

*Dr Katarina Jovičić*

## **OSNOVNA PITANJA ZDRAVSTVENIH SISTEMA U EVROPSKIM ZEMLJAMA**

### **1. TROŠKOVI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE - STATISTIČKI POKAZATELJI**

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

---

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

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

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

Statistički podaci o troškovima za zdravstvenu zaštitu pokazuju da oni konstantno rastu u svim državama<sup>10</sup> i to po stopi koja je veća nego stopa rasta bruto društvenog proizvoda (u daljem tekstu: BDP).<sup>11</sup> Procentualno učešće ukupnih troškova za zdravstvenu zaštitu u odnosu na BDP po pojedinim zemljama za 2002. i 2010. godinu (odn. godinu najbližu 2012. za koju je evidentiran podatak) prikazuje Tabela 1, dok se u Tabeli 2. daje prikaz troškova zdravstvene nege po glavi stanovnika izraženih u USD u istim zemljama za navedene godine.<sup>12</sup>

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

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

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

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

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

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

Velika Britanija	7,6%	9,6%
SAD	15,1%	17,6%
Srbija	5,8%	9,9% <sup>13</sup>

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

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

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

<sup>13</sup> Izvor: Kosanović R., *Socijalno pravo*, Beograd 2011.

<sup>14</sup> Podaci za Srbiju se odnose na 2003. i 2009. godinu, objavljeni su na sajtu Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, [www.batut.org.rs](http://www.batut.org.rs).

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

<sup>18</sup> Ovaj sistem se primenjuje, na primer, u Holandiji.

<sup>19</sup> Ovo važi, na primer, u Francuskoj.

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

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

## 2. MODELI ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

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

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

---

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

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

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

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

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

Iako svaka država samostalno određuje sistem zdravstvenog osiguranja prema sopstvenim potrebama i u skladu sa sopstvenim socijalnim i ekonomskim pokazateljima, danas se svi ti sistemi mogu, prema karakterističnim rešenjima, grupisati u nekoliko modela. Od svih podela najpoznatija i najuticajnija je ona koju je sačinila Svetska zdravstvena organizacija<sup>23</sup> polazeći od načina finansiranja, načina upravljanja i odlučivanja o pravima i obavezama u sistemu zdravstvene zaštite, kao i od uključenosti stanovništva u tu zaštitu, solidarnosti i planiranju područja osiguranja. Prema tim karakteristikama razlikuju se četiri modela sistema zdravstvenog osiguranja: Bizmarkov model, Beveridžov model, Semaškov (socijalistički) model i Tržišni model.<sup>24</sup>

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

---

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

<sup>23</sup>World Health Organisation (WHO), [www.who.int](http://www.who.int)

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

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

<sup>26</sup>*Social Health Insurance (SHI)*.

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

<sup>33</sup> Više o ovome: Rakonjac-Antić, T., op. cit, str. 198.

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



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

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

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

### 3. NAČINI PLAĆANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA

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

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

1. putem plate;
2. po zdravstvenoj usluzi;

---

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

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

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

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

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

### 3.1. Plaćanje putem plate

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

Ipak, plaćanje putem plata ima i određenih prednosti, među kojima je najznačajnija ta što se tako uspešno kontrolišu troškovi za zdravstvenu zaštitu<sup>39</sup>. Sem toga, u ovom sistemu zdravstvene usluge su svima jednako dostupne, makar formalno, a i administracija koja prati ova plaćanja je jednostavna te ne zahteva mnogo vremena niti troškova.

---

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

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

### 3.2. Plaćanje po zdravstvenoj usluzi

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

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

### 3.3. Plaćanje po osnovu kapitacije

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

---

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

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

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

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

### 3.4. Plaćanje po sistemu dijagnostički srodnih grupa (DSG)

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

### 3.5. Plaćanje po bolničkom danu

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

### 3.6. Plaćanje po osnovu unapred određenog budžeta

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

---

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

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

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

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

---

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

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

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

### 3.7. Kombinovani načini plaćanja za zdravstvene usluge

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

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

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

---

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

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



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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

## 5. OBAVEZNI PAKET ZDRAVSTVENIH USLUGA

Određivanje paketa usluga koje obuhvata obavezno zdravstveno osiguranje<sup>58</sup> je ključno pitanje svakog zdravstvenog sistema, ali i najvažnije političko pitanje jer od obaveznog paketa zdravstvenih usluga, u načelu, zavisi da li će država uspeti da obezbedi univerzalnu zdravstvenu zaštitu stanovništva, što je preduslov za ostvarivanje osnovnih ciljeva zdravstvene politike. Drugim rečima, uspešno sprovođenje zdravstvene politike moguće je samo ako država obezbedi svim građanima medicinski neophodnu, delotvornu i finansijski efikasnu zdravstvenu uslugu.

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

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

---

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

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

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

## 5.1. Način određivanja obaveznog paketa zdravstvenih usluga

Određivanje paketa usluga koje obuhvata obavezno zdravstveno osiguranje je, u načelu, pitanje o kome se konačno rešava pregovorima između države, fondova i lekara.<sup>60</sup> Njihova uloga u tim pregovorima, međutim, nije ista i dominantnu reč, po pravilu, vodi država, to jest vlada<sup>61</sup> jer je pitanje obaveznog paketa zdravstvenih usluga, kao što je već pomenuto, jedno od najvažnijih političkih pitanja. Ipak, vlada retko o ovom pitanju odlučuje potpuno samostalno, već u saradnji sa odgovarajućim telima. Tako su neke države, na primer, Holandija i Švajcarska, osnovale posebne agencije<sup>62</sup> koje su, između ostalog, ovlašćene da ministarstvu nadležnom za poslove zdravlja predlažu usluge koje bi trebalo obuhvatiti obaveznim paketom zdravstvenih usluga. I u Nemačkoj postoji takva agencija, ali Parlament nije dužan da njen predlog usvoji (u praksi se, ipak, predlog agencije odbija veoma retko), dok su u Francuskoj, na primer, ove agencije manje samostalne i rade u saradnji, odnosno pod nadzorom nadležnih ministarstava.<sup>63</sup> Ipak, treba praviti razliku između sadržine obaveznog paketa zdravstvenih usluga, s jedne strane, i cene tih usluga, s druge jer cene, po pravilu, nisu u nadležnosti pomenutih agencija, sem u Holandiji, ali samo kada je o stomatološkim uslugama reč.<sup>64</sup>

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

---

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

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

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

<sup>62</sup> U ovom kontekstu termin Agencije označava samoregulatorna tela, u čiji sastav po pravilu ulaze predstavnici osiguravajućih organizacija i davaoca zdravstvenih usluga.

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

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

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

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

## 5.2. Sadržina obaveznog paketa zdravstvenih usluga

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

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

---

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

<sup>73</sup> *Ibidem*.



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

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

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

---

<sup>74</sup> Ibidem.

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

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

### 5.3. Ograničenja obaveznog paketa zdravstvenih usluga

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

---

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

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

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

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

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

---

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

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

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

## 6. ULOGA DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U FINANSIRANJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

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

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

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

---

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

---

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

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

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

<sup>86</sup> Videti: Thomson, S., Mossialos, E., ibidem.

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

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

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

---

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

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

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

## 7. EVROPSKA KARTA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Evropska karta zdravstvenog osiguranja<sup>90</sup> je međunarodno zdravstveno osiguranje koje se izdaje svim građanima bilo koje države članice Evropske unije i to bez naknade, pod uslovom da su osigurani u sistemu obaveznog, javnog zdravstvenog osiguranja u državi članici.<sup>91</sup> Ova karta zdravstvenog osiguranja daje pravo na medicinsku pomoć u javnoj zdravstvenoj ustanovi u bilo kojoj državi koja je u sistemu u kome se ona izdaje. Ova pomoć je besplatna ili je njena cena smanjena ako se pokaže da je određenom licu medicinski tretman neophodan za vreme njegovog boravka u inostranstvu. Karta pokriva samo one medicinske usluge koje spadaju u paket obaveznog zdravstvenog osiguranja u zemlji u kojoj se traži da se pruži određena medicinska usluga.

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

---

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

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