

ОСНОВИ ЕКОНОМИКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА Економика здравствене заштите

Драган Младеновић¹

BASICS ECONOMICS OF HEALTH CARE AND HEALTH INSURANCE

Dragan Mladenović

Сажетак

Економика здравствене заштите, као део економске науке (економије), треба да се бави економским проблемима у области здравствене заштите и здравственог осигурања. Предмет економике здравствене заштите је:

- какав је обим и структура здравствених капацитета,

- каква је економичност, рационалност и ефикасност расположивих капацитета у обезбеђивању здравствене заштите становништва,

- каква је макроекономска равнотежа између ресурса здравствене заштите: какве су могућности у обезбеђивању загарантованог (прописаног) обима заштите, који су извори средстава и њихова висина у односу на могућности за финансирање законом прописаног обима заштите.

У нашем случају то су права из обавезног здравственог осигурања у складу са Законом о здравственом осигурању (Сл. гласник РС 109/05) и друштвене бриге за здравље становништва на нивоу Републике, Покрајине, града и општине у складу са Законом о здравственој заштити (Сл. гласник РС 107/05).

Економика здравствене заштите у том циљу примењује економске методе у проучавању и анализи обима и структуре здравствене заштите, њене ефикасности, рационалности и укупног коштања.

Summary

Economics of health care, as part of economic science (economics), has to deal with economic problems in the area of health care and health insurance. The subject of the economics of health care is:

- What is the scope and structure of health capacities,

- What is the economy, rationality and efficiency of available resources in the provision health care of population,

- What is the macroeconomic balance of resources in health care: what are the possibilities of providing guaranteed (prescribed) the scope of protection, which are the sources of funds and their height in relation to the possibilities for financing the statutory scope of protection.

In our case, they are entitled to mandatory health insurance in accordance with the Law on Health Insurance (Official Gazette RS 109/05) and social care for the health of the population at the level of the Republic, provinces, cities and municipalities in accordance with the Law on Health Protection (Official Gazette RS 107/05).

Economics of health care in order to apply this method in economic research and analysis of the scope and structure of health care, its efficiency, rationality and total costing.

¹ Драган Младеновић, dipl. есс.

Држава својим административним мерама треба да омогући услове за уравнотежено, рационално и ефикасно обезбеђивање и финансирање здравствене заштите државног сектора у оквиру расположивих могућности и потреба становништва за здравственом заштитом. Држава, такође, треба да води рачуна о томе какви су услови за рад државног сектора заштите, као и какав ће бити однос између приватног и државног сектора заштите.

Кључне речи: Економика, здравствена заштита, улога државе, буџет, тржиште.

State by administrative measures should provide conditions for a balanced, rational and efficient provision and financing of health care in the public sector within the available resources and the needs of the population for health care. States also need to keep in mind what are the conditions for the civil protection sector, as well as what will be the relationship between the private and public sectors to protect.

Keywords: Economy, health care, the role of the state budget, the market.

УВОД

Реч економија је грчког порекла. Она гласи „Оикономија” и састоји се из две речи „Оикос”, што значи кућа, газдинство и „номос”, што значи правило, ред, закон.

Основе економике је дефинисао Р.А. Samuelson на следећи начин: “Економија је наука о томе како друштво употребљава ретке ресурсе да би произвело корисне производе и расподелило их људима” (Економска енциклопедија, I и II „Савремена администрација” Београд, 1994. године).

Политичка економија је научна дисциплина која истражује повезаност између појединаца и друштва, са једне, и тржишта и државе, са друге стране, користећи се методама позајмљених из економије, политичких наука и социологије. Сам термин је настао из грчких речи „полис“ (град или држава) и „икономос“ (онај који управља домаћинством).

Политичка економија стога проучава начине управљања државом, узимајући при томе у обзир политичке и економске факторе. Ова област се данас састоји из неколико дисциплина, укључујући ту и политику економских односа, домаћа политичка и

економска питања, компаративне студије политичких и економских система и проучавање међународне политичке економије. (Извор: Енциклопедија Британика, сажето издање, књига 7, страна 51. Издање: Народна књига, Београд, 2005)

У нашем случају то је „Економика здравствене заштите и здравственог осигурања” као део економске науке, која има за циљ да описује, проучава и унапређује рационалност и ефикасност у коришћењу расположивих ресурса, како би са расположивим капацитетима и финансијским средствима обезбеђивали већи и квалитетнији обим заштите или да се достигнути обим и квалитет заштите остварује са што мање ангажовања капацитета и финансијских средстава.

ДЕФИНИЦИЈЕ И ПРЕДМЕТ ПРОУЧАВАЊА ЕКОНОМИКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Дефиниције економике здравствене заштите

„Здравствена економија заинтересована је, прво, за квантитативно одређивање ресурса употребљивих током времена за рад

здравствене службе, друго, за ефикасност доделе и коришћења ових средстава за здравствене потребе, и треће, за ефекте различитих здравствених и других служби које утичу на здравље и благостање популације” (WHO 1974).

„Здравствена економија или економија која се примењује у здравственој области настоји, *inter-alia*, да временски квантификује ресурсе који се користе у раду здравствене службе, њихову организацију и финансирање, ефикасност доделе средстава и њиховог коришћења за здравствене намене, ефекте превентивне, куративне и националне продуктивности.

Здравствена економија може обезбедити у процесу здравственог планирања већи број специјализованих техника, као што су: статистичке анализе, анализе трошкова и користи које, уз извесне резерве у односу на обавештеност медицинског практичара стечену знањем и искуством, могу имати већу објективност у разматрању ривалских захтева за приоритетом.” (WHP 1975. HEALTH ECONOMICS).

„Здравствена економика је примена економике са подручја здравства и омогућава национално и оптимално коришћење ограничених ресурса у здравственој заштити” (WHO 1974).

„Наука о коришћењу, дистрибуцији и потрошњи услуга и добара.” MeSH.

„Економика здравствене заштите као део (дисциплина – грана) укупне економске науке, бави се питањима функционисања система здравствене заштите и здравственог осигурања, са циљем да се проучавају и дају најбоља могућа решења о томе како најрационалније располагати расположивим (ограниченим) ресурсима.”

„Наука о томе како појединци и друштво праве изборе у алокацији оскудних средстава међу компетентним алтернативама и како дистрибуирају производе међу члановима друштва.” (W.B. 2001).

Другим речима, истражује и предлаже решења како са расположивим ресурсима

постићи максимално могући обим и квалитет здравствене заштите, или да се постојећи резултати обезбеђују са што мање ангажовања ресурса.

Улога и предмет проучавања економике здравствене заштите

Економија је наука која је непосредно заинтересована и обавезна да проучава економске процесе, које људи обављају у циљу обезбеђења своје материјалне егзистенције.

Најнепосреднија питања којим се економија бави су:

- шта се производи,
- како се производи и
- за кога се производи.

Економика здравствене заштите, као део економске науке (економије), треба да се бави економским проблемима у области здравствене заштите и здравственог осигурања.

Предмет економике здравствене заштите је:

- какав је обим и структура здравствених капацитета,
- каква је економичност, рационалност и ефикасност расположивих капацитета у обезбеђивању здравствене заштите становништва,
- каква је макроекономска равнотежа између ресурса здравствене заштите: какве су могућности у обезбеђивању загарантованог (прописаног) обима заштите, који су извори средстава и њихова висина у односу на могућности за финансирање законом прописаног обима заштите.

У нашем случају то су права из обавезног здравственог осигурања у складу са Законом о здравственом осигурању (Сл. гласник РС 109/05) и друштвене бриге за здравље становништва на нивоу Републике, Покрајине, града и општине у складу са Законом о здравственој заштити (Сл. гласник РС 107/05).

Економика здравствене заштите (економика здравства, здравствена економика) настоји да установи равнотежу између потреба за здравственом заштитом и могућности за њено задовољење у циљу одржања макроекономске равнотеже у обезбеђивању и коришћењу ресурса у здравственој заштити као предуслов за ефикасно руковођење, планирање и уравнотежено остваривање права становништва у коришћењу услуга (производа) здравствених установа.

Економика здравствене заштите у том циљу примењује економске методе у проучавању и анализи обима и структуре здравствене заштите, њену ефикасност, рационалност и укупно коштање.

У оквиру промена у друштвено-економском систему у Србији, када се тежи успостављању тржишног механизма производње, промета и расподеле, неопходно је обезбедити друштвени и економски положај државног сектора здравствене заштите у складу са њеним карактером непрофитне службе, не одстрањујући потпуно утицај тржишта. Тај утицај се може каналисати и обезбеђивати кроз одређене облике финансирања текућег рада здравствених установа, односно одређеним облицима уговарања рада здравствених установа и начина плаћања тог рада. Наравно, поставља се питање улоге и утицаја тржишта на приватни сектор здравствених установа. Ту тржиште делује у пуној мери, како на њихов рад, на цене услуга, тако и на трошкове корисника њихових услуга, који из различитих разлога користе њихове услуге. Међутим, без обзира што је то тако, држава мора да има одређени утицај и на рад и начин пружања и наплаћивања њихових услуга. Претпоставља се да је квалитет њиховог рада доста неуједначен, као и да су им цене услуга изузетно високе. Посебан проблем је преплитање државног и приватног сектора здравства, невидљивим путем, што није у овом случају предмет разматрања у оквиру економике здравствене заштите државног сектора.

Предмет економике здравства је, такође, проучавање и унапређење микроекономије здравствених установа и унапређење организације рада, рационалности и ефикасности у раду појединачних установа, као и њихове економичности у пружању заштите. Другим речима, прати и проучава материјални положај здравствених установа у оквиру важећег система организације и финансирање здравствене заштите и здравственог осигурања.

У целини гледано, економика здравствене заштите има за циљ да обезбеди макроекономску равнотежу система здравствене заштите, као и микроекономску равнотежу појединачних здравствених установа.

Преласком са дириговане, касније на самоуправно договорену економију и сада кроз процес економске транзиције, неопходно је да држава својим нормативним актима оцени и обезбеди деловање тржишта у државном сектору здравствене заштите у мери која неће пореметити њене етичке норме и карактеристике, као и неопходну солидарност у обезбеђивању средстава и у коришћењу заштите. Према томе, могуће је допустити деловање економских закона у обезбеђивању и финансирању здравствене заштите, али само до мере која неће угрозити сам карактер здравствене заштите, као делатности од општедруштвеног значаја и интереса.

Тржишни системи привређивања разликују се по земљама, нарочито међу економски развијеним земљама. Тржишна привреда у нашој земљи, која је још увек у процесу транзиције, када је у питању здравствена заштита, треба да уважава достигнути стандард здравствене заштите становништва, да омогући његов пораст у складу са општим економским развојем и да уважава специфичност здравствене службе и заштите, у оквиру глобалне расподеле друштвеног богатства. У том смислу, једна од економских функција државе састоји се у томе да својом политиком обезбеди такву прераспodelу друштвеног производа, која

ће представљати друштвено прихватљиву једнакост у његовој расподели.

Водећи принципи економике здравствене заштите су рационалност у коришћењу капацитета и финансијских средстава и постизање одговарајуће ефикасности са расположивим ресурсима. Ови захтеви су све израженији са константним порастом трошкова за здравствену заштиту становништва, са захтевима здравствених радника за осавремењавање и обнављање медицинске опреме, као и са порастом здравствене културе и бриге становништва за боље здравље и бољу заштиту.

Међутим, и поред свих специфичности, економика здравствене заштите треба да уважава и примењује дејства економских законитости у прилагођеном облику на корист и здравствених установа и становника, као корисника њихових услуга.

Висока и непрекидно растућа средства за здравствену заштиту и све већа брига становништва за очување и унапређење свог здравственог стања основни су разлози за примену економске логике у организацију и функционисању здравствене службе и здравственог осигурања. Шта више, економика треба да има све већу примену у овој области, с обзиром на то да су потребе људи за здравственом заштитом неограничене, док су ресурси са којима се може располагати у пружању заштите увек ограничени, наравно не увек на истом нивоу.

Здравље, као основни предуслов за квалитетан живот, представља непроцењиву вредност за сваког појединца, па и поред тога дословна примена економске логике у овој области није могућа, нити целисходна, јер се морају уважавати специфичности ове делатности. Економика здравствене заштите има за циљ да проучи природу, обим и начин деловања економских законитости, да њима овлада и да их примењује у складу са специфичностима службе.

Економика здравствене заштите има кратку историју свуда у свету, а посебно код

нас. То је релативно нова област економије. Међутим, она побуђује велико интересовање економиста, а и државних органа, због значајних ресурса које ова делатност ангажује и користи. Неопходност примене принципа економике здравствене заштите је од једнаке важности и интереса, како за сиромашне, тако и за високо економски развијене земље, с обзиром на то да се са повећањем укупног богатства, паралелно појављују и захтеви за веће ангажовање средстава за пружање здравствене заштите.

Без обзира на неопходност примене економских принципа у раду и финансирању здравствене заштите и здравственог осигурања, која у великој мери, како у обиму тако и у квалитету, зависи од ограничених ресурса, право на здравствену заштиту, односно право на добро здравље, основно је и егзистенцијално људско право, без обзира на материјалне могућности појединаца. Неко је рекао „здравље није све, али без здравља све остало је ништа“. Зато држава мора да организује обезбеђивање одређеног обима заштите и да гарантује њено остваривање, као предуслов за одржање неопходног и медицински прихватљивог и одрживог нивоа здравственог стања становништва. Овај минимум заштите мора да гарантује сваком појединцу без обзира на његов материјални положај и допринос фонду здравственог осигурања. Тај минимум заштите у нашим условима представља законом прописани и загарантовани обим заштите под називом „друштвена брига за здравље становништва“, у складу са Законом о здравственој заштити, и „обавезно здравствено осигурање“, у складу са Законом о здравственом осигурању.

Предмет проучавања економике здравствене заштите првенствено је:

- право на здравствену заштиту и начин остваривања здравствених услуга у оквиру прописаних права,
- организација и финансирање здравствене заштите,

- организација и финансирање здравственог осигурања,
- међусобни односи здравствених установа и фондова здравственог осигурања (уговорни односи),
- искоришћеност капацитета, њихово коштање и степен ефикасности у пружању заштите,
- висина, обезбеђивање и начин располагања средствима за финансирање здравствене заштите,
- облици економских односа између здравствених установа и фондова, као и начин обрачуна (плаћања) здравствених услуга,
- финансијски резултати здравствених установа и финансијско пословање фондова здравственог осигурања,
- примена савремених и признатих метода планирања рада здравствених установа приликом решавања одређених здравствених проблема путем израде посебних програма заштите,
- примена одређених метода економске евалуације програма и активности,
- сарадња економиста првенствено са стручњацима социјалне медицине и са другим стручним кадровима у самим здравственим установама.

УЛОГА ДРЖАВЕ У ОБЕЗБЕЂЕЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СТАНОВНИШТВА

Могуће су и постоје разлике између тржишта и државне (друштвене) политике и његове логике и интереса. Државна политика често тежи или треба да тежи, социјалном тржишту или капитализму са људским карактеристикама, док се заговорници чистог тржишта залажу за тотално тржишно деловање, без икаквих социјалних елемената и одговорности.

Велика моћ капитала и потпуна економизација пословања, при чему је основни мотив профит, надилази државу и њену

функцију у области социјалне сигурности грађана. У таквим условима држава постаје немоћна нарочито у области социјалне и здравствене заштите становништва.

Међутим, савремена држава треба да буде присутна и утицајна када је у питању здравствена заштита и здравствено стање становништва. Утицај државе на ове делатности не значи да она својим деловањем онемогућава дејство тржишта и тржишних принципа у целини, па ни у оквиру здравствене заштите и здравственог осигурања. Утицај државе треба да се остварује у обезбеђивању макроекономских услова који ће погодовати да здравствена служба остварује циљеве (задатке) на здравственој заштити становништва у коришћењу једнаких права на тржишту, под једнаким условима за уложена (расположива) средства у одређеном периоду (години).

Постоји значајан број здравствених услуга које се не могу препустити приватном сектору заштите и деловању тржишта. Насупрот томе, постоји значајан број здравствених услуга и активности за које приватни сектор није заинтересован, јер не доносе профит. Зато се одређени број услуга у заштити здравља становништва мора остваривати под надзором државе.

Министарство здравља Србије и Влада Републике Србије, као предлагачи Закона о здравственој заштити (Службени гласник РС. 107 од 2. децембра 2005. године) имали су у виду напред наведени интерес, па су одредбама Закона предвидели и таксативно прописали обим заштите под називом „Друштвена брига за здравље на нивоу Републике“ у члановим закона 9, 10, 11, 12, затим на одредбе „Друштвена брига за здравље на нивоу Аутономне Покрајине, општине, односно града“ у члану 13, затим „Друштвена брига на нивоу послодавца“ у члану 14, и „Друштвена брига за здравље на нивоу појединаца“, члан 15. закона, као и обавезно здравствено осигурање у складу са Законом о здравственом осигурању на принципима узајамности и солидарности. (Службени гласник РС 107/05. и 109/05).

У циљу остваривања законом предвиђене друштвене бриге на свим нивоима, Законом су предвиђене активности и мере, као и финансијска средства у буџету Републике, Покрајине, града и општина, као гаранција да ће се остваривати општи интереси у здравственој заштити становништва. У том смислу велики значај имају и одредбе о обавезном здравственом осигурању становништва на здравствену заштиту. Супротно интересима и карактеру приватног сектора здравства, држава не може да одустане од принципа узајамности и солидарности у области здравствене заштите и здравственог осигурања.

Подручје здравствене делатности и фондови здравственог осигурања, због средстава која они користе за здравствену заштиту и за права по основу осигурања, као и буџети, са значајним средствима постају све интересантније подручје рада и занимања економске науке и економиста запослених у овим службама.

Економисти који се баве економиком здравствене заштите су у много неповољнијем положају, код примене метода мерења ефикасности и економичности здравствене заштите, од својих колега који раде у приватним делатностима, у којима је основно правило да се утврди економичност, продуктивност и рентабилност. Термини, који су потпуно у струци објашњени, као и начин њихове примене, када је у питању здравствена заштита, разликују се и по тумачењу и по начину примене. Економиста у здравству, или здравствени економиста, у оцени рационалности у коришћењу капацитета и у трошењу финансијских средстава и постигнутих резултата мора да уважава све специфичности здравствене делатности. С обзиром на то да је здравље од животног значаја за сваког грађанина, економска логика не може се примењивати у изворном облику, јер у том случају утицај тржишта може произвести негативне ефекте по здравље становништва.

Уколико држава успе да успостави постепено и стабилно унапређивање економског развоја, а уз одговарајућу политику здравствене заштите становништва, као и њену примену путем усклађених Закона о здравственој заштити и Закона о обавезном здравственом осигурању, може се очекивати стабилност у организовању, финансирању и обезбеђивању здравствене заштите становништва.

Ефикасно финансијско управљање економским и финансијским системом у Републици је предуслов и за економично коришћење свих ресурса у здравственом систему, а тиме и за рационално обезбеђивање и трошење финансијских средстава за финансирање здравствене заштите.

МОГУЋНОСТ ПРИМЕНЕ И УТИЦАЈ ТРЖИШТА У ОРГАНИЗОВАЊУ И ФИНАНСИРАЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА И МАКРОЕКОНОМСКА ПОЛИТИКА У ОВОЈ ОБЛАСТИ

Држава својим административним мерама треба да омогући услове за уравнотежено, рационално и ефикасно обезбеђивање и финансирање здравствене заштите државног сектора у оквиру расположивих могућности и потреба становништва за здравственом заштитом. Држава, такође, треба да води рачуна о томе какви су услови за рад државног сектора заштите, као и какав ће бити однос између приватног и државног сектора заштите.

Нормативна улога државе огледа се пре свега у два основна закона: Закону о здравственој заштити и Закону о здравственом осигурању.

Овим законима држава одређује не само глобалну равнотежу између потреба и могућности за њихово задовољење, већ и, колико је могуће, равномерно задовољавање потреба становништва за

здравственом заштитом. Исто тако треба да води рачуна о усклађености обима и структуре капацитета између болничке и ванболничке заштите, као предуслова да осигураници (становници) остварују услуге што више у складу са стварним потребама и прописаним правима.

Улога државе је и у томе што она треба да води рачуна о етици медицинске струке у свакодневном раду здравствених и других радника у пружању заштите становништву.

Држава има улогу у формулисању садржаја и финансирању посебног вида делатности специјализованих здравствених установа, чији је рад од најширег друштвеног интереса за становништво.

Кроз основне законе, које доноси држава, као и путем допунских аката, у складу са основним законима, као и кроз фискалну политику, она остварује свој утицај на макроекономску равнотежу унутар система здравствене заштите. Држава, исто тако, треба да има активно учешће у расподели друштвеног богатства, да води рачуна о потребама становништва на здравственој заштити у години за коју се доноси републички буџет.

Овим функцијама држава ће постепено створити услове да здравствене установе и фондови здравственог осигурања прелазе из несигурног и дефицитарног у уравнотежено финансијско стање и ефикасно обезбеђивање услуга у оквиру загарантованог обима здравствене заштите становништва.

Улога државе треба да се огледа и у надзору над здравственим установама и фондовима здравственог осигурања, у смислу да ли своје функције обављају у складу са законима.

РЖИШТЕ И ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Мишљење да је прогрес друштва и развој економије аутоматски решен деловањем слободног тржишта показало се

погрешним, јер неконтролисано тржиште је довело до краха многих економија, као последица неконтролисане, а често и непокривене потрошње, што је условило поремећај макроекономске равнотеже и економску кризу великих размера.

Дејство слободног тржишта условило је велике и растуће разлике између богатих и сиромашних, са тенденцијом да су богати још богатији, а сиромашни све сиромашнији. Да би се то спречило или ублажило, потребно је да се улога тржишта умањи, а тиме повећа улога и утицај државе у смислу обезбеђења политике за праведнију расподелу расположивих средстава.

Пре свега, савршено тржиште не постоји. Увођење потпуног тржишта у организовање, пружање и финансирање здравствене заштите у нашим условима, а и у богатијим земљама, имало би следеће последице:

- тржишни услови пружања здравствених услуга повећали би неједнакост у примени права на живот и на здравствену заштиту, што свима у начелу припада по слову Устава;
- несигурност становништва. Грађани се разликују по имовинском стању, због чега људи са ниском зарадом, или потпуно сиромашни, живе у несигурности, која ће поред свих недаћа сиромаштва бити знатно повећана јер неће имати право да користе било какве здравствене услуге. Сиромаштво узрокује болест, а болест репродукује сиромаштво;
- погоршање здравственог стања становништва, што у условима сиромаштва може да има погубне последице у виду високог морталитета и све нижег наталитета. За овакве последице по једну нацију нису потребни ратови ни природне катаклизме, она се сама по себи урушава, а нарочито у земљама са ниским дохотком по становнику.

Насупрот томе, према Уставу и постојећим законима, који регулишу ову област људских потреба, здравствена заштита

је право свих грађана и она треба да буде свеобухватна и континуирана делатност.

Право на живот и право на здравствену заштиту је основни предуслов за квалитетан живот појединаца и нације у целини, као хумани и економски интерес целе нације.

Унапређење здравственог стања становништва обезбеђује и његов демографски и биолошки напредак, што је предуслов за економски и сваки други успех.

Наша држава има обавезу по Уставу и Закону о здравственој заштити да брине о здравственом стању читавог становништва и да непрекидно унапређује услове за модерно организовање и ефикасно пружање услуга на одржању, а затим и на унапређивању здравственог стања свих становника, а нарочито деце и омладине.

Друштвени интерес се најбоље остварује унапређујући организацију здравствене службе и обавезног здравственог осигурања, како би ефекти здравствене заштите становништва били све већи из године у годину, а тим и квалитет здравствене заштите, из у остале чиниоце, побољшање и квалитета живљења.

Деловање тржишта у ма ком облику и обиму у здравственој заштити, која се финансира из фондова обавезног здравственог осигурања, формирана на принципима узајамности и солидарности и из средстава буџета Републике, мора врло пажљиво да се анализира и веома опрезно имплементира тамо где је то могуће. Економска теорија у нашој земљи је до скоро здравствену делатност сврставала (третирала) као област изразите потрошње. Међутим, схватања су се постепено мењала и здравствена делатност добија особине и социјалног и економског развоја.

Место и улога здравствене службе и њена оспособљеност за пружање свеобухватне и ефикасне здравствене заштите зависи у великој мери и од удела друштвеног производа за задовољење потреба у овој области јавне потрошње.

Све већи број старог становништва и све нижи наталитет у односу на морталитет, као и појава мноштва обољења као последица начина живљења и међуљудских односа, уз веома низак животни стандард, треба узети у обзир приликом одређивања финансијских средстава за област здравствене заштите.

Када је у питању увођење деловања тржишта у организовање, пружање и финансирање здравствене заштите, као делатности од посебног друштвеног интереса, неопходно је поступати врло опрезно и селективно и оценити да ли мере (утицај) тржишта обезбеђују позитивне резултате у смислу повећања ефикасности и рационалности у коришћењу капацитета, кадрова и расположивих финансијских средстава.

Допринос здравствене заштите (делатности) се не може измерити економским вредностима. Међутим, резултати рада здравствене службе су очигледнији у социјалној вредности:

- у одржању садашњег и побољшању здравственог стања појединаца и становништва у целини,
- у оспособљавању радне способности становништва за продуктиван рад,
- у смањењу расхода за лечење и накнада запослених за време одсуствовања са посла због повреда и болести,
- у стварању услова за формирање здраве породице и њене репродукције и др.

Здравствена заштита, као област посебног друштвеног интереса и потреба становништва, ослања се на улогу државе чији утицај не сме бити маргинализован. Напротив, држава мора да има одговарајућу улогу у одређивању места (положаја) здравствене делатности у оквиру укупне јавне потрошње. У том смислу тражња за здравственим услугама мора бити усаглашена са расположивим средствима, а у складу са финансијским могућностим Фонда обавезног здравственог осигурања у буџету Републике.

У одређивању висине финансијских средстава за потребе здравствене заштите становништва, у оквиру укупних средстава јавне потрошње, значајну улогу треба да имају Министарство здравља Србије, Републички фонд обавезног здравственог осигурања и Комора здравствених установа Србије, као институције позване и у складу са Уставом и законима одговорне и надлежне за нормално, ефикасно и економично функционисање здравствених установа у складу са својим задацима и преузетим обавезама.

Као што је познато, здравствена делатност функционише на начелима свеобухватности, континуираности и доступности свим слојевима становништва, без обзира на веру, пол, старост, националну припадност и сл.

У том смислу неопходно је обезбедити потребне услове за континуирано пружање заштите за побољшање демографског и биолошког потенцијала нације.

Овакве потребе друштва и захтеве појединаца не може задовољити ни слободно деловање тржишта, ни доброволно а ни приватно здравствено осигурање.

Систем обавезног здравственог осигурања и здравствену службу државног сектора треба константно унапређивати стручно-медицински и економски, као делотворни систем заштите, поготово у нашој републици, која има низак друштвени стандард, са тежњом адекватне заступљености капацитета у складу са бројем и здравственим стањем становништва, уз дистрибуцију финансијских средстава у складу са процењеним потребама и исказаним захтевима.

Заговорници приватног здравственог осигурања, као замене за постојеће, полазе од претпоставке да ће се таква средства користити много рационалније, јер би била под непосредним утицајем и интересима самих осигураника. То у одређеним условима може да буде тачно. Међутим, разлика између постојећег обавезног и приватног

осигурања је огромна, јер се средства образују и њима се располаже на супротно постављеним основама.

Приватно здравствено осигурање може обезбедити само онај ко има довољно финансијских средстава у свако доба. Онај ко не располаже таквим могућностима, када наступи болест и када су средства најпотребнија, уз то и значајна, остаје без икакве заштите, са могућим последицама по здравље, а можда и живот. У приватном здравственом осигурању осигурано лице користи само ону заштиту коју је уговором (полисом) обезбедило, односно финансијски покрило.

Међутим, здравље нације и одгој нараштаја је и по Уставу и по законима и по моралу општенационални интерес, који се не може препустити тржишту и имовинском стању појединаца.

ЗНАЧАЈ, УЛОГА И ПРИМЕНА ЕКОНОМИКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Под појмом здравствена заштита подразумева се читав систем здравствене службе и здравственог осигурања са великим капиталом (вредношћу) у капацитетима, опреми и великим финансијским средствима за функционисање постојеће службе на пружању здравствене заштите. Поред тога, у систем образовања медицинских кадрова свих врста и профила укључене су и здравствене установе.

Имајући у виду да је у питању овако велики и сложен систем, а уз то од значаја и општедруштвеног интереса за очување и унапређење здравственог стања становништва, неопходно је да се успостави економично и ефикасно управљање расположивим ресурсима.

Економика здравствене заштите настоји да препозна економски значај ове гране делатности и да применом еко-

номских принципа обезбеди унапређење ефикасности у пружању здравствене заштите и економичности у располагању ресурсима, са циљем да допринеси унапређењу обима и квалитета здравствених услуга. У том смислу, економика здравствене заштите примењује разноврсне методе планирања, економске евалуације појединих здравствених програма, економске анализе о трошковима здравствене заштите и процењивања користи од уложених средстава, мере за повећање економичности и унапређења ефикасности у пружању услуга. Поред тога, економика здравствене заштите прати и унапређује начин располагања средствима буџета и фондова обавезног здравственог осигурања и облика финансирања уговорних обавеза здравствених установа на пружању заштите и лечења становништва.

Наравно, примена економских мера на здравствену службу државног сектора, као делатност од посебног друштвеног интереса и значаја, која послује на непрофитном принципу, знатно је ограничена у односу на гране делатности у привреди, или на део здравствене службе која се назива „приватном праксом“, а која послује по тржишним ценама и принципима, са циљем да оствари што већи профит

Због тога се економика здравствене заштите државног сектора здравствене службе, по начину и методама које примењује, посебно када је у питању потреба и домен деловања тржишних принципа и њихова примена у располагању ресурсима здравствене службе и здравственог осигурања, знатно разликује од економике здравствених установа приватног сектора и од економике привредних делатности.

Као и у свим областима људских потреба, могућности за њихово задовољење су увек ограничене. Разлике су само у томе на ком нивоу се оне задовољавају, што зависи од степена развијености једне економије и висине друштвеног богатства.

Када је у питању задовољење здравствених потреба становништва, ограничење је условљено висином и начином расподеле друштвеног производа. У таквим условима економика здравствене заштите има за циљ да тако ограничена буџетска средства и средства Фонда обавезног здравственог осигурања користи на начин да се расположивим средствима обезбеди максимум обима и квалитета здравствене заштите, или да се достигнути ниво и квалитет заштите обезбеђује са мањим утрошком финансијских средстава.

Другим речима, економика здравствене заштите, у складу са могућностима за њену примену, има за циљ:

- да максимизира задовољење здравствених потреба економичним и рационалним коришћењем постојећих ресурса, и
- да минимизира негативне утицаје на ефикасно и економично руковање свим расположивим средствима, као и за успостављање рационалне алокације ресурса.

Економика здравствене заштите прати и проучава могућност успостављања и одржавања равнотеже између потреба, односно захтева за здравствену заштиту и могућности за њихово задовољење, као основни предуслов за нормално и текуће обављање рада и функционисање здравствених установа у испуњењу својих обавеза.

Економика здравствене заштите проучава и микроекономију у оквиру располагања капацитетима и финансијским средствима у оквиру сваке здравствене установе са циљем обезбеђења потребних капацитета, кадрова и финансијских средстава у складу са њеним обавезама на пружању уговореног обима и квалитета здравствених услуга.

Основна разлика у проучавању и анализи здравствене службе, или њених појединих делова, на пружању здравствене заштите између макро и микро нивоа праћења и проучавања пружања и фи-

нансирања здравствених услуга, састоји се у облику и обиму примене појединих економских анализа, или метода економске евалуације доприноса здравствене службе у сузбијању, или елиминацији одређених болести и унапређења здравственог стања становништва и подизања здравствене културе.

Економика здравствене заштите са аспекта микропосматрања бави се праћењем и изучавањем основних обавеза здравствених установа у пружању здравствених услуга, обима и квалитета извршења уговорних обавеза за календарску годину, као и начина коришћења финансијских средстава.

Економика здравствене заштите у свом укупном интересовању проучава микро и макро аспекте њене примене и има за глобални циљ, у складу са својим доменима, да допринесе унапређењу ефикасности у располагању свим ресурсима, а посебно материјалним и финансијским средствима. При томе мора водити рачуна да су укупни ресурси ограничени и да њихово коришћење и алокација захтева руковање (коришћење) и примену уско специјализованог менаџмента прилагођеног специфичностима саме делатности.

Макроекономика здравствене заштите превасходно има за циљ да проучава и анализира захтеве за здравствену заштиту становништва, са једне стране, и да настоји да у свим фазама пружања здравствених услуга одржава равнотежу између потреба које се манифестују кроз изражену тражњу за здравственим услугама и расположивих капацитета, кадрова и финансијских средстава за њихово задовољење.

Здравствена заштита становништва је у основи делатност здравствених установа које, применом савремених медицинских достигнућа, настоје да постигну што боље резултате у заштити здравих и лечењу оболелих. Економика здравствене заштите са своје стране има за циљ да допринесе економичнијем и ефикаснијем коришћењу расположивих капацитета.

Микроэкономика здравствене заштите изучава:

- место и улогу здравствене заштите у оквиру укупних могућности за финансирање друштвених делатности,
- дејство економике здравствене заштите на постизање максимално могућих ефеката на здравственој заштити становништва са расположивим средствима, водећи рачуна да се планираним средствима обезбеђују предвиђени циљеви на здравственој заштити становништва,
- прати организацију, управљање и финансирање здравствених установа и фондова здравственог осигурања на нивоу Републике и региона,
- проучава и примењује методе ефикасније организације и управљања здравственим установама у циљу рационалног располагања и алокације расположивих ресурса,
- прати размештај постојећих капацитета и кадрова по обиму, бројном стању и специјалности у циљу њихове алокације у складу са захтевима становништва, хигијенским и другим потребама у очувању и унапређењу здравственог стања и човекове околине,
- прати и проучава у циљу унапређења квалитета међуљудских односа у здравственим установама и у фондовима обавезног здравственог осигурања и других корисника услуга у смислу оцењивања (вредновања) здравствених услуга појединачно, или у укупној вредности здравственог програма, или годишњих планова рада појединих здравствених установа, а све у циљу унапређења рада, организације и менаџмента у здравственим установама.

Даља излагања односиће се на комбиновано (узајамно) проучавање и унапређивање макро и микроекономских мера и процедура у циљу унапређења квалитета економике и њене примене у пружању здравствене заштите.

МАКРОЕКОНОМСКИ АСПЕКТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Макроекономија проучава и анализира потребе за здравственом заштитом становништва и могућности за задовољење тих потреба на националном нивоу, често их упоређујући са нивоом потреба и степеном задовољења тих потреба у другим земљама сличне, или различите материјалне базе.

Предмет проучавања и анализирања су: обим и структура права на здравствену заштиту, финансијска средства, начин обезбеђења и расподеле расположивих средстава, као и коришћење капацитета и кадра.

Обим и структура здравствених капацитета, обим и права становништва на здравствену заштиту, висина средстава која се обезбеђују за рад здравствених установа у пружању заштите и за права осигураника на накнаде по основу здравственог осигурања, стандарди здравствене заштите, стандард запослених у државном сектору заштите, итд. су резултат међузависности економског и социјалног развоја.

Фактори који условљавају социјални развој су:

- степен укупног економског развоја,
- друштвено-економски систем привређивања и расподеле друштвеног богатства,
- политика социјалног развоја.

Економски развој је примаран због тога што се:

- економским развојем стварају услови, односно материјална средства за социјални развој,
- економским развојем се истовремено развијају и расту потребе у социјалном развоју,
- планирањем економског развоја постиже се унапређивање материјалног фактора (повећање друштвеног богатства),
- планирањем социјалног развоја постиже се унапређење људског фактора,

који је основ успешног развоја друштва у целини.

Макроекономска стабилност у оквиру здравствене заштите и здравственог осигурања представља основу за рационалну организацију, економичну здравствену заштиту у оквиру расположивих капацитета и финансијских средстава, као и за уравнотежено и ефикасно управљање системом здравствене делатности. То је, истовремено, гаранција становништву да ће у датим условима користити услуге без већих тешкоћа.

За разлику од макро, макроекономска равнотежа обезбеђује стабилност, стимулативне методе плаћања здравствених услуга и прецизно уговарање обима и структуре здравствених услуга између установа и фондова здравственог осигурања и видљиве резултате у ефикасности службе у оквиру расположивих (уговорених) средстава.

О приватном сектору заштите (приватна пракса) овде није реч. Претпоставка њиховог рада је остварење профита. Било би врло погубно ако би се у неким случајевима профит као интерес (циљ) поставио испред и изнад етике. Уосталом, узајамна повезаност етике и економије треба да буде заступљена у свим облицима пружања здравствених услуга.

Макроекономска равнотежа у области здравствене заштите неминовно захтева усклађеност здравствених капацитета са могућностима финансирања њиховог рада у складу са:

- правима становништва на здравствену заштиту,
- могућностима Фонда здравственог осигурања за финансирање обавезне здравствене заштите,
- средствима буџета за обезбеђивање заштите од ширег интереса за целокупно становништво и
- са могућностима осигураника (становника) да сопственим средствима учествују у трошковима услуга, приликом

непосредног коришћења заштите. Наравно, успостављање ове равнотеже директно зависи од укупне организације и система финансирања здравствених установа и здравственог осигурања.

Стандарди здравствене заштите неће бити од користи ако се не примењују у планирању потребних капацитета и њиховог рада, као и за вредновање резултата рада здравствених установа. Употреба стандарда здравствене заштите и њихово усклађивање са материјалним могућностима представља могући оквир рада и развоја здравствених капацитета.

Дефинисање и одређивање структуре и обима капацитета здравствених установа у великој мери је од утицаја за правилно одређивање нивоа појединих видова здравствене заштите: примарног, секундарног и терцијарног.

Један од предуслова за остваривање ових захтева јесте и успостављање макроекономске равнотеже између потреба и стварних могућности у развоју, раду и финансирању здравствене заштите и здравственог осигурања. Макроекономска ефикасност система здравствене заштите и здравственог осигурања подразумева горње границе финансијских средстава, која се у једној календарској години могу издвојити из бруто друштвеног производа, кроз његову расподелу. Код оцењивања који део бруто друштвеног производа се може ангажовати за потребе здравствене заштите, држава примењује разне облике обуздавања пораста ових трошкова, који у многим земљама показују тенденцију перманентног и значајног пораста из године у годину. Ограничавање висине укупних трошкова има за циљ ограничавање пораста текућих трошкова фондова здравственог осигурања, средстава буџета, као и сопствених средства грађана (партиципација) и усклађивање здравствених капацитета и обима заштите у складу са тако одређеним реалним могућностима, односно средствима.

Вишегодишњи несклад између капацитета и обима заштите, коју они обезбеђују, и финансијских средстава, имао је за последицу дефицитарно финансирање здравствених установа, које се огледа кроз нагомилане обавезе здравствених установа према добављачима, као и дуговања фондова здравственог осигурања здравственим установама.

Успостављање равнотеже између капацитета и обима заштите коју они обезбеђују, и потребних средстава за нормално функционисање уговорене (планиране) заштите, представља основ за ефикаснију и рационалнију здравствену заштиту у оквиру расположивих финансијских средстава фондова здравственог осигурања за финансирање обавезног здравственог осигурања, буџета за део заштите од општег интереса и средстава од партиципације грађана, која у овом случају треба да представљају „језичак на ваги“.

Међузависност економског и социјалног развоја код нас, као и у свим земљама, увек је присутна и неопходна, независно од тога какав је привредни и политички систем на снази. Међутим, поставља се питање на ком нивоу обима и квалитета здравствене заштите становништва треба успоставити жељену и неопходну равнотежу „потреба и могућности“. У нашем случају то би за сада требало да буде достигнути ниво права и обим заштите у оквиру обавезног здравственог осигурања, у складу са Законом о здравственом осигурању и у оквиру друштвене бриге за здравље становништва у складу са Законом о здравственој заштити.

Једном успостављена макроекономска равнотежа у области здравствене заштите није заувек дата и непромењива. Она представља део укупне социјално-економске равнотеже, односно социјално-економског развоја. Она ће се постепено померати са порастом економских могућности, што ће стварати услове за обезбеђивање и финансирање обимније и квалитетније здравствене заштите, а све у складу са порастом

бруто домаћег производа. Издвајање из друштвеног производа за здравствену заштиту изнад стварних могућности, ниво који је неприхватљив за укупно стање економије, може условити проблеме и застој у укупном економском развоју, као што издвајања за здравствену заштиту испод реално могућих, а у одређеној мери и потребних, може имати за последицу погоршање здравственог стања становништва, веће издатке за лекове и лечење, губитке у привреди услед изостанака са посла итд.

Здравствена заштита је, по својој природи, скупа делатност због скупе и у великој мери заступљене медицинске опреме, скупих лекова, који се, као и опрема, стално усавршавају у складу са унапређењем технике и медицинске науке, као и због велике концентрације стручног кадра. Све ово условљава стални пораст трошкова здравствене заштите. Поред тога, на пораст трошкова утиче и понуда здравствених услуга, при чему су основни генератори те понуде сами лекари, што је и њихова основна функција: да лече и да прописују терапију. Поред тога, на повећање трошкова утиче и повећана тражња здравствених услуга услед проширења капацитета здравствених установа, пораста здравствене културе становништва, као и продужење просечне старости, продужењем просечног века трајања, са тенденцијом сталног пораста.

Све земље у свету се труде да разним мерама утичу на сузбијање, или ублажавање раста расхода за здравствену заштиту, како на страни понуде, тако и на страни тражње, да успоре раст ових трошкова са што мање последица на потребу становништва за здравственом заштитом. Веома се разликују мере сузбијања пораста трошкова за здравствену заштиту по појединим земљама. Мере се углавном односе на рационализацију у начину и условима пружања заштите и у мерама за рационалније коришћење расположивих финансијских средстава. Мере у оквиру

понуде састоје се у бољој организацији здравствене службе, како болничке, тако и ванболничке: одређивање капацитета у складу са потребама а и могућностима, боље коришћење болничке службе, скраћење просечног трајања болничког лечења и повећање пропусне моћи по постељи, настојећи да се не одрази негативно на квалитет услуга.

У ванболничкој служби акценат се ставља на ефикаснију примену примарне здравствене заштите и на што бољу заштиту од болести које се могу најједноставнијим средствима и методама спречити, односно лечити.

На страни тражње мере се најчешће односе на законодавну улогу државе и фондова здравственог осигурања у прописивању права и начина коришћења услуга од стране осигураника (становника), као важни генератори трошкова, а такође и на утицај осигураника да, кроз партиципацију личним средствима, у коришћењу услуга да се користе оне услуге које су стварно неопходне и неодложне.

Главна мера у ограничавању пораста трошкова јесте начин уговарања, односно плаћања рада здравствених установа у пружању заштите, са циљем да се расходи крећу у уговореним оквирима, тако да се са тим средствима постиже уговорени обим заштите. Мере за сузбијање трошкова за здравствену заштиту, како на страни понуде, тако и на страни тражње, имају за циљ одржавање макроекономске равнотеже, односно макроекономске стабилности успостављене (предвиђене) на почетку буџетске године.

Наша држава треба доследно да примењује политику макроекономске равнотеже путем контроле, како на страни понуде услуга, тако и на страни тражње здравствених услуга, користећи при томе нормативну улогу и фискалну политику (контролу), држећи се обавеза да се прописана и загарантована заштита становништва успешно остварује.

МИКРОЕКОНОМСКА РАВНОТЕЖА ЗДРАВСТВЕНЕ ДЕЛАТНОСТИ

Микроекономија је део економике здравствене заштите, која се бави економским понашањем индивидуалних (појединачних) здравствених установа и фондова обавезног здравственог осигурања у оквиру међусобних односа на пружању и финансирању здравствених услуга, као и анализирањем резултата рада здравствених установа у односу на уложена средства.

Поред успостављања макроекономске равнотеже у здравственој делатности и здравственом осигурању, потребно је обезбедити и микроекономску равнотежу, односно микроефикасност унутар система здравствене заштите. Микроекономска ефикасност се заснива на захтеву да учесници у организовању, пружању и финансирању здравствене заштите обезбеђују максимално могући обим заштите са расположивим финансијским средствима, или да у оквиру обавезне здравствене заштите, или да достигнути (прописани), планирани и уговорени обим заштите обезбеде са што мање финансијских средстава (расхода).

У процесу успостављања микроекономске ефикасности, у овој области, код одређивања намене и начина ангажовања расположивих финансијских средстава, потребно је посебно обратити пажњу на испољавање различитих интереса у том процесу, као што су:

- интерес осигураника да обезбеди већу, квалитетну и ефикасну заштиту са што мање трошкова за осигурање (фондове),
- интерес здравствене установе да обезбеди што већи приход за свој рад, уз што је могуће мање трошкове,
- интерес запослених у здравственим установама је да остваре што веће зараде у оквиру оствареног прихода установе,
- интерес пацијената је да користе услуге што је могуће ефикасније на свим

нивоима обезбеђивања, по могућности без личног учешћа у трошковима, и

- интерес државе, која настоји да обезбеди остваривање заштите у оквиру средстава предвиђеним кроз процес успостављања макроекономске равнотеже система здравствене заштите, финансиране из буџета и здравственог осигурања.

Утврђивањем макро и микро економске равнотеже у области здравствене заштите и здравственог осигурања обезбеђује се тиме и боља ефикасност система заштите, која ће омогућити бољи однос између уложених финансијских средстава и резултата на остваривању здравствене заштите становништва.

Закон о здравственом осигурању (Сл. гласник РС 107/05)

Начело економичности обавезног здравственог осигурања:

„Начело економичности обавезног здравственог осигурања остварује се сталним настојањем да се права из обавезног здравственог осигурања остварују уз што мање финансијских и других средстава.”

Начело ефикасности обавезног здравственог осигурања:

„Начело ефикасности обавезног здравственог осигурања остварује се постизањем најбољих могућих резултата у односу на расположиве ресурсе, као и постизањем највишег нивоа права из обавезног здравственог осигурања уз најнижи утрошак финансијских средстава” (чл. 15 Закона).

У складу са начелом економичности и ефикасности у организовању, уговарању и остваривању обавезног здравственог осигурања Републички завод за здравствено осигурање:

- „обезбеђује законито, наменско и економично коришћење средстава и стара се о увећању на економским основама,

- обезбеђује непосредно, ефикасно, рационално и законито остваривање права из здравственог осигурања и организује обављање послова за спровођење осигурања” (члан 212 Закона).

„Обезбедити квалитетну здравствену заштиту за све, поштујући критеријуме: ефективност, економичност и друштвену прихватљивост.” Извор: Декларација Светске здравствене организације. (СЗО „АЛМА АТА”, 1978. године)

ЗАКОН О ИЗМЕНАМА И ДОПУНАМА ЗАКОНА О БУЏЕТСКОМ СИСТЕМУ (СЛ. ГЛАСНИК РС 73/2010)

Закон о буџетском систему има за циљ да дефинише оквире макроекономске равнотеже у области јавне потрошње у целини.

Инструменти за одржање пожељне равнотеже на економски одрживом нивоу, како на приходној, тако и на расходној страни, јесу фискалне природе, што је и регулисано овим законом.

Одредбе Закона о буџетском систему односе се и на одржање макроекономске равнотеже и на средства за финансирање здравствене заштите, као дела укупне јавне потрошње. Ту спадају средства из обавезног здравственог осигурања за финансирање услуга из Закона о обавезном здравственом осигурању и средства републичког буџета за финансирање заштите од општедруштвеног значаја и интереса.

У процесу обезбеђивања услова за успостављање макроекономске равнотеже примењују се принципи који одређују процедуру и правила и одговорност у спровођењу фискалне политике.

Овим законом прописани су и: фискални принципи, фискална процедура, фискални ризици, фискална правила и фискална одговорност, као норме понашања у коришћењу средстава јавне потрошње.

Међу фискалним инструментима су и принципи планирања који су Законом о изменама и допунама закона о буџетском систему предвиђени.

Сви инструменти фискалне политике имају за циљ да се одржи унапред предвиђени (планирани) обим јавне потрошње за једну календарску годину, или за дужи временски период.

Многобројне последице могу настати ако се не одржи буџетом предвиђена и званично усвојена равнотежа прихода и расхода у јавној потошњи у датој години.

Макроекономска равнотежа у области здравствене заштите треба да проистекне као резултат усклађених односа:

- обима и врсте заштите која је предвиђена за планирани период у складу са правима из Закона о обавезном здравственом осигурању и Закона о здравственој заштити за делатност здравствених установа у обезбеђивању здравствене заштите од општег друштвеног значаја и интереса,
- планираних финансијских средстава за обезбеђивање заштите по структури и квалитету за период за који се доноси план (обим) укупне јавне потрошње у Републици, и
- усклађености капацитета здравствених установа по обиму и структури здравствених услуга, који се планирају за период за који се утврђује обим средстава за финансирање здравствене заштите. Овај услов треба да обезбеди план мреже здравствених установа, који се утврђује за Републику у целини.

Макроекономска равнотежа у области здравствене заштите се може пореметити:

- ако се поремети глобална макроекономска равнотежа, што се може одразити и на поремећај висине средстава претходно предвиђених за финансирање здравствене заштите становништва,
- ако мрежа здравствених капацитета није у складу са предвиђеним обимом и структуром здравствених услуга,

- ако се планирана финансијска средства не користе у складу са обимом и нивоима заштите у складу са одредбама Закона о здравственој заштити,

- ако се расположиви капацитети не користе ефикасно и рационално, што би имало за последицу слабу ефикасност и неекономично коришћење ресурса.

Економска криза која траје још увек намеће изазов и обавезу корисницима јавне потрошње да добро проуче, идентификују и лоцирају слабости у организацији, обезбеђивању и финансирању здравствене заштите, а са циљем да се елиминишу узроци нерационалне потрошње и да се по том основу остваре уштеде у издацима који нису неопходни.

У јавном сектору у целини, а тиме и у здравственој делатности, мора да се схвати да цео јавни сектор зависи од приватног сектора. Ако приватни сектор не ствара нови производ (нову вредност), односно профит, није могуће повећавати стандард здравствених установа, као и читавог јавног сектора.

Надостатак средстава за финансирање јавног сектора је последица лошег управљања економијом. У таквим условима једина могућност побољшања материјалног положаја једног дела јавног сектора, у овом случају здравствене делатности, јесте прерасподела бруто домаћег производа, што је тешко прихватљиво за друге секторе јавне потрошње. Међутим, то се може поправљати постепеном прерасподелом бруто домаћег производа на начин који представља селективно повећање у односу на претходни период, односно претходну годину.

Јавни сектор не може да рачуна на финансијска средства која није остварио приватни сектор, јер би то значило да се „троши“ оно што није стечено. То могу да буду задуживања, пословања са губицима, нагомилавање дуговања уз повећање неликвидности и др., што је економски неприхватљиво.

Основни Закон о буџетском систему донет је 2009. године и објављен у Службеном гласнику Републике Србије у бр. 54 из 2009. године.

ЛИТЕРАТУРА

1. Симић С., Бјеговић В., Јелача П., Косановић Р., Ерић Маринковић Ј., Младеновић Д.: Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији. Центар за проучавање алтернатива у Београду, 2001.
2. Стаматовић М., Јаковљевић Ђ., Легетић Б., Мартинов Цвејин М.: Здравствена заштита и осигурање. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1996.
3. Јаковљевић Ђ., Грујић В., Мићовић П., Токић Д.: Реформе у области здравствене заштите. Монографија, Институт за

- заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд, 1997.
4. Јурковић П., Штоха Ј., Пуљић А.: Економски аспекти здравства и здравствене заштите у Загребу. Економски факултет, Загреб, 1982.
5. Драгишић Д., Медојевић Б., Илић Б., Павловић М.: Основи економије. Центар за издавачку делатност.
6. Шкрбић М.: Увод у економику здравства. Медицински факултет у Загребу, 1974.
7. Косановић Р.: Реформа здравственог осигурања у Републици – правно-економски аспекти. Докторска

- дисертација, Правни факултет, Београд, 2005.
8. Мићовић П.: Глосар. Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд, 1998.
9. Робинсон Ц.: Економска филозофија. Издавачко-истраживачки центар ССО Србије, Београд, 1981.
10. Косановић Р.: Речник термина из области здравствене заштите и здравственог осигурања. Обележја, Београд, 2007.
11. Keith Bernard: Conflicts in national health services. CROOM HELM – London, 1977.
12. WHO Regional Office for Europe: Реформске стратегије. 1997.
13. Довијанић П.: Укрштене програмске спирале социјалне медицине и новог јавног здравља. Здравствена заштита, 2007; 4.
14. Министарство здравља Србије: Боље здравље за све у трећем миленијуму. Београд.
15. World Health Organization – Geneva: Managirical Process for National Health Development. 1981.
16. World Health Organization – Geneva: Health Economics. Report on Seminar, Moscow, 1968.
17. Mach EP, Abel-Smith: Planning the finaances of the Health Services. WHO – Geneva, 1983.
18. World Health Organization – Geneva: The Role of Health Economics in National Health Planning and Policy Making. Regional Office for Europe, 1978.
19. Симић С.: Како мерити резултате рада болнице. Здравствена заштита, Београд, 4/89.
20. World health Organization: Statistical Indicators for the Planning and Evoluotion of Public Health Programmes. Geneva, 1971.
21. World Health Organization, Regional Office for Europe: List of proposed indicators for monitoring process towards health for all in tihe European region. Copenhagen, 1984.
22. EOCD Social Policy Studies no.4: Finansing and Delivering Health Care. 1987.
23. Cooper RA: Statistical Models of Economics Relationships. London, Her Majestix stationery office, 1971.
24. Mach EP, Abel-Smith: Planning the finances of the Health sector. World Health Organization, Geneva, 1983.
25. World Health Organization, Geneva: Managerial Process for National Helath Development. 1981.
26. Чолак З.: Економика здравствене заштите. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 2003.
27. Мићовић П.: Здравствени менаџмент. Комора здравствених установа Србије, Београд, 2008.
28. Економска и пословна енциклопедија. I и II том, Савремена администрација, Београд, 1994.
29. Самуелсон П. Економија. Савремена администрација, Београд, 1969.
30. Цуцић В., Симић С., Бјеговић В., Вуковић Д., Ерић Маринковић Ј., Јелача П., Ананијевић Пандеј Ј.: Терминолошки речник квалитета у здравственој заштити. Медицински факултет, Универзитет у Београду, 2000.
31. Hogarth J.: Glossary of Health Care Terminology. WHO, Copenhagen, 1975.
32. Last JM, Wallace RB: Public Health and Preventive Medicine. 13th edition, Appletonand Lange, Norwalk, Connecticut, 1992; 1079–1094.
33. Mooney G. Economics, Medicine and Health Care. Wheatsheaf Books – Sussex, Humanities Press – New Jersey, 1989.

34. Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press, Oxford, 1990.
35. Drummond M, Torrance G, Mason J. Cost-effectiveness league tables: More harm than good? *Social Science and Medicine*, 1993; 37: 33–40.
36. Elixhausers A. (guest editor). *Health Care Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis (CBA/CEA) from 1979 to 1990: A Bibliography*. *Medical Care*, 1993; 31 (Supplement): JS1-JS150.
37. Friede A, Taylor WR, Nadelman L. On-line access to a cost-benefit/cost-effectiveness analysis bibliography via CDC WONDER. *Medical Care*, 1999; 31 (Supplement): JS12-17.
38. Атанасковић Н.: Финансијски аспекти и импликације постојећег модела организације здравственог система. *Здравствена заштита*, 2010; 1.
39. Беговић Б., Павић В.: Шта је то конкуренција и како се штитити. Центар за либерално-демократске студије, Београд, Политика А.Д., март 2010.
40. Економски речник. Центар за издавачку делатност Економског факултета у Београду, 2006.
41. Републички фонд за здравствено осигурање: Стратегија развоја здравственог осигурања у Србији. Београд, април 2013.

Контакт: Драган Младеновић, дипл. ецц.