ФИНАНСИРАЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ (2009–2015)

Рајко Косановић¹, Христо Анђелски²

FINANCING OF THE HEALTH CARE SYSTEM IN SERBIA (2009–2015)

Rajko Kosanović, Hristo Andelski

Сажетак

Здравствено осигурање је грана социјалног осигурања, којим се осигураним лицима обезбеђује право на здравствену заштиту и остала права из области обавезног здравственог осигурања. У раду је дата анализа финансирања система здравствене заштите у Републици Србији, под којим се подразумева здравствена заштита, како је дефинисана Законом о здравственој заштити, и здравствено осигурање, у периоду од 2009. до 2014. године.

Циљ рада је да се утврде основне тенденције у финансирању система здравствене заштите и укаже на одређене неправилности које би требало отклонити у наредном периоду.

Систем здравствене заштите Републике Србије (дефинисан као модел обавезног здравственог осигурања и националне здравствене службе, тзв. „национално здравствено осигурање“), заједно са Републичким фондом за здравствено осигурање (који је државна агенција за фискалну расподелу средстава прикупљених доприносима за социјално осигурање), нема довољно аутономије у одлучивању и обавља делатност са великим интервенцијама државе у области здравствене заштите становништва“.

Укупни расходи за здравствену заштиту и здравствено осигурање, у Републици Србији, могу се поделити на јавне и приватне. У Републици Србији присутан је мешовити систем финансирања система здравствене заштите, кога карактерише претежно јаван извор финансирања, јер се финансирање највећим делом остварује из средстава доприноса и из буџета Републике.

Summary

Health insurance is a branch of social security, which provides insured persons the right to health protection and other rights from the mandatory health insurance. This paper presents an analysis of financing the health care system in the Republic of Serbia, which means the health care, as defined by the Law on Health Care and Health Insurance, in the period from 2009 to 2014.

The aim is to identify the major tendencies in funding the health care system and to point out certain irregularities that must be corrected in the future.

The health care system of the Republic of Serbia (defined as the model required health insurance and national health services, so-called „National health insurance“), together with the National Health Insurance Fund (which is a state agency for the fiscal allocation of the funds collected social security contributions) there's not enough autonomy in decision-making and performing the activity with large state intervention in the field of health care for the population“. Total expenditures for health care and health insurance in the Republic of Serbia, can be divided into public and private. In Serbia, the pier is a mixed system of financing the health care system, which is characterized by mostly public source of funding, because funding is mainly realized from contributions and from the budget of the Republic. The distribution of funds is done according to the system of financing capacity of health institutions.

¹ Др сц. Рајко Косановић, Београд.

² Проф. др Христо Анђелски, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Црнотравска 27, Београд.

Дистрибуција средстава се обавља по систему финансирања капацитета здравствених установа. Промене у систему финансирања здравствене заштите предвиђене су и у Стратегији развоја здравственог осигурања у Србији, коју је Управни одбор Републичког фонда за здравствено осигурање усвојио у марту 2013. године. Када је реч о финансирању здравствене заштите, Стратегија, поред осталог, предвиђа финансирање примарне здравствене заштите по методу капитације, а стационарних здравствених установа по методу дијагностичко сродних група.

Све чињенице добијене анализом финансирања система здравствене заштите указују на неопходност наставка реформисања система здравствене заштите у Републици Србији.

Кључне речи: *Здравствено осигурање, систем здравствене заштите, финансирање.*

Changes in the system of health care financing are also planned in the Strategy of development of health insurance in Serbia, by the Steering Board of the Health Insurance adopted in March 2013. When it comes to health care financing, strategy, among other things, provides for the financing of primary health care by the method of capitation and stationary health institutions by the method of diagnostic related groups.

All the facts obtained by analyzing the financing of the health care system indicate the need to continue reforming the health care system in the Republic of Serbia.

Keywords: *Health insurance, health care system, finance.*

УВОД

Здравствена заштита, према Закону о здравственој заштити⁽¹⁾, јесте организована и свеобухватна делатност друштва са основним циљем да се оствари највиши могући ниво очувања здравља грађана и породице. Она обухвата спровођење мера за очување и унапређење здравља грађана, спречавање, сузбијање и рано откривање болести, повреда и других поремећаја здравља, и благовремено и ефикасно лечење и рехабилитацију.

Учесници у здравственој заштити су: грађани, породица, послодавци, образовне и друге установе, хуманитарне, верске, спортске и друге организације, удружења, здравствена служба, организација за здравствено осигурање, као и општине, градови, аутономне покрајине и Република.

Здравствена делатност, према Закону о здравственој заштити, је делатност којом

се обезбеђује здравствена заштита грађана, а која обухвата спровођење мера и активности здравствене заштите које се, у складу са здравственом доктрином и уз употребу здравствених технологија, користе за очување и унапређење здравља људи, а коју обавља здравствена служба.

Здравствену службу, према истом закону, у Републици Србији чине здравствене установе и други облици здравствене службе (у даљем тексту: приватна пракса), који се оснивају ради спровођења и обезбеђивања здравствене заштите, као и здравствени радници, односно здравствени сарадници, који обављају здравствену делатност, у складу са овим законом.

Здравствено осигурање грана социјалног осигурања (поред здравственог осигурања, социјално осигурање чине: пензијско и инвалидско осигурање и осигурање за случај незапослености), којим се осигураним лицима (осигураницима и члановима породице

осигураника) обезбеђује право на здравствену заштиту и остала права из области обавезног здравственог осигурања (накнада зараде за време привремене спречености за рад и накнада путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите).

И поред тога што у члану 1 Закона о здравственој заштити стоји да се њиме, поред осталог, уређује *систем здравствене заштите*, у овом закону не даје се ближе одређење овог појма. Такође, појам *здравствене заштите*, како је дефинисан овим законом, не треба изједначавати са *здравственом заштитом* као једним од права из здравственог осигурања (очито би примеренији назив за ово право из здравственог осигурања био *право на здравствене услуге* – које укључује и право на лекове, ортопедске справе и помагала и др.).

У овом раду аутори анализирају финансирање система здравствене заштите у Републици Србији, под којим подразумевају здравствену заштиту, како је дефинисана Законом о здравственој заштити, и здравствено осигурање, у периоду од 2009. до 2015. године.

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да утврди основне тенденције у финансирању система здравствене заштите и укаже на одређене неправилности које би требало отклонити у наредном периоду.

I СИСТЕМИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

У свету постоји више модела социјалне сигурности који су настали као резултат утицаја различитих историјских, политичких, економских, културних и других чинилаца. Разлике које постоје између модела социјалне сигурности најчешће проистичу из различитог схватања социјалне функције државе, циљева социјалне политике и саме природе социјалних проблема.

Када је реч о здравственој заштити, најпознатију поделу система здравствене заштите предложила је Организација за економску сарадњу и развој (ОЕЦД) 1987. године.²⁾ Према овој подели сви системи здравствене заштите могу се груписати у један од три основна система, односно модела здравственог осигурања: 1) Систем националне здравствене службе – Беверицов модел; 2) Систем социјалног осигурања – Бизмарков модел и 3) Систем приватног осигурања – модел „независних” или „суверених” корисника.

Системи здравствене заштите углавном међусобно се разликују према начину прикупљања средстава за здравствену заштиту и остваривању осталих права из здравственог осигурања, односно према изворима финансирања.

Систем националне здравствене службе карактерише: а) потпун обухват становништва здравственом заштитом и здравственим осигурањем; б) финансирање из буџета, односно путем пореза; и в) претежно државно власништво или самоконтрола над зградама и опремом у здравству.

Систем националне здравствене службе прва увела је Велика Британија у јулу 1948. године. По Вилијаму Беверицу, који је у свом извештају из 1942. године образложио основе система који ће осигурати једнакост и равноправност у коришћењу здравствене службе према потребама грађана, а не према њиховим платежним могућностима, овај систем здравствене заштите назива се још и „Беверицов модел“.

Британска национална здравствена служба (National Health Service) годинама је служила као узор многим земљама при формирању њихових властитих система здравствене заштите. Пример Велике Британије шездесетих година следиле су скандинавске земље, а осамдесетих година медитеранске и друге земље. Од земаља које су увеле систем националне здравствене службе, поред Велике Британије и Ирске, као пример могу се навести: Шведска, Нор-

вешка, Финска, Данска, Исланд, Канада, Аустралија, Италија, Шпанија, Португалија и друге земље.

Систем социјалног осигурања карактерише: а) висок проценат становништва обухваћеног обавезним здравственим осигурањем (преко 90%); б) финансирање путем доприноса запослених и њихових послодаваца; и в) државно и/или приватно власништво над зградама и опремом у здравству.

Као примере земаља са социјалним осигурањем могу се навести: Немачка, Аустрија, Француска, Швајцарска, Белгија, Холандија, Луксембург и друге земље. Такође, земље у транзицији претежно се опредељују за систем социјалног осигурања.

Систем приватног осигурања карактеришу: а) превасходно приватно власништво над зградама и опремом у здравству; б) приватно здравствено осигурање; и в) висок проценат неосигураног становништва.

Типичан представник земаља са системом приватног осигурања су САД. У овој земљи, у којој расходи за здравствену заштиту чине око 18% бруто домаћег производа, здравствено је неосигурано око 48 милиона становника или 15,4%.

Као модел здравственог осигурања може се навести и *Семашков модел*, који је сличан Беверицовом моделу, али који искључује приватну праксу. Овај модел био је примењиван у Совјетском Савезу и другим источноевропским земљама, међутим у Европи више не постоји. Семашков модел данас је присутан у Азији (Кина, Северна Кореја, Монголија, Вијетнам) и на Куби.

Систем здравствене заштите Републике Србије, формално посматрано, припада Бизмарковом моделу обавезног социјалног (здравственог) осигурања, али, како се наводи у *Другом националном извештају о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији за период 2011–2014. године* (страница 258), „суштински он је на прелазу између обавезног здравственог осигурања и националне здравствене службе (тзв. „национално здрав-

ствено осигурање”, заједно са Републичким фондом за здравствено осигурање (који представља државну агенцију за фискалну расподелу средстава прикупљених доприносима за социјално осигурање), без дозвољено аутономије у одлучивању и са великом интервенцијама државе у области здравствене заштите становништва”.³⁾

Најзначајнији датуми на прелазу система здравствене заштите Републике Србије, од система *обавезног здравствено осигурања* ка систему *националне здравствене службе*, односно ка садашњем „*националном здравственом осигурању*” су: 1) доношење *Закона о здравственом осигурању* 1992. године⁴⁾ (којим је уведена *централизација* здравственог осигурања са једним заводом, односно Фондом здравственог осигурања и тридесетак филијала, које немају својство правног лица), 2) доношење *Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању* 1998. године⁵⁾ (којим је укинута *скупштина*, као орган тадашњег Републичког фонда за здравствено осигурање), 3) доношење важећег *Закона о здравственом осигурању* донетом 2005. године⁶⁾ (којим је потврђена централизација здравственог осигурања, са једним Заводом, односно Фондом за здравствено осигурање, од 2011. године⁷⁾, и филијалама које немају својство правног лица) и 4) доношење *Закона о изменама Закона о здравственом осигурању* 2014. године⁸⁾ (којим држава преузима управљање Републичким фондом за здравствено осигурање, пошто од седам чланова Управног одбора држава, односно надлежни министар, предлаже четири члана).

Детаљније о процесима десентрализације и централизације у систему здравствене заштите у Републици Србији, може се видети у нашим радовима: Основни правци развоја здравственог осигурања у Републици Србији (1922–2014) / Basic directions or development health insurance in The Republic of Serbia (1922–2014)⁹⁾ и Права из здравственог осигурања у Републици Србији (1922–2014) / Rights from health insurance in The Republic of Serbia (1922–2014).¹⁰⁾

II ЈАВНИ И ПРИВАТНИ ИЗВОРИ ФИНАНСИРАЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Укупни расходи за здравствену заштиту и здравствено осигурање у Републици Србији могу се поделити на *јавне* и *приватне*.

Јавни расходи представљају расходе из *јавних прихода* (обавезно здравствено осигурање, буџет Републике, буџет аутономне покрајине и буџет локалне самоуправе). Такође, јавни расходи су и инвестиције у систем здравствене заштите из државних фондова, попут фонда Националног инвестиционог плана, за изградњу инфраструктуре и финансирање набавке медицинске опреме.

Приватни расходи за здравствену заштиту су из *приватних извора*, као што су: лична плаћања корисника здравствене заштите (лично учешће осигураних лица у трошковима здравствене заштите—партиципација, плаћање пуне цене здравствених услуга које се не могу пружити на терет средстава здравственог осигурања и плаћање пуне цене здравствених услуга даваоцима из приватног сектора) и добровољно здравствено осигурање. Највећи део приватних трошкова (95,6%) чине плаћања из „џепа“ за здравствене услуге.

У Републици Србији присутан је *мешовити систем финансирања* система здравствене заштите, кога карактерише претежно јаван извор финансирања, јер се финансирање највећим делом остварује из средстава доприноса и из буџета Републике.

„Финансирање здравствене заштите у Републици Србији у основи је засновано на *Бизмарковом моделу*, пошто се више

од 90% средстава за остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђује из средстава доприноса за обавезно здравствено осигурање. Међутим, Законом о здравственој заштити предвиђено је и финансирање здравствене заштите из буџета Републике за лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, а која су изложена повећаном ризику од оболевања (неосигурана лица, избеглице и интерно расељена лица са територије Аутономне покрајине Косово и Метохија, примаоци социјалне помоћи и други), што је иначе карактеристика *Бевеџевог модела*”.¹¹⁾

Учешће укупних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу (БДП) у Србији у 2009. години износило је 10,3% и то: јавних расхода 6,5% и приватних расхода 3,8%. Јавни расходи за здравствену заштиту износили су 63,1%, а приватни 36,9% укупних расхода за здравствену заштиту.

У 2010. и 2011. години учешће укупних расхода за здравствену заштиту у Србији у БДП износило је 10,4%. Јавни расходи за здравствену заштиту у 2010. години у БДП учествовали су са 6,4% , а у 2011. години са 6,5%. У структури укупних расхода, јавни расходи у 2010. години учествовали су са 61,9%, а у 2011. години са 61,5%.³⁾

У 2012. години укупни расходи за здравствену заштиту чинили су 10,5% БДП Републике Србије. Учешће јавних расхода у укупним расходима било је 61,2% , а приватних 38,8%. Расходи Републичког фонда чинили су **93,4%** јавних расхода за здравствену заштиту.¹²⁾

Табела 1: Расходи за здравствену заштиту у Републици Србији - у %

Р.бр.	Показатељи	2007	2009	2010	2011	2012
1.	Укупни расходи за здрав.заштиту као % БДП	9,6	10,3	10,4	10,4	10,5
	1.1. Јавни расходи	6,1	6,5	6,4	6,5	
	1.2. Приватни расходи	3,5	3,8	4,0	3,9	
2.	Јавни расходи за здрав.заштиту, као % укупних	63,8	63,1	61,9	61,5	61,2
3.	Приватни расходи за здрав.заш. као % укупних	36,2	36,9	38,1	38,5	38,8

Расподела средстава прикупљених по основу доприноса за обавезно здравствено осигурање, односно плаћање надокнаде здравственим установама за пружање здравствене заштите, у надлежности је Републичког фонда за здравствено осигурање. **Дистрибуција средстава се обавља по систему финансирања капацитета здравствених установа** ¹¹⁾, што значи да је неопходно да се изврши прелазак са модела финансирања капацитета на модел финансирања здравствених услуга.

Плаћање здравствених услуга утврђује се уговором са даваоцима здравствених услуга, односно откупом плана рада здравствене установе у оквиру средстава планираних предрачуном средстава Републичког фонда за здравствено осигурање.

Капиталне инвестиције у систему здравствене заштите се у највећем обиму финансирају из буџета Републике, буџета аутономне покрајине и буџета локалне самоуправе, као и из средстава донација и кредита.

III ДРУШТВЕНА БРИГА ЗА ЗДРАВЉЕ СТАНОВНИШТВА

Друштвена брига за здравље становништва, према члану 8 Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС“, 107/05, 72/09 – др. закон, 88 / 10, 99/ 10, 57/11, 119/12 , 45 /13 – др. закон и 93/14) остварује се на нивоу: а) Републике, б) аутономне покрајине, в) општине, односно града, г) послодавца и д) појединца.

Здравствена заштита која се обезбеђује у оквиру друштвене бригае за здравље обухвата:

1) очување и унапређење здравља, откривање и сузбијање фактора ризика за настанак обољења, стицање знања и навика о здравом начину живота;

2) спречавање, сузбијање и рано откривање болести;

3) правовремену дијагностику, благовремено лечење, рехабилитацију оболелих и повређених;

4) информације које су становништву или појединцу потребне за одговорно поступање и за остваривање права на здравље.

1. Финансирање система здравствене заштите из буџета

1.1. Буџет Републике

Из буџета Републике финансира се:

1) *друштвена брига за здравље на нивоу Републике* (члан 10 Закона о здравственој заштити);

2) *друштвена брига за здравље, која се, у складу са чланом 11 Закона о здравственој заштити, под једнаким условима, на територији Републике остварује обезбеђивањем здравствене заштите групација становништва које су изложене повећаном ризику оболевања, здравственом заштитом лица у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално-медицинског значаја, као и здравственом заштитом социјално угроженог становништва.*

Средства за остваривање здравствене заштите лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем обезбеђују се у буџету Републике и преносе се Републичком фонду за здравствено осигурање (члан 22 Закона о здравственом осигурању).

3) *обезбеђивање општег интереса у здравственој заштити* (члан 18 Закона о здравственој заштити);

4) *рад Здравственог савета Србије* (Закон о здравственој заштити, члан 155);

5) *рад Етичког одбора Србије* (Закон о здравственој заштити, члан 156);

6) *рад републичких стручних комисија* (Закон о здравственој заштити, члан 158);

7) *здравствена заштита лица која имају статус избеглице* са територија република бивше СФРЈ (Закон о здравственој заштити, члан 238, став 2);

8) *накнада здравственим установама према ценовнику здравствених услуга који је усвојила организација обавезног*

здравственог осигурања за здравствене услуге које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем (Закон о здравственој заштити, члан 241);

9) *накнада здравственим установама и приватној пракси за указану хитну медицинску помоћ странцу*, ако здравствена установа или приватна пракса ту накнаду није могла наплатити од странца, због тога што он нема потребна новчана средства (Закон о здравственој заштити, члан 242).

1.2. Буџет аутономне покрајине, општине, односно града

Из буџета *аутономне покрајине, општине, односно града*, финансира се:

1) *друштвена брига за здравље на нивоу аутономне покрајине, општине, односно града*, која у складу са чл. 13 и 13а Закона о здравственој заштити, обухвата мере за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите од интереса за грађане на територији аутономне покрајине, општине, односно града.

2. Финансирање здравствене заштите средствима послодавца

Послодавац, у складу са чланом 14 Закона о здравственој заштити, организује и обезбеђује *из својих средстава* здравствену заштиту запослених ради стварања услова за здравствено одговорно понашање и заштиту здравља на радном месту запосленог, која обухвата најмање:

а) лекарске прегледе ради утврђивања способности за рад по налогу послодавца;

б) спровођење мера за спречавање и рано откривање професионалних болести, болести у вези са радом и спречавање повреда на раду;

в) превентивне прегледе запослених (претходне, периодичне, контролне и циљане прегледе) у зависности од пола, узраста и услова рада, као и појаву професионалних болести, повреда на раду и хроничних болести;

г) прегледе запослених који се обавезно спроводе ради заштите животне и радне средине, ради заштите запослених од заразних болести у складу са прописима којима је уређена област заштите становништва од заразних болести, заштите потрошача, односно корисника и друге обавезне здравствене прегледе, у складу са законом;

д) упознавање запослених са здравственим мерама заштите на раду и њихово образовање у вези са специфичним условима, као и на коришћење личних и колективних заштитних средстава;

ђ) обезбеђивање санитарно-техничких и хигијенских услова (санитарних услова) у објектима под санитарним надзором и другим објектима у којима се обавља делатност од јавног интереса у складу са законом којим се уређује област санитарног надзора, као и обезбеђивање и спровођење општих мера за заштиту становништва од заразних болести у складу са законом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести;

е) друге превентивне мере (необавезне вакцинације, необавезни систематски прегледи), у складу са општим актом послодавца;

ж) праћење услова рада и безбедности на раду, као и процене професионалних ризика у циљу унапређивања услова рада и ергономских мера, прилагођавањем рада психофизиолошким способностима запослених;

з) праћење оболевања, повређивања, одсутности са посла и смртности, посебно од професионалних болести, болести у вези са радом, повреда на раду и других здравствених оштећења која утичу на привремену или трајну измену радне способности;

и) учешће у организацији режима рада и одмора запослених, као и у процени нове опреме и нових технологија са здравственог и ергономског становишта;

ј) спровођење мера за унапређивање здравља радника изложених здравственим

ризикима у току процеса рада, укључујући и оцењивање и упућивање радника запослених на посебно тешким и ризичним пословима на здравствено-превентивне активности и одмор;

к) указивање прве помоћи у случају повреде на радном месту и обезбеђивање услова за хитне медицинске интервенције;

л) претходне и периодичне прегледе радника који раде на радним местима са повећаним ризиком, на начин и по поступку утврђеним прописима којима се уређује област безбедности и здравља на раду;

љ) друге мере безбедности и здравља на раду, у складу са прописима којима се уређује област безбедности и здравља на раду;

Друштвена брига за здравље на нивоу послодавца, обухвата и *претходне и периодичне* прегледе радника који раде на радним местима са повећаним ризиком, на начин и по поступку утврђеним прописима којима се уређује област безбедности и здравља на раду. У обезбеђивању друштвене бриге за здравље на нивоу послодавца, послодавац је дужан да запосленима обезбеди и друге мере безбедности и здравља на раду, у складу са прописима којима се уређује област безбедности и здравља на раду.

IV РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Према члану 209 Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС”, бр. 107/05, 109/05 – исправка, 57/11, 110/12 – одлука УС, 119/12, 99/14 и 123/14), Републички фонд је *правно лице са статусом организације за обавезно здравствено осигурање у коме се остварују права из обавезног здравственог осигурања и обезбеђују средства за обавезно здравствено осигурање.*

Законом су уређена права из обавезног здравственог осигурања запослених и других грађана, обухваћених обавезним здравственим осигурањем, организација и финансирање обавезног здравственог осигу-

рања, добровољно здравствено осигурање и друга питања од значаја за систем здравственог осигурања (члан 1).

Члан 78, став 2, тачка 3 Закона о буџетском систему („Службени гласник РС”, бр. 54/09, 73/10, 101/10, 101/11, 93/12, 62/13, 63/13 – испр. и 108/13) прописује да организације за обавезно социјално осигурање до 30. априла доносе одлуке о завршним рачунима организација за обавезно социјално осигурање, усвајају извештаје о извршењу финансијских планова и подnose их Управи за трезор; Фонд контролише, савњаје податке из годишњих извештаја о извршењу финансијског плана корисника средстава који се налазе у његовој надлежности, консолидује податке и саставља консолидовани годишњи извештај о извршењу финансијског плана, који подноси Управи за трезор.

1. Права из обавезног здравственог осигурања

Права из обавезног здравственог осигурања према члану 30 Закона су:

- 1) право на здравствену заштиту;
- 2) право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад осигураника (у даљем тексту: накнада зараде);
- 3) право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите (у даљем тексту: накнада трошкова превоза).

Право на здравствену заштиту које се обезбеђује обавезним здравственим осигурањем, према члану 34 Закона о здравственом осигурању, обухвата:

- 1) мере превенције и раног откривања болести;
- 2) прегледе и лечење жена у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;
- 3) прегледе и лечење у случају болести и повреде;
- 4) прегледе и лечење болести уста и зуба;
- 5) медицинску рехабилитацију у случају болести и повреде;

6) лекове и медицинска средства;

7) протезе, ортозе и друга помагала за кретање, стајање и седење, помагала за вид, слух, говор, стоматолошке надокнаде, као и друга помагала (у даљем тексту: медицинско-техничка помагала).

Неопходно је правити разлику између појма *здравствена заштита*, како је дефинисан у члану 2 Закона о здравственој заштити, и *здравствене заштите* као једног од *права из области здравственог осигурања* (сматрамо да би прикладнији назив био *право на здравствене услуге*).

2. Уговарање здравствене заштите

Односи између матичне филијале, односно Републичког фонда и давалаца здравствених услуга, поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту, према члану 177 Закона о здравственом осигурању, уређују се *уговором* који се закључује на период за који се доноси буџетски меморандум, односно финансијски план Републичког фонда, а у изузетним случајевима може се закључити и за једну календарску годину.

Уговор се закључује на основу понуде даваоца здравствених услуга за обезбеђивање програма и услуга здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања датом у облику *плана рада* даваоца здравствених услуга.

Уговором уређују се односи између матичне филијале, односно Републичког фонда, и давалаца здравствених услуга у пружању здравствене заштите обухваћене обавезним здравственим осигурањем, а нарочито:

а) врста, обим, односно квантитет здравствених услуга;

б) мере за обезбеђивање квалитета здравствене заштите која се пружа осигураним лицима;

в) кадар на основу норматива кадрова и стандарда рада потребних за остваривање здравствене заштите осигураних лица;

г) накнаде, односно цене коју матична филијала, односно Републички фонд плаћа за пружене здравствене услуге;

д) начин обрачуна и плаћања,

ђ) контрола и одговорност за извршавање обавеза из уговора;

е) рок за спровођење преузетих обавеза;

ж) начин решавања спорних питања;

з) раскид уговора, и

и) друга међусобна права и обавезе уговорних страна.

Републички фонд може да, у име и за рачун даваоца здравствених услуга са којима је закључио уговор, врши плаћање на име роба и услуга које се набављају централизованим јавним набавкама у складу са законом.

Републички фонд доноси општи *акт којим се уређују услови за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга*, критеријуме и мерила за утврђивање накнаде за њихов рад, односно начин плаћања здравствених услуга, као и других трошкова у складу са овим законом, поступак коначног обрачуна са даваоцима здравствених услуга на основу уговора о пружању здравствене заштите по завршеној буџетској години, као и друга питања од значаја за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга.

Оснoв за закључивање уговора, према члану 180 Закона о здравственом осигурању, чине:

а) трогодишњи, односно годишњи, план здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања који се доноси у складу са овим законом;

б) утврђени нормативи кадрова, стандарди рада, као и здравствени капацитети потребни за остваривање права на здравствену заштиту осигураних лица;

в) општи акт Републичког фонда из члана 179, став 1 овог закона;

г) акт Републичког фонда из члана 55, став 2 овог закона;

д) финансијски план Републичког фонда.

Уговором, према члану 181 Закона о здравственом осигурању, могу се утврдити следећи *начини плаћања здравствених услуга*:

1) плаћање по једном опредељеном осигураном лицу (у даљем тексту: капитација);

2) плаћање по случају, односно по епизоди болести или повреде;

3) плаћање по ценама појединачних здравствених услуга;

4) откупом плана рада давалаца здравствених услуга;

5) плаћање по дијагностички сродним групама болести и повреда;

6) други начин утврђен уговором.

Ради решавања спорова између филијала, односно Републичког фонда и давалаца здравствених услуга, а у вези са закључивањем, изменом и спровођењем уговора о пружању здравствене заштите, може се образovati *арбитража*.

3. Средства за финансирање права из обавезног здравственог осигурања

Средства за финансирање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се уплатом доприноса за обавезно здравствено осигурање и из других извора, у складу са Законом о здравственом осигурању и законом којим се уређују доприноси за обавезно социјално осигурање.

Средства за уплату доприноса за осигуранике *из члана 22 Закона о здравственом осигурању* обезбеђују се у буџету Републике.

Допринос за *осигуранике који се укључују у обавезно здравствено осигурање* обрачунава се и плаћа на основицу и по стопи која је прописана законом којим се уређују доприноси за обавезно социјално осигурање.

Приход Републичког фонда према члану 230 Закона о здравственом осигурању чине средства:

а) доприноса за обавезно здравствено осигурање;

б) премије за добровољно здравствено осигурање које организује и спроводи Републички фонд;

в) од имовине којом располаже Републички фонд;

г) домаћих и иностраних кредита и зајмова;

д) друга средства у складу са законом.

Средства Републичког фонда, према члану 231 Закона о здравственом осигурању, могу се користити само за *намене одређене законом*, и то:

1) за остваривање права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања;

2) за унапређивање система здравственог осигурања;

3) за остваривање права осигураних лица из добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи Републички фонд;

4) за подмирење трошкова спровођења здравственог осигурања;

5) за друге расходе, у складу са законом.

Република, према члану 60 Закона о здравственом осигурању, гарант је за извршење обавеза Републичког фонда за здравствено осигурање у остваривању права из обавезног здравственог осигурања (државна гаранција), за хитну медицинску помоћ и здравствену заштиту која се пружа у стационарним здравственим установама осигураним лицима, а која је као приоритет утврђена у складу са чланом 59 истог закона.

4. Финансијско пословање Фонда у периоду од 2009. до 2014. године

4.1. Остварени приходи и примања

Укупни приходи и примања Републичког фонда у 2014. години износе 217.704,00 милиона динара, што је за 2.680,44 милиона динара (1,22%) мање од планираних прихода и примања.¹³⁾

Табела 2: Структура прихода и примања у 2013. и 2014. години (у 000 динара)

Р. бр.	Приходи и примања	2013	Структура (%)	2014	Структура (%)
1.	Приходи од доприноси	154.642.719	69,91	147.142.133	67,59
2.	Трансфери од ООСО	61.722.242	27,90	56.989.125	26,18
3.	Трансфери од буџета	931.505	0,42	9.915.107	4,55
4.	Остали приходи и примања	3.913.783	1,77	3.657.636	1,68
	Укупни приходи и примања (1+2+3+4)	221.210.249	100,00	217.704.001	100,00

1) Приходи од доприноса за здравствено осигурање остварени су у висини од 147.142,13 милиона динара, што је за 742,13 милиона динара више од планираног износа (0,51%) и њих чине:

а) Доприноси за здравствено осигурање на терет запослених у износу од 66.770,67 милиона динара, што је за 0,41% више од плана;

б) Доприноси за здравствено осигурање на терет послодавца у износу 69.253,45 милиона динара, што је за 0,54% више од плана;

в) Доприноси за здравствено осигурање лица која обављају самосталну делатност и пољопривредника у износу од 10.961,55 милиона динара, што је за 0,92% више од плана. У оквиру ове врсте доприноса најзначајнији су приходи по основу доприноса за здравствено осигурање самосталних делатности по решењу пореског органа у износу од 3.746,26 милиона динара, приходи по основу доприноса за здравствено осигурање лица која самостално обављају делатност као основно занимање, оснивача, односно чланова привредног друштва, у износу од 3.217,28 милиона динара, приходи по основу доприноса за здравствено осигурање пољопривредника који се баве пољопривредом, ако нису запослени или

не обављају самосталну делатност као основно занимање, по решењу Пореске управе, у износу од 2.008,66 милиона динара, и др;

г) Доприноси који се не могу разврстати остварени су у износу од 156,46 милиона динара (2,84% мање од плана).

2) Трансфери од буџета, остварени су у износу од 9.915,11 милиона динара (70,64% плана), и њих чине:

а) Трансфери од буџета за здравствену заштиту лица из члана 22 Закона у износу од 984,68 милиона динара (100% плана);

б) Трансфери од буџета за здравствену заштиту лица оболелих од ретких болести у износу од 335,32 милиона динара (100% плана);

в) Трансфери од буџета – 35% накнаде зараде услед привремене спречености за рад преко 30 дана у вези са одржавањем трудноће у износу од 1.260,00 милиона динара (100% плана);

г) Трансфери од буџета по основу доприноса за здравствено осигурање за одређена привредна друштва по Закључку Владе у износу од 605,11 милиона динара (76,48% плана);

д) Трансфери од буџета због смањене стопе доприноса за здравствено осигурање

гурање у износу од 6.730,00 милиона динара (63,11% плана);

3) Приходи од трансфера од ООСО остварени су на нивоу од 56.989,12 милиона динара, односно 99,73% у односу на план.

Од доприноса за здравствено осигурање корисника пензија и корисника других новчаних накнада који плаћа Републички фонд ПИО за осигуранике запослене остварено је 49.602,95 милиона динара или 100,01% плана. Трансфер од Фонда за ПИО за осигуранике пољопривреднике остварен је у износу од 3.012,71 милиона динара или 99,76% плана. Трансфер Фонда за ПИО за осигуранике самосталних делатности остварен је у износу од 2.582,86 милиона динара или 100,11% плана. Трансфери по основу доприноса за здравствено осигурање корисника новчаних накнада из члана 224 Закона о пензијском и инвалидском осигурању (накнаде за инвалиде II и III категорије, накнаде по основу преостале радне способности и др.) остварени су у износу од 22,00 милиона динара, односно 55,00% плана.

Приходи од Националне службе за запошљавање остварени су по следећим основама:

а) Трансфери по основу доприноса за здравствено осигурање незапослених

лица у износу од 764,45 милиона динара, што чини 84,94% планираних средстава по овом основу;

б) Доприноси за здравствено осигурање по члану 45. Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање (за запошљавање лица старијих од 50, односно 45 година), у износу од 27,52 милиона динара, односно 64,00% плана.

Приходи од уплате доприноса за здравствено осигурање за накнаде због привремене спречености за рад дуже од 30 дана остварени су у износу од 976,61 милиона динара, што је за 1,73% више у односу на планирана средства по овом основу.

У Табели 8 дајемо приказ остварених прихода и примања Републичког фонда у периоду од 2009. до 2014. године. Табела нам, поред осталог, показује реално смањење прихода и примања фонда у последње две године (за 3,95% у 2013. и 4,36% у 2014. години).

Приказ остварених прихода и примања Републичког фонда, у периоду од 2009. до 2014. године, дајемо у Табели 3. Као што нам показује Табела, Републички фонд је у 2010, 2011, 2013. и 2014. години имао реални пад прихода и примања. Највећи реални пад био је у 2014. години, када је износио 4,66%.

Табела 3: Остварени приходи и примања РФЗО (2009–2014)

Година	Износ (у динарима)	Индекси		Индекси потрошачких цена (просек пер.)	Реални индекси (3 : 4)	Износ (у еврима)	1 евро = дин (просек периода)
		Базни	Ланчани				
0	1	2	3	4	5	6	7
2009.	178.979.563.813	100,00	-	108,4	-	1.905.016.767	93,9517
2010.	182.490.999.816	101,96	101,96	106,5	95,74	1.771.016.204	103,0431
2011.	194.378.382.561	108,60	106,51	111,0	95,95	1.906.601.287	101,9502
2012.	213.649.477.709	119,37	109,91	107,8	101,96	1.888.569.092	113,1277
2013.	221.210.248.884	123,59	103,54	107,8	96,05	1.955.244.035	113,1369
2014.	217.704.000.881	121,64	98,41	102,9	95,64	1.855.864.158	117,3060

У структури остварених прихода и примања Републичког фонда највеће је учешће прихода од доприноса (које се кретало од 67,59% у 2014. години до 69,91%, у 2013. години), затим следе приходи од трансфера

од организација обавезног социјалног осигурања (27,38 % у 2012. години; 29,01 % у 2010. години), трансфери од буџета републике (0,30% у 2011. години; 4,55 % у 2014. години) и остали приходи (Табела 4).

Табела 4: Структура остварених прихода и примања Републичког фонда за здравствено осигурање у периоду 2010 – 2014.године у %

Ред. бр.	Приходи и примања	2010. година	2011. година	2012. година	2013. година	2014. година
1.	Допринос за здравствено осигурање на терет запослених и на терет послодавца	65.14	65.69	64.97	65.49	62.48
2.	Допринос за здр.осиг. лица која обављају самосталну делатност и пољопривредника	4.27	4.13	4.03	4.35	5.04
3.	Остали доприноси	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07
	Укупни приходи од доприноса (1–3)	69.48	69.90	69.07	69.91	67.59
4.	Трансфер од НЗС	1.97	1.33	1.19	1.25	0.35
5.	Укупни трансфери од Фонда ПИО	26.46	26.65	24.68	23.56	22.78
6.	Остали трансфери	0.59	0.54	1.51	3.09	3.04
	Укупни трансфери од организација обавезног социјалног осигурања (4–6)	29.01	28.52	27.38	27.90	26.18
7.	Укупни трансфери од буџета	0.42	0.30	0.57	0.42	4.55
	Укупни трансфери (4–7)	29.43	28.82	27.95	28.32	30.73
	Остали приходи	1.09	1.29	2.98	1.77	1.68
	УКУПНИ ПРИХОДИ	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Значајан проблем претходних година, када је у питању остваривање прихода и примања Републичког фонда, били су приходи од буџета Републике, *по основу пружања здравствене заштите лицима из члана 22 Закона о здравственом осигурању*. Средства која су остваривана по том основу знатно су нижа од средстава која би Републичком фонду требало да припадају по основу Закона о здравственом осигурању.

Чланом 22, став 1 Закона предвиђено је да се осигураницима у смислу овог Закона и под условима прописаним овим Законом, сматрају и лица која припадају групацији становништва која је изложена повећаном ризику оболевања; лица чија је здравствена заштита потребна у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално-медицинског

значаја; као и лица која су у категорији социјално угроженог становништва, ако не испуњавају услове за стицање својства осигураника из члана 17 Закона, или ако права из обавезног здравственог осигурања не остварују као чланови породице осигураника.

У ставу 4 истог члана прописано је да се осигураником у смислу Закона сматра и лице коме је надлежни орган утврдио статус избеглог, односно прогнаног лица из бивших република СФРЈ, ако има бора-виште на територији Републике.

У члану 204 Закона прописано је да се средства за уплату доприноса за осигуранике из члана 22 Закона обезбеђују у буџету Републике.

Основица за уплату доприноса за осигуранике из члана 22 Закона је месечна основица доприноса коју чини износ од 15% просечне месечне зараде у Републици исплаћене по запосленом у претходној години, према објављеном податку републичког органа надлежног за послове статистике (члан 356 Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање – „Службени гласник РС“, бр. 84/04, 61/05, 62/06, 5/09, 52/11, 101/11, 47/13, 108/13 и 57/14), а стопа по којој се обрачунава и плаћа допринос, до јула 2013. године, била је 12,3%, а од августа исте године 10,0%.

У време обраћања Републичког фонда Министарству здравља за обезбеђивање потребних средстава у ребалансу буџета Републике Србије за 2014. годину, месечна основица доприноса за обавезно здравствено осигурање лица за која се средства за уплату доприноса обезбеђују у буџету Републике износила је 9.106,00 динара („Службени гласник РС“, број 8/14).

Законом је ближе уређено вођење матичне евиденције о осигураним лицима и коришћење права из обавезног здравственог осигурања (чл. 115–138).

Према подацима Републичког фонда, на дан 31. мај 2014. године укупно је регистровано 959.671 лица која се сматрају осигураницима по члану 22, ст. 1 и 4 Закона.

Обрачун доприноса за здравствено осигурање лица из члана 22, ст. 1 и 4 Закона,

који је требало да се планира у буџету Републике за 2014. годину, према познатим подацима у време подношења захтева, је:

а) период јануар–јул 2014. године:

- на месечном нивоу: $959.671 \times 9.106,00 \times 12,3\% = 1.074.867.987,50$ динара

- укупно за период јануар–јул 2014. године: 7.524.075.912,50 динара

б) период август–децембар 2014. године:

- на месечном нивоу: $959.671 \times 9.106,00 \times 10,3\% = 900.092.704,98$ динара

- укупно за период август–децембар 2014. године: 4.500.463.524,89 динара

в) укупно за 2014. годину: 12.024.539.437,39 динара

Значајан проблем претходних година, када је у питању остваривање прихода и примања Републичког фонда, били су приходи од буџета Републике, по основу пружања здравствене заштите лицима из члана 22 Закона. Средства која су остваривана по том основу знатно су нижа од средстава која би Републичком фонду требало да припадају по основу Закона.

У складу са чланом 22 Закона, Републички фонд требало је да из буџета Републике у 2014. години оствари приходе у висини од 12.024.539.437,76 динара, а остварио је 984.679.000,00 динара или 8,19%.

Претходних година проценат остварених средстава из буџета Републике, по основу пружања здравствене заштите лицима из члана 22 Закона, био је и нижи (Табела 5).

Табела 5: Допринос за здравствено осигурање лица из члана 22. Закона о здравственом осигурању

Година	Потребна средства у складу са Законом*	Планирана (одобрена) средства	Остварена (пренета) средства	И н д е к с	
				3 : 1	3 : 2
0	1	2	3	4	5
2009.	15.343.802.772,90	588.384.000,00	588.384.000,00	3,83	100,00
2010.	7.617.331.512,86	588.000.000,00	588.000.000,00	7,72	100,00
2011.	11.890.256.328,70	615.048.000,00	563.794.000,00	4,74	91,67
2012.	13.315.212.307,80	615.048.000,00	615.048.000,00	4,62	100,00
2013.	15.381.813.147,12	615.048.000,00	563.794.000,00	3,67	91,67
2014.	12.024.539.437,39	984.679.000,00	984.679.000,00	8,19	100,00
2015.	10.801.112.459,76	537.760.000,00	-	-	-

(*број лица x основица x 12 месеци x 12,3%, односно 10,3% од 1. 8. 2014)

Осигурана лица у смислу члана 22 Закона (1.370.593 лица) у укупном броју осигураних лица Републичког фонда (6.940.959 лица) у децембру 2014. године,

као што смо претходно навели, учествовала су са 19,7%, а у укупно оствареним приходима и примањима Републичког фонда у истој години са 0,45% (Табела 6).

Табела 6: Број осигураних лица и прихода и примања Републичког фонда (укупно и по основу члана 22 Закона)

Година	Број осигураних лица			Приходи и примања (у 000 дин.)		
	Укупно	Од тога		Укупно	Од тога	
		по члану 22.	%		по члану 22.	%
2010.	6.843.998	1.225.077	17,90	182.491.000	588.000	0,00
2011.	6.852.820	1.268.995	18,52	194.378.383	563.794	0,29
2012.	6.886.904	1.329.833	19,31	213.649.478	615.048	0,29
2013.	6.928.634	1.358.202	19,60	221.210.249	563.794	0,25
2014.	6.940.959	1.370.593	19,75	217.704.001	984.679	0,45

Према Програму реформи политике запошљавања и социјалне политике у процесу приступања Европској унуји – трећи нацрт (Влада Републике Србије, октобар 2014. године), повећање издвајања из буџета за здравствену заштиту особа изложених повећаном ризику оболевања и социјално угроженом становништву очекује се, због економске кризе, од 2020. године (страна 76).

Одређен број обвезника своје обавезе по основу обрачунавања и плаћања доприноса за здравствено осигурање не извршава, тако да су високе неизмирене обавезе пра-

вних лица (око 60%), пољопривредника и предузетника.

По подацима Пореске управе, који су Републичком фонду достављени дописом број: 000-433-12-00237/2014-G0064 од 22. јануара 2014. године, дуг по основу доприноса за здравствено осигурање са стањем на дан 31. 12. 2013. године износи **96.596,68 милиона динара**, од чега је **57.222,35 милиона динара** или **59,24% ненаплативо** (због стечаја и приватизација). Код правних лица од 57.705,84 милиона динара било је ненаплативо 57.222,35 милиона динара.

Табела 7 : Дуг по основу доприноса за обавезно здравствено осигурање са стањем на дан 31.12.2013. године по врстама обвезника (у динарима)

Р. бр.	Врста обвезника	Дуг
1.	Пољопривреда	26.058.509.176,33
2.	Занатлије	12.832.337.847,79
3.	Предузећа	57.705.835.849,81
	УКУПНО:	96.596.682.873,93

Извор података: Пореска управа

Од укупног дуга од 96.596,68 милиона динара, главница износи 45.197.47 милиона динара, или 46,79%, а камата 51.399.21 милион динара, или 53,21%.

4.1.3. Смањење стопе доприноса за здравствено осигурање

Доношењем Закона о изменама и допунама Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање („Службени гласник РС“, број 57/14) настављен је негативни тренд смањења стопе доприноса за обавезно социјално осигурање.

Чланом 1 Закона о изменама и допунама Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање у циљу оптимизације трансфера средстава из буџета Републике извршена је измена члана 44 Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање, тако да је измењена стопа доприноса за пензијско и инвалидско осигурање са **24%** на **26%** (односно када се доприноси плаћају истовремено из основице и на основицу стопа за запосленог износи **14%** уместо **13%**, а за послодавца **12%** уместо **11%**), а стопа доприноса за обавезно здравствено осигурање измењена је са **12,3%** на **10,3%** (када се доприноси плаћају истовремено из основице и на основицу стопа за запосленог износи **5,15%** уместо **6,15%**, а за послодавца, такође, **5,15%** уместо **6,15%**).

Одредбе о измени стопа доприноса примењују се од 1. августа 2014. године.

Након наведених измена, стопа доприноса за обавезно здравствено осигурање (10,3%) у односу на исту стопу из 1994. године нижа је за 9,90 процентних поена или за 49,01% (Табела 8).

Након наведених измена, стопа доприноса за обавезно здравствено осигурање (10,3%) у односу на исту стопу из 1994. године нижа је за 9,90 процентних поена или за 49,01% (Табела 8).

Табела 8: Стопе доприноса за здравствено осигурање (1994–2014)

Период	Стопе доприноса			Базни индекси
	На терет запосленог (из зараде)	На терет Послодавца (на зараду)	Укупно	
0	1	2	3 (1 + 2)	4
од 9. 07. 1994. до 21. 03. 1996.	10,10	10,10	20,20	100,00
од 22. 03. 1996. до 30. 09. 1996.	9,60	9,60	19,20	95,05
од 1. 10. 1996. до 30. 05. 1998.	8,10	8,10	16,20	80,20
од 1. 06. 1998. до 31. 12. 1998.	8,60	8,60	17,20	85,15
од 1. 01. 1999. до 31. 05. 2001.	9,70	9,70	19,40	96,04
од 1. 06. 2001. до 30. 06. 2004.	5,95	5,95	11,90	58,91
од 1. 07. 2004. до 31. 07. 2014.	6,15	6,15	12,30	60,89
од 1. 08. 2014.	5,15	5,15	10,30	50,99

4.2. Расходи и издаци

Укупни расходи и издаци у 2014. години (по готовинској основи) остварени су у износу од 220.229,03 милиона динара, што износи 97,99% плана за 2014. годину.

У структури укупних расхода и издатака, расходи за здравствену заштиту и накнаде осигураним лицима чине 98,33%, од тога расходи здравствене заштите 93,89% (206.764,18 милиона динара), а накнаде осигураницима 4,44% (9.792,38 милиона динара). Расходи спровођења здравственог осигурања износе 1,67% укупних расхода

и издатака (расходи за запослене 1,21%, остали расходи 0,46%).

Највеће учешће у укупним расходима и издацима имају расходи здравствене заштите (93,89%). У структури расхода здравствене заштите највеће учешће имају плате и накнаде плата са доприносима на терет послодавца (45,74%), лекови и медицинска средства у здравственим установама (17,07%), лекови издати на рецепт (14,16%), стоматолошке услуге (2,37%), материјал за дијализу (2,05%) и помагала и направе (1,38%).

Табела 9: Основна структура расхода и издатака Републичког фонда за здрав. осигурање у 2014. години

Ред. бр.	Расходи и издаци	Динара	Структура (у %)
0	1	2	3
1.	Права из здравственог осигурања (1.1. + 1.2.)	216.556.556.384	98,33
	1.1. Здравствена заштита	206.764.178.013	93,89
	1.2. Накнаде осигураницима (1.2.1. + 1.2.2.)	9.792.378.371	4,44
	1.2.1. Накнада зараде	8.768.428.643	3,28
	1.2.2. Накнада путних трошкова	1.023.949.728	0,44
2.	Расходи спровођења здрав. осигурања (2.1. + 2.2.)	3.672.477.864	1,67
	2.1. Расходи за запослене	2.658.719.177	1,21
	2.2. Остали расходи	1.013.758.687	0,46
	УКУПНО (1 + 2)	220.229.034.248	100,00

Извршене расходе здравствене заштите чине расходи за:

1) *Секундарну и терцијарну здравствену заштиту* од 112.062,23 милиона динара, што чини 54,20% расхода здравствене заштите, односно 50,88% укупних расхода и издатака;

2) *Примарну здравствену заштиту* у износу од 44.632,28 милиона динара, што чини 21,59% трошкова здравствене заштите, односно 20,27% укупних расхода и издатака;

3) *Издате лекове на рецепт* осигураним лицима Фонда у износу од 29.274,25 милиона динара, што чини 14,16% трошкова здравствене заштите, односно 13,29% укупних расхода и издатака. Од наведеног износа приватним апотекама плаћено је 4.543,97 милиона динара;

4) *Стоматолошке услуге* у износу од 4.890,73 милиона динара, што чини 2,37% расхода за здравствену заштиту, односно 2,22% укупних расхода и издатака;

5) *Услуге дијализе* од 4.246,29 милиона динара што чини 2,05% расхода за здравствену заштиту, односно 1,93% укупних расхода и издатака;

6) *Услуге специјализоване рехабилитације* од 3.382,49 милиона динара што чини 1,64% расхода здравствене заштите, односно 1,54% укупних расхода и издатака;

7) *Накнаде за ортопедске справе и помагала* у износу од 2.849,77 милиона динара, што чини 1,38% расхода за здравствену заштиту, односно 1,29% укупних расхода и издатака. Од наведеног износа приватним апотекама плаћено је 202,92 милиона динара;

8) *Услуге Института и завода за јавно здравље* у износу од 2.237,35 милиона динара, што чини 1,08% расхода за здравствену заштиту, односно 1,02% укупних расхода и издатака;

9) *Остале услуге здравствене заштите* (трансфузије крви и Институт за вирусологију и имунологију „Торлак“) у износу од 1.029,00 милиона динара, што чини 0,50% расхода за здравствену заштиту, односно 0,47% укупних расхода и издатака;

10) *Услуге које пружају установе социјалне заштите* 984,42 милиона динара, што чини 0,48% расхода за здравствену заштиту, односно 0,45% укупних расхода и издатака;

11) Услуге здравствене заштите *по конвенцији* у износу од 696,42 милиона динара, што чини 0,34 расхода здравствене заштите, односно 0,32% укупних расхода и издатака;

12) *Слање осигураних лица на лечење у иностранство* у износу од 474,97 милиона динара, што чини 0,23% расхода здравствене заштите, односно 0,22% укупних расхода и издатака;

13) Здравствену заштиту *осигураника који живе у иностранству* у износу од 4.03 милиона динара.

За накнаде осигураним лицима (боловања и путне трошкове) исплаћено је 9.792,38 милиона динара што чини 4,44% од укупних расхода.

За боловања, која се исплаћују на терет средстава здравственог осигурања, исплаћено је 8.768,43 милиона динара, што је 1.594,03 милиона динара више од износа који је за ове намене исплаћен у 2013. години. У 2014. години, у односу на 2013. годину, дошло је до повећања броја лица којима је по основу боловања обрачуната и исплаћена накнада зараде из средстава Фонда. Уочава се раст броја дана боловања у 2014. години у односу на 2013. годину (са 3.932.837 дана на 5.651.767 дана), што процентуално представља повећање броја дана од 43,7%. Просечна дужина боловања по лицу у 2014. години износи 75,10 дана, док је у 2013. години износила 73,55 дана. Један од најзначајнијих разлога повећаног броја дана боловања у 2014. години у односу на 2013. годину је у вези са Законом о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању објављеном у „Службеном гласнику РС“, број 119/12, и измењеним чланом 96 Закона, у смислу да накнада зараде трудницама за време привремене спречености за рад због болести или компликација у вези са одржавањем трудноће од 31. дана привремене спречености за рад износи 100% од основе за накнаду зараде. Ова одредба примењује се од 01. 01. 2014. године, и према

презентованим подацима имала је битан утицај како на повећање броја лица на боловању тако и на повећање броја дана боловања.

Накнаде путних трошкова осигураним лицима, због коришћења здравствене заштите у здравственим установама ван подручја матичне филијале удаљеним преко 50 километара, износи 1.023,95 милиона динара или 0,46% од укупних расхода и издатака.

У структури уговорених и извршених средстава за здравствену заштиту за 2014. годину (206.764.178.013 динара), *плате и накнаде плате са доприносима на терет послодавца* (94.583.810.000 динара), учествују са 45,74% , а у укупним расходима и издацима Републичког фонда у 2014. години (220.229.034.248 динара) са 42,95%.

Табела 10: Структура остварених расхода и издатака Републичког фонда за здравствено осигурање у периоду 2010–2014. година у %

Ред. бр.	Приходи и примања	2010. година	2011. година	2012. година	2013. година	2014. година
I	ТЕКУЋИ РАСХОДИ (1+2+3+4+5+6)	99.91	99.96	99.96	99.95	99.97
1.	Расходи за запослене	1.39	1.44	1.41	1.27	1.21
2.	Коришћење услуга и роба	0.47	0.43	0.41	0.38	0.31
3.	Отплата камата и пратећи трошкови задуживања, донације, дотације и трансфери	0.37	0.00	0.01	0.01	0.01
4.	Права из социјалног осигурања која се исплаћују непосредно домаћинствима	4.05	3.60	3.78	3.72	4.45
4.1.	Накнаде зарада за време привремене неспособности за рад	3.70	3.21	3.37	3.28	3.98
4.2.	Накнада путних трошкова	0.35	0.39	0.41	0.44	0.46
4.3.	Накнада потребних трошкова	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
5.	Права из социјалног осигурања плаћена непосредно пружаоцима услуга	93.61	94.46	94.33	94.48	93.89
5.1.	Примарна здравствена заштита	21.36	21.64	20.60	20.64	20.27
5.2.	Материјал за дијализу	2.13	2.22	1.92	2.01	1.93
5.3.	Лекови издати на рецепт	12.84	12.83	15.46	14.08	13.29
5.4.	Стоматолошке услуге	2.34	2.58	2.25	2.12	2.22
5.5.	Секундарна и терцијарна здравствена заштита	50.87	50.10	49.18	50.28	50.88
5.6.	Накнада за ортопедске справе и помагала	1.04	1.55	1.61	1.26	1.29
5.7.	Установе социјалне заштите	0.48	0.47	0.44	0.49	0.45
5.8.	Здравствена заштита по конвенцијама	0.20	0.20	0.26	0.34	0.32
5.9.	Здравствена заштита осигураника који живе и бораве у иностранству	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00
5.10.	Трошкови здравствене заштите за осигуранике упућене на лечење у	0.13	0.17	0.13	0.20	0.22
5.11.	Остали трошкови здравствене заштите (услуге рехабилитације и рекреације)	1.47	1.55	1.32	1.50	1.54
5.12.	Трошкови института и завода за заштиту здравља	0.63	1.04	0.88	1.09	1.02
5.13.	Остале услуге здравствене заштите у земљи	0.10	0.11	0.28	0.48	0.47
6.	Остали расходи	0.02	0.02	0.03	0.10	0.11
II	ИЗДАЦИ ЗА НЕФИНАНСИЈСКУ ИМОВИНУ	0.06	0.04	0.04	0.05	0.03
III	ИЗДАЦИ ЗА ОТПЛАТУ ГЛАВНИЦЕ И НАБАВКУ ФИНАНСИЈСКЕ ИМОВИНЕ	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00
IV	УКУПНИ РАСХОДИ И ИЗДАЦИ (I+II+III)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

У Табели 11 приказ укупно остварених расхода и издатака Републичког фонда у периоду од 2009. до 2014. године. Табела нам,

пored осталог, показује реално смањење расхода и издатака Републичког фонда у последње две године.

Табела 11: Остварени расходи и издаци РФЗО (2009–2014)

Година	Износ (у динарима)	И н д е к с и		Реални индекси	Износ (у еврима)
		Базни	Ланчани		
0	1	2	3	4	5
2009.	177.310.692.461	100,00	-	-	1.887.253.689
2010.	183.024.480.717	103,22	103,22	96,51	1.776.193.464
2011.	193.139.859.882	108,93	105,53	95,07	1.894.452.977
2012.	209.677.897.095	118,25	108,56	100,71	1.853.462.035
2013.	218.668.829.828	123,33	104,20	96,66	1.932.780.815
2014.	220.229.034.248	142,21	100,71	99,87	1.877.389.343

4.3. Обавезе и потраживања Републичког фонда

Укупне *обавезе Републичког фонда* имале су тенденцију раста у периоду 2009–2011. година, да би од 2012. године почеле да се смањују, што је настављено и у 2013. години.

У периоду од 2009 до 2013. године, са стањем на дан 31. децембар, укупне обавезе Републичког фонда у милионима динара износиле су:

- 2009 – 12.936,34;
- 2010 – 18.404,67;
- 2011 – 23.478,29;
- 2012 – 13.891,99;
- 2013 – 8.159,01.

Као што видимо, обавезе Републичког фонда на дан 31. децембар 2013. године износиле су 8.159,01 милион динара, и у односу на обавезе из 2012. године биле су ниже за 5.732,98 милиона динара или за 41,27%.

У структури укупних обавеза Републичког фонда у 2013. години, највеће је учешће обавеза према апотекама за фактурисане лекове на рецепт, које су износиле 5.942,93 милиона динара или 72,83% од укупних обавеза. Обавезе према апотекама по основу фактурисаних лекова на рецепт односе се на неплаћене фактуре за период октобар–децембар 2013. године. Ниво неизмирених обавеза за фактурисане лекове на рецепт пренет из 2012. године приоритетно је извршаван у 2013. години, у складу са лимитираним расходима за ову намену.

Краткорочна потраживања Републичког фонда на крају 2013. године износе 465,40 милиона динара, од чега су највећа потраживања од буџета и државних органа и организација у укупном износу од 153,76 милиона динара (у складу са препоруком Владе Републике Србије, Фонд је по одлуци Управног одбора са Републиком Србијом закључио Уговор о преносу без накнаде на Републику Србију 100% учешћа

у основном капиталу „Галеника АД“), која чине 33,04% укупних потраживања, и остала краткорочна потраживања у износу од 105,99 милиона динара (највећи део се односи на потраживања од здравствених установа по записницима о спроведеним контролама у износу од 62,64 милиона динара и аконтације за лечење осигураних лица Фонда у иностранству у износу од 41,92 милиона динара), која чине 22,77% укупних потраживања.

Потраживање Фонда по *основу датих аванса* приказано на аналитичком конту 123231 износи 1.027,60 милиона динара.

На дан 31. децембар 2014. године укупне обавезе Републичког фонда износиле су 6.961.240.000 динара, од чега су обавезе према апотекама за фактурисане лекове на рецепт износиле 5.343.370.000 динара или 76,76% од укупних обавеза.

Последњих година обавезе Републичког фонда имају тендецију смањења. Тако, на пример, обавезе на дан 31. децембар 2014. године у односу на исти датум 2010. године (18.404.670.000 динара) биле су мање за 11.443.430.000 динара или за 62,18%.

Потраживања Републичког фонда по основу датих аванса, на дан 31. децембар 2014. године (конто 123231) износила су 2.655.310.169 динара. Највећи део ових потраживања односи се на уговоре о пружању и финансирању здравствене заштите.

Укупна *краткорочна потраживања* Републичког фонда (конто 122000) на дан 31. децембар 2014. године износила су 1.000.825.102 динара (од чега су највећа потраживања од здравствених установа по записницима о извршеној контроли наменског трошења средстава – 51,64%).

V СРЕДСТВА ЗА РАД ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА И ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ

Здравствена установа из Плана мреже здравствених установа, у складу са чланом 159 Закона о здравственој заштити, пружајући јавне услуге као корисник јавних средстава остварује *средства за рад из јавних прихода*, и то:

1) *доприноса за обавезно социјално осигурање* закључивањем уговора са организацијом за обавезно здравствено осигурање;

2) *буџета* Републике, односно оснивача;

3) *прихода насталих употребом јавних средстава* за услуге које нису обухваћене

уговором са организацијом за обавезно здравствено осигурање (издавање у закуп слободног капацитета, односно на коришћење непокретности и покретних ствари у државној својини, односно у својини аутономне покрајине и јединице локалне самоуправе, приходи настали продајом услуга корисника јавних средстава чије је пружање уговорено са физичким и правним лицима на основу њихове слободне воље, обављање научно-истраживачке и образовне делатности, и др).

Здравствена установа из Плана мреже може да стиче средства за рад и од :

а) *поклона*; б) *донација*; в) *легата* и *завештања*; и из г) *других извора* у складу са законом.

Табела 12: Структура остварених прихода и примања здравствених установа у Републици Србији у 2013. години

Ред. Бр.	Приходи и примања	Динара (000)	%
1.	Од Републичког фонда	204.384.740	85,71
2.	Из Буџета	7.387.056	3,10
3.	Сопствени приходи	26.269.035	11,02
4.	Донације	427.193	0,17
	Укупно (1 до 4)	238.468.024	100,00

Укупни *приходи и примања* здравствених установа у 2014. години износили су 227.448.290.000 динара и План је остварен са 91,31%.

Приходи остварени од *организације обавезног социјалног осигурања* износили су 195.331.422.000 и њихово учешће у укупно оствареним приходима и примањима здравствених установа износило је 85,88%.

По подацима добијеним од здравствених установа, *сопствени приходи* здравствених установа, односно приходи из сопствених извора, у 2014. години износили су 25.768.006.000 динара и њихово учешће у укупним приходима здравствених установа износи 11,33%.

Највеће учешће прихода из сопствених извора у укупним приходима имају заводи за јавно здравље (46,07%), центри за рехабилитацију (39,25%) и апотеке (31,94).

Здравствене установе, у оквиру наведених група здравствених установа, поред прихода остварених по основу лечења осигураних лица, остварују и тржишне приходе, што утиче на висок проценат учешћа сопствених прихода у укупним приходима.

Укупно *наплаћена партиципација* у здравствених установама у 2014. години износила је 5.295.634.000 динара, и то у апотекама, апотекарским установама и здравственим установама које у свом саставу имају апотеку 4.310.151.000 динара (81,96% од укупног наплаћене партиципације) и 955.473.000 у осталим здравственим установама (18,04%).

Наплаћена партиципација *не представља сопствени приход здравствених установа*, јер су средства од партиципације обухваћена уговором између Републичког фонда и здравствене установе. Средства наплаћена

од партиципације здравствена установа може да користи за намене одређене уговором, изузев за плате и превоз.

Укупни *расходи и издаци* здравствених установа у 2014. години износили су 223.409.505.000 динара и годишњи план је остварен са 89,63%.

Укупне *обавезе здравствених установа* на дан 31. 12. 2014. године износе 22.058,43 милиона динара, што представља умањење од 903,71 милиона динара у односу на стање на дан 31. 12. 2013. године (22.962,14 милиона динара). Обавезе према добављачима за лекове на рецепт, помагала која се издају на налог преко апотека – лекови, санитарски и медицински потрошни материјал, износе укупно 15.108,17 милиона динара, односно 68,49% укупних обавеза здравствених установа. Обавезе се односе на здравствене установе из Плана мреже, и то: апотеке, домове здравља, опште болнице, клиничко-болничке центре, клиничке центре, институте, установе специјализоване за рехабилитацију, заводе за јавно здравље и институте/заводе за трансфузију крви. Преостале обавезе у износу од 6.950,27 милиона динара односе се на исхрану, енергенте и остале обавезе.

По подацима који су достављени од стране здравствених установа, укупне *доспеле обавезе* на дан 31. 12. 2014. године износе 8.603,53 милиона динара, што је за 532,10 милиона динара више у односу на доспеле обавезе на крају 2013. године. Укупне недоспеле обавезе на дан 31. 12. 2014. године износе 13.454,90 милиона динара, што је за 1.435,81 милиона динара мање у односу на недоспеле обавезе на крају 2013. године.

Укупна *потраживања здравствених установа* на дан 31. 12. 2014. године износе 11.632,25 милиона динара, што представља умањење од 2.200,84 милиона динара у односу на крај 2013. године када су потраживања износила 13.833,09 милиона динара. Значајно је умањен и износ потраживања здравствених установа од Фонда

(са 7.504,07 милиона динара на дан 31. 12. 2013. године на 5.482,29 милиона динара на дан 31.12.2014. године).

У вези са **финансијским планом здравствених установа** у виду треба имати следеће:

- здравствена установа из Плана мреже може да исплаћује искључиво до висине расхода и издатака који су утврђени *финансијским планом здравствених установа*, а који одговарају апропријацији из финансијског плана за ту намену у одговарајућој буџетској години;

- обавезе које је преузела здравствена установа из Плана мреже у складу са утврђеним апропријацијама, а нису извршене у току године, преносе се и имају статус преузетих обавеза и у наредној буџетској години и извршавају се на терет одобрених апропријација за ту буџетску годину, под условима прописаним законом којим се уређује буџетски систем;

- преузете обавезе здравствених установа из Плана мреже чији је износ већи од износа средстава предвиђених финансијским планом или које су настале у супротности са законом, другим прописима или у супротности са уговором закљученим са организацијом обавезног здравственог осигурања, не могу се извршавати на терет средстава обавезног здравственог осигурања, односно на терет других средстава здравствених установа предвиђених финансијским планом.

- принудном наплатом не могу се теретити апропријације у финансијском плану здравствених установа из Плана мреже намењене за финансирање плата.

- у случају да за извршење одређеног плаћања здравствених установа из Плана мреже није постојао правни основ у складу са законом, здравствена установа дужна је да одмах изврши повраћај средстава организацији обавезног здравственог осигурања, односно буџету.

- управни одбор здравствених установа дужан је да обавести оснивача здравствених

установе из Плана мреже у року од осам дана од дана сазнања за чињенице које указују на поступање здравствене установе у супротности са законом.

Здравствена установа из Плана мреже дужна је да Републичком фонду за здравствено осигурање достави *завршни рачун* ради сачињавања консолидованог извештаја организације обавезног здравственог осигурања, као и друге извештаје у складу са прописима којима се уређује буџетски систем.

Здравствена установа, односно приватна пракса, у складу са чланом 160 Закона о здравственој заштити, стиче средства за рад од организације здравственог осигурања закључивањем *Уговора о пружању здравствене заштите*, у складу са Законом о здравственом осигурању.

Средства из члана 18, став 2 Закона о здравственој заштити, *за спровођење здравствене заштите од општег интереса*, здравствена установа стиче закључивањем уговора са Министарством.

Средства из чл. 13 и 13а Закона о здравственој заштити, *за спровођење здравствене заштите од интереса за аутономну покрајину, општину, односно град*, здравствена установа стиче закључивањем уговора са надлежним органом аутономне покрајине, општине, односно града.

Здравствене услуге које здравствена установа, односно приватна пракса, пружа *на захтев послодавца* на терет средстава послодавца, према члану 161 Закона о здравственој заштити, наплаћују се по ценама које утврди управни одбор здравствене установе, односно оснивач приватне праксе.

Здравствене услуге, које здравствена установа, односно приватна пракса, пружа *грађанима на њихов захтев*, као и здравствене услуге које нису обухваћене здравственим осигурањем, наплаћују се од грађана по ценама које такође утврди управни одбор здравствене установе, односно оснивач приватне праксе.

Накнаду *за пружену хитну медицинску помоћ*, према члану 162 Закона о здравственој заштити, плаћа Република, аутономна покрајина, општина, односно град – оснивач здравствене установе, уколико здравствена установа ову услугу није наплатила од организације за здравствено осигурање у року од 90 дана од дана испостављања фактуре. Исту накнаду за пружену хитну медицинску помоћ од стране приватне праксе плаћа Република, аутономна покрајина, односно јединица локалне самоуправе, на чијој територији приватна пракса обавља делатност, ако оснивач приватне праксе ову услугу није наплатио од организације за здравствено осигурање у року од 90 дана од дана испостављања фактуре. Исплатом ове накнаде, Република, аутономна покрајина, општина, односно град, стиче право да од организације здравственог осигурања тражи накнаду исплаћеног.

Здравствене установе са средствима у државној својини, које су основане за остваривање законом утврђених права грађана у области здравствене заштите, према члану 164 Закона о здравственој заштити, уколико располажу слободним капацитетом (простор и опрема), *могу издавати у закуп ове капацитете* у складу са законом.

VI КОНСОЛИДОВАНИ ПРИХОДИ И ПРИМАЊА И РАСХОДИ И ИЗДАЦИ РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА И ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

Према члану 2 Закона о буџетском систему („Сл. гласник РС“, бр. 54/2009, 73/2010, 101/2010, 101/2011, 93/2012, 62/2013, 63/2013 – испр. и 108/2013), *консолидација* је исказивање прихода и примања и расхода и издатака више међусобно повезаних буџета и ванбуџетских фондова, као да се ради о јединственом субјекту, са циљем да би се избегло двоструко рачунање. Консолидацијом се искључују међусобни трансфери између истих, као и између различитих

нивоа власти. *Консолидовани извештај Републичког фонда за здравствено осигурање* је консолидовани извештај завршног рачуна Републичког фонда за здравствено осигурање и финансијских извештаја о извршењу прихода и примања и расхода и издатака корисника средстава тог фонда (здравствених установа), који саставља Републички фонд за здравствено осигурање и подноси Управи за трезор.

Табела 13: Резултат консолидованих прихода и расхода Републичког фонда и здравствених установа за 2014. годину (у милионима динара)

Ред. бр.	Опис	Текући приходи	Оствар. примања	Укупно	Текући расходи	Извр. издаци	Укупно	Разлика
1	2	3	4	5 = 3 + 4	6	7	8 = 6 + 7	9 = 5 - 8
1	Укупно	255.285,46	247,54	255.533,00	251.547,41	245,30	251.792,71	3.740,29
2	ООСО	213.474,09	0,41	213.474,50	210.978,95	1,34	210.980,29	2.494,21
3	Од Репуб.	13.283,14		13.283,14	12.723,67		12.723,67	559,47
4	А.Покр.	947,45		947,45	738,73		738,73	208,72
5	Оп-град	1.736,49	4,64	1.741,13	1.666,86	1,85	1.668,71	72,42
6	Донације	304,42	3,99	308,41	337,15	4,16	341,31	-32,90
7	Ост.извори	25.539,87	238,50	25.778,37	25.102,05	237,95	25.340,00	438,37

Укупни консолидовани приходи и примања Републичког фонда и здравствених установа у периоду јануар–децембар 2014. године износе 255.533,00 милиона динара. Приходи и примања остварени су од: организација обавезног социјалног осигурања (ООСО) 213.474,50 милиона динара или 83,54%, из осталих извора (сопствених прихода здравствених установа) 25.778,37 милиона динара или 10,09%, од општине/града 1.741,13 милиона динара или 0,68%, од Републике 13.238,14 милиона динара или 5,20%, од буџета Аутономне покрајине 947,45 милиона динара или 0,37%, а из донација 308,41 милиона динара или 0,12%.¹⁴⁾

Расходи и издаци у укупном износу од 251.792,71 милиона динара, финансирани су из ООСО у висини од 210.980,29 милиона динара или 83,79%, из осталих извора 25.340,00 милиона динара или 10,07%, од буџета Републике 12.723,67 милиона динара или 5,05%, од општине/града 1.668,71 милиона динара или 0,66%, од аутономне покрајине 738,73 милиона динара или 0,29% и из донација 341,31 милиона динара или 0,14%.

На основу података исказаних у Извештајима о извршењу буџета (Образац 5) Републичког фонда за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд) и здравствених установа извршена је консолидација за период 01. 01–31. 12. 2014. године, и то:

У консолидованом извештају за период јануар–децембар 2014. године у изворним расходима (расходи за плате, превоз, енергенте, лекови, санитетски и остали потрошни материјал и др.) нису исказани расходи војних установа у Плану мреже (ВМА, Војномедицински центар Нови Сад и Војна болница Ниш) с обзиром на то да су већ исказани у обрасцима које ове установе достављају Министарству одбране као свом ресорном министарству.

Суфицит исказан у деветој колони консолидованог обрасца износи 2.494,21 милиона динара и настао је као разлика између прихода и примања Републичког фонда и здравствених установа (без трансферног прихода и примања, укључујући учешће осигураних лица Републичког фонда у трошковима здравствене заштите – партиципацију) и расхода и издатака Републичког фонда и здравствених установа у посматраном периоду, и одступања од новчаног тока везано за евиденцију плаћеног ПДВ-а здравствених установа, који није исказан на расходима и других одступања у исказивању прихода и примања и расхода и издатака, чије се евидентирање врши у складу са правилима за књижење.

Табела 14. Републичког фонда за здравствено осигурање и здрав.установа (2008–2014.)

Ред. Бр.	Приходи и примања	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Републички фонд	80,13	81,12	82,58	82,63	84,95	86,35	83,54
2.	Буџет Републике	3,67	2,64	1,65	1,60	2,31	1,53	5,20
3.	Буџет Аутономне покрајине	1,07	0,85	0,18	0,21	0,19	0,34	0,37
4.	Буџет града и општине	1,78	1,52	1,57	1,61	1,62	1,58	0,68
5.	Донације	0,13	0,13	0,18	0,13	0,15	0,15	0,12
6.	Остали извори – сопств. прих.	13,22	13,74	13,84	13,82	10,78	10,05	10,09
	Укупно	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,0	100,00

У структури консолидованих прихода и примања Републичког фонда за здравствено осигурање и здравствених установа учешће прихода Републичког фонда, у периоду од 2008. до 2014. године, кретало се од 80,13% , у 2008. години, до 86,35% , у 2013. години (Табела 14).

VII ДАЉИ ПРАВЦИ РАЗВОЈА ФИНАНСИРАЊА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Према Плану развоја здравствене заштите Републике Србије („Службени гласник РС, број 88/2010), циљеви и активности за њихово остваривање у области финансирања здравствене заштите су:

Циљ 1: Финансијска стабилност система здравствене заштите

Активности:

- Дефинисање „основног пакета“ здравствених услуга;
- Утврђивање основице на коју се плаћају доприноси за обавезно здравствено осигурање;
- Унапређење система контроле редовне уплате доприноса;
- Остваривање свеобухватног обавезног здравственог осигурања за све грађане Републике Србије;

- Обезбеђивање одговарајућег износа средстава за здравствену заштиту из буџета Републике, аутономне покрајине и јединице локалне самоуправе;

- Унапређење и даља примена добровољног здравственог осигурања.

Циљ 2: Унапређење ефикасности и квалитета пружања здравствених услуга

(прелазак са модела финансирања капацитета на модел финансирања здравствених услуга, односно учинка здравствених установа).

Активности:

- Увођење новог начина финансирања установа које обављају здравствену делатност на примарном нивоу (определивање унапред одређеног фиксног износа средстава обавезног здравственог осигурања за одређени временски период, а зависно од одређеног броја и структуре пацијената који су се регистровали код изабраног лекара у здравственој установи – дому здравља, којима би се обезбедило пружање свих предвиђених здравствених услуга);
- Увођење новог начина финансирања установа које обављају здравствену делатност на секундарном и терцијарном нивоу (финансирања по дијагностички сродним групама омогућава прелазак на проспективно плаћање болница – плаћање унапред одређеног износа, на основу

просечне цене лечења пацијената груписаних према заједничким карактеристикама: дијагнозе, старости, пола, компликација и пратећих обољења);

- Обезбеђивање финансирања јавног здравља;

- Процена здравствених технологија;

- Обезбеђивање доступности безбедних, квалитетних и ефикасних лекова;

- Обезбеђење потпуне примене методологије националних здравствених рачуна у систему здравствене заштите;

- Повећавање управљачких способности и одговорности менаџмента за пословање и управљање ресурсима у здравственим установама.

Промене у систему финансирања здравствене заштите предвиђене су и у **Стратегији развоја здравственог осигурања у Србији** (у даљем тексту Стратегија), коју је Управни одбор РФЗО усвојио у марту 2013. годину.

Када је реч о финансирању здравствене заштите, Стратегија, поред осталог, предвиђа финансирање примарне здравствене заштите по методу *капитације*, а стационарних здравствених установа по методу *дијагностичко сродних група*.

ЗАКЉУЧАК

Финансирање система здравствене заштите у Републици Србији последњих година, поред осталог, карактерише: 1) реално смањење укупних прихода и примања Републичког фонда (4,26% у 2010, 4,05% у 2011, 3,95% у 2013. и 4,25% у 2014. години), 2) реално смањење укупних расхода и издатака Републичког фонда (3,49% у 2010, 4,93% у 2011, 3,34% у 2013. и 0,13% у 2014. години), 3) смањење стопе доприноса за обавезно здравствено осигурање у дужем временском периоду (од 1. августа 2014. године износи 10,3%, и у односу на исту стопу из 1994. године када је износила 20,20%, нижа је за 9,90 процентних поена или за 49,01%), 4) низак износ средстава која се остварују из буџета Републике по

основу пружања здравствене заштите и остваривања других права лица из члана 22 Закона о здравственом осигурању (у 2014. години, на пример, ова лица су укупном броју осигураних лица Републичког фонда учествовала са 19,75% , приходи по основу пружања здравствене заштите истим лицима у укупним приходима и примањима Републичког фонда износе 0,45%), 5) избегавање плаћања пореза и доприноса за обавезно социјално осигурање (евазија пореза), 6) распрострањена сива економија, 7) високи износи обавеза Републичког фонда и здравствених установа, 8) дистрибуција средстава од стране Републичког фонда здравственим установама претежно по моделу финансирања капацитета здравствених установа (људских и материјалних), а не по моделу финансирања здравствених услуга, односно учинка здравствених установа, и друге карактеристике.

Финансијско пословање Републичког фонда и здравствених установа не може се посматрати независно од укупних економских кретања у држави. Та веза је сложена и многострука, како на приходној, тако и на расходној страни. Економска кретања у Републици, поред осталог, у дужем временском периоду карактеришу: 1) високо учешће јавних расхода у бруто домаћем производу (БДП у 2014. години 48,9%), 2) у 2013. години био је на нивоу 70% оствареног БДП-а у 1989. години, 3) низак ниво индустријске производње (индустријска производња у Србији у 2013. години била је на нивоу од 38,4% индустријске производње из 1989. године), 4) неповољна кретања на тржишту рада (висока стопа незапослености и ниска стопа запослености), 5) раст потрошачких цена роба и услуга које користе здравствене установе, 6) висок износ јавног дуга и др.

Када се говори о финансијском пословању Републичког фонда и здравствених установа, у виду би требало имати и економску политику која се води, а у првом реду

фискалну политику. Текућа 2015. година, а исто ће бити случај и са наредним 2016. и 2017. годином, обележава спровођење мера *фискалне консолидације*, што је, поред осталог, имало за последицу да планирани расходи и издаци Републичког фонда за

2015. годину у односу на планиране расходе и издатке за 2014. годину буду нижи су за 8.970.281.000 или за 4,0%.

Све претходно наведено указује на неопходност наставка реформисања система здравствене заштите у Републици Србији.

Литература

- 1) Закон о здравственој заштити („Сл. гласник РС“, бр. 107/2005, 72/2009 – др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 – др. закон и 93/2014)
- 2) Organization for Economic Cooperation and Development. The Health System of OECD Countries: Financing and delivering Health Care – A Comparative Analysis of OECD Countries. Social Policy Studies No 4, Paris OECD, 1987 p.24–32.
- 3) Влада Републике Србије: Други национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији за период 2011–2014. године, Београд, октобар, 2014.
- 4) Закон о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 18/92, 26/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96, 46/98, 54/99, 29/2001 и 18/2002)
- 5) Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, број 46/98),
- 6) Закон о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/2005, 109/2005 – испр., 57/2011, 110/2012 – одлука УС, 119/2012, 99/2014, 123/2014 и 126/2014 – одлука УС)
- 7) Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, број 57/11),

- 8) Закон о изменама Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, број 123/14),
- 9) Рајко Косановић, Христо Анђелски: Основни правци развоја здравственог осигурања у Републику Србији (1922–2014) / Basic directions of development health insurance in The Republic of Serbia (1922–2014) – Здравствена заштита, број 3/2015.
- 10) Рајко Косановић, Христо Анђелски: Права из здравственог осигурања у Републици Србији (1922–2014) / Rights from health insurance in The Republic of Serbia (1922–2014) – Здравствена заштита, број, 5/2015.
- 11) План развоја здравствене заштите Републике Србије („Службени гласник РС“, број 88/10)
- 12) Влада Републике Србије: Програм реформи политике запошљавања и социјалне политике у процесу приступања Европској унији – трећи нацрт. Београд, октобар 2014.
- 13) Републички фонд за здравствено осигурање: Извештај о финансијском пословању Републичког фонда за здравствен осигурање за 2014. годину, Београд, април 2014. године (као и извештаји за претходне године).
- 14) Републички фонд за здравствено осигурање: Консолидовани извештај Републичког фонда за здравствено осигурање за 2014. годину (као и извештаји за претходне године).