

**Departman za poslediplomske studije**  
**Master studijski program: Poslovna ekonomija**  
**Smer: Finansije i bankarstvo**

**MASTER RAD**

**ANALIZA REFORME SISTEMA ZDRAVSTVENOG  
OSIGURANJA I ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U SRBIJI**

**Mentor:**

**Prof. dr Ljiljana Jeremić**

**Student:**

**Sonja Čolaković 401115/2012**

**Beograd, oktobar 2013.**

## **Sažetak**

U narednim stranama ovog rada govoriće se o problemu zdravstvene zaštite kako u svetu, tako i u Srbiji, odnosno o problemima finansiranja ovog sektora, sa posebnim akcentom na zdravstveno osiguranje. Na koji način se može klasifikovati zdravstveno osiguranje, kakve su savremene tendencije u EU i kako Srbija sprovodi svoje reforme, prilagođavajući se njima, neki su od problema diskutovanih u ovom radu. Takođe, postavlja se i pitanje u vezi sa dostupnosti informacija i njihovog kredibiliteta, kao i preprekama koje bi trebalo prevazići da bi se sprovela reforma zdravstvenog sistema koja je uvek u fokusu pažnje u gotovo svakoj zemlji sveta. Za kraj se razmatraju sveukupni problemi finansiranja zdravstvenog osiguranja, kao i uzrocima koji prethode, i posledicama koje proizlaze iz istog, zbog čega se u posebnom poglavlju pravi komparativni pregled izveštaja RFZO 2008-2012. Poseban naglasak u ovom radu daje se problemima finansijskog menadžmenta u zdravstvu, i njegovom značaju u Srbiji.

Ključne reči: osiguranje, zdravstvo, finansiranje, privatno osiguranje, reforma.

## **Abstract**

In following pages of this paper it's possible to discuss about the healthcare protection problem, in Serbia and worldwide, respectively, with emphasizing the healthcare insurance. In which way is possible to classificate health insurance, which are the contemporary tendencies in EU, and how Serbia delas with its reforms, adjusting with them, are some ov the problems discussed n this paper. Also, this paper brings a question related to avialibility of information and their credibility, and obstacles which need to be overcomed so healthcare system reform can be implemented. Because of this topic, which is always in center of attention, in the conclusion are analyzed problems of healthcare insurances, causes which lad to them, and conseqeunces which came out, respectively. Through a comparative look of financial reports 2008-2012, this paper wants to show the importance of financial management in healthcare Serbia.

Keywords: insurances, healthcare, financing, private insurance, reform.

## Sadržaj

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| Sažetak .....                                                           | 1  |
| Abstract .....                                                          | 1  |
| Uvod .....                                                              | 4  |
| 1. Problem istraživanja .....                                           | 4  |
| 2. Predmet istraživanja .....                                           | 8  |
| 3. Ciljevi istraživanja.....                                            | 9  |
| 4. Metode istraživanja .....                                            | 9  |
| 5. Hipoteze istraživanja .....                                          | 9  |
| 6. Struktura rada .....                                                 | 10 |
| 1. Položaj zdravstvene zaštite u zemljama EU i kod nas .....            | 10 |
| 1. 1. EU.....                                                           | 10 |
| 1. 2. Zdravstvena zaštita u Srbiji .....                                | 15 |
| 1. 2. 1. Socijalno osiguranje u Srbiji .....                            | 15 |
| 1. 2. 2. Nadležne institucije .....                                     | 16 |
| 1. 2. 3. Finansiranje osiguranika zdravstvene zaštite .....             | 16 |
| 1. 3. Karakteristike menadžmenta zdravstvenog osiguranja u Srbiji ..... | 19 |
| 2. Oblici organizovanja zdravstvenog osiguranja .....                   | 25 |
| 2. 1. Klasifikacije .....                                               | 25 |
| 2. 1. 1. Modeli Svetske zdravstvene organizacije .....                  | 25 |
| 2. 1. 2. Evropski i američki model .....                                | 27 |
| 2. 2. Zdravstveno osiguranje u Srbiji .....                             | 31 |

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2. 2. 1. Obavezno zdravstveno osiguranje .....                                                | 32 |
| 2. 2. 2. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje .....                                             | 35 |
| 2. 3. Problemi finansiranja .....                                                             | 36 |
| 2. 3. 1. Ciljevi finansijskog menadžmenta .....                                               | 38 |
| 2. 3. 2. Važnost uvođenja kartice zdravstvenog osiguranja (KZO) .....                         | 42 |
| 3. Finansijsko izveštavanje i poslovno odlučivanje zdravstvene zaštite i osiguranja .....     | 45 |
| 3. 1. Uloga finansijskih informacija i procesa donošenja odluka u zdravstv. organizacijama... | 45 |
| 3. 2. Uloga informacije u procesu donošenja odluka unutar zdravstv. organizacija.....         | 47 |
| 3. 3. Osnovni finansijski izveštaji zdravstvene organizacije.....                             | 51 |
| 3. 4. Komparativni pregled finansijskih izveštaja RFZO 2008-2013 .....                        | 52 |
| 4. Reformisanje sistema zdravstvenog osiguranja u Srbiji .....                                | 58 |
| 4. 1. Dosadašnji učinak .....                                                                 | 58 |
| 4. 2. Trend budućih aktivnosti.....                                                           | 62 |
| 4. 2. 1. Problemi protoka novca u zdravstvu u Srbiji .....                                    | 62 |
| Zaključak .....                                                                               | 67 |
| Literatura .....                                                                              | 73 |
| Indeks slika i tabela .....                                                                   | 79 |

## Uvod

*Every human being is the author of his own health or disease.*

- Buda

### **1. Problem istraživanja**

Bez obzira gde se neka zemlja nalazi i da li pripada određenoj grupaciji, savezu ili ne, u pogledu finansiranja zdravstvene zaštite, mora dominirati stav makar minimalne regulative.

To znači da u svakoj zemlji, nezavisno od njenog društvenog uređenja, političkog angažovanja i ekonomskog delovanja, politika finansiranja zdravstvene zaštite mora biti definisana u svim vladinim dokumentima i valjano donešenim deklaracijama i/ili rezolucijama. Time se ne želi podvući crta ispod limitiranih finansijskih sredstava potrebnih zdravstvenoj zaštiti već se nudi konkretan odgovor na pitanje - ko i na koji način plaća ili raspoređuje sredstva između raznih socio-ekonomskih grupa, odnosno korisnika-nekorisnika zdravstvene zaštite.

Dosledna zdravstvena politika, odnosno politika realnog alociranja zdravstvenih resursa mora da odražava sistematsko određivanje prioriteta koji se odnose ne samo na zdravstveni već i na druge njemu komplementarne sektore. Finansijska politika u zdravstvenom sektoru je snažna poluga na koju se oslanjaju pojedinci, grupe, odnosno celo društvo koje se stara za one kojima se sreća u okviru sopstvene zajednice nije dovoljno osmehnula. Zdravlje ljudi, dobro ili loše, nije posledica individualnog izbora, ali je zato vrhunska vrednost ili neželjeno stanje, koje u najvećoj meri zavisi od uticaja političkih, društvenih i ekonomskih faktora, odnosno globalnih uslova u kojima ga ljudi poseduju.

Pristup kvalitetnim zdravstvenim uslugama, na koje se može i mora računati, determiniše, prvo, pravo na obuhvatnu zdravstvenu zaštitu, i drugo, obavezu čuvanja i unapređivanja zdravlja, čime se dodatno jača njegova socijalno-ekonomska dimenzija. Shodno tome, u završnom izveštaju Svetske zdravstvene organizacije (SZO)<sup>1</sup> o determinantama zdravlja stoji da je loše zdravlje,

---

<sup>1</sup> SZO, Komisija za socijalne determinante zdravlja 2008.

posebno siromašnih kategorija među građanima zemalja članica Evropske unije, posledica nejednake ekonomske distribucije moći, naglašene socijalne i zdravstvene nejednakosti, neuravnoteženih prihoda i nedostatka kvalitetnih roba i usluga na nacionalnom i globalnom nivou. Osim toga, mnoge vidljive okolnosti i nepravichnosti neposredno uzrokuju nejednak pristup zdravstvenoj zaštiti, školskim i obrazovnim sadržajima, adekvatnoj radnoj sredini i uslovima za korišćenje slobodnog vremena. Ma kakvo mišljenje o zdravlju ljudi vladalo u Evropskoj uniji, izvesno je da građani u nekim zemljama-članicama nisu u prilici da na prosperitetan način organizuju svoj i život svojih porodica i da adekvatno štite i unapređuju globalno zdravlje. Mnogi od njih nisu imali, a mnogi nikada neće imati, izgledne šanse da žive u odgovarajućim okruženjima, pristojnim stambenim uslovima, u uređenim zajednicama ili čistim gradovima.

Sa druge strane, u ovom radu se posebno obraća pažnja na finansijski aspekt zdravstvenog sistema. Nauka o zdravstvenoj nezi, fizičko održavanje ustanova i interakcija ljudskih ponašanja unutar organizacija su složeni, kao i finansijske i računovodstvene potrebe unutar njih. Kompleksnost današnjeg okruženja je rezultiralo širenjem računovodstvenog i finansijskog menadžmenta na sve oblasti unutar zdravstvene organizacije. Računovodstveni i finansijski menadžment više nisu samo jednostavan delokrug finansijskog odeljenja. Uveliko postoji praksa da je svako odeljenje odgovorno za sopstveni finansijski menadžment na osnovu dnevnih odluka, pa tako pojedinačni delovi zajedno brinu za finansije čitave organizacije.

Kako bi bili uspešni, menadžeri i izvršioци zdravstvene nege, bez obzira kojoj sferi unutar zdravstvene organizacije pripadaju, moraju imati jasno razumevanje računovodstvenog i finansijskog menadžmenta.

#### *Teorijska i empirijska zasnovanost*

Reforme u zdravstvu su postale svetski fenomen u poslednjih dvadeset godina prethodnog veka. Socioekonomske promene na globalnom nivou, uticaj medija, pristup informacijama, kao i opšta svest ljudi su samo neki od činilaca koji su imali i imaju značajnog udela u menjanju slike o ulozi zdravstva, odlučivanju, kao i načinu korišćenja zdravstvenih usluga. Usled niza faktora, a pre svega zbog sve učestalije potrebe za poboljšanjem kvaliteta usluga, ali i rezultata, zdravstvo i pružaoci zdravstvenih usluga postaju svesni neophodnosti uvođenja korenitih promena. Jedan od

ključnih sredstava za sprovođenje reformi svakako je menadžment, a sam menadžment, prema rečima Druckera “postaje nova socijalna funkcija širom sveta”<sup>2</sup>.

Šira definicija bi opisala menadžment kao “znanje praktično, stručno, univerzalno, naučno koje se primenjuje u procesu planiranja, organizovanja, vođenja i kontrole, s ciljem postizanja efektivnosti (“raditi prave stvari”) i efikasnosti (“stvari raditi na pravi način”) organizacije<sup>3</sup>.

Ministarstvo zdravlja Srbije je u svom reformskom dokumentu “Bolje zdravlje za sve u trećem milenijumu”, 3 februara 2003. godine definisalo strateške smernice kojima će se rukovoditi reforma zdravstvenog sistema u Srbiji. Predviđeno je da reforma obuhvati sve nivoe zdravstvene zaštite kao i zaposlene u zdravstvu.

Zdravstvo, kao jedna od najosetljivijih delatnosti ljudskog društva, uvek je imalo i socijalnu funkciju, pa značajne promene u takvoj oblasti imaju šire implikacije na društvo u celini. Dok u nekim drugim oblastima ljudskog delovanja tranzicioni period tokom sprovođenja reformi može proteći tiho, postepenim uvođenjem sistematskih promena, u zdravstvu je situacija daleko kompleksnija. Postoji više faktora koji utiču na to – pre svega složenost zdravstvenih sistema u gotovo svim društvima, manje ili više razvijenim, kao i posebno mesto zdravstva kao delatnosti.

I pored značajnih napora, mnoge zemlje, i razvijene i manje razvijene još uvek ne mogu da nađu odgovarajuća rešenja za probleme kao što su:

- Najbolji način pružanja visokokvalitetnih usluga u zdravstvu.
- Odgovarajuće regulative vezane za isporučiocce zdravstvenih usluga.
- Optimalnu ravnotežu između učešća privatnog i javnog sektora u finansiranju i organizovanju zdravstvene službe.
- Uključenje konzumenata i građana uopšte u određivanju prioriteta u zdravstvenoj službi uz obezbeđenje da opšti interesi nisu ugroženi zarad individualnih.

Politika finansiranja zdravstvene zaštite podrazumeva niz funkcija, procedura i mera fokusiranih na pribavljanje sredstava potrebnih za obuhvatno zdravstveno osiguranje. Ono podrazumeva

---

<sup>2</sup> Drucker P,(2003) *Moj pogled na menadžment: Izbor iz dela o menadžmentu Pitara Drucker-a*, Adižes, Novi Sad,

<sup>3</sup> Mašić B(2001), *Strategijski menadžment*, Univerzitet Braća Karić, Beograd.

odgovarajući obim zdravstvene nege, ravnopravan pristup zdravstvenim uslugama, tehnologiju prikupljanja finansijskih sredstava, korektnu distribuciju i alokaciju i racionalnu upotrebu. Znameniti teoretičari (McKee, Mossialos, Belcher) nisu imali dilemu kada su ispred svih funkcija u okviru zdravstvene delatnosti stavili funkciju prikupljanja finansijskih sredstava i njihovo udruživanje. Znali su da, uz izvesne rizike, ova funkcija tendira ka neometanom obezbeđivanju adekvatnih uslova za pružanje zdravstvene zaštite stanovništvu koga smatraju univerzalnim i najsigurnijim resursom<sup>4</sup>.

Takođe, ovaj rad uzima u obzir značaj sledećih faktora uticaja na reformu zdravstvenog osiguranja i zaštite:

1. MMF- kao organa koji se zalaže za smanjenje troškova zdravstvenog osiguranja , odnosno da se usklade sa realnim mogućnostima budžeta Republike i Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje, kao i da se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja prilagode finansijskim mogućnostima društva, vodeći računa o ravnomernoj opterećenosti osiguranih lica i zaštiti najugroženijih građana.
2. Univerzalne deklaracije UN-a o ljudskim pravima koja garantuje pravo na život i pravo na zdravlje svih iz 1948<sup>5</sup>.
3. Deklaracije svetske zdravstvene organizacije
4. Preporuke svetskog samita Ujedinjenih nacija o prevazilaženju socijalnih razlika u zemljama velike ekonomske krize.
5. Strategije zdravstvene politike, utvrđene dokumentima SZO.

Politika finansiranja u zemljama-članicama Evropske unije doživljava se i kao najvitalniji deo zdravstvene politike zato što, isključivo u duhu zakonskih pravila i prava korisnika, usmerava potrebna sredstva za zadovoljavanje njihovih potreba iz domena zdravstvenog osiguranja.

---

<sup>4</sup> McKee M., Baeten R., ed., (2008), *Patient mobility in the European Union: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. str. 263-286.

<sup>5</sup> Dostupno na srpskom jeziku:

<http://www.unaserbia.rs/sr/files/u1/pdf/MOS/Univerzalna%20deklaracija%20UN%20o%20ljudskim%20pravima%20-%20jednostavnim%20jezikom.pdf>.

Značaj zdravstvenog osiguranja proizlazi iz značaja zdravlja za svakog pojedinca, poslodavca i društvo u celini. Svetska zdravstvena asocijacija definiše zdravlje kao „stanje kompletnog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja.”<sup>6</sup> Zdravstveno osiguranje je najznačajniji deo ekonomike zdravstva<sup>7</sup>, a time i značajan deo ukupne ekonomije jedne zemlje. Može biti deo socijalnog osiguranja ili vrsta osiguranja kao posebne delatnosti. Njegov značaj se može posmatrati sa više različitih aspekata:

- Socijalne politike kao deo socijalnog osiguranja
- Ekonomskog, kao ekonomska kategorija
- O sigurnosti kao delatnost u oblasti posebne vrste ( privatno zdravstveno osiguranje).

Empirijska zasnovanost predmeta istraživanja tiče se funkcionisanja zdravstvenog sistema u EU tj. najznačajnijih procesa unutar njih.

## **2. Predmet istraživanja**

Predmet analize na potonjim stranicama ovog rada su osnovne karakteristike i značaj zdravstvenog osiguranja u Srbiji, kroz komparaciju sa drugim zemljama sveta, pogotovo EU. Zahvaljujući analizi empirijskih podataka, kao i teorijskim proučavanjem zdravstvenog sistema 21. veka, dolazi se do informacije koje se mogu posmatrati u širem kontekstu socio-ekonomskih, finansijskih, kulturnih i drugih društvenih problema u Srbiji.

Predmet istraživanja je takav da zahteva kompleksnost, tj. teorijsko-empirijski pristup u istraživanju. Upravo zbog toga, teorijskoj operacionalizaciji uslediće radna operacionalizacija, čime će niz teorija biti konkretizovan, a na taj način biti postignuto i epistemološko jedinstvo teorije i prakse.

---

<sup>6</sup> Izvor: <http://www.who.int/topics/en/>.

<sup>7</sup> Ekonomski problemi u vezi sa zdravljem stanovništva su znatno širi od problema koji se mogu identifikovati posmatrajući samo zdravstvo kao sektor. Disciplina koja se bavi zdravstvom kao sektorom (ekonomika zdravstva). ima uži predmet proučavanja (finansiranje primarne zdravstvene zaštite, finansiranje bolnica, plaćanje lekara i drugog medicinskog i nemedicinskog osoblja u zdravstvu, obezbeđenje lekova i sl).Šolak, Z. (2002) “Ekonomika zdravstvene zaštite-razvoj i otvoreni problemi”, Privredna izgradnja, Vol. XLV, br.1-2. str. 69.

### **3. Ciljevi istraživanja**

Cilj ovog istraživanja je dvojak i on je naučni i društveni. Naučni cilj je naučni opis sa elementima klasifikacije svih ili skoro svih elemenata reforme sistema zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite. Društveni cilj istraživanja bio bi da rezultati istraživanja pomognu subjektima osiguranja i zdravstvenoj zaštiti u sprovođenju reforme.

### **4. Metode istraživanja**

Metod istraživanja dobrim delom determinisan je predmetom istraživanja. Tako će biti primenjene neke kvalitativne i kvantitativne metode, odnosno: osnovne, opštenaučne i metode i tehnike prikupljanja podataka. Od osnovnih metoda najzastupljenije će biti analitičke (analiza, apstrakcija, specijalizacija, dedukcija) i sintetičke metode (sinteza, konkretizacija, generalizacija i indukcija). Opštenaučne metode koje će biti korišćene su: hipotetičko-deduktivna, statistička i komparativna (uporedna) metoda. Najzad, ispitivanje i analiza sadržaja različitih dokumenata biće osnovne metode i tehnike prikupljanja podataka.

### **5. Hipoteze istraživanja**

Navedene hipoteze treba da formuliše sve potencijalne ciljeve i zadatke ovog rada, istovremeno ukazujući na njihove međusobne veze i karakter da bi se zadovoljili osnovni metodološki zahtevi – objektivnost, pouzdanost, opštost i sistematičnost. Generalna hipoteza bi svakako bila sledeća:

*Kreiranje i rezultati reforme zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite su srazmerno proporcionalni socio-ekonomskim, kulturnim i društvenim problemima Srbije. Finansijsko izveštavanje u zdravstvenoj nezi Srbije značajno utiče na tok i razvoj reforme zdravstvenog sistema i zdravstvenog osiguranja.*

Posebne hipoteze dalje objašnjavaju:

1. Finansijsko izveštavanje i poslovno odlučivanje unutar zdravstvenog sistema doprinosi kreiranju reforme, ali i njenom efektivnijem sprovođenju.
2. Problemi zdravstvenih osiguranja širom sveta dodatno pogađaju zemlje u razvoju poput Srbije, prvenstveno zbog velike količine birokratije, neregulisanosti pravne regulative i nedovoljnog broja informacija, ali i kredibiliteta postojećih.

3. Unapređenje analize finansijskih izveštaja, i finansijskog menadžmenta doprinosi reformi zdravstvenog sistema.

## **6. Struktura rada**

Ovaj rad se sastoji iz četiri osnovna poglavlja, sa dodatkom uvodnih i zaključnih razmatranja, literaturom i indeksom slika i tabela. U uvodnom delu se razmatraju osnovni metodološki postupci rada, uz definisanje predmeta i problema istraživanja, ciljeve i hipotetički deo. U prvom poglavlju se analizira pojam zdravstvene zaštite u EU i kod nas, pogotovo kada se radi o finansiranju i međemntu zdravstvenog osiguranja u Srbiji. U drugom poglavlju se analiziraju oblici organizovanja zdravstvenog osiguranja, kako po američkim, tako i po evropskim modelima, sa posebnim osvrtom na zdravstveno osiguranje u Srbiji. Nakon razmatranja problema finansiranja i potrebe uvođenja kartice zdravstvenog osiguranja, treće poglavlje se bavi finansijskim izveštavanjem i poslovnim odlučivanjem, gde se stavlja poseban akcenat na finansijske izveštaje RFZO 2008-2013. U poslednjem poglavlju se analizira reforma zdravstvenog osiguranja u Srbiji, budući trendovi i problemi protoka novca u zdravstvu u Srbiji. U zaključku se sumiraju prethodna poglavlja i potvrđuju zadate hipoteze.

## **1. Položaj zdravstvene zaštite u zemljama EU i kod nas**

### **1.1. EU**

Funkcija finansiranja zdravstvene zaštite u zemljama-članicama Evropske unije, kao nijedna druga poznata funkcija, determiniše ukupni zdravstveni kvalitet njihovih građana. U prvom redu, značajnije utiče na stvaranje predviđenih pogodnosti za pravovremenu dostupnost zdravstvenim uslugama i na obezbeđivanje jednakih tretmana za osiguranike u svim vrstama zdravstvenih procedura. Finansiranje zdravstvene zaštite podrazumeva održivo i permanentno obezbeđivanje potrebnih sredstava iz raspoloživih resursa na svim nivoima, bez obzira na njihovu izloženost raznovrsnim uticajima političkih, ekonomskih, društvenih i tehničkih faktora.

Obezbeđivanje i održivost pomenutih resursa uvek je prvi cilj; međutim, promoteri zdravstvene ekonomije u svakoj zemlji-članici Evropske unije potpuno su svesni da su samo kontinuirani i održivi finansijski resursi garancija za neometano finansiranje zdravstvenih programa i ciljeva. Budući da zdravstvena politika inače liči na lanac, njegove vezivne karike, u pravom smislu te

reči, predstavljaju određene događaje. Svaki od njih je praktično vezan za izbor, utvrđivanje, jasnu formulaciju i metode realizacije zdravstvenih ciljeva i programa ili za propisivanje i preduzimanje konkretnih mera za njihovo konačno efektuiranje.

S tim u vezi, a u smislu ozbiljnog shvatanja značaja ovog pitanja, Svetska zdravstvena organizacija (SZO)<sup>8</sup> je još davne 1984. godine promovisala koncept Program-budžetiranje (Programme-Budgeting), koji se sprovodi u programiranju prema ciljevima zdravstvenog razvoja, a u budžetiranju prema usvojenim prioritetnim programima zdravstvenog razvoja. Zanimljivo je da su ovaj program prihvatile, osim zemalja-članica Evropske unije, i druge zemlje u svetu i u Evropi<sup>9</sup>.

Neraspoloženje pojedinih grupa da kolektivno plaćaju subvencionisanje troškova zdravstvene zaštite za druge, iz dana u dan, posebno u siromašnijim zemljama-članicama Evropske unije, povećava otpor prema redovnim uplatama poreza i/ili doprinosa.

Tamo gde centralne vlasti za dodelu subvencija lokalnim samoupravama ili lokalnim zdravstvenim vlastima kao mehanizam koriste lokalne poreze i doprinose (Danska, Finska, Italija, Španija i Švedska), postoji velika odgovornost s obzirom na obavezu koja predstoji u prikupljanju sredstava kojima se finansiraju zdravstveni kapaciteti. Dodela subvencija je proces koji u najvećoj meri predstavlja predmet političkih debata posle kojih sledi donošenje odluka o dodeli sredstava siromašnijim regionima za obezbeđivanje jednakog pristupa zdravstvenoj zaštiti. Što se doprinosa za socijalno osiguranje tiče, njih prikupljaju institucije centralne vlasti (Belgija, Bugarska, Estonija, Francuska, Litvanija, Holandija, Poljska i Rumunija) i tako prikupljeni predstavljaju sopstvena sredstva koja se usmeravaju u zdravstvene fondove i drže radi finansiranja socijalne sigurnosti<sup>10</sup>. U pojedinim zemljama-članicama Evropske unije (Austrija, Češka, Nemačka, Grčka, Slovačka) obezbeđeni su mehanizmi pomoću kojih se pokušavaju izbeći

---

<sup>8</sup> World Health Organization Statistical Information System: Core Health Indicators.

<sup>9</sup> Vukmanović L. Č., (1994), *Menadžment u zdravstvu, politika i strategija zdravstvenog razvoja*, Menadžment zdravstvenih programa i zdravstvenog sistema, Evropski centar za mir i razvoj-ECPD, Univerzitet za mir Ujedinjenih nacija, Savremena administracija, Beograd, str. 37.

<sup>10</sup> Mossialos E., (1997), Citizens Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union, *Health Economics* 6(2), str. 109-116.

problemi kod prikupljanja sredstava zbog nastajanja različitih oblika rizika. Pomenuti mehanizmi podupiru sposobnost sprovođenja naplate poreza i doprinosa za socijalno osiguranje i značajno utiču na pronalaženje mogućnosti za generisanje sigurnih i dovoljnih sredstava kojima se pokrivaju zdravstveni troškovi. Na primer, Estonija ovaj problem rešava tako što odgovornost za naplatu prebacuje sa Fonda za zdravstveno osiguranje Estonije (Health Insurance Fund of Estonia–EHIF) na centralnu vladinu agenciju za naplatu poreza. Od 2009. godine u Nemačkoj su doprinosi centralno postavljeni i objedinjeni u novi nacionalni Fond za zdravstveno osiguranje, tako da je on već tokom 2011. godine postao odgovoran za blagovremenu naplatu doprinosa.

Međutim, i pored primene ovih i sličnih mehanizama, mnogo je primera gde se finansijska politika posebno u poslednjih nekoliko decenija, u novijim zemljama-članicama Evropske unije, prosto davi u navedenim problemima. Uvek kada se povede debata o finansiranju zdravstvene zaštite u zemljama-članicama Evropske unije (i van nje), neizostavno se operiše sa terminom prioritet, te je poželjno objasniti njegovu suštinu, kao i razloge zbog kojih se tako često potencira.

Mnogi teoretičari su skloni, kada je reč o finansiranju zdravstvene delatnosti, da kao razlog zbog koga se prioritet kao termin, ali i kao akcija, često pominje navedu siromaštvo sa kojim se ljudi suočavaju više u perifernim nego u razvijenim zemljama-članicama Evropske unije. Rešavanje problema siromaštva svojstvenog perifernim zemljama-članicama Evropske unije, posebno onih iz grupe PIIGS (Portugalija, Italija, Irska, Grčka, Španija), zahteva pre određenu moralnu hitnost i/ili ozbiljnost nego donošenje odluka o prioritetu<sup>11</sup>. Budući da postoji dužnost pružanja adekvatne zdravstvene zaštite, donošenje odluke u skladu sa tim predstavlja podršku njenim korisnicima i prevagu hitnosti nad prioritetom. Prema tome, hitnost je i kao termin i kao praktična činjenica u supremaciji u odnosu na prioritet.

Radi toga, kako ističe Douver (2004), radije treba reći hitnost nego prioritet, jer ideja prioriteta sugerise da se mora uspostavljati određeni poredak u stepenima neželjenih stanja, pri čemu se pristupa lančanom ublažavanju prvo jedne, zatim druge i tako redom do konačne situacije<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Totić, E. (2012) „Neka pitanja u vezi sa finansiranjem zdravstvene zaštite u zemljama-članicama Evropske unije“, Medicinski glasnik Specijalna bolnica za bolesti štitaste žlezde i bolesti metabolizma Zlatibor, vol 17. br. 43, str. 54-83.

<sup>12</sup> Douver N., (2004), Svetsko siromaštvo. (U: Piter Singer, Uvod u etiku, izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića, Sremski Karlovci–Novi Sad, str. 393-407.

Međutim, to nije uvek najsigurniji način kojim se određuje ili treba da se odredi koncepcija zdravstvene brige za saniranjem neželjenih stanja. Treba imati na umu da se tome suprotstavljaju razne otežavajuće okolnosti. Na primer, jedna od tih okolnosti vezana je za troškove delotvornosti, odnosno za troškove hitnog pružanja pravovremene zaštite ljudskom zdravlju u svim segmentima, a naročito u finansijskom. Ali ni to nije jedini razlog zbog koga je, u odnosu na finansijsku funkciju, zahvalnije govoriti o hitnostima nego o prioritetima.

Politika finansiranja zdravstvene zaštite u većini zemalja-članica Evropske unije zavisi od hitnosti i veštine nalaženja pravih rešenja koja obezbeđuju sigurne resurse, stručne davaoce usluga, jednak i neometan pristup zdravstvenoj zaštiti svim korisnicima i, na kraju, administrativnu efikasnost. U većini zemalja-članica, javno prikupljena sredstva namenjena za finansiranje zdravstvene zaštite objedinjena su na nacionalnom nivou. Znači da postoji jedan zdravstveni fond odgovoran za prikupljanje, čuvanje i distribuciju sredstava od doprinosa za zdravstveno osiguranje. Fond je u obavezi da prilikom distribucije pribavljenih sredstava izvrši nadoknade siromašnijim regionima i da nadoknadi sredstva siromašnijim građanima i/ili onima sa većim rizikom od obolevanja. Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije (SZO)<sup>13</sup> u Nemačkoj je u toku 2004. godine 77% zdravstvene zaštite finansirala nemačka vlada a 23% je finansirano uplatom premija za privatno zdravstveno osiguranje. Ukupna zdravstvena potrošnja iznosila je 10,8% od vrednosti nemačkog bruto domaćeg proizvoda (BDP).

Sistem javne (državna) zdravstvene zaštite u Irskoj<sup>14</sup> regulisao je pitanje zdravlja njenih građana 2004. godine, kada je uspostavljeno novo telo (Health Service Executive– HSE) odgovorno za pružanje zdravstvene zaštite i socijalnih usluga svima koji žive u Irskoj. Irska je tokom 2005. godine za zaštitu svojih građana utrošila 8,2%bruto društvenog proizvoda (BDP) ili 3.996 \$ USA po glavi stanovnika. Od toga je oko 79% zdravstvenih rashoda pokrila irska vlada<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> “World Health Organization - Italy” . WHO, 2010.

<sup>14</sup> “Health Act 2004” . Irish Statute Book. Office of the Attorney General.

<sup>15</sup> Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E., Glinos I. A., (2008), “Assuring the Quality of Health Care in the European union, A case for action”, Observatory Studies Series No 12, Sixth Framework programme, World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, str. 152.

Zdravstvena zaštita u Holandiji finansira se dualnim sistemom koji je stupio na snagu u januaru 2006. godine. Holandski zdravstveni sistem, upoređen sa zdravstvenim sistemima Sjedinjenih Američkih Država, Australije, Kanade, Velike Britanije, Nemačke i Novog Zelanda ubedljivo zauzima prvo mesto. Tome je doprinelo usvajanje Opšteg zakona o izuzetnim zdravstvenim troškovima (General Law on Exceptional Healthcare Costs–GLEHC). Za sve redovne (kratkoročno) medicinske tretmane, postoji sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja preko privatnih kompanija za zdravstveno osiguranje. Osiguravajuće kompanije su obavezne da obezbede paket definisanih tretmana za osiguranike<sup>16</sup>. U 2009. godini ovo osiguranje pokrivalo je 27% svih troškova zdravstvene zaštite. Drugi izvori plaćanja zdravstvene zaštite su porezi 14%, plaćanja iz džepa građana (OOP–out of pocket) 9%, dodatni opcioni paketi za zdravstveno osiguranje 4% i drugi izvori 4%. Pristupačnost zdravstvenim uslugama u oba slučaja je apsolutno zagarantovana.

Francuski zdravstveni sistem je univerzalni sistem u kome u velikoj meri zdravstvenu zaštitu finansira nacionalna vlada. U svojoj proceni svetskih zdravstvenih sistema iz 2000. godine, Svetska zdravstvena organizacija (SZO) tvrdi da Francuska pruža „najbolju ukupnu zdravstvenu zaštitu” na svetu<sup>17</sup>. U toku 2005. godine, Francuska je potrošila na zdravstvenu zaštitu 11,2% svog bruto društvenog proizvoda (BDP) ili 3.926 \$ USA po glavi stanovnika. Izdaci su mnogo veći od proseka na nivou zemalja-članica Evropske unije, ali su znatno manji od onih u Sjedinjenim Američkim Državama. Oko 77% zdravstvenih troškova pokriveni su od strane vladinih agencija koje finansiraju zdravstvenu potrošnju. Troškovi zdravstvene zaštite u Španiji u 2006. godini iznosili su 8,4% bruto društvenog proizvoda (BDP). Oni su po glavi stanovnika za 2006. godinu iznosili 2,458 \$ USA, što je manje od proseka na nivou OECD, koji je 2.824 \$ USA<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Van de Gronden J. W., (2009) “Financing Health Care in EU Law: Do the European State Aid Rules Write Out an Effective Prescription for Integrating Competition Law with Health Care?” The competition law review Volume 6, Issue 1, str. 5-29.

<sup>17</sup> World Health Organization Assesses the World’ s Health Systems.

<sup>18</sup> ” OECD Health Data 2008: How Does Spain Compare” . OECD, 2008.

## **1. 2. Zdravstvena zaštita u Srbiji**

### **1. 2. 1. Socijalno osiguranje u Srbiji**

Socijalno osiguranje u Srbiji obuhvata, penzijsko i invalidsko osiguranje, osiguranje za slučaj nezaposlenosti i zdravstveno osiguranje. Zakon o socijalnim doprinosima reguliše sledeća pitanja: vrste doprinosa, obveznici, osnovice za doprinose, visina stope, način obračunavanja i plaćanja doprinosa i kontrole.

Vrste socijalnih doprinosa su :

#### **1. Doprinosi za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje:**

- Doprinos za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje
- Dodatni doprinosi za staž osiguranja koji se računaju sa uvećanim trajanjem u skladu sa zakonom
- Doprinos za slučaj invalidnosti i telesnog oštećenja po osnovu povrede na radu i profesionalne bolesti u slučajevima utvrđenim zakonom

#### **2. Doprinosi za osiguranje za slučaj nezaposlenosti:**

- doprinosi za osiguranje za slučaj nezaposlenosti

#### **3. Doprinosi za zdravstveno osiguranje:**

- Doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje
- Doprinosi za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti i slučajeve utvrđenim zakonom.

Obaveznici doprinosa su osiguranici i poslodavci. Poslodavci su obavezni da pri svakoj isplati zarada obračunaju i uplate doprinose i za osiguranika i za poslodavca.

Doprinos koji obračunava i plaća poslodavac u ime i u korist osiguranika je doprinos iz osnovice, jer je sadržan u osnovici doprinosa tj.uključen je u bruto primanje osiguranika. Doprinos koji obračunava i plaća poslodavac u svoje ime, a u korist osiguranika je doprinos na osnovicu, jer on nije uključen u bruto primanje osiguranika. Osnovice doprinosa su zarade zaposlenih.

### 1. 2. 2. Nadležne institucije

Zdravstveni sistem u Republici Srbiji organizuju i njime upravljaju tri najznačajnije institucije<sup>19</sup>:

- Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Određuje zdravstvenu politiku, donosi standarde za rad zdravstvene službe, određuje mehanizme kontrole kvaliteta, kontroliše kvalitet.

Ministarstvo zdravlja je takođe zaduženo za sistem zdravstvene zaštite, zdravstveno osiguranje, očuvanje i unapređenje zdravlja građana, zdravstvenu inspekciju, nadzor nad radom zdravstvene službe i druge poslove iz oblasti zdravstvene zaštite.

- Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović - Batut” je nadležan za: prikupljanje podataka o zdravstvenom stanju građana i radu zdravstvenih ustanova, analizu prikupljenih pokazatelja javnog zdravlja, predloge mera za poboljšanje javnog zdravlja, predlog godišnjeg plana rada zdravstvenih ustanova, razvoj i koordinaciju zdravstvenih informacionih sistema

Institut „Batut” je zdravstvena ustanova koja obavlja poslove iz oblasti socijalne medicine, higijene, epidemiologije i mikrobiologije. Takođe, to je i stručno-metodološka i obrazovna institucija koja koordinira i prati stručni rad ZJZ i drugih ustanova.

- Republički zavod za zdravstveno osiguranje koji: finansira funkcionisanje zdravstvene zaštite na svim nivoima, ugovara pružanje usluga sa zdravstvenim ustanovama u javnom i privatnom sektoru, kontroliše sprovođenje obaveza preuzetih prilikom ugovaranja, definiše osnovni paket zdravstvenih usluga.

Republički zavod je nacionalna organizacija kroz koju građani ostvaruju svoje pravo iz zdravstvenog osiguranja i finansiraju svoju zdravstvenu zaštitu.

### 1. 2. 3. Finansiranje osiguranika zdravstvene zaštite

Svi građani koji ostvaruju prihode (zarade, penzije, nadoknade) imaju zakonsku obavezu plaćanja doprinosa za zdravstveno osiguranje.

---

<sup>19</sup> Izvor: Vodič kroz sistem zdravstvene zaštite, [http://www.cipcentar.org/preuzimanje/biblioteka/Obuka\\_PA/VODIC%20KROZ%20SISTEM%20ZDRAVSTVENE%20ZASTITE.pdf](http://www.cipcentar.org/preuzimanje/biblioteka/Obuka_PA/VODIC%20KROZ%20SISTEM%20ZDRAVSTVENE%20ZASTITE.pdf).

U Srbiji tri miliona građana plaća doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje po osnovu toga što su:

- zaposleni;
- osnivači privrednih društava;
- samostalni preduzetnici;
- poljoprivrednici;
- penzioneri.

Na osnovu redovne uplate doprinosa oni ostvaruju pravo na zdravstveno osiguranje, odnosno overenu zdravstvenu knjižicu za sebe i članove svoje porodice. Dovoljno je da jedan član porodice plaća doprinos za zdravstveno osiguranje kako bi svi članovi uže porodice, ukoliko ne pripadaju nekoj od gore navedenih kategorija, imali pravo na zdravstveno osiguranje.

Na ovaj način zdravstveno mogu da se osiguraju članovi uže porodice, i to:

- supružnik;
- vanbračni partner (ako žive u zajednici najmanje dve godine)
- deca rođena u braku;
- deca rođena vanbračno;
- pastorčad;
- usvojena deca;
- deca uzeta na izdržavanje.

Po istom osnovu mogu da se osiguraju i članovi šire porodice, ukoliko ih uplatilac zdravstvenog osiguranja izdržava:

- roditelji – baba
- maćeha – deda
- očuh – sestre

- usvojitelj - braća

Svim građanima koji ne ostvaruju prihode i nisu članovi porodice nekoga ko ih ostvaruje, a samim tim i ne plaćaju doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje, zakonom je garantovano pravo na zdravstveno osiguranje odnosno overenu zdravstvenu knjižicu. U Srbiji je na ovaj način osigurano preko 1.200.000 građana i za njih doprinos za zdravstveno osiguranje plaća budžet Republike Srbije.

Na taj način zaštićeni su između ostalog:

- 1) deca do navršениh 15 godina života, školska deca i studenti do kraja propisanog školovanja, a najkasnije do navršениh 26 godina;
- 2) žene u toku trudnoće, porođaja i materinstva do 12 meseci nakon porođaja;
- 3) lica starija od 65 godina života;
- 4) osobe sa invaliditetom i mentalno nedovoljno razvijena lica;
- 5) lica koja se leče od HIV infekcije ili drugih zaraznih bolesti, malignih bolesti, hemofilije, itd.
- 6) materijalno neobezbeđena lica koja primaju materijalno obezbeđenje po propisima o socijalnoj zaštiti, odnosno po propisima o zaštiti boraca, vojnih invalida i civilnih invalida rata;
- 7) korisnici stalnih novčanih pomoći, kao i pomoći za smeštaj u ustanove socijalne zaštite ili u druge porodice, po propisima o socijalnoj zaštiti; itd.
- 8) nezaposlena lica i druge kategorije socijalno ugroženih lica čiji su mesečni prihodi ispod minimalnih.
- 9) izbegla, raseljena i prognana lica.

Građani koji ne spadaju ni u jednu od četiri navedene kategorije imaju pravo da se uključe u obavezno zdravstveno osiguranje kroz samostalnu uplatu doprinosa za zdravstveno osiguranje.

### ***1. 3. Karakteristike menadžmenta zdravstvenog osiguranja u Srbiji***

Menadžment fondovima obaveznog zdravstvenog osiguranja zahteva i specifične profesionalne veštine i može biti veoma skup ukoliko se ne generišu dodatni resursi. Za razliku od drugih evropskih zemalja (prevashodno centralno-istočne Evrope), za koje uvođenje zdravstvenog osiguranja kao modela finansiranja predstavlja skup reformski zahvat, za Republiku Srbiju (kao i ostale republike bivše Jugoslavije), ovo je najprihvatljivija alternativa s obzirom da postoje strukturalne pretpostavke za razvoj održivog sistema u sadašnjoj instituciji zdravstvenog osiguranja.

Sadašnje dominantne karakteristike menadžmenta institucijom zdravstvenog osiguranja u Srbiji uslovljene su izrazitom centralizacijom strukture moći i ovlašćenja i snažnom zavisnošću u donošenju odluka od nadređenih autoriteta koji su često izvan sektora zdravstvene zaštite. Ovakva “kvazi-autonomija” zdravstvenog osiguranja i njegova jaka politička zavisnost onemogućavaju inicijativu i preduzetništvo, a efikasnost menadžmenta dodatno ometaju krute i često nejasne zakonske odredbe.

Potencijalni osiguranici nemaju mogućnost izbora između fondova osiguranja, jer je obavezno zdravstveno osiguranje organizovano putem jedne institucije sa deklarativno nezavisnim pravnim statusom, na republičkom nivou (Fond), sa organizacionim jedinicama (filijalama) smeštenim u sedištu okruga kao postojećih administrativnih jedinica.

U sadašnjoj strukturi menadžmenta, dobra je strana što ipak ne postoji glomazni administrativni aparat, budući da je ukupan broj zaposlenih u Fondu, uključujući sve filijale 2443 zaposlenih (u Hrvatskoj npr. 2440 zaposlenih), a broj osiguranika kod nas iznosi 6.852.820. Mada je, naizgled, broj zaposlenih veliki, ipak u relativnim odnosima, daleko je manji od sistema koji imaju dužu tradiciju zdravstvenog osiguranja sa fondovima koji pojedinačno imaju manji broj osiguranika. Po jednom zaposlenom u Fondu za zdravstveno osiguranje je 2.797 registrovanih osiguranika, što je u komparaciji sa Nemačkom daleko više, u njenim fondovima broj registrovanih osiguranika po jednom zaposlenom u zdravstvenom osiguranju, kreće se od 220 do 690 (Normand, Social Health Insurance. A Guidebook for Planning. Geneva: WHO, ILO 2009.). Premda ne postoje istraživanja koja pokazuju kakva je motivisanost zaposlenog kadra, kao ni uvežbanost za rad na specifičnim poslovima zdravstvenog osiguranja, indirektnim metodama, kao što je na primer analiza finansijskog poslovanja, može se zapaziti da je broj zaposlenih ipak nedovoljan za

postizanje efikasnog i kvalitetnog poslovanja za tako veliki broj lica kojima se pružaju usluge zdravstvenog osiguranja.

Prema istraživanju sprovedenom za EU pre skoro 10 godina, grupa eksperata EU sa ekspertima Medicinskog fakulteta u Beogradu su utvrdili preporuke za promenu menadžmenta zdravstvenim osiguranjem u Srbiji koje se odnose na:

- 1) uspostavljanje političke nezavisnosti zdravstvenog osiguranja,
- 2) decentralizaciju strukture ovlašćenja i odgovornosti,
- 3) razvoj informacionog sistema zdravstvenog osiguranja,
- 4) edukaciju menadžera i osoblja zdravstvenog osiguranja, i
- 5) primenu menadžmenta projektom.

Za efikasan menadžment zdravstvenim osiguranjem neophodno je obezbeđivanje odgovarajućeg stepena autonomije u odnosu na vladajuće državne strukture, kako administrativne, tako i političke. Preduzetništvo, inicijativa i primena regulisanih marketinških mehanizama za efikasno dostizanje postavljenih ciljeva zdravstvenog osiguranja imaju svoje mesto, bez obzira da li je izabran model sa jednim ili više različitih fondova osiguranja i mogu se efikasno primenjivati jedino uz instituciju zdravstvenog osiguranja koja poseduje nezavisnost. U uslovima izrazito malih finansijskih resursa koji su na raspolaganju zdravstvenoj zaštiti, neophodna je primena marketinških tehnika za širenje izvora finansiranja, pridobijanje donatora i humanitarne pomoći. Takođe su tehnike nezavisnog menadžmenta zdravstvenim osiguranjem neophodne i za motivisanje davalaca usluga da rade kvalitetnije i uz prihvatanje finansijske odgovornosti, a i za motivisanje osiguranika (naročito poslodavaca) da redovno uplaćuju zakonom propisane doprinose. Primena menadžerskih tehnika obezbeđuje i podstičaje za stvaranje ugovornih odnosa sa privatnim sektorom i u uslovima kada funkcioniše dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Pri ustanovljenoj političkoj nezavisnosti, Ministarstvo zdravlja treba da ima regulatornu ulogu u menadžmentu osiguranjem, bez obzira na postojanje određenog stepena autonomije institucije osiguranja, budući da je funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite značajno za celokupno stanovništvo zemlje. Regulatorna funkcija ministarstva ogleda se , pored ustanovljavanja globalne zdravstvene politike, prioriteta i kreiranja političkog okvira za aktivnosti zdravstvenog

osiguranja i zdravstvenih ustanova, i u praćenju funkcionisanja fonda zdravstvenog osiguranja, zdravstvene službe i kvaliteta njihovog rada, pružanju sredstava za edukaciju osoblja ustanove zdravstvenog osiguranja i obezbeđivanju da se ukupni troškovi za zdravstvenu zaštitu drže pod kontrolom.

Decentralizacija podrazumeva delegiranje procesa donošenja odluka na niže nivoe u organizacionoj hijerarhiji. Ova klasična formalna definicija decentralizacije, prema brojnim autorima, odnosi se na tri najčešće korišćena modela decentralizacije: dekoncentraciju, delegaciju i devoluciju, a u novije vreme na uključivanje četvrtog modela koji se odnosi na transfer funkcija od vlade ka nevladinim organizacijama. Dekoncentracija je prenošenje administrativnih funkcija odgovornosti sa viših na niže nivoe u okviru administrativnog aparata, pri čemu niži nivoi imaju prilično ograničenu moć u odlučivanju i alokaciji resursa. Delegacija je prenošenje menadžerskih funkcija na organizacije koje se indirektno kontrolišu od strane centralne vlade. Devolucija je prenošenje značajne moći odlučivanja na niže nivoe teritorijalne vlasti kao što su to lokalno izabrana administrativna tela.

Konstantno unapređenje informacionog sistema omogućava efikasnost drugih funkcija menadžmenta zdravstvenim osiguranjem, kao što su planiranje, računovodstvo, finansijski menadžment, spoljašnja i unutrašnja kontrola. Stoga poseban problem, naročito poslednjih godina, predstavlja nedostatak relevantnih, pouzdanih i blagovremenih informacija za efikasan menadžment, i praćenje funkcionisanja zdravstvenog osiguranja. Ovakvo stanje omogućava brojne špekulacije i suprotno je preporučenoj praksi razvijanja efikasnog sistema zdravstvenog osiguranja u čije poslovanje ima uvida opšta javnost, a naročito opredeljeni osiguranici.

Imperativ prvog ranga i tada, a nažalost i sada je uspostavljanje savremenog informacionog sistema u institucijama zdravstvene zaštite i u Fondu. Ugovoreni isertifikovani zdravstveni informacioni sistem plaćeni softveri implementiraće se brzo i primenom svih zakonskih mera, kao i prava Fonda.

Zdravstveno osiguranje bi moralo da se modernizuje konstatntnim unapređenjem informacionih sistema, kojima bi se blagovremeno pratilo korišćenje usluga u zdravstvu, promene u zdravstvenom stanju stanovništva i kontrolisali svi oblici finansijskih ulaza i izlaza. Jedan od ključnih faktora, za implementaciju reformskih zahvata u zdravstvenom osiguranju i finansijsku

održivost, je razvoj i primena jedinstvenog kompjuterizovanog informacionog sistema za podršku menadžmentu. Kompjuterska tehnologija i razvoj globalnih komunikacionih mreža, kao što je Internet, dovode i do drugih efekata koji će u bliskoj budućnosti morati da se reše i u našoj zemlji, a koji se odnose pre svega na dostupnost adekvatnih i blagovremenih informacija koje su značajne za osiguranike koji koriste usluge zdravstvenog osiguranja. Brojni fondovi osiguranja u drugim zemljama na svojim web prezentacije na Internetu, svoje potencijalne osiguranike informišu o svojim aktivnostima, uključujući proveru doprinosa, mogućnost izbora lekara/bolnice, mogućnost žalbi.

Neophodno je pored dve postojeće funkcionalnosti web prezentacije (provera izabranog lekara i provera overe knjižice), obogatiti sajt Fonda novim sadržajima koji pružaju širi spektar podataka i dostupne su korisnicima u većoj meri od dosadašnjih. Jedno istraživanje pokazuje da korisnici Interneta u dve trećine slučajeva žele, putem kompjuterske mreže, da učestuju u menadžmentu fondom osiguranja kome su prijavljeni. Kada se razmatra edukacija menadžera zdravstvenog osiguranja, mnoge zemlje prave grešku pokušavajući da razvijaju zdravstveno osiguranje bez menadžera koji poseduju neophodne, specifične veštine. Veštine potrebne u vođenju sistema zdravstvenog osiguranja razlikuju se od onih koje se koriste u menadžmentu zdravstvenim ustanovama ili drugim tipovima finansiranja zdravstvene zaštite. Rukovodioci zdravstvenog osiguranja treba da budu edukovani za efikasno prikupljanje doprinosa, proces identifikovanja prava na zdravstvenu zaštitu, obezbeđivanje dostupnosti službe za osigurana lica i praćenje kvaliteta zdravstvene zaštite. Edukovanje osoblja za menadžment zdravstvenim osiguranjem može trajati nekoliko godina.

Imajući u vidu izrazitu ekonomsku krizu u našoj zemlji koja za posledicu ima rapidno osiromašenje osnovnih izvora finansiranja zdravstvene zaštite, kao i tradicionalnu rigidnost pri uvođenju promena, u inicijalnom reformskom zahvatu je potrebna opreznost pri uvođenju decentralizacije, odnosno primena menadžmenta projektom za prelaz sa potpuno centralizovane na decentralizovanu strukturu menadžmenta. Menadžment projektom, kao relativno novi koncept u nauci i praksi menadžmenta, je poseban oblik stvaranja i održavanja sredine koja omogućuje brzo kretanje iz jedne u drugu fazu rada, u procesu dostizanja postavljenih ciljeva projekta kao skupa aktivnosti sa određenim sredstvima i vremenskim okvirom za kompletiranje. Jedna od preporuka Evropskog komiteta SZO iz 1999. godine je razvijanje reformskih zahvata putem

projekata, koji su najefikasniji oblik za međunarodnu saradnju i finansijsku pomoć zemljama koje sprovode reforme.

Osnovne karakteristike ovakvog tipa menadžmenta su: orijentacija na zadatke, vremenska orijentacija, primena konsultativno-participatornog stila u odlučivanju, fleksibilnost, izrazita odgovornost za troškove, dinamičan pristup u rešavanju problema i multidisciplinarni timski rad. Uz pomoć odgovarajućih metoda organizacije, planiranja i kontrole, usklađuju se svi potrebni resursi i koordinira obavljanje aktivnosti da bi se određeni projekat realizovao na najefikasniji način, odnosno u minimalnom vremenu i sa minimalnim troškovima. Osnovna stalna struktura ovakvog menadžmenta uključuje direktora (rukovodioca) projekta, projektne grupe, sekretara i saradnike u projektu (konsultantni, stručnjaci, administrativno osoblje). Osoba sa najvećim ovlašćenjem u projektu je direktor (rukovodilac) projekta, najčešće specijalista u struci, koji dobro poznaje organizaciju sistema i koji je sposoban da koordinira aktivnosti brojnih učesnika u projektu.

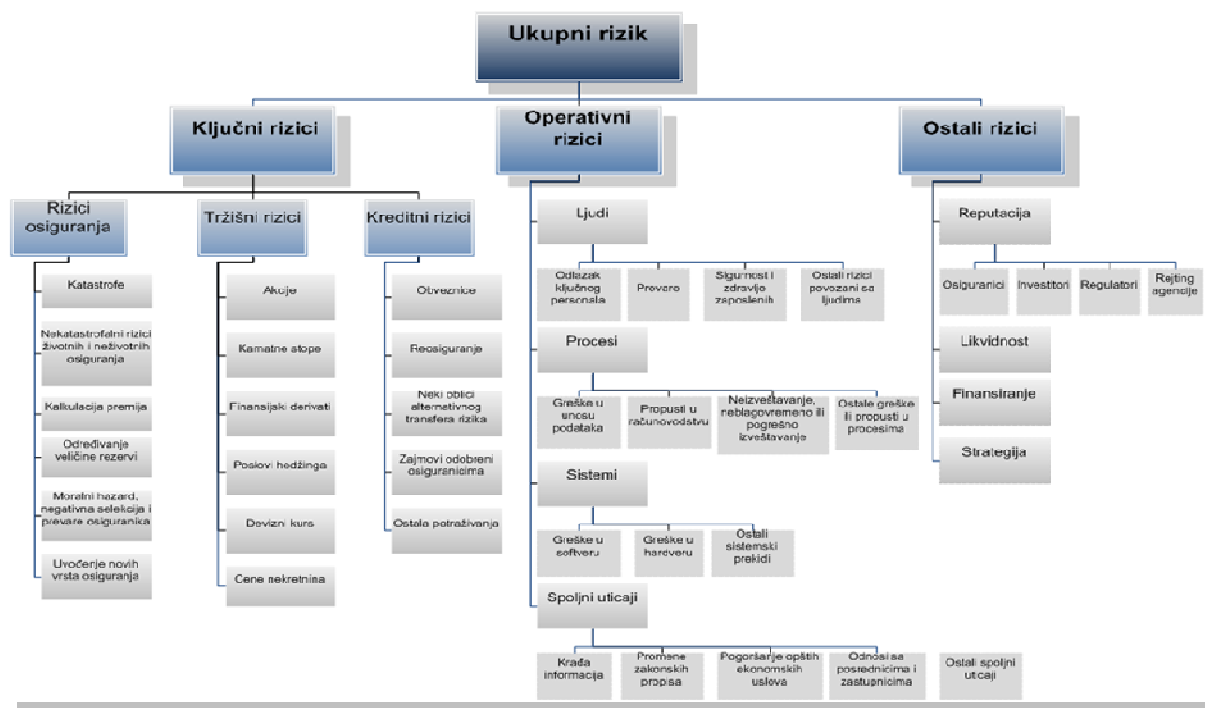
Treba imati u vidu da i pri ustanovljenim promenama koje se odnose na decentralizovanu strukturu menadžmenta zdravstvenim osiguranjem, određeni mali stepen centralizacije se zadržava kada se radi o koordinativnoj i regulatornoj funkciji u procesima zdravstvenog osiguranja, budući da je zbog oskudnih finansijskih sredstava, za sadašnju situaciju ipak adekvatnije prihvatanje modela zasnovanog na jednom, a ne na nekoliko fondova osiguranja.

Sposobnost i veština komuniciranja menadžera bi se mogla nazvati ključnom u njegovom odnosu sa zaposlenim čiji kvalitetan rad i motivacija su sredstvo i način ostvarenja cilja organizacije i kvalitetan i edukovan menadžer morao bi da razvija sledeće aktivnosti<sup>20</sup>: planiranje i podela posla, kontrola rada, pisanje izveštaja, prezentacija informacija, dobar javni nastup i odnosi sa javnošću, vođenje grupnih diskusija, vođenje pregovora, grupno rešavanje problema i donošenje odluka, uspostavljanje i razvoj saradnje sa drugim institucijama i dr. Upravljanje resursima je takodje važna delatnost, znanje i sposobnost: procena budućih troškova, ekonomično korišćenje resursa, finansijska kontrola i sniženje troškova, analiza ekonomske isplativosti, izbor i korišćenje

---

<sup>20</sup> Mitrović, M., Mitrović, U. (2013). *Menadžment u teoriji i praksi*. Beograd: Fakultet za menadžment MSP i UMIKS.

opreme, nadzor nad održavanjem opreme i zgrada, organizovanje transportnog sistema, poznavanje marketinga i dr. U tom smislu, posebno treba naglasiti upravljanje rizicima.



**Slika 1. Šema menadžmenta rizikom, izvor: Mitrović, M., Mitrović, U. (2013). *Menadžment u teoriji i praksi*. Beograd: Fakultet za menadžment MSP i UMIKS.**

Takođe je neophodno naglasiti da izazovi postavljeni pred savremenog menadžera od njega u određenim situacijama zahtevaju izuzetne sposobnosti reagovanja i odlučivanja u zavisnosti od situacije (kontigentni pristup odlučivanju). Iz navedenih razloga, neophodna je kontinuirana edukacija zdravstvenih menadžera i praćenje globalnih tehnoloških i medicinskih trendova u svetu, kao i primena najboljih praksi (benčmarking). Rad na razvoju sopstvenih potencijala je važan elemenat, posebno u oblasti inovativne delatnosti. Upravljanje znanjem i primena koncepta “organizacije koja uči” je imperativ savremenog menadžmenta, rada i poslovanja u svim oblastima pa takođe i u zdravstvu. Već se davno pokazala potreba za konstruktivnim timskim radom menadžera i lekara, svakog u svom domenu, u zajedničkom cilju zadržavanja i povećanja kvaliteta i efikasnosti zdravstvenih usluga usmerenih ka korisnicima. Sve više se menadžment odnosa sa potrošačima – korisnicima - CRM (Customer relationship management) primenjuje i u oblasti pružanja zdravstvenih usluga, u mnogim zdravstvenim ustanovama, posebno privatnim.

## **2. Oblici organizovanja zdravstvenog osiguranja**

### **2. 1. Klasifikacije**

U svetu postoje različiti oblici organizovanja zdravstvenog osiguranja. Razlike među njima su u kriterijumu obaveznosti (obavezno i dobrovoljno), uključenosti u zdravstveni sistem, načinu finansiranja, načinu organizovanja i upravljanja raspoloživim resursima, itd. Shodno tome, postoje i mnogobrojne klasifikacije.

#### **2. 1. 1. Modeli Svetske zdravstvene organizacije**

Svetska zdravstvena organizacija ističe podelu, prema načinu finansiranja, upravljanja, odlučivanja o pravima i obavezama, uključenosti stanovništva u zaštitu, solidarnosti i planiranju područja osiguranja, na sledeće modele zdravstvenog osiguranja:

- Bizmarkov (korporativistički),
- Beveridžov (liberalni),
- Semaškov (socijalistički) i
- tržišni (preduzetnički) model.

**Tabela 1. Komparacija karakteristika modela zdravstvenog osiguranja**

| Karakteristike                                      | Bizmarkov model                                       | Beveridžov model       | Semaškov (socijalistički) model            | Tržišni (preduzetnički) model                      |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Finansiranje</b>                                 | Doprinosi poslodavca, osiguranika, itd.               | Porezi, budžet         | Centralni državni budžet                   | Privatna sredstva osiguranika, privatna osiguranja |
| <b>Upravljanje</b>                                  | Samoupravno od predstavnika osiguranika i poslodavaca | Država i njeni organi  | Centralna vlada i ministarstvo za zdravlje | Privatne organizacije i agencije                   |
| <b>Odlučivanje o pravima i obavezama</b>            | Nosioci javnog osiguranja u okviru javnih ovlašćenja  | Država i njeni organi  | Centralna vlada                            | Sve se temelji na ponudi i tražnji                 |
| <b>Uključenost (obaveza) stanovništva u zaštitu</b> | Celokupno stanovništvo sa nekim izuzecima             | Celokupno stanovništvo | Celokupno stanovništvo                     | Nema obaveze osiguranja, odluka je dobrovoljna     |
| <b>Solidarnost</b>                                  | Apsolutna                                             | Apsolutna              | Apsolutna                                  | Ne postoji                                         |
| <b>Planiranje poslova osiguranja</b>                | Država i nosioci                                      | Država                 | Država                                     | Ne postoji                                         |

izvor [www.rzzo.rs](http://www.rzzo.rs)

Bizmarkov<sup>21</sup> model predstavlja oblik obaveznog zdravstvenog osiguranja, koji obezbeđuje univerzalno pokriće. Finansira se iz doprinosa zaposlenih kao osiguranika i poslodavaca. Doprinosi su srazmerni visini primanja, tj. određeni su u obliku procenta od zarada. Temelji se na principima neprofitnosti i solidarnosti među svim osiguranim licima. Finansiranje sprovodi više nezavisnih, uglavnom neprofitnih fondova, agencija, bolničkih kasa i sl. Njima upravljaju predstavnici osiguranika, koji sklapaju ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga i na taj način obezbeđuju zdravstvenu zaštitu za svoje osiguranike. Razvijen je u Nemačkoj, zatim Austriji, Francuskoj, Belgiji, Luksemburgu, Holandiji, Švajcarskoj, Sloveniji itd.

<sup>21</sup> Otto Eduard Leopold von Bismarck (1815–1898), nemački kancelar kome se pripisuje implementacija sistema socijalnog osiguranja u Nemačkoj.

Beveridžov<sup>22</sup> model obezbeđuje finansiranje zdravstvene zaštite iz poreza, tj. iz državnog budžeta. Bazira se na solidarnosti i obezbeđuje univerzalno pokriće stanovništva zdravstvenom zaštitom u državnim ili privatnim zdravstvenim ustanovama. Za razliku od Bizmarkovog modela, u upravljanje nisu uključeni osiguranici, već je ono u nadležnosti države. Tipičan primer zemlje koja koristi ovaj model je V. Britanija, zatim Irska, Island, Finska, Norveška, Švedska itd.

Semaškov model je bio primenjivan u Sovjetskom Savezu i drugim socijalističkim zemljama. U istočnoevropskim zemljama ima još ostataka u načinu razmišljanja stanovništva da država treba da obezbedi kvalitetnu i besplatnu zdravstvenu zaštitu za sve. U ovom modelu država je odgovorna za organizovanje i finansiranje zdravstvene zaštite celokupnog stanovništva, a isključena je mogućnost privatne zdravstvene zaštite. Sličan je Beveridžovom modelu. Postoje mišljenja da je to samo poseban oblik Beveridžovog modela.

Tržišni (preduzetnički) model znači da zdravstveno osiguranje organizuju i sprovode privatne organizacije (kompanije za osiguranje i agencije) na profitnoj osnovi. Finansira se iz privatnih sredstava osiguranika, najčešće premije osiguranja. Ne bazira se na solidarnosti i ne obezbeđuje univerzalno pokriće. Najpoznatiji oblik postoji u SAD.

Potpuno čistih sistema nema. Svi polako preuzimaju određena rešenja iz drugih zemalja i na taj način dobijaju karakteristike drugih modela. Uz javne, sve više se afirmišu privatni sistemi, tako da se u skoro svim zemljama mogu naći dobrovoljna privatna osiguranja kao dopunska, dodatna i paralelna. Dok u državama sa dominantnim privatnim osiguranjem dolazi do uvođenja socijalnog osiguranja kako bi se postiglo univerzalno pokriće zdravstvenim osiguranjem.

## **2. 1. 2. Evropski i američki model**

Jedna od najjednostavnijih i najrasprostranjenijih podela je podela na evropski i američki model.

Evropski model je zastupljen u državama EU. Zdravstveno osiguranje se bazira na obaveznom (socijalnom) osiguranju, koje se finansira iz doprinosa na zarade na teret zaposlenih i poslodavaca i iz poreza. Osnovni principi su solidarnost i jednakost pristupu zdravstvenim uslugama. Obezbeđuje paket osnovnih zdravstvenih usluga za svo stanovništvo. Dobrovoljno

---

<sup>22</sup> Lord William Henry Beveridge (1879–1963), jedan od najznačajnijih britanskih ekonomista i reformatora socijalnog osiguranja.

zdravstveno osiguranje postoji kao dopuna obaveznom zdravstvenom osiguranju u različitim oblicima i obimu, i razlikuje se od države do države.

Razlike proizilaze iz različite zakonske regulative. Tri su osnovna oblika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u državama EU:

- substitutive (zamena ili alternativno),
- complementary (dopunsko),
- supplementary (dodatno)<sup>23</sup>.

Alternativno zdravstveno osiguranje je limitirano za specifične populacione grupe u malom broju država. Pristup ovom tipu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je određen prihodom ili statusom zaposlenog. Obično je predviđen za deo populacije koja je po osnovu visokih prihoda isključena iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (Holandija), deo populacije koja po osnovu visokih prihoda može da bira da li će ostati u obaveznom ili će se odlučiti za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (Nemačka), i za deo populacije tzv. samozaposlenih (Austrija i Belgija). Nivo pokrića se kreće od 0,2% u Austriji, do 24,7% u Holandiji. U Holandiji je vladin plan reforme, koji je imao za cilj povećanje kvaliteta usluga i kontrolu troškova zdravstvene zaštite, isključio iz sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja ljude sa prihodom većim od propisanog iznosa<sup>24</sup> za usluge vanbolničkog lečenja i kratkoročne bolničke zaštite, čime se i objašnjava visok nivo pokrića (24,7%).

U Nemačkoj deo populacije, čiji prihodi prelaze propisani limit<sup>25</sup>, može da bira ili da ostane u obaveznom zdravstvenom osiguranju, ili da se isključi iz obaveznog i pristupi dobrovoljnom (alternativnom) zdravstvenom osiguranju. Međutim, samo jedna trećina se odlučuje da napusti obavezno zdravstveno osiguranje. To su uglavnom mladi, zdravi i nezavisni članovi društva.

U Austriji i Belgiji deo populacije, tzv. samozaposleni, čiji prihodi prelaze određeni limit, mogu da istupe iz obaveznog i prihvate dobrovoljno (alternativno) zdravstveno osiguranje. Dopunsko i

---

<sup>23</sup> Mossialos, E., Thomson, S., (2004) *Voluntary health insurance in the European Union*, Brussels, World Health Organization str. 16.

<sup>24</sup> Od 2002. godine je to bio iznos godišnje zarade od 30.700 evra.

<sup>25</sup> U 2002. godini je limit povećan sa 41.400 na 45.900 evra.

dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje otvoreni su za celu populaciju i postoje u svakoj državi članici EU. Međutim, teško su uporedivi po državama, zbog razlika u tipu i kvalitetu pokriva.

U državama EU, zbog rasta troškova, sve više je prisutna participacija korisnika zdravstvenih usluga. Dopunsko dobrovoljno zdravstveno osiguranje uglavnom pokriva troškove participacije. Zbog toga se može reći da su osiguranici dopunskog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja vrlo raznovrsne kategorije populacije. Prisutno je u svim državama, a najviše u Belgiji, Danskoj, Francuskoj, Luksemburgu, Švedskoj i Holandiji. Nivo pokriva se kreće od 20% do 70%.

Dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje je pogodnije za deo populacije sa višim profesionalnim statusom i višim prihodima. Ono povećava mogućnosti izbora i pristupa različitim zdravstvenim uslugama i onim koje nisu pokrivene obaveznim zdravstvenim osiguranjem<sup>26</sup>. Obezbeđuje širi izbor snabdevanja uslugama, brži pristup (bez liste čekanja na tretman) i bolje usluge (prijatniji boravak u bolnici), ali ne mnogo bolji medicinski kvalitet zaštite. Ovaj oblik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je omogućen u mnogim državama članicama, ali preovlađuje u državama sa Beveridžovim modelom zdravstvenog osiguranja. U državama EU prosečno učešće troškova zdravstvene zaštite u BDP je oko 9%. Učešće troškova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u ukupnim troškovima zdravstvene zaštite na nivou EU je nešto ispod 10%. Nešto viši procenat učešća od prosečnog je u Francuskoj (12,2%), zbog visokih participacija nametnutih obaveznim osiguranjem, a koje su dovele do značajnog povećanja dopunskog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (čak 85% stanovništva ima dopunsko osiguranje) i Holandiji (17,7%), jer je po osnovu prihoda oko 25% stanovništva isključeno iz dela obaveznog zdravstvenog osiguranja i zaključuje supstitutivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Znatno niže učešće, čak ispod 5%, zabeleženo je u Grčkoj, Italiji, Portugaliji, a manje od 2,5% u Austriji, Belgiji, Danskoj, Finskoj, Luksemburgu, Španiji i Velikoj Britaniji.

Američki model je sistem zdravstvenog osiguranja bazira na privatnom zdravstvenom osiguranju. Zdravstveno osiguranje se obezbeđuje preko privatnih kompanija za osiguranje, koje posluju na tržišnim principima. Premija osiguranja je osnov finansiranja zdravstvene zaštite. Zasnovan je na dobrovoljnosti i ne obezbeđuje univerzalno pokriva. Međutim, veoma je rasprostranjena praksa

---

<sup>26</sup> Najčešće su to stomatološke usluge, fizikalna terapija i sl.

da poslodavci potpuno ili delimično obezbeđuju za svoje zaposlene i članove njihovih porodica zdravstveno osiguranje. Poznati su primarni i sekundarni plan<sup>27</sup>. Socijalno zdravstveno osiguranje je obezbeđeno samo za deo stanovništva koji ispunjava određene uslove (stari i siromašni), kroz programe Medicare i Medicaid. Ne postoji univerzalno pokriće, već je oko 16%, ili oko 50 miliona stanovnika, zdravstveno neosigurano.

Reforma sistema zdravstvenog osiguranja u SAD predmet je svake predsedničke kampanje. Aktuelni predsednik Barak Obama je, zbog visokih troškova, ekonomske krize i činjenice da je oko 50 miliona Amerikanaca zdravstveno neosigurano (svake godine oko 14.000 ljudi izgubi zdravstveno osiguranje, a 18.000 umre jer nema zdravstveno osiguranje), takođe obećao reformu. Cilj je da se obezbedi osiguranje za sve koji su bili neosigurani, smanji cena osiguranja za siromašni i srednji sloj stanovništva i zabrani diskvalifikacija onih koji su već bolesni na početku osiguranja.

U svakom od navedenih oblika zdravstvenog osiguranja prisutna je veoma komplikovana administracija, kao i moralni hazard<sup>28</sup>, koji utiče na povećanje troškova zdravstvene zaštite. Kompanije za osiguranje se protiv moralnog hazarda bore uvođenjem participacija i franšiza<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> Primarnim planom se obezbeđuje zdravstveno osiguranje za zaposlenog, a sekundarnim i za članove porodice.

<sup>28</sup> Pored fizičkog, legalnog postoji i moralni hazard, koji se može definisati na dva načina: kao mana pojedinaca da namerno prouzrokuju ili lažno prijave ostvarenje osiguranog rizika da bi naplatili odštetu ili kao nemarno ponašanje u odnosu na moguće troškove zbog postojanja osiguranja. U zdravstvenom osiguranju je prisutan moralni hazard kao oblik nemarnog ponašanja prema mogućim troškovima, jer ih pojedinac ne snosi, već kompanija za osiguranje. Janković, D. (2011) "Zdravstveno osiguranje kao faktor troškova zdravstvene zaštite", Škola biznisa Broj 4, str. 69-82. Izvor: <http://www.vps.ns.ac.rs/SB/2011/8.7.pdf>.

<sup>29</sup> Franšiza je je određena ugovorena suma po polisi, koja je plativa, a koja se oduzima od ukupne štete. Jednostavnije, to je deo štete koju snosi sam osiguranik, a što je prihvatilo prilikom sklapanja ugovora o osiguranju. Franšiza je prisutna u imovinskim osiguranjima, osiguranju automobila i zdravstvenom osiguranju. Ne koristi se u osiguranju života i osiguranju od odgovornosti za štete pričinjene trećim licima. U zdravstvenom osiguranju franšize mogu biti iskazane novčano i vremenski. Najčešće korišćene franšize u zdravstvenom osiguranju su kalendarske ili godišnje i eliminatorni period (karenca). Isti, str.75.

## **2. 2. Zdravstveno osiguranje u Srbiji**

U Srbiji se sistem zdravstvenog osiguranja bazira na obaveznom zdravstvenom osiguranju, kao i u svim evropskim državama, a naročito državama koje su imale socijalističko društveno uređenje. Sve do 2005. godine, kada je donet novi Zakon o zdravstvenom osiguranju, postojalo je samo obavezno socijalno zdravstveno osiguranje. U poslednjoj deceniji prošlog veka sveobuhvatna kriza u društvu, pa i kriza u zdravstvu, dovela je do pojave privatne lekarske prakse. Ekonomska kriza, nedostatak izvora finansiranja zdravstvene zaštite i privatna praksa doveli su do potrebe za uvođenjem privatnog zdravstvenog osiguranja, koje se pojavilo na tržištu osiguranja Srbije krajem 2003. i početkom 2004. godine, odnosno, pre njegovog potpunog zakonskog regulisanja.

Reformski Zakon o zdravstvenom osiguranju iz 2005. godine takođe reguliše obavezno zdravstveno osiguranje, ali dozvoljava mogućnost uvođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koje je posebno regulisano Uredbom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz 2008. godine. Uredba detaljno reguliše uvođenje, vrste, uslove, način i postupak organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. U Srbiji je moguće organizovati sledeće vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja: paralelno, dodatno i privatno. Mogu ga sprovoditi društva za osiguranje i RZZO (samo paralelno i dodatno).

Paralelno zdravstveno osiguranje pokriva troškove zdravstvene zaštite koji nastaju kada osiguranik ostvaruje zdravstvenu zaštitu koja je obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem na način i po postupku koji je drukčiji od načina i postupka ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, koji je propisan zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona<sup>30</sup>.

Dodatno zdravstveno osiguranje pokriva troškove zdravstvenih usluga, lekova, medicinsko-tehničkih pomagala, odnosno novčanih naknada koje nisu obuhvaćene pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguranje na veći sadržaj, obim i standard prava, kao i iznos novčanih naknada obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> Uredba o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ( „ Sl.glasnik RS“, br.108/08,49/09 ). Dostupna na: [http://www.rfzo.rs/download/dobrovoljno/Uredba\\_dobrovoljno\\_zdr\\_osiguranje.pdf](http://www.rfzo.rs/download/dobrovoljno/Uredba_dobrovoljno_zdr_osiguranje.pdf).

<sup>31</sup> Isto.

Privatno zdravstveno osiguranje je osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili koja se nisu uključila u obavezno zdravstveno osiguranje, za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa davaocem osiguranja<sup>32</sup>.

Ipak, dobrovoljno zdravstveno osiguranje u Srbiji je na samom početku svog razvoja. Učešće premije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u ukupnoj premiji u Srbiji u 2010. godini je 1,81%<sup>33</sup>. Zajedno sa dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem za vreme puta i boravka u inostranstvu u 2009. godini učešće je bilo 3,89%, a bez njega 1,74%.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vreme puta i boravka u inostranstvu je bilo veoma zastupljeno, jer je bilo neophodan uslov za dobijanje vize. Ljudi su stekli naviku da se osiguraju za vreme putovanja, međutim, u 2010. godini zbog primene Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, došlo je do reklasifikacije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vreme puta i boravka u inostranstvu u vrstu osiguranja pomoći na putu, što je dovelo do smanjenja učešća premije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u ukupnoj premiji.

Uredba je postavila uslove za organizovanje i razvoj dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Srbiji, kao dopunskog oblika obaveznom, socijalnom zdravstvenom osiguranju, po ugledu na države EU. Ono treba da obezbedi bolje uslove za pacijente i dodatni izvor finansiranja zdravstvene zaštite, odnosno da smanji ili potpuno ukine direktno plaćanje za izvršene zdravstvene usluge. U prvim nekoliko godina razvoja, ne treba očekivati spektakularne rezultate zbog nerešenih problema u zdravstvenom sektoru, kao što je: regulisanje rada lekara, rešavanje pitanja privatne prakse i večernjih bolnica u državnom sektoru, poreskog tretmana premije osiguranja, navika stanovništva i njegovih ekonomskih mogućnosti, kao i vremena potrebnog društvima za osiguranje za razvoj novih proizvoda.

## **2. 2. 1. Obavezno zdravstveno osiguranje**

Obavezno zdravstveno osiguranje je zdravstveno osiguranje kojim se zaposlenima i drugim građanima obuhvaćenim obaveznim zdravstvenim osiguranjem obezbeđuju pravo na zdravstvenu

---

<sup>32</sup> Isto.

<sup>33</sup> Na primer, u Sloveniji je preko 20%.

zaštitu i pravo na novčane naknade za slučajeve utvrđene zakonom<sup>34</sup>. Obavezno zdravstveno osiguranje obuhvata:

- 1) osiguranje za slučaj bolesti i povrede van rada;
- 2) osiguranje za slučaj povrede na radu ili profesionalne bolesti.

Načelo obaveznosti ostvaruje se organizovanjem i sprovođenjem sveobuhvatnog obaveznog zdravstvenog osiguranja za zaposlene i druge građane u Republici Srbiji u skladu sa zakonom, kojim osiguranici za sebe i članove svojih porodica obezbeđuju pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane naknade, u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona. Načelo obaveznosti obezbeđuje se obavezom plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje od strane zaposlenih i poslodavaca, kao i drugih obveznika uplate doprinosa u skladu sa zakonom, što predstavlja uslov za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Načelo obaveznosti ostvaruje se i sprovodi ukupnom organizacijom obaveznog zdravstvenog osiguranja, kojom se zaposlenima i drugim licima obuhvaćenim ovim osiguranjem obezbeđuje i garantuje ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja propisanih ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Načelo solidarnosti i uzajamnosti ostvaruje se uspostavljanjem međugeneracijske solidarnosti i uzajamnosti, solidarnosti i uzajamnosti između polova, između bolesnih i zdravih, kao i između lica različitog materijalnog statusa, u obezbeđivanju i korišćenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Načelo solidarnosti i uzajamnosti ostvaruje se uspostavljanjem takvog sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja u kojem troškove obaveznog zdravstvenog osiguranja snose osiguranici i drugi uplatioci doprinosa, srazmerno svojim materijalnim mogućnostima, i to uplatom doprinosa na ostvarene prihode, s tim da prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koriste ona lica kod kojih je nastupila bolest ili drugi osigurani slučaj.

---

<sup>34</sup> Zakon o zdravstvenom osiguranju u Srbiji (Sl.glasnik RS “,br.107 /2005,109/2005-ispr. i 57/2011 godine, član 3 .), dostupan na: [http://www.paragraf.rs/propisi/zakon\\_o\\_zdravstvenom\\_osiguranju.html](http://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zdravstvenom_osiguranju.html)

Načelo javnosti ostvaruje se pravom osiguranih lica na sve vrste informacija u vezi sa pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i javnošću rada organa i službi Republičkog fonda za potrebe osiguranih lica, organa i organizacija zainteresovanih za rad Republičkog fonda.

Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa ostvaruje se preduzimanjem mera i aktivnosti koje omogućavaju da interes osiguranog lica, zasnovan na pravednoj dostupnosti, predstavlja osnovu sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i da osigurano lice što lakše zaštititi i ostvari svoja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, vodeći računa da ostvarivanje tih prava ne bude na štetu prava i pravnih interesa drugih osiguranih lica niti u suprotnosti sa zakonom utvrđenim javnim interesom.

Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa ostvaruje se i obavezom Republičkog fonda da osiguranim licima ukaže na postojanje osnova za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i na obaveze osiguranog lica radi ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa ostvaruje se i preduzimanjem mera i aktivnosti za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na način koji omogućava da finansijska sredstva koja se obezbeđuju od uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje prate osiguranika prema mestu utvrđivanja svojstva osiguranika, odnosno ostvarivanja prava.

Načelo stalnog unapređivanja kvaliteta obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje se praćenjem savremenih dostignuća u oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja i sprovođenjem mera i aktivnosti kojima se u skladu sa razvojem sistema zdravstvenog osiguranja povećavaju mogućnosti povoljnijeg ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za svako osigurano lice.

Načelo ekonomičnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje se stalnim nastojanjem da se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju uz što manje finansijskih i drugih sredstava.

Načelo efikasnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje se postizanjem najboljih mogućih rezultata u odnosu na raspoložive resurse, kao i postizanjem najvišeg nivoa prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja uz najniži utrošak finansijskih sredstava.

### 2. 2. 2. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje može organizovati i sprovoditi Republički fond i pravna lica koja obavljaju delatnost osiguranja u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje (osiguravač). Dobrovoljno zdravstveno osiguranje mogu organizovati i sprovoditi i fondovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu sa posebnim zakonom.

Vlada, na predlog ministra, uređuje vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, uslove, način i postupak organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ako je dobrovoljno zdravstveno osiguranje na drukčiji način uređeno drugim zakonom, primenjuju se odredbe ovog zakona i propisa donetih za sprovođenje ovog zakona<sup>35</sup>.

Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja se kod nas jasno definišu kao<sup>36</sup>:

- 1) paralelno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada osiguranik ostvaruje zdravstvenu zaštitu koja je obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem na način i po postupku koji su drukčiji od načina i postupka ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji je propisan zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;
- 2) dodatno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinsko-tehničkih pomagala, odnosno novčanih naknada koji nisu obuhvaćeni pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguranje na veći sadržaj, obim i standard prava, kao i iznos novčanih naknada obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem;
- 3) privatno zdravstveno osiguranje je osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili koja se nisu uključila u obavezno zdravstveno osiguranje,

---

<sup>35</sup> Zakon o zdravstvenom osiguranju „Sl.glasnik RS“, br.107/2005,109/2005-ispr. i 57/2011-god, član 236. Izvor: [http://www.paragraf.rs/propisi/zakon\\_o\\_zdravstvenom\\_osiguranju.html](http://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zdravstvenom_osiguranju.html).

<sup>36</sup> Uredba o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, br. 107/05 i 109/05), izvor: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/Zakoni/Uredbe/Uredba%20O%20Dobrovoljnom%20Zdravstvenom%20Osiguranju.pdf>.

za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa davaocem osiguranja.

Po Uredbi o DZO, RZZO se ne sme baviti privatnim DZO. Bavi se paralelnim, dodatnim i kombinacijom ova dva osiguranja. Primeri organizacije dobrovoljnog i obaveznog osiguranja u istom osiguravajućem društvu ili fondu, prisutni su uglavnom u zemljama sa preovlađujućim dopunskim zdravstvenim osiguranjem. Najčešće je reč o društvima za uzajamno osiguranje. Tako se kod svakog fonda za obavzeno RZZO - suživot obaveznog osiguranja i DORZ-a društvima za uzajamno osiguranje. Tako se kod svakog fonda za obavzeno osiguranje u Francuskoj, možete i dobrovoljno osigurati. Ili se možete dobrovoljno i obavezno osigurati kod različitih osiguravača. U Hrvatskoj, u okviru HZZO postoji DZO, kao i izvan HZZO. U Sloveniji je DZO nastalo u okviru SZZZ, ali se kasnije izdvojilo u društvo za uzajamno osiguranje "Vzajemna"<sup>37</sup>.

### **2. 3. Problemi finansiranja**

Kao što se da videti iz komparacije razvoja osiguranja, pogotovo dodatnog u EU i kod nas, postoji veliki jaz prouzrokovan finansijskim problemima. Naime, ne postoji dovoljno prihoda za finansiranje svih zakonom zagarantovanih prava na zdravstvenu zaštitu, postoji i dalje neefikasna naplata doprinosa u nadležnosti poreske uprave (čak preko 17 milijardi nenaplaćenih doprinosa), a postoji i praksa otpisivanja doprinosa i rešavanja privrednih i socijalnih problema na račun zdravstva.

Poslednjih četrdeset godina evidentan je veliki pritisak na zdravstvene fondove u svim zemljama. Jedan od najznačajnijih uzroka zabrinutosti je starenje stanovništva. Starenje stanovništva je izraženo u svim, a naročito u najrazvijenijim zemljama. Uprkos tome, zdravstvena zaštita se u najvećem broju zemalja finansira na principu *pay-as-you-go*.

Kretanje troškova zdravstvene zaštite kao procentualno učešće u BDP prema izboru OECD je dato u Tabeli 2.

---

<sup>37</sup> Izvor: [www.rzzo.rs](http://www.rzzo.rs).

Tabela 2. Troškovi zdravstvene zaštite kao % učešća u BDP prema selekciji OECD

| Zemlja/Godina    | 1960. | 1970. | 1980. | 1990. | 2000. | 2007. |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Australija       | 4,1   | 4,6   | 7,3   | 7,0   | 8,3   | 8,8*  |
| Austrija         | 4,3   | 5,1   | 7,4   | 7,0   | 9,9   | 10,1  |
| Belgija          | 3,4   | 4,0   | 6,4   | 7,4   | 8,6   | 10,2  |
| Kanada           | 5,4   | 7,0   | 7,1   | 9,0   | 8,8   | 10,1  |
| Češka            | ...   | ...   | 3,8   | 4,7   | 6,5   | 6,8   |
| Danska           | 3,6   | 8,0   | 9,1   | 8,5   | 8,3   | 9,8   |
| Finska           | 3,8   | 5,6   | 6,4   | 7,8   | 7,0   | 8,2   |
| Francuska        | 3,8   | 5,4   | 7,1   | 8,6   | 9,6   | 11,0  |
| Nemačka          | 4,8   | 6,2   | 8,7   | 8,5   | 10,3  | 10,4  |
| Grčka            | ...   | 6,1   | 6,6   | 7,4   | 7,8   | 9,6   |
| Mađarska         | ...   | ...   | ...   | 7,1   | 6,9   | 7,4   |
| Irska            | 3,7   | 5,1   | 8,4   | 6,1   | 6,3   | 7,6   |
| Italija          | ...   | ...   | ...   | 7,9   | 8,1   | 8,7   |
| Zemlja/Godina    | 1960. | 1970. | 1980. | 1990. | 2000. | 2007. |
| Japan            | 3,0   | 4,5   | 6,5   | 5,9   | 7,7   | 8,1*  |
| Koreja           | ...   | ...   | 4,2   | 4,5   | 4,6   | 6,8   |
| Luxemburg        | ...   | 3,6   | 5,9   | 6,1   | 5,8   | 7,3*  |
| Holandija        | ...   | 6,9   | 7,5   | 8,0   | 8,0   | 9,8   |
| Novi Zeland      | 4,3   | 5,1   | 5,9   | 6,9   | 7,7   | 9,2   |
| Norveška         | 2,9   | 4,4   | 7,0   | 7,7   | 8,4   | 8,9   |
| Poljska          | ...   | ...   | ...   | 4,9   | 5,5   | 6,4   |
| Španija          | 1,5   | 3,6   | 5,4   | 6,7   | 7,2   | 8,5   |
| Švedska          | 4,7   | 6,9   | 9,1   | 8,4   | 8,2   | 9,1   |
| Švajcarska       | 4,9   | 5,5   | 7,4   | 8,3   | 10,3  | 10,8  |
| Turska           | ...   | 2,4   | 3,3   | 3,6   | 4,9   | 5,7*  |
| Velika Britanija | 3,9   | 4,5   | 5,6   | 6,0   | 7,2   | 8,4   |
| SAD              | 5,0   | 6,9   | 8,7   | 11,9  | 13,2  | 16,0  |

Izvor: OECD Health Data 2009.

Sistem zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja u Srbiji , karakterišu isti problem kao i sve zemlje sveta, bez obzira na stepen razvoja. To je brz rast troškova koji proizlazi iz starenja stanovništva, uvođenja nove tehnike i tehnologije i sve višeg nivoa obrazovanog stanovništva.

Starenje stanovništva je izražen problem u Srbiji. Danas oko 15% populacije ima preko 65 god., a za 20 godina će ih biti više od 25% <sup>38</sup>. To zahteva promenu sistema zdravstvene zaštite i planiranje zbrinjavanja starih. Pored problema koji su prisutni u svim zemljama sveta, Srbija kao i druge zemlje u tranziciji ima dodatne otežavajuće okolnosti: smanjenje izvora finansiranja. Naš sistem zdravstvenog osiguranja se finansira doprinosima iz zarada i penzija , iz budžeta i participacijom pacijenata. Međutim zbog stanja u kome se nalazi naša privreda, veoma je teško naplatiti te doprinose, koji i kada se naplate nisu dovoljni da pokriju osnovne potrebe zdravstvene zaštite stanovništva (preduzeća ne rade ili rade sa minimum kapaciteta). Prisutna je velika nezaposlenost dok zaposleni primaju prilično male zarade, koje su osnovica za poreze i doprinose. Mnoga preduzeća, zbog nelikvidnosti, ne uplaćuju ni tako male doprinose. Tako finansiran zdravstveni sistem koristi oko 7. 8 miliona stanovnika.

### **2. 3. 1. Ciljevi finansijskog menadžmenta**

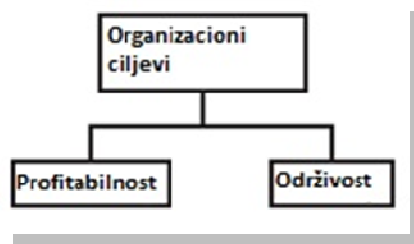
Na prvi pogled neko bi mogao reći da je cilj finansijskog menadžmenta da doprinese maksimizaciji blagostanja, odnosno povećanju profita organizacije. Ipak, okruženje zdravstvene zaštite ima mnogo drugih ciljeva, na primer, poboljšanje zdravlja i dobrobiti zajednice, omogućavanje najvišeg mogućeg kvaliteta zdravstvenih usluga i smanjenje smrtnosti. Za mnoge zdravstvene organizacije (pogotovo neprofitne bolnice), maksimizacija profita ne mora uopšte biti cilj, iako je određen profit ipak neophodan kako bi obezbedio finansijske temelje čak i ovih organizacija. U ostalim, profitnim organizacijama, takva maksimizacija je obično povezana sa povećanjem prinosa investicija, prinosa deoničkog kapitala i imovine<sup>39</sup>.

Iz perspektive finansijskog menadžmenta, ciljevi mogu biti raznovrsni, ali se uglavnom odnose na profitabilnost i održivost (Slika 2). Organizacija želi da bude profitabilna, i da nastavi da radi kvalitetno. Oba cilja zahtevaju dalje pojašnjenje.

---

<sup>38</sup> Rajnih, M. EMEU Praktikum , br. 8/10 (2008);, Evropska agencija za rekonstrukciju, str.12.

<sup>39</sup> Berger, S. (Ur.) (2008) *Fundamentals of Health Care Financial Management - A Practical Guide to Fiscal Issues and Activities*, Third Edition, John Wiley & Sons, Inc.str. 8.



Slika 2. Šema ciljeva zdravstvenih organizacija

### 2. 3. 1. 1. Profitabilnost

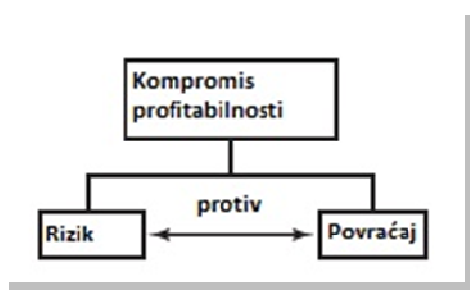
Teško da postoje dve zemlje u svetu koje su na identičan način uspele da reše pitanje finansiranja zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite. Nosioci funkcija finansiranja zdravstvenih potreba i usluga u svakoj zemlji imaju težak i odgovoran zadatak i, u nameri da ga efektno obave, uvek koriste najbolje modele i mehanizme. Odsustvo uniformnog ili opšteg modela finansiranja je razlog zašto se ne može govoriti o finansiranju u apsolutnom smislu.

Svedoci smo da se u SAD vodi grčevita borba između predsednika Obame i njegovih protivnika oko uvođenja obaveznog osiguranja za sve građane. U heterogenom sistemu finansiranja prevagnulo je mišljenje da je obavezno zdravstveno osiguranje dominantan model i da se preko njega finansira najveći deo stanovništva o čemu ima smisla govoriti. Osim ovog modela osiguranja, u svetu egzistiraju modeli privatnog i dobrovoljnog (dopunsko) zdravstvenog osiguranja. Odsustvo čistih modela ničim ne sprečava finansiranje zdravstvene zaštite sredstvima iz državnog budžeta, doprinosima za obavezno zdravstveno osiguranje, sredstvima po osnovu ugovora putem premija i/ili direktnim plaćanjem primljenih zdravstvenih usluga od strane njihovih korisnika (neposredan dogovor).

Sa aspekta javnih finansija zdravstvena zaštita uprkos velikom tehnološkom razvoju zdravstva, koje pripada grupaciji nečistih društvenih delatnosti (postoje i čiste delatnosti), velikom broju specijalizacija u oblasti medicine, kao i velikom broju vrhunskih dostignuća određenih grana medicine, još nije u stanju da samostalno obavlja i potpuno rešava sve zadatke u vezi sa savremenim oboljenjima, zdravstvenim potrebama stanovništva i diferenciranim zdravstvenim uslugama. Praksa je nebrojeno puta dokazala da savremeni koncept zdravstvenog osiguranja i

zdravstvene zaštite funkcioniše samo ako postoje sigurni i stalni finansijski izvori koji su jedina garancija za efektno sprovođenje mera globalne, a zatim i zdravstvene politike<sup>40</sup>.

Dakle, mnoge zdravstvene organizacije nemaju za cilj maksimizaciju profita, već određeni nivo koji bi im omogućio da dostignu svoje ciljeve. Bez obzira da li su profitne ili neprofitne, profit je neophodan za organizacije kako bi investirale u proširenje svojih usluga i širi pristup zdravstvenoj nezi. Takođe, zarada profita je neophodna kako bi se nadoknadili troškovi pacijenata koji ne mogu da plate svoje lečenje. Nove tehnologije i zamena tehničke i građevinske infrastrukture su takođe važne za investicije radi poboljšanje kvaliteta usluga, a dodatan novac se mora zaraditi za hitne slučajeve.



**Slika 3. Kompromis između rizika i povraćaja investicija**

Svakako, to ne znači da se lako može uspostaviti ravnoteža između profita i visokog kvaliteta zdravstvene nege, zbog čega je ovaj šematski prikaz kompromisa uvek neophodan. Što se većem riziku organizacija izlaže, očekuje se veći povraćaj sredstava ili profita<sup>41</sup>. Zbog toga, najveći problem u zdravstvenim organizacijama je to da li će se uložena sredstva vratiti dovoljno da bi opravdala uključeni rizik. Dakle, ukoliko dva projekta garantuju isti kvalitet zdravstvene usluge, onaj sa više mogućnosti profita ili sa niskim rizikom je uglavnom bolji izbor.

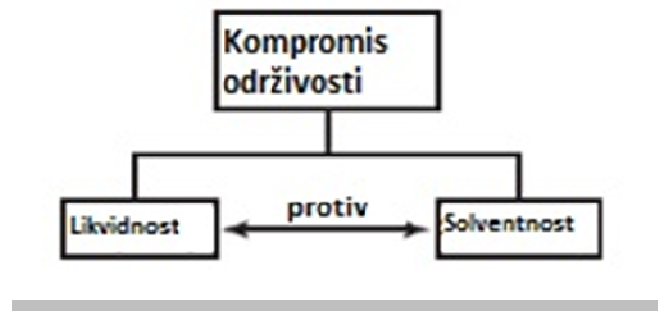
---

<sup>40</sup> Totić, I., Marić-Krejović S., Tripković V. (2010) „Finansiranje zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite“, Medicinski glasnik Specijalna bolnica za bolesti štitaste žlezde i bolesti metabolizma Zlatibor, vol. 15, br. 36, str. 27-42.

<sup>41</sup> Gapenski, L. (Ur.) (2006) *Understanding Healthcare Financial Management*, Fifth Edition, Health Administration Press, Chicago, Illinois, str.100.

### 2. 3. 1. 2. Održivost

S obzirom da ni zdravstvene organizacije, kao i svake druge izbegavaju bankrot svim silama, nije iznenađenje što su ključni ciljevi finansijskog menadžmenta osiguranje finansijske održivosti. Ovaj cilj je često izražen terminima likvidnosti i solventnosti.



Slika 4. Šema održivosti u finansijskom menadžmentu

Likvidnost je mera količine resursa organizacije koje su ili novac, ili se mogu pretvoriti u novac u određenom roku kako bi ispunile obaveze organizacije. Računovođe često koriste termin “kratak rok” ili “trenutni”, iako se generalno smatra da je to period od jedne godine ili manje. Stoga, organizacija je likvidna, ukoliko ima dovoljno resursa u ovom periodu kako bi ispunila svoje obaveze koje dolaze na naplatu<sup>42</sup>.

Solventnost ima isti koncept kao i održivost, ali dugoročno gledano, gde su vremenski periodi duži od jedne godine. Postavlja se pitanje da li će organizacija imati velike finansijske izdatke tokom narednih 3, 5, ili 10 godina. Zbog toga, organizacija mora imati plan za adekvatnu solventnost unapred, kako bi bilo vremena za generisanje potencijalno velikih suma novca.

Ipak, ne treba misliti da je dobra strategija maksimizirati likvidnost i solventnost organizacije. Menadžeri imaju kompleksan problem u vezi sa likvidnošću<sup>43</sup>. Naime, svaki oblik novca koji se drži u likvidnoj formi, poput gotovine ili novca koji se čuvao u fondu, je novac koji bi mogla organizacija da investira dugoročno u obećavajući projekat ili strategiju. Postoji tzv. “tampon

<sup>42</sup> Nowicki, M. (2004) *The Financial Management of Hospitals and Health Care Organizations*. (3rd ed.) Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.

<sup>43</sup> Kaufman, K., and Hall, M. (1994) *The Financially Competitive Healthcare Organization: The Executive's Guide to Strategic Financial Planning and Management*. Chicago: Probus.

zona” između održivosti i profitabilnosti. Što se više menadžer trudi da organizacija bude profitabilna, niža je likvidnost i veća mogućnost za krizu likvidnosti, čak i bankrotstva. Što se organizacija drži likvidnijom, niži je profit. Zbog toga je jako teško napraviti kompromis između svih onih zdravstvenih usluga koje pacijenti žele i njihove mogućnosti da ih plate.

Zdravstvene organizacije su u tom smislu, veoma specifične, jer moraju da imaju želju za omogućavanje zdravstvenih usluga, bez obzira na mogućnost plaćanja i sa ciljem da zajednici čini dobro, ne kroz potpuno besplatne usluge, već kroz umerene cene i što dugoročnije pomaganje najugroženijima.

Dakle, i u najprofitabilnijem okruženju projekcije toka novca su veliki problem. Likvidnost i solventnost su ključni za održivost jedne organizacije.

### **2. 3. 2. Važnost uvođenja kartice zdravstvenog osiguranja (KZO)**

Zakonom o zdravstvenom osiguranju definisano je da osigurana lica pravo na zdravstvenu zaštitu o trošku obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju na osnovu overene zdravstvene knjižice, odnosno kartice zdravstvenog osiguranja ( u daljem tekstu: KZO). U toku je pripremna faza Projekta zamene KZO u okviru koje se vrše tehničke pripreme (instalacija softverskih sistema kao i priprema podataka za personalizaciju). Dinamika izdavanja Projekat zamene zdravstvenih knjižica karticama zdravstvenog osiguranja obavlja se kroz 2 faze:

- Prva faza: pilot projekat - izdavanje KZO u Kolubarskom regionu;
- Druga faza: uključenje svih filijala RFZO u izdavanje kartica.

Planirano je da prva faza krene u aprilu 2013. godine. Pod uspešnim završetkom pilot projekta smatra se izdavanje 20.000 KZO. Procena je da će filijala Valjevo 20.000 kartica izdati za oko mesec i po dana. Po zameni ove količine KZO, vrši se analiza Pilot projekta, i na osnovu rezultata ove analize pokreće se druga faza zamene KZO na teritoriji cele Republike. Pokretanje druge faze zamene očekuje se do kraja jula 2013. godine.

Po pokretanju druge faze zamene, očekuje se da u prvih šest meseci (druga polovina 2013. godine) RFZO dostigne prosečnu brzinu izdavanja 60.000 KZO mesečno, dok je procena da se ovaj broj u narednoj godini (zbog uhođavanja sistema i unapređenja sistema izdavanja) poveća na oko 100.000 KZO mesečno. Pod ovim uslovima planirana dinamika zamene po godinama je:

**Tabela 3. Planovi izdavanja KZO**

| <b>Godina</b> | <b>Planiran broj izdatih KZO</b> |
|---------------|----------------------------------|
| 2013          | 400.000                          |
| 2014          | 1.200.000                        |
| 2015 i dalje  | 1.200.000                        |

Filijala Valjevo izabara se za pilot projekat, jer je u pitanju filijala srednje veličine, što je pogodno za efektivnu i efikasnu proveru svih delova Projekta. Ovaj izbor je napravljen i zbog toga što u okviru ove filijale postoje razvijeni informacioni sistemi i mrežna povezanost između zdravstvenih ustanova, što se može iskoristiti za projektovanje budućih elektronskih servisa u zdravstvu.

Uvođenje KZO u zdravstveni sistem Srbije obezbeđuje sledeće prednosti:

- 1) Sigurnosni sistemi KZO obezbeđuju visoku zaštitu administrativnih podataka na čipu, čime će biti onemogućene zloupotrebe, tj. falsifikovanje isprave.
- 2) KZO značajno olakšava proces overe KZO, bez potrebe da se overa, kao do sada, vrši odlaskom u filijalu/ispostavu Fonda.
- 3) Promene ličnih podataka o osiguraniku (promena adrese prebivališta, promene podataka o poslodavcu, izmena osnova osiguranja ...) obavljaće se učitavanjem novih podataka na čip kartice, bez promene same isprave, odnosno dosadašnjeg izdavanja nove zdravstvene knjižice. Sada, svaka izmena podataka na zdravstvenoj knjižici podrazumeva zamenu zdravstvene knjižice, što za Fond predstavlja trošak.
- 4) KZO omogućuje uspostavljanje sigurnih i efikasnih elektronskih servisa u Fondu. Za početak biće pojednostavljena provera datuma overe KZO od strane osiguranika i zdravstvenih ustanova korišćenjem elektronskih servisa.
- 5) KZO obezbeđuje infrastrukturu za siguran pristup servisima koje će zdravstvene ustanove moći da uspostave (zakazivanje pregleda od kuće, elektronsko upućivanje pacijenata iz jedne u drugu zdravstvenu ustanovu, ...).

. Izgled Kartice zdravstvenog osiguranja kao i podaci koje se unose na čip i koje se mogu očitati ,definisani su Pravilnikom o ispravi o zdravstvenom osiguranju i o posebnoj ispravi za korišćenje zdravstvene zaštite („Službeni glasnik RS“, br. 130/2010).



**Slika 5. Izgled KZO, izvor:Strategija zdravstvenog osiguranja Srbije 2013**

Na kartici su vidljivi ime i prezime osiguranog lica, datum rođenja, lični broj osiguranika i broj zdravstvene kartice. Podaci koji se unose na čip preuzimaju se iz matične evidencije osiguranika (ime, prezime, JMBG, LBO, adresa, matična filijala RFZO, obveznik uplate doprinosa, period overe i drugi administrativni podaci). Na Slici 7 predstavljen je izgled prednje i zadnje strane KZO. Kartica ne sadrži podatke o pruženim uslugama u zdravstvenim ustanovama, podatke o lekovima dobijenim na recept, kao ni druge podatke o ostvarivanju prava iz zdravstvenog osiguranja.

Podnošenje zahteva za izdavanje zdravstvenih kartica definisano je u Uputstvu za zamenu zdravstvenih knjižica novim karticama zdravstvenog osiguranja (oznaka dokumenta *UPI-0060*, dokument je dostupan na Info portalu RFZO, <http://info.rfzo.rs/radnidokumenti>).

Prema pomenutom Uputstvu, zahtev za izdavanje zdravstvenih kartica, odnosno zamenu postojećih zdravstvenih knjižica, podnosi se nadležnoj filijali/ispostavi Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje. Procedura podnošenja zahteva za izdavanje kartice, odnosno dokumentacija koju je potrebno priložiti, slična je kao i za izdavanje zdravstvene knjižice.

Osiguranik podnosi zahtev za izdavanje nove KZO na posebnom obrascu KZO-P1, potpisuje ga (čime garantuje ispravnost i tačnost podataka), nakon čega se šalje zahtev za izradu nove KZO. Ukoliko osiguranik poseduje zdravstvenu knjižicu, ista će mu važiti dok mu se ne uruči nova

KZO. Ukoliko osiguranik ne poseduje zdravstvenu knjižicu, odnosno novu KZO, a ima pravo na overenu ispravu zdravstvenog osiguranja, izdaje mu se Potvrda (Obrazac PZK) koja važi sve do uručivanja nove KZO, a najdalje mesec dana od dana podnošenja zahteva za KZO.

Procedura je ista i ukoliko firma, odnosno obveznik uplate doprinosa, hoće da izvrši zamenu zdravstvenih knjižica za svoje zaposlene radnike, a zahtev se podnosi (na obrascu KZO-P2) od strane poslodavca ili ovlašćenog lica firme, koji takođe može preuzeti i izradene KZO.

### **3. Finansijsko izveštavanje i poslovno odlučivanje zdravstvene zaštite i osiguranja**

#### **3. 1. Uloga finansijskih informacija i procesa donošenja odluka u zdravstv. organizacijama**

Prema FASB<sup>44</sup> izjavi o finansijskim računovodstvenim konceptima br. 1 (Statement of Financial Accounting Concepts Number 1), finansijsko izveštavanje mora dati informacije sledećeg tipa:

- korisne sadašnjim i potencijalnim investitorima, kreditorima i drugim korisnicima u formiranju racionalnih investicija, kredita i sličnih odluka;
- koje se tiču ekonomskih resursa preduzeća, potvrde tih resursa, efekata transakcija, događaja i okolnosti koje menjaju ove resurse;
- koje se tiču preduzetničkih finansijskih performansi u okviru određenog perioda;
- koje opisuju kako preduzeće održava i troši novac<sup>45</sup>, kako pozajmljuje i vraća pozajmljeno, kakve su kapitalne transakcije i druge faktore koji mogu da utiču na likvidnost ili solventnost;
- koje opisuju kako menadžment preduzeća preuzima svoju odgovornost za raspolaganje resursima;

---

<sup>44</sup> The Financial Accounting Standards Board (FASB) je privatna, neprofitna organizacija čiji je glavni cilj razvoj generalno usvojenih računovodstvenih principa (GAAP) u SAD u javnom interesu. Izvor: [http://www.fasb.org/facts/facts\\_about\\_fasb.pdf](http://www.fasb.org/facts/facts_about_fasb.pdf).

<sup>45</sup> Barr, P.(2005) "Flexing Your Budget ." Modern Healthcare.

- koje su korisne menadžerima i direktorima u donošenju odluka u interesu vlasnika;

I konačno, čitava suština pripremanja, kontrolisanja i širenja finansijskih izveštaja za jedno preduzeće je dozvoljavanje interesnim stranama da odrede finansijske performanse organizacije. Interesne strane su sledeće:

- profitni ulagači,
- neprofitni članovi odbora i sama zajednica koja sastavlja taj odbor,
- vlasnici obveznica i njihov investicioni menadžer koji se brine za kontinuiranu solventnost,
- političari koji zadužuju vladine agencije za praćenje potrošenog budžetskog novca.

Rapidan rast zdravstvenih ustanova koji omogućavaju direktne medicinske usluge, istovremeno je povećao i broj donosioca odluka koji moraju biti upoznati sa finansijskim informacijama. Efektivno donošenje odluka na njihovim poslovima zavisi upravo od tačne interpretacije finansijskih informacija. Mnogi donosioci odluka u zdravstvu uključeni su i u samo isporučivanje usluga – doktori, sestre, dijetetičari, farmaceuti, fizijatri, itd. odnosno, obučeno naučno i medicinsko osoblje kojima nedostaje edukacija i iskustvo u vođenju poslova i finansijama. Njihova specijalizovana edukacija u većini slučajeva ne uključuje kurseve poput računovodstva.

Ipak progres i promocija unutar zdravstvenih organizacija su omogućili da administrativne dužnosti donesu adekvatne finansijske informacije spremne za čuvanje. Komunikacija sa organizacionim finansijskim izvršiocima nije uvek od pomoći. Kao rezultat, nefinansijski izvršioci često ignorišu finansijske informacije. Takođe, upravni odbori, kao veoma značajni korisnici finansijskih informacija, stavljaju sve veći broj članova u zdravstvene ustanove u kako bi zadovoljili potrebe osiguranika, što može biti veoma korisno i za zajednicu i za samu ustanovu. Ipak velikom broju članova, čak i onim koji imaju iskustvo u vođenju poslovnih dužnosti, finansijski izveštaji predstavljaju veliki teret. Postoji važna destinacija između finansijskih izveštaja i poslovnih organizacija sa kojima su upoznati neki od članova upravnog odbora i onih koji se donose u okviru zdravstvenih ustanova. Članovi upravnog odbora moraju da prepoznaju ove razlike ukoliko žele da upravljaju zadovoljavajuće.

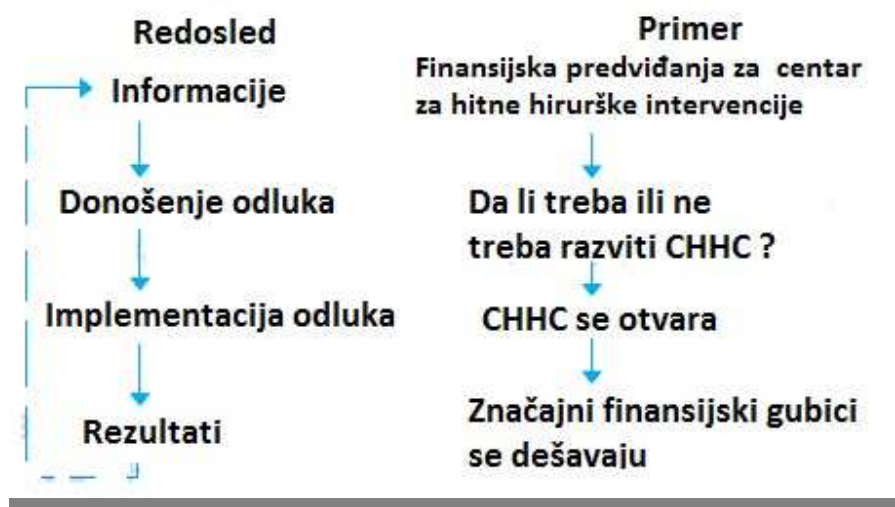
Sve veća važnost finansijskih i kriterijuma troškova u zdravstvenom donošenju odluka je treći faktor koji zahteva više znanja o finansijskim informacijama. Tokom godina, računovođe i drugi uključeni u finansijske probleme, viđeni su kao individualci sa uskim pogledima, koji ne vide šumu od drveća. Ipak, nekoliko pojedinaca u okviru industrije zdravstvene nege poreklo bi važnost finansijskih briga, pogotovo kada se radi o troškovima. Pritisci plaćanje od strane korisnika smanjuju potrebu za fokusom na troškovima.

Stoga, ovi problemi zahtevaju punu pažnju uz pomoć pravilnog korišćenja finansijskih informacija od strane velikog donosioca odluka. Ne treba naglašavati da smanjenje pažnje sa finansijskih kriterijuma može dovesti do velikih troškova i konačno, do insolventnosti.

Drugim rečima, efektivnost finansijskog menadžmenta u svakom poslu predstavlja proizvod velikog broja faktora, poput sredinskih uslova, mogućnosti osoblja i kvaliteta informacija. Veliki deo zadataka ukupnog finansijskog menadžmenta odnosi se na omogućavanje tačnih, vremenski tačnih i relevantnih informacija. Dosta ovih aktivnosti se obavlja kroz računovodstveni proces, pa je njegovo razumevanje, kao i shvatanje podataka koji kroz njega prolaze kritično za uspešno donošenje odluka.

### ***3. 2. Uloga informacije u procesu donošenja odluka unutar zdravstv. organizacija***

Velika funkcija informacije uopšte, a pogotovo finansijske informacije jeste pokretanje čitavog procesa donošenja odluka. Donošenje odluka je zapravo selekcija određenih akcija sa definisane liste mogućih akcija. U mnogim slučajevima, ove akcije mogu često biti i ne preduzimanje akcije, pa tako na primer donosioci odluka mogu odlučiti da ne donose nikakve promene na planu trenutne politike vođenja. Ipak, trebalo bi naglasiti da i akcija i ne akcija predstavljaju poslovne odluke.



Slika 6. Uloga informacija u procesu donošenja odluka

Gornja šema prikazuje na koji način je informacija vezana za proces donošenja odluka, uz primer koji je ilustruje. Generisanje informacija je ključno za donošenje odluka, a kada se radi o kvalitetu i efektivnosti ovog procesa, tačne, vremenski korektne i jasne finansijske informacije su ključne. Tako i u Tabeli 1, mogu se pretpostaviti dva redosleda preduzimanja akcija, od kojih nijedna nije obojena sigurnošću. Naprotiv, u procesu donošenja odluka, treba svesti podatke na najmanji broj pouzdanih analiza, faktora koji se mogu kontrolirati, ali postoji veliki broj faktora koji su neizvesni, poput promena u visini naknada.

Iz tih razloga, treba obratiti pažnju na identifikovanje pet značajnih upotreba finansijskih informacija u donošenju odluka<sup>46</sup>:

1. Procena finansijskih uslova određenog subjekta
2. Evaluacija resursa unutar subjekta
3. Procenjivanje efikasnosti operacija
4. Procenjivanje efektivnosti operacija
5. Određivanje usklađenosti operacije sa direktivom

<sup>46</sup> Cleverley, W., Song, P., Cleverley, J. (ed) (2011) Essentials of Healthcare Finance, Jones & Bartlett Learning, London, str. 5.

1. Procena finansijskog stanja subjekta je možda najčešća upotreba finansijske informacije. Često finansijsko stanje organizacije je izjednačeno sa njenom vitalnošću, odnosno, kapacitetom ispunjavanja ciljeva i konzistentnog nivoa aktivnosti. Kao takav, termin vitalnosti je daleko restriktivniji od solventnosti. Tako na primer, bolnica može imati ograničen nivo finansija, tako da mora da smanji mogućnosti svojih aktivnost, ali i dalje ostaje solventna. Iako se uglavnom obraća pažnja na organizaciju kao celinu, informacija o finansijskom stanju pojedinačnih njenih jedinica je podjednako važna. Kada se radi o navedenom primeru CHHC, informacija o budućem finansijskom stanju jedinice je veoma vredna. Takođe, procena finansijskog stanja uključuje i razmatranje dugoročnih i kratkoročnih efekata.
2. Istorijski gledano, evaluacija resursa subjekta je bila najvažnija upotreba računovodstvenih i finansijskih informacionih sistema. Ovi sistemi su dizajnirani tako da spreče gubitke imovine ili resursa kroz malverzacije zaposlenih, i kao takvi se koriste i danas.
3. Efikasnost u operacijama zdravstvene nege postaje sve više važan cilj za mnoge donosiocel odluka. Efikasnost je jednostavno odnos između uložениh sredstava i rezultata, ne kvaliteta rezultata, ma koliko oni loši ili dobri bili, već najnižih troškova proizvodnje. Adekvatna procena efikasnosti nagoveštava dostupnost standarda naspram koji realni troškovi mogu biti postavljeni. U mnogim zdravstvenim organizacijama, ovi standardi mogu biti formalno uključeni u budžetski proces. Pa tako odeljenje sestara može imati standard efikasnosti o 4.3 sata po jednom danu pacijentskih usluga. Ukoliko stvarno zaposlenje sestara uključuje 6 sati po danu, menadžemnt će morati da preispita svoje obrasce upravljanja osobljem.
4. Procena efektivnosti operacija se brine o postignućima ciljeva kroz proizvodnju rezultata, a ne kroz vezu između rezultata i troškova. Merenje efektivnosti je daleko teže od merenja efiksности jer većina ciljeva organizacija nije formirano kvantitativno. Zbog toga, uglavnom se stavlja veći akcenat na efikasnost.
5. Konačno, finansijska informacija se može koristiti za utvrđivanje da li su preduzete akcije u skladu sa direktivom. Najbolji primer za organizacionu internu direktivu je njen budžet, dogovor između dva nivoa menadžemnta u skladu sa upotrebom resursa za definisan vremenski period. Finansijsko izveštavanje od strane organizacije je ključno za osiguravanje usklađenosti.

| Korisnici i korišćenja |                    |         |                     |             |             |
|------------------------|--------------------|---------|---------------------|-------------|-------------|
| Eksterni               | Finansijsko stanje | Resursi | Efikasnost upotrebe | Efektivnost | Usklađenost |
| Zdravstvene koalicije  | X                  |         | X                   | X           |             |
| Unije                  | X                  |         | X                   |             |             |
| Kreditore              | X                  |         | X                   |             | X           |
| treće partije          | X                  |         | X                   | X           |             |
| Snabdevači             |                    |         | X                   |             | X           |
| Javnost                | X                  |         | X                   | X           |             |
| Interni                |                    |         |                     |             |             |
| Upravni odbor          | X                  | X       | X                   | X           | X           |
| Vrhovni menadžment     | X                  | X       | X                   | X           | X           |
| Odeljenski menadžment  |                    |         | X                   |             | X           |

Slika 7. Korisnici i načini korišćenja finansijske informacije

Slika 7<sup>47</sup> predstavlja matricu korisnika i upotreba finansijskih informacija u zdravstvenoj industriji. Ona ilustruje identifikovanje određenih oblasti korišćenja koje mogu zainteresovati određene grupe koje donose odluke i ne razmatra relativnu važnost.

Tabela 4. Konsolidovani prihodi Fonda za zdravstveno osiguranje i zdravstvenih ustanova za period 2008-2010. godine

| u milionima dinara |                                                 |              |              |              |           |           |
|--------------------|-------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------|
| R. b.              | Opis                                            | 2008. godina | 2009. godina | 2010. godina | indeks    | indeks    |
|                    | 1                                               | 2            | 3            | 4            | (4/2)x100 | (4/3)x100 |
|                    | Ukupni prihodi i primanja                       | 207.262,00   | 217.058,97   | 219.571,63   | 105,94    | 101,16    |
| 1.                 | Od budžeta Republike                            | 7.615,60     | 5.739,52     | 3.632,44     | 47,70     | 63,29     |
| 2.                 | od budžeta AP                                   | 2.211,57     | 1.838,78     | 400,53       | 18,11     | 21,78     |
| 3.                 | od budžeta opštine grada                        | 3.682,54     | 3.290,08     | 3.450,48     | 93,70     | 104,88    |
| 4.                 | od organizacija obaveznog socijalnog osiguranja | 166.085,95   | 176.076,72   | 181.322,87   | 109,17    | 102,98    |
| 5.                 | donacije                                        | 261,59       | 274,89       | 384,89       | 147,13    | 140,02    |
| 6.                 | ostali prihodi                                  | 27.404,75    | 29.838,98    | 30.380,42    | 110,86    | 101,81    |

Izvor: Izveštaj finansijskog poslovanja RFZO 2010.

<sup>47</sup> Cleverley, W., Song, P., Cleverley, J. (ed) (2011) Essentials of Healthcare Finance, Jones & Bartlett Learning, London, str. 6.

**Tabela 5. . Konsolidovani rashodi Fonda za zdravstveno osiguranje i zdravstvenih ustanova za period 2008-2010. godine**

| u milionima dinara |                                                  |              |              |              |           |           |
|--------------------|--------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------|
| R. br.             | Opis                                             | 2008. godina | 2009. godina | 2010. godina | Indeks    | Indeks    |
|                    | 1                                                | 2            | 3            | 4            | (4/2)x100 | (4/3)x100 |
|                    | <b>Ukupno:</b>                                   | 203.413,04   | 215.204,18   | 217.449,45   | 106,90    | 101,04    |
| 1.                 | <b>Od budžeta RS</b>                             | 7.652,81     | 4.944,35     | 3.374,64     | 44,10     | 68,25     |
| 2.                 | <b>Od AP</b>                                     | 2.422,15     | 1.873,24     | 388,65       | 16,05     | 20,75     |
| 3.                 | <b>Od opštine, grada</b>                         | 3.544,72     | 3.177,48     | 3.592,52     | 101,35    | 113,06    |
| 4.                 | <b>Od organizacija obaveznog soc. osiguranja</b> | 162.008,82   | 174.645,46   | 179.445,09   | 110,76    | 102,75    |
| 5.                 | <b>Od donacija</b>                               | 229,46       | 237,5        | 236,25       | 102,96    | 99,47     |
| 6.                 | <b>Od drugih izvora</b>                          | 27.555,08    | 30.326,15    | 30.412,30    | 110,37    | 100,28    |

**Izvor: Izveštaj finansijskog poslovanja RFZO 2010.**

Naravno, nije svaka upotreba finansijske informacije važna za donošenje odluke. Na primer, odboravanje CHHC može zainteresovati upravni odbor za samo dve upotrebe finansijske informacije – procenu finansijskog stanja i evaluaciju operacione efikasnosti, a sve druge mogu biti i relevantne. Odbor želi da bude siguran da usluge koje se omogućavaju, budu efikasne i da su pretpostavke dovoljno stabilne da garantuju stabilnu ili poboljšano finansijsko stanje. Kao što ova slika ilustruje, većina grupa koje donose odluke koriste finansijske informacije za procenu finansijskog stanja i efikasnosti.

### **3. 3. Osnovni finansijski izveštaji zdravstvene organizacije**

Osnovni finansijski izveštaji zdravstvene organizacije se tiču bilansa stanja, izjave o operacijama, promenama u neograničenim neto sredstvima, izjave o toku novca i dodatnih informacijama o finansijskom stanju. Važno je primetiti da svih pet stavki moraju biti prisutni u izveštaju, inače je on nepotpun.

| Osnovni izveštaji u zdravstvenoj organizaciji    |                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Finansijski izveštaj                             | Primarna svrha                                                                                                                |
| Bilans stanja                                    | Predstavlja snimak finansijskog stanja zdravstvene organizacije u određenom trenutku                                          |
| Izjava o operacijama                             | Predstavlja sumiraneprihode i troškove koji su rezultirali profitom ili gubitkom za određeni vremenski period                 |
| Izjava o promenama u neograničen neto sredstvima | Predstavlja sažetak finansijskih elemenata koji su prouzrokovali promenu u neto imovini tokom određenog vremenskog perioda    |
| Izjava o toku novca                              | Predstavlja sažetak aktive i pasive koji su prouzrokovali promenu u osnovnom stanju novca u toku određenog vremenskog perioda |
| Dodatna obaveštenja finansijskog izveštaja       | Predstavlja završetak i diskusiju informacija koje potkrepljuju brojeve iznesene u finansijskom izveštaju                     |

Slika 8. Šema objašnjenja osnovnih finansijskih izveštaja u zdravstvenim organizacijama

Upotreba finansijskih izveštaja, prema profesoru finansijskog menadžmenta zdravstvene nege, Vilijamu Kleverliju<sup>48</sup> (William Cleverly) postoji pet upotreba finansijske informacije koje bi potpomogle u donošenju odluka:

- 1) evaluacija finansijskog stanja entiteta
- 2) evaluacija odgovornosti unutar tog entiteta
- 3) pristup efikasnosti operacija
- 4) pristup efektivnosti operacija
- 5) određivanje ravnoteža operacija sa direktivom.

### 3. 4. Komparativni pregled finansijskih izveštaja RFZO 2008-2013

U periodu od 1994. godine do danas četiri puta je menjana stopa doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje i to od 1994-1996 god. 20,2%, od 1996-1996. god 16,2%, od 2001-2004.

<sup>48</sup> Cleverly, W. O.(1997) *Essentials of Healthcare Finance*. (4th ed.) Gaithersburg, Md.: Aspen.

god 11,9% i od 2004. god pa do danas 12,3%. U istom periodu su troškovi za lekove na recept porasli od približno 187 miliona evra 2006. godine na 350 miliona evra u 2011. godini<sup>49</sup>.

U ukupnim prihodima Fonda u periodu 2008. – 2012. godine, najznačajniji su prihodi od doprinosa za zdravstveno osiguranje (oko 70%) i transferi od drugih organizacija obaveznog socijalnog osiguranja (oko 28%). Uporedni pregled ostvarenih prihoda u periodu od 2008. - 2012. godine, iskazan u dinarima i evrima, dat je u Tabeli 6.

**Tabela 6. Pregled ostvarenih prihoda u periodu 2008. - 2012. godina, izvor: RFZO**

| Prihodi                             | 2008.       | 2009.       | Indeks    | 2010.       | Indeks    | 2011.       | Indeks    | 2012.       | Indeks    |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|
|                                     | Iznos       | Iznos       |           | Iznos       |           | Iznos       |           | Iznos       |           |
| 1                                   | 2           | 3           | (3/2)x100 | 4           | (4/3)x100 | 5           | (5/4)x100 | 6           | (6/5)x100 |
| UKUPNI PRIHODI (u hiljadama dinara) | 170.767.225 | 178.979.564 | 104,81    | 182.491.000 | 101,96    | 194.378.383 | 106,51    | 213.649.478 | 109,91    |
| UKUPNI PRIHODI (u hiljadama eura)   | 1.933.173   | 1.872.150   | 96,84     | 1.735.007   | 92,67     | 1.903.854   | 109,73    | 1.878.761   | 98,68     |
| Srednji kurs evra na dan 31.12.     | 88,3352     | 95,6011     | 108,23    | 105,1817    | 110,02    | 102,0973    | 97,07     | 113,7183    | 111,38    |

Sagledavajući podatke o kretanju ukupnih prihoda po godinama, može se uočiti da ukupni prihodi rastu u nominalnom iznosu, dok je iznos u evrima iskazan u 2012. godini, približno na nivou 2009. godine. U uslovima kada se beleže oscilacije realnih prihoda (u evrima) iz godine u godinu, izuzetno je teško nivo zdravstvenog osiguranja, posebno zdravstvene zaštite, održati u obimu i vrsti kako je to zakonom definisano. Ukupni nenaplaćeni doprinosi za zdravstveno osiguranje na dan 31.12.2012. godine, prema podacima Poreske uprave, iznose 148.774.877 hiljade dinara, od čega je 70.649.959 hiljada dinara naplativo (Tabela 7.)

<sup>49</sup> Strategija razvoja zdravstvenog osiguranja, maj 2013.

**Tabela 7. Nenaplaćeni doprinosi za zdravstveno osiguranje u periodu od 2008 do 2012 godine, izvor: Poreska uprava (naplativi deo doprinosa za zdravstveno osiguranje)**

| Godina | Nenaplaćeni doprinosi za zdravstveno osiguranje (u hiljadama dinara) | Srednji kurs evra, na dan 31.12 | Nenaplaćeni doprinosi za zdravstveno osiguranje (u hiljadama eura) |  |
|--------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|
| 2008.  | 43.267.792                                                           | 88,3352                         | 489.814                                                            |  |
| 2009.  | 31.348.468                                                           | 95,6011                         | 327.909                                                            |  |
| 2010.  | 21.142.086                                                           | 105,1817                        | 201.005                                                            |  |
| 2011.  | 36.264.728                                                           | 102,0973                        | 355.198                                                            |  |
| 2012.  | 70.649.959**                                                         | 113,7183                        | 621.272                                                            |  |

Na nivo (ne)ostvarenih prihoda značajno su uticale:

- donete mere u politici naplate doprinosa (zakonska rešenja o mirovanju i otpisu duga po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, oslobađanje obveznika doprinosa od uplate doprinosa);
- neefikasna naplata duga obveznika doprinosa za zdravstveno osiguranje od strane Poreske uprave;
- značajno niži transfer od budžeta za zdravstvenu zaštitu lica osiguranih po članu 22. Zakona o zdravstvenom osiguranju u odnosu na zakonom propisana sredstva.

Osnovica za uplatu doprinosa za osiguranike iz člana 22. Zakona je mesečna osnovica doprinosa koju čini iznos od 15% prosečne mesečne zarade u Republici isplaćene po zaposlenom u prethodnoj godini, prema objavljenom podatku republičkog organa nadležnog za poslove statistike<sup>50</sup>, a stopa po kojoj se obračunava i plaća doprinos jeste 12,3%. Budžet je bio u obavezi da za zdravstvenu zaštitu lica iz člana 22. Zakona obezbedi sredstva, iskazana u Tabeli 8.

**Tabela 8. Planirana i (ne)naplaćena sredstva iz budžeta Republike Srbije u periodu od 2008 do 2012 godine, izvor: Poreska uprava**

| Godina | Obaveza budžeta za zdr. zaštitu lica, osig. po članu 22 | Planirano u Finansijskom planu | Preneta sredstva iz budžeta (u | Razlika u hiljadama dinara | Razlika u hiljadama eura |
|--------|---------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|
|--------|---------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|

<sup>50</sup> član 35b. Zakona o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje – “Službeni glasnik RS“, br. 84/04, 61/05, 62/06, 5/09, 52/11, 101/11, 7/12 - usklađeni din. izn. i 8/13 - usklađeni din. izn.

|       | Zakona (u hiljadama dinara) | Fonda(u hiljadama dinara) | hiljadama dinara) |            |         |
|-------|-----------------------------|---------------------------|-------------------|------------|---------|
| 1     | 2                           | 3                         | 4                 | 5=2-4      | 6       |
| 2008. | 18.580.000                  | 4.000.000                 | 4.000.000         | 14.580.000 | 165.053 |
| 2009. | 25.214.759                  | 588.384                   | 588.384           | 24.626.375 | 257.595 |
| 2010. | 24.910.460                  | 588.000                   | 595.063           | 24.315.397 | 231.175 |
| 2011. | 11.890.256                  | 615.048                   | 563.794           | 11.326.462 | 110.938 |
| 2012. | 13.315.212                  | 615.048                   | 615.048           | 12.700.164 | 111.681 |

Da su ostvareni prihodi po osnovu duga obveznika doprinosa za zdravstveno osiguranje po podacima Poreske uprave i prihodi od budžeta po članu 22. Zakona, ukupni prihodi Fonda u hiljadama evra u posmatranom periodu bili bi ostvareni u iznosima iskazanim u evrima(Tabela 9).

**Tabela 9. Očekivani a neostvareni prihodi od doprinosa i budžeta u periodu 2008-2012 godina (u hiljadama evra), izvor: Poreska uprava**

| Godina | Ostvareni ukupni prihodi | Nenaplaćeni doprinosi za zdravstveno osiguranje | Nerealizovani transferi od budžeta | Ukupno    |
|--------|--------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------|-----------|
|        | 1                        | 2                                               | 3                                  | 4=1+2+3   |
| 2008.  | 1.933.173                | 489.814                                         | 165.053                            | 2.588.040 |
| 2009.  | 1.872.150                | 327.909                                         | 257.595                            | 2.457.654 |
| 2010.  | 1.735.007                | 201.005                                         | 231.175                            | 2.167.187 |
| 2011.  | 1.903.854                | 355.198                                         | 110.938                            | 2.369.990 |
| 2012.  | 1.878.761                | 621.272                                         | 111.681                            | 2.611.714 |

S obzirom da prihodi iskazani u kolonama 2 i 3 nisu ostvareni, izuzetno teško je bilo održati postojeći obim i kvalitet zdravstvene zaštite i uvođenje novih tehnologija, a da pri tome zdravstvene ustanove ne stvaraju veće obaveze od sredstava utvrđenih Finansijskim planom Fonda (ugovori između Fonda i zdravstvenih ustanova).

Ostvareni ukupni prihodi u 2012. godini iznose 1.878.761 hiljada evra, što je 261,42 evra po osiguraniku Republike Srbije. Da su u 2012. godini ostvareni prihodi i po osnovu nenaplaćenih

doprinosa i transfera od budžeta, sredstva po stanovniku bi iznosila 363,40 evra, što bi bilo za 39% više u odnosu na ostvarena.

Iznos nenaplaćenih doprinosa za zdravstveno osiguranje po podacima dostavljenim od Poreske uprave za 2012. godinu, dat je nezavisno od toga ko je ostvario pravo na mirovanje i otpis duga shodno Zakonu o uslovnom otpisu kamate i mirovanju duga.

Zbog limitiranih prihoda i rashoda u Finansijskom planu Fonda, utvrđenih smernicama za izradu finansijskog plana u skladu sa Izveštajem o fiskalnoj strategiji i obaveze da se obezbedi ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, stvorene su obaveze iznad rashoda utvrđenih Finansijskim planom Fonda, u iznosima dinara i eura navedenim u Tabeli 10.

**Tabela 10. Neizmirene obaveze ustanova u odnosu na finansijski plan Fonda u periodu od 2008 do 2012 godine, izvor: RFZO**

| Godina | Neizmirene obaveze fonda na dan 31. 12. (u hiljadama dinara) | Neizmirene obaveze fonda na dan 31. 12. (u hiljadama dinara) |
|--------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 2008.  | 10.841.340                                                   | 122.730                                                      |
| 2009.  | 12.936.340                                                   | 135.316                                                      |
| 2010.  | 18.404.670                                                   | 174.980                                                      |
| 2011.  | 23.478.290                                                   | 229.960                                                      |
| 2012.  | 14.181.030                                                   | 124.703                                                      |

Iz svih podataka prikazanih u tabelama, može se zaključiti da visina neostvarenih prihoda značajno premašuje iznos neizmirenih obaveza Fonda prema davaocima zdravstvenih usluga. Na ovakav zaključak ukazuju podaci o iznosima prikazani u Tabeli 11.

**Tabela 11. Transferi iz budžeta, neuplaćeni doprinosi i neizmirene obaveze Fonda u periodu 2008-2012 godina (iznosi izraženi u hiljadama dinara), izvor RFZO.**

| Godina | Manji transfer od budžeta po članu 22. Zakona | Nenaplaćeni doprinosi za zdravstveno osiguranje | Ukupno manje preneti sredstva fondu | Neizmirene obaveze Fonda na dan 31. 12 | Razlika |
|--------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|---------|
| 1      | 2                                             | 3                                               | 4=2+3                               | 5                                      | 6=4-5   |

|       |            |            |            |            |            |
|-------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 2008. | 14.580.000 | 43.267.792 | 57.847.792 | 10.841.340 | 47.006.452 |
| 2009. | 24.626.375 | 31.348.468 | 55.974.843 | 12.936.340 | 43.038.503 |
| 2010. | 24.315.397 | 21.142.086 | 45.457.483 | 18.404.670 | 27.052.813 |
| 2011. | 11.326.462 | 36.264.728 | 47.591.190 | 23.478.290 | 24.112.900 |
| 2012. | 12.700.164 | 70.649.959 | 83.350.123 | 14.181.030 | 69.169.093 |

Neostvareni prihodi od doprinosa i od budžeta u posmatranom periodu omogućili bi<sup>51</sup>:

- 1) izvršavanje preuzetih obaveza,
- 2) proširenje obima i sadržaja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- 3) finansiranje novih tehnologija,
- 4) kvalitetniju zdravstvenu zaštitu,
- 5) edukaciju kadrova,
- 6) promenu načina finansiranja,
- 7) sprovođenje programa racionalizacije u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti,
- 8) finansiranje naknada iz kolektivnog ugovora,
- 9) povećanje broja zaposlenih u Fondu u odnosu na broj osiguranih lica,
- 10) stručno usavršavanje zaposlenih.

Svi navodi upućuju na neophodnost stabilnih izvora finansiranja zdravstvenog osiguranja i potrebu da se u narednom periodu finansiranje uskladi sa zakonskim odredbama, uz aktivno učešće svih institucija kako bi se obezbedila sredstva za sprovođenje i razvoj zdravstvenog osiguranja u Srbiji.

Za svaki program zdravstvene zaštite postoji funkcija „zdravstvene proizvodnje“, što ukazuje na vezu između potrošnje i zdravstvenog ishoda. Zdravstveni rashodi se mogu meriti na razne načine, ali cilj je zdravstvena zaštita koja će obezbediti produženje životnog veka, usklađenog sa kvalitetom života u obliku kvalitetnijih godina života.

---

<sup>51</sup> Strategija razvoja zdravstvenog osiguranja, maj 2013.

## 4. Reformisanje sistema zdravstvenog osiguranja u Srbiji

Razlozi za reformisanje sistema zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite u našoj zemlji su, uz prisutne specifičnosti, uglavnom slični kao i u ostalim državama. To su, na prvom mestu, neophodnost da se javna potrošnja, u ovom slučaju troškovi zdravstvenog osiguranja smanje, odnosno da se usklade sa realnim finansijskim mogućnostima društva u celini, posebno sa realnim mogućnostima budžeta Republike i Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje. Osnovni kriterijum za uspostavljanje tog balansa je usklađivanje potreba stanovništva za korišćenjem zdravstvene zaštite sa raspoloživim finansijskim sredstvima za obezbeđivanje i sprovođenje te zaštite. Poseban problem u pronalažanju tog sklada su sve veće potrebe za zdravstvenom zaštitom, prouzrokovane opštom i zdravstvenom kulturom, produženjem životnog veka, povećanjem broja starih lica koja koriste zdravstvenu zaštitu, nepovoljnim stanjem u životnoj i radnoj sredini, na jednoj strani i potreba da se, na principima međugeneracijske uzajamnosti i solidarnosti, obaveznim zdravstvenim osiguranjem, kao najracionalnijem obliku za obezbeđenje zdravstvene zaštite i drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, obuhvati što veći broj građana<sup>52</sup>.

### 4. 1. Dosadašnji učinak

Realizacija potreba stanovništva za korišćenjem zdravstvene zaštite u najracionalnijem obliku, radi uspostavljanja održivog sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja, najnovijim reformama tog sistema kod nas (Zakon o zdravstvenom osiguranju, Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o komorama zdravstvenih radnika, 2005<sup>53</sup>), postiže se na taj način što se iz sredstava budžeta, kao i sredstava poslodavaca, odnosno osiguranih, obezbeđuju sredstva za zdravstvenu zaštitu i druga prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u kome participiraju, kako država (za lica koja nemaju sopstvene prihode), tako i pojedinci, odnosno poslodavci. Pored toga, radi uspostavljanja održivog sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja, intencije najnovijih reformi su da se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja prilagode finansijskim mogućnostima društva u ovom momentu, vodeći računa o ravnomernoj opterećenosti osiguranih lica i zaštiti najugroženijih

---

<sup>52</sup> Pjević, N. (2006) „Reforme sistema zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite“ (Koncepti i socijalna politika), Socijalna misao/2. str. 145-6.

<sup>53</sup> Izvor: [http://www.paragraf.rs/propisi/zakon\\_o\\_komorama\\_zdravstvenih\\_radnika.html](http://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_komorama_zdravstvenih_radnika.html).

građana, kako obolelih tako i građana koji nemaju dovoljno sredstava za obezbeđivanje zdravstvene zaštite, kao i lica starijih od 65 godina koja su nesposobna za samostalni rad i ostvarivanje prihoda.

Zakonom je predviđeno da se obaveznim zdravstvenim osiguranjem obezbeđuje osiguranje za slučaj bolesti i povrede van rada, kao i osiguranje za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti, kao i da prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja čine: pravo na zdravstvenu zaštitu, pravo na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad i pravo na naknadu troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite. Ova prava mogu da se ostvaruju samo pod uslovom da je dospel doprinos za zdravstveno osiguranje plaćen.

Najnovije reforme sistema zdravstvenog osiguranja kod nas podrazumevaju i usklađivanje sistema zdravstvenog osiguranja sa savremenim tokovima u zemljama Evropske unije, (u nekim slučajevima restriktivno i preuranjeno)<sup>54</sup>, što se između ostalog ogleda i kroz usklađivanje prava i standarda iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i kroz uspostavljanje više oblika zdravstvenog osiguranja, u ovom momentu obaveznog i dobrovoljnog. Naime, uvedeno je dobrovoljno zdravstveno osiguranje na principu ravnopravne mogućnosti pružanja ove vrste osiguranja, kako od strane Republičkog zavoda, tako i od drugih osiguravajućih društava, s tim što je posebno uređeno dopunsko zdravstveno osiguranje, kao poseban vid ukupne društvene zaštite osiguranih lica, odnosno vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje se organizuje i sprovodi u javnom interesu.

Najnovijim zakonskim rešenjima data je mogućnost licima koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem da se uključe u dobrovoljno osiguranje, kako bi za sebe i članove svoje porodice obezbedili pravo na zdravstvenu zaštitu, kao i druga prava iz ovog osiguranja.

Uveden je i prethodni staž zdravstvenog osiguranja<sup>55</sup>, kao uslov za ostvarivanje određenih prava iz zdravstvenog osiguranja. Naime, osigurano lice mora imati najmanje tri meseca neprekidno ili devet meseci sa prekidima staža zdravstvenog osiguranja, u poslednjih 18 meseci, pre

---

<sup>54</sup> Pjević, N. (2006) „Reforme sistema zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite“ (Koncepti i socijalna politika), Socijalna misao/2. str, 147.

<sup>55</sup> Pravilnik o načinu i postupku uključivanja u obavezno zdravstveno osiguranje lica koja nisu obavezno zdravstveno osigurana, izvor: [http://www.lat.rfzo.rs/download/Pravilnik\\_nacin\\_postupak\\_ukljucivanja-lat.pdf](http://www.lat.rfzo.rs/download/Pravilnik_nacin_postupak_ukljucivanja-lat.pdf).

ostvarivanja određenog prava iz zdravstvenog osiguranja. Izuzetak u korišćenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja predstavljaju lica kod kojih je nastupila povreda na radu ili profesionalna bolest, a koja nemaju prethodni staž osiguranja od tri meseca, kao i pružanje zdravstvene zaštite u hitnim slučajevima. U napred navedenim situacijama osiguranim licima se obezbeđuje zdravstvena zaštita bez obzira na uslov prethodnog osiguranja. Pored toga, obezbeđuje se i pravo na naknadu zarade, u visini minimalne zarade utvrđene u skladu sa propisima o radu. Na taj način, izvršena je zaštita ovih kategorija osiguranika i u slučaju kada ta lica nemaju propisano prethodno osiguranje.

Zakonom je predložen sadržaj prava na zdravstvenu zaštitu koja se obezbeđuje obaveznim zdravstvenim osiguranjem, odnosno precizno su uređena sva prava obavezno osiguranih lica, tako da će se podzakonskim aktima uređivati samo specifičnosti predložene zdravstvene zaštite koja kao pravo pripada osiguranom licu.

Definisan je tzv. „paket obaveznog zdravstvenog osiguranja<sup>56</sup>“, predviđen pravilima Evropske unije, odnosno precizno su utvrđena ona prava koja se osiguranim licima garantuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, na taj način što je utvrđen procenat učešća sredstava Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje, odnosno procenat učešća sredstava koji pada na teret osiguranog lica – participacija. Predloženim rešenjem pokriven je 100% iznos cena onih zdravstvenih usluga iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja koje predstavljaju najširu potrebu svih osiguranih lica, odnosno potrebu zaštite žena, dece, učenika i studenata do navršениh 26 godina života, odnosno zdravstvenu zaštitu lica koja su teško telesno ili duševno ometena u razvoju, kao i lica koja su obolela od bolesti većeg socijalno-medicinskog značaja. Na taj način, neophodna zdravstvena zaštita se obezbeđuje u celini iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Između ostalog, predloženo je i da će Republički zavod utvrditi najviši godišnji iznos, ili najviši iznos po određenoj vrsti zdravstvene usluge, do koga će osigurano lice moći iz svojih sredstava da plaća zdravstvene usluge. Zakonom je predloženo da Republički zavod opštim aktom utvrdi i iznos participacije koju je osigurano lice obavezno da plaća za korišćenje zdravstvenih usluga iz

---

<sup>56</sup> Očekuje se da će primena nove regulative dovesti do pojave novih paketa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno da će osiguravajuća društva u narednom periodu raditi na unapređenju ponude u okviru DZO. Izvor: <http://www.sveoosiguranju.rs/?page=208>.

tzv. „paketa osiguranja“. Novinu u ovom zakonu predstavlja i uvođenje Saveta filijale koji se obrazuje od predstavnika osiguranih lica sa područja te filijale, sa ciljem artikulacije interesa korisnika.

U Srbiji, kao i u mnogim drugim zemljama, uveliko nedostaju sredstva i potencijali, tako da se čine neadekvatni naponi da se postigne pravednost u finansiranju zdravstva. Uticaj je, nesumnjivo, najsuroviji na siromašne, koji su gurnuti dublje u siromaštvo nedostatkom finansijskih sredstava za zaštitu zdravlja. U Srbiji postoje stručni kadrovi, posvećeni poslu, koji rade na svim nivoima da unaprede zdravlje svojih zajednica. Takođe je razvijena mreža zdravstvenih ustanova. Ipak, malo je argumenata da je zdravstveni sistem doprineo enormno boljem zdravlju za većinu stanovništva. Na početku novog veka postoji potencijal i nada da će se postići velika unapređenja. Pojavljuje se mreža nevladinih organizacija koje se angažuju na unapređenju zdravlja.

Treba imati u vidu da slabo strukturisani, loše postavljeni, neefikasno organizovani i neadekvatno finansirani zdravstveni sistemi mogu učiniti više štete nego koristi. U Srbiji se oseća nedostatak multisektorske saradnje, neodgovarajuće finansiranje programa unapređenja zdravlja, nedovoljan pristup zdravstvenoj zaštiti marginalizovanih grupa itd. Krajnja odgovornost za državni zdravstveni sistem leži na vladi, koja za uzvrat treba da uključi sve sektore društva u svoj nadzor. Stručnjaci Svetske zdravstvene organizacije, s pravom ukazuju da je pažljivo i odgovorno rukovođenje blagostanjem populacije suština dobrog rukovođenja, pri čemu je zdravlje naroda uvek nacionalni prioritet, a vladina odgovornost za njega je neprekidna i postojana<sup>57</sup>.

Striktnije nadgledanje onih koji pružaju usluge i osiguranje u privatnom sektoru mora biti prioritet nacionalne politike. Treba napraviti razliku između pružaoca usluga (kako javnih tako i privatnih) koji doprinose ciljevima zdravstva i onih koji prave štetu, ili su bez efekta na njega, i podržati ih ili sankcionisati. Politika promena ravnoteže između autonomije pružaoca usluga i potrebne odgovornosti treba da bude nadgledana neposredno u smislu njihovog uticaja na zdravstvo, odgovornost i raspodelu finansijskog opterećenja. Pojava sve većeg broja privatnih ordinacija i klinika nameće potrebu supervizije. Stručnjaci WHO ističu da je nadzor zdravstvenog sistema, za koji je odgovorna vlada, potreban kako bi se poboljšali rezultati. To zahteva

---

<sup>57</sup> TheWorld Health Report, 2000.

sadržajnu, sveobuhvatnu viziju politike koja prepoznaje sve najvažnije učesnike i dodeljuje im uloge. Treba koristiti realne resurse i fokusirati se na dostizanje sistemskih ciljeva. Potrošači zdravstvenih usluga moraju da budu bolje informisani o tome šta je dobro, a šta nije za njihovo zdravlje, koje sve vrste usluga mogu dobiti, zašto se ne mogu sva njihova očekivanja ispuniti, ali i da imaju prava, koja svi oni koji pružaju usluge treba da poštuju. Značajna je aktivnost na motivaciji stanovništva, posebno dece i omladine, za prihvatanje zdravih stilova života. Pojam „prava pacijenta” treba da se unapređuje i da se osnuje mehanizam za brzo i pravedno otkrivanje njegovog kršenja. Stručnjaci SZO navode da vlade mogu da ohrabre različite oblike plaćanja unapred – bazirana na zaposlenju, na lokalnoj zajednici, ili bazirano na pružaocu usluga – ka odeo pripremnog procesa konsolidovanja malih fondova u veće<sup>58</sup>. Više udruživanja sredstava finansiranja omogućava unakrsne dotacije od bogatih siromašnima i od zdravih bolesnima. Izazovi sa kojima se suočava najveći broj tranzicionih ekonomija tiču se racionalizacije sistema sa viškom osoblja i kapaciteta i relociranje ušteda na komplementarna ulaganja. U cilju najefikasnije preraspodele troškova vlada treba da odluči koju vrstu zdravstvenog sistema želi, sa jasnim razgraničenjem ko šta obezbeđuje i ko i zašto plaća

## **4. 2. Trend budućih aktivnosti**

### **4. 2. 1. Problemi protoka novca u zdravstvu u Srbiji**

Totalni troškovi zdravstva poslednjih godina dostigli su 7. 7% bruto domaćeg proizvoda u visokorazvijenim zemljama, 5. 8% u srednjerazvijenim i 4. 7% u slabo razvijenim zemljama, sudeći po izveštaju Svetske banke još iz 2006<sup>59</sup>. Istraživanja su pokazala da ekonomski razvoj zemalja evolviraju tokom vremena što više teži da troši na zdravstvo. U tom smislu, nacionalna zdravstvena osiguranja nude neka od veoma efektivnih rešenja kako bi proširili zaštitu na koliko god je to ljudi moguće, na osnovu principa solidarnosti. Sudeći po SZO, javno trošenje tokom poslednjih godina kroz nacionalne zdravstvene programe posebno je bilo dominantno kod zemlja članica OECD-a (Organisation for Economic Co-operation and Development), kao i

---

<sup>58</sup> The World Health Report 2000.

<sup>59</sup> Drouin, A. *Methods of financing health care A rational use of financing mechanisms to achieve universal coverage*, Technical Report 05, [www.issa.int](http://www.issa.int).

tranzicionim ekonomijama Evrope i sevrenoafričkim zemljama, dok privatno zdravstveno osiguranje igra ključnu ulogu u SAD i latinoameričkim zemljama.

Rezultati svih ovih statističkih istraživanja povezani su sa sve većim globalnim problemom neformalnog plaćanja za zdravstvene usluge<sup>60</sup>, kao i one za koje se smatra da ostavljaju teret na zdravstveni rizik i trošak za pojedince čije porodice su ozbiljno finansijski ugrožene ukoliko član porodice postane ozbiljno bolestan.

To dovodi do zaključka koji istovremeno predstavlja opasnost po najskoriju budućnost, a to je nedostatak javnih mera koje bi opskrbile sistematsko zdravstveno pokrivanje, pogotovo za ljude u siromašnim zemljama. Takođe, jasno je da se nastoji kombinovanju različitih metoda za finansiranje kada je reč o mobilizovanju finansijskih resura za zdravstvenu negu, pogotovo tokom period od 90-ih godina prošlog veka, kada je univerzalni pristup servisiran zdravlja bio postepeno uveden kao prioritet u razvoju srednje i slabo razvijenih zemalja.

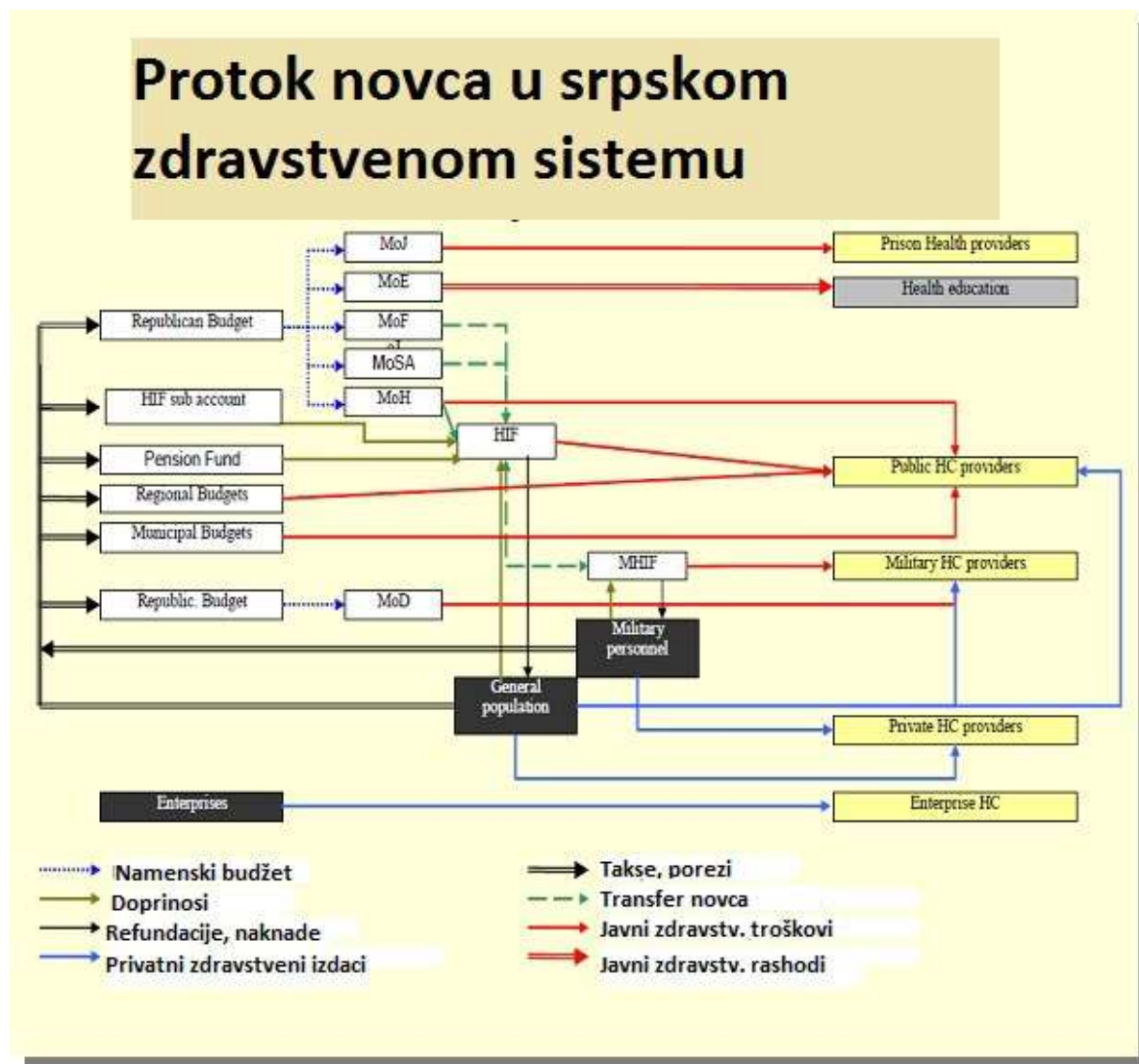
Još jednom treba napomenuti starenje svetske populacije koje će uticati na veće trošenje resursa potrošeno na dugoročnu negu i različite zdravstvene usluge specifične za stariju populaciju, pa stoga problem prilagođavanja njihovim rastućim potrebama.

Iako je javno snabdevanje zdravstvenim uslugama u Srbiji slabo dokumentovano i veliki broj podataka rutinski sakupljan, najrespektabilniji izvor informacija je Republički fond za zdravstveno osiguranje koji stoji iza 90% trošenja na javno zdravlje u Srbiji. Druge informacije

---

<sup>60</sup>“out-of-pocket method” Ovaj metod finansiranja predviđa da individualni pacijenti direktno plaćaju davaocu zdravstvenih usluga iz svog «džepa» za materijal i usluge koje su dobili. Ovi troškovi, po pravilu, ne mogu da budu refundirani od treće strane, recimo od osiguranja. Prvi argument u korist ovog načina plaćanja, naročito u zemljama sa niskim dohotkom, je mogućnost da se sakupi dodatni novac, koji će se potrošiti u lokalnoj zajednici. Na taj način, teoretski, povećavaju se odgovornost i transparentnost. Postoji nada da ovo može dovesti do smanjene korupcije i smanjenih opštih troškova i sl. Drugi argument u korist ovog načina plaćanja je da ovako ljudi neće koristiti nepotrebne usluge zdravstvene zaštite, zato što moraju da plate za njih. Međutim, u stvarnosti, krajnji izazov je kako obezbediti da ljudi koriste zdravstvene usluge onda kad im je to zaista potrebno, u situaciji kad nemaju dovoljno novca da za njih plate. Participacija predstavlja jedan od načina organizovanja ove vrste finansiranja. Novac koji dolazi direktno „iz džepa“ tipičan je za zemlje sa niskim i srednjim dohotkom. Kad se radi o „neformalnim“ načinima plaćanja, novijestudije kažu da možda postoji spremnosti i mogućnost da se plati, pogotovo za ambulatnu delatnost. <http://www.rfzo.rs/download/Principifinansiranja.pdf>.

se mogu pronaći u izveštajima institucija organizovanih od strane ministarstva zdravlja, kao i nešto limitiranih informacija unutar velikih privatnih institucija.



Slika 9. Šematski prikaz protoka novca u srpskom zdravstvenom sistemu, izvor (Bruckner, 2006).

Trenutno, svi podaci u vezi sa finansiranjem privatnih zdravstvenih usluga preuzeti iz budžeta domaćinstava (household budget survey - HBS), odnosno koliko su privatna domaćinstva naela da troše na zdravstvenu negu. Iako ovi podaci nisu nikada bili načelno preispitani postoji velika

opasnost sistematski nedovoljnog izveštavanja i podataka u istim<sup>61</sup>. Takođe, privatna zdravstvena nega je primarno mogućnost visokobudžetnih domaćinstava koji su sistematski najmanje zastupljeni u HBS istraživanjima u gotovo svim zemljama sveta.

Ono što još sprečava jasnu sliku o finansiranju zdravstva u Srbiji je i oblast internacionalnih donacija. Srbija dobija velike količine donacija usmerenih na zdravlje, kako od javnih, tako i od privatnih institucija, kako u novcu, tako i u obezbeđivanju različitih aparata, opremljivanju bolnica, domova zdravlja i slično. S obzirom da donacije mogu leći na račune stranih valuta sa srpskim komercijalnim bankama, nije uvek jednostavno u potpunosti proceniti sveukupnu vrednost donacija.

**Tabela 12. Statistika finansiranja u evropskim zemljama**

|                                            | 2003              | 2004               | 2005               | 2006               |
|--------------------------------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Ukupni troškovi u zdravstvu</b>         | <b>97.153.751</b> | <b>115.000.777</b> | <b>139.742.832</b> | <b>167.146.634</b> |
| <b>% BDP-a</b>                             | <b>8,3</b>        | <b>8</b>           | <b>8</b>           | <b>8,2</b>         |
| <b>Rashodi RZZO</b>                        | <b>61.190.800</b> | <b>75.297.876</b>  | <b>93.229.623</b>  | <b>108.274.764</b> |
| <b>% BDP-a</b>                             | <b>5,22</b>       | <b>5,26</b>        | <b>5,33</b>        | <b>5,30</b>        |
| <b>Javni izvor finansiranja % BDP-a</b>    | <b>5,66</b>       | <b>5,68</b>        | <b>5,72</b>        | <b>5,70</b>        |
| <b>% Ukupni h zdravstveni h troškova</b>   | <b>63</b>         | <b>65</b>          | <b>67</b>          | <b>65</b>          |
| <b>Donacije kao % BDP-a</b>                | <b>0,34</b>       | <b>0,05</b>        | <b>0,02</b>        | <b>0,02</b>        |
| <b>Privatni izvor finansiranja % BDP-a</b> | <b>2,29</b>       | <b>2,27</b>        | <b>2,24</b>        | <b>2,48</b>        |

izvor: 1NHA derived indicators

Različiti pristupi su korišćeni – podaci iz Narodne banke, Ministarstva finansija, kao i veb sajtova internacionalnih donatorskih društava. Količina koja je trenutno procenjena nosi velike rizike procene i potrebno je dalje raditi na tome u budućnosti. S obzirom da je većina donacija okidač

<sup>61</sup> Gajić –Stevanović, M. (2009) *Health care system and spending in Serbia*, <http://www.healthsystems2020.org/content/impact/detail/2285/>. str.15

za unapređivanje medicinsko-tehničke i građevinske opreme, uticaj na trenutne troškove zdravstva svakako nije mali, jer većina donacija završava u rashodima zdravstva.

## Zaključak

*The wish for healing has always been half of health.*

Seneka

*Any health care funding plan that is just, equitable, civilized and humane must - must - redistribute wealth from the richer among us to the poorer and the less fortunate. Excellent healthcare is by definition re-distributional.*

Donald Berwick

Zdravstveno osiguranje i zdravstvena zaštita se u većini zemalja Evrope, a i kod nas, načelno finansira sredstvima iz državnog i drugih budžeta. U poslednjih nekoliko decenija finansijska sredstva (budžet) nisu u stanju da podmire sve vrste rashoda koji nastanu u okviru zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite, što je upozoravajući signal da se neke relacije moraju pod hitno menjati. U odnosu na najčešće korišćene klasifikacije sistema zdravstvene zaštite u stručnoj literaturi<sup>62</sup>, može se izvesti zaključak da je sistem zdravstvene zaštite Republike Srbije suštinski mešovitog karaktera, a zasnovan na obaveznom zdravstvenom osiguranju, sa doprinosom kao osnovnim izvorom finansiranja, visokim obuhvatom stanovnika obaveznim zdravstvenim osiguranjem i zdravstvenom zaštitom, kao i dominantnim državnim vlasništvom nad zgradama i opremom.

Ako je osnovni cilj svakog sistema zdravstvenog osiguranja potpuni obuhvat zaštite građana, a u velikom broju jeste, onda se treba usredsrediti na korekciju postojećih finansijskih i zdravstvenih mera. U tim slučajevima se mora voditi računa o principima socijalne pravde.

Na primer, neprestano se vodi debata o sužavanju kruga osiguranika. Odmah se nameće pitanje, koji su kriterijumi za takav potez i hoće li to oni koji izgube status osiguranika mirno podneti.

---

<sup>62</sup> Kutzin J., Cashin Ch., Jakab M.(2010), *Implementing Health Financing Reform Observatory Studies Series*,: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies

Mnogi, a to je iskustvo iz Zapadne Evrope, nisu bilo kojom reformom smanjivali prava osiguranika jer se takav potez smatrao socijalno-politički neprihvatljivim.

Zato se sve više pristupa traženju mogućnosti za uvođenje dobrovoljnog osiguranja. Dobrovoljno osiguranje je odavno pokriveno zakonskim odredbama. Dileme koje su postojale odnosile su se na mogućnost osiguranja onih lica koja nisu obuhvaćena obaveznim osiguranjem. To je lako rešeno, ona lica koja već imaju obavezno zdravstveno osiguranje ali žele da prošire svoj paket prava mogu to da učine. Ubrzo su dati odgovori i na pitanja poput onih da li se plaća doprinos ili premija, odgovor je premija. Što se tiče pitanja ko će upravljati sredstvima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, stvari su potpuno jasne, ne postoji razlog formiranja posebnih službi niti organa upravljanja kad one postoje u Zavodu i kada se međusobne obaveze uređuju ugovorima između Zavoda i osiguranika. U dobrovoljno osiguranje ne mora se, a može, uključivati poslodavac, ako je ono povoljnije regulisano kolektivnim ugovorima.

Zbog demografskih promena i drugih faktora (razvoj tehnike, obrazovanje ljudi, nove bolesti i administrativni troškovi) sa jedne strane, *pay-as-you-go*<sup>63</sup> sistema plaćanja i veoma prisutnog moralnog hazarda sa druge, postoji stalni pritisak na finansijsku održivost zdravstvenih sistema, a u evropskim državama i njegovih osnovnih principa (solidarnost i jednakost). Novi izazov je i finansijska kriza. Stalne reforme imaju za cilj da obezbede što bolje medicinske usluge, ali pre svega finansijsku održivost zdravstvenog sistema.

Demografske promene, tj. sve duži životni vek a sve niži natalitet, dovode u pitanje finansijsku održivost raspodele zasnovane na *pay-as-you-go* principu. To je slučaj kako sa penzijskim tako i sa zdravstvenim osiguranjem. Ni jedna država, bez obzira na stepen razvoja, nije pošteđena demografskih promena i rasta troškova zdravstvene zaštite. Sa druge strane, najčešći način organizovanja zdravstvenog osiguranja se bazira na međugeneracijskoj solidarnosti, koja je upravo ugrožena demografskim promenama, tj. starenjem stanovništva.

Republika Srbija je prema nivou ekonomskog razvoja merenog veličinom nacionalnog dohotka (ND) po glavi stanovnika, na 97 mestu (od 215 zemalja sveta) u 2010. godini na osnovu baze podataka Svetske banke sa 11.020 internacionalnih dolara usklađenih prema paritetu kupovne

---

<sup>63</sup> Ne stvaraju se fondovi za budućnost, već se zdravstvena zaštita finansira iz tekućeg priliva sredstava u fondove, tj. koliko se prikupi toliko se i potroši.

moći. Prema njenoj klasifikaciji ona je sada u grupi zemalja sa višim srednjim nacionalnim dohotkom po glavi stanovnika (u rasponu od 3.855 do 11.905 internacionalnih dolara) i pripada zemljama u razvoju. Vrednost indeksa ljudskog razvoja za 2011. godinu je 0,766 što je rangira na 59 mesto od 187 zemalja sveta. Indeks obuhvata tri osnovne dimenzije ljudskog razvoja predstavljene vrednostima očekivanog trajanja života na rođenju, prosečnim godinama edukacije odraslih i nacionalnim dohotkom po glavi stanovnika. Između 2000 i 2011. godine vrednost indeksa ljudskog razvoja za Srbiju je porasla od 0.719 na 0.766<sup>64</sup>.

Svaki oblik solidarnosti, pa i međugeneracijske, koji u zdravstvenom osiguranju ima značajnu socijalnu dimenziju, sa sobom nosi i negativne pojave, kao što je moralni hazard koji značajno povećava troškove osiguranja i ukupne troškove zdravstvene zaštite. Poznato je da će pojedinac kada nema nikakvih troškova zahtevati ono što mu često i nije neophodno. U slučaju kada sam snosi deo troškova (participacija, franšiza), on će biti obazriviji i zahtevaće samo one procedure koje su mu neophodne. Zbog toga evropske zemlje, pored obaveznog zdravstvenog osiguranja koje obezbeđuje univerzalno pokriće za osnovnu zdravstvenu zaštitu, sve više uvode dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao dopunski oblik obaveznog osiguranju. Na taj način se štite od moralnog hazarda i obezbeđuju dopunski izvor finansiranja.

Sistem zdravstvene zaštite Republike Srbije karakteriše dobro razvijena mreža zdravstvenih ustanova više nivoa zdravstvene zaštite. Nivo primarne zdravstvene zaštite obuhvata 210 ustanova od čega 158 domova zdravlja i 18 Fonda sa mrežom zdravstvenih stanica i ambulantni i 34 apoteke. Sekundarna zdravstvena zaštita obuhvata 76 ustanova sa 40 opštih bolnica i 36 specijalnih bolnica i rehabilitacionih centara, a tercijarni nivo zdravstvene zaštite obuhvata 29 ustanova (4 klinička centra, 4 kliničko bolnička centra, 14 instituta, 7 klinika). U okviru specijalizovane zdravstvene zaštite sadržano je 23 instituta/Fonda za javno zdravlje, 3 Fonda za transfuziju, 1 institut za virusologiju, 1 Fond za biocide i 1 Fond za antirabičnu zaštitu. Ovako posmatrano mreža zdravstvenih ustanova obuhvta ukupno 344 zdravstvene ustanove, bez ustanova na KiM<sup>65</sup>.

---

<sup>64</sup> Strategija za razvoj zdravstvenog osiguranja, maj 2013.

<sup>65</sup> Izvor: [www.rfzo.rs](http://www.rfzo.rs).

Upravo radi ovakvih podataka, i problema finansiranja koji su izraženi u prethodnom poglavlju, jasno je da su Fondu potrebne promene u finansiranju<sup>66</sup>:

- Kapitacija u primarnoj zaštiti - Kapitacija je način plaćanja primarne zdravstvene delatnosti, zavisno od broja osiguranih lica koja su izabrala, opredelila se za pojedinog lekara. Predstavlja kombinaciju fiksnog dela plate i varijabilnog koji je zapravo rezultat radnog učinka lekara. Varijabilni deo plate lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Republici se obračunava na osnovu 4 kriterijuma: registracije, racionalnosti, preventive i efikasnosti.
- Dijagnostički srodne grupe (DSG) - Dijagnostički srodne grupe su sistem finansiranja bolnica koji tek treba uvesti, a za to su potrebne intenzivne pripreme i odlučnost Fonda za zdravstveno osiguranje, Ministarstva zdravlja i Instituta za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut". Dijagnostički srodne grupe i sistem finansiranja akutnih bolnica na toj osnovi su za sada najbolji način kontrole troškova zdravstvene zaštite, koji u čitavom svetu pa i u Republici Srbiji nastavljaju rast i ugrožavaju druge vidove zdravstvene zaštite, ekonomsku snagu i razvoj država. Dijagnostički srodne grupe (u daljem tekstu DSG) je sistem zasnovan na konceptu koji je razvio tim sa Univerziteta Jejl u Sjedinjenim Američkim Državama pod nazivom Diagnosis Related Groups (DRG). Autorstvo pripada Robertu Fetteru Profesoru menadžmenta na Univerzitetu Jejl i DžoanTompson profesoru Škole javnog zdravlja tog Univerziteta. Klasifikacije se razlikuju u odnosu na kriterijume sličnosti, koji se koriste a određivanje grupe. U kontekstu zdravstvene zaštite najvažnije mere sličnosti slučajeva su zdravstveni problem (dijagnoza, stanje, potreba za negom), ishod lečenja i nege (stvarno zdravstveno stanje), način lečenja i nege (intervencija, postupak, itd.), korisnost lečenja i nege (vrednost, protivvrednost u novcu, zdravstvenakorist), prognoza (očekivano zdravstveno stanje) i troškovi lečenja i nege (korišćenje resursa). Tako na primer, kao kriterijumum se može uzeti dijagnoza – pa će bolesnici sa istom ili sličnom dijagnozom pripadati istoj grupi.

---

<sup>66</sup> Simić S, Bjegović V, Jelača P, Kosanović R, Marinković J, Mladenović D.(2000) *Osnove za reformu sistema zdravstvene zaštite u Republici Srbiji*. Beograd: Centar za proučavanje alternativa/Samizdat B92.

Kao kriterijum sličnosti mogu se uzeti i troškovi lečenja i nege – stoga će bolesnici sa istim ili sličnim troškovima lečenja i nege takođe pripadati istoj grupi<sup>67</sup>.

Iz svega navedenog, jasno je da ovo istraživanje daje doprinos u boljem razumevanju različitih faktora koji utiču na reforme zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite, kako pozitivno, tako i negativno. Mogućnosti biranja odgovarajućeg modela osiguranja i organizacija zdravstvene zaštite, ispravno korišćenje finansijskih informacija radi poslovnog odlučivanja u zdravstvu i transparentnost statističkih podataka su sve aspekti ključni za razumevanje fenomena u zdravstvu, pogotovo kada je u pitanju reforma unutar njenog sistema.

Drugim rečima, zdravstvena politika treba da proizilazi iz ukupne društveno-ekonomske i socijalne politike<sup>68</sup>. Na osnovu definisanja osnovnih pravaca razvoja sistema zdravstvene zaštite formulišu se zakonski i podzakonski akti, kao što je i u ovom radu pokazano. Kako već duži vremenski period postoje brojne teškoće u sistemu zdravstvene zaštite reforme su neminovne u svim njenim segmentima. Reforma je kontinuiran proces koji treba da prati promene društveno-ekonomskog sistema u cilju očuvanja i unapređenja zdravlja stanovništva, omogućavanja jednake dostupnosti zdravstvenoj zaštiti, selektivne decentralizacije u oblasti upravljanja resursima i širenja izvora i načina finansiranja, poboljšanja zdravstvenog sistema uz ostvarivanje posebnih programa, kadrovskog jačanja, kao i definisanje uloge privatnog sektora.

Ipak, zaključuje se da se mora posvetiti veća pažnja kvalitetu rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao i javnosti rada na nivou domova zdravlja, insistiranjem na poštovanju prava pacijenata povećavanjem odgovornosti zdravstvenih radnika. Obezbeđenje neophodnih usluga odgovarajućeg kvaliteta celokupnom stanovništvu predstavlja važan zadatak u reformi sistema zdravstvene zaštite. Uz to je neophodno povećati efikasnost korišćenja postojećih resursa, njihovom boljom raspodelom, razvojem informacionog sistema, marketinga i finansijskog menadžmenta. Svakako, uključivanje privatnog sektora na nivou lokalne zajednice u sistem zdravstvene zaštite i obezbeđenje njegovog ravnopravnog tretmana (izveštavanje o broju pruženih usluga, kontrola cena i kontrola kvaliteta rada) je neminovnost koja se mora sastojati od

---

<sup>67</sup> Strategija za razvoj zdravstvenog osiguranja, maj, 2013.

<sup>68</sup> Čekerevac. A. (2007) "Zdravstvena zaštita u Srbiji-uslov socijalne sigurnosti" Socijalna misao, vol. 14, br. 4, str. 29-48.

egzaktnih informacija. Ne treba zanemariti ni aktivnu saradnju i odgovornost pacijenata za svoje zdravlje.

Svakako je neophodno uložiti više kolektivnih napora. Oni će se usmeriti kroz međunarodne institucije, fondove i zemlje donatore koji će povećati obim i efikasnost podrške razvoju zdravlja u zemljama gde je to najpotrebnije. Pored vlade, nevladinih organizacija i građanskog društva, značajnu ulogu treba da ima i privatni sektor. Angažovanje sredstava javnog informisanja i komunikacija, a naročito interneta i televizije, pruža veliku priliku za informisanje i obrazovanje stanovništva kao i jačanje uverenja u važnost lične i kolektivne brige za zdravlje.

## Literatura

### Knjige

- 1) Berger, S. (Ur.) (2008) *Fundamentals of Health Care Financial Management - A Practical Guide to Fiscal Issues and Activities*, Third Edition, John Wiley & Sons, Inc.
- 2) Bjegović V.(2013), *Menadžment zdravstvenim osiguranjem*, Projekt reforme zdravstvenog osiguranja Srbije, (u štampi).
- 3) Cleverley, W., Song, P., Cleverley, J. (ed) (2011) *Essentials of Healthcare Finance*, Jones & Bartlett Learning, London.
- 4) Drucker, P. (1954) *The Practice of Management*, New York: Harper & Row.
- 5) Drucker P.(2003) *Moj pogled na menadžment: Izbor iz dela o menadžmentu Pitera Drucker-a*, Adižes, Novi Sad,.
- 6) Gapenski, L. (Ur.) (2006) *Understanding Healthcare Financial Management*, Fifth Edition, Health Administration Press, Chicago, Illinois.
- 7) Gasmi G.(2010), *Pravo i osnovi prava Evropske unije*, Univerzitet Singidunum Beograd.
- 8) Jeremić Lj. (2012) *Ekonomika Osiguranja*, Univerzitet Singidunum, Beograd.
- 9) Kočović J., Hanić H.(2006) *Savremeni trendovi u razvoju tržišta osiguranja*, Univerzitet Singidunum, Beograd.
- 10) Kotler P., Shalowitz, J., Stevens R., *Strategic Marketing For Health Care Organizations - Building a Customer-Driven Health System*, San Francisco: Jossey-Bass A Wiley imprint.
- 11) Kutzin J., Cashin Ch., Jakab M.(2010), *Implementing Health Financing Reform: Observatory Studies Series*, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.
- 12) Maslow, A. (1970) *Motivation and Personality*, 2nd ed. New York: Harper & Row.
- 13) Mašić B, (2001) *Strategijski menadžment*, Univerzitet Braća Karić, Beograd.
- 14) McKee M., Baeten R., ed., (2008), *Patient mobility in the European Union: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

- 15) Miljević M., (2007) *Skripta iz metodologije naučnog rada*, Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Filozofski fakultet, Pale.
- 16) Mossialos E., Thomson S., (2004) *Voluntary health insurance in the European Union*, Brussels, World Health Organization.
- 17) Mrkšić D., Petrović M., (2004) *Pravo osiguranja*, Fakultet za poslovno pravo, Beograd.
- 18) Nowicki , M. (2004) *The Financial Management of Hospitals and Health Care Organizations* . ( 3rd ed. ) Ann Arbor, Mich .: Health Administration Press.
- 19) Pak J., Jeremić Lj., Barjaktarović L., (2012) *Osnovi osiguranja*, Univerzitet Singidunum Beograd.
- 20) Rakonjac-Antić, T. (2008) *Penzijsko i zdravstveno osiguranje*, Centar za izdavačku delatnost, Ekonomski fakultet Beograd.
- 21) Ristić Ž., Dinčić M.,(2006) *Ekonomija socijalnog zdravstvenog i penzijskog osiguranja*, Univerzitet Singidunum, Beograd.
- 22) Simić S, Bjegović V, Jelača P, Kosanović R, Marinković J, Mladenović D.(2000) *Osnove za reformu sistema zdravstvene zaštite u Republici Srbiji*. Beograd: Centar za proučavanje alternativa/Samizdat B92
- 23) Šulejić P. (2006) *Pravo osiguranja*, Univerzitet Singidunum Beograd.
- 24) Vujović R., Kapidžić Lj.(2008) *Preventiva u osiguranju*, Univerzitet Singidunum, Beograd.
- 25) Vukmanović L. Č., (1994), *Menadžment u zdravstvu, politika i strategija zdravstvenog razvoja, Menadžment zdravstvenih programa i zdravstvenog sistema*, Evropski centar za mir i razvoj–ECPD, Univerzitet za mir Ujedinjenih nacija, Savremena administracija, Beograd.

#### Članci u zbornicima i časopisima

- 1) Čekerevac. A. (2007) “Zdravstvena zaštita u Srbiji-uslov socijalne sigurnosti” *Socijalna misao*, vol. 14, br. 4, str. 29-48.

- 2) Douver N., (2004) „Svetsko siromaštvo“ u P. Singer, Uvod u etiku, izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića, Sremski Karlovci–Novi Sad, str. 393-340. Šolak, Z. (2002) “Ekonomika zdravstvene zaštite-razvoj i otvoreni problemi”, Privredna izgradnja, Vol. XLV, br.1-2.
- 3) Janković, D. (2011) “Zdravstveno osiguranje kao faktor troškova zdravstvene zaštite”, Škola biznisa Broj 4, str. 69-82. Izvor: <http://www.vps.ns.ac.rs/SB/2011/8.7.pdf>.
- 4) Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E., Glinos I. A., (2008), “Assuring the Quality of Health Care in the European union, A case for action”, Observatory Studies Series No 12, Sixth Framework programme, World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policy.
- 5) Mossialos E., (1997), “Citizens Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union“, Health Economics 6(2), str. 109-116.
- 6) Pjević, N. (2006) „Reforme sistema zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite“ (Koncepti i socijalna politika), Socijalna misao/2. str. 145-6.
- 7) Totić, E. (2012) „Neka pitanja u vezi sa finansiranjem zdravstvene zaštite u zemljama članicama Evropske unije“, Medicinski glasnik Specijalna bolnica za bolesti štitaste žlezde i bolesti metabolizma Zlatibor, vol 17. br. 43, str. 54-83.
- 8) Van de Gronden J. W., (2009) “Financing Health Care in EU Law: Do the European State Aid Rules Write Outan Effective Prescription for Integrating Competition Law with Health Care?” The competition law review ,Volume 6, Issue 1, str. 5-29.

#### Zvanični izveštaji EK i SZO

- 1) Drouin, A. Methods of financing health care A rational use of financing mechanisms to achieve universal coverage, Technical Report 05, [www.issa.int](http://www.issa.int).
- 2) Gajić –Stevanović, M. (2009) Health care system and spending in Serbia, <http://www.healthsystems2020.org/content/impact/detail/2285/>.

- 3) "Health Act 2004". Irish Statute Book. Office of the Attorney General. izvor:  
<http://www.irishstatutebook.ie/pdf/2004/en.act.2004.0042.pdf>
- 4) World Health Organization Assesses the World's Health Systems. Izvor:  
<http://www.who.int/inf-pr-2000/en/pr2000-44.html>.
- 5) "OECD Health Data 2012: How Does Spain Compare". OECD, 2012. Izvor:  
<http://www.oecd.org/spain/BriefingNoteSPAIN2012.pdf>.
- 6) Rajnih, M. EMEU Praktikum , br. 8/10 (2008), Evropska agencija za rekonstrukciju.
- 7) World Health Organization Statistical Information System: Core Health Indicators. Izvor:  
[http://www.wunrn.com/news/2007/08\\_07/08\\_06\\_07/081207\\_world.htm](http://www.wunrn.com/news/2007/08_07/08_06_07/081207_world.htm).
- 8) "World Health Organization – Italy". WHO, 2010. Izvor:  
[http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf)

#### Zakoni i uredbe

- 1) *Strategija za razvoj zdravstvenog osiguranja*, maj 2013, Republički fond za zdravstveno osiguranje.
- 2) Uredba o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ( „ Sl.glasnik RS“, br.108/08,49/09 ).  
Dostupna na:  
[http://www.rfzo.rs/download/dobrovoljno/Uredba\\_dobrovoljno\\_zdr\\_osiguranje.pdf](http://www.rfzo.rs/download/dobrovoljno/Uredba_dobrovoljno_zdr_osiguranje.pdf).
- 3) Zakon o zdravstvenom osiguranju u Srbiji (Sl.glasnik RS „,br.107 /2005,109/2005-ispr. i 57/2011 godine, član 3 .), dostupan na:  
[http://www.paragraf.rs/propisi/zakon\\_o\\_zdravstvenom\\_osiguranju.html](http://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zdravstvenom_osiguranju.html)
- 4) Zakon o zdravstvenom osiguranju “,Sl.glasnik RS “,br.107/2005,109/2005-ispr. i 57/2011-god, član 236 . Izvor:  
[http://www.paragraf.rs/propisi/zakon\\_o\\_zdravstvenom\\_osiguranju.html](http://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zdravstvenom_osiguranju.html).
- 5) Uredba o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS”, br. 107/05 i 109/05), izvor:

<http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/Zakoni/Uredbe/Uredba%20O%20Dobrovoljnom%20Zdravstvenom%20Osiguranju.pdf>.

- 6) Zakon o komorama zdravstvenih radnika (Sl. glasnik RS", br. 107/2005 i 99/2010) Izvor: [http://www.paragraf.rs/propisi/zakon\\_o\\_komorama\\_zdravstvenih\\_radnika.html](http://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_komorama_zdravstvenih_radnika.html).
- 7) Pravilnik o načinu i postupku uključivanja u obavezno zdravstveno osiguranje lica koja nisu obavezno zdravstveno osigurana, („Sl. glasnik RS“, br.24/06 i izmena i dopuna objavljenih u „Sl. glasniku RS“, br. 95/07, 23/09)) izvor: [http://www.lat.rfzo.rs/download/Pravilnik\\_nacin\\_postupak\\_ukljucivanja-lat.pdf](http://www.lat.rfzo.rs/download/Pravilnik_nacin_postupak_ukljucivanja-lat.pdf).

#### Internet izvori:

- 1) Forum "Dobrovoljno zdravstveno osiguranje u Srbiji - mogućnosti razvoja" Izvor: <http://www.sveeosiguranju.rs/?page=208>. (pristupljeno u aprilu 2013.)
- 2) Načini prikupljanja sredstava za finansiranje zdravstva, izvor: <http://www.rfzo.rs/download/Principifinansiranja.pdf>. (pristupljeno u maju 2013)
- 3) Vodič kroz sistem zdravstvene zaštite, izvor: [http://www.cipcentar.org/preuzimanje/biblioteka/Obuka\\_PA/VODIC%20KROZ%20SISTEM%20ZDRAVSTVENE%20ZASTITE.pdf](http://www.cipcentar.org/preuzimanje/biblioteka/Obuka_PA/VODIC%20KROZ%20SISTEM%20ZDRAVSTVENE%20ZASTITE.pdf). (pristupljeno u martu 2013)
- 4) URL: <http://www.rfzo.rs/> (pristupljeno u martu 2013.)
- 5) URL: <http://www.ilo.org/global/lang--en/index.htm>. (pristupljeno u februaru 2013.)
- 6) URL: <http://www.who.int/en/>. (pristupljeno u aprilu 2013.)
- 7) URL: <http://scindeks.ceon.rs/> (pristupljeno u aprilu 2013.)
- 8) URL: <http://www.questia.com/> (pristupljeno u martu 2013)



## Indeks slika i tabela

|                                                                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Slika 1. Šema menadžmenta rizikom, izvor: Mitrović, M., Mitrović, U. (2013). <i>Menadžment u teoriji i praksi</i> . Beograd: Fakultet za menadžment MSP i UMIKS. ....       | 24 |
| Slika 2. Šema ciljeva zdravstvenih organizacija .....                                                                                                                       | 39 |
| Slika 3. Kompromis između rizika i povraćaja investicija.....                                                                                                               | 40 |
| Slika 4. Šema održivosti u finansijskom menadžmentu.....                                                                                                                    | 41 |
| Slika 5. Izgled KZO, izvor:Strategija zdravstvenog osiguranja Srbije 2013 .....                                                                                             | 44 |
| Slika 6. Uloga informacija u procesu donošenja odluka .....                                                                                                                 | 48 |
| Slika 7. Korisnici i načini korišćenja finansijske informacije.....                                                                                                         | 50 |
| Slika 8. Šema objašnjenja osnovnih finansijskih izveštaja u zdravstvenim organizacijama .....                                                                               | 52 |
| Slika 9. Šematski prikaz protoka novca u srpskom zdravstvenom sistemu, izvor (Bruckner, 2006).<br>.....                                                                     | 64 |
| <br>Tabela 1. Komparacija karakteristika modela zdravstvenog osiguranja.....                                                                                                | 26 |
| Tabela 2. Troškovi zdravstvene zaštite kao % učešća u BDP prema selekciji OECD.....                                                                                         | 37 |
| Tabela 3. Planovi izdavanja KZO .....                                                                                                                                       | 43 |
| Tabela 4. Konsolidovani prihodi Fonda za zdravstveno osiguranje i zdravstvenih ustanova za period 2008-2010. godine .....                                                   | 50 |
| Tabela 5. . Konsolidovani rashodi Fonda za zdravstveno osiguranje i zdravstvenih ustanova za period 2008-2010. godine .....                                                 | 51 |
| Tabela 6. Pregled ostvarenih prihoda u periodu 2008. - 2012. godina, izvor: RFZO.....                                                                                       | 53 |
| Tabela 7. Nenaplaćeni doprinosi za zdravstveno osiguranje u periodu od 2008 do 2012 godine, izvor: Poreska uprava (naplativi deo doprinosa za zdravstveno osiguranje) ..... | 54 |

|                                                                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 8. Planirana i (ne)naplaćena sredstva iz budžeta Republike Srbije u periodu od 2008 do 2012 godine, izvor: Poreska uprava .....                            | 54 |
| Tabela 9. Očekivani a neostvareni prihodi od doprinosa i budžeta u periodu 2008-2012 godina (u hiljadama evra), izvor: Poreska uprava .....                       | 55 |
| Tabela 10. Neizmirene obaveze ustanova u odnosu na finansijski plan Fonda u periodu od 2008 do 2012 godine, izvor: RFZO .....                                     | 56 |
| Tabela 11. Transferi iz budžeta, neuplaćeni doprinosi i neizmirene obaveze Fonda u periodu 2008-2012 godina (iznosi izraženi u hiljadama dinara), izvor RFZO..... | 56 |
| Tabela 12. Statistika finansiranja u evropskim zemljama.....                                                                                                      | 65 |