

ПРОЦЕСИ ЦЕНТРАЛИЗАЦИЈЕ И ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЈЕ У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ (1990–2017)

Рајко Косановић¹, Христо Анђелски²

CENTRALIZATION AND DECENTRALIZATION PROCESSES IN THE HEALTH CARE SYSTEM IN SERBIA (1990–2017)

Rajko Kosanović, Hristo Andelski

Сажетак

У оквиру мера реформи система здравствене заштите, вршених деведесетих година прошлог века у већини европских земаља, питање децентрализације заузима мало је централно место. У литератури се углавном наводе четири типа децентрализације: деконцентрација, деволуција, делегација и приватизација. Од поменутих типова децентрализације спорна је приватизација, која по извесним ауторима не представља тип децентрализације, пошто се ту ради о преношењу овлашћења ван јединственог система власти. Најважнији циљеви који су се желели остварити децентрализацијом у области система здравствене заштите били су: побољшање пружања здравствене заштите, боља алокација ресурса према потребама корисника, смањење неједнакости у коришћењу здравствене заштите, брже и адекватније реаговање на потребе корисника и други циљеви. Децентрализацијом су се заправо настојале отклонити све слабости које нужно прате централизацију, као што су: неефикасност, спорост прихватања промена и иновација, спорост реаговања на факторе који угрожавају здравље људи, подложност политичким манипулацијама и бројне друге слабости.

Могуће предности децентрализације система здравствене заштите су: 1) боља контрола спровођења здравственог осигурања, 2) боља контрола коришћења средстава здравственог осигурања, 3) ефикаснији одговор на специфичне потребе становника појединих региона, 4) већа

Summary

As part of the reform of the health care system, carried out in the 1990s, in most European countries, the issue of decentralization occupied a central place. The literature often use four types of decentralization: deconcentration, devolution, delegation and privatization. Of the mentioned types of decentralization, privatization is controversial, which, according to certain authors, is not a type of decentralization, as it is about transferring powers outside the unified system of government. The most important goals that were to be achieved through decentralization in the health care system were: improving the provision of health care, better allocation of resources to the needs of the users, reducing inequalities in the use of health care, faster and more adequate response to the needs of the users and other goals. Decentralization actually attempted to eliminate all the weaknesses that necessarily accompany centralization, such as: inefficiency, slow acceptance of change and innovation, slow reaction to factors that endanger human health, susceptibility to political manipulations, and numerous other weaknesses.

Possible advantages of decentralization of the health care system are: 1) better control of the implementation of health insurance, 2) better control of the use of health insurance funds, 3) more efficient response to the specific needs of the inhabitants of certain regions, 4) Increased interest of health institutions to use the available resources more rationally, 5) Increased interest of the local economy in helping health institutions in its area, 6) Better tax and contributions, 7) Reducing the gray economy, 8) more balanced regional development, 8)

¹ Др сц. Рајко Косановић, Београд, Србија.

² Проф. др Христо Анђелски, Београд, Србија.

заинтересованост здравствених установа да рационалније користе расположива средства, 5) већа заинтересованост локалне привреде да помаже здравствене установе на свом подручју, 6) боља наплативост пореза и доприноса, 7) смањење сиве економије, 8) равномернији регионални развој, 8) равномернији развој здравствених капацитета на читавој територији земље, 9) допринос решавању демографских проблема и смањење миграција ка великим градовима, 10) децентрализација одлучивања о укупним средствима за здравствену заштиту и здравствено осигурање, 11) смањење корупције, 12) раст поверења грађана у државне институције, 13) повећање одговорности локалних самоуправа за развој система здравствене заштите и друге предности.

У овом раду аутори разматрају процесе централизације и децентрализације у систему здравствене заштите у Србији, у периоду од 1990. до 2017. године.

Кључне речи: здравствено осигурање, здравствена заштита, централизација, децентрализација.

more balanced development of health capacities throughout the country, 9) contribution to solving demographic problems and reducing migration to big cities, 10) decentralization of decision-making on total funds for health care and health insurance, 11) reduction of corruption, 12) growth of citizens' confidence in state institutions, 13) increase of responsibility of local self-governments for development of health care system and other advantages.

In this paper, the authors discuss the processes of centralization and decentralization in the health care system in Serbia, in the period from 1990 to 2017.

Key words: health insurance, health care, centralization, decentralization.

УВОД

У оквиру мера реформи система здравствене заштите, вршених деведесетих година прошлог века у већини европских земаља, посебно у тадашњим земљама у транзицији, а данас земљама чланицама Европске уније (Чешка, Словачка, Пољска, Мађарска, Румунија и Бугарска), питање децентрализације заузима мало је централно место.⁽¹⁾ Најважнији циљеви који су се желели остварити децентрализацијом у области система здравствене заштите, били су: побољшање пружања здравствене заштите, боља алокација ресурса према потребама корисника, смањење неједнакости у коришћењу здравствене заштите, брже и адекватније реаговање на потребе корисника и други

циљеви. Децентрализацијом су се заправо настојале отклонити све слабости које нужно прате централизацију, као што су: неефикасност, спорост прихватања промена и иновација, спорост реаговања на факторе који угрожавају здравље људи, подложност политичким манипулацијама и бројне друге слабости.

У овом раду аутори разматрају процесе централизације и децентрализације у систему здравствене заштите у Србији, у периоду од 1990. до 2017. године.

1. ПОЈАМ И ТИПОВИ ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЈЕ

Под *децентрализацијом*, најопштије говорећи, подразумевамо преношење овлашћења и одговорности са виших на ниже

органа власти. Преношење овлашћења и одговорности са централне администрације на органе ужих локалних заједница не значи уједно и лишавање централне администрације свих овлашћења. Напротив, она и даље задржава значајне функције, као што су: законодавна, финансијска, контролна и остале.

У литератури се углавном наводе четири типа децентрализације: *деконцентрација*, *деволуција*, *делегација* и *приватизација*.⁽²⁾ Од поменутих типова децентрализације спорна је приватизација, која по извесним ауторима не представља тип децентрализације, пошто се ту ради о преношењу овлашћења ван јединственог система власти.

Значење наведених типова децентрализације је следеће:

1. *Деконцентрација* је преношење доношења одлука на ниже административне органе унутар постојеће структуре централне власти (административна децентрализација);
2. *Деволуција* је преношење функција са централних органа на органе над којима немају више директну контролу (политичка децентрализација);
3. *Делегација* је преношење само одређених задатака на ниже органе, без директне контроле централног органа;
4. *Приватизација* је преношење надлежности из државне (јавне) надлежности у приватни сектор.

Због чињенице да не задире у постојећу структуру централне власти, децентрација је један од најчешћих типова децентрализације. Нижи административни органи на које се преносе овлашћења централног органа најчешће су у саставу тог органа.

2. ПЕРИОДИЗАЦИЈА ПРОЦЕСА ЦЕНТРАЛИЗАЦИЈЕ И ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЈЕ У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ

Процесе централизације и децентрализације у систему здравствене заштите у Србији можемо посматрати кроз више периода, односно потпериода.^(3,4)

Када је реч о *здравственој заштити*, разликујемо три периода:

1. период од фебруара 1990. до марта 1992. године;
2. период од априла 1992. до новембра 2005. године;
 - период од априла 1992. до маја 1996. године;
 - период од јуна 1996. до новембра 2005. године;
3. период од 2005. године до данас;
 - период од децембра 2005. до децембра 2015. године;
 - период од јануара 2016. године до данас.

Процесе централизације и децентрализације у *здравственом осигурању* такође можемо посматрати кроз више периода:

1. период од фебруара 1990. до марта 1992. године;
2. период од априла 1992. до новембра 2005. године;
 - период од априла 1992. до децембра 1998. године;
 - период од јануара 1998. до новембра 2005. године;
3. период од децембра 2005. године до данас;
 - период од децембра 2005. до октобра 2014. године;
 - период од новембра 2014. до данас.

Најопштије посматрано:

1. период од фебруара 1990. до марта 1992. године карактерише – *децентрализација* здравствене заштите и здравственог осигурања;

2. период од априла 1992. до новембра 2005. године карактерише – *центра-*

лизација здравствене заштите и здравственог осигурања, и

3. период од децембра 2005. године до данас карактерише – *децентрализација* здравствене заштите и *централизација* здравственог осигурања.

Табела 1: Децентрализација и централизација у систему здравствене заштите у Србији (1990–2017).

Ред. бр.	Периоди	Здравствена заштита	Здравствено осигурање
0	1	2	3
1	Фебруар 1990 – март 1992.	децентрализација	децентрализација
2	Април 1992 – новембар 2005.	централизација	централизација
3	Децембар 2005–2017.	децентрализација	централизација

3. ПЕРИОД ОД ФЕБРУАРА 1990. ДО МАРТА 1992. ГОДИНЕ

Период који је трајао од 1990. до марта 1992. године, започео је доношењем *Закона о здравственој заштити*⁽⁵⁾, који је ступио на снагу 4. фебруара 1990. године. Даном ступања на снагу овог закона престао је да важи *Закон о здравственој заштити* из 1979. године.⁽⁶⁾

Закон о здравственој заштити из 1990. године, који је уједно регулисао и проблематику из области здравственог осигурања, као и претходни Закон о здравственој заштити из 1979. године, предвиђао је *висок степен децентрализације у области здравствене заштите и здравственог осигурања*.

3.1. Здравствена заштита

Здравствена установа, према члану 21 Закона о здравственој заштити из 1990. године, оснивала се у складу са планом развоја донетим у Републици, односно Покрајини којим је утврђена мрежа, структура, врста, број и распоред здравствених установа. План развоја и поделу рада између здравствених установа доносила је Скупштина Социјалистичке Републике Србије, односно Скупштина Социјалистичке Аутономне Покрајине.

Здравствену установу могли су основати друштвено-политичка заједница, Фонд здравственог осигурања, предузеће, установа која обавља друштвену делатност, грађанин и друга правна лица.

Оснивач здравствене установе, према члану 22 истог закона, која стиче средства за рад из Фонда здравственог осигурања, био је дужан да пре доношења акта о оснивању здравствене установе прибави мишљење о елаборату о оправданости оснивања установе од републичког, односно покрајинског органа надлежног за послове здравства и сагласност Фонда. Мишљење, односно сагласност прибављала се и у случају промене или проширења делатности.

На пример, у складу са овим законом, *Град Београд*, односно Секретаријат за здравство, имао је следеће надлежности:

1. оснивачка права према свим здравственим установама у Београду (55 установа), што је подразумевало: именовање директора, чланова управних и надзорних одбора, давање сагласности на статуте здравствених установа, као и вршење других оснивачких права (чл. 21–23);

2. утврђивање испуњености услова за почетак рада и обављање здравствене делатности у погледу кадрова, опреме и грађевинско-техничких услова (члан 23);
3. надзор над стручним радом здравствених установа на подручју Београда (чл. 59–71). Напомена: надзор није вршен јер Република није донела подзаконски акт, односно упутство за вршење надзора, нити су за ове намене у буџету била обезбеђена средства, у складу са законом;
4. послове здравствене инспекције (члан 147);
5. надзор над законитошћу рада здравствених установа (члан 186);
6. послове стручне службе Градског фонда здравствене заштите и здравственог осигурања у Београду. Као орган у саставу Секретаријата за здравство, служба Градског фонда обављала је стручне, административне и техничке послове за Градски фонд здравствене заштите и здравственог осигурања у Београду (члан 78).

У саставу Секретаријата за здравство били су здравствени и санитарни инспекторат, као органи управе који врше послове здравствене, односно санитарне инспекције.

3.2. Здравствено осигурање

Према члану 74 Закона о здравственој заштити из 1990. године, ради ефикаснијег и рационалнијег остваривања здравствене заштите, здравственог осигурања и обезбеђивања средстава за њихово спровођење, оснивао се Фонд здравствене заштите и здравственог осигурања за територију више општина, односно за територију града Београда (*општински, односно градски фонд*), и то:

1. за територију града Београда, у Београду (у даљем тексту: Градски фонд);

2. за територију општина Ваљево, Лајковац, Љиг, Мионица, Осечина и Уб – у Ваљеву;
3. за територију општина Босилеград, Бујановац, Владичин Хан, Врање, Прешево, Сурдулица и Трговиште – у Врању;
4. за територију општина Бољевац, Бор, Зајечар, Кладово, Књажевац, Мајданпек, Неготин и Сокобања – у Зајечару;
5. за територију општина Аранђеловац, Баточина, Кнић, Крагујевац, Рача и Топола – у Крагујевцу;
6. за територију општина Врњачка Бања, Краљево и Рашка – у Краљеву;
7. за територију општина Нови Пазар, Сјеница и Тутин – у Новом Пазару;
8. за територију општина Александровац, Брус, Варварин, Крушевац, Трстеник и Ћићевац – у Крушевцу;
9. за територију општина Бојник, Властотинце, Лебане, Лесковац, Медвеђа и Црна Трава – у Лесковцу;
10. за територију општина Крупањ, Лозница, Љубовија и Мали Зворник – у Лозници;
11. за територију општина Алексинац, Бела Паланка, Гаџин Хан, Дољевац, Ниш, Ражањ и Сврљиг – у Нишу;
12. за територију општина Бабушница, Димитровград и Пирот – у Пироту;
13. за територију општина Велико Градиште, Голубац, Жабари, Жагубица, Кучево, Мало Црниће, Петровац и Пожаревац – у Пожаревцу;
14. за територију општина Блаце, Житорађа, Куршумлија, Меровина и Прокупље – у Прокупљу;
15. за територију општина Велика Плана, Смедерево и Смедеревска Паланка – у Смедереву;
16. за територију општина Ариље, Бајина Башта, Ивањица, Косјерић, Нова Варош, Пожега, Прибој, Пријепоље, Титово Ужице и Чајетина – у Титовом Ужицу;

17. за територију општина Деспотовац, Параћин, Рековац, Светозарево, Свилајнац и Ћуприја – у Ћуприји;

18. за територију општина Горњи Милановац, Лучани и Чачак – у Чачку;

19. за територију општина Богатић, Владимирци, Коцељева и Шабац – у Шапцу.

Одлуком Скупштине СР Србије оснивали су се фондови из тачке 2) до 19) члана 74, по прибављеном мишљењу скупштине општине за чије територије су се оснивали. Одлуком Скупштине града Београда оснивао се Градски фонд.

Према члану 76 истог Закона, ради спровођења здравствене заштите и здравственог осигурања на основама шире узајамности и солидарности, осниван је за територију СР Србије: *Републички фонд здравствене заштите и здравственог осигурања*.

4. ПЕРИОД ОД АПРИЛА 1992. ДО НОВЕМБРА 2005. ГОДИНЕ

4.1. Здравствена заштита

Доношењем *Закона о здравственој заштити*, који је ступио на снагу 1. априла 1992. године,⁽⁷⁾ *започиње процес централизације у здравственој заштити у Републици Србији*.

Период од априла 1992. године до новембра 2005. године, можемо поделити на два и то: 1) на период од априла 1992. године до маја 1992. године и 2) на период од јуна 1992. године до новембра 2005. године.

4.1.1. Период од априла 1992. до маја 1996. године

Ступањем на снагу Закона о здравственој заштити из 1992. године, знатно се смањују надлежности општина и градова у области здравствене заштите.

Здравствену установу, према члану 15 овог закона, могло је основати свако правно и физичко лице, ако законом није другачије уређено.

Здравствене установе чијом се делатношћу обезбеђује остваривање права грађана утврђених законом и здравствена заштита утврђена члановима 7 и 8 овог закона, оснивали су Влада Републике Србије, град или општина, у складу са планом мреже здравствених установа.

Уколико планом мреже здравствених установа није другачије уређено, општина је оснивала дом здравља и апотеку, а град апотекарску установу и завод.

План мреже здравствених установа доносила је Народна скупштина на предлог Владе Републике Србије.

План мреже здравствених установа доносио се на основу: (1) стратегије, циљева и програма здравствене заштите и неопходне свеобухватности у њиховом спровођењу, (2) послова и задатака које поједине здравствене установе обављају у спровођењу здравствене заштите, (3) здравственог стања, броја и старосне структуре становништва, (4) неопходне доступности у здравственој заштити, (5) степена урбанизације и развијености појединих подручја, (6) броја и распореда здравствених установа и других облика обављања здравствене делатности, која су основала друга правна и физичка лица, као и (7) исказаних потреба организација здравственог осигурања. Планом мреже утврђивала се врста, број, структура и распоред здравствених установа и болничких постеља, као и референтне здравствене установе.

Град Београд, на пример, у овом периоду вршио је оснивачка права према 34 од укупно 55 здравствених установа на својој територији, и то према: 16 домова здравља, 11 завода, четири клиничко-болничка центра, две болнице и једној апотекарској установи.

Поред вршења оснивачких права према 34 здравствене установе, што је подразумевало именовање органа здравствених установа (директор, управни одбор и надзорни одбор), и давања сагласности на статуте

здравствених установа, Секретаријат за здравство утврђивао је испуњеност услова у погледу кадрова, опреме и простора за рад здравствених установа у државној својини и здравствених установа и других облика обављања здравствене делатности у приватној својини.

Све остале надлежности централизују се на нивоу Републике (вршење надзора над стручним радом здравствених установа у Београду и управни надзор над здравственим установама, укључујући и инспекцијски надзор – здравствена и санитарна инспекција).

Средства у друштвеној својини којима располажу здравствене установе у Републици, осим средстава здравствених установа чији су оснивачи предузећа, односно грађани, у државној су својини са билансним стањем на дан 31. децембар 1991. године (члан 92).

4.1.2. Период од јуна 1996. до новембра 2005. године

Централизација у здравственој заштити у Републици Србији **до својих крајњих граница** настаје доношењем **Закона о изменама и допунама Закона о здравственој заштити**,⁽⁸⁾ који је ступио на снагу 6. јуна 1996. године.

Доношењем овог закона све дотадашње надлежности и овлашћења органа локалне самоуправе пренета су на органе Републике Србије, Владу и Министарство за здравље.

У Закону о изменама и допунама Закона о здравственој заштити само једним чланом (156) утврђује се, и то више декларативно, надлежност општине (града), у смислу да *„прати здравствено стање становништва на свом подручју и стара се о унапређивању услова којима се доприноси очувању и унапређивању здравља грађана у општини.“*

То практично значи да је Влада Републике Србије, у складу са планом мреже здравствених установа, који такође доноси Влада, била оснивач свих здравствених установа у Републици, па и у Граду Бео-

граду, осим занемарљиво малог броја здравствених установа чији су оснивачи приватна правна лица.

4.2. Здравствено осигурање

Закон о здравственом осигурању⁽⁹⁾ Народна скупштина Републике Србије донела је 2. априла 1992. године, објављен је 4. априла, а ступио на снагу 12. априла 1992. године.

За разлику од децентрализације, која је постојала у области здравственог осигурања до доношења овог закона, новим законским решењем уведена је потпуна централизација здравственог осигурања.

Први пут у историји здравственог осигурања оно се на територији читаве Републике спроводи посредством једне организације – Републичког завода за здравствено осигурање и 30 његових филијала (са испоставама) које немају својство правног лица ни органе.

У оквиру ове фазе развоја здравственог осигурања разликујемо два периода: 1) период од априла 1992. до децембра 1998. године и 2) период од јануара 1999. до новембра 2005. године.

4.2.1. Период од априла 1992. до децембра 1998. године

У складу са чланом 93 Закона о здравственом осигурању, из 1992. године, ради обезбеђивања и спровођења здравственог осигурања основан је *Републички завод за здравствено осигурање* (у даљем тексту: Завод), као правно лице са статусом установе, са седиштем у Београду.

Органи Завода били су: Скупштина, Управни одбор, Надзорни одбор и директор.

Скупштину Завода чинили су представници осигураника, чији је мандат трајао четири године. Састав, број чланова, начин избора, делокруг, начин рада, као и друга питања од значаја за рад Скупштине уређивао се статутом Завода.

Скупштина Завода је: доносила статут, средњорочне и годишње програме рада,

финансијски план, завршни рачун, одлучивала о другим питањима и обављала друге послове у складу са статутом. Влада Републике Србије давала је сагласност на статут Завода.

4.2.2. Период од јануара 1999. до новембра 2005. године

Доношењем **Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању**,⁽¹⁰⁾ који је ступио на снагу 30. децембра 1998. године, укинута је скупштина Републичког завода за здравствено осигурање, тако да су његови органи били: управни одбор, надзорни одбор и директор.

5. ПЕРИОД ОД ДЕЦЕМБРА 2005. ГОДИНЕ ДО ДАНАС

5.1. Здравствена заштита

Процеси децентрализације у здравственој заштити, започети доношењем **Закона о локалној самоуправи и Закона о утврђивању одређених надлежности аутономне покрајине**⁽¹¹⁾ 2002. године, доведени су до краја доношењем важећег **Закона о здравственој заштити**,⁽¹²⁾ који је ступио на снагу 10. децембра 2005. године.

Ниво децентрализације који предвиђа Закон о здравственој заштити нижи је од нивоа децентрализације који је постојао у периоду од 1992. до 1996. године, а посебно од нивоа децентрализације који је постојао до 1992. године, односно до доношења претходног Закона о здравственој заштити.

Према члану 264 важећег Закона о здравственој заштити, општина, град, односно аутономна покрајина оснивачка права над здравственим установама преузеле су до 1. јануара 2007. године.

Период од децембра 2005. године до данас можемо поделити на две фазе и то на: 1) период од децембра 2005. године до децембра 2015. године и 2) период од јануара 2016. године до данас.

5.1.1 Период од децембра 2005. до децембра 2015. године

Здравствене установе у државној својини, у зависности од врсте, према члану 48 Закона о здравственој заштити, оснивају Република, аутономна покрајина, општина, односно град, у складу са овим законом и Планом мреже:

1. дом здравља и апотеку – оснива **општина**, односно **град**;
2. завод на примарном нивоу обављања здравствене делатности – оснива **град**;
3. општу болницу, специјалну болницу, клинику, институт, клиничко-болнички центар и клинички центар – оснива Република, а на територији аутономне покрајине – **аутономна покрајина**;
4. здравствене установе које обављају делатност на више нивоа здравствене заштите: завод за јавно здравље, завод за трансфузију крви, завод за медицину рада, завод за судску медицину, завод за вирусологију, вакцине и серуме, завод за антирабичну заштиту, завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију и завод за дезинфекцију, дезинсекцију и дератизацију – оснивају се у складу са овим законом.

Здравствене установе које обављају хитну медицинску помоћ, снабдевање крвљу и крвним дериватима, узимање, чување и пресађивање органа и делова људског тела, производњу серума и вакцина и патоанатомско-обдукцијску делатност, као и здравствену делатност из области јавног здравља оснивају се искључиво у државној својини.

Надлежности општине, односно града у области здравствене заштите могу се сврстати у три групе, и то су: а) друштвена брига за здравље на нивоу општине, односно града; б) вршење оснивачких права над здравственим установама, и в) обезбеђивање средстава у буџету.

5.1.2. Период од јануара 2016. године до данас

Доношењем *Закона о изменама и допунама Закона о здравственој заштити*,⁽¹³⁾ који је ступио на снагу 29. децембра 2015. године, у *Закону о здравственој заштити*⁽¹⁴⁾ учињена је, између осталих, измена у члану 48 у смислу да *клиничко-болнички центар више не оснива град, већ Република, а на територији аутономне покрајине – аутономна покрајина*. У складу са овом изменом, учињене су измене у члановима 130. и 141. Закона о здравственој заштити.

5.2. Здравствено осигурање

Доношењем, данас важећег, *Закона о здравственом осигурању*,⁽¹⁵⁾ који је ступио на снагу 10. децембра 2005. године, задржава се централизација здравственог осигурања.

Обавезно здравствено осигурање обезбеђује се и спроводи у Републичком фонду за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд) и у организационим јединицама Републичког фонда (филијале), које немају својство правног лица. Одређени послови обавезног здравственог осигурања спроводе се и у Покрајинском фонду за здравствено осигурање у складу са законом.

Доношењем *Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању*,⁽¹⁶⁾ који је ступио на снагу 9. августа 2011. године, Републички завод за здравствено осигурање променио је назив у Републички фонд за здравствено осигурање.

У овој фази развоја здравственог осигурања, посматрано са аспекта централизације, разликујемо два периода: 1) од децембра 2005. до октобра 2014. године и 2) од новембра 2014. године до данас.

5.2.1. Период од децембра 2005. до октобра 2014. године

Управни одбор Републичког фонда за здравствено осигурање (у даљем тексту: Фонд) до ступања на снагу Закона о изменама *Закона о здравственом осигурању*,⁽¹⁷⁾ 18. новембра 2014. године, а према *Закону о здравственом осигурању*,⁽¹⁸⁾ имао је 21 члана, од којих је 14 представника осигураника запослених, по два представника осигураника пензионера, осигураника земљорадника и осигураника који обављају самосталну делатност и једног представника удружења инвалида који је имао својство осигураника.

Чланове Управног одбора је именовала и разрешавала Влада, на предлог:

- репрезентативних синдиката организованих на нивоу Републике, у складу са законом којим се уређује рад – за представнике из реда осигураника запослених;
- удружења пензионера организованих на нивоу Републике која имају више од 50.000 регистрованих чланова – за представнике из реда осигураника пензионера;
- удружења пољопривредника организованих на нивоу Републике која имају више од 50.000 регистрованих чланова – за представнике из реда осигураника земљорадника;
- Привредне коморе Србије – за представнике из реда осигураника који обављају самосталну делатност;
- удружења инвалида које има највећи број регистрованих чланова – за представника удружења инвалида.

Влада је именовала и разрешавала председника и заменика председника Управног одбора из реда чланова Управног одбора.

Председник, заменик председника и чланови Управног одбора именују се на период од четири године.

Надзорни одбор Фонда је имао *седам чланова*, од којих су три представници осигураника запослених, по један представник осигураника пензионера, осигураника земљорадника и осигураника који обављају самосталну делатност и један запослени у Републичком фонду, односно у филијали или у Покрајинском фонду.

Чланове Надзорног одбора је именovala Влада, на предлог:

- репрезентативних синдиката организованих на нивоу Републике, у складу са законом којим се уређује рад – за представнике из реда осигураника запослених;
- удружења пензионера организованих на нивоу Републике која имају више од 50.000 регистрованих чланова – за представнике из реда осигураника земљорадника;
- Привредне коморе Србије – за представнике из реда осигураника који обављају самосталну делатност;
- директора Фонда – за члана из реда запослених у Фонду, односно филијали или у Покрајинском фонду.

Влада је именovala и разрешавала председника Надзорног одбора из реда чланова Надзорног одбора. Председник и чланови Надзорног одбора су именовани на период од четири године.

5.2.2. Период од новембра 2014. године до данас

Доношењем *Закона о изменама и допунама Закона о пензијском и инвалидском осигурању*⁽¹⁹⁾ (Службени гласник РС бр. 75/14), *Закона о изменама Закона о здравственом осигурању*⁽¹⁷⁾ (Службени гласник РС бр. 123/14) и Закона о изменама и допунама *Закона о запошљавању и осигурању за случај незапослености*⁽²⁰⁾ (Службени гласник РС бр. 38/15), дошло је, поред осталог, и до измена у броју и структури чланова управних и надзорних одбора организација за обавезно социјално

осигурање, односно Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање, Републичког фонда за здравствено осигурање и Националне службе за запошљавање.

Након ступања на снагу Закона о изменама Закона о здравственом осигурању, 18. децембра 2014. године, **Управни одбор Фонда** има *седам чланова*, које именује и разрешава Влада, и то:

1. *четири* члана, на предлог министра надлежног за послове здравља;
2. *једног* члана представника осигураника запослених, на предлог репрезентативних синдиката организованих на нивоу Републике, у складу са законом којим се уређује рад;
3. *једног* члана представника осигураника пензионера, на предлог удружења пензионера организованог на нивоу Републике које има више од 50.000 регистрованих чланова.

Чланови Управног одбора заступају интересе осигураника, односно осигураних лица у обезбеђивању и спровођењу права обухваћених обавезним здравственим осигурањем, у складу са законом.

Влада именује и разрешава председника и заменика председника Управног одбора из реда чланова Управног одбора. Председник, заменик председника и чланови Управног одбора именују се на период од четири године.

Након доношења Закона о изменама Закона о здравственом осигурању, **Надзорни одбор** фонда има *пет* чланова, које именује и разрешава Влада, и то:

1. *три* члана, на предлог министра надлежног за послове здравља;
2. *једног* члана представника осигураника запослених, на предлог репрезентативних синдиката организованих на нивоу Републике, у складу са законом којим се уређује рад – за представнике из реда осигураника запослених;

3. једног члана представника осигураника пензионера, на предлог удружења пензионера организованог на нивоу Републике које има више од 50.000 регистрованих чланова.

Влада именује и разрешава председника Надзорног одбора из реда чланова Надзорног одбора.

Председник и чланови Надзорног одбора именују се на период од четири године.

Табела 2: Број чланова Управног одбора и Надзорног одбора Републичког фонда за здравствено осигурање пре и после измена и допуна Закона о здравственом осигурању.

Ред. бр.	Предлагачи	Управни одбор		Надзорни одбор	
		Пре измена Закона	После измена Закона	Пре измена Закона	После измена Закона
0	1	2	3	4	5
1	Репрезентативни синдикати	14	1	3	1
2	Удружења пензионера	2	1	1	1
3	Удружења пољопривредника	2	1	1	-
4	Привредна комора Србије	2	-	1	-
5	Удружење инвалида	1	-	-	-
6	Републички фонд	-	-	1	-
7	Влада	-	4	-	3
8	Укупно:	21	7	7	5

Након последњих измена и допуна закона из области обавезног социјалног осигурања, смањен је број чланова управних и надзорних одбора Републичког фонда за ПИО, Републичког фонда за здравствено осигурање и Националне службе за запошљавање, а функција управљања је прешла са представника осигураника на надлежна министарства, односно Владу.

Укупан број чланова управних и надзорних одбора организација за обавезно социјално осигурање је смањен са **65 чланова** (51 члан управних одбора и 15 чланова надзорних одбора) на **26 чланова** (21 члан управних одбора и 5 чланова надзорних одбора) или за 60%.

У Управном одбору Републичког фонда ПИО земљорадници немају свог представника, а у Управном одбору и Надзорном одбору Републичког фонда за здравствено осигурање свог представника немају послодавци.

Смањење броја чланова управних одбора можда и има оправдање, али не и преузимање функције управљања од осигураника од стране државе.

Члан 209, став 3 Закона о здравственом осигурању гласи: „Републичким фондом управљају осигураници, који су равноправно заступљени у Управном одбору Републичког фонда сразмерно врсти и броју осигураника утврђених овим законом”. Поставља се питање на који начин осигураници управљају, када од седам чланова Управног одбора четири члана именује и разрешава Влада на предлог министра надлежног за послове здравља.

Табела 3: Процеси централизације и децентрализације у систему здравствене заштите у Републици Србији.

Година	Закони	Здравствена заштита	Здравствено осигурање
0	1	2	3
1990.	Закон о здравственој заштити (Сл. гласник СРС, број 4/90)	Децентрализација здравствене заштите	Децентрализација здравственог осигурања
1992.	Закон о здравственој заштити (Сл. гласник РС, број 17/92)	Централизација здравствене заштите	/
	Закон о здравственом осигурању (Сл. гласник РС, број 18/92)	/	Централизација здравственог осигурања
1996.	Закон о изменама и допунама Закона о здравственој заштити (Сл. гласник РС, број 25/96)	Локална самоуправа без оснивачких права	/
1998.	Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању (Сл. гласник РС, број 46/98)	/	Укинута скупштина као орган Завода
2014.	Закон о изменама Закона о здравственом осигурању (Сл. гласник РС, број 123/14)	/	Република преузима функцију управљања РФЗО
2015.	Закон о изменама и допунама Закона о здравственој заштити (Сл. гласник РС, број 106/15)	Клиничко-болнички центар оснива Република и покрајина.	/

6. ДРУШТВЕНА БРИГА ЗА ЗДРАВЉЕ СТАНОВНИШТВА И ОПШТИ ИНТЕРЕС У ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

Друштвена брига за здравље становништва, према члану 8 *Закона о здравственој заштити*⁽²¹⁾ (у даљем тексту: 333) остварује се на нивоу:

- а) Републике;
- б) аутономне покрајине;
- в) општине, односно града;
- г) послодавца и
- д) појединца.

Детаљније ћемо размотрити садржај друштвене бриге за здравље, која се остварује на нивоима: Републике, аутономне покрајине и општине, односно града.

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

1. очување и унапређење здравља, откривање и сузбијање фактора ризика за настајак 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.

6.1. Друштвена брига за здравље на нивоу Републике и општи интерес у здравственој заштити

6.1.1. Друштвена брига за здравље на нивоу Републике

Друштвену бригу за здравље на нивоу Републике, према члану 9 333 чине мере привредне и социјалне политике којима се стварају услови за спровођење здравствене заштите ради очувања и унапређења здравља људи, као и мере којима се усклађује деловање и развој система здравствене заштите.

Друштвена брига за здравље на нивоу Републике, према члану 10 333, обухвата:

1. успостављање приоритета, планирање, доношење посебних програма за спровођење здравствене заштите, као и доношење прописа у овој области;
2. спровођење мера пореске и економске политике којима се подстиче развој навика о здравом начину живота;
3. обезбеђивање услова за васпитање за здравље становништва;
4. обезбеђивање услова за развој интегрисаног здравственог информационог система у Републици;
5. развој научно-истраживачке делатности у области здравствене заштите;
6. обезбеђивање услова за стручно усавршавање здравствених радника и здравствених сарадника.

Друштвена брига за здравље на нивоу Републике, према истом члану 333, обухвата и доношење републичког програма у области заштите здравља од загађене животне средине проузроковане штетним и опасним материјама у ваздуху, води и земљишту, одлагањем отпадних материја, опасним хемикалијама, изворима јонизујућих и нејонизујућих зрачења, буком и вибрацијама, као и вршење систематских испитивања животних намирница, предмета опште употребе, минералних вода за пиће, воде за пиће и других вода које служе за

производњу и прераду животних намирница и санитарно-хигијенске и рекреативне потребе, ради утврђивања њихове здравствене и хигијенске исправности и прописаног квалитета (мониторинг).

Друштвена брига за здравље, према члану 11 333, под једнаким условима, на територији Републике остварује се 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.

Здравствена заштита из члана 11 333 обухвата:

1. децу до навршених 18 година живота, школску децу и студенте до краја прописаног школовања, а најкасније до 26 година живота, у складу са законом;
2. жене у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;
3. лица старија од 65 година живота;
4. особе са инвалидитетом и ментално недовољно развијена лица;
5. лица која болују од ХИВ инфекције или других заразних болести које су утврђене посебним законом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести, малигних болести, хемофилије, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултипле склерозе, лица у терминалној фази хроничне бубрежне инсуфицијенције, цистичне фиброзе, системске аутоимуне болести, реуматске грознице, болести зависности, оболела односно повређена лица у вези са пружањем хитне медицинске помоћи, лица оболела од ретких болести, као и здравствену заштиту у вези са давањем и примањем ткива и органа;
6. монахе и монахиње;

7. материјално необезбеђена лица која примају материјално обезбеђење по прописима о социјалној заштити и заштити бораца, војних и цивилних инвалида рата, као и чланове њихових породица ако нису здравствено осигурани;

8. кориснике сталних новчаних помоћи по прописима о социјалној заштити као и помоћи за смештај у установе социјалне заштите или у друге породице;

9. незапослена лица и друге категорије социјално угрожених лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање;

10. кориснике помоћи чланова породице чији је хранилац на одслужењу војног рока;

11. лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште у Републици;

12. жртве насиља у породици;

13. жртве трговине људима;

14. лица којима се обезбеђује обавезна имунизација у складу са прописима којима се уређује здравствена заштита становништва од заразних болести;

15. лица којима се обезбеђују циљани превентивни прегледи, односно скрининг, према одговарајућим републичким програмима;

16. самохране родитеље са децом до седам година живота, чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање.

Влада Републике Србије (у даљем тексту: Влада) уређује садржај и обим, начин и поступак, као и услове за остваривање здравствене заштите наведених лица.

Према члану 12 333, здравствена заштита за лица из члана 11 333 која су обухваћена обавезним здравственим осигурањем обезбеђује се из средстава обавезног здрав-

ственог осигурања у складу са законом којим се уређује област обавезног здравственог осигурања.

Средства за остваривање здравствене заштите из члана 11 333 за лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем обезбеђују се у буџету Републике и преносе се организацији за обавезно здравствено осигурање.

6.1.2. Општи интерес у здравственој заштити

Република, према члану 18 333, као *општи интерес у здравственој заштити* обезбеђује:

1. праћење и проучавање услова живота, рада и здравственог стања становништва, односно појединих групација становништва, узрока појава, ширења и начина спречавања и сузбијања болести и повреда од већег социјално-медицинског значаја;

2. промоцију здравља у складу са програмима здравствене заштите и обезбеђивање услова за спровођење посебних програма за очување и унапређење здравља;

3. спровођење епидемиолошког надзора и организовање и спровођење посебних мера за заштиту становништва од заразних болести, спровођење ванредних мера утврђених у складу са законом, којим се уређује област заштите становништва од заразних болести, као и спровођење програма за спречавање, сузбијање, одстрањивање и искорењивање заразних болести, у складу са законом;

4. спречавање, сузбијање и гашење епидемија заразних болести;

5. праћење и спречавање хроничних масовних незаразних болести и болести зависности;

6. епидемиолошко и хигијенско систематско праћење, као и систематско праћење и испитивање утицаја загађења животне средине на здравље људи, као

и систематско испитивање здравствене исправности животних намирница, предмета опште употребе и воде за пиће;

7. хитну медицинску помоћ особама непознатог пребивалишта, као и другим лицима која право на хитну медицинску помоћ не остварују на другачији начин у складу са законом;

8. здравствену заштиту лица која се налазе на издржавању казне затвора која им се пружа ван завода за издржавање заводских санкција, извршавање мера безбедности обавезног психијатријског лечења и чувања у здравственој установи, обавезног психијатријског лечења на слободи, обавезног лечења алкохоличара и наркомана;

9. спречавање и отклањање здравствених последица проузрокованих елементарним и другим непогодама и ванредним приликама;

10. организовање и развој интегрисаног здравственог информационог система прикупљањем, обрадом и анализом здравствено-статистичких и других података и информација о здравственом стању и здравственим потребама становништва, као и праћење података о функционисању здравствене службе у погледу обезбеђености простора, кадрова, опреме и лекова, као и праћење показатеља извршења рада;

11. праћење и стално унапређење квалитета здравствене заштите и спровођење и контролу квалитета здравствене заштите;

12. организовање и спровођење провере квалитета стручног рада;

13. ванредну контролу квалитета лекова, као и контролу случајних узорака лекова који се употребљавају у хуманој медицини, по програму министарства надлежног за послове здравља (у даљем тексту: Министарство);

14. подстицање активности за унапређивање рационалне фармакотерапије у лечењу оболелих и повређених;

15. подстицање активности на omasо-вљавању добровољног давалаштва крви и спровођење програма прикупљања крви, као и давања и примања органа и ткива за пресађивање;

16. обезбеђивање услова за рад републичких стручних комисија, као и комисије за процену здравствених технологија;

17. подстицање активности хуманитарних и стручних организација, савеза и удружења на пословима који су као приоритет предвиђени Планом развоја, односно посебним програмима здравствене заштите;

18. учешће у обезбеђивању средстава за уједначавање услова за равномерно остваривање здравствене заштите на целој територији Републике, а посебно на примарном нивоу здравствене заштите у општинама са неповољним демографским карактеристикама и недовољно развијеним општинама, у складу са приоритетима;

19. средства за изградњу и опремање здравствених установа у државној својини чији је оснивач Република, што подразумева: инвестиционо улагање, инвестиционо – текуће одржавање просторија, медицинске и немедицинске опреме и превозних средстава, односно набавку медицинске и друге опреме неопходне за рад здравствених установа и превозних средстава, обезбеђивање средстава, односно набавку опреме за развој интегрисаног здравственог информационог система, као и обезбеђивање средстава за друге обавезе одређене законом и актом о оснивању;

20. финансирање примењених истраживања у области здравствене заштите;

21. примену мера Владе у елементарним и другим непогодама и ванредним при-

ликама у складу са законом којим се уређује поступање у ванредним ситуацијама;

22. обезбеђивање средстава за обављање послова из члана 124, став 2, тачка 1)–7) 333, као и за поступак утврђивања нивоа јонизујућег и нејонизујућег зрачења у области здравствене заштите од стране завода за медицину рада основаног за територију Републике Србије.

Средства за остваривање општег интереса у здравственој заштити из члана 18 333 обезбеђују се у буџету Републике.

6.1.3. Финансирање здравствене заштите из буџета Републике

Из буџета Републике финансира се:

1. *друштвена брига за здравље на нивоу Републике* (члан 10 333);
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 18 333);
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 (333, 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* (333, 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 (333, члан 242).

6.2. Друштвена брига за здравље на нивоу аутономне покрајине, општине, односно града

Друштвена брига за здравље на нивоу аутономне покрајине, општине, односно града, према члану 13 333, обухвата мере за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите од интереса за грађане на територији аутономне покрајине, општине, односно града, и то:

1. праћење здравственог стања становништва и рада здравствене службе на својој територији, као и старање о спровођењу утврђених приоритета у здравственој заштити;
2. стварање услова за приступачност и уједначеност коришћења примарне здравствене заштите на својој територији;
3. координирање, подстицање, организацију и усмеравање спровођења здравствене заштите која се остварује делатношћу органа јединица локалне самоуправе, грађана, предузећа, социјалних, образовних и других установа и других организација;

4. планирање и ostvarивање сопственог програма за очување и заштиту здравља од загађене животне средине проузроковане штетним и опасним материјама у ваздуху, води и земљишту, одлагањем отпадних материја, опасних хемикалија, изворима јонизујућих и нејонизујућих зрачења, буком и вибрацијама на својој територији, као и вршењем систематских испитивања животних намирница, предмета опште употребе, минералних вода за пиће, воде за пиће и других вода које служе за производњу и прераду животних намирница и санитарно-хигијенске и рекреативне потребе, ради утврђивања њихове здравствене и хигијенске исправности и прописаног квалитета;

5. обезбеђивање средстава за вршење оснивачких права над здравственим установама чији је оснивач у складу са законом и Планом мреже здравствених установа, а које обухвата изградњу, одржавање и опремање здравствених установа, односно инвестиционо улагање, инвестиционо-текуће одржавање просторија, медицинске и немедицинске опреме и превозних средстава, опреме у области интегрисаног здравственог информационог система, као и за друге обавезе одређене законом и актом о оснивању;

6. сарадња са хуманитарним и стручним организацијама, савезима и удружењима, на пословима развоја здравствене заштите;

7. може да обезбеди услове за бољу кадровску обезбеђеност здравствене установе чији је оснивач, до норматива, односно стандарда прописаних у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона, за које се, због недостатка финансијских средстава у систему обавезног здравственог осигурања, средства не могу обезбедити на основу уговора закљученог са организацијом за обавезно здравствено осигурање, односно због недостатка сопствених прихода здравствене установе, а до стварања услова да се кадровска обезбеђеност финансира из средстава оба-

везног здравственог осигурања, односно из сопствених прихода здравствене установе;

8. обезбеђивање средстава за пружање хитне медицинске помоћи у складу са чланом 162, став 1 и 2 ЗЗЗ.

Општина, односно град обезбеђује рад мртвозорске службе на својој територији.

Аутономна покрајина, општина, односно град обезбеђује средства за ostvarивање друштвене бриге за здравље у буџету аутономне покрајине, општине, односно града, у складу са законом.

Аутономна покрајина, општина, односно град могу донети посебне програме здравствене заштите за поједине категорије становништва, односно врсте болести које су специфичне за аутономну покрајину, општину, односно град, а за које није донет посебан програм здравствене заштите на републичком нивоу, у складу са својим могућностима, и утврдити цене тих појединачних услуга, односно програма.

Друштвена брига за здравље на нивоу аутономне покрајине, општине, односно града, према члану 13а ЗЗЗЗ, може да обухвати и мере за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите од интереса за грађане на територији аутономне покрајине, општине, односно града, којима се стварају услови за бољу доступност и приступачност у коришћењу здравствене заштите на својој територији у здравственим установама чији је оснивач, а који су виши од норматива, односно стандарда прописаних овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона у погледу простора, опреме, кадра, лекова и медицинских средстава, који се не обезбеђују под условима прописаним законом којим се уређује обавезно здравствено осигурање, укључујући и друге неопходне трошкове за рад здравствене установе којима се постиже виши стандард у обезбеђивању здравствене заштите.

Обезбеђивање кадра под условима из члана 13, тачка 7 ЗЗЗ, као и из члана 13а

333, подразумева обезбеђивање средстава за плате запослених, додатке на плате и друге накнаде у складу са законом, односно колективним уговором, као и доприносе за обавезно социјално осигурање.

Аутономна покрајина, општина, односно град може да обезбеди и средства за вршење оснивачких права над здравственим установама чији је оснивач, ради извршавања обавеза здравствених установа а по извршним судским одлукама, за обавезе које се не финансирају из средстава обавезног здравственог осигурања или на други начин у складу са законом, а за које обавеза здравствена установа не може да обезбеди средства у финансијском плану.

Аутономна покрајина, општина, односно град може да обезбеди и средства за осигурање објеката и опреме за здравствене установе чији је оснивач, у складу са законом.

6.2.1. Буџет аутономне покрајине, општине, односно града

Из буџета аутономне покрајине, општине, односно града, финансира се: **друштвена брига за здравље на нивоу аутономне покрајине, општине, односно града**, која у складу са члановима 13 и 13а 333 обухвата мере за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите од интереса за грађане на територији аутономне покрајине, општине, односно града.

ЗАКЉУЧАК

Децентрализација, схваћена као процес преношења овлашћења и одговорности са виших на ниже органе власти, у оквиру реформи система здравствене заштите, у већини европских земаља заузима централно место.

Доношењем *Закона о здравственој заштити*, марта 1992. године и *Закона о здравственом осигурању*, априла исте године, започиње процес централизације у систему здравствене заштите у Републици Србији.

Централизација у систему здравствене заштите у Републици Србији, до својих крајњих граница доведена је доношењем *Закона о изменама и допунама Закона о здравственој заштити*, 1996. године (када се локалној самоуправи одузимају оснивачка права над здравственим установама) и *Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању*, 1998. године (када се укида скупштина као орган Републичког завода за здравствено осигурање).

Постепена децентрализација у здравственој заштити и здравственом осигурању у Републици Србији настаје доношењем *Закона о локалној самоуправи и Закона о утврђивању одређених надлежности аутономне покрајине*, фебруара 2002. године.

Доношењем важећег *Закона о здравственој заштити*, децембра месеца 2005. године, стварају се реалне претпоставке за започињање процеса децентрализације у здравственој заштити на целој територији Републике Србије.

Међутим, доношењем важећег *Закона о здравственом осигурању*, такође у децембру 2005. године, не долази до децентрализације система здравственог осигурања. Здравствено осигурање на читавој територији Републике Србије спроводи Републички завод за здравствено осигурање и његове филијале које немају својство правног лица. Доношењем *Закона о изменама Закона о здравственом осигурању*, новембра 2014. године, функцију управљања над Републичким фондом за здравствено осигурање преузима држава, на начин да од седам чланова Управног одбора четири члана именује и разрешава Влада, на предлог министра надлежног за послове здравља.

Начин организације система здравствене заштите зависи од већег броја чинилаца: економских, политичких, историјских, културолошких и других.

Могуће предности децентрализације система здравствене заштите су: 1) боља контрола спровођења здравственог осигурања.

гурања, 2) боља контрола коришћења средстава здравственог осигурања, 3) ефикаснији одговор на специфичне потребе становника појединих региона, 4) већа заинтересованост здравствених установа да рационалније користе расположива средства, 5) већа заинтересованост локалне привреде да помаже здравствене установе на свом подручју, 6) боља наплативост пореза и доприноса, 7) смањење сиве економије, 8) равномернији регионални развој (настојало би се да подручје сваког регионалног фонда-завода располаже економским потенцијалом неопходним за финансирање највећег дела здравствених потреба, а да се

мањи део недостајућих средстава обезбеди солидарношћу других региона, 8) равномернији развој здравствених капацитета на читавој територији земље, 9) допринос решавању демографских проблема и смањење миграција ка великим градовима, 10) децентрализација одлучивања о укупним средствима за здравствену заштиту и здравствено осигурање, 11) смањење корупције, 12) раст поверења грађана у државне институције, 13) повећање одговорности локалних самоуправа за развој система здравствене заштите и друге предности.

ЛИТЕРАТУРА

1. European Health Care Reforms, *Analysis of Current Strategies*, Summary, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995.
2. Рајко Косановић, Сања Пауновић: Правноекономски лексикон/ Legal-Economic Lexicon; Савез самосталних синдиката Србије – Confederation of Autonomus Trade Unions of Serbia, 2015 (Београд: Службени гласник).
3. Рајко Косановић, Христо Анђелски: Основни правци развоја здравственог осигурања у Републици Србији (1922–2014) – Basic directions of development health insurance in The Republic of Serbia (1922–2014) – Здравствена заштита, 2015;3.
4. Рајко Косановић, Христо Анђелски: Права из здравственог осигурања у Републици Србији (1922–2015) – Rights from health insurance in the Republic of Serbia (1922–2015) – Здравствена заштита, 2015;5.
5. Закон о здравственој заштити (Службени гласник СРС 4/90 и 40/90).
6. Закон о здравственој заштити (Службени гласник СРС 30/79, 59/82, 18/83, 22/84, 50,84, 51/85, 49/86, 28/87 и 42/87 – пречишћен текст).
7. Закон о здравственој заштити (Службени гласник РС 17/92, 26/92, 50/92, 52/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96 и 18/02).
8. Закон о изменама и допунама Закона о здравственој заштити (Службени гласник РС 25/96).
9. Закон о здравственом осигурању (Службени гласник РС 18/92).
10. Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању (Службени гласник РС 46/98).
11. Закон о утврђивању одређених надлежности аутономне покрајине (Службени гласник РС 6/02).
12. Закон о здравственој заштити (Службени гласник РС 107/05).
13. Закон о изменама и допунама Закона о здравственој заштити (Службени гласник РС 106/15).
14. Закон о здравственој заштити (Службени гласник РС 107/05, 72/09 – др. закон, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 – др. закон, 93/14 и 96/15).
15. Закон о здравственом осигурању (Службени гласник РС 107/05).
16. Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању (Службени гласник РС 57/11).

17. Закон о изменама Закона о здравственом осигурању (Службени гласник РС 123/14).

18. Закон о здравственом осигурању (Службени гласник РС 107/2005, 109/2005 – испр. 57/2011, 110/2012 – одлука УС, 119/2012 и 99/2014).

19. Закон о изменама и допунама Закона о пензијском и инвалидском осигурању (Службени гласник РС 75/14).

20. Закон о изменама и допунама Закона о запошљавању и осигурању за случај незапослености (Службени гласник РС 38/15).

21. Закон о здравственој заштити (Службени гласник РС 107/05, 72/09 – др. закон, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 – др. закон, 93/14, 96/15 и 106/15).

Контакт: Др Рајко Косановић, Београд, e-mail drrajko@gmail.com