

MART 2015.

# **IZVORI FINANSIRANJA ZDRAVSTVENIH USTANOVA**

Ovaj dokument nastao je u okviru zajedničkog projekta BIRN-a i CINS-a u saradnji sa Pravnim skenerom, kao deo programa "Jačanje medijske slobode u Srbiji" koji finansira Evropska unija. Stavovi izrečeni u dokumentu predstavljaju stavove autora i ne oslikavaju stavove EU.



**Jačanje medijske slobode u Srbiji**

# IZVORI FINANSIRANJA ZDRAVSTVENIH USTANOVA

- Opšti osvrt -

Zakonski propisi koji regulišu finansiranje zdravstvenih ustanova rasuti su u nekoliko zakona, ali i u velikom broju podzakonskih akata. Pojedini propisi oblast finansiranja regulišu na direktan način, dok je za druge potrebno pravno tumačenje. Norme koje uređuju finansiranje zdravstvenog sistema imaju previše praznina koje se odnose na: izvore finansiranja, način trošenja sredstava, odgovornost za trošenje novca, izbor i stručnost osoba koje su nadležne za odlučivanje, pakete usluga i transparentnost rada. Takođe, ove norme su nekada nejasne i neprimenljive u praksi. Da bi sve negativne tačke bile eliminisane, potrebno je početi od promena u krovnim zakonima, zatim u podzakonskim aktima i na kraju dati ocenu njihove primene.

Analiza ima za predmet izvore finansiranja zdravstvenih ustanova iz ugla prava, te se rezultat ne može dobiti jednostavnim sabiranjem i oduzimanjem. Zbog toga je veoma bitno ukazati na neophodnost usklađivanja normi i zdravstvenog sistema, kontrole tumačenja zakona i unapređivanja zdravstvenog sistema tako da se prate potrebe stanovništva.

Cilj analize je da ukaže na glavne probleme u vezi sa izvorima, realizacijom i upravljanjem finansiranja zdravstvenih ustanova koji postoje u zakonskoj regulativi, ali i da ponudi rešenja za izmenu spornih normi i primenu propisa.

## **Metodologija**

Analiza uključuje nekoliko izvora:

- višegodišnji monitoring rada zdravstvenih ustanova – predstavnici zdravstvenih ustanova su prvi izvor podataka koji direktno mogu ukazati na sve probleme koji se pojavljuju u praksi. Ipak, u prihvatanju stavova i mišljenja mora se biti obazriv jer mogu biti posledica subjektivne ocene, bez racionalne osnove. To znači da tela koja vode ustanovu uvek teže ka što manjoj kontroli, te predlažu izmene koje se kose sa osnovnim načelima zdravstvene zaštite;

- zakone – sadržina dva krovna zakona (Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju) koji regulišu zdravstveni sistem su osnova za analizu izvora finansiranja zdravstvenih ustanova;
- izveštaje Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje – osim numeričkih podataka, izveštaji često sadrže i kvalitativnu ocenu prihoda i rashoda u zdravstvenoj zaštiti.

U izveštaj su uključeni i zaključci sa debate o finansiranju zdravstvenih ustanova na kojoj su učestvovali predstavnici Ministarstva zdravlja, Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, opšte bolnice i narodni poslanik Narodne skupštine Republike Srbije.

### **Uvod**

Da je zdravstveni sistem dobar, bar bi jedna od strana bila zadovoljna – zaposleni u zdravstvu ili pacijenti. Međutim, u Srbiji stanjem u zdravstvu niko nije zadovoljan, a to nezadovoljstvo se u najvećem delu odnosi na finansijski segment. U ovom trenutku kao da je nemoguće početi sa sređivanjem finansijskog dela jer se više od deset godina govori o reformama zdravstva, a ne vidi se pozitivan rezultat.

Koliko je loš kvalitet zdravstvenih usluga govori i istraživanje koje je sproveo Health Consumer Powerhouse (HCP)<sup>1</sup> za 2012.<sup>2</sup> 2013.<sup>3</sup> i 2014.<sup>4</sup> godinu. Prema ovim istraživanjima Srbija je dve godine uzastopno bila na poslednjem mestu u Evropi. Najnoviji izveštaj pokazuje da se Srbija pomerila sa poslednjeg mesta. Sada je po kvalitetu zdravstvene zaštite od Srbije lošija Rumunija (453), ali i dve zemlje koje su prvi put uključene u istraživanje (Crna Gora - 463 i Bosna i Hercegovina - 420).

Finansiranje zdravstvenih ustanova u Republici Srbiji trebalo bi da pripada jednostavnom režimu jer se kao osnovni izvori podrazumevaju Ministarstvo zdravlja i Republički fond za zdravstveno osiguranje. Uopšteno posmatrajući put finansijskih sredstava, moglo bi se reći da se novac za zdravstveni sistem kreće po vertikalnoj pravoj liniji čija vrednost zavisi od budžeta koji se usvaja na kraju svake godine.

<sup>1</sup> <http://www.healthpowerhouse.com/>

<sup>2</sup> <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>

<sup>3</sup> <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>

<sup>4</sup> [http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2014/EHCI\\_2014\\_report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf)

Pravolinijska predstava toka finansija može biti zasnovana i na činjenici da postoji monopol zdravstvenog osiguranja – obavezno zdravstveno osiguranje i pružaoci usluga su državne zdravstvene ustanove. Ipak, uzimajući u obzir brojne propise, njihovu nejednaku primenu u praksi i često menjanje pravnih akata, model finansiranja zdravstvenih ustanova je veoma konfuzan. Sistem prihoda i rashoda, prava i obaveza, zbunjujuć je čak i za zaposlene u nemedicinskom sektoru ustanova koji su nadležni da izveštavaju nadležne organe, odnosno Republički fond za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: RFZO).

### ***Sistem zdravstvene zaštite***

Modeli organizacije zdravstvenog sistema - Organizacija zdravstvene zaštite u svetu počiva na četiri modela: Bizmarkov, Beveridžev, Semaškov i tržišni. Jedan od osnovnih kriterijuma za razlikovanje modela je način finansiranja. U prvo vreme svi modeli su imali svoje specifičnosti koje su ih sasvim precizno razdvajale od drugih sistema. Danas, nakon razvoja društva, medicine i ekonomije, ne može se reći da su modeli ostali isti kao u svojim početnim fazama. Zbog velikog broja uticaja drugih faktora države su morale da koriguju svoje modele i prilagode ih potrebama modernog vremena.<sup>5</sup>

Organizacija zdravstvenog sistema u Srbiji – Zdravstveni sistem u Srbiji je zasnovan na Bizmarkovom modelu, odnosno najveći deo prihoda potiče od doprinosa poslodavaca i osiguranika. Funkcionisanje zdravstvenog sistema regulišu dva krovna zakona: Zakon o zdravstvenoj zaštiti<sup>6</sup> (u daljem tekstu: ZZZ) i Zakon o zdravstvenom osiguranju<sup>7</sup> (u daljem tekstu: ZZO). Oba zakona sadrže osnovna načela i opšte odredbe koje uređuju zdravstveni sistem.

<sup>5</sup> Da bi se razumela organizacija zdravstvene zaštite potrebno je navesti osnovne odlike pet modela finansiranja i uređenja zdravstvenog sektora (Bizmarkov sistem – Prema ovom sistemu zdravstvena zaštita se finansira iz doprinosa poslodavaca i osiguranika, skoro celokupno stanovništvo je uključeno u zdravstvenu zaštitu. Jedna od osnovnih karakteristika je apsolutna solidarnost. Beveridžev sistem – Zdravstveni sistem se finansira iz poreza, odnosno iz državnog budžeta. Stanovništvo je 100% uključeno u zdravstvenu zaštitu. Princip solidarnosti je apsolutno primenljiv. Semaškov sistem - Prema ovom modelu država odgovara za zdravstvenu zaštitu i potpuno obezbeđuje finansijska sredstva. Kao i u prethodnom modelu, ovaj sistem uključuje celokupno stanovništvo. Apsolutna solidarnost je veoma izražena. Tržišni sistem–Zdravstvena zaštita u SAD je specifična i različita od prethodna tri sistema. Onaje organizovana po tržišnim principima što znači da su svi građani slobodni u odlučivanju da li će izdvajati sredstva za zdravstveno osiguranje. U skladu sa tim ne postoji ni princip solidarnosti. "Out of pocket" ili direktno plaćanje iz džepa – Uzemljama u kojima ne postoji organizovan sistem zdravstvene zaštite građani plaćaju usluge direktno zdravstvenim ustanovama. Model „out of pocket“ je karakterističan za veoma siromašne zemlje).

<sup>6</sup>Sl. glasnik RS, br. 107/2005, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012 i 93/2014

<sup>7</sup>Sl. glasnik RS, br. 107/2005, 109/2005, 57/2011, 110/2012, 119/2012, 99/2014, 123/2014 i 126/2014

Prema ZZZ medicinske usluge pacijenti mogu dobiti na tri nivoa što zavisi od složenosti zdravstvenog problema. Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova<sup>8</sup> (u daljem tekstu: Plan mreže) detaljnije definiše teritorijalni raspored ustanova, njihovu strukturu i kapacitete. Prema Planu mreže zdravstvena zaštita je organizovana na:

- primarnom nivou u okviru domova zdravlja koji se osnivaju za teritoriju jedne opštine sa najmanje 10.000 stanovnika;
- sekundarnom nivou gde su nadležne opšte i specijalne bolnice;
- tercijarnom nivou gde pacijenti mogu dobiti usluge u kliničko-bolničkim centrima, klinikama, institutima i kliničkim centarima. Ove zdravstvene ustanove obezbeđuju visokospecijalizovanu specijalističko-konsultativnu i stacionarnu zdravstvenu zaštitu.

Zdravstveno osiguranje u Srbiji je obavezno i zasnovano na principu apsolutne solidarnosti. Načelo solidarnosti je definisano u članu 11 ZZO prema kojem osiguranici snose troškove osiguranja u skladu sa svojim materijalnim mogućnostima, ali ih koriste sva lica kod kojih je nastupila bolest. Ipak, pravo na korišćenje zdravstvene zaštite nije apsolutno i neograničeno jer su u članu 17 taksativno nabrojane grupe osiguranika, a u članu 22 posebne grupe osiguranika koje ne ispunjavaju uslove za sticanje svojstva osiguranika iz člana 17. Dakle, može se zaključiti da je zdravstvena zaštita dostupna osiguranicima iz članova 17 i 22 ZZO, a ne svim građanima bez uslova.

Sprovođenje zdravstvenog osiguranja jedino je povereno Republičkom fondu za zdravstveno osiguranje. RFZO predstavlja pravno lice koje vrši javna ovlašćenja.

### ***Izvori, realizacija i upravljanje finansiranjem zdravstvenih ustanova prema zakonskoj regulativi***

Kada se nabroje usvojeni zakoni i podzakonski akti moglo bi se reći da je Srbija mislila i na najmanji segment zdravstvene zaštite, odnosno da je reč o jednom strogo regulisanom sistemu koji primarno brine o kvalitetu zdravstvenih usluga. Kvantitativni kriterijum ocene zdravstva može da dovede do pogrešnih ocena jer je u potpunoj suprotnosti sa kvalitetom propisa. Sadržina pravnih akata je zbunjujuća, nekompletna i kontradiktorna. Zbog toga postoje brojne povrede prava pacijenata, osiguranika, zloupotrebe i korupcija. Isti problemi

<sup>8</sup>Sl. glasnik RS, br. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012, 37/2012 i 8/2014

i iste posledice prožimaju se kroz različita polja zdravstvene zaštite – od načina pružanja usluga do finansiranja. Ovakvom stanju doprinele su česte parcijalne promene normi i veliki broj važećih propisa. Kontinuirane priče o „značajnim“ izmenama stvaraju privid da se prave postepeni koraci ka poboljšanju kvaliteta usluga.

Pored svega prethodno navedenog postavlja se i pitanje dostupnosti zdravstvene zaštite i uticaj obima i načina finansiranja zdravstvenih ustanova (pružaoca medicinskih usluga) na kvalitet usluga. Krovni zakoni su osnovni i sadrže odredbe o finansiranju, odnosu Ministarstva zdravlja, RFZO-a, zdravstvenih ustanova, pacijenata i osiguranika.

**Zakon o zdravstvenoj zaštiti** ističe da je najvažnija društvena briga za zdravlje i da planiranje sredstava mora biti u skladu sa potrebama stanovništva. Već na početku dolazimo do ozbiljnog problema – ne postoji zdravstvena karta stanovništva. Zbog toga nije moguće utvrditi potrebe građana, obezbediti sredstva, uključiti nepredviđene okolnosti i planirati aktivnosti koje podstiču prevenciju. Na sajtu Instituta za javno zdravlje Srbije “Dr Milan Jovanović Batut” nalazi se „Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije“ za 2013. godinu<sup>9</sup> koji bi mogao biti osnov za kreiranje zdravstvene karte stanovništva. Ovaj izveštaj sadrži numeričke podatke, ali bez analitičkog dela. Zbog nedostatka kvalitativne ocene podataka ne može se govoriti o zdravstvenoj karti, već o bazi brojeva čija analiza može doprineti kreiranju prave zdravstvene karte stanovništva.

Prema ZZZ zdravstvene ustanove se mogu finansirati iz<sup>10</sup>:

- doprinosa za obavezno socijalno osiguranje ukoliko ima zaključen ugovor sa RFZO;
- sredstava osnivača, budžeta Republike, budžeta lokalne samouprave;
- prihoda nastalih upotrebom javnih sredstava za usluge koje nisu obuhvaćene ugovorom sa Republičkim fondom za zdravstveno osiguranje:
  - ❖ izdavanje u zakup slobodnog kapaciteta, odnosno na korišćenje nepokretnosti i pokretnih stvari u državnoj svojini, odnosno u svojini autonomne pokrajine i jedinice lokalne samouprave;
  - ❖ obavljanje naučnoistraživačke i obrazovne delatnosti;
- poklona;
- donacija;
- legata i zaveštanja;

<sup>9</sup> <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2013.pdf>

<sup>10</sup> Zakon o zdravstvenoj zaštiti član 159

- drugih izvora u skladu sa zakonom.

U odeljku D – Sticanje i raspolaganje sredstvima zdravstvenih ustanova i privatne prakse članovima 159 – 164 ZZZ regulisani su izvori finansiranja. Međutim, veliki je problem što nije posvećeno dovoljno pažnje svim izvorima. Naime, pokloni, donacije, legati i zaveštanja za zakonodavca nisu imali poseban značaj što pokazuje da je uprava ustanove sasvim slobodna da samostalno pribavlja sredstva. Potrebno je naglasiti da se u ovom odeljku ne zabranjuje ustanovama da obezbede sredstva na jedan od načina koji se nalaze u članu 159. Ipak, član 159 zavisi od stručnosti, sposobnosti i inovativnosti direktora ustanove, članova Upravnog i Nadzornog odbora. Ovaj problem se direktno vezuje sa načinom, postupkom i kriterijumom za izbor direktora ustanove i članova Upravnog i Nadzornog odbora<sup>11</sup>.

**Zakon o zdravstvenom osiguranju** reguliše prava i obaveze iz zdravstvenog osiguranja, kao i ugovaranje zdravstvenih ustanova sa Republičkim fondom za zdravstveno osiguranje.

Prema članu 218 ZZO Republičkim fondom za zdravstveno osiguranje upravljaju predstavnici osiguranika:

„Republičkim fondom upravljaju predstavnici osiguranika, u skladu sa ovim zakonom.“

Daljom analizom ZZO-a zaključuje se da je Upravni odbor nadležan za upravljanje RFZO-om. U članu 221 određena je uloga Upravnog odbora u poslovanju RFZO-a:

- donosi statut i druge opšte akte Republičkog fonda;
- odlučuje o poslovanju Republičkog fonda, kao i o drugim pitanjima od značaja za rad Republičkog fonda;
- donosi finansijski plan i završni račun Republičkog fonda razmatra i usvaja izveštaj o radu ;
- sprovodi javni konkurs za imenovanje direktora Republičkog fonda;
- obavlja i druge poslove, u skladu sa zakonom i statutom;

---

<sup>11</sup> Prema članu 132 Zakona o zdravstvenoj zaštiti predviđeno je da lice imenovano za direktora mora da ima visoku školsku spremu zdravstvene struke ili visokoškolsku spremu druge struke sa završenom edukacijom iz oblasti zdravstvenog menadžmenta. Nije jasno zašto je zakonodavac smatrao da za upravljanje zdravstvenom ustanovom jedino zdravstvenim radnicima nije potrebna edukacija iz oblasti menadžmenta. Ovaj propust je doveo do toga da zdravstvene ustanove vode lekari koji nemaju iskustva u upravljanju.



- upravni odbor podnosi izveštaj o radu Vladi, najkasnije do 31. marta tekuće godine za prethodnu godinu.

Druga i treća stavka odnose se na to da Upravni odbor svojim odlukama direktno utiče na finansiranje zdravstvenih ustanova, odnosno na finansiranje zdravstvene zaštite. To potvrđuje i treći stav člana 221: "Delatnost Republičkog fonda koja se uređuje statutom iz stava 2. ovog člana obuhvata: sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi Republički fond, zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga, sprovođenje međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju, finansijsko poslovanje, obavljanje drugih stručnih, kontrolnih i administrativnih poslova, kao i davanje pravne i druge stručne pomoći osiguranim licima".

U članu 222 se nabroja da su članovi Upravnog odbora predstavnici različitih grupa osiguranika. Kao što je već objašnjeno ZZO je precizno odredio da Upravni odbor donosi finansijski plan i završni račun i da ima značajne nadležnosti u odlučivanju o definisanju poslovanja. Značajno je istaći da je upravljanje novcem jedinog fonda za obavezno zdravstveno osiguranje ključno za funkcionisanje zdravstva, te je i važno ko su članovi Upravnog odbora, kako se biraju i koja je njihova odgovornost.

Upravni odbor ima sedam članova koje imenuje i razrešava Vlada.

Struktura članova Upravnog odbora:

- četiri člana predlaže ministar zdravlja;
- jednog člana predstavnika osiguranika zaposlenih predlažu reprezentativni sindikati;
- jednog člana predstavnika osiguranika penzionera predlažu udruženja penzionera koja imaju više od 50.000 registrovanih članova;
- jednog člana predstavnika osiguranika zemljoradnika predlažu udruženja poljoprivrednika koja imaju više od 50.000 registrovanih članova.

Na sajtu RFZO-a<sup>12</sup> navedena su imena članova Upravnog odbora i koju grupu osiguranika predstavljaju, ali ne postoje informacije o njihovim biografijama i prethodnom iskustvu. Pošto je u ZZO predviđeno da članovi Upravnog odbora zastupaju interese svih osiguranika neophodno je da transparentnost njihove stručnosti bude na mnogo višem nivou.

<sup>12</sup><http://www.rfzo.rs/index.php/organizacija-main-54/upravni-odbor-main>

Drugo telo koje ima značajnu ulogu u finansiranju zdravstva je Nadzorni odbor. Izmenama ZZO 2014. godine broj članova Nadzornog odbora smanjen je sa sedam na pet članova. Rad, ovlašćenja i odgovornost članova Nadzornog odbora detaljnije su regulisane Statutom RFZO-a. Kao i članove Upravnog odbora, Vlada imenuje i članove Nadzornog odbora.

Struktura članova Nadzornog odbora:

- tri člana predlaže ministar zdravlja;
- jednog člana predstavnika osiguranika zaposlenih predlažu reprezentativni sindikati ;
- jednog člana predstavnika osiguranika penzionera predlažu udruženja penzionera koja imaju više od 50.000 registrovanih članova.

Uloga Nadzornog odbora je značajna isto kao i Upravnog. Jasno je da su njihove nadležnosti različite (Upravni odbog kreira politiku poslovanja, Nadzorni odbor kontroliše sprovođenje politike), ali rad oba odbora mora biti transparentan osiguranicima. U skladu sa navedenim preporuka za uklanjanje nedostataka je ista.

Ugovaranje zdravstvenih usluga između RFZO-a i zdravstvenih ustanova se zaključuje u skladu sa finansijskim planom RFZO-a. Prema članu 177 ZZO ponudu za zaključenje ugovora daje zdravstvena ustanova. Ponuda podrazumeva obavezu ustanove da RFZO-u dostavi plana rada ustanove.

***Pravilnik o ugovaranju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja sa davaocima zdravstvenih usluga*** za 2014. godinu<sup>13</sup> (u daljem tekstu: Pravilnik o ugovaranju) bliže određuje uslove i kriterijume za zaključivanje ugovora između RFZO-a i zdravstvenih ustanova. Ugovor sa RFZO-om mogu zaključiti i ustanove koje nisu u Planu mreže<sup>14</sup>, ali samo pod uslovom da usluge ne mogu obezbediti pružaoci zdravstvenih usluga koje se nalaze u Planu mreže. U ovom slučaju neophodno je mišljenje Instituta "Batut".

<sup>13</sup>Sl. glasnik RS, br. 115/2013, 24/2014, 33/2014, 50/2014, 71/2014,i 86/2014 i 142/2014

<sup>14</sup> Uredba o Planu mreže zdravstvenih ustanova (Sl. glasnik RS, br. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012, 37/2012 i 8/2014.) – član 1 "Ovom uredbom utvrđuje se Plan mreže zdravstvenih ustanova - broj, struktura, kapaciteti i prostorni raspored zdravstvenih ustanova u državnoj svojini (u daljem tekstu: zdravstvena ustanova) i njihovih organizacionih jedinica po nivoima zdravstvene zaštite, organizacija službe hitne medicinske pomoći, kao i druga pitanja od značaja za organizaciju zdravstvene službe u Republici Srbiji."

**Zakon o budžetskom sistemu**<sup>15</sup> navodi da su korisnici sredstava opredeljenih za obavezno socijalno osiguranje:

- organizacije za obavezno socijalno osiguranje;
- korisnici sredstava Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (zdravstvene i apotekarske ustanove čiji je osnivač Republika Srbija, odnosno lokalna vlast).

Prema ovom zakonu RFZO može odobriti preusmeravanje sa jedne budžetske linije na drugu u iznosu od 5% vrednosti konkretne budžetske linije. Izuzetno, preusmeravanje može biti i veće od 5%.<sup>16</sup>

Drugi relevantni zakonski i podzakonski akti za finansiranje zdravstvenih ustanova: Zakon o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje; Zakon o javnim nabavkama; Zakon o ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu dece, trudnica i porodilja; Zakon o lekovima i medicinskim sredstvima; Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti; Zakon o javnom zdravlju; Zakon o lečenju neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplođenja; Uredba o korektivnom koeficijentu, najvišem procentualnom uvećanju osnovne plate, kriterijumima i merilima za deo plate koji se ostvaruje po osnovu radnog učinka, kao i načinu obračuna plate zaposlenih u zdravstvenim ustanovama; Uredba o koeficijentima za obračun plata zaposlenih u javnim službama; Uredba o kriterijumima za formiranje cene lekova za upotrebu u humanoj medicini čiji je režim izdavanja na recept; Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji; Pravilnik o ugovaranju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

### ***Problemi u primeni propisa***

Ministarstvo zdravlja – Republika Srbija kao osnivač većine zdravstvenih ustanova, a ujedno i Ministarstvo zdravlja imaju važnu ulogu u kreiranju zdravstvene politike i stavljanju pečata na konačne odluke na nacionalnom nivou. Ova obaveza je definisana Ustavom Republike Srbije i brojnim zakonima. Kada se uporedi obim usvojenih propisa koji regulišu dužnost Ministarstva zdravlja da doprinosi unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite i

<sup>15</sup> Sl. glasnik RS, br. 54/2009, 73/2010, 101/2010, 101/2011, 93/2012, 62/2013, 63/2013, 108/2013 i 142/2014

<sup>16</sup> Prema članu 61 Zakona o budžetskom sistemu, organizacija za obavezno socijalno osiguranje, na osnovu odluke direktora organizacije za obavezno socijalno osiguranje, može vršiti preusmeravanje aproprijacija odobrenih na ime određenog rashoda i izdatka u iznosu od 5% vrednosti aproprijacije za rashod i izdatak čiji se iznos umanjuje, a izuzetno i preko 5% za troškove zdravstvene zaštite

rezultata u praksi, očigledno je da postoji praznina koju je neophodno popuniti. Naravno, time se ne misli na donošenje novih akata, već na kvalitativna rešenja.

U ovoj analizi je ukazano da je glavni problem u finansiranju zdravstva nepotrebno veliki broj propisa koji stvara konfuziju u praksi. To se može reći i u slučaju rada Ministarstva zdravlja. Iako je Ministarstvo zdravlja ovlašćeno da predlaže zakone, kao i izmene i dopune ono nije iskoristilo svoja ovašćenja da uredi oblast finansiranja zdravstvenih ustanova. Istovremeno, brojni zakoni i neusaglašenost akata niže pravne snage sa zakonima doprineli su smanjenju odgovornosti u slučajevima nepostupanja po normama. Opisano stanje koristi i Ministarstvo zdravlja, ne pridržavajući se svoje obaveze da utiče na poboljšanje efikasnosti protoka sredstava od budžeta do zdravstvenih ustanova.

Uvođenje novih tehnologija u lečenju pacijenata je u rukama Ministarstva. Ipak, deluje da su ove odluke više deklaratorne prirode, ali ne i suštinske, jer da bi se primenile nove metode u medicini potrebno ih je podržati kroz finansijska ulaganja. Konkretnije, to znači da je neophodno uložiti u dodatnu edukaciju lekara i kupovinu adekvatnih aparata. Dakle, logičan je sled da će ministarstvo da podrži inovacije i da prihvati metodologiju lečenja pacijenata ako je ona već razvijena u svetu. S druge strane, to ne može imati pravog efekta bez finansijskih ulaganja. Ovde se odmah može postaviti pitanje – da li postoji prostor da se zdravstvene ustanove same snalaze i unapređuju svoje usluge?

Ukoliko bi postojala utakmica između zdravstvenih ustanova to bi moglo pozitivno da utiče na razvoj zdravstvenog sektora. Podrazumeva se da svaka utakmica mora da se odvija prema određenim pravilima, te bi ujedno bilo neophodno postaviti osnovne principe na tržištu medicine.

Ministarstvo zdravlja za zdravstvene ustanove:

- odvaja sredstva za nabavku aparata i uređaja;
- finansira troškove za pacijente koji nisu korisnici RFZO-a i kojima je pružena hitna medicinska usluga;
- prikuplja i raspoređuje donacije od drugih država.

Zdravstvene ustanove se obraćaju Ministarstvu zdravlja za nabavku novih aparata i uređaja. Ustanove podnose zahtev koji mora da sadrži obrazloženje potrebe i ciljeve koji se žele postići. Najveći problem za ustanove predstavlja organizovanje javnih nabavki i realizovanje ugovora sa dobavljačima. Naime, ustanove moraju da spovedu kompletnu nabavku potrebne opreme pre nego što isplate cenu dobavljaču.

Pošto je veoma teško da dobavljač pristane da unapred isporuči opremu, u ugovoru se posebno razrađuje član koji definiše kasniju isplatu cene. Jasno je da ovakva klauzula u ugovoru ne bi ni najmanje bila neobična da nije reč o nestabilnom tržištu i načinu poslovanja u Srbiji.

Kada su u pitanju troškovi servisiranja ili popravke opreme zdravstvene ustanove su u većini slučajeva zadovoljne postupanjem Ministarstva. Veoma često, popravke su veoma skupe jer je oprema zastarela. Naravno, sledi pitanje – da li postoji kalkulacija i opravdanost trošenja novca za popravke starih aparata umesto za nabavku novih. Reparacija starih aparata predstavlja veliki trošak i na taj način se gubi novac. Pored toga kupovina jeftine opreme ne može dovesti do uštede jer takvi aparati traju kraće, brže i češće se kvare, ali je i sama usluga manje kvalitetna što ide na štetu pacijenata. Dakle, može se konstatovati da uštede na opremi dovode do višestrukih troškova u drugim segmentima.

Interesantno je pomenuti da Ministarstvo zdravlja ne inicira nabavku nove opreme, što znači da ne učestvuje aktivno u analizi kvaliteta pružanja usluga. Podrazumeva se da je menadžment više upoznat sa pravim stanjem u svojoj ustanovi i potrebama stanovništva, te da se od njih očekuje da zahtevaju od Ministarstva obnavljanje određene opreme. Ipak, uvođenje novih tehnologija bi trebalo da bude zajednička i dobro planirana aktivnost ustanova i Ministarstva, kako bi se trošak mogao predvideti u budžetu za narednu godinu.

Pacijenti koji nisu osiguranici Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, odnosno koji pripadaju grupi neosiguranih lica, mogu dobiti medicinsku uslugu u hitnim slučajevima čiji troškovi padaju na teret Ministarstva zdravlja. Zdravstvene ustanove takve troškove fakturišu, ali fakturu ne šalju RFZO-u već Ministarstvu zdravlja. Isplata ovih troškova se ne obavlja u roku i ustanove na ovoj liniji uvek imaju minus. Prema rečima predstavnika zdravstvenih ustanova, prosečno Ministarstvo zdravlja isplati samo oko 3,80% ovih troškova.

*Republički fond za zdravstveno osiguranje* – Glavni finansijer u zdravstvenom sektoru je RFZO koji obezbeđuje sredstva za plate, lekove i materijal. Na RFZO Republika Srbija je prenela određena javna ovlašćenja, te ova ustanova može donositi sopstvene pravilnike i odluke. Prema usvojenom modelu zdravstvene zaštite jasno je da je RFZO jedini nadležan za prikupljanje sredstava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, te da je njegova nadležnost u finansiranju zdravstvenih ustanova najbitnija. Dakle, u Srbiji je praksa da obim ovlašćenja podrazumeva i što veći broj usvojenih pravnih akata. Tako smo ponovo došli na teren brojki u legislativi čime se otežava funkcionisanje zdravstvenog sistema. Značajno je pomenuti da loši propisi direktno utiču na tromu komunikaciju između RFZO-a i zdravstvenih ustanova, a to dalje često dovodi do materijalnih gubitaka.

Zdravstvene ustanove potpisuju ugovor sa RFZO-om kada se usvoji budžet Republike Srbije za narednu godinu. Najveći problem nastaje kada se kasni sa usvajanjem budžeta kao što je slučaj za 2015. godinu jer će se linearno kasniti i sa odobravanjem plana rada zdravstvenih ustanova i potpisivanjem ugovora. To dalje prouzrokuje odlaganje nabavke lekova, materijala i drugih sredstava za rad.

Sredstva koja se opredeljuju za svaku ustanovu predviđena su u predračunu koji se nalazi kao prilog u sklopu Pravilnika o ugovaranju u skladu sa Finansijskim planom RFZO-a.

Ugovori koje potpisuju zdravstvene ustanove i RFZO su tipski. Njihova sadržina je generalna, bez detaljnih članova. Ugovor se sastoji od dva dela: opšteg (prava i obaveze) i tabelarnog (finansijski deo). Smatra se da ne postoji potreba za preciznijim ugovornim regulisanjem jer je sve već definisano propisima. Ugovori više služe radi ispunjenja formalnih uslova. Uzimajući u obzir model organizacije zdravstvene zaštite može se i razumeti što u ovom ugovoru ne postoji osnovni element, a to je saglasnost volja ugovarača. Nejednakost strana automatski znači da nema ni pregovora o usvajanju godišnjeg budžeta ustanova.

Ako bi se šire tumačio odnos između RFZO-a i zdravstvenih ustanova možda bi se moglo reći da dostavljanje plana rada ustanove za narednu godinu ima elemente pregovaranja. Ipak, ceo proces nema sve faze pregovaranja. Zdravstvena ustanova dobija konačan odgovor na svoj plan rada u ugovoru koji je obavezna da potpiše.

Zdravstvene ustanove moraju da troše sredstva onako kako je predviđeno ugovorom. One nisu ovlašćene da neutrošena sredstva sa jedne linije prebacuju na drugu. Ako je potrošeno manje od ugovorenog iznosa, RFZO priznaje samo ono što je potrošeno. Ukoliko je potrošeno više, priznaje se budžet određen u ugovoru.

Projekti i donacije – Zdravstvene ustanove mogu pribavljati sredstva na osnovu:

- projekata;
- donacija pravnih i fizičkih lica.

Mali broj ustanova koristi mogućnost podnošenja projekata. Glavni razlog je što nemaju obučene ljude za pisanje i realizaciju projekata. Zbog toga su ustanove sredstva iz projekata potpuno zanemarile.

Donacije koje ustanove dobijaju od pravnih i fizičkih lica su u početku najčešće bile u novcu, ali je za svaku nabavku robe morao biti organizovan tender. To je dodatno komplikovalo

rad ustanove i one su se kasnije opredelile za donacije u robi. Danas je 90% donacija u robi. Drugi problem donacija u novcu je plaćanje poreza na sredstva veća od 300.000,00 dinara.

U poslednje vreme uveden je jedan novi metod prikupljanja donacija koje su namenske. Zdravstvena ustanova može preko svog Etičkog odbora da raspiše „mini-licitaciju“ za donatore. Kada su zdravstvenoj ustanovi potrebni određeni materijali može da raspiše licitaciju i na taj način privuče donatore. Veoma često se neophodna sredstva prikupljaju putem donacija kada se to ne može postići na osnovu plana rada koji se dostavlja RFZO-u.

Sopstvena sredstva – Svake godine prihodi od sopstvenih sredstava su sve manji. Oni godišnje maksimalno iznose 5-6%. Sve ustanove su saglasne da u sopstvena sredstva spadaju:

- naplate od pacijenata koji moraju da plate medicinske usluge;
- uništavanje medicinskog otpada za druge ustanove;
- davanje prostora i zemljišta u zakup;
- kliničke studije;
- izdavanje raznih uverenja.

Kliničke studije se organizuju u kliničkim centrima radi ispitivanja lekova. Ustanove u kojima se sprovode kliničke studije slobodne su u ugovaranju prava i obaveza. Pojedini klinički centri su ugovorili da 50% sredstava pripada kliničkom centru, što predstavlja veliki uspeh i značajan priliv sredstava. Potpisivanje ugovora za sprovođenje konkretne kliničke studije odobrava Etički odbor ustanove. Nakon odobrenja Etičkog odbora obaveštava se Agencija za lekove i medicinska sredstva koja takođe mora da da odobrenje. Sredstva koja se dobiju na osnovu kliničkih studija najčešće se troše na obnavljanje opreme i poboljšanje uslova rada. Međutim, tokom 2014. godine namena trošenja sredstava je promenjena i skoro sav novac je utrošen na plate neugovorenih radnika. Na ovakvu odluku je uticala odluka Vlade o zabrani zapošljavanja i veliki broj zaposlenih koji je penzionisan.

### ***Izazovi u praksi***

Finansiranje zdravstvenih ustanova je veoma osetljiva tema koja uključuje nekoliko segmenata:

- planiranje budžeta Republike Srbije;
- planiranje zdravstvene zaštite;
- sprovođenje centralnih javnih nabavki;
- izmene pozitivne liste lekova;

- uvođenje novih tehnologija;
- organizaciju rada zdravstvenih ustanova.

Svi nabrojani segmenti predstavljaju pitanja o kojima se odlučuje na nacionalnom nivou. Pored toga sveobuhvatan rad u ovih šest oblasti može doprineti pozitivnim rezultatima i unapređenju kvaliteta zdravstvenih usluga. Na koji način se pristupa zdravstvenoj zaštiti u Srbiji govori i veliki procenat korupcije<sup>17</sup>, nepostojanje političke volje da se reforme sprovedu do kraja, nedostatak odgovornosti zbog kršenja zakona i nedostatak transparentnosti.

Kada se govori o zdravstvu, kao izgovor za loše stanje uvek se navodi malo izdvajanje po glavi stanovnika i manjak finansija za ovu oblast. Međutim, da li se bez rezerve može prihvatiti ovakav stav s obzirom da zaključci HCP govore suprotno. Očigledno je da se reforme ne sprovedu jer bi prvo dovele do smanjenja moći RFZO-a.

Na prvi pogled moglo bi se reći da postoji dovoljan broj propisa koji regulišu oblast zdravstva, da su razvijeni mehanizmi kontrole i da je kršenje zakona adekvatno sankcionisano. Uzimajući u obzir stavove javnog mnjenja o zdravstvu, percepciju stanovništva i informacije u medijima jasno je da postoji ozbiljna opasnost od postepenog urušavanja sistema. Zatim, sa jedne strane se nalaze izjave rukovodilaca državnih organa o stalnoj borbi za bolje zdravstvo, dok su sa druge strane realne slike i ocene kvaliteta zdravstvenih usluga.

Sasvim je očekivano da zdravstvene ustanove teže većoj slobodi i manjoj kontroli u trošenju sredstava, ali je sigurno da sistem nije dobro organizovan jer postojeći mehanizmi koče dnevno funkcionisanje ustanova. Prema rečima predstavnika zdravstvenih ustanova kontrole su konstantne. Pored velikih ograničenja u planiranju rada i potreba, od njih se očekuje da usluge koje pružaju zadovolje postavljene standarde. Da li je moguće uskladiti kvalitet usluga i odobreni budžet? Koliko su ustanove stimulisane da se bore za dodatna sredstva i privuku veći broj pacijenata? Odgovori na oba pitanja su negativni.

Zaključivanje ugovora i izveštavanje je drugi problem sa kojim se susreću zdravstvene ustanove. Ugovori sa RFZO-om se zaključuju na osnovu zakona i pravilnika. Mada oblast ugovaranja reguliše veliki broj propisa, prava i obaveze ugovornih strana nisu jasni i precizni. Neophodno je da budu ispoštovani osnovni principi ugovornog prava – jednakost

---

17

[http://www.rs.undp.org/content/dam/serbia/Publications%20and%20reports/Serbian/Corruption%20UNDP\\_SRB\\_Benchmarking%20Survey%20Serbian%20December%202013.pdf](http://www.rs.undp.org/content/dam/serbia/Publications%20and%20reports/Serbian/Corruption%20UNDP_SRB_Benchmarking%20Survey%20Serbian%20December%202013.pdf)



ugovarača. RFZO je davalac sredstava za rad ustanova, ali se ne može ustanova potpuno isključiti iz sastavljanja ugovora.

Prema Pravilniku o ugovaranju nije sasvim jasno šta znači da je zdravstvena ustanova ponuđač. Šta to ona nudi RFZO-u? Sa sigurnošću se može reći da ustanova ne nudi RFZO-u, već samo kroz matematičke operacije planira broj pacijenata i broj usluga u okviru jedne godine. Cenu usluga ne može ponuditi jer ih formira RFZO svojim aktom. Vrste usluga su određene nomenklaturom koju utvrđuje ministar zdravlja. Dakle, ustanove dostavljaju plan rada sa cenama i konačnim iznosom troška.

Za 2015. godinu već je evidentan problem koji je izazvan kašnjenjem u usvajanju budžeta. Procedura ugovaranja ima svoj tok, ali se ne može početi komunikacija sa RFZO-om dok se ne usvoji republički budžet. Zbog toga se nekada dogodi da se ugovori potpišu sa RFZO-om tek u martu što se odražava na dalju nabavku materijala i organizovanje tendera. Zdravstvene ustanove ne mogu da pokrenu javne nabavke za koje su ovlašćeni dok ne dobiju sredstva od RFZO-a.

Obaveza izveštavanja se odnosi na finasijski deo. Ustanove šalju RFZO-u izveštaje za izvršenje budžeta na tri meseca. Kompletan godišnji budžet se podnosi do 28. februara naredne godine. Ipak, iz izveštaja se ne može videti prava slika jer se kao prihod uzima šta je uplaćeno na račun ustanove, a rashod šta je plaćeno.

Zdravstvene ustanove su korisnici budžetskih sredstava isto kao škole i fakulteti. Svi korisnici budžetskih sredstava moraju da usklade poslovanje sa Zakonom o budžetu, dok zdravstvene ustanove moraju da usklade i sa ugovorom koji potpisuju sa RFZO-om. Zatim, njihovo poslovanje se predviđa za jednu budžetsku godinu koja se poklapa sa kalendarskom, mada organizacija rada ustanove mora biti u skladu sa ZZZ i ZZO. Često se dešava da ustanove utroše novac dodeljen prema ugovoru u septembru ili oktobru što ne znači da treba da prestanu sa radom do kraja tekuće godine. Odstupanja postoje u višem procentu u ustanovama u kojima je protok pacijenata veći.

Javne nabavke su većinom centralizovane u cilju smanjenja cena i ušteda. Sve zdravstvene ustanove su se složile da je smanjenje troškova kao svrha centralizovanih javnih nabavki postignuta, ali su time otvoreni drugi problemi koji su se odrazili na poslovanje ustanova. Prvi problem je kašnjenje u nabavkama zbog loše organizacije tendera. Drugo, nije sprovedena edukacija za primenu novih zakona. Konačno, za deo lekova javne nabavke organizuju ustanove, a za 240 vrsta lekova RFZO. Kakav je kriterijum primenjen kod podele lekova nije sasvim jasno. Jedino se može reći da je RFZO preuzeo manji broj vrsta lekova veće vrednosti dok je zdravstvenim ustanovama ostavljen veći broj lekova koje pokriva manji iznos.

U slučaju nabavke lekova za koje su nadležne ustanove mora se poštovati cena koju je propisao RFZO. Ipak, ukoliko ustanova postigne manju cenu leka ta cena će biti prihvaćena. Ako se ugovori viša cena od propisane, RFZO priznaje samo propisanu cenu na taj način se stvara dug ustanove prema dobavljaču. Za dugovanje nije odgovoran RFZO, već zdravstvena ustanova.

Procedura javnih nabavki je veoma spora i skupa, nije ni prilagođena našem zdravstvenom sistemu. Mane postupka se najviše vide kada je potrebna brza nabavka u nepredviđenim situacijama.

Za centralizovane javne nabavke koje organizuje RFZO karakteristično je da se potpisuju dva ugovora sa izabranim dobavljačima: jedan zaključuju RFZO i dobavljač, drugi zdravstvena ustanova i dobavljač.

Da bi se delimično olakšale i ubrzale javne nabavke uvode se okvirni sporazumi koji podrazumevaju da se izaberu ponuđači koji ispunjavaju osnovne uslove i da se takmiče oko cene.

Koliko se prilikom izbora ponuđača uzima u obzir kvalitet je relativno pitanje. U praksi se za ocenu kvaliteta ispituje da li roba ima "C" znak koji označava da se roba prodaje u Evropskoj Uniji i da li je registrovana.

Uštede koje ostvari ustanova nikada se ne ulažu u njen razvoj. Pre bi se moglo reći da će ustanove koje uštede na pojedinim budžetskim linajama biti kažnjene jer sledeće godine mogu dobiti manje sredstava. Da li se ovakvim postupanjem stimulišu zdravstvene ustanove na odgovorno poslovanje?

Organizacija pružanja zdravstvenih ustanova je jedan od uzroka pojave lista čekanja na sekundarnom i tercijarnom nivou. Kapaciteti primarne zdravstvene zaštite nisu dovoljno iskorišćeni. Pojedine usluge bi se mogle pružiti i u domovima zdravlja kako bi se rasteretile bolnice i klinike, posebno kada su u pitanju ambulantne usluge. Na taj način bi se unapredila preventiva i smanjili troškovi. Drugi problem u organizaciji je neusaglašenost propisa i mogućnosti određene zdravstvene ustanove. Recimo, postoje laboratorije u okviru domova zdravlja koje imaju savremenu opremu. Međutim, RFZO ne dozvoljava da se analize rade na primarnom nivou jer su propisima predviđene za tercijarni. U ovim situacijama ne uzima se u obzir opterećenost bolnica i klinika.

Generalni problem sprovođenja javnih nabavki nalazi se u lošem Zakonu o javnim nabavkama<sup>18</sup> i njegovoj zloupotrebi koja se odnosi na "obaranje tendera". Sa jedne strane postoje propisi koji omogućavaju učesnicima u postupku javnih nabavki da ulažu zahteve za zaštitu prava, žalbe i prigovore bez obzira na njegovu osnovanost, a sa druge strane nemamo mehanizme koji kontrolišu prigovore na adekvatan način. Zatim, ne postoji ni ozbiljna sankcija za podnosiocce prigovora koji zloupotrebljavaju svoja prava. U ovim slučajevima bi država morala da ima aktivniju ulogu i da zaštiti interes svojih građana. Konkretno, to bi značilo efikasniju proveru opravdanosti ulaganja pravnih lekova u postupcima javnih nabavki.

### **Zaključak**

Problem finansiranja zdravstvenih ustanova ne može se samo vezati za visinu novčanih sredstava koji se izdvajaju *per capita*. Veliki broj propisa direktno utiče na poslovnu politiku ustanova, a time i na kvalitet usluga.

Prvi krovni zakoni koji su usvojeni mogli su imati adekvatnu primenu u vreme donošenja, ali su danas njihove norme zastarele. Kroz prethodnih deset godina bilo je više parcijalnih izmena i dopuna koje su donele mnogo više štete za zdravstveni sistem. To se jasno vidi i u segmentu finansiranja. Zbog toga je veoma opasno davati konkretne predloge za izmenu samo pojedinih članova zakona jer je potrebno uraditi kompletnu reviziju svih zakona i uskladiti ih. Usklađivanje se mora vršiti u nekoliko pravaca:

1. između zakona;
2. između zakonskih i podzakonskih akata;
3. između zakona, osiguranja i medicine;
4. smanjenje broja pravnih akata.

Konkretno, zakoni uvek prate razvoj društva što u oblasti zdravstva nije slučaj.

Ipak, moglo bi se izdvojiti nekoliko najvećih problema zdravstvene zaštite koji utiču na finansiranje:

- nepostojanje jasno definisanih paketa usluga;
- nedovoljno razrađeni načini finansiranja;
- neadekvatni mehanizmi kontrole trošenja sredstava koja se odvajaju za zdravstvenu zaštitu;

---

<sup>18</sup> Sl. glasnik RS, br. 124/2012 i 14/2015

- nepostojanje odgovornosti;
- nepostojanje transparentnosti;
- nepostojanje zdravstvene karte stanovništva;
- neuređen Plan mreže;
- nedovoljno razrađen postupak javnih nabavki;
- veliki uticaj političkih partija na rad zdravstvenih ustanova.

Većina stavki sa liste problema sadrži negaciju koja podrazumeva da određena oblast nije uređena. Zbog toga bi se moglo zaključiti da bi najadekvatnije rešenje bilo donošenje novih pravnih akata što je potpuno pogrešno jer smo već ukazali da je legislativa preobimna. Upoređujući predložene mere za usklađivanje normative i nedostatke u zdravstvenom sistemu kao najbolje rešenje ističemo **smanjenje broja pravnih akata koji uređuju finansiranje zdravstvenih ustanova i njihova kodifikacija**. Da bi se postigao ovaj cilj neophodno je prethodno preduzeti nekoliko koraka:

1. Strateški planirati troškove za finansiranje zdravstvenog sistema tako što će se **uraditi zdravstvena karta stanovništva**. Zdravstvena karta je pouzdan osnov za predviđanje trošenja lekova, materijala, korišćenja aparata i ljudskih resursa. Takođe, mora se odrediti za koji period će se vršiti ažuriranje zdravstvene karte. Glavni izvor podataka za kreiranje zdravstvene karte može biti Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ jer je nadležan za prikupljanje informacija, a sve zdravstvene ustanove su dužne da dostavljaju relevantne podatke. Zdravstvena karta ne bi trebalo da predstavlja samo zbir statističkih informacija, već da bude kompletna analiza stanja u zdravstvenom sistemu sa jasnim predlozima koji će imati za cilj unapređenje kvaliteta, racionalizacije, efikasnosti i dostupnosti zdravstvene zaštite;
2. U skladu sa rezultatima iz zdravstvene karte može se pristupiti **uređenju mreže zdravstvenih ustanova**. Dakle, zdravstvena karta će pokazati potrebe stanovništva po određenoj teritoriji tako da se materijalni i ljudski resursi mogu rasporediti tako da se obezbediti efikasnija zdravstvena zaštita koja će doprineti boljoj organizaciji finansijskih sredstava. Kroz promenu mreže zdravstvenih ustanova potrebno je urediti obim i sadržinu usluga koje se pružaju na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou. Nova mreža zdravstvenih ustanova mora da sadrži i tačan broj privatnih zdravstvenih ustanova.
3. Pošto su norme koje uređuju finansiranje zdravstvenog sistema rasute po brojnim propisima hitno se mora pristupiti i kodifikaciji ove oblasti. **Kodifikacija propisa finansiranja zdravstvenih ustanova** će uticati na bolju organizaciju prikupljanja i

trošenja sredstava, efikasniju nabavku potrebnog materijala, uštede, transparentniji tok novca, veću odgovornost i bolje mehanizme kontrole. Kodifikacija propisa nema za cilj prosto smanjivanje broja članova ili zakona, već da se kompletna materija može naći u jednom aktu. Takođe, propisi koji uređuju finansiranje zdravstvene zaštite moraju biti usklađeni sa specifičnostima ove oblasti.