са 20,79%;
- Просечна месечна плата код Института Д износи 75.996,49 динара, а код Института Ђ 74.815,85 динара;
- Увећање уговорене накнаде за плате у 2011. години у односу на 2010. годину код Института Д износи 13,89%, а код Института Ђ 9,28%;
- Увећање уговорене накнаде за плате у 2012. години у односу на 2011. годину код Института Д износи 1,38%, док је код Института Ђ забележено умањење уговорене накнаде за 1,36%;
- Просечна плата по запосленом у 2012. години не прати процентуално учешће лекара у укупном броју уговорених радника, односно Институт Д има мање учешће уговорених лекара у укупном броју уговорених радника, а виши просечни месечни износ плате. Процентуално увећање уговорене накнаде је веће и у 2011. и у 2012. години код Института Д у односу на Институт Ђ;
- Просечан број операција по хирургу на месечном нивоу код Института Д износи 31,35 операција, а Института Ђ 20,49 операција;
- Код Института Д просечна ужина лечења је 9,25 дана, а код Института Ђ 7,47 дана;
- Просечан број лабораторијских услуга по пацијенту код Института Д износи 35,89 услуга, а Института Ђ 22,16 услуга;
- Институт Д у 2012. години имао је 7.524 операције, а Институт Ђ 4.425 операција. Од 161 лекара Института Д 20 је хирурга, док од 110 лекара Института Ђ 18 је хирурга;
- Институт Д исказао је 153.881 специјалистичко-консултативних прегледа;
- Институт Д исказао је 819.941 лабораторијских услуга, а Институт Ђ 227.291 лабораторијских услуга;
- Институт Д исказао је 16.921 ултразвучних прегледа, а Институт Ђ 5.647 ултразвучних прегледа;
- Институт Д остварио је 116.056 б.о. дана, а Институт Ђ 67.754 б.о. дана у области хоспитализације;
- Институт Д има 12.547 исписаних пацијената, а Институт Ђ 9.071 пацијената.

Заједничке констатације за наведену групацију института:

- Просечно фактурисана вредност лекова по пацијенту на нивоу ових установа износи 11.598,53 динара;
- Просечно фактурисана вредност цитостатика са Листе по пацијенту на нивоу групације износи 30.153,24 динара;
- Просечно фактурисана вредност лекова по посебном режиму по пацијенту на нивоу групације износи 593.971,35 динара;
- Просечно фактурисана вредност крви и продуката од крви по пацијенту на нивоу института износи 9.364,12 динара;
- Просечно фактурисана вредност санитарског и медицинског потрошног материјала по пацијенту на нивоу групације износи 18.791,02 динара;
- Просечна заузетост постеља у 2012. години креће се у распону од 70,80-80,82%;
- Према показатељима из извештаја о извршењу планова рада наведених установа за 2012. годину утврђено је да се проценат лекара у укупном броју уговорених радника креће у распону 16,14-22,24%;
- Просечна месечна плата се креће у интервалу 71.489,42-83.931,75 динара;
- Увећање уговорене накнаде за плате у 2011. години у односу на 2010. годину код ових института креће се у интервалу 9,46-13,89%;
- Увећање уговорене накнаде за плате у 2012. години у односу на 2011. годину код ових института креће се у интервалу 1,36-11,95%;
- Просечна плата по запосленом у 2012. години прати % учешћа лекара у укупном броју уговорених радника, односно установе које имају мање учешће лекара у укупном броју уговорених радника имају и мању просечну плату по запосленом, осим код Института В, који има скоро најмање учешће уговорених лекара у укупном броју уговорених радника и највиши просечни месечни износ плате;
- Просечан број операција по хирургу на годишњем нивоу креће се у интервалу 120,28-376,20 операција, а на месечном нивоу у интервалу 10,02 – 31,35 операција;
- Дужина лечења креће се у распону 6,32-10,03 дана;
- Просечан број лабораторијских анализа по пацијенту код наведених установа креће се у распону 22,16-74,17 услуга;

- Институт Б и Д имају највеће учешће у укупно оствареном броју операција на нивоу института. Институт Б од 122 уговорена лекара има 68 хирурга, а Институт Д од 161 лекара има 20 хирурга;
- Највеће учешће здравствене установе у укупном броју специјалистичко-консултативних прегледа на нивоу института има Институт Д (47,82%), а најмање Институт Ђ (2,17%). Институт Г има учешће од 8,52%, а Институт В 15,50%.
- Највеће учешће у укупном броју лабораторијских услуга има Институт Д и Институт В;
- Највеће учешће у укупном броју рентген услуга имају Институт А и Институт Б;
- Највеће учешће у укупном броју ултразвучних прегледа има Институт В (64,52% укупно извршених ултразвучних прегледа на нивоу ове групације института);
- Највеће учешће здравствене установе у укупно оствареном броју б.о. дана у области хоспитализације има Институт Б (28 %) и Институт Д (21,85%). Институт А у укупном броју б.о. дана учествује са 16,01%;
- Највеће учешће здравствене установе у броју исписаних пацијената имају Институт Д (24,31%) и Институт Ђ (17,58%).

Предлаже се да се на нивоу групације института размотри уговорена накнада за плате, с обзиром на то да је накнада на овој позицији у 2011. години у односу на 2010. годину повећана наведеним установама у одређеном проценту у распону од 6,15-8,99%, да постоје разлике у % учешћу лекара у укупном броју уговорених радника и да је просечна плата по запосленом различита.

Према просечном броју лабораторијских услуга по пацијенту стиче се утисак да се лабораторијске услуге раде без ограничења и повлаче велики износ новчаних средстава. Предлаже се да се размотри оправданост обављања оваквог броја анализа у зависности од њихове врсте и на основу тога формулише обим и садржај лабораторијских услуга које би биле покривене обавезним здравственим осигурањем, а према нивоима здравствене заштите.

4.4.2. Групација института II

Институт Е

Током 2009. године уговорена накнада на позицији лекови била је нижа у односу на накнаду за санитетски и медицински потрошни материјал, а фактурисана реализација виша. У 2010. години умањена је накнада за санитетски и медицински потрошни материјал, тако да је иста нижа у односу на накнаду за лекове у здравственој установи, док је фактурисана реализација на ове две позиције на истом нивоу. По питању уговорене накнаде ситуација је иста у 2011. години, али је фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материја значајно виша. Иста је за 62,31% већа у односу на фактурисану реализацију у 2010. години. У 2012. години умањена је и уговорена накнада и фактурисана реализацији на позицији лекови у здравственој установи у односу на период 2009-2011. године. Фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал у 2012. години нижа је за 30,80% у односу на фактурисану реализацију у 2011. години.

Табела 48. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуну
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здрав.устан.	7,669,000	5,373,716	7,861,000	5,461,223	6,903,000	5,966,352	5,219,000	3,368,928
Санитетски и медицински потрошни материјал	10,168,000	3,196,442	5,836,000	5,101,474	5,836,000	8,280,150	5,954,000	6,330,443
Индекс лек/санитет	75.42	168.12	134.70	107.05	118.28	72.06	87.66	53.22

На основу података из спроведеног коначног обрачуна утврђено је да Институт Ђ у 2009. години није имао исказан аванс.

Исказани аванс по спроведеном коначном обрачуну за 2010. годину на позицији санитарски и медицински потрошни материјал чини 63% уговорене накнаде. Разлог настанка аванса лежи у томе да је у 2010. години Институту пренето 9.512.250 динара.

Према спроведеном коначном обрачуну за 2011. годину исказани аванс на позицији исхрана чини 28,19% уговорене накнаде. У 2011. години није исказан аванс на позицији санитарски и медицински потрошни материјал из разлога што су пренета средства до висине уговорене накнаде. Исказани аванс на позицији лекови у здравственој установи у 2012. години чини 24,15% уговорене накнаде. У 2012. години смањена је уговорена накнада на позицији исхрана за 4.204.000 динара, односно 31,38%.

Табела 49. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуну
у периоду 2010-2012. године

(у дин.)

Намена	2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Лекови у здр.уста.					1,260,409	5,219,000
Плате	7,017,961	264,561,000	6,522,868	294,427,000		
Исхрана			4,961,556	17,599,000	578,145	13,395,000
Санитарски материјал	3,676,250	5,836,000				

Уговорена накнада у 2011. години на позицији плате увећана је за 29.866.000 динара у односу на 2010. годину, што је за 11,29% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате је умањена за 2.267.000 динара, што је за 0,77 % мање.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 50. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	3,368,928.20	1,805	1,866.44
Санитарски и медицински потр.мате.	6,330,442.59	666	9,505.17

Институт Ж

Током 2009. и 2010. године уговорена накнада на позицији лекови била је троструко виша у односу на накнаду за санитарски и медицински потрошни материјал, а фактурисана реализација двоструко нижа у 2009. години и за 21,97% нижа у 2010. години. У 2011. години троструко је увећана уговорена накнада за санитарски и медицински потрошни материјал, тако да је иста на нивоу уговорене накнаде за лекове у здравственој установи. Фактурисана реализација на позицији санитарски и медицински потрошни материја виша је у односу на фактурисану реализацију на позицији лекови у здравственој установи. У 2012. години умањена је уговорена накнада за лекове у односу на 2011. годину, док је фактурисана реализација остала на нивоу 2011. године. Фактурисана реализација на позицији санитарски и медицински потрошни материјал смањује се из године у годину. Фактурисана реализација на позицији санитарски и медицински потрошни материјал у 2011. години на нивоу је фактурисане реализације у 2010. години.

Табела 51. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуна
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здрав.устан.	9,695,000	6,289,961	9,695,000	7,916,616	7,917,000	6,412,391	6,567,000	6,215,927
Саните. и медиц.потрошни материјал	2,908,000	13,005,145	2,908,000	9,656,306	7,111,000	9,778,722	7,152,000	8,428,316
Индекс лек/санитет	333.39	48.37	333.39	81.98	111.33	65.57	91.82	73.75

На основу података из спроведеног коначног обрачуна утврђено је да Институт Е током периода 2009-2012. године имао исказан аванс на позицијама цитостатици са Листе, плате, исхрана и енергенти, од којих исказани аванс за исхрану у 2011. години чини 38,03% уговорене накнаде.

Табела 52. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуну
у периоду 2009-2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Цитостатици са Листе	563,751	1,700,000	74,251	377,000				
Плате			7,844,838	188,126,000	1,112,387	212,683,000		
Исхрана					6,445,580	16,946,000	1,210,348	11,130,000
Енергенти							542,069	16,482,000

Уговорена накнада у 2011. години на позицији плате увећана је за 24.557.000 динара у односу на 2010. годину, што је за 13,06% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате је умањена за 1.813.000 динара, што је за 0,85% мање.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 53. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	6,215,926.65	4,240	1,466.02
Цитостатици са Листе	562,542.88	840	669.69
Лекови по посебном режиму	302,181,496.09	324	932,658.94
Санитетски и медицински потр.мате.	8,428,316.20	8,173	1,031.24

Институт 3

За посматрани период уговорена накнада за санитетски и медицински потрошни материјал виша је у односу на накнаду за лекове у здравственој установи. Током 2009. и 2010. године фактурисана реализација на позицији лекови у здравственој установи виша је у односу на санитетски и медицински потрошни материјал, али значајно нижа у односу на уговорену накнаду на обе позиције. У 2011. и 2012. години ситуација је другачија. Фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал у 2011. години виша

је за 35,27% у односу на 2010. годину. У 2012. години фактурисана реализација на позицији лекови и санитарски материјал значајно је увећана у односу на претходни период.

Табела 54. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуњу
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здр.устан.	555,000	74,445	1,110,000	204,098	204,000	63,122	73,000	1,037,000
Санит. и мед. Потро. Мат.	899,000	32,787	1,798,000	182,561	300,000	246,944	300,000	1,498,000
Индекс лек/санитет	61.74	227.06	61.74	111.80	68.00	25.56	24.33	69.23

На основу података из спроведеног коначног обрачуна утврђено је да Институт 3 има исказане авансе на позицијама: лекови у здравственој установи, плате, превоз и санитарски и медицински потрошни материјал у периоду 2009-2012. године.

Табела 55. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуњу
у периоду 2009-2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Лекови у здр.уст.	371,546	55,500			861,878	204,000	828,000	73,000
Плате			25,568,111	59,183,000	25,779,111	95,721,000	4,805,747	99,706,000
Санит.материјал	765,673	899,000			1,251,389	300,000	1,050,998	300,000
Превоз					103,559	2,613,000	108,313	2,515,000

Исказани аванс по спроведеном коначном обрачуњу за 2010. годину на позицији плате резултат је умањења уговорене накнаде крајем године. Током 2010. године вршен је пренос средстава према Уговору, тако да је аванс неминован. Иако се у 2011. години увећава уговорена накнада за плате, исказани аванс по спроведеном коначном обрачуњу остаје непромењен у односу на 2010. годину. Исти је значајно умањен тек по спроведеном коначном обрачуњу за 2012. годину.

Може се констатовати да се у односу на 2009. годину повећава аванс на позицији лекови у здравственој установи и санитарски и медицински потрошни материјал. Из тог разлога је у 2011. години умањена уговорена накнада на овим позицијама, те је пренос средстава вршен према умањеној накнади из Уговора. По коначном обрачуну за 2011. годину накнада се признавала према фактурисаној реализацији, која је и даље значајно нижа од уговорене накнаде.

Уговорена накнада у 2011. години на позицији плате увећана је за 36.538.000 динара у односу на 2010. годину, што је за 61,74% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате је увећана за 3.985.000 динара, што је за 4,16% више.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 56. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	80,199.17	265	302.64
Санитарски и медицински потр. мате.	250,391.47	1,081	231.63

Заједничке констатације након извршене анализе финансијских показатеља наведених института:

- Просечно фактурисана вредност лекова по пацијенту на нивоу групације установа износи 1.211,70 динара;
- Просечно фактурисана вредност санитарског и медицинског потрошног материјала по пацијенту на нивоу ових института износи 3.589,34 динара;
- Просечна заузетост постеља у 2012. години креће се у распону од 57,51-80,57%;
- Према показатељима из извештаја о извршењу планова рада наведених установа за 2012. годину утврђено је да се проценат лекара у укупном броју уговорених радника креће у распону 18,75-33,33%;

- Просечна месечна плата се креће у интервалу 73.218,75-115.400,46 динара;
- Увећање уговорене накнаде за плате у 2011. години у односу на 2010. годину код института креће се у интервалу 11,29-61,74%;
- Уговорена накнада за плате у 2012. години у односу на 2011. годину умањена је код Института Е и Института Ж, а увећана код Института З;
- Просечна плата по запосленом у 2012. години прати % учешћа лекара у укупном броју уговорених радника, односно установе које имају мање учешће лекара у укупном броју уговорених радника имају и мању просечну плату по запосленом;
- Дужина лечења креће се у распону 6,88-33,8 дана;
- Просечан број лабораторијских анализа по пацијенту код наведених установа креће се у распону 32,28-52,18 услуга.

Након извршене анализе финансијских показатеља наведене групације института дају се следећи предлози:

- Треба размотрити укупно уговорену накнаду за Институт Ж, у складу са извршењем Плана рада за 2012. годину и просечном заузетошћу постелног фонда;
- Размотрити уговорену накнаду за плате код наведених института, с обзиром на то да је накнада на овој позицији у 2011. години у односу на 2010. годину повећана наведеним установама у одређеном проценту, у распону од 6,15-8,99%, да постоје разлике у % учешћу лекара у укупном броју уговорених радника и да је просечна плата по запосленом различита. Пре свега, предлаже се да се размотри уговорена накнада за плате или изврши контрола наменског трошења средстава код Института З и Института Е;
- Ваља размотрити оправданост обављања овако великог броја лабораторијских анализа по пацијенту у зависности од њихове врсте и на основу тога формулише обим и садржај лабораторијских услуга које би биле покривене обавезним здравственим осигурањем, а према нивоима здравствене заштите, јер се, према просечном броју лабораторијских услуга по пацијенту, стиче утисак да се лабораторијске услуге раде без ограничења и повлаче велики износ новчаних средстава.

4.5. Анализа финансијских показатеља здравствених установа које пружају здравствену заштиту деци

Институт И

Однос уговорене накнаде и фактурисане реализације на позицији лекови у здравственој установи и санитарски и медицински потрошни материјал скоро да је исти у 2009. и 2012. години. У 2010. години уговорена накнада и фактурисана реализација на позицији лекови су повећане за око 25% у односу на 2009. годину. Уговорена накнада на позицији лекови се смањује у 2012. години, као и фактурисана реализација. Уговорена накнада за санитарски и медицински потрошни материјал и фактурисана реализација увећавају се из године у годину. Фактурисана реализација на овој позицији увећана је у 2011. у односу на 2010. годину за 1,85%.

Табела 57. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуну у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здр.уст.	74,010,732	74,010,732	91,297,000	94,957,339	91,297,000	86,454,957	88,421,000	80,502,782
Санит. и мед. Потр. Мат.	95,288,818	106,036,864	93,236,000	109,392,336	100,656,000	111,421,165	112,595,000	116,926,031
Индекс лек/санитет	77.67	69.80	97.92	86.80	90.70	77.59	78.53	68.85

Аванс на позицији крв и продукти од крви исказан је у наведеним годинама, осим према спроведеном коначном обрачун за 2011. годину. У 2012. години на позицији лекови у здравственој установи фактурисано је 80.502.782 динара, док је Установи пренето 80.569.144 динара. Установа није оправдала уговорену накнаду за 2012. годину, која је мања у односу на 2011. годину.

Табела 58. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуну
у периоду 2009-2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Лекови у здр.уст.					4,842,043	91,297,000	66,362	88,421,000
Цитостатици са Листе	3,214,478	8,000,000						
Крв и продукти од крви	4,227,034	11,375,000	760,458	11,375,000			1,513,110	3,354,000
Лекови за хемофилију	539,548	22,133,000						
Уград.матер. у ортоп	61,208	700,000						
Остали уградни материјал	3,727,795	13,052,000	1,431,295	3,928,000				
Превоз			1,887,833	30,740,000			266,825	35,700,000
Плате			1,860,853	618,127,000				
Енергенти					2,417,606	29,147,000	3,182,069	32,914,000
Исхрана					2,776,894	28,265,000	1,160,808	27,017,000

Аванс је исказан и на позицији енергенти у 2011. и 2012. години. И поред исказаног аванса у 2011. години на овој позицији уговорена накнада у 2012. години је увећана за 3.767.000 динара, односно за 12,92%. На позицији исхрана исказан је аванс по спроведеном коначном обрачуну за 2011. и 2012. годину.

Уговорена накнада на позицији плате у 2011. години износи 661.725.000 динара и већа је за 43.598.000 динара у односу на уговорену накнаду за 2010. годину, односно за 7,05%.

Уговорена накнада на позицији плате у 2012. години износи 707.193.000 динара и већа је за 45.468.000 динара у односу на уговорену накнаду за 2011. годину, односно за 6,87%.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 59. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. године

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	81,860,582.81	11,920	6,867.50
Цитостатици са Листе	8,571,739.41	55	155,849.81
Лекови по посебном режиму	4,256,956.46	16	266,059.78
Лекови за хемофилију	84,787,039.26	19	4,462,475.75
Крв и продукти од крви	2,897,639.54	438	6,615.62
Санитетски и медицински потрошни материјал	116,926,031.26	37,322	3,132.90

Предлаже се да се размотрити уговорена накнаде за енергенте, крв и продукте од крви и исхрану.

Институт Ј

Уговорена накнада за лекове у здравственој установи у 2009. години двоструко је већа у односу на уговорену накнаду за санитетски и медицински потрошни материјал, док је фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал виша у односу на лекове у здравственој установи. У 2010. години двоструко је умањена уговорена накнада за лекове у здравственој установи, тако да су на истом нивоу накнада за лекове и санитетски и медицински потрошни материјал. Из године у годину се увећавају и уговорена накнада, и фактурисана реализација, и на једној и на другој позицији.

Табела 60. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуњу
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здр.устан.	52,430,000	25,867,792	25,869,000	26,692,285	31,075,000	28,768,168	34,610,000	33,737,347
Санитет.и мед. пот.мат.	23,372,000	28,293,812	25,483,000	30,622,860	32,518,000	36,650,599	33,647,000	35,657,279
Индекс лек/санитет	224.33	91.43	101.51	87.16	95.56	78.49	102.86	94.62

Увидом у спроведене коначне обрачуње утврђено је да је Институт у 2009. и 2010. години имао исказан аванс на позицији лекови у здравственој установи, а у 2011. и 2012. години на

позицији исхрана. Исказани аванс на позицији плате није значајан. Исказани аванс на позицији лекови у здравственој установи у 2009. и 2010. години последица је више пренетих средстава у односу на фактурисану реализацију.

Табела 61. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуну
у периоду 2009-2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Лекови у здр.уста.	24,377,625	52,430,000	14,984,458	25,869,000				
Исхрана					14,397,603	25,378,000	13,051,562	8,276,000
Плате			687,812	213,790,000	292,260	239,206,000		

У 2011. години у односу на 2010. годину уговорена накнада за плате увећана је за 25.416.000 динара, што је за 11,89% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате увећана је за 19.114.000 динара, што је за 7,99% више.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 62. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	33,737,347.10	826	40,844.25
Крв и продукти од крви	683,073.94	426	1,603.46
Санитетски и мед. потрошни мат.	35,657,278.79	799	44,627.38

Изузетно велики трошак лекова и санитетског и медицинског потрошног материјала и лекова у здравственој установи по лицу. Лек „Synagis“ чини 39,05% укупно фактурисаног износа за лекове у здравственој установи у 2012. години. Овај лек у просеку кошта 82.345,60 динара по пацијенту. Уведен је на Листу лекова у јулу 2011. године, те је фактурисана реализација на позицији лекови у здравственој установи у 2011. и 2012. години виша у односу на 2009. и 2010. годину. Изузетно висок износ фактурисане вредности за санитетски и медицински потрошни материјал по лицу. Лабораторијски материјал учествује са 25% у

укупно фактурисаном санитарском и медицинском потрошном материјалу, а дефицијенци 9,47%.

Предлаже се да се преиспита уговорена накнада за санитарски и медицински потрошни материјал.

Институт К

Уговорена накнада за лекове у 2009. години скоро да је двоструко већа у односу на уговорену накнаду за санитарски и медицински потрошни материјал, док је фактурисана реализација на позицији санитарски и медицински потрошни материјал за око 50% мања у односу на лекове у здравственој установи. У 2010. години уговорена накнада за лекове у здравственој установи је за 75% већа у односу на уговорену накнаду за санитарски и медицински потрошни материјал, а фактурисана реализација на позицији санитарски материјал је за око 70% виша у односу на исту у 2009. години. Уговорена накнада за санитарски материјал у 2011. години на истом је нивоу као и уговорена накнада за лекове у здравственој установи, али је фактурисана реализација на овој позицији двоструко виша у односу на фактурисану реализацију за лекове у здравственој установи. У 2012. години уговорена накнада за лекове у здравственој установи двоструко је мања у односу на уговорену накнаду за санитарски материјал, док је фактурисана реализација троструко већа у односу на исту на позицији лекови у здравственој установи.

Табела 63. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуна

у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здрав.уст.	149,510,000	157,989,093	155,201,000	144,241,942	144,242,000	122,814,001	118,453,000	100,919,052
Санитарски и мед.потр.материјал	78,843,000	100,552,668	88,488,000	170,829,954	139,778,000	254,301,784	203,310,000	304,165,294
Индекс лек/санитет	189.63	157.12	175.39	84.44	103.19	48.29	58.26	33.18

Увидом у спроведене коначне обрачуна утврђено је да је Институт у 2009. и 2010. години имао исказан аванс на позицији цитостатици по посебном режиму. У 2009. години Институт је имао исказан аванс и на позицији цитостатици са Листе и крв и продукти од крви. На позицији пејсмејкери исказан је аванс у свим посматраним годинама.

Табела 64. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуну

у периоду 2009-2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Цитостатици са Листе	2,579,763	10,400,000						
Цитостатици по посебн. режиму	1,015,656	5,661,000	634,728	3,902,000				
Плате					14,074,782	812,185,000		
Пејсмејкери	3,733,704	8,687,000	4,781,208	2,096,000	2,711,872	2,066,000	368,668	2,660,000
Стентови					534,554	3,359,000	1,240,666	62,000
Крв и проду. крви	509,639	13,409,000	3,179,120	13,409,000				
Исхрана					4,961,556	17,599,000		

Током 2009. године Институту је пренето 6.060.943 динара за пејсмејкере, док је фактурисана реализација на овој позицији износила 2.327.239 динара. У 2011. и 2012. години исказан је аванс на позицији стентови. Значајан аванс исказан је на позицији плате према спроведеном коначном обрачуну за 2011. годину (14.074.782 динара).

У 2011. години у односу на 2010. годину уговорена накнада за плате увећана је за 86.784.000 динара, што је за 11,96% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате увећана је за 35.581.000 динара, што је за 4,38% више.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 65. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	100,829,118.72	19,371	5,205.16
Цитостатици са Листе	9,541,346.21	149	64,035.88
Лекови по посебном режиму	7,995,619.93	23	347,635.65
Лекови за хемофилију	59,782,867.41	47	1,271,975.90
Крв и продукти од крви	5,871,754.58	453	12,961.93
Санитетски и мед. потрошни мат.	304,165,294.04	60,497	5,027.77

Предлаже се да се изврши контрола утрошка санитетског и медицинског потрошног материјала у Здравственој установи.

Клиника Л

Уговорене накнаде за лекове у здравственој установи и санитетски и медицински потрошни материјал у 2009. години скоро да су исте, док је фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал за око 27% виша у односу на лекове у здравственој установи. У 2010. години значајно је увећана уговорена накнада и фактурисана реализација за лекове у здравственој установи, док су уговорена накнада и фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал остале на нивоу из 2009. године. Уговорена накнада за санитетски материјал у 2011. години на истом је нивоу као и уговорена накнада за 2010. годину, али је фактурисана реализација увећана. Уговорена накнада за лекове у здравственој установи у 2011. години увећана је, а фактурисана реализација незнатно. У 2012. години уговорена накнада за санитетски и медицински потрошни материјал увећана је за 48,85% у односу на накнаду из 2011. године, те је уговорена накнада за лекове у здравственој установи мања у односу на уговорену накнаду за санитетски материјал. Фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал за 45,96% је виша у односу на фактурисану реализацију за лекове у здравственој установи у 2012. години.

Табела 66. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуну
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	уговорено	фактурисано	уговорено	фактурисано	уговорено	фактурисано
Лекови у здр.уста.	85,966,000	70,551,000	100,059,000	113,202,796	109,964,000	114,401,773	98,878,000	91,908,022
Санитетски и мед. потрошни материјал	82,860,786	96,389,364	86,580,000	97,616,368	86,580,000	111,266,195	128,010,000	134,150,817
Индекс лек/санитет	103.75	73.19	115.57	115.97	127.01	102.82	77.24	68.51

Увидом у спроведене коначне обрачуне утврђено је да је Клиника Л у 2009. и 2010. години имала исказан аванс на позицији цитостатици са Листе и лекови за хемофилију. И у 2011. години исказан је аванс на позицији лекови за хемофилију. У 2009. години Клиника Л је на име лекова за хемофилију пренето 45.953.678 динара, укључујући и аванс из претходне године.

Табела 67. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуну
у периоду 2009-2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Цитостатици са Листе	2,404,585	8,800,000	1,059,700	4,489,000				
Лекови за хемофилију	13,472,033	27,102,000	5,745,875	20,020,000	518,968	20,020,000		
Плате					4,580,410	592,782,000		
Пејсмејкери			5,346,208	1,531,000	3,891,985	1,422,000	2,943,457	2,605,000
Остали материјал					1,277,353	95,399,000		
Крв и продукрви	9,085,994	17,669,000					2,091,250	4,760,000
Исхрана							2,283,724,000	29,045,000
Уградни материјал у кардиохирургији							608,388	1,150,000
Графтови							110,922	464,000

Уговорена накнада за лекове за хемофилију умањена је у 2010. години у односу на 2009. годину за 7.082.000 динара. У 2010, 2011. и 2012. године исказан је аванс на позицији пејсмејкери. Исказани аванс резултат је више пренетих средстава на овој позицији у односу на фактурисану реализацију и признату накнаду. Клиници Л је на име пејсмејкера у 2010.

години пренето 6.877.208 динара, док је уговорена накнада износила 5.346.208 динара. Аванс је по обрачуну у 2012. години исказан на позицији плате, крв и продукти од крви, исхрана, уградни материјал у кардиохирургији и графтови.

У 2011. години у односу на 2010. годину уговорена накнада за плате увећана је за 58.155.000 динара, што је за 10,88% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате увећана је за 10.648.000 динара, што је за 1,80% више.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 68. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	91,496,365.87	8,325	10,990.55
Цитостатици са Листе	7,773,776.33	90	86,375.29
Лекови по посебном режиму	14,785,543.36	47	314,586.03
Лекови за хемофилију	8,756,120.86	12	729,676.74
Крв и продукти од крви	5,080,252.77	626	8,115.42
Санитетски и медицински потрошни материјал	134,150,816.51	17,774	7,547.59

Предлаже се да се преиспита уговорена накнада за крв Клиници Ј.

Клиника Љ

Уговорена накнада за лекове у здравственој установи у 2009. години виша је у односу на уговорену накнаду за санитетски и медицински потрошни материјал, док је фактурисана реализација на позицији санитетски и медицински потрошни материјал двоструко већа у односу на позицију лекови у здравственој установи. Скоро исти однос уговорене накнаде и фактурисане реализације задржан је и у 2010. години.

Уговорена накнада за санитетски и медицински потрошни материјал у 2011. години готово је удвостручена, док је фактурисана реализација остала на истом нивоу 2010. године.

Фактурисана реализација на позицији лекови у здравственој установи у 2011. години је нижа у односу на исту из претходне године. Уговорена накнада и фактурисана реализација на позицији санитарски и медицински потрошни материјал увећавају се и у 2012. години.

Табела 69. - Уговорена и фактурисана финансијска средства по коначном обрачуњу
у периоду 2009 – 2012. године

(у дин.)

Намена	2009. година		2010. година		2011. година		2012. година	
	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано	Уговорено	Фактурисано
Лекови у здрав.устан.	988,000	880,893	1,006,000	953,713	954,000	754,912	805,000	963,157
Санитарски и медици потро материјал	789,000	1,639,296	803,000	1,989,260	1,510,000	1,970,242	1,729,000	2,026,268
Индекс лек/санитет	125.22	53.74	125.28	47.94	63.18	38.32	46.56	47.53

Према спроведеном коначном обрачуњу за 2009. годину није исказан аванс. У 2010. години исказан је незнатни аванс на позицији превоз. По спроведеном коначном обрачуњу за 2011. годину аванс је исказан на позицији плате, остали материјални трошкови и исхрана. И у 2012. години исказан је аванс на позицији исхрана и остали материјални трошкови.

Табела 70. - Уговорена накнада и исказани аванс по коначном обрачуњу
у периоду 2010-2012. године

(у дин.)

Намена	2010. година		2011. година		2012. година	
	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено	Аванс	Уговорено
Плате			2,063,756	108,992,000		
Превоз	62,833	2,150,000				
Остали материјал			956,100	15,942,000	2,731,098	15,921,000
Исхрана			37,095	5,204,000	663,598	4,787,000

У 2011. години у односу на 2010. годину уговорена накнада за плате увећана је за 18.253.000 динара, што је за 20,12% више. У 2012. години у односу на 2011. годину уговорена накнада за плате умањена је за 3.565.000 динара, што је за 3,27% мање.

Према подацима из електронске фактуре за 2012. годину, табеларно је приказана фактурна реализација појединих уговорених намена према броју осигураних лица и просечна вредност фактуре по једном осигуранику.

Табела 71. - Фактурисана реализација по уговореним наменама по леченом лицу у 2012. години

Намена	Износ (дин)	Број лица	Трошак по лицу (дин)
Лекови у здравственој установи	963,156.92	443	2,174.17
Санитетски и медицински потрошни материјал	2,026,268.09	3,484	581.59

Заједничке констатације након извршене анализе финансијских показатеља здравствених установа које пружају здравствену заштиту деци:

- Просечно фактурисана вредност лекова по пацијенту на нивоу групације установа износи 9.195,37 динара. Највишу просечну фактурисану вредност има Институт Ј (40.844,25 динара), а најнижу Институт К (5.205,16 динара). Клиника Л има просечну фактурисану вредност лекова у здравственој установи по пацијенту у висини 10.990,55 динара;
- Просечно фактурисана вредност цитостатика са Листе по пацијенту на нивоу групације износи 28.198,01 динара. Институт И има највишу фактурисану вредност по пацијенту (155.850 динара), док најнижу фактурисану вредност по пацијенту има Институт К (64.035 динара) у посматраној групацији;
- Просечно фактурисана вредност лекова по посебном режиму по пацијенту на нивоу групације износи 728.509,47 динара. Све установе имају нижу просечну фактурисану реализацију на овој позицији. Највишу просечну фактурисану вредност по пацијенту у посматраној групацији има Институт К (347.635,65 динара), а најнижу Институт И (266.060 динара);
- Просечно фактурисана вредност лекова за хемофилију на нивоу установа које пружају здравствену заштиту деци износи 1.965.718,30 динара. Институт И има просечно фактурисану вредност у висини од 4.462.475,75 динара, Институт К 1.271.975,75 динара, а Клиника Л 729.676,74 динара. За 19 лечених пацијената

Институт И је фактурисао 84.787.039,26 динара, а за 12 пацијената Клиника Л износ од 8.756.120 динара;

- Просечно фактурисана вредност крви и продуката од крви по пацијенту на нивоу групације износи 11.028,45 динара, што је мање у односу на просечно фактурисану вредност крви и продуката од крви по пацијенту на нивоу КЦ-а и КБЦ-а (13.291,22 динара). Највишу фактурисану вредност у посматраној групацији има Институт К (12.961 динара), а најнижу Институт Ј (1.603,46 динара). Клиника Л има просечну фактурисану вредност крви по пацијенту у висини од 8.115,42 динара;
- Просечно фактурисана вредност санитарског и медицинског потрошног материјала по пацијенту на нивоу института износи 9.603,79 динара. Највишу просечну фактурисану вредност по пацијенту има Институт Ј (44.627,38 динара), а најнижу Институт И (3.132,90 динара). Поређења ради, просечно фактурисана вредност санитарског и медицинског потрошног материјала по пацијенту на нивоу КЦ-а и КБЦ-а она износи 4.966,41 динара;
- Просечна заузетост постеља у 2012. години креће се у распону од 57,58-78,09%. Институт К има најнижу заузетост постеља, а Клиника Л највишу заузетост постеља. Може се констатовати да је на нивоу посматраних установа ниска просечна заузетост постеља. Скоро идентична ситуација је и код осталих института;
- Према показатељима из извештаја о извршењу планова рада наведених установа за 2012. годину утврђено је да се проценат лекара у укупном броју уговорених радника креће у распону 12,33-28,57%. Најмање учешће лекара у укупном броју уговорених радника има Институт Ј, а највеће учешће Клиника К;
- Просечна месечна плата се креће у интервалу 72.882,37-104.590,28 динара. Најнижа просечна плата по запосленом је у Клиници Л, а највиша у Клиници Ј. Поређења ради, просечна месечна плата на нивоу КБЦ-а се креће у интервалу 74.895,98-79.101,63 динара;
- Просечна плата по запосленом у 2012. години не прати процентуално учешће лекара у укупном броју уговорених радника. Највише учешће лекара у укупном броју уговорених радника има Клиника Ј и ова Установа има и највише просечне плате по запосленом. Међутим, Институт Ј има нешто вишу просечну плату по уговореном раднику у односу на Клинику Л, а значајно ниже учешће лекара у укупном броју

радника. С друге стране, Клиника Л има значајну нижу просечну плату по запосленом у односу на Институт К и Институт И, а веће учешће лекара у укупном броју радника;

- Увећање уговорене накнаде за плате у 2011. години у односу на 2010. годину код института креће се у интервалу 7,05-20,12%;
- Увећање уговорене накнаде за плате у 2012. години у односу на 2011. годину код КБЦ-а креће се у интервалу 1,80-7,99%.
- Просечан број операција по хирургу на годишњем нивоу креће се у интервалу 127,52-221,64 операција, а на месечном нивоу у интервалу 10,63-18,47 операција. Најмањи број операција по хирургу месечно има Институт И, а највећи број Клиника Л;
- Дужина лечења креће се у распону 5,15-48,09 дана. Просечна дужина лечења у Институту Ј је највиша, а најнижа у Институту К;
- Просечан број лабораторијских анализа по пацијенту код наведених установа креће се у распону 6,85-59,95 услуга. Највећи просечан број лабораторијских услуга по пацијенту има Институт Ј, а најмањи Институт И;
- Највеће учешће у укупно оствареном броју операција на нивоу групације имају Институт К, затим Клиника Л, и на крају, Институт И. Институт К од 162 уговорена лекара има 42 хирурга, Институт И од 131 лекара 27 хирурга, а Клиника Л од 129 лекара 28 хирурга;
- Највеће учешће у укупном броју специјалистичко-консултативних прегледа на нивоу групације има Институт К, а најмање Институт Ј;
- Највеће и скоро исто учешће у укупном броју лабораторијских услуга имају Институт К и Клиника Л. Институт К је на име санитетског и медицинског потрошног материјала у 2012. години фактурисао 304.165.294 динара, а Клиника Л 134.150.817 динара. Просечно фактурисана вредност санитетског и медицинског потрошног материјала по једној лабораторијској услузи код Института И износи 1.392,91 динара, код Института К 444,53 динара, код Клинике Л 198,99 динара, код Института Ј 397,86 динара, а код Клинике Љ 73,77 динара;
- Просечан број лабораторијских услуга по пацијенту се креће у интервалу 6,85-59,95 услуга. Највише услуга по пацијенту има Институт Ј (59,95 услуга), а најмање

Институт И (6,85 услуга). Клиника Л има 43,64 услуга просечно, Клиника Љ 40,53 услуга, а Институт К 29,81 услуга;

- Највеће учешће у укупном броју рентген услуга имају Институт И и Институт К;
- Највеће учешће у укупном броју ултразвучних прегледа има Институт К;
- Највеће учешће здравствене установе у укупно оствареном броју б.о. дана у области хоспитализације има Институт И (29,79%), а Институт К и Клиника Л око 27%;
- Највеће учешће здравствене установе у броју исписаних пацијената има Институт К (38,41%), Клиника Л (32,38), а Институт И (25,45%). Најмање учешће имају Институт Ј (1,87%) и Клиника Љ (1,49%);
- Код Института Ј има случајева где се на лични број осигураника (ЛБО) мајке испостављају фактуре некада и за двоје и троје деце, па је могуће да су трошкови лекова и санитетског и медицинског потрошног материјала по пацијенту виши.

Након извршене анализе финансијских показатеља здравствених установа које пружају здравствену заштиту деци предлаже се следеће:

- Размотрити уговорену накнаду за енергенте, крв и продукте од крви и исхрану код Института И;
- Преиспитати уговорену накнаду за санитетски и медицински потрошни материјал и лекове код Института Ј. Лабораторијски материјал учествује са 25% у укупно фактурисаном санитетском и медицинском потрошном материјалу, а дезифицијенси са 9,47%;
- Преиспитати уговорену накнаду за лекове код Института Ј и оправданост примене или замене лека „Synagis“;
- Извршити контролу утрошка санитетског и медицинског потрошног материјала у Институту К;
- Преиспитати уговорену накнаду за крв Клиници Л.

V КОМБИНОВАНИ СИСТЕМ ПЛАЋАЊА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА

1. Капитација као основни начин распоређивања средстава у примарној здравственој заштити

Капитација се први пут помиње у III веку п.н.е. у Кини, када се лекарима накнада за пружене услуге плаћала у фиксном износу. У IX веку у САД лекарима је исплаћивана фиксна накнада за породичну здравствену заштиту.²²³ У средњовековној Енглеској лекарима су се плаћали фиксни износи за пружене услуге. У склопу реформе система здравственог осигурања, током деведесетих година прошлог века, многе земље почеле су да примењују модел капитације (*capita*) у делу финансирања примарне здравствене заштите.

Основна карактеристика капитационог модела лежи у томе да здравствене установе и њихово особље остварују своје приходе према броју опредељених пацијената.²²⁴ За сваког пацијента који се определи за изабраног лекара, лекар и здравствена установа од организација здравственог осигурања добијају капитацију (главарину)²²⁵, односно одређени износ средстава за пружање услуга из делокруга свога рада и своје делатности. Главарина се опредељује лекарима или здравственој установи на основу карактеристика пацијента и процењених трошкова саме неге пацијента, а по типу пацијената.

У земљама у којима се примењује плаћање путем капитације акценат се ставља на изабране лекаре, с обзиром на то да изабрани лекари најбоље познају своје пацијенте и популацију којој пружају здравствене услуге, те лакше анализирају и планирају свој рад. Неке земље су отишле даље и увеле су специјализацију из области породичне медицине, дајући на тај начин изабраним лекарима додатна знања, а у циљу бржег, рационалнијег и ефикаснијег задовољења здравствених потреба свих чланова породице.

²²³ Вид. <http://www.sindikatzdravstva.org.rs/files/kapitacija.pdf>, 5. мај 2015.

²²⁴ Вид. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/advocacy/state-advocacy-arc/state-advocacy-campaigns/private-payer-reform/state-based-payment-reform/evaluating-payment-options/capitation.page>, 26. фебруар 2016.

²²⁵ За капитацију се некада наводи термин „главарина“.

Алокација средстава на примарном нивоу здравствене заштите путем капитације представља значајан помак по питању третмана пацијената и њихових потреба, подстицања превенције и ефикаснијег спровођења куративе.

Према досадашњем искуству земаља у којима је иста примењена, предности капитације су следеће:²²⁶

- Капитација представља, пре свега, равномерну расподелу новчаних средстава здравственог осигурања према сваком кориснику, односно расподелу средстава здравственог осигурања по глави становника.
- Овакав систем плаћања не стимулише пружање прекомерног броја услуга, јер се лекари подстичу да ефикасније користе ресурсе. Ако су стварни трошкови лечења пацијента мањи од износа главарине, давалац услуга задржава разлику и тиме прави уштеде у новцу. Те уштеде могуће је прерасподелити на лечење оних пацијената, чије лечење кошта више од одређене главарине.
- Плаћање путем капитације подстиче бољи квалитет услуге. Квалитетним услугама стичу се нови пацијенти и задржавају постојећи. Међутим, капитација може довести и до пада у квалитету пружених здравствених услуга, о чему ће касније бити више речи.
- Систем подстиче превентивне услуге, да би се касније смањили трошкови лечења. Превентивна здравствена заштита је веома битна у делу раног откривања болести и благовременог лечења.
- Систем доводи и до смањења административних (режијских) трошкова, јер су административни послови мањег обима.

Мишљења смо да је за примену капитације потребно урадити следеће:

- извршити свеобухватну контролу трошкова на примарном нивоу здравствене заштите;
- утврдити адекватну капитациону формулу;

²²⁶ Вид. https://www.acponline.org/residents_fellows/career_counseling/understandcapit.htm, 14. децембар 2015.

- прецизно дефинисати казнене одредбе за непоштовање уговорених обавеза;
- уподобити начин фактурисања од стране здравствених установа према организацијама здравственог осигурања, сходно захтевима капитације;
- дефинисати и развијати факторе мотивације, како за медицинско, тако и за немедицинско особље;
- редефинисати и реално утврдити мере извршења за сваку услугу и сваког лекара, како би се знало колико сваки лекар треба да ради, као и који квалитет услуга може да се добије на примарном нивоу здравствене заштите;
- унапредити информациони систем у области здравствене заштите, како би изабрани лекари у сваком моменту, без гомилања папира, смањили трошкове здравствене заштите и имали комплетну слику и све податке о извршеним прегледима пацијената на вишим нивоима здравствене заштите.

Овај систем треба да обезбеди адекватне услове за остваривање здравствене заштите пацијентима, услове и потребан новац здравственим установама за пружање здравствених услуга и да унапређује достигнути ниво здравствене заштите.

1.1. Структурирање потреба појединих категорија становништва

Социологија, медицина, економија, психологија и друге науке баве се људским потребама. У дефинисању појма потреба није дата само једна дефиниција, већ свака наука на свој начин објашњава ову појаву. Најпотпунију дефиницију потреба дао је Маслов, који је рекао да је „потреба недостатак, тј. мањак нечега“.²²⁷ Када би здравствене потребе дефинисали у овом контексту, оне би представљале недостатак здравља. Светска здравствена организација је здравствене потребе дефинисала као „научно утврђена одступања од здравља која захтевају примену превентивних, куративних и, евентуално, контролних и ерадикационих мера“.²²⁸

²²⁷ А.Н. Maslow, *Motivation and Personality*, Harper and Row, London 1954, 135.

²²⁸ Вид. <http://publisher.medfak.ni.ac.rs/2007-html/1-broj/ZDRAVSTVENE%20POTREBE.pdf>, 25.март 2013.

Експерти Светске здравствене организације дали су следећу класификацију здравствених потреба, и то:²²⁹

- перципирана потреба – потреба коју појединац осећа и признаје;
- професионално дефинисана потреба – потреба која је препозната од стране здравствених стручњака;
- научно доказана потреба – потреба доказана објективним мерењем биолошких, технолошких фактора, искустава или мишљења експерата.

Људи не потражују здравље на исти начин на који потражују остала добра. Здравствене потребе су изненадне, непредвидиве и нежељене. Очекивања од здравственог система много су већа од очекивања у осталим сегментима социјалне заштите. Суштина здравственог система је да пронађе најповољнију опцију задовољења здравствених потреба у оквиру расположивих ресурса. Да би се то постигло, неопходан је прегледан и квалитетан систем здравствене заштите, у којем је основни критеријум за расподелу средстава потреба становништва и квалитет здравствене услуге.

Сваки здравствени систем мора дефинисати обим и садржај здравствене заштите. Под садржајем здравствене заштите подразумевају се методе дијагностиковања болести, лечења, рехабилитације, превентиве и раног откривања болести и др., док се под обимом здравствене заштите подразумева број и дужина трајања поступака и метода дијагностиковања болести, лечења, рехабилитације и др.²³⁰ У систему здравствене заштите у ком су прецизно описани садржај и обим права из обавезног здравственог осигурања, ради добијања квалитетних здравствених услуга и избора адекватног начина финансирања, врши се структурирање потреба одређених категорија пацијената. Различите популационе групе имају различите потребе за здравственим услугама.

²²⁹ *Statistical Indicators for the Planning and Evaluation of Public Health Programmes*, Fourteenth Report of WHO Expert Committee on Health Statistics, WHO Technical Report Series, WHO, Geneva 1971, 21-22, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40905/1/WHO_TRS_472.pdf, 16. јануар 2016.

²³⁰ Чл. 2 Правилника о садржају и обиму права.

Здравствене потребе треба проценити. Процена здравствених потреба представља системску процену незадовољених здравствених потреба и потреба за здравственом заштитом популације и стварање промена којима ће се на њих одговорити.²³¹ Да би се донео неки здравствени програм неопходна је права информација о здравственим потребама од стране здравствених професионалаца, односно корисници здравственог информационог система различитих профила који имају лиценцу за рад,²³² који су претходно са сваког аспекта сагледали потребе становништва. Процена здравствених потреба треба да представља процену ефикасности здравствених услуга и њихову корист, а не метод за мерење здравља и болести.²³³

Здравствене потребе на примарном нивоу здравствене заштите процењују се и планирају према броју становника, користећи процене становништва Републичког завода за статистику, с обзиром на то да се пописи не организују сваке године. Здравствене потребе на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите утврђују се и планирају на основу коришћења здравствене болничке заштите, а према извештајима о извршењу планова рада здравствених установа. Здравствене потребе пацијената утврђују се планом здравствене заштите.

Пацијенти се могу поделити према популационим групама, и то:²³⁴

- деца 0-6 година,
- ученици и студенти,
- активни осигураници,
- чланови породица активних осигураника и пензионери,
- жене генеративне доби и
- лица старија од 65 година.

²³¹ J. Wright, R. Williams, J. Wilkinson, „Development and importance of health needs assessment“, *British Medical Journal*, London 1998, Vol. 316, 3.

²³² A. Green, „An introduction to health planning in developing countries“, *Oxford University Press*, Oxford 1999, 13.

²³³ J. Redman *et al.*, „Young People's Health Project: making health services more appropriate and accessible“, *Health education & behavior*, Thousand Oaks, California 1997, 65-71.

²³⁴ План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2012. годину, *Службени гласник РС*, бр. 15/2012.

Највеће потребе имају деца од 0 до 6 година, пензионери и особе старије од 65 година. У оквиру већ утврђених популационих група, једној групи опредељују се коефицијент 1. Овако опредељени коефицијенти служе за структурирање потреба осталих популационих група и расподелу новчаних средстава на примарном нивоу здравствене заштите.

1.2. Формирање база података о корисницима

Да би се успешно применила капитација, потребна је одговарајућа база података. База података се прави на основу потписаних изјава опредељених пацијената за изабране лекаре, апликације која садржи податке о радницима у здравственим установама који се финансирају на терет средстава обавезног здравственог осигурања (апликације уговорених радника), електронске фактуре примарне здравствене заштите и базе прописаних лекова на рецепт. Све ове базе води и ажурира информациони систем организације обавезног здравственог осигурања и на тај начин штити податке од злоупотребе.²³⁵

Да би се плаћање могло вршити путем капитације, потребан је и регистар изабраних лекара, према лекарима, опредељеним пацијентима и местима коришћења здравствене заштите. Регистар се мора редовно ажурирати, сходно дневним опредељивањима пацијената за изабраног лекара. Када се пацијент определи за свог лекара, подаци се уносе у наведени Регистар. Овај Регистар представља основ за обрачун дела плате за изабране лекаре. На основу података из Регистра праве се извештаји, на основу којих се врши оцена сваког лекара. Током времена, формирају се критеријуми за оцену лекара, где највишу оцену добија лекар који има највише опредељених пацијената, који пружа већи обим услуга, обезбеђује виши квалитет здравствене заштите, а при том је рационалан, о чему је раније било више говора. Регистар је повезан са базом осигураних лица, односно са матичном евиденцијом остваривања права. За функционисање Регистра неопходна је информатичка подршка. Како Регистар садржи податке о личности, исти мора бити заштићен и њему могу приступати само лица са дозволом администратора система.

²³⁵ Вид. <http://www.rfzo.rs/index.php/kapitacija-actual-16>, 8. март 2015.

Дакле, пре примене система капитације неопходно је обезбедити:²³⁶

- ажурну евиденцију свих осигураних лица;
- евиденцију изјава о изабраном лекару, да би се могло пратити колики је број пацијената опредељен по сваком изабраном лекару;
- ценовник услуга;
- систем извештавања установа примарне здравствене заштите за праћење примене капитације;
- категоризацију за рангирање изабраних лекара;
- адекватну и применљиву капитациону формулу;
- висок ниво менаџерских способности и вештина.

1.3. Алокација финансијских средстава

Већина европских земаља је у имплементацији циљева здравствене политике афирмисала комплетне моделе алокације средстава који укључују уговорне механизме, као и системе плаћања даваоцима здравствених услуга и лекове.²³⁷ Да би се извршила алокација средстава након обрачуна трошкова здравствене заштите потребно је предузети три корака, и то:²³⁸

- расподелу трошкова немедицинских служби,
- расподелу индиректних трошкова,
- расподелу директних трошкова.

Доступна литература описује различите оквире за расподелу болничких трошкова. Медицинске службе воде бригу о пацијентима од момента њиховог уласка у дом здравља, или болницу, до отпуста, док немедицинске службе обухватају администрацију,

²³⁶ Вид. <http://www.europa.rs/upload/documents/documents/Kapitacija%20Info%206.pdf>, 5. април 2015.

²³⁷ European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/111011/sumhecareform.pdf, 26. мај 2014.

²³⁸ St-Hilaire, P.K. Crepeau, „Hospital and unit cost-allocation methods“, *Healthcare Management Forum*, Westboro, Massachusetts 2000, 12-32.

управљање, логистику, безбедност и сигурност.²³⁹ Из тог разлога посебно се врши утврђивање трошкова за медицинске, а посебно за немедицинске службе.

Други оквир који се, такође, користи је обрачун трошкова према активностима (*activity-based costing*). Обрачун трошкова по активностима се не односи на посебну методологију расподеле, већ на наглашавање значаја идентификовања најпрецизније базе расподеле, одражавајући узрочно-последичну везу између општих трошкова и трошкова медицинске службе. Трошкови немедицинских служби додељују се оним медицинским службама које су довеле до датих активности.²⁴⁰

Директни трошкови су трошкови који настају у медицинским службама и непосредно су везани за пацијента. То су трошкови: интервенција, лекова, санитетског и медицинског потрошног материјала и др. Директни трошкови су стварни трошкови, који се накнадно обрачунавају.

Индиректни трошкови су трошкови који су настали у медицинским службама, али нису директно везани за пацијенте. У индиректне трошкове спадају: плате запослених радника, трошкови набавке ситног инвентара, трошкови енергената и др. Да би се ови трошкови укалкулисали у цену коштања, могуће их је, према одређеном проценту, доделити директним трошковима, или вршити њихово пондерисање, или утврдити релативну вредност јединице.²⁴¹

Основно начело свих здравствених система јесте равноправна и солидарна расподела средстава, сходно здравственим потребама грађана. Квалитетно финансирање у систему здравствене заштите обухвата и прикупљање средстава, и њихову расподелу. Финансирање здравствене заштите мора се базирати на поштеној и адекватној расподели средстава даваоцима здравствених услуга. Финансирање се врши према одређеним критеријумима,

²³⁹ Steven A. Finkler, David M. Ward, Judith J. Baker, *Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations*, Aspen Publishers, New York 2007, 4-9.

²⁴⁰ R. Cooper, R. S. Kaplan, "Measure Costs Right: Make the Right Decisions" *Harvard Business Review* 5/1988, 96–103.

²⁴¹ S.S. Tan *et al.*, "Comparing Methodologies for the Allocation of Overhead and Capital Costs to Hospital Services", *Value in Health*, Vol. 12, Issue 4, 2009, 530-535.

узимајући у обзир здравствене потребе, квалитет здравствене заштите и расположива средстава. Након утврђивања критеријума за расподелу средстава, неопходно је позабавити се надзором над здравственим системом, ради контроле рационалног трошења од стране здравствених установа.

У алокацији средстава потребно је ускладити однос између оног ко плаћа услуге и даваоца здравствених услуга, пре свега водећи рачуна о здравственим потребама. Квалитетне здравствене услуге могуће је добити када су даваоци здравствених услуга адекватно плаћени. Једино праведан начин расподеле средстава према даваоцима здравствених услуга може створити подстицаје за промену понашања лекара и медицинских радника, смањење корупције, смањење упућивања пацијената у приватне здравствене установе и тежњу ка пружању квалитетних здравствених услуга. У данашњим условима, без обзира на Хипократову заклетву, када су лекари као даваоци здравствених услуга адекватно плаћени они пружају одређени квалитет здравствене заштите. С друге стране, лекари се домаћински понашају према опредељеним средствима, јер немају потребу да повећавају број непотребних услуга и процедура.

Као и у другим сегментима, у алокацији средстава за здравствену заштиту, неопходно је утврдити приоритете. Ниједан здравствени систем не може финансирати све здравствене услуге. Од укупно расположивих средстава, потребно је реално одредити износе по нивоима здравствене заштите, као и за превентиву и куративу, набавку опреме и скупе медицинске процедуре. Да би се ово урадило, неопходно је постављање циљева и дефинисање стратегије, израда *cost-benefit* анализе и др. Не постоји универзалан и идеалан систем алокације средстава. Алокација се може вршити: 1) према потребама грађана (врши се утврђивање здравствених потреба становништва према полу, старости, социо-економској ситуацији, територијалној припадности и сл., након чега се врши расподела средстава), 2) према оствареним резултатима (након остварених резултата врши се поређење међу даваоцима здравствених услуга, те они даваоци који остварују боље резултате у односу на просек добијају додатна средства), 3) на основу *inputa* (алокација се врши након анализе

трошкова из претходног периода) и 4) на основу пружених услуга (плаћају се услуге према њиховим ценама).²⁴²

1.4. Дефинисање капитационе формуле

Основни задатак модела капитације јесте расподела средстава по глави становника. Овај модел уважава повећане потребе корисника зависно од старосне групе.²⁴³ За утврђивање капитације, односно главарине користи се капитациона формула, која се заснива на математичком моделу. Модел је осмишљен по систему корисник-здравствена установа-фонд. Подаци о кориснику узимају се из званичног пописа становништва, које се врши сваке десете године, а обухвата старосну и полну структуру која се користи за утврђивање капитационе формуле. На истим принципима ради се и процена броја становника за сваку годину која је, захваљујући искуству и доброј методологији, сведена на одступање на нивоу статистичке грешке, те је као извор података врло поуздана. Подаци су везани за територију општине, где је давалац здравствених услуга на примарном нивоу здравствене заштите. Један од основних задатака је изједначавање сваког корисника према његовим потребама.²⁴⁴ Капитациону формулу је немогуће „преписати“ или „усвојити“, већ се формула мора прилагодити организацији здравствене заштите, постојећем начину финансирања, социјалним, културолошким, политичким, и пре свега, финансијским приликама у земљи.²⁴⁵

Како је право сваког пацијента да изабере свог лекара, тако фонд здравственог осигурања мора да обезбеди средства за финансирање потреба корисника у државним здравственим установама. Институција обавезног здравственог осигурања треба да планира финансијска средства по сваком изабраном лекару, јер је фонд за финансирање здравствене заштите ограничен. С друге стране, потребно је правилно планирати трошкове пружања

²⁴² *Капитација и дијагностички сродне групе*, Комора здравствених установа Србије, Министарство здравља и Републички фонд за здравствено осигурање, Београд 2005, 30-38.

²⁴³ Р. Кнежевић, „Плаћање примарне здравствене заштите методом капитације“, *Здравствена заштита*, Комора здравствених установа Србије, Београд 3/2009, 75-77.

²⁴⁴ *Ibid.*

²⁴⁵ G. A. Gifford *et al.*, Health-Based Capitation Risk Adjustment in Minnesota, *Healthcare Financing Review*, Michigan Winter 2004-2005, Vol. 26, No 2, 35.

здравствених услуга за сваког пацијента. На тај начин може се утврдити са колико средстава располаже изабрани лекар, односно његова здравствена установа. Фонд здравственог осигурања поседује регистар изабраних лекара, као и базу података о броју пацијената по свакој здравственој установи. Иако је законска обавеза да сваки осигураник има свог изабраног лекара, то, често, у пракси није случај. У таквим ситуацијама, на основу броја осигураника који су се лечили у здравственој установи примарног нивоа здравствене заштите током претходне године, може да се пројектује број пацијената за текућу годину, а, самим тим, и износ потребних средстава за здравствену заштиту. Иста је ситуација и у приватним здравственим фондовима и приватним здравственим установама са којима фондови здравственог осигурања имају потписане уговоре о финансирању здравствене заштите.

Међутим, примарна здравствена заштита не може да се посматра искључиво кроз рад изабраних лекара. Одређени медицински послови одвијају се изван делокруга рада изабраног лекара (патронажа, заштита менталног здравља, хитна медицинска помоћ, заштита од кожных и венеричних болести и др.). Из тог разлога, неопходно је из укупно опредељених средстава за финансирање примарне здравствене заштите обезбедити и део који ће покривати наведене услуге, пружене од стране оних лекара који по закону не могу бити изабрани.

Основни циљ финансирања путем капитације је да се успоставе критеријуми оцењивања према којима ће највишу оцену добијати онај лекар кога је изабрао велики број пацијената, који тим пацијентима пружа потребан број услуга, а који је, при томе, рационалан у погледу средстава и води рачуна о квалитету пружених здравствених услуга. Капитациона формула полази од радног учинка лекара, да би се рангирао сваки изабрани лекар по следећим критеријумима: регистрација, рационалност, ефикасност и превенција.²⁴⁶ За сваког изабраног лекара, за сваки од ових критеријума се рачуна оцена. Коначна оцена се формира тако што се оцена за одређени критеријум помножи са својим тежинским фактором²⁴⁷ и

²⁴⁶ Вид. <http://www.rfzo.rs/index.php/izabrani-lekar-actual/kapitacija-actual/kapit-form>, 23. мај 2014.

²⁴⁷ Тежински фактор се некада назива и фактором квалитета. Представља проценат учешћа одређеног критеријума у укупној оцени.

сабира са пондерисаним оценама (помноженим својим тежинским фактором) за остале критеријуме.²⁴⁸

Сваки од наведених критеријума у одређеном проценту учествује у укупном збиру за оцену лекара. Оцене се додељују на скали од 0 до 10, што практично значи да је максимална оцена по сваком критеријуму 10, а минимална 0. Оцена 5 одговара просечном радном учинку у области рада. Ефикасност и превенција у мањем проценту учествују у укупном збиру за оцену лекара, док регистрација и рационалност имају, значајно већи проценат учешћа (Табела бр. 72). За сваки од наведених критеријума, такође се утврђују референтне вредности и број поена који се добија на име одступања од референтних вредности.

Регистрација корисника представља укупан број пацијената који су се определили за изабраног лекара. Мери се бројем потписаних изјава од стране опредељених пацијената за сваког појединачног лекара. У оквиру овог критеријума морају се разврстати пацијенти по старосним групама. Сваком изабраном лекару додељује се број, за њега, опредељених пацијената, у складу са бројем регистрованих пацијената који је помножен са корективним фактором (у зависности од старосне структуре).²⁴⁹ Корективни фактор примењује се у области опште медицине и педијатрије.

Рационалност представља потрошњу лекова који се прописују на рецепт по осигураном лицу. Првобитно се утврђује укупна потрошња лекова у одређеном временском периоду за свако осигурано лице, а затим вредност прописаних рецепата по лекару. Корективни фактор код критеријума рационалност утврђује се као количник збира малопродајних цена свих издатих лекова на рецепт и броја осигураних лица која су реализовала те рецепте.²⁵⁰

Ефикасност у сврху примене капитационе формуле представља однос уговореног броја сати за пружање здравствених услуга и броја реализованих сати у раду изабраног лекара. У свакој земљи мора да постоји институција која ће утврдити нормативе (временске и

²⁴⁸ И. Атанацковић, *Истраживање искуства са капитационом формулом у Републици Србији*, Мастер рад, Медицински факултет Универзитета у Београду, Београд 2015, 24.

²⁴⁹ *Ibid.*

²⁵⁰ Вид. <http://www.rfzo.rs/index.php/davaocizdrusluga/kapitacija-actual-16>, 1.октобар 2015.

кадровске) за сваку појединачну услугу. При рачунању оцене за ефикасност, није битно ког лекара је осигурано лице изабрало, пошто се равноправно рачунају и опредељени пацијенти и пацијенти који су бирали друге лекаре (у случајевима када изабрани лекар пацијента не ради, па је исти био приморан да оде код другог лекара). Ефикасност у укупној оцени учествује са свега 10%, да би се избегло подстицање лекара да прегледају превелики број пацијената на дневном нивоу, што би, евентуално, могло да доведе до смањења квалитета лечења осигураних лица.

Превенција представља однос броја пружених превентивних услуга у односу на укупан број пружених услуга од стране изабраног лекара у посматраном периоду. С обзиром на то да изабрани лекар има обавезу да прати стање својих пацијената и позива их на превентивне прегледе, пружене превентивне услуге се рачунају изабраном лекару у оквиру ове категорије само за опредељене пацијенте.

Као пример за израчунавање критеријума који чине капитациону формулу узет је онај који користи Републички фонд.

Табела бр. 72. - Тежински фактор за утврђивање укупне оцене

Критеријум	Процент учешћа критеријума
Регистрација (%укупне оцене)	40%
Рационалност (%укупне оцене)	40%
Ефикасност (%укупне оцене)	10%
Превенција (%укупне оцене)	10%

Након одређивања процента сваког од четири критеријума у укупној оцени лекара, приступа се утврђивању опсега оцене.

Табела бр. 73. - Опсег учешћа сваког критеријума у укупној оцени

Критеријум	Опсег учешћа критеријума у оцени
Регистрација	[0..4]
Рационалност	[0..4]
Ефикасност	[0..1]
Превенција	[0..1]

Пример за израчунавање оцене:

Узмимо да су оцене по критеријумима следеће:

Регистрација	Рационалност	Ефикасност	Превентива	укупна оцена
8	9	8	10	$8*0,4 + 9*0,4 + 8*0,1 + 10*0,1 = 6,6$

Корективни фактори према старосним групама примењују се у областима опште медицине и педијатрије, док се у области гинекологије не примењују. Пошто пацијенти различите старосне доби различито оптерећују своје изабране лекаре, број регистрованих осигураника приликом израчунавања радног учинка лекара за категорију регистрација коригује се, према следећој табели:

Табела бр. 74. - Корективни фактор за критеријум регистрација

Од (године)	До (године)	Корективни фактор за регистрацију
	< 1	3,00
≥ 1	< 7	1,90
≥ 7	< 19	0,88
≥ 19	< 50	0,84
≥ 50	< 65	1,40
≥ 65	< 75	2,20
≥ 75		3,00

Извор: Републички фонд за здравствено осигурање

Кориговани збир осигураника добија се тако што се број осигураника једног лекара у свакој од старосних група помножи одговарајућим старосним фактором.

С обзиром на то да се исте старосне групе пацијената не појављују код свих лекара, број регистрованих осигураника приликом израчунавања радног учинка лекара за категорију рационалност коригује се, према следећој табели:

Табела бр. 75. - Корективни фактор за критеријум рационалност

Група	Од (године)	До (године)	Корективни фактор за рецепте
1		< 1	0,68
2	≥ 1	< 7	1,25
3	≥ 7	< 19	1,88
4	≥ 19	< 50	2,85
5	≥ 50	< 65	4,97
6	≥ 65	< 75	5,95
7	≥ 75		5,38

Извор: Републички фонд за здравствено осигурање

Корективни фактор за рецепте за сваку групу израчунава се као количник збира малопродајних цена свих издатих лекова на рецепте за осигуранике из дате старосне групе и броја осигураника који су подигли издате лекове.

Приликом утврђивања капитационе формуле морају се имати у виду и оне категорије становништва које су изложене повећаном ризику обољевања. Становништво изложено повећаном ризику обољевања обухвата: децу, школску децу и студенте, особе старије од 65 година, труднице, хендикепирана и инвалидна лица, као и лица која су незапослена и која живе у лошим материјалним условима. На све ове критеријуме потребно је применити и корективне старосне факторе. Сви наведени критеријуми имају исте вредности и исти начин бодовања у делу одступања од просека.

Лекар на примарном нивоу здравствене заштите мора обезбедити утврђен обим и врсту услуга. Услуге морају бити утврђене према полу, старосној доби и здравственом стању осигураних лица. За стимулисање рада лекара у примарној здравственој заштити потребно је дефинисати број опредељених пацијената, као и обим и врсту пружених услуга, изнад којег ће лекар моћи да остварује стимулативни део накнаде, мимо фиксног дела плате који прима. Како се у примени капитације плата лекара састоји од фиксног и варијабилног дела, варијабилни, тј. стимулативни део накнаде добија се множењем броја поена за сваку категорију посебно и броја који је за одређену категорију опредељен.²⁵¹

Радни учинак изабраног лекара, за сваки од горе наведених критеријума, се оцењује према утврђеним формулама. Након што се радни учинак изабраног лекара оцени према сваком критеријуму, те оцене се множе тежинским факторима, односно процентом учешћа одређеног критеријума у укупној оцени. Збир свих пондерисаних оцена даје укупну оцену на основу које се обрачунава део плате по радном учинку.

Укупна оцена за области рада општа медицина, педијатрија и гинекологија се рачуна на следећи начин²⁵²:

$$\text{Укупна оцена} = Pe \times 0,4 + Pa \times 0,2 + Ef \times 0,1 + Pr \times 0,3$$

Укупна оцена за области рада стоматологија и децја и превентивна стоматологија се рачуна на следећи начин:²⁵³

$$\text{Укупна оцена} = Pe \times 0,4 + Ef \times 0,2 + Pr \times 0,4$$

Pe = Регистрација

Pa = Рационалност

Ef = Ефикасност

Pr = Превентива

²⁵¹ Вид. <http://www.rfzo.rs/index.php/davaocizdrusluga/kapitacija-actual-16>, 1. октобар 2015.

²⁵² Вид. http://www.rfzo.rs/download/kapitacija/Uputstvo_za_koriscenje_Ktabele-5.2.pdf, 25. март 2015.

²⁵³ Ibid.

2. Историјат дијагностички сродних група

Класификацију по ДСГ израдио је тим научника са Универзитета Јејл 1975. године, с циљем да се пружи помоћ и подршка директорима болница у дијагностиковању проблема у делу управљања у пружању услуга.²⁵⁴ Примена овакве класификације отпочела је у неколико болница Нове Енглеске.²⁵⁵

ДСГ оквир омогућава болницама да прате коришћење ресурса и квалитет услуга, повезујући демографске карактеристике и дијагнозе пацијената са трошковима, који су у директној вези са лечењем сваког пацијента понаособ.²⁵⁶ Иако ДСГ првобитно није замишљен као систем управљања накнадама, ова идеја је брзо заживела. Убрзо се увидела предност плаћања према ДСГ класификацији, тако да су се на једноставан начин могли предвидети трошкови лечења за пацијенте са сличним дијагнозама.

Иницијално, замисао увођења ДСГ класификације била је унапређење у делу пружања здравствених услуга. Међутим, убрзо се схватило да ДСГ систем може да се примењује као основ плаћања болесничких услуга по епизоди лечења (период који се рачуна од дана пријема у болницу до отпуста из болнице).

Пре увођења ДСГ-а, болнице су плаћане ретроспективно, а након подношења рачуна. Сједињене Америчке Државе су 1983. године увеле систем проспективног плаћања²⁵⁷, чија је база био ДСГ систем. На основу ДСГ-а ситета болнице добијају одређени износ новчаних средстава, према дијагнози пацијента. У складу са медицинском праксом, утврђује се просечна дужина лечења у некој болници. Утврђивањем дужине хоспитализације за одређену ДСГ, врши се поређење са просечном дужином лечења. У случају дуже

²⁵⁴ The Evolution of DRGs, http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok1_047260.hcsp?dDocName=bok1_047260, 14. децембар 2015. године.

²⁵⁵ R. Busse *et al.*, 150.

²⁵⁶ B. D. Bushnell, The Evolution of DRGs, <http://www.aaos.org/news/aaosnow/dec13/advocacy2.asp>, 5. април 2015.

²⁵⁷ У Сједињеним Америчким Државама под „системом проспективног плаћања“ подразумевају се унапред дефинисни трошкови по епизоди лечења.

хоспитализације, у односу на просечну дужину лечења, долази се до сазнања да се није добро планирало по питању отпуста из болнице или предвиђања евентуалних компликација. Такви случајеви се даље испитују и на тај начин се управља пружањем услуга.

Иницијатива за увођење ДСГ потекла је од Медикер (*Medicare*)²⁵⁸ још 1965. године.²⁵⁹ Прва ДСГ група имала је 250 класа. Током времена, број класа је повећан на 383, тако да се 1977. године почео примењивати ДСГ систем, који је и данас у употреби и који од тада није много измењен. Систем је осмишљен тако да се случај, према основној дијагнози, додељује дијагностичкој категорији ГДК (MDCs)²⁶⁰. У оквиру ГДК, случајеви се деле на хируршке ДСГ и медицинске ДСГ. Медицинске ДСГ се разликују по основној дијагнози и старости пацијената. Хируршке ДСГ утврђују хируршку хијерархију, односно редослед појединих поступака. Поједине хируршке и медицинске ДСГ се даље деле, у складу са присутним компликацијама и коморбидитетом (КК).²⁶¹ Случај се, затим, придружује скупу сродних основних дијагноза. Скупови се, након тога, деле према старосним групама, на категорије са или без значајних секундарних дијагноза.

Током времена почеле су се развијати и друге класификације, али је систем ДСГ-а погодовао и влади, и осигуравајућим кућама, из разлога што се на другачији начин нису могли контролисати стално растући трошкови здравствене заштите. Следећи пример Сједињених Америчких Држава, многе земље су отпочеле са применом ДСГ класификације. Португалија је већ 1984. године увела ДСГ систем плаћања болничке делатности у јавном сектору, Француска 1991. године, Велика Британија и Ирска 1992. године, Шведска и Финска 1995. године, Шпанија 1996. године, Аустрија 1997. године, Немачка и Естонија

²⁵⁸ *Medicare* је федерални програм здравственог осигурања у Америци за људе старије од 65 година, млађе особе са инвалидитетом и особе у завршној фази болести, <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/decide-how-to-get-medicare/whats-medicare/what-is-medicare.html>, 20. септембар 2015. године.

²⁵⁹ R. Busse *et al.*, 3.

²⁶⁰ *Main diagnostic category* (MDC) – главна медицинска категорија. У тексту ће најчешће бити коришћена скраћеница ГДК. Главне дијагностичке категорије формирају се тако што се све дијагнозе сврставају у 25 дијагностичких кодова. ГДК кодови, као група дијагноза везаних (ДСГ) кодова су, пре свега, подаци и административне базе кодова, на основу којих се врше извештавања и исплате накнада, јединствене за здравствену заштиту у Сједињеним Америчким Државама.

²⁶¹ *Complicating or Comorbid Condition* - Компликација/Коморбидитет (КК) – Стање код болесника код којег постоје компликације, као и стање где, поред примарне болести, пацијент има и друге секундарне поремећаје и болести. За потребе ДСГ, компликација и коморбидитет се узимају као секундарна дијагноза.

2003. године, Холандија 2005. године, а Пољска 2008. године.²⁶² У другој половини 80-их година прошлог века Аустралија је пратила успех примене ДСГ-а у Америци, те се отпочело са његовом применом, али не да би се смањили расходи, него да би се рационално користили ресурси. Расходи су свакако смањени, али су, с обзиром на ограничена средства јавних фондова иста почела да се преливају у приватни сектор.

У Словенији се са применом ДСГ-а отпочело 2000. године, али је систем имплементиран 2003. године. Од деведесетих година прошлог века Бугарска је прешла са социјалистичког модела финансирања болничке делатности на појединачно плаћање у систему здравственог осигурања. До тог периода болнице су се финансирале на основу годишњи опредељеног буџета.

Табела бр. 76. - Преглед година увођења ДСГ-а по земљама

Земља	Година увођења ДСГ-а
Португалија	1984
Француска	1991
Велика Британија	1992
Ирска	1992
Шведска	1995
Финска	1995
Шпанија (Каталонија)	1996
Аустрија	1997
Немачка	2003
Естонија	2003
Холандија	2005
Пољска	2008

Извор: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf

²⁶² R. Busse *et al.*, 10.

Преласком на ДСГ, плаћање се заснива на извештајним активностима, које су познате као клинички путеви (*clinical pathways*).²⁶³ Сваки од клиничких путева обухвата сет сличних дијагноза са фиксном ценом. Цене су предмет договора између лекарских удружења и осигуравајућих друштава. У Бугарској се у делу финансирања болничке здравствене делатности иде ка слободном тржишту. Формирање цена здравствених услуга посматрано је у периоду од десет година од момента увођења оваквог начина плаћања. Установљено је да на формирање цена највише утичу „медицински лобисти“. Тако формиране цене нису одражавале стварне трошкове. Хоспитализација је у десетогодишњем периоду порасла за 68%. Једним делом, ово увећање условљено је експанзијом приватног сектора и отварањем специјалистичких ординација, посебно у добро плаћеним областима (пластична хирургија, гинекологија и акушерство, радиолошка дијагностика и др.). Реално и очекивано, порасло је и незадовољство пацијената.²⁶⁴ Након тог десетогодишњег периода, Бугарска је кренула да пореди свој ДСГ са европским. Тежња се базирала на увођењу система плаћања према потребним здравственим услугама, стварним ценама коштања здравствених услуга и њиховом већем квалитету.

У одређеном броју земаља ДСГ се користи као основни модел плаћања, а у другим земљама, пак, исти се комбинује са другим видовима плаћања, или се примењују различите варијације ДСГ-а. Тренутно се ДСГ систем примењује у више од 30 земаља широм света. ДСГ се примењује, превасходно у циљу финансирања акутног болничког лечења.²⁶⁵ За психијатријске пацијенте, хроничне пацијенте и амбулантно лечење, често се користе и други системи плаћања.

²⁶³ *Clinical pathways* (клинички путеви) су документи који показују мултидисциплинарну здравствену обраду одређене болести, односно здравственог стања у форми редоследа свих поступака од почетка до краја епизоде лечења. Омогућава евидентирање свих поступака током лечења. Клинички пут је заснован на доказима, али није листа обавезних упутстава, већ препорука од којих је могуће одступити ако постоји утемељен разлог или објективне околности. Вид. <http://www.rfzo.rs/download/dsg/Vodic%2025-10-2013.pdf>, 17. децембар 2015.

²⁶⁴ A. Dimova *et al.*, *Bulgaria: Health system review*, Health Systems in Transition, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2012, Vol. 14, No. 3, 139, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/169314/E96624.pdf, 26. новембар 2015.

²⁶⁵ The Evolution of DRGs, http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok1_047260.hcsp?dDocName=bok1_047260, 16. децембар 2015. године

2.1. Модели дијагностички сродних група

Постоји неколико различитих варијанти ДСГ које се користе за плаћање болничких услуга. Постоје и неке класификације које су развијене као еквиваленти ДСГ-у, али никада самостално нису могле да егзистирају, јер нису биле довољно различите да би имале неки други назив.

2.1.1. ХЦФА ДСГ (HCFA-DRG)

ХЦФА (*Health Care Financing Administration* - HCFA) је агенција Федералне владе Сједињених Америчких Држава. ХЦФА варијанта се користи у неколико европских земаља (Шпанији, Португалији, Немачкој, Ирској и др.),²⁶⁶ као и у САД. Скоро сваке године ХЦФА модификује своју ДСГ класификацију. Ова Агенција је одговорна за плаћање болничких услуга за старе и остале угрожене категорије становништва. ХЦФА данас обезбеђује здравствено осигурање за преко 74 милиона Американаца, кроз Медикер, Медикејд и Чајлд Хелт (*Medicare, Medicaid and Child Health*).²⁶⁷ Године 1998. ХЦФА је променила назив у Центар за услуге Медикер и Медикејд (*Centres for Medicare & Medicaid Services*).

Од увођења ХЦФА варијанте извршене су незнатне структурне промене, пре свега из бојазни да се не појаве нежељени ефекти. Промене се тичу повећања броја ДСГ. Управа за финансирање здравствене заштите у Сједињеним Америчким Државама је 1983. године усвојила ДСГ класификацију.²⁶⁸ До тада се здравствена заштита финансирала путем плаћања по услугама. ДСГ класификација је у потпуности одговарала потребама за новим начином плаћања.

²⁶⁶ R. Busse *et al.*, 156.

²⁶⁷ Health Care Financing Administration, <http://www.thebody.com/content/art13091.html>, 5. април 2015.

²⁶⁸ R. Busse *et al.*, 4.

ХЦФА ДСГ превасходно врши поделу према главној дијагностичкој категорији ГДК, а према основној дијагнози. Најважније структурне промене уведене су 1987. године, када су биле уведене пре-ГДС класе. До 1987. године коначна подела се вршила према две ставке, и то у зависности од присуства или одсуства коморбидитета и старосне доби пацијента. Старији пацијенти (преко 70 година) имају, по правилу, веће трошкове лечења, од млађих пацијената, код којих постоји одсуство коморбидитета. До тада је постојала јединствена листа коморбидитета, која се примењивала на све класе. Међутим, у пракси постоје одређени случајеви где се не примењује листа коморбидитета и компликација (КК). Оно што је својствено овој врсти ДСГ-а је то да се нехируршке процедуре и мањи хируршки захвати не групишу у оквиру ГДК.

Систем функционише тако што, након класификације случајева по ДСГ, болнице достављају информације о дијагнози и поступцима ХЦФА, помоћу шифара из МКБ.²⁶⁹ Класификација се врши у складу са основном дијагнозом, до осам додатних дијагноза и до шест поступака предузетих/извршених током болничког лечења, као и према старости, полној структури и стању пацијента на отпусту. Како се мења ГДК, тако се усвајају технички напреднији и детаљнији системи класификације.

ХЦФА користи услуге агенција за посредовање, приликом вршења плаћања и класификације случајева у ДСГ. Агенције у своје информационе систем уносе податке о потраживањима болница, врше обраду и контролу података и серију аутоматизованих проба. Ове пробе спроводе се у случајевима који захтевају додатну ревизију пре прикључивању ДСГ. Постоји посебан софтверски програм који класификује случајеве у

²⁶⁹ МКБ класификација је Међународна статистичка класификација болести и сродних здравствених проблема, коју је установила Светска здравствена организација. Класификација болести представља систем категорија које се додељују одређеним болестима, по дефинисаним критеријумима. Статистичка класификација болести обухвата целокупни распон болесних стања уз број категорија који не би требало да буде велики. МКБ је стандардна „алатка“ која се користи у епидемиологији, здравственом менаџменту и у клиничке сврхе, односно у анализама општег здравственог стања популационих група и укупног становништва, за праћење инциденције и преваленције болести и других здравствених проблема. Подаци добијени на основу МКБ представљају основу за израду националне статистике, као и за обезбеђивање национално конзистентних података. Извор: *Међународна статистичка класификација болести и сродних здравствених проблема*, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“ и WHO, Београд 2010.

<http://www.batut.org.rs/download/MKB102010Knjiga1.pdf>, 23. децембар 2015.

одговарајућу ДСГ. И у делу утврђивања коефицијената плаћања ХЦФА сваке године врши измене и пондерисања, сходно подацима болница о стварним трошковима, а не на основу процена болничких трошкова.

ХЦФА ДСГ има своје предности и недостатке, као и сваки други модел. Утврђено је да ова варијанта ДСГ није најбоље решење за амбулантну хирургију и оне дијагнозе у које су укључене разне врсте протеза. ХЦФА ДСГ је оријентисана на старије особе, тако да ова варијанта нема најбољу примену у области здравствене заштите деце и омладине. Предност је у томе што нема директног ограничавања укупно исплаћених средстава болницама, нема манипулација и злоупотреба од стране болница, јер се здравствена заштита плаћа по стварним трошковима.²⁷⁰

ХЦФА је неколико пута разматрала измене класификација, па су тако настале Рафиниране ДСГ (*Refined DRG*), Озбиљно измењене ДСГ за све обвезнике (*All-payer Severity-adjusted DRGs*), ДСГ за све пацијенте (*All Patients-DRG*), Рафиниране ДСГ за све пацијенте (*All Patients Refined-DRG*).²⁷¹

2.1.2. Рафиниране ДСГ (*Refined DRG*)

Рафиниране ДСГ развијене су на Јејл Универзитету (*Yale University*) као критика ХЦФА ДСГ. У неким медицинским програмима уочене су грешке и недостаци ХЦФА ДСГ, тако да се одређени број америчких држава (Кентаки, Северна Каролина и Орегон) определио за сопствене варијанте ДСГ-а, међу којима је и Рафинирана ДСГ. У Орегону је ова варијанта заживела 1997. године, а са њеним коришћењем престало се 2008. године.²⁷²

Основна разлика између Рафиниране ДСГ и ХЦФА ДСГ је у томе што Рафинирана ДСГ има значајно више класа. Већи број класа последица је деобе граничних ДСГ на неколико

²⁷⁰ Т. Strizrep, *Дијагностичко – терапијске групе (DTS): Приручник за здравствене раднике*, Хрватски завод за здравствено осигурање, Загреб 2011, http://mi.medri.hr/assets/DTS_prirucnik.pdf, 24. децембар 2015.

²⁷¹ *Ibid.*

²⁷² RDRG - Refined DRG, <https://www.hcup-us.ahrq.gov/db/vars/siddistnote.jsp?var=rdrq>, 5. април 2015.

подгрупа, сходно тежини болести. Поред постојећих ДСГ из ХЦФА, уведене су и нове ДСГ за различите групе дијагноза и поступака. Самим тим, уведене су и нове класе. Истовремено, већина ДСГ у Рафинираним ДСГ не дели се према присуству и одсуству коморбидитета и компликација. Када су у питању компликације и коморбидитет, уводи се и трећа категорија „главне КК“. У појединим случајевима, секундарне дијагнозе постају „главне КК“. Ова трећа категорија служи за разврставање обољења са озбиљним секундарним стањима пре саме расподеле у ДСГ, када су секундарна стања значајнија од саме разлике између основних дијагноза.²⁷³

Друга разлика огледа се у томе што је ова варијанта ДСГ изградила систем на недостацима ХЦФА, посебно у делу који се тиче здравствене заштите деце и омладине, тако да је уведена адекватна класификација целокупне популације. Такође, ХЦФА ДСГ није обухватала дијагнозе тежих траума и ХИВ-а, које Рафинирана ДСГ класификује у одређене ДСГ.

2.1.3. Аустралијске ДСГ (*Australian Refined Diagnosis Related Groups*)

Године 1984. Аустралија је, подстакнута америчким искуством, усвојила неколико варијанти ДСГ-а. Аустралијска влада је 1991. године одобрила план за креирање јединствене аустралијске варијанте ДСГ. Прва ДСГ у Аустралији носила је назив Аустралијска национална ДСГ (*Australian National DRG*). Године 1998. Аустралијска национална ДСГ мења назив и тако ова варијанта добија назив Аустралијска рафинирана ДСГ (*Australian Refined Diagnosis Related Groups*), који је и данас у употреби.²⁷⁴ Прва Аустралијска рафинирана ДСГ имала је 527 класа. Основна јој је карактеристика да нема „главних КК“ класа.²⁷⁵ Аустралијска рафинирана ДСГ има више варијабли него што је то случај са ХЦФА ДСГ.

²⁷³ Term: Level of Comorbidity and Complications, <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/viewDefinition.php?definitionID=102967>, 10. децембар 2015. године.

²⁷⁴ Аустралијска рафинирана ДСГ, <https://www.accd.net.au/ArDrg.aspx>, 16. децембар 2015.

²⁷⁵ С. Новић, С. Омеровић, Р. Шкрбић, *Нови модел плаћања болничких услуга ДРГ приручник*, Министарство цивилних послова БиХ, Федерално министарство здравља, Министарство здравља Републике Српске, Мостар 2007, 23.

Првобитна идеја била је да се Аустралијска рафинирана ДСГ ажурира сваке године. Варијанта 1 објављена је 1992. године, Варијанта 2 објављена је 1993. године. Након Варијанте 2 уследила је пауза од две године, тако да је Варијанта 3 објављена 1995. године, док је Варијанта 4 објављена 1998. године. Варијанта 5 објављена је 2003. године. У самом старту, између Варијанте 1 и Варијанте 2 нису постојале значајне разлике. Варијанта 2 је имала само 4 класе више у односу на Варијанту 1. Из тог разлога, ова Варијанта скоро да и није била у примени. Варијанта 3 је имала 3.667 класа, што је представљало прави „бум“ у односу на претходне варијанте. Број класа по старости је удвостручен и уведено је много више старосних граница између класа (скала од 5 година). С друге стране, све више се почела користити подела на „главне КК“. Уведен је и концепт Клинички фактор компликације (*Clinical Complication Factor*). Посебна пажња посвећена је анализи узрока због којих трошкови лечења пацијената са истом основном дијагнозом могу варирати. Утврђено је да коморбидитет и компликације, старосна доб, комплексност основне дијагнозе и сложеност поступка у лечењу утичу на настанак ових разлика.²⁷⁶

Варијанта 4 није имала значајне разлике у односу на Варијанту 3. Основна разлика је у категоризацији КК. Наиме, претходне варијанте су узимале само највише рангиране КК, док су остале занемаривале. Варијанта 4 узима у обзир све КК и рачуна пондерисан износ, који се назива Степен клиничке комплексности пацијента - СККП (*Patient's Clinical Complexity Level – PCCL*).²⁷⁷ Варијанта 4 је велику пажњу посветила ревизији значаја сваке КК, те је свакој КК приписан одређени број бодова, од 1 до 4. Развијен је модел израчунавања на основу анализе база података из студија, на основу ког се добија број поена по епизоди. Варијанта 5 објављена је 2003. године, а са применом је почела 2004. године. Ревидиране су поделе у одређеном броју граничних случајева на основу анализе студије о трошковима по пацијенту, у односу на Варијанту 4.²⁷⁸ Након Варијанте 5, у 2004. години објављена је Варијанта 5.1, која користи шифре из четвртог издања МКБ 10. Влада Аустралије објавила

²⁷⁶ *Ibid.*, 24.

²⁷⁷ Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs), <http://www.ozemedicine.com/wiki/doku.php?id=edadmin:drg>, 24. април 2015.

²⁷⁸ С. Новић, С. Омеровић, Р. Шкрбић, 26-30.

је и увелико користи Варијанту 6.0. Верзија 6.0 обухвата 698 класа, од којих је већина распоређена у 23 ГДК.²⁷⁹

Аустралијска рафинирана ДСГ се примењује, поред Аустралије, и на Новом Зеланду, у Румунији, Словенији, Босни и Херцеговини, у Сингапуру, Италији и, једним делом, у Немачкој и Сједињеним Америчким Државама. Научници сматрају да се Аустралијска рафинирана ДСГ не би могла примењивати у свим земљама, из разлога што многе државе немају потпуну евиденцију секундарних дијагноза.

2.1.4. 3М варијанте ДСГ

Компанија 3М²⁸⁰ је међународна комерцијална компанија која је одговорна за одржавање Аустралијске рафиниране ДСГ за државу Њујорк. Ова компанија израдила је проширену варијанту ДСГ, која је укључивала, поред Аустралијске рафиниране ДСГ (*Australian Refined Diagnosis Related Groups*), ДСГ за све пацијенте (*All Patients-DRG*) и Међународну ДСГ за све пацијенте (*International All Patient*).²⁸¹ Из тог разлога је и названа 3М варијанте ДСГ. Године 1987. држава Њујорк донела је закон којим се успоставља ДСГ систем за све пацијенте који се не налазе у оквиру Медикер. Како сама ДСГ за све пацијенте није покривала трошкове лечења деце и особа са ХИВ-ом, то је она допуњена, посебно у делу који се односи на новорођенчад, педијатријске пацијенте и пацијенте са ХИВ-ом.²⁸²

Здравствена организација државе Њујорк (*New York State Department of Health*) направила је споразум са компанијом 3М, према којем је основни задатак 3М био да оцени потребу за изменом ДСГ, као и да уради одређена софтверска решења за њену примењивост на горе наведене групе пацијената. Основни циљ је био да се развије систем класификације

²⁷⁹ *Clinical Casemix Handbook 2011-2012*, Government of Western Australia, Department of Health, East Perth WA 2011, 8-11, <http://www.health.wa.gov.au/activity/docs/cch.pdf>, 6. април 2015.

²⁸⁰ 3М Health Information Systems, http://solutions.3m.com/wps/portal/3M/en_US/Health-Information-Systems/?WT.mc_id=www.3Mhis.com, 2. мај 2015.

²⁸¹ С. Новић, С. Омеровић, Р. Шкрбић, 31.

²⁸² L. Lorenzoni *et al.*, "The evaluation of neonatal case mix using Medicare DRG and APR-DRG classification systems", *Italian Journal of Pediatrics* 28/2002, 225-229.

пацијената који врши груписање сходно ресурсима који се користе, односно трошковима који се генеришу током лечења. Тако је првобитни ДСГ искључиво фокусиран на ресурсе који се користе, без плата, трошкова енергената и др. То важи за ХЦФА ДСГ. Током година, настала је реална потреба да се формира систем класификације пацијената, односно апликација која ће вредновати коришћене ресурсе, трошкове и исплате.²⁸³

Специфичност ДСГ за све пацијенте је у томе што је основна структура ДСГ-а проширена са четири подкласе за сваки ДСГ. Ове подкласе омогућавају прављење разлика међу пацијентима, сходно озбиљности болести и ризику смртности. Тако су сваком пацијенту додељена три различита „дескрипта“, која се односе на ризик од смртности подгрупе, озбиљност болести подгрупе и базу ДСГ за све пацијенте, са основном и пратећом дијагнозом. Озбиљност болести подкласе и ризик од смртности подкласе обележавају се бројевима од 1 до 4, у зависности од тога да ли имају неки од следећих „дескрипта“, и то: мала, умерена, главна или екстремна тежина болести, односно ризик од смртности. Овакво нумеричко изражавање тежине болести и ризика од смртности даје могућност да се применом индиректне стопе стандардизације израчуна очекивана дужина боравка у болници.²⁸⁴

Интернационална ДСГ за све пацијенте представља варијанту која се, углавном, бави ДСГ у делу здравствене заштите деце. Користи предности ДСГ за све пацијенте и Аустралијске рафинисане ДСГ и болничкој компоненти додаје амбулантну. Интернационална ДСГ за све пацијенте је дизајнирана не само за употребу у сврху финансирања, већ и за утврђивање перформанси здравственог система, анализе, буџетирање и др. Даје подршку локалном, регионалном и националном здравственом систему. Интернационална ДСГ за све пацијенте је развијена за ефикасно и ефективно спровођење кодирања, због тога што даје могућност евидентирања и груписања великог броја дијагноза. Интернационална ДСГ за све пацијенте дизајнирана је у складу са МКБ 10. Специфичност Интернационалне ДСГ за све пацијенте

²⁸³ *All Patient Refined Diagnosis Related Groups (APR-DRGs) Methodology Overview*, 3M Health Information Systems, National Association of Children's Hospitals and Related Institutions, Inc., Medical Advisory Committee for NACHRI APR-DRG Research Project, Wallingford CT 2003, 21, <https://www.hcup-us.ahrq.gov/db/nation/nis/APR-DRGsV20MethodologyOverviewandBibliography.pdf>, 20. април 2015.

²⁸⁴ *Ibid.*

је употреба вишеструких нивоа компликација и коморбидитета за сваку појединачну дијагнозу. Ова методологија користи секундарни дијагнозу, као и комбинације секундарних дијагноза и базне ДСГ. Иако назив указује на међународни ниво, Интернационална ДСГ за све пацијенте се користи само у Сједињеним Америчким Државама.²⁸⁵

2.2. Увођење плаћања према групама сличних случајева

ДСГ представљају методу на основу које се врши класификација пацијената који се лече у болницама у групе које имају сличне дијагнозе и захтевају релативно сличну потрошњу средстава. Основ за разврставање пацијената по ДСГ јесу дијагнозе, како и сам назив каже, али поред дијагноза ту су и урађене процедуре, дужина болничког лечења, пол, старост и др. У оквиру једне групе пацијенти имају заједничке демографске, дијагностичке и терапеутске атрибуте, који одређују њихову потребу за одређеним износом средстава (трошкови лечења).

Може се рећи да су најважније мере сличности случајева следеће:²⁸⁶

- здравствени проблеми (дијагноза, потреба за здравственом заштитом),
- метод здравствене заштите (процедура, интервенција),
- корисност заштите,
- очекивано здравствено стање пацијента након лечења (прогноза),
- трошкови здравствене заштите.

Систем ДСГ даје велику могућност извештавања по различитим захтевима, што, свакако, води унапређењу система здравствене заштите. За извештавање је неопходна МКБ 10 и Номенклатура здравствених услуга.

Фактори који утичу на калкулацију приликом формирања ДСГ-а су:²⁸⁷

²⁸⁵ M. Berlinguet *et al.*, Case-mix Analysis Across Patient Populations and Boundaries: A Refined Classification System Designed Specifically for International Quality and Performance Use, http://solutions.3m.com/3MContentRetrievalAPI/BlobServlet?lmd=1225920803000&assetId=1180606514484&assetType=MMM_Image&blobAttribute=ImageFile, 19. децембар 2015. године.

²⁸⁶ С. Новић, С. Омеровић, Р. Шкрбић, 10.

²⁸⁷ В. D. Bushnell, The Evolution of DRGs, <http://www.aaos.org/news/aaosnow/dec13/advocacy2.asp>, 5. април

- озбиљност болести,
- ризик од смртности,
- прогнозе,
- тешкоће у лечењу,
- потреба за интервенцијама,
- интензитет/употреба ресурса.

Примена ДСГ система захтева нека општа правила у шифрирању дијагноза. У појединим случајевима потребно је вишеструко шифрирање, јер је сврха шифрирања превођење дијагнозе у шифру. Поред наведеног, ДСГ захтева и одређена правила у делу номенклатура услуга. Полази се од поделе по анатомској регији, где се у оквиру сваке од регија, процедуре наводе по сложености, од мање инвазивних ка инвазивнијим процедурама. Процедуре су разврстане по нумеричком низу у групе, односно блокове. Свака област медицине има одређена правила шифрирања у систему ДСГ.

На основу ДСГ система, подаци о лечењу пацијента уносе се у софтвер за груписање, који свакој епизоди лечења додељује припадајућу групу. Свака од ДСГ има свој коефицијент. Овај систем је врло лак за употребу, надоградњу и константно усавршавање.

Пракса је показала да је, у циљу шифрирања, потребно обезбедити следеће:²⁸⁸

- валидне податке и валидне базе података,
- исправну клиничку документацију,
- комуникацију са осталим лекарима и консултантима,
- познавање стандарда за шифрирање,
- искуство на пословима шифрирања,
- познавање медицине и стоматологије.

Постоје нека општа правила за шифрирање болести. Лекар је тај који је одговоран за шифрирање дијагноза, процедура и веродостојност података о полу, дужини лечења, исходу

²⁸⁸ 2015.
Ibid.

лечења и др. Једно од правила је да не би требало шифрирати дијагнозе болести које нису од значаја за епизоду лечења. Основни узрок хоспитализације поставља се на крају епизоде болничког лечења, а након анализе медицинске документације. Шифрирање се обавезно врши по МКБ 10 класификацији на четири кодна места. Значај комплетне клиничке документације од примарног је значаја.²⁸⁹ Поред основне дијагнозе, могу се појавити и пратеће, које се, такође, шифрирају. Могу се јавити и шифре дијагноза, које, саме по себи, не објашњавају детаљно болест. У том случају, захтева се додатно шифрирање, где се поред основне дијагнозе, шифрира и узрочник исте. У примени ДСГ-а шифрирају се и последице тровања и повреда. Предвиђена су и правила у случајевима када је пацијент примљен у болницу због потребе за оперативним захватом, а да тај захват из неког разлога није извршен. Суспектна стања се шифрирају, у зависности од тога да ли је пацијент пребачен у другу болницу, или је отпуштен на кућно лечење. У ДСГ класификацији предвиђене су шифре и за „друге“ и „неозначене“ болести.

Поред правила шифрирања дијагноза болести, постоје и правила шифрирања процедура. Процедура представља документ који прописује поступак рада, у циљу стандардизације појединих процеса рада. Обим и ниво процедура зависи од величине здравствене установе, комплексности послова који се обављају, обучености запослених и сл.²⁹⁰ Свака процедура у Номенклатури здравствених услуга има шифру са 7 или 8 цифара и пун назив. Основно правило у шифрирању ове врсте је да постоји неутралност у односу на извршиоце. То значи да се примењује иста шифра за извршени поступак, независно од тога у којој делатности је тај поступак извршен. Поступак разврставања по ДСГ ради софтвер који се назива „Групер“.²⁹¹ Он узима изворне податке из појединачних рачуна за сваког пацијента. Када се примењује ДСГ мора се прецизно дефинисати износ плаћања. За сваку појединачну групу у оваквом систему примењује се одређени коефицијент. Основну вредност одређује фонд здравственог осигурања. Да би се дошло до износа који треба платити за сваку дијагностичку групу полази се од стварних трошкова у претходном периоду. Када се утврде

²⁸⁹ *Ibid.*

²⁹⁰ Вид. http://www.akaz.ba/Index/Politike_procedure.htm, 25. децембар 2015.

²⁹¹ 3M™ Grouper Plus Content Services and 3M™ Grouper Plus System, http://solutions.3m.com/wps/portal/3M/en_US/Health-Information-Systems/HIS/Products-and-Services/Products-List-A-Z/Grouper-Plus-System/, 2. мај 2015.

стварни трошкови, прелази се на стандардне трошкове, односно трошкове до којих се долази применом клиничких протокола и пружањем рационалних и потребних услуга, а не искључиво најскупљих. ДСГ унапред ограничава трошкове болницама, те се уговорима за одређени временски период дефинише „болнички лимит“. Истовремено, постоји ограничење укупног обима и врсте услуга.²⁹² Интензивна нега се изузима из ДСГ система и плаћа се по случају. Анализа АРАСНЕ²⁹³ служи да би се обезбедиле информације о томе у којој мери је пацијенту потребна интензивна нега, а на основу бодовања приликом пријема и отпуста из интензивне неге. Ова анализа потпомогнута је и *Glasgow coma score*,²⁹⁴ који исту употпуњује са подацима о старосној доби, хроничним болестима и хируршким интервенцијама. Минималан број бодова је 0, а максималан 71. Већи број поена указује на озбиљнију врсту болести.

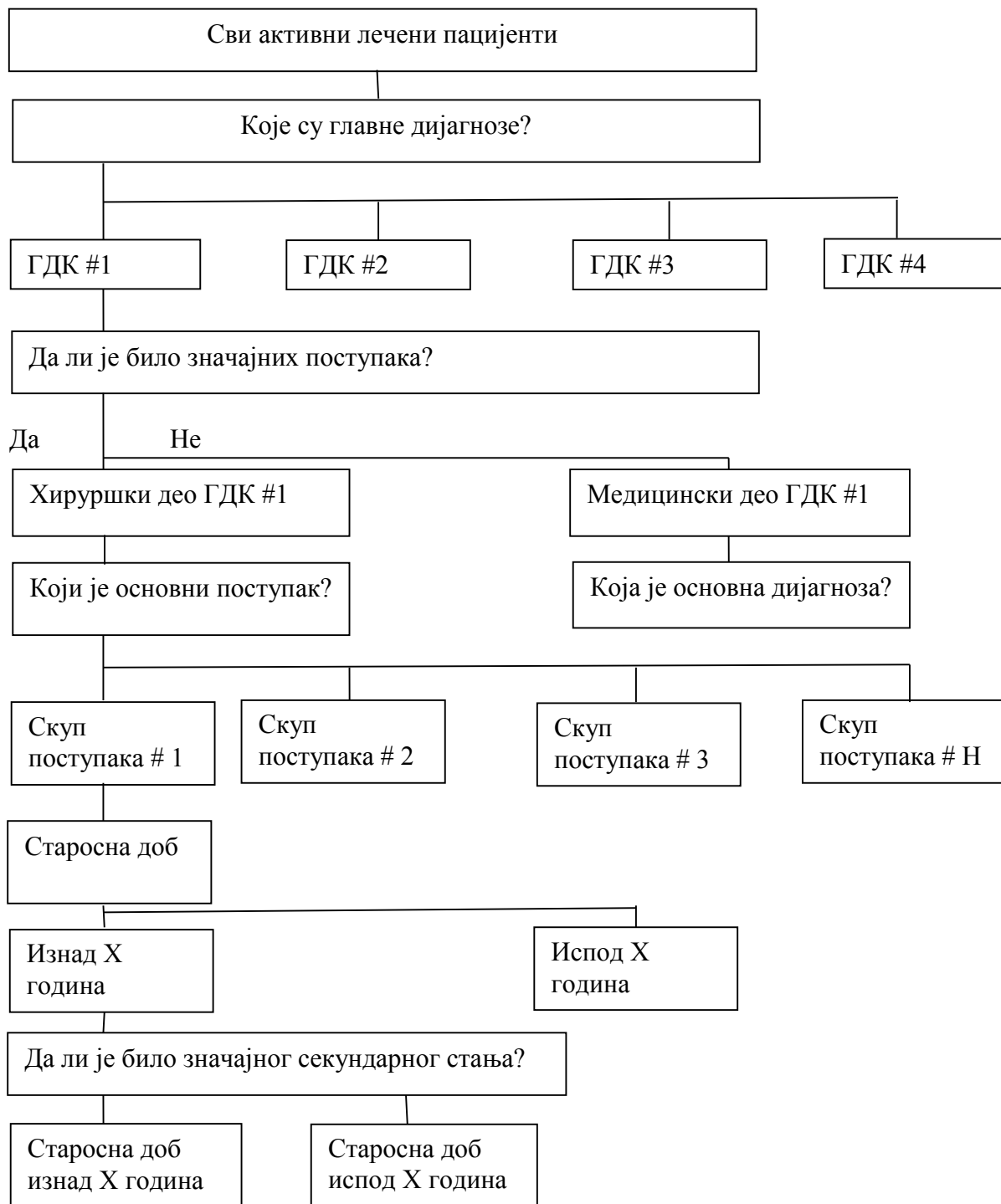
Искуство је показало да не постоји јединствен модел за поделу према ДСГ. Најчешћа подела је према СККП, односно нивоу клиничке комплексности пацијента. Да би се дошло до СККП претходно је потребно евидентирати све компликације и коморбидитете, јер се на основу тога опредељују бодови (од 0 до 4). Бодови се одређују на основу статистичке и клиничке анализе. Случај се додељује ГДК, или према хируршком, или према медицинском делу ГДК. Након тога, обавезно се уносе подаци о поступку лечења. Наводе се интервенције, тежине интервенција, ризици, посебни захтеви за додатном опремом и специфичним условима за извођење интервенције. Утврђује се да ли је било значајних поступака, тј. поступака који носе одређени ризик и изводе се у операционој сали. Поред основне дијагнозе, узимају се и подаци о додатним дијагнозама, значају коморбидитета и компликација, анамнеза пацијента, пол, старост и сл. Случај се, затим, придружује групи дијагноза, према сродности. Групе дијагноза и поступака се, након тога, деле на старосне категорије – X година (нпр. 18 година).

²⁹² Т. Strizrep, *Dijagnostičko – terapijske skupine (DTS): Priručnik za zdravstvene radnike*, http://mi.medri.hr/assets/DTS_prirucnik.pdf, 24. децембар 2015.

²⁹³ АРАСНЕ је софтверска фондација која обезбеђује софтвер, као јавно добро. Пружа услуге и подршку кроз пројекте. Вид. <http://www.apache.org/foundation/1.3/>, 23. април 2015.

²⁹⁴ *Glasgow coma score* је најчешће употребљаван систем бодовања, који служи да опише ниво свести лица након трауматске повреде мозга. Тест је једноставан, поуздан и објективан. Вид. <http://www.brainline.org/content/2010/10/what-is-the-glasgow-coma-scale.html>, 21. април 2015.

Општа логика разврставања по ДСГ



Извор: http://mi.medri.hr/assets/DTS_prirucnik.pdf

Класификација по систему ДСГ даје могућност груписања болнички лечених пацијената, повезивање података о пацијентима с трошковима болнице, поређење обима рада болница узимајући у обзир сложеност случајева, унапређење система интерне контроле трошкова и правилније расподеле средстава међу болницама.

ДСГ даје могућност поређења трошкова лечења пацијената са истим основним дијагнозама, могућност идентификовања трендова у лечењу, утврђивање активности за унапређење квалитета лечења, могућност идентификовања, мерења и квантификације плаћања здравствених услуга и анализирања података у сврху истраживања.²⁹⁵

Примена овог система, у већини земаља у којима је уведен, донела је бољу и праведнију расподелу ограничених средстава и утицала је на повећање ефикасности лечења.²⁹⁶ Систем плаћања по дијагностички сродним групама смањује прекомерно и беспотребно лечење и омогућава контролу трошкова.

Након увођења ДСГ, евидентна је транспарентност болничких услуга и свих болничких трошкова. Уколико постоји адекватна база података, ДСГ обезбеђује прецизне извештаје за све болничке активности, олакшава контролу, поређење и управљање трошковима. Болнице су мотивисане да повећају своје напоре у шифрирању дијагноза и процедура. На основу адекватних база података, менаџери у систему здравствене заштите су у могућности да прикупе, сумирају, анализирају и контролишу већину релевантних информација у вези расподеле средстава болничким службама.²⁹⁷

²⁹⁵ Clinical Casemix Handbook 2011-2012, <http://www.health.wa.gov.au/activity/docs/cch.pdf>, 6. април 2015.

²⁹⁶ *Правила шифрирања дијагноза и процедура по систему дијагностички сродних група*, Министарство здравља, Републички фонд за здравствено осигурање, Београд 2012, 8.

²⁹⁷ *Ibid.*

3. Предузимање активности при примени новог модела плаћања (капитација комбинована са плаћањем по услугама и ДСТ) у Србији

Модел и начин финансирања здравствене заштите, о којима је у претходном делу рада било више речи, имали су своје предности до пре пар деценија. Ови системи почели су да наилазе на проблеме, који се манифестују кроз недостатак медицинских добара, спорне јавне набавке медицинских добара, корупцију, предугачке листе чекања од по неколико година за поједине медицинске процедуре, двоструки здравствени систем пружања услуга,²⁹⁸ с једне стране, и ограничена новчана средства, неадекватну алокацију средстава и све веће потребе за скупим медицинским технологијама и процедурама, с друге стране.

Велике промене у политици Светске здравствене организације средином седамдесетих година прошлог века, које су довеле до глобалне стратегије „Здравље за све“ и концепта Примарне здравствене заштите као основног инструмента у њеној реализацији, имале су снажан утицај на преиспитивање постојећих система здравствене заштите и увођење реформи.²⁹⁹ У многим земљама практикује се примена комбинованих система плаћања здравствене заштите. Разлог за то лежи у смањењу трошкова пружања здравствених услуга и административних трошкова, сузбијању негативних ефеката и постизању жељених резултата (адекватна алокација средстава, задовољавајући квалитет здравствених услуга, задовољство пацијената и др.). Различити су модалитети примене комбинованог система плаћања. Примера ради, могуће је пружање болничких услуга делимично финансирати путем глобалног буџета, а делимично по основу случаја, или исплатом накнаде за услуге.

Како је већ речено, на примарном нивоу здравствене заштите финансирање се врши тако што се лекарима и осталим медицинским радницима плате обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања (фондова здравственог осигурања, буџета, или из других

²⁹⁸ Када се каже двоструки здравствени систем пружања услуга, мисли се на систем у којем лекар истом пацијенту пружа услугу и у здравственој установи и у својој приватној ординацији, преферирајући приватну.

²⁹⁹ Д. Јаковљевић *et al.*, *Реформа у области здравствене заштите*, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић-Батут“, Београд 1997, 75.

извора), или путем капитације, и/или плаћањем по услузи, док се здравственим установама, обезбеђује накнада за лекове и медицински материјал. Анкета спроведена још 1992. године у Сједињеним Америчким Државама показала је да 23% лекара прима плату за пружене здравствене услуге, 35% је плаћено путем капитације, а 36% лекара је плаћено по услузи. У Данској и Холандији се финансирање врши путем капитације и плаћања по услузи. Велика Британија и Норвешка комбинују сва три начина финансирања. Различити облици финансирања здравствене заштите условљени су одлукама влада појединих земаља у вези са постављеним циљевима здравствене заштите, типовима постојеће организационе структуре и финансијским могућностима.³⁰⁰

Пример примене комбинованог система финансирања здравствене заштите у Немачкој је специфичан. У оквиру глобалног буџета, опредељен је износ средстава који припада даваоцима здравствених услуга. Лекари у амбулантно-поликлиничкој делатности добијају плату на основу поена по услузи, где се вредност поена усклађује на крају обрачунског периода, да би се накнада за плате уклопила у оквир средстава опредељених на почетку календарске године, кроз глобални буџет. Болнице се, такође, финансирају кроз глобални буџет, док су лекари плаћени кроз плату. У Немачкој постоји преко 1.000 фондова, који праве уговоре са лекарима који раде у болницама. Такође, у Немачкој егзистирају јавна регионална удружења, која врше функцију надзора над радом лекара, прописују начине уговарања са лекарима на нивоу целе земље и утврђују вредност поена за обрачун и исплату плата, јер су одговорна за плаћање према даваоцима здравствених услуга. Лекарима није дозвољено да пружају услуге изнад просечног обима услуга. Они лекари који премаше просечан обим услуга финансијски се кажњавају од стране регионалних удружења. Сви фондови морају користити исте услове и начине уговарања са лекарима. Корисници здравствене заштите у Немачкој изузетно су задовољни здравственим системом. С друге стране, држава је задовољна, јер поред задовољства корисника, овакав систем финансирања обезбеђује једноставну контролу трошкова.³⁰¹

³⁰⁰ T. Gosden *et al.*, *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians*, The Cochrane Library, John Wiley & Sons, Ltd, 2006, Issue 3, 2, http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/Capitation__salary__fee-for-service_CochrReview.pdf, 14. децембар 2015.

³⁰¹ *Капитација и дијагностичи сродне групе*, 20.

У Холандији су лекари опште праксе плаћени по пацијенту, док су специјалисти плаћени према фиксном броју поена по услузи, при чему се вредност поена одређује на почетку календарске године. За разлику од комбинованог система који се примењује у Немачкој, средства за финансирање лекара у Холандији нису ограничена глобалним буџетом, утврђеним на почетку године.³⁰² Болнице у Мађарској се плаћају на основу случајева, а лекари опште праксе по пацијенту.

На основу наведеног, комбиновани облици плаћања дају боље резултате од било ког појединачног начина плаћања. Када би се приступало реформисању система здравствене заштите и начина плаћања појавили би се многи позитивни ефекти, али би до изражаја дошли и неки недостаци. Током спровођења реформских захтева може доћи до смањења прихода лекара, смањења потребе за одређеним категоријама лекара и медицинског особља, експанзије одређених услуга и сл.

Земље, међу којима су Хрватска, Румунија, Бугарска, Албанија и др., прибегле су статусним променама лекара у примарној здравственој заштити, у смислу да они постају лекари-приватници. Ова статусна промена не значи приватизацију основних средстава здравствених установа, већ промену положаја лекара, која доприноси повећању одговорности лекара и њихове ангажованости приликом пружања здравствених услуга осигураним лицима.

Статусне промене, како на примарном, тако и на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, морају се уподобити са законском регулативом, а у циљу промене начина плаћања.

Да би се приступило реформи система обавезног здравственог осигурања у Србији и прелазак на комбиновани систем финансирања, неопходно је изменити ЗЗО и ЗЗЗ. Плаћање путем капитације и по ДСГ није било предвиђено у Србији до измена ЗЗО из 2012. године.

³⁰² *Ibid.*

Законска и подзаконска акта којима је регулисана примена капитације и ДРГ у Републици Србији су:

- ЗЗО;
- ЗЗЗ;
- Закон о изменама и допунама Закона о платама у државним органима и јавним службама;³⁰³
- Уредба о корективном коефицијенту, највишем процентуалном увећању основне плате, критеријумима и мерилима за део плате који се остварује по основу радног учинка, као и начину обрачуна плате запослених у здравственим установама;³⁰⁴
- Правилник о номенклатури лабораторијских здравствених услуга на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите;³⁰⁵
- Правилник о номенклатури здравствених услуга на примарном нивоу здравствене заштите;³⁰⁶
- Правилник о номенклатури здравствених услуга на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите.³⁰⁷

Чланом 181. ЗЗО у Србији су предвиђени следећи начини плаћања здравствених услуга, и то:

- плаћање по капитацији,
- плаћање по ценама појединачних здравствених услуга,
- плаћање по случају, односно по епизоди лечења,
- откупом плана рада здравствених установа,
- плаћање по дијагностички сродним групама и
- на други начин утврђен уговором између Републичког фонда и здравствене установе.

³⁰³ Закон о платама у државним органима и јавним службама (у даљем тексту: Закон о платама), *Службени гласник РС*, бр. 34/2001, 62/2006 - др. закон, 63/2006 - испр. др. закона, 116/2008 - др. закони, 92/2011 и 99/2011 - др. закон, 10/2013, 55/2013 и 99/2014.

³⁰⁴ *Службени гласник РС*, бр. 100/2011, 63/2012, 101/2012 и 46/2013.

³⁰⁵ *Службени гласник РС*, бр. 59/2012.

³⁰⁶ *Службени гласник РС*, бр. 24/2009.

³⁰⁷ *Службени гласник РС*, бр. 58/2013.

Изменама и допунама Закона о платама³⁰⁸ из 2013. године дати су нови елементи за утврђивање плата запослених у здравственим установама у државној својини, без обзира на изворе финансирања. Новина је да се запосленима у здравственим установама уводи и посебан елемент плате - радни учинак, док се плате осталих запослених у јавним службама обрачунавају и исплаћују као и до тада. На основу поменутог Закона о платама, плата запослених у здравственим установама састоји се из: 1) основице за обрачун плата, 2) коефицијента, 3) додатка на плату, 4) дела плате по основу радног учинка и 5) дела који запослени плаћа на име пореза и доприноса за обавезно социјално осигурање из плате.

Капитација треба да представља проспективно плаћање изабраном лекару за сваког опредељеног пацијента. За примену капитације, у оквиру буџета, морају се определити посебна средства за превентивну здравствену заштиту, за инфективне болести и епидемије, јер се услуге из ових области не плаћају путем капитације, с обзиром да изабрани лекари не постоје у области јавног здравља, те се за њих финансирање врши путем плате.

Да не би долазило до различитог формирања цена здравствених услуга од стране различитих давалаца здравствених услуга, држава је та која мора да утврди јединствену цену коштања за сваку услугу, како на примарном, тако и на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, односно и за јавне и за приватне здравствене установе. Потребно је да се државни систем здравства полако прилагођава приватном систему, јер је приватни систем здрав и одржив, с обзиром на то да послује по тржишном механизму и да је профитабилан, за разлику од државног система. У приватном систему лекари не добијају плату самим доласком на посао, нити су у овом систему цене услуга испод реалне цене коштања. Приватни системи се финансирају на начин да се цена услуге утврђује по стварној цени коштања. Уколико би се приватни систем прилагођавао државном, краткорочно би се повећала конкурентност и побољшао квалитет услуге, смањила чекања и сл., а дугорочно гледано и лекари из приватних здравствених установа би почели у неком периоду да се понашају као лекари у државним здравственим установама. У том случају, здравствени систем је на губитку, јер би изгубио и једини здрав систем који је имао. Због тога, осигураним лицима треба дозволити да бирају лекара и из државне установе, и из приватне

³⁰⁸ *Службени гласник РС*, бр. 10/2013 и 55/2013.

праксе, тј. треба формирати јавно-приватно партнерство у области здравствене заштите. Једино на тај начин се смањује конкуренција, побољшава се квалитет здравствених услуга и стичу се већа права на здравствено осигурање.

На основу одредаба 333, донет је Правилник о начину, поступку и условима за обављање допунског рада здравствених радника у здравственој установи или приватној пракси.³⁰⁹ Тиме је запосленима са пуним радним временом омогућено да, највише до 1/3 пуног радног времена, могу обављати одређене послове здравствене делатности код свог послодавца, односно код другог послодавца ван радног времена, закључивањем уговора о допунском раду. Сагласност за испуњеност услова за допунски рад здравствених установа даје Министарство здравља.

Допунски рад је у здравственим установама уведен из разлога што државне установе нису могле да задовоље потребе осигураних лица-пацијената. На основу допунског рада, здравствене установе у Србији су у 2009. години добиле око 2,4 милијарде динара.³¹⁰

У Србији се неадекватно примењује наведени Правилник, те многи радници наплаћују пацијентима за пружене услуге у редовно радно време под изговором „допунског рада“. Одредбе 333 које се односе на допунски рад треба брисати. Потребно је увести исти статус за приватне и државне установе, као што је то случај са другим европским земљама. На тај начин би се елиминисао монопол, који је и те како присутан у здравственом систему. Такође, државни примарни сектор би се растеретио, а пацијенти имали више могућности да остваре своја права са знатно мање чекања, и здравствени систем би постао знатно ефикаснији.

Средства обавезног здравственог осигурања се врло често ненаменски троше. Здравство се, према мишљењу грађана Србије, сматра најкорумпиранијом облашћу. Тренутно постоје контроле наменског коришћења средстава у здравственим установама од стране

³⁰⁹ *Службени гласник РС*, бр. 108/2008.

³¹⁰ Податак из електронске фактуре Републичког фонда.

Републичког фонда, што је регулисано Правилником о контроли спровођења закључених уговора са даваоцима здравствених услуга.³¹¹

4. Плаћање у примарној здравственој заштити

Са применом капитације у Србији се већ отпочело септембра 2008. године.³¹² Уколико би се капитација у Србији примењивала као и до сада, не би се далеко одмакло у реформама система здравственог осигурања. Плате запослених у систему здравствене заштите у Србији се састоје из: 1) основице за обрачун плата, 2) коефицијента, 3) додатка на плату, 4) обавеза које запослени плаћа по основу пореза и доприноса за обавезно социјално осигурање из плате и 5) радног учинка.³¹³ Изабрани лекари у примарној здравственој заштити имају загарантовани део плате. Други део плате зависи од претходно наведених фактора, који опредељују капитациону формулу. Плате изабраних лекара се разликују за мали проценат, јер се само део плате, тј. 10% обезбеђује путем капитације. Они лекари који имају већи број опредељених пацијената, који су економичнији, рационалнији и ефикаснији имају већу плату, тек за 2-3%, у односу на друге изабране лекаре, што не представља никакав стимуланс, јер не подстиче изабране лекаре и чланове његовог тима да пружају квалитетније услуге, буду предусретљивији и привуку што већи број пацијената, који ће бити задовољни пруженим услугама. С друге стране, лекари који имају већи број пацијената не могу да буду ефикасни, јер не успевају да прегледају редовне пацијенте једном годишње, приме све оне пацијенте који су се за њих определили и обаве унапред планиране превентивне прегледе. Њима се укупна оцена, којом се вреднује радни учинак, смањује. Такође, лекари у домовима здравља оптерећени су гломазном администрацијом, тако да се баве „папирологијом“, евидентирањем сваког прегледа, сваке пружене услуге, прописивањем лекова на рецепт и издавањем упута, односно упућивањем пацијената на секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите.

³¹¹ *Службени гласник РС*, бр. 72/2013.

³¹² Вид. <http://www.europa.rs/upload/documents/documents/Kapitacija%20Info%206.pdf>, 14. август 2014.

³¹³ Чл. 2 Закона о платама.

Од стране Републичког фонда, Министарства здравља и Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“ донет је Ценовник здравствених услуга, који обухвата и услуге на примарном нивоу здравствене заштите. То је неопходно за примену капитације у систему здравствене заштите у Србији. Истовремено је утврђен нов начин извештавања здравствених установа које обављају здравствену делатност на примарном нивоу у вези са извршеним услугама.³¹⁴

Поред капитације, која треба да представља основ финансирања примарне здравствене заштите, држава треба да одређује одређени износ новчаних средстава за спровођење националних програма и одређених пројеката. Посебна пажња се у свету посвећује превенцији од хроничних незаразних болести и ширењу мреже здравствено-васпитних центара, јер се превентивним радом штеде средстава обавезног здравственог осигурања. На примарном нивоу здравствене заштите значајан износ новчаних средстава одлази за лабораторијске услуге, јер исте имају нереално ниске цене, а реално доста коштају. Из тог разлога, лекари са примарног нивоа здравствене заштите, неретко, пацијенте за лабораторијске услуге упућују на секундарни и терцијарни ниво. То не би требало да се ради, јер се тиме оптерећују здравствене установе на вишем нивоу да пружају услуге из делокруга рада установа на nižем нивоу здравствене заштите. Установе на примарном нивоу тада не обављају своју делатност, као ни установе на вишим нивоима. Стога, неопходно је утврдити реалну цену коштања лабораторијских услуга и пратити извршење планова рада здравствених установа на примарном нивоу, посебно у делу лабораторијске дијагностике. Истовремено, потребно је утврдити и одређена ограничења у броју пружених услуга по пацијенту, како се лабораторијске услуге не би унедоглед пружале без икакве контроле. Патронажну службу, као и службу хитне медицинске помоћи треба финансирати на посебан начин. Буџетом треба одредити средства за ове службе, као што се и до сада чинило, с тим што ће се укупна накнада за ове области утврдити на основу броја пружених услуга у претходној години, помножених са њиховом ценом, док ће се лекари и медицински радници плаћати путем плате. За овакав начин финансирања потребна је већа контрола трошкова.

³¹⁴ „Капитација – Законска регулатива и могућност примене“, *Буџет*, ИПЦ, Београд 14/2012, 2, <http://www.sindikatzdravstva.org.rs/files/kapitacija.pdf>, 7. мај 2015.

Поред постојећих елемената који чине капитациону формулу, приликом обрачуна плате изабраним лекарима могло би се повести рачуна и о специфичностима одређених подручја у Србији где се здравствена заштита пружа. Сходно томе, капитациона формула треба да садржи и демографске, економске, социјалне и географске критеријуме и показатеље.

Специјалистичко-консултативне услуге на примарном нивоу потребно је плаћати на основу накнаде за пружене услуге, с обзиром на то да лекари специјалисти не могу бити изабрани лекари, осим лекара опште праксе, педијатара, гинеколога и лекара специјалиста медицине рада.

5. Плаћање на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите

Министарство здравља Републике Србије и Републички фонд су, у оквиру Пројекта „Развој здравства Србије – додатно финансирање“, отпочели примену извештавања и финансирања према ДСГ. Циљ пројекта је изградња капацитета, ради развијања одрживог система здравствене заштите усмереног на резултате, у ком се здравствене установе и здравствени радници награђују за квалитет и ефикасност, а пацијентима се омогућава доступна и ефективна здравствена заштита. Активности пројекта обухватају увођење болничког информационог система, развој клиничких путева, развој здравственог менаџмента, подршку процесу акредитације и повећању безбедности пацијената.³¹⁵

Министарство здравља Републике Србије и Републички фонд усвојили су неопходна законска и подзаконска акта за примену ДСГ-а. Донет је и Правилник о номенклатури здравствених услуга на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите. Републички фонд је у 2013. години донео и „Водич кроз систем ДСГ“. Овај Водич је намењен лекарима и осталим здравственим радницима у секундарној и терцијарној здравственој заштити, са циљем да се упознају са ДРГ моделом, као новим начином извештавања, уговарања и финансирања здравствених услуга.

³¹⁵ Вид. <http://www.zdravlje.gov.rs/showelement.php?id=2569>, 13. фебруар 2014.

Финансирање по систему ДСГ се односи на услуге пружене током акутног болничког лечења (стационарно лечење) и услуге пружене у дневној болници. ДСГ систем се не односи на:³¹⁶

- амбулантне услуге;
- здравствене услуге из области психијатрије и менталног здравља;
- здравствене услуге из области физикалне медицине и рехабилитације;
- медицину рада.

Цена сваке ДСГ може се одредити: анализом стварних трошкова, одређивањем стандардних трошкова (за сваку ДСГ рачуна се стандардни трошак, односно трошак до ког би дошло када би се лечење пацијената спроводило на основу клиничких путева), или на основу коефицијената преузетих из неке државе.³¹⁷ На основу утврђених цена, формирају се одређени пакети услуга. Средства која ће бити опредељења болницама зависиће од укупног пакета пружених услуга. Правилно и прецизно извештавање је предуслов за тачно груписање у одговарајуће ДСГ. Ако се буду унели непрецизни подаци, може доћи до смањења средстава болнице, уколико је епизода лечења сврстана у ДСГ са мањим коефицијентом или, пак, неоправданог сврставања епизоде лечења у ДСГ са већим коефицијентом, што може подлећи и законским санкцијама.³¹⁸

Уз постепен прелазак на систем финансирања путем ДСГ, очекује се да ће систем ДСГ значајно унапредити извештавање и финансирање, кроз успостављање модела за добијање квалитетнијих и прецизнијих података о пацијентима, као и повезивањем података са трошковима болнице. Циљ је и да се скрати просечна дужина хоспитализације и континуирано пореди обим рада између болница, како би се средства упућивала даваоцима здравствених услуга на бољи и праведнији начин.³¹⁹

³¹⁶ Водич кроз систем дијагностички сродних група, <http://www.rfzo.rs/download/dsg/Vodic%2025-10-2013.pdf>, 14. фебруар 2014.

³¹⁷ *Ibid.*

³¹⁸ *Ibid.*

³¹⁹ *Ibid.*

VI ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У КОМБИНОВАНОМ СИСТЕМУ ФИНАНСИРАЊА У СРБИЈИ

1. Недостаци буџетског система у вези са остваривањем права

Финансијска ситуација свуда у свету је све лошија, здравствена заштита све скупља и недоступнија, здравствено стање и старосна структура су све неповољнији. Буџетски систем је неефикасан и нееластичан. Услови рада у здравственим установама су лоши и тешки. Лекари и медицинско особље имају мале плате, те су незадовољни и дестимулисани. Осигурана лица су, такође, незадовољна. Упркос редовном плаћању доприноса за обавезно здравствено осигурање, осигураним лицима није обезбеђен адекватан квалитет здравствених услуга, као ни пружање истих, онда када за њима имају потребу. У ситуацији када је привреда неразвијена, када нема производње, када је становништво осиромашено, стопа незапослености изузетно висока, мале су могућности за обезбеђивање средстава за финансирање здравствене заштите.

Тренутно функционисање система здравствене заштите у Србији може се оценити као неефикасно. Неадекватно је прикупљање средстава, као и расподела средстава. Незадовољавајући је квалитет здравствених услуга, из разлога што не постоје релевантни и објективни критеријуми за оцену квалитета рада. Лекари у примарној здравственој заштити нису мотивисани за рад, нису оспособљени за свеобухватно решавање здравствених проблема осигураних лица. Улога лекара на примарном нивоу у систему здравствене заштите је маргинализована. Појавила се хиперпродукција услуга на овом нивоу здравствене заштите, а све је више упућених пацијената на виши ниво здравствене заштите. И лекари са виших нивоа здравствене заштите, и сами пацијенти посматрају изабране лекаре као „скретничаре“, односно као „административце“, који пацијентима пишу рецепте и упућују их, врло често, на лични захтев, на виши ниво здравствене заштите.

Здравствене установе су, првенствено, оријентисане на пружање куративне здравствене заштите, док се пажња не обраћа на превентивну здравствену заштиту. Када не постоји превентива, или је она слабо развијена, последице су далекосежније и здравствена заштита више кошта.

У буџетском систему финансирања постоји јаз између законом дефинисаних права осигураних лица и потребних средстава за здравствену заштиту.

О здравственом систему у Србији се говори као о једном „бесплатном“ систему лечења. Међутим, на основу доприноса које плаћа сваки осигураник и на основу плаћања прегледа у приватној пракси и партиципације, постојећи систем уопште није бесплатан. С једне стране, лекари у постојећем систему финансирања добијају плату, без обзира на резултате рада. С друге стране, исти ти лекари стичу приходе кроз „допунски рад“, на који имају право по закону, пошто им је дата могућност да, поред тога што су запослени пуно радно време у здравственој установи из Плана мреже, могу да раде до трећине радног времена и у приватним ординацијама и приватним здравственим установама, на основу уговора о допунском раду.

У садашњем систему здравствене заштите државне здравствене установе и њихови руководиоци не одговарају за лоше резултате пословања. Трошкови пружених услуга нису у директној вези са обимом пружених услуга. Здравствене установе треба да буду организоване као правни субјекти са пуном одговорношћу, без могућности да праве веће расходе од прихода и да преузимају веће обавезе, у односу на оне које могу да сервисирају. Руководство мора развијати систем у коме ће се пружати што квалитетније услуге, уз што мање трошкове.

Институт за јавно здравље Србије спровео је 2013. године Анализу задовољства корисника здравственом заштитом у државним здравственим установама Републике Србије.³²⁰

³²⁰ Анализа задовољства корисника здравственом заштитом у државним здравственим установама Републике Србије 2013. године, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, Београд 2014, <http://www.batut.org.rs/download/izvestaji/Zadovoljstvo%20korisnika%20ZZ%202013.pdf>, 13. децембар 2015.

Истраживање је спроведено у установама примарне здравствене заштите и установама секундарне и терцијарне здравствене заштите. У истраживању су коришћени следећи упитници: Упитник о задовољству корисника радом службе опште медицине, педијатрије или гинекологије, Упитник о задовољству корисника радом специјалистичке службе и Упитник о задовољству корисника болничким лечењем.

У службама примарне здравствене заштите, у којима се спроводи истраживање, анкета је обухватила једнодневну популацију свих корисника изабраних лекара. Испитивање задовољства корисника спроведено је 25. новембра 2013. године у 173 установа примарне здравствене заштите у Републици Србији. Укупно је обрађено 56.820 упитника. Анкетирани пацијенти су у протеклих дванаест месеци у просеку користили десет пута услуге државног (седам пута код свог и три пута код другог лекара) и три пута приватног сектора. Број посета приватном сектору је утростручен у односу на претходне године, када су пацијенти у просеку једном годишње имали услугу у приватном сектору. Средња оцена задовољства корисника примарне здравствене заштите у Републици Србији за 2013. године износи 3,94.

У стационарним здравственим установама анкета је обухватила једнодневну популацију отпуштених пацијената, узраста 15 година и више. Анкетањем корисника о задовољству специјалистичком службом интерне медицине обухваћена је, такође, једнодневна популација. Испитивање задовољства корисника спроведено је 25. новембра 2013. године у специјалистичко-консултативним амбулантама интерне медицине у 111 установа примарне здравствене заштите и 29. новембра 2013. године у 72 установе секундарне и терцијарне здравствене заштите у Републици Србији. Укупно је обрађено 9.782 упитника. Средња оцена општег задовољства корисника здравственом заштитом у интернистичким амбулантама у Републици Србији износила је 4,07.

Испитивање задовољства корисника болничком здравственом заштитом спроведено је у 90 установа секундарне и терцијарне здравствене заштите у Републици Србији. Укупно је обрађено 11.770 упитника. Средња оцена задовољства болничким лечењем у целини је 4,29.

Неки од донетих закључака су следећи:

- Средње оцене општег задовољства корисника у свим службама примарне здравствене заштите на нивоу Републике су ниже у односу на претходну годину.
- Још увек висок проценат корисника/осигураника здравствене заштите не поседује довољно информација о својим правима из ЗЗЗ и ЗЗО.
- Сваки десети корисник се изјаснио да је бар једном у последњих годину дана одложио посету лекару јер није имао новаца. Највећи проценат корисника (38%) партиципира за терапију.
- Ниво општег задовољства специјалистичким службама интерне медицине је нижи у односу на прошлу годину, као и други испитивани аспекти.

2. Унапређење у области примарне здравствене заштите

Циљ сваког друштва је стално унапређење квалитета здравствене заштите, продужење живота грађана, доступност здравствене заштите свим грађанима, подизање ефикасности, као и распоређивање средстава према потребама грађана. Баш из разлога што је ситуација таква каква јесте потребно је успоставити доследан, транспарентан и стабилан систем здравствене заштите. Основни проблем система здравственог осигурања у Србији је неефикасна здравствена заштита.

Уколико би се у Србији изједначиле приватне здравствене установе са државним установама, конкуренција би била јача, пацијент не би плаћао за услуге које добија у приватним здравственим установама, јер исте није могао да обави у здравственим установама из Плана мреже, а здравствена услуга би била квалитетнија и доступнија. Изједначавање приватних са државним здравственим установама значило би закључивање уговора између Републичког фонда и приватне праксе, након акредитације приватних здравствених установа, за услуге за које установе из Плана мреже немају капацитете. Уколико се остане на досадашњем становишту и капитација имплементира само у државне здравствене установе, реформа неће имати жељене ефекте.

При реформисању система здравственог осигурања треба тежити ка проширењу људских права, у складу са Европском повељом о правима пацијената.³²¹ Такође, треба дати јасну оцену о раду здравствених установа, броју пружених услуга и искоришћености капацитета, па, чак, неке установе угасити или променити тип установе. Потребно је обавезати лекаре на примарном нивоу здравствене заштите да пруже већи број услуга и смање упућивање на виши ниво, осим у случају када је то заиста потребно. У српском здравственом систему лекари на примарном нивоу здравствене заштите би могли да обаве много више прегледа и пруже много више услуга. На вишем нивоу, оптерећеност је велика, те пацијенти дуго чекају, услуге су скупље, лекари немају довољно времена да се посвете сваком пацијенту. Из тог разлога, потребно је одређене услуге које мање коштају и које се могу пружити у примарној здравственој заштити тамо и пружити. Уштеде би биле видљиве, пацијенти адекватно збринуте, а установе секундарног и терцијарног нивоа растерећеније. Земља која има лоше извршење по питању здравствених услуга у примарној здравственој заштити има изузетно скуп здравствени систем. Основни је циљ повећање продуктивности и тежња ка рационализацији у систему здравствене заштите.

У појединим домовима здравља у Србији постоје стационари (често и породилишта) у којима је ангажован већи број здравствених радника, а искоришћеност капацитета знатно је нижа од оптималне. Ови стационари се финансирају као опште болнице и изискују већи износ средстава. У склопу реформисања треба водити рачуна о расположивости и

³²¹ Појам права пацијената проистекао је из концепта личности Универзалне декларације о људским правима Уједињених нација из 1948. године, која у чл. 25 људима признаје „урођено достојанство“ и „једнака и неотуђива права свих чланова људске породице“, као и право на здравље и здравствену негу. Европска консултација о правима пацијената одржана је у Амстердаму 1994. године, са циљем да се дефинишу принципи и стратегије за промовисање права пацијената, у концепту већ започетог процеса здравствене реформе у већини европских земаља. Резултат овог састанка је документ назван Декларација о промоцији права пацијената у Европи, која је, иако необавезујућа, фокусирана на право пацијената на информацију, сагласност, поверљивост и приватност у здравственој заштити. Покрет за права пацијената широм Европе захтевао је активнију улогу пацијената у области здравствене заштите, као и да се постојеће необавезујуће одредбе регионалних докумената о здравственој заштити дефинишу као обавезујуће. Тако је у Риму 2002. године донета Европска повеља о правима пацијената. Ова повеља познатија је као Римска повеља, која препознаје 14 конкретних права пацијената, и то: право на превентивну здравствену заштиту, право на приступ здравственој заштити када здравствено стање пацијента то захтева, право на информисаност, право на престанак, право на слободан избор, право на приватност и поверљивост, право на поштовање пацијентовог времена, право приступа висококвалитетним здравственим услугама, право на сигурност, право на иновацију, право да се избегне непотребна патња и бол, право на персонализовање третмана, право на жалбу и право на компензацију.

Вид. www.parlament.gov.rs/upload/.../files/.../Prava%20pacijenata%20lat.doc., 24. децембар 2015.

распоређености постелјних капацитета. Свака уштеда оставља више простора за финансирање скупљих здравствених услуга, лекова и др., што се одражава на проширивање обима права пацијената.

У досадашњем систему здравствене заштите, осигурана лица су често имала притужбе на несавесно лечење од стране изабраних лекара. Такође, осигурана лица су се жалила да поједини лекари не желе да примају нове пацијенте, тако да они за сада немају стварну могућност избора лекара, иако је то законом дефинисано. Уз то, осигурана лица су се жалила и на гужве у чекаоницама код лекара. Увођењем капитације, несавесни лекари ће бити маргинализовани, из разлога што се за такве нико неће опредељивати. Изабрани лекари ће се трудити да привуку сваког пацијента, јер ће им плата значајнијим делом зависити од броја опредељених пацијената. Добром организацијом и заказивањем прегледа избећи ће се гужве у чекаоницама, тако да ће пацијенти имати могућност да остваре своја права. С друге стране, изабрани лекари ће моћи више да се посвете сваком свом пацијенту, тако да ће пацијенти, и по питању упућивања на продужену рехабилитацију, прописивања помагала и свих других права из области здравствене заштите, лакше остваривати своја права.

2.1. Право на слободан избор лекара/медицинског тима

Могућношћу избора лекара, пацијенти су добили право да бирају лекаре у оквиру свог дома здравља, а не лекаре из приватних здравствених установа. У развијеним земљама пацијенти имају право да бирају лекара и установу у којој ће да се лече, без обзира да ли је та установа у државном или приватном власништву. Осигурана лица треба да бирају код ког осигуравача (фонд осигурања), или код које здравствене установе (државне или приватне) ће купити полису осигурања. Поред Републичког фонда, треба подстицати појаву приватних фондова здравственог осигурања у Србији, као и појаву приватних здравствених установа.

Систем здравственог осигурања у Србији нема елементе осигурања, као што је напред већ речено. Осигурање представља удруживање свих оних који су изложени истим

опасностима, а са циљем да заједнички поднесу штету која ће задесити само неке од њих.³²² Основни елементи осигурања су: ризик, премија осигурања и осигурани случај. Сврха социјалног осигурања, чији је део здравствено осигурање, јесте да се осигураним лицима, у случајевима остварења осигураних ризика (болест, трудноћа, повреда на раду), делимично или потпуно, надокнади губитак. Многи аутори су изучавали проблематику социјалног осигурања са различитих аспеката, а пре свега, са аспекта остваривања права из социјалног осигурања. Ту се, као веома важно питање, намеће дефинисање осигураног случаја. Тако се дошло до једне дефиниције, која, у ширем смислу, обухвата „све објективне догађаје који се односе на животне и радне услове човека, а који му умањују шансе за напредовање у животу“.³²³

Републички фонд у Србији није, као сваки други фонд осигурања, удруживање свих оних који су изложени истим опасностима, нити са њим сваки осигураник закључује уговор и у одређеним временским интервалима плаћа премије осигурања, нити је једноставно дефинисати осигурани случај у здравству. Такође, накнада штете се у области здравственог осигурања не исплаћује увек осигураном лицу, а након настанка осигураног случаја.

Републички фонд закључује уговоре о пружању и финансирању здравствене заштите са здравственим установама, а са изабраним лекарима закључује посебне уговоре. У случају да изабрани лекар злоупотреби своја овлашћења код осигураних лица у поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања, Републички фонд наведене уговоре може раскинути. Предвиђа се да се у истом моменту код Коморе здравствених установа покрене иницијатива за одузимање лиценце сваком појединачном изабраном лекару за злоупотребу овлашћења. Правилником о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце члановима комора здравствених радника³²⁴ ближе се уређује поступак издавања, обнављања или одузимања лиценце лекарима - члановима комора.

³²² Ј. Кочовић, П. Шулејић, *Осигурање*, ЦИД, Београд 2002, 25.

³²³ *Ibid.*, 320.

³²⁴ *Службени гласник РС*, бр. 119/2007, 23/2009 и 40/2010.

У капитацији, са изабраним лекаром ради и медицинска сестра, или више сестара, тако да они чине медицински тим. Избором одређеног лекара, осигурана лица се опредељују и за његов медицински тим. Изабрани лекар ни у ком случају не може да бира пацијенте. Напротив, дужан је да прими свако осигурано лице које се за њега определи.

Самим тим што осигурана лица имају право промене изабраног лекара једном годишње, подстиче се конкуренција. Ово право даје осигураним лицима могућност да имају активну улогу у унапређењу квалитета здравствених услуга. Изабрани лекар треба да има слободу у избору начина лечења, чији је циљ квалитетна здравствена услуга, задовољство пацијента и смањење трошкова. Такође, изабрани лекар је тај који одређује да ли ће услуге пружити пацијенту телефоном, да ли ће се определити за групни рад, да ли ће ићи у кућне посете, итд. С временом, треба радити на томе да се оформи посебна медицинска грана, односно специјализација за породичног лекара. На тај начин би се образовао кадар за звање породичног лекара, који би имао широк спектар знања, јер би лечио све чланове породице која се за њега определи.

И систем школовања лекара се мора променити услед примене капитације у примарној здравственој заштити. Будући лекари на овом нивоу здравствене заштите морају збрињавати и лечити око 70-80% патологије, да би систем нормално функционисао, да би се смањили трошкови скувих услуга на вишим нивоима и повећала ефективност. То значи да лекари морају поседовати многа знања и бити мултидисциплинарни.

2.2. Унапређење у области специјалистичко-консултативне делатности

С обзиром на то да се специјалистичко-консултативна делатност ни на примарном, ни на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите неће финансирати као до сада, тј. исплатом плата лекарима специјалистима сваког месеца, лекари специјалисти морају уложити много труда да би корисници услуга били задовољни, јер ће њихова плата зависити искључиво од броја пружених услуга.

У највећем броју случајева, осигурана лица се жале на недоступност здравствене заштите у делу специјалистичко-консултативне делатности. Осигурана лица обично не могу да добију потребне информације, чак ни у делу неопходне терапије, путем телефона, а о интернету да и не говоримо. Такође, осигурана лица у садашњем систему здравствене заштите имају велике проблеме у заказивању специјалистичко-консултативних прегледа. Иако је Правилником о остваривању права утврђено да је здравствена установа дужна да закаже специјалистичко-консултативни преглед и дијагностички преглед за који није прописано утврђивање Листе чекања најкасније у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица са упутом изабраног лекара, осим у хитним случајевима,³²⁵ то није пракса. У здравственим установама у Србији устаљена је пракса да се не евидентира први позив осигураног лица, те није могуће остварити права прописана наведеним Правилником. Поједине здравствене установе одреде један дан у току месеца за заказивање прегледа код лекара специјалисте. Прегледе је у том случају могуће заказати искључиво телефонским путем. Телефони обично буду заузети и у кратком временском периоду термини се, врло брзо, попуне, тако да пацијенти по неколико месеци морају да чекају на овакве прегледе. Пацијенти скоро да немају право на мишљење другог лекара. Уколико исто желе, упућени су на приватне здравствене установе.

Још један од проблема у остваривању права у делу специјалистичко-консултативне делатности је то што многи лекари специјалисти раде у неколико здравствених установа, што јавних, што приватних, те су и консултанти у појединим установама из Плана мреже. Због наведеног, врло често нису на својим „званичним“ радним местима. Наравно, то је још један разлог због којег пацијенти не могу да остваре своја права.

Права пацијената и информације представљају област провере способности здравственог система да обезбеди пацијенту такав статус који ће умањити асиметрију у информацијама између давалаца здравствених услуга и пацијената. Постоји 12 индикатора у овој области, и то: права пацијената заснована на закону, укљученост пацијената у доношење одлука, осигурање од професионалне одговорности лекара, право на друго мишљење, право приступу сопственој медицинској документацији, регистар легитимних лекара, интернет

³²⁵ Чл. 66. Правилника о остваривању права.

или 24/7 телефонска доступност информација, прекогранична медицинска нега финансирана из земље пребивалишта, каталог давалаца здравствених услуга са оценама квалитета, коришћење електронске датотеке, могућност он лајн (*on line*) заказивања прегледа и електронски рецепти. Србија је, сходно наведеним индикаторима, веома лоше оцењена. Укупан број поена у овој области за Србију је 102, од укупно 175 бодова. Србија мора поправити ове оцене, тако што ће обезбедити: увођење електронских здравствених књижица, увођење електронских картона, доступност лекара пацијентима, поштовање радног времена лекара специјалиста, времена заказивања, могућност заказивања путем смс-а и интернета и др.³²⁶

3. Унапређење у области секундарне и терцијарне здравствене заштите

Уколико се примарна здравствена заштита буде финансирала путем капитације, већи број осигураних лица буде збрињавао у домовима здравља, плаћање болницама буде вршило путем ДСГ-а и буду примењивали водичи добре клиничке праксе, уочиће се следеће промене:³²⁷

- боља превентива и доступност лекара на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, из разлога што се на вишим нивоима здравствене заштите не праве непотребне гужве;
- биће изражена већа брига лекара и осталих здравствених радника и сарадника за здравље пацијената;
- побољшање здравственог стања осигураних лица;
- већа продуктивност здравствених радника;
- смањење непотребног лежања у болницама;
- виши квалитет здравствене заштите;
- могуће праћење радних токова у болницама (заказивања, пријем, лабораторијске дијагностике, спроведене процедуре и сл.);

³²⁶ Системи здравствене заштите и здравственог осигурања, 192.

³²⁷ Вид. <http://www.rfzo.rs/download/dsg/Vodic%2025-10-2013.pdf>, 14. фебруар 2014.

- смањење чекања на заказивање и прегледе;
- смањење листа чекања, и др.

У комбинованом систему унутар сродних интернистичких и хируршких дисциплина могуће је формирати оптималне болничке јединице (одељења), са могућношћу флексибилног коришћења болничких постеља и рационално и ефикасно коришћење радног времена запослених, нарочито особља на нези болесника, што је од изузетног значаја, из разлога што се на секундарном нивоу здравствене заштите школују ускоспецијализовани кадрови и формирају болничке микро јединице, што битно одступа од принципа организационе и економске одрживости општих болница.

Увођењем ДСГ-а извршила би се прецизна подела рада између установа различитог нивоа здравствене заштите и дошло би до усаглашавања потреба осигураних лица са постојећим капацитетима. Капацитети који нису довољно искоришћени могу бити изнајмљени или продати.

Како постојећи начин закључивања уговора и плаћања даваоцима здравствених услуга није ефикасан, уговоре би требало закључивати у складу са капацитетима који су довољни за задовољење потреба осигураних лица. Републички фонд мора бити слободан у избору здравствених установа са којима ће бити закључен уговор, било да су у питању државне или приватне здравствене установе. На тај начин ствара се „тржишна утакмица“, у којој уговор добија установа која пружа бољи квалитет, већи обим и нижу цену здравствених услуга. Циљ је да се створи конкуренција у обезбеђивању услуга, боља алокација ресурса и ефикаснија употреба средстава. Да би се приватни сектор укључио у пружање здравствених услуга на терет средстава обавезног здравственог осигурања, неопходно је укидање одредаба 333, које дају могућност лекарима да истовремено могу радити и у приватном, и у државном сектору.

Уколико осигураник жели да се лечи у некој установи са којом није закључен уговор, треба да му се омогући покриће трошкова до нивоа средстава, која би за ту услугу било плаћено установи са којом је уговор закључен, док разлику у цени плаћа осигураник.

3.1. Смањење периода чекања на болничко лечење

Једно од питања из области унапређења квалитета пружања здравствених услуга на терет средстава здравственог осигурања је установљивање листи чекања које у условима ограничених просторних, стручних, дијагностичких и финансијских услова представљају једино решење, а са циљем обезбеђивања здравствене заштите под једнаким условима свим осигураним лицима. Смањивање социјалне неједнакости представља и део програма Европске уније, изражен кроз документ „Солидарност у здрављу, смањивање неједнакости у здрављу у ЕУ“³²⁸ из 2011. године. Препознавањем и смањивањем неједнакости осигураника у поступку остваривања права на здравствену услугу за коју се утврђује листа чекања и тиме унапређење здравља грађана, допринеће се стварању праведнијег система здравственог осигурања. Стратегија развоја здравственог осигурања, као акт прихваћен од стране Управног одбора Републичког фонда, сврстава листе чекања у приоритетне циљеве Фонда здравственог осигурања, а мере које се односе на скраћење листи чекања стратешки битним, јер се осигурано лице ставља у центар интересовања.

Основу српског система здравственог осигурања представља интерес осигураног лица, заснован на праведној доступности права из обавезног здравственог осигурања, водећи рачуна да остваривање тих права не буде на штету права и интереса других осигураних лица. Интерес осигураног лица је инкорпориран у начелу заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса у ЗЗО.

Чланом 56. ЗЗО дефинисано је да се за одређене врсте здравствених услуга, које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања и које нису хитне, може утврдити редослед коришћења, у зависности од медицинских индикација, здравственог стања осигураног лица, као и датума јављања здравственој установи. Овај Закон је у истом члану прописао обавезу Републичког фонда да донесе општи акт којим ће утврдити врсте здравствених услуга за које се сачињава листа чекања, као и критеријуме и стандардизоване

³²⁸ Izvješće Komisije Evropskom parlamentu i vijeću, Provedba drugog Programa djelovanja Zajednice u području zdravstva u 2013, Bruxelles 2015, 3, http://ec.europa.eu/health/programme/docs/implementation_2013_hr.pdf, 24. децембар 2015.

мере за процену здравственог стања пацијента и за стављање на листу чекања, начин коришћења здравствене заштите мимо листе чекања, начин информисања пацијента, лекара који је упутио пацијента и Републичког фонда о битним подацима са листе чекања, изменама, допунама, као и брисању осигураних лица са листе чекања и надзор над листом чекања.

У складу са напред изнетим законским одредбама, Републички фонд је донео Правилник о листама чекања³²⁹ којим су правно уређена сва питања у вези листа чекања, а посебно врсте здравствених услуга, обавештавања осигураног лица, промена у листи чекања, брисања са листе, најдуже време чекања, методологија за формирање листи, надзор и начин коришћења здравствене заштите мимо листе чекања. Да би се омогућила доследна примена ових прописа, и да би листе чекања имале сврху у поступку пружања здравствених услуга и, као најважније, постигле циљеве праведности, једнакости и доступности права из обавезног здравственог осигурања, неопходно је увести информатички програм. Посебно креирана апликација би подржала остварење датих циљева, кроз омогућавање избегавања директне комуникације лекара који ће реализовати здравствену услугу и осигураног лица које се ставља на листу чекања, што би представљало превентивну антикоруптивну меру. Софтверско решење би морало да садржи механизме који ће онемогућити субјективне утицаје и обезбедити њихову доследну примену, прецизно разрађеном методологијом која је сачињена у складу са законским решењима. Пре свега, софтверско решење треба да омогући постизање циљева квалитета пружене здравствене услуге праведности и равноправности. На примеру случајно одабране здравствене установе, која води листе чекања (Институт за ортопедско – хирушке болести А), утврђено је да су трошкови лечења, трошкови издатих лекова на рецепт, исплаћени трошкови због привремене спречености за рад и исплаћени путни трошкова осигураних лица која се налазе на листи чекања у периоду 2004-2013. године довољан показатељ неопходности приступу израде новог програмског решења листи чекања.³³⁰

³²⁹ Правилник је објављен у *Службеном гласнику РС*, бр. 75/2013 и ступио на снагу 2. септембра 2013. године, а примењује се од 1. јануара 2014. године.

³³⁰ Анализа урађена на основу података које поседује Републички фонд.

Аналитички приказ трошкова насталих услед чекања осигураних лица на листи чекања за уградњу протезе кука и колена на Институту за ортопедско-хирушке болести А садржи све показатеље негативних финансијских ефеката непотребно дугог чекања. За потребе анализе узети су подаци из електронске фактуре и базе података ИТ Сектора за осигурана лица, која се налазе на Листи чекања Института за ортопедско-хирушке болести А од 01.01.2010. године до 31.12.2013. године у вези са:

- трошковима лечења у здравственим установама примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите,
- трошковима за издате лекове на рецепт,
- обрачунатим/исплаћеним трошковима због привремене спречености за рад,
- трошковима за дата помагала и
- исплаћеним путним трошковима.

Увидом у Листу чекања Института за ортопедско-хирушке болести А утврђено је да на дан 27.12.2013. година 6.274 осигурана лица чека на операцију кука и колена. Анализа трошкова лечења осигураних лица у установама примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите рађена је за 6.194 осигураних лица. Посматран је период 01.01.2010-27.12.2013. године из разлога што за претходни период постоје само папирне фактуре. У Листи чекања се налазе пацијенти који су на исту уписани, чак, 3. априла 2004. године.

На основу података из електронске фактуре утврђени су трошкови лечења у установама примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите и трошкови за издате лекове на рецепт. Трошкови лечења у установама примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите за период 01.01.2010-27.12.2013. године за 19.450 случајева³³¹ износе 199.304.771,74 динара, што просечно по случају износи 10.247,03 динара у посматраном периоду, односно 2.561,76 динара годишње. Просечни годишњи трошкови лечења износе 49.826.192,93 динара.

³³¹ Један случај у електронској фактури представља једног пацијента, односно осигурано лице. Број случајева је увек већи од броја лечених осигураних лица, јер поједина осигурана лица бележе већи број лечења у посматраном периоду.

Трошкови лечења у установама примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите за период 01.01.2010-27.12.2013. године за 6.194 осигураних лица износе 32.177,07 динара у посматраном периоду, што на годишњем нивоу износи 8.044,27 динара.

У периоду 2005-2013. године трошкови на име издатих лекова на рецепт за пацијенте који се налазе на Листи чекања износе 3.059.697,99 динара, што је просечно годишње 339.966,44 динара. Како су се пацијенти и 2004. године налазили на Листи чекања укупни трошкови за период 2004-2013. године на име лекова издатих на рецепт износе 3.392.997,77 динара. Према подацима ИТ Сектора за осигурана лица која се налазе на Листи чекања Института за ортопедско-хируршке болести А у периоду 01.01.2010-31.12.2013. године на име привремене спречености за рад исплаћено је 1.872.516.499 динара, што је просечно годишње 468.129.125 динара. Пројектовано на период 2004-2009. године исплаћена накнада на име привремене спречености за рад износи 2.808.774.748 динара. За период 2004-2013. године исплаћена накнада на име привремене спречености за рад износи 4.681.291.247 динара.

Трошкови за издата помагала за период 2006-2013. године износе 387.995,60 динара за 38 случајева, односно 37 осигураних лица. Просечно годишње трошкови на име издатих помагала на налог износе 48.500 динара. Пројекцијом за период 2004-2013. године трошкови издатих помагала на налог за пацијенте са Листе чекања Института А износе 484.994,60 динара.

Увидом у податке Сектора за информационе технологије Републичког фонда утврђено је да је 6 осигураних лица за период 01.01.2010-27.12.2013. године имало трошкове превоза преко 10.000,00 динара. Укупно исплаћени путни трошкови за период 2010-2013. године за осигурана лица која се налазе на Листи чекања Института за ортопедско-хируршке болести А износе 10.355.771 динара, што је просечно годишње 2.588.943 динара. На основу просечног трошка, исплаћени путни трошкови за осигурана лица са Листе чекања ове установе за период 2004-2013. године износе 25.889.428 динара. Узимајући у обзир наведено, укупни трошкови Републичког фонда за осигурана лица која се налазе на Листи

чекања Института за ортопедско-хируршке болести А за период 2004-2013. године износе око 5.186.020.596 динара.

Да су осигурана лица са Листе чекања Института за ортопедско-хируршке болести А у реалном року оперисани и скинути са Листе чекања за уградњу протезе кука и колена, Републички фонд би имао трошкове лечења и рехабилитације, исплаћених боловања, издатих лекова на рецепт, издатих помагала и путних трошкова, али то, ни у ком случају, не би било у висини од 5 милијарди динара. Уређењем листа чекања, решава се велики број проблема уочених у свакодневној пракси. Увођењем адекватног информационог система изабрани лекар, који упућује пацијента за медицинску услугу за коју се исти ставља на Листу чекања, може електронским путем извршити резервацију код оног даваоца услуга за ког се даје упут. Информациони систем даје могућност лекару да види број осигураних лица на свим листама чекања, те исти има могућност упућивања пацијента у здравствену установу где је најкраће чекање. Републички фонд врши надзор над свим активностима у вези са Листом чекања.

3.2. Приближавање здравственим потребама болесника, њихово уважавање и квалитетно збрињавање

Здравствене потребе осигураних лица на подручју Републике Србије утврђују се Планом здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања за сваку календарску годину. Здравствене потребе осигураника и популационих група на територији Републике Србије су Планом здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања за 2015. годину процењене и планиране у односу на укупан број осигураника према старости, полу и вулнерабилности, на основу процене здравственог стања коришћења здравствене заштите и здравствених услуга, очекиваних утицаја на здравље у оквиру демографских, виталних и социјалних промена и епидемиолошке ситуације. На процену врсте и обима потреба утичу и други фактори, као навике и понашање у вези здравља, вредновање здравља у традицији и култури становништва, самопроцена здравља, а у планирању потреба, осим стручне

процене, и улога партиципације осигураника, расположиви и доступни капацитети здравствене заштите, осигурања и други фактори.³³²

Промоција здравља, планирање и спровођење обавезне имунизације, здравствено-васпитни рад и сл. представљају здравствене потребе у области здравствене заштите. Прегледи, дијагностичке и терапијске услуге могу представљати здравствене потребе на свим нивоима здравствене заштите.

За разумевање и уважавање потреба болесних, потребно је имати сва сазнања у вези са здравственим потребама. Потребне могу проистећи на иницијативу самих корисника здравствене заштите, као и на иницијативу давалаца здравствених услуга. На основу досадашњег искуства, око 85% здравствених потреба утврђује се на примарном нивоу здравствене заштите.³³³ Сходно изнетом податку, лекари на примарном нивоу здравствене заштите морају већу пажњу посветити потребама пацијената и начину доласка до сазнања о њиховим потребама. Један од видова приближавања потребама болесних јесте и увођење телемедицине. То никако није нова грана медицине, већ начин размене информација између лекара и пацијента, путем средстава комуникације. Увођењем телемедицине, здравствена заштита постаје доступнија сваком кориснику, без обзира на време и место где се налази пацијент. С друге стране, лекари више сазнају о стварним потребама болесника. Оно што је још важније јесте смањење трошкова здравствене заштите, непотребних гужви по здравственим установама и оптерећења лекара, као и приближавање пацијентима.

3.2.1. Веће уважавање здравствених потреба пацијената

У новом систему плаћања циљ је да се акценат стави на грађане и њихове потребе. Како се мењају потребе становништва, мења се и систем, тако што ће се одређивати приоритети становништва, односно болесника, и на тај начин ће се вршити плаћање према третманима

³³² План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2015. годину, *Службени гласник РС*, бр. 146/2014, <http://www.rfzo.rs/download/Plan%20zdravstvene%20zastite%20za%202015.pdf>, 12. април 2015.

³³³ Вид. <http://www.rfzo.rs/download/planZZ-2012.pdf>, 12. април 2014.

који су у том моменту најпотребнији. Увођењем капитације уважавају се демографски, социјални и економски фактори, а према утицају на промене здравствених потреба становништва.

Уз помоћ клиничких путева и водича добре клиничке праксе, на нивоу секундарне и терцијарне здравствене заштите извршиће се груписање свих третмана и процедура, те ће се, на основу њиховог прецизног описа и осталих критеријума, једноставно утврдити цена коштања сваког од њих. Дефинисање ДСГ, утврђивањем њихових цена и на основу извештавања, биће омогућена потпуна координација активности и процедура у лечењу сваког пацијента, као и интегрисано збрињавање пацијената. На овај начин омогућило би се плаћање између установа свих нивоа здравствене заштите које учествују у збрињавању пацијента.

Процена здравствених технологија је мултидисциплинарно поље анализа које проучавају медицинске, друштвене, етичке и економске последице ширења коришћења здравствених технологија, с циљем да се доносиоцима одлука обезбеде информације високе научне вредности.³³⁴ Под здравственом технологијом се сматрају: лекови, вакцине, опрема, медицинске и хируршке процедуре, телемедицина, електронски картон, итд. Коришћење здравствених технологија има значајан утицај како на пацијента, тако и на даваоце здравствених услуга и на друштво. Овде се посебно наглашавају економске импликације и утицаји, зато што се правилном проценом здравствених технологија штеде средстава обавезног здравственог осигурања.

Свака од здравствених технологија може подстаћи различите моралне дилеме. Етичке вредности у медицини имају одређена начела, и то: поступање у интересу пацијента, пацијент има право на избор третмана и процедуре у лечењу, пацијент има право да задржи људско достојанство, и др. Ова начела не дају прецизне одговоре на конкретно питање – како поступити? Тако се јављају моралне дилеме, посебно у области процене здравствених технологија. Да би се то избегло, држава утврђује јасне критеријуме за процену

³³⁴ М. Јаковљевић, *Здравствена економија са фармакоекономијом*, Универзитет у Крагујевцу, Медицински факултет, Крагујевац 2014, 102.

здравствених технологија и ово питање посебно регулише законом. Проценом здравствених технологија уважавају се здравствене потребе пацијената.

3.2.2. *Квалитетно здравствено збрињавање*

Адекватно здравствено збрињавање обезбеђује квалитет, сигурност и праћење здравствених потреба пацијената, те је у здравственом систему неопходна континуирана медицинска едукација.³³⁵ Здравствено збрињавање оријентисано је према пацијенту и његовим потребама, што је и главни циљ здравствене заштите. Да би се обезбедила адекватна здравствена нега, потребна су медицинска знања, која се морају континуирано унапређивати. У делу здравственог збрињавања битна је и превентивна, и куративна здравствена заштита, примена локалне или системске терапије.

У здравственој нези, подједнако су важни и лекари, и медицинске сестре, и техничари. Сви они активно учествују у здравственој нези пацијената, утичу на побољшање здравља пацијената, као и на смањење компликација.

Правилником о показатељима квалитета здравствене заштите³³⁶ утврђено је да се под показатељима квалитета подразумева квантитативан показатељ који се користи за праћење и евалуацију квалитета неге и лечења пацијената и као подршка активностима здравствене заштите. Такође, показатељи квалитета обухватају и показатеље квалитета рада здравствених установа, комисије за унапређење квалитета рада здравствених установа, стицање и обнову знања и вештина запослених, вођење листа чекања, безбедност пацијената, задовољство корисника здравствених услуга и задовољство запослених.³³⁷ Посебно су обрађени показатељи квалитета за сваки ниво здравствене заштите.

³³⁵ Вид. <http://www.kme.rs/index.php?med=1>, 11. децембар 2014.

³³⁶ *Службени гласник РС*, бр. 49/2010.

³³⁷ Чл. 2 Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите.

3.3. Смањење захтева за рефундацију од стране пацијената

Правилником о садржају и обиму права уређује се садржај и обим права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања из ЗЗО за поједине врсте здравствених услуга и поједине врсте болести, проценат плаћања из средстава обавезног здравственог осигурања до пуног износа цене здравствене услуге и о партиципацији. Трошкове који су утврђени као право из обавезног здравственог осигурања не смеју плаћати осигурана лица, с обзиром да исте финансира Републички фонд. Осигурана лица могу плаћати само партиципацију и учешће у трошковима предвиђене Правилником о садржају и обиму права. Обавеза сваке здравствене установе је да осигураним лицима пружи све неопходне прегледе, лекове, медицинска средства, као и све процедуре ради заштите и унапређења њиховог здравља.

Члан 49а ЗЗО прописује забрану да давалац здравствених услуга наплати здравствену услугу на коју осигурано лице има право у оквиру обавезног здравственог осигурања, чиме се обезбеђује посебан облик заштите осигураних лица.

О правима из обавезног здравственог осигурања одлучује се на основу чл. 172. ЗЗО, а применом Закона о општем управном поступку.³³⁸ Уколико осигурано лице сматра да му је нека услуга неосновано наплаћена, има право да поднесе захтев за рефундацију средстава Републичком фонду.³³⁹ Да би се поднео захтев за рефундацију трошкова здравствених услуга, потребно је попунити Образац РЕФ 1. Уз попуњен Образац, прилаже се следећа документација: упут за преглед, потврда здравствене установе (Образац ПЗ), рачун о плаћеној здравственој услузи, медицинска документација и здравствена књижица осигураног лица. Образац ПЗ представља потврду коју издаје здравствена установа да није у могућности да пружи одређену здравствену услугу у року од 30 дана, сходно чл. 68. Правилника о остваривању права. Захтев за рефундацију се може поднети за све услуге, осим за оне за које је утврђена листа чекања.

³³⁸ *Службени лист СРЈ*, бр. 33/97 и 31/2001 и *Службени гласник РС*, бр. 30/2010.

³³⁹ П. Стајковић, „Заштита права осигураних лица Републичког фонда за здравствено осигурање“ *Радно и социјално право*, Београд 1/2013, 315-336.

О праву у првом степену одлучују организационе јединице Републичког фонда – филијале, а у другом степену Дирекција Републичког фонда, односно Покрајински фонд (за подручје Аутономне покрајине). ЗЗО је предвиђено да се против акта Републичког фонда, којим је одлучено о праву из обавезног здравственог осигурања, може покренути управни спор.

У Филијали за град Београд Републичког фонда извршена је анализа поступања по захтевима осигураних лица, при чему је утврђено следеће:³⁴⁰

- У периоду 01.01-31.12.2010. године поднето је укупно 1.063 захтева за рефундацију средстава у вези са остваривањем здравствене заштите осигураних лица.
- У периоду 01.01-31.12.2012. године за рефундацију трошкова плаћених здравствених услуга, медицинско-техничких помагала, уградног материјала, лекова и партиципације, поднет је 601 захтев за рефундацију трошкова плаћених хемодијализа у иностранству поднето је 26 захтева, а за промену здравствене установе за хемодијализу поднето је 95 захтева.

Филијала Републичког фонда у поступку утврђивања основаности захтева даје налоге за повраћај средстава здравственим установама, које врше повраћај средстава осигураним лицима. Уколико здравствена установа одбије да изврши повраћај средстава, истој се врши умањење преноса средстава за износ рефундације, првим наредним преносом, тј. не врши пренос укупно опредељене накнаде за календарску годину у којој се врши умањење средстава.

У случају плаћања путем капитације комбиноване са плаћањем по услугама и путем ДСГ-а сви даваоци здравствених услуга ће бити заинтересовани и мотивисани да пружају квалитетне услуге у законом дефинисаним роковима, тако да би се број захтева за рефундацију свео на најнижу могућу меру.

³⁴⁰ Анализа је извршена на основу података Одељења за остваривање права Филијале Републичког фонда за град Београд.

VII ИСКУСТВА ДРУГИХ ЗЕМАЉА У СПРОВОЂЕЊУ И ФИНАНСИРАЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ НАКОН РЕФОРМИ

У новије време различити начини финансирања се примењују у примарној здравственој заштити, а различити у секундарној и терцијарној здравственој заштити.

На Табели бр. 76. дат је приказ начина финансирања здравствене заштите и структуре власништва над здравственим капацитетима у поједним земљама у 2014. години.

Табела 76. - Начини финансирања здравствене заштите и структура власништва над здравственим капацитетима у поједним земљама у 2014. години

Назив	Власништво		Начин плаћања	
	Примарна ЗЗ	Секундарна и терцијарна ЗЗ	Примарна ЗЗ	Секундарна и терцијарна ЗЗ
Аустралија	приватно	67% јавно, 33% приватно	90% плаћање по услузи	глобални буџет + плаћање по услузи
Велика Британија	66% приватно	јавно	капитација + плаћање по услузи	60% плаћање према случају
Италија	приватно	80% јавно + 20% приватно	капитација + плаћање по услузи + плаћање за перформансе	плаћање према случају + глобални буџет
Немачка	приватно	50% приватно + 33% приватно непрофитно + 17% приватно профитно	плаћање по услузи	глобални буџет + плаћање према случају
Сједињене Америчке државе	приватно	70% приватно непрофитно + 15% јавно + 15% приватно профитно	капитација + плаћање по услузи + приватни планови	плаћање према случају
Француска	приватно	67% јавно + 25% приватно + 8% приватно непрофитно	плаћање по услузи + плаћање за перформансе + 40\$ фиксно годишње за хроничне пацијенте	плаћање према случају
Швајцарска	приватно	јавно и јавно-приватно партнерство	80% капитација + 20% плаћање по услузи	50% плаћање по услузи + субвенције кантоналне власти

Извор: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf

1. Механизам плаћања и остваривања права у примарној здравственој заштити у европским земљама

Поједине развијене земље су у примарној здравственој заштити увеле модел капитације. Применом овог начина плаћања, давалац здравствених услуга се за одређени обим услуга плаћа на основу броја регистрованих одређених пацијената. Модел капитације могуће је комбиновати са паушалом или плаћањем по услугама.

Здравствени систем Шпаније уређен је по регионима. Изабрани лекари/породични лекари у Шпанији примају фиксну плату и један део као додатак који се обрачунава по основу капитације. Колики је део који се обрачунава по основу капитације није исти у свим регионима. Износ капитације зависи од већег броја елемената, између осталог, и од старосне структуре пацијената.

Највећи број изабраних лекара у Финској плаћа се тако што је лекарима загарантовано 60% плате по основу рада. Капитација одређује 20% плате. Накнада по основу пружене услуге чини 15% плате изабраног лекара, а локални додатак учествује са 5% у плати изабраног лекара.

Данска, Финска, Норвешка, Чешка Република, Нови Зеланд, Италија, Португалија и Словачка плаћање на примарном нивоу здравствене заштите заснивају на капитацији и накнади за пружене услуге. У периоду 1992-1999. године у Италији је установљено плаћање путем капитације за општу медицину и педијатрију са додатном накнадом за извршене услуге за посебне третмане.³⁴¹

Капитација утиче на смањење трошкова здравствене заштите, али може допринети смањењу нивоа квалитета здравствених услуга и нижој продуктивности здравственог система у целини.

³⁴¹ Вид. http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf, 3. март 2016.

Постављање дома здравља у центар здравствене заштите доводи до побољшања здравственог стања популације, једнакости у приступу примарној здравственој заштити, сталног унапређења квалитета услуга и порасту ефикасности и ефективности.

У случају када пацијенти имају могућност да бирају лекара код ког желе да се лече и да истог тог лекара мењају уколико нису задовољни третманом, или својим здравственим стањем након лечења код изабраног лекара, пацијентима се даје више права него до сада. Пацијенти, односно осигурана лица, остварују једнакост у приступу здравственој заштити, што до примене капитације није био случај.

Изабрани лекари воде рачуна о здравственом стању сваког осигураног лица и сходно потребама и његовом здравственом стању предузимају одређене мере за наставак лечења. До увођења капитације и давања могућности избора лекара, пацијенти су ишли од доктора до доктора и није било могуће адекватно пратити њихово здравствено стање.

2. Механизам плаћања и остваривање права у секундарној и терцијарној здравственој заштити у европским земљама

У стационарним здравственим установама, односно установама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, примењује се начин плаћања по болесничком дану, по случају, или по групама дијагноза (ДСГ).

Плаћање путем ДСГ-а утиче на подизање нивоа квалитета здравствених услуга. У свету се најчешће користе комбиновани начини плаћања. Пружање здравствене заштите може да буде условљено начином плаћања. Уколико се давалац здравствених услуга финансира по једном начину плаћања који је различит у односу на начин плаћања лекара у конкретној здравственој установи, може доћи до формирања листа чекања, листа заказивања, неоправданог коришћења здравствених услуга, нерационалности у трошковима пружања услуга, недостатка лекова и медицинских средстава и сл.

У појединим земљама од прикупљених пореза на нивоу земље обезбеђује се и одређени износ средстава за здравствену заштиту. Уколико је више врста пореза који се наплаћују, већи је износ средстава који може бити опредељен за финансирање здравствене заштите.

Чешка Република, Данска, Италија, Мађарска, Аустралија, Нови Зеланд, Норвешка и Немачка примењују ДСГ са буџетом. Болничке услуге су се 1997. године у Португалији плаћале путем ДСГ-а са 10%, да би се 2002. године ове услуге плаћале са 50%. Од 2004. године у Немачкој је уведена обавеза плаћања болничке делатности по ДСГ.³⁴²

Чешка Република, Мађарска, Холандија и Пољска примењују накнаду за услуге и буџет за финансирање секундарне и терцијарне здравствене заштите.³⁴³

Досадашњи начини финансирања установа на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите пратили су потребе здравствених установа, а не осигураних лица и осталих пацијената.

Увођењем плаћања путем ДСГ-а на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите обезбеђује се једнако плаћање за исте услуге, чиме се обезбеђује праведна доступност за осигурана лица. Могућност избора лекара специјалиста и његовог тима даје право осигуранику на избор.

На Табели бр. 77. даје се приказ појединих индикатора здравствене заштите у одабраним земљама. Према наведеној табели може се видети да највише издвајања за здравствену заштиту по глави становника, од приказаних земаља, имају Сједињене Америчке Државе (8.745 УСД), а најмање Италија (3.209 УСД). Највећи број лекара на 1.000 становника имају Немачка и Швајцарска. Србија издваја око 261 ЕУР (284 УСД)³⁴⁴ за финансирање здравствене потрошње по глави становника у 2014. години и има 2,9 лекара на 1.000 становника. Учешће трошкова здравствене заштите у БДП-у у Србији не може се мерити са учешћем ових трошкова у наведеним земљама. Што се тиче броја лекара на 1.000

³⁴² Technical Briefs for Policy-makers; Provider Payment and Cost-Containment Lessons from OECD Countries, http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_07_2-provider_payments.pdf, 3. март 2016.

³⁴³ *Ibid.*

³⁴⁴ Курс узет са сајта НБС, <http://www.nbs.rs/internet/cirilica/scripts/ondate.html>, 26. јануар 2016.

становника, може се видети да Србија има више лекара у односу на Велику Британију и Сједињене Америчке Државе.

Табела бр. 77. - Приказ појединих индикатора здравствене заштите у одабраним земљама.

Назив	Аустралија	Француска	Немачка	Италија	Швајцарска	Велика Британија	САД
Учешће здравствене потрошњеу БДП-у 2012. год.	9,1%	11,6%	11,3%	9,2%	11,4%	9,3%	16,9%
Здравствена потрошња по глави становника 2012. год. (УСД)	3.997	4.288	4.811	3.209	6.080	3.289	8.745
Просечан раст здравствене потрошње по годинама (2002-2012. год.)	2,4%	1,4%	2%	0,7%	1,7%	2,7%	2,4%
Број лекара по глави становника 2012. год.	3,31	3,08	3,96	3,85	3,92	2,75	2,46
Издавање из цепа осигураника 2012. год. (УСД)	731	320	627	603	1.582	297	1.045

Извор: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf

3. Примери појединих земаља

3.1. Словенија

Први облици нормативног уређења здравственог осигурања у Словенији јавили су се током XIX века. Први фонд обавезног здравственог осигурања у Словенији основан је у Љубљани 1889. године. Током претходних година Словенија је била у саставу неколико држава. Словенија је, до Првог светског рата била у оквиру Аустро-Угарског царства, те су њени прописи у области здравственог осигурања и здравствене заштите били исти као и у другим деловима Царства. Након тога, Словенија постаје део Државе Словенаца, Хрвата и Срба, затим Краљевине Срба, Хрвата и Словенаца, а од 1929. године део Краљевине Југославија

и од 1945. године део СФР Југославије. Словенија је постала саставни део СФРЈ 1945. године, те је, од тада, до осамостаљивања 1991. године примењивала законску регулативу у области здравственог осигурања и здравствене заштите те земље.³⁴⁵

Године 1980. у Словенији је усвојена „Зелена књига“, као централни документ који обезбеђује плаћање по услузи за све даваоце здравствених услуга. Заснива се на приручнику Светске здравствене организације, који предвиђа око 2600 услуга.³⁴⁶

Систем здравствене заштите у Словенији уређен је *Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju* из 1992. године, након стицања независности.³⁴⁷ Здравствени систем у Словенији се, након осамостаљивања од СФРЈ, заснивао на принципима социјалног здравственог осигурања Бизмарковог типа и претпостављао је релативно равномерно и прогресивно финансирање здравственог осигурања од стране послодаваца и запослених (издвајања за здравствену заштиту расту са повећањем прихода). Национални фонд здравственог осигурања Словеније финансирао је обавезно здравствено осигурање, које је обезбеђивало универзалну покривеност постојећем систему здравствене заштите. Током деведесетих година прошлог века, удео издатака за обавезно здравствено осигурање у БДП Словеније кретао се од 6,2% до 7,2%. Почетком XXI века тај тренд је настављен, тако да је 2000. године удео издатака за обавезно здравствено осигурање износио 6,1% БДП-а, 2010. године 6,6% БДП-а, а 2011. године 6,5% БДП-а.³⁴⁸

Један од проблема здравственог система у Словенији прошлог века, поред недостатка финансијских средстава и старења становништва, представљала је централизација и велики утицај државе на доношење кључних одлука у здравственој политици, па и одређивање удела трошкова здравствене заштите унутар БДП-а. У том делу може се рећи да је здравствена политика поступала идентично неким Бевериџевским моделима, јер је задржавањем, а онда и поступним смањивањем, удела здравствених трошкова унутар БДП-

³⁴⁵ *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања*, 124-125.

³⁴⁶ *Капитација и дијагностички сродне групе*, 44.

³⁴⁷ *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*, *Uradni list RS*, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT.

³⁴⁸ Вид. http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2014/IV/4_8.pdf, 7. март 2015.

а реално допринела стимулисању приватних трошкова, односно „плаћања из џепа“ осигураника.

Како је овај систем, који је финансирање здравствене заштите вршио применом Бизмарковог модела, упао у финансијску кризу, реформе су биле неминовне. Циљ реформи био је лимитирање улоге државе,³⁴⁹ уз задржавање права да за одређена кључна питања Министарство здравља има права на одлучивање. Овај систем предвиђа да се партнери у систему рационално договарају и уговарају, док је држави осигурана улога управљања и надзора. Те две улоге држава је у словеначком систему задржала уз помоћ непромењене власничке структуре у великим здравственим установама, пре свега у болницама, и утицаја на начин доношења одлука о маси средстава за обавезно здравствено осигурање, који се дефинише путем националне фискалне политике.

Здравствени систем у Словенији је претрпео велике промене од времена када је ова земља стекла независност 1991. године. Реформа финансирања здравствене заштите, која је отпочела 1992. године доношењем нове законске регулативе и преласком са централизованог система којим управља држава у децентрализован, донела је следеће: прелазак на тржишни систем, плаћање за одређене болничке услуге, увођење клиничких смерница од стране Министарства здравља за повећање квалитета здравствене заштите, редуковање средстава за обавезно здравствено осигурање, увођење добровољног осигурања и приватне праксе, смањење дугова и накнадно увођење одређених програма, да би се ограничили расходи.³⁵⁰ Међутим, почетни замах ових реформи бива у неком моменту успорен, а промена окружења, финансијска криза и старење становништва захтевали су нову реформу.

Власничка структура организација обавезног здравственог осигурања мало је измењена, те држава остаје власник установа секундарне и терцијарне здравствене заштите, а локална самоуправа постаје власник установа примарне здравствене заштите. По основу правног

³⁴⁹ Вид. http://www.zav-zdruzenje.si/zdravstvena_reforma.asp, 23. јануар 2013.

³⁵⁰ T. Albreht *et al.*, *Slovenia: Health system review*, Health Systems in Transition, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2009, Vol. 11, No. 3, 20-21, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/96367/E92607.pdf, 14. април 2015.

статуса, структуру здравственог система у Словенији чине три типа здравствених установа – јавне установе (које још увек нуде већину здравствених услуга, како на примарном, тако и на специјалистичком, односно болничком нивоу), приватне здравствене установе са концесијом, које се финансирају, у потпуности или делимично, из средства обавезног здравственог осигурања, и приватне здравствене установе које нису тражиле концесију и финансирају се искључиво из директних плаћања здравствених услуга, које пружају.

Некада јавни систем финансирања здравствене заштите бива полако замењен комбинованим системом, јер обавезно здравствено осигурање покрива део трошкова, а део трошкова здравствене заштите сами осигураници, кроз приватно осигурање, које може бити допунско и добровољно. Обавезно здравствено осигурање наставља да егзистира кроз финансирање обавезног пакета здравственог осигурања, и запослени и чланови њихових породица морају бити обавезно осигурани. Улога допунског осигурања је покриће здравствених трошкова који нису покривени здравственим осигурањем, односно обавезним пакетом здравствених услуга. Добровољно осигурање покрива неке веће ризике, те се становништво које има веће приходе опредељује и за ову врсту здравственог осигурања.

Увођењем приватне праксе некадашњи релативно компактан здравствени систем постао је разноврснији и понудио је већи избор давалаца здравствених услуга и њиховог асортимана. Али, оно што је можда и значајније је то да је такав систем и фрагментиран, што ствара разне проблеме. Пре свега, фрагментација претпоставља велики број уговора, које Завод за здравствено осигурање Словеније мора склопити са даваоцима здравствених услуга. Завод за здравствено осигурање Словеније (*Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije*) једном годишње преиспитује пакет здравствених услуга, а на основу преговора са Министарством здравља, Институтом за јавно здравље и другим преговарачима. Самим тим, поступак укључења нових услуга у обавезно здравствено осигурање је доста успорен и отежан,³⁵¹ што ствара веће административне трошкове и захтева већу комплексност пратећих система и служби, пре свега надзорних, и отежава транспарентност система. С друге стране, у

³⁵¹ М. Tajnikar, P. Došenovič Bonča, *Global Marketplace for Private Health Insurance: Strength in Numbers*, The World Bank, Washington, D.C. 2010, 373.

недостатку објективних информација о ефикасности лечења, односно о квалитету услуга, пацијенти се махом одлучују за избор оних давалаца, који имају одређену репутацију.

Улога приватних и јавних здравствених установа је изједначена у правима, које имају при конкурисању за јавна средства и при закључивању уговора са Заводом за здравствено осигурање Словеније. Иако је та једнакост присутна у принципима, у пракси је другачије, јер систем у себи носи неке карактеристике, које стварају разлике између два сектора.

Од 1997, па све до априла 2007. године, када је Словенија оцењена као развијена земља, Светска банка је, заједно са Светском здравственом организацијом, одиграла важну улогу у подршци реформи здравствене заштите у Словенији. Словенија, као чланица ЕУ, блиско сарађује са институцијама ЕУ. Светска здравствена организација је једина агенција Уједињених нација која има канцеларију у овој земљи. Словенија такође има широку сарадњу са другим међународним здравственим агенцијама и институцијама.

Сходно одредбама Уредбе број 883/2004 Европског Парламента и Већа од 29. априла 2004. године о координацији система социјалне сигурности,³⁵² прописи у Словенији се уподобљавају са прописима Европске уније. Уредбом Европског парламента и Савета Европске уније бр. 987/2009 од 16. септембра 2009. године детаљно су утврђена правила за спровођење Уредбе Европског савета бр. 883/2004 о координацији система социјалне сигурности.³⁵³

Овом Уредбом прописују се детаљна правила у вези са правом на прегледе, претраге или третман у другој држави чланици Европске уније, Европског економског простора и Швајцарске Конфедерације, или накнади трошкова ових услуга, ако је у Словенији за стављање на листу чекања успостављен период који превазилази максимално дозвољену време чекања.

³⁵² Вид. <http://www.mirovinsko.hr/UserDocsImages/EU/uredbe/Uredba%20883-2004.pdf>, 4. март 2016.

³⁵³ Национални програм за усвајање правних тековина Европске уније (2013-2016), http://seio.gov.rs/upload/documents/nacionalna_dokumenta/npi_usvajanje_pravnih%20tekovina.pdf, 29. март 2015.

У складу са одредбама Директиве Европске уније 2011/24/ЕУ Европског Парламента и Савета,³⁵⁴ осигураници имају право на накнаду трошкова за здравствене услуге које су право из обавезног здравственог осигурања у Републици Словенији, за услуге које се спроводе у другој држави чланици Европске уније. То је дефинисано чл. 44ц Закона о *zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*. Осигурана лица у Словенији немају право на накнаду трошкова за услуге које су добили у земљама чланицама Европске уније, уколико су у питању услуге које се пружају на примарном нивоу здравствене заштите, услуге у области дуже неге и оне услуге које се пружају у установама социјалне заштите, услуге у области скрининга, услуге на које се не чека преглед у периоду дужем од годину дана, као и на медицинска средства или помагала која се користе у кућним условима, и сл.

Министарство здравља на свом званичном сајту информисхе осигуранике, као и све заинтересоване о околностима због којих су осигураници одбијени у вези са рефундацијом новчаних средстава за пружене услуге и набављена медицинска средства у земљама Европске уније.

Увидом у *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju* утврђено је да Словенија има план здравствене заштите. Овим законом регулисано је које услуге се финансирају на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

Обавезно осигурање у Словенији обухвата:³⁵⁵

- 1) осигурање за случај болести и повреде ван рада и
- 2) осигурање за случај повреде на раду и професионалне болести.

Значајно је нагласити да је систем посебно дефинисао одређене болести и стања, која имају у сваком случају потпуно покриће (без допунских наплата). У тај круг улазе све заразне болести, рак, шећерна болест и неке неуромускуларне болести. За све остале болести постоји комплексан, од стране законодавца прописан, систем доплата, који ствара одређена

³⁵⁴ Вид. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:sl:PDF>, 4. март 2016.

³⁵⁵ Чл. 13 *Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*.

ограничења у приступу здравственим услугама. Јасно је да се део цене одређених услуга доплаћује кроз допунско здравствено осигурање, које је, за разлику од обавезног здравственог осигурања, регресивно (издвајања за здравствену заштиту се смањују са повећањем прихода). То значи да због своје природе дефинисања висине премија, допунско здравствено осигурање, заправо, представља мањи трошак за особе са већим дохоцима.

Концепт, који је имплементиран у Словенији, претпоставља релативно равномерно и прогресивно финансирање здравственог осигурања од стране послодаваца и запослених. Одређене категорије становништва плаћају паушал.³⁵⁶ Од јануара 2002. године обавезни доприноси за здравствено осигурање запослених су 13,45% бруто прихода осигураника, с тим што на терет послодавца иде 6,56%, а на терет запосленог 6,36%. Међутим, послодавац плаћа додатних 0,53% на име повреде на раду и у вези са професионалним болестима.³⁵⁷ Доприноси се за самосталну делатност плаћају по фазама, по стопи од 0,3% до 12,92% зараде, у зависности од тога да ли се плаћају месечно или најмање једном годишње. Обавезно здравствено осигурање покрива око 80% укупних трошкова здравствених услуга. Преосталих 20% се покрива из џепа корисника или путем допунског – приватног осигурања. Министарство здравља има улогу координатора у потписивању годишњих уговора између Завода и давалаца здравствених услуга. И приватни и породични доктори и здравствене установе имају уговор са Заводом за здравствено осигурање. Износ добијеног новца зависи од капитације и цене појединачних услуга (према годишњем плану). У примарној здравственој заштити присутан је комбиновани метод плаћања по капитацији и плаћање за услуге у амбулантним специјалистичким клиникама. Секундарна и терцијарна здравствена заштита, које су од 1993. године финансиране према болничком дану, након спроведених реформи финансирају се путем ДСГ. Групе ослобођене учешћа су деца, труднице, хитни случајеви, особе оболеле од дијабетеса, епилепсије, психоза. Допунско осигурање подразумева месечно издвајање од око 40 евра.

³⁵⁶ M. Toth, D. Petrič, B. Kramberger, *Sistem financiranja zdravstvenih programov v Sloveniji*. Adolf S., ur. *Sistemi financiranja v zdravstvu*, Ljubljana 1999, 145-168.

³⁵⁷ T. Albreht *et al.*, 49, http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0004/96367/E92607.pdf, 14. април 2015.

Кључни правци нове реформе су представљени у 2011. години. Она подразумева јачање позиције примарне здравствене заштите, преобликовање система здравственог осигурања, консолидацију болница (ограничен број регионалних болница, специјализацију појединих болница итд.). Основни циљ ове реформе је успостављање здравствене једнакости и солидарности уз финансијску одрживост система.³⁵⁸

Унапређење здравственог система је и даље један од приоритета за Словенију.³⁵⁹ Акцент је на унапређењу система јавног здравља и примарне здравствене заштите, успостављање одрживог финансирања здравства преко фондова осигурања; решавање недостатака у законској регулативи, финансирање и подизање квалитета услуга, побољшање регулације приватизације здравствених услуга и побољшање ефикасности система у целини.

3.2. Хрватска

Хрватска је, док је била у саставу Аустро-Угарског царства, била међу првим земљама у Европи која је увела Бизмарков модел финансирања обавезног здравственог осигурања. У Дубровнику је 1317. године основан први облик лекарске ординације, док је 1277. године уведен карантин.³⁶⁰ Систем здравственог осигурања у Хрватској нормативно је уређен Законом о здравственој заштити³⁶¹ и Законом о обавезном здравственом осигурању.³⁶² Право на здравствену заштиту, према одредбама члана 85. Устава, обезбеђује се свим грађанима, у складу са законом.

Здравствена делатност у Хрватској се обавља као јавна служба од националног интереса. Здравствену делатност обављају здравствени радници, здравствени сарадници и неопходни немедицински радници, а обавља се на нивоу примарне, секундарне и терцијалне

³⁵⁸ Вид. <http://www.zav-zdruzenje.si/wp-content/uploads/2013/08/razvoj-sistema-zdravstvenega-varstva-predlogi-zavarovalnic.pdf>, 3. март 2016.

³⁵⁹ *Ibid.*

³⁶⁰ *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања*, 150.

³⁶¹ *Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine*, br. 15/2008, 71/2010, 139/2010, 22/2011, 84/2011, 154/2011, 12/2012, 35/2012, 70/2012, 144/2012, 82/2013, 159/2013, 22/2014 i 154/2014.

³⁶² *Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine*, br. 80/2013 i 137/2013.

здравствене заштите. Законом је прописано на који начин се спроводи здравствена заштита на сваком нивоу здравствене делатности.

У Хрватској је крајем XX и почетком XXI уведен централизован систем здравствене заштите. До тада, Хрватска је имала децентрализован систем, који је имао вишак запослених и није имао стандарде за пружање здравствене заштите. Највећим делом систем здравствене заштите у Хрватској се финансира из јавних средстава, а једним делом из приватних средстава. Централизован систем је битно ефикаснији, самим тим што су у Хрватској у систему здравствене заштите извршене рационализације у погледу броја запослених и броја здравствених установа, као и што су дефинисани стандарди у пружању здравствене заштите.

Хрватска је још крајем XX века ушла у реформе система здравствене заштите. Најважнији циљеви реформи били су: заустављање раста трошкова здравствене заштите, унапређење система управљања и планирања, реорганизовање система финансирања и начина плаћања, унапређење учинковитости и квалитета здравствене заштите, те јачање примарне здравствене заштите.³⁶³ У већини европских земаља установе примарне здравствене заштите решавају око 75% медицинских случајева, док у Хрватској здравствене установе на примарном нивоу здравствене заштите решавају само 50% медицинских случајева.³⁶⁴

Почетком XXI века у Хрватској је око 25-30% здравствене потрошње одлазило на 1% становништва, док је око 60% потрошње одлазило на 5% становништва. Око 20-25% становништва у току године уопште није користило здравствену заштиту.³⁶⁵ Ситуација је слична у скоро свим земљама, без обзира на степен економског развоја.

Током 2002. године започео је процес удруживања домова здравља због чега се њихов број у 2007. години, у односу на 2001. годину, смањио са 120 на 50. Од 74 болничке установе и

³⁶³ M. Katić, V. Jureša, S. Orešković, „Family Medicine in Croatia: Past, Present and Forthcoming Challenges“, *Croatian Medical Journal*, Zagreb 45/2004, 543-549.

³⁶⁴ D. Mihaljek, *Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća?*, Institut za javne financije i Zaklada Friedrich Ebert, Zagreb 2007, 281, http://www.fes.hr/E-books/pdf/Pridruzivanje%20hrvatske%20EU_4_svezak/11.pdf, 07. март 2015.

³⁶⁵ D. Mihaljek, *Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća?*, 269.

лечилишта, четири специјалне болнице и четири лечилишта налазе се у приватном власништву.

У Закону о здравственој заштити наглашена је важност примарне здравствене заштите, односно важност њеног оснаживања које треба да омогући физичку доступност здравствених капацитета пацијентима, како би пружање медицинске помоћи било доступно и правовремено. У том циљу, овим Законом се редефинише статус и позиција дома здравља као средишњег институционалног облика примарне здравствене заштите, ради пружања здравствене заштите која је првенствено била оријентисана на куративу, на очување и унапређење здравља и превенцију болести. Нова улога дома здравља састоји се и у координирању остваривања мера здравствене заштите које спроводе сви носиоци здравствене делатности на одређеном подручју. При томе се посебан значај придаје јачању групне приватне праксе, као и позицији субјеката који обављају јавну здравствену службу на основи концесије.

Законским решењима одређено је и финансирање здравственог осигурања и из државног буџета, што је особина Беверицовог модела финансирања здравства. У Хрватској, дакле, функционише мешовити систем финансирања здравственог осигурања, који чине: доприноси за здравствено осигурање, партиципација, добровољно (комплементарно) здравствено осигурање, приватно допунско осигурање, финансирање из државног буџета и из буџета локалне самоуправе. Систем здравства у Републици Хрватској заснива се на Бизмарковом моделу финансирања, с обзиром да се око 80% трошкова здравственог осигурања финансира доприносима за обавезно здравствено осигурање. Осталих 20% финансира се из трансфера државе и локалних самоуправа, односно од других пореских прихода, такође и од допунског и приватног здравственог осигурања.³⁶⁶

Доприноси за здравствено осигурање су обавезни за све запослене и њихове послодавце, као и за самосталну делатност. Изржаваним члановима породица обезбеђује се право на

³⁶⁶ D. Mihaljek, „Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako da se počnemo baviti uzrocima, a ne simptomima problema?“, *Newsletter, Privremeno glasilo Instituta za javne financije*, Zagreb 31/2007, 4, <http://www.ijf.hr/newsletter/31.pdf>, 25. јануар 2016.

лечење на основу доприноса које плаћају радно активни чланови породица. Сиромашни и социјално угрожени покривени су обавезним здравственим осигурањем.

Стопа доприноса за обавезно здравствено осигурање износи 15%. Пољопривредници плаћају доприносе по стопи од 7,5%.³⁶⁷ У периоду 2000-2002. године послодавци су плаћали доприносе за обавезно здравствено осигурање по стопи од 7%, а запослени по стопи од 9%. г осигурања. Међутим, од 2003. године доприносе плаћају само послодавци, тј. трошкови финансирања обавезног здравственог осигурања се више не деле између послодаваца и запослених. Обавезно здравствено осигурање у потпуности покрива угрожене групе становништва (стари, незапослени, инвалиди, ратни ветерани, студенти и млађи од 18 година, труднице, као и лечење у вези са менталним, инфективним или малигним болестима).

Доприноси се одређују годишње и прикупљају од стране државе и сливају у Хрватски завод за здравствено осигурање. Премије допунског здравственог осигурања прикупљају се директно од стране Хрватског завода за здравствено осигурање.

Грађани Хрватске који немају допунско здравствено осигурање, приликом болничког лечења, обавезни су да учествују у трошковима здравствене заштите са 20% цене здравствене услуге, или да плате максимално 2.000 куна по једном прегледу. За преглед код породичног лекара или за издати лек на рецепт, грађани који немају допунско осигурање морају платити по 10 куна. Велики број грађана Хрватске се определио за допунско осигурање, те су, због тога, ослобођени плаћања партиципације.³⁶⁸ Партиципације су уведене за одређене услуге, а угрожене групе су изузете. Здравствене услуге у Хрватској нису бесплатне. У систему основног осигурања осигураници плаћају партиципацију 15-75% цене лека, а за неке лекове и пуну цену.³⁶⁹ Укупна потрошња за здравство у 2011. години била је 7,8 % БДП-а, док је владина потрошња на здравство била 84,7% укупних расхода на

³⁶⁷ Чл. 14 Zakona o doprinosima, *Narodne novine*, br. 84/08, 152/08, 94/09, 18/11, 22/12, 144/12, 148/13, 41/14 i 143/14.

³⁶⁸ Вид. <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/opis-zdravstvenog-sustava/>, 3. март 2016.

³⁶⁹ Чл. 17 Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju.

здравље. У 2013. години трошеви на здравствене заштите у Хрватској учествују са 7,3% у БДП-у.³⁷⁰

Здравствено осигурање се спроводи на начелима узајамности и солидарности, као и у Србији, а Законом је устројено основно, допунско и приватно здравствено осигурање. Основно здравствено осигурање је обавезно, и њиме се осигурава основни „пакет” здравствених услуга. Систем номинално обухвата све осигуранике и свима је обезбеђен основни ниво здравствених услуга.

Установе које обављају здравствену делатност су здравствене установе у државном власништву, односно власништву жупанија и здравствене установе у приватном власништву. Власништво над здравственим установама је децентрализовано. У државном власништву су: клинике, клинички болнички центри и државни здравствени заводи. У власништву жупанија су: домови здравља, поликлинике, опште и специјалне болнице, апотеке, установе за хитну медицинску помоћ, за здравствену негу у кући, те кантонални заводи за јавно здравство.

У Хрватској је на примарном нивоу здравствене заштите уведено плаћање према главарини, односно капитација, док је на секундарном и терцијарном нивоу уведено плаћање према терапијском поступку (дијагностичко-терапијским скупинама),³⁷¹ односно ДСГ.³⁷²

У 2012. години Влада је усвојила Националну стратегију здравствене заштите 2012-2020. године. Документ промовише сарадњу са другим секторима и друштвом у целини, а у складу је са новом европском политиком за здравље 2020. Између осталог, Стратегија се бави јачањем превентивне активности, очувањем финансијске стабилности здравствене заштите, побољшањем квалитета услуга и унапређењем ефикасности здравственог система. Министарство здравља подржава принцип интегрисане здравствене заштите, пружајући здравствену заштиту за акутна и хронична стања у локалној заједници кроз значајно јачање

³⁷⁰ Вид. <http://www.who.int/countries/hrv/en/>, 3. март 2016.

³⁷¹ Дијагностичко-терапијске скупине (ДТС) се базирају на ДСГ и ДТС и ДСГ су синоними. Вид. http://mi.medri.hr/assets/DTS_prirucnik.pdf, 13. март 2016.

³⁷² D. Mihaljek, *Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća?*, 283.

примарне здравствене заштите. Све ово је у циљу успостављања ефикасне контроле над употребом секундарних и терцијарних капацитета и система здравствене заштите опште потрошње, како би се до 80% медицинских случајева решило на примарном нивоу здравствене заштите. Национална стратегија подржава пуну компјутеризацију здравственог система и увођење телемедицине за географски удаљене области (острва, пре свега).

Велике напоре хрватска Влада улаже у реструктурирање хитне медицинске службе, у циљу побољшања географске расподеле ресурса и ефикасности. Придруживање Европској унији у јулу 2013. године Хрватској је омогућило коришћење структурних фондова, а међу њима и дела који се додељују здравственом сектору. Изазови у наредном периоду биће реструктурирање болничког система, како би се променио садашњи модел пружања здравствених услуга кроз рационализоване болничке капацитете, повећање услуга за дневни боравак, и боље и јефтиније опције за дугорочну негу, укључујући хроничне болести и палијативно збрињавање. Промена тренутног система код којег је лекар у фокусу треба заменити приступом који више пажње усмерава на бригу о пацијентима. Још један изазов је израда болничког мастерплана као стратешког оквира планирања за развој здравствене службе.

Хрватска примењује систем здравствених рачуна, као међународно признату методологију која обухвата детаљне класификације учесника и функција у здравству, чијим се комбиновањем у таблицама, а након уноса финансијских података, добија преглед структуре здравствене потрошње у одређеној земљи. Три су основне димензије у систему здравствене заштите, и то: функције здравствене заштите (*Health Care Functions*), показатељи здравствене заштите (*Health Care Providers*) и агенти финансирања здравствене заштите (*Health Care Financing Agents*).³⁷³ На овај начин се може пратити потрошња према типу лечења, врсти пружених услуга, лековима и др. Наведено је од великог значаја због рационализације трошкова, јер су и у Хрватској, као и у свакој земљи, потребе за здравственим услугама у порасту, а средства лимитирана.

³⁷³ Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2013, http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2014/05/Ljetopis_2013_.pdf, 7. март 2015.

3.3. Чешка Република

Чешка Република има дугу историју у области здравственог осигурања и здравствене заштите. Обавезно осигурање од несрећног случаја у чешкој држави се уводи 1887. године, а осигурање од болести 1888. године.³⁷⁴ Крајем XIX века Чешка држава је била део Аустро-Угарског царства. Самим тим, она је примењивала Бизмарков модел социјалног осигурања и осигурања у случају болести.

Године 1918. Чехословачка стиче независност од Аустро-угарског царства. Од тада се уређује и законодавство у делу здравственог осигурања за породице, раднике и пољопривреднике. По завршетку Првог светског рата у Чехословачкој се оснивају бројне институције које обезбеђују социјално осигурање и осигурање у случају болести. Године 1924. оснива се Централни социјални осигуравајући фонд (*Central Social Insurance Fund*). Од тада се ограничава број фондова за случај болести, који од тада постају фондови здравственог осигурања.³⁷⁵

Почетком деведесетих година прошлог века Чехословачка и даље има систем социјалног здравственог осигурања (*Social Health Insurance*), који се базира на обавезном чланству у неком од осигуравајућих здравствених фондова. Фондови су владина тела и „квази-јавни“ фондови. Становништво има право да бира члан ког осигуравајућег фонда ће бити. Законом су јасно дефинисана правила у области здравственог осигурања и осигуравајући фондови морају да поступају сходно закону. Запослени и послодавци плаћају одређени проценат на име пореза на плате, предузетници плаћају фиксни проценат у односу на остварени профит на име обавезног здравственог осигурања.

Године 1989. одиграла се револуција која је водила ка реформи и демократизацији здравственог осигурања у Чехословачкој. Деведесетих година доноси се неколико важних

³⁷⁴ L. Bryndová *et al.*, *Czech Republic. Health System review*, Health System in Transition, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2009, Vol. 11, No. 1, 36, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/97633/E92968.pdf, 08. март 2015.

³⁷⁵ *Ibid.*

закона, као што су Закон о општем здравственом осигурању (1991. године), Закон о фондовима општег здравственог осигурања (1991. године) и др.

Од 1997. године на примарном нивоу здравствене заштите уводи се капитација, а у болничкој делатности проспективни буџет. Многе здравствене установе током тог периода мењају своју правну форму. Иде се ка децентрализацији здравствених установа.

Систем заснован на бројним фондовима здравственог осигурања у оквиру *Social Health Insurance* престаје да постоји почетком XXI века. Многи осигуравајући фондови затворени су или су банкротирали. Од тада становништво може изабрати један од девет фондова здравственог осигурања, који се могу мењати на дванаест месеци. Примарна здравствена заштита, ванболничке специјалистичке амбуланте, фармацеутска индустрија и рехабилитациони центри скоро да су у потпуности приватизовани.

Здравствени систем Чешке Републике претрпео је значајне промене од 2005. године, и то: извршена је дистрибуција доприноса од *Social Health Insurance* ка фондовима здравственог осигурања, док је 2008. године уведено учешће или неки вид партиципације осигураних лица код посета лекару, прописивања лекова на рецепт и др. Исте године, при Министарству здравља уводе се посебни програми за подршку и финансирање стручног усавршавања неговатељица, медицинских сестара и лекара и Иницијатива за унапређење квалитета специјалистичких здравствених услуга.³⁷⁶

Од 2009. године трошкови здравственог осигурања у Чешкој Републици бележе раст, тако да се изједначавају са издвајањем од БДП са земљама западне Европе. Становништво Чешке Републике у потпуности је покривено здравственим осигурањем, чак су већа права из обавезног здравственог осигурања у односу на земље Европске уније.

Након 2009. године чешка влада редуцира ове бенефиције уводећи посебне уговоре између осигуравајућих компанија и доктора и осигуравајућих компанија и здравствених установа.

³⁷⁶ *Ibid.*

Године 2002. доприноси за здравствено осигурање износили су 13,5% бруто прихода. На терет послодавца ишло је 9%, а од запосленог 4,5%. За категорије становништва које немају приходе држава обезбеђује плаћање осигурања. Код предузетника ситуација је другачија. Законом је дефинисано да доприноси за здравствено осигурање не могу прећи 35% профита предузетника. За оне предузетнике које нису профитабилни, утврђен је месечни износ доприноса на име здравственог осигурања.³⁷⁷ Иначе, 2/3 доприноса иду на терет послодавца, а 1/3 доприноса на терет запосленог.

У Чешкој Републици постоји и приватно здравствено осигурање и сваки грађанин се може одредити за приватно осигурање. Међутим, администрација у вези са приватним здравственим осигурањем је много захтевнија и комплекснија у односу на јавно осигурање. Неретко се дешава да у бази података приватног осигуравајућег друштва нема лекара који осигурану пружа услугу, па пацијент сам мора сносити трошкове. С друге стране, за укључивање у приватно здравствено осигурање могу се тражити одређене лабораторијске анализе, да се одраде одређене здравствене процедуре, као што је посебан третман особа које су пушачи и које имају алергије.

Сваки странац који улази у Чешку Републику мора бити осигуран и имати Европску здравствену картицу (*The European Health Insurance Card*).³⁷⁸

3.4. Немачка

Немачки систем социјалног осигурања на националном нивоу први пут је основан 1883. године од стране Ото Фон Бизмарка (*Oto Fon Bizmark*). Овај систем заснива се на солидарности и децентрализацији.³⁷⁹ Немачки "*Das Krankenversicherungsgesetz*" постао је пример за примену закона о социјалном осигурању запослених широм Европе. Након 1883.

³⁷⁷ Вид. <https://www.justlanded.com/english/Czech-Republic/Czech-Republic-Guide/Health/Health-insurance>, 17. март 2015.

³⁷⁸ European Health Insurance Card, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559>, 17. март 2015.

³⁷⁹ W. McArthur, C. Ramsay, M. Walker, *Healthy Incentives: Canadian Health Reform in an International Context*, The Fraser Institute, Vancouver B.C. 1996, 63-85, <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/healthy-incentives.pdf>, 12. мај 2015.

године широм Немачке почеле су да се формирају болничке касе, у општинама, фабрикама, предузећима и др. Самим тим, Немачка се сматра родоначелником болничких каса. У периоду 1883-1885. године формиран је велики број болничких каса. Првим законом о обавезном здравственом осигурању у Немачкој је формирано 22.000 болничких каса. Показало се да веће касе имају боље резултате у делу обезбеђивања помоћи својим члановима, тако да је од 1885. године отпочело обједињавање и централизација болничких каса.

У периоду 1910-1913. године болничке касе су имале закључене уговоре са великим бројем лекара, поликлиника, специјалистичким и стоматолошким ординацијама. Још у то време, чланови болничких каса су имали право слободног избора лекара. Поред тога што су болничке касе својим члановима давале могућност бесплатног лечења, обезбеђивале су и исплату новчане помоћи за време болести, исплату накнада трудницама и породиљама, као и накнаде за погребне трошкове. Такође, члановима породица болничке касе су обезбеђивале бесплатно лечење. Болничке касе прошириле су, током времена, своје деловање и своја издавања и на домове пензионера, одмаралишта, помоћ неспособним за рад и др. На рачун болничких каса послодавци су издвајали 2/3 средстава, а запослени 1/3.

Од почетка деведесетих година прошлог века немачка влада покушава да ојача конкуренцију између осигуравајућих друштава и давалаца здравствених услуга. Иако су пакети здравствених услуга, цене здравствених услуга и стопа доприноса законом прописани и једнаки за сваки фонд здравственог осигурања, осигураници имају могућност промене фонда једном годишње. Рад фондова је транспарентан. На сајтовима осигуравајућих фондова налазе се спискови здравствених услуга, као и пакети услуга који се нуде осигураницима. Како је у претходном периоду постојао велики број осигуравајућих фондова, јачањем конкуренције смањен је број фондова, а повећан је квалитет здравствене заштите. Године 1995. уведена је паметна/чипована картица (*Chip-karten*), која је заменила сто година стар систем сертификавања (*Krankenschein*).³⁸⁰ Још од 1996. године сваки становник Немачке има слободан избор при опредељивању за фонд здравственог осигурања.

³⁸⁰ Вид. <http://chipcardmaster.de/krankenversichertenkarte.htm>, 12. децембар 2014.

Што се тиче конкуренције у приватном сектору, иста је већа у односу на време када је постојао Систем социјалног здравственог осигурања (*Social Health Insurance*). Од 2007. године дата је могућност осигуравајућим компанијама да имају различите осигуравајуће планове и различите тарифе, самим тим, осигуравајућа друштва могу понудити ниже цене одређеној „клијентели“, односно осигураним лицима која одаберу одређену шему здравствене заштите. Нпр., осигуравајући фондови прикупљају средства осигураника и подстичу их на штедњу у младости, како би здравствену заштиту, наравно по потреби, више користили у старости, без додатног увећања премије осигурања.³⁸¹

Систем здравствене заштите у Немачкој у надлежности је државе, федералне власти и јавних друштвених организација. Савезна скупштина, Горњи дом и Министарство здравства и социјалне заштите су кључни учесници у систему здравствене заштите.³⁸² Локална власт је одговорна за надзор у спровођењу здравствене заштите и финансирање инвестиција у болничком сектору. Немачка је организована по управним окрузима и локалним самоуправама (градови, општине, жупаније), где сви они имају бројне надлежности у систему здравствене заштите. Здравствене установе могу бити и у јавном и у приватном власништву, и скоро све су саставни део тзв. болничког плана, те могу пружати услуге целокупном становништву, и оном које је обавезно, и оном које је добровољно осигурано.³⁸³ Влада преузима одговорност за обезбеђивање универзалног приступа помажући онима који не могу да учествују у приватном сектору здравственог осигурања.

Децентрализовани систем значи да се здравствена политика креира на највишем нивоу власти, а спроводи и у најмањим политичким и административним јединицама. Ова доктрина уграђена је у немачки Устав 1949. године.

Специфичност система здравствене заштите у Немачкој је та што представници послодаваца и запослених седе у управним одборима фондова за случај болести и у

³⁸¹ The Commonwealth Fund, Descriptions of Health Care Systems: Germany and the Netherlands, <http://www.allhealth.org/briefingmaterials/CountryProfiles-FINAL-1163.pdf>, 14. октобар 2014.

³⁸² R. Busse, A. Riesberg, *World Health Organisation, Health Systems in Transition Series - Germany*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2004, 2-4, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf, 6. мај 2013.

³⁸³ *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања*, 41.

националним и регионалним органима одлучивања. Они преговарају у име осигураних лица, али и у име здравствених радника. Да би се променила „правила игре“ потребна је сагласност свих учесника.³⁸⁴ То, са друге стране, отежава доношење одлука, јер немачко здравство повремено трпи због различитих идеологија.³⁸⁵

Од 2009. године целокупно становништво, како немачки држављани, тако и странци са привременим боравком у Немачкој, обавезни су да буду осигурани. Становништво може да се определи или за обавезно, или за приватно осигурање. Становништво које има виша примања обавезно је да се определи за приватно осигурање. Висина примања изнад које је обавезно опредељивање за приватно здравствено осигурање мења се сваке године. Око 90% становништва Немачке у 2009. години осигурано је обавезним осигурањем, а око 10% приватно.³⁸⁶ Доприноси за обавезно здравствено осигурање износе 15,5% бруто плате, од чега на терет запосленог одлази 7,3%. Доприноси за приватно здравствено осигурање не зависе од висине плате, него од ризика обољевања.³⁸⁷

Фондови за случај болести покривају шест главних група, и то:

- општи регионални фондови (*Allgemeine Ortskrankenkassen*), који су под окриљем Федералне асоцијације општих регионалних фондова. Ови фондови, апроксимативно, обухватају око 1/3 популације Немачке;
- компанијски фондови (*Betriebskrankenkassen*), који обухватају око 1/5 популације;
- трговински фондови (*Innungskrankenkassen*);
- пољопривредни фондови (*Landwirtschaftliche Krankenkassen*);
- Фондови рудара, железничара и помораца (*Knappschaft-Bahn-See*);

³⁸⁴ C. Altenstetter, „An end to a consensus on health care in the Federal Republic of Germany?“ *Journal of Health Politics Policy and Law*, New York 1987, 505-536.

³⁸⁵ Health Policy Monitor, http://www.hpm.org/en/Surveys/TU_Berlin_-_D/14/Health_Policy_in_Germany_after_the_election.html, 12. децембар 2014.

³⁸⁶ *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања*, 41.

³⁸⁷ Вид. <https://www.justlanded.com/english/Germany/Germany-Guide/Health/Health-insurance>, 6. јануар 2016.

- супститутивни фондови (*Ersatzkassen*), чије претече су прва заједничка друштва за пружање прве помоћи. Покривају око 1/3 становништва.³⁸⁸

3.5. Велика Британија

Уједињено краљевство Велике Британије чине: Енглеска, Шкотска, Велс и Северна Ирска. Према подацима из 2009. године становништво Енглеске чини 83,8% становника Велике Британије. С обзиром на то да становништво Енглеске чини већинско становништво Краљевине, у раду ће се говорити о здравственом систему Енглеске.

„Акт о националном осигурању“ у Великој Британији је усвојен 1911. године. Овај документ представља претечу у реформисању националног осигурања. Дао је у самом старту особама са најнижим примањима (1,5 шилинг на дан) право на целокупну новчану помоћ. Та новчана помоћ формирана је из уплата од стране компанија, радника са већим приходима и државних дотација. Акт се базира на принципу солидарности и узајамне помоћи, када они који имају више и који су здрави обезбеђују средства за сиромашне и болесне.³⁸⁹

Почетком XX века средства за здравствену заштиту обезбеђивана су путем уплате у поштама, куповином специјалних маркица и сл. Прикупљена средства прослеђивана су „осигуравајућим комисијама“, које су вршиле расподелу истих свим друштвима узајамне помоћи. Током 1913. године држава преузима на себе одговорност да покрива све расходе за случај болести и инвалидитета, што представља темељ за даље реформе и увођење буџетског система финансирања. Године 1948. Велика Британија је установила систем здравствене заштите заснован на финансирању из пореза са једнако доступним здравственим услугама за све грађане.

³⁸⁸ Вид. https://www.gbe-bund.de/gbe10/trecherche.prc_them_rech2?tk=700&tk2=2700&ut_string=Statutory_Health_Insurance:_Members,_Insured_Persons, 6. јануар 2013.

³⁸⁹ National Insurance Act 1911, <http://www.sochealth.co.uk/resources/national-health-service/health-law/national-insurance-act-1911/> 11. април 2015.

Здравствене услуге у Енглеској се углавном финансирају из пореза, једним делом из Националног доприноса за осигурање (*National Insurance Contributions*),³⁹⁰ као и из приватних осигурања. Преко 12% становништва покривено је приватним здравственим осигурањем (*Private Medical Insurance*).³⁹¹

Запослени и осигураници у Енглеској уплаћују доприносе за социјалну заштиту, који се депонују у Национални осигуравајући фонд (*National Insurance Fund*). За износ недостајућих средстава овај Фонд се допуњује из пореза. Да би се обезбедила равнотежа између висине уплаћених доприноса и трошкова за социјалну заштиту, сваке године се, на основу очекиваних трошкова, одређује максимална вредност средстава која може бити искоришћена за ове намене.

Јавни здравствени сервис (*National Health Service*)³⁹² обезбеђује пружање услуга на примарном нивоу здравствене заштите, као и болничке услуге, односно услуге на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите за становништво Енглеске. Лекари опште праксе имају уговоре са филијама Јавног здравственог сервиса. Секундарна и терцијарна здравствена заштита, такође, је организована преко Јавног здравственог сервиса. Од корисника здравствене заштите у Енглеској не захтева се никакво додатно плаћање доприноса за наведене видове здравствене заштите. То није случај за све гране медицине, јер за офталмолошке и стоматолошке услуге корисници здравствене заштите плаћају до 80% цене пружене услуге. Од плаћања услуга стоматолошке здравствене заштите изузете су труднице, деца до 18 година, корисници социјалне помоћи и још неке категорије становништва. У Енглеској егзистира и паушално плаћање, учешће за прописивање лекова на рецепт и др.³⁹³

³⁹⁰ Национални доприноси за осигурање представљају систем у ком доприносе уплаћују радници и послодавци као организација која исплаћује одређене законом дефинисане бенефиције. Некада је систем служио за исплату накнада за болесне, незапослене, а касније и за старосне пензије, www.parliament.uk/briefing-papers/sn04517.pdf, 6. јануар 2016.

³⁹¹ S.Boyle, *United Kingdom (England): Health System review, Health System in Transition*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2011, Vol. 13, No. 1, 25, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf, 14. март 2015.

³⁹² Вид. <http://www.england.nhs.uk/> 13. фебруар 2015.

³⁹³ D. Pieters, *The Social Security Systems of The States Applying for Membership of the European Union*, Antwerp-Oxford-New York, Intersentia 2002, 150.

Државни секретар за здравствено осигурање директно је одговоран Парламенту. Ингеренције над радом Јавног здравственог сервиса има Министарство здравља, чији је основни задатак вођење здравствене политике, политике јавног здравља и социјалне заштите, унапређење здравља становника и доношење законских и подзаконских аката. Влада Енглеске одређује износ средстава за здравствену заштиту у периоду од две године, а исплате иду преко Министарства здравља.

Министарство здравља годишње је издвајало око 80% буџета Јавног здравственог сервиса за Трустове основне заштите (*Primary care trust*),³⁹⁴ користећи пондерисану капитациону формулу. Сваки Труст основне заштите одговоран је за планирање и обезбеђивање пружања здравствене заштите у болницама, стоматолошким службама, у области менталног здравља и др. Труст основне заштите обезбеђује здравствене услуге кроз закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и играју значајну улогу у унапређењу здравствене заштите на локалном нивоу, као што имају улогу „споне“ између власти на локалном нивоу и НХС.³⁹⁵ У периоду 2003-2004. године у Енглеској је уведен систем плаћања по резултату (*Payment by Results*).³⁹⁶ Овај систем се превасходно односи на специјалисте и консултанте и бонусе на основу бољих резултата.

Осигурана лица у Енглеској имају право избора породичног лекара. Уколико осигураници нису у могућности да изаберу лекара, „здравствена власт“ доделиће им породичног лекара са листе лекара. Осигураници немају право избора лекара специјалиста. Законом је дефинисано да осигураници имају право на бесплатан транспорт до болнице, уколико је то

³⁹⁴ Труст основне заштите је у периоду 2001-2013. године егзистирао као део Јавног здравственог сервиса (*National Health Service*). С обзиром да је то било огромно административно тело одговорно за дистрибуцију средстава здравственим установама примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите, од 2013. године престаје да постоји, а његову улогу преузимају *clinical commissioning groups* (организације на локалном нивоу у оквиру Јавног здравственог сервиса, односно скупине већег броја болница које укључују услуге Јавног здравственог сервиса, и које су одговорне за утврђивање здравствених услуга које је потребно финансирати на локалном нивоу, за који су одговорне), http://www.datadictionary.nhs.uk/data_dictionary/nhs_business_definitions/p/primary_care_trust_de.asp?show_nav=1, 6. јануар 2016.

³⁹⁵ S.Boyle, 140-141.

³⁹⁶ A simple guide to Payment by Results, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213150/PbR-Simple-Guide-FINAL.pdf, 18. новембар 2014.

медицински индиковано, путне трошкове у одређеним околностима, право на лекове за време хоспитализације и др.

Према подацима Светске здравствене организације СЗО, лекари опште праксе (примарни ниво здравствене заштите) плаћају се у Енглеској путем капитације комбиновано са плаћањем по услузи, док се лекари у здравственим установама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите финансирају путем плате.³⁹⁷

Године 2009. укупни расходи Јавног здравственог сервиса износили су 99,8 милијарди фунти. Од овог износа 88,5 милијарди фунти (88,7%) утрошено је на здравствену заштиту, 9,7 милијарди фунти (9,7%) на управљање и административне трошкове, а 1,5 милијарди фунти на финансирање појединих социјалних услуга (1,6%). Што се тиче директног плаћања од стране пацијената у Енглеској, највећи проценат одлази на куповину лекова, поред финансирања офталмолошке делатности и стоматолошке здравствене заштите. У 2013. години укупни расходи Јавног здравственог сервиса износили су 112 милијарди фунти. Од овог износа 11 милијарди фунти је утрошено само на управљање и административне трошкове.³⁹⁸

Здравствена потрошња у Енглеској има тенденцију раста. Године 1980. на здравствену потрошњу одлазило је 5,6% БДП-а, 1997. године 6,6% БДП-а, а 2008. године 8,7% БДП-а.³⁹⁹ У периоду 2008-2009. године све више средстава се на годишњем нивоу издваја за здравствену потрошњу у Енглеској. У 2010. години раст трошкова здравственог система мало успорава. Према подацима ОЕЦД-а из 2012. године, издвајања за здравство током 2010. године износила су 9,6% БДП-а,⁴⁰⁰ док су према подацима из 2014. године, издаци за

³⁹⁷ W. Savedoff, *Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences*, The World Bank Discussion Paper, The World Bank, Geneva 2004, 9.

³⁹⁸ S. Lafond, „Funding overview: Current NHS spending in England“, *The Health Foundation*, London 1/2015, 1, http://www.health.org.uk/sites/default/files/FundingOverview_CurrentNHSSpendingInEngland.pdf, 16. новембар 2015.

³⁹⁹ S.Boyle, 72.

⁴⁰⁰ Вид. http://www.wavemagazine.net/0_srb/arhiva/72/ekonomija/evropsko-zdravstvo-u-finansijskoj-krizi.htm, 08. март 2015.

здравство у Енглеској 2012. године износили 9,4% БДП-а.⁴⁰¹ У 2013. години издаци за здравство у Енглеској чинили су 9,1% БДП-а.⁴⁰²

Према подацима ОЕЦД-а из 2002. године,⁴⁰³ здравствени систем у Енглеској са 76% финансира се средствима из буџета, 12% из доприноса за здравствено осигурање, 2% од личних уплата корисника здравствене заштите и 10% од средстава приватног здравственог осигурања. Такође, према подацима ОЕЦД-а из 2013. године, ситуација се није много променила, осим што се још више средстава издваја из буџета, а мање из средстава приватног здравственог осигурања. Наиме, здравствени систем у Енглеској са 83% финансира се средствима из буџета, 10% из доприноса за здравствено осигурање, 3% од личних уплата корисника здравствене заштите и 4% од средстава приватног здравственог осигурања.⁴⁰⁴

3.6. Сједињене Америчке Државе

Како се економски и политички систем Сједињених Америчких Држава разликују од истих у европским земљама са развијеном тржишном привредом, тако се и њихови социјални системи и системи здравствене заштите значајно разликују. У Сједињеним Америчким Државама преферира се приватно здравствено осигурање у односу на јавне програме Владе.

Почетком XX века, када су здравствени системи европских земаља били у експанзији, Сједињене Америчке Државе су се сусретале са проблемима широких слојева „обојеног становништва“ и непостојањем жеље од стране „белог становништва“ да решава проблеме

⁴⁰¹ E. Mossialos *et al.*, International Profiles of Health Care Systems 2014, Commonwealth Fund, New York 2015, 7, http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf, 7. јануар 2016.

⁴⁰² Вид. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>, 7. јануар 2016.

⁴⁰³ OECD Health Data, 2002, <https://data.oecd.org/searchresults/?q=great+britain>, 12. јун 2012.

⁴⁰⁴ OECD Health Data, 2013, <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161ec069.pdf?expires=1443471988&id=id&accname=guest&checksum=5C1B72BF506D0CF649930AEB06DF8633>, 3. мај 2014.

својих обојених сународника.⁴⁰⁵ Амерички систем здравствене заштите ни тада није могао, а ни сада не може да одговори на постављене захтеве Светске здравствене организације у овом сегменту. Један од разлога постојања проблема у систему здравствене заштите Сједињених Америчких Држава је каснији почетак индустријализације у односу на европске земље, а самим тим и одложена миграција и концентрација становништва у градовима. Лекарски лоби у Сједињеним Америчким Државама је изузетно ојачао. Лекари су, путем својим удружења, заузели монополски положај и изборили се да се не формира систем здравствене заштите и обавезног здравственог осигурања као у развијеним европским земљама.

Када су се синдикати европских земаља борили за адекватну здравствену заштиту становништва, синдикати и раднички покрети у Сједињеним Америчким Државама су се борили за веће наднице радника и боље услове рада. У Сједињеним Америчким Државама здравствено осигурање се финансира од стране федералне власти, државне власти, приватног осигурања и појединачних уплата становништва за конкретне здравствене услуге. Амерички систем здравствене заштите карактеришу високи трошкови, као и неједнакост у квалитету и доступности здравствених услуга. Америка је данас развијена земља која нема јединствен систем здравствене заштите. Здравствено стање становништва Америке је значајно лошије у односу на остале развијене земље. Сједињене Америчке Државе примењују либерално-тржишни модел здравствене заштите, односно амерички модел. Здравствено осигурање становништва препуштено је тржишту.

Доприноси се од стране послодавца уплаћују у приватне фондове, који покривају само осигуране ризике, односно делимично утврђене ризике. Становништво које је запослено по неком од уговора добија плату и мора плаћати доприносе за здравствено осигурање у неки од фондова, по личном избору. Велики проценат америчке популације није здравствено осигуран, те се овај начин финансирања здравствене заштите сматра једним од најлошијих, посебно са становишта сиромашнијег слоја становништва. Године 2004. око 20%

⁴⁰⁵ Ј. Видојевић, „Здравствена заштита у САД: право или привилегија?“, *Годишњак ФПН*, Београд 5/2011, 454-455, <http://test.fpn.bg.ac.rs/wp-content/uploads/2011/09/24-Jelena-Vidojevi%C4%87-ZDRAVSTVENA-ZA%C5%A0TITA-U-SAD-PRAVO-ILI-PRIVILEGIJA.pdf>, 8. јануар 2016.

становништва Сједињених Америчких Држава није било здравствено осигурано, а на име трошкова здравствене заштите Сједињене Америчке Државе су 2004. године издвајале 16% БДП-а, односно 5.300 УСД по глави становника. Трошкови здравствене заштите у Сједињеним Америчким Државама су виши у односу на друге земље, јер су лекови, санитарски и лабораторијски материјал и медицинска опрема значајно скупљи.⁴⁰⁶ Према подацима ОЕЦД-а из 2015. године, трошкови здравствене заштите у Сједињеним Америчким Државама у 2013. години износили су 17,1% БДП-а, односно 9.086 УСД по глави становника, док је становништво „из цепа“ платило у просеку по 1.074 УСД.⁴⁰⁷ Трошкови здравствене заштите, после јавног дуга, представљају другу ставку у федералном буџету по брзини раста.

У односу на друге земље, Влада Сједињених Америчких Држава најмање издваја за здравствену заштиту. Томе доприносе, пре свега, старење становништва, употреба скупе технологије, раст цена лекова и др. Према анализама стручњака, здравствено стање америчког становништва је значајно лошије у односу на развијене тржишне привреде.⁴⁰⁸ Према статистици, већина Американаца испод 65 година старости који нису у радном односу сами уплаћују доприносе за здравствено осигурање или право на здравствену заштиту стичу преко службе за запошљавање. Амерички систем здравственог осигурања је много скупљи у односу на земље које и даље примењују Бизмарков модел.

Идеологија и волументаризам, као и непосредна повезаност економске и социјалне политике, основни је узрок разлика у квалитету и доступности здравствене заштите америчког становништва. Изражена радна етика, преовлађујуће схватање да квалитетна здравствена заштита представља привилегију, а не неотуђиво људско право, као и преференција приватног осигурања у односу на Владине програме, формулише идеолошку политику на којој је настала, развијала се и реформисала здравствена заштита у Сједињеним Америчким Државама.⁴⁰⁹

⁴⁰⁶ З. Јоксимовић, 183-188.

⁴⁰⁷ U.S. Health Care from a Global Perspective, <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/oct/us-health-care-from-a-global-perspective>, 6. јануар 2016.

⁴⁰⁸ Expensive health care is not always the best health care, says OECD's Health at a Glance, http://www.oecd.org/document/14/0,3343,en_2649_37407_44216846_1_1_1_1,00.html, 30. јун 2014.

⁴⁰⁹ Ј. Видојевић, 464.

Током прве деценије XXI века, велики број америчког становништва је остао без здравственог осигурања, због губитка посла, економске кризе или из разлога што компаније нису предвиделе планове здравствене заштите за своје запослене (пре свега због повећања стопе доприноса и пораста стопе инфлације). Становништво се све мање опредељује за синдикалне организације, које из дана у дан слабе и смањује се њихов утицај на послодавце и преговарачка моћ.

Велике муке Сједињеним Америчким Државама задају и илегални имигранти, који немају здравствено осигурање. Амерички закон гарантује здравствену заштиту у хитним случајевима, што земљи увећава трошкове у делу здравствене заштите. Влада је уложила и даље улаже напоре да се неким делом реше проблеми најсиромашнијег и најугроженијег дела популације. Програми Медикејд и Медикер (*Medicaid i Medicare*) омогућили су неки вид здравствене заштите сиромашном, инвалидном и старом становништву. Програм Медикејд је први заживео, да би се 1965. године појавио и Медикер програм. Године 2007. око 15,3% популације није имало здравствено осигурање, што је око 45,7 милиона становника.⁴¹⁰

Медикејд је за кратко време постао најсвеобухватнији социјални програм у Америци. Обухватао је, почетком XX века, око 13% популације. Замишљен је као потпорни програм, који би угроженијим категоријама становништва омогућио покриће одређених медицинских трошкова, без обзира на висину прихода. Право коришћења овог програма условљено је годинама старости и држављанством, уз напомену да емигранти који имају боравак дужи од 5 година могу користити исти, као и особе млађе од 65 године, са инвалидитетом. Првенствено, корисници Медикејд програма су породице са децом, која имају ниска примања, труднице са ниским примањима, усвојена деца и деца из хранитељских породица. Овај програм се разликује од државе до државе. Средства потребна за финансирање Медикејд зависе од степена развијености савезне државе, тако да поједине државе издвајају 20%, а неке друге и до 50% буџета. На име трошкова здравствене заштите

⁴¹⁰ C. DeNavas-Walt, B. D. Proctor, J. C. Smith, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007*, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C. 2008, 19.
<https://www.census.gov/prod/2008pubs/p60-235.pdf>, 16. април 2015.

Медикејд је у 2014. години издвојио око 476 милијарди УСД.⁴¹¹ У 2015. години Медикејд је имао око 71,8 милиона корисника, од чега је било око 29,2 милиона деце.⁴¹²

Медикер програм је у потпуности у надлежности федералне власти, али је одговорност за његов рад подељена између федералне и државне власти. Овај програм обезбеђује здравствену заштиту популацији старости од 65 и више година, особама са инвалидитетом млађим од 65 година, као и пацијентима на дијализи. Овај програм покрива два дела осигурања, и то болничко осигурање и осигурање за амбулантне услуге и услуге изабраног лекара. Током 2007. године Медикер је обезбеђивао здравствено осигурање за 44,1 милиона грађана. Од овог броја 36,9 милиона чиниле су особе старије од 65 година, а 7,2 милиона особе са инвалидитетом.⁴¹³ Током 2007. године за покриће трошкова здравствене заштите Медикер је издвојио 431,7 милијарди УСД,⁴¹⁴ док је за 2014. годину утрошио 613,3 милијарде УСД. У 2014. години Медикер је покрио трошкове здравствене заштите за 53,8 милиона осигураника, односно 44,9 милиона осигураника од 65 и више година и 8,9 милиона за покриће трошкова особа са инвалидитетом.⁴¹⁵

Највећи број корисника Медикер програма месечно издваја средстава за здравствену заштиту пружену од стране изабраног лекара и амбулантно збрињавање. Овим су обухваћене и неке медицинске услуге које не покрива део осигурања везан за болнички део. Обухваћена су и одређена медицинска средства неопходна за пружање одређених амбулантних услуга. Већина становништва не плаћа премију за део програма за болничко лечење. То се премошћава осигурањем преко плате супружника или родитеља. Овај програм покрива трошкове лечења у болницама, домовима за старе, лечење у кућним условима, али не и старатељства или дугорочну негу.

⁴¹¹ Total Medicaid Spending, <http://kff.org/medicaid/state-indicator/total-medicaid-spending/>, 22. април 2015.

⁴¹² Medicaid & CHIP: October 2015 Monthly Applications, Eligibility Determinations and Enrollment Report, <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/program-information/downloads/october-2015-enrollment-report.pdf>, 20. јануар 2016.

⁴¹³ Trustees Report & Trust Funds, <http://www.cms.hhs.gov/ReportsTrustFunds>, 16. април 2015.

⁴¹⁴ *Ibid.*

⁴¹⁵ The 2015 Annual Report of The Boards of Trustees of The Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/ReportsTrustFunds/Downloads/TR2015.pdf>, 16. јануар 2016.

Сви корисници Медикер програма имају право на лекове које им лекар пропише, уз одређени износ партиципације. До 2006. године то није био случај, јер су се за овај сегмент здравствене заштите морали плаћати додатни доприноси. У Сједињеним Америчким Државама је ово посебан вид осигурања које покривају приватне компаније. Корисници могу изабрати план лекова за који ће месечно издвајати премију осигурања.⁴¹⁶

На нивоу федералне власти дефинисана су „правила игре“, односно основни критеријуми за остваривање права америчког становништва. Право на здравствену заштиту имају породице са децом са ниским примањима, деца, на основу здравственог осигурања мајке у Медикејд програму, труднице са ограниченим породичним примањима, хранитељске породице, итд. Федералне власти дефинисале су и основне пакете услуга (основне лабораториске услуге, болничку негу, кућну негу, рентген услуге и др.).

Државама је дата могућност да дефинишу допунске критеријуме, у складу са својим финансијским могућностима. Сједињене Америчке Државе већ дуже време покушавају да креирају универзални систем здравственог осигурања и трансформишу Медикејд, међутим, и поред бројних покушаја, овај програм обухвата и даље највећи број сиромашног становништва.

Агенција за здравствене и хумане услуге (*The Department of Health and Human Services*)⁴¹⁷ је главна владина агенција за заштиту здравља америчког становништва, којој је задатак да обезбеди основне услуге, посебно онима који нису у могућности себи да помогну. Представља скоро четвртину свих савезних расхода. Блиско сарађује са државним и локалним властима, и огромна средства обезбеђује преко државних агенција или локалне власти, али и путем грантова из приватног сектора. Програм Агенције за здравствене и хумане услуге се спроводи кроз 11 радних јединица и 8 агенција Америчког јавног здравственог сервиса (*U.S. Public Health Service*) и 3 агенције за здравствене и хумане

⁴¹⁶ Medicare Program - General Information, <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/MedicareGenInfo/index.html>, 14. јун 2010.

⁴¹⁷ Агенција за здравствене и хумане услуге - The Department of Health and Human Services. Вид. <http://www.hhs.gov/about/>, 4. јун 2010.

услуге.⁴¹⁸ Рад се заснива на око 300 програма који покривају широк спектар активности. Између осталог, поседује огромну базу података у вези са јавним здрављем, а пружа и административне услуге у делу анкетања домаћинстава и савезних органа.

3.7. Здравствени системи других земаља

3.7.1. Република Македонија

Од одвајања из СФРЈ 1991. године, Македонија је у више наврата покушала са реформом система здравствене заштите, јер је систем финансирања, по моделу Бизмарка, постао неодржив. Систем здравственог осигурања Републике Македоније уведен је Законом за здравствената заштита, који је усвојен 1991. године и модификован и допуњен амандманима, 1993. и 1995. године. Током година, овај закон је претрпео одређене измене и допуне. Тренутно су на снази измене и допуне овог закона од 4. септембра 2015 године.⁴¹⁹ Према том Закону, здравствено осигурање је организовано као обавезно, допунско и добровољно осигурање. Доприноси за обавезно здравствено осигурање износе 7,3% од бруто плате, док здравствено осигурање од повреде на раду износи 0,5% бруто плате.⁴²⁰ Око 95% прихода здравственог сектора чине уплаћени доприноси за обавезно здравствено осигурање, док се недостајући део надокнађује из буџета, од самофинансирања и спољних програма.⁴²¹

⁴¹⁸ *Ibid.*

⁴¹⁹ Закон за здравствената заштита, *Службен весник на РМ*, бр. 154/2015.

⁴²⁰ Чл. 25 Закон за придонеси од задолжително социјално осигуравање, *Службен весник на РМ*, бр. 142/2008, 64/2009, 156/2009, 166/2010, 53/2011, 185/2011, 44/2012, 15/2013, 91/2013, 170/2013, 97/2014, 113/2014, 180/2014, 188/2014, 20/2015, 48/2015, 75/2015 и 129/2015.

⁴²¹ D. Gjorgjev *et al.*, *The former Yugoslav Republic of Macedonia: Health system review, Health Systems in Transition*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2006, Vol. 8 No. 2, 30-35, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/79004/E89275.pdf, 21. септембар 2015.

Систем здравствене заштите у Македонији је децентрализован. Министарство здравља и Влада утврђују правни оквир за рад Фонда за здравствено осигурање Македоније (Фондот за здравствено осигуравање на Македонија).⁴²²

Према важећем Закону о здравственој заштити, даваоци здравствених услуга су и јавне и приватне здравствене установе, са којима Фонд здравственог осигурања закључује уговоре о пружању и финансирању здравствене заштите. На званичном сајту Завода за здравствено осигурање Македоније објављује се списак здравствених установа са којима се закључује уговор о обавезном здравственом осигурању.⁴²³

Приватни сектор је тренутно у експанзији. Са недавним реформама здравственог система дошло је и до приватизације неких служби примарне здравствене заштите.⁴²⁴ Изабрани лекари могу бити део примарне здравствене заштите са просторијама, опремом и уређајима под концесијом. Извршен је прелаз са фиксне зараде на зараду по пацијенту. Примарни ниво здравствене заштите од 2007. године финансира се путем капитације, а секундарни и терцијарни ниво од 2009. године, путем ДСГ.⁴²⁵

Евидентан је тренд раста болница у приватном сектору, што доводи до одлива квалификованог медицинског особља из јавног у приватни сектор. За сада, приватизација није донела никакве значајне промене у вези са побољшањем квалитета здравствених услуга и доступности пацијентима примарне здравствене заштите. У болничкој здравственој делатности, уколико македонски Фонд здравственог осигурања нема уговор са приватном здравственом установом, пацијент сноси све трошкове лечења.

Током 2002. године на име трошкова здравствене заштите издвајало се 6,8% БДП-а, односно 341 УСД по глави становника. Од укупних трошкова здравствене заштите у 2002. години,

⁴²² Вид. <http://www.fzo.org.mk/>, 21. септембар 2015.

⁴²³ Вид. <http://www.fzo.org.mk/default.asp?ItemID=DE1582942BD97545BC84131875D00AC5>, 14. септембар 2015.

⁴²⁴ Реформи на здравствениот систем во Македонија, <http://www.crpm.org.mk/wp-content/uploads/2012/03/КнигаhealthМАК1.pdf>, 12. септембар 2015.

⁴²⁵ *Project performance Assessment Report Former Yugoslav Republic Macedonia Health Sector Management Project*, IEG Public Sector Evaluation, The World Bank, Washington, D.C. 2013, 22-32, http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/10/16/000442464_20131016094531/Rendered/PDF/782100PPAR0Mac0t0PUBLIC00Box379845B.pdf, 16. април 2015.

84,7% је финансирано из јавних извора.⁴²⁶ Према подацима Светске здравствене организације, током 2013. године у Македонији су просечни трошкови здравствене заштите по глави становника износили 315 УСД.⁴²⁷

3.7.2. Балтичке земље

У оквиру Совјетског Савеза, све земље чланице имале су исти, централизован систем здравствене заштите. Од 1992. године, независне државе спровеле су реформе у законодавству и финансирању. Ступањем у Европску унију 2004. године балтичке земље (Естонија, Литванија, Летонија) прилагодили су своје системе здравствене заштите европским стандардима.

Као и остале чланице Европске уније, балтичке земље преузеле су систем ДСГ, као модел за извештавање и финансирање у систему секундарне и терцијарне здравствене заштите. Естонија 2004. године усваја модел Нордијских земаља (*Nord DRG*). Од 2009. године, Естонија има свој прилагођени ДСГ систем који се базира на ДСГ моделу Нордијских земаља. Летонија 2010. године, такође, прихвата ДСГ модел Нордијских земаља, с планом да га прилагоди за сопствене потребе. Литванија од 2010. године прихвата Аустралијски модел ДСГ, с циљем да га у будућности модификује према сопственим потребама.

Суштина преласка на ДСГ систем јесте прерасподела средстава на основу учинка здравствених установа, броја и квалитета пружених услуга. Пацијенти се на основу дијагнозе и процедура, које су над њима спроведене, групишу и као групе наплаћују. Свака група има своју цену.

Примарна здравствена заштита у балтичким земљама се финансира кроз капитацију, а мањи део кроз накнаду за услуге и плаћање по учинку. Амбулантне специјалистичко-

⁴²⁶ D. Gjorgjev *et al.*, 37.

⁴²⁷ Health expenditure per capita, all countries, selected years Estimates by country , <http://apps.who.int/gho/data/node.main.78?lang=en>, 18. јануар 2016.

консултативне услуге финансирају се кроз плаћање по случају, односно кроз накнаду. Неке услуге подлежу директним плаћањима (акупунктура, абортус, додатна нега у акушерским јединицама, лечење код злоупотреба супстанци, естетска хирургија, стоматолошке протезе и др.). У приватним здравственим установама, осим услуга које се финансирају од стране националног фонда за здравствено осигурање, важе тржишне цене. Законом је регулисано и добровољно здравствено осигурање, али је његова улога занемарљива.

Увођењем ДСГ система, све земље претрпеле су измене у броју лежајева, броју специјализованих установа, одељења, па самим тим и броја медицинског особља. Систем ДСГ подржава ефикасно и ефективно лечење у циљу смањивања трајања епизоде болничког лечења.

Након стицања независности, 1991. године, Естонију захвата период транзиције. Институције одговорне за планирање, регулисање и финансирање здравствене заштите су Министарство за социјалне послове, Одбор за бригу о здрављу, Државна медицинска агенција, Инспекторат за заштиту здравља и Фонд за здравствено осигурање.

У Естонији је 1991. године, у оквиру прве фазе реформи система здравствене заштите, извршена децентрализација здравства и прелазак са буџетског начина финансирања на систем јавног финансирања, кроз наменске порезе за здравствено осигурање. У другој фази је извршена поновна централизација. Држава је преузела планирање и финансирање, формиран су Здравствени савет и Инспекција. Здравствени систем Естоније је током 90-тих година прошлог века, смањивањем јавне потрошње, дошао до повећане ефикасности у спровођењу здравствених услуга, укључујући јачање примарне здравствене заштите.

Средства прикупљена од наменских пореза се сливају у заједнички фонд, који има четири огранка који делују као јединствени систем. Недостајући део за финансирање здравствене заштите издваја се из јавног буџета и из општинских буџета. Министарство за социјална питања финансира амбулантно лечење и хитну медицинску помоћ за неосигуране, као и већину пројеката јавног здравља. У Естонији је заступљено и плаћање из џепа пацијената, што директно, што кроз учешће и партиципацију. За здравствену заштиту у 2007. години

издвајало се 5% БДП, што је релативно низак проценат у односу на остале земље чланице Европске уније, а 2013. године 6% БДП-а.⁴²⁸ Укупни трошкови за здравство по становнику 1995. године износили су 409УСД, а 2005. године 845УСД, што је и даље испод просека земаља Европске уније, али нешто изнад просека у односу на друге Балтичке земље.⁴²⁹ Око 95% становништва је осигурано обавезним здравственим осигурањем. Обавезно здравствено осигурање покрива услуге превентиве и куративе, лекова и медицинских средстава, као и новчане надокнаде за време привременог одсуства са рада. Деца и пензионисана лица имају обезбеђену здравствену заштиту.

Године 2005. у Летонији је уведен систем финансирања здравствене заштите на бази општег пореза. До тада, велики део средстава издвајао се из цепа осигураника. Ова средства се из државног буџета пребацују у Агенцију обавезног здравственог осигурања (*State Compulsory Health Insurance Agency*),⁴³⁰ која је, са пет регионалних огранака, купац здравствених услуга у име свих осигураника. Обавезно здравствено осигурање покрива услуге основне неге и бројне националне програме (за контролу заразних болести, ХИВ, дијабетес, заштиту мајке и детета, итд.), као и новчане надокнаде запосленима за време привремене спречености за рад. Осигурана лица сама плаћају за услуге које нису обавезним здравственим осигурањем, као што су стоматологија, услуге естетске хирургије и услуге које траже да би се избегле листе чекања. Поред обавезног здравственог осигурања, у Летонији егзистира и добровољно осигурање. Током 2000. године у Летонији је на име трошкова здравствене заштите по глави становника издвојено 196 УСД, а 2012. године 820 УСД.⁴³¹ У 2010. години, за здравствену заштиту је издвојено 6,7% БДП-а, 2011. године 6,1% БДП-а, 2012. године 5,9% БДП-а, а 2013. године 5,7% БДП-а.⁴³²

⁴²⁸ Вид. <http://stats.oecd.org/>, 16. јануар 2016.

⁴²⁹ T. Lai et al., *Estonia: Health system review, Health Systems in Transition*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2008, Vol. 10, No. 1, 45
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/80687/E91372.pdf, 14. јануар 2015.

⁴³⁰ Health Care System in Latvia, http://www.expat-management.at/TCgi/TCgi.cgi?Target=home&lang=en&P_KatSub=161, 21. фебруар 2015.

⁴³¹ *World Health Statistics 2015*, World Health Organization, Geneva, 2015, 128-129
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf, 16. јануар 2016.

⁴³² Вид. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>, 17. јануар 2016.

Најважнији учесници у систему здравствене заштите у Летонији, после одвајања од СССР-а, су Парламент, Министарство здравља и Национални здравствени сервис (*National Health Service*). Национални здравствени сервис закључује уговоре са државним и приватним здравственим установама. Пракса је да се услуге примарне здравствене заштите уговарају са приватном праксом, а услуге на секундарном и терцијарном нивоу са државним установама. Средства за здравствену заштиту у Летонији обезбеђују се из буџета, убирањем пореза. Народна Скупштина има велику улогу у развоју здравствене политике. Народна Скупштина усваја буџет Националног здравственог сервиса. Убирањем пореза новац се преноси преко Министарства финансија, Трезора до НХС. Систем здравствене заштите у Летонији децентрализован је, чиме је дата значајна улога локалној власти.

Током 90-их година прошлог века реформе у области здравствене заштите су биле окренуте решавању проблема из прошлости, са жељом да се у кратком временском периоду реше сви проблеми. Са становишта финансирања, веома је висок проценат плаћања из џепа због великих недостатка средстава за финансирање здравствене заштите. Што се тиче једнакости у приступу, велика је разлика између урбаних и руралних подручја. Много напора је уложено у побољшање квалитета неге, мада су бројни проблеми засновани на непостојању стандарда и недостатака ресурса. Сертификација институција је и даље проблематична, али је затварање неакредитованих установа политички неприхватљиво.

С обзиром на светску економску кризу, извршене су озбиљне буџетске консолидације, почев од 2010. године. Смањено је финансирање болница, смањен је трошак по болничком пацијенту, смањене су плате запослених и цене лекова. Донета је Стратегија социјалне заштите за становништво са ниским примањима и становништво које има примања испод прага најнижих примања. У примарној здравственој заштити здравствени радници су плаћени путем капитације, фиксних накнада, бонуса и добровољног осигурања за које се опредељују пацијенти. На нивоу секундарне и терцијарне здравствене заштите здравствени радници се плаћају путем месечне исплате накнаде (*Flate rate*) за дефинисане епизоде болести, са додатним плаћањем за дијагностичке и терапијске процедуре. Од 2010. године уведени су глобални буџети у циљу контроле потрошње у болницама. Од јануара 2012.

године допринос за здравствено осигурање плаћа послодавац у висини од 24% бруто плате запосленог и запослени додатних 11%. Постоје и одређене пореске олакшице.⁴³³

И Литванија је током прошлог века била у саставу СССР-а. Укупна потрошња за здравство у Литванији је 1995. године чинила 5,4% БДП-а, а 6,6% у 2011. години.⁴³⁴ На име здравствене потрошње у Литванији је у 2012. години издвојено 6,7% БДП-а, а у 2013. години 6,2% БДП-а.⁴³⁵ Од 2000. године здравствени систем у Литванији се, првенствено, финансира од стране Националног фонда за здравствено осигурање (*National Health Insurance Fund*), а за становништво које је угрожено и сиромашно, држава издваја средстава из буџета. Од 2010. године порези су главни извор финансирања здравства (40%), доприноси за социјално осигурање (32%) и плаћања из џепа (27%).⁴³⁶ Обавезно здравствено осигурање обезбеђује стандардни пакет бенефиција за све кориснике. Не постоји позитивна листа здравствених услуга које финансира држава. Хитна заштита је бесплатна за све резиденте. Парламент Литваније има законодавну и регулаторну улогу у сектору здравствене заштите. Фонд за здравствено осигурање је под окриљем Министарства финансија.

Министарство здравља је одговорно за општи надзор, израду нацрта законских аката који регулишу здравствена питања и управља са 13 здравствених установа. Оријентисано је на одржавање и развој терцијарне здравствене заштите и управљање јавном здравственом мрежом. Функције Министарства здравља укључују и развој, организацију, координацију и контролу преко имплементације државне политике на четири поља: индивидуална здравствена заштита, јавно здравље, фармацеутске активности и здравствено осигурање.

На регионалном нивоу сваки од десет округа има окружног управника кога поставља Влада. Управник је одговоран за спровођење државне политике, која укључује и здравство. Приватни сектор има значајну улогу, посебно у стоматологији, пластичној хирургији,

⁴³³ E. Tragakes *et al.*, "Latvia: Health system review", *Health Systems in Transition*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2008, Vol. 8 No. 2, 20-24, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186072/e96822.pdf, 20. јануар 2016.

⁴³⁴ L. Murauskiene *et al.*, *Lithuania: health system review*, *Health Systems in Transition*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2013, Vol. 15, No. 2, 43-44, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/192130/HiT-Lithuania.pdf, 24. март 2015.

⁴³⁵ Вид. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>, 17. јануар 2016.

⁴³⁶ *Ibid.*

психијатрији и гинекологији. Фармацеутска индустрија је у потпуности приватна, као и 75% апотека. Постоји и неколико приватних осигуравајућих компанија.

3.7.3. Скандинавске земље

Систем здравствене заштите скандинавских земаља (Норвешка, Данска, Шведска) припада Беверицевом моделу, према ком доступност здравствених услуга и њихово финансирање обезбеђује држава. Држава оснива, односно обезбеђује здравствене капацитете (болнице, лекаре), финансира њихов рад и управља целим системом.

Скандинавске земље обезбеђују универзални приступ здравственим услугама својим грађанима. Постоји дуга традиција децентрализованих система у све три ове земље, али и тренд постепене рецентрализације у последњим годинама. Одговорност за функционисање система је подељена између државе и општина у Норвешкој, где функционише полуцентрализован систем. У Данској и Шведској је присутан децентрализован систем у коме су локалне општинске или регионалне политичке институције одговорне за пружање неопходне здравствене заштите целокупном становништву, али и за управљање и руковођење пружаоцима тих услуга, док Министарство здравља води здравствену политику. Међутим, рецентрализација је све присутнија у многим сферама, укључујући и јавне набавке лекова и медицинских средстава за потребе здравствених установа.

У ове три земље, болнице су, углавном, у државном власништву, док је примарна здравствена заштита приватизована. И јавни, и приватни пружаоци услуга финансирају се, највећим делом, из пореза. Порези у ове три земље су знатно виши него у осталим земљама ОЕЦД-а. У 2007. години 85% укупних расхода за здравствену заштиту у Данској финансирано је из државних, регионалних и општинских пореза,⁴³⁷ док су у Шведској и Норвешкој државни расходи за здравствену заштиту око 80%.

⁴³⁷ *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark*, OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Paris 2013, 15, http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityDENMARK_ExecutiveSummary.pdf, 7. јануар 2016.

Плаћања из џепа су такође присутна и износе око 14-17% (стоматолошке услуге, лекови и наочаре). У Шведској се, осим наведеног, плаћа и учешће (партиципација) за посету лекару и за болнички дан. Влада Шведске је дефинисала да током 12 месеци пацијент не може из џепа платити више од 112 ЕУР за лечење, и више од 244 ЕУР за лекове.⁴³⁸ У Норвешкој се наплаћају посеће лекару опште праксе, а присутно је и плаћање за консултације са специјалистима из приватног сектора, амбулантну негу, рендген дијагностику, лабораторијске претраге и лекове. Све три земље су дефинисале максимални годишњи износ који се може наплатити кроз партиципацију, уз олакшице за хроничне болеснике.

Добровољно здравствено осигурање је присутно, али са различитом укљученошћу популације. У Данској се ради о 30% становништва, а у Норвешкој и Шведској је мање од 5% становника добровољно осигурано.

Током протеклих 20 година скандинавски здравствени систем је доживео велике измене, при чему темељи самог система нису пољуљани. Национални одбор за здравство је централно тело при Министарству здравља које је одговорно за надзор здравствених институција, као и саветовање региона и општина о здравственим питањима. Осим тога, одговоран је и за планирање и расподелу специјалности међу болницама.

Плаћање здравствених радника у скандинавском систему заснива се на плати, а у примарној здравственој заштити присутна је нека врста капитације (комбинација плаћања на основу броја пацијента и пружених услуга).

Трошкови здравствене заштите у Данској 2009. године износили су 10,7% БДП-а, док су у 2013. години износили 10,4%. У Данској се у 2013. години за здравствену заштиту издвајало 4.553 УСД по глави становника. У 2013. години из пореза је покривено 84,3% трошкова здравствене заштите.⁴³⁹ Модели плаћања за пружене здравствене услуге зависе од тога како

⁴³⁸ А. Anell, А.Н. Glenngård, S. Merkur, *Sweden: Health system review, Health Systems in Transition*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2012, Vol. 14, No. 5, 49-50, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf, 30. март 2015.

⁴³⁹ OECD Health Statistics 2015, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-DENMARK-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>, 7. јануар 2016.

локалне општинске или регионалне политичке институције одреде. То може бити путем буџета, глобалног буџета, плаћање по случају, као и њихове комбинације. На примарном нивоу здравствене заштите плаћање се врши путем капитације.

Здравствену заштиту у Данској обезбеђују: приватни предузетници (лекари опште праксе, специјалисти, физиотерапеути, зубари, фармацеути и кiroprактичари), болнице (у власништву и под надзором региона или *Copenhagen Hospital Corporation*), општине (патронажа, кућна нега, помоћ у кући, заштита школске деце, стоматологија).⁴⁴⁰

У Данској постоје две групе пацијената, и то:

- 1) група 1, чији чланови бесплатно посећују лекара опште праксе, и
- 2) група 2, у којој се плаћају све услуге, осим болничког лечења, али пружа погодности као што су одлазак код било ког лекара опште праксе, посета било ком специјалисти без упута, итд.

Трошкови здравствене заштите у Шведској 2011. године износили су 10,6% БДП-а, а 2013. године 11%.⁴⁴¹ Шведска се налази на 4. месту по учешћу трошкова здравствене заштите у БДП-у у 2013. години у оквиру земаља ОЕЦД-а. На име трошкова здравствене заштите Шведска је у 2013. години утрошила 4.904 УСД по глави становника.⁴⁴² Више од 80% од трошкова здравствене заштите у 2011. години финансирала је држава, док је у 2013. години држава финансирала 84% трошкова здравствене заштите.⁴⁴³ Шведски здравствени систем је организован на три нивоа: националном (Министарство здравља), регионалном (19 региона) и локалном (429 општина).⁴⁴⁴

⁴⁴⁰ M. Olejaz et al., *Denmark: Health system review, Health Systems in Transition*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2012, Vol. 14 No. 2, 27- 28, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf, 30.март 2015.

⁴⁴¹ OECD Health Statistics 2015, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-DENMARK-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>, 7. јануар 2016.

⁴⁴² OECD Health Statistics 2015, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-SWEDEN-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>, 7. јануар 2016.

⁴⁴³ *Ibid.*

⁴⁴⁴ Å. Ringard, A.Sagan, „*Norway: Health system review, Health Systems in Transition*“, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2013, Vol. 15 No. 8, 7, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf, 30. март 2015.

Једна од реформи у здравству спроведена је 2005. године и базирана је на принципу “0-7-90-90”. То значи следеће:

- 0 - нема чекања на први контакт,
- 7 - заказивање прегледа код изабраног лекара у року од 7 дана,
- 90 – консултације са специјалистима у року од 90 дана,
- 90 – максимално чекање од 90 дана између дијагностиковања болести и третмана.

Трошкови здравствене заштите у Норвешкој 2011. године износили су 9.6% БДП-а,⁴⁴⁵ а у 2013. години 8,9%. Норвешка се, по издвајању за здравствену заштиту, што се тиче земаља ОЕЦД-а, налази на 16. месту.⁴⁴⁶ Норвешка је у 2013. години на име трошкова здравствене заштите издвајала 5.862 УСД по глави становника. Држава је у 2013. години у трошковима здравствене заштите учествовала са 85%.⁴⁴⁷ Одређене специјалистичке гране финансирају се кроз грантове и кроз ДСГ. Одређене специјалистичке делатности се, с друге стране, финансирају кроз глобалне буџете. Примарна здравствена заштита се финансира из општинских пореза, грантова наменских донација. Главни извор финансирања примарне здравствене заштите је уједно и Шема Националног норвешког осигурања (*Norwegian National Insurance Scheme*).⁴⁴⁸

Сви држављани и запослени у Норвешкој су социјално осигурани преко Шеме Националног норвешког осигурања, а на основу доприноса послодаваца, запослених, предузетника и буџета. Својим осигураницима обезбеђују и пензију, како старосну, тако и инвалидску, као и права у случају инвалидности, рехабилитације или повреда на раду.⁴⁴⁹

Здравствена заштита у Норвешкој се обезбеђује на три нивоа:

⁴⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁴⁶ OECD Health Statistics 2015, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-DENMARK-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>, 7. јануар 2016.

⁴⁴⁷ OECD Health Statistics 2015, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-NORWAY-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>, 7. јануар 2016.

⁴⁴⁸ Health Insurance, <http://www.ntnu.edu/livingintrh/about-trondheim/health-insurance>, 21. новембар 2014.

⁴⁴⁹ Membership in Norwegian National Insurance Scheme, <http://www.nyinorge.no/en/Ny-i-Norge-velg-sprak/New-in-Norway/Health/Health-services/Membership-of-the-Norwegian-National-Insurance-Scheme/>, 21. фебруар 2014.

- национални ниво (држава креира националну здравствену политику);
- регионални ниво (спровођење и одговорност за здравствену заштиту на секундарном нивоу пребачено је на 5 региона који имају структуру здравствених центара и чија је сврха да пруже специјализоване услуге високог квалитета свима којима су неопходне);
- 431 општине (обезбеђују пружање и финансирање услуга на нивоу примарне здравствене заштите и социјалне услуге).⁴⁵⁰

4. Поређење система здравствене заштите Словеније и Србије

Како је систем здравствене заштите у Србији отпочео реформисање по угледу на Словенију, у наставку ће нешто више бити речи о поређењу ова два система здравствене заштите.

Обавезно осигурање у Словенији обезбеђује право на здравствене услуге, накнаде због привремене спречености за рад, повреде на раду и професионалне болести, као и трошкове превоза у вези са спровођењем здравствене заштите. Обавезно здравствено осигурање у Словенији покрива трошкове лечења ХИВ позитивних особа, трудница, деце, малигнитета, обавезне вакцијаниције, трансплантације органа и др., као што је случај и са Србијом. Оно по чему се обавезно здравствено осигурање у Словенији разликује у односу на Србију је то што су обавезним здравственим осигурањем наших суседа покривени превентивни и куративни прегледи спотриста који се појављују на званичним такмичењима националних спортских федерација.

Обавезно здравствено осигурање у Словенији покрива најмање 90% трошкова на име лечења у иностранству, као и болничке и СПА услуге које се спроводе као наставак хоспитализације. Српским законима уопште није предвиђено финансирање СПА програма. За разлику од Србије, у Словенији се вантелесна оплодња финансира са најмање 80% од вредности трошкова здравствене заштите који су настали пружањем ове процедуре. У

⁴⁵⁰ OECD Economic Surveys Norway, <https://oecd.org/eco/surveys/Norway-Overview-2014.pdf>, 20. јануар 2014.

Србији се вантелесна оплодња, тј. лечење неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења финансира у потпуности из средстава обавезног здравственог осигурања.

И у Словенији постоји одређена градација по питању финансирања здравствених услуга, тако да са 50% обавезно здравствено осигурање покрива трошкове појединих помагала за побољшање вида одраслих, одређене услуге из области стоматолошке протетике, као и лекове и храну за дијабетичаре.

Такође, као и у Србији, и у Словенији постоји добровољно здравствено осигурање, које је, значајније развијено у односу на нашу земљу. У Словенији постоји неколико врста добровољног здравственог осигурања. Нека, чак, покривају разлику између скупих услуга и скупих лекова и оних услуга и лекова који су предвиђени обавезним здравственим осигурањем. У Словенији постоји уједначена шема добровољног осигурања, које се придржавају сва осигуравајућа друштва. У Србији то није случај, јер код нас свака осигуравајућа кућа има своје услове и тарифе.

Накнада трошкова на име привремене спречености за рад обезбеђује се у пуном износу за услуге трансплантације органа, у висини од 90% због болести и у висини од 80% за негу члана породице. Занимљиво је да се у Словенији боловање које се узима на име деце која имају до 18 година, или до 26 година, ако су на редовном школовању, исплаћује у пуном износу. Ратним и војним инвалидима законом је обезбеђена здравствена заштита у пуном износу, као и накнада на име привремене спречености за рад.

Путни трошкови у Словенији обезбеђују се на име превоза у сврху здравствене заштите, као и трошкови obroка и смештаја током путовања и боравка у другом месту које није пребивалиште осигураног лица, али под условом да то путовање траје више од 12 сати. Осигураним лицима у Србији се обезбеђује накнада трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите у случају упућивања у здравствену установу која се налази ван пребивалишта осигураног лица, под условом да је та здравствена установа удаљена најмање 50 километара од места његовог становања. Трошкови obroка и смештаја

се обезбеђују кроз накнаду за исхрану осигураном лицу, уколико је оно упућено на хоспитализацију, односно болничко лечење. У другим случајевима се не обезбеђује накнада за оброк и смештај.

У Словенији је законом предвиђено и лечење у иностранству, али под условим да су исцпрлене све могућности у тој земљи. Становници Словеније могу добити здравствене услуге које су право из обавезног здравственог осигурања у оквиру земаља чланица Европске уније. У Србији се осигураном лицу може одобрити лечење у иностранству на терет средстава обавезног здравственог осигурања за лечење обољења, стања или повреде који се не могу успешно лечити у Републици Србији. Под лечењем у иностранству подразумева се амбулантно, поликлиничко и стационарно лечење, као и слање узорака ткива на анализу због дијагностичких процедура које се не могу обезбедити у Републици Србији, а односе се на трансплантације бубрега, јетре, костне сржи, плућа и срца. Словенци су у предности у односу на грађане Србије, јер се могу лечити и у земљама чланицама Европске уније и другим земљама које нису чланице. Србија неретко шаље у Словенију на анализу узорке ткива неких осигураних лица, која за тим имају потребу.

Од јануара 2002. године у Словенији доприноси за обавезно здравствено осигурање запослених су 13,45% бруто прихода осигураника, од чега 6,56% иде на терет послодавца, а 6,36% на терет запосленог. Одређене категорије становништва плаћају паушал. Према важећем *Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*, доприноси се за самосталну делатност плаћају по фазама, месечно, по стопи од 0,3 до 12,92% зараде, а у зависности од тога да ли се плаћају најмање једном годишње или се плаћају месечно.⁴⁵¹ Међутим, послодавац плаћа додатних 0,53% на име повреде на раду и у вези са професионалним болестима.⁴⁵² Надлежност за уплату и обрачун доприноса врши *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije*, док у Србији ту надлежност врши Пореска управа. Доприноси за здравствено осигурање у Србији износе 10,30% бруто плате, од чега на терет запосленог и терет послодавца одлази по 5,15%. Евидентно је да су доприноси за здравствено осигурање значајно нижи у Србији у односу на Словенију. У Србији не постоји

⁴⁵¹ Чл. 55 Закона о здравственом осигурању и здравственој заштити.

⁴⁵² T. Albreht *et al.*, 49, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/96367/E92607.pdf, 14. април 2015.

обавеза послодавца да плаћа додатни износ на име повреде на раду и професионалне болести.

Надлежне коморе, *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije* и Министарство здравља за сваку годину радног стажа праве програм о обавезном здравственом осигурању, дефинишу могућности за њихово спровођење, као и обим средстава. То је основ за утврђивање програма и цене програма, што је, с друге стране, услов за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга. У Србији, Републички фонд сваке године утврђује износ средстава који се опредељује здравственим установама и на основу чега се закључују уговори.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije закључује уговоре са здравственим установама и приватном праксом према понуди здравствених услуга, а током спровођења тендера. У цену услуга улазе: плате и примања (у складу са колективним уговором, законом и другим актима), материјални трошкови, амортизација прописана законом, као и друге законом предвиђене обавезе. Уговором се ближе уређује однос уговорних страна. Уговори се закључују за сваку календарску годину, до 31. марта текуће године.⁴⁵³ За закључивање уговора са здравственим установама не расписује се тендер, осим са приватним здравственим установама. Уговори се потписују до 31. јануара текуће године.

Као и у Србији, у Словенији је законом регулисано стицање својства осигураног лица. Својство осигураног лица у Словенији се стиче уплатом доприноса 8 дана од дана приступа осигурању. На основу уплате доприноса осигураник добија здравствену картицу. Особе које нису осигуране имају законом загарантоване хитне медицинске услуге, као што је случај и у Србији. Осигураници у Србији морају имати стаж осигурања у обавезном здравственом осигурању у трајању од најмање три месеца непрекидно или шест месеци са прекидима у претходних осамнаест месеци, осим ако лице први пут заснива радни однос, када постаје осигурано лице самим запослењем.

⁴⁵³ Чл. 67 Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Словенија има уведен централни регистар података становника. *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije* бесплатно добија све потребне податке из централног регистра. Подаци које користи Завод су из базе матичне евиденције остваривања права, евиденције пореских обвезника, евиденције пружених здравствених услуга и евиденције о социјално угроженим категоријама. Базе обухватају следеће податке: број радних дозвола становника и њихов рок важења, категоризацију инвалидитета становника, податке о изабраним лекарима, податке лекарских комисија у вези са остваривањем права за сваког становника, податке о повредама задобијеним од стране трећих лица, податке о додељеним медицинско-техничким помагалима, информације о свим прописаним лековима, информације о коришћењу права због привремене спречености за рад, податке о сваком пореском обвезнику, итд.

У Србији постоји Централни регистар обавезног социјалног осигурања који садржи податке о обвезницима уплате доприноса за обавезно социјално осигурање – послодавцима и осигураницима, чији је задатак да обавештава Пореску управу о свим уоченим неправилностима ради даљег поступања. Не постоји јединствени регистар који обухвата податке матичне евиденције остваривања права, евиденције пореских обвезника, евиденције пружених здравствених услуга и евиденције о социјално угроженим категоријама.

Здравствене установе у Словенији су у обавези да воде податке о осигураним лицима, броју здравствене картице, броју полисе допунског осигурања, код за сваки прописани лек и сваку пружену услугу, количину прописаних лекова и медицинских средстава, датум пружања медицинских услуга, број индивидуалног рачуну (уколико се услуге плаћају) и сл. У вези са допунским осигурањем, воде се посебне евиденције о броју и врсти осигураника, о нивоу здравствене заштите на ком је пружена услуга, шифра делатности, врста услуге, разлози упућивања пацијената на специјалистичко-консултационе прегледе, и др.

И здравствене установе у Србији су у обавези да воде наведене податке о осигураним лицима, осим о броју полисе допунског осигурања, и то кроз електронску базу података на основу које се испоставља електронска фактура. Међутим, запослени у здравственим

установама су, често, немарни, те не уносе потребне податке. С друге стране, здравствене установе веома мало користе ове базе података, а самим тим и Републички фонд и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“.

Изабрани лекар у Словенији има исте дужности као и у Србији. Разлика у односу на српски систем здравственог осигурања је то што се овлашћења могу пренети од стране специјалисте на изабраног лекара и обратно, уколико је то боље за здравствено стање пацијента и ако је рационалније. У Србији изабрани лекар може овлашћења која се односе на дијагностику и лечење, као и прописивање лекова на рецепте за ТБЦ, ХИВ, болести зависности, психијатријска обољења и ретке болести⁴⁵⁴ пренети на лекара специјалисту, ако то захтева здравствено стање пацијента и у сврху рационалности пружања услуга.

Велики проблем у посматраним здравственим системима је одлив стучног кадра у западне земље због и даље лошијих услова рада и нижих примања у односу на западне земље Европске уније.

Република Србија у процесу европских интеграција управо преживљава реформе које су спровеле многе европске земље. Наша земља показује напредак у имплементацији новина, упркос недостатку људских и техничких/информатичких ресурса, који су последица сиромаштва Србије.

⁴⁵⁴ Чл. 152 330.

VIII ПРЕЛАЗАК НА КОМБИНОВАНИ СИСТЕМ ПЛАЋАЊА У СРБИЈИ

Како је законска регулатива омогућила прелазак на финансирање система здравствене заштите путем капитације и ДСГ, потребно је обезбедити средства за прелазни период, као и што је потребно прецизно дефинисати клиничке смернице.

1. Обезбеђивање средстава за прелазни период

Поједине земље, по изласку из периода транзиције, донеле су одлуке да се изједначи државно и приватно здравствено осигурање, те су понудиле свим установама приватне праксе закључивање уговора на основу којих ће се осигурана лица лечити на терет средстава обавезног здравственог осигурања. У кратком временском периоду установљено је да су те исхитрене одлуке биле погрешне, јер средства доприноса нису била довољна за покриће трошкова пружених здравствених услуга у државним установама и у установама приватне праксе.

Мање развијене земље, као и развијене, успешно су примениле систем капитације у комбинацији са плаћањем услуга на примарном нивоу, док је код установа секундарног и терцијарног нивоа примењено плаћање по болесничком дану и за високоспецијализоване услуге.

Власници приватних ординација у многим економски развијеним земљама сваке године закључују уговоре са здравственим фондом (државним) у вези са финансирањем здравствене заштите. Приликом потписивања уговора уговорне стране се обавезују да ће поштовати услове, протоколе, цене, стандарде и др. Од стране државног здравственог фонда осигурана лица добијају сваке године списак установа приватне праксе у којима им може бити пружена услуга на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

У развијеним земљама, поред државних здравствених фондова, егзистирају и приватна осигуравајућа друштва. За законом прописане услуге, које се покривају из средстава обавезног здравственог осигурања, осигурана лица могу да бирају између приватних и државних установа. Уколико је пацијент незадовољан услугом у некој установи (било приватној, било државној) може, после законом одређеног временског периода, да пређе у другу здравствену установу. Уколико постоји разлика у цени између услуга различитих осигуравајућих друштава, пацијент разлику у цени плаћа или из сопственог џепа, или из средстава добровољног здравственог осигурања.

У многим развијеним земљама, систем здравственог осигурања заснива се на обавезном, допунском и добровољном здравственом осигурању, где обавезно здравствено осигурање покрива одређени пакет услуга предвиђен законом, допунско здравствено осигурање представља комбинацију и приватног и обавезног здравственог осигурања (запослени и њихови послодавци су у обавези да један део доприноса уплаћују у обавезно здравствено осигурање, а други део у неки од приватних здравствених фондова) и добровољно, искључиво, приватно здравствено осигурање. На основу уплата за допунско и добровољно здравствено осигурање може се обезбедити значајан износ средстава за покриће трошкова здравствене заштите.

Да би се обезбедила неопходна средства за прелазни период у Србији, могуће је са Светском банком или неким другим финансијским институцијама закључити споразуме о сарадњи, или, пак, обезбедити пројекте Светске банке, који дају бесповратна средства. Један од примера обезбеђивања средстава за финансирање здравствене заштите у делу јавног здравља је и Споразум о зајму између Републике Србије и Међународне банке за обнову и развој, који је потписан 10. јула 2014. године. Банка даје на зајам 29.100.000,00 ЕУР, ради помоћи у финансирању пројекта. Споразумом је утврђено да се наведена сума може с времена на време конвертовати путем Конверзије валуте. Такође, Споразумом је утврђена камата и начин и време отплате зајма. Пројекат се реализује преко Министарства здравља. Циљ Пројекта је доприношење унапређењу ефикасности и квалитета система јавног

здравља кроз јачање: финансирања здравства, набавке и система одржавања и система за унапређење квалитета и управљање одабраним приоритетним незаразним болестима.⁴⁵⁵

Република Србија је добила од Међународне банке за обнову и развој зајам у износу од 29,1 милиона ЕУР за реализацију „Другог пројекта развоја здравства Србије“, који је почео у мају 2015. и трајаће до септембра 2019. године. Циљ пројекта је унапређење система здравствене заштите у области финансирања, ефикасне набавке лекова и медицинских средстава, квалитета здравствене заштите и контроле незаразних болести које представљају највеће оптерећење за систем здравствене заштите, а тиме и друштво. Јединица за координацију пројекта успостављена је од стране Министарства здравља и задужена да помогне у руковођењу и остваривању договорених циљева пројекта.⁴⁵⁶

Србија је у претходном периоду добијала средстава од међународних институција за унапређење здравствене заштите. На основу потписаног споразума о зајму, између Владе Републике Србије и Међународне банке за обнову и развој, од стране Министарства здравља, Министарства просвете и Министарства рада и социјалне политике спроведен је четворогодишњи пројекат „Пружање унапређених услуга на локалном нивоу“ – DILS (2009–2012). Укупна вредност кредита износи 32 милиона ЕУР, од чега је Министарство здравља за реализацију основног циља пројекта користило 12,5 милиона ЕУР. Циљ пројекта био је пружање додатне помоћи започетој реформи примарне здравствене заштите, да се оснаже капацитети установа и крајњих корисника у смислу побољшања доступности, ефикасности, правичности и квалитета пружања услуга на локалном нивоу.⁴⁵⁷

Влада Републике Србије на овај начин може обезбедити средстава за прелазни период при преласку са постојећег начина финансирања на комбиновани систем, с обзиром на то да је добар део средстава већ обезбеђен и искоришћен.

⁴⁵⁵ Вид. <http://www.parlament.rs/upload/archive/files/lat/pdf/zakoni/2014/2918-14Lat.pdf>, 28. јун 2014.

⁴⁵⁶ Вид. <http://www.zdravlje.gov.rs/showpage.php?id=353>, 8. јануар 2016.

⁴⁵⁷ Извештај о статусу информатизације установа примарне здравствене заштите пројектом “DILS” - Пружање унапређених услуга на локалном нивоу, <http://uizs.org.rs/docs/2014-11-05%20Status%20informatizacije%20ustanova%20PZZ%20-%20Sla%C4%91an%20Anti%C4%87,%20IKT-DILS.pdf>, 8. јануар 2016.

2. Прецизно дефинисање клиничких смерница

У зависности од земље до земље и у зависности од аутора за клиничке смернице користе се и називи водиле и водичи. У Србији су клиничке смернице преведене као водичи добре клиничке праксе. Квалитетно здравствено збрињавање зависи од тога да ли су клиничке смернице, односно водичи добре клиничке праксе уграђени у систем здравствене заштите.

Водичи добре клиничке праксе прецизно одређују обрађивање болести и стања пацијената. Оне представљају опис тока лечења са резултатима, односно опис стандардних поступака. Самим тим, омогућавају утврђивање трошкова и правилну алокацију средстава, а према потребама корисника здравствене заштите. Клиничке смернице у свакој области служе као помоћ у раду лекарима.

Водичи добре клиничке праксе представљају основ за утврђивање показатеља квалитета и самих резултата лечења. Ово подстиче конкуренцију и утиче на повећање квалитета здравствених услуга код свих давалаца здравствених услуга.

Након скоро десетогодишњег спровођења пилот пројеката у здравственим установама, и Република Србија је на путу увођења система извештавања према дијгностички сродним групама као фазе у процесу успостављања новог начина плаћања болницама.⁴⁵⁸

У том смислу, промени начина финансирања претходила је активност израде и увођења националних водича добре клиничке праксе, који дефинишу најбоље начине за третман појединих болести и стања и описују различите технологије којима се то постиже. Водичи добре клиничке праксе се руководе медицином заснованом на доказима и своје препоруке заснивају на доказима највишег доступног нивоа квалитета.

Изради водича добре клиничке праксе претходи поступак процене здравствених технологија, како би се обезбедило да саме технологије уђу у обзир за разматрање, као

⁴⁵⁸ М. Јаковљевић, 2014, 80-81.

могућа дијагностичка или терапијска средства. На овај начин постиже се да се дијагностика или терапија појединих болести прилагоди стањима која се најчешће сусрећу у пракси, што истовремено чини око 80% процедура, било у примарној, било у секундарној и терцијарној здравственој заштити.

Ово се користи ради стандардизације поступака дијагностике и/или лечења, како би се проценили просечни трошкови третмана одређене болести или стања и израчунали трошкови потребни за финансирање ДСГ-а. Овоме се могу придодати и фармакотерапијски протоколи и клинички путеви, при чему први дефинишу терапију леком, а други пут пацијента и низ процедура кроз једну здравствену установу. На овај начин дефинишу се и додатни параметри који могу имати утицај на трошкове.

Клинички пут представља протокол сваког болесника у виду распореда стандардних клиничких процедура у обради његовог здравственог стања за сваку епизоду лечења. Клинички пут евидентира и сваку процедуру и разлог због ког иста није извршена. Да се клинички путеви не би разликовали од установе до установе, на нивоу државе морају постојати јединствени национални водичи добре клиничке праксе. Водичи добре клиничке праксе базирају се на томе да се лечи прави болесник на прави начин, док се клинички пут заснива на томе се лечи прави болесник, на прави начин, у право време.

Увођење клиничких путева спречава дуплирање услуга, непотребна кашњења и омогућава да сви лекари у истој болести пацијента поступају на исти начин. Самим тим, постоји једнак третман свих болесника, смањују се непотребни трошкови, постоје смернице и упутства за рад, тако да се смањују непотребни губици у времену, исходи лечења су бољи, као и квалитет пружених услуга, и сл. С друге стране, клинички путеви повезују процесе управљања и олакшавају сваки вид контроле, како трошкова здравствене заштите, тако и квалитета пружених услуга и поштовања успостављених процедура.

Описивање радног процеса помоћу протокола почело је педесетих година прошлог века у Сједињеним Америчким Државама. Осамдесетих година, такође, прошлог века описивање радног процеса помоћу протокола улази у клиничку медицину. Почетком деведесетих

година клинички протоколи почињу да се раде и примењују у Великој Британији, а затим и у остатку света.⁴⁵⁹

Успостављањем водича добре клиничке праксе и клиничких путева даје се могућност осигураним лицима за повећање информисаности у вези са одређеним третманом.

Институт за медицину (*Institute of Medicine*)⁴⁶⁰ 1990. године дефинисао је водиче добре клиничке праксе, као „систематски развијане изјаве усмерена да помогну како лекару тако и пацијенту у поступку доношења одлуке о одговарајућој здравственој заштити у специфичним клиничким условима“.⁴⁶¹

Први водичи добре клиничке праксе (5 водича) у Србији сачињени су кроз пројекат „Рационализација прописивања и примене лекова укључујући развој дијагностичко-терапијских протокола и програм едукације пацијената“ у периоду 2001-2002. године. Наредни пројекат "Унапређење праксе управљања лековима" допринео је изради 10 водича у периоду 2003-2004. године. У периоду 2004-2005. године израђено је још 10 водича добре клиничке праксе. Како су водичи имали значајне разлике, јавила се потреба за израдом Упутства за израду, развој и имплементацију водича добре клиничке праксе.⁴⁶² У наредних неколико година сачињено је још 20 водича добре клиничке праксе, а према наведеном Упутству.

Према Смерницама добре клиничке праксе у клиничком испитивању,⁴⁶³ добра клиничка пракса у клиничком испитивању представља међународни етички и научни стандард квалитета за планирање, спровођење и извештавање при испитивањима која се спроводе на људима.

⁴⁵⁹ Зашто су потребни клинички путеви, <http://www.dragisamisovic.bg.ac.rs/projekti/2010%2001%2029%20Keber%20Uvod%20u%20klinikke%20puteve.pdf>, 10. септембар 2014.

⁴⁶⁰ Вид. <http://iom.nationalacademies.org/>, 20. јануар 2016.

⁴⁶¹ Clinical Practice Guidelines: Directions For A New Program, Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, National Academy Press, Washington, D.C. 1990, 2, <http://www.nap.edu/read/1626/chapter/1>, 21. јануар 2016.

⁴⁶² Упутства за израду, развој и имплементацију водича добре клиничке праксе, <http://www.azus.gov.rs/wp-content/uploads/2011/02/Vodic-za-vodice.pdf>, 7. јул 2014.

⁴⁶³ Смернице добре клиничке праксе у клиничком испитивању, *Службени гласник РС*, бр. 28/2008.

Светска банка је 2012. године донела Приручник за унапређење развоја (*WHO Handbook for Guideline Development*). Документ даје смернице, односно препоруке о здравственим интервенцијама. Препорука пружа информације о томе шта креатори здравствене политике, здравствени радници и пацијенати треба да раде . То подразумева избор између различитих интервенција које имају утицаја на здравље и које имају импликације у коришћењу ресурса.

Републички фонд је током 2014. године, уз тим истакнутих лекара и професора, отпочео израду фармакотерапијских терапијских протокола.

Потребно је нагласити да се увођење ДСГ-а у неким земљама негативно одразило на квалитет здравствене заштите. С обзиром да су здравствене установе вођене само економским моментом спроводиле процедуре и „огољавале“ их на уштрб квалитета, како би се новац сачувао, те се у том смислу водичи добре клиничке праксе, фармакотерапијски протоколи и клинички путеви користе и за очување квалитета здравствене заштите.

На основу наведеног, у Србији је до сада доста тога урађено по овом питању. У циљу подизања квалитета здравствене заштите, смањења трошкова и управљања трошковима, а у циљу увођења ДСГ-а и капитације неопходни су водичи добре клиничке праксе, терапијски протоколи и клинички путеви.

3. Здравствена политика

Да би се корупција елиминисала или барем ублажила, неопходно је обезбедити услове за адекватну примену Закона о Агенцији за борбу против корупције⁴⁶⁴ у делу казних одредаба.

⁴⁶⁴ Закон о Агенцији за борбу против корупције, *Службени гласник РС*, бр. 97/2008, 53/2010, 66/2011 – одлука УС, 67/2013 – одлука УС, 112/2013 – аутентично тумачење и 8/2015 – одлука УС.

За спровођење реформе система здравственог осигурања потребно је направити јасну стратегију, циљеве и здравствену политику. Реформа треба да обухвати следеће:

- дефинисање здравствене политике,
- утврђивање обима и садржаја права на здравствену заштиту,
- реалне изворе и начине финансирања,
- децентрализацију постојећег система обавезног здравственог осигурања,
- образовање и континуирано стручно усавршавање медицинских радника,
- политику запошљавања медицинских и немедицинских радника;
- концепт мреже здравствених установа и број постеља,
- унутрашњу организацију рада здравствених установа,
- ефикасно обављање здравствене делатности и пружање здравствених услуга,
- утврђивање јасних права и обавеза свих учесника у систему здравственог осигурања,
- и
- дефинисање законских и подзаконских аката.

У складу са здравственим потребама осигураних лица дефинише се здравствена политика. Здравствена политика мора имати своје циљеве. Циљеви се не могу реализовати уколико не постоје реалне могућности за њихово остваривање. Као и свака политика, и здравствена политика мора имати начине за остваривање циљева, рокове за реализацију истих, јасно дефинисане обавезе и одговорности сваког учесника у систему здравствене заштите и финансијска средства. Уколико не постоје стабилни извори финансирања здравствена политика не може бити реализована. Успостављање стабилних извора средстава, усклађивање обима и врсте здравствених потреба становништва са изворима финансирања, континуирано унапређење квалитета здравствене заштите, тежња ка остваривању права грађана и рационална употреба финансијских средстава дају конзистентан и здрав здравствени систем.

Министарство здравља Републике Србије је 01.02.2002. године усвојило Здравствену политику и дало Нацрт Стратегије реформе система здравствене заштите са акционим планом.

Основне смернице односе се на:⁴⁶⁵

- редефинисање садржаја и обима примарне здравствене заштите који ће се финансирати од здравственог осигурања;
- дефинисање кадровских захтева, потреба и неопходних вештина;
- обезбеђивање снажне дијагностичке, терапијске и информатичке подршке;
- примена дефинисаних водича добре праксе као ефикасних инструмента сталног унапређења квалитета;
- развијање улоге и активности лекара опште медицине;
- фокусирање ка заједници и ка породици;
- постављање корисника (пацијента) у центар система здравствене заштите;
- финансирање механизмима капитације;
- изједначавање могућности, права и обавеза за приватног и за државног лекара.

Може се рећи да у периоду од тринаест године од усвајања Здравствене политике и Нацрта Стратегије реформе система здравствене заштите са акционим планом, скоро да ништа није урађено, по питању горе наведених основних смерница.

⁴⁶⁵ Стратегија развоја здравствене заштите у Београду до 2010. године,
<http://www.beograd.rs/download.php/documents/Strategija-Ideo.pdf>, 18. јануар 2016.

IX НЕДОСТАЦИ ПРЕДЛОЖЕНОГ МОДЕЛА

Поред до сада наведених предности, комбиновани модел има и своје недостатке. Недостаци предложеног модела произлазе из недостатака у примени капитације посебно, примени капитације у комбинацији са финансирањем по услугама, а посебно у примени ДСГ.

Недостаци у примени капитације и комбинацији капитације са плаћањем по услузи су следећи:

- Систем може на негативан начин стимулирати лекаре да бирају само здравије пацијенте, код којих неће бити велики утрошак медицинског материјала. На тај начин „трпе“ пацијенти чије лечење изискује веће трошкове, а и сам систем, јер би се повећао број теже оболелих пацијената због лоше превентиве и дијагностике на примарном нивоу здравствене заштите, те би такви пацијенти одлазили у здравствене установе вишег нивоа здравствене заштите и тамо повећавали трошкове;
- Давање апсолутног права изабраном лекару да одређује начине за задовољење потреба својих пацијената може довести до тога да се пружају само одређене услуге, а не стварно потребне;
- Постоји бојазан да се пацијенти неће адекватно лечити, јер је финансијски ризик на даваоцу здравствених услуга, те ће се лекари трудити да, водећи рачуна о трошковима своје здравствене установе, не дају упуте за лабораторијске анализе, за ултразвучне прегледе, прегледе на вишим нивоима здравствене заштите, случајевима када постоји и најмања сумња да пацијент има озбиљнијих здравствених проблема, осим када је то преко потребно;
- Комбинацијом плаћања путем капитације са плаћањем по услугама могу се значајно увећати трошкове здравствене заштите на примарном нивоу;
- Пружањем искључиво индивидуалних услуга, занемарују се групни рад са пацијентима, саветовања са пацијентима, као и остале делатности које се обављају на примарном нивоу;

- Плаћањем путем капитације може доћи до повећаног броја кућних посета, што додатно увећава трошкове здравствене заштите;
- Повећан број пружених услуга може довести до скраћења реално потребног времена за преглед сваког пацијента, те се може довести у питање квалитет пружених услуга на примарном нивоу, као што може доћи до пораста броја специјалистичких прегледа на вишим нивоима здравствене заштите због несигурности или пропуста изабраних лекара;
- Како се кроз капитацију одређује паушални износ за покриће трошкова за пружање лабораторијских услуга, може се десити да се ове услуге не пружају у складу са потребама пацијената на примарном нивоу, због чега се они упућују на виши ниво. Ово, наравно, није у складу са идејом за примену капитације, нити у складу са идејом за потребом растерећења здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите и преплитања послова са примарним нивоом, или, пак, дуплирањем услуга, а самим тим и трошкова здравствене заштите;
- Овакав начин финансирања може довести до општег незадовољства лекара, медицинских сестара и пацијената због великих гужви, непотребних и бројних прегледа, преоптерећености здравствених радника и несамосталности у раду медицинских сестара и техничара.

И ДСГ има и своје недостатке, који се огледају у следећем:

- једном утврђене цене тешко се мењају,
- често се дијагностикују теже болести да би се пружиле скупље услуге,
- одређени број здравствених услуга није обухваћен овим системом плаћања, и др.

1. Преоптерећење лекара у примарној здравственој заштити

Поред наведених недостатака у примени капитације, може се десити да лекари на примарном нивоу здравствене заштите буду преоптерећени. То једним делом може бити условљено тежњом лекара да привуку што већи број пацијената, а другим делом због увођења комбинованог начина плаћања. У реформисаном систему подстиче се превентивна здравствена заштита и да се што више прегледа обави код изабраног лекара, односно касније код породичног лекара, јер низак ниво превентивних услуга у поређењу са куративним има негативан ефекат на финансијску одрживост система здравствене заштите. Како је већ раније наведено, изабрани лекари морају поседовати шира знања него до сада.

Уколико дође до преоптерећења лекара, квалитет здравствене заштите опада, самим тим што лекари немају времена да се у потпуности посвете пацијенту. Код пацијената се тако јавља опште незадовољство. Тако је тренутно у области здравствене заштите жена, где у појединим домовима здравља у Београду неки гинеколози имају између 6.000 и 8.000 одређених пацијената. Реално, ти гинеколози не могу у току године да приме толики број пацијената, а уз то и да обаве превентивну здравствену заштиту, која је један од елемената капитационе формуле. Тако гинеколози који имају огроман број пацијената бивају оштећени, јер не испуњавају све критеријуме за утврђивање максималне накнаде по капитационој формули.

Да би се ово избегло, потребно је у систем здравствене заштите пуноправно укључити приватни сектор. Такође, потребно је прецизно утврдити мере извршења. Саставни део Правилника о ближим условима јесте Табела мера извршења. То је нешто чега би требало да се придржава сваки лекар. Држава треба да пропише и максималан број пацијената који може да има један изабрани лекар, јер пријем нових пацијената преко тог броја не даје жељене резултате. На примеру изабраних гинеколога може се видети да прекомеран број пацијената има негативан ефекат на плату.

2. Повећање трошкова за непотребне прегледе у примарној здравственој заштити

Увођењем плаћања по услугама може довести до тога да лекари пружају много већи број услуга него што је то реално потребно. Те додатне услуге не могу нашкодити пацијенту. Једина предност „гомилања“ услуга је повећање доступности здравствене заштите и доступности лекара. Пацијенти једино могу бити незадовољни дужином задржавања код лекара или сазнањем да им се пружају непотребне услуге, ради стицања већих прихода од стране лекара. То може пољуљати поверење у самог изабраног лекара и цео здравствени систем.

Начин да се то елиминише је увођење водича добре клиничке праксе и клиничких путева. Поред водича добре клиничке праксе и клиничких путева, држава (Републички фонд, Министарство здравља, Институт за јавно здравље) може да поставити лимите до којих се услуге изабраним лекарима признају. То се постиже на основу извештаја о извршењу планова рада здравствених установа и утврђивању просека, као и на основу очекиваних потреба за појединим услугама.

С обзиром на то да Србија не располаже оним износом средстава за здравствену заштиту која је неопходна за задовољење здравствених потреба становника, или је, пак, реч о неадекватној расподели средстава, одређује се буџет за плаћање по услугама за све здравствене установе по Србији, тако да се у самом старту елиминише „штанцовање“ услуга.

3. Нижи трошкови за одређену дијагностичку групу могу довести до лошијег квалитета пружених здравствених услуга

С обзиром да у здравственим установама раде медицински радници, здравствени сарадници и немедицински радници, цене здравствених услуга треба да буду реалне, а опет довољно високе да би могле да обезбеде плату како медицинским, тако и немедицинским радницима.

Уколико се не обезбеди плата запосленима у здравственим установама, многи би остали без посла. Они падају на терет државе и повећавају ионако велики број незапослених, што никоме није у интересу.

С друге стране, здравствене установе ради пружања здравствене заштите морају да набаве лекове, санитарски материјал, крв, материјал за дијализу, уградни материјал, и др. Да би се све ово набавило, неопходно је за исто обезбедити средства.

Уколико трошкови не би били реални, зарад социјалног мира, не би долазило до смањења плата запослених, него би се ишло на нижи ниво квалитета здравствених услуга. Чл. 213-218. ЗЗЗ утврђен је поступак оцењивања квалитета рада здравствене установе, односно акредитација. Уколико би се у одређеној здравственој установи смањивао квалитет здравствене заштите, могло би доћи до ситуације да Републички фонд за наредну годину не би закључивао уговор са том установом. Тада би постојала реална могућност обуставе рада здравствене установе, што би имало далекосежне последице.

Према постојећем Закону, акредитација је добровољна и врши се на захтев здравствене установе. Агенција за акредитацију здравствених установа Србије врши акредитацију и о томе издаје сертификат на период од најдуже седам година.

За ефикасно функционисање здравственог система акредитација треба да буде обавезна, не добровољна, а на основу јасно дефинисаних стандарда. Такође, лиценцирање, стручни надзор и унутрашња контрола су предуслов за добро функционисање система здравствене заштите. Када систем здравствене заштите функционише синхронизовано, осигурана лица немају проблем приликом остваривања права.

ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА

Циљ докторске дисертације јесте идентификовање и анализа битних елемената система здравствене заштите, његово финансирање, остваривања права из обавезног здравственог осигурања, приказ упоредних решења из искустава других земаља и указивање на недостатке сваког од модела здравствене заштите. Циљ је и да се прикаже да комбиновани систем финансирања (капитација комбинована са плаћањем по услузи и дијагностички сродне групе) обезбеђује повећање физичке и ефективне доступности здравствене заштите за све грађане Србије, доводи до унапређења квалитета здравствене заштите, као и до повећања ефективности и ефикасности у пружању здравствених услуга. Један од циљева рада јесте да покаже да је комбиновани систем финансијски одржив, из разлога што не зависи само од буџетских средстава и да су у таквом систему грађани заштићени од финансијског ризика везаног за здравље, тј. пацијенти не морају да буду у страху да ли ће, услед тешких болести и скувих медицинских процедура, систем покрити високе трошкове њиховог лечења. У комбинованом систему сами даваоци здравствених услуга, добрим делом, утичу на расподелу прихода, чиме се обезбеђује и стабилност у пружању здравствене заштите.

Током рада остварени су постављени циљеви, и то:

- идентификовани су и анализирани најважнији елементи система здравствене заштите,
- доказано је да комбиновани систем финансирања обезбеђује повећање физичке и ефективне доступности здравствене заштите за све грађане Србије, доводи до унапређења квалитета здравствене заштите, као и до повећања ефективности и ефикасности у пружању здравствених услуга,
- комбиновани систем је финансијски одржив.

Једна од основних хипотеза од које се пошло приликом израде докторске дисертације везана је за тврдњу да комбиновани систем финансирања више одговара Србији и обезбеђује бољи ефекат на рад и друштвени производ, из разлога што је: буџетски неутралнији, обезбеђује стабилност у пружању здравствене заштите, стимулише здравствене факторе и обезбеђује виши ниво задовољења права пацијената.

Друга хипотеза од које се полази је да је комбиновани систем финансијски одржив и да обезбеђује повећање физичке и ефективне доступности здравствене заштите за све грађане Србије.

Трећа хипотеза заснива се на полазишту да буџетско финансирање не пружа стимулацију у раду лекара и даје лош квалитет здравствених услуга.

Истраживање је потврдило полазне хипотезе.

X1: Систем здравствене заштите који се финансира путем капитације комбиноване са плаћањем по услугама и ДСГ одговара Србији, јер обезбеђује квалитетније здравствене услуге, адекватнију расподелу средстава, према потребама становништва и већу посвећеност лекара пацијентима, што резултира бољим здравственим стањем пацијената и вишим нивоом задовољења њихових права. Реформисан систем здравствене заштите олакшава пацијентима благовремен приступ изабраним лекарима и доприноси смањењу непотребног усмеравања пацијената од лекара до лекара, без икаквог решавања њихових проблема. На секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите у новом моделу смањује се класична хоспитализација и „штанцовање болесничких дана“, ради обезбеђивања новчаних средстава од стране здравствених установа. Пацијенти су се до сада, врло често, сусретали са тиме да морају дужи временски период да леже у болници без икаквих разлога, без терапије, јер се њихово лечење или завршило или пацијенти нису спремни за наставак лечења, а морају да проведу одређено време у болницама. Акцент се у новом систему финансирања ставља на кућно лечење и дневне болнице и амбулатно лечење, што психолошки потпуно другачије делује на пацијенте. Смањењем обима хоспитализације ослобађају се одређени капацитети, растеређују се лекари и сестре који су

били задужени за пацијенте који код њих леже. Хоспитализација у новом систему престаје да буде основна делатност, већ се спроводи само онда када се лечење на другачији начин не може спровести. Самим тим, смањује се и број кревета и долази до другачије организације у оквиру здравствених установа. Србија у овом моменту није спремна и нема могућности да повећа учеће трошкова здравствене заштите у БДП-у, те изналази решење за бољу алокацију постојећих средстава. Пошто је јавна потрошња у Србији висока, тежња је да се расположива средства правилно алоцирају и да се осигураним лицима пружи потребна здравствена заштита. Распоређивање новчаних средстава у складу са потребама пацијената и у складу са оптималном искоришћеношћу капацитета, а у оквиру расположивих финансијских средстава, ставља пацијента у центар здравствене заштите. У зависности од врсте и броја пружених услуга и квалитета тих услуга здравствене установе добијају новац. То је „фер“ игра. На овај начин, обезбеђена је квалитетна, доступна, благовремена, стабилна и рационална здравствена заштита, без непотребног расипања финансијских средстава. Као што је познато, јавна потрошња смањује учешће инвестиција у бруто домаћем производу, те ће се, кроз нов начин финансирања здравствене заштите смањити јавна потрошња, а повећати учешће инвестиција, што ће имати значајне ефекте на макроекономску стабилност државе. На основу наведеног, комбиновани модел више одговара Србији, јер су ефекти увођења новог начина финансирања на пацијенте и државу вишеструки. Само континуирани и одржив систем финансирања представља гаранцију за несметано функционисање здравствене заштите.

X2: Увођењем новог начина финансирања елиминишу се или ублажавају демографске, социјалне, економске и географске разлике између различитих округа и региона, а самим тим и између здравствених установа. На овај начин, јача конкуренција између давалаца здравствених услуга, што иде у корист пацијентима. Буџетским начином финансирања здравственим установама се опредељује одређени износ средстава према уговореним наменама. У случају да здравствена установа у току буџетске године та средства не утроши, иста враћа или Републичком фонду, или у буџет. У новом начину финансирања, здравствене установе ће добијати средства на основу извршења и иста ће распоређивати у оним областима где им је потребно. Рационалним пословањем здравствене установе могу

остварити уштеде, за које не би били у обавези да средства враћају у буџет или Републичком фонду.

X3: У буџетском систему финансирања лекари нису стимулирани да раде, јер у постојећем начину финансирања сваког месеца они добијају плату. Немају мотив, а у здравственим установама не постоји лидер, који би, уз помоћ нематеријалних фактора мотивације, стимулисао лекаре и друге здравствене раднике, у циљу остварења заједничког циља здравствене установе и њених запослених, а у корист пацијената. У данашњим условима, уколико лекар на примарном нивоу не може да реши проблем пацијента, шаље га на виши ниво. Ако на вишем нивоу здравствене заштите лекар специјалиста, такође, не може да реши здравствени проблем пацијента, његове ингеренције се ту завршавају и пацијент бива препуштен сам себи. У новом начину финансирања овакве ситуације ће бити сведене на најмању могућу меру. Пацијенти неће, као до сада, бити препуштени сами себи, него ће лекари у оквиру једне здравствене установе морати да сарађују, као што ће и здравствене установе и лекари на различитим нивоима здравствене заштите морати да сарађују, зарад решавања здравствених проблема својих пацијената, јер ће задовољство корисника и квалитет и обим пружених услуга највише утицати на начин финансирања.

Опште је познато да је здравље најважнији ресурс сваке државе, као и да се системи здравствене заштите разликују од земље до земље. Разлике се огледају у начину обезбеђивања здравствене заштите, покрићу трошкова за пружене здравствене услуге, организацији, управљању, и др. Чак и најбогатије земље Европе немају довољно средстава за финансирање здравствене заштите на нивоу који би желеле и проналазе различите начине и методе, како би средства којима располажу искористила на најбољи могући начин.

Србија се данас сусреће са проблемима одрживости здравственог система. Може се рећи да је здравствено стање нације веома лоше, ако не и катастрофално. Становништво Србије све више оболева од хроничних незаразних болести и стопа смртности у нашој земљи је значајно већа у односу на развијене земље и у сталном је порасту. Унапређење финансирања здравствене заштите у Србији треба, пре свега, да допринесе побољшању здравственог

стања пацијената. Заједно са побољшањем здравственог стања иде и смањење трошкова здравствене заштите и давање могућности избора корисницима здравствене заштите.

Оно што представља лимитирајуће факторе одрживог финансирања здравствене заштите у Србији је то што је БДП по глави становника у Србији је међу најнижима у Европи. У поређењу са земљама окружења, Србија има знатно вишу стопу инфлације. Релативно, у Србији су ниске зараде и пензије, као основни приходи домаћинстава. Незапосленост у Србији представља вишедеценијски, велики привредни и друштвени проблем структурне неусклађености на тржишту рада. Стопа раста незапослености, као основног генератора сиромаштва и социјалне искључености, у порасту је последњих година. Вредност индекса хуманог развоја (*Human Development Report*)⁴⁶⁶ сврстава Србију на 59. место на свету у 2014. години, што је доста ниже у односу на већину земаља Европске уније.

У Србији се не зна прецизно који проценат бруто друштвеног производа се издваја за здравствену заштиту. Према подацима Светске банке то је 10,5%, према подацима Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“ – 9,6%, а према подацима Министарства здравља 8,2%.

Велики износ средстава се у Србији издваја за плате запослених у здравственим установама. У многим установама се не поштује Правилник о ближим условима. Структура затеченог кадра је неповољна, али многе здравствене установе нису показале спремност да се суоче са тим. Министарство здравља, преко Комисије за рационализацију запослених у здравственим установама раније, а сада преко министра, одређује број радника по здравственим установама, по структури за сваку годину, из разлога да би се извршила рационализација броја запослених.

У установама примарне здравствене заштите (не узимајући у обзир лекове на рецепт и помагала на налог) од укупно опредељених средстава, око 80% одлази на плате запослених,

⁴⁶⁶ Human Development Report – HDR је формула којом се мери сиромаштво, писменост, образовање и животни век становништва неке земље. Вид.
http://www.undp.org/content/dam/serbia/Publications%20and%20reports/Serbian/UNDP_SRB_rezime%20Izve%C5%A1taja%20o%20humanom%20razvoju%20%20HDR%2014.pdf, 20. јануар 2016.

док 20% одлази на лекове, медицинска средства и остале материјалне трошкове. Код установа секундарног и терцијарног нивоа ситуација је нешто другачија, па се за плате издваја око 55%. Пример је Финансијски план Републичког фонда за 2014. годину,⁴⁶⁷ где се види колико се издваја за плате, а колико за остале намене, према нивоима здравствене заштите. Према Финансијском плану Републичког фонда за 2014. годину, на плате у секундарним и терцијарним установама дато је 60,12% укупних трошкова здравствене заштите, док је за лекове издвојено 22,19% укупно опредељених средстава.

Евидентно је да лечење на примарном нивоу здравствене заштите значајно мање кошта у односу на лечење на вишим нивоима. Од укупних трошкова за лекове и медицинска средства у 2014. години, на примарну здравствену заштиту се односи 2.490.705.000 динара, тј. 6,8%, из разлога што се на вишим нивоима користе и уградни материјали, цитостатици и други скупљи лекови и медицинска средства. За лекове, санитарски и медицински потрошни материјал за здравствене установе на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите издвојено је 36.578.630.000,00 динара у 2014. години (93,2% укупно опредељених средстава за ову намену).

У делу специјалистичко-консултативних услуга и осталих услуга на примарном нивоу здравствене заштите, цене су нереално ниске. Често се дешава да утврђена цена за неку услугу која се ради и на примарном и на секундарном нивоу има различиту цену, те је иста, нпр. виша на примарном нивоу, без икаквог основа.

Према показатељима Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, многе здравствене установе данас имају мали проценат извршења својих планова рада, на основу којих су плаћени, чак испод 50% у појединим сегментима. То значи да такве установе нису исплативе.

Здравствене установе, посебно на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите имају уговорени број радника, сходно кадровским плановима. Многи од тих лекара и других медицинских радника не раде свој посао. Постоје лекари хирурзи који никада нису улазили

⁴⁶⁷ Вид. <http://rfzo.rs/download/PLAN%202014.ODLUKA.pdf>, 5. март 2016.

у операциону салу. Здравствене установе су до сада имале проблем са оваквим кадром, јер су се финансирале плате запослених, без обзира на резултате рада. На овај начин здравствене установе ће се решити непотребног кадра, а уместо њих упослити потребан кадар.

У практичној примени капитације и ДСГ у самом старту, сигурно ће се наилазити на проблеме различите врсте. Једно од питања јесте и како да се плати лекару којем је радно време распоређено на две службе (нпр. лекар физијатар ради на опоравку пацијената у области кардиологије, након операције, као и на оспособљавању пацијената у служби за рехабилитацију). Поред овог питања биће постављено још много питања, али ће се она решавати у ходу, а по угледу на искуства других земаља.

Према искуству других земаља, за две године би требало да се смањи чекање на специјалистичко-консултативни преглед на период краћи од месец дана, што је у овом моменту незамисливо. Такође, према искуству других, чекање на операције и софистицираније прегледе на најсавременијој опреми смањиће се на мање од шест месеци.

У економски развијеним земљама национални здравствени системи се састоје од приватних и јавних давалаца здравствених услуга. Увођење приватних установа у национални систем утиче на унапређење општег здравља, јер се шири број установа које пружају здравствену заштиту на терет средстава обавезног здравственог осигурања, а самим тим се повећава број извршилаца и смањују се гужве и дужине чекања. На овај начин се подстиче ефикасност, економичност, рационалност и ефективност. То је од вишеструког значаја и за државу и за кориснике здравствене заштите, и за саме здравствене установе.

У Србији права конкуренција и даље не постоји. Нема подстицаја за отварање нових приватних болница. Листе чекања и гужве без подстицаја приватног сектора неће бити смањене. Приватно здравствено осигурање скоро да и не постоји, јер приватне здравствене установе нису стимулисане да по ценама услуга које се примењују у државним установама пружају квалитетне услуге. Пословна сарадња између јавног и приватног сектора назива се

јавно-приватно партнерство.⁴⁶⁸ Исто је веома распрострањено у свету. Спроводи се ради поделе ризика.

Србија треба да уведе систем паралелног државног и приватног осигурања. Право осигураних лица да бирају осигурање подстиче конкуренцију и праву тржишну утакмицу. Србија мора да формира систем где ће грађани, односно осигурана лица, моћи да бирају лекара, а не да лекари бирају пацијенте. Сама могућност куповине полиса осигурања неке приватне установе, од стране осигураних лица и могућност избора лекара, било у приватној, било у државној здравственој установи, подстиче конкуренцију.

Увођењем система паралелног државног и приватног осигурања здравствене услуге би постале јефтиније, а њихов квалитет бољи. Овакав систем било би могуће контролисати. Тиме се брисала пракса дуплог плаћања услуга од стране пацијената, а дошло би и до побољшања доступности здравствене заштите.

Може се рећи да је сврха реформи у здравству следеће:

- увођење додатних начина финансирања;
- смањење броја болничких постеља;
- краћа хоспитализација – ефикасније збрињавање пацијената;
- продужетак трајања живота;
- побољшање квалитета услуга;
- већа права пацијената (могућност избора лекара и установе, здравственог осигурања, као и начина плаћања).

Уколико се све горе наведено уради, Србија ће имати финансијски одржив систем здравствене заштите, а за пацијенте ће се повећати физичка и ефективна доступност здравствене заштите.

⁴⁶⁸ Јавно-приватно партнерство може имати два облика: уговорно партнерство (приватни сектор је укључен у пројектовање, финансирање и управљање) и институционално (оснива се ново правно лице у заједничком власништву).

Реформа система здравственог осигурања у Србији мора бити дугорочан процес, оријентисан према потребама и интересима грађана. Реформа мора имати стручну и објективну утемељеност. Такође, мора пратити општедруштвена и привредна кретања и развој. Треба да развија флексибилно и конкурентно тржиште. Једноставно речено, реформа мора бити суштинска, континуирана и целовита. Политички интереси не смеју имати било какав утицај на системске измене система здравствене заштите. Обично ови интереси дају краткорочна решења која у неком дужем временском периоду проузрокују теже последице.

Приликом реформисања здравственог система Србија мора водити рачуна да не наиђе на проблеме са којима су се среле земље које су понудиле свим приватним установама могућност закључивања уговора за пружање услуга на терет средстава обавезног здравственог осигурања. На нивоу Републике мора се утврдити листа приватних установа и списак услуга које се могу пружати у тим установама.

Такође, потребно је обезбедити прецизну евиденцију о броју постеља, броју радника и њиховој структури. Министарство здравља, Републички фонд и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић- Батут“ морају утврдити да ли постоји потреба за закључивањем уговора са одређеном приватном праксом на одређеном подручју за одређену услугу и одређени број услуга.

Унапређење здравственог стања становништва представља темељ даљег друштвеног развоја. Правилном расподелом новчаних средстава опредељених за здравствено осигурање решава се питање финансирања здравствене заштите, јер се са овим проблемом сусрећу скоро све земље света. Утврђивањем приоритета у области здравствене заштите држава у правом смислу речи управља здравственим системом. Како у Србији велики број становника умире од хроничних незаразних болести, реформа здравственог система допринеће јачању јавног здравља и смањењу стопе смртности. Досадашњи „ултимативни“ начин финансирања здравствене заштите биће замењен “преговарачким“ начином финансирања. То значи да ће здравствене установе и држава, преко Министарства здравља и Републичког фонда, преговарати о уговарању здравствених капацитета и накнаде, сходно оствареним резултатима рада.

Систем здравственог осигурања мора бити у суштини осигурање, а не установа којом управља влада или Министарство здравља. Средства обавезног здравственог осигурања морају бити одвојена од других средстава, како би се користила, искључиво, за остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

Законску регулативу треба уредити тако да се омогући осигураним лицима да поред обавезног здравственог осигурања могу да се одреде и за допунско осигурање. На тај начин се може обезбедити плаћање услуга и лекова који нису обухваћени обавезним осигурањем.

Да би се омогућило осигураним лицима да остварују права из здравственог осигурања није довољно само успоставити стабилне изворе финансирања. Пре свега, потребно је организовати ефикасно пружање здравствених услуга.

Систем здравствене заштите не може бити унапређен уколико се не спроводи адекватна политика људских ресурса. У складу са потребама здравствене службе неопходно је планирати број и структуру медицинских радника. Усавршавање здравствених радника треба да буде организовано и обавезно, а не како је код нас самоиницијативно. Школство мора да прати и да се прилагођава развоју медицине.

Здравствено осигурање не треба да се бави креирањем прописа, правила понашања и стандарда, већ треба да се бави осигураним лицима и њиховим правима. Држава треба да пропише јасна правила игре, да утврђује стандарде и механизме контроле.

Приликом реформисања система здравственог осигурања треба да се тежи да осигурана лица остваре право на информисаност, приватност, поштовање, адекватан третман од стране обученог и професионалног особља, безбедну животну средину и др.

По проценама стручњака, примарна здравствена заштита решава преко 85% здравствених проблема. Како иста има релативно ниску цену коштања и представља први контакт пацијената за здравственом службом, ради побољшања здравствене заштите пацијената, треба се, пре свега, оријентисати на реформу примарне здравствене заштите.

Светска здравствена организација, Светска банка, Европска унија и друге међународне институције се залажу за подстицање развоја примарне здравствене заштите. Да би се система здравствене заштите реформисао, неопходно је следеће:

- Национална стратегија и акциони план реформе;
- Здравствена политика;
- Сет законских и подзаконских аката.

Стратегија мора да буде целовита, да обухвати тренутно стање националног здравственог система, све његове предности и недостатке, као и да дефинише циљеве који се желе постићи. Саставни део стратегије је акциони план, који садржи разраду циљева, програме, задатке, активности учесника, рокове за извршавање задатака и др.

Адекватном стратегијом сви друштвени чиниоци ангажују се око решавања приоритетних здравствених проблема грађана и унапређења здравља. Стратегија доводи до подизања ефикасности пружања здравствених услуга, повећања задовољства корисника и самих давалаца услуга.

Приоритет је проценити здравствено стање становништва, а затим предузети мере које ће имати најбоље ефекте на грађанство, а на основу расположивих средстава. Посебну пажњу треба посветити вулнерабилним групама становника, којима треба обезбедити већу доступност здравствене заштите. На свим нивоима треба обезбедити повезаност између домова здравља, болница, центара за социјални рад, факултета и других образовних и васпитних институцијама.

Србија се сусреће са високом стопом превентибилног морбидитета и са високом стопом морталитета становништва. За побољшање здравствене заштите права из здравственог осигурања морају бити усклађена са финансијским могућностима земље. Систем здравствене заштите мора бити транспарентан, одржив и децентрализован.

Србија треба да задржи обавезно здравствено осигурање (Бизмарков модел), као основу за остваривање и финансирање права на здравствену заштиту и других права у случају болести и одсуствовања са рада, заснованог на начелу обавезности, солидарности и узајамности. Садржај и обим права из обавезног здравственог осигурања мора бити усклађен са финансијским средствима која се обезбеђују у систему обавезног здравственог осигурања. Нешто што је у овом моменту веома важно јесте да се обезбеди систем редовне уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање од свих обвезника уплате доприноса. Потребно је обезбедити остваривање здравствене заштите засноване на начелу приступачности, правичности и једнакости. Нешто о чему се до сада није много размишљало је и повећање одговорности менаџмента за пословање и управљање ресурсима у здравственим установама (број запослених и њихове мере извршења, одрживо финансирање).

На основу свега до сада наведеног, предлаже се следеће:

- Примарну здравствену заштиту заснивати на капитацији комбинованој са плаћањем за услуге;
- Секундарну и терцијарну здравствену заштиту финансирати по дијагностички сродним групама;
- У фармацеутској здравственој заштити примењивати принципе фармакоекономије;
- Извршити рационализацију кадра уз одржавање броја медицинских и смањење броја немедицинских радника;
- Редовно спроводити стручна усавршавања здравствених радника, у складу са потребама здравственог система (континуирана медицинска едукација, специјализације);
- Потребно је да финансирање здравствене заштите буде засновано на процени здравствених технологија, којима се обезбеђује квалитетнија и ефикаснија здравствена заштита;
- Увођење нових, тржишних модела финансирања у здравству (добровољно здравствено осигурање, допунски рад, јавно-приватно партнерство и др.).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Albrecht T. *et al.*, *Slovenia: Health system review*, Health Systems in Transition, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2009, Vol. 11, No. 3.
2. *All Patient refined Diagnosis Related Groups (APR-DRGs) Methodology Overview*, 3M Health Information Systems, National Association of Children's Hospitals and Related Institutions, Inc., Medical Advisory Committee for NACHRI APR-DRG Research Project, Wallingford CT 2003.
3. Altenstetter C., „An end to a consensus on health care in the Federal Republic of Germany?“ *Journal of Health Politics Policy and Law*, New York 1987.
4. Anell A., Glenngård A.H., Merkur S., *Sweden: Health system review*, *Health Systems in Transition*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2012, Vol. 14, No. 5.
5. Атанацковић И., *Истраживање искуства са капитационом формулом у Републици Србији*, Мастер рад, Медицински факултет Универзитета у Београду, Београд 2015.
6. Barnum H., Kutzin J., Saxenian H., „Incentives and Provider Payment Methods“, *The International Journal of Health Planning and Management*, Volume 10, Issue 1, Geneva 2006.
7. Bitrán R. *et al.*, *Review of World Bank's Experience with Country-Level Health System Analysis, Discussion Paper*, World Bank, Washington, D.C. 2010.
8. Boyle S., *United Kingdom (England): Health System Review*, *Health System in Transition*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2011, Vol. 13, No. 1.
9. Bryndová L. *et al.*, *Czech Republic. Health System review*, *Health System in Transition*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2009, Vol. 11, No. 1.
10. Busse R. *et al.*, *Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Open University Press, Berkshire 2011.
11. Busse R., A. Riesberg, *World Health Organisation, Health Systems in Transition Series - Germany*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2004.
12. Видојевић Ј., „Здравствена заштита у САД: право или привилегија?“, *Годишњак ФПН*, Београд 5/2011.

13. Gifford G. A. *et al.*, Health-Based Capitation Risk Adjustment in Minnesota, *Healthcare Financing Review*, Michigan Winter 2004-2005, Vol. 26, No 2.
14. Gjorgjev D. *et al.*, *The former Yugoslav Republic of Macedonia: Health system Review*, *Health Systems in Transition*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2006, Vol. 8 No. 2.
15. Gosden T. *et al.*, *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians*, The Cochrane Library, John Wiley & Sons, Ltd, 2006, Issue 3.
16. Green A., "An introduction to health planning in developing countries", *Oxford University Press*, Oxford 1999.
17. Група аутора, *Војни санитет у српском народу*, Рад, Београд 1998.
18. DeNavas-Walt C., B. D. Proctor, J. C. Smith, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007*, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C. 2008.
19. Dimova A. *et al.*, *Bulgaria: Health system review*, *Health Systems in Transition*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2012, Vol. 14, No. 3.
20. Довијанић П., „Значајна законодавна акта у области заштите здравља у Србији у 19. веку и почетком 20. века“, *Здравствена заштита*, Комора здравствених установа Србије, Београд 4/2008.
21. Драгић М., Здравствено осигурање у Србији у 19. веку, *Здравствена заштита*, Комора здравствених установа Србије, Београд 4/2008.
22. Ђокић Д. *et al.*, *Развој здравствене заштите у Србији 1986-1996*, Институт за здравствену заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд 1997.
23. Ђорђевић Т. Р., *Медицинске прилике за време прве владе кнеза Милоша Обреновића (1815-1839)*, Министарство народног здравља, Београд 1921.
24. Јаковљевић Д. *et al.*, *Реформа у области здравствене заштите*, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић-Батут“, Београд 1997.
25. Јаковљевић М., *Здравствена економија са фармакоекономијом*, Универзитет у Крагујевцу, Медицински факултет, Крагујевац 2014.
26. Јоксимовић З., Јоксимовић М., „Приказ најзначајнијих система здравственог осигурања“, *Тимочки медицински гласник*, Зајечар 2007, Вол. 32, Бр. 4.

27. Kakwani N. C., „Measurement of tax progressivity: An international comparison“, *Economic Journal*, Oxford 345/1977.
28. *Капитација и дијагностички сродне групе*, Комора здравствених установа Србије, Министарство здравља Републике Србије, Републички завод за здравствено осигурање, Београд 2005.
29. „Капитација – Законска регулатива и могућност примене“, *Буџет*, ИПЦ, Београд 14/2012.
30. Катић Р. В., *Порекло српске средњовековне медицине*, Београд 1981.
31. Катић М., Јуреџа В., Ореšković С., „Family Medicine in Croatia: Past, Present and Forthcoming Challenges“, *Croatian Medical Journal*, Zagreb 45/2004.
32. Косановић Р., Анђелски Х., *Права из здравственог осигурања у Републици Србији (1922-2015)*, Здравствена заштита, Комора здравствених установа Србије, Београд 5/2015.
33. Косановић Р., *Социјално право*, НИП „Радничка штампа“, Београд 2011.
34. Косановић Р., С. Симић, П. Јелача, *Плаћање здравственој служби за њен рад: Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији*, Центар за проучавање алтернатива и Самиздат Б92, Београд 2001.
35. Кочовић Ј., Шулејић П., *Осигурање*, ЦИД, Београд 2002.
36. Кнежевић Р., „Плаћање примарне здравствене заштите методом капитације“, *Здравствена заштита*, Комора здравствених установа Србије, Београд 3/2009.
37. Kulesher R., Forrestal E., „International models of health systems financing“, *Journal of Hospital Administration*, Toronto 2014, Vol. 3, No. 4.
38. Kutzin J., „A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements“, *Health Policy*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Bishkek Kirgiziya 2001, Vol. 56, Issue 3.
39. Lai T. et al., *Estonia: Health system review*, *Health Systems in Transition*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2008, Vol. 10, No. 1.
40. Langenbrunner J. C., Cashin C., O’Dougherty S., *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How To Manuals*, World Bank and the United States Agency for International Development, Washington, D.C. 2009.

41. Lafond S., „Funding overview: Current NHS spending in England“, *The Health Foundation*, London 1/2015.
42. Lorenzoni L. *et al.*, “The evaluation of neonatal case mix using Medicare DRG and APR-DRG classification systems”, *Italian Journal of Pediatrics* 28/2002.
43. Marković B., Vukić S., “Modeli organizacije i financiranja zdravstva u odabranim zemljama svijeta”, *Ekonomski Vjesnik*, Osijek 22/2009.
44. Maslow A. H., *Motivation and Personality*, Harper and Row, London 1954.
45. *Међународна статистичка класификација болести и сродних здравствених проблема*, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“ и WHO, Београд 2010.
46. Mihaljek D., *Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća?*, Institut za javne financije i Zaklada Friedrich Ebert, Zagreb 2007.
47. Mihaljek D., „Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako da se počnemo baviti uzrocima, a ne simptomima problema?“, *Newsletter, Privremeno glasilo Instituta za javne financije*, Zagreb 31/2007.
48. Mossialos E. *et al.*, *Funding Health Care: Option for Europa*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia 2002.
49. Mossialos E. *et al.*, *International Profiles of Health Care Systems 2014*, Commonwealth Fund, New York 2015.
50. Murauskiene L. *et al.*, *Lithuania: health system review, Health Systems in Transition*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2013, Vol. 15, No. 2.
51. McPake B., Normand C., Kumaranayake L., *Health economics: An international perspective*, Routledge, New York 2002.
52. W. McArthur, C. Ramsay, M. Walker, *Healthy Incentives: Canadian Health Reform in an International Context*, The Fraser Institute, Vancouver B.C. 1996.
53. Новић С., Омеровић С., Шкрбић Р., *Нови модел плаћања болничких услуга ДРГ приручник*, Министарство цивилних послова БИХ, Федерално министарство здравља, Министарство здравља Републике Српске, Мостар 2007.
54. *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark*, OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Paris 2013.
55. Olejaz M. *et al.*, *Denmark: Health system review, Health Systems in Transition*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2012, Vol. 14 No. 2.

56. Павловић М., Антић Ч., *Војна болница у Нишу, Монографија*, Дирекција за издавачку и библиотечко-информатичку делатност, Београд 2010.
57. Pieters D., *The Social Security Systems of The States Applying for Membership of the European Union*, Antwerp-Oxford-New York, Intersentia 2002.
58. Поповић Д., *Пореско право*, Правни факултет Универзитета у Београду, Београд 2014.
59. *Правила шифрирања дијагноза и процедура по систему дијагностички сродних група*, Министарство здравља, Републички фонд за здравствено осигурање, Београд 2012.
60. *Project performance Assessment Report Former Yugoslav Republic Macedonia Health Sector Management Project*, IEG Public Sector Evaluation, The World Bank, Washington, D.C. 2013.
61. Радић Р., Допринос византијских лекара средњевековној медицини, „*Ниш и Византија - Зборник радова*“, Ниш 2004.
62. Ракоњац-Антић Т., *Пензијско и здравствено осигурање*, Центар за издавачку делатност, Економски факултет Универзитета у Београду, Београд 2012.
63. Redman J. et al., „Young People's Health Project: making health services more appropriate and accessible“, *Health education & behavior*, Thousand Oaks, California 1997.
64. Ridic G., Gleason S., Ridic O., “Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada“ *Materia socio-medica*, Сарајево 2012, Vol. 24, No. 2.
65. Richard S. B., Figueras J., Sakellarides C., *Critical Challenges for Health Care reforms in Europe*, Open University Press, Philadelphia 1999.
66. Ringard Å., Sagan A., „*Norway: Health system review, Health Systems in Transition*“, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2013, Vol. 15 No. 8.
67. Roberts M. J. et al., *Analyzing Health Sector Performance, Background Note*, World Bank Institut, World Bank, Washington, D.C. 1999.
68. Савић А., Коментар Закона о болницама (донесен 27. фебруара 1930. године) и основним подзаконским актима, *Здравствена заштита*, Комора здравствених установа Србије, Београд 4/2008.
69. Saltman R. B., Figueras J., *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 1997.
70. Savedoff W., *Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences*, The World Bank Discussion Paper, The World Bank, Geneve 2004.

71. Simonet D., „*Health care reforms and cost reduction strategies in Europe: the cases of Germany, UK, Switzerland, Italy and France*“, *Issues in Quality in Healthcare and Quality of Life* (ed. Q. Ashton Acton), Scholarly Editions, Atlanta, Georgia 2011.
72. *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања*, Институт за упоредно право, Синдикат лекара и фармацеута Србије, Градска организација Београда, Београд 2014.
73. Стајковић П., „Заштита права осигураних лица Републичког фонда за здравствено осигурање“ *Радно и социјално право*, Београд 1/2013.
74. Стаматовић М., Јаковљевић Ђ., Легетић Б., *Здравствено осигурање: теорија и пракса*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд 1995.
75. Станојевић В., *Најстарије болнице у Београду*, књига VII, ГМГБ, Београд 1960.
76. *Statistical Indicators for the Planning and Evaluation of Public Health Programmes*, Fourteenth Report of WHO Expert Committee on Health Statistics, WHO Technical Report Series, WHO, Geneva 1971.
77. Стевановић Д. Ј., „Осам векова болнице у Студеници“, *Тимочки медицински гласник*, Зајечар 4/2007.
78. Street A. et al., *Introducing Activity-Based Financing: A Review of Experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden*, University of York Centre for Health Economics (CHE Research Paper 30), York 2007.
79. Strizrep T., *Dijagnostičko – terapijske skupine (DTS): Priručnik za zdravstvene radnike*, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Zagreb 2011.
80. St-Hilaire, P. K. Crepeau, „Hospital and unit cost-allocation methods“, *Healthcare Management Forum*, Westboro, Massachusetts 2000.
81. Субић М., „Санитетска помоћ Русије Србији у борбама против Турске империје“, *Архив за историју здравствене културе Србије*, Београд 15/1986.
82. Суботић В. М., *Поменик погинулих и помрлих лекара и медицинара у ратовима, 1912-1918, редовних, дописних и почасних чланова, оснивача, добротвора и задужбинара, 1872-1922*, Српско лекарско друштво, Београд 2012.
83. Schneider P., *Provider payment reforms: Lessons from Europe and America for South Eastern Europe*, HNP Discussion Paper, The World Bank, Washington, D.C. 2007.

84. Shieber G., *Innovations in Health Care Financing*, World Bank Discussion Paper No.365, The World Bank, Washington, D.C. 1997.
85. Tajnikar M., Došenovič Bonča P., *Global Marketplace for Private Health Insurance: Strength in Numbers*, The World Bank, Washington, D.C. 2010.
86. Tan S.S. *et al.*, "Comparing Methodologies for the Allocation of Overhead and Capital Costs to Hospital Services", *Value in Health*, Vol. 12, Issue 4, 2009.
87. Toth M., Petrič D., Kramberger B., *Sistem financiranja zdravstvenih programov v Sloveniji. Adolf S., ur. Sistemi financiranja v zdravstvu*, Ljubljana 1999.
88. Tragakes E. *et al.*, "Latvia: Health system review", *Health Systems in Transition*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2008, Vol. 8 No. 2.
89. Feldstein P. J., *Health Care Economics*, Delmar, New York 2012.
90. Figueras J., R. Robinson, E. Jakubowski, *Purchasing to improve health systems performance*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health, Glasgow 2005.
91. Finkler S. A., Ward D. M., Baker J. J., *Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations*, Aspen Publishers, New York 2007.
92. Henke K. D., Murray M. A., Ade C., „Global Budgeting in Germany: Lessons for the United States”, *Health Affairs*, Bethesda, MD 13/1994.
93. Hoffmeyer U., *The Health Care System in Germany*, Financing Health Care, Vol. I, Dordrecht 1994.
94. Hsiao W., *Health Care Financing in Developing Nations, A Background Paper on Health Care Financing*, World Bank 2000.
95. Cichon M., Yamabana H., Normand C., *Modeling in Health Care Finance*, International Labour Office Geneva, Geneva 1999.
96. *Clinical Casemix Handbook 2011-2012*, Government of Western Australia, Department of Health, East Perth WA 2011.
97. Cooper R., Kaplan R. S., "Measure Costs Right: Make the Right Decisions" *Harvard Business Review* 5/1988.
98. Цеперковић З., „Лекарска слава Свети Врачеви“, *Општа медицина*, Београд 11/2005.
99. Цеперковић З., „Из историје медицине, Српска медицина у средњем веку“, *Општа медицина*, Београд 11/2005.

100. *Clinical Practice Guidelines: Directions For A New Program*, Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, National Academy Press, Washington, D.C. 1990.
101. Цудић В. *et al.*, *Социјална медицина*, Савремена администрација, Београд 2000.
102. *World Health Statistics 2015*, World Health Organization, Geneva, 2015.
103. Wright J., Williams R., Wilkinson J., „Development and importance of health needs assessment“, *British Medical Journal*, London 1998, Vol. 316.
104. Wynand P. M. M., „Regulated competition in health care: With or without a global budget?“, *European Economic Review: Papers and Proceedings of the Ninth Annual Congress European Economic Association*; 3–4/1995.

Прописи:

1. Закон о здравственој заштити, *Службени гласник РС*, бр. 107/2005, 72/2009 – др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 – др.закон, 93/2014, 96/2015 и 106/2016.
2. Закон о здравственом осигурању, *Службени гласник РС*, бр. 107/2005, 109/2005 - испр., 57/2011, 110/2012 – одлука УС, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014 – одлука УС и 106/2015.
3. Закон о доприносима за обавезно социјално осигурање, *Службени гласник РС*, бр. 84/2004, 61/2005, 62/2006, 5/2009, 52/2011, 101/2011, 47/2013, 108 /2013, 57/2014, 68/2014 - др. Закон, 5/2015, 112/2015 и 5/2016.
4. Закон о буџетском систему, *Службени гласник РС*, бр. 4/2009, 73/2010, 101/2010, 101/2011, 93/2012, 62/2013, 63/2013 - испр., 108/2013, 142/2014, 68/2015 - др. закон и 103/2015.
5. Закон о платама у државним органима и јавним службама *Службени гласник РС*, бр. 34/2001, 62/2006 - др. закон, 63/2006 - испр. др. закона, 116/2008 - др. закони, 92/2011 и 99/2011 - др. закон, 10/2013, 55/2013 и 99/2014.
6. Закон о општем управном поступку, *Службени лист СРЈ*, бр. 33/97 и 31/2001 и *Службени гласник РС*, бр. 30/2010.

7. Закон о Агенцији за борбу против корупције, *Службени гласник РС*, бр. 97/2008, 53/2010, 66/2011 – одлука УС, 67/2013 – одлука УС, 112/2013 – аутентично тумачење и 8/2015 – одлука УС.
8. Закон о здравственом варству и здравственом заваровању, *Урадни лист РС*, шт. 72/06 – урядно преишчено беседило, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C и 47/15 – ZZSDT.
9. Закон о здравственој заштити, *Народне новине*, бр. 15/2008, 71/2010, 139/2010, 22/2011, 84/2011, 154/2011, 12/2012, 35/2012, 70/2012, 144/2012, 82/2013, 159/2013, 22/2014 и 154/2014.
10. Закон о обвезном здравственом осигурању, *Народне новине*, бр. 80/2013 и 137/2013.
11. Закон о доприносима, *Народне новине*, бр. 84/08, 152/08, 94/09, 18/11, 22/12, 144/12, 148/13, 41/14 и 143/14.
12. Закон за здравствената заштита, *Службен весник на РМ*, бр. 154/2015.
13. Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување, *Службен весник на РМ*, бр. 142/2008, 64/2009, 156/2009, 166/2010, 53/2011, 185/2011, 44/2012, 15/2013, 91/2013, 170/2013, 97/2014, 113/2014, 180/2014, 188/2014, 20/2015, 48/2015, 75/2015 и 129/2015.
14. Уредба о корективном коефицијенту, највишем процентуалном увећању основне плате, критеријумима и мерилима за део плате који се остварује по основу радног учинка, као и начину обрачуна плате запослених у здравственим установама, *Службени гласник РС*, бр. 100/2011, 63/2012, 101/2012 и 46/2013.
15. Уредба о Плану мреже здравствених установа, *Службени гласник РС*, бр. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012, 37/2012, 8/2014 и 92/2015.
16. Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања, *Службени гласник РС*, бр. 10/2010, 18/2010 - испр., 46/2010, 52/2010 - испр., 80/2010, 60/2011 – одлука УС и 1/2013.
17. Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе, *Службени гласник РС*, бр. 43/2006, 112/2009, 50/2010, 79/2011, 10/2012 – др. правилник, 119/2012 – др. правилник и 22/2013).

18. Правилник о медицинској рехабилитацији у стационарним здравственим установама специјализованим за рехабилитацију, *Службени гласник РС*, бр. 47/2008, 69/2008, 81/2010, 103/2010, 15/2011, 48/2012, 55/2012 - испр., 64/2013 и 68/2013 - испр.
19. Правилник о медицинско-техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, *Службени гласник РС*, бр. 52/2012, 62/2012 - исправка, 73/2012 - исправка, 1/2013, 7/2013 - исправка, 112/2014, 114/2014 - исправка, 18/2015.
20. Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2015. годину, *Службени гласник РС*, бр. 1/2015.
21. Правилник о условима, критеријумима, начину и поступку за стављање лека на Листу лекова, измене и допуне Листе лекова, односно за скидање лека са Листе лекова, *Службени гласник РС*, бр. 41/2014.
22. Правилник о врстама и стандардима медицинских средстава која се уграђују у људски организам, на терет средстава обавезног здравственог осигурања, *Службени гласник РС*, бр. 37/2008, 10/2010, 12/2010-исправка, 103/2010, 52/2011, 106/2013, 118/2014 и 141/2014.
23. Правилник о уговарању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања са даваоцима здравствених услуга за 2015. годину, *Службени гласник РС*, бр. 147/14, 63/2015, 77/2015, 91/2015 и 105/2015.
24. Правилник о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за 2009. годину, *Службени гласник РС*, бр. 6/2009, 11/2009 - испр., 24/2009, 47/2009, 54/2009 - испр., 54/2009, 59/2009 - испр., 64/2009, 79/2009, 112/2009 и 2/2010 – испр.
25. Правилник о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за 2010. годину, *Службени гласник РС*, бр. 17/2010 и 80/2010.
26. Правилник о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за 2011. годину, *Службени гласник РС*, бр. 4/2011, 14/2011, 33/2011, 52/2011, 82/2011, 2/2012 и 5/2012 - испр.

27. Правилник о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за 2012. годину, *Службени гласник РС*, бр. 61/2012, 65/2012 – испр., и 88/2012.
28. Правилник о номенклатури лабораторијских здравствених услуга на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, *Службени гласник РС*, бр. 59/2012.
29. Правилник о номенклатури здравствених услуга на примарном нивоу здравствене заштите, *Службени гласник РС*, бр. 24/2009.
30. Правилник о номенклатури здравствених услуга на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, *Службени гласник РС*, бр. 58/2013.
31. Правилник о начину, поступку и условима за обављање допунског рада здравствених радника у здравственој установи или приватној пракси, *Службени гласник РС*, бр. 108/2008.
32. Правилник о контроли спровођења закључених уговора са даваоцима здравствених услуга, *Службени гласник РС*, бр. 72/2013.
33. Правилник о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце члановима комора здравствених радника, *Службени гласник РС*, бр. 119/2007, 23/2009 и 40/2010.
34. Правилник о листама чекања, *Службени гласник РС*, бр. 75/2013.
35. Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, *Службени гласник РС*, бр. 49/2010.
36. Финансијски план Републичког фонда за здравствено осигурање за 2011. годину, *Службени гласник РС*, бр. 4/2011.
37. Финансијски план Републичког фонда за здравствено осигурање за 2012. годину, *Службени гласник РС*, бр. 2/2012.
38. План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2012. годину, *Службени гласник РС*, бр. 15/2012.
39. План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2015. годину, *Службени гласник РС*, бр. 146/2014.
40. Смернице добре клиничке праксе у клиничком испитивању, *Службени гласник РС*, бр. 28/2008.

Интернет извори:

1. <http://www.nisandbyzantium.org.rs/doc/zbornik/Pdf-II/Radivoj.pdf>
2. http://www.hilandar.info/strana.php?strana_id=208
3. <http://www.domzdravljanis.co.rs/razvojdrazvstva1.php>
4. http://www.hodocasnik.org/txt/biblioteka/dusanov_zakonik.pdf
5. <http://www.hereticus.org/arhiva/2004-3/pogled-na-invalidnost-kroz-istoriju.html/3>
6. http://www.komorazus.org.rs/downloads/casopis/2008/Zastita%20Vanredni%204_2008.pdf
7. <http://www.zso.gov.rs/istorijat.htm>
8. <http://www.pio.rs/cir/o-nama-rfpio/174-isri.html>
9. [http://wwwold.med.bg.ac.rs/dloads/nastavni_socijalna/Predavanja/dec08/5god/SAVREME
NA%20ZDRAVSTVENA%20ZASTITA.pdf](http://wwwold.med.bg.ac.rs/dloads/nastavni_socijalna/Predavanja/dec08/5god/SAVREME
NA%20ZDRAVSTVENA%20ZASTITA.pdf)
10. <http://www.komorazus.org.rs/downloads/casopis/2015/Casopis%20ZZ%202015-5.pdf>
11. <http://www.croso.gov.rs/cir/Istorijat/index.php>
12. <http://www.pio.rs/sr/lt/istorijat/>
13. [http://www.arhivyu.gov.rs/active/sr-
cyrillic/home/glavna_navigacija/koriscenje_gradje/pretrazite_baze_podataka/opsti_podaci
_o_fondovima_u_bazi_inventar/detalji_fonda/_params/item_id/43092.html](http://www.arhivyu.gov.rs/active/sr-
cyrillic/home/glavna_navigacija/koriscenje_gradje/pretrazite_baze_podataka/opsti_podaci
_o_fondovima_u_bazi_inventar/detalji_fonda/_params/item_id/43092.html)
14. <http://www.dzzemun.org.rs/index.php/kucnolecenje>
15. http://www.rfzo.rs/download/troskovi_prevoza.pdf
16. <http://www.mfub.bg.ac.rs/dotAsset/53077.pdf>
17. [http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/2
81627-
1095698140167/ReviewofWorldBanksExperiencewithCountryLevelHealthSystemAnalysis.p
df](http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/2
81627-
1095698140167/ReviewofWorldBanksExperiencewithCountryLevelHealthSystemAnalysis.p
df)
18. <http://www.tmg.org.rs/v320405.htm>
19. <http://www.vps.ns.ac.rs/SB/2011/8.7.pdf>
20. http://www.who.int/health_financing/documents/en/
21. <http://www.efos.unios.hr/arhiva/ekonomskivjesnik#!lightbox>
22. [http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/2
81627-1095698140167/SchneiderOct07.pdf](http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/2
81627-1095698140167/SchneiderOct07.pdf)

23. <http://www.comparativelaw.info/sistemzzizo.pdf>
24. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf
25. <http://content.healthaffairs.org/content/13/4/7.long>
26. http://is.muni.cz/el/1456/jaro2004/PVEKZD/um/9899/financovani_anglicky.pdf
27. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf
28. <http://www.york.ac.uk/che/pdf/rp30.pdf>
29. http://www.fes.hr/E-books/pdf/Pridruzivanje%20hrvatske%20EU_4_svezak/11.pdf
30. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadv211.pdf
31. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/ProviderPaymentHowTo.pdf>
32. http://rfzo.rs/download/fin_plan/finplan2010.pdf
33. http://rfzo.rs/download/fin_plan/finplan2013.pdf
34. http://rfzo.rs/download/fin_plan/finplan2014.pdf
35. http://rfzo.rs/download/fin_plan/finplan2015.pdf
36. <http://www.rfzo.rs/download/Strategija%20razvoja%20zdravstvenog%20osiguranja.pdf>
37. <http://www.sindikatzdravstva.org.rs/files/kapitacija.pdf>
38. https://www.acponline.org/residents_fellows/career_counseling/understandcapit.htm
39. <http://publisher.medfak.ni.ac.rs/2007-html/1-broj/ZDRAVSTVENE%20POTREBE.pdf>
40. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40905/1/WHO_TRS_472.pdf
41. <http://www.rfzo.rs/index.php/kapitacija-actual-16>
42. <http://www.europa.rs/upload/documents/documents/Kapitacija%20Info%206.pdf>
43. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/111011/sumhecareform.pdf
44. <http://www.rfzo.rs/index.php/izabrani-lekar-actual/kapitacija-actual/kapit-form>
45. <http://www.rfzo.rs/index.php/davaocizdrusluga/kapitacija-actual-16>
46. http://www.rfzo.rs/download/kapitacija/Uputstvo_za_koriscenje_Ktabele-5.2.pdf
47. http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok1_047260.hcsp?dDocName=bok1_047260
48. <http://www.aaos.org/news/aaosnow/dec13/advocacy2.asp>
49. <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/decide-how-to-get-medicare/whats-medicare/what-is-medicare.html>
50. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf

51. <http://www.rfzo.rs/download/dsg/Vodic%2025-10-2013.pdf>
52. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/169314/E96624.pdf
53. <http://www.thebody.com/content/art13091.html>
54. <http://www.batut.org.rs/download/MKB102010Knjiga1.pdf>
55. http://mi.medri.hr/assets/DTS_prirucnik.pdf
56. <https://www.hcup-us.ahrq.gov/db/vars/siddistnote.jsp?var=rdrq>
57. <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/viewDefinition.php?definitionID=102967>
58. <https://www.accd.net.au/ArDrg.aspx>
59. <http://www.health.wa.gov.au/activity/docs/cch.pdf>
60. <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/opis-zdravstvenog-sustava>
61. http://solutions.3m.com/wps/portal/3M/en_US/Health-Information-Systems/?WT.mc_id=www.3Mhis.com
62. <https://www.hcup-us.ahrq.gov/db/nation/nis/APR-DRGsV20MethodologyOverviewandBibliography.pdf>
63. http://solutions.3m.com/3MContentRetrievalAPI/BlobServlet?lmd=1225920803000&assetId=1180606514484&assetType=MMM_Image&blobAttribute=ImageFile
64. http://www.akaz.ba/Index/Politike_procedure.htm
65. http://solutions.3m.com/wps/portal/3M/en_US/Health-Information-Systems/HIS/Products-and-Services/Products-List-A-Z/Grouper-Plus-System/
66. <http://www.apache.org/foundation/1.3/>
67. <http://www.brainline.org/content/2010/10/what-is-the-glasgow-coma-scale.html>
68. http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/Capitation__salary__fee-for-service_CochrReview.pdf
69. <http://www.europa.rs/upload/documents/documents/Kapitacija%20Info%206.pdf>
70. <http://www.sindikatzdravstva.org.rs/files/kapitacija.pdf>
71. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/advocacy/state-advocacy-arc/state-advocacy-campaigns/private-payer-reform/state-based-payment-reform/evaluating-payment-options/capitation.page>
72. <http://www.zdravlje.gov.rs/showelement.php?id=2569>
73. <http://www.rfzo.rs/download/dsg/Vodic%2025-10-2013.pdf>

74. <http://www.batut.org.rs/download/izvestaji/Zadovoljstvo%20korisnika%20ZZ%202013.pdf>
75. www.parlament.gov.rs/upload/.../files/.../Prava%20pacijenata%20lat.doc
76. http://ec.europa.eu/health/programme/docs/implementation_2013_hr.pdf
77. <http://www.rfzo.rs/download/Plan%20zdravstvene%20zastite%20za%202015.pdf>
78. <http://www.rfzo.rs/download/planZZ-2012.pdf>
79. <http://www.kme.rs/index.php?med=1>
80. http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf
81. http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_07_2-provider_payments.pdf
82. <http://www.nbs.rs/internet/cirilica/scripts/ondate.html>
83. http://www.zav-zdruzenje.si/zdravstvena_reforma.asp
84. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/96367/E92607.pdf
85. http://www.fes.hr/E-books/pdf/Pridruzivanje%20hrvatske%20EU_4_svezak/11.pdf
86. <http://www.ijf.hr/newsletter/31.pdf>
87. http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2014/05/Ljetopis_2013_.pdf,
88. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/97633/E92968.pdf
89. <https://www.justlanded.com/english/Czech-Republic/Czech-Republic-Guide/Health/Health-insurance>
90. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559>
91. <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/healthy-incentives.pdf>
92. <http://chipcardmaster.de/krankenversichertenkarte.htm>
93. <http://www.allhealth.org/briefingmaterials/CountryProfiles-FINAL-1163.pdf>
94. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf
95. http://www.hpm.org/en/Surveys/TU_Berlin_-_D/14/Health_Policy_in_Germany_after_the_election.html
96. <https://www.justlanded.com/english/Germany/Germany-Guide/Health/Health-insurance>
97. https://www.gbe-bund.de/gbe10/trecherche.prc_them_rech2?tk=700&tk2=2700&ut_string=Statutory_Health_Insurance:_Members,_Insured_Persons

98. <http://www.sochealth.co.uk/resources/national-health-service/health-law/national-insurance-act-1911/>
99. www.parliament.uk/briefing-papers/sn04517.pdf
100. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf
101. <http://www.england.nhs.uk/>
102. http://www.datadictionary.nhs.uk/data_dictionary/nhs_business_definitions/p/primary_care_trust_de.asp?shownav=1
103. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213150/PbR-Simple-Guide-FINAL.pdf
104. http://www.health.org.uk/sites/default/files/FundingOverview_CurrentNHSSpendingInEngland.pdf
105. http://www.wavemagazine.net/0_srb/arhiva/72/ekonomija/evropsko-zdravstvo-u-finansijskoj-krizi.htm
106. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>
107. <https://data.oecd.org/searchresults/?q=great+britain>
108. <http://www.zav-zdruzenje.si/wp-content/uploads/2013/08/razvoj-sistema-zdravstvenega-varstva-predlogi-zavarovalnic.pdf>
109. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161ec069.pdf?expires=1443471988&id=id&accname=guest&checksum=5C1B72BF506D0CF649930AEB06DF8633>
110. <http://test.fpn.bg.ac.rs/wp-content/uploads/2011/09/24-Jelena-Vidojevi%C4%87-ZDRAVSTVENA-ZA%C5%A0TITA-U-SAD-PRAVO-ILI-PRIVILEGIJA.pdf>
111. <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/oct/us-health-care-from-a-global-perspective>
112. http://www.oecd.org/document/14/0,3343,en_2649_37407_44216846_1_1_1_1,00.html
113. <https://www.census.gov/prod/2008pubs/p60-235.pdf>
114. <http://kff.org/medicaid/state-indicator/total-medicaid-spending/>
115. <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/program-information/downloads/october-2015-enrollment-report.pdf>
117. <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/ReportsTrustFunds/index.html?redirect=/ReportsTrustFunds>

119. <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/ReportsTrustFunds/Downloads/TR2015.pdf>
120. <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/MedicareGenInfo/index.html>
121. <http://www.hhs.gov/about/>
122. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/79004/E89275.pdf
123. <http://www.fzo.org.mk/>
124. <http://www.fzo.org.mk/default.asp?ItemID=DE1582942BD97545BC84131875D00AC5>
125. <http://www.crpm.org.mk/wp-content/uploads/2012/03/KnigahealthMAK1.pdf>
126. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/10/16/000442464_20131016094531/Rendered/PDF/782100PPAR0Mac0t0PUBLIC00Box379845B.pdf
127. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.78?lang=en>
128. <http://stats.oecd.org/>
129. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/80687/E91372.pdf
130. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf
131. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186072/e96822.pdf
132. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/192130/HiT-Lithuania.pdf
133. http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityDENMARK_ExecutiveSummary.pdf
134. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf
135. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-DENMARK-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>
136. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf
137. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-SWEDEN-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>
138. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf
139. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-NORWAY-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>
140. <http://www.ntnu.edu/livingintrh/about-trondheim/health-insurance>
141. <http://www.nyinorge.no/en/Ny-i-Norge-velg-sprak/New-in-Norway/Health/Health->

- services/Membership-of-the-Norwegian-National-Insurance-Scheme/*
142. <https://oecd.org/eco/surveys/Norway-Overview-2014.pdf>
 143. http://seio.gov.rs/upload/documents/nacionalna_dokumenta/npi_usvajanje_pravnih%20t%20ekovina.pdf
 144. <http://www.who.int/countries/hrv/en>
 145. <http://www.mirovinsko.hr/UserDocsImages/EU/uredbe/Uredba%20883-2004.pdf>
 146. http://www.undp.org/content/dam/serbia/Publications%20and%20reports/Serbian/UNDP_SRB_rezime%20Izve%C5%A1taja%20o%20humanom%20razvoju%20%20HDR%2014.pdf
 147. <http://www.parlament.rs/upload/archive/files/lat/pdf/zakoni/2014/2918-14Lat.pdf>
 148. <http://www.zdravlje.gov.rs/showpage.php?id=353>
 149. <http://uizs.org.rs/docs/2014-11-05%20Status%20informatizacije%20ustanova%20PZZ%20-%20Sla%C4%91an%20Anti%C4%87,%20IKT-DILS.pdf>
 150. <http://www.dragisamisovic.bg.ac.rs/projekti/2010%2001%2029%20Keber%20Uvod%20u%20klinikne%20puteve.pdf>
 151. <http://iom.nationalacademies.org/>
 152. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:sl:PDF>
 153. <http://www.nap.edu/read/1626/chapter/1>
 154. <http://www.azus.gov.rs/wp-content/uploads/2011/02/Vodic-za-vodice.pdf>
 155. <http://www.beograd.rs/download.php/documents/Strategija-Ideo.pdf>
 156. http://mi.medri.hr/assets/DTS_prirucnik.pdf

БИОГРАФСКИ ПОДАЦИ

Мирослава Крстић рођена је у Лозници 19. новембра 1976. године. Основну школу „25. мај“ завршила је са одличним успехом (5,00) у Крупњу 1991. године. Гимназију „Вук Караџић“ завршила је у Крупњу, такође, са одличним успехом.

На Економски факултет Универзитета у Београду уписала се школске 1995/96 године. Дипломирала је на тему: „Информациони системи у финансијама“ 21. новембра 2001. године са оценом 10 на смеру „Спољна и унутрашња трговина“.

На смер „Актуарство“ на Економском факултету Универзитета у Београду уписала се школске 2002/03. Магистарску тезу на тему: „Могући правци реформе пензијског система у Србији – Чилеанско искуство“ одбранила је 21. новембра 2006. године.

Мастер рад на тему: Лидерство и мотивација запослених у здравственим установама у Србији на Мастеру из менаџмента у систему здравствене заштите, који се изводи у сарадњи Медицинског факултета и Факултета политичких наука Универзитета у Београду одбранила је 25. јануара 2016. године.

Од 2007. године Мирослава Крстић је запослена у Републичком фонду за здравствено осигурање. Обавља послове помоћника начелника за финансијско извештавање. Одлично познаје рад на рачунару. Поседује Сертификат о савладаном курсу Excel 2002 напредни. Такође поседује Диплому енглеског језика Leicester Square School of English, стечену у Лондону.

Списак објављених радова:

1. Реформе система пензијског осигурања у земљама у транзицији, Економски анали, Тематски број, фебруар 2006. године, Београд, 89-108.
2. Реформа пензијског система у склопу економске транзиције у Србији, Економски анали, Тематски број, април 2006. године, Београд, 163-173.
3. Објављена књига–Приватизација пензионих система, 2006. године, Београд.

Прилог 1.

Изјава о ауторству

Потписани-а
број индекса

Мирослава Крстић

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом: Обавезно здравствено осигурање и инструменти његовог финансирања у Републици Србији

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

У Београду, 22.03.2016. године

Прилог 2.

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора: Мирослава Крстић

Број индекса _____

Студијски програм _____

Наслов рада: Обавезно здравствено осигурање и инструменти његовог финансирања у

Републици Србији

Ментор: Проф. др Гордана Илић-Попов

Потписани/а Мирослава Крстић

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду.**

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис докторанда

У Београду, 22.03.2016. године

Прилог 3.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

Обавезно здравствено осигурање и инструменти његовог финансирања у Републици Србији

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
- 2. Ауторство - некомерцијално**
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – делити под истим условима

Потпис докторанда

У Београду, 22.03.2016. године
