

**INSTITUT ZA UPOREDNO PRAVO
SINDIKAT LEKARA I FARMACEUTA SRBIJE
Gradska organizacija Beograda**

**SISTEMI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I
ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
Uporednopravna analiza u evropskim zemljama**



Beograd, 2014.

SISTEMI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Uporednopravna analiza u evropskim zemljama

SISTEMI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Uporednopravna analiza u evropskim zemljama

Izdavači

Institut za uporedno pravo, Beograd

Sindikata lekara i farmaceuta Srbije - Gradska organizacija Beograda

Urednica

dr Katarina Jovičić

Recenzenti

dr Dušan Cvetić

prim. dr Ljiljana Tomašić

dr Jovan Ćirić

dr Vladimir Čolović

ISBN: 978-86-80059-99-0

Tiraž

300 primeraka

Priprema i štampa

GORAGRAF

**INSTITUT ZA UPOREDNO PRAVO
SINDIKAT LEKARA I FARMACEUTA SRBIJE
Gradska organizacija Beograda**

**SISTEMI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I
ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
Uporednopravna analiza u evropskim zemljama**

**Urednica
Katarina Jovičić**

Beograd, 2014.

Sadržaj

PREDGOVOR	1
------------------------	----------

Dr Jovan Ćirić

UVOD

<i>Dr Katarina Jovičić.....</i>	<i>4</i>
---------------------------------	----------

GLAVA I

ZDRAVSTVENI SISTEMI U EVROPSKIM ZEMLJAMA

Dr Katarina Jovičić

Osnovna pitanja zdravstvenih sistema u evropskim zemljama

1. Troškovi zdravstvene zaštite- statistički pokazatelji.....	8
2. Modeli zdravstvenog osiguranja.....	12
3. Načini plaćanja zdravstvenih usluga.....	16
3.1. Plaćanje putem plate.....	17
3.2. Plaćanje po zdravstvenoj usluzi.....	18
3.3. Plaćanje po osnovu kapitacije.....	18
3.4. Plaćanje po sistemu dijagnostički srodnih grupa (DSG).....	19
3.5. Plaćanje po bolničkom danu.....	21
3.6. Plaćanje po osnovu unapred određenog budžeta.....	21
3.7. Kombinovani načini plaćanja za zdravstvene usluge.....	23
4. Ugovori između javnih fondova i davaoca usluga kao pravni osnov za plaćanje zdravstvenih usluga u sistemima socijalnog zdravstvenog osiguranja.....	25
5. Obavezni paket zdravstvenih usluga.....	27
5.1. Način određivanja obaveznog paketa zdravstvenih usluga.....	28
5.2. Sadržina obaveznog paketa zdravstvenih usluga.....	29

5.3. Ograničenja obaveznog paketa zdravstvenih usluga.....	33
6. Uloga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u finansiranju zdravstvene zaštite.....	35
7. Evropska karta zdravstvenog osiguranja.....	39

GLAVA II

SISTEMI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U POJEDINIM EVROPSKIM ZEMLJAMA

Mirjana Glintić, dipl. pravnik, master

Savezna Republika Nemačka

1. Uvod.....	41
2. Istorijat razvoja sistema zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja u Nemačkoj.....	44
3. Organizacija zdravstvene zaštite.....	45
4. Obavezni paket zdravstvenih usluga.....	48
5. Finansiranje zdravstvene zaštite.....	50
6. Načini plaćanja zdravstvenih usluga.....	54
7. Zaključak.....	56

Mr Ivana Rakić

Republika Italija

1. Uvod.....	58
2. Vrste zdravstvenog osiguranja	
2.1. Obavezno zdravstveno osiguranje.....	59
2.2. Privatno zdravstveno osiguranje.....	60
3. Organizacija zdravstvenog osiguranja.....	62

4. Obavezni paket zdravstvenih usluga.....	65
5. Finansiranje zdravstvene zaštite.....	68
6. Zaključak.....	72

Mr Ivana Rakić

Republika Francuska

1. Uvod.....	73
2. Vrste zdravstvenog osiguranja	
2.1. Obavezno zdravstveno osiguranje.....	74
2.2. Privatno zdravstveno osiguranje.....	76
2.3. Univerzalno obezbeđenje od rizika bolesti.....	78
3. Organizacija zdravstvenog osiguranja.....	80
4. Obavezni paket zdravstvenih usluga.....	83
5. Finansiranje zdravstvene zaštite.....	86
6. Zaključak.....	91

Dr Katarina Jovičić

Republika Poljska

1. Istorijski osvrt na razvoj sistema zdravstvene zaštite.....	93
2. Organizacija i upravljanje sistemom zdravstvene zaštite.....	96
3. Sadržina obaveznog paketa zdravstvenih usluga.....	100
4. Finansiranje zdravstvene zaštite i njeni troškovi - statistički pokazatelji.....	102
5. Plaćanje zdravstvenih usluga.....	103
6. Aktuelni problemi i glavni pravci daljih reformi.....	106

Dr Katarina Jovičić

Češka Republika

1. Istorijski osvrt na razvoj sistema zdravstvene zaštite.....	110
2. Organizacija i upravljanje sistemom zdravstvene zaštite.....	113
3. Sadržina obaveznog paketa zdravstvenih usluga.....	116
4. Finansiranje zdravstvene zaštite i njeni troškovi - statistički pokazatelji.....	117
5. Plaćanje zdravstvenih usluga.....	118
6. Aktuelna reforma zdravstvenog sistema Češke Republike.....	120

Mirjana Glintić, dipl. pravnik, master

Republika Slovenija

1. Uvod.....	122
2. Istorijat razvoja sistema zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja u Sloveniji.....	124
3. Organizacija zdravstvene zaštite.....	126
4. Obavezni paket zdravstvenih usluga.....	128
5. Finansiranje zdravstvene zaštite.....	132
6. Načini plaćanja zdravstvenih usluga.....	134
7. Zaključak.....	136

Mr Ivana Rakić

Kraljevina Švedska

1. Uvod.....	138
2. Organizacija zdravstvenog osiguranja.....	140
3. Obavezni paket zdravstvenih usluga.....	143
4. Finansiranje zdravstvene zaštite.....	145
5. Zaključak.....	149

Anđelka Plavšić-Nešić, dipl. pravnik

Republika Hrvatska

1. Istorijski razvoj zdravstvenog sistema.....	150
2. Osvrt na institucionalni i pravni okvir zdravstvenog sistema.....	153
2.1. Institucionalni okvir.....	153
2.2. Pravni okvir.....	156
3. Osnove sistema zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja.....	160
3.1. Sistem zdravstvene zaštite.....	161
3.2. Stanje zdravstvene zaštite.....	167
3.3. Sistem zdravstvenog osiguranja i njegovo finansiranje.....	172
3.4. Osnovni elementi novog modela finansiranja (ugovaranja) zdravstvene zaštite (2013-2015).....	179
3.4.1. Novi model finansiranja primarne zdravstvene zaštite.....	179
3.4.2. Novi model finansiranja bolničke zdravstvene zaštite.....	181
3.4.3. Novi model finansiranja specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite.....	182
4. Reforma zdravstvenog sistema.....	182

GLAVA III

EVROPSKI ZDRAVSTVENI POTROŠAČKI INDEKS 2012 /2013 (EUROHEALTH CONSUMER INDEX 2012 /2013)

Mirjana Glintić, dipl. pravnik, master

Evropski zdravstveni potrošački indeks - Ocenanivoa zdravstvene zaštite u Republici Srbiji

1. Evropski zdravstveni potrošački indeks.....	189
2. Ocene Republike Srbije prema oblastima	
2.1. Prava pacijenata i informacije.....	192
2.2. Vreme čekanja na tretman.....	194

2.3. Ishodi.....	196
2.4. Prevencija / Opseg i doseg pruženih usluga.....	197
2.5. Farmaceutska sredstva.....	199
3. Izvori podataka za EHCI.....	201
4. Zaključak.....	202

Rezultati istraživanja Evropskog zdravstvenog potrošačkog indeksa pojedine evropske zemlje u 2012. godini.....	203
---	------------

Rezultati istraživanja Evropskog zdravstvenog potrošačkog indeksa pojedine evropske zemlje u 2013. godini.....	206
---	------------

Prim. dr Ljiljana Tomašić

Osvrt na probleme, sa preporukama za unapređenje i razvoj zdravstvenog sistema Republike Srbije.....	210
---	------------

PREDGOVOR

Istraživanje, odnosno uporednopravna analiza i izrada Studije o sistemima zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja u evropskim zemljama sprovedeni su u Institutu za uporedno pravo, na inicijativu Sindikata lekara i farmaceuta Srbije - Gradska organizacija Beograda. Namera naručioca ove studije bila je da se na taj način, između ostalog, pripreme za aktivno učestvovanje u procesu predlaganja mera i aktivnosti, u okviru reforme sistema zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja, koja se sprovodi u Republici Srbiji. Upoznavanje sa iskustvima evropskih zemalja na tom planu je nesumnjivo dragoceno u sprovođenju ovog neophodnog procesa, jer ukazuje na postojeće stanje i probleme u funkcionisanju zdravstvenog sistema, ali i na načine na koji se ti problemi mogu prevazići i unaprediti sistem u celini u Republici Srbiji.

Predmet istraživanja obuhvatio je nekoliko evropskih zemalja, koje nisu odabrane nasumično, već kao reprezentativne, po jasnim kriterijumima. Pošlo se, naime, od toga da bi prvo trebalo analizirati sisteme zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja onih zemalja čija su rešenja karakteristična i koja su organizaciono i funkcionalno uspešna. Tako su u ovoj grupi zemalja analizirani zdravstveni sistemi Savezne Republike Nemačke, Republike Italije, Republike Francuske i Kraljevine Švedske. Drugi kriterijum je bio uporedivost sa Republikom Srbijom, pa su kao takve odabrane, pre svih, Republika Slovenija i Republika Hrvatska, sa kojima imamo istorijsko, kulturno, političko i društveno nasleđe. U ovoj grupi su se, pored njih, našle i Republika Poljska i Republika

Češka zbog toga što su te zemlje, decenijama posle II svetskog rata, imale društveno-političko uređenje slično našem, ali su ga promenile skoro jednu deceniju pre nas, pa su tako znatno ranije započele i reforme zdravstvenog sistema. Ti reformski procesi su dali određene rezultate i zdravstveni sistemi danas u ovim zemljama funkcionišu sa manje (u Republici Poljskoj), odnosno više uspeha (u Republici Češkoj).

Istraživanje, u kome je učestvovalo četiri istraživača Instituta za uporendo pravo (Katarina Jovičić, Ivana Rakić i Mirjana Glintić, kao stalno zaposlene i spoljni saradnik Instituta Anđelka Plavšić-Nešić) je naručeno i sprovedeno u drugoj polovini 2012. godine. Kao rezultat tog istraživanja i analize je nastala Studija, koja je u novembru mesecu te godine predata naručiocu. Odmah je ocenjeno da je u pitanju vredan istraživački materijal, po kriterijumima, obimu, vrsti i sadržaju prikupljenih podataka i njihovoj analizi, pa je dogovoreno da se sa njim upozna i šira stručna javnost. Tako je, 25. oktobra 2013. godine u Beogradu, održan skup sa temom: "Zdravstveno osiguranje - ključni problemi zdravstva u Srbiji" na kome su, pored zdravstvenih radnika iz Republike Srbije, bili pozvani i učestvovali u diskusiji i predstavnici Ministarstva zdravlja i Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje. Ovaj skup su organizatori (Institut za uporedno pravo i Sindikat lekara i farmaceuta Srbije - Gradska organizacija Beograda) i učesnici ocenili veoma uspešnim i značajnim, pa je već tom prilikom najavljeno i štampanje knjige, odnosno monografije (studije), u kojoj bi se predstavili rezultati istraživanja i izložili zaključci o postojećem stanju i preporuke, koji su tom prilikom doneti, u cilju unapređenja i razvoja zdravstvenog sistema Republike Srbije.

U uvodnom delu ove knjige - monografije, se, kao opšta, analiziraju osnovna pitanja koja se postavljaju u vezi sa svakim zdravstvenim sistemom, tj. zdravstvenom zaštitom i zdravstvenim osiguranjem. Potom se, u Glavi I, daju uporednopravni pregledi sistema zdravstvene zaštite u pomenutim evropskim državama, da bi se u Glavi II predstavili rezultati istraživanja Euro Health Consumer Index - Evropskog zdravstvenog potrošačkog indeksa za 2012. i 2013. godinu, prema kojima je Republika Srbija zauzela poslednje mesto, po percepciji kvaliteta zdravstvene zaštite od strane njenih korisnika. Na kraju, umesto zaključka, Prim dr Ljiljana Tomašić, koja je dala nemerljiv doprinos ovom istraživanju, daje ocenu stanja zdravstvenog sistema u Republici Srbiji, kao i preporuke za njegovo unapređenje i razvoj.

Ova knjiga - monografija, namenjena je stručnoj i široj javnosti, jer je pitanje zdravstvenog sistema Republike Srbije među najvažnijim vitalnim društvenim pitanjima svakog građanina, odnosno korisnika zdravstvenih usluga, a kao takvo je nesumnjivo i jedno od najznačajnijih sistemskih, strateških i reformskih odnosa i procesa. U njoj se, na jednom mestu, nalaze odgovori na gotovo sva praktična i aktuelna pitanja, koja su važna za efikasnu i efektivnu organizaciju i funkcionisanje zdravstvenog sistema, uz ukazivanje na prednosti i slabosti pojedinih rešenja zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja. Ona nam ujedno ukazuje i da nema idealnog zdravstvenog sistema, već da svaka država taj sistem prilagođava sopstvenim potrebama i usklađuje sa postojećim društvenim mogućnostima.

Dr Jovan Ćirić

SISTEMI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Uporednopravna analiza u evropskim zemljama

UVOD

Zdravstvena politika predstavlja jedan od ključnih ekonomskih i političkih zahteva svih država sveta, koje pokušavaju da organizuju sistem zdravstvene zaštite¹ na način koji u datim okolnostima najviše doprinosi produženju trajanja života stanovništva, održavanju stanovništva zdravim i osiguranim od finansijskog rizika zbog plaćanja računa za lečenje.² Organizovanje sistema zdravstvene zaštite, međutim, nije jednostavan zadatak, posebno danas kada su izazovi koji se postavljaju pred njegovo uspešno funkcionisanje sve veći. Tri su ključna činioca koja na to utiču: prvo, stanovništvo je u većini zemalja sve starije, a stara lica imaju povećane potrebe za zdravstvenom negom; drugo, stalno se pronalaze nove medicinske tehnologije i lekovi, čije su cene koštanja

¹ Pod sistemom zdravstvene zaštite se podrazumevaju sve organizacije, ljudi i aktivnosti čiji je primarni cilj da se unapredi, obnovi ili održi zdravlje stanovništva. U pitanju je širok pojam, koji se ne može ograničiti samo na ustanove, javne ili privatne, koje neposredno pružaju zdravstvene usluge stanovništvu, već obuhvata i sve drugo što na bilo koji način, posredno ili neposredno, učestvuje u tom procesu. Tako, sistem zdravstvene zaštite, pored tih ustanove, čine i zakoni i drugi propisi u oblasti zdravstva, osiguravajuće organizacije koje se bave zdravstvenim osiguranjem, itd. O pojmu sistema zdravstvene zaštite prema World Health Organization videti: *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*, WHO 2007, str. 2, dostupno na: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

² Navedeno predstavlja ciljeve zdravstvene politike kod većine zemalja u svetu. Videti više: Rakonjac-Antić, T., *Penzijско i zdravstveno osiguranje*, Centar za izdavačku delatnost Ekonomskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, Beograd, 2012, str. 168.

visoke; treće, očekivanja korisnika zdravstvene zaštite se stalno povećavaju, kako u pogledu kvaliteta, tako i njenog kvantiteta. Jasno je da sve to utiče na porast troškova lečenja, a samim tim i na efikasnost sistema zdravstvene zaštite, pa ne treba da iznenađuje što je pitanje reforme sistema zdravstvene zaštite skoro obavezna tema gotovo svih savremenih političkih kampanja.

Komparativna analiza sistema zdravstvene zaštite u evropskim zemljama, posebno zdravstvenog osiguranja kao jednog od ključnih elemenata tog sistema, pokazuje da se ona ne organizuje i ne sprovodi svuda na isti način, već da svaka od oko 200 država koliko ih danas ima na planeti, predviđa sopstvena pravila u toj oblasti. Koreni savremenih sistema zdravstvene zaštite i socijalnog zdravstvenog osiguranja³ obično se vezuju za Nemačku i XIX vek, gde su vlada i njena odgovarajuća tela po prvi put preuzele obavezu da reše ovo pitanje na nivou cele države.⁴ Međutim, prvi pokušaji organizovanja zdravstvene zaštite u Evropi sreću se i mnogo vremena pre toga, jer su još u Srednjem veku pojedina udruženja trgovaca, polazeći od principa solidarnosti, organizovala zdravstvenu zaštitu za svoje članove⁵. Od tada pa do današnjih dana broj lica koja uživaju zdravstvenu zaštitu na osnovu toga što su zdravstveno osigurana konstantno raste i danas je pravilo da svako ko ima prebivalište na teritoriji određene države bude zdravstveno osiguran u toj državi.⁶

³ Ovi sistemi zdravstvenog osiguranja, po pravilu, počivaju na Bizmarkovom modelu zdravstvenog osiguranja. Poznati su i kao neprofitni ili javni sistemi zdravstvenog osiguranja.

⁴ U Nemačkoj su još 1883. godine razne dobrovoljne strukture zdravstvenog osiguranja pretvorene u obavezni sistem zdravstvene zaštite pod okriljem države. O ovome videti više: Saltman R., Dubois, H., *The Historical and Social Base of Social Health Insurance Systems*, u, Saltman, R., Figueras, J., Busse, R., (eds.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Open University Press, 2004, str. 21. i dalje.

⁵ Prva faza ovog istorijskog procesa uočava se u kasnom Srednjem veku, kada su male grupe radnika u okviru svojih gildi formirale udruženja preko kojih su ostvarivali neke oblike zdravstvene zaštite. Ova su udruženja bila zatvorenog tipa, pokrivala su samo članove gildi, a to znači da su obuhvatala manje od 5% ukupne populacije u jednoj državi. Njihova efikasnost je u velikoj meri zavisila od donacija i od crkve koja se, između ostalog, bavila i organizovanjem i obezbeđivanjem zdravstvene nege. Kada su gilde nestale, tada je nastupio jedan duži vremenski period u kome su delovale razne kolektivne organizacije, kako neprofitne, tako i profitne i ove organizacije se mogu označiti kao prvi pokušaj organizovanja sistema zdravstvene zaštite stanovništva. Njihovi rezultati su bili manje ili više uspešni, što je zavisilo od istorijskih, kulturnih i ekonomskih okolnosti u svakoj pojedinoj zemlji. To je tako trajalo sve do kraja XVIII veka, kada je država počela da preuzima aktivnu ulogu u obezbeđivanju zdravstvenog osiguranja, i to prvo u Nemačkoj, a potom i u drugim državama Evrope. O ovome videti više: Saltman R., Dubois, H., op. cit, str. 22-23.

⁶ Centralni koncept zdravstvenog osiguranja se tokom nekoliko vekova, takođe, promenio pa to više nije naknada zarade, odnosno naknada štete za slučaj smrti radnika, već je to prvenstveno plaćanje troškova bolničkih i vanbolničkih usluga, kao i lekova.

Plan izlaganja: U ovoj studiji se analiziraju sistemi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja u određenim evropskim zemljama. U Glavi I, koja je uvodna, obrađena su kao posebni podnaslovi sledeća bitna pitanja koja se postavljaju u vezi sa svakim sistemom zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja: Troškovi zdravstvene zaštite – statistički pokazatelji; Modeli zdravstvenog osiguranja; Načini plaćanja zdravstvenih usluga; Ugovori između javnih fondova i davaoca usluga kao pravni osnov za plaćanje zdravstvenih usluga u sistemima socijalnog zdravstvenog osiguranja; Obavezni paket zdravstvenih usluga; Uloga dobrovoljnog (privatnog) zdravstvenog osiguranja u finansiranju zdravstvene zaštite i Evropska karta zdravstvenog osiguranja.

Predmet Glave II u ovoj studiji su, kako to ukazuje i njen naslov, sistemi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja u pojedinim, reprezentativnim državama Evrope, i to: Savezne Republike Nemačke, Republike Italije, Republike Francuske, Republike Poljske, Republike Češke i Republike Slovenije, kao predstavnice država članica Evropske unije; Kraljevine Švedske, članice EU ali izdvojene kao primer zemlje koja ima veoma razvijen sistem zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja; Republike Hrvatske, članice EU, izdvojene kao primer zemlje u regionu.

U Glavi III se daje analiza izveštaja «*Euro Health Consumer Index*» za 2012. i 2013. godinu, koji rangiraju Republiku Srbiju na poslednje mesto po kvalitetu zdravstvene zaštite od svih analiziranih država.

I na kraju, umesto zaključka, rezimiraju se karakteristike i osnovni problemi u funkcionisanju zdravstvene zaštite u analiziranim državama, uz osvrt na probleme zdravstvenog sistema Republike Srbije, kao i preporuke za njegovo unapređenje i razvoj.

Dr Katarina Jovičić

GLAVA I

ZDRAVSTVENI SISTEMI U EVROPSKIM ZEMLJAMA

Dr Katarina Jovičić

OSNOVNA PITANJA ZDRAVSTVENIH SISTEMA U EVROPSKIM ZEMLJAMA

1. TROŠKOVI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE - STATISTIČKI POKAZATELJI

Gotovo sve evropske zemlje zdravstvenu finansiraju zdravstvenu zaštitu paralelno iz javnih i privatnih izvora.⁷ Kao javni izvori koriste se državni (budžetski) prihodi i druga socijalna davanja koja se, po pravilu, prikupljaju u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja, dok privatni izvori finansiranja obuhvataju sredstva koja građani plaćaju iz svog džepa za potrebe zdravstvene zaštite, sredstva koja plaćaju privatna zdravstvena osiguranja, dobrovoljni prilozi itd. Kada se uporede javni i privatni izvori finansiranja, tada je pravilo da je javni sektor dominantni izvor finansiranja zdravstvene zaštite i prema dostupnim podacima procentualno učešće javnog sektora u ukupnim troškovima zdravstvene zaštite u pojedinim zemljama iznosi: više od 80% u Holandiji, skandinavskim zemljama (sem Finske), Velikoj Britaniji i Republici Češkoj; između 75 i 80% u Finskoj, Belgiji, Nemačkoj, Austriji, Italiji i Francuskoj; između 70 i 75% u Mađarskoj, Poljskoj, Sloveniji, Turskoj i Španiji; ispod 70% je u Švajcarskoj, Portugalu, Grčkoj i Slovačkoj.⁸ Na osnovu ovih podataka se može zaključiti da javni sektor

⁷ Nacionalni zdravstveni sistemi se, u načelu, finansiraju bilo iz javnih, bilo iz privatnih izvora, a najčešće iz jednih i drugih. Prema tom kriterijumu mogu se razlikovati: potpuni (čist) državni odnosno javni model; dominantno javni model; mešoviti model; preovladavajuće (dominantno) privatni model i potpuno čisti privatni model finansiranja zdravstvenog osiguranja (plaćanje iz džepa). O ovome videti više: Rakonjac-Antić, T., op. cit, 199-200.

⁸ Navedeno prema: *Health at a Glance 2011 – OECD Indicators*, OECD Publishing, 2011, str. 157.

učestvuje u ukupnim troškovima zdravstvene zaštite sa 72% i taj procenat nije pokazao tendenciju značajnijih promena za poslednjih 20 godina.⁹

Statistički podaci o troškovima za zdravstvenu zaštitu pokazuju da oni konstantno rastu u svim državama¹⁰ i to po stopi koja je veća nego stopa rasta bruto društvenog proizvoda (u daljem tekstu: BDP).¹¹ Procentualno učešće ukupnih troškova za zdravstvenu zaštitu u odnosu na BDP po pojedinim zemljama za 2002. i 2010. godinu (odn. godinu najbližu 2012. za koju je evidentiran podatak) prikazuje Tabela 1, dok se u Tabeli 2. daje prikaz troškova zdravstvene nege po glavi stanovnika izraženih u USD u istim zemljama za navedene godine.¹²

Tabela 1: Procentualno učešće troškova za zdravstvenu zaštitu u odnosu na BDP

Naziv države	2002.	2010.
Austrija	10,1%	11,0%
Belgija	8,5%	10,5%
Češka	6,8%	7,5%
Danska	9,3%	11,1%
Francuska	10,6%	11,6%
Nemačka	10,7%	11,6%
Mađarska	7,6%	7,8%
Italija	8,3%	9,3%
Holandija	8,9%	12,0%
Norveška	9,8%	9,4%
Poljska	6,3%	7,0%
Slovenija	8,6%	9,0%
Švedska	9,2%	9,6%
Švajcarska	10,9%	11,4%

⁹ Ipak, neke zemlje koje su početkom devedesetih godina prošlog veka imale značajno učešće javnih izvora u finansiranju zdravstvene zaštite, kao na primer, Češka i Slovačka, tokom dvadeset godina su taj udeo značajno smanjile na račun privatnih izvora finansiranja. Suprotno tome, Portugal i Turska, zemlje u kojima je tradicionalno manji udeo javnog sektora u finansiranju zdravstvene zaštite, u navedenom periodu su to učešće značajno povećale, opet na račun privatnih izvora finansiranja. Navedeno prema: *Health at a Glance 2011 – OECD Indicators*, op. cit, str. 156.

¹⁰ Razlozi koji na to utiču su, pre svih, sve veća starost stanovništva a stariji imaju veće zahteve za lečenjem, potom su to nove tehnologije i novi medicinski tretmani koji imaju visoku cenu koštanja.

¹¹ Videti: *Provider Payments and Cost-containment Lessons from OECD Countries*, u, Technical Brief for Policy Makers, No. 2, WHO, 2007, str. 1.

¹² Podaci su preuzeti sa sajta OECD-a: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>.

Velika Britanija	7,6%	9,6%
SAD	15,1%	17,6%
Srbija	5,8%	9,9% ¹³

Tabela 2: Troškovi zdravstvene zaštite po glavi stanovnika izraženo u USD

Naziv države	2002.	2010.
Austrija	3084 USD	4395 USD
Belgija	2542 USD	3969 USD
Češka	1194 USD	1884 USD
Danska	2870 USD	4464 USD
Francuska	2921 USD	3974 USD
Nemačka	2943 USD	4338 USD
Mađarska	1114 USD	1601 USD
Italija	2235 USD	2964 USD
Holandija	2833 USD	5056 USD
Norveška	3628 USD	5388 USD
Poljska	733 USD	1389 USD
Slovenija	1704 USD	2428 USD
Švedska	2702 USD	3758 USD
Švajcarska	3673 USD	5489 USD
Velika Britanija	2187 USD	3433 USD
SAD	5993 USD	8233 USD
Srbija	229 USD	565 USD ¹⁴

Na osnovu podataka izloženih u tabelama može se, u izvesnoj meri, sagledati stanje zdravstvene zaštite u pojedinim zemljama. Međutim, na osnovu toga nije moguće nedvosmisleno zaključiti koji model zdravstvenog osiguranja bolje funkcioniše. Ipak, uočava se da troškovi zdravstvene zaštite nešto brže rastu u zemljama koje su opredeljene za sistem socijalnog zdravstvenog osiguranja, odnosno koje počivaju na Bizmarkovom

¹³ Izvor: Kosanović R., *Socijalno pravo*, Beograd 2011.

¹⁴ Podaci za Srbiju se odnose na 2003. i 2009. godinu, objavljeni su na sajtu Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, www.batut.org.rs.

modelu,¹⁵ premda i ovu konstataciju treba prihvatiti sa rezervom budući da to ne važi za sve takve zemlje, već samo za pojedine.¹⁶

U svakom slučaju, gotovo sve države sveta se suočavaju sa porastom troškova za zdravstvenu negu stanovništva i prvi pokušaji uspostavljanja kontrole nad tim troškovima su zabeleženi već sedamdesetih godina prošlog veka, dok se ozbiljnije i značajnije aktivnosti na ovom planu preduzimaju od devedesetih godina prošlog veka.¹⁷ Načini na koji se ta kontrola vrši nisu isti, ali se svi oni mogu razlikovati prema tome da li su preduzete mere novčane ili nenovčane prirode, te prema tome da li one pogađaju davaoce zdravstvenih usluga ili njihove korisnike.

Praksa pokazuje da se najčešće preduzimaju novačane mere i to prevashodno one koje pogađaju korisnike zdravstvenih usluga. Osiguranici su, naime, dužni da iz svog džepa plate određeni iznos za primljenu uslugu ili za lek, uprkos tome što je ta usluga ili taj lek obuhvaćen obaveznim paketom zdravstvenih usluga. Ova obaveza, koja se može označiti i kao «plaćanje iz džepa», danas je zastupljena u brojnim državama, uključujući i najrazvijenije evropske zemlje, premda ne svuda u istoj formi. Među najčešće zastupljenim formama plaćanja iz džepa za zdravstvene usluge su:

a) *doprinosi*, što znači da osiguranik plaća unapred određenu, fiksnu sumu na ime primljene zdravstvene usluge ili za lek;

b) *nominalne premije*, što znači da osiguranik mesečno plaća iz svog džepa iznos koji odgovara delu premije zdravstvenog osiguranja, kao dodatak obaveznom zdravstvenom osiguranju;¹⁸

c) *rezidencijalno plaćanje*, što znači da lica, korisnici zdravstvene usluge u zemlji u kojoj nemaju prebivalište ne mogu ostvariti povraćaj troškova za te usluge.¹⁹

¹⁵ O Bizmarkovom i drugim modelima zdravstvenog osiguranja biće posebno reči u okviru sledećeg podnaslova.

¹⁶ Ako se uporede i drugi relevantni podaci, onda ne čudi ovakav zaključak jer ti podaci pokazuju da je u zemljama Bizmarkovog modela zdravstvenog osiguranja zdravstvena nega lakše dostupna, koriste se savremenije metode dijagnostikovanja i lečenja, pacijenti duže leže u bolnicama, bolnice imaju više kreveta po glavi stanovnika itd. O ovome videti više: Figueras, J., Saltman, R., Busse, R., Dubois, H., *Patterns and performance in social health insurance systems*, u, *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, op. cit, str. 123-125.

¹⁷ U ovom periodu najveći broj evropskih država suočio se sa javnim deficitom, čemu je doprinela i činjenica da su prihodi iz kojih se finansira zdravstvena zaštita sve manji, pre svega zbog povećanja broja nezaposlenih i broja penzionera, ali i zbog realno smanjenih primanja radno angažovanog stanovništva.

¹⁸ Ovaj sistem se primenjuje, na primer, u Holandiji.

¹⁹ Ovo važi, na primer, u Francuskoj.

Pored toga i nezavisno od toga, pacijenti su svuda dužni da plaćaju troškove za lekove i za zdravstvene usluge koje ne pokriva obavezni paket zdravstvenog osiguranja.

Neke države, međutim, osim novčanih primenjuju i određene nenovčane mere radi suzbijanja troškova zdravstvene zaštite. Takve mere pretežno pogađaju davaoce zdravstvenih usluga i uobičajeno se u tom smislu predviđaju određeni akti, odnosno preporuke za postupanje davalaca zdravstvenih usluga u određenim situacijama. Među tim aktima uobičajeni su: «klinički vodiči», «upravljanje kliničkim procedurama», «primena standardizovanih postupaka», itd.²⁰

2. MODELI ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Pitanje organizacije sistema zdravstvenog osiguranja je ključno za funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite, jer se najveći deo troškova te zaštite finansira upravo iz zdravstvenog osiguranja. Zdravstveno osiguranje može, prema kriterijumu obaveznosti, biti obavezno i dobrovoljno. Po pravilu, obavezno zdravstveno osiguranje organizuje i sprovodi država, pa se ono još označava i kao državno, ili socijalno, ili opšte osiguranje, dok se dobrovoljno zdravstveno osiguranje obezbeđuje lično ili preko poslodavca.

Kada je o modernim sistemima obaveznog ili državnog zdravstvenog osiguranja reč, tada je nesporno da su osnove tog sistema postavljene u Bizmarkovoj Nemačkoj,²¹ odakle se ova ideja vremenom širila Zapadnom Evropom. U periodu koji je usledio posle Drugog svetskog rata došlo je do značajnog unapređenja ovog sistema zdravstvenog osiguranja i do širenja kategorija stanovništva koje se uključuju u obavezno zdravstveno osiguranje.²² Međutim, Velika Britanija i skandinavske zemlje su još tada odlučile da

²⁰ O novčanim i nenovčanim metodama za obuzdavanje troškova zdravstvene zaštite videti više: Figueras, J., Saltman, R., Busse, R., Dubois, H., *Patterns and Performance in Social Health Insurance Systems*, u, *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, op. cit, str. 112.

²¹ Može se postaviti pitanje zašto se baš u Nemačkoj pojavio ovakav, pod okriljem države organizovan sistem zdravstvenog osiguranja, a ne u nekoj drugoj državi? Odgovor na ovo pitanje treba tražiti u činjenici da je u drugoj polovini XVIII veka u Nemačkoj bio izrazito snažan politički pritisak radničkih sindikata koji su bili pod uticajem marksističkog pogleda na svet, koje pritiske tadašnji kancelar Bizmark nije želeo da ignoriše, već naprotiv, želeo je da ih umanjí procenjujući da bi rešenje tog pitanja doprinelo stvaranju Nemačke kao jake države.

²² U početku je država imala značajnu ulogu u nadgledanju i regulisanju rada fondova za zdravstvenu zaštitu, propisujući dužnost za radno angažovano stanovništvo da u te fondove redovno uplaćuju predviđene iznose na ime zdravstvenog osiguranja. Vremenom, pod okrilje obaveznog zdravstvenog osiguranja su, pored radno angažovanih, primane i druge kategorije stanovništva, ali to nije išlo baš tako

pređu na sistem punog finansiranja obavezne zdravstvene zaštite iz budžeta i ovakav sistem i danas funkcioniše u tim državama, ali i šire.

Devedesetih godina prošlog veka se većina evropskih država suočila sa javnim deficitom, što se odrazilo i na sistem zdravstvene zaštite, jer se tada uvidelo da su postavljeni sistemi obaveznog zdravstvenog osiguranja sve teže održivi. Jedna od ideja za rešenje tog problema je bila da se uvede konkurencija, odnosno tržišni principi u oblast zdravstvene zaštite, što je rezultiralo uvođenjem dobrovoljnog, privatnog zdravstvenog osiguranja u većem broju evropskih država.

Iako svaka država samostalno određuje sistem zdravstvenog osiguranja prema sopstvenim potrebama i u skladu sa sopstvenim socijalnim i ekonomskim pokazateljima, danas se svi ti sistemi mogu, prema karakterističnim rešenjima, grupisati u nekoliko modela. Od svih podela najpoznatija i najuticajnija je ona koju je sačinila Svetska zdravstvena organizacija²³ polazeći od načina finansiranja, načina upravljanja i odlučivanja o pravima i obavezama u sistemu zdravstvene zaštite, kao i od uključenosti stanovništva u tu zaštitu, solidarnosti i planiranju područja osiguranja. Prema tim karakteristikama razlikuju se četiri modela sistema zdravstvenog osiguranja: Bizmarkov model, Beveridžov model, Semaškov (socijalistički) model i Tržišni model.²⁴

Bizmarkov model:²⁵ poznat je i kao «obavezno zdravstveno osiguranje», ili kao «socijalno zdravstveno osiguranje».²⁶ Ovaj model je karakterističan po tome što obezbeđuje univerzalno pokriće, što znači da je zdravstveno osigurana cela populacija. Zdravstvo se finansira iz fondova obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno iz bolesničkih kasa, odnosno agencija, koje prikupljaju sredstva iz doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje koja solidarno uplaćuju zaposleni i poslodavci.²⁷ Doprinosi su

brzo, posebno za određene kategorije, na primer, za poljoprivrednike. Dakle, dugo vremena je trebalo da zdravstvena zaštita postane univerzalna u tom smislu da pokriva sva lica koja imaju prebivalište na teritoriji određene države.

²³World Health Organisation (WHO), www.who.int

²⁴ O ovome videti više: Janković, D., *Zdravstveno osiguranje kao faktor troškova zdravstvene zaštite*, u, Škola biznisa br. 4/11, Novi Sad, 2011, str. 70-71.

²⁵ Ovaj model sistema socijalnog zdravstvenog osiguranja vezuje se za nemačkog kancelara Bizmarka (Otto Eduard Lepold von Bismark), koji je prvi razradio i primenio takav sistem zdravstvenog osiguranja u Nemačkoj, krajem XIX veka.

²⁶*Social Health Insurance (SHI)*.

²⁷ Ovi doprinosi predstavljaju oblik javnih državnih prihoda čija je namena unapred definisana. Videti: Rakonjac-Antić, T., op. cit, str. 193. Osim doprinosa, fondovi zdravstvenog osiguranja imaju i druge izvore prihoda, javne i privatne, među kojima su: dotiranja iz budžeta, lično učešće osiguranika u pokriću troškova

srazmerni visini primanja, a fondovi obaveznog zdravstvenog osiguranja deluju na neprofitnim principima. Za ovaj sistem je karakteristična značajna uloga fondova kao samoregulacionih tela u rešavanju brojnih pitanja zdravstvene zaštite.²⁸

Bizmarkov model zdravstvenog osiguranja prihvata najveći broj evropskih država, među kojima su: Nemačka, Austrija, Švajcarska, Holandija, Francuska, Belgija, Luksemburg, Hrvatska, Slovenija, Poljska, Češka, Republika Srbija itd. U njegovom funkcionisanju su uočeni izvesni nedostaci, od kojih se posebno ističu sledeći: konstantni nedostatak sredstava; dominantna uloga države (vlade) u odlučivanju o ključnim pitanjima zdravstvene zaštite; značajna uloga države u finansiranju zdravstvene zaštite; nemogućnost pacijenata da biraju gde će se i kako lečiti.

Beveridžov model:²⁹ poznat je kao «budžetsko zdravstveno osiguranje». Karakteristika ovog sistema, koji takođe obuhvata najšire kategorije stanovništva, je to što se on finansira iz poreza, odnosno iz opšteg državnog budžeta. Shodno tome, država ima odlučujuću ulogu u upravljanju sistemom zdravstvene zaštite, a ona je i vlasnik opreme i ustanova koje su uključene u sistem javnog zdravstva. Lekari u tom sistemu su državni zaposlenici i oni rade za platu.

U praksi primene ovog modela kao najviše problematične su se pokazale dve karakteristike: prvo, činjenica da se većina lekara smatra državnim službenicima i da ima fiksne plate nije dovoljna motivacija da bi se oni posvetili poboljšanju kvaliteta usluga koje pružaju, i drugo, ovde su uobičajene duge liste čekanja pacijenata na one intervencije koje nisu hitne.³⁰ Osim u Velikoj Britaniji, elementi Beveridžovog sistema preovlađuju i u Norveškoj, Finskoj, Švedskoj, Irskoj, a od 1978. godine i u Španiji, Portugalu, Italiji i Grčkoj.³¹

zdravstvene nege (participacija), poreske i carinske olakšice (npr. za kupovinu medicinskih uređaja i opreme), posebni porezi (npr. na neka luksuzna dobra) itd. Videti, Rakonjac-Antić, T., op. cit, str. 178.

²⁸ Ovo se objašnjava time što se u najvećem broju razvijenih država Zapadne Evrope, u kojima se primenjuje Bizmarkov model zdravstvenog osiguranja, principi samoregulacije, pluralizma i participacije tradicionalno primenjuju i daju dobre rezultate. Videti više: Saltman, R., Dubois, H, op. cit, str. 24.

²⁹ Ovaj se model sistema zdravstvenog osiguranja vezuje za engleskog Lorda Beveridža (Lord William Henrz Beveridge), koji je na osnovu dugogodišnjeg istraživanja stanovništva u Velikoj Britaniji definisao sistem socijalnog osiguranja prilagođen tom društvu, čiji bi glavni nosilac bila država. Ovaj je sistem prihvaćen i primenjuje se od 1948. godine.

³⁰ O Beveridžovom modelu sistema zdravstvenog osiguranja videti više: Rakonjac-Antić, T., *Penzijsko i zdravstveno osiguranje*, op. cit, str. 195 - 198.

³¹ S obzirom na način finansiranja, izdaci za zdravstvo se planiraju u okviru budžeta, to jest na godišnjem nivou, dok po Bizmarkovom modelu fondovi nisu ograničeni godišnjim planiranjima jer imaju veću

*Semaškov (socijalistički) model:*³² poznat je kao model «državno vođene zdravstvene zaštite» i primenjivao se u bivšem SSSR-u. On je dosta sličan Beveridžovom modelu jer je država i ovde nadležna za organizovanje i funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite. Fond za zdravstveno osiguranje je takođe u državnom vlasništvu i on se, shodno tome, finansira iz centralnog državnog budžeta. Privatna zdravstvena zaštita u ovakvom sistemu je zakonom zabranjena, kao i privatno odnosno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.³³

Tržišni (preduzetnički) model: ovde zdravstveno osiguranje organizuju i sprovode privatne osiguravajuće kompanije, ili agencije, koje posluju isključivo po tržišnim zakonima jer je cilj njihovog poslovanja sticanje zarade. Ovaj sistem se finansira iz premija osiguranja i drugih privatnih sredstava koja plaćaju osiguranici. Shodno tome, preduzetnički model ne podrazumeva univerzalno pokriće jer ono nije obavezno već se osigurava samo onaj ko proceni da za time ima interes. Preduzetnički model je karakterističan za SAD i najveće mu se zamerke upućuju upravo na nedostatak obaveznosti zdravstvenog osiguranja, te previsokih troškova zdravstvenih usluga.

Ovu, tzv. klasičnu podelu modela zdravstvenog osiguranja je Svetska zdravstvena organizacija danas nešto modifikovala, uglavnom zbog potrebe da je prilagodi aktuelnim promenama u ovoj oblasti. Ova, nova podela razlikuje sledeća četiri modela sistema zdravstvenog osiguranja:³⁴

1. *Model socijalnog zdravstvenog osiguranja* - odgovara Bizmarkovom modelu. Zastupljen je u državama navedenim kod izlaganja o Bizmarkovom modelu zdravstvenog osiguranja;

samostalnost u odnosu na državu. O razlikama između ova dva modela sistema zdravstvenog osiguranja videti više: Shieber, G., Maeda, A., *A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries*, u: Shieber, G. (ed.), *Innovations in Health Care Financing*, World Bank Discussion Paper No. 365, The World Bank, Washington, 1997, str. 14-16; Wagstaff, A., *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidences from the OECD*, The World Bank Development Research Group, Human Development and Public Service Team, 2009.

³² Ovaj je model finansiranja zdravstvenog osiguranja, koji se vezuje za prvog Komesara narodnog zdravlja u SSSR-u Nikolaja Aleksandroviča Semaško, primenjivan u SSSR-u dvadesetih godina prošlog veka.

³³ Više o ovome: Rakonjac-Antić, T., op. cit, str. 198.

³⁴ Navedeno prema: Reid, T. R., *The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care*, Penguin Press, 2009.

2. *Model budžetskog finansiranja* - odgovara Beveridžovom modelu. Zastupljen je u državama navedenim kod izlaganja o Beveridžovom modelu zdravstvenog osiguranja.

3. *Model nacionalne zdravstvene službe* - ima elemente Bizmarkovog i Beveridžovog modela. Ovaj model nije uobičajen u evropskim državama, već je posebno razvijen u Kanadi, a prihvatili su ga i Tajvan i Južna Koreja.³⁵

4. *Model privatnog zdravstvenog osiguranja*, odnosno sistem «plaćanje iz džepa».³⁶

3. NAČINI PLAĆANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Danas ne postoji univerzalna formula po kojoj bi trebalo rešavati pitanje plaćanja za zdravstvene usluge, već su u praksi zastupljeni različiti načini na koje se ono rešava. Šta više, države veoma često ne primenjuju isključivo jedan model plaćanja svih zdravstvenih usluga, već kombinuju dva, pa i više modela kako bi plaćanje bilo najbolje prilagođeno konkretnim uslovima i kao takvo pozitivno uticalo na ekonomsku efikasnost sistema zdravstvene zaštite.

Polazeći od iskustava zemalja članica OECD-a,³⁷ može se bez sumnje tvrditi da je pitanje plaćanja za zdravstvene usluge jedno od najvažnijih političkih pitanja, jer to odlučujuće utiče na ponašanje davalaca zdravstvenih usluga, a samim tim na nivo i kvalitet zdravstvene zaštite. Uporedno-pravno posmatrano, zdravstvene usluge se danas najčešće plaćaju na jedan od sledećih načina:

1. putem plate;
2. po zdravstvenoj usluzi;

³⁵*National Health Service (NHS)*. U ovom modelu se koriste usluge koje obezbeđuje privatni, a ne javni sektor, ali se te usluge plaćaju iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi država.

³⁶ Brojne države, prevashodno zbog siromaštva ali i zbog nedovoljne organizovanosti, nisu u mogućnosti da obezbede bilo kakvu masovnu medicinsku zaštitu za svoje stanovništvo. U tim državama medicinsku pomoć uživaju samo bogati, dok siromašni ostaju bolesni ili umiru. Ovakav sistem se sreće u ruralnim regionima Afrike, Indije, Južne Amerike itd, gde milioni ljudi prožive ceo život a da nikada ne vide lekara. Čak i u SAD oko 15% stanovništva nema nikakvu zdravstvenu zaštitu, ali se SAD ne može zbog toga svrstati u ovaj model, budući da tu deluju i drugi sistemi zdravstvenog osiguranja, koji su prilagođeni različitim grupama ljudi.

³⁷*The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)*, kojoj pripada 34 zemlje u svetu. Ova međunarodna organizacija, između ostalog, prati zdravstvenu politiku u zemljama članicama i relevantne podatke o tome objavljuje na svom zvaničnom sajtu. Videti: www.oecd.org

3. po osnovu kapitacije;
4. po osnovu dijagnostički srodnih grupa;
5. po bolničkom danu;
6. po osnovu unapred određenog budžeta.

U nastavku će se izložiti osnovne karakteristike svakog od navedenih sistema, uz isticanje prednosti i nedostatak koji su se tokom njihove praktične primene do sada uočili.

3.1. Plaćanje putem plate

Značajan broj država koristi plate za plaćanje lekara i to na svim nivoima zdravstvene zaštite, kako u javnom tako i u privatnom sektoru. Pritom, negde se lekari plaćaju samo po ovom sistemu, dok se u nekim državama on kombinuje sa nekim drugim načinom plaćanja. Osnovna karakteristika ovog sistema je da primanja lekara ne zavise od toga koliko su zdravstvenih usluga pružili u određenom periodu, niti od kvaliteta tih usluga. Shodno tome, logično je da oni, a reč je prevashodno o lekarima zaposlenim u javnom sektoru, nisu posebno motivisani da poboljšaju produktivnost i kvalitet usluga koje pružaju. Nadalje, iskustva u primeni ovog sistema pokazuju da on najviše pogoduje i niskom moralu kod lekara, odnosno, njihovoj podložnosti korupciji.³⁸ Da bi se prevazišli ovi nedostaci, mnoge države kombinuju sistem plata sa drugim sistemima plaćanja lekara, pre svih sa sistemom kapitacije.

Ipak, plaćanje putem plata ima i određenih prednosti, među kojima je najznačajnija ta što se tako uspešno kontrolišu troškovi za zdravstvenu zaštitu³⁹. Sem toga, u ovom sistemu zdravstvene usluge su svima jednako dostupne, makar formalno, a i administracija koja prati ova plaćanja je jednostavna te ne zahteva mnogo vremena niti troškova.

³⁸ U Mađarskoj su, na primer, ovaj problem pokušali da reše tako što su lekarima povećali plate (2002. godine za oko 50%), ali to samo po sebi nije dovelo do željenog rezultata jer se problem korupcije u zdravstvu ne javlja samo zbog niskih primanja, već i zbog drugih razloga, na primer, zbog nedostatka motivacije, nedovoljnog ili neadekvatnog obrazovanja, odsustva svesti o ličnoj odgovornosti medicinskog osoblja, paralelne strukture odgovornosti, i dr. O korupciji u zdravstvu uopšte videti više: Matsheza, P., Timilsina, A., Arutyunova, A., (eds.), *Fighting Corruptions in the Health Sector - Methods, Tools and Good Practices*, UNDP, New York, 2001, str. 20-24.

³⁹ Ipak, ovde treba imati u vidu da su troškovi za plate samo deo ukupnih troškova zdravstvene zaštite jer drugi, značajan deo tih troškova obuhvata troškove za pružene usluge.

3.2. Plaćanje po zdravstvenoj usluzi

Sistem po kome se lekari ili zdravstvene ustanove plaćaju po pruženim uslugama (*fee for service*) je veoma popularan u bolničkoj nezi, ali je često zastupljen i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i to pre svih u onim zemljama gde većina lekara ima status samozaposlenih lica. Kao pozitivne strane ovog sistema posebno se ističu pristupačnost zdravstvene zaštite, kao i dobar kvalitet zdravstvenih usluga, što se objašnjava delovanjem tržišnih mehanizama i konkurencije.

Međutim, plaćanje po pruženoj usluzi ima i negativnih strana, koje se odražavaju na povećanje troškova za zdravstvenu negu. Naime, u ovom sistemu lekari često pružaju i veći broj usluga nego što je to medicinski potrebno zato što na taj način ostvaruju veće zarade. Sem toga, oni se pre odlučuju za skuplje nego za jeftinije usluge, takođe iz lukrativnih razloga. Sistem plaćanja po zdravstvenoj usluzi zahteva, pored toga, ozbiljnu administraciju, što dodatno uvećava troškove zdravstvene zaštite, odnosno zdravstvene nege.⁴⁰ Da bi se to predupredilo, a istovremeno da bi se iskoristili pozitivni potencijali ovog sistema plaćanja, vrlo često se sistem naknade po osnovu zdravstvene usluge kombinuje sa nekim drugim sistemom plaćanja, na primer, sa budžetom.

3.3. Plaćanje po osnovu kapitacije

Prema sistemu kapitacije lekari se plaćaju na osnovu broju pacijenata kojima pružaju zdravstvene usluge. Ovaj sistem se gotovo isključivo koristi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno za plaćanje lekara opšte medicine, tj. porodičnih lekara. Sem toga, kapitacija kao način plaćanja se najčešće sreće u onim sistemima zdravstvenog

⁴⁰ Ovaj sistem plaćanja za zdravstvene usluge se primenjuje, na primer, u Belgiji, gde su takođe uočene pomenute zloupotrebe kako bi se fakturisali što veći računi i ostvarili veći profiti. Zbog toga je u Belgiji 1990. godine započeta reforma sistema zdravstvenog osiguranja koja je obuhvatila i pitanje plaćanja lekara i zdravstvenih ustanova (u ovom domenu aktivnosti su usmerene na otklanjanje zloupotreba, povećanju efikasnosti rada medicinskog osoblja, svođenje broja medicinskih tretmana u razumne, odnosno potrebne mere itd.).

osiguranja koji se finansiraju iz budžeta, dakle, u državama koje prihvataju Beveridžov model zdravstvenog osiguranja, na primer, u Velikoj Britaniji, Italiji, Španiji.⁴¹

Prednosti kapitacije se ogledaju u relativno lakoj dostupnosti lekara pacijentima, budući da su lekari motivisani da leče što veći broj lica. Međutim, povećan kvantitet u ovom slučaju može negativno da se odrazi na kvalitet pruženih usluga, pa je ovde ključno pravilno predvideti usluge koje se uobičajeno pružaju pacijentima određenih rizičnih grupa, jer se prema tome određuje iznos koji se plaća po pacijentu. Drugim rečima, neophodno je dobro odrediti pacijentov profil, na primer, prema starosti ili prema polu,⁴² pa prema tome prilagoditi plaćanje jer se samo tako može garantovati kvalitetna usluga i jednaka dostupnost lekara pacijentima. Time se i lekari u primarnoj zdravstvenoj zaštiti adekvatno motivišu da leče što veći broj pacijenata, umesto da ih prosleđuju na dalje lečenje bolnicama ili lekarima specijalistima, čak i kada to nije medicinski neophodno.

Plaćanje po osnovu kapitacije se, takođe, često kombinuje sa drugim sistemima plaćanja. Tako, na primer, u Španiji lekari opšte medicine (porodični lekari) primaju fiksnu platu, dakle plaćaju se po sistemu plata, ali dobijaju i dodatak koji se obračunava po osnovu kapitacije. Iznos kapitacije nije fiksno određen niti je određen u jedinstvenom iznosu za celu zemlju, već zavisi od provincije do provincije budući da je ceo zdravstveni sistem uređen na regionalnom nivou. Tačni iznos kapitacije u svakoj provinciji zavisi od različitih činilaca, na primer, od starosti pacijenta, od procenta populacije starije od 65 godina u toj provinciji, itd.⁴³

3.4. Plaćanje po sistemu dijagnostički srodnih grupa (DSG)

Plaćanje zdravstvenih usluga po osnovu dijagnostički srodnih grupa, koji se primenjuje isključivo u bolničkoj nezi, prvi put u svetu je uvedeno 1983. godine u SAD, a potom se proširio i na neke druge zemlje, prevashodno one čiji sistem zdravstvenog osiguranja počiva na preduzetničkom, privatnom modelu. Ovaj je sistem sa dosta uspeha

⁴¹ Ovaj sistem funkcioniše i u SAD i to u okviru svih nivoa zdravstvene nege, dakle, ne samo u okviru primarne zdravstvene zaštite.

⁴² Osim prema starosnoj dobi i polu uporedni pregled pokazuje da se veoma često uzimaju u obzir i socio-ekonomski elementi, npr. da li je pacijent iz gradske ili seoske sredine, kolika su primanja po članu porodičnog domaćinstva, itd.

⁴³ O ovome videti više: *Provider Payments and Cost-containment Lessons from OECD Countries*, op. cit, str. 4.

primenjen u Australiji (počev od 1985. godine), pri čemu on nije doslovce preuzet od SAD, već je dodatno razvijen i prilagođen potrebama te zemlje. Od razvijenih evropskih zemalja prva ga je uvela Nemačka 2003. godine i to na osnovama australijskog modela, koji se od tada konstantno prilagođava potrebama nemačkog društva.⁴⁴

Ovaj način plaćanja podrazumeva prethodnu klasifikaciju, odnosno grupisanje pacijenata u grupe na osnovu medicinskih i ekonomskih sličnosti, odnosno, u grupe koje imaju slične kliničke specifičnosti i zahtevaju sličnu potrošnju bolničkih resursa.⁴⁵ Smisao ovakvog grupisanja jeste da se ustanove uporedivi bolnički kapaciteti i troškovi. Shodno tome, ovaj sistem plaćanja funkcioniše prevashodno za bolnice, odnosno nije uobičajeno da se na taj način plaćaju lekari u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Kada se u skladu sa pomenutim kriterijumima odrede DSG, tada se bolnici, odnosno drugom davaocu zdravstvene usluge, plaća naknada koja je fiksna za određenu dijagnozu, medicinski tretman ili je vezana za razlog otpusta iz bolnice. Shodno tome, već je na prvi pogled jasno da sistem DSG ima jak potencijal da obuzda troškove bolničkog lečenja, pa tako i troškove za zdravstvenu zaštitu u celini. Kako naknade koje se plaćaju bolnicama zavise od dijagnoza i predviđenih tretmana, zdravstvene ustanove su motivisane da pružaju ekonomski najefikasniju uslugu i da pacijente zadrže na bolničkom lečenju najkraći mogući period. Drugim rečima, s obzirom da je naknada za određenu DSG fiksno predviđena, bolnica će zaraditi više ako primenjuje jeftinije tretmane i ako pacijente ranije otpušta na kućno lečenje.

Na osnovu toga su već na prvi pogled vidljive i eventualne negativne posledice ovog načina plaćanja zdravstvenih usluga, i to su: prevremeno otpuštanje bolesnika sa lečenja; biranje bolesnika, odnosno favorizovanje onih čiji su troškovi lečenja niži, što je

⁴⁴ Osim u Nemačkoj, sistem DSG je u nekim modalitetima u primeni i u drugim evropskim zemljama, na primer, u Francuskoj, Belgiji, Austriji, Finskoj, Danskoj, Grčkoj, Mađarskoj, Italiji, Rumuniji, Češkoj, Poljskoj, Hrvatskoj, Švajcarskoj itd.

⁴⁵ U ovom smislu u najširoj upotrebi je međunarodna klasifikacija svih poznatih bolesti i povreda koju objavljuje Svetska zdravstvena organizacija. U pitanju je *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th Edition), u skraćenoj verziji: ICD-10. Osim ove klasifikacije, veoma je poznata i takođe u značajnoj upotrebi australijska klasifikacija – *Australian Refined Diagnosis Related Groups* (u skraćenoj verziji: AR-DRG), budući da je ovaj sistem plaćanja zdravstvenih usluga detaljno razrađen u Australiji, gde je pokazao odlične rezultate što znači i da je dobro prilagođen potrebama u toj državi. Prema australijskoj podeli čitav sistem DSG počiva na hijerarhiji dijagnoza i procedura, uz uvažavanje demografskih i kliničkih izmena. O ovome, kao i uopšte o sistemu DSG videti više: Von Brascfh, L., *Implementing Diagnosis-Related Groups (DRG)*, dostupno na http://www.ehma.org/files/090625_EHMA_DRG_final.pdf

suprotno načelu jednakog pristupa medicinskoj zaštiti; povećanje broja pacijenata koji se primaju na lečenje, jer što se više pacijenata primi, to će i naknade biti veće. Da bi se ovi nedostaci sveli na prihvatljivu meru, uporednopravna iskustva u primeni sistema DSG su pokazala da je najbolji, tako reći jedini način da se to postigne konstantno praćenje i sprovođenje kvalitetnog nadzora nad radom medicinskih ustanova. Sve to, naravno, mora da prati jedna ozbiljna administracija koja, međutim, podrazumeva značajne dodatne troškove, a i sam monitoring mora biti odgovarajuće finansiran da bi bio uspešan. Čak i u Australiji, gde je ovaj sistem plaćanja za medicinske usluge najviše razvijen i smatra se veoma efikasnim u smislu kontrolisanja troškova zdravstvene nege, on se istovremeno oštro kritikuje zbog preranog otpuštanja pacijenata iz bolnica.⁴⁶

3.5. Plaćanje po bolničkom danu

Ovaj način plaćanja zdravstvenih usluga je, po pravilu, vezan za bolnice i njihove usluge. Primenu ovog sistema prati veoma jednostavna i jeftina administracija, a pored toga njegova je prednost i u tome što motiviše posvećivanje velike pažnje pacijentima. Ipak, plaćanje po bolničkom danu može imati i negativne efekte na troškove zdravstvene nege, pre svega zato što se ovim sistemom motivišu bolnice da primaju što više pacijenata ali i da produžavaju njihov boravak u bolnici duže nego što je to medicinski opravdano. Zbog toga, uporedno-pravno gledano, mnoge države smanjuju upotrebu ovog sistema, odnosno, ograničavaju je na tačno određene situacije.

3.6. Plaćanje po osnovu unapred određenog budžeta

Kada je o plaćanju za zdravstvene usluge po osnovu budžeta reč, tada treba praviti razliku između globalnog budžeta, koji se planira za celokupnu zdravstvenu zaštitu i sektorskog budžeta, koji se određuje za pojedine delove zdravstvenog sistema, na primer, za ambulantnu negu, za bolničku negu, za lekove itd. Budžet, kao način plaćanja zdravstvenih usluga se razlikuje od svih drugih metoda plaćanja po tome što je njegova

⁴⁶ U Australiji se, na primer, već od 2007. godine intenzivno radi na uspostavljanju mera koje bi omogućile kontrolu kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga kao i njihovog ishoda, odnosno, rezultata preduzetog lečenja. O ovome videti više: Von Brascfh, ibidem.

osnovna svrha da unapred opredeli sumu novca koji može da se plati davaocima zdravstvenih usluga. U tom smislu budžetsko plaćanje ustanovljava jedan okvir za plaćanje, dok se konkretne isplate određuju primenom drugih načina plaćanja.⁴⁷

U vezi sa ovim načinom plaćanja suštinsko je pitanje da li će ono što je predviđeno budžetom odgovarati stvarnim troškovima, odnosno da li će ti troškovi dostići budžet ili ne. U svakom slučaju, odgovor na to pitanje zavisi, pre svega, od toga da li je budžet određen kao čvrst, nepromenljiv ili je fleksibilan. Tako, u prvom slučaju, dakle kod fiksnih budžeta, oni koji pružaju usluge u potpunosti su odgovorni za sve gubitke, ali su i zaslužni za sve dobitke, dok u drugom slučaju, odnosno kod mekih budžeta prekoračenje troškova nije tako strogo sankcionisano, a često uopšte i nije sankcionisano.

Shodno tome, a posmatrano sa stanovišta obuzdavanja troškova zdravstvene zaštite, očigledno je da čvrsti, fiksni budžeti bolje ostvaruju tu ulogu za razliku od mekih budžeta. Sem toga, ovaj način plaćanja ne zahteva komplikovanu administraciju pa i to pojeftinjuje troškove za zdravstvenu zaštitu. Ipak, plaćanje putem budžeta može imati i negativne posledice. Pre svega, to može da ugrozi načelo jednakog pristupa zdravstvenim uslugama,⁴⁸ kao i da negativno utiče na kvalitet pruženih usluga, ali može dovesti i do dugačkih lista čekanja za određene zdravstvene usluge. Sem toga, plaćanje za usluge na osnovu unapred određenog budžeta može negativno uticati i na nove investicije u zdravstveni sistem, kao i na uvođenje novih tehnologija lečenja. Sve ove negativne posledice su mnogo manje izražene kod budžeta koji nisu čvrsti, ali takvi budžeti onda nisu efikasni za smanjenje troškova zdravstvene zaštite. U Nemačkoj se, na primer, za plaćanje bolnicama primenjuje sistem fleksibilnih budžeta i to tako što se za svaku pojedinu bolnicu unapred određuje budžet, pa ako bolnica prekorači budžet onda ona

⁴⁷ Tako, na primer, u Francuskoj se predviđa budžet za bolnice kojim su postavljene granice troškova koji će bolnici biti priznati na osnovu obračuna konkretno izvršenih usluga, koje se u ovom slučaju vrše primenom sistema DSG. Inače, u Francuskoj je prvobitno uveden čist budžetski sistem plaćanja za bolnice (1998-1999), po kome je bilo predviđeno da će lekari koji su premašili budžet obavezni da nadoknade tu razliku, dok u slučaju da budžet nije dostignut lekari su mogli dobiti dodatke na zaradu. Ipak, propis koji je to predviđao oboren je pred Vrhovnim sudom Francuske, uz obrazloženje da je suprotan Ustavu jer stvara uslove za nejednakost, da je neetički i da motivise lekare da prepisuju manje lekova nego što je to medicinski potrebno i opravdano. O ovome videti više: *Contracting and Paying providers in social health insurance systems*, u, *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, op. cit, str. 217.

⁴⁸ I u ovom slučaju, kao i kod sistema plaćanja po osnovu DSG, bolnice su motivisane da vrše odabir pacijenata tako da primaju one pacijente čiji su troškovi lečenja manji, jer na taj način ne rizikuju da prekorače budžet, odnosno mogu i zaraditi ako naprave uštede u odnosu na predviđeni budžet. Sem toga, moguće je i premeštanje pacijenata iz jedne bolnice u drugu ali ne iz medicinski opravdanih razloga, već da bi se troškovi bolnica uklopili u predviđeni budžet.

dobija nadoknadu za to prekoračenje na osnovu varijabilnih troškova koji se određuju po sistemu dijagnostički srodnih grupa (ali iz budžeta mogu dobiti maksimalno 35% od tih troškova koje su premašili), što bolnice motiviše da preduzmu sve potrebno da bi se kretale u okviru budžeta.⁴⁹

3.7. Kombinovani načini plaćanja za zdravstvene usluge

Svi pomenuti načini plaćanja za zdravstvene usluge imaju pozitivne i negativne strane. Tako se od sistema plaćanja putem plata, budžeta i kapitacije očekuje snažan uticaj na kontrolisanje i smanjenje troškova zdravstvene zaštite, ali ne treba izgubiti iz vida da oni imaju i negativne efekte koji se najčešće ogledaju u smanjenju nivoa kvaliteta zdravstvenih usluga i niskoj produktivnosti zdravstvenog sistema. Za razliku od njih, sistemi plaćanja putem DSG-a, po pruženim zdravstvenim uslugama ili po bolničkom danu imaju pozitivni uticaj na poboljšanje zdravstvenih usluga, kako u pogledu njihovog kvaliteta tako i u pogledu kvantiteta, ali oni nisu dobar podsticaj za smanjivanje troškova zdravstvene nege. Ovaj bi se negativni uticaj, međutim, mogao prevazići ako bi se troškovi zdravstvenih usluga po odgovarajućim sektorima unapred ograničili jednim čvršćim budžetom, ali i ako delovanje konkurencije i drugih tržišnih mehanizama u oblasti zdravstvene zaštite ne bi bilo posebno izraženo.

Uporedni pregled evropskih država pokazuje da se najveći broj njih opredelio za kombinovane metode plaćanja za zdravstvene usluge. To znači ne samo da su različiti davaoci zdravstvenih usluga u istim zemljama plaćani po različitim metodama, već i da se isti davalac zdravstvene usluge plaća po osnovu nekoliko načina plaćanja.⁵⁰ Takođe, primećuje se da su neke kombinacije uobičajene jer se sreću u većem broju zemalja, na osnovu čega se može zaključiti da one mogu dati dobre rezultate.

Kao prvo, veoma se često sreće sistem plaćanja lekara po osnovu kapitacije istovremeno sa plaćanjem po osnovu pruženih usluga (na primer, u Češkoj, Danskoj,

⁴⁹ O ovome videti više: *Provider Payments and Cost-containment Lessons from OECD Countries*, op. cit, str. 4.

⁵⁰ Tako se, na primer, u Finskoj najveći broj lekara opšte medicine plaća po sledećem sistemu: po osnovu plate lekar ostvaruje 60% zarade, kapitacija opredeljuje do 20% zarade, sistem naknade po osnovu pružene usluge utiče na 15% zarade a lokalni dodatak učestvuje sa 5% u ukupnoj zaradi lekara. Navedeno prema: *Provider Payments and Cost-containment Lessons from OECD Countries*, op. cit, str. 5.

Finskoj, Portugalu, Norveškoj, Slovačkoj, Velikoj Britaniji itd). Ovom kombinacijom se umanjuju negativni efekti kapitulacije kao sistema plaćanja za zdravstvene usluge, odnosno, smanjuje se potreba za usmeravanjem pacijenata na lečenje kod specijalista ili za njihovo smeštanje u bolnice u slučajevima kada to nije medicinski neophodno niti opravdano.⁵¹

Kao druga kombinacija često se sreće plaćanje putem DSG zajedno sa sistemom plaćanja na osnovu budžeta (na primer, Nemačka, Češka, Danska, Mađarska, Italija, Norveška, Portugal, itd). Na osnovu tako određenog sistema u prvi plan se uzimaju okolnosti konkretnog slučaja, jer se zdravstvene usluge plaćaju po osnovu dijagnostički srodnih grupa, ali se istovremeno određuje i budžet za bolnice kako bi se sistem DSG bolje prilagodio stvarnim potrebama, odnosno da bi se suzbili njegovi negativni efekti.

I na kraju, kao treća uobičajena kombinacija sreću se istovremeno plaćanje na osnovu pružene usluge i plaćanje na osnovu budžeta (na primer, Češka, Holandija, Poljska, itd.). U ovom slučaju planiranje budžeta ima za cilj da svede broj usluga koje pruža zdravstveno osoblje i zdravstvene ustanove na razumnu meru, čime se prevazilaze nedostaci sistema plaćanja po zdravstvenoj usluzi, koji se ogledaju u prekomernom pružanju tih usluga i, shodno tome, porastu troškova zdravstvene zaštite. Budžetom se mogu ograničiti usluge za određene sektore ili globalno i to bilo po obimu, dakle, po količini, bilo po osnovu cene koštanja.

Do istovremene primene različitih metoda plaćanja za zdravstvene usluge došlo se postepeno, nakon evaluacije uspešnosti i delovanja određenih načina plaćanja kao jedinih u okviru jednog sistema. Ta evaluacija je pokazala da svi načini plaćanja imaju određene prednosti, ali i nedostatke zbog čega ih treba kombinovati sve do iznalaženja optimalnog rešenja za konkretno društvo, koje će onda podržati odgovarajuća pravna regulativa. Međutim, čak ni uvođenje idealnog sistema plaćanja za zdravstvene usluge ne garantuje, samo po sebi, i da će te usluge biti zadovoljavajućeg kvaliteta, već se neprekidno mora raditi i na edukaciji lekara, voditi računa o njihovoj profesionalnoj satisfakciji i negovati

⁵¹ Italijanskim reformama zdravstvenog sistema (sprovedenim 1992. i 1999. godine) je uvedena kapitulacija kao načina plaćanja lekara opšte medicine i pedijataru (dakle, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti), dok se po osnovu pruženih zdravstvenih usluga oni dodatno plaćaju (i preko iznosa koji dobiju na osnovu kapitulacije), ali samo za određene, specijalne tretmane, na primer, za manje hirurške intervencije, za preventivnu negu, za posthirurške postupke itd. Navedeno prema: *Provider Payments and Cost-containment Lessons from OECD Countries*, ibidem.

humani odnos prema pacijentima. Ovi podsticaji mogu značajno doprineti da lekari počnu i sami da se staraju o ekonomskim efektima tretmana koje vrši, kao i da istovremeno rade na poboljšanju kvaliteta usluga koje pružaju pacijentima.

4. UGOVORI IZMEĐU JAVNIH FONDOVA I DAVAOKA USLUGA KAO PRAVNI OSNOV ZA PLAĆANJE ZDRAVSTVENIH USLUGA U SISTEMIMA SOCIJALNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Pravni okvir koji uređuje sisteme obaveznog zdravstvenog osiguranja čine odgovarajući propisi, kojima se predviđa ko je ovlašćen da pruži osiguranje, šta obuhvata obavezni paket usluga, ko plaća premije osiguranja i po kojoj ceni, itd. Ipak, ako bi se sistem u potpunosti oslonio na propise, onda bi to moglo voditi nefleksibilnosti a samim tim i neefikasnosti pa propisi, po pravilu, ne regulišu sva bitna pitanja zdravstvene zaštite i osiguranja, već se neka pitanja uređuju i ugovorima, pre svih između Fondova i davalaca zdravstvenih usluga.⁵² Pomenuti ugovori su posebno značajni za finansiranje zdravstvenih usluga u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja.⁵³

Međutim, ovde se kao problem ističe okolnost da fondovi, odnosno druge institucije koje vrše plaćanje zdravstvenih usluga, ne mogu biti potpuno sigurni šta davaoci usluga stvarno rade, to jest da li oni pružaju usluge koje navode da pružaju, koliko su efikasni u tome, održavaju li potreban nivo kvaliteta zdravstvenih usluga, itd. Ipak, uloga pomenutih ugovora nije da osiguraju kažnjavanje lekara i ustanova zbog propusta u radu, jer do toga može doći iz raznih razloga, od kojih mnogi ne moraju biti posledica nesavesnosti u radu niti drugih činilaca koji bi se mogli lekarima pripisati u krivicu. Suprotno tome, ovi ugovori imaju za cilj da, uprkos objektivnim teškoćama, omoguće funkcionisanje zdravstvenog sistema tako da uvek može da se obezbedi univerzalna zdravstvena zaštita zadovoljavajućeg kvaliteta i po povoljnoj ceni. To u većini država nije moguće postići samo u okviru sistema javnog zdravstva, zbog čega

⁵² Navedena konstatacija, kao i celo izlaganje u okviru ovog podnaslova, odnosi se na države opredeljene za Bizmarkov model zdravstvenog osiguranja kao osnovni. Ovo stoga što u zemljama koje su prihvatile Beveridžov model sva pitanja zdravstvene zaštite koje obezbeđuje obavezno zdravstveno osiguranje određuje država odgovarajućim propisima.

⁵³ U najvećem broju slučajeva reč je o kolektivnim ugovorima, budući da pokušaj zaključivanja individualnih ugovora, koji je učinjen, na primer, u Švajcarskoj, nije dao pozitivne rezultate.

najveći broj država predviđa da se zdravstvena zaštita ostvaruje kombinovanjem javnog i privatnog sektora.⁵⁴

Ako se pođe od primarne zdravstvene zaštite, onda je za većinu razvijenih evropskih država karakteristično da lekari tog nivoa zdravstvene zaštite imaju status samozaposlenih lica. U početku, fondovi su sa njima zaključivali jednostavne ugovore, koji su samo predviđali obavezu da im se plati za pružene usluge, ali vremenom, kako je medicina napredovala i kako su se uvodile nove tehnike i načini lečenja, fondovi su bili prinuđeni da ove jednostavne ugovore dopune i preciznije predvide šta se sve plaća i na koji način.⁵⁵ U nekim državama, na primer, u Nemačkoj i Švajcarskoj, fondovi zaključuju ugovore sa svim lekarima, dok većina država primenjuje selektivno ugovaranje. Međutim, čak i u ovom drugom slučaju osiguranik najčešće može da naplati troškove za lečenje sprovedeno od lekara sa kojim fond nije zaključio ugovor, ali je u tom slučaju pravilo da fond nadoknađuje samo deo cene primljene usluge, dok pacijent mora iz džepa da plati ostatak.⁵⁶

Za razliku od primarne zdravstvene zaštite, gde je pregovaranje i zaključivanje ugovora između fondova i lekara uobičajeno, to se ne bi moglo reći i za bolničku i kliničku negu gde država preuzima aktivniju ulogu kod određivanja uslova plaćanja za pružene usluge. U praksi razvijenih evropskih zemalja, na primer, uopšte nije neobično da država jednostrano predvidi obavezu pacijenata da plaćaju participaciju za korišćenje bolničke, odnosno kliničke nege (po pravilu je reč o unapred određenom paušalnom iznosu za svaki dan proveden u bolnici). Sem toga, država preuzima glavnu brigu i o kapitalnim troškovima bolnica, ali i drugih zdravstvenih ustanova, pa se oni uglavnom finansiraju iz budžeta.

Kada je o nadoknadi troškova za lekove reč, tada se to pitanje, takođe, rešava ugovorima koje zaključuju fondovi sa farmaceutskim kućama, ali država i u ovoj oblasti preuzima nešto aktivniju ulogu. Razlog zbog koga je to tako je potreba da se u ovaj sektor, koji je najviše opterećen kombinacijom javnog i privatnog, unese kakav-takav red.

⁵⁴ Pritom, privatni sektor (ako postoji i ako je razvijen) dominira u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, dok na višim nivoima zdravstvene zaštite dominira državni, odnosno javni sektor.

⁵⁵ O ovome videti više: Hofmarcker, M., Durand-Zaleski, I., *Contracting and Paying providers in social health insurance systems*, u, *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, op. cit, str. 208-210.

⁵⁶ U Austriji, na primer, gde se ovaj sistem primenjuje, pacijent može da se obrati lekaru koji nije zaključio ugovor sa javnim, obaveznim osiguranjem i od tog osiguranja može da očekuje da mu nadoknadi najviše 80% od cene za istu tu uslugu da mu je pružio lekar koji ima ugovor sa fondom. Navedeno prema: ibidem.

U tom smislu države često organizuju i sprovode praćenje prepisivanja lekova, jer je to ne samo u funkciji smanjenja troškova, već i u funkciji sprečavanje zloupotrebe lekova.⁵⁷

5. OBAVEZNI PAKET ZDRAVSTVENIH USLUGA

Određivanje paketa usluga koje obuhvata obavezno zdravstveno osiguranje⁵⁸ je ključno pitanje svakog zdravstvenog sistema, ali i najvažnije političko pitanje jer od obaveznog paketa zdravstvenih usluga, u načelu, zavisi da li će država uspeti da obezbedi univerzalnu zdravstvenu zaštitu stanovništva, što je preduslov za ostvarivanje osnovnih ciljeva zdravstvene politike. Drugim rečima, uspešno sprovođenje zdravstvene politike moguće je samo ako država obezbedi svim građanima medicinski neophodnu, delotvornu i finansijski efikasnu zdravstvenu uslugu.

Međutim, shvatanje o tome šta je medicinski neophodno se vremenom menja i ono što se ranije smatralo da ispunjava taj zahtev danas više nije dovoljno. To ne treba da čudi kada se ima u vidu da razvoj medicine utiče ne samo na promenu shvatanja o delotvornosti medicinskih tretmana, već i na proširenje pojma bolesti.

Komparativna analiza savremenih evropskih sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja pokazuje da oni, po pravilu, obaveznim paketom usluga obuhvataju različite medicinske usluge u ambulantnoj i bolničkoj nezi, kao i nadoknadu troškova za lekove. Pored toga, u značajnom broju država obavezni paket usluga obuhvata i dugotrajnu negu, dok prevencija, stomatološke usluge, alternativna medicina i dr, nisu njegov uobičajen sadržaj.⁵⁹

⁵⁷ Troškovi za lekove učestvuju u ukupnim troškovima zdravstvene zaštite u razvijenim zemljama Zapadne evrope sa oko 10-15%, ali ovaj procenat ima tendenciju stalnog rasta zbog porasta broja lekova i rasta njihovih cena. Navedeno prema: Hofmarcker, M., Durand-Zaleski, I., *Contracting and Paying providers in social health insurance systems*, u, *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, op. cit, str. 220.

⁵⁸ Obavezno zdravstveno osiguranje počiva na principima solidarnosti i jednakosti. Princip solidarnosti se odražava u solidarnosti između bolesnih i zdravih, mladih i starih, porodica sa decom i porodica bez dece, muškaraca i žena, itd. Solidarnost je ključna za ostvarivanje univerzalnog zdravstvenog osiguranja jer zdravstvena nega ne zavisi od stvarnih ili od očekivanih troškova lečenja. Drugim rečima, oni koji plaćaju manje a koriste više imaju više koristi od ovakvog sistema za razliku od onih koji plaćaju više a koriste manje. Princip solidarnosti dopunjuje princip jednakosti, odnosno pravilo da zdravstvena zaštita treba svima da bude dostupna pod jednakim uslovima.

⁵⁹ Ovo se može objasniti i tradicijom zdravstvenog osiguranja u evropskim zemljama, koje je prvobitno bilo ustanovljeno da bi omogućilo lečenje radnika. Videti: Kupsch, S., et. al, *Health Service Provision on a Macroeconomic Level – An International Comparison. Results of WHO/IGSF Survey, in 16 European Countries*, Institute for Health Systems Research, Kiel, 2000, 40-7, navedeno prema Gibbis, B., Koch-

5.1. Način određivanja obaveznog paketa zdravstvenih usluga

Određivanje paketa usluga koje obuhvata obavezno zdravstveno osiguranje je, u načelu, pitanje o kome se konačno rešava pregovorima između države, fondova i lekara.⁶⁰ Njihova uloga u tim pregovorima, međutim, nije ista i dominantnu reč, po pravilu, vodi država, to jest vlada⁶¹ jer je pitanje obaveznog paketa zdravstvenih usluga, kao što je već pomenuto, jedno od najvažnijih političkih pitanja. Ipak, vlada retko o ovom pitanju odlučuje potpuno samostalno, već u saradnji sa odgovarajućim telima. Tako su neke države, na primer, Holandija i Švajcarska, osnovale posebne agencije⁶² koje su, između ostalog, ovlašćene da ministarstvu nadležnom za poslove zdravlja predlažu usluge koje bi trebalo obuhvatiti obaveznim paketom zdravstvenih usluga. I u Nemačkoj postoji takva agencija, ali Parlament nije dužan da njen predlog usvoji (u praksi se, ipak, predlog agencije odbija veoma retko), dok su u Francuskoj, na primer, ove agencije manje samostalne i rade u saradnji, odnosno pod nadzorom nadležnih ministarstava.⁶³ Ipak, treba praviti razliku između sadržine obaveznog paketa zdravstvenih usluga, s jedne strane, i cene tih usluga, s druge jer cene, po pravilu, nisu u nadležnosti pomenutih agencija, sem u Holandiji, ali samo kada je o stomatološkim uslugama reč.⁶⁴

Obavezni paketi zdravstvenih usluga predstavljaju listu, odnosno katalog usluga koje pokriva obavezno zdravstveno osiguranje. Ovi katalogi omogućuju davaocima zdravstvenih usluga da se obaveste o uslugama za koje mogu da očekuju naknadu iz fonda obaveznog zdravstvenog osiguranja. Istovremeno, katalogi su korisni i pacijentima, odnosno korisnicima zdravstvenih usluga jer oni na osnovu njih mogu potpuno jasno da sagledaju svoja prava po osnovu obaveznog osiguranja.

Wulkan, P., Bultman, J., *Shifting Criteria for Benefit Decisions in Social Health Insurance Systems*, u, *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, op. cit, str. 193-194.

⁶⁰ U državama koje su opredeljene za Beveridžov model zdravstvenog osiguranja ovo pitanje se u celini reguliše odgovarajućim propisima.

⁶¹ Dominantna uloga vlade u odnosu na ovo pitanje nije ograničena samo na one sisteme obaveznog zdravstvenog osiguranja koji počivaju na modelu budžetskog finansiranja, već je to svuda primetno.

⁶² U ovom kontekstu termin Agencije označava samoregulaciona tela, u čiji sastav po pravilu ulaze predstavnici osiguravajućih organizacija i davaoca zdravstvenih usluga.

⁶³ Videti više: Gibis, B., Koch-Wulkan, P., Bultman, J., *Shifting Criteria for Benefit Decisions in Social Health Insurance Systems*, u, *Social Health Insurance Systems in Western Europe* op. cit, str. 191.

⁶⁴ Navedeno prema: Gibis, B., Koch-Wulkan, P., Bultman, J., op. cit, str. 195.

Katalozi o obaveznom paketu zdravstvenih usluga nisu akti koji se ne mogu menjati; naprotiv, oni su podložni izmenama i dopunama kako bi se prilagodili novim saznanjima i novim tehnologijama. Do tih promena, preciznije do proširenja liste usluga obuhvaćenih obaveznim paketom, međutim, ne dolazi tako lako i to ne samo zbog predviđene procedure, već i zbog drugih razloga. Naime, na uvođenje novih zdravstvenih tehnologija u listu ne utiče samo njihova cena, već i efikasnost te tehnologije, medicinska neophodnost njegove upotrebe, mišljenje javnog mnjenja pa i političkih aktera.

Kada je o obaveznom paketu zdravstvenih usluga reč, tada se nameće i pitanje mogu li pacijenti, odnosno korisnici zdravstvenih usluga, uticati na taj paket tako da prime neki vid zdravstvene nege o trošku obaveznog osiguranja, uprkos tome što ono ne pokriva i taj tretman. U načelu, mogućnosti pacijenata su u odnosu na ovo pitanje prilično ograničene i oni, po pravilu, u ove svrhe mogu koristiti isključivo neformalne oblike uticaja. Ipak, izuzetno rešenje postoji u Nemačkoj, gde je predviđena procedura za odlučivanje o žalbama pacijenata na odluke koje se odnose na obavezni paket zdravstvenih usluga. Naime, pacijent koji, na primer, traži naknadu za troškove lečenja koji nisu obuhvaćeni obaveznim paketom usluga, može da od specijalizovanog suda nadležnog za rešavanje pitanja iz oblasti javnog osiguranja (što uključuje i zdravstveno osiguranje) zahteva da mu se prizna ta naknada i sud, ponekad, takve zahteve usvoji.⁶⁵

5.2. Sadržina obaveznog paketa zdravstvenih usluga

Obavezni paketi zdravstvenih usluga predviđaju različite zdravstvene usluge koje obezbeđuje, odnosno pokriva obavezno zdravstveno osiguranje. Uobičajeno, to su brojne usluge na nivou primarne zdravstvene zaštite, usluge u okviru bolničke nege, nadoknada troškova za lekove i nadoknada troškova korišćenja medicinskih uređaja. Pored toga, u značajnom broju država obavezni paket usluga obuhvata i dugotrajnu negu, a samo u pojedinima se iz tog paketa nadoknađuju troškovi stomatološke nege, usluga u okviru preventivne zdravstvene nege, pa čak i za korišćenje usluga alternativne medicine.

Sadržina obaveznog paketa usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: Ako se pođe od lekara opšte medicine, odnosno od porodičnih lekara, onda se uobičajeno oni plaćaju

⁶⁵ O ovome videti više: Gibis, B., Koch-Wulkan, P., Bultman, J., op. cit, str. 199-200.

po osnovu izvršenih usluga, ili po osnovu kapitacije. To znači da je potrebno da se odrede, opredele konkretne usluge koje pokriva obavezni paket zdravstvenog osiguranja i to pitanje se, po pravilu, rešava tako što se predvide katalozi, odnosno drugi odgovarajući akti u okviru kojih se te usluge pojedinačno, odnosno eksplicitno navode.

Katalozi usluga po sistemu eksplicitne, tj. pozitivne liste predviđeni su, na primer, u Austriji, Belgiji, Francuskoj, Nemačkoj, Holandiji i Švajcarskoj. U Austriji, međutim, ova lista nije konačna, već je moguće dobiti i uslugu koja nije na listi pod uslovom da okolnosti konkretnog slučaja upućuju na to da je takva usluga opravdana.⁶⁶ Interesantno rešenje je predviđeno i u Holandiji, gde se lekari opšte medicine plaćaju po osnovu kapitacije, pri čemu im se priznaje naknada samo za «uobičajene» zdravstvene usluge.⁶⁷ U Holandiji ne postoji eksplicitna, pozitivna lista usluga koje su uključene u obavezni paket usluga, već lista usluga koje su iz tog paketa isključene (tzv. implicitna ili negativna lista).

Sadržina obaveznog paketa usluga u bolničkoj nezi: U razvijenim državama Zapadne Evrope bolnička nega se obično obezbeđuje na osnovu eksplicitnih, dakle pozitivnih lista, kao što je slučaj, na primer, u Austriji, Belgiji i Luksemburgu. I Holandija ima eksplicitnu listu bolničkih usluga, ali istovremeno ima i negativnu listu tih usluga, na kojoj su navedene usluge koje su definitivno isključene iz obaveznog paketa. U nekim državama, na primer, u Nemačkoj i Francuskoj, umesto kataloga usluga primenjuje se sistem dijagnostički srodnih grupa.⁶⁸ Ni u Švajcarskoj nije predviđena eksplicitna lista bolničkih usluga, ali je pravilo da obavezno zdravstveno osiguranje nadoknadi troškove za sve pružene usluge osim za one za koje postoje oprečna mišljenja između lekara kao davaoca usluga i fondova, koji te usluge plaćaju.⁶⁹

Pokriće troškova za lekove i druge farmaceutske proizvode: I za ovo pitanje evropske zemlje ne predviđaju isto rešenje, ali se najčešće ono reguliše ustanovljenjem pozitivne, eksplicitne liste lekova. To je predviđeno, na primer, u Austriji, Belgiji,

⁶⁶ O ovome videti više: Gibis, B., Koch-Wulkan, P., Bultman, J., op. cit, Tabela 8.2., str. 196.

⁶⁷ Ovo rešenje, koje je po prvi put bilo predviđeno Zakonom iz 1980. godine, nije bilo primenljivo bez preciziranja koje su to usluge uobičajene i o ovom važnom pitanju nije se odlučila država već lekari sami, odnosno Udruženje lekara opšte medicine (*Landelijke Huisartsen Vereniging*). Navedeno prema: ibidem.

⁶⁸ Nije nemoguće da u nekoj državi, vremenom, sistem DSG dovede do formiranja kataloga, odnosno lista konkretnih usluga koje se pružaju u odnosu na određene dijagnoze.

⁶⁹ O katalozima bolničkih usluga koje ulaze u obavezni paket usluga videti više: Gibis, B., Koch-Wulkan, P., Bultman, J., op. cit, Tabela 8.2., str. 196.

Francuskoj, Luksemburgu, Švajcarskoj, Nemačkoj, itd. pa samo oni lekovi koji se nalaze na listi mogu biti izdati na račun obaveznog osiguranja. Pored toga, u Nemačkoj i Švajcarskoj je moguće dobiti i lek koji nije na listi, ali ga je odobrila Evropska agencija za ocenu lekova,⁷⁰ ili telo koje obavlja iste poslove kao ta agencija, ali na nacionalnom nivou.⁷¹

Pokriće za troškove dugotrajne nege: Ovaj vid zdravstvene nege je neretko uključen u obavezni paket zdravstvenih usluga. U nekim razvijenim evropskim državama, na primer, u Nemačkoj, dugotrajna nega je pokrivena posebnim sistemom zdravstvenog osiguranja, a slično je i u Holandiji i Francuskoj, gde su u te svrhe osnovani posebni, javni fondovi. U skandinavskim zemljama, takođe, postoji posebno rešenje u odnosu na ovo pitanje i u Norveškoj, Danskoj i Finskoj dugotrajna nega se rešava na opštinskom nivou. Naime, opštine plaćaju rođacima, ili komšijama, ili trećim licima da se brinu o licu čije je stanje takvo da zahteva dugotrajnu negu. Za vreme za koje ova lica preuzmu na sebe pomenutu obavezu, opština im plaća penzijsko osiguranje, a nije redak slučaj ni da ih zaposli.

Obavezni paketi usluga koje podrazumeva dugotrajna nega sadrže, po pravilu, eksplicitne, pozitivne liste. To je slučaj, na primer, u Belgiji, Francuskoj, Luksemburgu, Holandiji, Švajcarskoj i Nemačkoj, s tim da je u Nemačkoj moguće i nezavisno od liste nadoknaditi troškove za određene usluge ako to zahtevaju okolnosti konkretnog slučaja.⁷² U Austriji je, međutim, predviđena negativna lista usluga, pa se ne mogu nadoknaditi troškovi za usluge koje su na toj listi.⁷³

Pokriće za stomatološke usluge: U većini evropskih država je smanjeno pokriće stomatoloških usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i to je, u načelu, posledica shvatanja da je stomatološka zaštita više preventivna zaštita, te da nije nužno da ona bude u celosti obuhvaćena obaveznim paketom zdravstvenih usluga. Naknada za stomatološke usluge se, po pravilu, plaća po osnovu naknade za izvršenu uslugu, pri čemu većina

⁷⁰European Medicines Evaluation Agency (EMA). Ova agencija, čije je sedište u Londonu, zadužena je da daje naučnu ocenu lekova koje su razvile farmaceutske kompanije, sa svrhom upotrebe tih lekova na teritoriji Evropske Unije. Više o ovoj agenciji videti na: <http://www.ema.europa.eu/ema/>

⁷¹ Navedeno prema: Gibis, B., Koch-Wulkan, P., Bultman, J., op. cit, str. 194.

⁷² U Nemačkoj je pozitivna lista usluga predviđena samo za ambulantno lečenje, dok za usluge u okviru bolničkog lečenja takva lista nije predviđena. Navedeno prema: Gibis, B., Koch-Wulkan, P., Bultman, J., op. cit, Tabela 8.2., str. 196.

⁷³ Ibidem.

država ima pozitivne liste stomatoloških usluga koje pokriva obavezno zdravstveno osiguranje. Po pravilu, te liste najmanje predviđaju hitnu stomatološku negu, premda u Švajcarskoj i Holandiji to nije slučaj, već građani moraju i za te usluge da plate iz džepa ako nisu zaključili ugovor sa privatnim zdravstvenim osiguranjem.⁷⁴ U Francuskoj, na primer, obavezni paket obuhvata samo neke osnovne stomatološke usluge, na primer, lečenje karijesa, a slično je i u Holandiji kada je reč o odraslima, dok je tamo za decu i mlade do 18 godina obaveznim zdravstvenim osiguranjem obuhvaćen širok spektar usluga.

Osim što je redukovan broj stomatoloških usluga koje se priznaju u okviru obaveznog paketa usluga, često se sreće i rešenje po kome je pacijent dužan da plati deo troškova za primljenu stomatološku uslugu (participacija). Međutim, i u ovom slučaju pacijent, po pravilu, mora da plati iz džepa celu cenu stomatološke usluge pa tek onda da odgovarajući deo cene refundira iz obaveznog osiguranja.⁷⁵

Pokriće za troškove preventivne nege: Ovaj vid medicinske nege se, takođe, retko uključuje u obavezni paket usluga koje pokriva obavezno zdravstveno osiguranje. Samo neke razvijene evropske zemlje imaju eksplicitne, pozitivne liste usluga preventivne nege, na primer, Austrija, Belgija, Nemačka i Švajcarska. I u Holandiji je predviđena takva, pozitivna lista usluga ali je ona veoma sužena i obuhvata samo vakcinacije i lekove koji se koriste kao preventiva. Međutim, u Holandiji u odnosu na ovaj vid nege postoji negativna lista usluga, što znači da se ne mogu nadoknaditi troškovi onih usluga koje su na takvoj listi izričito navedene. Kada je o Francuskoj reč, tada preventivna nega nije, u načelu, deo obaveznog paketa usluga, ali se u praksi sve veći broj takvih usluga prihvata kao deo lečenja pa se u tom slučaju deo njihove cene može nadoknaditi od obaveznog zdravstvenog osiguranja (na primer, rano otkrivanje kancera kod dece). I zaista, granica između usluge lečenja i usluge medicinske preventive se veoma teško može jasno odrediti pa obavezno zdravstveno osiguranje, uprkos tome što preventiva nije deo obaveznog paketa usluga, često pokriva i te usluge jer se one nekada vode kao usluge lečenja.

⁷⁴ Ibidem.

⁷⁵ U praksi je veoma teško refundirati troškove za stomatološke usluge i ako pacijent u tome uspe, onda on po pravilu uspeva da naplati samo manju sumu.

Pokriće za troškove alternativne medicine: Troškovi korišćenja usluga alternativne medicine, na primer, akupunkture, fitoterapije, homeopatije, tradicionalne kineske medicine itd, po pravilu nije uključena u obavezni paket usluga. Ipak, u nekim razvijenim evropskim zemljama, posebno onima u kojima postoji tradicija korišćenja usluga alternativne medicine, obavezno osiguranje prihvata i nadoknadu za te usluge pod uslovom da se nalaze na pozitivnoj listi. To je, na primer, slučaj u Švajcarskoj, u kojoj se pokriva široki spektar takvih usluga, a sličan korak je preduzeo i nemački Parlament. U Francuskoj se, takođe, može dobiti nadoknada za ove usluge, ali ne u celosti već samo njen deo, dok deo cene plaća pacijent iz svog džepa.

5.3. Ograničenja obaveznog paketa zdravstvenih usluga

Činjenica da je neka zdravstvena usluga obuhvaćena obaveznim paketom usluga ne znači i da će za tu uslugu nužno biti plaćena cena iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, jer brojne države za to predviđaju ograničenja. Ova ograničenja se određuju na različite načine, a najčešće je to putem vremenskog ograničenja i na osnovu određenih dijagnoza. Tako, na primer, u Belgiji fond može u pojedinačnim, individualnim slučajevima da odlučuje da li će da finansira pojedine usluge ili ne, što se procenjuje na osnovu medicinske dokumentacije.⁷⁶ U Francuskoj, na primer, o ograničenjima obaveznog paketa usluga odlučuje ministarstvo nadležno za poslove zdravlja, na preporuku ovlašćene Agencije. Specifično za Francusku je i to što se takva ograničenje ne predviđaju za lekove i druge farmaceutske proizvode, jer se za njih mogu izdavati privremene dozvole (na ovaj način se, u suštini, postiže vremensko ograničenje), kao ni za medicinske uređaje i opremu koja se koristi u istraživačke svrhe, ili za potrebe sudskih postupaka. Pored toga, u ovoj državi se u obaveznu listu usluga ponekad, pod privremenom šifrom, uključuju hirurški i drugi hitni medicinski postupci, koji su još uvek u postupku evaluacije. I u Holandiji postoji slično rešenje, jer tamo fond subvencionise tretmane koji su u fazi razvoja. Sem toga, ovde fond može da odluči i da plati za uslugu koja nije deo obaveznog paketa ako se pokazalo da je ona efikasna, pri čemu nadoknada

⁷⁶ U Belgiji je formiran poseban fond za lečenje siročadi i lica čije lečenje podrazumeva veoma visoke troškove. Videti: Gibis, B., Koch-Wulkan, P., Bultman, J., op. cit, Tabela 8.4., str. 197.

za takvu uslugu ne može biti veća od 2% ukupnih troškova za lečenje. Ograničenja obaveznog paketa usluga predviđena su i u Švajcarskoj, gde se to vrši na različite načine, na primer, putem vremenskog ograničenja, vezivanjem za određene dijagnoze ili kombinacijom ovih ograničenja.

U Nemačkoj, međutim, nisu predviđena ograničenja obaveznog paketa usluga, pa se iz obaveznog zdravstvenog osiguranja nadoknađuju, bez ograničenja, troškovi svih usluga koje su u okviru predviđenih lista. Slično je i u Luksemburgu, premda su tamo liste obaveznog paketa usluga praćene odgovarajućim uputstvima, koja ponekada predviđaju ograničenja u primeni pojedinih medicinskih usluga ili medicinske opreme.⁷⁷

Na osnovu analize obaveznih paketa zdravstvenih usluga u nekim evropskim državama jasno je da još uvek nije pronađena formula tog paketa koja bi bila nesporna, odnosno koja bi obuhvatala one zdravstvene usluge koje su realno neophodne i potrebne. A da li je to uopšte moguće? Naime, postoje okolnosti koje takav cilj bitno otežavaju, ako ga i ne onemogućavaju. Pre svega, ne žive svi ljudi u istim životnim uslovima i ne boljevaju svi na isti način, niti će ista terapija kod svih delovati jednako efikasno. Sem toga, ne postoji način da se pouzdano povuče crta između neophodnih i manje neophodnih medicinskih tretmana, jer ono što je neophodno u jednom slučaju ne mora biti nužno i u drugom, čak i kada je u pitanju ista dijagnoza. I na kraju, činjenica da je dokazano da je jedna medicinska usluga efikasna nije garantija da će ona biti takva u svim konkretnim slučajevima. Ovo posebno zato što medicinske usluge i tretmani često ne daju željene rezultate, posebno ako se ne primenjuju na odgovarajući, propisani način.⁷⁸

Upravo je to razlog zbog koga mnoge države ograničavaju obavezne pakete zdravstvenih usluga po sadržini ili po obimu, a to dalje primorava građane da kupuju dobrovoljno, privatno osiguranje da bi bili kompletno zdravstveno osigurani.⁷⁹

⁷⁷ Ograničenja obaveznog paketa usluga su navedena prema: Gibis, B., Koch-Wulkan, P., Bultman, J., ibidem.

⁷⁸ Drugim rečima, neće svi sa istom dijagnozom na koje je primenjen isti medicinski tretman imati isti rezultat. O ovome videti više: Gibis, B., Koch-Wulkan, P., Bultman, J., str. 201.

⁷⁹ Univerzalno pokriće i kompletno zdravstveno osiguranje bi se moglo postići tako što bi obavezni paket usluga obuhvatao sve usluge, ali ovo rešenje je skupo i teško ga je finansijski podržati.

6. ULOGA DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U FINANSIRANJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje zastupljeno je u svim evropskim državama, ali njegova uloga se razlikuje od države do države. Ono što je zajedničko svima je dominacija obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i činjenica da je prostor za delovanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja jasno određen, jer je ograničen imperativnim pravilima koja regulišu obavezno zdravstveno osiguranje. Osnovni razlog zbog koga države dopuštaju organizovanje i sprovođenje sistema dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja paralelno sa obaveznim osiguranjem je potreba da se dodatnim finansiranjem omogućí nesmetano funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite na principima univerzalnosti, solidarnosti i jednakosti.

Prema ulozi koju ostvaruje dobrovoljno zdravstveno osiguranje u odnosu na obavezno zdravstveno osiguranje, a u kontekstu finansiranja zdravstvene zaštite, mogu se izdvojiti tri njegove funkcije. To su: alternativna, suplementarna i komplementarna funkcija.

a) *Alternativna funkcija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja*: O ovoj ulozi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja govorimo kada ono u potpunosti menja obavezno zdravstveno osiguranje. Ta njegova funkcija nije uobičajena u evropskim državama, u kojima je princip univerzalnosti zdravstvene zaštite dosta dobro pokriven sistemom obaveznog zdravstvenog osiguranja. Međutim, nisu svuda sva lica obuhvaćena shemom obaveznog zdravstvenog osiguranja i u tom slučaju je jedini način da se ona zdravstveno osiguraju da to učine putem dobrovoljnog osiguranja, što je slučaj, na primer, u Češkoj i Estoniji. Pored toga, specifično rešenje predviđeno je u Nemačkoj,⁸⁰ gde je zakon omogućio određenim kategorijama stanovništva da biraju da li će da se uključe u sistem obaveznog ili dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.⁸¹

⁸⁰ Ranije je i u Holandiji bilo slično rešenje, ali se od njega odustalo 2006. godine zato što se procenilo da je upravo to doprinelo da veliki broj lica ostane nepokriveno zdravstvenim osiguranjem. Danas, sva lica koja plaćaju poreze na teritoriji Holandije su Zakonom o zdravstvenom osiguranju (*Health Insurance Act; Zorgverzekeringswet – ZVW*) dužna da se uključe u sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja

⁸¹ To su lica sa visokim primanjima (svi koji godišnje zarađuju više od 48.600 evra i to u periodu od najmanje tri godine uzastopno), državni službenici i samozaposlena lica.

b) *Suplementarna funkcija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja*: Kada dobrovoljno zdravstveno osiguranje služi kao dopuna obaveznom zdravstvenom osiguranju, tada ono ima suplementarnu funkciju. Ova uloga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je najčešća u evropskim državama. Njime se osiguranim licima nudi pristup svim oblicima zdravstvene nege koje su obuhvaćene paketom usluga obaveznog zdravstvenog osiguranja, ali uz veće mogućnosti i pogodnosti, na primer, mogućnost da se biraju privatni lekari i ustanove, mogućnost da se prevaziđe lista čekanja za preglede i intervencije, itd.. Pored toga, osiguranicima koji su pristupili ovakvom zdravstvenom osiguranju dostupne su i neke usluge koje nisu obuhvaćene paketom usluga obaveznog osiguranja, na primer, stomatološka zaštita, homeopatski tretmani, estetska hirurgija itd.

c) *Komplementarna funkcija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja*: Ova uloga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je veoma slična njegovoj suplementarnoj ulozi, zbog čega se u literaturi između njih nekada ne pravi posebna razlika. Međutim, o komplementarnoj ulozi dobrovoljnog osiguranja govorimo prevashodno kao o «koosiguranju», što znači da ono predstavlja komplementarno pokriće za zdravstvene usluge za koje obavezno osiguranje nadoknađuje samo deo cene. Drugim rečima, komplementarno dobrovoljno osiguranje kupuju lica koja su i inače osigurana u okviru sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja, ali žele da se zaštite od finansijskih rizika vezanih za obavezu da doplate deo cene za primljene zdravstvene usluge koje bi bilo obavezni da plate iz svog džepa. Komplementarno dobrovoljno zdravstveno osiguranje je izuzetno razvijeno u nekim evropskim zemljama, na primer, u Francuskoj, Belgiji, Sloveniji, Latviji itd.⁸²

Kada se posmatra uloga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u zemljama EU, tada se uočavaju razlike između novih i starih članica Unije. Naime, ova vrsta osiguranja ima uglavnom suplementarnu ulogu u novijim članicama EU, uz izuzetak Slovenije gde je njegova dominantna uloga komplementarna, dok ono u Češkoj i Estoniji ima i alternativnu ulogu. Sem toga, dobrovoljno zdravstveno osiguranje je pretrpelo mnogo značajnije promene u starijim i razvijenijim državama članicama EU, prevashodno zbog ekspanzije obaveznog zdravstvenog osiguranja, pa je ono u poslednjih nekoliko godina u

⁸² Praksa pokazuje da je privatno zdravstveno osiguranje kao komplementarno češće zastupljeno u državama u kojima se sistem zdravstvenog osiguranja finansira iz budžeta, dakle u državama koje se oslanjaju na Beveridžov model.

opadanju u Belgiji i Holandiji, dok u nekim drugim državama, na primer u Irskoj i Danskoj, dobrovoljno zdravstveno osiguranje u istom periodu beleži ogroman rast.⁸³

Učešće dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u ukupnim troškovima za zdravstvenu zaštitu u zemljama članicama EU nije značajno. Tako, prema dostupnim podacima ova vrsta osiguranja obuhvata prosečno manje od 10% od ukupnih troškova za zdravstvenu zaštitu u svim zemljama članicama, sa izuzetkom Francuske i Slovenije, gde je taj procenat bio nešto viši (u Francuskoj 12,8% a u Sloveniji 13,1%), što je posledica činjenice da je u tim zemljama primarna uloga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja komplementarna, te da je paket usluga obaveznog zdravstvenog osiguranja koncipiran tako da osiguranici u značajnoj meri učestvuju u troškovima zdravstvene nege. U dve trećine država članica EU dobrovoljno zdravstveno osiguranje je učestvovalo sa manje od 5% u ukupnim troškovima za zdravstvenu zaštitu.⁸⁴

Ako se posmatra procenat stanovništva uključenog u dobrovoljno zdravstveno osiguranje, onda su varijacije između zemalja članica EU značajne. Naime, prema dostupnim podacima, procentualno se najviše u to osiguranje uključivalo stanovništvo Francuske (93,7%), Holandije (90%), Belgije (76,4%) i Slovenije (74,2%), što se takođe objašnjava prevashodno komplementarnom ulogom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u odnosu na obavezno. U ostalim državama učešće dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je značajno manje, na primer, u Austriji (33,8%), Nemačkoj (30,4%), Švajcarskoj (29,5%), Danska (18%).⁸⁵

Istraživanja pokazuju da ugovore o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pretežno zaključuju ljudi starosti između 40 i 50 godina, po pravilu višeg nivoa obrazovanja, zaposleni na rukovodećim radnim mestima ili samozaposleni, pre muškarci nego žene, po pravilu stanovnici gradova.⁸⁶

⁸³ Navedeno prema: Thomson, S., Mossialos, E., *Private Health Insurance in the European Union*, Final Report prepared for the European Commission, 2009, str. 5, dostupno na: ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4216&langId=en

⁸⁴ Videti: Thomson, S., Mossialos, E., *Private Health Insurance in the European Union*, op. cit, str. 6.

⁸⁵ Podaci dostupni na: [www.oecd-ilibrary.org \(http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/06/02/g6-02-02.html?contentType=&itemId=/content/chapter/health_glance-2011-53-en&containerItemId=/content/serial/19991312&accessItemIds=/content/book/health_glance-2011-en&mimeType=text/html\)](http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/06/02/g6-02-02.html?contentType=&itemId=/content/chapter/health_glance-2011-53-en&containerItemId=/content/serial/19991312&accessItemIds=/content/book/health_glance-2011-en&mimeType=text/html).

⁸⁶ Videti: Thomson, S., Mossialos, E., ibidem.

Ono po čemu se dobrovoljno zdravstveno osiguranje značajno razlikuje od obaveznog je i činjenica da ono nije svima jednako dostupno s obzirom da osiguravači, po pravilu, nemaju obavezu da zaključuju ugovore o osiguranju sa svakim ko im se za to obrati.⁸⁷ U praksi, pristup ovom vidu osiguranja najčešće je otežan licima starijim od 65 godina života, kojima se često nude ugovori sa kraćim trajanjem (po pravilu na godinu dana), ili im se zaračunavaju veće premije na osnovu procene da je individualni rizik od oboljevanja povećan.

Privatne osiguravajuće kuće, koje imaju značajan udeo u obezbeđenju dobrovoljnog zdravstvenog osigurnaja,⁸⁸ nisu, po pravilu, povezane za davaocima zdravstvenih usluga, premda se u većini država takav trend zapaža u poslednje vreme. Međutim, nije neobično da ovi osiguravači imaju privatne krevete u državnim bolnicama, kojima se za izvršene usluge često plaća više nego što bi za istu uslugu platilo obavezno zdravstveno osiguranje. Lekarima zaposlenim u državnim bolnicama se, u većini država, ne zabranjuje da paralelno rade i u privatnom sektoru.⁸⁹

Na pitanje da li postoje, i ako postoje onda koliki su efekti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na ukupne troškove za zdravstvenu zaštitu, veoma je teško odgovoriti jer se to teško može izmeriti. Ono što je evidentno jeste da sve države nastoje da putem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja nadomeste sve manji udeo obaveznog zdravstvenog osiguranja u ukupnim troškovima zdravstvene zaštite. Ipak, činjenica da paketi usluga koje nudi dobrovoljno zdravstveno osiguranje mnogo brže usvajaju i pokrivaju nove metode lečenja i nove lekove, sama po sebi predstavlja pritisak na obavezno osiguranje da i ono što pre prihvati novine u zdravstvenoj nezi. To utiče na porast troškova zdravstvene zaštite i, ako država nije u mogućnosti da obezbedi dovoljno sredstava, na njenu težu dostupnost.

⁸⁷ Većina privatnih osiguravajućih kuća deluje na profitnom principu, a pravni okvir njihovog poslovanja čine propisi kojima se i inače reguliše rad bilo kog drugog finansijskog servisa.

⁸⁸ Paketi usluga koje nude privatna zdravstvena osiguranja su veoma različiti, ali oni svuda u bitnoj meri zavise od paketa usluga koje pokriva obavezno osiguranje.

⁸⁹ Videti: Thomson, S., Mossialos, E., *Private Health Insurance in the European Union*, op. cit, str. 7.

7. EVROPSKA KARTA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Evropska karta zdravstvenog osiguranja⁹⁰ je međunarodno zdravstveno osiguranje koje se izdaje svim građanima bilo koje države članice Evropske unije i to bez naknade, pod uslovom da su osigurani u sistemu obaveznog, javnog zdravstvenog osiguranja u državi članici.⁹¹ Ova karta zdravstvenog osiguranja daje pravo na medicinsku pomoć u javnoj zdravstvenoj ustanovi u bilo kojoj državi koja je u sistemu u kome se ona izdaje. Ova pomoć je besplatna ili je njena cena smanjena ako se pokaže da je određenom licu medicinski tretman neophodan za vreme njegovog boravka u inostranstvu. Karta pokriva samo one medicinske usluge koje spadaju u paket obaveznog zdravstvenog osiguranja u zemlji u kojoj se traži da se pruži određena medicinska usluga.

Ideja koja stoji iza izdavanja Evropske karte zdravstvenog osiguranja jeste da se omogući njenim imaočima da prime medicinsku negu u stranoj državi, umesto da zbog toga moraju da se vrate kući. Ipak, ova karta ne pokriva medicinsku negu za ona lica koja su došla u stranu državu sa namerom da se leče, niti stomatološke usluge jer one, po pravilu, nisu hitne.

⁹⁰ *European Health Insurance Card*. Ovaj sistem je ustanovljen 2004. godine, a od 1. januara 2006. godine to je jedini dokument koji je potreban da bi se dobila medicinska pomoć i nega u inostranstvu. O Evropskoj karti zdravstvenog osiguranja videti više: <http://www.ehic.ie/>

⁹¹ Evropska karta zdravstvenog osiguranja, međutim, nije ograničena prostorom EU već se izdaje i u državama koje pripadaju Evropskoj ekonomskoj zoni slobodne trgovine (*European Free Trade Association – EFTA*), a to su: Švajcarska, Norveška, Island i Lihtenštajn. O ovoj regionalnoj ekonomskoj integraciji videti više: str. Dašić, D., *Diplomatija, Ekonomska multilateral i bilateral*, Univerzitet Braća Karić i Multidisciplinarni centar za podsticanje integracionih procesa i harmonizaciju prava, Beograd, 2003. godine, str. 157.

GLAVA II

SISTEMI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U POJEDINIM EVROPSKIM ZEMLJAMA

SAVEZNA REPUBLIKA NEMAČKA

1. UVOD

Sistem socijalne sigurnosti u Nemačkoj uveden je još za vreme Bizmarka i neki od njegovih osnovnih principa važe i dan danas. S obzirom da je Bizmarkov model zamišljen za zaposlene, a ne za opštu zaštitu svih lica, zdravstveni sistem Savezne Republike Nemačke je više puta reformisan sa ciljem eliminisanja razlika u tretmanu lica zavisno od njihovog finansijskog stanja i da li je neko lice radnik ili je zaposleno u državnoj službi. Kao ciljevi budućih reformi danas se navode pospešivanje konkurentnosti unutar zdravstvenog sektora i smanjenje troškova.

Od 2009. godine sva lica sa nemačkim državljanstvom ili dugoročnim boravištem u Nemačkoj su obavezni da budu osigurani bilo obaveznim bilo dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem¹. Pošto je zakonski propisano da sva lica moraju biti osigurana, i zdravstvene kase i osiguravajuće kompanije koje nude usluge dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja moraju prihvatiti svaku podnetu prijavu za osiguranje.² Oko 90% stanovništva je osigurano obaveznim osiguranjem, 10% privatnim, dok se preostalih 5% nalazi pod posebnim režimima, kao što je npr. režim za vojnike. Imigranti bez odgovarajuće dokumentacije su osigurani u slučaju bolesti.³

Nemački zdravstveni sistem karakteriše koegzistencija privatnog i javnog sektora: npr. bolnice mogu biti i javne i privatne, ali ih je većina, bez obzira na vlasništvo, sastavni deo tzv. bolničkog plana, pa, stoga, mogu pružati usluge osiguranicima i obaveznog i dobrovoljnog osiguranja i regulisane su istim pravilima.

¹ Čl. 193 nemačkog Zakona o ugovoru o osiguranju, *BGB I* S. 2631, 23.11.2007.

² Čl. 193, st. 5 Zakona o ugovoru o osiguranju, *BGB I* S. 2631, 23.11.2007.

³ V. http://www.vdek.com/gesetzliche_krankenversicherung.html, 27.10.2013.

Donošenje odluka u vezi sa obaveznim osiguranjem u Nemačkoj je veoma decentralizovano, iako je potpuno suprotan trend primećen u ostalim evropskim zemljama. Različita udruženja pacijenata, udruženja pružalaca usluga i udruženja kasa učestvuju u međusobnim pregovorima u kojima se preciziraju pitanja iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, dok savezne i pokrajinske vlade i parlamenti ne učestvuju u istim, već, uglavnom, vrše kontrolu vrsta i sprovođenja zdravstvenih usluga obuhvaćenih obaveznim osiguranjem.

Kao što je već pomenuto, osiguranje može biti obavezno i dobrovoljno.

Obavezno zdravstveno osiguranje: Oto fon Bismark (*Otto von Bismark*) je 1883. godine uveo sistem socijalne sigurnosti zasnovan na principima solidarnosti, subsidijarnosti i korporativizma⁴. Obavezno zdravstveno osiguranje je sastavni deo sistema socijalne sigurnosti.

Najveći procenat nemačkog stanovništva je pokriven obaveznim osiguranjem: zaposleni koji zarađuju ispod 4350 evra mesečno, studenti na državnim i akreditovanim fakultetima, lica koja odraduju prakse (*internship*), penzioneri koji su bili članovi obaveznog osiguranja ili su bili osigurani kao zavisna lica tokom bar pola radnog staža osiguranika, nezaposleni koji primaju nadoknadu od Savezne službe za zapošljavanje. Svrha obaveznog zdravstvenog osiguranja je prevencija i zaštita od bolesti, lečenje, kao i pružanje pomoći u hitnim slučajevima.

Uplaćivanjem svojih doprinosa osiguranik automatski osigurava i tzv. zavisna lica (misli se na supružnike i decu⁵), koja stiču jednaka prava iz osiguranja. Da bi supružnici stekli prava iz osiguranja moraju biti ispunjeni određeni uslovi: da sami nisu član neke zdravstvene kase, da nisu oslobođeni od obaveze osiguranja, da nisu samozaposleni i da nemaju zajedničkih prihoda sa osiguranim supružnikom, koji prelazi iznos od 400 evra

⁴ Princip solidarnosti znači da Vlada preuzima na sebe odgovornost da obezbedi svim licima jednak pristup zdravstvenoj zaštiti pružajući pomoć onim koji nisu u mogućnosti da učestvuju u sektoru dobrovoljnog osiguranja; princip supsidijarnosti ukazuje na decentralizovani sistem zdravstvenog osiguranja, dok se načelo korporativizma ogleda u demokratski izabranom predstavljanju poslodavaca i zaposlenih u upravnim odborima zdravstvenih fondova, kao i u značaju datom nacionalnim i regionalnim telima koje donose odnosne odluke.

⁵ Pod supružnicima se podrazumevaju i vanbračni partneri, a pod decom i pastorki i unuci, a sve to pod uslovom da zajednički prihod supružnika, tj. partnera ne prelazi 365 evra mesečno, ako supružnik ne radi, tj. 400 evra mesečno, ukoliko zavisno lice radi.

mesečno ukoliko rade, tj. 365 evra mesečno ako su nezaposleni.⁶ Maloletna deca su u svakom slučaju obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem svojih roditelja.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje: Razvoj dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u zemljama Evropske unije je evidentan jer obavezno zdravstveno osiguranje u manjoj ili većoj meri nije više u mogućnosti da pokriva sve zdravstvene troškove osiguranika. Lica koja mogu biti osigurana dobrovoljnim osiguranjem su :

- lica koja su isključena iz obaveznog zdravstvenog osiguranja: samozaposleni, lica koja se bave slobodnim zanimanjima i državni službenici⁷;
- kao i lica koja zarađuju preko 52 200 evra godišnje i time ostvaruju pravo na izbor da li će se osigurati obaveznim ili dobrovoljnim osiguranjem.⁸

U Nemačkoj postoje 3 vrste dobrovoljnog osiguranja: alternativno, komplementarno i suplementarno. Za *alternativno osiguranje* se moraju odlučiti samozaposleni i lica koja se bave slobodnim zanimanjem jer su isključeni iz šeme obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i ona lica koja zarađuju preko navedenog iznosa, a odluče se za varijantu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Da bi osiguranik dobio što veću pokrivenost zdravstvenih usluga dobrovoljnim osiguranjem, moraće da kupi veći broj polisa osiguranja (jer su npr. zdravstvene usluge bolničke nege odvojene od vanbolničke i sl). Od izbora polise zavisi koje će usluge biti obezbeđene osiguraniku, ali i u kom procentu će mu biti pokriveni troškovi zdravstvenih usluga⁹. Osiguravajuće kompanije koje pružaju ovu vrstu osiguranja funkcionišu po sistemu refundacije troškova, što znači da osiguranik prvo sam mora da plati zdravstvene usluge, pa će mu tek naknadno osiguravajuća kompanija refundirati isplaćene troškove. *Komplementarnim osiguranjem* se najčešće pokrivaju troškovi participacije. Kategorija lica koja će se uvek odlučiti za ovu vrstu dobrovoljnog osiguranja su državni službenici za pokrivanje onog dela troškova koje im ne refundira Vlada. Ova vrsta osiguranja najčešće se koristi za pokrivanje troškova vanbolničke nege, stomatoloških usluga, kao i za dobijanje novčane

⁶ V. <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/versicherte/familienversicherte.html>, 05.11.2012.

⁷ Razlog zbog kog su državni službenici isključeni iz obaveznog zdravstvenog osiguranja je taj što njima Vlada u svakom slučaju refundira deo troškova zdravstvene nege.

⁸ Od 01.01.2014, godine taj iznos će porasti na 53 550 evra usled porasta prosečne plate. V. paragraf 223 odeljak 3 knjige V Socijalnog zakonika i paragraf 55 odeljak 2 knjige XI Socijalnog zakonika.

⁹ Osiguravajuće kompanije moraju ponuditi svojim korisnicama osnovni paket zdravstvenih usluga, koji otprilike odgovara osnovnom paket obaveznog osiguranja.

naknade u slučaju hospitalizacije.¹⁰ Svrha *suplementarnog osiguranja* je pružanje osiguraniku većeg izbora zdravstvenih usluga, boljih uslova i pogodnosti u zdravstvenim ustanovama. U Nemačkoj se suplementarno osiguranje najčešće koristi za dobijanje mogućnosti izbora specijaliste, ali i boravka u jednokrevetnim sobama sa sopstvenim kupatilom u bolnicama.

Prilikom određenja visine premije za dobrovoljno osiguranje uzimaju se u obzir godine osiguranika u trenutku zaključenja ugovora, njegovo zdravstveno stanje i izbor paketa željenih zdravstvenih usluga. Iznos koji se plaća za premiju se odbija od iznosa prihoda osiguranika koji se oporezuje.

Supružnici i deca osiguranika nisu automatski obuhvaćeni dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, već je neophodno da se uplate dodatne premije za njih.

Uslugu dobrovoljnog osiguranja nudi 50 osiguravajućih kompanija, organizovanih u Udruženje privatnog zdravstvenog osiguranja.

2. ISTORIJAT RAZVOJA SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U NEMAČKOJ¹¹

Nemačka poseduje najstariji sistem opšteg zdravstvenog osiguranja sa korenima u Bizmarkovom socijalnom zakonodavstvu, koje je obuhvatalo Zakon o zdravstvenom osiguranju iz 1883. godine, Zakon o osiguranju u slučaju nezgode iz 1884. i Zakon o penzijsko invalidskom osiguranju iz 1889. godine. 1885. godine obavezno zdravstveno osiguranje je obezbedilo medicinsku pomoć za 26% radnika sa niskim primanjima.

1901. godine prevoznici i službenici su pokriveni obaveznim zdravstvenim osiguranjem, 1911. su im se pridružili poljoprivrednici i šumari, a 1914. i državni službenici. Potom u periodu 1918-1930. godine obaveznim zdravstvenim osiguranjem su obuhvaćeni nezaposleni, pomorci i zavisna lica. Od 1941. godine uvedena je mogućnost za lica koja zarađuju preko određenog iznosa da se osiguraju dobrovoljnim zdravstvenim

¹⁰ V. E. Mossialos, S. Thomson, *Voluntary health insurance in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, 68

¹¹ V. detaljnije M. Stolleis, *Geschichte des Sozialrechts in Deutschland . Ein Grundriss*, Lucius&Lucius, Stuttgart 2003, W. Ayass, "Quellensammlung zur Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1867- 1914", *Godišnjak istorijskog istraživanja u Saveznoj Republici Nemačkoj*, Minhen 2005, M.G. Schmidt, *Sozialpolitik in Deutschland, Historische Entwicklung und internationaler Vergleich*, Springer DE 2005, 154/ 157, <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte.html>, 25.11.2013.

osiguranjem. Iste godine i penzioneri postaju obezbeđeni obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Trgovci, samozaposleni i invalidi su postali osiguranici obaveznog zdravstvenog osiguranja u periodu od 1966-1975. godine.

Podela Nemačke je rezultirala postojanjem dva različita nemačka sistema zdravstvene zaštite. U Istočnoj Nemačkoj na snazi je bio sistem centralizovanog državnog zdravstva u kom su lekari bili državni službenici. U zapadnom delu je uspostavljeno zdravstvo koje je postojalo i pre rata, gde je država imala samo nadzornu ulogu. Vlada je bila nadležna za obezbeđivanje određenih finansijskih sredstava, ali je pružanje zdravstvene nege i njeno upravljanje bilo prepušteno nedržavnim subjektima, kao što su udruženja bolnica na državnom i regionalnom nivou, privatne osiguravajuće kompanije, volonterska udruženja i sl. Prihvaćen je princip univerzalnosti zdravstvenog osiguranja.

Tokom '70ih godina započete su reforme zdravstva sa ciljem smanjenja troškova.¹² Participacije osiguranika za lekove, stomatološke zahvate i hospitalizaciju su uvedene 1982. godine, a potom dalje razvijene u Zakonu o reformi zdravstvene nege 1989. godine i Zakonom o strukturnim reformama zdravstvene zaštite 1993. godine.

Osnovu za savremeno regulisanje obaveznog zdravstvenog osiguranja predstavlja V knjiga Socijalnog zakonika, koja je stupila na snagu 1989¹³. Ovim zakonom su načelno regulisani organizacija osiguranja, obaveze osiguranika, osigurane zdravstvene usluge i njihove veze sa ostalim pružaocima zdravstvenih usluga.

3. ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Organizacija zdravstvenog osiguranja je veoma fragmentisana. Pored učešća državnih organa, postoji veliki broj zdravstvenih kasa i kompanija koje pružaju usluge zdravstvenog osiguranja.

Učešće državnih organa: Državni organi pružaju zdravstvene usluge indirektno, putem bolnica koja se nalaze u društvenom vlasništvu i vlasništvu opština. Na saveznom nivou Savezna skupština, Savezni savet i Ministarstvo zdravlja definišu politiku zemlje u

¹² Najvažniji propis tad donet je Zakon o ograničavanju troškova zdravstvenog osiguranja iz 1977. godine.

¹³ Knjiga V Socijalnog zakonika, BGB I S. 2477 20.12.1988.

pogledu pitanja zdravstvene zaštite i osiguranja. Dalje, ministarstva u svakoj pokrajini su nadležna za donošenje svojih zakona, kontrolisanje sprovođenja istih i finansijske investicije u bolnički sektor. Na nivou pokrajina vlade su nadležne za održavanje bolničke infrastrukture, nezavisno od toga li su bolnice u državnom ili privatnom vlasništvu

Učešće lekara: Lekari opšte prakse i lekari specijalisti moraju biti članovi regionalnih udruženja lekara, koja učestvuju u pregovorima sa zdravstvenim fondovima, organizuju zdravstvenu negu i imaju ulogu finansijskih posrednika. U udruženjima ne prave razliku između privatnih lekara i onih koji pružaju usluge u bolnicama. Pored udruženja lekara¹⁴ postoje i profesionalna komore.

U Nemačkoj ne postoji obaveza *izbora ličnog lekara*, ali osiguranici imaju to pravo.¹⁵ Pravo izbora je ograničeno na lekara koji poseduje dozvolu da pruža ambulantnu negu osiguranicima iz sistema obaveznog osiguranja. Takođe, postoji mogućnost izbora zubara. Od 2004. godine uvedena je mogućnost *izbora porodičnog lekara*¹⁶, odnosno zdravstvene kase su u obavezi da ponude ovu mogućnost svojim osiguranicima po posebnoj tarifi. Porodični lekar savetuje pacijenta o daljim koracima u lečenju, o izboru klinika, specijalista i sl. Osiguranici koji se odluče za porodičnog lekara, mogu koristiti ambulate usluge samo uz njegov uput.

*Učešće zdravstvenih kasa*¹⁷: Još od '90ih godina lica imaju mogućnost da biraju između zdravstvenih kasa koje pružaju usluge obaveznog zdravstvenog osiguranja i mogu ih menjati svakih 12 meseci. Postoji 6 vrsta zdravstvenih kasa: opšte, regionalne, poljoprivredne, rudarsko-železničko-pomorske, dopunske, korporativne i kase specifične za pojedine profesije. Osiguranici danas imaju mogućnost da biraju između oko 150 kasa.¹⁸ Zdravstvene kase koje pružaju usluge obaveznog zdravstvenog osiguranja se nalaze u privatnom vlasništvu.

Zdravstvene kase su dužne da uplaćuju određene novčane iznose regionalnim udruženjima lekara u zdravstvenom osiguranju u onoj regiji u kojoj je prebivalište

¹⁴ Prvo je osnovano još 1900. godine.

¹⁵ Paragraf 76 knjige V Socijalnog zakonika.

¹⁶ U 2007. godini 24,6 miliona osiguranika je imalo pravo na izbor kućnog lekara i to pravo je iskoristilo 4,6 miliona ljudi.

¹⁷ Paragraf 4 knjige V Socijalnog zakonika.

¹⁸ V. <http://www.kranken Kassentariife.de/baseportal/kassenliste>, 04.10.2012. Na navedenom sajtu se može naći spisak svih zdravstvenih kasa u Nemačkoj.

njihovih osiguranika. Potom udruženja lekara vrše dalju distribuciju sredstava lekarima po određenim mehanizmima plaćanja za zdravstvene usluge.¹⁹ Pravilo je da pacijent ne plaća za zdravstvene usluge, već se pružaoci zdravstvenih usluga, lekari obraćaju direktno zdravstvenim kasama za isplatu. Zdravstvene kase mogu samostalno da zaključuju ugovore sa pružaocima zdravstvenih usluga ili da ugovaraju popuste na nabavku lekova sa farmaceutski kućama.

Učešće Kompenzacionog fonda: Kompenzacioni fond je centralni fond u koji se slivaju sredstva za finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja, tj. kase mu prosleđuju sredstva od uplaćenih doprinosa. Sve zdravstvene kase dobijaju od Kompenzacionog fonda prosečne iznose troškova za svakog osiguranog pojedinca, kao i dodatne novčane iznose određene na osnovu procene pola, starosti i zdravstvenog stanja osiguranika.²⁰ Kase koje imaju više starih i bolesnih osiguranika dobijaju više novca u poređenju sa onim kasama koje uglavnom osiguravaju mlade i zdrave osobe. Međutim, Kompenzacioni fond ne nadoknađuje troškove koji su preko prosečnih, za njih su odgovorne same kase. Ukoliko su, pak, troškovi kase niži od prosečnih, razliku zdravstvena kasa zadržava za sebe. Za troškove poslovanja i usluge koje pruža po sopstvenom izboru, kasa ne dobijaju sredstva od Kompenzacionog fonda.

Učešće Zajedničkog saveznog odbora: Zajednički savezni odbor je najvažnije nevladino telo na koje je delegirano pravo donošenja odluka koje se tiču zdravstva i osiguranja. Sastoji se od članova: Saveznog udruženja zdravstvenih kasa, Saveznog udruženja lekara u obaveznom zdravstvenom osiguranju, Saveznog udruženja zubara u obaveznom zdravstvenom osiguranju i Udruženja nemačkih bolnica, kao i predstavnika pacijenata. Jedan od zadataka Odbora je donošenje uputstava o uslugama koje treba da budu pokrivene obaveznim osiguranjem i propisuje stepen kvaliteta zdravstvenih usluga.²¹

¹⁹ V. deo rada o načinima plaćanja zdravstvenih usluga.

²⁰ Savezna vlast za osiguranje uređuje mehanizam podele troškova između kasa na osnovu procene strukture rizika.

²¹ V. detaljnije <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/>, 05.10.2012.

4. OBAVEZNI PAKET ZDRAVSTVENIH USLUGA

U nemačkom zdravstvenom osiguranju ne postoji konačna lista tačno određenih zdravstvenih usluga obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem. V knjiga Socijalnog zakonika uopštenim pojmovima definiše koje su to zdravstvene usluge obuhvaćene obaveznim paketom: prevencija, zaštita i lečenje bolesti (bolničko i vanbolničko lečenje, stomatološke usluge, kućna nega, određene rehabilitivne mere, socioterapija); medicinska pomoć u hitnim slučajevima i transport bolesnika u specifičnim stanjima; određena prava, kao što je pravo pacijenta na određene informacije.²²

Pravo osiguranika na određene zdravstvene usluge je regulisano obavezujućim uputstvima koje izdaje Zajednički savezni odbor zdravstvenim kasama.²³ Uputstva se izdaju za različite oblasti zdravstvenih usluga i njima se definiše koje će usluge biti pokrivene obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Zajednički savezni odbor će razmotriti dijagnostički i terapijski nove postupke, utvrditi da li ispunjavaju određene zahteve i tek tad odlučiti da li će njihovi troškovi biti pokriveni obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

Tzv. statutarne²⁴ zdravstvene usluge su dodatne zdravstvene usluge, čije refundiranje zdravstvena kasa može da ponudi svojim osiguranicima.²⁵ Na taj način zdravstvene kase mogu više izaći u susret potrebama svojih osiguranika i, uostalom, privući više lica da se osiguraju kod njih. Oblasti u kojima se mogu pružati statutarne zdravstvene usluge su: rehabilitacija, veštačka oplodnja, stomatologija, kućna nega i pomoć.

Ostala prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja: U slučaju *nesposobnosti za rad zaposlenog* poslodavac mu isplaćuje punu platu prvih 6 nedelja. Posle toga, zdravstvena kasa isplaćuje osiguraniku 70% redovne bruto zarade, ali taj iznos ne može preći 90% neto zarade iz poslednjeg meseca. U slučaju *odsustva sa posla radi nege*

²² V. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/leistungen/leistungskatalog.html>, 05.10. 2012.

²³ V. <http://www.g-ba.de/>, 10.10.2012. Uloga Zajedničkog saveznog odbora je detaljno regulisana paragrafom 91 knjige V Socijalnog zakonika.

²⁴ Nazivaju se statutarnim uslugama jer su predviđene statutima zdravstvenih kasa.

²⁵ Pravo zdravstvenih kasa na uvođenje dodatnih zdravstvenih usluga proizilazi iz GKV-Versorgungsstrukturgesetz, BGB I 70, 22.12.2011.

bolesnog deteta mlađeg od 12 godina, osiguranik ima pravo na novčanu naknadu zarade za 10 radnih dana.

Ukoliko kućna nega može da skрати ili čak spreči boravak u bolnici, a osiguranik nema člana domaćinstva koji ga može negovati, biće mu pokriveni troškovi *kućne nege* u periodu od 4 nedelje.

Pravo na *kućnu pomoć* ima lice koje zbog određenih medicinskih tretmana nije u stanju da samo vodi domaćinstvo i u domaćinstvu ima dete, koje je ili mlađe od 12 godina ili je invalid i samo je zavisno od tuđe pomoći. Osiguranik samostalno snosi 10% troškova, što može iznositi najmanje 5, a najviše 10 evra.

Zdravstvena kasa preuzima *troškove prevoza* kada je neophodan²⁶. Pored troškova transporta do bolnica, pod određenim uslovima, mogu biti pokriveni troškovi transporta do određenih ustanova gde pacijenti idu na hemoterapiju, zračenje ili dijalizu. Neophodnost transporta mora biti potvrđena od strane lekara, a potom ta potvrda mora biti data na uvid zdravstvenoj kasi.

Dugotrajna nega: Od 1995. godine dugotrajna nega je pokrivena posebnom shemom osiguranja, koja je obavezna za celokupno stanovništvo i koju pružaju isti zdravstveni fondovi, koji obezbeđuju i obavezno zdravstveno osiguranje. Plaćanje doprinosa za dugotrajnu negu je podeljeno između zaposlenih i poslodavaca i iznosi 1,95% bruto dohotka, odnosno za osobe bez dece 2, 20% bruto dohotka. Raspodela sredstava skupljenih na ime osiguranja za dugotrajnu negu zavisi od procene individualnih potreba potencijalnog korisnika i na osnovu istih, ograničava se na određeni iznos. To nije slučaj sa uobičajenim obaveznim zdravstvenim osiguranjem jer se, prilikom raspodele sredstava i određenja doprinosa, ne uzima u obzir zdravstveno stanje pojedinca. Osiguranik na dugotrajnu negu ima mogućnost da dobije ili usluge nege ili gotov novac, kojim će dalje samostalno raspolagati.

²⁶ Transport je neophodan kada se zdravstvena usluga pruža u određenoj ustanovi, kada je neophodan prevoz kolima hitne pomoći, kada je neophodan prevoz bolničkim kolima.

5. FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Obavezno osiguranje se finansira putem *doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, državnih sredstava*, pre svega poreza, *premija za dobrovoljno zdravstveno osiguranje*²⁷ i *participacija osiguranika*. 11,6% BDP ili 287,3 milijardi evra se izdvaja godišnje za finansiranje zdravstvenog osiguranja, od čega 57,5% dolazi od obaveznog osiguranja (plus dodatnih 10% od doprinosa za penzijsko osiguranje, osiguranje za slučaj povrede na radu i osiguranje za dugoročnu negu), 9,5% od privatnog osiguranja, a oko 13% od „plaćanja iz džepa”, oko 8% od poreza.²⁸ Nemačka se rangira kao 9. zemlja među OECD zemljama po količini sredstava koja izdvaja za zdravstvo (4338 USD/ *per capita*).²⁹

Od 2011. godine doprinosi koje uplaćuju zaposleni i penzioneri iznose 8,2% bruto zarade³⁰ ili penzije, ukoliko je u pitanje penzioner, a poslodavac ili penzijski fond moraju da uplate doprinose od 7,3% bruto zarade.³¹ Doprinosi se uplaćuju zdravstvenim kasama, koje potom skupljena sredstva dalje prosleđuju Kompenzacionom fondu. Kompenzacioni fond raspodeljuje finansijska sredstva između zdravstvenih kasa, koristeći odgovarajuću formulu, na osnovu koje svaka zdravstvena kasa dobija onoliko sredstava koliko joj je potrebno za pokrivanje zdravstvenih usluga svojih osiguranika. Ukoliko sredstva koja je zdravstvena kasa dobila od Kompenzacionog fonda nisu dovoljna, zdravstveni fondovi moraju da naplate osiguranicima *dodatne doprinose*, čiji iznos ne zavisi od visine primanja osiguranika i jednaki su za sve osiguranike pri toj zdravstvenoj kasi.³² Po principu efikasnosti zdravstvena kasa samostalno odlučuje koliko će tačno u evrima iznositi dodatni doprinos i oni se uplaćuju direktno zdravstvenim kasama. Reformom zdravstva 2011. godine su uvedene tzv. *socijalne kompenzacije*, kojima se sprečava

²⁷ V. deo rada posvećen vrstama osiguranja.

²⁸ V. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Aktuell.html>, 23.10.2012.

²⁹ V. www.oecd.org/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.com, 23.10.2012.

³⁰ Za izračunavanje doprinosa u slučaju zaposlenih se uzima plata, penzionera penzija, nezaposlenih nadoknada za slučaj nezaposlenosti. Za lica koja su duže vremena nezaposlena, Vlada uplaćuje fiksne premije.

³¹ Maksimalni doprinos može mesečno iznositi 575 evra.

³² Od 2011. godine ne postoji nikakvo ograničenje za visinu iznosa dodatnog osiguranja. Ukoliko zdravstvena kasa namerava da uvede dodatne doprinose, mora obavestiti svoje osiguranike jer to može biti osnov otkazivanja ugovora sa zdravstvenom kasom. V. Zakon o održivom i izbalansiranom finansiranju obaveznog zdravstvenog osiguranja, BGBl I S. 2477.

finansijska preopterećenost osiguranika.³³ Socijalna kompenzacija se primenjuje uvek kada je „prosečan dodatni doprinos”³⁴ veći od 2% osnovice za obračunavanja doprinosa za obavezno osiguranje. Dobijena razlika predstavlja socijalnu kompenzaciju. Prilikom izračunavanja socijalne kompenzacije konkretni dodatni doprinosi, koje su propisale pojedinačne zdravstvene kase, nisu od značaja, već se uzima u obzir isključivo prosečni dodatni doprinos. Za dobijanje socijalne kompenzacije osiguranik ne treba da podnosi nikakav zahtev, već mu se taj iznos automatski isplaćuje. Naime, poslodavac ili osiguravač penzionera smanjuju iznos osnovice za obračun doprinosa za iznos izračunatog novčanog preopterećenja i ta razlika se direktno isplaćuje zaposlenom ili penzioneru.³⁵

Ukoliko osiguranik nije koristio ni jednu zdravstvenu uslugu pokrivenu obaveznim osiguranjem u periodu od godinu dana, zdravstvene kase mogu da vrate osiguraniku određeni deo uplaćenih doprinosa.

Posebne medicinske usluge koje se odnose, pre svega, na porodicu, one koje su od opšteg društvenog interesa, kao i kapitalne investicije, finansiraju se iz državnih sredstava, tj. *poreza*.³⁶ Pored pokrivanja troškova ovih medicinskih usluga, porezima se pokrivaju i naknade zarade osiguranika ukoliko su iz određenih razloga bila odsutni sa posla. Zdravstvene usluge u vezi sa trudnoćom, materinstvom (npr. pomoć oko deteta, kućna zdravstvena nega za vreme trudnoće ili po porođaju), kontracepcijom i veštačkom oplodnjom; novčana naknada za vreme porodijskog odsustva, naknada zarade za vreme odsustva sa posla radi nege bolesnog deteta; kao i finansiranje kuće nege i pomoći su primeri zdravstvenih usluga i novčanih naknada koje finansira država paušalno putem poreza. Takođe se koriste za finansiranje istraživanja u univerzitetskim bolnicama i edukaciju lekara, farmaceuta i ostalog medicinskog osoblja u javnim školama. Deo

³³ Paragraf 62 V knjige Socijalnog zakonika.

³⁴ Grupa eksperata svake jeseni obračunava prosečan dodatni doprinos, vodeći računa o opštem privrednom razvoju i troškovima obaveznog zdravstvenog osiguranja. Ukoliko se utvrdi da skupljeni doprinosi neće biti dovoljni i da će biti potrebni dodatni doprinosi, obračunavaju njihov prosečan iznos, koji posle objavljuje Savezno ministarstvo zdravlja zajedno sa Saveznim ministarstvom finansija. Za 2012. godinu je utvrđeno da prosečan dodatni doprinos iznosi 0 evra i zato za ovu godinu nisu bile potrebne socijalne kompenzacije. V. detaljnije <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/beitraege-sozialausgleich/sozialausgleich.html>, 07.11.2012.

³⁵ Socijalne kompenzacije se finansiraju putem poreza.

³⁶ U 2012. godini u ove svrhe je izdvojeno 14 milijardi evra.

poreza se preusmerava na Vladinu shemu besplatne nege policije, vojske, zatvorenika, imigranata koji čekaju azil.

Participacije predstavljaju oko 13% ukupnih sredstava za zdravstvenu zaštitu. Na ovaj način se uglavnom finansiraju lekovi i medicinska pomagala.³⁷ Opšte je pravilo da iznos participacija na godišnjem nivou ne može preći 2% oporezivog bruto dohotka.³⁸ Određene kategorije lica su oslobođena obaveze plaćanja participacija ili im je ta obaveza ograničena. Trudnice i maloletnici³⁹ su izuzeti od plaćanja participacija. Lica sa niskim primanjima, ona koja primaju socijalnu pomoć i hronično bolesni pacijenti plaćaju samo deo participacija.

Za svaki odobreni transport do određenih zdravstvenih ustanova osiguranik mora da plati 10% troškova, što ne može iznositi manje od 5 i više od 10 evra.

Troškove za lekove koji se ne izdaju na recept, zdravstvene kase ne refundiraju.⁴⁰ Sa druge strane, troškovi za lekove koji se izdaju na recept su podeljeni između zdravstvene kase i samog osiguranika. Participacija osiguranika za lekove iznosi 10%, što ne sme iznositi više od 10 i manje od 5 evra. Ukoliko lek košta manje od 5 evra, osiguranik plaća punu cenu. Deca ispod 18 godina su oslobođena od plaćanja participacije za lekove. Deci mlađoj od 12 godina i maloletnicima ometenim u razvoju zdravstvene kase refundiraju sve troškove za lekove, pa čak i za one lekove koji se ne izdaju na recept. Ukoliko je osiguranik teško oboleo i ukoliko su mu za lečenje potrebni lekovi koji se ne izdaju na recept, zdravstvena kasa će snositi troškove za lekove. Danas u Nemačkoj postoji preko 1000 međusobno zamenljivih lekova, koji su oslobođeni plaćanja participacije jer su im cene povoljnije.⁴¹ Zdravstvene kase ne vrše refundaciju punog iznosa leka, već samo fiksni iznos, koji se utvrđuje za različite grupe lekova. Ukoliko je cena leka 30% niža od fiksnog iznosa koji refundira zdravstvena kasa, osiguranici mogu biti oslobođeni plaćanja participacije. Sa druge strane, ako lekar prepíše osiguraniku lek koji košta više od fiksnog iznosa, mora ga o tome obavestiti, da bi pacijent mogao da potraži adekvatnu zamenu za lek. U slučaju da se odluči za prepisani lek, mora platiti i participaciju i iznos preko fiksnog refundabilnog iznosa.

³⁷ V. *International Profiles of Health Care Systems*, 2011, The Commonwealth Fund, 59

³⁸ V. detaljnija: <http://www.kff.org/insurance/upload/7852.pdf>, 24.10.2012.

³⁹ Izuzev za plaćanje ugradnje krunice zuba, ortodonskih tretmana.

⁴⁰ To su npr. lekovi za prehladu ili homeopatski preparati.

Principijelno, svi osigurani obaveznim zdravstvenim osiguranjem (zaposleni, penzioneri, supružnici i deca osiguranika) imaju pravo na rehabilitaciju. U slučaju rehabilitacije u bolnicama osiguranici moraju da plate participaciju u iznosu od 10 evra po danu, pri čemu, u slučaju da je potrebno nešto duže praćenje pacijenta zbog zavisnosti ili psihičkog oboljenja, broj dana je ograničen na 28.

Troškove neophodne rehabilitacije van bolnice (u banjama, npr), specijalnih metoda lečenja snosi zdravstvena kasa. U svakom slučaju, osiguranik mora platiti participaciju za lekove i medicinska sredstva koja su neophodna za vanbolničku rehabilitaciju, kao i participaciju od 10 evra za svaki dan boravka.

Punoletna lica osigurana obaveznim osiguranjem plaćaju za prvu posetu zubaru u kvartalu nadoknadu od 10 evra. Za dva godišnja odlaska kod stomatologa na kontrolu osiguranik ne plaća napred pomenutu nadoknadu. Za uklanjanja kamenca, plombiranje i lečenje kanala korena se ne plaća participacija. Ukoliko je osiguranik izgubio zub, postoje različite metode lečenja, koje imaju različite cene. Zdravstvene kase pokrivaju uvek isti iznos troškova, nezavisno za koju metodu se osiguranik odlučio. Maloletnici su u svakom slučaju oslobođeni ovih finansijskih opterećenja. Za ostale estetske i protetičarske zahvate sami osiguranici snose troškove samostalno.

2002. godine je uveden *Program upravljanja bolestima*, DMP, za hronične bolesnike⁴² da bi zdravstvene kase bile motivisane da pružaju bolje zdravstvene usluge hronično bolesnim pacijentima, kao i da bi pospešili kordinaciju pružanja zdravstvene nege između pružalaca u vanbolničkom sektoru.⁴³ Zdravstvene kase svake godine dobijaju 168 evra za svakog osiguranika uključenog u DMP i na taj način se mogu smanjiti participacije ovih bolesnika. Da bi privukli zainteresovane za ove programe, kase nude razne pogodnosti za njih, kao što je npr. oslobađanje plaćanja participacije za lekove. Učešće u DMP je potpuno dobrovoljno i može se sprovesti preko lekara opšte prakse ili specijaliste⁴⁴. Lekari koji učestvuju u obezbeđivanju dokumentacije za ovaj program, dobijaju dodatnu novčanu nadoknadu.

⁴² Paragraf 137f knjige V Socijalnog zakonika.

⁴³ Trenutno postoje DMP za dijabetes 1 i 2, rak dojke, astmu, određena srčana oboljenja i hronična plućna oboljenja. Oko 8% obaveznog osiguranih (5,9 miliona) je uključeno u ovaj program.

⁴⁴ DMP je zasnovan na jedinstvenom ugovoru između svih zdravstvenih kasa jednog regiona, udruženja lekara i bolnica.

6. NAČINI PLAĆANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Sistem finansiranja zdravstvenih usluga u Nemačkoj karakteriše više izvora, decentralizovani sistem odlučivanja i pregovaranja i pravljenje razlike između plaćanja zdravstvenih usluga na nivou ambulantnog i bolničkog sektora.

Nemačka nema jedan budžet za finansiranja zdravstva, već nekoliko izvora koji potiču od različitih državnih organa: na saveznom nivou, za finansiranje zdravstva se izdvajaju sredstva iz budžeta Ministarstva zdravlja, odbrane, unutrašnjih poslova, obrazovanja i nauke; a na pokrajinskom nivou iz budžeta ministarstava zdravlja, obrazovanja i nauke, unutrašnjih poslova.⁴⁵

Zdravstvene kase nemaju unapred određene budžete, ali su dužne da pokriju sve svoje troškove.

Ambulantnu negu (i onu opšte prakse i specijalističku) pružaju lekari na primarnom nivou zaštite.⁴⁶ Bolnice imaju ograničenu ulogu u ovom sektoru. Da bi zdravstvene usluge bile pokrivene obaveznim osiguranjem, moraju ih pružiti lekari iz šeme obaveznog osiguranja. Kao što je već napomenuto, svi lekari iz te šeme moraju biti članovi regionalnih udruženja lekara, koja kontrolišu mehanizme plaćanja usluga lekarima i vrše nadzor nad njima. Godine 2009. se promenio sistem za isplatu pružaoca ambulatorne nege i na snazi je sistem plaćanja po zdravstvenoj usluzi, ali u nešto izmenjenom obliku. Plaćanje troškova pružaocima ambulatorne nege se sastoji iz dva dela: prvo, umesto da se plaća lekaru direktno, zdravstvene kase isplaćuju određene sume regionalnim udruženjima lekara, u kojima borave njihovi osiguranici. Isplata treba da pokrije pacijentove troškove lekarskih usluga, kao i plate za sve lekare iz šeme obaveznog zdravstvenog osiguranja u toj regiji. Dalje, regionalno udruženje vrši raspodelu dobijenih sredstava između lekara opšte prakse i specijalista po mehanizmu plaćanja po zdravstvenoj usluzi. Ograničenje isplate za svakog lekara se određuje kvartalno shodno njegovoj specijalizaciji, broju obrađenih slučajeva u istom kvartalu

⁴⁵ Ministarstva zdravlja daju sredstva za kapitalne investicije za bolnice; obrazovanja i nauke za istraživanje; a unutrašnjih poslova za pružanje nege u hitnim slučajevima.

⁴⁶ V. <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/ambulante-versorgung/aerztliche-verguetung.html>, 07.10.2012.

prethodne godine, godištu i polu njegovih pacijenata. Na ovaj način izvršeno je ujednačavanje isplata lekara na državnom nivou.⁴⁷

Pre 2009. godine plaćanje lekara iz šeme obaveznog zdravstvenog osiguranja je bilo budžetski striktno ograničeno. Zdravstvene kase su vršile isplate prema sistemu fiksnih kapitulacija za sve pacijente, ne uzimajući u obzir koje su zdravstvene usluge zaista pružene.⁴⁸

Za ambulantno pružanje usluga *mentalne nege* psihijatri, neurolozi i psihoterapeuti su plaćeni po pruženim zdravstvenim uslugama.

U *bolnicama*, bilo javnim bilo privatnim, rade lekari koji su plaćeni po sistemu plata, iako stariji lekari mogu da leče privatno osigurane pacijente, koji će im platiti po zdravstvenoj usluzi, ali po višim cenama nego za obavezno osigurane pacijente. Međutim, od 1.1.2004. godine uveden je kao obavezan za sve bolnice sistem dijagnostički srodnih grupa, DSG.⁴⁹ Nemački DSG sistem od 1194 dijagnostički srodne grupe deli bolnice u 18 kategorija. U okviru ovih kategorija, koje se odnose na različite zdravstvene oblasti (kao što su očne bolesti, bolesti respiratornih organa i sl), specifična dijagnostički srodna grupa je definisana shodno dijagnozama, neophodnim medicinskim zahvatima i dodatnim komplikovanim aspektima, ukoliko su utvrđeni. Za svaku od DSG je utvrđene specijalna vrednost slučaja, koja se potom množi sa osnovnom bolničkom tarifom⁵⁰ i na taj način se dobija cena.

Stomatološke usluge se plaćaju po zdravstvenoj usluzi. Ukoliko je osiguranik osiguran obaveznim osiguranjem, plaćanja ovih usluga se vrši preko regionalnih

⁴⁷ Drugačije metode obračunavanja isplata se primenjuju ukoliko lekar ima pacijente čije stanje zahteva posebna znanja ili korišćenje posebne opreme (npr. psihosomatska medicina) ili ukoliko su u pitanju usluge koje se moraju češće pružati i koje su finansirane posebnim dodatnim sredstvima od strane zdravstvenih fondova.

⁴⁸ U to vreme se, naime, za celokupnu ambulantnu negu određivao sektorski budžet, po pravilu na godišnjem nivou. Svaka vrsta usluge je nosila određeni broj bodova, a vrednost boda se određivala tako što se iznos opredeljen za sektorski budžet za ambulantnu negu delio sa ukupnim brojem bodova koje ostvare svi lekari u tom sektoru (ovde je reč o lekarima opšte medicine, odnosno o porodičnim lekarima). Ono što se svakom lekaru konačno plaćalo, pri čemu se plaćanje vršilo kvartalno, bilo je jednako ukupnoj vrednosti svih bodova koje je zaradio na osnovu usluga koje je konkretno pružio. V: *Provider Payments and Cost-containment Lessons from OECD Countries*, u, Technical Brief for Policy Makers, No. 2, WHO, 2007, str. 2-3.

⁴⁹ Paragraf 17 Zakona o finansiranju bolnica, BGBl I S.886, Zakon o naknadi za potpune i delimične usluge u bolnicama, BGBl I S. 1412, 1422.

⁵⁰ Svaka bolnica ima sopstvenu osnovnu bolničku tarifu. U bolnicama na jugu Nemačke ova tarifa je niža, tako da su medicinske usluge niže.

udruženja stomatologa, a ukoliko je pacijent dobrovoljno osiguran, osiguravajuća kompanija je ta koja direktno isplaćuje stomatologa.

7. ZAKLJUČAK

Nemačka slovi za zemlju sa dobrom zdravstvenom negom, u kojoj su liste čekanja veoma kratke, a medicinsko osoblje veoma posvećeno. Dobri uslovi su, pre svega, posledica velikih finansijskih ulaganja u ovaj sektor (skoro 12% BDP). Pokrivenost osiguranjem zavisnih lica i organizacija dugotrajne nege pokazuje da Nemačka vodi računa i da je spremna za opšti problem starenja svoje nacije. Reforme sprovedene poslednjih 20 godina su bile brojne, što izaziva velike gubitke novca, vremena i energije. Neosporno je da Nemci dobijaju kvalitet za dat novac i ako opstanu izmene o iznosu doprinosa onda će se malo toga moći prigovoriti nemačkom zdravstvu. Neka pitanju su, ipak, problematična i na njihovom rešavanju se intenzivno radi. Izdvajanje velikih novčanih suma za zdravstvo⁵¹, nedostatak transparentnosti u delovanju nedržavnih subjekata u ovom sektoru, kao i marginalizovana uloga lekara opšte prakse samo su neki od problema.⁵²

Prigovori da postojanje i dobrovoljnog osiguranja pruža mogućnost bolje nege za bogatije slojeve, koji mogu sebi da priušte privatno osiguranje, opovrgnuti su činjenicom da 75% lica koja mogu da izaberu privatno osiguranje, odlučuje da ostanu pri obaveznom osiguranju. Možda bi bilo u interesu Vlade da izmeni „cenovnik” zdravstvenih usluga u smislu onemogućavanja lekara da naplaćuju osiguranicima privatnog osiguranja mnogo više iznose jer bi se u tom slučaju, mnogo veći broj lica odlučivao za privatno osiguranje i rasteretio državna sredstva.

Konkurentnost u različitim zdravstvenim sektorima je nešto što Nemačka ceni i neguje. Stoga su i zdravstvene kase uvele različite šeme osiguranja među kojima osiguranici mogu da biraju. Misli se, pre svega, na uvođenje DMP, porodičnog lekara, različite participacije osiguranika i sl.

⁵¹ M. M. Grabka, *Alternative Finanzierungsmodele einer sozialen Krankversicherung in Deutschland: Methodische Grundlagen und exemplarische Durchfuehrung einer Mikrosimulationsstudie*, Technische Universitaet Berlin 2004, D. Sauerland, *Gesundheitspolitik in Deutschland, Reformbedarf und Entwicklungsperspektiven*, Verlag Bertelsmann Stiftung, Guetersloh 2002, 41- 59.

⁵² V. <http://www.finanzenkritik.de/kritik/gesetzliche-krankenkassen/>, 10.10.2013.

Organizovanje obaveznog zdravstvenog osiguranja na takav način da može slobodno da parira dobrovoljnom je izuzetno značajno dostignuće nemačkog zdravstvenog sistema.

REPUBLIKA ITALIJA

1. UVOD

Prema oceni Svetske zdravstvene organizacije, italijanski zdravstveni sistem spada u najbolje na svetu, budući da se u Izveštaju o zdravstvenim sistemima iz 2000. godine (*The world health report 2000 - Health systems: improving performance*), Italija nalazila na drugom mestu po kvalitetu zdravstvene zaštite, odmah posle Francuske.¹ Međutim, kao i Francuska, Italija ima problema u vezi sa finansiranjem zdravstvenog sistema, što se u određenoj meri odražava na kvalitet zdravstvene zaštite, pa su reforme zdravstvenog sistema česte.

Zdravstveni sistem Italije je organizovan kao Nacionalni zdravstveni sistem (*Servizio Sanitario Nazionale – SSN*), koji obezbeđuje univerzalno osiguranje od rizika bolesti i zasniva se na sledećim principima: javna odgovornost za zaštitu prava na zdravlje, univerzalnost, jednakost i pravičnost, sloboda izbora, informisanost i učešće građana, besplatna zdravstvena zaštita u granicama utvrđenim zakonom i obaveznim paketom zdravstvenih usluga.² To je sistem opšteg obaveznog osiguranja koji važi za sve građanestavno nastanjene u Italiji – italijanske državljane, građane EU i strane državljane koji legalno borave u Italiji, i koji svim osiguranicima obezbeđuje svu neophodnu zdravstvenu negu.

Italija pripada grupi država koje su prihvatile Beveridžov model socijalnog osiguranja i ustanovile sistem zdravstvenog osiguranja koji obezbeđuje jednak pristup

¹ World Health Organization, *The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*, Geneva, 2000, str. 153.

² Vid. Piano sanitario nazionale 2011-2013, Ministero della sanità, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf, 29.10.2013, str. 1. Nacionalni program za zaštitu zdravlja iz 1998, odnosno 2006. godine predviđao je sledeće osnovne principe: ljudsko dostojanstvo, zaštita, zdravstvene potrebe, solidarnost, efikasnost, efektivnost i prikladnost, i pravičnost, odnosno jednaka dostupnost zdravstvene zaštite. Vid. npr. Piano sanitario nazionale 1998-2000, Ministero della sanità, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_947_allegato.pdf, 29.10.2013, str. 61-62.

univerzalnoj zdravstvenoj zaštiti i koji se finansira putem poreza, po uzoru na Britansku nacionalnu zdravstvenu službu. Model opšte zdravstvene zaštite, ustanovljen 1978. godine, karakteriše potpuna obuhvaćenost stanovništva zdravstvenom zaštitom koja je besplatna za sve osiguranike, pošto se svakom stanovniku garantuje pravo na zdravstvenu zaštitu samim rođenjem. Novi sistem je uveden u okviru jedne od najznačajnijih reformi u italijanskom zdravstvenom sistemu, kada je dotadašnji sistem fondova za zdravstveno osiguranje zamenio jedinstveni Nacionalni zdravstveni sistem.

Osnovni ciljevi ove reforme bili su obezbeđenje svim građanima jednakog pristupa jedinstvenim nivoima zdravstvene zaštite, bez obzira na njihove zarade, odnosno prihode ili prebivalište, zatim, unapređenje sistema prevencije bolesti, efikasnija kontrola rasta zdravstvenih troškova i garantovanje demokratske kontrole nad upravljanjem celokupnim zdravstvenim sistemom. Nakon ove reforme su vršene brojne promene u sistemu obaveznog osiguranja, a sve u cilju većeg decentralizovanja sistema osiguranja, bolje kontrole troškova zdravstvene zaštite i modifikacije strukture i organizacije Nacionalnog zdravstvenog sistema.³

2. VRSTE ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

2.1. Obavezno zdravstveno osiguranje

Italijanski Ustav (čl. 32) i drugi propisi predviđaju da Republika Italija štiti zdravlje kao osnovno ljudsko pravo i u javnom interesu, garantujući istovremeno besplatne usluge zdravstvene zaštite siromašnima.⁴ Nacionalni zdravstveni sistem je zadužen za brigu o fizičkom i mentalnom zdravlju celokupnog stanovništva, bez obzira

³ Opširnije vid. Paolo Bosi, Nerina Dirindin, Gilberto Turati, „Reform Paths in Italian Health and Social Assistance Expenditure“, u: *The Consolidation of the General Budget in Italy: Tools, Costs, and Benefits*, <http://www.esri.go.jp/jp/prj-rc/macro/macro15/10-4-R.pdf>, 29.10.2013, str. 6. i dalje; Gilberto Turati, „The Italian Servizio Sanitario Nazionale: a renewing tale of lost promises“, Working paper No. 21 - July 2011, Department of Economics and Public Finance “G. Prato” – University of Torino, <http://web.econ.unito.it/prato/papers/n21.pdf>, 29.10.2013, str. 2-16; Alessandra Lo Scalzo et al., *Italy: Health system review*, Health Systems in Transition, vol. 11, br. 6/2009, World Health Organization, 2009, str. 17-23, 155-172.

⁴ Vid. čl. 32. Ustava Italije (La Costituzione della Repubblica Italiana – The Constitution of the Italian Republic, Official Gazette, December 27, 1947, n. 98) i čl. 1. Zakona br. 833/1978 (Legge 833/78 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale del 23 dicembre 1978).

na individualne i socijalne razlike, i za obezbeđivanje jednakosti svih osiguranika kojima se pružaju usluge zdravstvene zaštite. Zato je sistem zdravstvenog osiguranja u Italiji utvrđen kao sistem obaveznog osiguranja – zdravstveno osiguranje je obavezno za sve stanovnike Italije koji ne mogu da biraju da li će se osigurati ili ne; kao sistem univerzalnog osiguranja od rizika bolesti – svaki italijanski i strani državljani koji ima prebivalište u Italiji ima pravo na usluge zdravstvene zaštite, i kao sistem sveobuhvatnog osiguranja – zdravstveno osiguranje pokriva sve medicinske tretmane neophodne za lečenje.

Sistem obaveznog osiguranja je sistem opšteg osiguranja, jer su prava iz obaveznog osiguranja ista za sve stanovnike i ne postoje posebni režimi osiguranja u zavisnosti od kategorije osiguranika. Jedino je predviđen poseban režim za vojna lica, ali i ona imaju pravo na zdravstvenu zaštitu na osnovu obaveznog osiguranja, iako mogu da koriste usluge vojnog osiguranja koje finansira Ministarstvo odbrane. Obaveznim osiguranjem su na isti način, kao i državljani Italije, obuhvaćeni imigranti, zatvorenici, izbeglice i strani državljani koji traže azil. Državljan EU imaju ista prava, ali plaćaju participaciju, dok se pravo na zdravstvenu zaštitu ostalih stranih državljana reguliše bilateralnim sporazumima.

2.2. Privatno zdravstveno osiguranje

Imajući u vidu da je celokupno stanovništvo Italije obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem, privatno osiguranje ima mali značaj u sistemu zdravstvene zaštite u Italiji, što potvrđuje i podatak da samo oko 15% stanovništva ima privatno osiguranje.⁵ Zbog toga je i učešće troškova koje pokriva privatno osiguranje u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji oko 2%. Privatno osiguranje ima dopunsku ulogu u sistemu zdravstvenog osiguranja, jer na osnovu privatnog zdravstvenog osiguranja osiguranici mogu da ostvare komplementarnu, odnosno suplementarnu zaštitu od rizika bolesti. Osiguranici nemaju pravo da umesto obaveznog izaberu privatno zdravstveno osiguranje, jer se ono ne može zameniti. Privatnim osiguranjem se mogu nadoknaditi samo troškovi

⁵ Vid. Alessandra Lo Scalzo et al., *op. cit.*, str. 57.

usluga koje obavezno osiguranje delimično pokriva ili troškovi zdravstvenih usluga koje obavezno osiguranje uopšte ne pokriva.

Dakle, ukoliko je zaključeno privatno osiguranje, polisom mogu biti obuhvaćene zdravstvene usluge koje osiguraniku daju pravo na veći izbor (privatnih) pružalaca usluga – sloboda izbora porodičnog lekara ili lekara specijaliste i pravo lečenja u privatnim bolnicama. Na taj način se skraćuje vreme čekanja na preglede kod lekara specijalista ili za hirurške intervencije, i obezbeđuje bolji smeštaj u bolnicama, iako je kvalitet medicinskih usluga skoro isti u državnim i privatnim bolnicama. Pored toga, privatnim osiguranjem se nadoknađuju troškovi participacije, troškovi stomatoloških usluga, dnevne naknade za ležanje u privatnim sobama u bolnicama, troškovi alternativne medicine i pojedini banjski tretmani.⁶

Pojedinačne polise privatnog osiguranja uglavnom daju pravo na naknadu zarade u slučaju privremene sprečenosti za rad usled bolesti i obično ih zaključuju bogatija, samozaposlena lica, a grupne polise zaključuju uglavnom rukovodioci u privrednim društvima ili institucijama i zaposleni koji ostvaruju visoke zarade da bi brže izvršili ispitivanja kod lekara specijaliste ili obezbedili komforniji smeštaj u jednokrevetnim sobama u privatnim bolnicama. Pojedini rizici se isključuju iz polisa, kao što su hronične i rekurentne bolesti, duševne bolesti i teški mentalni poremećaji (npr. šizofrenija), dijabetes, alkoholizam, narkomanija, HIV, estetske operacije, pojedine stomatološke usluge, dobrovoljni prekid trudnoće, ratni rizici, prirodne katastrofe i dr.⁷

Usluge privatnog zdravstvenog osiguranja pružaju društva za uzajamno osiguranje i akcionarska društva za osiguranje, ali je mali broj društava specijalizovan za zdravstveno osiguranje. Ipak, dopunsko zdravstveno osiguranje se sve više razvija i osnivaju se nova uzajamna društva za osiguranje, a postojeća društva prilagođavaju svoje poslovanje potrebama osiguranika i u skladu sa tim i definišu rizike obuhvaćene polisama osiguranja. Finansiranje troškova putem dopunske zdravstvene zaštite privatni osiguravači ostvaruju na bazi kalkulacije (procene) rizika, što je jedan od uobičajenih metoda finansiranja koji koriste društva koja obezbeđuju osiguranje zdravstvenih usluga. U zavisnosti od vrste polise, razlikuju se i kriterijumi selekcije i procene rizika, ali se

⁶ *Ibid.*

⁷ Vid. Sarah Thomson, Elias Mossialos, „Private health insurance and access to health care in the European Union“, *Euro Observer*, vol. 6, br. 1/2004, str. 2.

ugovorna premija obično formira na bazi rizika, kao što su godine starosti, godine pristupanja sistemu osiguranja, pol, prebivalište, zdravstveni status odnosno stanje, mada su privatni osiguravači ovlašćeni da odbiju osiguranje osobe sa potencijalno visokim rizikom.⁸

3. ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Osnovna zdravstvena zaštita stanovnika Italije ostvaruje se preko Nacionalnog zdravstvenog sistema koji je nadležan za organizaciju i sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja. Za razliku od drugih država članica OECD, sistem obaveznog osiguranja i zdravstvene zaštite u Italiji u potpunosti je decentralizovan, jer je sistem organizovan na tri nivoa – centralnom (nacionalnom), regionalnom i lokalnom nivou. Italija je podeljena na regione koji imaju svoja isključiva ovlašćenja u mnogim oblastima, a pošto je zdravstvena zaštita jedna od tih oblasti, obavezno osiguranje se obezbeđuje i sprovodi u regionima i u lokalnim zdravstvenim jedinicama koje postoje u svim regionima i čiji se broj razlikuje u svakom regionu.

Na nacionalnom nivou, vlada i ministarstvo nadležno za zdravlje zaduženi su za vođenje zdravstvene politike u zemlji, za ostvarivanje opštih ciljeva zdravstvenog sistema i poštovanje osnovnih principa na kojima se zdravstveni sistem zasniva. Država je, dakle, odgovorna za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu svih građana, zbog čega je u njenoj nadležnosti definisanje obaveznog paketa zdravstvenih usluga koji važi na teritoriji cele zemlje i kontrola raspodele prihoda od prikupljenih poreza. Može se zato reći da, iako je Ministarstvo zdravlja odgovorno za upravljanje Nacionalnim zdravstvenim sistemom, najveću ulogu u ostvarivanju zdravstvene zaštite imaju regioni i lokalne zdravstvene jedinice.

Regioni su odgovorni za organizaciju i pružanje zdravstvenih usluga iz obaveznog paketa preko mreže lokalnih zdravstvenih jedinica i državnih i privatnih bolnica koje su

⁸ Opširnije Margherita Giannoni-Mazzi, „Italy“, in: Sarah Thomson, Elias Mossialos (ed.), *Private Health Insurance in the European Union* – Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, 2009, str. 226. i dalje; Sarah Thomson, Elias Mossialos, *op. cit.*, str. 1-2; Vincenzo Atella, Federico Spandonaro, „Private health insurance in Italy: Where we stand now“, *Euro Observer*, vol. 6, br. 1/2004, str. 6-7.

zaključile ugovor sa Nacionalnim zdravstvenim sistemom (*ovlašćene ili akreditovane bolnice*). Oni imaju veliki stepen autonomije u vršenju svojih dužnosti i direktno su odgovorni za ispunjavanje ciljeva postavljenih Nacionalnim zdravstvenim planom u pogledu upravljanja i kontrole nad zdravstvenim sistemom na regionalnom nivou. Regionalne vlade imaju zakonodavna, izvršna i tehnička ovlašćenja u pogledu upravljanja lokalnim zdravstvenim jedinicama i bolnicama, i njihovog finansiranja, tako što im je dozvoljeno da utvrđuju kriterijume za kontrolu i za kvalitet zdravstvenih usluga, u skladu sa principima definisanim nacionalnim zakonima.⁹

U okviru regiona organizovane su teritorijalne upravne jedinice, odnosno lokalne zdravstvene jedinice (*azienda sanitaria locale* – ASL, doslovno: *lokalna zdravstvena preduzeća*), koje su zadužene sa upravljanjem sistemom zdravstvene zaštite i za pružanje zdravstvenih usluga na lokalnom nivou. To su državna tela, pravno nezavisna od regiona u kojem se nalaze, koja imaju organizacionu, administrativnu, fiskalnu, finansijsku, upravljačku i tehničku nezavisnost i zadužena su za organizovanje i pružanje zdravstvene zaštite u svojoj oblasti preko bolnica i drugih zdravstvenih ustanova, odnosno ovlašćenih privatnih pružalaca zdravstvenih usluga. Lokalne zdravstvene jedinice zaključuju ugovore sa privatnim pružaocima usluga i određuju cene zdravstvenih usluga.

U skladu sa kvazi-tržišnom orijentacijom zdravstvenog sistema, lokalne zdravstvene jedinice imaju sopstvenu organizaciju, budžet i upravu i u osnovi predstavljaju svojevrsna državna preduzeća sa upravom zaduženom za kontrolu i upravljanje budžetom u skladu sa principima koji važe za privredne subjekte. U tom smislu je promenjen i način upravljanja ovim jedinicama i način izbora direktora i članova upravnih odbora. Ipak, u praksi se pokazalo da se lokalnim zdravstvenim jedinicama ne upravlja efikasno, jer se prilikom izbora uprave u jedinicama često primenjuju kriterijumi pripadnosti određenoj političkoj stranci, a ne stručnost i profesionalnost.¹⁰ Zbog političkih pritisaka, lokalne zdravstvene jedinice nisu u mogućnosti da posluju u skladu sa tržišnim principima kako bi unapredili svoje poslovanje i upravljanje finansijama.

⁹ Vid. Alessandra Lo Scalzo et al., *op. cit.*, str. 24-31, 82-85; Mariano Marco, *Italy and Sweden: a Comparative Analysis of Financing and Health Services Provision*, Master's Thesis in International Business, University West Trollhättan, Sweden, 2010, str. 13-15.

¹⁰ Vid. Alessandra Lo Scalzo et al., *op. cit.*, str. 21. i 30.

Pored pružanja zdravstvenih usluga, lokalne zdravstvene jedinice su zadužene i za različite aktivnosti usmerene na promovisanje zdravlja, prevenciju bolesti, bezbednost hrane, profesionalna oboljenja i nezgode na radu, kao i za veterinarsku medicinu i zaštitu životne sredine.¹¹

Izabrani lekar

Pravo na slobodan izbor lekara opšte prakse ima svaki stanovnik Italije koji je registrovan u Nacionalnom zdravstvenom sistemu, a deca do 14 godina imaju pravo na izbor pedijatra. Međutim, izbor lekara, koji se u Italiji zove porodični lekar, jeste i obaveza, odnosno uslov za ostvarivanje zdravstvene zaštite, jer uloga porodičnog lekara je da koordinira usluge zdravstvene zaštite na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou, odnosno da usmerava pacijenta u ostvarivanju zdravstvene zaštite i da ga upućuje drugom odgovarajućem lekaru (specijalisti), odnosno zdravstvenoj ustanovi kada pronade da je to neophodno. Osiguranici su slobodni da izaberu porodičnog lekara sa liste slobodnih, odnosno dostupnih lekara, pošto je broj pacijenata po lekaru ograničen na 1500 pacijenata, odnosno na 800, za pedijatre. Porodični lekar se može uvek promeniti, a izbor lekara se vrši u lokalnoj zdravstvenoj jedinici prema prebivalištu, odnosno boravištu, u skladu sa registracijom osiguranika u Nacionalnom zdravstvenom sistemu.

Osnovni zadatak porodičnog lekara je da štiti zdravlje pacijenata postavljajući dijagnoze i određujući najprikladniji način daljeg lečenja – propisivanje lekova (na recept), upućivanje na specijalistička, radiološka i laboratorijska ispitivanja, odnosno upućivanje u bolnice i druge zdravstvene ustanove. Nakon izvršenog upućivanja, osiguranici imaju pravo da se leče u bilo kojoj zdravstvenoj ustanovi (državnoj ili privatnoj), pod uslovom da ona ima zaključen ugovor sa Nacionalnim zdravstvenim sistemom. U tom slučaju, troškove lečenja u ovlašćenim zdravstvenim ustanovama pokriva obavezno zdravstveno osiguranje. Osiguranici mogu da biraju gde će da se leče – u svojoj lokalnoj zdravstvenoj jedinici, u drugoj lokalnoj jedinici u istom regionu, ili u drugom regionu.¹²

¹¹ Više vid. *ibid.*, str. 74-76; Mariano Marco, *op. cit.*, str. 13.

¹² Vid. Alessandra Lo Scalzo et al., *op. cit.*, str. 111, 114-115.

U pojedinim regionima, lokalne zdravstvene jedinice koriste jedinstveni centar za zakazivanje intervencija u vezi sa propisanim lečenjem pacijenata, koji osiguranicima pruža mogućnost da se informišu o bolnicama i listama čekanja, i da telefonom ili lično zakažu svoj prijem. Privatne bolnice imaju sopstveni informacioni sistem.

Pacijenti koji ne žele da čekaju na lečenje u državnim i ovlašćenim privatnim bolnicama, s obzirom na to da su liste čekanja izuzetno duge, mogu da se leče u privatnim bolnicama, gde su liste čekanja mnogo kraće. U tom slučaju, pacijent će snositi sve troškove lečenja, s obzirom da osiguranje pokriva troškove lečenja samo u ovlašćenim privatnim bolnicama. Dakle, nakon upućivanja porodičnog lekara, pacijent mora da čeka određeno vreme na specijalistički pregled, a nakon toga i na bolnički prijem i operaciju, ukoliko je to potrebno.¹³

Opisani način pružanja zdravstvene zaštite se ne razlikuje mnogo po regionima, ali su liste čekanja postale jedan od osnovnih problema Nacionalnog zdravstvenog sistema, zato što se dužina čekanja na zakazano lečenje značajno razlikuje od regiona do regiona. Tome posebno doprinosi nepostojanje razvijenih informacionih sistema u pojedinim regionima na jugu zemlje, pa su liste čekanja u tom delu zemlje naročito duge, jer se liste ručno obrađuju, bez ikakve tehničke podrške.

4. OBAVEZNI PAKET ZDRAVSTVENIH USLUGA

Usluge pokrivene obaveznim osiguranjem određuju se na nacionalnom nivou, dekretom Saveta ministara, a regioni i lokalne zdravstvene jedinice detaljnije uređuju vrste usluga koje su obuhvaćene obaveznim paketom i način njihovog pružanja. Obavezni paket zdravstvenih usluga (*livelli essenziali di assistenza* - LEA) obuhvata one usluge prevencije, lečenja i rehabilitacije koje se nalaze na pozitivnoj listi, a pojedine usluge su izričito isključene iz obaveznog paketa i nalaze se na negativnoj listi. To znači da je obavezni paket zdravstvenih usluga ograničen po sadržaju, jer obavezno osiguranje pokriva samo određene vrste usluga, dok se troškovi usluga koje se nalaze na negativnoj listi i troškovi usluga koje nisu na pozitivnoj listi ne mogu naplatiti iz obaveznog osiguranja. Obavezni paket usluga utvrđen dekretom Saveta ministara važi za celu zemlju

¹³*Ibid.*, str. 115.

i primenjuje se na isti način u svim regionima. Ipak, regioni mogu snositi troškove usluga koje se ne nalaze na pozitivnoj listi, ali sredstva za takve troškove moraju obezbediti iz sopstvenih prihoda, što se u praksi često dešava.¹⁴ Dakle, ukoliko određenu uslugu stave na pozitivnu listu, regioni ne smeju koristiti nacionalne resurse za njihovo finansiranje.

Negativna lista obuhvata usluge koje su izričito isključene iz osiguranja, kao što su estetske operacije (osim u slučaju saobraćajnih nezgoda, bolesti i genetske malformacije), usluge nekonvencionalne medicine, fizioterapija pod određenim uslovima i dr. Pored ovih usluga, postoje i usluge koje su delimično isključene iz obaveznog osiguranja, pa su propisani posebni uslovi pod kojima te usluge mogu biti obuhvaćene osiguranjem. To su npr. refraktivne laserske operacije, denzitometrija kostiju, rehabilitacija i fizikalna terapija.¹⁵ U ovu grupu usluga spadaju i stomatološke usluge koje su besplatne samo za određene kategorije stanovništva, kao što su deca do 16 godina i socijalno ili zdravstveno ugrožena lica, kao što su iznemogla lica, lica koja boluju od retkih bolesti ili osobe sa HIVom. Ostalo stanovništvo plaća stomatološke usluge, osim u slučaju kada region odluči da ove usluge budu obuhvaćene osiguranjem. Međutim, i tada se mali broj usluga stavlja na pozitivnu listu, tako da se stomatološke usluge, po pravilu, finansiraju „plaćanjem iz džepa“.¹⁶

U pogledu lekova takođe postoji pozitivna i negativna lista, pa su lekovi koji se propisuju na recept razvrstani u tri kategorije. Prva kategorija obuhvata lekove za teške i hronične bolesti, koji se dobijaju besplatno uz recept, druga grupa obuhvata lekove koji se daju samo u bolnicama, a treća grupa se odnosi na lekove koji nisu pokriveni obaveznim osiguranjem.¹⁷

Pošto je zdravstvena zaštita u Italiji besplatna za sve stanovnike, osiguranici ne snose nikakve troškove i ne plaćaju ništa u momentu pružanja usluge, osim u slučaju plaćanja obavezne participacije. Troškove zdravstvene zaštite pružaocima usluga nadoknađuju regionalne vlade i privatni osiguravači, a osiguranici „plaćanjem iz džepa“ snose troškove premija za privatno osiguranje, troškove participacije i troškove

¹⁴ *Ibid.*, str. 49; Giovanni Fattore, Aleksandra Torbica, *Health Service Benefit Catalogues in Europe Country Report: Italy*, HealthBASKET Project, SP21-CT-2004-501588, Bcconi University, http://www.ehma.org/files/Benefit_Report_Italy.pdf, 29.10.2013, str. 6-7.

¹⁵ Giovanni Fattore, Aleksandra Torbica, *op. cit.*, str. 6-7.

¹⁶ *Vid. ibid.*, str. 13-14; Alessandra Lo Scalzo et al., *op. cit.*, str. 146.

¹⁷ *Vid. Giovanni Fattore, Aleksandra Torbica, op. cit.*, str. 18; Alessandra Lo Scalzo et al., *op. cit.*, str. 124-125.

zdravstvenih usluga koje nisu pokrivene obaveznim osiguranjem (npr. za stomatološke usluge, specijalističke preglede, pojedine dijagnostičke procedure ili za lekove).

Participacija se plaća za ambulantne specijalističke preglede i za dijagnostičke procedure (laboratorijske analize i medicinski imidžing-*imaging*) - na nacionalnom nivou, u iznosu od 10 evra, i za lekove u okviru vanbolničkog lečenja - na regionalnom nivou. Pojedine kategorije osiguranika su ipak izuzete od plaćanja participacije: deca mlađa od 14 godina, starija lica preko 65 godina (pod uslovom da imaju prihode u domaćinstvu manje od posebno utvrđenog iznosa), iznemogla lica, lica koja boluju od retkih bolesti, hronični bolesnici, osobe sa HIVom, zatvorenici i trudnice.¹⁸

Zdravstvenu delatnost na primarnom nivou obavljaju lekari opšte prakse, pedijatri i samozaposleni i nezavisni lekari koji imaju zaključen ugovor sa Nacionalnim zdravstvenim sistemom. Zdravstvena zaštita na sekundarnom nivou se obezbeđuje preko specijalističkih pregleda koji se sprovode u ambulantama u okviru ovlašćenih državnih i privatnih bolnica. Bolnička lečenja se vrše u opštim, univerzitetskim i nezavisnim bolnicama i u bolnicama specijalizovanim za istraživanja.¹⁹ Posebno su značajne tzv. nezavisne državne bolnice koje pružaju visoko specijalizovanu tercijarnu zaštitu na nacionalnom nivou (*aziende ospedaliere* – AO). Reč je o zdravstvenim ustanovama koje imaju finansijsku i tehničku autonomiju i imaju status „nezavisnog zdravstvenog preduzeća“, a obuhvataju univerzitetske bolnice i visoko specijalizovane bolnice od nacionalnog značaja.²⁰ Ostale državne bolnice se nalaze pod direktnom kontrolom lokalnih zdravstvenih jedinica.

Dugotrajna nega i zbrinjavanje obuhvata smeštaj starih i iznemoglih lica i kućnu negu, ali ovaj vid (zdravstvene) zaštite nije dovoljno razvijen zbog slabe koordinacije zdravstvenog i socijalnog sektora i zbog postojanja različitih subjekata koji pružaju ovakve vrste usluga.

¹⁸ Vid. Alessandra Lo Scalzo et al., *op. cit.*, str. 55-56.

¹⁹ Više *ibid.*, str. 111. i dalje.

²⁰ Vid. *ibid.*, str. 76-77.

5. FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Prema podacima za 2011. godinu, ukupni troškovi zdravstvene zaštite u Italiji su iznosili približno 140 milijardi evra, a njihovo učešće u BDP je bilo 9,1%, što je nešto niže od prosečnog učešća troškova zdravstvene zaštite u BDP u zemljama koje su članice OECD.²¹ Troškovi su niži od troškova ostvarenih u 2009. i 2010. godini, kada je učešće troškova u BDP bilo 9,3%, što je opet niže od proseka u zemljama članicama OECD (9,5%). Prema podacima iz 2010. godine, troškovi zdravstvene zaštite *per capita* iznosili su 2964 USD. Učešće javnih rashoda u ukupnim troškovima za zdravstvo je 79%, a u 2010. godini učešće javnih rashoda u BDP je bilo 7,4%. Javni rashodi *per capita* su u 2010. godini iznosili 2359 USD. Iz privatnih izvora, putem tzv. „plaćanja iz džepa“ (direktnim plaćanjem) finansiralo se 18,3% ukupnih troškova zdravstvene zaštite, a „plaćanja iz džepa“ *per capita* u 2010. godini iznosila su 528 USD. Privatni izdaci za zdravstvenu zaštitu iznosili su nešto više od 2% od ukupnih troškova, što predstavlja 2,1% od BDP. Učešće troškova za lekove u ukupnim troškovima zdravstvene zaštite je 16,9%, a *per capita* ovi troškovi iznose 511 USD.

Troškovi Nacionalnog zdravstvenog sistema su u 2011. godini iznosili 112,9 milijardi evra, a njihovo učešće u BDP je 7,1%. Najviše se izdvajalo za zarade (medicinskog, stručnog, tehničkog i administrativnog osoblja) – 32,2% ukupnih troškova, i za medicinske proizvode, odnosno sredstva i usluge – 32,1%. Za primarnu zaštitu (usluge lekara opšte prakse) je izdvojeno 5,9% troškova, za lekare specijaliste 4,1%, za privatne bolnice 7,9%, za lekove 8,8%, za rehabilitaciju 1,8% i za druge usluge 5,7% ukupnih troškova obaveznog osiguranja.²²

Italijanski zdravstveni sistem se finansira iz poreskih prihoda, prikupljenih po osnovu (namenskih) centralnih i lokalnih (regionalnih) poreza, što je njegova osnovna karakteristika. Najviše sredstava je obezbeđeno po osnovu poreza na dodatu vrednost i

²¹Podaci o troškovima zdravstvene zaštite u Italiji dostupni su preko elektronske baze podataka na sajtu OECD: *OECD Health Data 2012 - Frequently Requested Data* (Health expenditure), <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>, i na sajtu http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-italy_20752288-table-ita, (6. novembar, 2012).

²² Vid. *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2011* – Il Servizio sanitario nazionale, http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Finanza-Pu/Relazione-/2011/Il_Servizio_sanitario_nazionale_-_RGE_2011.pdf, (6. novembar, 2012), str. 3.

akciza (48,7%), a zatim po osnovu dva važna lokalna poreza (34,5%).²³ Lokalni porez IRAP obuhvata korporativni porez na dodatnu vrednost kompanija (privrednih društava, ortakluka i samozaposlenih lica)²⁴ i porez na zarade zaposlenih u javnom sektoru. Stopa poreza na dodatnu vrednost je 4,25%, a na zarade je 8,5%. Zakon o budžetu iz 2005. godine je dao mogućnost regionima da povećaju stopu poreza za 1%, ako su suočeni sa deficitom zdravstvene potrošnje, a od 2006. godine ovo je postala obaveza, što je uslovilo povećanje poreza u određenim regionima. Prikupljena sredstva po osnovu poreza IRAP raspoređuju se na regione u kojima su se porezi prikupili (90%), a 10% ostaje na centralnom nivou. Ovakav način raspodele prihoda izaziva veliku neujednačenost u kvalitetu zdravstvene zaštite po regionima i u pogledu načina njihovog finansiranja, jer su u Italiji veoma izražene razlike u stepenu industrijske razvijenosti regiona, s obzirom na podelu zemlje na (razvijeni) sever i (nerazvijeni) jug, pa se i iznosi raspoređenih sredstava značajno razlikuju. Zbog toga se sredstva prikupljena po osnovu poreza na dodatnu vrednost i akciza usmeravaju u one regione koji nisu u mogućnosti da sopstvenim finansiranjem obezbede kvalitetnu zdravstvenu zaštitu. Drugi lokalni porez kojim se finansira zdravstvo je tzv. dodatni IRPEF porez (*addizionale IRPEF*) – porez koji pored centralnog poreza na prihode građana opterećuje prihode stanovništva i njegova stopa je 0,5%.²⁵ Pored centralnih i lokalnih poreza, zdravstvena potrošnja se finansira i transferima odgovarajućih sredstava iz državnog budžeta i iz privatnih izvora (9,5%) i iz sopstvenih i drugih prihoda (6,3%).²⁶

Raspodela sredstava se dakle vrši na centralnom nivou, tako što centralna vlast finansira Nacionalni zdravstveni sistem, koji zatim distribuira regionalnim organima (godišnje) iznose namenjene za zdravstveni budžet. Godišnjim finansijskim planom se utvrđuju iznosi sredstava namenjenih za zdravstvenu zaštitu, kao i njihova ujednačena

²³ *Loc. cit.*

²⁴ Dodatna vrednost se definiše kao razlika između ostvarenih prihoda i troškova proizvodnje. Troškovi rada i finansijski troškovi se ne računaju u troškove proizvodnje.

²⁵ Vid. Alessandra Lo Scalzo et al., *op. cit.*, str. 53; Mariano Marco, *op. cit.*, str. 23-26. i 31-34.

²⁶ Opširnije o regionalnim razlikama i teškoćama prilikom finansiranja vid. Maura Francese, Marzia Romanelli, „Health Care in Italy: Expenditure Determinants and Regional Differentials“, Working Papers, Number 828 - October 2011, Banca D’Italia, http://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/econo/temidi/td11/td828_11/td828/en_tema_828.pdf, str. 7. i dalje; Franco Reviglio, „Health Care and Its Financing in Italy: Issues and Reform Options“, IMF Working Paper, br. WP/00/166, 3. i dalje; Paolo Bosi, Nerina Dirindin, Gilberto Turati, *op. cit.*, str. 13. i dalje; Gilberto Turati, *op. cit.*, str. 16. i dalje.

raspodela između regiona koji ta sredstva raspoređuju lokalnim zdravstvenim jedinicama u skladu sa njihovim budžetom. Regioni imaju ograničenu mogućnost da povećavaju sopstvene prihode.

Primena kapitulacije i sistema dijagnostički srodnih grupa (DRG)

Način plaćanja zdravstvenih usluga koje pružaju lekari zavisi od vrste lekara koji usluge pružaju. Lekari opšte prakse i pedijatri su plaćeni po osnovu kapitulacije, a lekari specijalisti koji rade u ambulantama su uglavnom plaćeni po satu. Lekari u bolnicama koji pružaju sekundarnu zaštitu primaju mesečne zarade (plate) po osnovu radnog odnosa.

Kapitulacija se zasniva na broju pacijenata i prilagođava se u zavisnosti od starosti pacijenata, pa su više naknade predviđene za pacijente starije od 75 godina i za mlađe od 14 godina. Lekari opšte prakse i pedijatri mogu da biraju da li će da rade puno ili nepuno radno vreme, a naknada se određuje množenjem naknade koja je određena za jednog pacijenta sa brojem pacijenata koji su upisani kod tog lekara. Dodatne naknade utvrđene na regionalnom nivou dodeljuju se za pojedine pacijente, kao što su iznemogla lica i hronični bolesnici kojima se obezbeđuje kućna nega. Lekari koji obavljaju i privatnu praksu mogu dodatno zarađivati samo pod uslovom da njihov dodatni rad ne ometa redovno pružanje usluga primarne zaštite u okviru Nacionalnog zdravstvenog sistema. Maksimalan broj pacijenata za lekare koji rade puno radno vreme je 1500, odnosno 800 za pedijatre, a za lekare koji ne rade puno radno vreme je 500, odnosno 400 pacijenata. Ako lekar radi više od 5 sati nedeljno u privatnoj praksi, maksimalan broj pacijenata se smanjuje za 37,5% za svaki dodatni sat u nedelji.

Nakon reforme iz 1992. i 1999. godine, naknade lekarima se dele na tri dela: fiksni, promenljivi i dodatni deo. Fiksni deo se zasniva na kapitulaciji, a 2009. godine je uvedena i fiksna naknada od 40,05 evra po pacijentu i dodatna naknada koja se određuje prema broju pacijenata i u zavisnosti od toga koliko godina je prošlo od diplomiranja lekara. Pri tome, lekari koji obavljaju zajedničku praksu primaju dodatnu naknadu, za razliku od lekara koji samostalno rade. Promenljivi deo se sastoji od naknada za pružanje specifičnih usluga, uključujući manje operacije, preventivne aktivnosti, terapije i

postoperativni tok. Dodatni deo se sastoji od nagrade u slučaju uštede, odnosno smanjenja troškova zdravstvene zaštite, uključujući troškove lekova, laboratorijskih analiza i terapijskih tretmana. Fiksni i promenljivi deo su zajednički za sve lekare opšte prakse i utvrđuju se na nacionalnom nivou, ali svaki region odlučuje da li da primeni planirani budžet, jer može sam da izvrši procenu budžeta. Svaki region pri tome ima pravo da odredi posebnu formulu kapitacije, ali u skladu sa formulom koja važi za celu zemlju. Isti sistem kapitacije važi za pedijatre, ali su njihove naknade nešto više zbog manjeg broja pacijenata.²⁷

Sistem DRG je uveden u periodu 1995-1997. i danas se primenjuje za sve bolnice u zemlji, uključujući privatne bolnice. Prihvaćen je model koji se primenjuje u SAD (HCFA model), ali je prilagođen potrebama Italije i njenih regiona. Trenutno je na snazi 24. verzija ICD9-CM DRG klasifikacije, usvojena 2008. godine i primenjuje se u skoro svim regionima. Na nacionalnom nivou klasifikaciju usvaja ministarstvo nadležno za zdravlje, a regioni imaju mogućnost da usvojenu klasifikaciju prilagode svojim potrebama i svom budžetu.²⁸ Zato su velike razlike u regionima u pogledu sistema DRG, što otežava procenu efekata primene sistema DRG u Italiji. Ipak, dosadašnja iskustva pokazuju da su se brojni ciljevi ispunili i da su se troškovi bolničkog lečenja smanjili, što utiče i na određeno smanjenje ukupnih troškova zdravstvene zaštite u zemlji.

Iako ne postoji sveobuhvatna analiza efekata primene sistema DRG, neka istraživanja potvrđuju da je Italija jedna od retkih zemalja koje su uspešno primenile sistem DRG i da se ovaj način plaćanja usluga pokazao kao važan instrument finansiranja bolnica, uprkos razlikama koje postoje na regionalnom nivou. Razlike među regionima su za sada najveći problem koji postoji u praksi, zbog kojeg se sistem DRG u određenoj meri može smatrati nesigurnim načinom finansiranja bolnica. Zato se za regione utvrđuju posebna ograničenja budžeta i smanjenje tarifa, u slučaju kada troškovi pređu dozvoljenu granicu.

²⁷ Vid. Alessandra Lo Scalzo et al., *op. cit.*, str. 62-64; Mariano Marco, *op. cit.*, str. 33-34.

²⁸ Vid. Giovanni Fattore, Aleksandra Torbica, „Inpatient reimbursement system in Italy: How do tariffs relate to costs?“, *Health Care Management Science*, vol. 9, br. 3/2006, str. 251. i dalje; Jonas Schreyögg et al., „Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries“, *Health Care Management Science*, vol. 9, br. 3/2006, str. 215. i dalje; Mariano Marco, *op. cit.*, str. 31-33.

Pozitivni efekti primene sistema DRG se ogledaju u sledećem: smanjenje troškova bolničkog lečenja (smanjenje trajanja hospitalizacije i redukovanje dijagnostičkih procedura), specijalizovanje bolnica, prihvatanje novih tehnologija koje doprinose očuvanju resursa i njihovoj selektivnoj upotrebi i bolja integracija između pružalaca različitih usluga. Iako nije povećana konkurencija između državnih i privatnih bolnica, sistem DRG je značajan zato što su državne bolnice sada usmerene na planiranje i na budžet, s obzirom da se veća pažnja posvećuje boljoj organizaciji, kontroli troškova i razvoju informacione tehnologije za upravljanje dokumentima.²⁹

6. ZAKLJUČAK

Italija spada u zemlje koje pružaju kvalitetnu zdravstvenu zaštitu dostupnu celokupnom stanovništvu, zbog čega se i svrstava među najbolje na svetu. Međutim, najveći problem u funkcionisanju Nacionalnog zdravstvenog sistema (pored stalne finansijske iscrpljenosti, posebno u uslovima svetske ekonomske krize) predstavlja način na koji se sprovede nedovoljno jasna pravila o podeli nadležnosti i raspodeli sredstava sa centralnih na lokalne organe. Decentralizacija zdravstvenog sistema, prema tome, utiče na njegovu organizaciju, uređenje i finansiranje, pa je teško pratiti takav sistem i vršiti efikasnu kontrolu primene postojećih propisa i kontrolu troškova zdravstvene zaštite. Nedovoljna koordinacija usluga zdravstvene zaštite na nacionalnim nivou, duge liste čekanja na medicinske tretmane i finansijski problemi pružalaca zdravstvenih usluga – samo su neki od postojećih problema u Nacionalnom zdravstvenom sistemu. U skladu sa postojećim problemima i namerom da se izvrše nove reforme sistema zdravstvene zaštite, vlada je objavila nameru da ukine IRAP porez, ali nije sigurno kada će se ona doneti. Donošenje ovakve odluke se odlaže zato što su nejasne kakve bi posledice takva odluka imala na finansiranje zdravstvenog sistema, posebno kada se ima u vidu da je oporezivanja osnovni stub finansiranja Nacionalnog zdravstvenog sistema.

²⁹ Vid. Alessandra Lo Scalzo et al., *op. cit.*, str. 68-69; Giovanni Fattore, Aleksandra Torbica, *op. cit.*, str. 256-258. Više o razlozima za uvođenje DRG i o efektima primene DRG vid. European Hospital and Healthcare Federation, DRGs as a financing tool, European Hospital and Healthcare Federation, Brussels, 2006, str. 25, 42-43, 84-85, 79, 91.

REPUBLIKA FRANCUSKA

1. UVOD

Sistem zdravstvene zaštite u Francuskoj organizovan je u okviru sistema socijalne sigurnosti (*Sécurité sociale*), tako da se Francuska svrstava u red država koje su zdravstveno osiguranje uredile kao sastavni deo socijalnog osiguranja, koje podrazumeva obavezno (zdravstveno) osiguranje za sve zaposlene i za određene grupe građana. Francusko zdravstveno osiguranje (*L'assurance maladie*) predstavlja sistem obaveznog, univerzalnog i solidarnog osiguranja koje obezbeđuje građanima široku dostupnost i jednak pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti, budući da se zasniva na tri osnovna načela: jednaka dostupnost zdravstvene zaštite, kvalitet zdravstvene zaštite i solidarnost.¹

Ustanovljen 1945. godine po uzoru na Bizmarkov sistem socijalne sigurnosti, francuski zdravstveni sistem godinama je unapređivan i tokom razvoja je poprimio brojne karakteristike Beveridžovog modela socijalne sigurnosti, pa se može reći da savremeni francuski zdravstveni sistem odlikuje svojevrsno preklapanje ova dva modela. Zdravstveno osiguranje se zasniva na Bizmarkovom modelu, ali su prihvaćeni određeni principi i ciljevi Beveridžovog modela, kao što su univerzalno obezbeđenje od socijalnih rizika koje odlikuje potpuna obuhvaćenost stanovništva zdravstvenom zaštitom i finansiranje zdravstvenog sistema pojedinim namenskim porezima.

Reforme francuskog sistema zdravstvene zaštite sprovedene su nekoliko puta u cilju povećanja transparentnosti, poboljšanja kvaliteta zdravstvenih usluga i bolje organizacije samog sistema (1967, 1996. i 2000. godine), a poslednja reforma (2003-2004. godine) izvršena je da bi se reorganizovao sistem zdravstvene zaštite, unapredilo finansiranje zdravstvenog sistema i precizirala uloga zdravstvenog osiguranja u

¹ Vid. čl. L. 111-2-1 Zakonika o socijalnoj sigurnosti (*Code de la sécurité sociale*).

finansiranju troškova zdravstvene zaštite.² Rezultati ovih brojnih promena jesu sistem zdravstvenog osiguranja koji karakteriše specifična kombinacija Bizmarkovog i Beveridžovog modela socijalnog osiguranja i sistem zdravstvene zaštite koji spada među najbolje na svetu. Prema oceni Svetske zdravstvene organizacije, u Izveštaju o zdravstvenim sistemima iz 2000. godine, Francuska je bila na prvom mestu, pošto je na osnovu određenih kriterijuma utvrđeno da francuski zdravstveni sistem obezbeđuje najbolju zdravstvenu zaštitu na svetu.³ Ipak, kao i sve druge države, Francuska ima problema sa finansiranjem zdravstvene zaštite, jer su troškovi zdravstvene zaštite u Francuskoj izuzetno visoki i sve više se povećavaju, a broj obveznika koji plaćaju doprinose za zdravstveno osiguranje se postepeno smanjuje. Zbog toga su određene promene vršene i nakon reforme koje je izvršena 2004. godine.

2. VRSTE ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

2.1. Obavezno zdravstveno osiguranje

Prema Zakoniku o socijalnoj sigurnosti, kojim je uređen opšti režim socijalne sigurnosti, socijalno osiguranje obezbeđuje zaštitu od pojedinih socijalnih rizika, tako da se razlikuju četiri grane osiguranja:

- 1) osiguranje od rizika bolesti, materinstva, invalidnosti i smrti;
- 2) nezgode na radu i profesionalne bolesti;
- 3) starost i smrt bračnog druga (udovištvo);
- 4) porodični (dečji) dodaci.⁴

Dakle, obavezno zdravstveno osiguranje u Francuskoj utvrđeno je kao grana obaveznog socijalnog osiguranja (u okviru sistema socijalne sigurnosti) i obuhvata tri režima zdravstvenog osiguranja, s obzirom na kategorije osiguranika kojima se pruža zaštita. Zdravstveno osiguranje obuhvata i članove porodica osiguranika (osigurana lica).

² Više Karine Chevreul et al., *France: Health system review*, Health Systems in Transition, vol. 12, br. 6/2010, World Health Organization, 2010, str. 221-244; David G. Green, Benedict Irvine, *Health Care in France and Germany: Lessons for the UK*, Institute for the Study of Civil Society, London, 2001, str. 28. i dalje.

³ World Health Organization, *The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*, Geneva, 2000, str. 153.

⁴ Čl. L. 200-2 Zakonika o socijalnoj sigurnosti.

Zakonik o socijalnoj sigurnosti precizira da se članom porodice osiguranika smatraju bračni drug osiguranika, deca osiguranika i njegovi krvni i tazbinski srodnici (do određenog stepena srodstva) pod uslovima propisanim Zakonikom.⁵

Opšti režim zdravstvenog osiguranja omogućava zaštitu zaposlenim licima, korisnicima starosnih penzija, nezaposlenim licima, studentima, sveštenim licima i drugim licima koja nisu obuhvaćena nekim posebnim režimom zdravstvenog osiguranja. Ovim režimom je obuhvaćeno 88% stanovništva (zaposlena lica i lica koja su sa njima izjednačena).⁶ U okviru posebnog režima, prava iz zdravstvenog osiguranja ostvaruju poljoprivrednici (upravnici poljoprivrednih gazdinstava, njihovi ortaci i članovi njihovih porodica koji pomažu u obavljanju poslova na gazdinstvima) i samozaposlena lica, odnosno lica koja obavljaju samostalnu privrednu delatnost (zanatlije, preduzetnici u industriji i privredi, pripadnici slobodnih profesija i korisnici starosnih penzija koji su pripadali navedenim profesionalnim grupama). Specijalnim režimom zdravstvenog osiguranja obuhvaćene su pojedine kategorije zaposlenih lica u javnom sektoru, kao što su pomorci i zaposleni u rudnicima, na železnici i u preduzećima za proizvodnju, prenos i distribuciju električne energije i gasa.

Zdravstveno osiguranje obavezno je za sve navedene kategorije stanovništva i osiguranici ne mogu da biraju da li će se osigurati ili ne, niti mogu da biraju u okviru kojeg režima će biti osigurani. To znači da režimi zdravstvenog osiguranja ne mogu konkurisati jedan drugom, jer osiguranici nemaju pravo izbora i mogu biti obuhvaćeni samo jednim režimom. Poslodavci i zaposleni su obavezni da uplaćuju doprinose za zdravstveno osiguranje koji opterećuju zarade zaposlenih i koji predstavljaju osnovne izvore finansiranja zdravstvenog osiguranja.⁷ S obzirom na to da je sistem zdravstvene zaštite vremenom proširivan na sve kategorije stanovništva i da 99,9% stanovništva ima obavezno zdravstveno osiguranje,⁸ može se reći da obavezno zdravstveno osiguranje u

⁵ Čl. L. 313-3 Zakonika o socijalnoj sigurnosti.

⁶ *Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2011*, http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2012_chiffres_cles.pdf (28.10. 2012), str. 11. Prema podacima sa zvaničnog sajta zdravstvenog osiguranja, četiri od pet građana je obuhvaćeno opštim režimom osiguranja, koji finansira 75% ukupnih troškova za zdravlje. Vid. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/les-differents-regimes-de-l-assurance-maladie.php> (28.10. 2012).

⁷ Vid. ovde *infra*, deo *Finansiranje zdravstvene zaštite*.

⁸ Podaci se odnose na 2009. godinu. Vid. *OECD (2011), Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing, <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/49105858.pdf> (28.10. 2012), str. 133.

Francuskoj obezbeđuje univerzalno pokriće od rizika bolesti i pruža zdravstvenu zaštitu svim stanovnicima. U skladu sa navedenim karakteristikama obaveznog osiguranja, francuski sistem zdravstvenog osiguranja se u praksi i u akademskim radovima svrstava u modele zdravstvenog osiguranja koji su ustanovljeni po ugledu na Bizmarkov model socijalnog osiguranja, uprkos tome što ima i brojne odlike Beveridžovog modela.

2.2. Privatno zdravstveno osiguranje

Privatno zdravstveno osiguranje u Francuskoj (*mutuelle, assurance maladie Complémentaire*) ima ulogu dopunskog zdravstvenog osiguranja, jer na osnovu privatnog zdravstvenog osiguranja osiguranici mogu da ostvare samo dopunsku (komplementarnu) zaštitu od rizika bolesti. Obavezno osiguranje pokriva u proseku 70-75% troškova pruženih zdravstvenih usluga, pa privatno osiguranje pokriva razliku između pune cene medicinskih proizvoda i zdravstvenih usluga i naknade njihovih troškova koja se ostvaruje iz državnog osiguranja, nadoknađujući istovremeno i troškove pojedinih participacija. Prema tome, dopunsko privatno osiguranje se ne može zaključiti da bi se izbeglo obavezno zdravstveno osiguranje ili da bi se obezbedile zdravstvene usluge koje nisu dostupne građanima koji imaju samo obavezno osiguranje, nego samo da bi se nadoknadili troškovi koje obavezno osiguranje delimično pokriva ili troškovi zdravstvenih usluga koje obavezno osiguranje uopšte ne pokriva. To znači da obavezno i privatno osiguranje u Francuskoj obezbeđuju istu zdravstvenu zaštitu, pošto istim licima pokrivaju troškove istih zdravstvenih usluga koje pružaju isti pružaoci usluga.

Privatno osiguranje u Francuskoj ima čak 94% stanovništva,⁹ jer obavezno osiguranje ne pokriva sve troškove i ne može da obezbedi potpunu zdravstvenu zaštitu stanovništvu. Zbog toga velika većina građana ostvaruje i dopunsku zdravstvenu zaštitu, iako skoro celokupno stanovništvo Francuske ima obavezno zdravstveno osiguranje. Obavezno osiguranje pokriva sve troškove zdravstvene zaštite (100%) samo u određenim slučajevima kada su pacijenti oslobođeni obaveznog učešća u troškovima zdravstvenih usluga (npr. 1) lečenje hroničnih bolesnika koji boluju od bolesti koje se nalaze na posebnoj listi hroničnih bolesti izuzetih od plaćanja participacije (*affection de longue*

⁹ Podaci se odnose na 2009. godinu. Vid. *OECD (2011), Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, str. 132-133.

durée; ALD), a koja obuhvata 30 bolesti (kardiovaskularni bolesnici, dijabetičari, onkološki pacijenti i dr.); 2) hospitalizacija duža od 30 dana; 3) pojedini tretmani prilikom lečenja steriliteta; 4) lečenje hendikepirane dece, novorođenčadi do uzrasta određenim posebnim dekretom, trudnica posle petog meseca trudnoće, hendikepiranih lica, penzionera koji ostvaruju pomoć iz Nacionalnog fonda solidarnosti (*Fonds National de Solidarité*) ili radnika koji su doživeli nezgodu na radu).¹⁰ Lica sa niskim primanjima, koja imaju obavezno osiguranje, nisu izuzeta od plaćanja troškova koji nisu pokriveni obaveznim osiguranjem (*obavezno učešće*), ali ona pod određenim uslovima imaju pravo na besplatno dopunsko osiguranje koje ove troškove pokriva (*couverture maladie universelle complémentaire* –CMU-C), pa se na taj način postiže isti efekat kao i oslobađanje tih lica na ekonomskoj osnovi.

Dopunsku zdravstvenu zaštitu u Francuskoj obezbeđuju tri vrste privatnih osiguravača: društva za uzajamno osiguranje, akcionarska društva za osiguranje i ustanove za štednju, s tim što društva za uzajamno osiguranje, koja se osnivaju i funkcionišu na načelima uzajamne pomoći i solidarnosti, tradicionalno imaju dominantnu ulogu na tržištu privatnog zdravstvenog osiguranja. Francusko tržište privatnog osiguranja je izuzetno razvijeno i privatni osiguravači imaju veliki značaj za finansiranje zdravstvene zaštite u Francuskoj, ali pri tome imaju mali uticaj na donošenje odluka o njihovom položaju na tržištu. Njihovo osnivanje i rad su regulisani različitim pravnim izvorima i zasnivaju se na različitim principima, tako da je postojanje različitih pravnih režima poslovanja privatnih osiguravača i njihov različit poreski tretman specifičnost francuskog tržišta privatnog zdravstvenog osiguranja. Poslovanje privatnih osiguravača je jasno odvojeno od obaveznog osiguranja, a osiguranici imaju veliki izbor prilikom izbora privatnog osiguravača čije će usluge koristiti.

Najmanje sredstava iz privatnog osiguranja se izdvaja za troškove hospitalizacije, a najviše sredstava za troškove nabavke tzv. ostalih medicinskih proizvoda (naočare, proteze i drugi medicinski proizvodi).¹¹ Obavezno osiguranje pokriva veoma mali procenat troškova za ove proizvode, pa su i troškovi privatnog osiguranja veliki, zbog čega su mnogi privatni osiguravači prinuđeni da određuju maksimalan iznosa pokrića iz

¹⁰ Vid. čl. L. 322-3 Zakonika o socijalnoj sigurnosti. Vid. i Karine Chevreul et al., *op. cit.*, str. 61.

¹¹ Vid. Karine Chevreul et al., *op. cit.*, str. 74.

osiguranja u toku jedne kalendarske godine. Privatnim osiguravačima nije dopušteno da iz osiguranja isključe rizike od određenih bolesti, iako se mogu utvrditi posebni uslovi pod kojima određena bolest može biti obuhvaćena osiguranjem. To znači da se moraju jasno naznačiti bolesti čije lečenje je pokriveno osiguranjem, a na osiguravaču je teret dokazivanja da je pacijent bio bolestan pre zaključivanja polise osiguranja.¹²

2.3. Univerzalno obezbeđenje od rizika bolesti

Univerzalno obezbeđenje od rizika bolesti je poseban oblik zdravstvenog osiguranja koji se finansira iz državnog budžeta i putem doprinosa za ovaj oblik osiguranja koje uplaćuju pojedina lica, pošto obavezu plaćanja doprinosa imaju samo osiguranici čija primanja prelaze određeni iznos. „Univerzalno osiguranje“ obezbeđuje zdravstvenu zaštitu licima koja nisu obuhvaćena nijednim režimom obaveznog osiguranja, jer za to ne ispunjavaju uslove, i licima koja imaju ograničena primanja. U prvom slučaju, lica koja iz nekog razloga nemaju obavezno osiguranje imaju pravo na besplatno zdravstveno osiguranje (*Couverture Maladie Universelle*— CMU de base), a u drugom slučaju, lica sa najnižim primanjima imaju pravo na besplatno dopunsko privatno osiguranje (*CMU complémentaire*). Uslov za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu ovim putem jeste regulisano prebivalište u Francuskoj i njenim prekomorskim departmanima najmanje tri meseca.

Lica koja nemaju obavezno osiguranje ostvaruju prava iz zdravstvenog osiguranja kao i sva druga lica koja su obuhvaćena obaveznim osiguranjem, što znači da im „univerzalno osiguranje“ pokriva samo troškove koje pokriva i obavezno osiguranje – troškove za iste zdravstvene usluge i troškove u istom iznosu (u proseku 70-75% ukupnih troškova pruženih usluga). Preostale troškove dužni su sami da nadoknade, a imaju pravo

¹² Više o privatnom osiguranju vid. Karine Chevreul et al., *op. cit.*, str. 69. i dalje; Karine Chevreul, Marc Perronin, „France“, in: Sarah Thomson, Elias Mossialos (ed.), *Private Health Insurance in the European Union* – Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, 2009, str. 127. i dalje; Sarah Thomson, Elias Mossialos, „Private health insurance and access to health care in the European Union“, *Euro Observer*, vol. 6, br. 1/2004, str. 1-4; Dominique Polton, „Recent reforms affecting private health insurance in France“, *Euro Observer*, vol. 6, br. 1/2004, str. 4-5; Thomas C. Buchmueller, Agnes Couffinhal, *Private Health Insurance in France*, *OECD Health Working Papers No. 12*, OECD, Paris, 2004, str. 7. i dalje.

da se leče u bilo kojoj zdravstvenoj ustanovi. Iako je ovaj oblik osiguranja uglavnom besplatan, određena lica su dužna da plate doprinos od 8% od svojih primanja, ako su im primanja viša od iznosa koji se posebno utvrđuje za svaku godinu. Lica koja imaju prihode niže od utvrđenog graničnog iznosa koji je uslov za sticanje prava na univerzalno osiguranje ne plaćaju doprinose i za njih je zdravstveno osiguranje besplatno.¹³

Pravo na besplatno dopunsko osiguranje zapravo se pruža licima koja imaju obavezno osiguranje, ali nemaju toliko visoka primanja da bi mogli da zaključe privatno osiguranje. Zato se za svaku godinu utvrđuje granična visina mesečnih primanja koja je uslov za sticanje prava na besplatno dopunsko osiguranje, a koja se određuje u zavisnosti od broja članova domaćinstva i od prebivališta osiguranika - evropski deo Francuske ili njeni prekomorski departmani. Budući da ova lica imaju obavezno osiguranje (koje pokriva deo troškova zaštite), univerzalno osiguranje pokriva one troškove koji nisu obuhvaćeni obaveznim osiguranjem, tj. učešće pacijenta u troškovima zdravstvene zaštite koje je obavezno u sistemu zdravstvene zaštite i plaćanje troškova bolničkih dana. Na ovaj način su lica sa niskim primanjima oslobođena plaćanja svih troškova zdravstvenih usluga.¹⁴

Lica sa minimalnim primanjima koja žive u Francuskoj duže od tri meseca, a koja nemaju pravo na boravak u Francuskoj, imaju pravo na Državnu zdravstvenu pomoć (*Aide médicale d'état; AME*), na osnovu koje mogu ostvariti besplatnu zdravstvenu zaštitu (posete lekaru, hospitalizacija, lekovi, određena medicinska sredstva i dr). Zatvorenici i njihovi članovi porodica su obuhvaćeni opštim režimom osiguranja za vreme izdržavanja zatvorske kazne.¹⁵

¹³ Vid. Zakonik o socijalnoj sigurnosti, čl. L.380-1–380-4, R.380-1–380-9, D.380-1–380-5. Vid. i <http://www.cmu.fr/cmu-de-base.php>, <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/cmu-de-base-une-assurance-maladie-pour-tous/objectif-l-acces-a-l-8217-assurance-maladie.php>, (29. 10. 2013).

¹⁴ Vid. Zakonik o socijalnoj sigurnosti, čl. L861-1-L861-10, R861-1 i dalje, D861-1 i dalje. Vid. i <http://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>, <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-des-difficultes/cmu-complementaire/une-complementaire-sante-gratuite.php>, (29. 10. 2013).

¹⁵ Vid. http://www.cmu.fr/vous_etes_etranger_en_situation_irreguliere.php, www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/AME_dispositions%20legislatives_reglementaires.pdf, <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-des-difficultes/l-8217-aide-medicale-de-l-8217-etat/a-qui-s-adresse-l-ame.php>, (29. 10. 2013).

3. ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Zdravstveno osiguranje u Francuskoj je organizovano preko mreže fondova za zdravstveno osiguranje koja obuhvata Nacionalni fond (kasu) za zdravstveno osiguranje zaposlenih lica (*Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés - CNAMTS*) i regionalne i primarne fondove za zdravstveno osiguranje (*caisses régionales d'assurance maladie, caisses primaires d'assurance maladie*), kod kojih se ostvaruju prava iz osiguranja od rizika bolesti, materinstva, invalidnosti, smrti, nezgoda na radu i profesionalnih bolesti.¹⁶ Fondovi za zdravstveno osiguranje obezbeđuju prestacije iz zdravstvenog osiguranja na nacionalnom, regionalnom i lokalnom nivou, tako da osiguranici kod njih ostvaruju naknadu troškova zdravstvenih usluga i naknadu drugih troškova predviđenih Zakonikom o socijalnoj sigurnosti.¹⁷ Fondovi učestvuju u definisanju osnovnog paketa zdravstvenih usluga, utvrđuju tarife zdravstvenih radnika, regulišu cene pojedinih zdravstvenih usluga i visinu učešća u troškovima zdravstvenih usluga, mada se zvanične tarife zdravstvenih radnika definišu u pregovorima između pružalaca zdravstvenih usluga i predstavnika obaveznog osiguranja i odobrava ih ministarstvo nadležno za zdravlje.¹⁸

Nacionalni fond za zdravstveno osiguranje je javnopravna ustanova, koja ima pravni subjektivitet i finansijsku autonomiju i čija je osnovna uloga finansiranje prestacija iz zdravstvenog osiguranja koje pružaju primarni fondovi za zdravstveno osiguranje. Istovremeno, Nacionalni fond za zdravstveno osiguranje je odgovoran za održavanje finansijske ravnoteže opšteg režima zdravstvenog osiguranja. Ukoliko se sredstva za naknadu troškova po osnovu prava iz zdravstvenog osiguranja ne mogu obezbediti na drugi način, Nacionalni fond može uspostaviti finansijsku ravnotežu sužavanjem obima dugovanih prestacija iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno povećanjem visine učešća osiguranika u troškovima usluga zdravstvene zaštite ili

¹⁶ Navedeni fondovi se odnose na opšti režim zdravstvenog osiguranja, ali postoje i fondovi u okviru posebnog i specijalnog režima zdravstvenog osiguranja.

¹⁷ Fondovima za zdravstveno osiguranje upravljaju savet i generalni direktor. Savet fonda je nadležan za sprovođenje strategije fonda za zaštitu od rizika bolesti, za kontrolu kvaliteta usluga zdravstvenog osiguranja i za odobravanje budžeta fonda. Generalnog direktora Nacionalnog fonda za zdravstveno osiguranje dekretom imenuje Savet ministara, a direktore regionalnih i primarnih fondova imenuje generalni direktor Nacionalnog fonda.

¹⁸ Vid. Zakonik o socijalnoj sigurnosti, čl. L. 200-1-231-13.

povećanjem doprinosa za zdravstveno osiguranje, s tim što odluku o povećanju doprinosa moraju odobriti ministri nadležni za poslove socijalne sigurnosti i poslove finansija.¹⁹ Regionalni fondovi obavljaju zadatke koji su od zajedničkog interesa za primarne fondove sa njegovih područja, a primarni fondovi obezbeđuju upis osiguranika sa svog područja u matičnu evidenciju i pružaju prestacije iz zdravstvenog osiguranja, tako da isplaćuju naknade za većinu troškova pruženih zdravstvenih usluga.

Sistem zdravstvenog osiguranja je, prema tome, u velikoj meri decentralizovan, s obzirom na to da u svakom departmanu postoji primarni fond za zdravstveno osiguranje koji ima svoja lokalna odeljenja. Ipak, država je zadržala svoju tradicionalnu ulogu u kontroli nad organizacijom i funkcionisanjem sistema socijalne sigurnosti, pa tako i administrativni i finansijski nadzor nad radom organa opšteg režima zdravstvenog osiguranja vrši ministarstvo nadležno za zdravlje, preko Uprave za socijalnu sigurnost (*Direction de la Sécurité sociale*).²⁰ Pri tome, država utvrđuje godišnje planove kojima ograničava troškove obaveznog zdravstvenog osiguranja, posebno za ambulantnu, bolničku i dugotrajnu negu. Finansijski nadzor nad radom ovih organa vrše i Ministarstvo privrede i finansija i departmanski komiteti za proveru računa (*comités départemental de vérification des comptes*).

Nadzor nad radom Nacionalnog fonda vrše nadležni državni organi koje u Fondu predstavljaju predstavnici vlade, a na lokalnom nivou, odgovarajuću kontrolu vrši regionalni direktor za zdravstvena i socijalna pitanja (*directeur régional des affaires sanitaires et sociales*), koji je neposredno podređen prefektu regiona. Kontrolu nad radom fondova za zdravstveno osiguranje vrše i Opšta inspekcija za socijalna pitanja (*Inspection générale des affaires sociales*) i Sud za upravno-računske sporove (*Cour des comptes*), dok Visoki organ nadležan za poslove zdravlja (*Haute autorité de santé*) vrši procenu medicinske korisnosti zdravstvenih proizvoda, medicinske prakse i dijagnostičkih i terapijskih postupaka čiji se troškovi nadoknađuju iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

¹⁹ Vid. Zakonik o socijalnoj sigurnosti, čl. L. 221-1 i dalje.

²⁰ Uprava za socijalnu sigurnost je pod zajedničkom kontrolom Ministarstva za socijalne poslove i zdravlje (*Ministère des Affaires Sociales et de la Santé*) i Ministarstva privrede i finansija (*Ministère de l'Economie et des Finances*).

Doprinosi za zdravstveno osiguranje naplaćuju unije za naplatu doprinosa za socijalnu sigurnost i dečje dodatke (*unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales*), koje u svakom departmanu vrše finansijske poslove za sve grane socijalne sigurnosti.²¹ Ovim unijama rukovodi Centralna agencija organa socijalne sigurnosti (*Agence centrale des organismes de sécurité sociale - ACOSS*), kao zajednički organ koji vodi računa o finansijama svih nacionalnih fondova.

Fondovi za zdravstveno osiguranje mogu da se udružuju u unije fondova za zdravstveno osiguranje na nacionalnom, regionalnom i lokalnom nivou, u cilju formiranja zajedničkih službi, odnosno radi preduzimanja zajedničkih aktivnosti. Ove unije koordiniraju radom fondova za zdravstveno osiguranje i obezbeđuju sprovođenje zdravstvene politike na nacionalnom, regionalnom i lokalnom nivou. Naročito je važna Nacionalna unija fondova za zdravstveno osiguranje, jer pregovara i zaključuje ugovore kojima se uređuju odnosi sa zdravstvenim radnicima, određuje visinu naknade troškova zdravstvene zaštite - dugovanih prestacija zdravstvenog osiguranja, pod uslovima koje utvrđuje država, utvrđuje visinu participacije osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite i sačinjava listu prestacija pokrivenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem.²²

Izabrani lekar

Pravo na slobodan izbor ličnog (porodičnog) lekara (*médecin traitant*) ima svaki osiguranik i osigurano lice starije od 16 godina, dok izbor lekara osiguranog maloletnog lica odobrava najmanje jedan njegov roditelj. Njegova uloga je da koordinira zdravstvene usluge, odnosno da usmerava pacijenta u ostvarivanju zdravstvene zaštite i da ga upućuje drugom odgovarajućem lekaru, odnosno zdravstvenoj službi, ako je to potrebno. Izabrani lekar može biti lekar opšte prakse ili lekar specijalista, a osiguranik je dužan da o svom izboru obavesti nadležan fond za zdravstveno osiguranje.

Iako izbor ličnog lekara nije obavezan, osiguranici i osigurana lica imaju snažan finansijski podsticaj da izaberu svog lekara i da prvo njega posećuju. Naime, ukoliko

²¹ Vid. Zakonik o socijalnoj sigurnosti, čl. L. 213-1 i dalje.

²² Vid. Zakonik o socijalnoj sigurnosti, čl. L. 182-2 i dalje. Više Karine Chevreul et al., *op. cit.*, str. 22-37, Emilie Sauvignet, *Le financement du système de santé en France: Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire*, World Health Organization, Geneva, 2004, str. 14-18.

osiguranik ili osigurano lice ne izabere ličnog lekara ili bez uputa svog lekara konsultuje nekog drugog lekara opšte ili specijalističke medicine, snosi veće troškove, jer se njegovo obavezno učešće u troškovima posete lekaru povećava za 30%, a može platiti i cenu koja je viša od zvanične tarife zdravstvenih radnika. Međutim, ako je osiguranik, u hitnom slučaju, konsultovao (drugog) lekara kojeg mu je dodelio nadležni organ obaveznog osiguranja ili ako nema stabilno i trajno prebivalište, biće oslobođen plaćanja dodatnih troškova. Izuzeci su predviđeni i za posete sledećim lekarima specijalistima: ginekologu, akušeru, oftamologu, psihijatru i neuropsihijatru.²³

4. OBAVEZNI PAKET ZDRAVSTVENIH USLUGA

Obavezni paket zdravstvenih usluga utvrđen je Zakonikom o socijalnoj sigurnosti i posebnom nomenklaturom prestacija pokrivenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem, tako što su Zakonikom definisana osnovna prava iz zdravstvenog osiguranja koja predviđaju prava na naknadu određenih troškova, a u nomenklaturi prestacija su izričito nabrojane prestacije za koje osiguranik ima pravo na refundaciju troškova i utvrđene su cene tih prestacija. Nomenklatura prestacija (pozitivna lista) utvrđuje se na nacionalnom nivou i primenjuju je svi fondovi u zemlji. Lekove i medicinska sredstva koja se stavljaju na pozitivnu listu utvrđuje Ministarstvo zdravlja, a ostale prestacije utvrđuje Nacionalna unija fondova za zdravstveno osiguranje.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja predviđena Zakonikom su: 1) naknada troškova usluga zdravstvene zaštite; 2) naknada troškova prevoza; 3) naknada troškova smeštaja i lečenja hendikepirane dece ili adolescenata u ustanovama za specijalnu i profesionalnu edukaciju; 4) naknada troškova za negu i hospitalizaciju u slučaju voljnog prekida trudnoće; 5) naknada zarade u slučaju privremene sprečenosti za rad usled bolesti; 6) naknada troškova preventivnih pregleda, uključujući troškove posebno utvrđenih vakcinacija; 7) naknada troškova preventivnog pregleda zuba i usne duplje.²⁴

²³ Vid. Karine Chevreul et al., *op. cit.*, str. 180-183.

²⁴ Čl. L. 321-1 Zakonika o socijalnoj sigurnosti.

Pravo na naknadu troškova usluga zdravstvene zaštite obuhvata pravo na naknadu sledećih troškova: 1) troškovi usluga lekara opšte prakse i lekara specijaliste; 2) troškovi usluga stomatologa i izrade zubnih proteza; 3) farmaceutski troškovi i troškovi nabavke medicinskih aparata; 4) troškovi laboratorijskih analiza i ispitivanja; 5) troškovi hospitalizacije i troškovi ozbiljnijih lečenja u ustanovama za zdravstvenu zaštitu i profesionalnu reedukaciju ili edukaciju; 6) troškovi hirurških intervencija nad osiguranikom i članovima njegove porodice; 7) troškovi kontraceptivnih lekova i proizvoda.²⁵ Nomenklatura prestacija se posebno određuje za svaku navedenu kategoriju troškova, a utvrđeno je koje liste važe za bolničko lečenje, a koje za ambulantnu negu.

Nomenklatura prestacija ne obuhvata estetske operacije, većinu spa tretmana u banjama, određene usluge za koje nije sigurno da li će biti efikasne, a određene prestacije mogu biti van liste zbog oskudnih resursa, npr. denzitometrija kostiju koja se vrši u privatnom sektoru kao preventivna mera. Dakle, obavezni paket zdravstvenih usluga je ograničen po sadržaju, a ne po obimu, jer samo u retkim slučajevima se utvrđuje koliko puta se određena usluga može pružiti. To su npr. vantelesna oplodnja (četiri puta), ugradnja stentova obloženih lekovima ili skrining mamografija.²⁶

Obavezno zdravstveno osiguranje refundira troškove prestacija koje se nalaze u nomenklaturi prestacija, ali samo pod uslovom da prestacije vrše pružaoci usluga koji imaju zaključen ugovor sa fondom za zdravstveno osiguranje, nezavisno od toga da li su pružaoci usluga iz državnog ili privatnog sektora, tako da osiguranici imaju pravo da biraju gde će da se leče.

Zdravstvenu delatnost na primarnom nivou obavljaju uglavnom privatni lekari, a zdravstvena zaštita na sekundarnom nivou (ambulantno i bolničko lečenje) obezbeđuje se u bolnicama, i to uglavnom u državnim bolnicama i privatnim neprofitnim bolnicama, a ređe u privatnim profitnim bolnicama (klinikama ili ambulantama).²⁷ Dugotrajna nega i zbrinjavanje starih i iznemoglih lica je poseban sektor socijalne zaštite koji kombinuje elemente socijalne i medicinske nege, pa se zato i naziva "sektor zdravstvene i socijalne zaštite" ili "treći sektor" (*le secteur médico-social*) koji finansira Nacionalni fond solidarnosti. Dugotrajna nega obuhvata smeštaj starih i iznemoglih lica i kućnu negu.

²⁵ Čl. L. 321-1(1) Zakonika o socijalnoj sigurnosti.

²⁶ Vid. Karine Chevreul et al., *op. cit.*, str. 67.

²⁷ Bolnice su podeljene u četiri kategorije: regionalne, opšte, lokalne i psihijatrijske bolnice.

Plaćanje zdravstvenih usluga se, po pravilu, vrši unapred, po izvršenoj usluzi na licu mesta, da bi nakon toga osiguranik stekao pravo da od primarnog fonda za zdravstveno osiguranje zahteva naknadu troškova. Izuzetno, fond zdravstvenog osiguranja može platiti deo troškova direktno lekaru ili zdravstvenoj ustanovi i tada osiguranik plaća lekaru, odnosno zdravstvenoj ustanovi samo preostali deo troškova pružene usluge (*učešće u troškovima zdravstvene usluge*). „Plaćanje od strane trećeg lica“ (*tiers-payant*) se najviše koristi za troškove hospitalizacije, a posebnim ugovorom sa lekarima može biti predviđeno i za plaćanje troškova drugih usluga.

Obavezno zdravstveno osiguranja, po pravilu, nadoknađuje samo deo troškova zdravstvene zaštite, a preostali deo troškova snosi osiguranik, tako što plaća obaveznu participaciju – obavezno učešće u troškovima (*ticket modérateur*), koja se utvrđuje dekretom Državnog saveta. U zavisnosti od vrste prestacije za koju se plaća participacija, obavezno učešće u troškovima je: 30-40% za honorare lekara, 30-40% za analize i laboratorijska ispitivanja, 0-85% za lekove, 40% za druge medicinske troškove (proteze, naočare i slušni aparati), 35% za troškove prevoza, i 20% za troškove hospitalizacije.²⁸

Prilikom hospitalizacije, osiguranici plaćaju naknadu od 18 evra za svaki dan proveden u bolnici (*forfait hospitalier*), ali obavezno osiguranje ne pokriva ove troškove, mada ih može pokriti privatno osiguranje. Pored ove participacije, osiguranici plaćaju obaveznu participaciju od 1 evro za svaki odlazak kod lekara, biološku (laboratorijsku) analizu i radiografski pregled, a posebno su utvrđene prestacije za koje se ova participacija ne plaća. Participaciju od 1 evro ne pokriva ni obavezno ni privatno osiguranje, tako da se taj iznos oduzima od iznosa naknade troškova na koju osiguranik ima pravo. U toku dana se najviše može platiti 4 evra po tom osnovu, a u toku godine najviše 50 evra za svaku vrstu usluge. Ograničenje od 50 evra se primenjuje i kod obavezne participacije za lekove (0,5 evra po kutiji ili pakovanju) i troškove prevoza (2 evra po prevozu). Obaveznu participaciju ne plaćaju lica mlađa od 18 godina, trudnice posle šestog meseca trudnoće, lica koja imaju besplatno dopunsko osiguranje i lica koja koriste Državnu zdravstvenu pomoć. Postoji i posebna participacija od 18 evra za skupe

²⁸ Vid. <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/le-ticket-moderateur.php>, <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourser/index.php>, 29.10.2013.

prestacije, tj. za usluge čija je zvanična tarifa (cena) veća od 91 evro (npr. magnetna rezonanca).²⁹

Troškovi za lekove se mogu nadoknaditi samo za lekove sa pozitivne liste, ako su lekovi izdati na recept i ako je osiguranik prihvatio zamenu leka po uputstvu apotekara farmaceuta, kada odgovarajuća zamena postoji. Ukoliko osiguranik ne prihvati zamenu, naknada će mu se umanjiti. Pojedini lekovi se mogu nabaviti i bez recepta, ali bez mogućnosti naknade troškova, dok se pojedini lekovi mogu dobiti samo uz recept, iako se ne nalaze na pozitivnoj listi. Recepti za lekove imaju tačno propisanu sadržinu koju moraju ispuniti i lekar i apotekar. Lekar propisuje doziranje lekova u receptu, pa se lekovi dobijaju u skladu sa tim, ali apotekar može da odredi u kojim pakovanjima će dati propisani lek. Lekovi se podižu svakog meseca, u zavisnosti od toga koliko traje prepisana terapija. Osiguranik ne mora svaki put da ide kod lekara po novi recept, jer francusko pravo poznaje tzv. obnovljivi recept, pa se u receptu određuje vreme trajanja terapije i prema tom uputstvu apotekar i daje lekove svaki put. Recept važi godinu dana, a predviđeni su izuzeci za kraći rok važenja. Cene lekova koji se nalaze na pozitivnoj listi reguliše država, a cene ostalih lekova nisu regulisane.

5. FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Troškovi zdravstvene zaštite u Francuskoj u 2011. godini iznosili su 240,3 milijarde evra, a učešće troškova zdravstvene zaštite u BDP iznosi 12%.³⁰ Troškovi su izuzetno visoki i Francuska spada u zemlje koje najviše izdvajaju za zdravstvo (treća je u svetu), pošto su participacije nametnute obaveznim osiguranjem veoma visoke, pa visok procenat stanovništva (94%) ima i dopunsko privatno osiguranje. U 2009. i 2010. godini troškovi su bili niži (228,7, odnosno 234,2 milijardi evra), ali je njihovo učešće u BDP

²⁹ Vid. <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/index.php>, 29.10.2013.

³⁰ *Comptes nationaux de la santé 2011*, <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat172.pdf>, (28. 10. 2012), str. 9.

bilo više (12,1%).³¹ Prema podacima iz 2010. godine, troškovi zdravstvene zaštite *per capita* iznosili su 3974 USD.³²

Medicinski troškovi (*consommation de soins et de biens médicaux - CSBM*) iznosili su 180 milijardi evra i njihovo učešće u ukupnim zdravstvenim troškovima je 73,7%. Ostali troškovi zdravstvene zaštite su troškovi upravljanja zdravstvenim sistemom (6,4%), troškovi za sistem zaštite (4,9%), troškovi prevencije (2,4%) i ostali troškovi za bolesti (12,6%).³³ Medicinski troškovi se odnose na sledeće kategorije troškova:

1) troškovi hospitalizacije (46,4%) – troškovi za državne (76%) i privatne bolnice (24%);

2) troškovi ambulantne nege (26,4%), u okviru kojih je učešće troškova za usluge lekara 42%, za usluge stomatologa 22%, za druge zdravstvene radnike 25% i za analize 9%;

3) troškovi prevoza (2,2%);

4) lekovi (19,3%) i

5) ostali medicinski proizvodi, odnosno sredstva – naočare, proteze i druga pomagala (6,8%).³⁴

U cilju ograničenja rasta troškova zdravstvene zaštite i sprovođenja efikasnije finansijske kontrole, francuska skupština svake godine usvaja Zakon o finansiranju socijalne sigurnosti i Nacionalni plan troškova opšteg režima zdravstvenog osiguranja (*Objectif national de dépenses d'assurance maladie - ONDAM*). Time se utvrđuju planovi zdravstvene politike i finansijske stabilnosti za tu godinu u sektoru socijalne sigurnosti, odnosno zdravstvene zaštite.

Obavezno zdravstveno osiguranje je u 2011. godini pokrivalo najveći deo medicinskih troškova (75,5%), dok se iz sredstava dopunskog privatnog osiguranja finansiralo 13,7% troškova. Država je snosila 1,3% troškova, a iz privatnih izvora se finansiralo 9,6% troškova.³⁵

³¹*Comptes nationaux de la santé 2011*, str. 163.

³²OECD Health Data 2012 - How Does France Compare, <http://www.oecd.org/france/BriefingNoteFRANCE2012.pdf>, (28. 10. 2012), str. 1.

³³*Comptes nationaux de la santé 2011*, str. 163.

³⁴*Ibid.*, str. 133.

³⁵*Ibid.*, str. 185.

Najvažniji izvor finansiranja obaveznog zdravstvenog osiguranja jesu doprinosi za zdravstveno osiguranje koji su poslodavci i zaposleni obavezni da plaćaju. Doprinos iznosi 13,55% i uplaćuje se na teret poslodavca (12,8%) i na teret zaposlenog (0,75%).³⁶ Učešće doprinosa u prihodima iz kojih se finansira zdravstveno osiguranje je 42%.³⁷ Opšti socijalni doprinos (*contribution sociale généralisée* - CSG) je doprinos koji je uveden 1993. godine za finansiranje deficita u sistemu socijalne sigurnosti i kojim se opterećuju gotovo sve vrste prihoda, uključujući starosne penzije. Doprinos iznosi 7,5% (na teret zaposlenog), s tim što se od toga 5,1% izdvaja za zdravstvo, i njegovo učešće u finansiranju zdravstvenog osiguranja je 30%.³⁸ Pored ovog fiskalnog davanja, značajan je i doprinos za namirenje socijalnog duga (*contribution au remboursement de la dette sociale* - CRDS), uveden 1996. godine za finansiranje deficita sistema socijalne sigurnosti. Doprinos za namirenje socijalnog duga tereti zarade zaposlenih, prihode samozaposlenih lica, prihode od raspolaganja imovinom i druge prihode, uključujući prihode od igara na sreću, kazina i kladionica, a iznosi 0,5% oporezivog prihoda. Obavezno zdravstveno osiguranje se još finansira porezima (11%), transferima odgovarajućih sredstava iz državnog budžeta (9%) i drugim prihodima (8%). Ukupni prihodi kojima se finansira obavezno zdravstveno osiguranje smanjeni su u 2011. godini za 4,2%.³⁹

Primena kapitulacije i sistema dijagnostički srodnih grupa (DRG)

Plaćanje putem plata je osnovni način plaćanja zdravstvenih usluga koje pružaju zdravstveni radnici u državnim bolnicama. Zdravstveni radnici koji rade u državnim bolnicama zasnivaju radni odnos i ostvaruju zaradu, a imaju slična prava po osnovu radnog odnosa kao i državni službenici. Njihova plata zavisi od više faktora, u zavisnosti od toga da li se radi o lekarima koji rade u univerzitetskim bolnicama (koji imaju položaj državnih nameštenika), da li rade puno radno vreme i koliki mi je radni staž, i da li se radi

³⁶ Doprinosi ostalih osiguranika zavise od kategorije osiguranika, odnosno od režima zdravstvenog osiguranja kojem osiguranici pripadaju, a utvrđeni su u procentualnom ili paušalnom iznosu.

³⁷ Podaci se odnose na 2011. godinu. Vid. *L'assurance maladie- Cnamts - Rapport d'activité 2011*, <http://www.ameli.fr/rapport-activite-2011/data/catalogue.pdf> (28.10. 2012), str. 65.

³⁸ *Loc. cit.*

³⁹ *Loc. cit.* Vid. više Emilie Sauvignet, *op. cit.*, str. 41. i dalje.

o lekarima koji pružaju zdravstvene usluge po pozivu, kao spoljni saradnici. Lekari koji rade u univerzitetskim bolnicama mogu delimično da obavljaju privatnu praksu u toj bolnici, a deo ostvarenih prihoda od izvršenih usluga koje prisvaja bolnica vraća se lekaru, kao naknada za pružene usluge. Na ovaj način se pojedini lekari podstiču da ostanu u državnom sektoru, s obzirom da su prihodi privatnih lekara mnogo veći od zarada lekara koji rade u državnim bolnicama.

Zdravstveni radnici koji rade u privatnim bolnicama samostalno obavljaju zdravstvenu delatnost i ne ostvaruju zaradu, jer ne zasnivaju radni odnos. Oni ostvaruju prihode od pružanja usluga u privatnim ambulantama ili klinikama, po principu plaćanja po zdravstvenoj usluzi (*fee-for-service*) i razvrstani su u dva sektora, prema tome koju cenu mogu naplaćivati za svoje usluge. Lekari iz Sektora 1 naplaćuju svoje usluge po tzv. zvaničnoj tarifi, utvrđenoj u ugovoru koji zaključuju predstavnici lekara i nadležni organ obaveznog zdravstvenog osiguranja. Troškovi usluga pruženih po zvaničnoj tarifi naknađuju se iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Lekari iz Sektora 1 mogu samo izuzetno pružati usluge po cenama višim od ugovorenih tarifa. Lekari iz Sektora 2 mogu naplaćivati svoje usluge po ceni koja je viša od zvanične tarife, u formi tzv. slobodnih honorara (*honoraires libres*). Obavezno zdravstveno osiguranje ne pokriva razliku između zvanične tarife i slobodnog honorara.

Kapitacija je uvedena pre nekoliko godina, ali samo za privatne lekare i samo za lečenje hroničnih bolesnika čije troškove lečenja pokriva obavezno osiguranje u potpunosti (40 evra po pacijentu za svaku godinu). Kapitacija se još primenjuje i kod plaćanja lekara i medicinskih sestara koji učestvuju u lečenju određenog pacijenta zajedno sa nekoliko drugih lekara koji ga istovremeno leče.⁴⁰

Sistem DRG je uveden 2004. godine u cilju povećanja efikasnosti i bolje kontrole finansiranja bolnica, kao i u cilju jačanja konkurencije između privatnih i državnih bolnica - usklađivanjem načina njihovog finansiranja. Sistem se prvo primenjivao u privatnim bolnicama (od 2005. godine) u pogledu celokupnog budžeta bolnica (100%), a

⁴⁰ Vid. Karine Chevreul et al., *op. cit.*, str. 97-103; Madelon W. Kroneman, Jouke Van der Zee, Wim Groot, „Income development of General Practitioners in eight European countries from 1975 to 2005“, *BMC Health Services Research* 2009, 9(26), <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/26>, 29.10.2013, str. 5; Rie Fujisawa, Gaetan Lafortune, *The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 Oecd Countries: What are the Factors Influencing Variations Across Countries?*, OECD Health Working Papers NO.41, OECD, 2008, str. 41-44. i 49.

postepeno je uveden u državne i neprofitne privatne bolnice. U 2004. godini sistem se primenjivao u odnosu na 10% budžeta državnih i neprofitnih privatnih bolnica, u 2005. godini u odnosu na 50% budžeta, a u 2008. godini u odnosu na ceo budžet (100%). Sada se sve bolnice plaćaju na ovaj način, osim dugotrajne nege i psihijatrijskih bolnica.

Svaki pacijent, odnosno svaka hospitalizacija se svrstava u jednu od približno 2300 srodnih grupa koje su klasifikovane prema modelu koji se primenjuje u SAD, a koji je prilagođen potrebama Francuske. Model finansiranja državnih i privatnih bolnica se razlikuje, kao i tarife za DRG, ali je za 2018. godinu najavljeno ujednačavanje metoda plaćanja bolnica iz ova dva sektora.⁴¹ U državnim bolnicama, plaćanje se odnosi na sve troškove u vezi sa hospitalizacijom, a u privatnim su od plaćanja izuzete naknade za privatne lekare, tj. za njihove honorare. Troškovi za lekove koji se daju za vreme hospitalizacije su uključeni u ovaj sistem, osim troškova za skupe inovativne lekove. Naknade bolnicama su podeljene na dve grupe, u zavisnosti od toga da li se zasnivaju na medicinskim ili ne-medicinskim aktivnostima.⁴²

Od početka uvođenja sistema DRG, u Francuskoj se mnogo raspravlja o ovom načinu finansiranja bolnica, iako su reformu podržale privatne bolnice, medicinske organizacije i brojne javne institucije. Protivnici sistema DRG su ukazivali na slabljenje konkurencije na tržištu, zato što su privatne bolnice zapravo specijalizovane za određene vrste zdravstvenih usluga (npr. za hirurške intervencije), što im osigurava viši iznos naknade koju dobijaju.

Do sada nije izvršena nijedna procena na nacionalnom nivou koja bi potvrdila pozitivne efekte uvođenja sistema DRG, budući da se u praksi pokazalo da postavljeni ciljevi nisu postignuti u potpunosti. Iako ne postoje potpuni i precizni podaci o efektima primene sistema DRG, izveštaji pojedinih državnih institucija i brojni akademski radovi

⁴¹ Rok za usklađivanje je pomeren sa 2012. na 2018. godinu.

⁴² Opširnije vid. Karine Chevreul et al., *op. cit.*, str. 66, 89, 97; Zeynep Or, Martine Bellanger, „France: Implementing homogeneous patient groups in a mixed market“, u: *Diagnosis-Related Groups in Europe – Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Reinhard Busse et al. (ed.), Open University Press, McGraw-Hill, Maidenhead, 2011, str. 222. i dalje; Zeynep Or, *DRGs in France - Why, how, and is it working?*, Institute for Research and Information in Health Economics (IRDES), Paris, <http://www.mh.government.bg/DownloadHandler.ashx?id=8551>, 28.10.2013, str. 11. i dalje; Zeynep Or, „Activity based payment in France“, <http://eurodrg.projects.tu-berlin.de/publications/Activity%20based%20payment%20in%20France%20-%20Zeynep%20Or.pdf>, 28.10.2012, str. 1-2; Sophie Wanert, *Aspects organisationnels du système de financement de la santé Français avec une attention générale pour la Réforme de l'Assurance Maladie Obligatoire du 13 août 2004*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2009, str. 87-93;

ukazuju na to da sistem nije transparentan, jer ne omogućava kontrolu upravljanja bolnicama, a praćenje prihoda koje bolnice ostvaruju nije adekvatno. Pri tome, troškovi bolnica nisu umanjeni, nego su naprotiv uvećani. Kritikuje se i to što nije uvek jasno šta je uključeno u cenu, a šta nije. Efikasnost, dakle, nije unapređena, a izražava se i zabrinutost zbog različitih režima koji važe za državne i za privatne bolnice i zbog odlaganja roka do kojeg se usklađivanje ova dva režima mora izvršiti. Ipak, nisu najavljene bilo kakve izmene u pogledu finansiranja bolnica, ali postoje nagoveštaji da bi se plaćanje lekara moglo izmeniti.⁴³

6. ZAKLJUČAK

Francuski sistem zdravstvenog osiguranja, pored brojnih pozitivnih strana, odlikuje i neefikasnost i stalna finansijska iscrpljenost, koje nisu otklonjene brojnim reformama nakon 2004. godine. Kriza sistema je uzrokovana ne samo svetskom finansijskom krizom, nego i povećanjem stope nezaposlenosti, trendom starenja stanovništva Francuske, povećanjem troškova zdravstvene zaštite i smanjenjem broja obveznika koji uplaćuju doprinose za zdravstveno osiguranje. Pored toga, visoke participacije (obavezno učešće u troškovima) i veliki troškovi univerzalnog obezbeđenja od rizika bolesti (besplatno obavezno i besplatno privatno osiguranje) doprinose ovoj krizi. Zbog toga je, pored tradicionalnog pribegavanja isključivanju pojedinih zdravstvenih usluga sa pozitivne liste prestacija i strukturnim promenama koje smanjuju dupliranje i neefikasnost (kao merama za ublažavanje negativnih efekata krize sistema), neophodno izvršiti reorganizaciju sistema pružanja usluga zdravstvene zaštite i ponovo razmotriti njihovo finansiranje, naročito u pogledu privatne prakse.

Jedan od najvećih problema u francuskom sistemu zdravstvene zaštite predstavlja nepostojanje odgovarajuće saradnje između lekara u državnim bolnicama i privatnih lekara. Naime, nepostojanje adekvatne povezanosti lekara opšte prakse iz privatnog sektora i državnih bolnica sprečava uspostavljanje kontinuiteta u medicinskoj nezi,

⁴³ Vid. Zeynep Or, Martine Bellanger, *op. cit.*, str. 239-240; Zeynep Or, *DRGs in France - Why, how, and is it working?*, str. 23-24; Zeynep Or, „Activity based payment in France“, str. 2; Sophie Wanert, *op.cit.*, str. 31-93. Više o razlozima za uvođenje DRG i o efektima primene DRG vid. European Hospital and Healthcare Federation, *DRGs as a financing tool*, European Hospital and Healthcare Federation, Brussels, 2006, str. 24, 42-43, 78, 84, 87, 91.

prevenciji bolesti i merama za unapređenje zdravlja građana. Na taj način se istovremeno sputava i sistematsko povezivanje usluga primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Neophodnu koordinaciju usluga zdravstvene zaštite dosta otežava i velika sloboda osiguranika u pristupu zdravstvenoj zaštiti, zbog čega određeni specijalisti imaju pravo da naplate svoje usluge po tarifama višim od zvaničnih, ukoliko ih posete osiguranici kojima oni nisu izabrani lekari ili osiguranici koji su im se obratili bez uputa svog izabranog lekara.

REPUBLIKA POLJSKA

1. ISTORIJSKI OSVRT NA RAZVOJ SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Razvoj sistema zdravstvene zaštite u Poljskoj se može pratiti od 1918. godine,¹ kada je uspostavljen prvi, širi sistem zdravstvene zaštite i to na principima Bizmarkovog modela zdravstvenog osiguranja.² Taj sistem se održao sve do 1939. godine, odnosno do početka Drugog svetskog rata, da bi po njegovom okončanju Poljska potpala pod uticaj SSSR-a, koji se odrazio na sve oblasti života pa tako i na zdravstvenu zaštitu.

Pod uticajem shvatanja karakterističnih za komunističku ideologiju, organizovanje i upravljanje sistemom zdravstvene zaštite u poratnoj Poljskoj bilo je u isključivoj nadležnosti Ministarstva zdravlja. Drugim rečima, sistem zdravstvene zaštite je u tom periodu bio potpuno centralizovan, kao što je bilo centralizovano i celokupno upravljanje državom i državnim ekonomijom. Tada je prihvaćen Semaškov model zdravstvene zaštite po kome se ona u celosti finansira iz državnog budžeta, dok su zdravstvene ustanove isključivo u državnom, odnosno u javnom vlasništvu.³

Za vreme komunističke vladavine zdravstveni sistem Poljske je pretrpeo tri značajnije reforme. Prva je započela 1950. godine i cilj joj je bio da se zdravstvena nega koju obezbeđuje država još više proširi i tako približi idealu univerzalne zdravstvene zaštite. Da bi se to postiglo bilo je potrebno, između ostalog, obezbediti lak pristup zdravstvenoj nezi i u tom cilju su počele da se osnivaju zdravstvene ustanove i u okviru

¹ U ovoj godini je Poljska ponovo stekla državnu nezavisnost.

² Sredstva za zdravstvenu zaštitu prikupljala su se plaćanjem doprinosa na zarade, koje je plaćalo oko 7% ukupne populacije Poljske jer je toliko bilo zaposlenih. Navedeno prema: Kuszewski, K., Gericke, C., *Health Systems in Transition: Poland*, Vol. 7 No. 5, WHO, Copenhagen, 2005, str. 6.

³ Dobre strane ovog sistema bile su: zdravstvena zaštita je bila univerzalna i građani su besplatno dobijali sve zdravstvene usluge; niski administrativni troškovi sistema. Ipak, sistem je imao i značajne negativne posledice, među kojima su: nedostatak motivacije zdravstvenog osoblja; pacijenti su imali otežan pristup lečenju u zdravstvene ustanove koje se ne nalaze u istom regionu u kome oni imaju prebivalište; korupcija medicinskog osoblja; arbitrabilno određivanje plate za zdravstvene radnike od strane resornog ministarstva, pri čemu je plata zavisila isključivo od pozicije u sistemu a ne od kvaliteta rada.

preduzeća.⁴ Sledeća reforma zdravstvenog sistema je usledila 1960. godine i ona je vezana za proširenje nadležnosti Ministarstva zdravlja i na poslove socijalne politike jer se procenilo da bi objedinjavanje pomenutih poslova u okviru istog ministarstva moglo doprineti obezbeđenju još šire i bolje zdravstvene i socijalne zaštite stanovništvu. U tom periodu je, kada je o zdravstvenoj nezi posebno reč, Ministarstvo zdravlja i socijalne politike osnovalo poseban tim - *Zespół Opieki Zdrowotnej* (u daljem tekstu: ZOZ),⁵ na koje je preneo i deo svojih nadležnosti u vezi sa upravljanjem bolnicama, klinikama, specijalističkom i opštom zdravstvenom negom. Poslednja reforma zdravstvenog sistema u doba komunističke vladavine u Poljskoj započela je 1980. godine i tu reformu je obeležio proces decentralizacije administrativne strukture, kao i jačanja teritorijalnih jedinica (vojvodstava). Ovaj proces je već 1983. godine doveo do primetnog slabljenja uticaja Ministarstva zdravlja i socijalne politike u upravljanju i organizovanju sistema zdravstvene zaštite, jer su brojne nadležnosti koje su do tada isključivo bile poverene Ministarstvu prenete ne samo na ZOZ, već i na teritorijalne jedinice.

Ipak, najkrupnije reforme zdravstvenog sistema Poljske vezuju se za period koji počinje 1989. godine, vreme u kome su započele korenite političke i ekonomske reforme nakon pada komunizma. Ove reforme su se neminovno odrazile i na promene u oblasti zdravstvene zaštite, koju je trebalo prilagoditi novom uređenju, ali i organizovati tako da može da odgovori na povećane zahteve za zdravstvenom negom.⁶ Nasleđeni, komunistički sistem zdravstvene zaštite, koji je karakterisalo univerzalno pokriće i univerzalna zdravstvena zaštita, postao je neodrživ pre svega zato što je bio previše centralizovan, previše specijalizovan i što se nije vodilo računa o troškovima.

Najznačajnije promene u ovom periodu počele su sa usvajanjem Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju 1997. godine (stupio je na snagu dve godine kasnije), kojim se konačno i u potpunosti prešlo sa centralizovanog upravljanja zdravstvom i njegovog finansiranja iz budžeta na sistem finansiranja iz doprinosa za

⁴ Ipak, koristi od ove reforme nisu odmah osetile i druge strukture stanovništva, pre svih stanovnici ruralnih sredina, koji su još dugo vremena (sve do početka sedamdesetih godina prošlog veka) imali ograničenu zdravstvenu negu.

⁵ Ovaj tzv. Zdravstveni tim pri Ministarstvu zdravlja i socijalne politike je osnovan 1972. godine.

⁶ Na povećane zahteve i troškove zdravstvene nege najviše su uticali sledeći činioci: životni vek stanovništva se produžio za oko četiri godine; stopa novorođene dece se smanjila; povećali su se troškovi za lekove i za nove, napredne medicinske tehnologije. O ovome videti više: Sagan, A., et. al, *Poland: Health System Review. Health Systems in Transition*, Vol. 13, No. 8, WHO, 2011, str. 8-12.

obavezno zdravstveno osiguranje.⁷ Ipak, uprkos promeni u finansiranju, ključna uloga u upravljanju zdravstvom i dalje je ostala na ministarstvu nadležnom za poslove zdravlja, dok je 16 regionalnih fondova za bolesti osnovanih tim zakonom (u svakom vojvodstvu po jedan)⁸ bilo zaduženo za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga.⁹ Ovim fondovima upravljali su nadzorni odbori, u čijem su sastavu bili predstavnici osiguranika (ni jedan od ovih 16 fondova nije imao manje od milion osiguranika) i predstavnici regionalnih vlasti.¹⁰ Može se zaključiti da je pomenutim uređivanjem sistema zdravstvene zaštite posebna pažnja bila posvećena zahtevu da se plaćanje za zdravstvene usluge poveri telu koje nije sastavljeno isključivo od onih koji te usluge organizuju i pružaju.

U godini kada je stupio na snagu Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju (1999. godine) po prvi put se sa univerzalne zdravstvene zaštite prešlo na ograničenu zdravstvenu zaštitu, a to je značilo i uvođenje obaveznog paketa usluga. Osim na taj način, smanjenje troškova zdravstvene zaštite se pokušalo i davanjem nove, jače uloge porodičnih lekara, u kom cilju je uvedeno pravilo da se pregled kod lekara specijaliste može obaviti samo na uput lekara opšte prakse.¹¹ Verovalo se da će smanjenju broja pacijenata kod specijalista doprineti i novi sistem plaćanja porodičnih lekara putem kapitacije (opredeljujući činilac za određivanje cene po pacijentu je bila njegova starost), što se i jeste dogodilo, ali ne tako brzo kao što se očekivalo.¹²

⁷ Drugim rečima, ponovo je uveden Bizmarkov model zdravstvenog osiguranja.

⁸ Pored ovih 16, regionalnih fondova, bio je osnovan još jedan fond koji je bio specijalizovan u tom smislu što je obezbeđivao zdravstvenu zaštitu za uniformisana lica (vojska, policija, itd.)

⁹ Fondovi su slobodno odlučivali sa kojim zdravstvenim ustanovama će zaključiti ugovore, pri čemu to nije zavisilo od toga da li su one u javnom ili u privatnom vlasništvu.

¹⁰ O ovome videti više: Girouard, N., Imai, Y., *The Healthcare System in Poland*, OECD Economic Department Working Papers No. 257, OECD Publishing, 2000 (30), str. 8; Berman, P., *National Health Insurance in Poland: A Coach without Horses?*, dostupno na apin.harvard.edu/ihs/publications/pdf/No-63.pdf

¹¹ Da bi se podržao ovaj sistem preduzete su određene mere koje su imale za cilj da se ograniči broj specijalista tako da broj lekara specijalista i lekara opšte prakse bude približno jednak, ali i da se motivišu lekari da se bave opštom praksom, na primer, tako što su predviđeni posebni, lakši uslovi za iznajmljivanje prostora i nabavku opreme za one koji odluče da rade privatno. Više o ovome videti: Girouard, N., Imai, Y., op. cit, str. 10.

¹² Videti više: Girouard, N., Imai, Y., op. cit, str. 12,

2. ORGANIZACIJA I UPRAVLJANJE SISTEMOM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Savremeni sistem zdravstvene zaštite u Poljskoj je rezultat reformi koje su se sprovodile počev od 1989. godine, odnosno od odustanka od potpune centralizacije tog sistema. Time je izvršena suštinska promena u organizovanju, upravljanju i finansiranju sistema zdravstvene zaštite i postavljeni su temelji za njegov razvoj na novim osnovama. Uloga ministarstva nadležnog za poslove zdravlja je, u skladu sa tom promenom, vremenom sve više slabila tako da je ono danas odgovorno, u principu, samo za kreiranje zdravstvene politike i za njeno sprovođenje. Drugim rečima, Ministarstvo danas donosi odgovarajuće propise u oblasti zdravstvene zaštite i preko svojih inspektorata vrši nadzor nad sprovođenjem tih propisa od strane medicinskih ustanova. Pored toga, ono je odgovorno i za kapitalne investicije u zdravstvu, kao i za medicinska istraživanja i obrazovanje zdravstvenog kadra.¹³

Pored ministarstva, značajnu ulogu u organizovanju i sprovođenju zdravstvene zaštite danas imaju odgovarajući fondovi. Već je u okviru prethodnog izlaganja navedeno da je Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju osnovano 16 takvih fondova, ali je ovakva organizacija delovala samo tri godine, jer su se ubrzo pokazali njeni negativni efekti. Naime, činjenica da je svaki od tih fondova imao široku autonomiju u obavljanju svojih poslova, pri čemu nije postojala jedinstvena strategija za njihovo poslovanje niti su bili definisani osnovni principi za pregovaranje sa davaocima zdravstvenih usluga, dovela je do toga da su kvalitet i dostupnost zdravstvenih usluga počeli značajno da variraju od regiona do regiona. Na taj način se narušavalo načelo jednakosti zdravstvene zaštite koje je, pored načela solidarnosti, temelj na kome ta zaštita počiva. Ubrzo se uvidelo da se stanje mora menjati i 2003. godine je usvojen Zakon o univerzalnom zdravstvenom osiguranju u okviru Nacionalnog zdravstvenog fonda, kojim je formiran jedinstveni Nacionalni zdravstveni fond (u daljem tekstu: NZF). Zakonom je predviđeno da NZF posluje preko 16 regionalnih predstavništava, u svakoj vojvodini po jedno. Tako je izvršena centralizacija fondova zdravstvenog osiguranja, što je omogućilo predviđanje jedinstvene procedure za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga, ali su

¹³ Univerzitetske bolnice i naučni instituti u oblasti medicine su pod okriljem Ministarstva zdravlja, kao i poluautonomne medicinske akademije.

istovremeno postavljena i jedinstvena ograničenja u pogledu finansiranja usluga koje oni pružaju. Međutim, Ustavni sud Poljske je našao da je ovaj zakon neustavan,¹⁴ zbog čega je on već 2004. godine zamenjen novim i reč je o Zakonu o zdravstvenim uslugama koje se finansiraju iz javnih izvora.¹⁵ Međutim, ovaj zakon nije predvideo značajnije promene u organizaciji Nacionalnog zdravstvenog fonda.

NFZ je neprofitna organizacija,¹⁶ koja prikuplja sredstva iz uplata doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje i iz tih sredstava se plaća davaocima zdravstvenih usluga. Njihovo finansiranje se vrši na osnovu ugovora koje zaključuju sa Fondom i tim ugovorima se, između ostalog, uređuje koje usluge Fond plaća, u kom obimu kao i maksimalna cena po usluzi. Nadzor nad radom NZF-a sprovodi Savet Fonda, telo sastavljeno od ukupno deset članova koje postavlja premijer na period od pet godina.¹⁷

Pored Ministarstva i Fonda, određenu ulogu u obezbeđenju i finansiranju zdravstvenih usluga imaju i lokalne samouprave i regioni. Tako, lokalne samouprave organizuju osnovnu, primarnu zdravstvenu zaštitu i određuju, odnosno sprovode univerzalne programe preventivne medicine. Okruzi upravljaju bolnicama i nekim vidovima vanbolničke specijalističke nege, dok regioni (bivša vojvodstva) rukovode regionalnim bolnicama koje deluju na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite, sprovode preventivne programe kao i edukaciju. Ove teritorijalne jedinice se mogu odrediti kao «kvazi-vlasnici» javnih bolnica, klinika i drugih zdravstvenih ustanova na njihovoj teritoriji, jer za njih obezbeđuju potrebna sredstva i vrše nadzor nad njihovim radom. One, međutim, nemaju gotovo nikakvog uticaja na proces ugovaranja između tih

¹⁴ Ključni razlozi koji su doveli do ovakve odluke Ustavnog suda su: neprecizne formulacije zakona koje mogu imati za posledicu donošenje diskrecionih odluka; nedostatak garantija za jednak pristup zdravstvenoj nezi; nedostaci mehanizama kontrole finansijskih sredstava u NZF; neprecizno određenje odnosa između državnog budžeta i NZF-a, a što bi moglo učiniti državu odgovornom za bankrotstvo tog fonda. O ovome videti više: Sagan, A., et. al, *Poland: Health System Review. Health Systems in Transition*, Vol. 13, No. 8, WHO, 2011, str. 18.

¹⁵ Ovaj je zakon usvojen 30. jula 2004. godine.

¹⁶ Budući da je reč o neprofitnoj organizaciji, Fond ne može da učestvuje u bilo kakvim aktivnostima čiji je cilj sticanje profita, niti je dozvoljeno da poseduje (samostalno ili u suvlasništvu) zdravstvene ustanove.

¹⁷ Predsednika Fonda imenuje, takođe, premijer ali na predlog Saveta Fonda. Navedeno prema: Sagan, A., et. al, *Poland: Health System Review. Health Systems in Transition*, Vol. 13, No. 8, WHO, 2011, str. 20.

zdravstvenih ustanova i NZF-a, jer ne odlučuju da li će Fond zaključiti sa njima ugovor, niti kakva će biti sadržina zaključenih ugovora.¹⁸

Zdravstvena zaštita se u Poljskoj organizuje na nekoliko nivoa, a zdravstvene usluge se, prema Zakonu o terapeutskim aktivnostima iz 2011. godine, pružaju u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama, u okviru individualne ili grupne prakse. Davaoci usluga koji su u privatnom sektoru dominiraju na primarnom nivou zdravstvene zaštite i u ambulantnoj nezi, dok javne ustanove za zaštitu zdravlja, koje mogu osnivati država, vojvodstva, okruzi (*gmina*, odnosno *powiat*), državni medicinski fakultet i medicinski centri za postdiplomsko obrazovanje, dominiraju na višim nivoima zdravstvene zaštite.

Zdravstvene usluge obuhvataju primarnu zdravstvenu zaštitu i specijalističku ambulantnu i bolničku negu.

Primarna zdravstvena zaštita: U okviru ovog vida zdravstvene zaštite pacijent ostvaruje prvi kontakt sa lekarom, po pravilu je to porodični lekar.¹⁹ Uloga ovih lekara je veoma značajna za obuzdavanje troškova zdravstvene zaštite jer oni preuzimaju brigu o pacijentovom zdravlju i samo kada procene da je to medicinski neophodno upućuju ga na odgovarajući specijalistički pregled. Pacijenti slobodno biraju svog porodičnog lekara i za to je dovoljno da ispune predviđene uslove registracije. Na primarnom nivou zdravstvene zaštite pacijentima se pružaju usluge lekara opšte prakse, pedijatra kao i lekara specijalista koji rade u ambulantama (ali samo na osnovu uputa lekara opšte prakse).

Specijalistička ambulantna nega: Svi osiguranici u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja imaju pravo na besplatnu specijalističku negu koja se pruža u ambulantama. Da bi ostvarili pravo na specijalistički pregled pacijenti moraju doći sa uputom svog porodičnog lekara, osim u slučaju medicinski hitnih stanja, kao i u slučaju da pacijent boluje od određenih bolesti (npr. ako je pacijent HIV pozitivan, ako boluje od

¹⁸ Pored lokalnih samouprava, određene uloge u sistemu zdravstvene zaštite ostvaruju i lekarske komore, Nacionalni institut za javno zdravlje (njegova je uloga prevashodno savetodavna u odnosu na Ministarstvo zdravlja), kao i ombudsman za prava pacijenata.

¹⁹ 1993. godine je u Poljskoj uvedena i specijalizacija za porodičnog lekara. Istraživanja pokazuju da su Poljaci veoma zadovoljni uslugom koju dobijaju kod lekara opšte prakse, odnosno kod porodičnih lekara i da im je veoma lak pristup zdravstvenoj nezi koju od njih mogu da očekuju (izvor: Izveštaj Evropske komisije o percepciji zdravstvenog sistema iz 2007. godine, navedeno prema: Sagan, A., et. al, *Poland: Health System Review. Health Systems in Transition*, op. cit, str. 170).

tuberkuloze ili od neke bolesti zavisnosti). Ambulantnu specijalističku negu pružaju klinike ili specijalistički dispanzeri, kao i lekarske prakse.

Bolnička nega: Do 2003. godine poljske bolnice su bile rangirane u tri nivoa, pretežno na osnovu toga ko upravlja njima: ministarstvo, odnosno univerzitet, vojvodstvo ili okrug. Danas ova podela više nije takvog značaja kao što je bila ranije jer se bolnice, pored toga, klasifikuju i prema njihovoj nadležnosti (npr. opšte i specijalizovane bolnice), prema bolestima za čije lečenje su specijalizovane ili prema populaciji kojoj pružaju svoje usluge (npr. psihijatrijske bolnice, vojne bolnice, industrijske bolnice). Dnevna bolnica je takođe moguća, ali ovaj vid zdravstvene nege nije dovoljno razvijen u Poljskoj.

Hitna medicinska pomoć: Ovaj oblik zdravstvene nege posebno reguliše Zakon o nacionalnim medicinskim urgentnim službama iz 2006. godine i ona se pruža van bolnica ako je to potrebno da bi se nekome sačuvao život ili sprečilo dalje narušavanje zdravlja, odnosno u bolničkim uslovima kada za tim postoji potreba.²⁰ U tom smislu hitna medicinska pomoć ima terenske jedinice za pružanje hitne medicinske pomoći, kao i bolnička odeljenja.

Farmaceutske usluge: Poljska je karakteristična po veoma razvijenoj mreži proizvođača i uvoznika lekova i drugih farmaceutskih proizvoda, pa su lekovi lako dostupni (ipak, ovo ne važi i za najnovije lekove). Zbog potrebe da se kontrolišu troškovi u ovoj oblasti posebnim zakonom iz 2011. godine²¹ je predviđeno da ukupni troškovi za lekove ne mogu preći više od 17% od ukupnih prihoda NZF-a.²² Određene lekove pacijenti mogu nabaviti o trošku zdravstvenog osiguranja, dok za određene moraju platiti deo cene ili celokupnu cenu iz svog džepa. Predviđene su i povlastice za određene grupe pacijenata (npr. oni koji boluju od određenih hroničnih bolesti, oni koji boluju od mentalnih bolesti itd.) u tom smislu što im se može omogućiti da plate manje ili uopšte da ne plate za određeni lek. Povlastice uživaju i određene populacione grupe, na primer, ratni veterani, dobrovoljni davaoci krvi i dr.

Rehabilitaciona nega: Ovaj vid nege u Poljskoj ima dugu tradiciju i veoma je razvijen. Finansira se većim delom iz sredstava NZF-a, ali pored toga deo rehabilitacije

²⁰ Pod uticajem ovog zakona u Poljskoj je u 2009. godine osnovano 14 regionalnih trauma-centara i oni formiraju mrežu usluga koja efikasno deluje na teritoriji cele države.

²¹ U pitanju je Zakon o nadoknadi troškova za lekove i hranu za specijalnu ishranu i medicinska sredstva.

²² Navedeno prema Sagan, A., et. al, *Poland: Health System Review. Health Systems in Transition*, op. cit, str. 134.

obezbeđuje i sektor socijalne zaštite. Ovaj vid zdravstvene nege nekada ima medicinski značaj, a nekada se lečilišta koriste kao preventiva, radi poboljšanja opšteg zdravstvenog stanja. U oba slučaja se troškovi rehabilitacije mogu nadoknaditi iz sredstava kojima raspolaže NZF.²³

Dugotrajna nega: Očekivano povećanje populacije starih lica ukazuje na to da će potražnja za dugotrajnom negom vremenom biti sve veća, a osnovano se pretpostavlja da će, zbog socio-demografskih promena, uloga porodice u obezbeđivanju ovog vida nege biti sve manja. Zbog toga se očekuje da raste pritisak na službe koje se bave pružanjem dugotrajne nege,²⁴ zbog čega se rešavanju ovog pitanja pristupa sa posebnom pažnjom. Pored toga, u Poljskoj je krajem 2009. godine dugotrajna nega koja se pruža u bolnicama prestala da bude deo obaveznog paketa usluga i to je, vremenom, dovelo do nestanka ovog vida zdravstvene zaštite. Drugim rečima, dugotrajna nega se, po pravilu, pruža u okviru socijalne zaštite. Međutim, činjenica da u ovom domenu još uvek postoji podela nadležnosti, odgovornosti i ciljeva između različitih ministarstava i drugih organa, a posebno činjenica da se finansiranje dugotrajne nege obezbeđuje ne samo iz zdravstvenog već i iz socijalnog sektora, može otežavati pronalaženja konačnog rešenja za ovaj problem.

3. SADRŽINA OBAVEZNOG PAKETA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Zdravstvena zaštita koju obezbeđuje obavezno osiguranje danas nije univerzalna kao što je bila za vreme vladavine komunizma i neko vreme nakon toga. Univerzalna zdravstvena zaštita je, naime, vremenom postala finansijski neodrživa i već 1999. godine počela su da se uvode njena ograničenja, odnosno da se određuje šta pokriva premija

²³ Fond finansira različite rehabilitacione terapije u zavisnosti od ugovora sa davaocem terapije, kao i od zdravstvenog stanja pacijenta pa je moguća nadoknada svih ili dela troškova rehabilitacije, kao i nadoknada za potrebnu medicinsku opremu i pomoć. O rehabilitacionoj nezi u Poljskoj, posebno o mogućnostima finansiranja ovog vida nege iz sredstava NZF-a videti više: Sagan, A., et. al, *Poland: Health System Review. Health Systems in Transition*, op. cit, str. 133-136.

²⁴ Zbog toga neki predlažu da se razmisli o tome da lokalne zajednice, koje takode imaju ovlašćenja u organizovanju i sprovođenju ovog vida zdravstvene nege, preuzmu veću ulogu u obezbeđenju ove vrste nege, pre svega putem pružanja finansijske pomoći ili druge naknade porodici koja prihvati da preuzme ove obaveze. O ovome videti: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., *Improving the Health-Care System in Poland*, op. cit, str. 35.

obaveznog zdravstvenog osiguranja, a šta ne.²⁵ Sadržina obaveznog paketa usluga se od tada menjala više puta, a 2004. godine je počela da se sastavlja i tzv. negativna lista usluga, odnosno lista usluga koje ne pokriva obavezno zdravstveno osiguranje, jer je to izričito bilo predviđeno Zakonom o zdravstvenim uslugama koje se finansiraju iz javnih izvora.²⁶

Kada je o sadržini obaveznog paketa zdravstvenih usluga reč, tada treba poći od člana 15. navedenog zakona, prema kome se iz javnih izvora finansiraju sledeće zdravstvene usluge: primarna zdravstvena zaštita (što obuhvata porodičnu medicinu, internu medicinu i hitnu medicinu); ambulantna specijalistička nega; bolnički tretmani; psihijatrijska nega i lečenje bolesti zavisnosti; terapijska rehabilitacija; dugotrajna nega i usluge bolničarki; stomatološki tretmani; tretmani u banjskim lečilištima; ortopedska i druga pomagala; palijativna nega; visokospecijalizovani medicinski tretmani (npr. transplantacije organa); programi zdravlja i lekovi.²⁷ Ipak, ovako široko određen obavezni paket usluga u praksi se teško finansira zbog ograničenih sredstava kojima raspolaže NZF, pa neke usluge, iako su na papiru dostupne, u praksi to nisu. Preširok obavezni paket je doveo do velikih dugovanja zdravstvenih ustanova, a posredno i do dugačkih lista čekanja, jer se pokazalo da liste čekanja mogu biti u funkciji smanjenja troškova tih ustanova (po pravilu je reč o javnim zdravstvenim ustanovama). Sem toga, sveobuhvatan obavezni paket usluga, prema mišljenju vodećih stručnjaka, ometa i proces uspostavljanja i razvoja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, jer građani za tim nemaju

²⁵ U početku je taj paket uključivao dijagnostičke procedure, zdravstvenu negu trudnica, osnovnu stomatološku zaštitu, medicinske proizvode, ortopedska pomagala, banjska lečenja i prevoz medicinskim vozilima. Međutim, već tada je počelo da se uvodi obavezno plaćanje iz džepa za stomatološke usluge, za dijagnostička ispitivanja i medicinsku tehniku (navedeno prema: Girouard, N., Imai, Y., *The Healthcare System in Poland*, OECD Economic Department Working Papers No. 257, OECD Publishing, 2000, str. 10).

²⁶ Na ovaj zakon, koji je usvojen 2004. godine, 2009. godine su doneti amandmani i oni su obavezali Ministarstvo zdravlja da u određenom roku sačini pozitivnu listu usluga koje obuhvata obavezni paket zdravstvenih usluga. U skladu sa tom obavezom, Ministarstvo je krajem septembra 2009. godine usvojilo 13 propisa koji regulišu ovo pitanje. Videti više: Sagan, A., et. al, *Poland: Health System Review. Health Systems in Transition*, op. cit, str. 18.

²⁷ Članom 16. Zakona je, međutim, predviđeno šta se ne finansira iz javnih fondova i to su, na primer, sledeće usluge: uverenja za vozačke dozvole; medicinski izveštaji i forenzičke ekspertize koje se vrše na zahtev sudova i tužilaštva; smeštaj i hrana za lica u staračkim domovima; plastična i kozmetička hirurgija kada nije medicinski neophodna; vakcine koje nisu obuhvaćene propisom o obaveznoj vakcinaciji; operacije promene pola; lečenje epilepsije stimulacijom *nervus vagus*; hiperbarična komora u SM tretmanima itd.

potrebe s obzirom da im najveći broj zdravstvenih usluga pokriva obavezno zdravstveno osiguranje.²⁸

Građani, po pravilu, nisu dužni da doplaćuju za usluge obuhvaćene obaveznim paketom budući da se one u celosti finansiraju iz javnih sredstava. Ipak, doplate su predviđene za neke od tih usluga, među kojima su: određene stomatološke procedure i materijali;²⁹ lekovi;³⁰ medicinski proizvodi i pomoćni medicinski uređaji i tretmani u banjskim lečilištima.³¹

U procesu odlučivanja o sadržini obaveznog paketa usluga podeljene su uloge između Vlade (nadležna ministarstva), Fonda i lokalnih vlasti. U načelu, ministarstvo nadležno za poslove zdravlje zakonom, na opšti način određuje delove tog paketa po različitim vidovima zdravstvene zaštite, dok NZF definiše konkretne usluge u okviru tih vidova zaštite i o njima pregovara sa davaocima zdravstvenih usluga, sa kojima potom zaključuje odgovarajuće ugovore.

4. FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I NJENI TROŠKOVI – STATISTIČKI POKAZATELJI

Zdravstvena zaštita u Poljskoj se primarno finansira iz sredstava koje prikupi NZF na osnovu uplaćenih doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje. Ovaj vid osiguranja obuhvata sva lica koja su zasnovala radni odnos u Poljskoj, bez obzira na njihovu nacionalnost.³² Pored zaposlenih, pravo na besplatnu zdravstvenu uslugu imaju i članovi

²⁸ O ovome videti intervju sa dr Krzysztof Landa u Pharma Poland News, Issue No.2 (71) od 16. februara 2012. godine.

²⁹ Stomatološke usluge su, po pravilu, ograničene za najveći broj osiguranika i jedino deca i mladi do 18 godina života, kao i trudnice imaju nešto bolje pokriće za ovu vrstu usluga. Javni fondovi uobičajeno priznaju troškove za osnovne materijale koje koriste stomatolozi, pa se većina Poljaka opredeljuje za sasvim privatnu stomatološku uslugu koju u celosti plaća iz svog džepa ili iz dobrovoljnog osiguranja (ako je zaključen takav ugovor).

³⁰ Naknada cena za lekove nije jedinstvena pa neke lekove u celosti finansira Fond, dok neke finansira delimično ili ih uopšte ne finansira (to znači da razliku plaća pacijent kroz participaciju)

³¹ O obaveznom paketu zdravstvenih usluga videti više: Kozierkiewicz, A., Trabka, W., Romaszewski, A., Krzysztow, G., Gilewski, D., *Definition of the «Health Benefit Basket» in Poland*, u, The European Journal of Health Economics, Suppl. 1, Springer, 2005, str. 58-65.

³² Doprinosi za zdravstvenu zaštitu su određeni u fiksnom iznosu u odnosu na platu i oni nisu odmereni prema zdravstvenom riziku. U 2011. godini su zaposleni plaćali 8.75% od plate na ime doprinosa, (2009. je to iznosilo 9%) ali 7,5% od tih 8,7% (odnosno, 7,75% ako se ima u vidu 2009. godina) se odbija od poreske osnovice pa ispada da država još uvek značajno finansira zdravstvenu zaštitu (posebno kada se ima u vidu da se iz državnog budžeta izdvajaju sredstva za obavezno zdravstveno osiguranje nezaposlenih lica koja

njihovih porodica. Zdravstveno osiguranje je, takođe, obezbeđeno za studente, uključujući i doktorante za koje osiguranje plaćaju institucije na kojima se školuju (visokoškolska ustanova ili organizaciona jedinica naučnoistraživačkog instituta koja obezbeđuje doktorski program). Oni koji nisu poljski državljani, a imaju prebivalište na teritoriji Poljske, nemaju besplatnu zdravstvenu negu već se mogu dobrovoljno osigurati kod NZF-a.

Poljska je zemlja u kojoj trošak zdravstvene zaštite ne varira značajno tokom godina u odnosu na bruto društveni proizvod. Naime, u 2002. godini su ovi troškovi činili 6,3% BDP-a dok su u 2012. godini porasli na 7% BDP-a.³³ Najveći deo tih troškova se pokriva iz javnih izvora (oko 72%, pri čemu iz sredstava NZF 91%), a manji deo iz ostalih izvora, među kojima je dominantno plaćanje iz džepa.³⁴

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje nije posebno razvijeno u Poljskoj³⁵ i otuda su troškovi koji padaju na teret domaćinstava za zdravstvenu zaštitu značajni u poređenju sa drugim državama EU. U tim troškovima najveću stavku čine izdaci za lekove i druge farmaceutske proizvode (preko 50%), a odmah iza toga su izdaci za stomatološku negu, specijalističke preglede, dugotrajnu negu i preventivu.³⁶ Ako se u međuvremenu ne pojača uloga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, onda će porast troškova zdravstvene zaštite, koji se očekuje zbog sve većeg udela starog stanovništva u populaciji kao i zbog novih, skupih medicinskih tehnologija, najviše pogoditi pacijente.

5. PLAĆANJE ZDRAVSTVENIH USLUGA

Načini plaćanja davaocima zdravstvenih usluga nisu jedinstveni i osnovna razlika se pravi prema tome da li je reč o uslugama koje se pružaju van bolnica ili u bolnicama,

imaju pravo na besplatnu zdravstvenu zaštitu). Videti više: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., *Improving the Health-Care System in Poland*, OECD Economic Department Working Papers No. 957, OECD Publishing, 2012(34) str. 8. Ove doprinose prikuplja Institucija socijalnog osiguranja (ZUS) kao i Fond poljoprivrednog socijalnog osiguranja (KRUS).

³³ Podaci su preuzeti sa sajta OECD-a: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>

³⁴ Navedeno prema: Koziarkiewicz, A., Trabka, W., Romaszewski, A., Gajda, K., Gilewski, D., *Definition of the «Health Benefit Basket» in Poland*, op. cit, str. 60.

³⁵ Zakon koji reguliše materiju privatnog zdravstvenog osiguranje je Vlada pripremila tek 2011. godine, ali on još uvek nije stupio na snagu.

³⁶ Izvor: Tabela 3B na str. 8 u Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., *Improving the Health-Care System in Poland*, op. cit.

pa se u prvom slučaju lekari plaćaju po sistemu kapitacije, a u drugom slučaju po sistemu naknade za usluge i dijagnostički srodne grupe (u daljem tekstu: DSG). Sistem DSG je doneo pozitivne promene, koje su se ogledale pre svega u povećanoj transparentnosti rada bolnica i samim tim u boljoj kontroli njihovih troškova. Ipak, uočeno je i da se neretko usluge klasifikuju kao profitabilnija DSG i kada to nije medicinski opravdano, jer se tako ostvaruju veće zarade. Zbog toga je danas najveća pažnja usmerena na preduzimanje mera da se ova negativna pojava spreči.³⁷

Plaćanje lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: Nezavisno od činjenice da li lekar na ovom nivou zdravstvene zaštite radi u javnoj ustanovi ili kao privatnik,³⁸ njegove usluge plaća NZF iz javnih sredstava. Ovaj vid nege vremenom se sve više koristi tako da je prosečno po pacijentu za godinu dana pružano 6,8 konsultacija tokom 2008. godine, dok je deset godina ranije ovih konsultacija bilo 5,3 po pacijentu.³⁹ Na osnovu toga se može zaključiti da lekari opšte prakse, odnosno porodični lekari, ispunjavaju svoju ulogu u procesu obuzdavanja troškova zdravstvene zaštite i da na specijalističke preglede ne upućuju značajan broj pacijenata kojima takav pregled nije neophodan.⁴⁰

Plaćanje porodičnih lekara se vrši po sistemu kapitacije i to po principu jednokratne naknade po pacijentu, dok se lekari specijalisti na primarnom nivou zdravstvene zaštite plaćaju po sistemu naknade za usluge, uz kombinaciju sa plaćanjem na način koji je sličan kapitaciji kada su u pitanju hronični bolesnici. Od jula meseca 2011. godine se plaćanje većine specijalističkih pregleda u ambulantnoj nezi vrši po sistemu DSG, što je učinjeno sa ciljem da se što veći broj pacijenata usmeri na ambulantno lečenje i dnevne bolnice, umesto da se upućuju na bolničko lečenje.

Kada je o plaćanju porodičnih lekara reč, tada se postojeći sistem pokazao kao dobar jer pacijenti, prema obavljenim istraživanjima, nemaju primedbe na mogućnost pristupa tim lekarima i na kvalitet njihovog rada. Situacija je, međutim, sasvim drugačija kada je o lekarima specijalistima u okviru primarne zdravstvene zaštite reč, gde se najviše

³⁷ O ovome videti više: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., *Improving the Health-Care System in Poland*, op. cit. str. 31.

³⁸ Broj privatnih ambulanata je značajno porastao od 2000. godine, kada ih je bilo 42%, dok ih je 2009. godine bilo 82% (navedeno prema: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., *Improving the Health-Care System in Poland*, op. cit. str. 10).

³⁹ Videti: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., *ibidem*.

⁴⁰ Jedini način da se prevaziđe ova barijera prema lekarima specijalistima jeste da pacijent plati iz svog džepa pregled i lečenje kod lekara specijaliste u privatnoj zdravstvenoj ustanovi.

žalbi upućuje na tešku dostupnost njihovih usluga, zbog čega bi u tom domenu trebalo izvršiti odgovarajuće korekcije. U suštini, osnovne primedbe se odnose na dugačke liste čekanja za specijalističke preglede,⁴¹ a to dalje vodi i u korupciju koja se pokazala kao način za prevazilaženje tog problema.

Plaćanje bolničkih usluga: Bolničke usluge se plaćaju po sistemu DSG,⁴² koji je uveden 2008. godine, dok se neke naročito komplikovane i skupe operacije finansiraju direktno iz budžeta, na primer, transplantacije organa.

Usluge medicinskih sestara i babica: Ove usluge se plaćaju kombinovanim sistemom i to na osnovu naknada za usluge i naknade na osnovu kapitacije.

Stomatološke usluge: Fond plaća za stomatološke usluge koje su obuhvaćene obaveznim paketom po sistemu plaćanje za uslugu.

Hitna medicinska nega: U ovom slučaju plaćanje se vrši po sistemu bolničkog dana, odnosno dnevnice za hitnu ambulantnu intervenciju ili za prevoz pacijenata, dok se naknade za intervencije koje zahtevaju hitno smeštanje na bolničko odeljenje obračunavaju po sistemu DSG. Ove usluge ne finansira NFZ još od 2007. godine, kada je ta obaveza kompletno prenet na državni budžet.

Lekovi: Naknade za lekove koji se izdaju u okviru ambulantne nege se obično samo delimično pokrivaju iz javnih sredstava i od pacijenata se traži da plate participaciju.⁴³ Međutim, lekovi koji se koriste u procesu lečenja u bolnici su besplatni za pacijente i plaćaju se po shemi DSG, standardnoj hemoterapijskoj shemi ili po zdravstvenim programima (posebno kada je o izuzetno skupim lekovima reč).⁴⁴

⁴¹ Od svih zemalja OECD-a u Poljskoj se najduže čeka na te preglede (izvor: Eurostat, SILC database, navedeno prema tabeli br. 13 u Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., op. cit, str. 17).

⁴² U Poljskoj je usvojen britanski sistem klasifikacije DSG.

⁴³ Lekovi sa liste imaju predviđenu cenu koju određuje Ministarstvo zdravlja na osnovu cena o kojima su pregovarali proizvođači lekova i ekonomska komisija tog ministarstva, dok cene za lekove koji nisu u okviru paketa formiraju farmaceuti slobodno. Kada je o lekovima u prvoj grupi reč, tada u načelu postoje tri različite doplate (za lekove čija cena nije u celosti pokrivena): 30% od cene leka, 50% od cene leka, participacija u iznosu od 3,20 PLN po pakovanju leka

⁴⁴ O sistemima plaćanja za zdravstvene usluge u Poljskoj videti više: Sagan, A., et. al, *Poland: Health System Review. Health Systems in Transition*, op. cit str. 86-87.

6. AKTUELNI PROBLEMI I GLAVNI PRAVCI DALJIH REFORMI

Iako je obaveznim zdravstvenim osiguranjem obuhvaćeno gotovo celokupno stanovništvo to još uvek nije, samo po sebi, pokazatelj da je zdravstvena nega i dostupna. U tom smislu najmanje problema ima na nivou primarne zdravstvene zaštite, a najviše primedbi se upućuje na račun dostupnosti specijalističke zdravstvene nege. Ono što najviše otežava pristup toj vrsti nege su liste čekanja, koje su najduže u poređenju sa ostalim zemljama članicama OECD-a.⁴⁵ Pored toga, dostupnost zdravstvene nege otežavaju i veliki izdaci pacijenata za nabavku potrebnih lekova.⁴⁶

Dugačke liste čekanja objašnjavaju se nedostatkom finansijskih sredstava za specijalističku medicinsku negu, kao i nedovoljnom koordinacijom različitih službi u procesu lečenja pacijenata. Iako liste čekanja mogu predstavljati sredstvo za smanjenje troškova zdravstvene zaštite, one su i nesumnjivi pokazatelj loše zdravstvene zaštite, ali i pritisak na pacijente da iz svog džepa plaćaju za medicinsku uslugu. To je, takođe, razlog zbog koga je korupcija u zdravstvu veoma raširena.⁴⁷

Da bi se ovaj problem rešio, logično je da se pođe od otklanjanja njegovih uzroka a to znači da bi trebalo ulagati više finansijskih sredstava u sistem zdravstvene zaštite, s jedne strane, i poboljšati ponudu zdravstvenih usluga, s druge. Sem toga, prelazak na vođenje medicinskih dosijea pacijenata u elektronskoj formi, takođe, doprinosi pojednostavljenju i ubrzanju administracije oko vođenja raznih evidencija, a to već samo po sebi skraćuje i liste čekanja.⁴⁸

⁴⁵ Izvor: Eurostat, SILC database (navedeno prema: tabela br. 13, u, Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., *Improving the Health-Care System in Poland*, op. cit, str. 17).

⁴⁶ Plaćanja za lekove su značajna uprkos jakoj farmaceutskoj industriji, a to se objašnjava time što se novi lekovi ipak proizvode u drugim, razvijenim zemljama zbog čega je njihova cena jako visoka na poljskom tržištu. Zbog toga ovde, kao i u gotovo svim drugim bivšim socijalističkim zemljama, upotreba generičkih lekova zauzima značajno mesto u lečenju jer su se farmaceutske industrije usmerile upravo na proizvodnju tih lekova umesto da plaćaju skupa istraživanja za proizvodnju novih lekova.

⁴⁷ Osim korupcije, pacijenti iznalaze i druge načine da prevaziđu problem dugačkih lista čekanja. Tako, na primer, pacijent koji treba da bude smešten u javnu bolnicu zakazuje privatnog pregled kod lekara specijaliste koji radi u toj bolnici na mestu sa koga odlučuje koji pacijenti će kada biti primljeni na lečenje, odnosno na intervencije. Nakon što plati specijalistički pregled kod tog lekara iz svog džepa, lekar mu omogućava da nezavisno od lista čekanja bude primljen u bolnicu da se potrebne intervencije izvrše bez odlaganja. O ovome videti više: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., op. cit, str. 19.

⁴⁸ Zbog toga se ovom pitanju u Poljskoj danas posvećuje dosta pažnje, ali proces uvođenja informacionog sistema ne ide željenim tempom, pre svega zbog toga što zaposleni slabo koriste kompjutere.

Uvođenju e-zdravstva se, inače, u Poljskoj danas posvećuje posebna pažnja. Naime, u januaru 2012. godine stupio je na snagu posebn zakon koji uređuje ovu oblast i reč je o Zakonu o informacionom sistemu u zdravstvenoj zaštiti. Njime su postavljena pravila za koordinaciju i integraciju informacionog sistema i medicinskih registara kao i mogućnost za *on line* pristup u te registre i sisteme od strane nadzornih tela Ministarstva zdravlja. Šta više, Zakon predviđa uvođenje sistema informacija o medicinskom tretmanu za svakog pacijenta posebno, o davaocima usluga, o zaposlenima u medicinskom sektoru i o cenama medicinskih usluga u javnom sektoru. Sem toga, e-zdravstvo podrazumeva integracionu radnu bazu podataka koja omogućava centralizovani izvor svih informacija o svim medicinskim tretmanima svakog pacijenta posebno, ali i slobodan pristup medicinskom Internet portalu za sva zainteresovana lica.⁴⁹

Poboljšanje bolničke efikasnosti, odnosno lečenje većeg broja pacijenata za kraće vreme bi, takođe, značajno doprinelo boljoj dostupnosti zdravstvene nege. Da bi se to postiglo nužno je organizovati upravljanje bolnicama na bolji način, uz istovremeno svođenje njihovih troškova u okvire koji su finansijski održivi. Kao glavne prepreke tome se mogu izdvojiti: nedovoljno snabdevanje bolnica potrebnim materijalima; slaba motivacija bolničkog osoblja da se suoči sa svojim finansijskim obavezama; nedostaci sistema upravljanja; nedovoljno jasna podela odgovornosti između različitih organa koji učestvuju u finansiranju, upravljanju i organizovanju rada u bolnicama.⁵⁰

Finansijski problemi bolnica su postali još izraženiji sa nastupanjem ekonomske krize, ali se veruje da će nova pravila koja predviđa Zakon o zdravstvenim aktivnostima usvojen 2011. godine doprineti boljem finansijskom upravljanju bolnicama. Tome bi, kako se očekuje, u najvećoj meri trebalo da doprinese promena statusnog oblika bolnica, koje bi trebalo da se iz javnih ustanova transformišu u privredna društva.⁵¹

⁴⁹ O konceptu e-zdravstva u Poljskoj videti više: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., *Improving the Health-Care System in Poland*, op. cit, str. 18-19.

⁵⁰ Videti više: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., op. cit, str. 28.

⁵¹ Ovaj proces je kao dobrovoljni proces započeo još 2009. godine i promovise ga i podržava poljska Vlada. Vlada je, naime, obećala svim bolnicama koje uđu u taj proces do kraja 2013. godine da će im oprostiti deo dugova pa je tako do kraja 2010. godine na ovaj način transformisano 114 bolnica i 55 bolničkih odeljenja (to čini oko 16% bolnica). Navedeno prema: Stefańczyk, M., Skonieczna, A., *Private Healthcare in Poland: over PLN 34bn in 2013*, PMR Publications, dostupno na: www.paiz.gov.pl/files/?id_plik=15795

Zakon, međutim, ne predviđa istovremeno i promenu vlasništva nad bolnicama; suprotno tome, bolnice ostaju svojina države, ali su organizovane po principu privrednih društava i posluju po pravilima zakona koji uređuje poslovanje privrednih društava. To, između ostalog, znači i da će svaki gubitak na kraju godine morati da plati vlasnik bolnice (a to su najčešće okružne vlasti) pa ako on to ne učini, onda će bolnica ili prestati sa radom ili će biti transformisana.⁵²

Šta je smisao ove promene? Pre svega, veruje se da će korporativno upravljanje u bolnicama doprineti kontroli troškova i da će pozitivno uticati na njihovo celokupno finansijsko poslovanje. To je veoma važno i zbog činjenice da će se najveći broj bolnica veoma brzo suočiti sa potrebom značajnih ulaganja u infrastrukturu, s obzirom da su zgrade u kojima su smeštene bolnice stare u proseku oko 50 godina, te da se u njihovo obnavljanje i održavanje veoma do sada veoma malo ulagalo.⁵³

Pored statusnih promena, poboljšanju finansijskog poslovanja bolnica treba da doprinese i sistem plaćanja bolničkih usluga po osnovu dijagnostički srodnih grupa. Od tog sistema se očekuje da omogući prevazilaženje finansijskih problema bolnica na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, koje pružaju najkomplikovanije i najzahtevnije zdravstvene usluge. Imajući u vidu da su takve usluge i najskuplje, jasno je da su te bolnice pod većim finansijskim pritiskom, koji je dodatno pojačan time što se u njima još uvek leči značajan broj pacijenata čije zdravstveno stanje ne zahteva tako specijalizovanu i skupu uslugu, već se može bez problema tretirati u zdravstvenim ustanovama na nižim nivoima zdravstvene zaštite. Kada se zdravstvene usluge budu ravnomernije rasporedile po postojećim bolnicama, prema njihovim kapacitetima a uzimajući u obzir potrebe pacijenata, tada će i ceo sistem finansijski bolje poslovati. Upravo tome treba da doprinese primena sistema DSG-a.

I na kraju, ali ne i najmanje važno, boljem funkcionisanju zdravstvenog sistema će doprineti poboljšanje položaja medicinskih radnika i osnaženje medicinske profesije,

⁵² O prvim rezultatima reforme videti izveštaj Svetske banke o finansijskoj održivosti bolničkog sektora u Poljskoj za 2014. godinu, dostupno na: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSCContentServer/WDSP/IB/2014/05/22/000442464_20140522121623/Rendered/PDF/882630PRIORITY0aper0Poland020140ENG.pdf

⁵³ Samo 12% univerzitetskih klinika sagrađeno je posle 1990. godine. Videti: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., op. cit, str. 30.

pre svega kroz povećanje broja medicinskog osoblja jer postoji bojazan da će u dogledno vreme potražnja prevazići ponudu u tom domenu.⁵⁴

⁵⁴ Uočeno je, naime, da se u Poljskoj ne školuje dovoljno lekara što se smatra da je posledica previše zahtevnog sistema njihovog školovanja. Zbog toga je 2011. godine skraćeno školovanje lekara i njihove obuke u nadi da će to privući više kandidata. Međutim, osim zbog školovanja, medicinska profesija nedovoljno je atraktivno i zbog toga što lekari više nisu tako uvaženi u poljskom društvu kao što je to nekada bio slučaj, te da su mnoge druge profesije bolje plaćene od lekara a čije školovanje ni rad nije tako zahtevan. O ovome videti više: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., op. cit, str. 33.

ČEŠKA REPUBLIKA

1. ISTORIJSKI OSVRT NA RAZVOJ SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Prvi sistem zdravstvene zaštite u Češkoj Republici uspostavljen je krajem XIX veka i to u oblasti Bohemija, koja je bila sastavni deo Austro-Ugarske monarhije. U Bohemiji je tada, kao i u ostatku monarhije, zdravstvena zaštita bila organizovana po sistemu koji je poznat kao Bizmarkov model zdravstvenog osiguranja. Ovako uređen sistem je funkcionisao sve do proglašenja nezavisnosti, odnosno do osnivanja Čehoslovačke Republike 1918. godine, ali i neko vreme nakon toga.¹ On je bio dobro utemeljen budući da je još u prvoj godini nezavisnosti donet Zakon o zdravstvenom osiguranju, koji je predviđao obavezno osiguranje za sve zaposlene, a to je činilo oko jednu trećinu ukupnog broja stanovnika.² Na tim osnovama je u Čehoslovačkoj Republici 1924. godine uspostavljen prvi socijalni model zdravstvenog osiguranja.

Ovaj model se vremenom razvijao i upotpunile su ga i druge forme osiguranja, kao i dobrovoljni prilozi te je takav, modifikovan sistem zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja funkcionisao godinama, čak i u periodu nakon Drugog svetskog rata. Naime, iako je Čehoslovačka Republika po okončanju rata postala sovjetska interesna sfera, to nije odmah uticalo na promenu sistema zdravstvene zaštite koji je, u skladu sa dotadašnjom tradicijom, ostao organizovan kao socijalni sistem zdravstvenog osiguranja na osnovama Bizmarkovog modela. Ovo osiguranje je bilo univerzalno i

¹ Kinkorová, J., Topolčan, O., *Overview of Healthcare System in Czech Republic*, u, EPMA Journal 2012, 3:4, Springer, 2012, str. 2.

² Rokosova, M., Háva, P., *Health Care Systems in Transition, Czech Republic*, Vol 7, No. 1/2005, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Politics, Copenhagen, 2005. str. 11.

obuhvatalo sve građane, finansiralo se iz doprinosa³ a celokupnu zdravstvenu negu je obezbeđivao Nacionalni fond za zdravstveno osiguranje.

Međutim, 1952. godine je došlo do promene sistema zdravstvene zaštite i njegove centralizacije u skladu sa Semaškovim modelom zdravstvenog osiguranja, karakterističnim za SSSR. Uvođenjem ovog modela zdravstvena zaštita je prestala da se finansira iz doprinosa, već su se sredstva za te potrebe obezbeđivala isključivo iz državnog budžeta. To je, dalje, značilo da je država preuzela celokupnu brigu o zdravstvu; celokupni zdravstveni sistem je nacionalizovan a svi davaoci zdravstvenih usluga su bili u vlasništvu države i inkorporisani u regionalne i okružne institute nacionalnog zdravlja.⁴

Ovakav, centralizovan sistem zdravstvene zaštite je u početku bio funkcionalan, ali je vremenom počeo da pokazuje slabosti, pa je postalo jasno da su promene neminovne. Uprkos tome, sistem se nije bitno menjao čak ni nakon osnivanja federacije Češke i Slovačke 1968. godine, kada je briga o zdravlju nacije umesto na jedno bila prenet na dva ministarstva, ali se pored toga ništa drugo nije izmenilo.

Najznačajniji period u novijoj istoriji Češke Republike nesumnjivo počinje devedesetih godina prošlog veka, sa nastupanjem korenitih političkih i društvenih promena u svim oblastima života.⁵ Jedna od najznačajnijih novina koju su te promene donele u sistem zdravstvene zaštite nesumnjivo je njegova liberalizacija, koja se ogledala u priznavanju građanima prava da slobodno biraju od koga će i kakvu medicinsku pomoć da primaju. Takođe, tada je uvedeno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje.⁶

Ove promene ne bi bile moguće bez odgovarajuće pravne regulative pa su već 1991. godine usvojeni Zakon o opštem zdravstvenom osiguranju⁷ i Zakon o Opštem

³ U to vreme doprinosi su se plaćali u visini od 6,8% od plate i u celosti su bili na teret poslodavca (navedeno prema: Rokosova, M., Háva, P, op. cit, str. 12).

⁴ Češki deo Čehoslovačke je tada imao 8 regiona i 75 okruga, a svaki region i svaki okrug su imali sopstveni institut nacionalnog zdravlja. U okviru tih instituta su se nalazile srednje i male bolnice, poliklinike, zdravstveni centri za pružanje vanambulantne nege, apoteke, centri za higijenu, zdravstveni centri za zaposlene, odeljenja hitne i prve pomoći i škole za bolničarke. Videti više: Rokosova, M., Háva, P, ibidem.

⁵ Reč je o promenama koje su usledile nakon tzv. «Plišane revolucije» koja je počela 1989. godine.

⁶ U ovom periodu osnovane su i lekarske, stomatološke i farmaceutske komore, kao i druga udruženja zdravstvenih radnika.

⁷ Zakon br. 550/1991 (Act No. 550/1991 Coll.).

fondu zdravstvenog osiguranja,⁸ koji su pripremili promenu modela zdravstvenog osiguranja u pravcu uspostavljanja socijalnog zdravstvenog osiguranja, tj. vraćanja na Bizmarkov model.

Po novom sistemu zdravstveno osiguranje je bilo obavezno po samom zakonu, a umesto iz budžeta ono se finansiralo iz doprinosa zaposlenih.⁹ Takođe, umesto Nacionalnog fonda zdravstvenog osiguranja, za sprovođenje zdravstvene zaštite bio je zadužen Opšti fond zdravstvenog osiguranja kao i njegova predstavništva širom zemlje.¹⁰ Fond je neprofitna organizacija koji sa davaocima zdravstvenih usluga zaključuje ugovore o njihovom finansiranju i to, po pravilu, po sistemu "plaćanje po pruženoj usluzi".

Od tada pa sve do danas, promene češkog sistema zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja se odvijaju postepeno i vremenom je izvršena kompletna revizija zdravstvenih usluga, promenjena su tela nadležna za organizovanje i sprovođenje zdravstvene zaštite, uveden je potpuno novi sistem zdravstvenog osiguranja, gotovo u celosti je izvršena privatizacija primarnog nivoa zdravstvene zaštite, privatizovan je pretežan deo farmaceutskog sektora, privatizovana je većina banjskih lečilišta, itd. Ipak, počev od 2005. godine izvršeno je nekoliko značajnijih i opsežnijih promena, među kojima su posebno značajne sledeće:

Prvo, između 2005. i 2006. godine je predviđena i implementirana potpuno nova shema prilagođavanja rizika, što je sprovedeno da bi se doprinosi obaveznog zdravstvenog osiguranja pravično preraspodelili na fondove zdravstvenog osiguranja,¹¹

⁸ Zakon br. 551/1991 (Act No. 551/1991 Coll.).

⁹ Ovi doprinosi se određuju zakonom i to procentualno u odnosu na platu. Prema poslednjim dostupnim podacima oni su iznosili 13, 5% od plate, od čega zaposleni plaća 4,5% a poslodavac 9%. I samozaposlena lica plaćaju doprinos u visini od 13,5% ali ne na celokupni profit, već na 35% od ostvarenog profita. O ovome videti više: Rokosova, M., Háva, P., *Health Care Systems in Transition, Czech Republic*, op. cit, str. 29.

¹⁰ U početku je bilo 27 osiguravajućih društava koja su delovala u oblasti zdravstvenog osiguranja, ali je taj broj vremenom bio sve manji, npr. 2000. godine ih je bilo samo 9 (navedeno prema: Rokosova, M., Háva, P., op. cit, str. 13).

¹¹ Ovde je reč o tome da se plaćanje lekara opšte prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti vrši na osnovu sistema kapitacije, ali tako što se za svakog osiguranika koji je stariji od 60 godina života plaća trostruki iznos standardne kapitacije za takvog osiguranika. Razlog za to je da se ravnomerno rasporede rizici i da bi se izbegla bankrotstva fondova za zdravstveno osiguranje. Navedeno prema: Rokosova, M., Háva, P., op. cit, str. 31.

Drugo, 2008. godine je uvedena obaveza pacijenata da po sistemu «plaćanje iz džepa» plaćaju za korišćenje većeg broja medicinskih usluga, među kojima su: lekarske vizite, boravak u bolnicama, recepte za lekove, itd;

Treće, 2008. godine je Državni Institut za kontrolu lekova uključen u postupak odlučivanja o maksimalnim cenama lekova, čime se postigla transparentnost tog postupka i doprinelo obuzdavanju cena lekova a samim tim i troškova zdravstvene zaštite;

Četvrto, da bi se poboljšao kvalitet visoko specijalizovanih usluga određene su ustanove koje ispunjavaju uslove za pružanje takvih usluga po najvišim standardima i dopušteno je da ugovori koje zaključuju fondovi sa tim ustanovama sadrže i neke specijalne uslove, koji nisu dozvoljeni u ugovorima sa ustanovama van ove kategorije.¹²

2. ORGANIZACIJA I UPRAVLJANJE SISTEMOM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Upravljanje zdravstvenom zaštitom je delom u nadležnosti resornog ministarstva, a delom u nadležnosti fondova zdravstvenog osiguranja. Ministarstvo zdravlja donosi odgovarajuće propise kojima obezbeđuje uniformno i profesionalno pružanje zdravstvenih usluga, među kojima najznačajniju ulogu imaju sledeći propisi: Povelja o ljudskim pravima i slobodama iz 1993. godine,¹³ Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju,¹⁴ Zakon o zdravstvenoj zaštiti¹⁵ i Zakon o obaveznim premijama za obavezno zdravstveno osiguranje.¹⁶ U okvirima postavljenim pomenutim propisima fondovi, koji uživaju visok stepen samostalnosti, odlučuju o najvećem broju pitanja značajnih za funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite. Najveći i najznačajniji je Opšti fond zdravstvenog osiguranja, a pored njega postoji još deset regionalnih fondova.¹⁷ Oni

¹² O ovome videti više: Kinkorová, J., Topolčan, O., op. cit, str. 4-5.

¹³ Ova Povelja je usvojena Rezolucijom Prezidijuma Češkog Nacionalnog Saveta br. 2/1993, i predstavlja sastavni deo Ustava.

¹⁴ Zakon br. 48/1997 Coll.

¹⁵ Zakon br. 20/1966 Coll. (sa brojnim izmenama i dopunama u međuvremenu do danas).

¹⁶ Zakon br. 592/1992 Coll.

¹⁷ Opšti fond zdravstvenog osiguranja pokriva oko dve trećine populacije. Navedeno prema: Nemec, J., *The Slovak and Czech health insurance systems: pros and cons*, dostupno na: http://health.insurance.bg/presentations/Juraj_Nemec.pdf

neposredno pregovaraju sa davaocima zdravstvenih usluga i samostalno odlučuju sa kim od njih će zaključiti ugovor o njihovom finansiranju.¹⁸

Predmet pregovora koje vode fondovi sa davaocima zdravstvenih usluga su, po pravilu, usluge koje će fond plaćati sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja,¹⁹ pri čemu se pregovori vode ne samo u vezi određenja tih usluga, već i o njihovom bodovanju, ceni boda, uslovima pod kojima će se pružati i dr. Kada se pregovori završe, a fondovi i davaoci usluga budu spremni da zaključe ugovore, tada se pre nego što se ugovori potpišu celokupna dokumentacija dostavlja nadležnom ministarstvu kako bi se još jednom proverilo da li su pregovori okončani tako da njihov rezultat obezbeđuje zaštitu javnog interesa, ali i da bi se proverilo da li je sve dogovoreno u skladu sa zakonom. Ako fondovi i davaoci usluga ne okončaju uspešno pregovore, onda ministarstvo interveniše u javnom interesu, jer se ugovori moraju zaključiti.²⁰

Sama zdravstvena zaštita organizovana je na nekoliko nivoa i obuhvata različite vidove zdravstvenih usluga. To su:

Vanbolnička nega (primarna zdravstvena zaštita): Ovaj vid zdravstvene nege pružaju lekari opšte prakse i lekari određenih specijalizacija na nivou primarne zdravstvene zaštite. Budući da većina njih deluju kao privatnici, da bi se izbeglo plaćanje iz džepa potrebno je odabrati lekara sa kojim osiguravajući fond ima zaključeni ugovor, jer se zdravstvene usluge plaćaju samo na osnovu ugovora. Lekar opšte prakse čije se usluge plaćaju sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja, u načelu, ne može da odbije da primi pacijenta koji je obavezno osiguran, sem ako proceni da mu ne može pružiti kvalitetnu uslugu, ili da bi to narušilo njegove kapacitete da se posveti drugim pacijentima. Kada je o lekarima specijalistima reč, tada je za Češku karakteristično da na

¹⁸ Pregovori obično traju oko šest meseci, a ugovori se, najčešće, zaključuju na period od dve godine.

¹⁹ Obavezni paket usluga je prvo određivalo Ministarstvo, da bi se 1997. godine Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju taj sistem promenio i bilo je predviđeno da sve usluge koje konkurišu da uđu u obavezni paket prođu proceduru tendera. Ovaj sistem je uneo dosta nedoumica u ceo proces pregovaranja o zdravstvenim uslugama koje će se naći u obaveznom paketu, a Ministarstvo se iz tog procesa sasvim isključuje pa ono nije više garantovalo koje će se usluge naći u tom paketu, već je to isključivo zavisilo od dogovora između fondova i davalaca zdravstvenih usluga. Takvo rešenje nije dalo dobre rezultate u praksi i ono je ubrzo promenjeno i to tako što je Ministarstvu ponovo dato ovlašćenje u odnosu na usluge koje će obuhvatati obavezni paket usluga. O ovome videti više: Rokosova, M., Háva, P., *Health Care Systems in Transition, Czech Republic*, op. cit, str. 24.

²⁰ O ovome videti više: Rokosova, M., Háva, P., *Health Care Systems in Transition, Czech Republic*, op. cit, str. 22.

ovom nivou zdravstvene zaštite za pregled kod lekara specijaliste nije potreban uput lekara opšte prakse.

Bolnička nega: Pacijenti mogu da se smeste na bolničko lečenje samo na osnovu uputa lekara opšte prakse ili lekara specijaliste koji radi na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Ovaj vid nege se pruža u bolnicama i u drugim specijalizovanim institucijama koje pružaju usluge bolničkog lečenja kao što su, na primer, psihijatrijske bolnice, rehabilitacioni centri, bolnice koje pružaju palijativnu negu, itd. Bolnicama upravljaju regioni,²¹ privatna lica ili crkve, dok Ministarstvo zdravlja upravlja neposredno univerzitetskim bolnicama i klinikama tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite.

Služba hitne pomoći: Hitna zdravstvena nega je dostupna svima kojima urgentno treba pružiti medicinsku pomoć, na primer u akutnim stanjima bolesti ili u nesrećama. U pitanju su, po pravilu, pacijenti koji su u takvom stanju da ne mogu sami da dođu do lekara, ili im je potrebna hitna medicinska intervencija, ili prevoz u odgovarajuću medicinsku ustanovu pod stalnim lekarskim nadzorom jer postoji opasnost od daljeg oštećenja zdravlja ili opasnost po život.

Balneološka nega: Ovaj vid zdravstvene nege se, takođe, pruža u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja ako se to smatra obaveznim tretmanom u funkciji oporavka. Balneološka nega se dobija na preporuku jednog lekara, koju je potvrdio drugi lekar, i to su lekari opšte prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno lekari u bolnici za pacijente koji se nalaze na bolničkom lečenju.

Dugotrajna nega: Za stara lica i za bolesnike kojima je potrebna dugotrajna nega predviđena su dva sistema zaštite, koja se međusobno preklapaju ali se ne finansiraju na isti način. Tako, jedan sistem pružaju socijalne službe (centralna i lokalne), prema sadržini i uslugama koje pruža sistem socijalne zaštite i ovaj sistem se finansira iz budžeta, dok drugi sistem pružaju zdravstvene ustanove i on se finansira pretežno sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja, a obuhvata zdravstvenu negu i druge zdravstvene sadržaje.

²¹ Počev od 2003. godine započeo je postupak decentralizacije bolnica tako da se one sa državnog vlasništva prebacuju na regionalno, što je imalo za posledicu da bolnicama više na upravlja Vlada već regioni, odnosno regionalne kancelarije.

3. SADRŽINA OBAVEZNOG PAKETA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Obavezni paket zdravstvenih usluga obuhvata različite vrste usluga u okviru različitih nivoa i vidova zdravstvene zaštite. O sadržini tog paketa, kao što je već pomenuto u prethodnom izlaganju, dogovaraju se fondovi i davaoci usluga i taj paket danas obuhvata, u potpunosti ili delimično, usluge u okviru: vanbolničke i bolničke nege; hitne zdravstvene nege; ambulantne nege; preventivne nege; dispanzerske nege; snabdevanja lekovima i medicinskim pomagalicama (npr. slušni aparati, bandažeri, itd.); balneološke nege; nege u specijalizovanim dečjim bolnicama i sanatorijumima; industrijsku zdravstvenu negu; prevoz bolesnih lica; obdukcije.

Ipak, obavezno osiguranje ne nadoknađuje nužno celokupnu cenu za usluge obuhvaćene obaveznim paketom, već su nešto pacijenti dužni da plate iz drugih izvora (npr. iz svog džepa ili iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja). Tako, na primer, većina stomatoloških usluga nije obuhvaćena obaveznim paketom, kao ni neki lekovi²² ili neki vidovi balneološke nege. Preventiva, po pravilu, takođe nije obuhvaćena obaveznim paketom usluga, ali neki vidovi te vrste nege jesu, na primer: obavezne vakcinacije; periodični pregledi lekara opšte prakse (na svake dve godine); «*cancer screening*» programi (npr. za rak debelog creva, rak dojke, rak grlića materice); mamografija za žene starosti između 49 i 69 godine (na svake dve godine); preventivni ginekološki pregledi uključujući i citološki pregled za žene starije od 15 godina života; usluge koje su u funkciji smanjenja oštećenja zdravlja usled zloupotrebe alkohola i opojnih droga; lečenje gojaznosti posebno kod dece; programi borbe protiv pušenja; seksualno vaspitanje; edukacija o rizicima određenih životnih stilova itd.²³

Usluge koje su obuhvaćene obaveznim paketom zdravstvenih usluga se stavljaju na liste, a te liste su obavezni prilozi uz ugovore koje zaključuju fondovi sa davaocima zdravstvenih usluga.

²² Međutim, u svakoj kategoriji lekova najmanje jedan lek mora da se nađe na listi lekova koje u celosti finansira obavezno zdravstveno osiguranje. Pacijenti, sem toga, ne plaćaju ni za lekove koje prime u okviru bolničkog tretmana, jer i to u celosti pokriva obavezno zdravstveno osiguranje.

²³ Trenutno se u Češkoj Republici posvećuje dosta pažnje ovim i drugim aktivnostima koje su u funkciji preventive za očuvanje zdravlja. O ovom pitanju videti više: Kinkorová, J., Topolčan, O., *Overview of Healthcare System in Czech Republic*, op. cit, str. 6. i 8.

Osim zdravstvenih usluga, iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja nadoknađuju se i troškovi za lekove. Do 2008. godine su liste lekova i njihove cene određivala zajedno ministarstva zadužena za pitanja zdravlja i finansija, ali je od 2008. godine to preneto u nadležnost Državnog instituta za kontrolu lekova.

4. FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I NJENI TROŠKOVI – STATISTIČKI POKAZATELJI

Zdravstveni sistem u Češkoj je organizovan kao sistem socijalnog zdravstvenog osiguranja, u kome obavezno zdravstveno osiguranje obezbeđuje univerzalno pokriće i to na načelima solidarnosti i jednakosti.²⁴ Taj sistem se dominantno finansira iz javnih izvora, pre svih sredstvima prikupljenim po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje i sredstvima iz nacionalnog i regionalnih budžeta, ali to nije dovoljno pa se on delimično finansira i iz privatnih izvora. Svi davaoci zdravstvenih usluga koji su uključeni u shemu javnog zdravstva, nezavisno od svojinskog statusa,²⁵ finansiraju se na osnovu ugovora koje zaključuju sa osiguravajućim fondovima.

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem su pokrivena lica koja imaju stalno prebivalište u Češkoj Republici, kao i lica koja nemaju prebivalište na njenoj teritoriji, ali su zaposlena kod poslodavca registrovanog u Češkoj. Ako neko nije obuhvaćen obaveznim zdravstvenim osiguranjem, onda mu stoji na raspolaganju dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Ovo, dobrovoljno zdravstveno osiguranje se zaključuje, takođe, kod Opšteg fonda za zdravstveno osiguranje.

Zdravstvena zaštita u Češkoj Republici se, kao što je već pomenuto, dominantno finansira iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koje pokriva 76,6% ukupnih troškova zdravstvene zaštite u toj zemlji.²⁶ Pored toga, nacionalni i regionalni budžeti finansiraju 7,2% od ukupnih troškova zdravstvene zaštite, a privatno zdravstveno osiguranje finansira 16,2% tih troškova.²⁷

²⁴ Načelo jednakosti zdravstvene zaštite ima dvojaku funkciju: prvo, zdravstvena nega je svima dostupna pod jednakim uslovima i drugo, svi imaju pravo na jednaki tretman (ni manje ni više).

²⁵ U Češkoj Republici je primarna zdravstvena zaštita dominantno u privatnom vlasništvu (oko 95%), dok su bolnice pretežno u državnom, dakle javnom vlasništvu.

²⁶ Izvor: *Czech Health Statistics 2009* (navedeno prema: Kinkorová, J., Topolčan, O., op. cit, str. 5).

²⁷ Izvor: ibidem.

Deo troškova zdravstvene zaštite finansiraju građani iz svog džepa. Ipak, za većinu domaćinstava učešće u tim troškovima ne predstavlja značajnu stavku porodičnog budžeta jer se za te potrebe prosečno izdvaja manje od 3% od ukupnih troškova jednog domaćinstva, što je manje od prosečnih izdvajanja po domaćinstvu za alkohol ili za cigarete. Sem toga, manje od polovine domaćinstava kada plaća iz džepa tada koristi samo neophodne zdravstvene usluge, na primer, stomatološke usluge ili za lekove, dok više od polovine domaćinstava (53%) troši na vitamine, dodatke ishrani i homeopatske lekove.²⁸

Učešće ukupnih troškova zdravstvene zaštite u bruto društvenom proizvodu Češke Republike iznosi 7,5%, i to učešće vremenom postepeno raste.²⁹

5. PLAĆANJE ZDRAVSTVENIH USLUGA

Glavni kupci zdravstvenih usluga u Češkoj Republici su fondovi zdravstvenog osiguranja, koji sa davaocima zdravstvenih usluga zaključuju odgovarajuće ugovore, po pravilu dugoročne, na osnovu kojih se određuje način plaćanja za te usluge. Načini plaćanja lekarskih usluga zavise od više činilaca, na primer, od toga na kom nivou zdravstvene zaštite se pruža usluga, da li je reč o bolničkoj ili vanbolničkoj nezi, ko je vlasnik ustanove u kojoj se pruža usluga, itd.

Kada je o plaćanju lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti reč, tada je jasno uočljiva razlika između onih koji rade privatno od lekara zaposlenih u javnim zdravstvenim ustanovama. Tako, lekari kojima je država poslodavac rade za platu i oni dobijaju, po pravilu, iznos koji je nešto viši od republičkog proseka, dok se lekari koji rade privatno plaćaju po sistemu koji je kombinacija plaćanja na osnovu pruženih usluga i plaćanja po osnovu kapitulacije.³⁰ Da bi se odredila naknada po osnovu kapitulacije,

²⁸ O ovome videti više: Lunerova, J., 2012: *The Year of the Czech Republic Health Care Revolution*, dostupno na: <http://engagementstrategy.com/articles/2012-the-year-of-the-czech-republics-healthcare-revolution/>

²⁹ Tako je, na primer, u 2002. godini ono iznosilo 6,8% BDP-a. Izvor: OECD Healthdata 2012, dostupno na: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>

³⁰ Sistem plaćanja lekara po osnovu kapitulacije uveden je 1997. godine kao način da se obuzdaju prekomerni troškovi za zdravstvenu zaštitu. Naime, pre uvođenja kapitulacije lekari su se plaćali isključivo na osnovu pruženih usluga pa su oni, da bi ostvarili što veće zarade, pružali više usluga nego što je to bilo medicinski opravdano. Zbog toga je uveden sistem kapitulacije, koji je trebalo da ovu negativnu pojavu spreči ili makar

celokupna populacija je podeljena u 18 grupa, prevashodno prema godinama starosti, da bi svaka grupa potom dobila odgovarajuću vrednost indeksa. Tako, na primer, deca do 4 godine života imaju vrednosti indeksa 3,8; lica starosti od 20 do 24 godine imaju vrednost indeksa 0,9; lica od 60 do 65 godina imaju vrednost indeksa 1,5; lica preko 85 godina života imaju vrednost indeksa 3,4.³¹ Broj pacijenata po lekaru je ograničen, a lekari koji i pored toga imaju više pacijenata dobijaju manje po pacijentu nego što je određeno kapitulacijom.

Lekari specijalisti u ambulantnoj nezi se ne plaćaju na isti način kao i lekari opšte prakse, već se njihove nadoknade određuju kombinacijom plaćanja po osnovu budžeta i po osnovu pružene usluge.³² Budžet za određenu godinu se određuje na osnovu iznosa koji je tom specijalisti plaćen za izvršene usluge u prethodnoj godini, s tim da se tako dobijeni iznos uveća za stopu inflacije. Da bi lekar specijalista u jednoj godini ostvario zaradu u visini od 100% od prošlogodišnje zarade, potrebno je da on u toj godini pruži minimum 70% lekarskih usluga u odnosu na broj usluga u godini koja je bila osnov za obračun.³³

Finansiranje bolnica se vrši, takođe, kombinovanim sistemom plaćanja i to plaćanjem po osnovu bolničkog budžeta i po osnovu dijagnostički srodnih grupa (u daljem tekstu: DSG). Sistem DSG je uveden 2007. godine sa ciljem da se poboljša kvalitet i kvantitet usluga koje pružaju bolnice jer su one, od kada je uvedeno ograničenje njihovih troškova po osnovu bolničkog budžeta,³⁴ drastično smanjile broj usluga koje su pružale. Trebalo je dugo vremena da bolnice pređu na sistem naplate svojih usluga po

smanji na razumnu meru. O ovome videti više: Rokosova, M., Háva, P., *Health Care Systems in Transition, Czech Republic*, op. cit, str. 75.

³¹ Ibidem.

³² I ovaj kombinovani sistem je uveden 1997. godine (uvedeno je ograničenje primanja putem određivanja budžeta) iz istih razloga zbog kojih je uveden sistem plaćanja po osnovu kapitulacije.

³³ O ovome videti više: Rokosova, M., Háva, P., *Health Care Systems in Transition, Czech Republic*, op. cit, str. 76.

³⁴ Do sredine 1997. godine bolnice su naplaćivale svoje usluge na osnovu bolničkog budžeta (koji se određivao na godišnjem nivou prema plaćanjima toj bolnici izvršenim u toku prethodne godine, uvećano za stopu inflacije), a 2001. godine je kao korektivni način plaćanja bilo uvedeno (tačnije, vraćeno je) i plaćanje na osnovu pruženih usluga, jer plaćanje isključivo na osnovu unapred određenog budžeta nije dalo dobre rezultate. O ovome videti više: Rokosova, M., Háva, P., *Health Care Systems in Transition, Czech Republic*, op. cit, str. 74-75.

osnovu DSG, jer su se u praksi, suprotno propisima, tolerisali njihovi zahtevi da im se plaća na osnovu pruženih usluga.³⁵

Pitanje nadoknade cena za lekove je u nadležnosti Državnog instituta za kontrolu lekova, koji je do skoro određivao maksimalne cene za lekove obuhvaćene obaveznim paketom usluga na osnovu upoređivanja sa cenama za te lekove u osam referentnih država članica EU. Konačna cena leka bi se, po pravilu, opredelila prema prosečnoj ceni tog leka na osnovu tri najniže cene u referentnim državama.³⁶ Međutim, ovaj sistem je promenjen 2011. godine, od kada se cena lekova sa liste umesto upoređivanjem sa referentnim državama EU, određuje na osnovu e-aukcija za lekove.³⁷

6. AKTUELNA REFORMA ZDRAVSTVENOG SISTEMA ČEŠKE REPUBLIKE

Godina 2012. je veoma značajna za češki zdravstveni sistem s obzirom da je to godina u kojoj je započeta još jedna, značajna reforma tog sistema. Ona je izraz potrebe za prilagođavanjem promenama koje donose nove tehnologije u zdravstvu, ali istovremeno je njen cilj i uvažavanje potreba pacijenata. Naime, pacijenti su vremenom stekli veštine potrebne za donošenje odluka o pitanjima značajnim za njihovo zdravlje, na primer, da biraju medicinski tretman pa oni, shodno tim novim veštinama koje su stekli, opravdano zahtevaju i da im se prizna ravnopravna uloga u odnosu lekar – pacijent – zdravstveno osiguranje. Pored toga, reforma ima za cilj i da odgovori na zahteve za ekonomskom stabilnošću zdravstvenog sistema, jer su izazovi na tom planu sve veći.³⁸

Reformu podržava set zakona iz oblasti zdravstvene zaštite, koji je stupio na snagu u aprilu mesecu 2012. godine. Među njima su: Zakon o zdravstvenim uslugama,

³⁵ O ovome videti: Kalman, I., McCarthy, B., *Benchmark Studies of DRG Systems used in EU, Experience in Ireland and Germany*, EC Twinning Project, 2007, str. 11.

³⁶ Kao referentne države uzete su: Estonija, Francuska, Grčka, Mađarska, Litvanija, Italija, Litvanija, Portugal i Španija. Navedeno prema: Brindová, L., Pavloková, K., Roubal, T., Rokosová, M., Gaskins, M., Ginneken, E., *Czech Republic: Health System Review*, Health Systems in Transition, WHO, 2009, str. 85.

³⁷ Državni Institut za kontrolu lekova je već uveo ovaj sistem tokom 2011. godine, s tim da se e-aukcija otvara isključivo na zahtev osiguravajućih fondova i osiguravajućih kompanija, a nakon što to odobri Ministarstvo zdravlja. Nakon sproveden aukcije od lekara će se zahtevati da prepisuju lekove koji su dobili najmanju cenu. Navedeno prema: Lunerova, J., 2012: *The Year of the Czech Republic Health Care Revolution*, op. cit.

³⁸ Ovo je u potpunosti u skladu sa dokumentom Strategija 2020 za Evropu, koja se ne bavi posebno zdravstvom, ali se određena pitanja iz ove oblasti u njom pominju i razrađuju, pre svega, ukazuje se na potrebu obezbeđivanja ekonomske stabilnosti zdravstvenih sistema i na potrebu osnaživanja uloge pacijenata. O Evropa Strategiji 2020 videti: http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm

Zakon o specijalističkim i hitnim službama, kao i amandmani na Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju. Od ovih zakona posebnu važnost ima Zakon o zdravstvenim uslugama, osnovni zakon za celu oblast zdravstva koji postavlja uniformna pravila i uslove za dobijanje dozvola za rad svih davalaca zdravstvenih usluga. Poboljšanje sistema rada u zdravstvu će, pored toga, obezbediti i nova pravila za bolničarke, koja su uvedena sa ciljem da se odgovori na sve veću potražnju za dugotrajnom negom starijih i bolesnih lica. To će se postići tako što će se bolničarke obučiti za rad u kućama ili ustanovama koje su u nadležnosti odgovarajućih službi koje organizuju takav vid nege.

Antikorupcijske mere su, takođe, integralni deo reforme zdravstvenog sistema u Češkoj Republici i u tom smislu se preuzimaju mere za ozbiljnije regulisanje finansijskih tokova od farmaceutskih kompanija prema lekarima. Naime, prema propisu koji je stupio na snagu u januaru mesecu 2013. godine, predviđa se zabrana za farmaceutske kompanije da neposredno posećuju lekarske ordinacije, dok će se dosadašnja praksa istraživanja tržišta i posttržišnih studija smatrati reklamom i kao takva je, takođe, zabranjena. Nova pravila su predviđena i za sponzorisanje kongresnog turizma, što je pitanje koje je posebno detaljno uređeno, a ovaj vid turizma je značajno ograničen. Pored toga, predviđena je i zabrana takmičenja, nagradnih i drugih igara koje na bilo koji način mogu da utiču na prodaju lekova.

I na kraju, jedan od najvažnijih ciljeva reforme jeste podrška e-zdravstvu, koja se ogleda u unapređenju informacionog sistema zdravstva, što je uslov za lakše i jednostavnije vođenje statistike i prikupljanje podataka, da bi se na osnovu toga projektovale rešenja koja će dalje doprineti poboljšanju zdravstvenog sistema.³⁹

³⁹ O ovim ciljevima reforme češkog zdravstva koja se sprovodi tokom 2012. godine videti više: Lunerova, J., 2012: *The Year of the Czech Republic Health Care Revolution*, op. cit.

REPUBLIKA SLOVENIJA

1. UVOD

Osamdesetih godina prošlog veka je sistem zdravstvenog osiguranja upao u finansijsku krizu usled nedostataka sistema samoupravnih interesnih zajednica i njegove postepene finansijske nestabilnosti. Po svojim odlikama tadašnje zdravstveno osiguranje je bilo najbližije Beveridžovom modelu nacionalne zdravstvene zaštite¹, koji je u početku dobro funkcionisao do trenutka nastupanja političke, socijalne i ekonomske krize u SFRJ. Okolnosti koje su nastupile su jasno ukazale da je potrebno pristupiti reformisanje sistema zdravstvene zaštite i osiguranja, naročito nakon potpunog sloma dotadašnjeg sistema 1989. godine. Jedan od prvih koraka bilo je okretanje nacionalizaciji sistema zdravstvene zaštite², a posle izbora 1990. godine resor zdravstva je pripao Socijaldemokratskoj stranci Slovenije, koji su u ovoj oblasti bili inspirisani nemačkim i austrijskim sistemima zdravstvenog osiguranja, pa su se, između ostalog, zalagali i za što veći uticaj lekarskih komora, kao što je bio slučaj u zemljama uzorima.

Da bi se sistem zdravstvenog osiguranja Slovenije što bolje shvatio, potrebno je uzeti u obzir i prilike sa političke scene, koje se donekle kreirale zakone koji su doneti '92. godine, a koji su se odnosili na zdravstveno osiguranje. Neke od tih političkih prilika su uvođenje parlamentarne demokratije,³ principa samoopredeljenja i proglašenje nezavisnosti.

Od 1992. godine, kada je usvojen Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu, Zakon)⁴, u Sloveniji vlada Bizmarkov model socijalnog

¹ Videti detaljnije deo publikacije posvećen osnovnim modelima zdravstvenog osiguranja.

² Videti: T. Albreht, "Da li su zdravstveni sistemi Hrvatske i Slovenije dorasli principima socijalne demokratije?", Ljubljana 2009, tekst je dostupan na <http://www.fes.ba/publikacije/2009-09-Zdravstveni%20sistem%20Slovenija-studija.pdf>, 12.10.2012.

³ Ove političke promene su započete donošenjem i objavljivanjem akta „Majniška deklaracija“ u časopisu Delo 1989. godine.

⁴ Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju, *Uredni list RS*, br. 9/1992.

zdravstvenog osiguranja, koji se zasniva na principu obaveznog osiguranja pojedinca, za čije sprovođenje je nadležan Zavod za zdravstveno osiguranje Slovenije (u daljem tekstu, Zavod)⁵. Obavezno zdravstveno osiguranje je opšte jer se odnosi na sva zaposlena lica i na tzv. zavisna lica, čiji je položaj regulisan Zakonom (pre svega, misli se na nezaposlene supružnike, registrovana nezaposlena lica ili lica bez ikakvog izvora prihoda. Do donošenja pomenutog Zakona država je bila ta koja je snosila troškove finansiranja obaveznog zdravstvenog osiguranja. Međutim, vremenom je došlo do izmene sistema finansiranja i nekada isključivo javni sistem finansiranja postepeno prerasta u mešoviti sistem u kom privatni izvori finansiranja osiguranja postaju sve značajniji jer obavezno zdravstveno osiguranje sada preuzima na sebe samo deo troškova⁶. Ostatak troškova za zdravstvene usluge snose osiguranici.

Pored obaveznog zdravstvenog osiguranja, postoji i dobrovoljno zdravstveno osiguranje, koje može biti komplementarno i suplementarno. Međutim, u slovenačkom pravu nije moguće isključiti obavezno zdravstveno osiguranje, tako da ne postoji dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje u potpunosti pokriva sve troškove zdravstvenog osiguranja, tzv. supstitutivno dobrovoljno osiguranje. Uloga dobrovoljnog osiguranja se svodi na pokrivanje troškova koje snosi osiguranik u okviru obaveznog paketa zdravstvenih usluga⁷, što predstavlja tzv. komplementarno dobrovoljno osiguranje. Većina stanovništva Slovenije bira upravo ovaj metod finansiranja svog dela troškova zdravstvenih usluga delimično pokrivenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem.⁸ Dobrovoljno zdravstveno osiguranje se može pojaviti i u vidu suplementarnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno radi pokrivanja troškova koji uopšte nisu predviđeni obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Suprotno praksi u drugim zemljama Evropske unije, komplementarno i suplementarno dobrovoljno osiguranje ne vrše refundaciju troškova osiguranicima, već direktno isplaćuje troškove davaocima zdravstvenih usluga. Osiguravajuće kompanije koje pružaju usluge dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Sloveniji su Adriatic- Slovenica, Triglav, Merkur i Vzajemina.

⁵ Videti: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzseng.nsf>, 06.10.2012.

⁶ Prema podacima Zavoda za statistiku Republike Sloveniji, udeo privatnih izvora finansiranja osiguranja je dostigao 29% u 2009. godini.

⁷ Videti deo 3. ovog rada.

⁸ Komplementarno dobrovoljno osiguranje je dostiglo oko 1% BDP.

Slovenački sistem zdravstvene zaštite i obaveznog zdravstvenog osiguranja je centralizovan, dok je nadležnost lokalnih zajednica i dalje ograničena i svodi se na izvršenje zadataka postavljenih na centralnom nivou. Kada je o davaocima zdravstvenih usluga reč, tada je primetan porast privatnih davalaca tih usluga, pre svega u primarnoj i specijalističkoj zdravstvenoj zaštiti.⁹ Ipak, najveći deo usluga i dalje pružaju državne bolnice (naročito, u ambulantnoj, specijalističkoj, kao i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti) i primarni zdravstveni centri koji su u vlasništvu opština.¹⁰

2. ISTORIJAT RAZVOJA SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U REPUBLICI SLOVENIJI¹¹

Do Prvog svetskog rata Slovenija je bila deo Austrougarskog carstva, tako da se njeni propisi iz oblasti zdravstvene zaštite i osiguranja nisu razlikovali od propisa u ostalim delovima carstva. Privatna lekarska praksa je bila dominantni oblik pružanja lekarskih usluga. Prvi korak ka zakonskom regulisanju zdravstvenog osiguranja učinjen je u XIX veku, donošenjem Zakona o rudarima, koji je predviđao osiguranje rudara u slučaju bolesti. Ovo osiguranje je 1858. godine prošireno i na radnike na železnicama, da bi 1869. godine ono pored bolesti počelo da obuhvata i povrede. Obavezno osiguranje u slučaju povrede je predviđeno zakonom iz 1887. godine, koji je bio uređen po uzoru na Bizmarkov model osiguranja. Sledeće godine, šema osiguranja je proširena na zdravstveno osiguranje, čije su finansiranje snosili zaposleni i poslodavci u razmeri 2:1.

Prvi fond obaveznog zdravstvenog osiguranja osnovan je u Ljubljani 1889. godine i to po uzoru na nemački model socijalnog osiguranja. Istu praksu je pratilo još nekoliko gradova u Sloveniji. Svrha novoosnovanih fondova obaveznog osiguranja bila je zaštita prava radnika za vreme odsustva sa posla usled bolesti, kao i da im se obezbede prava na usluge zdravstvene zaštite. Osnovani fondovi su delovali sve do kraja Prvog svetskog rata i već 1919. godine dolazi do osnivanja Asocijacije fondova za zdravstveno

⁹ T. Albreht, 2009.

¹⁰ Navedeni pružaoci zdravstvenih usluga zapošljavaju oko 75% zdravstvenih radnika. Jedino u oblasti pružanja stomatoloških usluga primetan je sve veći porast privatnika (više od 50% procenata).

¹¹ Videti: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/96368/E76966.pdf, 05.10. 2012, T. Albrecht, D.M.J. Delnoij, "Changes in Primary Health Care Centers over the Transition period in Slovenia", European Journal of Public Health, vol. 16, 2005, 238.

osiguranje na teritoriji Slovenije. Za vreme postojanja Kraljevine Srba, Hrvata i Slovenaca, a potom i Kraljevine Jugoslavije osnivaju se regionalni centri za primarnu zdravstvenu zaštitu. 1937. godine započeti su programi penzijsko-invalidskog osiguranja.

1945. godine Slovenija je postala sastavni deo Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije. Sve do 1945. godine preovlađujući je bio model socijalnog osiguranja, koji se odnosio i na zdravstvenu zaštitu. Radnici i penzioneri, zajedno sa članovima svojih porodica su bili obuhvaćeni obaveznim socijalnim i zdravstvenim osiguranjem, koji, međutim, nije obuhvatao poljoprivrednike, slobodna zanimanja, kao ni zanatlije. Socijalno osiguranje je obuhvatalo penzijsko i invalidsko osiguranje, osiguranje za vreme porodijskog odsustva, kao i još neke usluge, čiji su osnovni izvor finansiranja bili doprinosi zaposlenih i poslodavaca, dok su sredstva iz budžeta bila rezervisana za finansiranje osiguranja ratnih veterana i vojnika. Zdravstveni objekti su postale državni, a svi lekari su smatrana za lica koja rade u državnoj službi.

Nakon reformi 1954. i 1955. godine, zdravstveno osiguranje je odvojeno od socijalne sigurnosti. Poseban sistem osiguranja je zasnovan za radnike, državne službenike, zanatlije, ali i za poljoprivrednike.¹²

Donošenjem Ustava iz 1974. godine i novih propisa u oblasti zdravstvenog osiguranja, finansiranje zdravstvenog osiguranja je vršeno preko samoupravnih interesnih zajednica. Tokom '70ih i '80ih godina razvoj sistema zdravstvene zaštite je bio praćen finansijskim teškoćama, ali ga je istovremeno karakterisao i neprestani rastući krug zdravstvenih usluga. To se nastavilo sve do 1990. godine, kada je sistem zdravstvenog osiguranja u Sloveniji skoro dospeo na ivicu finansijske propasti jer su državne vlasti bile pred izazovom kako da finansiraju zahteve i usluge na koje su Slovenci bili ovlašćeni prema tadašnjem zakonodavstvu.

1991. godine Slovenija postaje nezavisna država. Napuštanje sistema planske ekonomije i prelazak na sistem tržišne ekonomije odrazio se i na organizaciju i funkcionisanje zdravstvenog osiguranja. Centri moći, izvori sredstava, vlasništva i nadležnosti u oblasti zdravstvenog osiguranja su reorganizovani i raspodeljeni na

¹² Nakon referenduma 1972. godine uvedeni su jedinstvena pravila za regulisanje osiguranja i poljoprivrednika i zaposlene.

drugačiji način. Slovenija se suočavala sa ozbiljnim problemima nedostatka sredstava za finansiranja zdravstvenog osiguranja, što je dovelo do usvajanja Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju, kojim je otvoren put za integralnu kontrolu sistema zdravstvene zaštite. Zakonom su propisani i obavezno i dobrovoljno osiguranje, a privatna praksa je ponovo uvedena, s obzirom da je bila ukinuta još '50ih godina. Osnovni cilj novousvojenog zakonodavstva Slovenije je bio zadržavanje prednosti prethodnog sistema i izmena njegovih nedostataka

3. ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Učešće države: Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1992. godine, Vlada je, pored zakonodavne vlasti, postala odgovorna za razvoj strategije zdravstvene zaštite; za definisanje mera neophodnih za razvoj mreže zdravstvene zaštite; za kontrolu službe zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja. Dalje, postala je vlasnik ili osnivač ustanova zdravstvene zaštite na sekundarnom ili tercijarnom nivou. Kao što se može videti, uloga države je prilično ograničena. Međutim, Ministarstvo zdravlja i dalje donosi konačnu odluku o iznosima i udelima troškova unutar bruto domaćeg proizvoda.

Opštine su postale vlasnici ili osnivači ustanova za zdravstvenu zaštitu na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Novi zadatak opština na osnovu Zakona iz 1992. godine je sprovođenje programa za poboljšanje zdravlja stanovništva opštine, kao i plaćanje doprinosa za osiguranja za lica bez prihoda.

Učešće poslodavaca: Poslodavci su postali odgovorni za zadatke vezane za zdravlje i bezbednost na radu, ali i za plaćanje dela doprinosa za zaposlene, kao i za posebne doprinose za osiguranje u slučaju povrede na radu.

Učešće Zavoda: Zavod jedini pruža uslugu obaveznog zdravstvenog osiguranja u celoj Sloveniji. Nadležan je za uvođenje i sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja; za skupljanje doprinosa za obavezno osiguranje, kao i pregovaranje i zaključivanje ugovora za davaocima zdravstvenih usluga, farmaceutskim kućama; pruža pravnu i profesionalnu pomoć osiguranicima; rukovođenje dokumentima i statističkim podacima u vezi sa obaveznim osiguranjem. Uopšteno, Zavod predstavlja interese osiguranih lica u pregovorima o programima zdravstvene zaštite i njihovim cenama, koji

se organizuju svake godine sa predstavnicima profesionalnih udruženja, tzv. zbornica¹³ i Ministarstva zdravlja¹⁴. Cilj pregovora je potpisivanje sporazuma, koji će biti osnov za dalje zaključivanje ugovora o pružanju zdravstvenih usluga između Zavoda i zdravstvenih ustanova i privatnih davalaca zdravstvenih usluga. Značaj i suština pregovora je utvrđivanje gornje granice potrošnje i načina raspodele javnih sredstava za zdravstvenu zaštitu i osiguranje. Naime, Zavod u godišnjem finansijskom planu predviđa maksimalni iznos troškova za zdravstvene usluge, u okviru kojih mora da se kreće poslovanje Zavoda¹⁵. Suprotno, budžet dobrovoljnog osiguranja nije ograničen, što znači da pružaoci usluge dobrovoljnog osiguranja moraju da finansiraju sve troškove zdravstvenih usluga pokrivene dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Prilikom pregovora se, stoga, vodi računa o budžetu obaveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i državnom budžetu, tj. njegovom delu namenjenom zdravstvu.

Na osnovu zaključenog sporazuma, Zavod raspisuje javni konkurs kojim poziva sve zainteresovane davaoce zdravstvenih usluga, bilo javne bilo privatne, da zaključe ugovore o pružanju usluga u okviru javne mreže zdravstvene zaštite. Prilikom zaključenja svakog pojedinačnog ugovora preciziraju se vrste i obim zdravstvenih usluga, njihove tarife, načini plaćanja i kontrolisanje vršenja prava i obaveza iz ugovora.¹⁶ Izuzev za programe dijalize i transplantacije, troškovi zdravstvenih usluga su unapred definisani i ograničeni, što znači da svi troškovi preko tog iznosa neće biti pokriveni osiguranjem. Ukoliko davalac zdravstvenih usluga pruži manje usluga nego što je to predviđeno ugovorom, Zavod će refundirati samo one usluge koje su stvarno i pružene.

Učešće lekara: Zakon je ustanovio pravo pacijenata da izaberu svog lekara¹⁷, čiji zadaci, između ostalog, obuhvataju: prepisivanje recepata, procena pacijentove

¹³ U sadašnjem sistemu zdravstvene zaštite i osiguranja, određeni broj zadataka za koje je ranije bila nadležna država, sada je prešao u nadležnost tzv. zbornica, koje predstavljaju profesionalna udruženja. Samo neki od tih zadataka su organizovanje posebnih treninga, seminara i ostalih vidova dodatnog usavršavanja stručnog osoblja.

¹⁴ T. Albreht, 2009.

¹⁵ Budžet Zavoda se definiše shodno makroekonomskim pokazateljima kao što su očekivani porast BDP-a, stopa inflacije, stopa nezaposlenosti, eventualni porast primanja zaposlenih i sl.

¹⁶ Ovakav način poslovanja iziskuje veća materijalna sredstva jer Zavod sa svakim pružaocem usluga iz javnog sistema zdravstvenog osiguranja zaključuje pojedinačan ugovor. To dalje sobom povlači veću složenost nadzornog postupka i otežava osiguravanje transparentnosti sistema.

¹⁷ Izabrani lekar može biti lekar opšte prakse, pedijatar koji radi na primarnom nivou zdravstvene zaštite ili ginekolog. Zakonom je takođe predviđen i lični zubar. Lekar se bira najmanje na period od godinu dana.

privremene nesposobnosti za rad, upućivanje pacijenta kod specijaliste¹⁸ i skupljanje medicinskih dokumentu pacijenta. Sprovođenje dela svojih ovlašćenja izabrani lekar može eventualno prebaciti na specijalistu kada je, usled zdravstvenog stanja pacijenta, potrebna duža i neprekidna saradnja sa specijalistom. Dodatna razlika u odnosu na ranije propise je činjenica da bi osiguranik mogao da izgubi pravo na pokrivanje troškove zdravstvene zaštite ukoliko nije prvo ostvario svoja prava kod ličnog lekara.¹⁹

4. OBAVEZNI PAKET ZDRAVSTVENIH USLUGA

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem osigurano je 99% ukupnog stanovništva Slovenije, bilo kao lica sa trajnim boravištem u Sloveniji, bilo kao tzv. osigurana lica, tj. lica zavisna od osigurnika.²⁰ Svi osiguranici se mogu podeliti u 21 kategoriju, od kojih su sledećih 7 najvažnije: zaposleni; deca i mlađi od 18 godina, odnosno 26 ako studiraju; penzioneri; nezaposleni; domaćice i druga izdržavana lica; osobe bez zaposlenja, imovine i drugih primanja²¹ i osobe bez ikakvog osiguranja. Lica bez ikakvog osiguranja za koje Republika Slovenija izdvaja sredstva iz budžeta za pružanje hitne zdravstvene zaštite i licima nepoznatog prebivališta i boravišta; strancima sa čijim državama Republika Slovenija nije zaključila međunarodni ugovor u vezi sa pitanjem zdravstvene zaštite; građanima Republike Slovenije kojima je privremeno boravište u inostranstvu i koji privremeno borave u Sloveniji ili koji su u tranzitu kroz Republiku Sloveniju, ali nisu u mogućnosti da izvrše plaćanje za zdravstvene usluge.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju definiše paket zdravstvenih usluga koje obavezno osiguranje pruža osiguranim licima. Paket uključuje pokrivanje troškova primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, farmaceutske i

¹⁸ Specijalista će izvršiti samo one preglede i analize koji su potrebni prema izveštaju izabranog lekara. U slučaju da je potrebno da osiguranik putuje u drugo mesto radi dijagnoze, lečenja ili rehabilitacije, imaće pravo na povraćaj iznosa troškova do najbližeg mesta gde mu mogu biti pružene navedene usluge. <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzseng.nsf/o/711DAD33F7FB1CB8C1257BB000456695>, 11.10.2012.

¹⁹ Videti: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzseng.nsf/o/F233938E2AD0AAA3C1257BB000452FD9>, 10.10.2012. Jedino u hitnim slučajevima osiguranik ne mora prvo da se obrati svom izabranom lekaru, već može da se obrati najbližem lekaru u tom momentu.

²⁰ Obaveznim zdravstvenim osiguranjem nije pokriveno oko 30 000 ljudi koji nemaju državljanstvo ili boravište u Sloveniji.

²¹ Za ova lica doprinose uplaćuju opštine na čijoj teritoriji imaju prebivalište ako nemaju apsolutno nikakvu imovinu ni prihode.

medicinske uređaje²². Obavezno zdravstveno osiguranje, takođe, obuhvata nadoknadu zarade za slučaj odsustva sa posla u trajanju preko 30 dana, troškove u vezi sa smrtnim slučajem kao i refundaciju troškova puta do bolničkih objekata.²³

Obavezno zdravstveno osiguranje pokriva 100% troškova za sledeće zdravstvene usluge²⁴:

- sve zdravstvene usluge za decu i adolescente, uključujući davanje dijagnoze, lečenje i rehabilitaciju od bolesti i povrede koje su pretrpela deca, školarci, maloletnici ometeni u razvoju i redovni studenti;
- savetovanje u vezi sa planiranjem porodice, prenatalnom i postnatalnom brigom o detetu;
- usluge preventivnih programa, dijagnostikovanje i lečenje zaraznih bolesti, uključujući i HIV;
- lečenje i rehabilitacija u slučaju bolesti i povrede na radu, malignih bolesti, mišićnih i nervnih oboljenja, mentalnih bolesti, epilepsije, hemofilije, paraplegije, kvadriplegije i cerebralne paralize, kao i naprednog dijabetesa, multipleks skleroze i psorijaze;
- medicinske usluge koje se odnose na donacije i transplantacije tkiva i organa, urgentne medicinske tretmane, uključujući i transport u hitnim slučajevima, bolničku negu bolesnika, kao i lečenje i brigu kod kuće i socijalnim ustanovama;
- dugotrajno lečenje koje obuhvata lečenje kod kuće i u socijalnim ustanovama;
- sve stomatološke usluge za decu i omladinu do 19 godina.

Ostale zdravstvene usluge nisu u potpunosti pokrivenе obaveznim osiguranjem, već je predviđena tzv. podela troškova. Drugim rečima, deo troškova snosi obavezno osiguranje, a deo osiguranik. Zavisno od tretmana, oblika lečenja, obavezno osiguranje pokriva 25- 95% troškova zdravstvenih usluga:

²² Lični lekar je ovlašćen da prepíše pacijentu samo pomagala koji su mu potrebni za lečenje kod kuće, dok sve ostala pomagala može prepisati samo specijalista. Većina pomagala se može dobiti na zajam od Zavoda za zdravstveno osiguranje.

²³ Videti: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzseng.nsf/o/A1B5024CD228B984C1257BB10025E058>, <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzseng.nsf/o/401FB71DB100F35AC1257BB100275186>, <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzseng.nsf/o/6F5CC6CBD188BD95C1257BB10027AF01>, <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzseng.nsf/o/D0B71824B98780FCC1257BB10026BF73>, 12.10. 2012.

²⁴ Radi se o bolestima čije je lečenje od velikog javnozdravstvenog značaja i zato je za njih predviđeno potpuno pokriće. Takođe je predviđeno i potpuno pokriće za lekove potrebne za njihov tretman.

- minimum 95% ukupne cene usluga koje se tiču transplantacije organa i hitne operacije, lečenja u inostranstvu, intenzivne terapije, radioterapija, dijalize i druge hitne intervencije koje se uključene u osnovni paket zdravstvenih usluga;
- minimum 85% ukupne cene usluga lečenja neplodnosti, veštačke oplodnje, sterilizacije i abortusa; specijalističke hirurgije; nebolničkog i spa tretmana koji predstavljaju nastavak bolničkog lečenja, izuzev u slučaju neprofesionalnih bolesti; usluge zubarskog lečenja kao i troškovi obezbeđivanja pacijenata ortopedskim, ortodontskim, slušnim i drugim aparatima i pomagalicama;
- minimum 75% troškova za lekove sa pozitivne liste²⁵;
- maksimalno 60% ambulantnog prevoza koji nije urgentan; i troškova nebolničkog i spa lečenja koje nije nastavak bolničkog lečenja;
- maksimalno 50% troškova obezbeđivanja pacijenata oftamološkim pomagalicama i troškova ortodontnog lečenja odraslih;
- za lekove²⁶ sa pozitivne liste 75% troškova, sa srednje liste 25-50%, dok se lekovi sa negativne liste moraju direktno plaćati;
- 10-60% troškova stomatoloških usluga za odrasle, zavisno od vrste pružene usluge.

Kada je o troškovima za lekove, posebno, reč, tada u Sloveniji postoji lista referentnih cena međusobno zamenljivih proizvoda, što predstavlja osnovno sredstvo kontrole javne i privatne potrošnje u ovom sektoru. Reč je o generičkoj zameni farmaceutskih proizvoda, koje je kao takve definisala Javna agencija za medicinske proizvode i opremu.²⁷ Lista obuhvata farmaceutske proizvode, koji su suštinski slični po aktivnim sastojcima, jačini, dejstvima, pa čak i pakovanjima i koji se mogu međusobno menjati prema utvrđenim pravilima, a Agencija je objavljuje u Službenom glasniku svakih 6 meseci. Kada pacijente dođe u apoteku sa prepisanim lekom, farmaceut mu može izdati jeftiniji odgovarajući lek sa liste namesto skupljeg. Kako lekar, tako i

²⁵ Zavod za zdravstveno osiguranje Slovenije sastavlja liste lekova koje mogu biti pozitivne, srednje i negativne. Step en pokrivenosti troškova za lekove obaveznim osiguranjem zavisi od toga na kojoj od tri navedene liste se lek nalazi. Prilikom prepisivanja lekova sa pozitivne ili srednje liste, lekari koriste tzv. zelene recepte, koje izdaje osiguravajuća kompanija. Ukoliko su u pitanju lekovi sa negativne liste, onda se prepisuju na tzv. belim receptima, koje izdaje Institut za javno zdravlje Slovenije, <http://www.ivz.si/>, 21.10.2012. Privatnici koji nemaju zaključen ugovor sa Zavodom mogu da izdaju samo bele recepte

²⁶ Pri kupovini lekova osiguranici moraju platiti i određene participacije.

²⁷ Videti: <http://www.mz.gov.si/en/>, 15.10.2012.

farmaceuti su dužni da obaveste pacijenta o mogućnostima zamene jednog leka drugim. Moguće je da lekar na receptu napiše da se prepisani lek ne može zameniti ni jednim drugim, ali ako bude potrebno, mora imati odgovarajuću dokumentaciju kojom će objasniti nemogućnost zamene leka. Lista referentnih cena lekova je dodatak postojećem sistemu refundiranja cene lekova od strane pružaoca usluge osiguranja. Lekovi koji su novi na tržištu odmah se stavljaju na srednju listu lekova, dok im se ne ispituju sva dejstva. Sa druge strane, lekovi koji se nalaze na negativnoj listi ne mogu biti pokriveni nikakvim osiguranjem i njih pacijent u celosti plaća iz džepa.

Ostala prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja: Kao što je već navedeno, obavezno zdravstvenog osiguranje uključuje, pored pokrivanja troškova zdravstvenih usluga, i izvesne novčane nadoknade. Jedna od tih naknada je naknada zarade u slučaju odsustva sa posla i pravo na ovu naknadu imaju: zaposleni, samozaposleni, samostalni preduzetnici, vrhunski sportisti i šahisti, koji primaju naknadu za slučaj nezaposlenosti. Prilikom određenja iznosa naknade zarade vodi se računa o iznosu prosečne mesečne plate, tj. naknade za slučaj nezaposlenosti. Ukoliko je uzrok odsustva povreda na radu ili profesionalna bolest, osiguranik stiče pravo na nadoknadu svih 100% osnovice; u slučaju neprofesionalne bolesti na 90% osnovice, a u slučaju odsustva radi negovanja bolesnog supružnika ili deteta na 80% osnovice.²⁸ Osiguranik ima pravo na nadoknadu zarade od prvog dana odsustva sa posla ukoliko je uzrok odsustva sa posla: transplantacija organa ili tkiva za nekog drugog; posledice davanja krvi, karantin ili ukoliko je povredu uzrokovao organizovani javni rad opšteg značaja; gašenja požara ili neke druge spasilačke akcije. Pored naknade zarade u slučaju odsustvovanja s posla, osiguranici imaju pravo i na refundaciju troškova puta, ako moraju da putuju do lekara ili zdravstvene ustanove zato što u mestu njihovog zaposlenja ili boravišta nema odgovarajućeg lekara ili ustanove. Takođe, pravo je osiguranika da mu se refundira određeni procenat prosečnih troškova sahrane, dok pravo na jednokratnu novčanu naknadu za smrtni slučaj osiguranika imaju članovi njegove porodice koji su ga izdržavali do smrti.

²⁸ U ovom slučaju zaposleno lice može odsustvovati 7-15 dana. Samo izuzetno se taj period može produžiti.

5. FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE²⁹

Slovenija izdvaja velike sume novca za zdravstvenu zaštitu, oko 8,6 % BDP³⁰, što je oko 3.000.000 evra godišnje. Zdravstveni sistem se finansira putem obaveznog zdravstvenog osiguranja, poreza, dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i tzv. „plaćanja iz džepa”.

Doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje čine najveći izvor (oko 67%) finansiranja zdravstvenog sistema. Sve sredstva skuplja Zavod i dalje ih raspoređuje davaocima usluga kao naknadu za pružene usluge³¹. Zakonom su utvrđeni iznosi doprinosa, koje su osiguranici dužni da plaćaju i to su:

- zaposleni (uključujući i državne službenike) plaćaju 13,45% bruto dohotka, od kojih 6,56% uplaćuju poslodavac, a 6,36% zaposleni (plus dodatnih 0,53% poslodavac za pokrivanje troškova za slučaj povreda i bolesti na radu);
- Nacionalna služba za zapošljavanje uplaćuje doprinose za svaku registrovanu nezaposlenu osobu, koji iznose 12,92% nadoknade koje dobijaju za slučaj nezaposlenosti;
- penzioneri uplaćuju 5,96% bruto penzije; poljoprivrednici i zanatlije uplaćuju 18,78% poreza na katastarski prihod ili 6,89% bruto iznosa za penzijsko-invalidsko osiguranje; samozaposleni 13,45% bruto iznosa za penzijsko-invalidsko osiguranje; i na kraju,
- država i opštine plaćaju doprinose za pojedince bez prihoda, zatvorenike i ratne veterane.

Porezi na državnom i opštinskom nivou predstavljaju drugi izvor finansiranja zdravstvene zaštite³². Za ubiranje poreza na nacionalnom nivou nadležna je Poreska uprava Republike Slovenije³³, koja prikupljena sredstva prosleđuje Ministarstvu zdravlja. Ova sredstva se najvećim delom troše na kapitalne investicije za bolnice, specijalizovane

²⁹ Videti detaljnije *Prevelnik Rupel, Health Financing Reforms in Slovenia*, Ministrstvo za zdravlje Republika Slovenija, 2011.

³⁰ Podatak Zavoda za statistiku Republike Slovenije, <http://www.stat.si/eng/index.asp>, 12.10.2012.

³¹ Videti 5. deo ovog rada.

³² Porezi predstavljaju oko 3% ukupnih troškova za zdravstvo, <http://www.stat.si/eng/index.asp>, 12.10.2012.

³³ To su porezi na porez na dohodak, PDV, korporativni porez i akcize.

zdravstvene institucije na državnom ili regionalnom nivou, dok se tekuće finansiranje javnih zdravstvenih ustanova i javnih apoteka vrši iz sredstava koje ubiraju opštine na čijoj se teritoriji te ustanove i apoteke nalaze, po osnovu sopstvenih poreza.³⁴

Premije za dobrovoljno osiguranje i određene vrste direktnog plaćanja predstavljaju privatne izvore finansiranja zdravstva.³⁵ Na nivou Zakona je utvrđeno da su sve kompanije koje nude usluge dobrovoljnog osiguranja dužne da naplaćuju jednaku premiju svim licima, nezavisno od njihovog pola, godišta ili zdravstvenog osiguranja³⁶. Tako skupljena sredstva, kompanije dalje raspodeljuju za plaćanje pruženih zdravstvenih usluga njihovim osiguranicima.

„Plaćanja iz džepa” u Sloveniji postoje u formi podele troškova i direktnog plaćanja. Podela troškova je uvedena Zakonom kao deo obaveznog zdravstvenog osiguranja. Određene zdravstvene usluge su samo delimično pokrivene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, dok ostatak troškova mora da snosi sam osiguranik³⁷. Kao što je pomenuto ranije, osiguranici se odlučuju za komplementarno zdravstveno osiguranje radi pokrivanja tog dela troškova. Što bi se moglo tumačiti kao „osiguranje od participacije”. Za slučaj da lice nije osigurano komplementarnim osiguranjem, moraće samo da snosi navedene troškove. Uvedene je i ograničenja ovom vidu „plaćanja iz džepa” - naime, određen je maksimalni iznos koji pojedinca može platiti tokom godine.³⁸

Direktno plaćanje je predviđeno za finansiranje onih zdravstvenih usluga koje nisu pokrivene ni jednom vrstom osiguranja, npr. odlazak lekara primarnog nivoa zdravstvene zaštite ili kod privatnog davaoca usluga koji nema zaključen ugovor sa Zavodom; odlazak kod specijaliste bez uputa lekara opšte prakse ili kod privatnog zubara ili korišćenje bilo koje druge zdravstvene usluge koja nije uključena u obavezni paket zdravstvenih usluga. Estetske operacije nisu pokrivene ni jednom vrstom zdravstvenog osiguranja i zato se moraju direktno plaćati.

³⁴ Oko 1, 2% ukupnog opštinskog budžeta se izdvaja za zdravstvo.

³⁵ U 2010. godini 29% ukupnih troškova za zdravstvo je pokriveno upravo ovim sredstvima, <http://www.stat.si/eng/index.asp>, 12.10.2012.

³⁶ Zakon o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju, *Uredni list RS*, 100% 2005. Potom je donesen i Zakon o ravnotežnim šemama, koji je ukinuo mogućnost da osiguravajuće društvo uključi u izračunavanje premije bilo kakav element, koji uzima u obzir rizik od oboljevanja. Postoji samo mogućnost davanja komercijalnih popusta, ali ne mogu preći iznos od 5%.

³⁷ Čl. 23 Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju precizira način podele troškova.

³⁸ Ovakav sistem ograničenja plaćanja se sreće još u Francuskoj i Danskoj.

6. NAČINI PLAĆANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA³⁹

Nivoi plaćanja zdravstvenih usluga su zasnovani na godišnjim ugovorima zaključenim između Zavoda i davalaca zdravstvenih usluga, koji predviđaju cene, obim i vrste usluga u okviru programa zdravstvene zaštite. Mehanizmi plaćanja za zdravstvene usluge su isti za sve davaoce zdravstvenih usluga, bilo javne bilo privatne, koji delaju u okviru javne zdravstvene mreže, odnosno, ukoliko su sklopile ugovor sa Zavodom.⁴⁰

Na primarnom nivou zdravstvene zaštite za usluge pedijataru, operacije izvedene od strane lekara opšte prakse i operacije dece školskog uzrasta primenjuju se sistem koji kombinuje plaćanje po osnovu kapitacije i plaćanje po zdravstvenoj usluzi. Isti sistem plaćanja se primenjuje i na primarnoj ginekologiji, dok se u drugim oblastima primarnog nivoa zdravstvene zaštite plaćanje vrši po zdravstvenoj usluzi.

Usluge specijaliste u dispanzerima se plaćaju po zdravstvenoj usluzi. Za svaku uslugu specijaliste u dispanzeru su predviđeni standardi pomoću kojih se predviđa godišnji broj poseta tima specijalista, pa je iznos sredstava predviđen za ove zdravstvene usluge unapred određen ugovorom i ograničen.

Za bolničku negu je od 2000. godine uveden kombinovani sistem plaćanja: za akutnu bolničku negu usluge se plaćaju po osnovu dijagnostički srodnih grupa⁴¹, dok se za neakutnu bolničku negu primenjuje sistem plaćanja po bolničkom danu. Za ostale vrste bolničkog lečenja (misli se, pre svega, na psihijatrijsko lečenje i rehabilitaciju) primenjuje se plaćanje po zdravstvenoj usluzi.

³⁹ T. Albreht, E. Turk, M. Toth *et al*, "Slovenia, Health System Review", *Health Systems in Transition* vol.11, br.3(ur. M. Schaefer, O. Avdeeva, E. von Ginneken), European Observatory on Health Systems and Policies 2009, 103-133.

⁴⁰Videti: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzseng.nsf/o/1391832C7C3CBDFDC1256E89004A9C41>, 10.10.2012.

⁴¹ Sistem plaćanja po dijagnostički srodnim grupama je uveden 2003. godine sa ciljem eliminisanja nedostataka plaćanja po zdravstvenoj usluzi. Uvođenjem DSG je izvršena alokacija 10% sredstava na oblast akutnog bolničkog lečenja. U početku je bila predviđena 661 DSG, ali od 2005 . godini postoji 653 DSG jer su za dijalizu i transplantaciju predviđeni posebni metodi plaćanja. Sistem plaćanja po DRG u Sloveniji je zasnovan na australijskom modelu i omogućava da se predvidi budžet svakog pojedinačnog pružaoca usluga. Od uvođenja DSG smanjena je dužina boravka u bolnicama. Međutim, često se kao nedostatak navodi nemogućnost preciznog utvrđivanja koliko je svaki pojedinačni doktor učestvovao ili doprineo lečenju pojedinačne dijagnostički srodne grupe.

Zubarske usluge se plaćaju po sistemu plaćanja po zdravstvenoj usluzi. Obim usluga koji će finansirati Zavod je predviđen ugovorom.⁴² Plaćanje po zdravstvenoj usluzi se primenjuje i kod apotekarskih usluga.

*Zdravstvene usluge koje pružaju socijalne ustanove*⁴³ u okviru mreže javnog zdravstva se plaćaju po bolničkom danu. Usluge zdravstvene nege u banjama koje su u mreži javnog zdravstva se plaćaju po zdravstvenoj usluzi.

Za finansiranje zdravstvenih usluga u hitnim slučajevima predviđeno je plaćanje po zdravstvenoj usluzi. Vrednost usluga transporta u hitnim slučajevima se određuje shodno planiranom budžetu za transport u hitnim slučajevima i shodno ceni za pređene kilometre u slučajevima koji nisu hitni, a sve to u okviru planiranog broja kilometara.

Slovenija nema jedinstven sistem dugotrajne nege za stara, hronično bolesna, nepokretna ili druga lica sa posebnim potrebama, kojima je potrebna delimična ili potpuna nega za obavljanje osnovnih dnevnih životnih aktivnosti. U okviru postojećih sistema socijalne zaštite su obezbeđene različite usluge za ova lica⁴⁴. Lica kojima je potrebna dugotrajna nega mogu dobiti ili novčanu naknadu kojom će samostalno raspolagati, ili da im se delimično pokriju troškovi za korišćenje usluga iz pomenutih programa socijalne zaštite. Novčana naknada je ograničena na lica koja primaju starosnu ili invalidsku penziju, socijalnu pomoć, nezaposlene usled visokog stepena invaliditeta, ratne invalide i veterane. Finansiranje usluga ili novčanih naknada potiče delimično od poreza, a delimično od doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje ili penzijsko-invalidsko osiguranje.

Plaćanje zdravstvenih radnika: Zdravstveni radnici mogu pružati zdravstvenu negu na primarnom i sekundarnom nivou po osnovu ugovora sa javnim ili privatnim pružaocima zdravstvenih usluga.⁴⁵ Oni radnici koji imaju ugovor sa javnim pružaocima

⁴² Prilikom određenja cene usluga uzimaju se u obzir iznosi plata, troškovi za materijal, amortizacija i sl.

⁴³ Pod socijalnim ustanovama se misli na staračke domove, rehabilitacione institucije za fizički ili mentalno obolela lica.

⁴⁴ Neke od usluga su: institucionalna nega, produžena hospitalizacija, kućna nega.

⁴⁵ Pružaoci zdravstvenih usluga mogu biti podeljeni na individualne (doktori, medicinske sestre, stomatolozi i farmaceuti) i kolektivne (bolnice, rehabilitacioni centri i primarni centri). Individualni pružaoci usluga su pod kontrolom profesionalnih udruženja, dok su kolektivni regulisani propisima usvojenim u skladu sa politikom Ministarstva zdravlja.

usluga imaju status javnih službenika i plaćeni su od strane Zavoda za pružene usluge.⁴⁶ Zdravstveni radnici koji rade za privatne pružaoce usluga koji su zaključili ugovor sa Zavodom su plaćeni na osnovu vrste, obima i vrednosti posebnih standardizovanih programa, koji su predviđeni ugovorom sa Zavodom. U slučaju da privatni pružalac zdravstvenih usluga nije zaključio ugovor sa Zavodom da je, stoga, van mreže javnog zdravstva, zdravstveni radnici će biti plaćani direktno od pacijenata ili putem suplementarnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Prema Zakonu, Medicinska komora je dužna da odredi cene usluga privatnih pružalaca, koje potom mora potvrditi Ministarstvo zdravlja.

7. ZAKLJUČAK

Polazeći od strukture zdravstvenog sistema, nivoa pacijentima zajemčenih prava, opšteg zdravstvenog stanja nacije i dr, sistem zdravstvene zaštite Slovenije može se oceniti kao moderan. Međutim, u poređenju sa drugim evropskim zemljama, njega karakterišu izvesne specifičnosti i nedostaci, koje se pre svega ogledaju u rasprostranjenosti dobrovoljnog osiguranja kao i činjenici da su davaoci specijalističkih zdravstvenih usluga najvećim delom u državnom vlasništvu, što je prevashodno posledica istorijskih okolnosti i time uslovljenog razvojnog puta zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja.

Među značajnijim nedostacima u funkcionisanju zdravstvene zaštite u Sloveniji nalaze se ograničenost kapaciteta (misli se na nedostatak zdravstvenih radnika i bolničkih kreveta) i ograničenost pristupa zdravstvenoj zaštiti. Jedna od posledica deficitarnosti zdravstvenih radnika je i ta da su zaposlenih iz javnih ustanova počele sa radom po ugovoru sa privatnim, a neretko i sa javnim ustanovama.⁴⁷

Naime, Slovenija je razvila opšti sistem zdravstvene zaštite, u kome je pristup primarnom nivou zaštite obezbeđen svim licima. Problematično je pitanje pristupa sekundarnoj i tercijarnoj zaštiti, koje je moguće samo uz uput izabranog lekara. U oblasti ortopedije, kardiovaskularne hirurgije, endokrinologije, kao i kada je potrebno izvršiti snimanje magnetnom rezonancom postoje liste čekanja, a to predstavlja smetnju pristupu

⁴⁶ Iznos plata se utvrđuje u pregovorima između sindikata i Ministarstva zdravlja, koji se posle unosi u opšte i posebne ugovore za različite vrste pružaoce zdravstvenih usluga. Njihov položaj je regulisan Zakonom o javnim službenicima, Ur. L. RS 63/2007).

⁴⁷ T. Abreht, 2009, 9.

zdravstvenoj zaštiti. Opcija pacijentima kojima su potrebne ove zdravstvene usluge, a koji žele da izbegnu liste čekanja, jeste da izvrše direktno plaćanje ili da se opredele za suplementarno zdravstveno osiguranje.

Principi solidarnosti i jednakih doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje se primenjuju na sva lica koja imaju redovna primanja ili primaju izvesne nadoknade na osnovu penzijskog i invalidskog osiguranja. Međutim, činjenica da su izvesne kategorije osiguranika (npr. zanatlije ili samostalni preduzetnici) slobodne da same odrede osnovicu za obračun doprinosa, kao i činjenica da su sva prava koja proizilaze iz obaveznog zdravstvenog osiguranja jednaka za sve osiguranike nezavisno od iznosa njihovih doprinosa, može predstavljati izvor nejednakosti i značajnog gubljenja finansijskih sredstava.⁴⁸ Sem toga, princip solidarnosti se ne ostvaruje tako lako ni u pogledu osiguranja u slučaju povreda na radu ili profesionalnih bolesti jer troškove lečenja i rehabilitacije u tom slučaju ne snosi poslodavac, što bi bilo za očekivati pošto je on odgovoran za bezbednost na radu, već Zavod tako da svi osiguranici delimično snose troškove prouzrokovane nebezbednim i nesigurnim radnim mestima.

Međutim, i pored iznetih nedostataka zdravstvenog sistema Slovenije, ne može se osporiti da su ukupna struktura zdravstva, nivo garantovane zdravstvene zaštite, metodi skupljanja sredstava za zdravstveno osiguranje vremenom znatno poboljšani, a tome je doprinela implementacija odgovarajućih propisa, sistem zdravstvenog osiguranja, kao i posvećenost stanovništva ostvarenju principa solidarnosti. Pored toga, Slovenija svakodnevno nastoji da osavremnei svoj zdravstveni sistem. Tako je Slovenija prva država koja je uvela elektronske kartice za zdravstveno osiguranje. Sada i ostale države članice uvode sličnu infrastrukturu. Ipak, pred Slovenijom ostaje jedan veliki izazov u budućnosti, a to je okončanje privatizacije u ovoj oblasti, kao i povećanje efikasnosti zdravstvenog sistema.

⁴⁸ Prema procenama Zavoda za zdravstveno osiguranje ta suma dostiže iznos od 150 miliona evra.

KRALJEVINA ŠVEDSKA

1. UVOD

Sistem zdravstvenog osiguranja u Švedskoj uređen je po uzoru na Beveridžov model socijalnog osiguranja koji se finansira iz budžeta (putem poreza) i koji obezbeđuje univerzalnu zdravstvenu zaštitu celom stanovništvu. Pravo na zdravstvenu zaštitu imaju svi stanovnici Švedske, tako da je celokupno stanovništvo osigurano, čime je postignuta univerzalna pokrivenost zdravstvenim osiguranjem. Imigranti mlađi od 18 godina, koji nemaju regulisano prebivalište, imaju ista prava kao i deca koja traže azil i deca koja imaju stalno prebivalište u Švedskoj. Pravo na hitnu medicinsku pomoć imaju državljani zemalja članica EU i zemalja koje pripadaju Evropskom ekonomskom području, i državljani (devet) zemalja sa kojima je Švedska zaključila međunarodni sporazum o zdravstvenom osiguranju.

Švedski sistem opšteg obaveznog osiguranja se svrstava u red država koje imaju tzv. nacionalni zdravstveni sistem koji obezbeđuje građanima široku dostupnost i jednak pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti. To je društveno odgovoran sistem zdravstvene zaštite posvećen očuvanju zdravlja svih građana, koji izričito garantuje svim stanovnicima pravo na zdravstvenu zaštitu pod istim uslovima, bez obzira na njihov status u zajednici i na njihovu nacionalnost. Sistem zdravstvene zaštite se zasniva na tri osnovna principa: ljudsko dostojanstvo, zdravstvena potreba i solidarnost, i efektivnost.¹

Zdravstveno osiguranje je regulisano Zakonom o zdravlju i medicinskim uslugama iz 1982. godine (Hälsö- och sjukvårdslag – 1982:763, Health and Medical Services Act), ali je Zakon od tada više puta menjan u skladu sa utvrđenim ciljevima

¹ Anders Anell, Anna H. Glenngård, Sherry Merkur, *Sweden: Health system review*, Health Systems in Transition, vol. 14, br. 5/2012, str. 9; Anna H. Glenngård, „The Swedish Health Care System, 2012“, u: *International Profiles of Health Care Systems, 2012*, Sarah Thomson et al. (ed.), The Commonwealth Fund, New York/ Washington, 2012, str. 93; Mariano Marco, *Italy and Sweden: a Comparative Analysis of Financing and Health Services Provision*, Master's Thesis in International Business, University West Trollhättan, Sweden, 2010, str. 18.

zdravstvene politike i reformama koje su se vršile.² Promene se uglavnom odnose na organizaciju zdravstvenog sistema, poboljšanje kvaliteta zdravstvenih usluga, finansiranje zdravstvenog sistema i kontrolu troškova zdravstvene zaštite,³ a efekti reformi koje su npr. izvršene krajem 80-ih godina počeli su da se ostvaruju početkom devedesetih godina, kao i u Nemačkoj i Velikoj Britaniji.⁴ Prava pacijenata u Švedskoj nisu regulisana posebnim zakonom, za razliku od drugih nordijskih zemalja, već su njihova prava (npr. pravo na izbor lekara ili pravo na informaciju) bliže uređena pojedinim propisima ili sporazumima između države i okružnih saveta.

Na osnovu privatnog zdravstvenog osiguranja, osiguranici u Švedskoj mogu da ostvare komplementarnu, odnosno suplementarnu zaštitu od rizika bolesti, jer privatno osiguranje ima ulogu dopunskog zdravstvenog osiguranja. Osiguranici nemaju mogućnost da umesto obaveznog zdravstvenog osiguranja izaberu privatno osiguranje, pa privatnim osiguranjem mogu samo da pokriju troškove usluga koje obavezno osiguranje delimično pokriva ili troškove zdravstvenih usluga koje obavezno osiguranje uopšte ne pokriva. Privatnim osiguranjem se zato najčešće obezbeđuje pravo na naknadu troškova za lekove i stomatoloških usluga, kao i pravo na lečenje u privatnom sektoru, koje omogućava preglede kod lekara specijaliste ili hirurške intervencije u kratkom roku (smanjuje se vreme čekanja) i obezbeđuje bolji smeštaj u bolnicama. Iz privatnog osiguranja se uobičajeno isključuju sledeći rizici: hitna zdravstvena nega, dugotrajna nega, HIV/AIDS i pojedine druge zarazne bolesti, bolesti i povrede koje su posledica upotrebe alkoholnih ili drugih opojnih sredstava, održavanje trudnoće, porođaj, prekid trudnoće, lečenje neplodnosti i vakcinacija.⁵

Privatno osiguranje ima mali značaj u sistemu zdravstvene zaštite, budući da je u poređenju sa drugim evropskim državama, švedsko tržište privatnog zdravstvenog osiguranja malo i nerazvijeno. Tokom 90-ih godina, prema određenim mišljenjima u

² Pored Zakona ozdravlju i medicinskim uslugama, prava osiguranika i pružanje usluga zdravstvene zaštite regulisani su i drugim propisima, od kojih se mogu izdvojiti propisi koji uređuju zaštitu starih lica i zaštitu zuba.

³ Vid. Anders Anell, Anna H. Glenngård, Sherry Merkur, *op. cit.* str. 103. i dalje.

⁴ John Hutton *et al.*, „The Pharmaceutical Industry and Health Reform: Lessons from Europe“, *Health Affairs*, 13, br. 3/1994, str. 99.

⁵ Sarah Thomson, Elias Mossialos, „Private health insurance and access to health care in the European Union“, *Euro Observer*, vol. 6, br. 1/2004, str. 2.

literaturi, smatralo se da privatno osiguranje u Švedskoj praktično ne postoji.⁶ Usluge privatnog zdravstvenog osiguranja pružaju osiguravajuća društva kao deo njihove opšte delatnosti pružanja usluga osiguranja.

Samo 4% stanovništva ima privatno zdravstveno osiguranje, koje pokriva 0,2% ukupnih troškova zdravstvenih usluga. Polise privatnog osiguranja, po pravilu, zaključuju zaposleni preko svojih poslodavaca (82%) i zaposleni koji imaju grupne polise (12%). Preostalih 6% zaključuju stanovnici Švedske koji imaju individualne polise osiguranja.⁷ Ipak, primetan je napredak u razvoju privatnog osiguranja u Švedskoj, budući da je broj zaključenih polisa u prethodnoj deceniji značajno porastao.

2. ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Sistem zdravstvene zaštite u Švedskoj organizovan je na tri nezavisna nivoa – centralnom (nacionalnom), okružnom (regionalnom) i opštinskom nivou. Sistem je u potpunosti decentralizovan, jer okruzi i opštine imaju autonomiju u obavljanju svojih nadležnosti u pogledu obezbeđivanja i organizovanja zdravstvene zaštite za sve stanovnike. Odgovornost za pružanje zdravstvenih usluga uglavnom imaju okruzi, a u manjem obimu i opštine, iako je početkom 90-ih godina učinjen napor da se odgovornost sa okruga prebaci na opštine. Pružanje usluga zdravstvene zaštite čini 90% aktivnosti okruga, dok su opštine isključivo nadležne za brigu o deci i starim i iznemoglim licima. Ovakav sistem zdravstvene zaštite odražava dugu tradiciju sistema lokalne samouprave u Švedskoj i istoriju javnog finansiranja nacionalnog zdravstvenog sistema.

Ministarstvo zdravlja i socijalnih poslova (*Socialdepartementet*) je odgovorno za kreiranje i vođenje sveobuhvatne zdravstvene politike u zemlji i za ostvarivanje opštih ciljeva zdravstvenog sistema. Donošenjem odgovarajućih propisa u oblasti zdravstvene zaštite, država i Ministarstvo za zdravlje utvrđuju opšte principe i smernice zdravstvene i medicinske zaštite i preko određenih organa vrše nadzor nad ostvarivanjem prava na zdravstvenu zaštitu svih građana u okruzima i opštinama. Saradnja sa lokalnim vlastima se ostvaruje zaključivanjem sporazuma sa Švedskom asocijacijom lokalnih vlasti i

⁶ John Hutton *et al.*, *op. cit.*, str. 100.

⁷ Vid. Anders Anell, Anna H. Glenngård, Sherry Merkur, *op. cit.*, str. 66.

regiona (SALAR), koja okuplja predstavnike svih okruga i opština u zemlji (21 okrug i 290 opština).

U skladu sa Zakonom o zdravlju i medicinskim uslugama iz 1982. godine, okruzi, odnosno okružni saveti (*county councils*) i opštine su kao lokalne vlasti nadležni za pružanje kvalitetne zdravstvene i medicinske zaštite svim stanovnicima i za promociju zdravlja cele populacije na lokalnom nivou. Okruzi i opštine imaju veliki stepen nezavisnosti od centralne vlade i ovlašćenja da oporezuju svoje stanovnike kako bi finansirali svoje aktivnosti. Okruzi su nadležni za finansiranje, planiranje i pružanje skoro svih zdravstvenih usluga (primarna zdravstvena zaštita, bolnička nega, psihijatrijska nega, stomatološke usluge), a opštine imaju nadležnost za brigu o starim i iznemoglim licima. Okruzi su slobodni da obezbede pružanje zdravstvenih usluga u državnim bolnicama, u privatnim zdravstvenim ustanovama ili u drugim okruzima, tako da se okruzi međusobno razlikuju u pogledu organizovanja i pružanja zdravstvenih usluga. Zdravstvena zaštita se pruža u primarnim zdravstvenim centrima (jedinicama), okružnim, regionalnim/univerzitetskim bolnicama, a o načinu njihovog upravljanja odlučuju izvršni odbori okruga ili izabrani odbori u bolnicama.

Pored nadležnih državnih organa, određenu ulogu u pružanju zdravstvenih usluga imaju i vladine agencije i tela koja su neposredno uključena u oblast zdravlja, medicinske zaštite i javnog zdravlja. Ovih agencija ima osam, a posebno se izdvajaju Nacionalni odbor za zdravlje i socijalnu zaštitu (*Socialstyrelsen*), koji ima ključnu ulogu u sprovođenju zdravstvene politike, kao stručno i nadzorno vladino telo, zatim, Agencija za lekove i stomatološke usluge (Dental and Pharmaceutical Benefits Agency – *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket*), koja odlučuje o tome da li će određeni lek biti pokriven obaveznim osiguranjem, i Agencija za medicinske proizvode (Medical Products Agency – *Läkemedelsverket*), koja je odgovorna za regulisanje i praćenje proizvodnje i stavljanja u promet lekova i drugih medicinskih proizvoda.⁸ Ostale agencije su Odbor za medicinsku odgovornost (Medical Responsibility Board – *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd*), Švedski savet za tehnološku ocenu (Swedish Council on Health Technology Assessment – *Statens beredning för medicinsk utvärdering*), Švedska agencija za analizu zdravstvenih

⁸ Opširnije Anders Anell, Anna H. Glenngård, Sherry Merkur, *op. cit.*, str. 20-30; Mariano Marco, *op. cit.*, str. 16. i dalje.

usluga (Swedish Agency for Health and Care Services Analysis – *Vårdanalys*), Švedska agencija za socijalno osiguranje (Swedish Social Insurance Agency – *Försäkringskassan*), i Švedska agencija za javno zdravlje (Public Health Agency of Sweden – *Folkhälsomyndigheten*).⁹

Izabrani lekar

Da bi ostvarili pravo na zdravstvenu zaštitu, stanovnici Švedske su obavezni da izvrše svoju registraciju kod lekara opšte prakse ili kod drugog pružaoca zdravstvenih usluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Izbor se vrši u državnoj zdravstvenoj jedinici ili u privatnoj zdravstvenoj ustanovi koja ima zaključen ugovor sa okrugom, tako da su i usluge te privatne ustanove obuhvaćene osiguranjem.¹⁰ Nastavak lečenja (kada je to neophodno) se takođe vrši u skladu sa izborom pacijenta, jer pacijenti u Švedskoj imaju pravo da se leče i u privatnim bolnicama, odnosno zdravstvenim ustanovama koje imaju zaključen ugovor sa okruzima i opštinama. Pored toga, osiguranici imaju pravo da se leče u bilo kojoj zdravstvenoj ustanovi, nezavisno od toga gde se ona nalazi.

Međutim, izabrani lekar nema toliki značaj za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu, budući da pacijent (u većini okruga) može neposredno da se obrati lekaru specijalisti, bez uputa lekara opšte prakse. Tada će eventualno platiti višu participaciju, u zavisnosti od okruga. U svakom slučaju, pacijentu se garantuje pravo na zdravstvenu zaštitu, u skladu sa pravilom „0-7-90-90“, koje je uvedeno u cilju skraćivanja vremena čekanja na preglede kod lekara i na medicinske tretmane. Prema ovom pravilu, osiguraniku se bez odlaganja mora omogućiti pristup zdravstvenom sistemu, a u roku od sedam dana prijem kod lekara opšte prakse (u praksi se odlazak kod lekara opšte prakse obavlja u roku od 1-2 dana, a za pregled se plaća 11-22 evra, u zavisnosti od okruga).

⁹ Švedska agencija za javno zdravlje formirana je 1. januara 2014. godine, spajanjem dotadašnjeg Nacionalnog instituta za javno zdravlje (National Institute for Public Health – *Folkhälsomyndigheten*) i Švedskog instituta za kontrolu zaraznih bolesti (Swedish Institute for Communicable Disease Control – *Smittskyddsinstitutet*). Vid. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/about-folkhalsomyndigheten-the-public-health-agency-of-sweden/>, 12. mart 2014.

¹⁰ Izmenama Zakona o zdravlju i medicinskim uslugama koje su izvršene 2010. godine, uvedena je obaveza osiguranika da izabere lekara opšte prakse, odnosno drugog pružaoca zdravstvene usluge na primarnom nivou zdravstvene zaštite, ali i njegovo pravo da mu se zdravstvena usluga pruži i u privatnoj, odnosno bilo kojoj zdravstvenoj ustanovi koja ima zaključen ugovor sa okrugom.

Pregled kod lekara specijaliste se mora izvršiti u roku od narednih 90 dana, a u sledećih 90 dana (od trenutka postavljanja dijagnoze) mora se primeniti utvrđeni medicinski tretman ili intervencija. U praksi se navedeno pravilo ne primenjuje u potpunosti, tako da su pacijenti nekada prinuđeni da zbog skraćanja vremena čekanja zaključe privatno osiguranje ili da se leče u privatnim ustanovama čije troškove lečenja obavezno osiguranje ne pokriva.¹¹ Ukoliko, dakle, ne žele ili ne mogu da čekaju na zakazani termin, pacijenti mogu da „preskoče“ liste čekanja i da zdravstvenu uslugu sami plate ili da troškove naplate preko privatnog osiguranja. Nakon izvršene operacije ili druge intervencije, pacijenti ostaju u bolnici sve dok im je neophodan medicinski tretman.

3. OBAVEZNI PAKET ZDRAVSTVENIH USLUGA

U švedskom zdravstvenom osiguranju nije definisan osnovni paket zdravstvenih usluga obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem, već se određenim definicijama i opštim uputstvima utvrđuju zdravstvene usluge obuhvaćene obaveznim osiguranjem. U skladu sa glavnim zadacima zdravstvene zaštite – postavljanje dijagnoze i lečenje, pojedini sektori se smatraju prioritetima zdravstvene zaštite, pa su sledeće oblasti pokrivene obaveznim osiguranjem: javno zdravlje i prevencija, ambulantno i bolničko lečenje, primarna zdravstvena zaštita, lekovi, mentalno zdravlje, stomatološke usluge za osobe mlađe od 20 godina, rehabilitacija, prevoz bolesnika, kućna nega, dugotrajna nega i zbrinjavanje starih i iznemoglih lica.¹²

Zdravstvene usluge obuhvaćene osiguranjem, međutim, nisu besplatne, s obzirom na to da osiguranici plaćaju obaveznu participaciju za brojne usluge. Neke usluge su besplatne, ali za ostale usluge pacijenti snose deo troškova, plaćajući minimalno učešće u troškovima zdravstvenih usluga (obavezna participacija). Okruzi i opštine posebno određuju koje su usluge pokrivene osiguranjem i cenu tih usluga, a troškovi za lekove i za stomatološke usluge se određuju na nacionalnom nivou i takva odluka važi za sve okruge

¹¹ Vid. Anders Anell, Anna H. Glenngård, Sherry Merkur, *op. cit.*, str. 24-30; Mariano Marco, *op. cit.*, str. 44-45, 86-87; Anders Anell, „Choice and privatisation in Swedish primary care“, *Health Economics, Policy and Law*, vol. 6, br. 4/2011, str. 549. i dalje.

¹² Vid. Anna H. Glenngård, *op. cit.*, str. 93; Anders Anell, Anna H. Glenngård, Sherry Merkur, *op. cit.*, str. 59.

i opštine. Osobe mlađe od 20 godina su ili izuzeta od plaćanja participacije ili plaćaju nižu naknadu od uobičajene participacije.

Naknade za usluge lekara u primarnoj zaštiti su 100-200 SEK (11-22 evra), u zavisnosti od opštine, a usluge lekara specijaliste iznose 230-320 SEK (25-35 evra).¹³ Maksimalno ograničenje za navedene usluge (utvrđeno na nacionalnom nivou) je 1100 SEK (122 evra) u toku jedne godine, nakon čega pacijent više ne plaća nikakvu naknadu. Za svaki bolnički dan se obično plaća 80 SEK (9 evra), a maksimalan iznos naknade se utvrđuje u svakoj opštini i zavisi od starosti pacijenata, visine njihovih prihoda i od trajanja hospitalizacije. Lekovi se plaćaju u potpunosti ukoliko troškovi ne prelaze 1100 SEK (122 evra), a ukoliko je njihova cena veća od ovog iznosa, naknada iznosi 85%, 50%, 25%, odnosno 10% ukupnih troškova za izdate lekove, u zavisnosti od utvrđenog iznosa za svako umanjeње participacije. Maksimalan iznos troškova za lekove iznosi 2200 SEK (244 evra) za godinu dana. Naknade za stomatološke usluge su utvrđene u zavisnosti od vrste pregleda, starosti pacijenta i ukupnog iznosa troškova za pružene usluge.¹⁴

Zdravstvenu zaštitu na primarnom nivou pružaju lekari opšte prakse, medicinske sestre, babice, fizioterapeuti, psiholozi i ginekolozi (u primarnim zdravstvenim jedinicama) čije usluge ne zahtevaju dodatnu medicinsku opremu, i njihova uloga je da usmeravaju pacijente na odgovarajući nivo zdravstvene zaštite u okviru zdravstvenog sistema. Obično se radi o odraslim pacijentima i starim licima koji uglavnom imaju fizičke tegobe i manje psihičke probleme, dok se pacijenti sa ozbiljnim psihičkim problemima obraćaju direktno lekaru specijalisti. Na taj način se obezbeđuju osnovni zdravstveni pregledi i konsultacije, u cilju daljeg upućivanja pacijenata na lečenje. Pored toga, zaštita na primarnom nivou obuhvata vakcinaciju i prve lekarske preglede dece, iako su zaštitu dece nadležni pedijatri i medicinske sestre na nivou svakog okruga. Sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita se ostvaruje u bolnicama, kada pružanje zdravstvenih i medicinskih usluga zahteva dodatnu medicinsku opremu i tehnologiju koja se ne može obezbediti na primarnom nivou zaštite. Lečenje se obavlja u državnim bolnicama (okružne bolnice i regionalne univerzitetske bolnice) i u privatnim bolnicama

¹³ Zvanična valuta u Švedskoj je (švedska) kruna – SEK.

¹⁴ Vid. Anders Anell, Anna H. Glenngård, Sherry Merkur, *op. cit.*, str. 62-65.

koje imaju zaključen ugovor sa okruzima. Dugotrajna nega i zbrinjavanje starih i iznemoglih lica je u nadležnosti opština i obuhvata smeštaj starih i iznemoglih lica i kućnu negu.¹⁵

4. FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Ukupni troškovi zdravstvene zaštite u 2010. godini su iznosili 318,2 milijarde SEK (cca 36,8 milijardi evra), odnosno 3758 USD *per capita*. Učešće troškova zdravstvene zaštite u GDB je 9,6%, što odgovara proseku u zemljama OECD (9,5%). Učešće javnih rashoda u ukupnim troškovima za zdravstvo je 81%, a javni rashodi *per capita* su iznosili 3045,5 USD (prosečno učešće javnih rashoda u zemljama OECD je 72%). Učešće javnih rashoda za zdravstvo u ukupnim javnim rashodima je 14,8%. Privatni izdaci za zdravstvenu zaštitu iznosili su 19% od ukupnih zdravstvenih troškova, od čega je 1,2% bilo pokriveno privatnim zdravstvenim osiguranjem, a 90% tzv. „plaćanjem iz džepa“ (direktnim plaćanjem). Iz privatnih izvora, putem „plaćanja iz džepa“ finansiralo se 16,8% ukupnih troškova zdravstvene zaštite, a „plaćanja iz džepa“ *per capita* iznosila su 632,2 USD. Učešće troškova za lekove u ukupnim troškovima zdravstvene zaštite je 12,6%, a *per capita* ovi troškovi iznose 474,4 USD.¹⁶ Švedska je jedna od zemalja OECD koja je imala najefikasniju kontrolu troškova zdravstvene zaštite u periodu 1980-2004.¹⁷

Najviše sredstava je izdvojeno za medicinske usluge (73%) i za medicinska sredstva, odnosno proizvode i pomagala (15%), od čega se 58% odnosilo na lekove izdate na recept. Zatim se izdvajalo za ulaganja u zdravstvene ustanove (5%), za javno zdravlje i prevenciju (3%), za administraciju i osiguranje (1%) i za ostale usluge (3%).¹⁸

Osnovni izvor finansiranja zdravstvene zaštite jesu prihodi ostvareni prikupljanjem poreza na dohodak građana koje okruzi i opštine nameću stanovništvu.

¹⁵ Vid. Anders Anell, Anna H. Glenngård, Sherry Merkur, *op. cit.*, str. 88. i dalje; Mariano Marco, *op. cit.*, str. 41. i dalje..

¹⁶ Vid. http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84666 i <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>, (15. novembar, 2012).

¹⁷ Patrick Hassenteufel, Bruno Palier, „Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems“, *Social Policy and Administration*, Vol. 41, br. 6/2007, str. 580.

¹⁸ Vid. http://www.scb.se/Pages/ProductTables_231546.aspx, (15. novembar, 2012).

Okruzi i opštine prikupljena sredstva usmeravaju i za druge namene, pored zdravstvene zaštite, tako da se deo tih sredstava odvaja za zdravstvo. Učešće poreza u ukupnim prihodima svih opština i okruga iznosi 71%, a svaki okrug i opština posebno određuje koliko će sredstava izdvojiti za zdravstvo. Pored lokalnih poreza, zdravstvena potrošnja se finansira i transferima odgovarajućih sredstava iz državnog budžeta – opštih ili namenskih (npr. subvencije), koja su ostvarena na osnovu centralnog poreza na dohodak i na osnovu indirektnih poreza (20%), zatim, prihodima od prodaje i drugih prihoda (4%), prihodima po osnovu naknada pacijenata i drugih naknada (2%) i iz ostalih prihoda (2%).¹⁹

Primena kapitulacije i sistema dijagnostički srodnih grupa (DRG)

Određivanje načina plaćanja zdravstvenih radnika je u nadležnosti okruga, tako da svaki okrug posebno određuje na koji način će finansirati pružanje zdravstvenih usluga. Okruzi se međusobno razlikuju, tako da se ne mogu izvesti precizni zaključci o efektima primene pojedinih načina plaćanja usluga. Na primarnom nivou zdravstvene zaštite, lekari se uglavnom plaćaju po osnovu kapitulacije – po svakom registrovanom pacijentu i u zavisnosti od starosti pacijenata, od njihovog pola, utvrđene dijagnoze ili ekonomsko-socijalnih pokazatelja. Okruzi se razlikuju i po učešću primene kapitulacije u ukupnim troškovima za pružene usluge (40-98% izvršenih usluga se plaća po osnovu kapitulacije), pa se ostatak usluga finansira po principu plaćanja po zdravstvenoj usluzi ili po učinku. Ostali zdravstveni radnici (lekari, medicinske sestre, babice i drugo stručno osoblje) su uglavnom u radnom odnosu u privatnim ili državnim bolnicama i kao zaposleni primaju mesečne plate koje se razlikuju prema vrsti zdravstvenih radnika. Plata obuhvata punu radnu nedelju od 40 sati, a u fiksnu platu je uključena naknada za prekovremeni rad.²⁰

¹⁹ Podaci se odnose na 2009. godinu. Vid. Anders Anell, Anna H. Glenngård, Sherry Merkur, *op. cit.*, str. 58. Opširnije o finansiranju zdravstvene zaštite i o problemima prilikom finansiranja vid. Mariano Marco, *op. cit.*, str. 26. i dalje; Björn Lindgren, Carl Hampus Lyttkens, „Financing Healthcare: A Gordian Knot Waiting to Be Cut“, u: *Population Ageing - A Threat to the Welfare State?*, T. Bengtsson (ed.), Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2010, str. 82. i dalje; Anders Anell, Anna H. Glenngård, Sherry Merkur, *op. cit.*, str. 49-68.

²⁰ Vid. Anders Anell, Anna H. Glenngård, Sherry Merkur, *op. cit.*, str. 67-68; Madelon W. Kroneman, Jouke Van der Zee, Wim Groot, „Income development of General Practitioners in eight European countries from 1975 to 2005“, *BMC Health Services Research* 2009, 9(26), <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/26>, 29.10.2013, str. 5; Anders Anell, *op. cit.*, str. 554-557; Kristina Zetterman, Rafael Lalive, *Price*

Sistem DRG je uveden još početkom 90-tih godina, prvo u okrugu Stokholma (1991-1992), zatim, u region Västra Götaland 1993. godine, da bi krajem 90-tih godina ostali okruzi prihvatili sistem DRG. U početku je bio prihvaćen američki sistem DRG, ali se danas primenjuje nordijski sistem DRG – NordDRG. Ovaj sistem primenjuju nordijske zemlje, a svaka zemlja ga je prilagodila svojim potrebama. U Švedskoj je za promene u sistemu NordDRG i za objavljivanje novih klasifikacija nadležan Centar za sistem klasifikacije pacijenata (*Centre for Patient Classification system – CPK*), ustanovljen 1999. godine, kao organ koji u Švedskoj ima odgovornost za sistem NordDRG. U skladu sa nordijskim sistemom, u Švedskoj se primenjuju Međunarodna klasifikacija bolesti i povezanih zdravstvenih problema, deseta revizija – ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) i NCSP (NOMESCO Classification of Surgical Procedures).²¹

Sistem DRG je usvojen iz više razloga: zbog potrebe da se smanje troškovi zdravstvene zaštite, odnosno da se na bolji način iskoriste postojeća sredstva kako bi se unapredila produktivnost, uvećala efikasnost i obezbedila transparentnost u bolničkom sektoru; da bi se smanjile duge liste čekanja, posebno za određene operacije; i da bi se pacijentima omogućio sloboda izbora u pogledu bolnica i bolničkog tretmana. Osnovna ideja je bila da se na taj način stvore podsticaji bolnicama i da se unapredi konkurencija između bolnica kako bi se stvorilo „tržište“ čiji bi učesnici zajednički delili finansijski rizik. Davanjem pacijentima slobode izbora, zakonodavac je podstakao bolnice da pružaju kvalitetnije zdravstvene usluge kako bi privukli pacijente i tako uvećali sopstvene prihode.²²

Okruzi u Švedskoj slobodno odlučuju o načinu finansiranja bolnica, tako da se primena sistema DRG razlikuje po okruzima. Prva grupa okruga primenjuje u potpunosti sistem DRG kao način finansiranja bolnica, druga grupa koristi DRG kao jedan od načina

Setting for Doctors: A Comparative Analysis of the Effects of Regulation in Sweden and Switzerland, <http://www.iew.uzh.ch/home/rlalive/downloads/pfd.pdf>, 29.10.2013, str. 3. i dalje.

²¹ Vid. Lisbeth Serdén, Mona Heurgren, „Sweden: The history, development and current use of DRGs“, u: *Diagnosis-Related Groups in Europe – Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Reinhard Busse et al. (ed.), Open University Press, McGraw-Hill, Maidenhead, 2011, str. 341-345; European Hospital and Healthcare Federation, *DRGs as a financing tool*, European Hospital and Healthcare Federation, Brussels, 2006, str. 34. i 39.

²² Vid. Lisbeth Serdén, Mona Heurgren, *op. cit.*, str. 340-341. i 350.

finansiranja i to samo za određene vrste zdravstvenih usluga (npr. za pacijente iz drugih okruga ili za pojedine bolnice), dok treća grupa koristi DRG kao analitičko sredstvo.²³ U pogledu psihijatrijske nege i rehabilitacije, sistem DRG se postepeno uvodi u okruge, čak i kao način finansiranja.²⁴

Dosadašnji efekti primene sistema DRG pokazuju da se ovaj način finansiranja bolnica uspešno primenjuje, iako svi problemi nisu još uvek rešeni. Ostvareni su ciljevi koji su postavljeni kada se sistem uvodio, tako da bolnice koje koriste DRG sada vrše bolju kontrolu svojih aktivnosti i ostvaruju niže troškove nego pre uvođenja sistema DRG i niže troškove od bolnica koje ne koriste DRG. Za pacijente (kao i za bolnice), uvođenje DRG je korisno jer su smanjene liste čekanja i vreme trajanja hospitalizacije.

Efekti primene se razlikuju u okruzima u kojima se sistem DRG primenjuje, pa je npr. u Stokholmu nakon uvođenja DRG bilo problema u vezi sa kontrolom ukupnih troškova. Troškovi se sada uspešno kontrolišu i ograničavaju, a značajno je povećana i produktivnost već nakon dve godine od uvođenja DRG. Iako je produktivnost nakon toga opet smanjena, zadržan je nivo koji je viši nego pre uvođenja DRG.

Ako se izuzmu određeni problemi u vezi sa šifriranjem, uvođenje DRG je unapredilo dostupnost pružanja i kvalitet zdravstvenih usluga u okruzima, uvećalo je transparentost u pogledu bolničkih aktivnosti, budući da se bolnički tretmani sada bolje opisuju i da je moguće upoređivati i standardizovati pružanje usluga. Istovremeno je ostvarena bolja komunikacija između zdravstvenih radnika i bolničke administracije, a finansiranje sistema zdravstvene zaštite je sada usmereno na bolničke aktivnosti, a ne na organizaciju.²⁵ Praksa je dakle pokazala da izvršenim promenama nisu rešeni svi problemi koji su postojali, ali da su ipak postignuti značajni rezultati, iako su prilikom uvođenja sistema DRG izražavani suprotstavljeni stavovi: s jedne strane, mnogi lekari su bili protiv uvođenja sistema DRG, jer nisu znali kako sistem DRG može optimalno da se iskoristi, a s druge strane, mnogi su imali prevelika očekivanja u pogledu koristi koje se

²³ Vid. Lisbeth Serdén, Mona Heurgren, *op. cit.*, str. 342.

²⁴ *Ibid.*, str. 350.

²⁵ Više o razlozima za uvođenje DRG i o efektima primene DRG u Švedskoj vid. Lisbeth Serdén, Mona Heurgren, *op. cit.*, str. 353-356; Lisbeth Serdén, „DRG as a quality indicator“, 4th Nordic Casemix Conference, 2010, Helsinki, Finland, www.norddrg.net/casemixconf/DRG%20as%20quality%20indicator.ppt, 29.10.2013; European Hospital and Healthcare Federation, *DRGs as a financing tool*, str. 27, 79, 85, 88, 92-93.

mogu ostvariti primenom sistema DRG, posmatrajući sistem DRG kao „čudotvorni lek“.²⁶

5. ZAKLJUČAK

Švedska spada u zemlje koje pružaju kvalitetnu i sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu, s obzirom na to da usvaja model univerzalnog zdravstvenog osiguranja koje omogućava široku dostupnost zdravstvene zaštite svim stanovnicima. U skladu sa osnovnim principima koje su prihvatile tzv. države blagostanja, Švedska garantuje svim građanima pravo na zdravstvenu zaštitu, pod istim uslovima, uz plaćanje minimalne participacije. Ipak, univerzalna pokrivenost utiče na stvaranje problema u vezi sa finansiranjem zdravstvenog osiguranja, tako da se to odražava i na kvalitet zdravstvenih usluga. Najveće probleme predstavljaju duge liste čekanja na preglede kod pojedinih lekara specijalista, iako osiguranici imaju veliku slobodu u pogledu izbora lekara i zdravstvenih ustanova u državnom i privatnom sektoru, zatim, stalno povećanje troškova zdravstvene zaštite, uz istovremeno smanjenje prihoda kojima se sistem zdravstvene zaštite finansira, kao i razlike koje postoje između okruga, s obzirom na to da okruzi samostalno uređuju pružanje zdravstvene zaštite na svojoj teritoriji. Zato se stanovnici Švedske postepeno opredeljuju i za dopunsko privatno osiguranje, iako ono za sada ima malu ulogu u sistemu zdravstvene zaštite. Očekuje se da se u narednih nekoliko godina sagledaju efekti svih dosadašnjih reformi zdravstvenog sistema, kako bi se utvrdile nove smernice za vođenje zdravstvene politike, a u cilju otklanjanja postojećih problema.

²⁶ Vid. Lisbeth Serdén, Mona Heurgren, *op. cit.*, str. 353-355.

REPUBLIKA HRVATSKA

1. ISTORIJSKI RAZVOJ ZDRAVSTVENOG SISTEMA

Republika Hrvatska (u daljem tekstu: Republika/Hrvatska) je tokom istorije dala određen doprinos razvoju zdravstvenog sistema. Tako je u Dubrovniku, još 1317. godine, osnovan tadašnji određeni oblik lekarske ordinacije, koja se od 1901. godine nalazi i funkcioniše u istom prostoru. Godine 1377. je, takođe, u Dubrovniku uveden karantin, u kojem su sve osobe, pre ulaska u grad, morale da borave 40 dana¹ da bi se utvrdilo da li će se kod njih pojaviti/razviti bolest.

U Hrvatskoj je, među prvima u Evropi, još dok je bila u sastavu Austro-Ugarske, 1891. godine, prema Bizmarkovom modelu, uveden sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja za radnike zaposlene u zakonom taksativno navedenim tamošnjim preduzećima, dok je za ostalo stanovništvo bila predviđena mogućnost dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. U skladu sa nemačkim uzorom, već su 1907. godine, obaveznim zdravstvenim osiguranjem bile obuhvaćene sve kategorije radnika i članova njihovih porodica, čija je plata, odnosno naknada bila ispod propisanog imovinskog cenzusa. Takav mešoviti obavezno-privatni model zdravstvenog osiguranja, uz određene modifikacije (npr. ukidanje imovinskog cenzusa, uključivanje službenika, spajanje zdravstvenog sa penzijskim i invalidskim u jedinstveni sistem socijalnog osiguranja i dr.), bio je na snazi do završetka Drugog svetskog rata.²

Značajno je, u ovom kontekstu, istaći da je saosnivač Svetske zdravstvene organizacije, bio i prof. dr Andrija Štampara, jedan od vodećih javno-zdravstvenih

¹ Po tom broju je karantin dobio ime - quarranta.

² O istorijskom razvoju zdravstvenog sistema u Hrvatskoj videti više u: *Socijalno pravo*, Kosanović, R., Fondacija Fridrih Ebert, Beograd, 2011, str. 81-93.

eksperimenta XX veka. Naime, on je bio idejni tvorac da se 1952. godine u Hrvatskoj osnuje dom zdravlja, kao prva u svetu, takva vrsta (oblik) zdravstvene ustanove.³

Posle raspada Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije i osamostaljenja Hrvatske, nasleđen je decentralizovan i fragmentiran zdravstveni sistem, kao i u drugim bivšim jugoslovenskim republikama, pa se pristupilo usklađivanju zdravstvenog sistema, u skladu sa društveno-političkim i privrednim sistemom zemlje, a kasnije i sa standardima razvijenijih evropskih država. Tako su promene započete već 1990, odnosno 1991. godine, sa više izmena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1980. godine.

U okviru tranzicije, nastavljen je, 1993. godine, proces transformacije zdravstvenog sistema donošenjem Zakona o zdravstvenoj zaštiti i posebnog Zakona o zdravstvenom osiguranju, kojim su uvedeni obavezno zdravstveno osiguranje i dve vrste dobrovoljnog, odnosno dopunskog i privatnog zdravstvenog osiguranja. Obavezno zdravstveno osiguranje se zasnivalo na načelima uzajamnosti i solidarnosti, a Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje je bio nosilac obaveznog zdravstvenog osiguranja, a pravnim licima - osiguravajućim društvima i kompanijama, koja posluju po tržišnim principima, povereno je sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

U sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja, u poređenju sa Zakonom iz 1980. godine, nije bilo većih smanjivanja prava iz osiguranja, jer su osiguranici (osigurana lica) i dalje imali prava na primarnu, polikliničko-konzilijarnu i bolničku zdravstvenu zaštitu, kao i pravo na novčane naknade i druga prava (naknada plate za vreme bolovanja, naknada putnih troškova u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite i dr.), u skladu sa predlogom ministra nadležnog za poslove zdravlja, koji je donosila Vlada Republike Hrvatske. S druge strane, kroz dopunsko ili privatno osiguranje je ostvarivano pravo na zdravstvenu zaštitu i naknadu plate zbog povrede na radu ili profesionalnih oboljenja. Osim toga, prema odredbama ovog zakona, manji deo prava iz zdravstvenog osiguranja (npr. veći obim prava i standarda zdravstvenih usluga) ostvarivao se u okviru dobrovoljnog dopunskog zdravstvenog osiguranja. S tim u vezi, postojala je mogućnost

³ Hrvatska je, takođe, prva u svetu 1961. godine uvela specijalizaciju iz porodične (obiteljske) medicine i osnovala Katedru primarne zdravstvene zaštite na Medicinskom fakultetu u Zagrebu.

da građani sa visokim godišnjim primanjima, od najmanje 60.000,00 tadašnjih DM, istupe iz sistema obaveznog i uključe se u privatno zdravstveno osiguranje.

Ovim zakonom je, takođe, bilo uvedeno više izvora sredstava za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja: doprinosi zaposlenih osiguranika i poslodavaca, participacija osiguranih lica, doprinosi vlasnika privatnih preduzeća i penzionera i dr., kao i prihodi iz budžeta Republike.

Hrvatsku su tokom devedesetih godina XX veka, takođe, obeležila i dva značajna elementa u okviru organizacije zdravstvenog sistema. Prvi je paradoksalan i odnosi se na odluku Vlade Republike Hrvatske da se ukidaju domovi zdravlja i privatizuje primarna zdravstvena zaštita (tzv. zakupizacija-zakupnina), sa finansiranjem po osnovu kapitacije⁴ (glavarine). Zato je tada primarna zdravstvena zaštita pretvorena u niz manjih, nepovezanih zdravstvenih jedinica, koje nisu na odgovarajući način zadovoljavale zdravstvene potrebe građana. Tako su i lekari primarne zdravstvene zaštite postali neka vrsta preduzetnika, kojima je u takvim uslovima i kroz postojeći sistem finansiranja zdravstva, bilo onemogućeno adekvatno pružanje zdravstvenih usluga i opremanje ordinacija i prostora.

Osim toga, bolnički sistem je u svetu u poslednjih dvadesetak godina imao određene strukturalne, organizacione i tehnološke promene, dok to tada u Hrvatskoj nije na odgovarajući način praćeno, što je imalo negativnih uticaja na pružanje zdravstvenih usluga na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite. Međutim, zakoni iz 1993. godine, koji su imali i određena neadekvatno propisana rešenja, sprovodili su se u nepovoljnim društvenim, političkim i ekonomskim uslovima, pa nisu mogli da se u praksi potpuno/precizno ostvare, odnosno realizuju u celosti. Zato je 1996. godine Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, pored ostalog, poslovaao sa izrazitim deficitom, zbog dospelih a nenaplaćenih doprinosa.⁵

⁴ Kapitacija se pominje još u III veku p.n.e. – kineskim lekarima je isplaćivana naknada u fiksnim iznosima. U vreme vladavine Henrija I i u srednjovekovnoj Engleskoj postoje izveštaji o isplatama fiksnih suma lekarima. Takođe, u XIX veku, u biografiji Marka Tvena, pominje se da je u SAD lekaru isplaćena fiksna suma novca za porodičnu zdravstvenu zaštitu. Kapitacija, kao vid plaćanja primarne zdravstvene zaštite, danas se primenjuje u velikom broju zemalja (u fondovima socijalnog osiguranja i privatnog osiguranja) i u zemljama regiona (Republika Slovenija, BJR Makedonija, Republika Srpska, kao entitet u BiH).

⁵ Prema podacima Svetske banke (1999) i Ministarstva zdravlja (2000), udeo zdravstvene potrošnje u bruto domaćem proizvodu - BDP (od čega su 80% bila sredstva Zavoda, što predstavlja 15% budžetskih sredstava) u 1994. godini iznosio je 6,6%, 1999. bio je 9%, a 2000. godine 9,2% BDP-a. Znači, tadašnje

Radi ograničenja zdravstvene potrošnje i stabilizacije sistema zdravstvenog osiguranja je, 2002. godine, stupio na snagu novi Zakon o zdravstvenom osiguranju, u okviru realizacije Programa reforme sistema zdravstva i zdravstvenog osiguranja, koji je usvojen 2001. godine u Hrvatskom saboru. Ovim zakonom je uspostavljen mešoviti model zdravstvenog osiguranja, na osnovu nacionalnog zdravstvenog osiguranja i dopunskog osiguranja. Osnovno zdravstveno osiguranje je bilo obavezno i sprovodio ga je Zavod. U okviru tog osiguranja, osigurana lica su se osiguravala pod jednakim uslovima, na načelima uzajamnosti i solidarnosti, ali su pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane naknade znatno smanjeni (standardni zdravstveni paket), koja su se sprovodila na osnovu mera utvrđenih planom i programom zdravstvene zaštite Republike, koje je donosio ministar zdravlja, na predlog Zavoda i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Saglasno strateškim ciljevima reforme zdravstvenog sistema, tada je, u okviru unapređenja zdravstvenog stanja stanovništva, akcenat bio na jačanju preventivne i primarne zdravstvene zaštite.

2. OSVRT NA INSTITUCIONALNI I PRAVNI OKVIR ZDRAVSTVENOG SISTEMA

Uspostavljene institucije i utvrđeni pravni okvir (sadržaj), odnosno doneta normativna regulativa (zakoni, drugi propisi i opšta akta), predstavljaju osnovu zdravstvenog sistema i imaju poseban značaj u ostvarivanju zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja stanovništva u Hrvatskoj.

2.1. Institucionalni okvir

U okviru organizacionih oblika u oblasti zdravstva, daje se osvrt na postojeću institucionalnu strukturu zdravstvenog sistema.

izdvajanje za zdravstvo je bilo među najvećim u odnosu na zemlje Srednje i Istočne Evrope, jer je bilo iznad realnih mogućnosti privrede i budžetskih sredstava. Videti: *Croatian Health Sector Policy Note* (World Bank 1999) i *Zdravstvena reforma u Hrvatskoj*, u: *Dokument*, Revija socijalne politike, br. 3-4/00, Zagreb, str. 311-325.

Ministarstvo zdravlja: Zakonom koji reguliše rad državne uprave⁶ propisano je da poslove državne uprave obavljaju ministarstva, državni uredi Vlade Republike Hrvatske i državne upravne organizacije, kao središnja tela državne uprave, kao i uredi državne uprave u županijama. Poslove koji se odnose na sistem zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranje obavlja Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske.⁷

Nacionalno zdravstveno veće: Saglasno odredbama člana 115. Zakona o zdravstvenoj zaštiti⁸, obrazovano je Nacionalno zdravstveno veće (*Nacionalno zdravstveno vijeće*), koje imenuje i razrešava Hrvatski sabor, na predlog ministra zdravlja, iz redova istaknutih stručnjaka u pojedinim strukama medicine, radi praćenja svih područja zdravstvene zaštite, davanja i predlaganja stručnih mišljenja iz područja planiranja, programiranja, razvoja i drugih bitnih pitanja iz zdravstva, koja su od važnosti za Republiku.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Hrvatski zavod za javno zdravstvo⁹ je centralna, osnovna medicinska ustanova javnog zdravstva u Hrvatskoj. Uspostavljen je 1923, odnosno 1926. godine, kao Epidemiološki zavod, odnosno Higijenski zavod sa Školom narodnog zdravlja, pa je posle nekoliko međuoblika postao Centralni higijenski zavod, a kasnije Zavod za zaštitu zdravlja Socijalističke Republike Hrvatske. Danas je, pod navedenim nazivom, obrazovan na osnovu članova 99. do 101. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, radi obavljanja poslova u oblastima: epidemiologije karantinskih i drugih zaraznih bolesti i hroničnih masovnih nezaraznih bolesti, javnog zdravstva, zdravstvenog prosvetavanja sa promocijom zdravlja i prevencije bolesti, zdravstvene ekologije, mikrobiologije, školske medicine, mentalnog zdravlja i prevencije zavisnosti.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje¹⁰ je osnovan radi sprovođenja nekadašnjeg osnovnog zdravstvenog osiguranja i obavljanja drugih poslova, prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine i Zakona o zdravstvenom osiguranju iz 2001. godine. Delatnost, prava i obaveze ovog

⁶ *Zakon o sustavu državne uprave*, "Narodne novine", br. 150/11.

⁷ Član 22. *Zakona o ustrojstvu i djelokrugu Ministarstva zdravlja*, "Narodne novine", br. 150/11 i 22/12.

⁸ "Narodne novine", br. 150/08, 7/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12 – OUSRH, 70/12 i 82/13.

⁹ Videti: Statut HZJZ. <http://www.hzjz.hr>

¹⁰ Više o Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje: <http://www.hzzo-net.hr> i u okviru podnaslova o obaveznom zdravstvenom osiguranju.

zavoda su utvrđeni članovima 97. do 118. Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju.¹¹

Sanacijsko veće: Na osnovu člana 57.a Zakona o zdravstvenoj zaštiti, 2013. godine je osnovano Sanacijsko veće (*Sanacijsko vijeće*), koje u postupku sanacije upravlja zdravstvenom ustanovom za vreme trajanja sanacije i dve godine nakon donošenja odluke o završetku sanacije. Tri člana ovog veća imenuje Vlada Republike Hrvatske, na predlog ministra nadležnog za zdravlje (predstavnik Ministarstva i zdravstvene ustanove) i ministra nadležnog za finansije, koji predlaže člana iz ovog ministarstva. Sanacijski upravnik, koga, takođe, imenuje i razrešava Vlada na predlog ministra zdravlja, organizuje i vodi poslovanje, predstavlja i zastupa zdravstvenu ustanovu i odgovoran je za zakonitost rada.

Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj zaštiti: Zakonom o kvalitetu zdravstvene zaštite i socijalnoj pomoći¹², osnovana je Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj zaštiti (*Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi*).¹³ Tim zakonom definisana su ovlašćenja i područje delatnosti Agencije, određena načela i sastav mera za ostvarivanje i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite na svim nivoima, u cilju osiguranja sigurnosti bolesnika i smanjenja rizika po život i zdravlje pacijenata.

Zakonom se, pored ostalog, propisuje i postupak akreditacije zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu delatnost i privatnih zdravstvenih radnika, u cilju unapređenja kvaliteta zdravstvenih usluga i smanjivanja rizika po zdravlje pacijenata, kao i procene zdravstvenih tehnologija.

Hrvatska komora zdravstvenih radnika: Na osnovu člana 84. Zakona o delatnostima u zdravstvu¹⁴ osnovana je Hrvatska komora zdravstvenih radnika, kao samostalna i nezavisna strukovna organizacija, sa svojstvom pravnog lica i javnim ovlašćenjima. U okviru poverenih javnih ovlašćenja, saglasno članu 4. stav 1. Odluke o osnivanju Komore, Komora: 1) vodi registar svojih članova; 2) izdaje, obnavlja i oduzima odobrenje za samostalan rad svojim članova, u okviru čega propisuje sadržaj,

¹¹ Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju, "Narodne novine", br. 80/13.

¹² Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalnoj skrbi, "Narodne novine", br. 24/11.

¹³ Upisom ove agencije u sudski registar, prestala je sa radom Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu, koja je bila osnovana Zakonom o kvalitetu zdravstvene zaštite ("Narodne novine", br. 107/07).

¹⁴ Zakon o delatnostima u zdravstvu "Narodne novine", br. 87/09.

rokove i postupak provere stručnosti i osposobljenosti u vezi sa tim i 3) obavlja stručni nadzor nad radom svojih članova. Pored ovih javnih ovlašćenja, Komora obavlja i druge poslove utvrđene u stavu 2. člana 4. pomenute odluke.

Komore: Kao strukovne organizacije zdravstvenih radnika, sa statusom pravnog lica, saglasno članovima 197. do 199. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, obrazovane su: 1) Hrvatska lekarska komora; 2) Hrvatska stomatološka komora; 3) Hrvatska apotekarska komora; 4) Hrvatska komora medicinskih biohemičara; 5) Hrvatska komora medicinskih sestara; 6) Hrvatska komora babica i 7) Hrvatska komora fizioterapeuta, kao i druge komore u oblasti zdravstva. Zdravstveni radnici koji obavljaju zdravstvenu delatnost na području Republike, ako posebnim zakonom nije drukčije određeno, obavezno se učlanjuju u nadležne komore. Organizacija, nadležnost i način rada ovih komora uređuju se posebnim zakonom.

Akademija medicinskih nauka Hrvatske: Akademija medicinskih nauka Hrvatske je osnovana 1961. godine i to u okviru Udruženja lekara Hrvatske, da bi od 1983. godine postala samostalna pod navedenim nazivom. To je društvo izabranih naučnika, koje se bavi promovisanjem medicinske nauke, radi unapređenja narodnog zdravlja.¹⁵

2.2. Pravni okvir

Prema članu 58. Ustava Republike Hrvatske¹⁶ svakome se garantuje pravo na zdravstvenu zaštitu, u skladu sa zakonom. Kako bi ispunila ustavnu obavezu, Republika svoje nadležnosti, prava, obaveze i ciljeve na području zdravstvene zaštite ostvaruje tako da planira i obezbeđuje: 1) zdravstvenu zaštitu i određuje strategiju razvoja zdravstvene zaštite; 2) zakonsku osnovu za ostvarivanje ciljeva zdravstvene zaštite; 3) uslove za zdravstveno prosvetovanje stanovništva; 4) razvoj zdravstveno-informacionog sistema; 5) razvoj sistema telemedicine i 6) uslove za edukaciju zdravstvenih kadrova.

Osim organizacije, upravljanja i finansiranja zdravstvenog sistema, Republika merama privredne i socijalne politike stvara uslove za sprovođenje zdravstvene zaštite, kao i za zaštitu, očuvanje i poboljšanje zdravlja stanovništva, u cilju održivog razvoja i

¹⁵ Videti: <http://www.amzh.hr>

¹⁶ Ustav Republike Hrvatske, "Narodne novine", br. 56/90, 135/97 i 8/98 - prečišćen tekst.

unapređenja kvaliteta i obezbeđenja razvoja naučne delatnosti na području zdravstvene zaštite. Saglasno članu 69. Ustava Republika Hrvatska, svakome se garantuje pravo na zdrav život i osiguravaju uslovi za zdravu životnu sredinu. Takođe je, predviđeno da je svako dužan da, u okviru svojih ovlašćenja i delatnosti, posebnu brigu posvećuje zaštiti zdravlja ljudi, prirode i ljudske okoline. Prava i obaveze iz ovog člana, Republika ostvaruje usklađenim delovanjem više javnih sektora.

Normativni okvir zdravstvene zaštite, u užem smislu, obuhvata sledeće zakone, druge propise i opšta akta, kao i strateška dokumenta:¹⁷

1) Zakon o zdravstvenoj zaštiti ("Narodne novine", br. 150/08, 7/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12 – OUSRH, 70/12 i 82/13);

2) Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju (*Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju*, "Narodne novine", br. 80/13);

3) Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine", br. 85/06, 150/08 i 71/10);

4) Zakon o zaštiti prava pacijenata („Narodne novine“, br. 37/08);

5) Zakon o lekarima (*Zakon o liječništvu*, "Narodne novine", br. 121/03 i 117/08), kojim se uređuje pojam, osnivanje i uslovi za obavljanje lekarskog zvanja i delovanje lekara, kao osnovnog, samostalnog i odgovornog nosioca zdravstvene delatnosti, koja je od posebnog interesa za Republiku i koja osigurava zdravstvenu zaštitu svakom pojedincu i celokupnom stanovništvu;

6) Zakon o stomatološkoj delatnosti (*Zakon o stomatološkoj djelatnosti*, "Narodne novine", br. 121/03, 117/08 i 120/09), kojim se uređuje osnivanje i uslovi za obavljanje

¹⁷ Videti: 1) Pravilnik o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite (2007); 2) Odluku o utvrđivanju Osnovne liste lekova ("Narodne novine", br. 47/13, 49/13 i 50/13); 3) Odluku o utvrđivanju Dopunske liste lekova ("Narodne novine", br. 47/13); 4) Zakon o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj ("Narodne novine", br. 114/97); 5) Odluku o proglašenju prestanka važenja Zakona o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu (2010), zbog nužnog reorganizovanja sistema sprovođenja osnovnog zdravstvenog osiguranja, a danom stupanja na snagu ovog zakona prestala je da važi Uredba o osnivanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu ("Narodne novine", br. 130/06); 6) Pravilnik o pravima, uslovima i načinu korišćenja zdravstvene zaštite u inostranstvu (2009); 7) Pravilnik o postupku, uslovima i načinu utvrđivanja prava na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja iz državnih budžeta ("Narodne novine", br. 85/08 i 150/08); 8) Odluku o sadržaju i obimu isprave kojom se dokazuje status osigurane osobe ("Narodne novine", br. 4/08, 91/09, 113/09, 140/09, 4/10, 13/10 - ispr. 43/10 i 29/11); 9) Opšte uslove ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju (u primeni od 1. juna 2013.); 10) Plan i program mera za osiguranje, unapređenje, promociju i praćenje kvaliteta zdravstvene zaštite ("Narodne novine", br. 114/10) i 11) Zakon o doprinosima ("Narodne novine", br. 84/08, 152/08, 94/09, 18/11 i 22/12), kao i druge propise u oblasti zdravstva.

stomatološke delatnosti, kao službe koja osigurava pružanje stomatološke pomoći licima u ostvarivanju i zaštiti oralnog zdravlja;

7) Zakon o dentalnoj medicini ("Narodne novine", br. 121/03, 117/08 i 120/09), kojim se uređuje osnivanje i uslovi za obavljanje dentalne medicine, kao službe koja osigurava pružanje dentalne pomoći licima u ostvarivanju i zaštiti oralnog zdravlja;

8) Zakon o delatnostima u zdravstvu (*Zakon o djelatnostima u zdravstvu*, „Narodne novine“, br. 87/09), kojim se uređuje sadržaj i način delovanja, standard obrazovanja, uslovi za obavljanje delatnosti, dužnosti, kontrola kvaliteta i stručni nadzor nad radom sanitarnih inženjera, stručnjaka radiološke tehnologije, radne terapije i medicinsko-laboratorijske dijagnostike;

9) Zakon o apotekama (*Zakon o ljekarništvu*, "Narodne novine", br. 12/03, 142/06, 35/08 i 117/08), kojim se uređuje način organizovanja i sprovođenja apotekarske delatnosti, kao dela zdravstvene delatnosti od interesa za Republiku, koja se vrši kao javna služba i koju obavljaju magistri farmacije, pod uslovima i na način propisan ovim zakonom;

10) Zakon o sestrinstvu ("Narodne novine", br. 121/03 i 117/08), kojim se uređuje sadržaj i način delovanja, standard obrazovanja, uslovi za obavljanje delatnosti, kontrola kvaliteta i stručni nadzor nad radom medicinskih sestara, a odredbe ovog zakona se primenjuju i na medicinske tehničare;

11) Zakon o kvalitetu zdravstvene zaštite i socijalnoj zaštiti (*Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalnoj skrbi*, "Narodne novine", br. 24/11), kojim se, pored ostalog, određuju načela i sistem mera za ostvarivanje i unapređenje sveobuhvatnog kvaliteta zdravstvene zaštite i propisuje postupak akreditacije zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu delatnost i privatnih zdravstvenih radnika, kao i procena zdravstvenih tehnologija, radi ostvarivanja i smanjivanja rizika po život i zdravlje pacijenata;

12) Zakon o lekovima (*Zakon o lijekovima*, "Narodne novine", br. 71/07, 45/09 i 124/11);

13) Zakon o medicinskim proizvodima ("Narodne novine", br. 67/08 i 124/11);

14) Zakon o trgovačkim društvima ("Narodne novine", br. 152/11 - prečišćen tekst), kojim je utvrđeno da je trgovačko društvo pravno lice, koje samostalno i trajno

obavlja privrednu delatnost, radi ostvarivanja dobiti proizvodnjom, prometom robe ili pružanjem usluga na tržištu;

15) Zakon o ustanovama ("Narodne novine", br. 76/92, 29/07, 47/99 i 35/08);

16) Zakon o koncesijama ("Narodne novine", br. 143/12);

17) Zakon o sanaciji javnih ustanova ("Narodne novine", br. 136/12)

18 Zakon o finansijskom poslovanju i predstečajnoj nagodbi (*Zakon o finansijskom poslovanju i predstečajnoj nagodbi*, "Narodne novine", br. 108/12, 144/12, 81/13 i 114/13);

19) Pravilnik o pravima, uslovima i načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (*Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja*, "Narodne novine", br. 67/09, 116/09, 4/10, 13/10, 88/10, 131/10, 1/11, 87/11, 126/12, 38/13, 77/13, 101/13 i 103/13);

20) Pravilnik o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz zdravstvenog osiguranja (prestao da važi 1. aprila 2013, "Narodne novine", br. 23/13);

21) Pravilnik o uslovima i načinu sprovođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja (*Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja*, "Narodne novine", br. 2/09 i 123/09);

22) Pravilnik o stavljanju lekova na Osnovnu i Dopunsku listu lekova (*Pravilnik o stavljanju lijekova na Osnovnu i Dopunsku listu lijekova*, "Narodne novine", br. 71/07 i 45/09);

23) Pravilnik o načinu propisivanja i izdavanju lekova na recept (*Pravilnik o načinu propisivanja i izdavanja lijekova na recept*, "Narodne novine", br. 46/09, 4/10, 11/10, 31/10, 11/11 i 52/11);

24) Odluka o osnovama za zaključivanje ugovora o sprovođenju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (*Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja*, "Narodne novine", br. 23/13, 38/13, 50/113, 51/13, 99/13 i 103/13);

25) Odluka o načinu osiguranja i raspolaganja sredstvima dopunskog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", br. 91/13);

26) Opšti uslovi dopunskog zdravstvenog osiguranja (*Opći uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja* (u primeni od 1. juna 2013.);

- 27) Mreža javne zdravstvene službe ("Narodne novine", br. 101/12);
- 26) Plan zdravstvene zaštite Republike Hrvatske ("Narodne novine", br. 86/12);
- 27) Nacionalna strategija zdravstva Hrvatske (2013-2020)¹⁸ i
- 28) Strateški plan razvoja javnog zdravstva (*Strategijski plan razvitka javnog zdravstva*) i Opšti strateški plan Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za mandatni period od 2013. do 2015. godine (*Opći strategijski plan Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za mandatno razdoblje od 2013. do 2015. godine*).¹⁹

3. OSNOVE SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Osnovne karakteristike zdravstvenog sistema Hrvatske su sledeće:

- 1) *Bizmarkov model* zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja;
- 2) „slobodan ulaz“ u zdravstveni sistem (putem primarne zdravstvene zaštite i utvrđenog opšteg obaveznog zdravstvenog sistema);
- 3) propisano *opšte obavezno zdravstveno osiguranje* (ne postoji mogućnost iz njegovog isključenja);
- 4) uspostavljen *koncept izabranog lekara* primarne zdravstvene zaštite („čuvari vrata“ zdravstvenog sistema, kroz manje opterećenje sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite);
- 5) uspostavljeno *obavezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje* i
- 6) izvršeni određeni *reformski procesi* u oblasti zdravstvenog sistema.

Zdravstveni sistem je u osnovi normativno uređen sa dva sistemski zakonska propisa i to: *Zakonom o zdravstvenoj zaštiti*²⁰ i *Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju*,²¹ kao i Zakonom o zaštiti prava pacijenata i Zakonom o dobrovoljnom

¹⁸ Videti: <http://www.mz.hr>

¹⁹ Videti: <http://www.hzzo.hr>

²⁰ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, koji je usvojen 2003. godine ("Narodne novine", br. 12/03) prvi put je promenjen 2008. ("Narodne novine", br. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12 – OUSRH, 70/12 i 82/13).

²¹ Zakon o zdravstvenom osiguranju iz 2001. godine, koji je imao niz izmena i dopuna ("Narodne novine", br. 94/01, 88/02, 149/02, 117/03, 30/04, 177/04, 85/06, 105/06, 118/06, 77/07, 111/07 i 35/08), takođe je 2008. promenjen, donošenjem novog Zakona ("Narodne novine", br. 150/08, 94/09, 153/09, 71/10, 139/10, 49/10, 49/11, 22/12 i 57/12), a 2013. godine je ponovo donet novi Zakon ("Narodne novine", br. 80/13).

zdravstvenom osiguranju, kao i drugim zakonima, propisima i opštim aktima relevantnim za regulisanje oblasti zdravstva. Prva dva zakona, koja su doneta 2008. godine, imala su dosta izmena i dopuna, odnosno donošenja novog propisa, što ukazuje da zakonodavac tada nije, na odgovarajući način, u potpunosti i dosledno, definisao i uredio određena pitanja od interesa za ostvarivanje i sprovođenje zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja građana na nivou Republike.

3.1. Sistem zdravstvene zaštite

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti uređuju se načela i mere zdravstvene zaštite, prava i obaveze lica u korišćenju zdravstvene zaštite, nosioci društvene brige za zdravlje stanovništva, sadržaj i organizacioni oblici obavljanja zdravstvene delatnosti, kao i nadzor nad obavljanjem te delatnosti.

Republika Hrvatska je 1. jula 2013. godine postala država članica Evropske unije, te su ovim zakonom u pravni poredak prenete sledeće direktive:

1. Direktiva 2005/36/EZ Evropskog parlamenta (EP) i Saveta (ES)-(2005) o priznanju stručnih kvalifikacija,
2. Direktiva 2011/24/EU EP I ES (2011) o primeni prava pacijenata o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti i
3. Direktiva ES 2010/32/EU (2010) o sprovođenju Okvirnog sporazuma o sprečavanju ozleda oštrim predmetima u bolničkom sektoru i zdravstvu koji su sklopili HOSPEEM²² i EPSU²³.

Zdravstvena zaštita,²⁴ u smislu Zakona o zdravstvenoj zaštiti, obuhvata sistem društvenih, ukupnih i individualnih mera, usluga i aktivnosti usmerenih na: čuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravovremeno lečenje i zdravstvenu negu i rehabilitaciju. Ona se sprovodi na načelima sveobuhvatnosti,

²² Evropska asocijacija bolnica i zdravstvene zaštite poslodavaca.

²³ Evropska federacija sindikata javnih službi.

²⁴ Videti više: Ostojić, R. i dr., *Javno-privatno u sustavu zdravstva*, Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu, br. 1/12, Zagreb, 2012, str. 43-62, *Jačanje zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj*, Druga konferencija za zdravstvo, Zagreb, april 2011. <http://www.zdravlje.hr>, Ivković, S. i dr., *Koncept obiteljske medicine - sigurna budućnost*, Med Jad br. 1-2/11, Zagreb, str. 5.-13., Delić, V. i dr., *Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj*, TEB poslovno savjetovanje d.o.o., Zagreb, 2010. <http://www.teb.hr> i Croatia-Health System Review, Health Systems in Transition, Vol. 8 No. 7 2006.

kontinuiteta, dostupnosti i celovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a specijalizovanog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti. Članovima 5. i 9. ovog zakona utvrđena su prava, obaveze, zadaci i ciljevi Republike i jedinica područne (regionalne) samouprave u oblasti ostvarivanja zdravstvene zaštite.

Zakonom je propisana i sadržina *Plana zdravstvene zaštite* Republike²⁵ i predviđeno je da taj plan obavezno obuhvata: 1) zadatke i ciljeve zdravstvene zaštite; 2) prioritetna razvojna područja; 3) zdravstvene potrebe stanovništva od posebnog interesa za Republiku; 4) specifične potrebe i mogućnosti ostvarivanja zdravstvene zaštite na pojedinim područjima; 5) nosioce zadataka i rokove za ostvarivanje plana zdravstvene zaštite; 6) obrazovanje i usavršavanje zdravstvenih kadrova i osnove razvoja sistema zdravstvene zaštite i 7) merila za određivanje osnovne mreže zdravstvene delatnosti, uvažavajući princip dostupnosti zdravstvene zaštite po područjima.

Saglasno odredbama ovog zakona, zdravstvena zaštita se obavlja na: 1) primarnom nivou (čl. 26. i 27.), 2) sekundarnom, koji se odnosi na specijalističko-konzilijarnu i bolničku delatnost (čl. 28. do 30.), 3) tercijarnom, koja obuhvata i pružanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističko-konzilijarnih i bolničkih delatnosti (čl. 31. i 32.) i 4) na nivou zdravstvenih zavoda (čl. 33.).

Zdravstvena delatnost od interesa za Republiku obavlja se kao javna služba, koju po stručno-medicinskoj doktrini i uz upotrebu medicinske tehnologije obavljaju zdravstveni radnici pri pružanju zdravstvene zaštite, pod uslovima i na način propisan ovim zakonom. Zdravstvenu delatnost, u okviru Mreže javne zdravstvene službe i van nje, obavljaju *zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu delatnost i privatni zdravstveni radnici (privatna praksa)*, pod uslovima i na način propisan ovim zakonom, Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju, Zakonom o ustanovama²⁶, Zakonom o trgovačkim društvima i Zakonom o koncesijama.²⁷ Zdravstvena delatnost, kao javna služba, obavlja se u okviru *Mreže javne zdravstvene*

²⁵ Videti: *Plan zdravstvene zaštite*.

²⁶ Zakonom je propisano da je ustanova pravno lice čije je osnivanje i organizacija uređeno ovim zakonom. Ustanova se osniva za trajno obavljanje, između ostalih, i delatnosti zdravstva, ako se te delatnosti ne obavljaju radi sticanja dobiti.

²⁷ Ovim zakonom se uređuju postupci davanja i prestanka koncesije, pravna zaštita u postupcima koncesije i druga pitanja u vezi sa koncesijom.

*službe*²⁸ ili van nje, s tim da se merila za određivanje Mreže utvrđuju Planom zdravstvene zaštite. Mrežom se određuje za područje Republike, odnosno jedinice područne (regionalne) samouprave potreban broj zdravstvenih ustanova i privatnih radnika, sa kojima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje sklapa ugovor o sprovođenju zdravstvene zaštite.

Zdravstvene ustanove na primarnom nivou su: 1) dom zdravlja, 2) ustanova za zdravstvenu brigu, 3) ustanova za zdravstvenu negu i 4) ustanova za palijativnu brigu. *Na sekundarnom nivou* su: 1) poliklinika, 2) bolnica i 3) banja (lečilišтво), dok se zdravstvena delatnost *na tercijarnom nivou* obavlja u: 1) klinikama, 2) kliničkim bolnicama i 3) kliničko-bolničkim centrima.

Državni zdravstveni zavod, kliniku kao samostalnu ustanovu, kliničku bolnicu i klinički-bolnički centar može da osnuje Republika, a druge zdravstvene ustanove jedinica područne (regionalne) samouprave, grad i drugo pravno lice, zavisno od organizacionih oblika i nivoa pružanja zdravstvene zaštite. Sredstva za rad zdravstvenih ustanova u Mreži propisana su članom 55. Zakona, s tim da ako u obavljanju delatnosti zdravstvene ustanove nastane gubitak, njega pokriva osnivač, u skladu sa Zakonom o ustanovama.

Dom zdravlja, kao osnovni nosilac zdravstvene zaštite na svom nivou osnivanja je zdravstvena ustanova za pružanje zdravstvene zaštite stanovništvu određenog područja, u sklopu zdravstvene delatnosti na primarnom nivou. Na području županije osniva se najmanje jedan dom zdravlja, grada Zagreba najmanje tri, a zbog specifičnosti pružanja zdravstvene zaštite može da se osnuje i dom zdravlja na ostrvu. Zdravstveni zavodi su državni zdravstveni zavodi, zavodi za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave i zavodi za hitnu medicinu jedinica područne, odnosno regionalne samouprave. Referentni centar Ministarstva zdravlja može da bude zdravstvena ustanova ili njen deo, odnosno drugo pravno lice ili njegov deo koja obavlja zdravstvenu delatnost, u skladu sa posebnim zakonom i ispunjava normative i standarde za pružanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite.

Javnu zdravstvenu službu na primarnom nivou zdravstvene delatnosti, saglasno odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o koncesijama, mogu da obavljaju, na osnovu *koncesije*, fizička lica i zdravstvene ustanove, osim zdravstvenih ustanova čiji je

²⁸ Videti: *Mrežu javne zdravstvene službe*.

osnivač Republika, županija, odnosno grad Zagreb. Na osnovu koncesije može se obavljati zdravstvena delatnost: 1) opšte (porodične) medicine; 2) dentalne zdravstvene zaštite; 3) zdravstvene zaštite predškolske dece; 4) zdravstvene zaštite žena; 5) laboratorijske dijagnostike; 6) medicine rada i 7) zdravstvene nege u kući. Koncesiju za obavljanje javne zdravstvene službe, u skladu sa Mrežom, na predlog načelnika ureda upravnog tela nadležnog za zdravstvo, daje župan, odnosno gradonačelnik, uz saglasnost ministra zdravlja. Najviši iznos naknade za koncesiju utvrđuje ministar zdravlja. Ugovorom o koncesiji uređuju se međusobna prava i obaveze u vezi sa korišćenjem date koncesije.

Zdravstveni radnici kojima je dato odobrenje ministra zdravlja za rad u jedinicama zakupa domova zdravlja²⁹, a koji ne podnesu ponudu po objavljenom obaveštenju o nameri davanja koncesije, imaju prednost pri zapošljavanju u domu zdravlja, ako ispune tražene uslove po konkursu za zapošljavanje.³⁰

Za obavljanje zdravstvene delatnosti, saglasno odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o trgovačkim društvima, može se osnovati *trgovačko društvo*, koje ne može da obavlja apotekarsku delatnost i celovite delatnosti sledećih ustanova: 1) kliničko - bolničkog centra; 2) kliničke bolnice; 3) klinike; 4) opšte bolnice; 5) zdravstvenih zavoda i 6) doma zdravlja. Trgovačko društvo se osniva van Mreže javne zdravstvene službe, upisuje u trgovački registar i ne mora da ima zdravstvene radnike u stalnom radnom odnosu. Ugovorom o osnivanju ovog trgovačkog društva moraju da se urede prava i obaveze članova društva, s tim da se na osnivanje, prestanak, odgovornost i druga pitanja koja se odnose na ta društva, a koja nisu uređena Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, primenjuju odredbe Zakona o trgovačkim društvima.

*Privatnu praksu*³¹ mogu da obavljaju zdravstveni radnici: 1) sa fakultetskom diplomom i pod uslovima utvrđenim u članu 145. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i to: a) samostalno (u okviru jedne ordinacije, apoteke ili medicinsko-biohemijske laboratorije), b) u timu (sa zdravstvenim radnikom sa srednjom stručnom spremom ili osnovnim

²⁹ Ovo pravo im se daje na osnovu *Pravilnika o uslovima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lečilišta* "Narodne novine", br. 6/96, 29/97, 1/98, 44/99, 121/99, 112/00, 87/02, 150/02 i 7/0, i i *Pravilnika o uvjetima i postupku za davanje u zakup djelova doma zdravlja i ljekarničkih zdravstvenih ustanova*, "Narodne novine", br. 80/07.

³⁰ Videti: Zakon o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Narodne novine", br. 83/13), kojim se utvrđuje rok za prestanak rada zakupom u privatnoj praksi u domu zdravlja.

³¹ Tako je 2010. godine udeo plaćanja iz „džepa građana“ iznosio 14,5%.

strukovnim studijama) ili c) dva tima zdravstvenih radnika iste struke (u istom poslovnom prostoru); 2) medicinska sestra i medicinski tehničar, viši zubar i zubni tehničar i fizioterapeut (iz svoje stručne spreme) i 3) više zdravstvenih radnika udruženih u grupnu privatnu praksu. Zdravstveni radnici mogu da obavljaju privatnu praksu i na osnovu koncesije za obavljanje javne zdravstvene službe (ostvaruju novčana sredstva na osnovu ugovora, npr. sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, domom zdravlja, jedinicom područne- regionalne samoprave, dobrovoljnim osiguranjem i dr.).

U okviru privatne prakse ne mogu se obavljati taksativno određene delatnosti utvrđene Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (uzimanje, čuvanje, prenošenje i presađivanje ćelija, tkiva i organa u svrhu lečenja, prikupljanje krvne plazme za prerađu i snabdevanje krvlju i krvnim preparatima, javno zdravstvo, epidemiologija, školska medicina, zaštita mentalnog zdravlja, prevencija i vanbolničko lečenje zavisnosti i patronažna i hitna medicina).

Zdravstveni radnici u privatnoj praksi, zdravstvene ustanove i trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu delatnost, na osnovu člana 111.b Zakona o zdravstvenoj zaštiti, mogu pružati zdravstvene usluge u turizmu, saglasno posebnim propisima za delatnosti za koje imaju odobrenje.

Shodno odredbama ovog zakona, *zdravstveni radnici* su lica koja imaju obrazovanje zdravstvenog usmerenja i neposredno u vidu zanimanja pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu, uz obavezno poštovanje morala i etičkih načela zdravstvene struke. Na osnovu stava 5. člana 124. ovog zakona, poslodavac je obavezan da sve zdravstvene radnike koji, neposredno u vidu zanimanja, pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu osigura od štete koja bi mogla nastati u sprovođenju zdravstvene zaštite.

Zdravstveni radnik može uz odobrenje poslodavca, *za svoj račun*, da sklopi posao iz zdravstvene delatnosti poslodavca, a uslov za davanje odobrenja³² na vreme od godinu dana, predstavlja prethodno sklopljeni ugovor o međusobnim pravima i obavezama između poslodavca i zdravstvene ustanove, trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu delatnost, odnosno privatnog zdravstvenog radnika kod kojeg će zdravstveni radnik obavljati poslove iz delatnosti poslodavca. Direktor, njegov zamenik i pomoćnik

³² Odobrenje poslodavac daje u skladu sa merilima koja propisuje ministar zdravlja odgovarajućim pravilnikom.

zdravstvene ustanove poslove iz delatnosti poslodavca ne smeju da sklapaju za svoj račun. Međutim, zdravstveni radnik može, uz odobrenje, da sklopi navedeni posao samo u zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod privatnog zdravstvenog radnika koji nema sklopljen ugovor o sprovođenju zdravstvene zaštite sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, kao i kod onih koji nemaju nepodmirene obaveze (porez, doprinosi i dr.) prema ovom zavodu.

Odobrenje za samostalni rad zdravstvenog radnika je javna isprava, koju prema posebnom zakonu izdaje nadležna komora, posle dobijanja uverenja da je zdravstveni radnik položio stručni ispit, čime on stiče pravo da samostalno obavlja poslove u svojoj struci. Odredbe Zakona kojima se reguliše pripravnički staž i stručni ispit ne odnose se na zdravstvene radnike koji su državljani država članica Evropske unije.

Zdravstveni radnici, saglasno članu 138. Zakona, imaju pravo i obavezu da se stručno usavršavaju, radi održavanja i unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite. Sadržaj, rokovi i postupak provere stručnosti, osim specijalizacije i uže specijalizacije, propisuju se opštim aktom nadležne komore.

Zakonom o zaštiti prava pacijenata, određuju se prava pacijenata prilikom korišćenja zdravstvene zaštite i način zaštite i promocija tih prava. Pacijentom, u smislu ovog zakona, smatra se svako lice, bolesno ili zdravo, koje zatraži ili kojem se pruži mera ili usluga u cilju očuvanja i unapređenja zdravlja, sprečavanja bolesti, lečenja ili zdravstvene nege i rehabilitacije. Zaštita prava pacijenata sprovodi se na načelima humanosti i dostupnosti. Prava pacijenata su: 1) saodlučivanje; 2) izuzetak od prava na saodlučivanje; 3) obaveštenost; 4) odbijanje prijema obaveštenja; 5) prihvatanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka; 6) zaštita pacijenata koji nisu sposobni da daju pristanak i nad kojima se obavlja naučno istraživanje; 7) zahvati na ljudskom genomu; 8) pristup medicinskoj dokumentaciji; 9) poverljivost; 10) održavanje ličnih kontakata; 11) samovoljno napuštanje zdravstvenih ustanova; 12) privatnost i 13) naknada štete.

U cilju ostvarivanja i promocije prava pacijenata u svakoj jedinici područne (regionalne) samouprave osniva se *Povereništvo za zaštitu prava pacijenata*, koje deluje pri upravnom telu te jedinice nadležne za poslove zdravstva. Takođe, u ostvarivanju društvene brige za zaštitu prava pacijenata, u okviru prava i obaveza Republike na

području zdravstvene zaštite, Ministarstvo zdravlja imenuje Povereništvo za zaštitu pacijenata i promovisanje njihovih prava.

3.2. Stanje zdravstvene zaštite

U okviru stanja zdravstvene zaštite, prema dostupnim podacima,³³ daje se osvrt na zdravstveno stanje stanovništva i stanje u zdravstvenim službama. Naime, podaci omogućavaju uvid u određene pokazatelje zdravstvenog stanja građana i organizaciju i kadrovsku strukturu u zdravstvenim službama, odnosno zdravstvenoj delatnosti, kao i druge elemente od značaja za zdravstvenu zaštitu stanovništva.

Hrvatska je prema popisu iz 2011. godine imala 4.290.612 stanovnika³⁴, koji su neravnomerno raspoređeni po županijama, sa prosečnom gustom stanovništva od 75,7/km².³⁵ Na ukupno kretanje broja stanovništva uticalo je dugogodišnje smanjivanje broja rođenih, porast smrtnosti i negativni migracioni trendovi u poslednje dve decenije. Stopa prirodnog priraštaja je negativna (-2,0), pa postoji trend starenja stanovništva.³⁶ Očekivano trajanje života pri rođenju je u 2010. godini za oba pola bilo 76,6 godina (za žene 79,6 a muškarce 73,5 godina).

Od početka devedesetih godina XX veka, beleži se veći broj umrlih od broja živorođenih odojčadi, tako da se Hrvatska ubraja u zemlje sa visokim udelom stanovnika starijih od 65+ godina. To predstavlja i izazov za održivi razvoj društva, ali i zdravstveni sistem, s obzirom na zdravstvene potrebe sve većeg broja starijih građana. Naime, standardizovane stope smrtnosti više su od proseka za države članice EU/15 (546/100.000), a niže od EU/24 iz 2004. godine (855/100.000). Upoređivanje ove stope prema županijama, pokazuje da se više vrednosti od hrvatskog proseka beleže u onim u kontinentalnom delu zemlje.

³³ Izvor: *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2007. i 2010. godinu* Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Državni zavod za statistiku.. Uporediti podatke sa *Hrvatskim zdravstveno-statističkim ljetopisom za 2013. godinu*.

Videti: Rodin, U., *Projekat „Unapređenje statistike zdravstvene skrbi – nefinansijski pokazatelji“*, Hrvatski časopis za javno zdravlje, br. 19/09, Zagreb, 2009.

³⁴ Izvor: Državni zavod za statistiku.

³⁵ U Hrvatskoj ima 21 jedinica regionalne samouprave: 20 županija i grad Zagreb, koji ima status županije.

³⁶ U februaru 2012. godine bilo je 1.214.715 penzionera, a više od trećine građana je u riziku od siromaštva i socijalne isključivosti.

Najčešći uzroci mortaliteta su: kardiovaskularne bolesti (53,56%), tumori i povrede (uključujući saobraćajne nesreće). Zato je potrebno povećati preventivnu zdravstvenu zaštitu, posebno preventivne preglede, radi preduzimanja mera i aktivnosti zaštite zdravlja i smanjenja rizika po zdravlje koji spadaju i u tzv. kategoriju bolesti životnog stila, kao i unapređenja zdravstvenog stanja populacije.

Prema nivou razvoja merenoj BDP-om po glavi stanovnika Hrvatska, takođe, zaostaje za zemljama EU/27, a stopa ekonomskog rasta u vreme ekonomske krize ne omogućava uslove za skorou konvergenciju. U tom pogledu, delatnosti zdravstvene zaštite i socijalne brige su u 2007. godini stvorile bruto dodatnu vrednost od 3,7 BDP- a³⁷.

U zdravstvenom sistemu je krajem 2010. godine bilo stalno zaposleno 72.207 radnika, od čega su 54.873 zdravstvena radnika i saradnika, 5.117 administrativnih i 12.217 tehničkih radnika. U strukturi stalno zaposlenih, udeo zdravstvenih radnika sa srednjom stručnom spremom iznosio je 38,2%, administrativno-tehnički radnici činili su 24,0% i lekari 17,1%. Zdravstveni radnici sa višom stručnom spremom činili su 9,8%, stomatolozi 4,6%, farmaceuti 3,7%, zdravstveni saradnici sa visokom stručnom spremom 1,1% (psiholozi, logopedi, socijalni radnici, defektolozi i dr.), a radnici sa nižom stručnom spremom 0,6%. U radnom odnosu na određeno vreme bilo je 8.270 zdravstvenih radnika i saradnika, što je ukupno sa zdravstvenim radnicima i saradnicima zaposlenih na neodređeno vreme iznosilo 63.143 zdravstvena radnika.

Raspodela 12.341 stalno zaposlenog lekara prema mestu primarnog zaposlenja je sledeći: 9.178 je radilo u zdravstvenim ustanovama u svojini države, županija i grada Zagreba, u privatnim zdravstvenim ustanovama 606, a u ordinacijama privatne prakse 2.557, od kojih je 1.884 radilo u ordinacijama u zakupu. U ostalim zdravstvenim ustanovama (poliklinike, specijalne bolnice, banje, ordinacije, ustanove za medicinu rada i trgovačka društva za obavljanje zdravstvene delatnosti) radilo je 1.166 ili 9,9% lekara. Među stalno zaposlenim lekarima udeo žena je iznosio 60,1%, a specijalista 66,9%. Zdravstvenih radnika sa višom i srednjom stručnom spremom bilo je 33.300, od čega medicinske sestre i medicinski tehničari čine 72% (23.852), a ostalo su uglavnom inženjeri i tehničari zaposleni u zdravstvu. S tim u vezi, napominje se da su na jednog lekara bile zaposlene u proseku dve medicinske sestre, odnosno medicinski tehničari.

³⁷ U 2010. godini su državna uprava, javne službe i društvene delatnosti stvorili 16,1% BDP-a.

Broj bolesničkih kreveta u 2008. godini je na 1.000 stanovnika iznosio 2,7 u odnosu na 1990. kada je bilo 7,4/1.000. U istom periodu je broj lekara na 1.000 stanovnika bio 2,7, odnosno 7,4/1.000.

U pogledu zdravstvenih ustanova, tokom 2002. godine, započeo je proces udruživanja domova zdravlja, zbog čega se njihov broj u odnosu na 2001. smanjio u 2010. godini sa 120 na 49. S druge strane, od 71 bolničke ustanove i banje, sedam specijalnih bolnica i četiri banje su bile u privatnom vlasništvu. Krajem 2007. godine je, takođe, bilo registrovano 6.223 jedinice privatne prakse (ordinacije, laboratorije, privatne apoteke, privatna praksa, fizioterapeutska i zdravstvena nega u kući). Od toga je bilo 2.561 lekarska ordinacija, od čega je 1884 u zakupu, dok je stomatoloških ordinacija i ordinacija viših zubara bilo 2.396 (948 u zakupu), kao i 354 privatnih apoteka (142 u zakupu u domu zdravlja). Raspodela lekara prema vrsti zdravstvene jedinice pokazuje da je 57,5% lekara radilo u bolničkim ustanovama, 10% u domovima zdravlja, 15,31% u ordinacijama i zakupu i koncesiji, 5,4% u privatnim ordinacijama, a u državnim zdravstvenim zavodima 4,6%. Ostali lekari radili su u poliklinikama kao samostalnim ustanovama i trgovačkim društvima za obavljanje zdravstvene delatnosti (4,9%) i 1,5% u ustanovama za hitnu medicinsku pomoć.

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 2008. godine je deklarativno naglašena važnost primarne zdravstvene zaštite, radi pristupačnosti i dostupnosti pacijentima zdravstvenih kapaciteta domova zdravlja i pružanja blagovremene medicinske pomoći. U tom cilju je redefinisan status domova zdravlja, kao osnovnog institucionalnog oblika primarne zdravstvene zaštite.

Tabela 1. Zdravstvene ustanove u Hrvatskoj (31.12.2012.)
(bez obzira na vrstu vlasništva)

Zdravstvene ustanove	Broj ustanova
Dom zdravlja	49
Klinički bolnički centar	5
Klinička bolnica	3
Klinika	5
Opšta bolnica	34
Specijalna bolnica	31
Lečilište	7
Zavod za javno zdravstvo	22
Ostali državni zavodi	5
Ustanova za hitnu pomoć	20
Poliklinika	362
Ustanova za medicinu rada	9
Apoteka	187
Ustanova za negu	187
Trgovačko društvo za obavljanje zdravstvene delatnosti	346
Ukupno	1272

Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2013. godinu

Tabela 2. Korisnici zdravstvene zaštite (2010)

Osiguranici	Prosečan broj		Učešće %	
	2001.	2010.	2001.	2010.
Aktivni radnici	1.305.577	1.493.148	31%	34%
Poljoprivrednici	100.010	40.647	2%	1%
Penzioneri	988.719	1.037.643	23%	24%
Članovi porodice	1.341.877	1.163.716	33%	27%
Ostali	481.261	612.860	11%	14%
Ukupno	4.217.444	4.348.014	100%	100%

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2010)

Tabela 3. Zdravstvena potrošnja u Hrvatskoj (2008)

Ukupni izdaci za zdravstvo (% BDP)	Udeo državnih izdataka (% ukupnih izdataka)	Udeo privatnih izdataka (% ukupnih izdataka)	Udeo izdataka za privatno osiguranje (% od ukupnih privatnih izdataka za zdravst. osiguranje)
7,8	84,9	15,1	7,8

Izvor: WHO, European HFA Database (2011)

Tabela 4. Ukupni izdaci obaveznog zdravstvenog osiguranja za 2010. godinu

Obavezno zdravstveno osiguranje - izdaci (RHK)	
Ukupno	19.835.727.249
Zdravstvena zaštita - svega	17.253.757.219
Primarna zdravstvena zaštita	3.773.648.786
Lekovi na recepte	2.837.164.658
Bolnička i specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita	9.528.391.673
Ortopedski uređaji i pomagala	630.498.819
Izdaci za prevoz	245.481.293
Ostali oblici zdravstvene zaštite	238.571.990
Naknade	2.227.060.051
Ostali izdaci - svega	354.909.979
Ostali izdaci za sprovođenje zdr. zaštite	40.508.891
Sredstva za funkcionisanje sistema	314.401.088
Obavezno zdravstveno osiguranje - izdaci za zdravstvenu zaštitu penzionera i članova njihovih porodica za 2010. godinu	
Prosečan broj penzionera	1.037.643
Članovi porodice penzionera	169.309
Zdravstvena zaštita - svega (RHK)	8.498.196.650
Primarna zdravstvena zaštita	1.565.482.352
Lekovi na recepte	1.738.610.783
Bolnička i specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita	4.675.757.017
Ortopedski uređaji i pomagala	414.167.367
Ostalo (putni troškovi, lekovi)	104.179.131
Obavezno zdravstveno osiguranje - osigurana lica - prosek za 2010. godinu	
Ukupno	4.348.014
Aktivni radnici	1.493.148
Aktivni poljoprivrednici	40.647
Penzioneri	1.037.643
Članovi porodice	1.163.716
Ostali osiguranici	612.860

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 2011.

3.3. Sistem zdravstvenog osiguranja i njegovo finansiranje

Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju³⁸ uređuje se obavezno zdravstveno osiguranje u Republici, obim prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava i obaveze lica obaveznog osiguranja prema ovom zakonu, uslovi i način njegovog ostvarivanja i finansiranja, kao i prava i obaveze nosilaca obaveznog zdravstvenog osiguranja, uključujući prava i obaveze ugovornih subjekata, nosilaca za sprovođenje zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Obavezno zdravstveno osiguranje sprovodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Zavod).

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem osiguravaju se svim osiguranim licima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti, na način i pod uslovima utvrđenim ovim zakonom i propisima donetim za njegovo sprovođenje. U okviru prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se i prava za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti, koje obuhvataju i mere za sprovođenje specifične zdravstvene zaštite radnika i dijagnostičke postupke u vezi sa tim, u skladu sa ovim i posebnim zakonima. Obim prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđen je odredbama ovog zakona, kao i podzakonskim propisima za njegovo sprovođenje. Na obavezno zdravstveno osiguranje, prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih ovim zakonom, obavezna su da se osiguraju sva lica sa prebivalištem u Republici i stranci sa odobrenim stalnim boravkom u Hrvatskoj, ako međunarodnim ugovorom, odnosno posebnim zakonom nije drukčije određeno.

Osiguranim licima, u smislu ovog zakona, smatraju se osiguranici, deca do navršene 18. godine života, članovi porodica osiguranika i druga osigurana lica obavezno zdravstveno osigurana u određenim okolnostima. Odredbe članova 7. do 17. Zakona odnose se na osigurana lica, s tim da se u članu 7. taksativno navode osiguranici, koji se na obavezno zdravstveno osiguranje obavezno osiguravaju, kojim i stiču status osiguranika, koji se dokazuje posebnom ispravom.

³⁸ Videti: Bagat, M., *Utjecaj ekonomske recesije na tržište rada sustava zdravstva u Hrvatskoj*, Liječnički vjesnik, godište 132, Zagreb, 2010, str. 76-80 i Barić, V. i Smolić Š., *Mogućnost kontrole zdravstvene potrošnje – primjer Hrvatske*, Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu, godina 6, Zagreb, 2006, str. 303-314.

Prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obuhvataju: 1) pravo na zdravstvenu zaštitu i 2) pravo na novčane naknade. Prema članu 18. Zakona pravo na zdravstvenu zaštitu odnosi se na sledeća prava: primarnu zdravstvenu zaštitu; specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu; bolničku zdravstvenu zaštitu; pravo na lekove koji su utvrđeni Osnovnom i Dopunskom listom lekova Zavoda; dentalna pomagala koja su utvrđena Osnovnom i Dopunskom listom dentalnih pomagala Zavoda; ortopedska i druga pomagala koja su utvrđena Osnovnom i Dodatnom listom ortopedskin i drugih pomagala Zavoda i zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama Evropske unije i trećim državama.

Obavezni paket zdravstvenih usluga odnosi se na prava utvrđena članom 18. Zakona i osigurana lica tu zdravstvenu zaštitu ostvaruju pod jednakim uslovima na teret sredstava Zavoda, u zdravstvenoj ustanovi i kod privatnih zdravstvenih radnika sa kojima je Zavod sklopio ugovor o sprovođenju zdravstvene zaštite, na način i pod uslovima koji su utvrđeni ovim zakonom i opštim aktima Zavoda. Osnovno zdravstveno osiguranje je obavezno i njime se osigurava obavezni paket zdravstvenih usluga (košarica zdravstvenih usluga). Ovaj paket nominalno obuhvata sve osiguranike i svima je obezbeđen osnovni nivo zdravstvenih usluga.

Obavezni paket zdravstvenih usluga koji osigurana lica dobijaju u osnovnom zdravstvenom osiguranju je od 2013. godine ograničen samo na osnovne zdravstvene usluge, koje se odnose na očuvanje zdravlja i života pacijenata, a ne kao ranije na pravo na svaku medicinsku uslugu. Sve ostale zdravstvene usluge se ugovaraju kroz dopunsko zdravstveno osiguranje ili „plaćanjem iz džepa građana“. Razlog za smanjenje broja zdravstvenih usluga obaveznog paketa je deficit sredstava za servisiranje zdravstva i stari dug od 4 milijarde RHK i novi od 550 miliona RHK³⁹. Osim toga, Hrvatska je bila dužna da do 1. jula 2013. godine obavezni paket zdravstvenih usluga uskladi sa Direktivom Evropske unije o pravima pacijenata u prekograničnom pružanju zdravstvenih usluga, što je i učinjeno donošenjem izmena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Članom 19. Zakona uređuje se participacija u troškovima zdravstvene zaštite. Participacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je u Hrvatskoj 2012. godine, radi

³⁹ Videti: <http://www.hzzo.net.hr/>

usklađivanja sa pravom Evropske unije, smanjena u odnosu na 2009. godinu sa 15 na 10 RHK. U bolnici će se i dalje plaćati isti iznos participacije, koji se kreće u rasponu od 15 do 3.000,00 RHK. Međutim, velika većina građana ovu pogodnost neće ni osetiti, jer participaciju nisu dužni da plaćaju svi oni koji redovno uplaćuju dopunsko zdravstveno osiguranje kod Zavoda. Naime, u sistemu dopunskog zdravstvenog osiguranja, prema podacima ovog zavoda iz 2010. godine, sklopljeno je 2,1 milion polisa, što znači da u proseku svaki drugi osiguranik inače nije dužan da plaća participaciju. Osim toga, oslobođeni su plaćanja participacije i deca do 18 godina života (oko 800.000) i određene kategorije teških bolesnika.

Ova prava se ostvaruju pod jednakim uslovima za sva osigurana lica i Zavod njima plaća zdravstvene usluge propisane članom 18. Zakona. Standarde i normative zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, uključujući popis, vrste i broj terapijskih i dijagnostičkih postupaka po ostvarenom licu na godišnjem nivou, iznos potrebnih sredstava, kao i način ostvarivanja prava, donosi po pravilu za svaku kalendarsku godinu Upravno veće Zavoda, uz saglasnost ministra zdravlja, po prethodno pribavljenom mišljenju nadležne komore.

Osnovna i dopunska lista lekova Zavoda utvrđena članom 18. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sadrži lekove koji imaju odobrenje za stavljanje u promet u Hrvatskoj. Nedostatak lekova je posebno akutan na onkologiji i hematologiji. Ministarstvo zdravlja namerava da ovaj problem privremeno reši samo neplaniranom, ad hoc intervencijom, što nije trajno rešenje. Problem sa lekovima nemaju kliničko-bolnički centri koji su finansijski sanirani i pod direktnom su ingerencijom države.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje,⁴⁰ kao javna ustanova u sprovođenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, obavlja naročito sledeće poslove: 1) sprovodi politiku razvoja i unapređivanja zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja; 2) obavlja poslove u vezi sa ostvarivanjem prava osiguranih lica, brine se o zakonitom ostvarivanju tih prava i pruža im stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštiti njihovih interesa; 3) planira novčana sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja i plaća usluge ugovornim subjektima Zavoda, na osnovu ispostavljenih računa i istorije bolesti,

⁴⁰ Videti: Statut i Izveštaj o radu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2012. i 2013 godinu. <http://www.hzzo.net.hr>

otpusnih lista, odnosno druge odgovarajuće dokumentacije; 4) predlaže ministru zdravlja obim prava na zdravstvenu zaštitu iz člana 19, 20, 22. i 23. Zakona; 5) daje predlog ministru zdravlja za izradu plana i programa mera zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i plana i programa mera specifične zdravstvene zaštite; 6) daje mišljenje osnivaču zdravstvene ustanove o opravdanosti osnivanja zdravstvene ustanove u Mreži javne zdravstvene službe, kao i mišljenje zdravstvenom radniku o opravdanosti osnivanja privatne prakse u Mreži; 7) obavlja poslove ugovaranja sa učesnicima (sprovođiocima) zdravstvene zaštite; 8) utvrđuje cenu zdravstvene zaštite u ukupnom iznosu za punu vrednost pojedine zdravstvene usluge iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, uz saglasnost ministra zdravlja; 9) osigurava sprovođenje propisa Evropske unije i međunarodnih ugovora u delu koji se odnosi na obavezno zdravstveno osiguranje 10) obavlja nadzor nad ispunjavanjem ugovornih obaveza ugovornih subjekata Zavoda, saglasno Zakonu, propisima donesenim na osnovu ovog zakona, opštim aktima Zavoda i sklopljenom ugovoru; 11) sprovodi istraživanja, statističke obrade i izrađuje izveštaje u vezi ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i 12) uređuje ostala pitanja vezana za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Pored poslova obaveznog zdravstvenog osiguranja, Zavod sprovodi i dopunsko zdravstveno osiguranje, prema odredbama Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, za pokriće učestvovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Poslove iz svoje delatnosti Zavod⁴¹ obavlja u okviru sledećih jedinica: 1) Direkciji (središnja osnovana jedinica) i 2) uredima (područno obrazovane jedinice). Zavodom upravlja Upravno veće, a njegovim radom rukovodi direktor (ravnatelj). Nadzor nad zakonitošću rada i opštih akata Zavoda vrši Ministarstvo zdravlja.

Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja regulisano je članovima 72. do 86. Zakona. Zavod je uključen u sastav Državnog trezora. Doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje uplaćuju se na jedinstveni račun Državnog trezora i kao takvi čine prihod državnog budžeta, odnosno doprinosi i ostali prihodi se uplaćuju u korist računa Zavoda i predstavljaju njegove prihode. Republika osigurava u državnom budžetu

⁴¹ Prema datim podacima u Izveštaju za 2012. godinu, Zavod je, na dan 31.12.2012, imao 2.422 zaposlena radnika, sa prosečnom mesečnom bruto platom od 6.946,59 RHK, dok je ta plata u Hrvatskoj iznosila 7.875 RHK. Uporediti sa podacima u Izveštaju za 2013. godinu.

posebna sredstva za prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, koja su utvrđena u članu 82. Zakona. Zavod ima posebne fondove za: 1) prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, 2) prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti; 3) dopunsko zdravstveno osiguranje, u skladu sa posebnim zakonom i 4) dodatno zdravstveno osiguranje, takođe, u skladu sa posebnim zakonom.

U okviru *načina finansiranja zdravstvenog sistema*, u Hrvatskoj se primenjuje *Bizmarkov model* - model socijalnog zdravstvenog osiguranja, s obzirom da se oko 80% troškova za zdravstveno osiguranje finansira doprinosima za obavezno zdravstveno osiguranje. Međutim, zakonskim rešenjima određeno je i finansiranje zdravstvenog osiguranja i iz državnog budžeta, što je odlika Beveridžovog modela.

Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja vrši se iz *doprinosa i prihoda*.

Stope doprinosa su sledeće: 1) 13% na bruto platu, koju u potpunosti plaćaju poslodavci (od maja 2012. stopa je smanjena sa 15% na 13%); 2) 0,5% za povrede na radu, profesionalne bolesti i penzije; 3) 3% na penzije iznad 5.108,00 RHK, koju plaća korisnik penzije i 4) drugi doprinosi (npr. za slučaj nezaposlenih lica, drugih obveznika plaćanja i sl.)⁴².

Prihodi su od: 1) državnog budžeta; 2) učešća u troškovima zdravstvene zaštite osiguranih lica, odnosno njihovih osiguravatelja u dopunskom zdravstvenom osiguranju; 3) dividendi, kamata i drugih prihoda; 4) posebnog poreza na duvanske prerađevine i 5) obaveznog osiguranja od automobilske odgovornosti. Ukupni prihodi Zavoda u 2012. iznosili su 21.318.095.796 RHK, odnosno 2,4% manje od ostvarenih u 2011. godini. Prihodi za redovnu delatnost bili su 20.065.240.871 RHK.

Za *rashode Zavoda*, odnosno izdatke za zdravstvenu zaštitu⁴³ izdvojeno je 22.604.919.347 RHK i to za: 1) obavezno zdravstveno osiguranje 19.740.453.244 RHK ili 87,33% od ukupnog izdvajanja (sa povredama na radu, profesionalnim bolestima, naknadama i ostalim rashodima) i 2) zdravstvenu zaštitu dopanskog zdravstvenog osiguranja 1.609.246.586 RHK⁴⁴.

⁴² Izvor: Izveštaj Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2012. godinu.

⁴³ Uporediti sa podacima datim u Tabeli 4. - Ukupni izdaci obaveznog zdravstvenog osiguranja za 2010. i Tabeli 3. - Zdravstvena potrošnja za 2008. godinu.

⁴⁴ Videti: Supra note 41.

Na dan 31. decembra 2012. godine broj prosečno evidentiranih osiguranih lica⁴⁵ iznosio je: 1) 4.356.482 osiguranika, 2) 1.471.662 aktivna osiguranika (lica u radnom odnosu, preduzetnici i lica koja profesionalnu delatnost obavljaju ličnim radom) i 3) 2.364.289 osiguranika dopunskog osiguranja.

Predstojeća planirana racionalizacija Zavoda odnosi se prvenstveno na: 1) organizacione i upravljačke promene; 2) veću efikasnost i efektivnost u ostvarivanju zdravstvenog osiguranja; 3) dalji razvoj e-zdravstva⁴⁶ i 4) uvođenje i primenu novog modela finansiranja (ugovaranja) zdravstvene zaštite u periodu od 2013. do 2015. godine.

Razmatrani dostupni podaci pokazuju sledeće stanje sistema zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj: 1) izdaci za zdravstvo *per capita* u 2010. godini iznosili su 1.514,00 USD; 2) udeo ukupnih izdataka za zdravstvo u BDP-u je bio 7,76% (2008); 3) udeo javnih izdataka za zdravstvo u BDP-u je iznosio 6,6% (2009); 4) udeo privatnih izdataka za zdravstvo u BDP-u bio je 1,18% (2009); 5) javni izdaci su učestvovali sa oko 85% u ukupnim izdacima za zdravstvo (2010); 6) javni izdaci za zdravstvo činili su 17,7% ukupnih javnih izdataka (2010); 7) udeo „plaćanja iz džepa građana“ u ukupnim izdacima za zdravstvo bio je 14,5%; (2010); 8) udeo izdataka za prevenciju u ukupnim izdacima za zdravstvo iznosio je svega 0,68% (2010) i 9) spoljni izvori izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima za zdravstvo delatnost zanemarljivi su, jer su iznosili 0,003 ukupnih izdataka za ovu oblast (2008).⁴⁷

Na osnovu navedenog se zaključuje da je zdravstvena potrošnja u Hrvatskoj još uvek veća nego u zemljama sa sličnim BDP-om kao i da je udeo privatnih izdataka - izdataka domaćinstva za zdravstvo nizak. Bolnička nega je skupa i njeni troškovi beleže konstantni rast koji se objašnjava, između ostalog, i povećanom upotrebom lekova. Sve to, uz činjenicu da su izvori sredstava za finansiranje zdravstvenog sistema nestabilni, ukazuje da potrošnja premašuje izvore kojima država raspolaže, u cilju organizovanja i funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite.

Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju uređuju se vrste, uslovi i način sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. *Dobrovoljno zdravstveno*

⁴⁵ Uporediti sa podacima datim u Tabeli 3. - Korisnici zdravstvene zaštite za 2010. godinu.

⁴⁶ Videti: CEZIH - Centralni zdravstveni informacijski sustav Hrvatske <http://www.cezih.hr> i Deklaraciju o e- zdravstvu, Odbor za e- zdravstvo Akademije medicinskih znanosti <http://www.amzhr/>

⁴⁷ Izvor: Nacionalna strategija razvitka zdravstva za razdoblje od 2012 do 2020 godine, Ministarstvo zdravlja, 2012, <http://www.zdravlje.hr>

*osiguranje*⁴⁸ je: 1) dopunsko zdravstveno osiguranje, 2) dodatno i 3) privatno zdravstveno osiguranje. Dopunsko i dodatno zdravstveno osiguranje, kao neživotna osiguranja, ugovaraju se kao dugoročna osiguranja, a najmanje u trajanju od godinu dana. *Dopunsko zdravstveno osiguranje* je osiguranje kojim se osigurava pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja iz člana 19. stav 3. i 4. i člana 20. stav 5. Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju⁴⁹. *Dodatnim zdravstvenim osiguranjem* osigurava se viši standard zdravstvene zaštite, u skladu sa standardima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i veći obim prava u odnosu na prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. *Privatnim zdravstvenim osiguranjem* osigurava se zdravstvena zaštita fizičkim licima koja borave u Hrvatskoj, a koja nisu obavezna da se osiguraju u skladu sa Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje sprovodi društvo za osiguranje, koje je dobilo dozvolu za obavljanje te vrste osiguranja od nadzornog tela za obavljanje poslova osiguranja, u skladu sa Zakonom o osiguranju.

Opšte karakteristike dopuskog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj su sledeće: 1) neodgovarajuća pravna regulativa (nisu preuzeta načela Evropske unije o pravu osiguranja⁵⁰); 2) tretirano je kao deo obaveznog zdravstvenog osiguranja od posebnog društvenog interesa (na teret državnog budžeta); 3) Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje sprovodi i ovu vrstu osiguranja; 4) ovaj zavod visinu premije osiguranja ne vezuje za obim pokrića zdravstvene usluge, odnosno osigurani rizik⁵¹ i 5) osiguravajuća društva su nezadovoljna monopolističkim i favorizovanim položajem Zavoda.

⁴⁸ Dobrovoljno privatno zdravstveno osiguranje 2012. godine uplaćivalo je samo oko 1,19% građana, uglavnom zbog rasta nezaposlenosti, porasta cena, odnosno osnovnih troškova života i postojećeg stanja javnog zdravstva, kao i suprotstavljenih interesa između javnog i privatnog zdravstvenog sektora, dok je dodatno uglavnom dostupno za grupu građana sa iznadprosečnim primanjima.

⁴⁹ Oslobođanje od participacije od 20%, odnosno 0,3% i na lekove sa Dopunske liste do najniže cene leka.

⁵⁰ Ciljevi prava osiguranja Evropske unije od devedesetih godina XX veka su: 1) stvaranje jedinstvenog evropskog tržišta osiguranja, kroz deregulaciju i ostvarivanje dve slobode, i to slobode pružanja prekograničnih usluga i slobode nastanjivanja u svim državama članicama EU, 2) ostvarivanje jednakih uslova poslovanja za sve osiguravatelje, bez favorizovanja države i 3) slobodna tržišna utakmica, bez mešanja države, uz mogućnost slobodnog izbora osiguravatelja.

⁵¹ Zavod je, od 1. septembra 2013. godine, utvrdio premiju osiguranja od 70 RHK mesečno za sve građane, a pre su bile 50 i 80 RHK za penzionere i 80 i 130 RHK za zaposlene, zavisno od visine mesečnih primanja.

3.4. Osnovni elementi novog modela finansiranja (ugovaranja) zdravstvene zaštite (2013- 2015)

Opšti ciljevi uvođenja novog modela finansiranja (ugovaranja) zdravstvene zaštite u periodu od 2013. do 2015. godine su: 1) promene u načinu finansiranja zdravstvene zaštite; 2) podizanje kvaliteta i efektivnosti zdravstvenog sistema i pružanja zdravstvene zaštite (pacijentima i davaocima zdravstvenih usluga); 3) racionalnije trošenje i efikasnije usmeravanje (alokacija) sredstava za zdravstvenu zaštitu; 4) jačanje uloge primarne zdravstvene zaštite; 5) podizanje nivoa preventivnih aktivnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i 6) individualan pristup pacijentima (radi njihovog većeg zadovoljstva pruženom zdravstvenom uslugom).

Segmenti finansiranja novog modela odnose se na:

- 1) *fiksni (zagarantovani) deo*, koji omogućava finansiranje održivosti ugovorenih subjekata;
- 2) *varijabilni (limitirani) deo* za podsticanje sprovođenja određenih dijagnostičko terapijskih postupaka (DTP), odnosno posebno plaćanje tačno utvrđenih postupaka, u skladu sa stvarno odradjenim poslovima;
- 3) *korektivni faktor (stimulativni) deo*, zavisi od ključnih pokazatelja uspešnosti (KPI) i kvaliteta (QI) za podizanje efektivnosti i kvaliteta zdravstvene zaštite, s tim što ovi pokazatelji omogućavaju njihovu uporedivost, praćenje i evaluaciju i
- 4) *bonusi* za davaoce zdravstvenih usluga, kroz ostvarivanje dodatnih napora, radi postizanja poželjnih obrazaca ponašanja.

3.4.1. Novi model finansiranja primarne zdravstvene zaštite

Saglasno članu 126. Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju i odredbama Pravilnika o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite, a pri ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, osigurano lice ima pravo na slobodan izbor doktora medicine i doktora dentalne medicine primarne zdravstvene zaštite.

Najveći deo sredstava za primarnu zdravstvenu zaštitu (39%) usmeren je na opštu/porodičnu medicinu (praksu), koja funkcioniše kroz dva modela: 1) javni, koji se finansira iz javnih izvora i 2) privatni koncesijski model – sa dve podvarijante. Prva je privatizacioni model koncesije u javnom prostoru doma zdravlja, a drugi je u privatnim prostorijama. Oni funkcionišu na osnovu koncesije sa županijom i ugovorom sa Zavodom, iz kojeg lekari primaju fiksnu mesečnu kapitulaciju, dok privatni izvori prihoda zavise od dodatnih zdravstvenih usluga. Tako lekari u javnom zdravstvenom sistemu imaju u proseku 1373 pacijenta, a lekari u koncesijama 1773⁵².

Model finansiranja primarne zdravstvene zaštite obuhvata: 1) *fiksni deo*, koji se sastoji od *kapitulacije*⁵³ (ranije se primenjivala) i *hladnog pogona*⁵⁴, koji se ostvaruje sprovođenjem dijagnostičko terapijskih postupaka; 2) *varijabilni deo* obuhvata *dijagnostičko terapijske postupke*⁵⁵ *višeg nivoa složenosti*, koji zavise od ulaganju u edukaciju i/ili opremu; 3) *korektivni deo*⁵⁶ uključuje *pokazatelje uspešnosti i kvaliteta* (KPI i QI) i uglavnom se odnose na propisivanje lekova na recept (poštovanje smernica, potrošnja novca i sl.), stope bolovanja i dr. i 4) *bonusi*, koji su ostvareni kroz *rad grupnih praksa, preventivne programe i programe pet zvezdica*⁵⁷, naročito kroz dodatne

⁵² Videti; Rašić Bakarić, I: *Analiza zdravstvenog sustava – ekonomski aspekt primarne zdravstvene zaštite*, Ekonomski fakultet u Zagrebu, Zagreb, 2012.

⁵³ Kapitulacija: 1) sastoji se od plate (razlika do pune plate prema kolektivnom ugovoru uvećana za doprinose) i ostalih troškova (lekovi i ostali potrošni materijal); 2) učestvuje manje nego u prethodnom periodu; 3) prihod se ostvaruje prema broju osiguranih lica; 4) izvršena je specifikacija osiguranika prema starosti i polu, s tim što je potrebno redefinisati starosne grupe pacijenata i 5) predstavlja osnovicu za dalje izračunavanje ostalih prihoda.

⁵⁴ Hladan pogon: 1) predstavlja fiksne troškove poslovanja zdravstvene ustanove (režijski i drugi troškovi, plate i ostalo) i 2) mora biti prikazan u realnim iznosima i međusobno ujednačen u zdravstvenim ustanovama.

⁵⁵ Dijagnostičko terapijski postupci naročito podrazumevaju: 1) popis i utvrđivanje postupaka; 2) evidentiranje preventivnih pregleda; 3) utvrđivanje cena zdravstvenih usluga; 4) plaćanje prema modelu cena x zdravstvena usluga; 5) cene moraju biti prihvatljive i motivacione za lekare i da kroz redovan rad realno budu ostvarljivi postupci; 6) cene ne treba da usmeravaju lekare na prikazivanje što većeg broja postupaka, radi povećanja nivoa finansiranja i 7) usklađene su cene svih zdravstvenih usluga, osim za dijalizu.

⁵⁶ Dodatna prihodovanja se odnose na ključni pokazatelj uspešnosti (KPI) i pokazatelj kvaliteta (QI). KPI se, kao stimulativni deo, prvenstveno odnosi na: 1) propisivanje lekova na recept; 2) upućivanje u primarnu zdravstvenu laboratoriju; 3) upućivanje na specijalističku zdravstvenu zaštitu (specijalističko-konzilijarnu); 4) stopu bolovanja manju od 2,5 i 5) prijavljivanje zaraznih bolesti. QI obuhvata: 1) kliničke i organizacione pokazatelje; 2) specifična područja (kardio i cerebrovaskularne bolesti, hepatitis, dijabetes, debljina i dr.); 3) vođenje panela hroničnih bolesti; 4) postojanje knjige utisaka, radi praćenja zadovoljstva pacijenata i 5) prihoduje 7,5% od ukupnog prihoda kapitulacije i DTP- a.

⁵⁷ Ordinacija pet zvezdica predstavlja posebno vrednovanje rada ordinacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koje: 1) pružaju dodatne usluge pacijentima (npr. savetovališta za određene grupe pacijenata, mogućnost

usluge osiguranim licima (preventivni pregledi, e- naručivanje, porodična savetovališta i dr.)

3.4.2. Novi model finansiranja bolničke zdravstvene zaštite

Model finansiranja bolničke zdravstvene zaštite odnosi se na: 1) *zagarantovani deo*⁵⁸, kao fiksni iznos za pokrivanje troškova hladnog pogona, koji se izračunava na osnovu prosečnih troškova lečenja prema kategorijama bolnica; 2) *varijabilni deo*⁵⁹ sadrži posebno ugovorene dijagnostičke srodne grupe⁶⁰ za akutne bolesti i dane bolničkog lečenja za hronične bolesti, plaćanje pacijenata koji ne pripadaju određenoj zdravstvenoj ustanovi i vanlimitnih aktivnosti utvrđenih državnim budžetom; 3) *korektivni deo* se zasniva na ključnim pokazateljima uspešnosti i kvaliteta (KPI i QI) i 4) *bonuse* bolnice mogu da ostvare na osnovu sprovedene akreditacije i privlačenja što većeg broja osiguranih lica iz gravitirajućeg područja. Idealna cena odnosa prihoda fiksnog i varijabilnog dela je 70:30% čije se ostvarivanje planira do 2015. godine.

zakazivanja pregleda i telefonskih konsultacija sa lekarom i dr.), 2) aktivno učestvuju u e- zdravstvu i 3) svaka zvezdica nosi 1%.

Pet plus je, takođe, dodatni deo prihodovanja i predstavlja drugi deo stimulativnog prihoda lekara primarne zdravstvene zaštite, kroz pružanje dodatnih usluga pacijentima, tako što preventivni pregledi, grupne prakse i ordinacija pet zvezdica maksimalno učestvuju sa 5% od kapitalizacije.

⁵⁸ Fiksni deo prihoda predstavlja 70% utvrđenog proračuna po kategorijama i delatnostima bolnica i zavisi od broja kreveta prema Mreži i prosečne cene bolničkog dana, takođe utvrđene po kategorijama i delatnostima bolnica.

⁵⁹ Varijabilni deo obuhvata: 1) efektivnost KPI i QI i DTS; 2) posebno ugovorene postupke zdravstvene zaštite; 3) akreditivnost bolnice i 4) gravitaciju pacijenata.

⁶⁰ *Dijagnostičko terapijske skupine* - u pitanju je sinonim za dijagnostičke srodne grupe (DSG). Primenom ovog modela finansiranja očekuje se smanjenje dužine hospitalizacije, povećanje kvaliteta zdravstvene zaštite i smanjenje troškova zdravstvenog sistema. Plaćanje po DTS-u je po epizodi, pri čemu je epizoda period od prijema do otpusta pacijenta iz bolnice, odnosno to je plaćanje po slučaju koji se koristi u svim zemljama Evropske unije. U primeni je Australian Refined - DRG verzija. Izvršena je korekcija DTS koeficijenata.

Plaćanje po DTS-u ispunjava karakteristike dobrog sistema plaćanja bolničkog rada, i to: 1) plaćanje i nagrađivanje efikasnog rada pružalaca zdravstvenih usluga, 2) osiguravanje jedinstva za sve bolnice i pacijente, 3) lak je za upravljanje i usavršavanje, 4) koristi klinički prihvatljivu klasifikaciju postupaka, 5) plaćanje se zasniva na najboljim dostupnim podacima i 6) osigurava transparentnost u ugovaranju zdravstvene zaštite.

Videti više: Strizet, T., *Dijagnostičko terapijske skupine (DTS): Priručnik za zdravstvene radnike*, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Zagreb, 2011.

3.4.3. Novi model finansiranja specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite

Kod modela finansiranja specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite: 1) *nema zagarantovanog dela* i 2) *prihodi zavise od izvršenja*, odnosno do 90% prihoda je od sprovedenih postupaka i do 10% od ključnih pokazatelja uspešnosti i kvaliteta (KPI i QI), sprovedene akreditacije i broja osiguranih lica iz gravitacionog područja.

4. REFORMA ZDRAVSTVENOG SISTEMA

Osnovni problemi zdravstvenog sistema Hrvatske su:

- 1) aktuelna svetska ekonomska kriza;
- 2) demografsko starenje stanovništva;
- 3) rastući troškovi za održivi zdravstveni sistem;
- 4) visok udeo troškova zdravstva u javnoj potrošnji i
- 5) porast hroničnih bolesti populacije.

Saglasno tome, reforma zdravstvenog sistema Hrvatske⁶¹ se u prvim decenijama XXI veka naročito odnosila na donošenje i primenu zakonskih i drugih propisa i strateških dokumenata, kao i sprovođenje neophodnih reformskih procesa, mera i aktivnosti za unapređenje i dalji razvoj i održivost zdravstva u celini.

1. Osnovni ciljevi *Nacionalne strategije zdravstva za period od 2006. do 2011. godine* bili su unapređenje zdravstvenog sistema, tako da zadovoljava potrebe građana za kvalitetnom stručno-medicinskom zdravstvenom brigom, koja obuhvata: 1) sprečavanje bolesti i profesionalnih bolesti, 2) edukaciju o zdravlju, 3) rano prepoznavanje rizika bolesti i 4) lečenje i rehabilitaciju bolesnih.

Da bi se osnovni principi savremene zdravstvene politike mogli sprovesti u praksi, u razradi strateških elemenata, neophodno je bilo da se ispune određene pretpostavke, koje se odnose na sistem zdravstva. Utvrđene su sledeće pretpostavke: 1)

⁶¹ Videti: Konferenciju *"Iskustva u provođenju zdravstvene reforme u Republici Hrvatskoj"*, Plitvička jezera, oktobar 2009. <http://www.zdravlje.hr> i Zrinščak, S., *Zdravstvena politika Hrvatske: U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova*, Revija socijalne politike, br. 2/07, Zagreb, 2007, str. 193-220.

celovita informatizacija sistema zdravstva⁶²; 2) partnerstvo u zdravstvu; 3) transparentnost svih postupaka u zdravstvu; 4) decentralizacija ovlašćenja i organizovanosti, ali i obaveza nižih nivoa organa; 5) osećaj za privrednu realnost; 6) jedinstvo sistema zdravstva i 7) usklađivanje (harmonizacija) zdravstvene oblasti sa standardima, principima i pravnim tekovinama Evropske unije.

Na osnovu ovih pretpostavki, utvrđena je Strategija razvoja hrvatskog zdravstva u sledećim područjima: 1) integrisana zdravstvena zaštita; 2) primarna zdravstvena zaštita; 3) sekundarna zdravstvena zaštita; 4) tercijarna zdravstvena zaštita; 5) lekovi i farmakoterapijska briga; 6) hitna medicinska pomoć; 7) razvoj javnog zdravstva i 8) osnove nove politike finansiranja zdravstva.

2. U *Strategiji zdravstva za period od 2013. do 2020. godine*,⁶³ među navedenim prioritetima su: 1) dalja informatizacija zdravstva; 2) jačanje ljudskih resursa u zdravstvu, uz prevenciju odliva kadrova; 3) razvoj palijativne brige; 4) reorganizacija organizacije zdravstvenih ustanova, posebno primarne zdravstvene zaštite, u cilju rasterećenja bolničkih kapaciteta; 5) podsticanje kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti, kroz akreditaciju zdravstvenih ustanova i izradu kliničkih smernica, kao i putem nadzora rada i povećanja efikasnosti zdravstvenih ustanova; 6) očuvanje finansijske stabilnosti zdravstva, kroz razvoj privatnih dopunskih osiguranja i 7) podizanje svesti o važnosti preuzimanja lične odgovornosti građana za sopstveno zdravlje i jačanje preventivnih aktivnosti.

Takođe je, u Strategiji, istaknuto da je osnovni instrument razvoja zdravstva informatizacija, kojom će se ostvariti: 1) bolja povezanost i komunikacija svih učesnika u zdravstvu, sa pacijentom u središtu zdravstvenog sistema; 2) efikasnije ulaganje u ljudske resurse - kadrove; 3) efikasnije preventivne javno-zdravstvene akcije; 4) praćenje i poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite, nadzora rada i efikasnosti zdravstvenih ustanova; 5) rešavanje problema lista čekanja i lista lekova i 6) razvoj telemedicinskih usluga. Ovo su samo neki od procesa informatizacije zdravstvenog sistema, odnosno uvođenja informaciono-komunikacione tehnologije, informacionih sistema i aplikacija u

⁶² Videti: Budić, N., *Zakonska podloga za razvoj informacijskog sustava*, Liječničke novine, br. 102/11, Zagreb, 2011, str. 17-35 i *Informatizacija i zdravlje*, u: *Nacrt nacionalne strategije razvitka zdravstva za razdoblje od 2012. do 2020. godine*, Ministarstvo zdravlja, 2012, str. 40-42.

⁶³ Videti: <http://www.zdravlje.hr>

zdravstvu, za koje su potrebna značajna novčana ulaganja, ali i sredstva iz fondova Evropske unije.

Među prioritetima, kao što je navedeno, je i jačanje ljudskih, kadrovskih resursa i potencijala u oblasti zdravstva, jer podaci ukazuju na zabrinjavajući odliv zdravstvenih radnika, posebno lekara i medicinskih sestara, s obzirom da jedan deo zdravstvenog osoblja migrira i nastavlja rad u struci u inostranstvu. S druge strane, određen broj lekara, iako ostaje u Hrvatskoj, ide iz medicinske struke, pa karijeru dalje razvija u poslovnom sektoru, najčešće u farmaceutskim kompanijama. Takođe je znatan i transfer zdravstvenih radnika na poslove državne uprave, zbog čega su predviđene sledeće mere za jačanje kadrovskog kapaciteta u zdravstvu: 1) omogućavanje rada zdravstvenim radnicima posle odlaska u penziju, 2) uvođenje obaveze da se dve godine radi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kao uslov za samostalni rad lekara i 3) definisanje kompetencija i omogućavanje preuzimanja poslova, u skladu sa višim nivoom postignutog obrazovanja zdravstvenih radnika.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ova strategija predviđa reorganizaciju zdravstvenih ustanova, u smislu funkcionalnog povezivanja domova zdravlja, lekara primarne – opšte (porodične) medicine u koncesiji i dnevnih bolnica i specijalističko-konzilijarne bolničke službe. Cilj je da se rastereti deo bolničkih kapaciteta za akutno lečenje i preusmeravanje na hronično lečenje. Jedan od prioriteta je i potreba razvoja palijativne brige u Hrvatskoj, za bolesnike u poslednjem stadijumu neizlečivih bolesti.

U bolničkom sistemu, Strategija predviđa niz mera za poboljšanje finansijske i energetske efikasnosti: 1) osnivanje regionalnih mreža bolnica; 2) građevinsko poboljšanje energetske efikasnosti; 3) objedinjavanje bolničkih nabavki; 4) razdvajanje finansijsko-organizacionog dela od medicinskog rada i upravljanja i 5) detaljno planiranje konkretnih aktivnosti i reorganizacije, radi izrade master plana bolnica.

Ostali prioriteti uključuju podsticanje kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti, kroz akreditaciju zdravstvenih ustanova i izradu kliničkih smernica, kao i nadzor rada i povećanje efikasnosti i efektivnosti rada zdravstvenih ustanova.

3. Pored navedenih strateških dokumenata u oblasti zdravstva, značajan je i *Strateški plan Ministarstva zdravlja za period od 2013. do 2015. godine*. Vizija ovog

plana se odnosi na to da se zdravstveni sistem postavi tako da je kvalitetna zdravstvena zaštita dostupna svima, prema načelima sveobuhvatnosti, dostupnosti i solidarnosti.

Ciljevi Plana su: 1) zaštita, očuvanje i unapređenje zdravlja; 2) dostupnija zdravstvena zaštita; 3) reorganizacija i unapređenje sistema hitne medicinske službe; 4) popunjavanje Mreže javne zdravstvene službe; 5) razvoj i standardizacija zdravstvene infrastrukture i ulaganje u ljudske potencijale; 6) informatizacija sistema zdravstva; 7) organizacija i uvođenje telemedicinskih usluga u zdravstveni sistem; 8) osiguranje prava iz zdravstvenog osiguranja; 9) uspostavljanje razvoja sistema kvaliteta zdravstvene zaštite; 10) sprovođenje inspekcijskog nadzora u sistemu zdravstva; 11) zaštita i razvoj javnozdravstvenog interesa i 12) unapređenje Nacionalnog transplantacionog programa.

U kontekstu razmatranja procesa reforme zdravstvenog sistema Hrvatske i regionalne saradnje u oblasti zdravstva, potrebno je navesti da je, u julu 2012. godine, u Ministarstvu zdravlja Republike Hrvatske održan sastanak nadležnih koordinatora za zdravlje deset država članica Zdravstvene mreže Jugoistočne Evrope (SEEHN).⁶⁴ Na sastanku je ocenjeno da Zdravstvena mreža, od samog početka, ima stalnu podršku Evropskog biroa Svetske zdravstvene organizacije i Saveta Evrope, kroz ponuđena sredstva i ljudske resurse, kao i uspešnu regionalnu saradnju. Zdravstvenu mrežu podržavaju i brojne institucije, čiji su predstavnici prisustvovali na sastanku, kao što su Savet za regionalnu saradnju, EUROHEALTHNET, Evropski zdravstveni forum GASTEIN, Međunarodne mreže bolnica koje promovišu zdravlje i drugi, sa kojima je potpisan Memorandum o saradnji.

4. Pored navedenog, *značajni reformski procesi zdravstvenog sistema sprovedeni su 2013*, s tim što su pojedine mere i aktivnosti započete 2012. godine. U tom smislu je:

1) *novelirana pravna regulativa*, odnosno izvršene izmene i dopune Zakona o zdravstvenoj zaštiti (10. juna 2013.) i doneti novi Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju (1. septembra 2013.) i određena strateška dokumenta. Uglavnom, međutim, 2013. godine nisu doneti podzakonski akti za sprovođenje zakona, tako da u potpunosti, do tada, nije uređena normativa u oblasti zdravstva.

⁶⁴ Sastanak je održan nakon što je bila i Prva regionalna ministarska konferencija "Srce regiji", koja se bavila saradnjom na području transplantorske medicine.

2) donete su *druge mere i aktivnosti* Vlade Republike Hrvatske, Ministarstva zdravlja i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, koje se odnose na: 1) prenošenje navedenih direktiva Evropske unije u pravni poredak; 2) sprovođenje sanacije dugova zdravstvenih ustanova, tj. obaveza i potraživanja utvrđenih do kraja 2012. godine i to u devet ustanova na državnom i 25 na lokalnom nivou;⁶⁵ 3) postupak revitalizacije doma zdravlja kao nosioca primarne zdravstvene i to u pogledu njegovog značaja, mesta, uloge, statusa, organizacije i finansiranja u sistemu zdravstvene zaštite⁶⁶ i 4) uvođenje, odnosno primenu novog modela plaćanja (ugovaranja) zdravstvene zaštite za period od 2013. do 2015. godine.

5. *Pristupanje Hrvatske Evropskoj uniji*⁶⁷ odražava se na sve segmente društva i ekonomije, pa tako i na zdravstveni sistem. *Hrvatska se, kao država članica, mora prilagoditi:*

1) novim pravilima i prioritetima, u skladu sa aktuelnom Evropskom strategijom zdravstva "Zajedno za zdravlje" (*"Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013"*), jer se zdravlje smatra jednim od integralnih delova nove strategije razvoja Evropske unije. Strategija naglašava važnost razvoja takvog sistema zdravstva koji će se temeljiti na zajedničkim vrednostima i principima, smanjujući nejednakost, a koncept zdravlja mora biti uključen u sve relevantne politike (društveni i regionalni razvoj, oporezivanje, obrazovanje, zaštita životne sredine, kao i istraživanje i razvoj);

2) mogućnostima povlačenja sredstava iz evropskih kohezionih i drugih fondova, a izdvojena prioritetna područja ulaganja uključuju: zdravstvenu infrastrukturu, e-zdravstvo, omogućavanje pristupa zdravstvenoj zaštiti najranjivijim grupama, hitnu medicinu, medicinsku opremu, zdravlje i sigurnost na radnom mestu, promociju zdravlja

⁶⁵ Na osnovu odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o sanaciji javnih ustanova i Zakona o finansijskom poslovanju i predstečanoj nagodbi.

⁶⁶ Naime, dom zdravlja je osnovni nosilac primarne zdravstvene zaštite, osigurava i organizuje unapređenje zdravlja stanovništva i prevenciju bolesti na svom području, koordinira i ugovara sprovođenje mera zdravstvene zaštite (uključujući grupne privatne prakse i privatne zdravstvene radnike koncesionare), povezuje rad patronažne zdravstvene službe, zdravstvene nege i palijativne zdravstvene zaštite sa timovima opšte medicine.

⁶⁷ Videti: *Izdaci za socijalnu zaštitu u Hrvatskoj - uporedba sa zemljama Evropske unije*, u: *Dokumentacija*, Revija socijalne politike, br. 3/10, Zagreb, 2010, str. 427-431, Smolić, Š., *Prikaz knjige: Health Economics Theories, Insights and Industry Studies*, 4th ED, Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu, br. 2/09, Zagreb, 2009. i Zrinšek, S., *Sustavi zdravstvene politike u svijetu: Osnovna obilježja i aktuelni procesi*, Revija socijalne politike, br. 1/99, Zagreb, 1999, str. 3-19.

i prevenciju bolesti, obrazovanje i usavršavanje zdravstvenih radnika, informacionu tehnologiju, prekograničnu saradnju i slično;⁶⁸

3) migracijama radne snage, odnosno slobodnom kretanju radnika unutar Evropske unije, uz mogućnost pružanja zdravstvenih usluga osiguranicima iz drugih zemalja Unije, a s obzirom na prednosti turističke destinacije Hrvatske i kroz dalji razvoj zdravstvenog turizma; Negativne posledice pridruživanja mogle bi biti odlazak lekara, medicinskih sestara i drugih zdravstvenih radnika van zemlje u Evropsku uniju, kao i dolazak zdravstvenog osoblja iz nje;

4) novim smernicama o zaštiti pacijenata (informisanje pacijenata i njihovo uključivanje u proces razvoja zaštite pacijenata); podsticanje zaštite kroz edukaciju i usavršavanje zdravstvenih radnika; praćenje nastanka različitih štetnih događaja kako bi se mogao otkriti način njihovog sprečavanja; razvoj komunikacionih i tehnoloških alata i sistema i drugo);

5) novim pravilima o mobilnosti pacijenata, odnosno prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, jer ova mobilnost unutar Evropske unije predstavlja jednu od važnih tekovina integracije, s konačnim ciljem obezbeđenja sigurnih i kvalitetnih zdravstvenih usluga svim građanima, kao i povećanja saradnje i koordinacije zdravstvenih sistema država članica. Građani Hrvatske će moći da koriste i pogodnosti posebne kartice zdravstvenog osiguranja (European Insurance Card);

6) novim pravilima o javnoj nabavci i

7) pravilima o određivanju cena lekova.

U definisanju daljih pravaca razvoja i unapređenja zdravstvenog sistema, Hrvatska mora da se prilagođava smernicama i odlukama Evropske unije, navedenim u osnovnim strateškim dokumentima za oblast zdravstva, među kojima su: 1) aktuelna strategija zdravstva "Zajedno za zdravlje"; 2) Evropski program zdravlja ("Europe Health Programme for 2008-2013"); 3) novi program za period od 2014. do 2020. pod nazivom "Zdravlje za rast" ("Health for Growth"), sa iznosom od 446 miliona evra; 4) politika zdravstva „Zdravlje 2020“ ("Health 2020"), predložena od strane Svetske zdravstvene organizacije i 5) šira strategija razvoja „Evropa 2020“ ("Europe 2020").

⁶⁸ Sa ciljem usmeravanja država članica i pružanja pomoći pri strateškom planiranju na području finansiranja, a u skladu sa kohezionom politikom, Evropska komisija je priprema *Zajednički strateški okvir (Common Strategic Framework - CSF) za period od 2014. do 2020 godine.*

GLAVA III

EVROPSKI ZDRAVSTVENI POTROŠAČKI INDEKS 2012 /2013 (EUROHEALTH CONSUMER INDEX 2012 /2013)

EVROPSKI ZDRAVSTVENI POTROŠAČKI INDEKS - OCENA NIVOA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI SRBIJI

Ekspertska organizacija *Health Consumer Powerhouse* (u daljem tekstu: HCP), od 2005. godine objavljuje Evropski zdravstveni potrošački indeks (*Euro Health Consumer Index, EHCI*). Kao kandidat za članstvo u Evropskoj uniji, Republika Srbija je prvi put 2012. godine uključena u ovaj projekat i od 34 analizirane zemlje završila je na poslednjem mestu, osvojivši 451 poen od ukupno predviđenih 1000.

1. EVROPSKI ZDRAVSTVENI POTROŠAČKI INDEKS

EHCI je postao standard merenja nivoa evropske zdravstvene zaštite. Izdanje iz 2012. godine ocenjuje 34 nacionalna evropska sistema zdravstvene zaštite¹ na osnovu 42 indikatora, koji pokrivaju 5 ključnih oblasti te zaštite sa stanovišta potrošača zdravstvenih usluga. To su: Prava pacijenata i informacije; Vreme čekanja na lečenje; Ishodi; Prevencija / Opseg i doseg pruženih usluga i Farmaceutska sredstva. Indeks je sastavljen od kombinacije javnih statistika, anketa sprovedenih među pacijentima i nezavisnog istraživanja sprovedenog od strane osnivača, HCP, čije je sedište u Švedskoj. Ovogodišnji EHCI je podržan subvencijama Evropske federacije farmaceutske industrije i kompanija Pfizer Inc, Novartis AG i Medicover SA.

Opšti zaključak izdanja Indeksa za 2012. godinu je da finansijska kriza nije imala prevelik uticaj na stanje zdravstvenog sistema i da ovlašćenja potrošača – korisnika zdravstvenih usluga postepeno i sve više dobijaju na značaju i kvalitetu. Međutim, tri područja su se izdvojila kao problematična usled čega zahtevaju posebnu pažnju:

¹ Istraživanje uključuje 27 zemalja članica Evropske unije plus Norvešku, Švajcarsku, Hrvatsku, Makedoniju, Albaniju, Island i Srbiju.

tendencija dužeg čekanja na skupe hirurške operacije u državama koje su najviše pogođene pogoršanjem ekonomske situacije; povećanje udela plaćanja iz sopstvenog džepa za određeni broj zdravstvenih usluga; nedostatak poboljšanja ili čak i pogoršanje u pristupu novim vrstama lekova.

Jedan od zabrinjavajućih rezultata do kojih se došlo ovim istraživanjem je da su razlike između zemalja na vrhu liste i onih sa njenog začelja velike. U odnosu na ovo pitanje posebnu zabrinutost pokazuje Brisel, jer investicije Evropske unije nisu imale naročito dejstvo na izjednačavanju stanja između evropskih nacionalnih zdravstvenih sistema.

Kada je o metodologiji ocenjivanja zemalja reč, tada treba istaći da je ona koncipirana tako da je mogućnost da dve zemlje dele isto mesto skoro jednaka nuli. Ponekad su veoma tanane razlike između zemalja činile da određena zemlja završi na poziciji 12, a neka druga na mestu broj 18. Nijedna zemlja nije postigla odlične rezultate u svim oblastima. Pojedinačni rezultati više govore o nacionalnoj i organizacionoj strukturi i uopšte stavu prema zdravstvu, nego o tome koliko novčanih sredstava zemlje izdvajaju za zdravstvenu zaštitu svojih građana. Broj indikatora u ovogodišnjem izveštaju je najviši do sada, 42, i što je veći broj indikatora, zemljama je teže da dostignu visoke pozicije na listi.

Očigledno je da Indeks upoređuje zemlje različitih finansijskih situacija. Na zdravstvo se u Albaniji godišnje potroši oko 400 dolara/*per capita*, a u Norveškoj 10 puta više. Stoga je u Indeks 2009. godine uvršćena matematički složena metodologija prilagođavanja da bi prosečna potrošnja novčanih sredstava u oblasti zdravstva imala što manji efekat na krajnje rangiranje nacionalnih zdravstvenih sistema. Ne može se opovrgnuti činjenica da dobri ishodi zahtevaju novac i kontinuitet. Međutim, u radu HCP nastojalo se da se, što je moguće više, izbegnu indikatori usko povezani sa BDP-om.

Ključni parametri da se dođe na vrh liste su: mogućnost izbora, prava pacijenata, pristupačnost, transparentnost i mere kvaliteta. Neke od ovih mera koštaju malo pa ključni faktori, ustvari, izražavaju spremnost i sposobnost države da implementira neophodne promene.

Tumačenje EHCI

Prilikom tumačenja EHCI mora se imati u vidu da je to pokušaj merenja i rangiranja obavljanja zdravstvenih usluga sa stanovišta pacijenata, potrošača; relevantno je njihovo viđenje zdravstvene zaštite. Organizacije kao što su WHO i OECD često objavljuju i osvežavaju podatke o temama kao što su: broj medicinskog osoblja, broj kreveta, broj konsultacija/*per capita* itd. Drugim rečima, podaci o unosu (*input*) različitih sredstava se često objavljuju, ali se veoma retko nailazi na podatke o kvantitativnih i kvalitativnim rezultatima, ishodima (*output*). Zbog toga, EHCI nastoji da prikaže podatke o kvalitetu pružene medicinske nege. Cilj je da se fokusira na indikatore, kod kojih je doprinos aktuelne pružene zdravstvene nege ključni momenat, dok se van fokusa ostavljaju spoljni faktori, na primer, način života, ishrana, alkohol i sl. Zbog toga su prilikom istraživanja izbegavani parametri javnog zdravlja jer oni nude premalo informacija o izboru pacijenta između različitih pružalaca zdravstvenih usluga, različitih terapija, listama čekanja ili o ograničenom pravu pacijenta na pristup informacijama.

Rad na projektu je rezultat kompromisa između brojnih indikatora, za koje se ocenilo da su najznačajniji za dobijanje informacija o različitim nacionalnim zdravstvenim sistemima sa tačke gledišta potrošača, kao i dostupnosti podataka o tim indikatorima. Bilo je potrebno da se uzmu u obzir različiti indikatori: od onih koji govore o stavu zdravstvenih službi, preko onih o orijentaciji potrošača, do nekih čisto činjeničnih koji govore o kvalitetu pružene nege i usluga.

EHCI iz 2012. godine obuhvata 5 oblasti sa ukupno 42 indikatora. To su: Prava pacijenata i informacije (12 indikatora); Vreme čekanja na lečenje (5 indikatora); Ishodi (8 indikatora); Prevencija/Opseg i doseg pruženih usluga (10 indikatora) i Farmaceutska sredstva (7 indikatora).

Za svaki od indikatora zemlja je mogla da dobije jednu od sledećih ocena, pri čemu je svaka ocena predstavljena jednom bojom: dobar (zelena boja), „tako i tako” (žuta boja), „ne tako dobar” (crvena boja). Zelena ocena je nosila 3 poena, žuta 2, a crvena (ili oznaka n.a. od „*not available*”, za nedostupnost podataka) 1 poen. S obzirom da je u istraživanje uključeno i 7 zemalja koje nisu članice EU, za indikator 1.8. pod nazivom „Sloboda izbora nege u drugim zemljama članicama EU” je uvedene oznaka „n.ap”, od

„not applicable”, tj. neprimenjivo. Zemlje nečlanice su za ovaj indikator dobijale po 2 poena.

Panel stručnjaka je utvrdio „koeficijent težine” za svaku oblast, jer neke oblasti imaju veću „težinu” u odnosu na ostale. Kada zemlja bude ocenjena po svim indikatorima, tada se ukupan broj poena po svakoj oblasti množi sa koeficijentom težine za tu oblast da bi se dobio broj poena za tu oblast. Tako, ako se pretpostavi da se za svaki indikator dobije zelena ocena (3 poena), onda se množenjem sa koeficijentom težine za svaku oblast dobija maksimalni broj poena po oblastima: Prava pacijenata i informacije - 175 poena; Vreme čekanja na lečenje - 250 poena; Ishodi – 300 poena; Prevencija / Opseg i doseg pruženih usluga – 175 poena i Farmaceutska sredstva -100 poena. Najveći broj poena koji zemlja može dobiti je 1000, a minimalan 333.

2. OCENE REPUBLIKE SRBIJE PREMA OBLASTIMA

2.1. Prava pacijenata i informacije

Ova oblast proverava sposobnost zdravstvenog sistema da obezbedi pacijentu status dovoljno jak da umanjuje asimetriju u informacijama između profesionalaca i pacijenata. Indikatori ove oblasti su potpuno nezavisni od BDP-a. Čak i najsiromašnije zemlje mogu priuštiti sebi da garantuju pacijentima čvrstu poziciju u okviru zdravstvenog sistema. Postoji 12 indikatora u ovoj oblasti:

2.1.1 Prava pacijenata zasnovana na zakonu: Da li postoji nacionalni propisi koje se konkretno bave pitanjem prava pacijenata? Da li je to zakon, podzakonski akt? Da li postoje povelje pacijenata i lekarski etički kodeksi kojima je regulisano ovo pitanje?

Ocena Srbije: Zelena ocena, 3 poena. Republika Srbija ima Zakon o zdravstvenoj zaštiti² koji reguliše ovo pitanje. Uskoro bi trebalo da bude usvojen i Zakon o zaštiti prava pacijenata.

² Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Sl. glasnik RS*, br. 107/ 2005, 72/ 2009.

2.1.2 Uključenost pacijenata u donošenje odluka: Da li udruženja pacijenata imaju mogućnost učestvovanja u donošenju odluka u oblasti zdravstva?

Ocena Srbije: Žuta ocena, 2 poena; U Republici Srbiji učešće udruženja pacijenata se uglavnom svodi na savetodavnu ulogu u procesu donošenja odluka, koje ih na određeni način mogu tangirati.

2.1.3. Osiguranje od profesionalne odgovornosti lekara: Da li pacijent može da dobije nadoknadu u slučaju lekarske greške bez pomoći sudstva? Da li je dokazivanje ko je tačno od medicinskog osoblja učinio grešku neophodan uslov za dobijanje kompenzacije?

Ocena Srbije: Žuta ocena, 2 poena; Republika Srbija je dobila srednju ocenu jer se ubraja u grupu zemalja u kojima je više od 25% invaliditeta pokriveno državnim sredstvima.

2.1.4. Pravo na drugo mišljenje: Da li pacijenti imaju pravo na drugo mišljenje bez dodatnih plaćanja? Da li je to formalno pravo, ili je ustanovljeno kroz praksu ili uopšte ne postoji?

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; Najviše na osnovu ličnih intervjua sa pacijentima utvrđeno je da ovakva praksa nije razvijena u Republici Srbiji.

2.1.5. Pravo pristupa sopstvenom medicinskoj dokumentaciji: Ključno pitanje je da li pacijenti mogu slobodno da dobiju i pročitaju svoju dokumentaciju?

Ocena Srbije: Zelena ocena, 3 poena; U Republici Srbiji pacijenti mogu da dobiju kopiju svoje medicinske dokumentacije jednostavno tako što će to zatražiti od svog lekara.

2.1.6. Registar legitimnih lekara: Da li javnost može slobodno da dobije informacije tipa: da li je doktor XY *bona fides* specijalista?

Ocena Srbije: Žuta ocena, 2 poena; Iako postoji mogućnost dobijanja potrebnih informacija, sam proces dolaženja do istih je prilično složen i skup.

2.1.7. Internet ili 24/7 telefonska dostupnost informacija: Objašnjenje ovog indikatora se svodi na to da li pacijent može da dobije informacije putem telefona i interneta na osnovu kojih će odlučiti da li da samostalno uzme lek ili da ode u najbližu bolnicu?

Ocena Srbije: Žuta ocena, 2 poena; Zaključak istraživanja je da lekari opšte prakse nisu maksimalno dostupni svojim pacijentima.

2.1.8. Prekogranična medicinska nega finansirana iz zemlje prebivališta

Ocena Srbije: n.ap. neprimenjivo na Srbiju, 2 poena; Ukoliko Republika Srbija postane članica EU, i ovaj kriterijum će biti razmatran.

2.1.9. Katalog pružalaca usluga sa ocenama kvaliteta: Da li postoje listinzi npr. bolnica koji pokazuju kako su pacijenti ocenili kvalitet određene zdravstvene ustanove?

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; „Katalozi” bolnica sa ocenama kvaliteta bolnica i usluga koje pruža, u Republici Srbiji još uvek ne postoje.

2.1.10. Korišćenje elektronizovanih datoteka: Ovaj indikator govori o procentu lekara opšte prakse koji koriste kompjutere za čuvanje medicinskih datoteka svojih pacijenata.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; Manje od 50% lekara opšte prakse koristi elektronsku datoteku pacijenata.

2.1.11. Da li pacijenti imaju mogućnost on line zakazivanja sastanaka? Potreba ljudi za specijalistima je dovoljno velika da se ova mogućnost uvede. Međutim, retke su zemlje i u EU koje poznaju ovu opciju.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; S obzirom da je generalno slabo rasprostranjena upotreba interneta u ovoj oblasti, tako gotovo da i ne postoji praksa zakazivanja sastanaka putem interneta.

2.1.12. e- Recepti, odnosno elektronski recepti.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; U Republici Srbiji još uvek ne postoje elektronski recepti, nego se i dalje koriste klasični.

UKUPAN BROJ POENA ZA OVU OBLAST: 102 od mogućih 175.

2.2. Vreme čekanja na tretman

2.2.1. Pristup porodičnom lekaru istog dana: Ovaj indikator zahteva odgovor na pitanje: Da li pacijent može da vidi svog ličnog lekara onog dana kad pomisli da se ne oseća dobro? Ne postoje objašnjenja za liste čekanja u primarnoj nezi, i ne postoji nikakva veza između ovog indikatora i količine izdvojenih finansijskih sredstava, kao i

količine pruženih zdravstvenih usluga. U pojedinim zemljama, čak, postoji obaveza lekara opšte prakse da odgovori na pozive svojih registrovanih pacijenata 24 sata dnevno, 7 dana u nedelji.

Ocena Srbije: Žuta ocena, 2 poena; U Republici Srbiji postoji mogućnost da se vidi izabrani lekar istog dana, ali, takođe, postoji verovatnoća da pacijent neće ostvariti to svoje pravo.

2.2.2. Direktan pristup specijalisti: Ovo je jedan od najspornijih indikatora, ali i uprkos tome nije izbačen iz istraživanja još od 2005. godine. Pitanje je da li pacijent može da se obrati specijalisti direktno, bez uputa lekara opšte prakse.

Ocena Srbije: Žuta ocena, 2 poena; Moguće je da se pacijent obrati direktno specijalisti, bez uputa, ali ovakav pristup može biti rezervisan samo za određen broj specijalista.

2.2.3. Velike neakutne operacije za manje od 90 dana: Drugim rečima, koji vremenski interval je potreban da prođe između postavljanja dijagnoze i obavljanja operacija ugradnja bajpasa, kolena, kuka i sl? Ovo je jedan od retkih indikatora koji pokazuje povezanost sa finansijskom krizom. Naime, istraživanje je pokazalo da je period čekanja na skuplje hirurške zahvate porastao, naročito u zemljama pogođenim krizom.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; U Republici Srbiji u više od 50% slučajeva se mora čekati više od 90 dana na navedene operacije.

2.2.4. Terapije lečenja raka za manje od 21 dana: Od trenutka donošenja odluke da se ide na hemoterapiju/zračenje, koji je vremenski period potreban da prođe pre nego što se sa terapijom zaista i krene?

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; Takođe i ovaj indikator pokazuje da se na terapije mora čekati više od 21 dana.

2.2.5. CT skener za manje od 7 dana: Kao pokazatelj vremena čekanja na napredne tehnologije izabrano je čekanje na CT skener.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; Uglavnom se čeka više od 21 dana na CT skener.

UKUPAN BROJ POENA ZA 2. OBLAST: 117/ 250.

2.3. Ishodi

2.3.1. *Fatalnost akutnog infarkta u bolnicama*: Ovaj indikator je prilično problematičan i, najverovatnije, biće preispitan, a možda i ukinut za sledeće izdanje EHCI.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; Ukoliko se uzme da pacijent ostane u bolnici 30 dana, procenat fatalnog ishoda infarkta se kreće oko 6%.

2.3.2. *Smrtnost beba*: Indikator pokazuje koliki je broj umrlih beba pre nego što navršе godinu dana od hiljadu rođenih u godini istraživanja. U Evropi nastupanje smrti beba se vezuje za bebe koje su rođene sa malom kilažom; najčešće su u pitanju prevremeno rođene. Ovo je jedini indikator koji se može koristiti da celokupnu sliku kvaliteta zdravstvenog sistema. Pritom, ovaj indikator je nezavistan od ekonomske krize jer, od 2005. godine, stopa smrtnosti beba se redovno smanjuje.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; Od 1000 novorođenčadi oko 6% umre.

2.3.3. *Stepen smrtnosti uzrokovane rakom*: Pošto nisu postojali svežiji podaci za ovogodišnje istraživanje, kao osnovna baza podataka za ovaj indikator uzeta je publikacija *Annals of Oncology*, u kojoj su dati podaci o vrstama, učestalosti raka, kao i o smrtnosti uzrokovanoj rakom u svim zemljama uključenim u istraživanje.³

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen. U Republici Srbiji manje od 45% obolelih od raka preživi.

2.3.4. *Godine života u kojima se može sprečiti gubitak života*: Indikator pokazuje u kojim godinama života najčešće nastupa smrt, nezavisno od uzorka. Uzima se i obzir koliko ljudi, godišta od 0-69, od njih 100 000 umre godišnje.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; Od 100 000 ljudi godišta od 0- 69, više od 4500 godišnje umre od najrazličitijih uzoraka.

2.3.5. *MRSA infekcije*: Svrha ovog indikatora je vršenje procene prisutnosti i stepena širenja rezistentnih bakterija u bolnicama. Procenat rezistentnih infekcija koje se šire u bolnicama, vremenom je postao iznenađujuće stabilan.

³ J. Ferlay, *Annals of Oncology*, Oxford Journals 2006; Tekst je dostupan na annonc.oxfordjournals.org/content/18/3/581.full. 16.11.2012.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; Republika Srbija je u ovoj oblasti ocenjena najnižom ocenom jer je mogućnost izolacije *Staphylococcus aureus* u bolnicama veći od 20%.

2.3.6. *Procenat rađanja carskim rezom:* Prvi put ove godine uveden je ovaj indikator. Prilikom ocenjivanja, išlo se logikom da je visok stepen porođaja putem carskog reza pokazatelj loše prenatalne nege i da zato treba dati crvenu ocenu. Takođe, utvrđeno je da ne postoji nikakva veza između procenta carskog reza i BDP, iako je ovaj zahvat relativno skup.

Ocena Srbije: Žuta ocena, 2 poena; Od 1000 rođenih beba, njih 200- 250 je rođeno carskim rezom.

2.3.7. *Nedijagnostikovani dijabetesi:* Indikator govori o prisutnosti nedijagnostikovanog dijabetesa, dajući crvenu ocenu zemljama sa visokom rasprostranjenosti.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; Među osobama starosti od 20- 79 godina više od 3,1% njih ima nedijagnostikovan dijabetes.

2.3.8. *Depresija:* Još od 2005. godine, HCP je želeo da uvede indikator o kvalitetu mentalne nege. Hteli su da to budu neki novi indikator, a ne oni koji bi davali statističke podatke o broju kreveta po glavi stanovnika, prodaju lekova i sl. EHCI 2012 kombinuje 5 pitanja radi dobijanja odgovarajućeg parametra o kvalitetu mentalne nege: Koliko često u poslednje 4 nedelje ste se osećali srećno; smireno; toliko neraspoloženo da ništa nije moglo da vas oraspoloži; depresivno; naročito napeto?

Ocena Srbije: n.a, nedostupnost podataka, 1 poen.

UKUPAN BROJ POENA ZA 3. OBLAST: 113/ 300

2.4. Prevencija / Opseg i doseg pruženih usluga

2.4.1. *Pravičnost zdravstvenog sistema:* Ovaj indikator se svodi na jednostavno pitanje - koji je procenat javnih sredstava u ukupnom davanju za zdravstvo?

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; Republika Srbija spada u grupu zemalja kod kojih manje od 70% sredstava za zdravstvo čine javna sredstva.

2.4.2 Operacija katarakte na 100 000 ljudi starijima od 65 godina: Broj operacija katarakti na 100 000 ljudi starijih od 65 godina je indikator koji se koristio i u prethodnim izveštajima i služi kao pokazatelj „velikodušnosti” zdravstvenog sistema da pruži negu, koja jednostavno poboljšava kvalitet života. Operacija katarakte je izabrana jer nije skupa, a pruža poboljšanje kvaliteta života pacijenta.

Ocena Srbije: n.a, nedostupnost podataka, 1 poen.

2.4.3. Vakcinacija dece: Svrha ovog indikatora je utvrđivanje procenta vakcinisane dece.

Ocena Srbije: Zelena ocena, 3 poena; Ovo je jedna od indikatora koji funkcioniše dobro u Republici Srbiji. Više od 97% dece je vakcinisano protiv tetanusa, difterije, pertusisa, poliomijelitisa.

2.4.4. Transplantacija bubrega na milion stanovnika: Rasprostranjena su shvatanja da je indikator o broju transplantacija bubrega na milion stanovnika pod izuzetnim uticajem faktora koji su van kontrole zdravstvenog sistema, kao što je, npr, broj žrtava trafikinga u zemlji. Međutim, mora se poći od shvatanja da se primarno značenje faktora mora ipak naći unutar zdravstvenog sistema.

Ocena Srbije: n.a, nedostupnost podataka, 1 poen.

2.4.5. Da li je stomatološka nega uključena u javnu ponudu zdravstva?

Ocena Srbije: Žuta ocena, 2 poena; Nešto više od 40% troškova stomatoloških usluga je pokriveno obaveznim osiguranjem u Republici Srbiji.

2.4.6. Stopa obavljenih mamografija: Prilikom utvrđivanja ovog indikatora polazi se od broja mamografija obavljenih na ženama starosti od 50-69 godina.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; Manje od 50% žena starosti između 50-69 godina je obavilo pregled mamografom.

2.4.7. Neformalna plaćanja lekarima: Pod neformalnim plaćanjima podrazumevaju se sva dodatna plaćanja, pored zvaničnih, koja pacijent mora da da lekarima.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; Republika Srbija važi za zemlju u kojoj često dolazi do neformalnih plaćanja lekarima.

2.4.8. Prevencija pušenja: U okviru ovog indikatora postoji nekoliko uže definisanih indikatora koji govore o pokušajima prevencije pušenja, a to su: cene;

zabrane pušenja na javnom mestu; javne kampanje; zabrane reklamiranja; upozorenja o štetnosti po zdravlje; lečenja.

Ocena Srbije: n.a, nedostupnost podataka, 1 poen.

2.4.9. Dugotrajna nega za starije: Odlučeno je da se ovaj indikator tumači kroz broj domova i kreveta za starija lica na 100 000 stanovnika starijih od 65 godina. Potom, ovaj indikator govori i o tome koliko se rođaci, pre svega žene i ćerke, mogu smatrati primarnim pružaocima dugotrajne nege. Prilično neočekivano, istraživanje je pokazalo da postoji povezanost između malog broja kreveta za starija lica i stope nataliteta. Naime, uzrok niskog nataliteta u nekim zemljama nisu samo nedostaci dečije nege i loši profesionalni uslovi za žene, već i svest žene da će najverovatnije morati da vodi računa o svojim ostarelim roditeljima.

Ocena Srbije: n.a, nedostupnost podataka, 1 poen.

2.4.10. Procenat dijaliza urađenih van klinika: Dijalize izvedene na klinikama imaju nekoliko nedostataka: dijaliza ukupno traje 3 puta po 4 sata u toku jedne nedelje, dok pacijentima koji idu na dijalizu van klinike (npr. vrši im se kod kuće), dijaliza može trajati duže, 7 puta po 6 sati u toku nedelje; potom pacijenti mogu imati problem zbog odsustva sa posla jer moraju biti smešteni u kliniku 3 puta nedeljno; tretmani dijalize su skuplji na klinikama. Prema tome, što je veći procenat kućnih dijaliza, to je bila veća mogućnost za zemlju da dobije zelenu ocenu.

Ocena Srbije: Žuta ocena, 2 poena; Više od 10%, a manje od 20% svih pacijenata obavlja dijalizu van klinika..

UKUPAN BROJ POENA ZA 4. OBLAST: 82/ 175

2.5. Farmaceutska sredstva

2.5.1. Lekovi koji se izdaju uz recepte (Rx): Ovaj indikator govori o procentu ukupne prodaje lekova koji su pokriveni obaveznim osiguranjem.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; Manje od 50% troškova za lekove je pokriveno javnim sredstvima.

2.5.2. Spiskovi lekova adaptiranih laicima, odnosno, da li su javnosti dostupne farmakopeje prilagođene laicima: Iscrpni podaci o registrovanim lekovima u ponudi, koji

nude dovoljno podataka o sastavu leka, koje mogu razumeti i neprofesionalci, sve više su rasprostranjeni u različitim zemljama.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; U Republici Srbiji ne postoji farmakopeja prilagođena nestručnim licima.

2.5.3. Stepen razvijenosti neispitanih lekova protiv raka: Ovim indikatorima se meri upotreba lekova iz grupe pod šifrom L01XC (monoklonska antitela) iz ATC klasifikacije.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; Upotreba ovih lekova u Republici Srbiji je niža od prosečne upotrebe ovih lekova u EU.

2.5.4. Pristup novim lekovima: Glavni pokazatelj je koliko je vremena potrebno da prođe između trenutka registracije leka i trenutka kada izdavanje tog leka bude pokriven obaveznim osiguranjem.

Ocena Srbije: Žuta ocena, 2 poena; Period koji je potreban da prođe u Republici Srbiji je manji od 300 dana.

2.5.5 Razvoj lekova protiv Alchajmerove bolesti: Ovaj indikator polazi od pretpostavke da se Alchajmerova bolest ne tretira na odgovarajući način jer, između ostalog, nije dovoljno dijagnostikovana. Za istraživanje je relevantna upotreba lekova pod šiframa N06DA i N06DX iz ATC klasifikacije od strane lica koja su starija od 65 godina. Što je bila veća upotreba *per capita*, bila je veća verovatnoća da zemlja bude ocenjena višom ocenom.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; Republika Srbija je ocenjena najnižom ocenom jer maksimum prepisanih standardnih jedinica po glavi stanovnika ne prelazi 5000.

2.5.6. Razvoj lekova protiv šizofrenije: Prilikom definisanja ovog indikatora pošlo se od pretpostavke da je šizofrenija jednako rasprostranjena po celoj Evropi i da se ta bolest u velikoj meri ne leči na adekvatan način. Indikator se zasniva na upotrebi antipsihotika pod šifrom N05A (izuzev preparata zasnovanih na litijumu NO5A) iz ATC klasifikacije po glavi stanovnika.

Ocena Srbije: Crvena ocena, 1 poen; Utvrđeno je da Srbija spada u grupu zemalja u kojoj je prepisivanje ovih lekova ispod evropskog proseka.

2.5.7. *Svest o nedovoljnoj efikasnosti antibiotika protiv virusa:* Cilj ovog indikatora je da ukaže da li postoji svest ljudi da antibiotici nisu efikasni protiv prehlade i gripa.

Ocena Srbije: n.a, nedostupnost podataka, 1 poen.

UKUPAN BROJ POENA ZA 5. OBLAST: 38 / 100

3. IZVORI PODATAKA ZA EHCI

Kad god je bilo moguće, nastojalo je se da se koriste tzv. CUTS izvori (*Comprehensive Uniform Trusty Sources*, odnosno Detaljni Jedinstveni Pouzdani izvori). Ako su podaci za neki indikator za sve ispitivane zemlje bile dostupne iz istog izvora, onda su se samo ti podaci i koristili. Neke od CUTS su baze podatka Svetske zdravstvene organizacije, OECD-a, EUCID-a, Special Barameters.⁴ Pored javnih izvora podataka, korišćeni su i podaci dobijeni *on line* anketom, koju je nacionalnim udruženjima potrošača poslala *PatientView*.⁵ Međutim, podaci dobijeni na ovaj način su korišćeni veoma oprezno. Primat je dat podacima dobijenim od nacionalnih državnih ustanova, statističkih zavoda i sl, koji su bili delimično modifikovani u slučajevima kada su se drastično razlikovali od podataka dobijenih anketom. Indikator za koji su najviše korišćeni podaci skupljeni putem ankete, jeste indikator o neformalnim plaćanjima lekarima.⁶

Pored toga, korišćeni su i podaci koji su putem interneta dostupni svima. Tako su, u slučaju Republike Srbije, korišćeni zvanični podaci Instituta „Batut”, koji su svima

⁴ Prilikom istraživanja korišćeni su podaci i izveštaji sa sledećih internet stranica: http://europatientrights.eu/about_us.html; www.hse.ie (Health Service Executive); International health care comparasions may 2012: dostupno na www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_pdf/Library-reading-list-international-comparasions-May2012.pdf; www.healthpowerhouse.com; www.ec.europa.eu/information_society/eeuropa/i2010/docs/benchmarking/gp_survey_final_report.pdf (Commonwealth Fund International Health Policy “Benchmarking ICT use among GP:s in Europe”); www.ecdc.europa.eu (European Centre for Disease Prevention and Control); www.idf.org/sites/default/files/The_PolicyPuzzleBook.pdf (5. izdanja International Diabetes Federation Atlas); www.ceapir.org (European Kidney Patients’Federation); www.era-edta.org (European Renal Association- European Dialysis and Transplant Association); www.imshealth.com.

⁵ PatientView, Woodhouse Place, Upper Woodhouse, Knighton, Powys, LD7 1NG, Wales, Tel: 0044-(0)1547-520-965, E-mail: info@patient-view.com

⁶ 27. februara 2012. godine preliminarni rezultati su poslani nadležnim ministarstvima svih država koje su učestvovala u EHCI, da bi mogle da se izvrše dopune ili izmene već prikupljenih podataka. U pojedinim slučajevima, međutim, nije jednostavno dobiti pouzdane podatke čak i ako ih daju nacionalna ministarstva ili statističke agencije, ili kada samo treba da se odgovori na precizno definisana, za sve države ista pitanja.

dostupni na oficijelnom sajtu te ustanove, kao i podaci sa sajta Republičkog zavoda za statistiku. Prema izveštajima *Health Consumer Powerhouse*, u istraživanju su korišćeni i novinski članci.

4. ZAKLJUČAK

Republika Srbija je započela reformu zdravstva 2002. godine, koja se odnosila na strukturna i funkcionalna pitanja, uključujući ljudske resurse i organizovanje usluga. Cilj reforme je, takođe, bio da se obnovi uloga osnovnog zdravstva i poverenje javnosti u njega, uz unapređivanje sposobnosti lekara opšte medicine da se nose sa većim obimom zdravstvenih pitanja. Međutim, sistem zdravstva ima četiri stuba koji nisu podjednako razvijeni i poboljšani: standarde i propise; sticanje resursa kao što su obrazovni kadar i moderne tehnologije; finansiranje; pružanje usluga pacijentima. Upravo rezultati dobijeni kontrolom indikatora EHCI treba da posluže kao smernice za dalje i neophodne reforme. Republika Srbija treba da teži da po nivou zdravstvene zaštite stigne zemlje iz regiona – Hrvatsku, koja je osvojila 655 poena, ili Makedoniju sa 527 poena prema EHCI, dok upoređivanju sa Holandijom ili skandinavskim zemljama, koje su među prvima na listi, još uvek nema mesta. Pritom, istraživanje je pokazalo da određene oblasti, kao što je npr. vakcinisanje dece, funkcionišu dobro, da prava pacijenata sve više dobijaju na značaju, ali da ishodi, kao oblast u celini, kao i pristup pacijentima moraju da se poprave.

**REZULTATI ISTRAŽIVANJA EVROPSKOG ZDRAVSTVENOG
POTROŠAČKOG INDEKSA ZA POJEDINE EVROPSKE ZEMLJE U
2012.GODINI**

Indikator	Nemačka	Francuska	Poljska	Češka	Italija	Slovenija	Švedska	Hrvatska	Srbija
Prava pacijenata zasnovana na zakonu	1	3	3	3	2	3	1	3	3
Uključenost pacijenata u donošenje odluke	3	3	2	2	3	2	2	3	2
Osiguranje od lekarske odgovornosti	1	2	2	1	2	2	3	1	2
Pravo na drugo mišljenje	3	3	2	2	2	3	3	3	1
Pristup ličnoj med. dokumentaciji	2	3	3	3	3	2	3	3	3
Registar lekara	3	3	3	2	3	2	2	3	2
Dostupnost informacija	2	2	2	1	2	2	3	3	2
Prekogranična med. nega	2	2	2	1	2	1	2	n.ap.	n.ap.
Katalog pružalaca usluga	2	3	2	1	2	1	2	1	1
Elektronske datoteke	3	2	1	2	2	2	3	3	1
On line zakazivanje	1	1	2	2	2	2	2	2	1
Elektronski recepti	1	1	2	2	2	1	3	3	1
Pristup porodičnom lekaru	2	2	2	3	2	3	1	3	2
Direktan pristup specijalisti	2	2	2	2	2	1	1	1	2
Čekanje na neakutne operacije	3	2	1	2	1	1	2	1	1

Čekanje na terapije lečenja raka	3	2	1	2	2	2	1	2	1
Čekanje na CT skener	2	2	1	2	1	1	1	1	1
Fatalnost akutnog infarkta	1	3	3	2	3	2	3	2	1
Smrtnost beba	3	3	2	3	3	3	3	2	1
Smrtnost uzrokovana rakom	3	3	1	2	3	2	3	2	1
Godine života u kojima najčešće nastupa smrt	2	2	1	2	3	2	3	2	1
MRSA infekcija	1	1	2	2	1	2	3	1	1
Rađanje carskim rezom	1	3	3	2	1	3	3	3	2
Nedijagnostikovani dijabetes	2	2	1	3	2	1	3	3	1
Depresija	3	2	2	2	1	2	3	n.a.	n.a.
Pravičnost zdr.sistema	2	2	2	3	2	2	3	3	1
Operacija katarakte	1	3	2	3	1	1	2	2	n.a.
Vakcinacija dece	2	2	3	3	2	2	3	2	3
Transplantacija bubrega	2	3	1	2	1	2	2	3	n.a.
Stomatološka nega kao deo obaveznog osiguranja	3	3	2	2	1	3	2	3	2
Obavljena mamografija	2	3	1	1	2	1	3	2	1
Neformalna plaćanja lekarima	3	2	2	2	2	2	3	2	1
Prevenција pušenja	1	3	2	1	2	2	3	n.a.	n.a.
Dugotrajna nega za starije	2	2	1	2	1	n.a.	3	n.a.	n.a.
Dijalize obavljenje van klinika	1	1	1	1	2	1	3	3	2

Lekovi uz recept	3	3	1	2	1	2	3	2	1
Farmakopeja prilagođena laicima	2	2	2	3	3	3	3	2	1
Razvijenost neispitanih lekova protiv raka	2	3	1	2	2	2	2	1	1
Pristup novim lekovima	3	2	2	1	1	2	2	n.a.	2
Razvoj lekova protiv Alchajmerove bolesti	2	3	2	2	1	3	2	1	1
Razvoj lekova protiv šizofrenije	3	2	1	1	1	2	2	2	1
Svest o nedovoljnoj efikasnosti antibiotika protiv virusa	1	3	1	2	2	3	3	1	n.a.
Ukupan broj poena	704	766	577	694	623	638	755	655	451
Konačna pozicija	14	8	27	15	21	19	6	17	34

**REZULTATI ISTRAŽIVANJA EVROPSKOG ZDRAVSTVENOG
POTROŠAČKOG INDEKSA ZA POJEDINE EVROPSKE ZEMLJE U
2013.GODINI⁷**

Indikator	Nemačka	Francuska	Poljska	Češka	Italija	Slovenija	Švedska	Hrvatska	Srbija
Prava pacijenata zasnovana na zakonu	3	3	3	3	3	3	1	3	3
Uključenost pacijenata u donošenje odluke	3	3	2	1	2	3	2	3	2
Osiguranje od lekarske odgovornosti	1	2	2	1	2	2	3	1	2
Pravo na drugo mišljenje	3	3	2	2	2	3	2	3	1
Pristup ličnoj med. dokumentaciji	3	3	3	3	3	3	3	3	2
Registar lekara	3	3	2	1	3	3	2	3	1
Dobijanje informacija putem web-a ili telefona	3	3	1	1	2	2	3	2	2
Prekogranična med. nega	1	1	1	1	1	1	1	1	n.ap.
Katalog pružalaca usluga	3	3	1	2	2	1	2	1	1
Elektronske datoteke	3	2	1	2	2	2	3	3	1

⁷ U međuvremenu, objavljeni su rezultati istraživanja EHCI za 2013.godinu, sa malim izmenama u kriterijumima koji su korišćeni pri ocenjivanju zemalja prethodnih godina. Republika Srbija se, kao i u 2012. godini, našla na poslednjem, 34. mestu i sa istim brojem bodova (451 bod od mogućih 1000).

On line zakazivanje	2	1	1	1	2	2	3	3	1
Elektronski recepti	2	1	1	1	1	1	3	3	1
Pristup porodičnom lekaru	3	3	3	3	3	3	1	3	2
Direktan pristup specijalisti	3	2	2	2	1	1	2	1	1
Čekanje na neakutne operacije	3	3	1	2	2	1	2	1	1
Čekanje na terapije lečenja raka	3	3	1	2	2	1	1	2	1
Čekanje na CT skener	2	3	1	2	1	1	1	1	1
Čekanje između bolničkog prijema i početka tretmana	2	1	2	3	2	3	1	3	2
Fatalnost akutnog infarkta	1	3	3	2	3	2	3	2	1
Smrtnost beba	3	3	2	3	3	3	3	2	1
Smrtnost uzrokovana rakom	3	3	1	2	2	2	3	1	1
Godine života u kojima najčešće nastupa smrt	2	2	1	2	3	2	3	2	1
MRSA infekcija	2	1	1	2	1	2	3	1	1
Stopa abortusa	3	2	Ilegalan	2	2	3	1	3	1
Depresija	3	2	2	2	1	2	3	2	1

Pravičnost zdr.sistema	2	2	2	3	2	2	3	3	1
Operacija katarakte	2	3	2	3	2	1	2	2	n.a.
Transplantacija bubrega	2	3	1	2	1	1	3	3	1
Stomatološka nega kao deo obaveznog osiguranja	3	2	1	3	1	3	2	2	2
Neformalna plaćanja lekarima	3	2	2	1	2	2	3	2	1
Dugotrajna nega za starije	2	2	1	2	1	n.a.	3	1	n.a.
Dijalize obavljene van klinika	1	2	1	1	2	1	3	2	2
Stopa porođaja carskim rezom	1	2	1	2	1	3	3	3	2
Vakcinacija dece do 5 god	2	2	3	3	2	2	3	2	2
Krvni pritisak	2	3	1	1	3	1	3	1	1
Prevenција pušenja	1	3	2	1	2	2	3	n.a.	n.a
Alkohol	2	2	1	1	3	1	3	2	2
Fizička aktivnost	2	3	3	1	2	3	1	1	n.a
Nedijagnostikovan dijabetes	2	2	1	2	2	1	3	3	2
HPV vakcine	3	2	1	3	3	2	3	1	1
Unos šećera	1	1	1	2	2	2	1	3	2
Lekovi plaćeni javnim subvencijama	3	2	1	2	1	2	2	1	1

Farmakopeja prilagođena laicima	2	2	1	3	3	3	3	3	3
Stepen razvoja novih lekova protiv raka	3	3	1	2	2	2	2	1	1
Pristup novim lekovima	3	2	3	1	1	1	1	n.a.	n.a
Lekovi protiv artritisa	2	3	1	1	1	2	3	1	1
Lekovi protiv šizofrenije	3	3	3	3	3	2	1	3	2
Korišćenje antibiotika	3	1	2	3	3	3	3	2	3
Ukupan broj poena	796	777	521	683	651	666	756	656	451
Pozicija na rang listi	7	9	31	15	20	17	11	19	34

OSVRT NA PROBLEME, SA PREPORUKAMA ZA UNAPREĐENJE I RAZVOJ ZDRAVSTVENOG SISTEMA REPUBLIKE SRBIJE

Uporedna analiza sistema zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja u evropskim državama pokazuje da je postojanje obaveznog zdravstvenog osiguranja zajednička karakteristika svih analiziranih zemalja. Obavezno zdravstveno osiguranje, kao osnovno osiguranje, obezbeđuje zdravstvenu zaštitu stanovništva. Organizuje se po jednom od poznatih modela (Bizmarkov, Beveridžov ili mešoviti model) i finansira obavezni paket zdravstvenih usluga, koji je prilagodjen finansijskim mogućnostima države. Povećani rashodi, koji su posledica sve skupljeg i zahtevnijeg lečenja pacijenata, predstavljaju zajednički problem sa kojim se suočavaju sve analizirane države.

Zajednička karakteristika svih modela obaveznog osiguranja jeste težnja za obezbeđivanjem realnih fondova za pokrivanje troškova što šireg obaveznog paketa usluga. Osim obaveznog osiguranja, svuda su prisutna i dopunska ili privatna osiguranja, koja obezbeđuju sredstva za finansiranje šireg paketa usluga, što doprinosi podizanju kvaliteta zdravstvene zaštite stanovništva. Državno i privatno zdravstvo su, po pravilu, ravnopravno uspostavljeni u zdravstvenom sistemu, s tim što je privatni sektor više zastupljen na primarnom nivou zdravstvene zaštite, dok je državno zdravstvo prisutnije u bolnicama, odnosno na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite.

Zdravstveni sistem Republike Srbije zasniva se na zakonskim rešenjima, koja se nisu suštinski menjala nekoliko decenija i potiču iz perioda u kome su društveni, socijalni i ekonomski uslovi bili bitno različiti u odnosu na sadašnje vreme. Dominantni tip zdravstvenog osiguranja je obavezno osiguranje, koje je organizovano po Bizmarkovom modelu i finansira se iz doprinosa koje zaposleni odvajaju od plata, dok država iz budžeta pokriva zdravstvenu zaštitu određenih kategorija stanovništva utvrđenih pozitivnim zakonskim propisima, među kojima su i nezaposlena lica.

Zdravstvena zaštita, u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja, obavlja se na tri nivoa: primarnom, sekundarnom i tercijarnom. Postoji i mogućnost dopuskog državnog osiguranja, koje se u praksi malo koristi, a pokriva uglavnom troškove većeg komfora u toku bolničkog lečenja. Ovaj vid osiguranja, međutim, ne obezbeđuje i širi paket usluga od obaveznog. Paket usluga koje pokriva obavezno osiguranje je u Republici Srbiji široko postavljen, a zakonska regulativa garantuje osnovne principe korišćenja tih usluga: jednakost, dostupnost, blagovremenost i dr.

Uporedo sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem, a potpuno nezavisno od njega, postoji privatno osiguranje, koje je srazmerno malo zastupljeno i koristi se za plaćanje usluga u privatnim zdravstvenim ustanovama, prevashodno primarnog nivoa zdravstvene zaštite (privatne ordinacije, poliklinike i privatni domovi zdravlja), kao i u malobrojnim privatnim bolnicama. Privatno osiguranje, međutim, nije dominantni tip finansiranja usluga u privatnim zdravstvenim ustanovama, već je to "plaćanje iz džepa" građana. Vojni zdravstveni sistem, pored toga, postoji kao potpuno nezavisan i odnosi se na vojna lica i članove njihovih porodica.

U praksi, u uslovima ekonomske krize, nedovoljnih finansijskih sredstava i velike stope nezaposlenosti, obavezni sistem zdravstvenog osiguranja je ugrožen i tome, u najvećoj meri, doprinose dva razloga: prvo, smanjen i nedovoljni priliv sredstava u kasu Republičkog fonda zdravstvenog osiguranja usled finansijske nediscipline, koja se ogleda pre svega u neredovnim uplatama doprinosa od strane zaposlenih, ali i izostanku uplata iz budžeta za finansiranje zdravstvene zaštite nezaposlenih lica; i drugo, zbog povećanih troškova lečenja sve starijeg i bolesnijeg stanovništva. Nesrazmerni odnos između prihoda i rashoda ima za posledicu smanjenje kvaliteta zdravstvene zaštite po svim parametrima, kao i nemogućnost ostvarivanja u praksi zakonom garantovanih prava pacijenata.

Obavezni paket zdravstvenih usluga ograničava se kroz listu lekova koji se ordiniraju o trošku Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, kao i zbog nemogućnosti primene savremenih dijagnostičkih i terapijskih postupaka, usled nedostatka odgovarajuće opreme i obučanih kadrova. Starosna struktura zaposlenih zdravstvenih radnika, posebno lekara specijalista, je nepovoljna a kadar se ne obnavlja u skladu sa potrebama čemu, takodje, doprinose razlozi finansijske prirode, pa postojeći

zdravstveni radnici obavljaju poslove nezavisno od normativa opterećenosti koji se, usled toga, u praksi ne uvažavaju.

Organizacija rada u okviru zdravstvenog sistema nije menjana decenijama, a nagrađivanje zdravstvenih radnika prema učinku ne postoji. Odsustvo strategije razvoja zdravstvenog sistema u cilju rešavanja navedenih problema, kao i dugogodišnje tavorenje u mestu, generišu koruptivni model ponašanja na svim nivoima u hijerarhiji zdravstvenog sistema. U uslovima smanjene ekonomske moći stanovništva, privatni sektor ne uspeva da kompenzuje nedostatke državnog zdravstva, što ima za posledicu odliv mladih školovanih kadrova i sve lošije stanje zdravlja stanovništva.

Pomenute osnovne probleme moguće je rešiti nazire kroz stvaranje realnih fondova za finansiranje zdravstvene zaštite u odnosu na paket ponudjenih usluga, tj. usklađivanjem ekonomskih mogućnosti sa pravima obuhvaćenih paketom usluga. To podrazumeva realno definisanje obaveznog paketa usluga koje pokriva obavezno zdravstveno osiguranje, u skladu sa ekonomskim i finansijskim mogućnostima države. Pored toga je, a u cilju zadovoljenja zdravstvenih potreba stanovništva, neophodno odrediti i širi paketa usluga, kako po obimu tako i po sadržaju, koji bi se finansirao iz sredstava dopunskih, tj. privatnih osiguranja.

Preduslov za sprovođenje ovih mera i aktivnosti jeste ukidanje monopola državnog zdravstva, tj. izjednačavanje položaja državnog i privatnog zdravstva, te njihovo ravnopravno uključivanje u zdravstveni sistem. Na taj način bi se nesumnjivo doprinelo konkurentnosti u ovoj oblasti, boljem korišćenju zdravstvenih kapaciteta, većoj i boljoj dostupnosti zdravstvenih usluga, kao i zapošljavanju većeg broja stručnih kadrova.

U osnovi predloženih mera i aktivnosti za unapređenje i razvoj zdravstvenog sistema u Republici Srbiji jeste promena svesti o zdravstvu kao socijalnoj kategoriji i priznavanje ekonomske dimenzije u zdravstvenom sektoru kao dominantne, što se nameće u uslovima tržišne privrede kao imperativ za održivost zdravstvenog sistema.