**Системи здравствене заштите и њихово финансирање**

Литература:

1. Симић С. Социјална медицина. Београд: Медицински факултет Универзитета у Београду, 2012.
2. Цуцић В. Социјална медицина. Београд: Савремена администрација; 2000.
3. Закон о здравственој заштити („Сл. гласник РС", бр. *25/2019*)
4. Закон о здравственом осигурању („Сл. гласник РС", бр. *25/2019*)

Под системом подразумевамо скуп међусобно повезаних елемената који заједно доводе до достизања циљева у средини у којој систем егзистира.

Здравствени систем, је према најновијој дефиницији СЗО, скуп свих организација, институција и ресурса посвећених и усмерених ка предузимању акција чија је основна сврха, побољшање, очување или обнављање здравља људи.

СЗО је дефинисала заједнички оквир за разумевање здравствених система, који се састоји од „носећих стубова“ или основних функција система, интермедијарних и општих циљева. (дијаграм 1)

Дијаграм 1. Оквир за разумевање здравствених система према СЗО



Према овом оквиру, у функције здравствених система спадају:

* Управљање здравственим системом
* Пружање здравствених услуга становницима, како индивидуалних тако и популационих по организационим нивоима здравствене заштите
* Генерисање ресурса, при чему су ресурси људи запослени у систему, лекови и медицинска средства, здравствене технологије, подаци, информације и знање.
* Финансирање подразумева прикупљање средстава за плаћање даваоцима здравствених услуга за њихов рад, куповину опреме, и улагање у капиталне инвестиције у здравственом систему.

**Управљање здравственим системом** се односи на формулисање здравствене политике, здравствено законодавство и регулативу, као и на кординацију свим функцијама система. Управљање и вођење здравственог система односи се на улогу државе у очувању и унапређењу здравља људи и њене односе са свим кључним актерима чије активности имају утицај на здравље (даваоци здравствених услуга, фонд здравственог осигурања, невладина удружења и становништво).

**Пружање здравствених услуга-** У сваком здравственом систему, добре здравствене услуге су оне које су пружене делотворно, безбедно по корисника, квалитетно, када и где су потребне, с оптималним коришћењем увек ограничених ресурса. Организација пружања здравствених услуга се у свим здравственим системима уобичајено одвија на три нивоа- примарном, секундарном и терцијарном. Први ниво контакта остварује се у установама примарне здравствене заштите. Најчешће се организују за територију локалне заједнице (општине), здравствене услуге пружају лекари опште медицине и на овом нивоу се задовољава највећи број потреба за здравстевном заштитом.

С овог нивоа се корисници, односно пацијенти упућују на више нивое, превасходно ниво секундарне здравствене заштите- специјалистичко-консулатативне и болничке, где се обезбеђују комплексније здравствене услуге. Највиши, или терцијарни ниво односи се на високоспецијализовану здравствену заштиту, која се најчешће пружа у универзитетским болницама или клиникама, и где се решавају најкомплекснија обољења и стања.

**Ресурсе здравственог система** чине хумани ресурси (људи запослени у здравственом систему) и зграде, опрема и знање (физички ресурси). Здравствени кадар чине сви људи који су укључени у активности чија је основна сврха да очувају и унапреде здравље људи. Чине га здравствени радници и сарадници непосредно укључениу пружање здравствених услуга, и административно и техничко особље, како у државном тако и у приватном здравственом сектору. Они уобичајено представљају између 4% и 10% свих запослених у једној земљи, а њихова примања захватају између 40% и 50%нтрошкова за здравствену заштиту. Земље се међусобно разликују према врсти, вештинама и компетицијијама здравствене радне снаге, као и према структури по полу и годинама старости. Може се рећи да постоји позитивна корелација у обезбеђености становника здравственим радницима, обухвата становништва здравственом заштитом и исходима по здравље људи, односно боља обезбеђеност води већем обухвату и бољим исходима по здравље. У већини земаља постоје урбано-руралне неједнакости у њиховој дистрибуцији.

**Финансирање здравственог система** јесте процес у коме се прикупљају средстава, формирају фондови и где се даваоци здравствених услуга плаћају за свој рад. Три међусобно повезане компоненте укључене су у финансирање: (1)прикупљање финансијских средстава од појединаца, домаћинставани послодаваца, (2) расподела средстава међу осигураним, (3) плаћање давалаца здравствених услуга за њихов рад.

Прикупљање средстава јесте мобилизација новца из различитих извора- од појединца и послодавца, до државе, донатора и спонзора. Извори новчаних средстава за финансирање здравствене заштите јесу:

* Порези, који могу бити општи и специфични, из којих се формира државни буџет, који се потом дели на све заинтересоване подсистеме чије функционисање зависи од државе
* Доприноси, индивидуални и доприноси послодаваца, из којих се формирају фондови обавезног социјалног (и здравственог) осигурања
* Премије осигурања, из којих се формирају фондови приватног здравственог осигурања
* Лично учешће осигураних лица у трошковима здравствене заштите (партиципација), као удео у трошковима здравствене заштите државног сектора
* Плаћање пуне цене здравствених услуга, најчешће у приватном сектору здравственог система, али у државном ако здравствене услуге нису обухваћене осигурањем
* Донације, прилози и поклони међународних и домаћих институција и појединаца.

***Порез*** је облик јавних прихода које држава наплаћује од физичких или правних лица као обавезна и неповратна давања за покриће општих и заједничких друштвених потреба. Порезе одређује држава без директне противнакнаде. Од других јавних прихода се разликују по томе што представљају обавезна и принудна давања наметнута ауторитетом власти. Држава утврђује висину пореске обавезе не доводећи је ни у какву непосредну корелацију са користи коју порески обвезник има од државе. Порези могу бити општи (на личне приходе, укупни доходак фирме) и специфични (порез на луксуз и други). Из пореза се формира државни буџет који се потом дели на све заинтересоване подсистеме друштва (принудна, ненаменска средства).

***Допринос*** је такође принудно давање, али представља накнаду за посебне користи које појединци или правна лица стичу на основу акција јавних органа које они чине у општем интересу. Уводи се одлуком надлежног државног органа при чему спада у принудна давања. Од пореза се разликује по томе што се доприноси уводе као наменски приходи, па њихова висина стоји у одређеној корелацији са вредношћу и карактером учињене услуге. Доприносе је лако административно убирати. Послодавац од плате сваког запосленог одбија допринос за одређене намене, а затим плаћа и сопствени део. Доприноси су повезани са величином зараде. То је најчешће процентуални износ бруто личног дохотка запосленог. Допринос се радије плаћа него порез пошто је запослени свестан да стиче личну и конкретну корист од његовог плаћања – право на онакву здравствену заштиту каква је дефинисана законом и прописима. Доприноси који се плаћају на зараду су: допринос за пензијско и инвалидско (ПИО), допринос за здравствено осигурање, допринос за случај незапослености и још плаћамо порез на зараде. Доприноси се плаћају један део на терет запоселног, један део на терет послодавца. Доприносе је дужан да плати исплатилац зараде тј послодавац. Проценти за плаћање доприноса су 24% ПИО (11% на терет послодавца, 13% на терет запосленог), 12,3% допринос за здравствено осигурање (по 6,15% на терет запосленог и послодавца), 1.5% допринос за осигурање од незапослености(по 0,75% на терет запосленог и послодавца) и порез на зараде је 10%. Код приватног осигурања, уместо доприноса се плаћају премије осигурања, тј. новчани износи које осигураник плаћа осигуравачу на основу закљученог уговора о осигурању. Висина премије осигурања зависи од врсте и вероватноће настанка ризика осигурања.

***Партиципација*** представља лично учешће осигураника у трошковима коришћења здравствене заштите, односно доплаћивање одређене суме у фиксном или процентуалном износу од цене услуге у моменту њеног коришћења. Она је посебно значајна у системима у којим постоји потпун обухват становништва здравственом заштитом и великим обимом права из здравствене заштите. Феномен када корисник здравствене заштите нема никаквог подстицаја да води рачуна о трошковима, пошто му је све обезбеђено и „бесплатно“, познат је као „морални хазард“. Тада се обично уводи умерена партиципација, да би корисници били свеснији чињенице да све услуге имају своју цену.

Већина земаља користи комбинацију наведених начина финансирања здравствене заштите са доминацијом једног од облика финансирања.

**Формирање фондова** односи се на акумулацију финансијских средстава, као би се обезбедиле доити за оне који су та средства улагали. Ова средства се најчешће користе на основу принципа узајамности и солидарности, када је реч о државним и друштвеним фондовима, што значи да средства улажу сви а користе они који су у стању здравствене потребе.

Сврха система здравствене заштите је очување и унапређење здравља људи обезбеђивањем здравствених услуга становништву.

**Класификација здравствених система**

Постоји више начина и критеријума за класификовање система здравствене заштите, међу којима се истичу економски, друштвено-политички и административни критеријуми. Економски- основни критеријум за класификацију јесте економска развијеност једне земље (системи развијених земаља, земаља у развоју и неразвијених земаља), најчешће процењивана на основу друштвеног или националног доходка per capita, иражених у доларима.

Друштвено-политички – критеријум који обухвата доминантну идеологију, норме и вредносни систем у једној земљи, мада се најважнијим у овом контексту сматра право на здравље и здравствену заштиту дефинисано уставом једне земље и систематским законима.

Административна структура једне земље – која се се креће у распону од државне до приватизоване, од централизоване до децентрализоване и од плуралистичке до монистичке. Централизација подразумева централизацију важних функција попут контроле, руковођења и постављања стандарда за рад, док децентрализовани здравствени системи значе децентрализовано финансирање, организацију здравственог осигурања и спровођење здравствених програма. Плуралистички подразумева мноштво здравствених програма, док монистички подразумева груписање целокупне одговорности у систему здравствене заштите на једну институцију, у већини земаља то је министарство здравља.

Најчешће коришћена и најпознатија подела система здравствене заштите је подела коју је предложила Организација за економску сарадњу и развој 1987. године, на основу које се сви системи здравствене заштите могу груписати у један од три основна модела на основу три критеријума – постигнутог обухвата становника здравственом заштитом, доминантног извора финансирања здравствене заштите и доминантног власништва над зградама и опремом:

1. Систем националне здравствене службе – Бевериџов модел
2. Систем социјалног осигурања – Бизмарков модел
3. Систем приватног осигурања – модел независних или суверених корисника

***Систем националне здравствене службе – Бевериџов модел***

Систем националне здравствене службе – Бевериџов модел је прва увела Велика Британија 1948. Године. За овај модел је карактеристичан поптун обухват становништва здравственом заштитом, финансирање путем општих и специфичних пореза, а власништво над зградама и опремом је доминантно државно. Скандинавске земље су следиле пример Британије шездесетих, а медитеранске земље осамдесетих година. Земље централне и источне Европе су све донедавно имале системе здравствене заштите сличне систему националне здравствене службе. Распадом социјализма овај модел је углавном напуштен и у свим бившим социјалистичким земљама су предузете опсежне реформе система здравствене заштите.

***Систем социјалног осигурања – Бизмарков модел***

Систем социјалног осигурања – Бизмарков модел назван је по Оту Бизмарку који је 1883. године, у Немачкој, први увео неке облике обавезног социјалног осигурања радника. За овај систем је карактеристично постојање обавезног здравственог осигурања свих запослених, финансирање преко доприноса запослених и њихових послодаваца и друштвено и/или приватно власништво над зградама и опремом у здравству.

Осигурање представља институцију за надокнаду штете настале појавом стихијских и других ванредних догађаја као и несрећних случајева којима су изложени друштво и појединци. То је правни однос који настаје на основу уговора или закона и којим се уговарач осигуранја (осигураник) обавезује да на начелим узајамности и солидарности удружи одређени износ у заједницу осигурања, односно заједницу ризика (осигуравач), а заједница се са своје стране обавезује да када наступи догађај (ризик) који представља осигурани случај, обезбеди осигуранику из фонда осигурања коришћење права која му из уговореног односа припадају.

Осигурање се може поделити:

* Према објекту који се осигурава, на осигурање имовине (осигурање ствари или осигурање од штете) и осигурање лица (осигурање живота и здравља)
* Према методу спровођења, може бити: обавезно и добровољно.

Као посебан облик осигурања, издваја се социјално осигурање. То је законом или на основу закона установљена, обавезна материјална заштита и обезбеђење радних људи и чланова њихових породица у случајевима када услед болести, несреће на послу и ван посла, изнемоглости, старости, смрти и незапослености не могу да раде и радом обезбеде себи и члановима своје породице средства за живот, као и у другим случајевима установљеним законом. Према томе каквог су карактера права која се остварују по разним основама, разликује се здравствено, инвалидско и пензионо осигурање. Основна карактеристика социјалног осигурања је да се заснива на начелу узајамности и солидарности у обезбеђивању потребних средстава, односно заједничка обавеза, свест о потреби заједничке одговорности, што подразумева да појединац мора да плати допринос осигурања према својим могућностима (одређена пропорција зараде осигураника и укупне зараде послодавца), а користи услуге здравствене службе према својим потребама.

**Систем приватног осигурања – модел независних или суверених корисника**

Модел здравственог система који почива на приватном здравственом осигурању има мали обухват становника здравственом заштитом, велики број неосигураних особа, финансира се из фондова приватног осигурања који се формирају путем премија осигурања, власништво над зградама и опремом је доминантно приватно. Поред САД, варијанте овог модела заступљене су у Швајцарској, Турској и неким скандинавским земљама.

**Обухват становништва здравственом заштитом**

**и права из здравствене заштите**

***Обухват становништва здравственом заштитом*** представља показатељ дела становништва које има право на здравствену заштиту и може користити услуге здравствене службе.

***Права из здравствене заштите*** обично обухватају ванболничко и болничко лечење. Разлике међу земљама су у стоматолошкој здравственој заштити, правима на лекове, ортопедске справе и помагала, кућну негу и лечење, банјско-климатско лечење, естетске корекције. Поред индивидуалних права, многе земље истичу и важност колективних права из здравствене заштите, тако што се уводе бројне мере и активности које се односе на контролу загађења и заштиту животне средине, спречавања ширења заразних болести, контролу квалитета и употребу лекова, антенаталну и постнаталну здравствену заштиту, борбу против болести зависности и др.