

ФАКУЛТЕТ ИНЖЕЊЕРСКИХ НАУКА



НАЗИВ СТУДИЈСКОГ ПРОГРАМА: Инжењерски менаџмент

НИВО СТУДИЈА: Мастер академске студије

ПРЕДМЕТ: Инжењерска економија

БРОЈ ИНДЕКСА: 605/2013

Младен М. Филиповић

Анализа финансирања здравствених установа у Србији

мастер рад

Комисија за преглед и одбрану:

1. Др Рајко Чукић - ментор
2. _____
3. _____

Датум одбране: _____

Оцена: _____

У оквиру овог мастер рада кандидат треба да анализира, уз препоручену литературу, систем финансирања здравствених установа у Републици Србији, као и финансирање целокупног система здравствене заштите, кроз сагледавање свих аспеката који на то утичу. Такође, кандидат треба да анализира и утицај достигнутих реформских процеса у здравству на систем његовог финансирања. Према наведеном, а на основу прикупљених информација и емпиријских истраживања, кандидат треба да утврди тренутно стање и дефинише проблеме који негативно утичу на систем финансирања, утврди узроке и последице. Кроз сагледавање свих чињеница кандидат мора да предложи мере које треба предузети како би се систем финансирања здравствених установа у Србији побољшао.

Препоручена литература:

- [1] Ракоњац - Антић Т. (2012) „Пенизијско и здравствено осигурање“ Београд
- [2] Пејовић Н. (2006) „Реформе система здравственог осигурања и здравствене заштите“ Београд
- [3] Томсон С. и Мосиалос С. (2004) „Добровољно здравствено осигурање у Европској унији“ Брисел

Крагујевац,

ментор:

Рајко Чукић проф.др

РЕЗИМЕ

У наредним странама овог рада биће речи о начину финансирања здравствене заштите у Републици Србији, као и начину на који је она организована. Такође, детаљно ће бити приказани модели финансирања здравствене заштите у свету, са посебним освртом на моделе здравственог осигурања. Компаративном анализом остварених прихода Републичког фонда за здравствено осигурање у периоду од 2008. године до 2013. године моћи ће да се види да ли се у здравственом систему Републике Србије улагало у развој и да ли је било простора за напредак, или је само одржаван на том нивоу да задовољи основне потребе. Биће посебно анализиран систем здравственог осигурања у Србији и докле се стигло са реформама, како система здравственог осигурања, тако и целокупног система здравствене заштите. Један део рада се односи на студију случаја, где ће кроз начин финансирања Дома здравља Крагујевац бити анализирано како се финансирају здравствене установе у Србији. У раду ће бити и дефинисани недостаци и проблеми у финансирању здравствених установа, са мерама за њихово превазилажење.

Кључне речи: Финансије, здравство, здравствене установе, осигурање, реформе.

ABSTRACT

In the following pages of this paper, we will discuss the method of financing health care in the Republic of Serbia, as well as the manner in which it is organized. Furthermore, the models of financing health care in the world will be shown in detail, with special emphasis on models of health insurance. A comparative analysis of realized revenues of the Republic Health Insurance from 2008 to 2013 will show whether there has been investment in the development of Health Care System of the Republic of Serbia and whether there has been any room for progress or it has only been maintained to meet basic needs. The Health insurance system in Serbia will be analyzed as well as where we are with the reform of health insurance system and the health care system in general. One part of the paper refers to the case study where, through the method of financing the Health Care Center of Kragujevac, the method of financing health institutions in Serbia will be analyzed. The paper will point out the shortcomings and problems in the financing of health care services, and the means to overcome them.

Keywords: finances, health, health care institutions, insurance, reform.

САДРЖАЈ

УВОД.....	6
I МЕТОДОЛОШКЕ ОСНОВЕ	7
1. 1. Предмет истраживања.....	7
1. 2. Циљ истраживања.....	7
1. 3. Проблем истраживања.....	8
1. 4. Методе истраживања.....	8
II СИСТЕМИ ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВА У СВЕТУ.....	9
2. 1. Модели и облици организовања здравственог осигурања	9
2. 2. Европски и амерички модел.....	13
2.2.1. Европски модел.....	13
2.2.2. Амерички модел.....	16
2.2.3. Медицински штедни рачуни.....	18
III ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ У СРБИЈИ.....	19
3.1. Структура здравственог система.....	19
3.2. Класификација здравственог система	21
3.3. Приватне здравствене установе.....	24
3.4. Акредитација здравствених установа у Србији.....	25
3.5. Финансирање система здравствене заштите у Србији.....	27
3.5.1. Обавезно здравствено осигурање (социјално осигурање).....	28
3.5.2. Финансирање из државног буџета.....	29
3.5.3. Приватно здравствено осигурање.....	30
3.5.4. Финансирање из џепа грађана.....	30
3.5.5. Финансирање од стране локалне заједнице.....	31

3.6. Менаџмент у здравственим установама и њихов утицај на финансијско пословање.....	31
3.7. Упоредна анализа остварених прихода Републичког фонда за здравствено осигурање у периоду 2008. – 2013. година.....	32
3.8. Реформа здравственог система.....	34
3.9. Реформе система здравственог осигурања.....	35
3.9.1. Достигнућа у реформи.....	36
IV СТУДИЈА СЛУЧАЈА – Дом здравља Крагујевац.....	38
4.1. Студије случајева - начин финансирања здравствених установа у Србији.....	38
4.2. Основне информације.....	38
4.3. Органи Дома здравља Крагујевац	39
4.4. Финансирање Дома здравља Крагујевац.....	40
4.4.1. Извори финансијских средстава.....	41
4.4.1.1. Републички фонд за здравствено осигурање.....	41
4.4.1.2. Оснивач - локална самоуправа.....	42
4.4.1.3. Донације.....	42
4.4.1.4. Сопствена средства.....	43
4.5. Управљање финансијама у Дому здравља Крагујевац.....	43
4.6. Упоредна анализа прихода и примања за период 2011.-2015.	47
4.7. Закључна разматрања.....	51
ЗАКЉУЧАК.....	52
ЛИТЕРАТУРА.....	55
ИНТЕРНЕТ ИЗВОРИ.....	56

УВОД

Насељавањем простора на којима данас живимо од стране Словена у VI и VII веку јављају се први облици здравствене заштите и бриге о здрављу тадашњег становништва. Иако је мали број доказа, који су непотпуни, историчари медицине тврде да су то зачеци организовања медицинске помоћи. По извештајима цара Маврикија (582-602), Словени су по досељењу на Балкан знали за припремање биљних отрова за стреле, а по налазима из некрополе у Бајиној Башти и за хируршке интервенције¹.

Све до оснивања јединствене српске државе, 1166. године, од стране великог жупана Стефана Немање и њеног јачања за време краља Милутина и цара Душана, медицина је била мешавина магијске, анимистичке, теургијске и народне медицине. Све до Косовског боја медицина у Србији се развијала и пратила тадашње трендове који су били присутни у осталим деловима старог континента². Мрачни период и период стагнације и деградације организованог облика пружања здравствене заштите траје до ослобађања од турског ропства. Податак да је Србија у XIX век ушла без иједне болнице и без иједног школованог лекара и да је званично српска медицина у то време важила за најнеразвијенију у Европи, довољно говори о последицама владавине Турака на овим просторима.

Како и развој модерне српске државе, тако и развој модерне здравствене заштите у Србији почиње након другог срског устанка, када у Србију и долазе први школовани лекари, а међу првима 1821. године Наполитанац - карбонар др Вита Ромита. До 1839. године у Кнежевини Србији је било школованих лекара само у Београду, Крагујевцу и Пожаревцу.

Даљи развој здравствене заштите, све до краја другог светског рата је пратио околности у којима се развијао, чести ратови и епидемије разних болести су утицале да се степен здравствене заштите убрзано развија.

¹ http://sr.wikipedia.org/sr/istorija_srpske_medicine

² Цеперковић З. (2005), *Српска медицина у средњем веку*, Београд стр 82-84

I МЕТОДОЛОШКЕ ОСНОВЕ

1.1. Предмет истраживања

Предмет истраживања је анализа финансирања здравствених установа као и утицаја реформских процеса. Предмет истраживања је такав да захтева комплексност у процесу, тачније теоријско – емпиријски приступ у истраживању.

1.2. Циљ истраживања

Како би циљ у потпуности задовољио потребе овог рада, неопходно је да поседује две неодвојиве компоненте које се морају равноправно третирати и у исто време и у потпуности достићи. Тачније, може се рећи да овај рад има два циља, а то су научни и друштвени циљ.

Научни циљ јесте научна анализа и дескрипција показатеља утицаја реформи здравственог система на финансирање здравствених установа.

Друштвени циљ је заправо приказ тренутне ситуације у којој се налазе здравствене установе у Србији посматране са аспекта финансија и пружање одређених појашњења са предлозима мера за унапређење.

1.3. Проблем истраживања

Свака земља, неvezано за њен степен развоја, утицаја верски доминантне заједнице и чланства у савезима, када је у питању финансирање здравствене заштите, поседује законску регулативу која се поштује, а од чијег квалитета директно зависи степен искоришћености расположивих ресурса, а самим тим и квалитет здравствене заштите. Ово заправо значи да свака земља поседује своју здравствену политику, на коју утичу различити фактори, што заправо значи да је она директно повезана са свим друштвеним токовима у једној земљи.

Оно што поседују развијене земље у свету, а што је предуслов за правилну алокацију финансијских средстава, јесте доследност здравствене политике која се прилагођава потребама корисника и времену у ком егзистира. Проблем се јавља у земљама у развоју, земљама које немају јасну представу догађаја у будућности међу којима је и Србија, где здравствени систем трпи сталне промене у покушају да се он учини квалитетнијим. У том лутању, држава нема јасан став на који начин и како треба спровести реформе које би довеле до здравог темеља када је у питању финансирање здравствених установа. Поред несхватања реформи на прави начин, већ као светски тренд, додатни проблем настаје појавом економске кризе у целом свету.

1.4. Методе истраживања

У овом раду методе истраживања добрим делом су детерминисане кроз предмет истраживања. Како би овај рад приказао реално тренутну ситуацију и како би користио будућем времену биће коришћене како квантитативне тако и квалитативне научне методе. Од општенаучних метода, биће коришћене хипотетичко – дедуктивна метода, као и компаративна метода. Такође ће бити коришћене и основне аналитичке и синтетичке методе, као и метода за прикупљање материјала (студија случаја и метод анализе докумената).

II СИСТЕМИ ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА У СВЕТУ

2.1. Модели и облици организовања здравственог осигурања

Свака земља на свету има организован систем здравственог осигурања, а најчешће је његов степен организованости директно зависан од степена развијености саме земље. Питање организације система здравственог осигурања је кључно за функционисање система здравствене заштите, јер се највећи део трошкова те заштите финансира управо из здравственог осигурања.

Иако свака држава самостално одређује систем здравственог осигурања према сопственим потребама и у складу са сопственим социјалним и економским показатељима, данас се сви ти системи могу, према карактеристичним решењима, груписати у неколико модела. И поред специфичности које сваки тај систем носи са собом, постоје одређени модели које је дала Светска здравствена организација. Ти модели се међусобно разликују по критеријуму обавезности (добровољно и обавезно), укључености у здравствени систем, начину финансирања, начину организовања и управљању расположивим ресурсима³.

Светска здравствена организација дакле, истиче поделу, према начину финансирања, управљања, одлучивања о правима и обавезама, укључености становништва у заштиту, солидарности и планирању подручја осигурања, на следеће моделе здравственог осигурања:

- Бизмарков
- Беверицов,
- Семашков (социјалистички) и
- Тржишни (предузетнички) модел.

³ <http://www.rfzo.rs/download/Modelizdrosig.pdf>

Бизмарков модел представља облик обавезног здравственог осигурања⁴, који обезбеђује универзално покриће. Финансира се из доприноса запослених као осигураника и послодаваца. Доприноси су сразмерни висини примања, тј. одређени су у облику процената од зарада. Темелји се на принципима непрофитности и солидарности међу свим осигураним лицима. Финансирање спроводи више независних, углавном непрофитних фондова, агенција, болничких каса и сл. Њима управљају представници осигураника, који склапају уговоре са даваоцима здравствених услуга и на тај начин обезбеђују здравствену заштиту за своје осигуранике. Развијен је у Немачкој, затим Аустрији, Француској, Белгији, Луксембургу, Холандији, Швајцарској, Словенији итд.

Беверицов модел обезбеђује финансирање здравствене заштите из пореза, тј. из државног буџета. Базира се на солидарности и обезбеђује универзално покриће становништва здравственом заштитом у државним или приватним здравственим установама. Држава има одлучујућу улогу у управљању системом здравствене заштите, а она је и власник опреме и установа које су укључене у систем јавног здравства. Лекари у том систему су државни запосленици и они раде за плату.

У пракси примене овог модела, као највише проблематичне су се показале две карактеристике: прво, чињеница да се већина лекара сматра државним службеницима и да има фиксне плате, није довољна мотивација да би се они посветили побољшању квалитета услуга које пружају, и друго - овде су уобичајене дуге листе чекања пацијената на оне интервенције које нису хитне. За разлику од Бизмарковог модела, у управљање нису укључени осигураници, већ је оно у надлежности државе. Типичан пример земље која користи овај модел је В. Британија, затим Ирска, Исланд, Финска, Норвешка, Шведска итд.

⁴ Ракоњац - Антић Т. (2012) „Пенизијско и здравствено осигурање“ Београд стр. 193

Семашков модел⁵ је био примењиван у Совјетском Савезу и другим социјалистичким земљама. У источноевропским земљама има још остатака у начину размишљања становништва да држава треба да обезбеди квалитетну и бесплатну здравствену заштиту за све. У овом моделу држава је одговорна за организовање и финансирање здравствене заштите целокупног становништва, а искључена је могућност приватне здравствене заштите. Сличан је Беверицовом моделу. Постоје мишљења да је то само посебан облик Беверицовог модела.

Тржишни (предузетнички) модел⁶ значи да здравствено осигурање организују и спроводе приватне организације (компаније за осигурање и агенције) на профитној основи. Финансира се из приватних средстава осигураника, најчешће премије осигурања. Не базира се на солидарности и не обезбеђује универзално покриће. Најпознатији облик постоји у САД.

Потпуно чистих система нема. Сви полако преузимају одређена решења из других земаља и на тај начин добијају карактеристике других модела. Уз јавне, све више се афирмишу приватни системи, тако да се у скоро свим земљама могу наћи добровољна приватна осигурања, као допунска, додатна и паралелна. Док у државама са доминантним приватним осигурањем долази до увођења социјалног осигурања како би се постигло универзално покриће здравственим осигурањем.

⁵ Ракоњац - Антић Т. (2012), „Пенизијско и здравствено осигурање“ Београд стр. 198

⁶ <http://www.rfzo.rs/download/Modelizdrosig.pdf>

Табела бр. 1, Разлике у моделима здравственог осигурања

Карактеристике	Бизмарков Модел	Бевеицов Модел	Семашков (социјалистички) Модел	Тржишни (предузетнички) Модел
Финасирање	Доприноси послодаваца, осигураника итд.	Порези и буџет	Централни државни буџет	Приватна средства осигураника, приватна осигурања
Управљање	Самоуправно од представника осигураника и послодавца	Држава и њени органи	Централна влада и министарство здравља	Приватне организације и агенције
Одлучивање о правима и обавезама	Носиоци јавног осигурања у оквиру јавних овлашћења	Држава и њени органи	Централна влада	Све се темељи на понуди и тражњи
Укљученост (обавеза) становништва у заштиту	Целокупно становништво са неким изузецима	Целокупно становништво	Целокупно становништво	Нема обавезе осигурања, одлука је добровољна
Солидарност	Апсолутна	Апсолутна	Апсолутна	Не постоји
Планирање послова осигурања	Држава и носиоци	Држава	Држава	Не постоји

Извор: РФЗО

Сви модели финансирања су приказани у табели бр. 1 кроз шест карактеристика. На овај начин се лако може видети на који начин се финансирају здравствени системи који примењују неки од ових модела, како се тим новцем управља, ко креира правила по којима све функционише.

2.2. Европски и амерички модел

Како предходна подела може бити нејасна, а у неким случајевима је тешко применити у пракси у изворном облику, извршена је најједноставнија подела која је уједно и најраспрострањенија. Та подела има два модела и то су Европски модел и Амерички модел⁷.

2.2.1. Европски модел

У земљама Европске уније егзистира европски модел, где се здравствено осигурање заснива на обавезном осигурању. Овакав вид обавезног осигурања се финансира из доприноса на зараде, како на терет запослених, тако и на терет послодавца. Основни принципи су солидарност и једнакост приступа здравственим услугама. Обезбеђује пакет основних здравствених услуга за сво становништво. Поред обавезног здравственог осигурања постоји и добровољно здравствено осигурање као допуна обавезном здравственом осигурању у различитим облицима и обиму, и разликује се од државе до државе. Постоје три основна облика добровољног здравственог осигурања у државама Европске уније, а те разлике произилазе из различите законске регулативе у земљама чланицама и то:

- substitutive (замена или алтернативно),
- complementary (допунско),
- supplementary (додатно).

⁷ Јанковић Д. (2011), „Здравствено осигурање као фактор трошкова здравствене заштите“ Школа бизниса, стр. 11

Алтернативно здравствено осигурање је лимитирано за специфичне популационе групе у малом броју држава. Приступ овом типу добровољног здравственог осигурања је одређен приходом или статусом запосленог. Обично је предвиђен за део популације која је по основу високих прихода искључена из обавезног здравственог осигурања (Холандија), део популације која по основу високих прихода може да бира да ли ће остати у обавезном или ће се одлучити за добровољно здравствено осигурање (Немачка), и за део популације тзв. samozaposlenih (Аустрија и Белгија). Ниво покрића се креће од 0,2% у Аустрији, до 24,7% у Холандији.

У Холандији је владин план реформе, који је имао за циљ повећање квалитета услуга и контролу трошкова здравствене заштите, искључио из система обавезног здравственог осигурања људе са приходом већим од прописаног износа за услуге ванболничког лечења и краткорочне болничке заштите, чиме се и објашњава висок ниво покрића (24,7%). У Немачкој део популације, чији приходи прелазе прописани лимит, може да бира - или да остане у обавезном здравственом осигурању, или да се искључи из обавезног и приступи добровољном (алтернативном) здравственом осигурању. Међутим, само једна трећина се одлучује да напусти обавезно здравствено осигурање. То су углавном млади, здрави и независни чланови друштва.

У Аустрији и Белгији део популације, тзв. samozaposleni, чији приходи прелазе одређени лимит, могу да иступе из обавезног и прихвате добровољно (алтернативно) здравствено осигурање.

Допунско и додатно добровољно здравствено осигурање отворени су за целокупну популацију и постоје у свакој држави чланици Европске уније⁸. Међутим, тешко су упоредиви по државама, због разлика у типу и квалитету покрића. У државама Европске уније, због раста трошкова, све више је присутна партиципација корисника здравствених услуга.

⁸ Томсон С. и Мосиалос С. (2004), -„Добровољно здравствено осигурање у Европској унији“ Брисел, стр. 16

Допунско добровољно здравствено осигурање углавном покрива трошкове партиципације. Због тога се може рећи да су осигураници допунског добровољног здравственог осигурања врло разноврсне категорије популације. Присутно је у свим државама, а највише у Белгији, Данској, Француској, Луксембургу, Шведској и Холандији. Ниво покрића се креће од 20% до 70%. Додатно добровољно здравствено осигурање је погодније за део популације са вишим професионалним статусом и вишим приходима. Оно повећава могућности избора и приступа различитим здравственим услугама (и оним које нису покривене обавезним здравственим осигурањем). Обезбеђује шири избор снабдевања услугама, бржи приступ (без листе чекања на третман) и боље услуге (пријатнији боравак у болници), али не много бољи медицински квалитет заштите. Овај облик добровољног здравственог осигурања је омогућен у многим државама чланицама, али преовлађује у државама са Бевериџовим моделом здравственог осигурања.

У државама Европске уније просечно учешће трошкова здравствене заштите у БДП је око 9%. Учешће трошкова добровољног здравственог осигурања у укупним трошковима здравствене заштите на нивоу Европске уније је нешто испод 10%. Нешто виши проценат учешћа од просечног је у Француској (12,2%), због високих партиципација наметнутих обавезним осигурањем, а које су довеле до значајног повећања допунског добровољног здравственог осигурања (чак 85% становништва има допунско осигурање) и Холандији (17,7%), јер је по основу прихода око 25% становништва искључено из дела обавезног здравственог осигурања и закључује супститутивно добровољно здравствено осигурање. Знатно ниже учешће, чак испод 5%, забележено је у Грчкој, Италији, Португалији, а мање од 2,5% у Аустрији, Белгији, Данској, Финској, Луксембургу, Шпанији и В. Британији.

2.2.2. Амерички модел

Амерички модел је присутан у САД, где се систем здравственог осигурања базира на приватном здравственом осигурању. Здравствено осигурање се обезбеђује преко приватних компанија за осигурање, које послују на тржишним принципима. Премија осигурања је основ финансирања здравствене заштите. Заснован је на добровољности и не обезбеђује универзално покриће. Међутим, веома је распрострањена пракса да послодавци потпуно или делимично обезбеђују за своје запослене и чланове њихових породица здравствено осигурање. Социјално здравствено осигурање је обезбеђено само за део становништва који испуњава одређене услове (стари и сиромашни). Не постоји универзално покриће, већ је око 16%, или око 50 милиона становника, здравствено неосигурано.

Амерички систем здравственог осигурања карактерише највиши раст трошкова здравствене заштите⁹. Стопа учешћа трошкова здравствене заштите у бруто друштвеном производу је око 16%, а просечни трошкови по глави становника износе 7.290\$. Разлог тако високих трошкова је висок комфор пацијената, високи трошкови администрације, а неки аналитичари оправдање налазе у високим улагањима у научноистраживачки рад. Компаније за осигурање послују на профитној основи. Испитивања јавног мњења показују да су Американци најмање задовољни својим системом здравственог осигурања. Показатељи здравственог статуса нације су бољи у државама ЕУ, са учешћем трошкова здравствене заштите у БДП са око 9%.

⁹ Видојевић Ј. (2011) „Здравствена заштита у САД право или привилегија“ Београд, стр. 456

Реформа система здравственог осигурања у САД предмет је сваке председничке кампање. Актуелни председник Барак Обама је, због високих трошкова, економске кризе и чињенице да је око 50 милиона Американаца здравствено неосигурано (сваке године око 14.000 људи изгуби здравствено осигурање, а 18.000 умре јер нема здравствено осигурање), такође обећао реформу. Циљ је да се обезбеди осигурање за све који су били неосигурани, смањи цена осигурања за сиромашни и средњи слој становништва и забрани дисквалификација оних који су већ болесни на почетку осигурања. Противници реформи су организовали протесте, због страха од даљег повећања трошкова, а компаније за осигурање су негодовале због страха од губитка профита. Ипак, представнички дом Конгреса је тесном већином у првој половини септембра 2009. године усвојио предлог Закона којим се реформише здравствени систем у САД, а Сенат је 22.03.2010. године усвојио Закон о реформи здравственог осигурања у САД. Нови Закон од свих Американаца захтева да се здравствено осигурају, што значи да ће први пут у Америци бити обезбеђено универзално покриће.

У сваком од наведених облика здравственог осигурања присутна је веома компликована администрација, која утиче на повећање трошкова здравствене заштите¹⁰.

¹⁰ Јанковић Д. (2011), „Здравствено осигурање као фактор трошкова здравствене заштите“ *Школа бизниса*, стр. 69-82

2.2.3. Медицински штедни рачуни

У последње две деценије, као резултат тражења решења у борби против високих трошкова здравствене заштите, појавио се нови концепт – медицински штедни рачуни, као алтернатива за финансирање система здравственог осигурања. У том концепту се захтева да сваки појединац уштеди одређени износ новца на посебном рачуну, који ће служити за покриће евентуалних трошкова здравствене заштите. Његов највећи значај је у успешном супротстављању повећаним трошковима изазваним демографским променама. Међутим, трошкови здравствене заштите за неке врсте медицинских третмана (хроничне и тешке болести) прекорачују финансијски капацитет појединца. Због тога су медицински штедни рачуни представљени у комбинацији са другим облицима осигурања, који могу обезбедити финансирање здравствених услуга високог финансијског ризика.

Концепт је прихваћен у азијским државама (Сингапур и Кина), затим Јужној Африци и САД. У Сингапуру је скоро завршен процес имплементације и постигнути су завидни резултати. У САД је концепт уведен као пилот пројекат, док је у Европској унији разматран 2003. године и такође прихваћен, како са теоријског, тако и са практичног становишта¹¹.

¹¹ <http://www.vps.ns.ac.rs/SB/2011>

III ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ У СРБИЈИ

3.1. Структура здравственог система

Комплексност здравственог система у Републици Србији огледа се у његовој једноставности. На изглед јасно и једноставно конципиран, предмет је сталних измена и реформи које у покушају да га усавреше, додатно га чине комплекснијим. Као и сваки сегмент друштва, здравствени систем у Републици Србији пати од хроничног недостатка средстава и инвестиција, али и поред тога испуњава своју основну улогу.

Здравствени систем у Републици Србији организују и њиме управљају три најзначајније институције:

- Министарство здравља Републике Србије;
- Институт за јавно здравље Србије „др Милан Јовановић – Батут“;
- Републички фонд за здравствено осигурање.

Министарство здравља Републике Србије као кровна институција у систему здравствене заштите носилац је здравствене политике. Креатор је регулативе, доноси стандарде за рад здравствене службе, одређује механизме контроле квалитета, контролише квалитет. Заправо Министарство здравља је задужено за целокупни систем здравствене заштите у Републици Србији, чији је главни циљ очување и унапређење здравља грађана¹².

¹² <http://www.zdravlje.gov.rs>

Институт за јавно здравље Србије „др Милан Јовановић – Батут“ је здравствена установа која обавља послове из области јавног здравља, заједно са мрежом од три института (Нови Сад, Ниш и Крагујевац) и 20 завода за јавно здравље. Делатност института и завода за јавно здравље је дефинисана Националном стратегијом за јавно здравље, Законом о јавном здрављу, Законом о здравственој заштити, Законом о здравственом осигурању, Одлуком о Плану развоја здравствене заштите Србије за период 2010.–2015. године, као и усвојеним стратегијама за унапређивање здравственог стања појединих категорија становништва или стратегијама за превенцију појединих болести и стања. У обављању здравствене делатности Институт пружа превентивне, дијагностичке и друге здравствене услуге из следећих области здравствене заштите и одговарајућих ужих специјалности: социјалне медицине, хигијене и животне средине, епидемиологије, микробиологије, информатике и биостатистике¹³.

Републички фонд за здравствено осигурање је национална, јавна и непрофитна организација, посредством које грађани остварују права из здравственог осигурања. Републички фонд за здравствено осигурање финансира се кроз уплату доприноса за здравствено осигурање. На тај начин, преко Републичког фонда за здравствено осигурање, грађани финансирају своју здравствену заштиту. Републички фонд за здравствено осигурање обавља делатност која обухвата: спровођење обавезног здравственог осигурања, као и добровољног здравственог осигурања, закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга, спровођење међународних уговора о социјалном осигурању, финансијско пословање, обављање других стручних, контролних и административних послова, као и давање правне и друге стручне помоћи осигураним лицима¹⁴.

¹³ http://www.batut.org.rs/index.php?category_id=20

¹⁴ <http://www.rfzo.rs/index.php/about-main-47/onama-info>

3.2. Класификација здравственог система

Систем здравствене заштите у Србији, а у односу на најчешће коришћене класификације у литератури, може се дефинисати као мешовити. Заснива се на обавезном здравственом осигурању, са доприносом као основним извором финансирања, високим обухватом становника обавезним здравственим осигурањем и здравственом заштитом, као и доминантним државним власништвом над зградама и опремом.

Добро развијен систем здравствене заштите огледа се кроз велику и добро разгранату мрежу здравствених установа дефинисаних документом који носи назив „План мреже здравствених установа“. Све здравствене установе су груписане у три нивоа као и целокупна здравствена заштита у Србији и то¹⁵:

- примарни ниво,
- секундарни ниво,
- терцијарни ниво.

Тридесет година после Декларације у Алма Ати, дефиниција примарне здравствене заштите је остала иста. Важност примарне здравствене заштите се огледа у томе што представља основе здравственог система. Примарна здравствена заштита је заправо есенцијална здравствена заштита, заснована на практичним, научно исправним и друштвено прихватљивим методама и технологијама, опште приступачна појединцима и породицама у заједници уз њихово пуно учешће, по цени коју та заједница и земља могу да поднесу у свакој фази њиховог развоја, у духу ослањања на сопствене могућности и самоодлучивање. Она истовремено представља интегрални део здравственог система земље, чија је централна функција и главно жариште свеукупног социјалног и економског развоја заједнице. Она је први ниво контакта појединца, породице и заједнице са националним здравственим системом, приближавајући здравствену заштиту што је могуће више месту где људи живе и раде, конституишући први елемент у континуираном процесу здравствене заштите¹⁶.

¹⁵ Закон о здравственој заштити Сл. Гл. РС бр. 107/2005, 72/2009, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 и 93/2014

¹⁶ Декларацији из Алма Ате из 1978. године (СЗО и УНИЦЕФ)

Примарна здравствена заштита у Србији има улогу у промоцији здравља, примарну превенцију и стално унапређење и очување здравља грађана, као и инструментализацију кроз тимски, интердисциплинарни и мултисекторски рад, као и све друге облике партнерства кроз добро разгранату мрежу установа.

Секундарни ниво здравствене заштите је други ниво здравствене заштите. За разлику од делатности примарне здравствене заштите, секундарна здравствена заштита поред амбулантне активности свој рад организује и у стационарним условима где се организују дијагностичко терапијске процедуре на вишем нивоу. Заправо је организован као наставак примарне здравствене заштите и пружа јој организовану и континуирану помоћ. На секундарном нивоу се спроводи и секундарна и терцијарна превенција као и организована настава и научно-истраживачка делатност.

Терцијарни ниво здравствене заштите је наставак предходних нивоа и кров здравствене заштите у Србији. Представља најсложенији облик организовања здравствене делатности у погледу простора, опреме, кадра и примењених технологија за обављање најзахтевнијих облика здравствене заштите. Такође, представља и научно истраживачку базу без које нема будућности у развоју система здравствене заштите. У табели бр. 2 су приказане здравствене установе по нивоима здравствене заштите.

Табела бр. 2, Здравствене установе по нивоима здравствене заштите

Установе на нивоу примарне здравствене заштите	Установе на нивоу секундарне здравствене заштите	Установе на нивоу терцијалне здравствене заштите
- Домови здравља - Апотеке - Студентске поликлинике	- Опште болнице - Специјалне болнице - РХ центри	- Клинички центри - КБЦ - Институти - Клинике
Установе примарне здравствене заштите су установе у које грађани могу да оду без упута	Установе у које се пацијенти упућују са примарног нивоа здравствене заштите, када је потребно стручно мишљење вишег нивоа	Када проблем пацијента не може бити решен на нижим нивоима здравствене заштите, пацијент се од свог изабраног лекара упућује од неку од установа на терцијалном нивоу

Извор: Министарство здравља

У Србији има укупно 358 здравствених установа на свим нивоима здравствене заштите. Највећи број установа је на примарном нивоу, укупно 210 од чега је 158 домова здравља и 18 завода са мрежом здравствених станица и амбуланти и 34 апотеке. Секундарни ниво здравствене заштите обухвата 76 установа са 40 општих болница и 36 специјалних болница и рехабилитационих центара, а терцијарни ниво здравствене заштите обухвата 29 установа од чега су 4 клиничка центра, 4 клиничко-болничка центра, 14 института и 7 клиника. У оквиру специјализоване здравствене заштите садржано је 23 института/завода за јавно здравље, 3 завода за трансфузију, 1 институт за вирусологију, 1 завод за биоциде и 1 завод за антирабичну заштиту. Овако посматрано, мрежа здравствених установа обухвата укупно 344 здравствене установе, без установа на Косову и Метохији. На Косову и Метохији се здравствена заштита обезбеђује у 27 установа примарне здравствене заштите, од чега 22 дома здравља и 5 апотека, у 10 установа секундарне здравствене заштите са 8 општих и 2 специјалне болнице, 1 клиничко-болничком центру, 2 завода за јавно здравље и у 1 заводу за трансфузију.

Уредбом о плану мреже здравствених установа, дефинисана је структура, капацитети и просторни распоред у државној својини здравствених установа, а Законом о здравственој заштити њихова врста. Закон о здравственој заштити представља кров законодавства у здравству и њиме је дефинисана већина питања која се тичу функционисања здравствених установа.

Оснивачи државних здравствених установа су готово сви нивои власти а у зависности од нивоа здравствене заштите. Локалне власти су оснивачи установа примарне здравствене заштите, а град Београд, покрајинске и републичке власти су оснивачи здравствених установа на секундарном и терцијарном нивоу¹⁷.

¹⁷ Уредба о плану мрежа здравствених установа (2014), Влада Републике Србије

3.3. Приватне здравствене установе

Поред доминантних државних здравствених установа у Србији, постоје и приватне здравствене установе. Велики проблем представља организација ових установа, јер не постоји баш јасна политика државе када је приватна пракса у питању. Више од десет година од када приватна пракса иде узлазном путањом, нема јасне стратегије, већ како се мења руководство у министарству здравља, тако се мења и политика према приватној пракси. Први дани у 2015. години потврђују ове тврдње, јер министарство здравља најављује да ће пацијенти моћи да бирају да ли ће се лечити у приватној или државној здравственој установи, али опет без јасноће како ће се то реализовати. Такође, у каквом је стању ова област показује и податак да се не зна тачан број приватних здравствених установа, а на основу података из регистра организационих јединица, радњи и предузећа Републичког завода за статистику процењује се да их има око 2.000 у Србији, а у Београду око 850. Државни и приватни сектор функционишу паралелно, неповезано и на бази нелојалне конкуренције под фирмом „тржишне утакмице“, где корист извлаче одређени здравствени и нездравствени радници, запослени у државном сектору здравства, а који раде и у приватном сектору на полулегалан начин. Пацијенти, односно осигураници или још шире грађани су тако жртве нерегулисаних односа и корисници делом приватног, а делом државног сектора здравствене делатности, чиме је створен простор за коруптивно понашање. Приватни сектор у здравству обавља занемарљив обим услуга за потребе осигураника Фонда, а за добровољна осигурања немају довољно интересовања, јер њихови потенцијали не могу довољно да се искористе. Стога је коришћење приватног сектора углавном везано за непосредно плаћање услуга од стране пацијената- корисника услуга, што њима појединачно чини значајне издатке, а једнако оставља законску обавезу плаћања доприноса за здравствену заштиту.

Будућност реформи здравственог система оставља могућност дефинисања комплементарног развоја приватног и државног сектора, постепено укључивање приватних доктора и других здравствених радника у систем финансирања, а на основу обављеног посла за осигуранике.

3.4. Акредитација здравствених установа у Србији

Министарство здравља преко Агенције за акредитацију здравствених установа врши њихову акредитацију. Акредитација је заправо поступак оцењивања квалитета рада здравствене установе, на основу примене оптималног нивоа утврђених стандарда рада здравствене установе у одређеној области здравствене заштите, односно грани медицине. Постоји све већи захтев за спољашњом, независном проценом успешности пружања здравствених услуга насупрот формално утврђеном скупу националних стандарда. Акредитација је најстарији и најпознатији облик спољашње процене здравствених услуга широм света. Акредитациони процес примењује стандарде изврсности, самопроцене и вештине здравствених професионалаца обучених и ангажованих у оквиру тимова за проверу. Акредитација помаже организацијама здравствене заштите да открију сопствене предности и могућности напретка, а уједно и да боље разумеју циљеве и сложеност свог пословања. Када то увиде, организације могу да се посвете краткорочним и дугорочним плановима за побољшање резултата рада и почну са коришћењем расположивих ресурса на најефикаснији могући начин. Акредитација обухвата самопроцену од стране здравствене установе ради евалуације нивоа њихове ефикасности у односу на постављене стандарде. Спољашњи тим за проверу, састављен од стручњака, врши процену рада здравствене установе. Процес акредитације је конципиран тако да обезбеди оквир који ће омогућити здравственим установама да дефинишу и имплементирају потребне промене и направе приоритете за континуирано унапређење сопствених услуга¹⁸. У ситуацији када поступак акредитације није законска обавеза, велики број установа препознале су акредитацију као снажан инструмент за унапређење квалитета и опште подизање нивоа свих аспеката функционисања, иако статус акредитоване установе није ни на који начин вреднован од стране Министарства здравља, Фонда или оснивача. Осим менаџмента и запослених у установама, позитивне промене акредитације препознају корисници услуга и јавност. У Табели бр. 3 дат је приказ акредитованих здравствених установа у Србији у 2011. години на нивоу примарне здравствене заштите.

¹⁸ <http://www.azus.gov.rs>

Табела бр. 3, Евиденција о издатим сертификатима на примарном нивоу у 2011. год

Р Б.	ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА	ПЕРИОД АКРЕДИТАЦИЈЕ	БРОЈ СЕРТИФИКАТ А	ДАТУМ ИЗДАВАЊА СЕРТИФИКАТА	ДАТУМ ИСТЕКА АКРЕДИТАЦИЈЕ
1.	Дом здравља Инђија	7 година	A-3-09/2011	Јул 2011. год.	Јул 2018.год.
2.	Дом здравља Свилајнац	3 године	A-4-09/2011	Јул 2011. год.	Јул 2014.год.
3.	Дом здравља Ада	3 године	A-6-09/2011	Јул 2011. год.	Јул 2014.год.
4.	Дом здравља Жагубица	1 година	A-7-09/2011	Јул 2011. год.	Јул 2012.год.
5.	Дом здравља Вождовац	3 године	A-9-09/2011	Јул 2011. год.	Јул 2014.год.
6.	Дом здравља Б. Паланка	3 године	A-11-09/2011	Јул 2011. год.	Јул 2014.год.
7.	Дом здравља Кнић	3 године	A-13-09/2011	Јул 2011. год.	Јул 2014.год.
8.	Дом здравља Осечина	3 године	A-14-09/2011	Јул 2011. год.	Јул 2014.год.
9.	Дом здравља Шабац	3 године	A-15-09/2011	Јул 2011. год.	Јул 2014.год.
10.	Дом здравља Крагујевац	3 године	A-24-09/2011	Јул 2011. год.	Јул 2014.год.
11.	Дом здравља Лесковац	3 године	A-26-09/2011	Децембар 2011. год.	Децембар 2014.год.
12.	Дом здравља „др Ристић“	7 година	A-30-09/2011	Децембар 2011. год.	Децембар 2018.год.
13.	Завод за лабораторијску дијагностику „Биомедица“	7 година	A-31-09/2011	Децембар 2011. год.	Децембар 2018.год.
14.	Дом здравља Топола	3 године	A-32-09/2011	Децембар 2011. год.	Децембар 2014.год.
15.	Дом здравља Власотинце	3 године	A-33-09/2011	Децембар 2011. год.	Децембар 2014.год.
16.	Дом здравља Рума	3 године	A-34-09/2011	Децембар 2011. год.	Децембар 2014.год.
17.	Дом здравља Кладово	3 године	A-35-09/2011	Децембар 2011. год.	Децембар 2014.год.
18.	Дом здравља Сјеница	3 године	A-36-09/2011	Децембар 2011. год.	Децембар 2014.год.
19.	Дом здравља Нови Пазар	1 година	A-37-09/2011	Децембар 2011. год.	Децембар 2012.год.
20.	Дом здравља Лучани	3 године	A-38-09/2011	Децембар 2011. год.	Децембар 2014.год.
21.	Дом здравља Лебане	3 године	A-39-09/2011	Децембар 2011. год.	Децембар 2014.год.
22.	Дом здравља Димитровград	3 године	A-40-09/2011	Децембар 2011. год.	Децембар 2014.год.
23.	Дом здравља Веика Плана	3 године	A-41-09/2011	Децембар 2011. год.	Децембар 2014.год.

Извор: Агенција за акредитацију здравствених установа Србије

У периоду од ступања на снагу Стандарда за акредитацију здравствених установа, тачније од 26. Априла 2011. године, од када је Агенција за акредитацију здравствених установа у Србији почела да врши акредитацију као поверени посао државне управе, агенција је издала 100 сертификата о акредитацији здравствених установа. У табели бр. 3 су приказане установе које су међу првима стекле сертификат о акредитацији. Такође се може видети број сертификата, као и период за који тај сертификат важи.

3.5. Финансирање система здравствене заштите у Србији

Дугогодишњи систем здравствене организације утицао је да становници Србије превиде чињеницу тежине и озбиљности тренутка у коме се налази целокупан друштвени систем, а тиме и здравствени систем као само један његов сегмент. То је довело да се здравство подразумева као нешто што је бесплатно и што може решити све проблеме здравља људи.

У финансирању система здравствене заштите код нас заступљени су сви извори, али доминирају доприноси (запослених, пензијско-инвалидског фонда, пољопривредника и од самосталних делатности) и они представљају више од 90% прихода Фонда. Приходи из државног буџета, личног учешћа осигураника у трошковима здравствене заштите (партиципација), као и приходи од донација чине око 7% укупних прихода Фонда. Овим средствима се финансира здравствена заштита око 7,3 милиона становника Републике Србије. Само око 6,9 милиона њих чине осигурана лица (осигураници и чланови њихових породица), док је око 400 хиљада или око 5 % становника неосигурано. Обавезе буџета Републике односе се на осетљиве (рањиве) групе попут посебних категорија деце, трудница, за избеглице, интерно расељених лица и др. Међутим, пренос средстава из буџета за здравствену заштиту заштићених категорија становника је годинима недовољан и не покрива њихову здравствену заштиту.

Када се говори у контексту начина финансирања здравственог система у Србији, значајно је истаћи да готово сав новац, директно или индиректно, долази од грађана кроз ¹⁹:

- Обавезно здравствено осигурање (социјално осигурање);
- Финансирање из државног буџета ;
- Приватно здравствено осигурање;
- Финансирање из џепа корисника;
- Финансирање од стране локалне заједнице.

Здравствени систем Србије се једним делом, наменски, финансира и средствима која не долазе од грађана Србије, већ од пореских обвезника других земаља које путем донације желе да помогну унапређењу здравственог система у Србији.

3.5.1. Обавезно здравствено осигурање (социјално осигурање)

Обавезно здравствено осигурање²⁰ је модел социјалног осигурања који је обавезан и захтева доприносе и од запосених и од послодаваца и све их обједињује. Обавезно здравствено осигурање је засновано на челу солидарности и узајамности, начелу јавности, начелу заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса, начелу сталног унапређивања квалитета обавезног здравственог осигурања и начелу економичности и ефикасности образовног здравственог система. Законом о здравственом осигурању уређена су права из обавезног здравственог осигурања, круг обухваћених лица, начин и поступак коришћења права, њихова садржина и обим, организација и финансирање, као и друга питања од значаја за систем здравственог осигурања. Законом је одређено утврђивање приоритетног основа при увођењу лица у обавезно осигурање (запослење, обављање самосталне делатности, односно пољопривредне делатности, односно обвезници уплате доприноса). Законом је такође дефинисан и имовински цензус који омогућава да лица која припадају социјално угроженим категоријама становништва лакше остваре права из здравственог осигурања.

¹⁹ <http://www.rfzo.rs/download/Principifinansiranja.pdf>

²⁰ Ракоњац - Антић Т. (2012), „Пенизијско и здравствено осигурање“ Београд стр. 202

Обавезно здравствено осигурање се обезбеђује и спроводи у Републичком заводу за здравствено осигурање, преко својих организационих јединица на територији читаве Србије, тачније преко филијала Републичког фонда за здравствено осигурање.

Као што је већ поменуто, средства се обезбеђују по основу плаћања доприноса за здравство из радног односа. Тренутна стопа је 10.3 % и то на терет запосленог у износу 5,15%, као и на терет послодавца у истом проценту од 5.15%. Неопходно је истаћи да да без обзира на који је начин појединац ангажован (уговор о делу, уговор о привременим и повременим пословима и тд.), за обављање неког посла послодавац је у обавези да уплаћује здравствено осигурање у складу са Законом о доприносима за обавезно социјално осигурање.

3.5.2. Финансирање из државног буџета

Модел финансирања здравствене заштите од пореза грађана²¹. Цео доходак од пореза се користи за финансирање гломазног државног апарата, чији један његов део чини здравствени систем. Како Влада Републике Србије од пореза грађана финансира готово све своје активности преко министарстава, значи да се здравствени систем налази у сталној борби да се из расположивог доходака издвоји што већи износ за њено финансирање. Највећи проблем оваквог начина финансирања заправо лежи у обухвату пореских обвезника као и степена наплате од истих. Што значи да од успешности наплате пореза директно зависи и износ опредељених средстава како за све, тако и за здравствени систем. Додатни проблем се јавља јер здравствени систем обично буде мање битан када се врши расподела новца. Сваке године Скупштина Републике Србије у децембру месецу доноси Закон о буџету којим се јасно и прецизно намене средства за наредну годину, тако да се тачно зна којим се новцем може располагати у току године.

²¹ *Закон о буџетском систему (2014) , Народна скупштина РС, Београд*

3.5.3. Приватно здравствено осигурање

Законом о здравственом осигурању је дефинисано приватно здравствено осигурање. Када је овај вид здравственог осигурања у питању сваки осигураник добровољно одлучује да ли ће купити здравствено осигурање или не, као и то да ли ће га купити групно или индивидуално. У развијеним, економски стабилним, земљама овакав вид осигурања је деценијама присутан и јако заступљен и сваким даном поприма све већи број корисника са све већим могућностима. У Србији овај вид осигурања је релативно нов, свега неколико година присутан и као такав још недовољно заступљен. Поред малог броја корисника, карактеристично је и то да грађани нису довољно информисани, али је и чињеница да сваким даном постаје све интересантнији. Како је овај вид осигурања директно завистан од куповне моћи становништва, његово веће присуство ће бити када грађани Србије буду платежно способнији.

3.5.4. Финансирање из џепа корисника

Финансирање из џепа корисника је модел по коме корисници услуга здравствене заштите директно плаћају пружаоцу здравствених услуга из свог „џепа“ за материјал и пружену услугу. Када корисник на овај начин плати услугу, он није у могућности да новац који је дао рефундира од осигурања. Овај модел је добар из више разлога, као за примаоца услуга, тако и за целокупни здравствени систем. На овај начин се квалитет пружене услуге повећава, а са друге стране се штеде ресурси. Са друге стране има и лоших ствари јер доводи до неједнакости у приступачности здравствене заштите²².

²² Валтерс С., Сухреке М. (2005) „Социо – економске неједнакости у здрављу и доступности здравствене заштите у централној и источној Европи“, Канцеларија СЗО за Европу, стр. 39

3.5.5. Финансирање од стране локалне заједнице

Представља модел који је најразличитији од свих модела у земљама света. Он се креће у распону од веома малог утицаја па дотле да локалне заједнице имају значајну улогу у организовању здравствене заштите. Ово се првенствено односи на онај део на који се овај рад и односи а то је финансирање. У Србији овај вид финансирања је јако ограничен, првенствено имајући у виду ограниченост капацитета за сакупљањем средстава, тачније законску регулативу. Локалне самоуправе у Србији имају делимичне ингеренције над примарном здравственом заштитом вршећи оснивачка права. По том основу локалне власти финансирају здравствене установе примарног нивоа у малом проценту и то искључиво када су у питању инвестициона улагања, куповина опреме и текуће одржавање²³. Такође, улога локалне самоуправе, заправо њена одговорност, је и за управљање и руковођење установама, јер Скупштине локалних самоуправа постављају Надзорни одбор, Управни одбор и директоре установа²⁴.

3.6. Менаџмент у здравственим установама и њихов утицај на финансијско пословање

На постојећу организацију укупне здравствене заштите менаџмент не може утицати у довољној мери, јер је организација здравствене заштите дефинисана законском регулативом, која је дефинише као непрофитну организацију (здравствени систем), за разлику од тржишних модела на којима су принципи савременог менаџмента далеко лакше и у већој мери применљиви. Како је утицај менаџмента на нивоу читавог система здравствене заштите ограничен и у недовољној мери искоришћен, није за очекивати да се то разликује ни на нивоу установа. Његова улога се у већој мери огледа у оном делу који се не односи на финансије, већ на организацију рада, међуљудске одосе, задовољство запослених и пацијената, квалитет пружања здравствене заштите.

²³ *Смернице здравствене политике за јачање система примарне здравствене заштите у Србији од 2010. До 2015. године, (2010), Министарство здравља, стр. 49*

²⁴ *Закон о здравственој заштити Сл. Гл. РС бр. 107/2005, 72/2009, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 и 93/2014*

У систему у коме функционише наш здравствени систем, његов начин финансирања и могућности за увођење иновација²⁵, менаџмент једне здравствене установе која се доминатно финансира из средстава Републичког фонда за здравствено осигурање, на више од 90% прихода нема утицаја. Прецизније речено утицај је минималан, јер уговором између Републичког фонда за здравствено осигурање и установе, јасно је прецизирана намена тих средстава, која су врло често недовољна и подмирују само основне потребе. Заправо, улога менаџмента је у томе да ова средства троши на законом прописан начин, како је уговором одређено. Могућност да се утиче на алокацију финансијских ресурса је нешто већа када су у питању средства које локалне заједнице планирају за установе на њиховим територијама, а свакако највећа могућност креативном коришћењу средстава јесу сопствени приходи, који су опет ограничени, јер установе врло често те приходе користе за потребе које су од суштинског значаја за рад једне установе, а која се не могу финансирати из других прихода.

3.7. Упоредна анализа остварених прихода Републичког фонда за здравствено осигурање у периоду 2008. – 2013. године

Када се посматра структура прихода Републичког фонда за здравствено осигурање, прво што се уочава је доминантност прихода од доприноса за здравствено осигурање из радног односа. Доприноси за здравствено осигурање и на терет послодавца и на терет запосленог учествују са око 70% у укупним приходима Републичког фонда за здравствено осигурање. Око 28% у структури прихода чине приходи од других организација обавезног социјалног осигурања. Преосталих око 2% чине остали приходи као што су донације, трансфери од других нивоа власти, приходи од имовине, приходи од продаје добара и услуга итд. У табели бр. 4 су приказани остварени приходи у посматраном периоду од шест година.

²⁵ Митровић М. и Гавриловић А, (2014) *Организација и менаџмент у здравственом систему Србије*, Београд, стр. 9

Табела бр. 4 Компаративна анализа остварених прихода РФЗО-а од 2008. до 2013.год

Година Показатељ	Остварени приходи 2008	Остварени приходи 2009	Остварени приходи 2010	Остварени приходи 2011	Остварени приходи 2012	Остварени приходи 2013
Укупан приход (у хиљадама динара)	170.741.940	178.977.890	182.489.781	194.376.229	210.984.863	221.208.537
Укупан приход (у хиљадама евра)	1.932.781	1.872.153	1.735.023	1.903.782	1.855.301	1.929.592
Просек по глави становника (у еврима)	283	270	253	277	269	278
Срењи курс евра на дан 31.12.	88,34	95,60	105,18	102,10	113,72	114,64

Извор: РФЗО

Приходи Републичког фонда за здравствено осигурање највише зависе од доприноса за здравствено осигурање из радног односа, тако да када се погледа период од претходних 20 година, тачније тренд издвајања по овом основу, може се закључити шта је један од основних разлога овакве политике финансирања здравствених установа. У периоду од 1994. године па до 2014. године, било је пет измена стопе доприноса. Највиша стопа доприноса за здравствено осигурање је била у периоду од 1994. године до 1996. године и износила је 20.2%. од 1996. године стопа је снижена на 16.2%, а од 2001. године до 2004. године додатно је снижена за 4.3% и износила је 11.9%. Једини раст је забележен 2004. године за свега 0.4% и до 2014. године износила је 12.3%. Најнижа стопа пореза у посматраном периоду је од 2014. године и снижена је за 2%, тако да данас износи 10,3 % од тога 5,15% на терет запосленог и 5,15% на терет послодавца. Све ове промене су довеле дотле да здравство у дужем временском периоду стагнира без јасне стратегије повећања прихода.

У посматраном периоду од 2008. године до 2013. године, иако имамо благо повећање прихода, суштинског повећања нема. У табели бр. 4 је приказан компаративни преглед по годинама како у динарском износу, тако и у износу у еврима рачунато по средњем курсу на дан 31.12. за сваку годину. Такође је дат износ у еврима по осигуранику за сваку годину. Сагледавши све параметре може се закључити да већих промена у финансирању није било. Такав тренд се може очекивати и у наредном периоду, ако узмемо обзир кризу у друштву и тренутну стопу доприноса за здравствено осигурање од 10.3%.

Како би анализа била потпуна, податак да су сви тошкови рапидно расли, употпуњује слику финансирања здравствених установа у Србији. О расту трошкова најбоље говори податак да је за пет година трошак за лекове порастао два пута.

3.8. Реформа здравственог система

Неопходност за реформом здравственог система у Србији нико не оспорава. За реформу и то по могућству брзу су сви, како пацијенти, тако и директни креатори система, носиоци власти и медицинско особље. Са реформом је започето 90-их година, а до данас не постоји јасана слика како реформу треба спровести. Тако имамо податак да у оквиру европског индекса који рангира здравствене системе 35 европских земаља на основу 48 показатеља којима је обухваћено шест области, здравствени систем Србије је рангиран на последњем месту.

Не може се рећи да реформе које се спроводе у Србији немају никаквог ефекта. Многе ствари су покренуте, постоји већи степен поверења код пацијената у здравствени систем, опрема је зановљена, планирају се велики капитални пројекти чијом ће реализацијом здравствени систем изгледати сасвим другачије. Реформа здравственог система у Србији се огледа у изменама законодавства (где су неки прописи умногоме отежали рад), покушају увођења система капитације, финансирању здравствених установа по учинку, побољшавању квалитета рада кроз поштовање стандарда и акредитацији здравствених установа.

3.9. Реформа система здравственог осигурања

Здравствено осигурање као грана социјалног осигурања у Србији представља, како темељ здравственог система, тако и његов кључни елемент у развоју. Поред свих реформи које су се спроводиле у здравственом систему Србије, посебан сегмент је била реформа система здравственог осигурања.

Реформа система здравственог осигурања у Србији се не разликује много од реформи које су спроведене или се спроводе у другим земљама. Уз одређене специфичности које постоје, кључни разлози за реформе су идентични. Јавна потрошња је на првом месту, тачније неопходност да се трошкови здравственог осигурања смање, тачније да се ускладе са реалним финансијским могућностима комплетног друштва, на првом месту са реалним могућностима Републичког фонда за здравствено осигурање и буџета Републике Србије. Како би дошло до усклађивања и како би се јавна потрошња смањила, неопходно је испунити основни предуслов, а то је постизање баланса између финансијских ресурса за организовање и спровођење здравствене заштите и потребе становништва за њеним коришћењем. Да то није ни мало лако потврђује и чињеница која показује да се из године у годину повећава потреба становништва за здравственом заштитом и то потпуно основано. Како се друштво развија, квалитет живота се повећава, општа здравствена култура се подиже на виши ниво, животни век се продужава, а самим тим и расте број старијих суграђана који више користе здравствену заштиту. На повећану потребу становника за здравственом заштитом утичу и негативне стране развијеног друштва које доводе до ранијих обољења радно способне популације. Неповољним стањем у животној и радној средини на једној страни и потреба да се, на принципима међугенерациске узајамности и солидарности, обавезним здравственим осигурањем, као најрационалнијем облику за обезбеђење здравствене заштите и других права из обавезног здравственог осигурања, обухвати што већи број грађана²⁶.

²⁶ Пејовић Н. (2006) „Реформе система здравственог осигурања и здравствене заштите“ Београд, стр. 145-149

3.9.1. Достигнућа у реформи

Како би се потреба становништва за коришћењем здравствене заштите у најрационалнијем облику, ради успостављања одрживог система обавезног здравственог осигурања постигла, неопходно је било изменити законску регулативу и остале акте који су утицали на креирање тако одрживог система.

Од почетка реформи, па до данас, у више наврата су мењани Закон о здравственој заштити, Закон о здравственом осигурању и Закон о коморама здравствених радника, а у наредном периоду се очекују и нове измене. Поштујући садашњу законску регулативу, баланс између финансијских ресурса за организовање и спровођење здравствене заштите и потребе становништва за њеним коришћењем, постиже се, са једне стране тако што у обезбеђивању средстава за здравствену заштиту и друга права из обавезног здравственог осигурања учествују како држава, за она лица која немају сопствене приходе, тако и појединци, односно послодавци, а са друге стране се води рачуна о потребама становништва за здравственом заштитом коју сви којима је потребна морају да добију.

Како читаво друштво, сваки сегмент нашег друштва, прихвата европске стандарде, тако и здравствени систем Србије, па самим тим и здравствено осигурање тежи да постане равноправни део здравственог система Европске уније. Како би се то десило неопходно је наш здравствени систем прилагођавати захтевима који долазе са стране, тако да најновије реформе здравственог осигурања у Србији подразумевају усклађивање система здравственог осигурања са савременим токовима у земљама Европске уније. Ово се првенствено односи на усклађивање права стандарда из обавезног здравственог осигурања, као и успостављање више облика здравственог осигурања, у овом тренутку обавезног и добровољног, с тим што је посебно уређено допунско здравствено осигурање, као посебан вид укупне друштвене заштите осигураних лица, тачније као посебан вид добровољног здравственог осигурања које се организује и спроводи у јавном интересу.

Захваљујући оваквим законским решењима, омогућено је лицима која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем да се укључе у добровољно осигурање, како би за себе и чланове своје породице обезбедили право на здравствену заштиту, као и сва друга права из овог осигурања²⁷. Уведен је и предходни стаж здравственог осигурања²⁸, као услов за остваривање појединих права из здравственог осигурања. Ово заправо значи да осигурано лице мора да има најмање три месеца непрекидног, или шест месеци са прекидима, стажа здравственог осигурања у последњих осамнаест месеци пре остваривања одређеног права из здравственог осигурања. Код остваривања права на овај начин постоји изузетак у случају да код лица наступи повреда на раду или професионална болест, а да та лица немају претходни стаж осигурања од три месеца, као и пружање здравствене заштите у хитним случајевима. Поред пружања здравствене заштите овим лицима се обезбеђује и право накнаде зараде, у висини минималне зараде утврђене у складу са позитивним законским прописима. Такође, чланови породице осигураника остварују право из обавезног здравственог осигурања под условом да осигураник на основу кога остварују та права испуњава услове у погледу предходног осигурања.

Реформама здравственог осигурања је постигнуто да се ресурси рационалније користе, да здравствена заштита буде доступнија, али и даље постоји проблем недостатка финансијских средстава.

²⁷ Пејовић Н. (2006) „Реформе система здравственог осигурања и здравствене заштите“ Београд, стр. 157

²⁸ Закон о здравственом осигурању, СЛ. ГЛ. РС. Бр. 107/2005, 109/2005, 57/2011, 110/2012, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014.

IV СТУДИЈА СЛУЧАЈА – Дом здравља Крагујевац

4.1. Студије случајева - начин финансирања здравствених установа у Србији

У раду ће бити представљена установа примарне здравствене заштите „Дом здравља Крагујевац“, као једна од четири највеће установе овог типа. На овом примеру ће бити приказано како функционише систем финансирања здравствених установа и где су уска грла, тачније где настају проблеми у систему финансирања.

4.2. Основне информације

Пун назив: Дом здравља Крагујевац

Адреса: Краља Милутина бр. 1, 34 000 Крагујевац

Телефон: 034/323-208; факс: 034/323-357

Веб: www.dzkg.rs

е-маил: domzdrkg@microsky.net

Број запослених: 640

Визија: Једнакост и доступност свима, здравље болеснима, превенција здравима, квалитетно, ефикасно и безбедно²⁹.

Мисија: Наша визија је да постанемо водећа установа примарне здравствене заштите, којој се верује, чије ће име бити гарант квалитета и да све наше активности допринесу бољем здрављу грађана Крагујевца, а задовољство пруженим услугама у унапређењу и очувању здравља постане интерес свих³⁰.

Дом здравља Крагујевац у садашњем облику основан је у децембру 1998. године Одлуком Владе Републике Србије. Такође одлуком Владе Републике Србије од 21.12.2006. године град Крагујевац преузима оснивачка права. Као установа примарне здравствене заштите на подручју града Крагујевца пружа здравствену заштиту за око 200.000 становника³¹.

²⁹ / ³⁰ <http://www.dzkg.rs/o-nama.html>

³¹ Стратешки план Дома здравља Крагујевац, (2011) Крагујевац, стр 1

У обављању здравствене делатности Дом здравља Крагујевац пружа превентивне, дијагностичке и терапијске услуге за све категорије становништва у 30 објеката у складу са Законом³².

4.3. Органи Дома здравља Крагујевац

Законом о здравственој заштити и Статутом у Дому здравља Крагујевац постоје следећи органи: Директор, Управни одбор и Надзорни одбор.

Управни одбор има управљачку улогу. Надлежности Управног одбора³³ се огледају у томе што доноси сва битна стратешка акта, као и одлуке по којима руководство и стручне службе раде:

- План рада Дома здравља;
- Финансијски план;
- План јавних набавки;
- Одлуку о годишњем попису;
- Извештаје о извршењима планова;
- Контролише утрошак средстава;
- Контролише рад директора, као и остале нивое руковођења;
- Стратешки план за четворогодишњи период итд.

Управни одбор именује оснивач. Управни одбор има пет чланова од којих је један председник и један његов заменик. Три члана даје оснивач, а два члана на основу одлуке Стручног савета предлаже установа и то су чланови из реда запослених, од којих један мора да буде лекар. Председника именује Скупштина града Крагујевца, а заменик се бира из редова осталих чланова на конститутивној седници, на предлог председника. Све одлуке се доносе већином гласова од укупног броја чланова. Управни одбор се састаје минимум једном месечно, врло често због потреба и чешће.

³² Статут Дома здравља Крагујевац, стр. 4

³³ Статут Дома здравља Крагујевац, стр. 7

Надзорни одбор³⁴ као што само име каже, врши надзор над радом како руководства тако и Управног одбора и брине се о спровођењу законске регулативе. Уколико процени да неки од аката које је донео Управни одбор или директор нису у складу са законом или актом који се односи на неку одлуку, може да тражи од органа да ту одлуку преиспита. Надзорни одбор има три члана, од којих су два из редова оснивача, а један из реда запослених и именује их Скупштина града Крагујевца. Један од три члана је председник кога именује Скупштина града, заменик се бира на конститутивној седници на предлог председника.

Директор заступа Дом здравља, организује рад и руководи процесом рада и одговоран је за законитост рада Дома здравља. Извршава одлуке Управног и Надзорног одбора, стара се о извршењу финансијског плана и програма рада Дома здравља, одлучује о другим питањима у складу са законом и одговоран је Оснивачу за рад Дома здравља.

4.4. Финансирање Дома здравља Крагујевац

Дом здравља Крагујевац, установа из плана мреже здравствених установа на територији Републике Србије, финансира се средствима грађана, како је прописано Законима који су регулисали ову област. Као установа примарне здравствене заштите, чији је оснивач локална самоуправа, за свој рад је одговорна како Републичком фонду за здравствено осигурање, тако и локалној самоуправи. Највећи део средстава, на годишњем нивоу, преко 95% остварује из Републичког фонда за здравствено осигурање, а осталих око 5% из сопствених средстава, средстава које определи оснивач и најмањим делом из донација³⁵.

³⁴ *Статут Дома здравља Крагујевац, стр. 8*

³⁵ *План рада Дома здравља Крагујевац, стр. 13*

4.4.1. Извори финансијских средстава

Дом здравља Крагујевац своје пословање финансира у складу са Законом о здравственој заштити, као корисник јавних средстава остварује средства за рад из јавних прихода и то:

1. Доприноса за обавезно социјално осигурање закључивањем уговора са Републичким фондом за здравствено осигурање;
2. Оснивач – локална самоуправа;
3. Сопствени приходи;
4. Донације.

4.4.1.1. Републички фонд за здравствено осигурање

Дом здравља Крагујевац, како је већ поменуто, око 95% својих годишњих прихода остварује из доприноса за обавезно социјално осигурање преко филијале Републичког фонда за здравствено осигурање. Почетком пословне године потписује се Уговор о финансирању, којим су обухваћени сви трошкови осим трошкова за куповину опреме. Уговор се потписује након доношења Закона о буџету, који доноси Скупштина Републике Србије и усвајањем Правилника о уговарању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања са даваоцима здравствених услуга, којим се прецизно и јасно дефинишу средства са њиховом наменом.

Дом здравља Крагујевац на овај начин обезбеђује средства за следећу намену:

- Плате запослених;
- Превоз за запослене за долазак и одлазак на рад;
- Остале индиректне трошкове;
- Санитетски и потрошни материјал;
- Лекове.

Уговором се прецизира и планирани износ партиципације коју Дом здравља Крагујевац оствари у току године, а која може бити утрошена искључиво за остале индиректне трошкове, у супротом се третирају као ненаменски утрошена средства.

4.4.1.2. Оснивач - локална самоуправа

Буџет који усваја Скупштина града Крагујевца представља основ за коришћење средстава од оснивача. Након усвајања буџета града, градско веће доноси одлуку о програму расподеле средстава здравственим установама на територији града Крагујевца. Програмом се опредељује износ који је намењен Дому здравља Крагујевац, а Управни одбор Дома здравља Крагујевац доноси одлуку о начину на који ће се та средства трошити. Тек након спроведене ове процедуре, закључује се годишњи уговор између града Крагујевца и Дома здравља Крагујевац.

Територијална разуђеност, велики број објеката у којима се пружа здравствена заштита на територији градског и сеоског подручија захтева поседовање знатно више опреме него када би се здравствена заштита пружала у мањем броју објеката. Поред тога што је неопходно поседовати доста опреме, такође је неопходно да објекти у којима се пружа здравствена заштита буду прилагођени потребама корисника. Све то изискује огромна средства, али Републички фонд за здравствено осигурање не издваја средства за ове намене. Како у току једне године долази до кварова опреме и како зграде у којима се пружа здравствена заштита, због дотрајалости, захтевају капиталне радове, ова средства се користе за занављање опреме и капитално одржавање објеката.

4.4.1.3. Донације

У претходним годинама Дом здравља Крагујевац је захваљујући донацијама и реализованим пројектима успео да занови један део опреме, али и да уведе неке нове методе. Донације су биле у виду опреме, али и у новцу који је трошен по упутствима донатора, а поштујући све законске прописе Републике Србије.

4.4.1.4. Сопствена средства

Дом здравља Крагујевац у обављању своје делатности поред услуга из редовног здравственог осигурања пружа и услуге које не припадају овој категорији. То су услуге Медицине рада и Спортске медицине које се наплаћују по ценовнику услуга које доноси Управни одбор. По овом основу, Дом здравља Крагујевац на годишњем нивоу приходује око 20.000.000,00 динара. Сопствени приходи такође имају третман јавних прихода, али и поред тога је остављено да све здравствене установе на територији Србије ове приходе планирају и троше на начин као што су радиле претходних година, тако да се средства могу користити у зависности од потреба установе за све расходе, али ова средства подлежу контроли као и сви остали јавни приходи. Законом о буџету за 2015. годину је остављена могућност да у току године може доћи до промене у третману ових средстава.

4.5. Управљање финансијама у Дому здравља Крагујевац

На предлог директора, Управни одбор усваја План рада чији један део чини Финансијски план. Финансијски план израђује Одељење финансијске оперативе на основу потреба установе и инструкција руководства. Одељење финансијске оперативе представља одељење у оквиру Службе за правне, економско – финансијске послове и социјалну медицину са информатиком³⁶, које је задужено за састављање и праћење финансијског плана и контролу наменског трошења средстава. Финансијски план је структуриран по упутству Републичког фонда за здравствено осигурање, где је јасно приказана структура прихода и расхода, што се може видети у Табели бр. 5.

³⁶ *Статут Дома здравља Крагујевац, стр. 3*

Табела бр. 5 Финансијски план Дома здравља Крагујевац за 2014. годину (у 000 динара)

Ознак аОП	Број конта	Опис	Износ планираних прихода и примања					
			Укупно (од 5 до 9)	Приходи из буџета			Из Донација и ДИЛС	Из осталих извора
				Републи	Општине	РФЗО		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
5001	(5002+5110)	Текући приходи и примања (7+8)	804.489		10.602	769.849	1.250	22.788
5002	700000	Текући приходи	803.684		10.602	769.849	1.250	21.983
	732000	Донације од међун.организација	1.250				1.250	
5061	732100	Текуће донације од међ.орг.	1.250				1.250	
5064	733000	Трансфери од др.нивоа власти	10.602		10.602			
	733100	Текући трансфери-општина	10.602		10.602			
5068	741000	Приходи од имовине	250			250		
	741400	Приходи од полиса осигурања	250			250		
5075	742000	Приходи од пр.добара и услуга	21.046					21.046
	742100	Приходи од закупа	165					165
	742300	Споредне продаје добара и усл.лек уверења, купци,услуге и др.	20.881					20.881
5087	744000	Добро.трансф.од физ и пр.лица						
	744100	Тек.доб.трансф.од физ и пр.лица						
5090	745000	Мешовити и неодре.приходи	422					422
	745100	Мешовити приходи-разно	422					422
	771000	Меморандумске ставке	1.429			914		515
	771100	Меморандумске ставке	1.048			533		515
	771100	Меморандумске ставке-јав.рад.	381			381		
5095	772000	Рефундација расхода из претходне год.	416			416		
	772100	Меморандумске ставке-претх.год.	416			416		
5098	781000	Трансфери између буџетских корисника на истом нивоу	768.269			768.269		
	781100	Трансф. између буџ.кор-уговор	736.218			736.218		
	781100	Трансф. између буџ.кор-ван уг.	17.667			17.667		
	781100	Партиципација РФЗО	14.384			14.384		
5102	791000	Приходи из буџета						
	791100	Приходи из буџета						
5110	813000	Примања од продаје осталих основних средстава	805					805
	813100	Прим.од пр.ост.ср.-откуп станова	805					805

Ознака ОП	Број Конта	Опис	Износ планирани расхода и издатака					
			Укупно (од 5 до 9)	Расходи из буџета			Из Донација и ДИЛС	Из осталих извора
				Републи	Општин е	РФЗО		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
5170	(5171+5339)	Текући расходи и издаци(4+5)	804.489		10.602	769.849	1.250	22.788
5171	400000	Текући расходи	793.522		2.445	769.849	855	20.373
5173	411000	Плате, додаци и накнаде запослених	520.082		36	514.580	350	5.116
	411100	Плате, додаци и накнаде запослених	520.082		36	514.580	350	5.116
5175	412000	Социјални доприноси на терет послодавца	92.861			92.113	62	686
	412100	Доприноси за ПИО	57.154			56.605	38	511
	412200	Доприноси за здр.осигурање	31.817			31.643	21	153
	412300	Доприноси за незапосленост	3.890			3.865	3	22
5179	413000	Накнаде у натури	3.750			3.000		750
	413100	Накнаде у натури- маркице	3.750			3.000		750
5181	414000	Социјална давања запосленима	5.971			4.466		1.505
	414100	Инвалиди,пор.бол.преко 30дана	1.236			566		670
	414300	Отпрем.приликом одласка у пенз.	4.635			3.900		735
	414400	Помоћ у мед.леч.зап.и чл.пор.	100					100
	415000	Накнаде трешкова запослених	15.928			15.528		400
	415100	Накнаде за превоз на посао	15.928			15.528		400
5188	416000	Награде запослених и ост.расхо.	4.391			4.391		
	416100	Јубиларне награде	4.391			4.391		
	416100	Остале награде запослених						
5195	421000	Стални трошкови	35.209			35.031	13	165
	421100	Трошкови платног промета	1.298			1.120	13	165
	421200	Енергентске услуге	27.427			27.427		
	421300	Комуналне услуге	3.233			3.233		
	421400	Услуге комуникације	2.040			2.040		
	421500	Трошкови осигурања	1.211			1.211		
5203	422000	Трошкови путовања	400			400		
	422100	Трошкови службе. путовања	400			400		
5209	423000	Услуге по уговору	9.046		45	3.482	40	5.479
	423200	Компјутерске услуге	1.122			1.122		
	423200	Легализација софтвера	60					60
	423300	Усл.образ.и.усаврш.котизација,ко мора,ед за упр.риз.и.ун.ква.	3.140			660	30	2.450

Ознака ОП	Број Конта	Опис	Износ планираних расхода и издатака					
			Укупно (од 5 до 9)	Расходи из буџета			Из Донација и ДИЛС	Из осталих извора
				Републи	Општине	РФЗО		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	423400	Услуге информисања (публикације,објављ.тендера)	464		45	400		19
	423500	Стручне услуге (правнозаступ.,уо, но)	1.960				10	1.950
	423600	Услуге за домаћ.(прање веша)	1.200			1.200		
	423700	Репрезентација и поклони	1.000					1.000
	423900	Остале опште усл. фоток.и др.	100			100		
5218	424000	Специјализоване услуге	1.754			1.130		624
	424600	Услуге очувања животне сред.	750			750		
	424900	Спец.услуге	1.004			380		624
5226	425000	Текуће поправке и одржавање	13.024		1.700	9.799		1.525
	425100	Тек.попр.и одрж.објеката	1.720			1.220		500
	425200	Тек.попр.и одрж.опreme	11.304		1.700	8.579		1.025
5229	426000	Материјал	88.157		44	84.179	390	3.544
	426100	Административни материјал	6.812			6.129	21	662
	426400	Материјал за саобраћај	8.404			8.358	46	
	426700	Медицински и лаб.материјал	67.171		44	64.806	243	2.078
	426800	Материјал за одрж.хигијене	3.100			2.902		198
	426900	Мат.за пос.нам-тех.зо.гуме,мио	2.670			1.984	80	606
5255	441000	Отплата домаћих камата	605		504			101
	441500	Отплата камата	605		504			101
	465000	Дотације-инвалиди	1.600			1.600		
	465100	Дотације-инвалиди	1.600			1.600		
5326	482000	Порези,обавезне таксе и казне	697		116	150		431
	482100	Регистрација возила	150			150		
	482200	Таксе (републичке и судске)	316		116			200
	482300	Републичке казне	231					231
	483000	Новчане казне по реш.судова	47					47
	483100	Новчане казне по реш.судова	47					47
5339	500000	Издаци за нефинанс.имовину	10.967		8.157		395	2.415
5341	511100	Куповина осталог стамбеног	60					60
	511300	Капитално одрж.зграда и обј.	3.679		3.480			199
	512100	Опрема за саобраћај						
	512200	Административна опрема	1.064		677			387
	512500	Медицинска опрема	6.147		4.000		395	1.752
	512900	Немоторизовани алати	17					17
5432		Текући приходи и примања	804.489		10.602	769.849	1.250	22.788
5433		Текући расходи и издаци	804.489		10.602	769.849	1.250	22.788

Извор: Дом здравља Крагујевац

Финансијску контролу врши филијала Републичког фонда за здравствено осигурање у Крагујевцу, кроз анализу кварталних извештаја и периодичне контроле наменског трошења средстава. Дом здравља Крагујевац је у обавези да након усвајања Финансијског плана средства троши искључиво по намени како је планом предвиђено, уколико је неопходно средства пренаменити, ради се ребаланс финансијског плана који усваја Управни одбор на предлог директора. Након завршетка пословне године Дом здравља Крагујевац доставља до 28. фебруара завршни рачун филијали Републичког фонда за здравствено осигурање.

4.6. Упоредна анализа прихода и примања за период 2011.-2015.

Упоредна анализа огледног периода од пет година у Дому здравља Крагујевац приказује да све мора да остане на истом нивоу. Ово је прави пример, јер се ово односи на већину здравствених установа у Србији. У Табели бр. 6 Приказани су планирани приходи по свим изворима у току године.

Табела бр. 6 Упоредна анализа прихода и примања за период 2011.-2015. (у 000 динара)

Година	Опис	Износ планираних прихода и примања					
		Укупно (од 4 до 8)	Приходи из буџета			Из Донаци.	Из осталих извора
			Републи	Општине	РФЗО		
1	2	3	4	5	6	7	8
2015.	Текући приходи и примања	699.401		12.000	668.189		19.212
2014.	Текући приходи и примања	785.242		10.602	750.602	1.250	22.788
2013.	Текући приходи и примања	754.480		15.094	717.084	300	22.002
2012.	Текући приходи и примања	721.579		15.000	679.771	1.253	25.555
2011.	Текући приходи и примања	695.021	338	15.000	654.683		28.000

Извор: Дом здравља Крагујевац

Овом упоредном анализом се може видети да су укупни планирани приходи, у реалном износу, најмањи у 2015. години. Да је по свим изворима прихода константан тренд смањења прихода, а да је то најизраженије када су у питању приходи о Републичког фонда за здравствено осигурање за 2015. годину, који су мањи у односу на 2014. годину за 82 милиона. Како се највећи део новца односи на плате запослених, а како је у 2014. години дошло до смањења зарада за 10 %, било је реално смањење по том основу за 60 милиона динара. Како би се боље могли сагледати приходи Републичког фонда за здравствено осигурање у реалном износу у табели бр. 7 приказани су само приходи по годинама у еврима са средњим курсом на дан 31.12. за сваку годину. За 2015. годину коришћен је средњи курс евра на дан 31.12.2014. године.

Табела бр.7 Приходи од РФЗО-а по годинама у еврима

Година	Опис	Планирани приходи РФЗО
2015.	Текући приходи и примања у еврима	5.522.679
2014.	Текући приходи и примања у еврима	6.205.373
2013.	Текући приходи и примања у еврима	6.255.094
2012.	Текући приходи и примања у еврима	5.977.585
2011.	Текући приходи и примања у еврима	6.412.174

У овој анализи се може видети да су планирани приходи на почетку огледног периода (2011. година) мањи за скоро 1.000.000 евра у односу на последњу годину (2015. годину) овог периода. Узимајући у обзир и чињеницу да су из године у годину трошкови по свим основама расли, поставља се питање финансијске стабилности саме установе. Политика Републичког фонда за здравствено осигурање, када је финансирање здравствених установа у Србији, заснива се још увек на пројекцијама и проценама, без могућности да се реално процене потребе корисника средстава. Дом здравља Крагујевац, на основу финансијских извештаја, послује стабилно, али уколико се овакав тренд настави та стабилност ће бити угрожена.

Комплетну ситуацију додатно компликује и реална могућност промена третмана сопствених прихода. Према Закону о здравственој заштити, здравствене услуге које здравствена установа пружа грађанима на њихов захтев, као и здравствене услуге које нису обухваћене здравственим осигурањем, наплаћују се од грађана, по ценама које утврди управни одбор здравствене установе. Да је ситуација толико нејасна потврђује и Закон о буџетском систему који не познаје појам „цена здравствене, односно сада, јавне услуге“ већ се, као накнада за пружену јавну услугу прописује такса.

Здравствене установе, као корисници јавних средстава организације за обавезно социјално осигурање, до ступања на снагу Закона о изменама и допунама Закона о буџетском систему 2012. године, дотадашње сопствене приходе није третирао као јавне. Такође, овом изменом закона прецизирано је да од 01. јануара 2014. године престају да важе одредбе закона и других прописа којима се уређује припадност сопствених прихода, уколико се за то створе технички услови. Како се до данашњег дана технички услови нису испунили, што је Законом о буџетском систему за 2015. годину и потврђено, корисници јавних средстава организације за обавезно социјално осигурање сопствене приходе планирају и користе на начин како је то било и претходних година. Велика опасност лежи у чињеници да постоји реална могућност да технички услови буду испуњени у току фискалне 2015. године и да ће све установе бити у обавези да своје Финансијске планове прилагоде тим прописима. То може довести до тога да се установе доведу у проблем измиривања оних обавеза које су планиране за 2015. годину из ових извора.

Свака установа ове приходе планира према својим потребама. Дом здравља Крагујевац годинама уназад има тренд пада ових прихода, што се може видети у табели бр. 6, али и поред те чињенице они су неопходни како би установа могла да функционише. Структура трошења ових прихода се може видети у табели бр. 5 „Финансијски план Дома здравља Крагујевац за 2014. годину“. Највећи део средстава је намењен за примања радника које не финансира Републички фонд за здравствено осигурање и остале трошкове као што су: накнаде за чланове Управног и Надзорног одбора, куповину опреме, капиталне инвестиције, трошкове специјализација лекара и све оне трошкове за које Републички фонд за здравствено осигурање не обезбеђује средства. Уколико би се овај приход укалкулисао у Уговор који све установе потписују са Републичким фондом за здравствено осигурање па и Дом здравља Крагујевац и та средства трошила на начин како се сада троше средства из уговора, што је интенција, настали би велики проблеми у раду свих здравствених установа, а самим тим и проблеми би били и у нормалном функционисању Дома здравља Крагујевац. То би значило да онај број радника који прелази уговорени број са Републичким фондом за здравствено осигурање, што је у Дому здравља Крагујевац око 15 (у зависности од потреба), не би примио плате, а како поједини имају уговоре о раду на неодређено време у неком тренутку би могли да покрену и спор пред судом за наплату својих неисплаћених зарада са свом каматом која им по том основу припада. Поред овог проблема, настао би и проблем са занављањем опреме и капиталним одржавањем објеката, јер би онда за ту намену могла да се користе само средства од оснивача. Како до ових проблема не би дошло и како се не би угрозило пословање здравствених установа, што би могло имати несагледиве последице, неопходно је законски уредити ову област.

У низу законских решења које имају лош утицај на пословање здравствених установа је и тренутно важећи Закон о јавним набавкама, чијом применом здравствене установе често долазе у проблем да не могу у потребном року да обезбеде основна средства за рад и пружање здравствене заштите.

Поред дугих рокова, сталних мењања процедура, спорости бирократије, велики проблем праве и такозване „централизоване јавне набавке“ које ни до данас нису профункционисале на прави начин. Установе не само да у одређеним временским интервалима остају без средстава за рад, већ оваквим начином набавке врло често се мора одвојити више средстава него када би набавке спроводиле саме установе.

4.7. Закључна разматрања

Сагледавањем и анализом свих, горе изнетих чињеница, може се закључити да је пред нама период који може довести до тога да Дом здравља Крагујевац уђе у проблем неликвидности. У огледном периоду који је у овом раду приказан, може се видети да су приходи из године у годину све мањи, док цене свих добара и услуга расту, као и потребе корисника које саме по себи захтевају већа финансијска издвајања. Податак да су у 2015. години планирана средства мања за 1.000.000 евра него што је то било у 2011. години, сам по себи довољно говори о финансијској ситуацији, а оно што је још битније, о томе каква је финансијска перспектива. Сагледавањем посматраног периода, а узимајући у обзир спроведене измене и смањење стопе доприноса за здравство, као и најаву здравствених власти, може се закључити да Дом здравља Крагујевац, као и остале здравствене установе, улази у неизвестан период који може имати несагледиве последице.

Годинама уназад су спровођене мере максималне рационализације и максимално су ангажовани сви расположиви ресурси, сва средства су наменски трошена што потврђују и контроле филијале Републичког фонда за здравствено осигурање, тако да се у функционисању Дома здравља Крагујевац не може ништа урадити да се надоместе недостајућа средства.

Републички фонд за здравствено осигурање има кључну улогу, као институција која финансира Дом здравља Крагујевац са више од 95% од укупних прихода, тако да ће од одлука које буду доносили, зависити будућност установе, а и квалитет примарне здравствене заштите на овим просторима.

ЗАКЉУЧАК

Здравствена политика једне земље представља један од кључних елемената економских и политичких захтева, јер покушава да организује систем здравствене заштите на начин који у датим околностима највише доприноси продужењу трајања живота становништва, одржавању становништва здравим и осигураним од финансијског ризика због плаћања рачуна лечења. Међутим, организовање система здравствене заштите није ни мало једноставно, поготову у времену у коме се налазимо, времену пуном изазова који ремете његово успешно функционисање.

Данас постоји пет кључних чинилаца који утичу на организовање здравствене заштите у Србији, а самим тим и на начин финансирања и то су:

- Финансијска криза;
- Дуготрајне реформе;
- Становништво је све старије, а стара лица имају повећану потребу за здравственим услугама;
- Стално се проналазе нове медицинске технологије и лекови, чије су цене високе;
- Очекивања корисника здравствене заштите су и квалитативно и квантитативно све већа.

Несумњиво да све ово утиче на ефикасност система здравствене заштите, као и на његово финансирање. Поред свега, ово је једна од друштвено значајнијих тема, популистички врло интересантна, тако да не изненађује чињеница да је реформа система здравствене заштите скоро обавезна тема свих политичких кампања у Србији, што представља још један додатни проблем.

Овим радом су постављени јасни циљеви и дефинисани предмет и проблем истраживања. Коришћењем одређених метода истраживања дошло се до следећих закључака:

- Здравствени систем у Републици Србији је прилично добро организован, са великим бројем установа које су грађанима доступне, и као такав је доста скуп;
- Реформе које се спроводе неосновано јако дуго трају, са не баш јасном визијом и неизвесном будућношћу;
- Политика финансирања и планирана средства за здравствену заштиту омогућавају у најбољем случају стагнацију;
- Средства која се издвајају по глави становника за здравствену заштиту су најнижа у Европи;
- Допринос за здравствено осигурање представља најзначајнији извор прихода, а стопе доприноса су у константном паду, тако да је прилив по том основу значајно смањен. У 2014. години стопе доприноса су снижене на 10.3%, што представља историјски минимум;
- Здравствене установе у Србији не могу очекивати стабилно финансирање у наредном периоду;
- „Сопствени приходи“ још увек неуређени, а кључни су за функционисање здравствених установа;
- Менаџмент здравствених установа је без превеликог утицаја на пословање.

Након спроведеног истраживања и дефинисаних проблема може се закључити да је политика финансирања здравствених установа и читавог здравственог система у Србији таква, да се може дефинисати на следећи начин:

Здравствени систем Републике Србије је скуп систем, са лошом политиком финансирања, заробљен у исцрпљујуће дугим реформама, са неизвесном будућношћу.

Како би здравствене установе у будућности могле да функционишу неометано и како би грађани могли да остварују своја Законом загарантована права, неопходно је предузети следеће кораке:

- Дефинисати здравствену политику земље која се неће мењати са променом власти;
- Хитно реформисати систем здравственог осигурања;
- Вратити стопе доприноса минимум на ниво пре последње корекције, тачније на 12.3%;
- Реформисати Републички фонд за здравствено осигурање;
- Суштински променити начин финансирања здравствених установа, са јасним, реалним роковима за уговарање потребних средстава, без наметања система „узми или остави“;
- Омогућити установама да сопствене приходе и даље користе како су се користили у предходним годинама, или на сличан начин;
- Смањити бирократске процедуре;
- Усагласити законодавство.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Ракоњац - Антић Т. (2012) „Пензијско и здравствено осигурање“ Београд;
- [2] Пејовић Н. (2006) „Реформе сиситема здравственог осигурања и здравствене заштите“ Београд;
- [3] Томсон С. и Мосиалос С. (2004), -„Добровољно здравствено осигурање у Европској унији“ Брисел;
- [4] Цеперковић З. (2005), Српска медицина у средњем веку, Београд;
- [5] Јанковић Д. (2011), „Здравствено осигурање као фактор трошкова здравствене заштите“ Школа бизниса
- [6] *Видојевић Ј. (2011) „Здравствена заштита у САД право или привилегија“ Београд*
- [7] *Валтерс С., Сухреке М. (2005) „Социо – економске неједнакости у здрављу и доступности здравствене заштите у централној и источној Европи“, Канцеларија СЗО за Европу*
- [8] Митровић М. и Гавриловић А, (2014) „Организација и менаџмент у здравственом систему Србије“, Београд;
- [9] Јовичић К. (2014) „Систем здравствене заштите и здравственог осигурања“ Београд;
- [10] Гавриловић А. и Трмчић С. (2012) „Здравствено осигурање у србији – финансијски одржив систем, Београд;
- [11] Пак Ј. (2011)“ Право осигурања“, Београд;
- [12] Шолак З. (2009) „Макроекономска ограничења у финансирању здравствене заштите“, Нови Сад;
- [13] Стоиљковић В. (2012) „Леан у здравству“, Ниш;
- [14] Томић С., Маленковић Г. и Поповић-Петровић С. (2009) „Менаџмент у здравственој нези“ Сремска Каменица;
- [15] *Видојевић Ј. (2011) „Здравствена заштита у САД право или привилегија“ Београд*
- [16] Декларацији из Алма Ате из 1978. године (СЗО и УНИЦЕФ)
- [17] Закон о здравственој заштити Сл. Гл. РС бр. 107/2005, 72/2009, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 и 93/2014
- [18] Уредба о плану мрежа здравствених установа (2014), Влада Републике Србије
- [19] Закон о буџетском систему (2014) , Народна скупштина РС, Београд
- [20] *Смернице здравствене политике за јачање система примарне здравствене заштите у Србији од 2010. До 2015. године, (2010), Министарство здравља*

- [21] Закон о здравственом осигурању, СЛ. ГЛ. РС. Бр. 107/2005, 109/2005, 57/2011, 110/2012, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014.
- [22] Стратегија развоја здравственог осигурања у Србији, (2013), РФЗО;
- [23] Стратегија развоја примарне здравствене заштите града Крагујевца од 2011-2014. године;
- [24] План рада Дома здравља Крагујевац;
- [25] Стратешки план Дома здравља Крагујева;
- [26] Статут Дома здравља Крагујевац;

ИНТЕРНЕТ ИЗВОРИ

- [27] http://sr.wikipedia.org/sr/istorija_srpske_medicine
- [28] <http://www.rfzo.rs/download/Modelizdrosig.pdf>
- [29] <http://www.vps.ns.ac.rs/SB/2011>
- [30] <http://www.zdravlje.gov.rs>
- [31] http://www.batut.org.rs/index.php?category_id=20
- [32] <http://www.rfzo.rs/index.php/about-main-47/onama-info>
- [33] <http://www.azus.gov.rs>
- [34] <http://www.rfzo.rs/download/Principifinansiranja.pdf>
- [35] www.dzkg.rs