



**УНИВЕРЗИТЕТ У
БЕОГРАДУ
ЕКОНОМСКИ
ФАКУЛТЕТ**



МАСТЕР ТЕЗА

Аналитика зарада у здравству:
Пример Универзитетске дечје клинике у Београду

Кандидат

Ана Кузмановић, 2438/2022

Ментор

проф. др Биљана Богићевић Миликић

МАСТЕР АКАДЕМСКЕ СТУДИЈЕ

Студијски програм: Пословно управљање

Модул: Организација и менаџмент људских ресурса

Београд, новембар 2023.



**УНИВЕРЗИТЕТ У
БЕОГРАДУ
ЕКОНОМСКИ
ФАКУЛТЕТ**



МАСТЕР ТЕЗА

**Аналитика зарада у здравству:
Пример Универзитетске дечје клинике у Београду**

Кандидат

Ана Кузмановић, 2438/2022

Ментор

проф. др Биљана Богићевић Миликић

Чланови комисије за оцену

и одбрану мастер рада:

проф. др Небојша Јанићијевић

проф. др Драган Лончар

Београд, новембар 2023.

Изјава о академској честитости

Студент/киња: Ана Кузмановић

Број индекса: 2438/2022

Аутор/ка масте рада под називом:

Аналитика зарада у здравству: Пример Универзитетске дечје клинике у Београду

Потписивањем изјављујем:

- да је рад искључиво резултат мог сопственог истраживачког рада;
- да сам рад и мишљења других аутора које сам користио/ла у овом раду назначио/ла или цитирао/ла у складу са Упутством;
- да су сви радови и мишљења других аутора наведени у списку литературе/референци који су саставни део овог рада и писани у складу са Упутством; о да сам добио/ла све дозволе за коришћење ауторског дела који се у потпуности/целости уносе у предати рад и да сам то јасно навео/ла;
- да сам свестан/на да је плагијат коришћење туђих радова у било ком облику (као цитата, парафраза, слика, табела, дијаграма, дизајна, планова, фотографија, филма, музике, формула, веб сајтова, компјутерских програма и сл.) без навођења аутора или представљање туђих ауторских дела као мојих, кажњиво по закону (Закон о ауторском и сродним правима, Службени гласник Републике Србије, бр. 104/2009, 99/2011, 119/2012), као и других закона и одговарајућих аката Универзитета у Београду;
- да сам да сам свестан/на да плагијат укључује и представљање, употребу И дистрибуирање рада предавача или других студената као сопствених;
- да сам свестан/на последица које код доказаног плагијата могу проузроковати на предати мастер рад и мој статус;
- да је електронска верзија мастер рада идентична штампаном примерку и пристајем на његово објављивање под условима прописаним актима Универзитета.

Београд, новембар 2023.

Потпис 

Изјава о коришћењу

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива мастер економисте, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду – Економског факултета.

Овлашћујем библиотеку Универзитета у Београду – Економског факултета да у свој дигитални репозиторијум унесе мој завршни (мастер) рад под насловом:

Аналитика зарада у здравству: Пример Универзитетске дечје клинике у Београду

који је моје ауторско дело.

Завршни (мастер) рад са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Мој завршни (мастер) рад, похрањен у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду – Економског факултета и доступан у отвореном приступу, могу да користе сви који поштују одредбе садржане у СС ВУ лиценци Креативне заједнице (*Creative Commons*), а којом је дозвољено умножавање, дистрибуција и јавно саопштавање дела, и прераде, уз адекватно навођење имена аутора, чак и у комерцијалне сврхе.

Потпис аутора

У Београду, Новембар 2023.

Рупина М. Мила

Апстракт

У данашње време често се говори о томе да највећу вредност компаније представљају људи који у њој раде и да је хумани капитал најважнији ресурс савремене компаније. Привлачење, развој и задржавање талената постало је једно од најважнијих питања за опстанак и развој организације. Дигитална трансформација је снажно утицала на многе активности у менаџменту људских ресурса, што захтева увек више података у реалном времену да би се открило која питања су тренутно најрелевантнија за запослене и организацију. Из тог разлога и аналитика менаџмента људских ресурса добија на значају, јер може значајно да унапреди управљање кадровима и обезбеди постизање оптималних резултата. С обзиром на то да је функција менаџмента људских ресурса често потцењена у односу на друге функције у организацији, на овај начин може се указати на њену важност.

Активности које су у надлежности јавног сектора су од изузетног значаја за сва савремена демократска друштва. Ове активности обухватају јавно образовање, дефинисање правног поретка, активности јавног здравља, активности везане за заштиту старих и сиромашних лица, улагање у инфраструктуру и слично.

Правилно и ефикасно функционисање свих наведених активности из надлежности јавног сектора је од изузетног значаја за привреду једне државе, и за свеукупни стандард њеног становништва, а јавна здравствена заштита има изузетан значај на социјални и економски аспект живота становништва.

С обзиром на значај људских ресурса у здравственој установи, то је и одговорност менаџмента у регрутовању и развијању људских ресурса од пресудног значаја за остварење стратешких планова здравствене установе. Зато је благовремено планирање и управљање системом материјалних и нематеријалних стимулација за запослене у установама предуслов за обезбеђивање доброг система и квалитета рада здравствене установе.

У том смислу квалитетна стратегија планирања мотивационог дела зарада може бити снажно средство за спречавање одлива квалитетног кадра из здравствене установе.

Кључне речи: зараде, аналитика, менаџмент, здравствене установе

Abstract

Nowadays, it is often said that the greatest value of a company is represented by staff in it and that human capital is the most important resource of a modern company. Attracting, developing and retaining successful candidates has become one of the main issues for the survival and development of an organization. Digital transformation has strongly affected many activities in human resource management, which requires more and more real-time data to reveal which issues are currently most important to staff and the organization.

For this reason, human resource management analytics is gaining importance, as it can significantly improve personnel management and ensure the achievement of optimal results. Given that the function of human resources management is often underestimated in relation to other functions in the organization, this way its importance can be pointed out.

Activities that are the responsibility of the public sector are of exceptional importance for all modern democratic societies. These activities include public education, defining the legal order, public health activities, activities related to the protection of the elderly and the poor, investment in infrastructure, and the like.

The proper and efficient functioning of all the above-mentioned activities under the jurisdiction of the public sector is of exceptional importance for the economy of a country, and for the overall standard of its population, and public health care is of exceptional importance for the social and economic aspects of the population's life.

Considering the importance of human resources in a health institution, it is also the management's responsibility in recruiting and developing human resources of crucial importance for the realization of the strategic plans of the health institution. Therefore, timely planning and management of the system of material and non-material incentives for employees in institutions is a prerequisite for ensuring a good system and quality of work of the health institution.

In this sense, a high-quality strategy for planning the motivational part of the salary can be a powerful tool for preventing the outflow of quality staff from the health care institution.

Keywords: earnings, analytics, management, healthcare institutions

Садржај

УВОД	1
1. ПОЈАМ И ЗНАЧАЈ АНАЛИТИКЕ У МЕНАЏМЕНТУ ЉУДСКИХ РЕСУРСА	3
1.1. ПОЈАМ АНАЛИТИКЕ У МЕНАЏМЕНТУ ЉУДСКИХ РЕСУРСА	3
1.2. ЗНАЧАЈ АНАЛИТИКЕ МЕНАЏМЕНТА ЉУДСКИХ РЕСУРСА У САВРЕМЕНОМ ПОСЛОВАЊУ	5
1.2.1. Зашто је значајна аналитика у менаџменту људских ресурса	5
1.2.2. Савремени трендови развоја аналитике у менаџменту људских ресурса	7
2. СИСТЕМ ЗДРАВСТВА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ	10
2.1. СВЕТСКА ЗДРАВСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА И ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У ЕУ	11
2.2. ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ	16
2.2.1. Институције надлежне за здравствени систем	19
2.2.2. Организација здравственог система у Републици Србији	23
2.2.3. Начини финансирања здравствених установа	26
2.2.4. Прописи који уређују здравствени систем у Републици Србији	30
3. ЗАРАДЕ У ЗДРАВСТВУ У СРБИЈИ	31
3.1. НАЧИНИ УТВРЂИВАЊА ОСНОВНЕ ПЛАТЕ	31
3.2. ОСНОВНЕ ЗАРАДЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА И ЊИХОВ ОДНОС СА ПРОСЕЧНОМ ЗАРАДОМ У РС	33
3.3. ЗАДОВОЉСТВО ЗАПОСЛЕНИХ РАДНИКА У ЗДРАВСТВУ (ПРЕМА ПОДАЦИМА БАТУТА ¹)	40
4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА: АНАЛИТИКА ЗАРАДА У УНИВЕРЗИТЕТСКОЈ ДЕЧЈОЈ КЛИНИЦИ	46
4.1. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	46
4.1.1. О Универзитетској дечјој клиници	46
4.1.2. Запослени у односу на главне демографске индикаторе и економске варијабле	47
4.2. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА И ДИСКУСИЈА	51
4.2.1. Анализа зарада у односу на пол	51
4.2.2. Анализа зарада запослених здравствених радника у односу на остале запослене	53
4.2.3. Анализа зарада у односу на дужину радног стажа	55
ЗАКЉУЧАК И ИМПЛИКАЦИЈЕ ЗА МЕНАЏМЕНТ	58
ЛИТЕРАТУРА:	62

СПИСАК ТАБЕЛА

Табела 1. Упоредни приказ карактеристика традиционалних модела здрав. осигурања	14
Извор [18]	
Табела 2. Преглед уговорених премија, броја лица уговарача и износа уплаћених средстава добровољног здравственог осигурања	18
Извор [21]	
Табела 3. Организациона шема РФЗО из 2020. године	21
Извор [34]	
Табела 4. Дистрибуција здравствених установа у Плану мреже по регионалној распрострањености и нивоима и број приватних здравствених установа	25
Извор [36]	
Табела 5. Приватне здравствене установе у Србији по регионима у 2020. години	26
Извор [36]	
Табела 6. Преглед основица за обрачун плате запослених у здравственим установама	33
Извор: Завод за унапређење пословања	
Табела 7. Преглед коефицијената за медицинске сестре и техничаре са средњим и вишим образовањем	34
Табела 8. Просечна зарада мај 2023. године представљена по објави Републичког завода за статистику	34
Извор [33]	
Табела 9. Преглед коефицијената за доктора медицине/доктора стоматологије	35
Табела 10. Просечне зараде у нето износима по различитим делатностима од јануара до маја 2023. године	35
Извор [33]	
Табела 11. Дистрибуција запослених према врсти радног односа и степену стр. спреме	49
Табела 12. Дистрибуција запослених према годинама радног стажа у односу на пол – жене	55
Табела 13. Дистрибуција запослених према годинама радног стажа у односу на пол – мушкарци	56

СПИСАК ГРАФИКОНА

Графикон 1. Удео социјалних доприноса у укупним јавним приходима у 2022. години Извор [28]	28
Графикон 2. Однос основне плате медицинске сестре и просечне зараде у Републици Србији	35
Графикон 3. Основна зарада лекара специјалисте у односу на поједине делатности	39
Графикон 4. Приказ запослених по основу професије Извор [1]	41
Графикон 5. Приказ сатисфакције послом код радника у ЗУ по годинама Извор [1]	42
Графикон 6. Приказ степена сатисфакције по нивоима здравствене заштите Извор [1]	42
Графикон 7. Фактори највећег незадовољстав радника по годинама Извор [1]	43
Графикон 8. Приказ планова запослених у наредних 5 година по занимањима Извор [1]	44
Графикон 9. Структура запослених према полу	48
Графикон 10. Структура запослених према врсти радног односа	49
Графикон 11. Структура запослених на неодређено радно време према степену стручне спреме	50
Графикон 12. Старосна структура запослених	50
Графикон 13. Учешће руководећег кадра у укупном броју запослених	51
Графикон 14. Структура укупно исплаћене зараде према полу запослених	52
Графикон 15. Учешће руководећег кадра у укупном броју запослених према полној структури	53
Графикон 16. Учешће запослених административних и техничких радника	54
Графикон 17. Образовна структура административних и техничких радника	54
Графикон 18. Однос исплаћених зарада медицинског и немедицинског особља	55
Графикон 19. Структура исплаћене зараде	56

СПИСАК СЛИКА

Слика 1. Пет кључних компонената здравственог система	12
Извор [29]	
Слика 2. Рангирање Србије према индексу ЕХЦИ за 2018. годину	19
Извор [27]	
Слика 3. Упрошћена шема управљачке структуре здравствене политике Р Србије	20
Извор [7]	
Слика 4. Нивои здравствене заштите	24
Извор [7]	
Слика 5. Шематски приказ финансирања јавног здравственог система јавним средствима	29
Извор [7]	

УВОД

Компаније и установе се у данашњем турбулентном окружењу брзо мењају под утицајем убрзаног развоја технологије и технике, економских промена у свету. Услед тога је дошло до значајних промена и на тржишту радне снаге, те су људски ресурси добили једну од кључних улога у успешном пословању, и налазе се у фокусу данашњег менаџмента. У том смислу, и у области менаџмента људских ресурса, јавља се све већа потреба за развојем аналитичких метода које би пружиле увид у то како најбоље управљати запосленима да би се остварили постављени циљеви.

Јавни сектор организује и спроводи активности без којих се не може замислити социјални и технолошки напредак савремене државе. Најзначајније активности за једно друштво су свакако јавно образовање, дефинисање правног поретка, активности јавног здравља, активности везане за заштиту старих и сиромашних лица, и слично.

Јавна здравствена заштита има снажан утицај на социјални аспект живота становништва, па би и требало да буде један од приоритета националне политике. Управљање запосленим кадром у здравственим установама изазива посебну пажњу, јер се доводи у везу са квалитетом пружања здравствене заштите, задовољством пацијената и исходом лечења. Управо због тога је пред менаџментом здравствене установе тежак задатак да обезбеди оптималан баланс за све учеснике у систему здравствене заштите, односно да обезбеди остварење добробити пацијента као појединца, али и целокупне популације, затим задовољства запослених у здравственој установи и начина и извора из којих се то финансира. Треба нагласити и то да је овај циљ тежи из разлога што је менаџмент здравствене установе у државном сектору лимитиран у погледу обезбеђивања финансијских наканада за своје запослене.

Управо због тога је и оптимално управљање људским ресурсима у државним здравственим установама од општег државног интереса, те је оправдано повећање броја студија које се баве овом проблематиком.

Предмет рада је усмерен на указивање на значај коришћења аналитике у менаџменту људских ресурса у савременом начину пословања. Узимајући у обзир важност наведеног концепта аналитике, произилази да аналитика зарада запослених у државним здравственим установама може да да изузетно корисне податке за будуће одлуке у овој области.

Основни циљ рада је сагледавање начина формирања основне плате запослених у здравственим установама по појединим групама радника, извора финансирања зараде, као и њиховом односу са просечном зарадом у Републици, те на основу тога извођење закључка на који начин наћи простор за управљање зарадама запослених у здравственим установама од стране менаџмента установе. У раду су у ову сврху коришћени подаци Републичког завода за статистику за месец мај 2023. године. Такође, циљ је и скретање пажње и на остале факторе (осим зараде) који су од значаја за опште задовољство запослених и квалитет рада, а у ову сврху су коришћени подаци Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”.

Полазна хипотеза заснива се на томе да је за правилно разумевање ефикасности и квалитета функционисања здравствених установа неопходан осврт на структуру зарада запослених у овим установама.

У складу са наведеним, рад ће настојати да помогне у проналажењу одговора на следећа истраживачка питања:

-На коју групу запослених у здравственој установи треба утицати финансијским стимулацијама, а у циљу добијања бољег ефекта у компаративној анализи општег задовољства запослених у здравству;

-С обзиром на чињеницу да задовољство послом није одређено једино висином плате, на коју групу запослених се може деловати посредним материјалним стимулацијама (не само директним повећањем плате);

-Да ли се смањивањем административних и техничких радника у здравственој установи могу остварити значајне финансијске уштеде.

Као метод истраживања коришћено је опсервационо истраживање, студија пресека усмерана на анализу појединих елемената зараде запослених у здравственим установама, а као узорак је коришћена Универзитетска дечја клиника.

Студија пресека вршена је у периоду између јануара и јула 2023. године, у циљу утврђивања одређених социо – демографских карактеристика проучаваног узорка, као и аналитички за утврђивање појединих елемената зараде.

Рад се састоји из четири основна поглавља, са додатком уводних и закључних разматрања, прегледом литературе и списком табела, графикона и слика.

У уводном делу рада је обрађен предмет и циљ истраживања и то кроз објашњење значаја теме (јавне здравствене заштите), проблематика управљања људским ресурсима у државним здравственим установама, као и одређена значајна питања којима се рад бави.

У првом поглављу објашњен је појам и значај развоја менаџмента људских ресурса као научне дисциплине, као и увођење аналитичких метода у менаџмент људских ресурса као савршеног алата за пружање потребних аналитичких информација и увида у реалном времену. Такође, објашњен је значај аналитике за развој стратешке улоге менаџмента људских ресурса у организацијама, као и савремени трендови у аналитици менаџмента људских ресурса.

У другом поглављу анализирани су различити системи и начини финансирања здравствених система, у свету и Европи, објашњен је начин организације здравственог система у Републици Србији, институције надлежне за управљање и финансирање здравственог система, као и прописи који уређују ову област.

У трећем делу рада, који се бави зарадама у здравству, детаљно је објашњено формирање основне зараде здравствених радника према тренутно важећим прописима, однос тих зарада са просечном зарадом у Републици, као и анализа задовољства здравствених радника према подацима Института за јавно здравље Србије.

Четврти део рада се бави резултатима анализе зарада запослених у здравственој установи на примеру Универзитетске дечје клинике. У првом делу четвртог поглавља описана је методологија прикупљања података, као и историјат развоја Универзитетске дечје клинике, са најзначајнијим социо – демографским подацима о запосленима. У другом делу истог поглавља вршено је сагледавање података о зарадама у односу на поједине карактеристике запослених, а у циљу добијања статистичких података за анализу и дискусију.

У закључном делу рада врши се сублимирање добијених података из анализе зарада и дају се одговори на истраживачка питања из уводног дела.

1. ПОЈАМ И ЗНАЧАЈ АНАЛИТИКЕ У МЕНАЏМЕНТУ ЉУДСКИХ РЕСУРСА

У данашње време често се говори о томе да највећу вредност компаније представљају људи који у њој раде и да је хумани капитал најважнији ресурс савремене компаније.

Менаџмент људских ресурса развија се као наука у последњих неколико деценија правећи квалитативни и квантитивни помак у приступу људима као највреднијим ресурсима⁵.

Пре развоја менаџмента људских ресурса као научне дисциплине, постојали су различити програми образовања, посебно на америчким универзитетима, за потребе школовања људи који су били запослени на менаџерским позицијама у компанијама.

Због тога су на самом почетку развоја дисциплине о управљању људским ресурсима углавном писали практичари, који су се бавили конкретним проблемима менаџмента у предузећима. Крајем 1970-тих и 1980-тих, менаџмент људских ресурса развија се као нова научна дисциплина која на квалитетан начин обједињује теоријски и практични приступ управљању људским ресурсима [3].

У савременом периоду се менаџмент људских ресурса упоредно развија и као научна дисциплина, али и у пракси модерне организације и то као активност која значајно утиче на тржишни успех организације.

Дигитална економија, изазвана четвртом индустријском револуцијом (Индустрија 4.0) и савременим технолошким решењима захтева и бројне промене у начину на који компаније послују.

Услед технолошке револуције и менаџмент људских ресурса се такође окреће дигиталним технологијама и алатима. У оквиру менаџмента људских ресурса јавља се потреба за применом аналитике.

1.1. ПОЈАМ АНАЛИТИКЕ У МЕНАЏМЕНТУ ЉУДСКИХ РЕСУРСА

Привлачење, развој и задржавање талената постало је једно од најважнијих питања за опстанак и развој организације [12].

Људи, интелектуални капитал и таленат су све важнији за стратешки успех организације. Брзе промене на демографском и технолошком нивоу, глобализација, раст кроз аквизиције, истовремено смањење и ширење утичу на то да традиционалне праксе управљања људским ресурсима, често више нису погодне за потребе организација [6].

Дигитална трансформација је снажно утицала на многе активности у менаџменту људских ресурса, што захтева увек више података у реалном времену да би се открило која питања су тренутно најрелевантнија за запослене и организацију [6]. У том смислу, аналитика менаџмента људских ресурса, која се дефинише као коришћење података, анализе и системског резонувања пружа увид у то како најбоље управљати запосленима да би се остварили постављени циљеви. Она омогућава компанијама да сагледају целокупне пословне резултате и да доносе одлуке засноване на подацима и да на тај начин задобију конкурентску предност. Главни циљ усвајања употребе метрике и аналитике је да се искористи стручност менаџера људских ресурса у управљању запосленима, и то са различитих аспеката: проналажење најбољег начина за запошљавање, одабир, обуку, дизајн,

мотивацију, развој, процену и задржавање запослених, а услед тога се и циљеви организације ефикасније постижу [35].

У дигиталној економији одлуке менаџмента људских ресурса заснивају се на јасним и чврстим подацима, те је дошло до еволуције у овој сфери. Савремени менаџмент људских ресурса је у великој мери вођен подацима.

Услед тога, аналитика менаџмента људских ресурса може бити савршен алат за пружање потребних аналитичких информација и увида у реалном времену [9], и при томе омогућити интеграцију података из различитих делова организације и из окружења [25]. Први и најважнији корак за генерисање метричких и аналитичких стратегија у организацији је идентификација постојећих проблема са којима се организација суочава. Због промене окружења и глобалних захтева, главни фокус је на проблемима и променама у радном окружењу са којима се суочава организација и људски ресурси [35].

Једна од најзначајнијих предности коришћења аналитике у менаџменту људских ресурса је то што доносиоци одлука имају чврсту основу у виду података и чињеница и не морају да се ослањају на интуицију и своје прошло искуство. Коришћењем метрике, доносиоци одлука ће стећи способност да ефикасније управљају и унапређују програме и процесе људских ресурса. Ово заузврат побољшава ефикасност радне снаге и организациони учинак. Метрика и аналитика су боља мера за решавање проблема у организацијама, јер се у свим ситуацијама одлуке доносе након анализе тактичких избора [35].

С обзиром на то да је функција менаџмента људских ресурса често потцењена у односу на друге функције у организацији (нпр. маркетинг, финансије и остале службе), на овај начин може се указати на њену важност.

Пошто функција људских ресурса настоји да стекне већи стратешки утицај, руководиоци људских ресурса морају да прошире „поље деловања“ даље од професије људских ресурса. Морају да науче како су се стратешке области као нпр. маркетинг издвојиле из дотада постојећих области продаје или финансија. Данашњи менаџмент људских ресурса је углавном фокусиран на своју професионалну праксу, која је значајна, али непотпуна. Пуно стратешко партнерство захтева „науку о одлучивању“ која унапређује одлуке о ресурсима талената на сличан начин као што финансије и маркетинг побољшавају одлуке о новцу и купцима [4].

У том смислу, развој аналитике на претходно описан начин има значајан утицај на развој позиционирање менаџмента људских ресурса као стратешког партнера у организацији.

Нека од мерила која се данас користе у аналитици менаџмента људских ресурса су:

- Приход по запосленом
- Стопа невољног одласка запослених из организације
- Стопа вољних одласака запослених из организације
- Стопа одсуствовања запослених
- Стопа прихватања понуда за посао
- Трошкови обука по запосленом
- Ефикасност обука
- Време до запошљавања новог запосленог
- Број повреда на раду
- Степен задовољства
- Степен ангажованости
- Број прековремених радних сати

- Број датих предлога
- Број прихваћених предлога
- Степен продуктивности
- Трошкови регрутације
- Трошкови селекције
- Ефикасност регрутације и
- Ефикасност селекције.

Сва ова мерила је могуће посматрати у односу на параметре које желимо у организацији и повезати их са стратегијом компаније. Могуће је добити жељене податке за различите временске интервале, по менаџерима, по запосленима, по одређеним карактеристикама запослених као што су пол, године старости, године радног искуства, степен образовања и слично.

1.2. ЗНАЧАЈ АНАЛИТИКЕ МЕНАЏМЕНТА ЉУДСКИХ РЕСУРСА У САВРЕМЕНОМ ПОСЛОВАЊУ

Од почетка примене у организацијама функције људских ресурса често су прикупљале велику количину података о запосленима, али не и о утицају програма и пракси које спроводе на укупно пословање предузећа. Тако су нажалост, у претходном периоду, ови подаци су често остајали неискоришћени. Како би људски ресурси могли да добију стратешку улогу у организацијама, потребно је да развије способност мерења како с једне стране одлуке о људском капиталу утичу на пословање, а са друге и како пословне одлуке утичу на људски капитал.

1.2.1. Зашто је значајна аналитика у менаџменту људских ресурса

Бројне недавне студије, чланци и књиге расправљају на тему раста стратешког значаја функција људских ресурса у компанијама [16]. Упркос очекивањима, недавна истраживања указују, међутим, да људски ресурси још увек нису много напредовали ка томе да постану кључна стратешка функција [22].

С обзиром на то да људски ресурси могу донети високу додатну вредност организацији, кроз учешће у имплементацији корпоративне стратегије и помоћ у побољшању организационе ефикасности намеће се питање из ког разлога још увек нису постале једна од кључних стратешких функција у организацији, као што су на пример финансије или маркетинг?

Један од могућих узрока оваквог стања је и то што ове функције располажу мерљивим, конкретним подацима који могу дати тачну процену неких процеса, као и њихову стратешку перспективу, однос са трошковима.

Функцији људских ресурса, као релативно младој у организацијама често недостају аналитички подаци за доношење одлука, односно аналитички модели којима се може конкретно мерити однос активности људских ресурса у односу на побољшање ефикасности организације.

Из наведеног произилази да је развој добре метрике и аналитике од кључног значаја за стратешко позиционирање одређене функције у организацији.

Треба имати у виду да људски ресурси нису организациона област која је базирана примарно на аналитичким подацима, као што је финансијска нализа, анализа тржишта, истраживање и развој. У овим областима постоје стручни аналитичари који располажу сопственим

статистичким и математичким методима и моделима. Ипак, развојем сопствених метрика и аналитика људски ресурси би требало да теже томе да са осталим организационим функцијама постигне синергијски ефекат и тиме допринесу укупном побољшању компетенција предузећа.

Захваљујући модерним информационим технологијама, функције људских ресурса могу да формирају базе за велике количине података које сакупљају, а правилним управљањем овим подацима компанија се може поредити са конкурентима или доћи до процене трошкова по запосленом. Коришћењем конкретних аналитичких података из сакупљених база људских ресурса ове функције могу доказати менаџменту да улагање у усавршавање запослених не посматра као трошак већ као потенцијални развој талената у организацији, на пример метрике се могу фокусирати на промене у перформансама пословних процеса (смањени дефекти, повећана брзина, чешће иновације) које се јављају када се побољша квалитет талената или када се уведу нове праксе у менаџменту људских ресурса. Правилном анализом ових података компаније могу да се концентришу на улагања у оне области људских ресурса и таленте својих запослених које су компатибилне са стратегијом фирме и доприносе бољој ефективности.

Употреба аналитике у циљу процене утицаја пракси и политика менаџмента људских ресурса на перформансе организације је начин да ове функције додају вредност својим организацијама, односно употребом статистичких и математичких метода и техника људски ресурси могу приказати крајњи циљ својих активности.

У новије време бројне студије су се бавиле истраживањем потенцијалних могућности да праксе менаџмента људских ресурса постану стратешки важне у организацији.

На пример, Becker и Huselid (1998) [2] су указали на повезаност пракси људских ресурса и учинка фирме. Lawler и Mohrman (2003b) су се бавили проучавањем како различите активности људских ресурса имају утицај на формирање стратешке функције ове организационе области [24].

У студији коју су спровели Lawler, Levenson, и Boudreau [23] извршена је анализа које се све врсте метрика људских ресурса примењују у организацијама, као и дата процена да ли је већа вероватноћа да ће оне организације које располажу већим бројем метрика и аналитика боље користити расположиве податке за добијање стратешки значајне позиције у организацији.

Ова група аутора је циљу утврђивања колико су искоришћени у пракси подаци којим располажу функције људских ресурса данас и какав је њихов утицај на пословање анкетирали службе људских ресурса у средњим и великим корпорацијама које су корпоративни спонзори Центра за ефикасне организације на Универзитету Јужне Калифорније [23].

Истраживање је обухватило шест области:

1. Тренутна и будућа стратегија менаџмента људских ресурса компаније;
2. Подаци о људским ресурсима које организација прикупља да би утицала на одлуке;
3. Укупна ефективност система мерења и анализе организације;
4. Тип метрике и аналитике коју прикупља организација;
5. Како организација користи аналитику и метрику да процени и разуме утицај својих програма менаџмента људских ресурса;
6. Степен до ког је функција менаџмента људских ресурса стратешки позиционирана у организацији.

У истраживању је утврђено да 80% организација које су одговориле на анкету су имале развијен информациони систем менаџмента људских ресурса (ХРИС), који би могао бити повезан и користан у пословним процесима предузећа, али је сразмерно мали проценат оних који заиста и користе метрику и аналитику људских ресурса за повезивање инвестиција у људске ресурсе са пословним резултатима.

Узроци томе су:

- недостатак аналитичке способности и доношења одлука заснованих на подацима;
- недостатак аналитичких модела који показују однос између пракси људских ресурса и ефикасности организације.

Организације треба да развију бар три врсте аналитичких модела:

- заснованих на процени ефикасности (нпр. време за попуњавање отворених позиција, административни трошкови по запосленом);
- заснованих на процени ефективности (да ли програми и праксе менаџмента људских ресурса имају предвиђени ефекат на људе или групе талената ка којима су усмерени, односно корист људских ресурса у привлачењу, развоју талената и распоређивању талената);
- заснованих на утицају на развој и оптимизацију способности и кључних компетенција организације. У овом случају под утицајем се сматра демонстрирање везе између онога што људски ресурси раде и способности организације да стекне и одржи конкурентску предност. Овде фокус може бити усмерен на промене у перформансама пословних процеса (нпр. смањени дефекти, повећана брзина, чешће иновације) које се јављају када се побољша квалитет талента или када се уведу нове праксе менаџмента људских ресурса).

Заправо студија је показала да функција људских ресурса треба да развије способност да на мерљив начин докаже крајњи утицај својих активности, односно да на овај начин повећа утицај функције људских ресурса на пословне одлуке компаније и будуће пословне стратегије.

Све већа употреба информационих технологија је јасан позитиван ефекат пошто већина организација сада има ХРИС систем, те ово утиче на стварање огромних складишта података и ствара одличну прилику за организације за лакше управљање овим квантитативним подацима.

Из тог разлога у оквиру менаџмента људских ресурса долази до све интензивније примене аналитике.

Из претходно наведеног истраживања изводи се закључак да упркос прикупљању великих количина података о запосленима од стране стручних службу менаџмента људских ресурса, нажалост, у претходном периоду, ови подаци су често остајали неискоришћени. Савремена технолошка решења и алати, као и адекватна употреба аналитика допринели су томе да се функција људских ресурса све више окреће анализи и тумачењу великих количина података о запосленима који потичу из различитих извора.

1.2.2.Савремени трендови развоја аналитике у менаџменту људских ресурса

Глобално тржиште аналитике менаџмента људских ресурса у последњих неколико година показује тенденцију брзог и динамичног раста. Неки од покретача раста овог тржишта су све већа неопходност за ефикасним коришћењем људских ресурса, уз истовремено

минимизирање оперативних трошкова предузећа, као и стицање стварног увида у понашање запослених.

Величина глобалног тржишта аналитике људских ресурса процењена је на 2,96 милијарди УСД у 2022. години и очекује се да ће расти по комбинованој годишњој стопи раста од 14,8% од 2023. до 2030. године [14].

Пандемија КОВИД-19 која је током 2020. године захватила цео свет, утицала је и на потпуну промену начина пословања, и захтевала од компанија промену образаца рада. Компаније су се суочиле са потребом социјалног дистанцирања, и примене рада на даљину, а самим тим јавила се и повећана потражња за управљањем радном снагом. Значајну улогу у овом процесу добиле су иновативне технологије и растућа примена аналитике. Зато се очекује да ће раст тржишта аналитике бити значајно подстакнут и стално растућом потребом за запошљавањем квалификованих талената и побољшањем задржавања запослених коришћењем иновативних алата и технологија, а у циљу постизања дугорочне одрживости компаније.

Усвајање иновативних решења омогућава функцијама људских ресурса да побољшају ангажовање запослених, олакшају пријем запослених и повећају ефикасност радне снаге, олакшавају професионалцима у области људских ресурса да привуку и задрже запослене, што резултира побољшаном продуктивношћу. Управо ова потражња за ефективним управљањем радном снагом и запошљавањем покреће тржиште напред [14].

Нове технологије које се примењују у овој области углавном су когнитивне, засноване на мобилној и cloud технологији. Употреба когнитивних технологија, које прикупљају податке са друштвених мрежа, а укључују и вештачку интелигенцију и алгоритме за предвиђање помажу организацијама у доношењу бољих одлука као и могућности за побољшање перформанси, што на крају доводи до бољих одлука и акција [14].

Промене на тржишту су условиле и потребу за развојем појединих сегмената менаџмента људских ресурса.

На пример, услед растуће потребе за повезаним и уједињеним предузећима, као и интегрисаним системима управљања радном снагом на различитим локацијама, развио се сегмент управљања радном снагом са тржишним уделом од од 28,8% у 2022. години. Имплементацијом решења за планирање радне снаге може се постићи оптимизација радне снаге уз поједностављивање рада на даљину, а чиме се може побољшати учинак, продуктивност и задовољство запослених. Ове предности подстичу интересовање организација за имплементацију оваквих решења за побољшање рада радне снаге [14].

Када говоримо о управљању радном снагом, треба напоменути да повећана употреба алата за планирање радне снаге, води и повећаној потреби за идентификацијом потребе за талентима одређеног профила, као и растућа потражња за аутоматизацијом и дигитализацијом ручних алата за анализу талената. Ово упућује на то да ће сегмент аналитике талената такође доживети значајан раст током предвиђеног периода.

Велика предузећа у данашње време сакупљају огромну количину података о запосленима. Нове технологије у овом случају омогућавају предузећима да управљају огромним базама података запослених и обезбеде приступ подацима запослених у реалном времену са било ког места у свету. У овом случају аналитика људских ресурса помаже у анализи прикупљених информација уз смањене оперативне трошкове. Из тог разлога многе велике корпорације имплементирају аналитику великих података како би повећале приходе,

побољшале аналитичке способности и лако приступиле информацијама о запосленима и тиме доприносе расту тржишта.

Са друге стране мала и средња предузећа се суочавају са другачијом врстом изазова, па тако и у погледу потребе за новим алатима у функцијама људских ресурса. Њима су потребна нова решења за аналитику људских ресурса која ће помоћи оптимизацији трошкова и олакшати управљање запосленима у више географских подручја.

Највећи тржишни удео од 34,5% у аналитици менаџмента људских ресурса у 2022. години је имала Северна Америка, јер овај регион обухвата земље, као што су Канада и САД, које се сматрају најразвијенијим у погледу усвајања дигиталних технологија. Њихова снажна финансијска позиција омогућава велика улагања и унапређење модерних технологија и решења за ефикасно пословање [14].

Компаније у овој области користе различите тактике раста, као што су партнерства, редовна спајања и аквизиције, а све са циљем проширења понуде производа, као на пример платформе за аналитику људи са квалитетном разменом података неопходних за планирање радне снаге побољшњу вештина и задржавању запослених.

2. СИСТЕМ ЗДРАВСТВА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Активности које су у надлежности јавног сектора су од изузетног значаја за сва савремена демократска друштва. Ове активности обухватају јавно образовање, дефинисање правног поретка, активности јавног здравља, активности везане за заштиту старих и сиромашних лица, улагање у инфраструктуру и слично [37].

Правилно и ефикасно функционисање свих наведених активности из надлежности јавног сектора је од изузетног значаја за привреду једне државе, и за свеукупни стандард њеног становништва, а јавна здравствена заштита има изузетан значај на социјални и економски аспект живота становништва.

Систем јавног здравља представља представља свакако један од приоритета јавног сектора, јер се бави активностима везаним за унапређење здравља становништва једна државе, а са развојем целокупног друштвеног система долази до његовог јачања и побољшања. Јавна здравствена услуга је зато једна од најбитнијих услуга јавног сектора, која се организује у циљу побољшања добробити за читаву заједницу, односно друштво.

Управо зато је адекватан одабир и спровођење здравствене политике изузетно значајно питање за једну државу, независно од нивоа економског развоја и политичког уређења. Међутим, ово питање је веома комплексно, а поготово у савременом периоду када му се намећу све већи захтеви.

За то постоје бројни разлози као што су [17]:

- старење становништва, чиме се намеће већа учесталост коришћења здравствене неге старих. Већа учесталост коришћења здравствених услуга јавља се и услед поновне активације неких заразних болести услед погоршања услова живота. Глобализација утиче на свеукупну промену пословања, економске политике, кретање светске популације, али самим тим и на стање здравља, јер ствара већу дифузију становништва и појачава ризик од ширења одређених болести. Такође и савремени животни стил повећава потребу за здравственим услугама, јер изазива повећање болести повезаних са начином исхране, неактивношћу и седењем, пушењем, загађењима и слично;
- појава иновативних лекови и медицинских технологија је позитивна, али повећава цене лечења. Употреба иновативних технологија побољшава брзину размене информација и на нивоу државе и на међународном нивоу, услед чега је здравствени систем све сложенији, и постаје једна од најскупљих јавних услуга;
- очекивања корисника поменутих услуга се повећавају и то и по питању квантитета и по питању квалитета.

Из свега реченог произилази да свака земља по питању финансирања здравствене заштите мора да дефинише јасне регулативе.

Из наведеног се може закључити да интересовање за питање финансирања здравства није карактеристично само за Србију, већ се све земље света суочавају са овим проблемима. Питања везана за здравље су доспела на дневни ред у последњој деценији двадесетог века у нашој земљи, управо због неких негативних тенденција које су уочене (повећана стопа смртности, старење становништва, повећање социјалних болест, смањење стопе наталитета и слично). Наведени трендови наступили су као последица претходних ратова на простору бивших република, инфлације, незапослености, хиперинфлације и санкција.

2.1. СВЕТСКА ЗДРАВСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА И ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У ЕУ

Устав Светске здравствене организације који је усвојен 1946. године у Њујорку, дефинисао је право свих људи да остваре највише здравствене стандарде. У конститутивном акту Устава није дефинисана здравствена заштита, већ само дефинисан појам здравља као свеукупни просперитет у социјалном, физичком и менталном смислу. Овако одређен појам здравља сугерише међусобну зависност здравља са економским и социолошким варијаблама. Дуговечност становништва свакако је заступљенија у оним земљама где је снажнији привредни развој, мање пристна немаштина и више се поштују стандарди очувања животне средине. С обзиром на чињеницу да средства за финансирање здравља нису једнако дистрибуирана, а самим тим ни равноправна, јасно је да стандарди овакве дефиниције здравља нису оствариви за целокупно становништво. Овакав концепт дефиниције здравља, донекле унапређен, поново је промовисан у 1978. годне у Алма Ати, у тада донетој новој Декларацији [8].

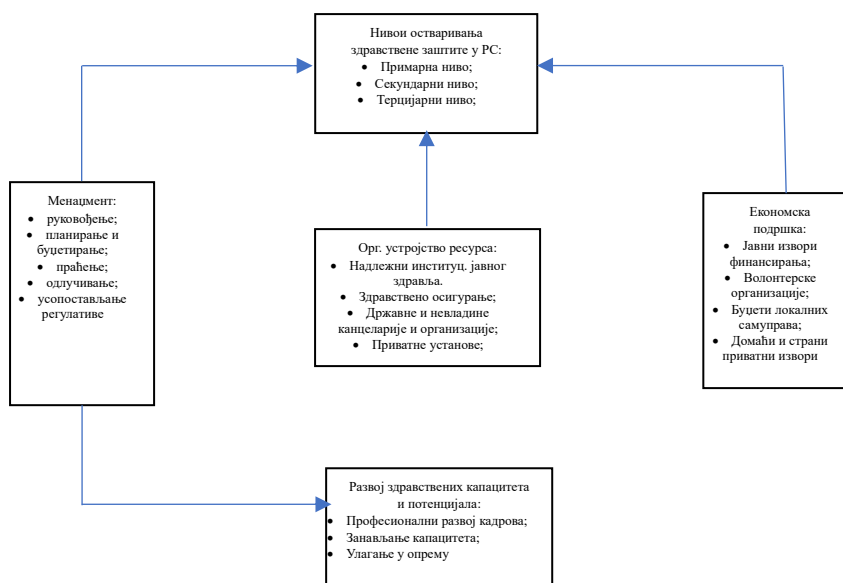
Нешто касније Светска здравствена организација одређује и појам здравствене заштите и то као све организације и људе који спроводе основне активности ради побољшавања, проширивања или одржавања здравља људи. Из наведеног се види да се дефиниција не може ограничити само на непосредне даваоце услуга, односно на здравствене установе у државној и приватној својини. Из претходног видимо да овај сложени систем, поред тих установа, могу чинити законски и подзаконски документи у области здравства, као и осигуравајућа друштва које послују у области здравственог осигурања [38].

Према В. Klaczkowskom и А. Van Der Werfu, може се вршити анализа начина функционисања здравственог система једне државе и то према према модалитету који се састоји од пет кључних компонената, који представљају поједностављен модел једног здравственог система, при чему је свака компонента, посредно или непосредно, повезана међусобно [19].

То су следећи модели:

1. Развој здравствених капацитета и потенцијала - односи се на улагање у професионално усавршавање запослених, побољшање капацитета у здравству, снабдевање, опрему и слично;
2. Успостављање организованог устројства ресурса - подразумева надлежне институције задужене за послове у вези јавног здравља, као и послове у области здравственог осигурања, остале државне и невладине канцеларије и организације у овој области, као и установе у приватном сектору;
3. Обезбеђивање здравствене заштите по нивоима на којима се услуге могу пружати и то као услуге примарног, секундарног и терцијарног нивоа;
4. Економска подршка – обухвата све изворе из којих се здравствена услуга може финансирати, а односи се и на државне односно јавне изворе, а и на приватне организације, волонтерске организације, приходе са локалног нивоа, као и приходе домаћих и страних домаћинства;
5. Управљање системом – подразумева све активности за руковођење и планирање, као и буџетирање, праћење и одлучивање и успостављање регулативе [32].

Слика 1. Пет кључних компоненета здравственог система



Извор [29]

Начин на који се финансира систем здравствене заштите, односно начин плаћања здравственог осигурања као једног од делова извора прихода здравственог система одређује на који начин ће бити организован здравствени систем.

Неке од карактеристике које се користе при дефинисању општих модела финансирања здравственог осигурања су [17]:

- начин мобилисања финансијских средстава који омогућава функционисање система здравственог осигурања (уплата доприноса, пореза и слично),
- метод плаћања здравствених услуга (по осигураном лицу и слично) као начин финансирања болница и
- систем контроле спровођења здравствене заштите.

Основе за модерне системе обавезног или државног здравственог осигурања су постављене у Бизмарковој Немачкој, а на даље се оваква идеја развијала и у другим Западне Европе. До унапређења и даљег ширења оваквог система је дошло након Другог светског рата, када се и повећао број становништва које се укључује у обавезно здравствено осигурање. У Великој Британији и скандинавским државама дошло је до преласка на потпуно финансирање обавезне здравствене заштите. Деведесетих година двадесетог века због појаве јавног дефицита у многим европским државама јавила се и потреба установљавања тржишних механизма у области здравствене заштите, односно до увођења приватног и добровољног здравственог осигурања.

Свака држава има могућност да организује и устроји сопствене модалитете здравственог осигурања, а у зависности од економских прилика и услова социјалне средине. Упркос томе што постоје различити модалитети организовања, они се углавном могу подвести под неколико најзначајнијих модела. Ако посматрамо поделу Светске здравствене организације, могу се издвојити модели који су дефинисани на бази тога из којих се извора врши финансирање, ко управља системом и на који начин се одлучује о обавезама и правима учесника у систему, степену инволвираности становништва једне државе у здравствену заштиту, као и принципима солидарности при планирању здравственог осигурања.

У односу на поменуте специфичности постоје четири основна концепта система здравственог осигурања:

1. Бизмарков модел (1883.) који се назива „класичним“ (обавезним) здравственим осигурањем, или тзв. „социјалним здравственим осигурањем“;
2. Беверицов модел (1948.), у литератури познат као модел „буџетског здравственог осигурања“ или „националне здравствене службе (сервиси)“;
3. Семашков модел (1920.) или модел „државно вођене здравствене заштите“;
4. Тржишни (предузетнички) модел [18].

Бизмарков модел. Овај модел везује се рад немачког канцелара Бизмарка на развоју система целокупног социјалног осигурања, а његови основни принципи почивају на универзалности здравственог система.

За овај концепт је карактеристично да је целокупно финансирање здравствене заштите, предвиђено да се претежно врши од стране организација обавезног здравственог осигурања. Ове организације/фондови изворе за финансирање обезбеђују из уплаћених доприноса за обавезно здравствено осигурање и то доприноса из зараде и на зараду. Доприноси који се уплаћују на терет радника и послодавца су законом дефинисани као јавни приход из кога се финансира обавезно осигурање. Овакав начин уплате доприноса почива на принципу солидарности свих осигураника. Доприноси се плаћају из бруто зараде запоселних (бруто зарада представља основицу за уплату доприноса) и то непрофитном фондовима осигурања.

Ови непрофитни фондови, којима управљају представници осигураника, на тај начин склапају уговоре са даваоцима здравствених услуга, а врше плаћање услуга паушално или по извршеној услузи.

За Бизмарков модел је поред непрофитности и солидарности присутна и сигурност, јер је здравствена заштита обезбеђена свима, а уједно и одговорност читавог друштва за старање о здрављу. Проблем може настати у случају да трошкови по осигураном лицу прелазе ниво просечног доприноса по осигураном лицу.

Постоје дискусије на тему којим би земљама одговарао овакав начин финансирање [26]. Постоје тврдње да би овакав начин финансирања више одговарао земљама код којих је висок проценат запосленог становништва са релативно вишим примањима. Заговорници идеје да Бизмарков модел више одговара земљама у транзицији тврде да су на овај начин ипак средстава обавезног здравственог осигурања заштићена, те да се не могу користити за друге намене, односно да их не могу узимати други сектори.

Неке од европских држава у којима је заступљен Бизмарков систем су: Аустрија, Холандија, Белгија, Швајцарска, Француска, Немачка, Луксембург, као и Словенија почев од 1992. године.

Беверицов модел. Код Беверицовог модела управљање здравственим осигурањем налази се у рукама државе, а не самих осигураника као у претходно описаном случају. Здравствено осигурање финансира се средствима обезбеђеним порезима односно државним средствима. На тај начин држава се стара за осигуравање здравствених капацитета за целокупно становништво и управљање системом, што значи да су здравствене установе у главном у власништву државе. Као и код Бизмарковог модела и овде је заступљен принцип солидарности, али је разлика у томе што овде управљачи нису представници осигураника, већ управљање системом у целости припада држави.

У овом случају лекари у здравственим установама претежно раде за унапред утврђену плату, а посебан је значај дат општој пракси и категорији изабраног лекара.

Беверицов модел финансирања здравственог осигурања иницијално је примењен у Великој Британији, а данас је заступљен и у другим државама (Данска, Норвешка, Ирска, Шведска, Исланд, Финска).

Семашков модел. Како има подударња са Бизмарковим моделом, па тако присутна су поједина тумачења да је ово само варијација овог модела. Овакав модел је заступљен у бившим Совјетским републикама и у појединим земљама са развијеним социјалистичким системом, у којима постоји идеологија неопходности бесплатне здравствене заштите за целокупно становништво, и из тих разлога држава и мора да буде одговорна за организовање и финансирање здравства. У оваквом моделу није заступљено приватно осигурање, а држава је носилац фонда за здравствено осигурање, као и других институција.

Тржишни модел. Као што сам назив указује, овај модел заснива се на профитној основи, а не на принципу солидарности и једнаких права за све грађане. Код овог модела здравствено осигурање се спроводи кроз приватне организације и агенције које су регистроване за ове делатности. Најпознатији пример оваквог модела заступљен је у Сједињеним амерчким државама.

Табела 1. Упоредни приказ карактеристика традиционалних модела здравственог осигурања

Карактеристике	Бизмарков модел	Беверицов модел	Семашков (социјалистички) модел	Тржишни (предузетнички) модел
Начин обезбеђивања средстава	Претежно из доприноса итд.	Буџетска средства	Централизован начин (држава)	Из приватних извора
Начин руковођења системом	Самоуправљачк и принцип	Преко државних органа	Од стране Владе и министарстава	Из приватног сектора
Ко доноси одлуке о правима и обавезама	Управљачи јавних осигурања	Држава	Влада и министарства	тржишни принципи
Ко је све укључен у заштиту	Углавном сви грађани	Сви грађани	Сви грађани	осигурање није обавезно
Солидарност	Потпуна	Потпуна	Потпуна	Нема јеж
Ко планира послове	Држава	Држава	Држава	Нема планирања

Извор [18]

Претходна подела модела здравственог осигурања је традиционална и до данас је модификована од стране Светске здравствене организације. Савремена подела разликује следеће моделе [10]:

1. Модел социјалног здравственог осигурања – заправо представља Бизмарков модел и функционише у државама у којима је заступљен и поменути модел осигурања;

2. Модел буџетског финансирања - представља Беверицов модел и заступљен је у државама у којима функционише овај модел;
3. Модел националне здравствене службе – заснива се на карактеристикама прва два традиционална модела (Бизмарков и Беверицов модел). Овакав облик није заступљен у Европи. Првобитно је настао у Канади, а касније пренет и у друге државе као Тајван и Јужна Кореја;
4. Приватно здравствено осигурање – засновано је на принципу личног плаћања услуга.

Уколико би се вршила компаративна анализа система здравствене заштите, утврдило би се да нема потпуно чисто примењених система, већ да државе углавном користе комбиноване и модификоване неке од наведених система, те да свака држава предвиђа сопствена правила у тој области и прилагођава систем својим специфичностима и потребама.

Данас у већини европских земља заступљено је финансирање здравства које подразумева и буџетске изворе (државне средстава), а и ангажовање приватних ресурса. Државни извори подразумевају приходе који се обезбеђују из буџета, као и остале доприносе који су, по правилу, дефинисани законом и представљају део обавезног социјалног пакета дефинисаног на нивоу државе.

Приватни ресурси из којих се врши финансирање здравства представљају давања која грађани врше из личних прихода, за финансирање здравствених услуга које нису обезбеђене из државних извора, затим ресурси приватних осигурања, добровољна давања и слично.

Уколико се пореди учешће два горе поменута извора финансирања здравствене заштите у европским државама, уочљиво је да у већини земаља државна средства чине преовлађујући извор из кога се финансирају здравствене услуге. Државни извори су примарни извори финансирања у Великој Британији, скандинавским државама, Чешкој, затим следе Француска, Немачка, Белгија, Аустрија, Финска, Пољска, Мађарска, Словенија, Шпанија, Турска, и на крају Швајцарска, Грчка и Словачка [31].

Поред здравствене заштите која се финансира из државног (обавезног) осигурања, у већини европских држава присутна су и приватна здравствена осигурања, која се могу плаћати упоредно, као додатно осигурање.

Једна од основних подела модела здравственог осигурања са којима се сусрећемо у литератури су европски и амерички модел.

У државама европске уније је заступљен европски модел, који се преовлађујуће финансира из обавезних извора осигурања, а то су углавном доприноси чија је уплата уређена законском регулативом једне државе, а плаћају из запослени и послодавци. Како је већ објашњено, овакав вид осигурање је базиран на принципу једнакости и солидарности за целокупно становништво. Поред обавезног, у већини земаља постоји и добровољно осигурање, чији се степен учешћа и ниво заступљености разликује по државама.

Разлике у организацији добровољног осигурања произилазе из тога што их и законодавац по различитим државама различито дефинише. Три су основна облика добровољног здравственог осигурања у државама Европске уније:

1. алтернативно (substitutive),
2. допунско (complementary) и,
3. додатно (supplementary) [26].

Алтернативно здравствено осигурање заступљено је у малом броју држава и ограничено је само на одређене групе становништва, обично за онај део становништва који је по основу

високих прихода искључен из обавезног здравственог осигурања (Холандија), одређену групацију становништва која на основу износа својих примања одлучује да ли ће користити обавезно или ће прећи у добровољно осигурање (као што је случај у Немачкој), и за део популације тзв. samozапослених (Аустрија и Белгија) [26].

Из разлога што су трошкови здравствених услуга све виши из године у годину у државама Европе, јавља се и допунско добровољно здравствено осигурање, првенствено као вид партиципације, тако да у овај вид осигурања могу бити укључене разноврсне категорије популације. Овакав вид партиципације је заступљен у многим земљама (Данска, Француска, Белгија, Луксембург, Шведска и Холандија)[26].

Додатно добровољно здравствено осигурање је погодно за део становништва са вишим приходима. Овакав вид осигурања омогућава оваквом становништву бржи приступ одређеним здравственим услугама (без листи чекања), као и шири избор услуга, међутим квалитет медицинске заштите остаје исти. Овај облик добровољног здравственог осигурања је омогућен у многим државама чланицама, али преовлађује у државама са Беверицовим моделом здравственог осигурања.

Амерички модел је систем финансирања здравства који је заснован на приватним изворима, а врши се преко регистрованих, приватних институција за вршење осигурања, које послују на тржишним принципима. Овакав вид осигурања не обезбеђује универзално покриће мада често послодавци у одређеној мери осигуравају покриће здравствених услуга за раднике и њихове породице, а финансира се из премије осигурања.

2.2. ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Србија је била суочена са наслеђеном неразвијеном здравственом мрежом установа и оскудним медицинским кадром, у периоду по окончању Другог светског рата [8].

Убрзо по окончању рата доноси се Закон о обавезном социјалном осигурању радника и службеника, чиме је омогућено да се оствари пружање здравствених услуга бесплатно за одређене категорије болести (углавном инфективних, туберкулозе, трахома, као и бесплатни порођај). Такође, овај пропис гарантовао је и вакцинацију без накнаде за децу до три године живота. У то време овакав закон је чинио велико финансијско оптерећење за државу.

До 1953. године здравствене службе су биле концентрисане углавном у развијеним подручјима, где је било и више запослених становништва, да би након тога дошло до децентрализације. Потребне за здравственом заштитом биле су све веће, али нису их пратиле и адекватне финансијске могућности, а нарочито у неразвијеним подручјима (нпр. АП Косово и Метохија) где је и стопа природног прираштаја била много већа. У послератном периоду остварен је велики успех је унапређењу здравствља становништва што је повратно утицало на дужи животни век становништва.

Савезни Закон о организацији здравствене службе из 1960. године у Југославији, дефинисао је сврху здравствене заштите и то као „омогућавање здравља становништва и то и телесног и душевног, омогућавање правилног развоја деце и омладине, омогућавање здравствених услуга за труднице и породиље, као и негу након порођаја за породиљу и новорођенче, спречавање инвалидитета, као и подузање свести становништва о значају хигијене и здраве средине“.

Након усвајања Устава из 1974. године, савезна држава престаје да се бави уређивањем питања у вези са здравственим осигурањем, и питањима организовања здравствене заштите

у републикама, већ ова важна питања прелазе у надлежност самих република. Устав је дефинисао да се савезна држава бави само питањима која су од значаја за заштиту од инфективних болести које би могле угрожавати становнике читаве државе, затим уређује који се лекови могу производити и продавати на територији њених република, као и дефинише питања јонизујућег зрачења. Раздвајање и дефинисање појединачних закона о здравственом осигурању и о здравственој заштити присутно је у Србији почев од 1992. године.

Данашњи систем здравствене заштите Републике Србије утемељен је на принципу универзалности и солидарности, а појам здравствене заштите, односно права на физичко и психичко здравље представља Уставну категорију (члан 68. Устава Републике Србије).

Закон о здравственој заштити који је усвојен 2005. године утемељен је на неколико значајних постулата: правичност, једнакост, приступачност, континуираност, универзалност. Такође, Закон дефинише и континуиран рад на побољшању квалитета услуга и повећање ефикасности. Закон је дефинисао и гарантује одређена права, а то су пре свега расположивост лечења, обавештавање односно информисање о лечењу, тајност података о лечењу, адекватна обавештења о лечењу, слободан избор и самоодлучивање, обавештења о медицинским испитивањима, право на увид у медицинске евиденције, као и на надоканде штете.

Закон о здравственој заштити заступа идеје солидарности и доступности свих видова здравствене заштите, односно универзалног права грађана на здравствену заштиту, те налаже да грађани имају једнака права на здравствену заштиту и да им се она мора омогућити на начин да није супротстављена њиховим религијским, културолошким и моралним убеђењима. Такође, Закон омогућава великом броју грађана право обавезно осигурање на терет државних средстава, односно средстава која се обезбеђују из доприноса.

Као у многим земљама Европе, и у Србији здравствено осигурање базирано је на обавезном здравственом осигурању.

Под појмом обавезно подразумева се здравствено осигурање које радницима и другим осигураницима који су покривени обавезним здравственим осигурањем обезбеђује могућност лечења и накнаде које су дефинисане овим законом.

Реформски Закон из 2005. године уводи обавезно здравствено осигурање, али истовремено допушта и примену здравственог осигурања које је добровољно. Овакав вид осигурања је посебно дефинисан Уредбом о добровољном здравственом осигурању која је усвојена 2008. године. До ове појаве је дошло због економске кризе у последњој деценији прошлог века, која је условила потребу за увођењем приватног здравственог осигурања и постепеног отварања приватних пракси.

Врсте добровољног здравственог осигурања које су Уредбом дозвољене су: паралелно, додатно и приватно осигурање.

Поменута Уредба дефинише да паралелно добровољно осигурање накокнађује трошкове здравствених услуга који се јављају када осигурано лице користи здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања на другачији начин од поступка који је дефинисан законом који уређује здравствено осигурање и подзаконским актима на основу којих се спроводи тај закон.

Такође, Уредба дефинише и додатно добровољно осигурање и то као вид осигурања који даје корисницима већи обим права од оних која су загарантована обавезним осигурањем и то у виду покрића одређених здравствених услуга, медицинских помагала и новчаних

надокнада. На овај начин корисницима оваквог вида осигурања обезбеђен је нешто виши садржај и обим права, који је посебно дефинисан са пружаоцем осигурања .

Приватно добровољно осигурање је за она лица која нису укључена у обавезно осигурање а служи за надокнаду трошкова за ону врсту, количину, и стандард права која се уговором дефинишу са уговарачем осигурања.

Републички фонд за здравствено осигурање, као надлежна институција овлашћен је да пружа поред обавезног и услуге добровољног осигурања, а поред ове институције постоје и друга правна лица (осигуравајуће куће) која су регистрована за овакву делатност.

Друштва за осигурање спроводе допунски, додатно и приватно, као и комбинацију ове три врсте осигурања. За разлику од ових друштава, Републички фонда може да врши додатно и допунско здравствено осигурање, као и комбинацију ова два. Приходи из којих се финансира добровољног осигурања остварују се уплатом уговорених премија.

Према објављеним подацима из финансијског извештаја РФЗО из 2018. године, током поменуте године су потписано је 13.743 уговора о добровољном здравственом осигурању, односно 2.497 више него 2017. године (сајт РФЗО). Остварена средства из уговорених премија у 2018. години износила су шеснаест милиона и шесто седамдесет хиљада динара, извршени трошкови по овом основу су пет милиона и деветсто тридест хиљада динара.

Пословање друштва за осигурање у периоду од 2017. године до 2021. године приказано је у Табели 2. која даје преглед уговорених премија осигурања, преглед броја лица која су уговорила ову премију, као и износ уплаћених средстава од премија (дато према подацима Народне банке Србије [30]).

Табела 2. Преглед уговорених премија, броја лица уговарача и износа уплаћених средстава добровољног здравственог осигурања

Период	2017 год.	2018 год.	2019 год.	2020 год.	2021 год.
број уговорених премија	49 069	58 776	66 268	44 247	57 210
број уговарача	1 473 653	2 510 267	2 768 243	2 378 075	12 060 268
уплаћен износ средстава (хиљ.дин.)	2 859 554	3 465 351	4 581 469	5 416 185	6 904 958

Извор [21]

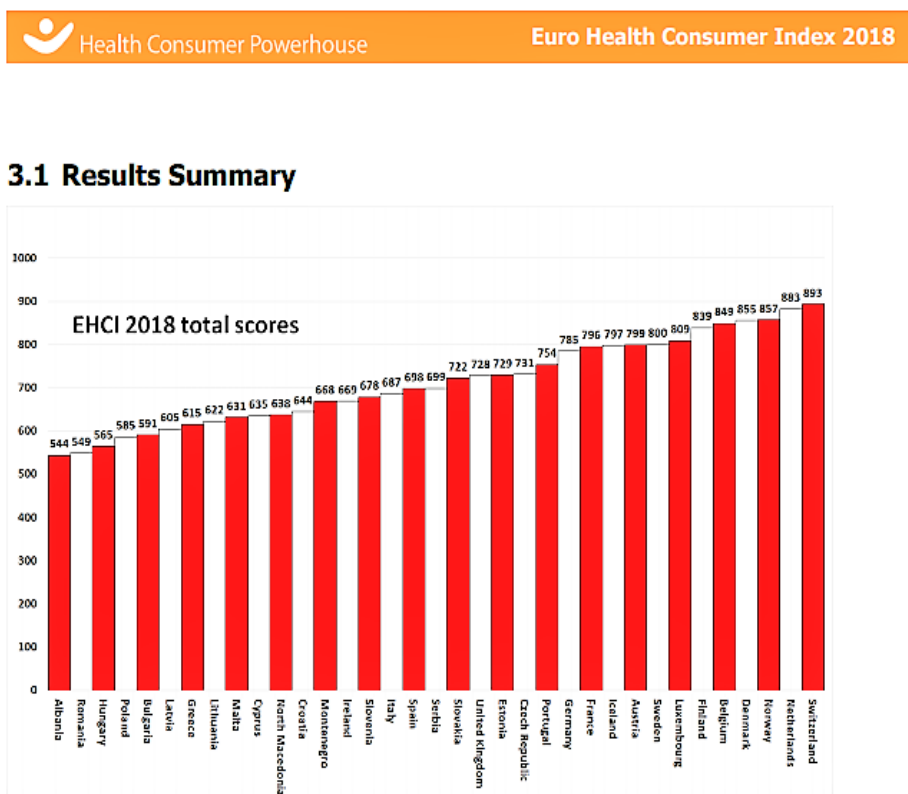
Уплатом премије добровољног здравственог осигурања уговарачу/уплатиоцу је остављена опција да бира начин пружања здравствених услуга, као и да обезбеди бољи квалитет услуга, а чиме се побољшава и стандард и квалитет живота.

Треба нагласити да је обим услуга које пружа приватни сектор је и даље мали и ретко прелази 5% услуга које пружа јавни сектор, да су објекти много мањи и углавном се налазе у урбаним срединама, а првенствено из финансијских разлога. Постоји више хиљада приватних здравствених радника који углавном раде на бази накнаде за услугу. Како су услуге приватних здравствених установа углавном покривене приватним личним плаћањем корисника, групе са ниским примањима, становници који не живе у урбаним крајевима и

друга социјално-економски угрожена лица су у неповољном положају за приступ њиховим услугама, или су ако треба да користе њихове здравствене услуге у финансијском ризику од сиромаштва.

Према подацима Министарства здравља Републике Србије из 2019. године, дошло је до побољшања система здравства у Републици, те се он у поменутој години налази на осамнаестом месту посматран у односу на тридесет и пет европских држава. Подаци приказани на слици 2. показују постигнуте резултате Србије на основу Европског здравственог потрошачког индекса, по коме је у 2018. години Србија боље рангирана од четрнаест европских држава.

Слика 2. Рангирање Србије према индексу ЕХЦИ за 2018. годину, Извор [27]



2.2.1 Институције надлежне за здравствени систем

Због своје сложености концепт организовања здравства захтева правилно формирање функционалних веза између најзначајнијих учесника у овом систему: давалаца услуге и корисника услуга здравствене заштите, затим методи и извори из којих се то финансира, управљачке механизне који усклађују, мењају и коригују систем према потребама корисника, али и институционалним и финансијским могућностима.

Закон који уређује здравствену заштиту у свом члану 8. дефинише да је старање о здрављу друштвена обавеза која у Републици Србији мора бити организована на нивоу Републике, покрајинском нивоу, нивоу локалне управе, послодавца и на личном нивоу. Она се заснива на превентивним мерама за одржање нивоа здравља као и његовог побољшања, препознавање и спречавање елемената ризика за стварање обољења, те учење о здравом начину живота, благовременој дијагностици, лечењу и рехабилитацији оболелих и

повређених, као и правовременом информисању о значајним питањима за остваривање права на здравље.

С обзиром на сложеност здравствене политике, у њеном креирању и спровођењу учествују бројни органи, организације и установе и то на републичком, покрајинском и локалном нивоу.

Шематски приказ спровођења здравствене политике дат је на слици 3:

Слика 3: Упрошћена шема управљачке структуре здравствене политике Републике Србије



Извор [7]

Најзначајнији органи и институције који организују и управљају здравственим системом Републике Србије су [7]:

- **Народна скупштина Републике Србије**, надлежна је за имановање чланова Здравственог савета Србије који је експертско саветодавно тело Народне скупштине за праћење развоја читавог здравства у Републици, надлежна је за усвајање метода за побољшање овог система као и целокупног здравља грађана. Скупштина је надлежна и за усвајање Плана развоја на нивоу целог здравства.

- **Министарство здравља Републике Србије**, као извршни орган надлежно је спровођење здравствене политике, стандардизује начин рада у оквиру служби надлежних за послове у области здравља, дефинише на који начин ће се вршити контроле у области квалитета рада, као и врши контролу спровођења истог. Такође, у надлежности му је целокупна област здравствене заштите, а како би се обезбедило побољшање и унапређење здравља становништва, врши спољашњи надзор квалитетом рада стручних служби и преко здравствених инспекција врши мониторинг пословања здравствених установа у области државног односно јавног система, као и код приватних здравствених установа, као и друге послове у области здравственог осигурања и контролу спровођења прописа из ове области.

- **Републички фонд за здравствено осигурање (РФЗО)** надлежан је закључивање уговора за пружање услуга из делокруга заштите здравља са установама пружаоцима тих услуга и то на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, врши планирање и финансирање функционисања здравствене заштите у јавном сектору, као и са неким установама у приватној пракси, спроводи контроле трожења пренетих средстава

по дефинисаним наменама у свим установама са којима закључује уговор. РФЗО спроводи закључивање уговора са свим здравственим установама које пружају здравствене услуге и спроводи надзор над њиховим радом преко своје мреже филијала. Тренутна организациона шема РФЗО је дата у следећој табели:

Табела 3. Организациона шема РФЗО из 2020. год.

Р.б.	Филијала	Седиште	Испоставе	Број испостава	Истурени шалтери РФЗО
1	Северно-бачки округ	Суботица	Бачка Топола, Мали Иђош	2	
2	Средње-банатски округ	Зрењанин	Нови Бечеј, Нова Црња, Житиште, Сечањ	4	
3	Северно-банатски округ	Кикинда	Кањижа, Сента, Ада, Чока, Нови Кнежевац	5	
4	Јужно-банатски округ	Панчево	Планиште, Опово, Ковачица, Алибунар, Вршац, Бела Црква, Ковин	7	
5	Западно-бачки округ	Сомбор	Апатин, Оџаци, Кула	3	
6	Јужно-бачки округ	Нови Сад	Србобран, Бечеј, Врбас, Бачка Паланка, Бачки Петровац, Жабаљ, Тител, Темерин, Беочин, Бач, Сремски Карловци	11	
7	Сремски округ	Сремска Митровица	Шид, Инђија, Ириг, Рума, Стара Пазова, Пећинци	6	
8	Мачвански округ	Шабац	Богатић, Лозница, Владимирци, Коцељева, Мали Зворник, Крупањ, Љубовија	7	
9	Колубарски округ	Ваљево	Осечина, Уб, Лајковац, Мионица, Љиг	5	
10	Подунавски округ	Смедерево	Смедеревска Паланка, Велика Плана	2	
11	Браничевски округ	Пожаревац	Велико Градиште, Голубац, Мало Црниће, Жабари, Петровац, Кучево, Жагубица	7	
12	Шумадијски округ	Крагујевац	Аранђеловац, Топола, Рача, Баточина, Кнић, Лапово	6	
13	Поморавски округ	Јагодина	Ђуприја, Параћин, Свилајнац, Деспотовац, Рековац	5	
14	Борски округ	Бор	Кладово, Мајданпек, Неготин	3	Доњи Милановац
15	Зајечарски округ (без општине Сокобања)	Зајечар	Бољевац, Књажевац	2	

16	Златиборски округ	Ужице	Бајина Башта, Косјерић, Ариље, Нова Варош, Пожега, Прибој, Пријепоље, Чајетина, Сјеница	9	
17	Моравички округ	Чачак	Горњи Милановац, Лучани, Ивањица	3	Гуча
18	Рашки округ	Краљево	Врњачка Бања, Рашка, Тутин	3	Ушће
19	Расински округ	Крушевац	Варварин, Трстеник, Ђићевац, Александровац, Брус	5	
20	Нишавски округ	Ниш	Алексинац, Сврљиг, Мерошина, Дољевац, Гаџин Хан, Сокобања, Ражањ	7	Медиана, Палилула, Пантелеј, Црвени Крст
21	Топлички округ	Прокупље	Блаце, Куршумлија, Жигорађа	3	
22	Пиротски округ	Пирот	Бела Паланка, Бабушница и Димитровград	3	
23	Јабланички округ	Лесковац	Бојник, Лебане, Медвеђа, Власотинце, Црна Трава	5	Вучју, Грделици и Брестовцу
24	Пчињски округ	Врање	Владичин Хан, Сурдулица, Босилеград, Трговиште, Бујановац, Прешево	6	Врањска Бања
25	Косовски округ	Приштина	Подујево, Обилић, Косово Поље, Глоговац, Штимал, Урошевац, Качаник, Липљан, Штрпац	9	
26	Пећки округ	Пећ	Исток, Клина, Дечани, Ђаковица	4	
27	Призренски округ	Призрен	Сувоа Река, Ораховац, Гора, Опољ	4	
28	Косовско-митровачки округ	Косовска Митровица	Зубин Поток, Лепосавић, Звечан, Србица, Вучитрн	5	
29	Косовско-поморавски округ	Гњилане	Косовска Каменица, Ново Брдо, Витина	3	
30	Град Београд	Београд	Вождовац, Врачар, Звездара, Гроцка, Земун, Лазаревац, Младеновац, Нови Београд, Палилула, Раковица, Обреновац, Савски венац, Сопот, Стари град, Чукарица, Барајево, Сурчин	17	
Укупно:				161	11

Извор [34]

-Институт за јавно здравље Србије „др Милан Јовановић Батут“ представља надлежну институцију за спровођење пословања у делатности социјалне медицине, хигијене, микробиологије и епидемиолошког надзора. У послове које обавља спада и прибављање информација преко здравствених установа, односно завода за јавно здравље о стању здравља становништва и пословању самих здравствених установа. На основу сакупљених информација ова установа извештава надлежне институције и јавност о стању јавног здравља, даје нацрте за унапређење јавног здравства, предлаже здравствену политику и даје мишљења на предлоге и извршење планова рада здравствених установа.

Осим поменутих најважнијих, у раду сложеног здравственог система учествују и:

- **Етички одбор** представља стручно тело Владе Републике Србије у чијој је надлежности предлагање основних начела професионале етике здравствених радника, праћење њиховог поштовања и примене, координација рада етичких тела у самим здравственим установама и контрола начина вршења клиничких опсервација медикамената и медицинских средстава, као и спровођења медицинских експеримента и клиничких опсервација у здравственим установама, анализира и оцењује стручна питања повезана са поступком узимања делова људског тела у медицинске и научне и едукативне сврхе и у вези примене мера за лечење неплодности.
- **Републичке стручне комисије** образује министар за поједине здравствене области, а у циљу усклађивања захтева и закључака репрезентативних здравствених установа, и утврђивања водича добре праксе.
- **Коморе здравствених радника** су надлежне за издавање лиценци (одобрења за рад) које су услов здравственим радницима за рад са пацијентима. Такође, иницирају доношење прописа у области здравственог осигурања, предлажу провере стручног рада и др.
- **Агенција за лекове и медицинска средства Србије** надлежна је за одобравање увоза лекова и медицинских средстава, као и за контролисање појаве нежељених реакција на примену таквих медикамената и средстава, као и за обављање других послова по члану 157. Закона о здравств. заштити.
- **Агенција за акредитацију здравствених установа** самостално врши мониторинг и евалуацију и доноси одлуку о акредитацији здравствених установа.

2.2.2. Организација здравственог система у Републици Србији

Здравствене установе које су пружаоци здравствених услуга на територији Републике организоване су у мрежу здравствених установа чији детаљни план дефинише Уредба о плану мреже здравствених установа. Овако дефинисаним Планом здравствених установа нису обухваћене установе у приватном сектору здравства. Мрежа здравствених установа сматра се једним од значајнијих одлика система здравствене заштите у Србији.

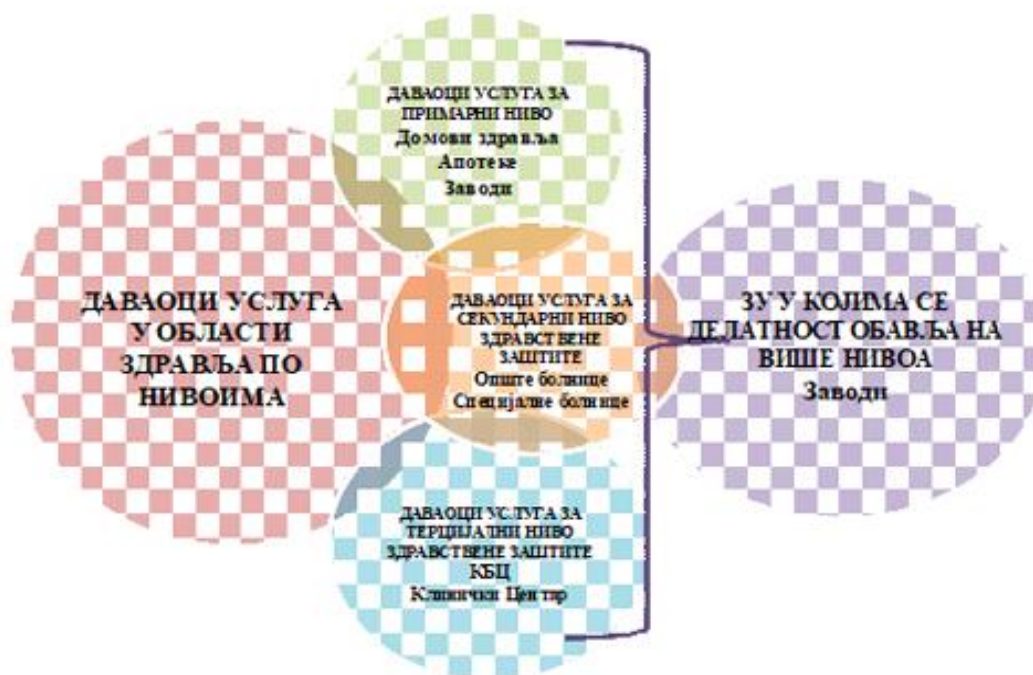
План мреже дефинишу следећи критеријуми:

- 1) план развоја;
- 2) здравствено стање грађанства;
- 3) бројност и просечна старост становника подручја;
- 4) утврђено бројно стање, капацитети и дистрибуција здравствених установа;
- 5) ниво урбанизованости, развоја и инфраструктуре дефинисаног подручја;
- 6) једнакост у приступу здравственој заштити;
- 7) висине потражње за одређеним нивоом здравствене делатности;
- 8) економске моћи у Републици.

Планом мреже одређује следеће: бројност, организацију, капацитете и територијалну распрострањеност здравствених установа и њихових сставних делова и то по нивоима здравствене заштите, начин на који се пружа хитна медицинска помоћ, као и све остало од важности за квалитетно организовање рада давалаца услуга здравства у Републици.

Здравствене установе у Плану мреже здравствених установа организоване су по основу следећих нивоа на којима се може пружати здравствена заштита: примарни ниво, секундарни ниво и терцијарни ниво.

Слика 4. Нивои здравствене заштите



Извор [7]

Здравствене институције примарног нивоа здравствене заштите представљају оне установе где становништво може да се јави на преглед без претходне упутнице, а најзначајнији пример овакве установа представља дом здравља (осим тога још и апотека, студентска поликлиника и др.)

На секундарном нивоу здравствене заштите то су болнице (опште и специјализоване). Пример установе на терцијарном нивоу здравствене заштите је институт, клиника, клиничко болнички центар и клинички центар. Једана установа може обављати и делатности на виђе нивоа, па тако клинике и КБЦ може вршити услуге и секундарног и на терцијарног нивоа, а и дом здравља може имати и болесничке постеље, односно стационарни део.

Табела 4. приказује дистрибуцију здравствених установа у Плану мреже, по регионалној распрострањености и нивоима здравствене заштите, као и приказ бројности приватних здравствених установа, по подацима који су исказани у Плану оптимизације установа у мрежи здравствене заштите (Извор [36]):

Табела 4. Дистрибуција здравствених установа у Плану мреже по регионалној распрострањености и нивоима и број приватних здравствених установа

Број региона	Регион	Број здравствених установа у плану мреже	Приватне здравствене установе	Приватне апотеке
1	Београдски регион	57	518	836
2	Регион Војводине	93	284	960
3	Регион Западне Србије	26	87	279
4	Регион Шумадије и Централне Србије	55	196	564
5	Регион Источне Србије	31	90	205
6	Регион Јужне Србије	51	115	346
	УКУПНО:	313	1290	3190
1	Дом здравља	121		
2	Заводи	16		
3	Опште болнице	10		
4	Здравствени центри	31		
5	Специјалне болнице	33		
6	ТЗЗ (клинике, КБЦ, УКЦ, институти) + војне ЗУ	32		
7	ЗАВОДИ (здрав.делатност на више нивоа)	34		
8	Апотеке	36		

Извор [36]

Табела 5. Приватне здравствене установе у Србији по регионима 2020. години

Р. бр	Регион	Специјална болница	Општа болница	Дом здравља	Поликлиника	Ординација	Заводи	Укупно	Апотеке
1	Београдски регион	46	11	8	40	403	10	518	836
2	Регион Војводине	13	1	1	51	217	1	284	960
3	Регион Западне Србије	1	0	1	13	72	0	87	279
4	Регион Шумадије и Централне Србије	7	0	4	11	174	0	196	564
5	Регион Источне Србије	2	0	1	12	75	0	90	205
6	Регион Јужне Србије	10	1	1	22	81	0	115	346

Извор [36]

2.2.3. Начини финансирања здравствених установа

Наше друштво и држава базирани су на универзалној доступности и солидарности система здравствене заштите, и принципима као што су економичност, ефикасност и дисциплина свих учесника у систему здравствене заштите.

Када говоримо о јавним изворима финансирања здравствене заштите, приходи здравствених установа се највећим делом састоје од следећег:

- а) средства која се обезбеђују из социјалних доприноса, а која преноси РФЗО,
- б) трансфера који се обезбеђују од осталих нивоа власти и,
- в) трансфера који потичу од буџетских корисника на истом нивоу.

Социјални доприноси су главни извор финансирања здравства. Социјални доприноси који постоје у Србији чине државни систем за социјално осигурање. У Србији постоји Закон доприносима за обавезно социјално осигурање којим су регулисана сва важна питања у вези тога које све врсте доприноса за обавезно социјално осигурање се уплаћују, ко је све у обавези да врши уплату доприноса, на коју основицу се врши уплата доприноса, по којим стопама се уплаћују, на који начин се обрачунавају и плаћају доприноси, а и остала питања која су важна за одређивање и уплату доприноса.

У Србији се плаћа три врсте доприноса:

- 1) за пензијско и инвалидско осигурање и то:
 - а) за обавезно пензијско и инвалидско осигурање;
 - б) додатни допринос за стаж осигурања са увећаним трајањем;
 - в) допринос за случај инвалидности и телесног оштећења по основу повреде на раду и професионалне болести.
- 2) за здравствено осигурање:
 - а) за обавезно здравствено осигурање;
 - б) за случај повреде на раду и професионалне болести,
- 3) за осигурање за случај незапослености.

Приходи који се обезбеђују из доприноса представљају јавна средства, али нису у надлежности буџета ни централног, ни локалних власти, већ под контролом и на располагању организација у чијој је надлежности обавезно социјално осигурање (Републички фонд за пензијско и инвалидско осигурање, Републички фонд за здравствено осигурање и Национална служба за запошљавање)

За све грађане који на територији Републике обезбеђују неке приходе (плате, пензије, неке врсте накнада) имају и обавезу да врше уплату доприноса за здравствено осигурање. Обвезници уплате доприноса су осигураници и послодавци. Послодавци имају обавезу да пре сваке исплате плате обрачунају и изврше уплату доприноса и за осигураника и за послодавца.

Захваљујући уредној и благовременој уплати доприноса осигураници реализују своје право на здравствено осигурање, односно имају оверену здравствену исправу (књижицу) за себе и чланове своје породице. Уколико неко од чланова породице врши уплату доприноса за здравствено осигурање тада и други чланови његове уже породице стичу право на здравствено осигурање.

Социјални доприноси, узети сви заједно, представљају појединачно највиши извор јавних прихода – у прошлој години чинили су 33% свих прихода државе [28]. За разлику од осталих прихода који су доминантно порези и са собом не носе државне обавезе, социјални доприноси повезани су за великим државним обавезама које ће у будућности само расти, имајући у виду демографска кретања. Старији људи ће у Србији чинити све већи удео у укупном становништву, па ће тако расти и расходи за здравство.

График 1. Удео социјалних доприноса у укупним јавним приходима у 2022. години



Извор [28]

Поред прихода који се остварују по основу доприноса за здравство запослених и послодаваца, и остале организације надлежне за социјално осигурање (Републички фонд за ПИО и Национална служба за запошљавање) имају обавезу да трансферишу новац за незапослене и пензионере из којих се врши финансирање здравствене заштите.

За оне грађане који не обезбеђују никакву врсту прихода, а не могу се подвести ни под чланове породице лица које остварује приходе, па се тако за њих ни не врши уплата доприноса за здравствено осигурање, буџет Републике Србије обезбеђује средства која омогућавају да се и оваквим лицима омогући оверавање здравствене књижице, односно да и она стекну права да буду здравствено осигурани. Министарство здравља обезбеђује новац из буџета за ове грађане који нису на други начин осигурани.

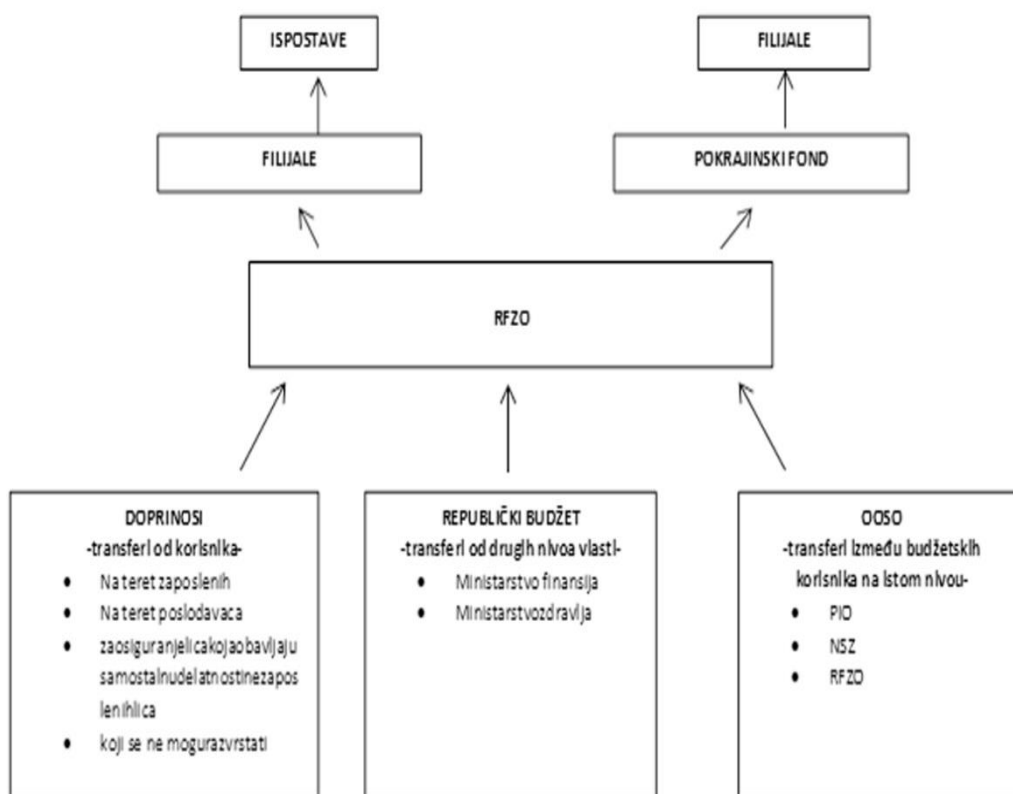
Лица из претходног става су прецизно дефинисана чланом 16. Закона о здравственом осигурању:

- 1) деца до осамнаест година, као и школска деца и студенти до краја редовног школовања, а највише до двадесет шесте година живота;
- 2) особе у вези планирања породице, током трудноће, порођаја и до дванаест месеци након порођаја;
- 3) особе које су старије од шездесет пет година живота;
- 4) лица са инвалидитетом чији је инвалидитет утврђен у складу са законом;
- 5) особе које се лече од заразних болести које су утврђене посебним законом уређује област заштите грађана од заразних болести, малигних болести, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултиплекс склерозе, особе у терминалној фази хроничне бубрежне инсуфицијенције, системске аутоимуне болести, реуматске грознице, болести зависности, оболели од ретких болести, као и особе обухваћена здравственом заштитом у вези са давањем и примањем органа, ћелија и ткива;
- 6) монаси и монахиње;

- 7) корисници новчане социјалне помоћи, корисници смештаја у институцијама социјалне заштите или у другим породицама, односно корисници посебне новчане накнаде за родитеља;
- 8) корисници породичне инвалиднине, односно месечног новчаног примања по прописима о заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;
- 9) незапослене особе код којих износ месечних прихода износи мање од прихода утврђених законом;
- 10) корисници помоћи - чланови породице чији је хранитељ на одслужењу војног рока;
- 11) особе ромске националности које услед традиционалног начина живота немају пребивалиште у Републици Србији;
- 12) жртве насиља у породици;
- 13) жртве трговине људима;
- 14) жртве тероризма;
- 15) борци којима је статус борца утврђен у складу са прописима о заштити бораца.

Уколико неко лице није обухваћено горе поменутиим категоријама оно се може укључити у обавезно здравствено осигурање и то на начин да самостално уплаћује одређени износ доприноса.

Слика 5. Шематски приказ финансирања јавног здравственог система јавним средствима



Извор [7]

Ако се анализира начин финансирања здравства у Републици Србији, уочава се да оно претежно почива на традиционалном Бизмарковом моделу, јер далеко највећи проценат средстава чија је намена обезбеђивање права из обавезног осигурања потиче из средстава доприноса који се уплаћују за обавезно здравствено осигурање. Али, како је објашњено да постоји и финансирање здравствене заштите и буџет Републике обезбеђује средства

осигурање за особа које се убрајају у обавезно осигуране особе, то се може рећи да су присутни и елементи Беверицевог модела. У том смислу се може закључити да у Србији постоји мешовито финансирање, са доминантно јавним средствима.

Поред јавних извора финансирања здравствених установа који су до сада објашњени, могући извор прихода здравствене установе имају и кроз реализацију сопствених прихода.

Висина сопствених прихода значајно разликује од установе до установе, јер поједине здравствене установе имају основа за остваривање већих сопствених прихода, док друге по природи услуга које обављају немају такву могућност. У неким случајевима ова средства би могла у одређеној мери утицати на функционисање самих здравствених установа.

2.2.4. Прописи који уређују здравствени систем у Републици Србији

Сложени систем финансирања здравства у Републици Србији дефинисан је бројним законским и подзаконским актима. Њихова бројност и комплексно уређење има за циљ да управља изворима финансирања и њиховим распоредом, да усклади институционалне и финансијске могућности са потребама осигураника.

Прописи који уређују област зарада у здравству су закони, уредбе и правилници. Када говоримо о зарадама у здравству треба нагласити да се на ову област односе неки од закона који дефинишу зараде и у свим осталим областима, али и они закони којима се сваке године дефинише буџет и управљање буџетским системом, и закони који се баве уређењем здравственог осигурања и заштите.

Закони који уређују систем зарада у здравству:

- Закон о раду;
- Закон о платама у државним органима и јавним службама,
- Закон о буџетском систему,
- Закон о буџету Републике Србије за 2023. годину,
- Закон о доприносима за обавезно социјално осигурање,
- Закон о пензијском и инвалидском осигурању,
- Закон о здравственом осигурању,
- Закон о здравственој заштити;
- Закон о пореском поступку и пореској администрацији.

Уредбе које су од значаја за плате у здравству:

- Уредба о коефицијентима за обрачун и исплату плата запослених у јавним службама,
- Уредба о плану мреже здравствених установа,
- Уредба о накнади трошкова и отпремнини државних службеника и намештеника,
- Уредба о корективном коефицијенту, највишем процентуалном увећању основне плате, критеријумима и мерилима за део плате који се остварује по основу радног учинка, као и начину обрачуна плате запослених у здравственим установама.

Правилници који су од значаја за плате у здравству:

- Правилник о пореској пријави за порез по одбитку,
- Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања,
- Посебан колективни уговор за здравствене установе чији је оснивач Република Србија, аутономна покрајина и јединица локалне самоуправе.

3. ЗАРАДЕ У ЗДРАВСТВУ У СРБИЈИ

Јавни сектор са својим активностима заузима изузетно значајно место у свим демократским друштвима, и има значајан утицај на привреду једне државе. Јавна здравствена заштита има значајан утицај на социјални и економски аспект живота становништва једне државе, те зато овај подсистем представља један од најважнијих подсистема јавног сектора са задатком чувања и унапрђења здравље становништва.

Из наведених разлога адекватно одређивање и спровођење здравствене заштите је једно од кључних питања државне политике. Како је квалитет услуге у данашње време постао апсолутни императив у свим сегментима рада, здравствени системи и пружање здравствене заштите ни најмање се по овом питању не разликују. Квалитет здравствене заштите сматра се приоритетом у контексту добробити пацијента као појединца, али и популације, као потенцијала једне државе. То је динамичан процес, јер се нивои потребног квалитета у здравству померају током времена[7].

У складу са тим, задовољство послом који обављају запослени здравствени радници, и радници немедицинског профила је од изузетног значаја. Сатисфакција запослених од значаја је за постизање веће продуктивности и задовољства корисника, смањење одсуствовања са посла, као и на смањење могућности за измену радног места односно здравствене установе.

С обзиром на то да последњих двадесетак година економска криза, праћена удруженим факторима потреса све државе света, па и нашу, студије које се баве проучавањем финансијске накнаде као мотивационог фактора и његовог утицаја на ефикасност и ефективност добијају на значају у менаџменту људских ресурса.

Из наведених разлога је аналитика зарада запослених у државним здравственим установама веома значајна и интересантна за будуће радове у овој области.

3.1.НАЧИНИ УТВРЂИВАЊА ОСНОВНЕ ПЛАТЕ

Као што је већ речено, социјални доприноси, узети сви заједно, представљају појединачно највиши извор јавних прихода – у прошлој години чинили су 33% свих прихода државе. Из наведеног произилази да је око три четвртине средстава за финансирање здравства, па и плата здравствених радника обезбеђено из доприноса организација обавезног здравственог осигурања. Уколико се овоме прихода и додатни новац који је за ове намене планиран у буџету Републике, онда ово износи око 90% средстава за ову намену.

Плате свих радника у здравственим установама у које се налазе у оквиру Плана мреже здравствених установа се обезбеђују:

- а) из средстава Републичког фонда за здравствено осигурање, а на начин што се са установама потписује уговор о који дефинише пружање здравствене заштите и начин преноса средстава (ово се односи на плате највећег броја радника у здравственим установама, независно од тога ко је оснивач здравствене установе, и ово су тзв. уговорени радници)
- б) из локалних буџета оснивача;
- в) из сопствених прихода здравствене установе, уколико их остварује (висина сопствених прихода може значајно варирати, поједине здравствене установе имају основа за остваривање већих сопствених прихода, док друге по природи услуга које

обављају немају такву могућност). Начин увећања плате из сопствених прихода одређује се интерним актом саме установе који морад бити усклађен са Посебним колективним уговором за здравствене установе.

Осим оних законских прописа који уређују област зарада и у другим делатностима, на начин утврђивања плата у здравственим установама утичу и бројни закони који су наведени у одељку 2.2.4. Прописи који уређују здравствени систем у Републици Србији.

Основна плата здравствених радника и немедицинског особља у здравственим установама утврђује формира се на основу висине следећих елемената:

1. Коefицијента који је дефинисала Уредба о коefицијентима за обрачун и исплату плата запослених у јавним службама,
2. Основицом за обрачун плате запослених у јавним службама и органима локалне власти коју дефинише Владе Републике Србије посебним закључком.

До основне плате се долази као производ основице и коefицијента из Уредбе о коefицијентима. Коefицијент из Уредбе дефинише комплексност обављених послова, степен одговорности, услове у којима се обавља рад и степен образовања запосленог радника.

У следећој табели је дат преглед основица за обрачун плате запослених у здравственим установама и то од плате за децембар 2020. године:

Табела 6. Преглед основица за обрачун плате запослених у здравственим установама

ред. бр.	Запослени у установама здравствене заштите, осим војноздравствених установа	Нето основица		
		Од плате за децембар 2020.	Од плате за јануар 2022.	Од плате за јануар 2023.
Према Закључку Владе РС 05 број 121-11120/2022 од 29.12.2022.				
1	Доктор медицине, доктор стоматологије / доктор денталне медицине, магистар фармације и магистар фармације – медицински биохемичар са завршеним интегрисаним академским студијама здравствене струке	3,937.38	4,252.37	4,783.92
2	Медицинска сестра, здравствени техничар, односно друга лица са завршеном одговарајућом високом, односно средњом школом здравствене струке	4,191.19	4,526.49	5,092.30
3	Остали запослени (немедицинско особље)	3,760.35	4,061.18	4,568.83
4	Здравствени сарадници са стеченим високим образовањем у смислу закона којим се уређује национални оквир квалификација Републике Србије	3,865.80	4,175.06	4,696.94
5	Здравствени сарадници са стеченим од трећег до шестог нивоа квалификација у смислу закона којим се уређује национални оквир квалификација Републике Србије	3,936.08	4,250.97	4,782.34

Извор: Завод за унапређење пословања, преузето:
<https://www.zup.co.rs/materijali/Tabela%203L.pdf>

До 2019. године основице за све медицинске раднике су биле исте. Тада су медицинске сестре и техничари добили највеће повећање зарада и због тога и даље имају већу основицу од лекара. Немедицински радници имају најмању основицу.

Табеларни преглед показује да је полазећи од јануарске зараде у 2022. годину по Закључку Владе Републике Србије одобрено повећање основице запосленима у здравственим установама од 8%, док је почев од плате за јануар 2023. године одобрено повећање од 12,5% по новом Закључку Владе Републике Србије који је усвојен у децембру 2022. године. Након последњег повећења основице за обрачун плата докторима медицине, стоматологије, денталне медицине, магистрима фармације и медицинским биохемичарима повећана је са 4.252,37 динара на 4.783,92 динара. Основица за плате медицинских сестра и техничара повећана је са 4.526,49 динара на 5.092,30 динара, а за остале запослене са 4.061,18 динара на 4.568,83 динара.

3.2. ОСНОВНЕ ЗАРАДЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА И ЊИХОВ ОДНОС СА ПРОСЕЧНОМ ЗАРАДОМ У РС

Као што је у претходном поглављу и објашњено, плате здравствених радника рачунају се тако што се основице множе са коефицијентима који су одређени за групе здравствених радника у складу са позицијом на којој раде.

У табели 6. је под редним бројем 2. дат преглед могућих коефицијената за медицинске сестре и техничаре са средњим и вишим образовањем. На основу тога дајемо преглед основне плате за медицинску сестру која зависи од степена стручне спреме и коефицијента сложености послова из Уредбе о коефицијентима.

Табела 7. Преглед коефицијената за медицинске сестре и техничаре са средњим и вишим образовањем

Основна плата		
Медицинска сестра		
Средња стручна спрема		
Коеф.	Основица	Плата
13.11	5,092.30	66,760.05
13.57	5,092.30	69,102.51
Виша стручна спрема		
Коеф.	Основица	Плата
14.77	5,092.30	75,213.27
15.32	5,092.30	78,014.04
15.93	5,092.30	81,120.34

Табеларни преглед даје основне плате за медицинску сестру, по тренутно важећој основици, без додатака на зараду у виду минулог рада, прековременог рада, ноћног рада и сл.), те показује да медицински техничари и сестре који раде са хоспитализованим болесницима и имају четврти степен стручне спреме након повећања имају основну плату 66.760 динара.

Према објављеним подацима Републичког завода за статистику просечна бруто зарада израчуната по подацима из маја 2023. године била је 118 992 динара, а просечна нето зарада којом нису обухваћени порез и допринос била је 86 220 динара. Подаци о бруто и нето заради исказаној за јануар–мај 2023. године, а у поређењу са тим периодом претходне године, номинално су исказане у износу већем од 15,5%, стварно су ниже за 0,1%. Ако поређење вршимо у односу на мај претходне године, просечне бруто и нето зараде мајске зараде у 2023. године номинално су исказане у износу који је већи за 16,2%, а износ је реално већи 1,2% (Извор [33]).

Табела 8. Просечна зарада мај 2023. године представљена по објави Републичког завода за статистику

	РС-РСД			
	Зараде		Зараде без доприноса и пореза	
	V 2023	I до V 2023	V 2023	I до V 2023
Укупно	118992	115754	86220	83935
Зараде запослених у радном односу	119503	116247	86611	84312
Зараде запослених ван радног односа	74654	71617	52346	50187
Зараде запослених у правним лицима	126879	123430	92058	89621
Зараде предузетника и запослених код њих	62287	60253	44244	42821
Јавни сектор	123322	121593	88640	87414
Ван јавног сектора	117244	113391	85243	82526

Извор [33]

На основу приказаних основица у табели 7. основна јануарска плата медицинске сестре са средњом стручном спремом у 2022. године исказана је у износу од 54.946,50 динара, а истовремено просечна нето плата у Републици по основу објављених износа Завода за статистику износила је 70.920 динара, односно основна плата медицинске сестре чини око 84% просечне зараде. Зараде медицинске сестре почев од јануара 2023. године расту за 12,5% тако да у 2023. години износе 66.760,05 динара. Како је номинални раст просечне зараде нешто већи, то је овај однос у мају 2023. године нешто неповољнији, односно око 78%. Да би се основна плата медицинске сестре изједначила са просечном зарадом за мај 2023. године у Републици Србији потребно је повећање основице за око 29% у односу на тренутну.

Графикон 2. Однос основне плате медицинске сестре медицинске сестре и просечне зараде у Републици Србији



У табели 6., редни број 1. дат преглед коефицијената за доктора медицине/доктора стоматологије. На основу тога дајемо преглед основне плате за доктора медицине/лекара специјалисту по коефицијентима из Уредбе о коефицијентима.

Табела 9. Преглед коефицијената за доктора медицине/доктора стоматологије

Основна плата		
Лекари		
Доктор медицине		
Коеф	Основица	Плата
22.55	4,783.92	107,877.40
Лекар специјалиста		
Коеф	Основица	Плата
26.33	4,783.92	125,960.61
28.24	4,783.92	135,097.90
29.32	4,783.92	140,264.53

Дипломирани доктори медицине, стоматолози или дипломирани фармацеути и фармацеути биохемичари након повећања имају основну плату 107.877,40 динара. Пре повећања њихова основна месечна зарада је била 95.890 динара.

Лекари специјалисти и други здравствени радници који обављају специјалистичке послове у клиничким центрима након повећања имају основну плату 125.960,61 динара. У току 2022. године њихова основна плата била је 111.965 динара.

Највећу основну плату имају лекари са завршеном субспецијализацијом, затим примаријуси и специјалисти магистри запослени у специјалистичкој делатности. Њихова основна плата од јануара 2023. године је 140.264,53 динара.

На основну плату здравствени радници месечно добијају и додатне накнаде за дежурства и ноћни рад, а плата им укупно може бити увећана и због минулог рада, као и уколико се налазе на руководећим позицијама.

Према објављеним подацима Републичког завода за статистику просечне зараде у нето износу по различитим делатностима гледано за период од јануара до маја 2023. године дате су у табели која следи:

Табела 10. Просечне зараде у нето износима по различитим делатности од јануара до маја 2023. године

Prosečne zarade po delatnosti za period od januara do maja 2023. god.	januar 2023	Februar 2023	Mart 2023	April 2023	maj 2023
Ukupno	82769	82062	83208	83360	83935
A - Poljoprivreda, šumarstvo i ribarstvo	66367	65981	66718	66698	67478
01 Poljoprivredna proizvodnja, lov i prateće uslužne delatnosti	66330	66100	66764	66993	67887
02 Šumarstvo i seča drveta	68206	67403	68410	67571	67964
03 Ribarstvo i akvakulture	53568	52457	52950	52926	53807
B - Rudarstvo	119641	117224	116898	116662	116382
05 Eksploatacija uglja	102289	101608	104381	104499	105829
06 Eksploatacija sirove nafte i prirodnog gasa	179375	190765	167123	164209	157093
07 Eksploatacija ruda metala	132194	130027	129427	130787	129538
08 Ostalo rudarstvo	81247	80475	89534	87686	88630
09 Uslužne delatnosti u rudarstvu i geološkim istraživanjima	170555	157825	145541	142797	139272
C - Prerađivačka industrija	70461	69905	71489	71553	72365
10 Proizvodnja prehrambenih proizvoda	62771	61481	62967	63144	63639
11 Proizvodnja pića	87034	83777	93779	91727	90613
12 Proizvodnja duvanskih proizvoda	123412	125094	138426	141546	139861
13 Proizvodnja tekstila	64534	66168	66774	66792	67324
14 Proizvodnja odevnih predmeta	52471	51382	52627	52224	52813
15 Proizvodnja kože i predmeta od kože	54833	53888	55246	54960	55834
16 Prerada drveta i proizvodi od drveta, plute, slame i pruća, osim nameštaja	49318	48097	49188	48896	49465
17 Proizvodnja papira i proizvoda od papira	72929	73978	75783	76959	77255
18 Štampanje i umnožavanje audio i video zapisa	62534	61842	62878	63147	63718
19 Proizvodnja koksa i derivata nafte	156158	164128	146452	144463	139235
20 Proizvodnja hemikalija i hemijskih proizvoda	88327	88152	89070	89280	90180
21 Proizvodnja osnovnih farmaceutskih proizvoda i preparata	117171	114170	126307	124661	127270
22 Proizvodnja proizvoda od gume i plastike	79182	79303	80979	81361	81827
23 Proizvodnja proizvoda od ostalih nemetalnih minerala	74645	74004	75487	75794	76358
24 Proizvodnja osnovnih metala	94552	92397	92502	93490	98657
25 Proizvodnja metalnih proizvoda, osim mašina i uređaja	69572	68586	70584	70222	71273
26 Proizvodnja računara, elektronskih i optičkih proizvoda	89525	92688	93740	93870	94349
27 Proizvodnja električne opreme	71666	71410	73012	73118	73864
28 Proizvodnja nepomenutih mašina i nepomenute opreme	81181	80712	82763	83583	84211
29 Proizvodnja motornih vozila, prikolica i poluprikolica	74456	75035	76323	76490	77311
30 Proizvodnja ostalih saobraćajnih sredstava	69596	69411	70727	70517	72018

31 Proizvodnja nameštaja	56640	55693	56665	56288	57032
32 Ostale prerađivačke delatnosti	57330	57002	60001	59205	60456
33 Popravka i montaža mašina i opreme	79726	78120	77591	78074	78291
D - Snabdevanje električnom energijom, gasom, parom i klimatizacija	105340	104398	106604	106203	107897
35 Snabdevanje električnom energijom, gasom, parom i klimatizacija	105340	104398	106604	106203	107897
E - Snabdevanje vodom; upravljanje otpadnim vodama, kontrolisanje procesa uklanjanja otpada i slične aktivnosti	71947	71150	71892	71798	72520
36 Skupljanje, prečišćavanje i distribucija vode	70895	70122	70834	70699	71341
37 Uklanjanje otpadnih voda	74592	72218	73527	73225	74081
38 Sakupljanje, tretman i odlaganje otpada; ponovno iskorišćavanje otpadnih materija	72718	71969	72703	72649	73427
39 Sanacija, rekultivacija i druge usluge u oblasti upravljanja otpadom	75831	74963	75125	74670	75626
F - Građevinarstvo	68774	68317	69393	69623	70493
41 Izgradnja zgrada	68455	68350	69121	68967	69501
42 Izgradnja ostalih građevina	85566	85103	87009	88204	89919
43 Specijalizovani građevinski radovi	57526	56923	57704	57580	58087
G - Trgovina na veliko i trgovina na malo; popravka motornih vozila i motocikala	69050	68656	69661	69774	70036
45 Trgovina na veliko i trgovina na malo i popravka motornih vozila i motocikala	64328	63038	63810	64185	64619
46 Trgovina na veliko, osim trgovine motornim vozilima i motociklima	87701	87345	89707	89546	89422
47 Trgovina na malo, osim trgovine motornim vozilima i motociklima	58138	57831	58044	58294	58769
H - Saobraćaj i skladištenje	69068	68180	68796	69151	69940
49 Kopneni saobraćaj i cevovodni transport	58525	57502	58177	58077	58659
50 Vodeni saobraćaj	85418	84219	85071	87674	88174
51 Vazdušni saobraćaj	186228	178056	178606	184564	187797
52 Skladištenje i prateće aktivnosti u saobraćaju	88134	87613	87916	89035	90343
53 Poštanske aktivnosti	63978	63583	64429	64348	64554
I - Usluge smeštaja i ishrane	50796	49860	50380	50238	50673
55 Smeštaj	64639	63391	63658	63794	64386
56 Delatnost pripremanja i posluživanja hrane i pića	46608	45768	46393	46181	46581
J - Informisanje i komunikacije	198512	195489	199097	200896	201766
58 Izdavačke delatnosti	94334	92894	93824	93323	93543
59 Kinematografska i televizijska produkcija, snimanje zvučnih zapisa i izdavanje muzičkih zapisa	113695	127201	125181	122694	121500
60 Programske aktivnosti i emitovanje	94151	93590	93328	93869	94568

61 Telekomunikacije	118626	118038	125920	136817	134064
62 Računarsko programiranje, konsultantske i s tim povezane delatnosti	256011	251685	255439	254750	256917
63 Informacione uslužne delatnosti	113602	109265	108661	109967	109751
K - Finansijske delatnosti i delatnost osiguranja	122197	118856	124613	124511	126545
64 Finansijske usluge, osim osiguranja i penzijskih fondova	135698	133073	141003	141252	144246
65 Osiguranje, reosiguranje i penzijski fondovi, osim obaveznog socijalnog osiguranja	118966	111536	114371	113808	114355
66 Pomoćne delatnosti u pružanju finansijskih usluga i osiguranju	65263	65468	66172	65930	66169
L - Poslovanje nekretninama	79031	76818	78802	79811	79811
68 Poslovanje nekretninama	79031	76818	78802	79811	79811
M - Stručne, naučne i tehničke delatnosti	108189	109373	111315	111076	111477
69 Pravni i računovodstveni poslovi	80219	81690	82933	83089	83415
70 Upravljačke delatnosti; savetovanje u vezi sa upravljanjem	148742	150818	150978	150146	149966
71 Arhitektonske i inženjerske delatnosti; inženjersko ispitivanje i analize	88182	87913	90651	90437	90903
72 Naučno istraživanje i razvoj	168094	170069	174434	174702	176639
73 Reklamiranje i istraživanje tržišta	102823	102912	107865	107575	107404
74 Ostale stručne, naučne i tehničke delatnosti	80012	85162	85390	84530	84511
75 Veterinarske delatnosti	57962	57192	57865	58070	58595
N - Administrativne i pomoćne uslužne delatnosti	75133	74223	75294	75331	75902
77 Iznajmljivanje i lizing	76906	75893	78692	79651	79805
78 Delatnosti zapošljavanja	80201	80057	80842	80695	81075
79 Delatnost putničkih agencija, tur-operatora, usluge rezervacije i prateće aktivnosti	53312	53139	53713	53475	53717
80 Zaštitne i istražne delatnosti	59825	57396	58181	58146	58852
81 Usluge održavanja objekata i okoline	57304	56004	56609	56498	57157
82 Kancelarijsko-administrativne i druge pomoćne poslovne delatnosti	102557	103145	104974	105235	105793
O - Državna uprava i odbrana; obavezno socijalno osiguranje	93662	93396	93115	93479	93509
84 Javna uprava i odbrana; obavezno socijalno osiguranje	93662	93396	93115	93479	93509
P - Obrazovanje	75641	75050	75674	75441	75834
85 Obrazovanje	75641	75050	75674	75441	75834
Q - Zdravstvena i socijalna zaštita	86919	85711	85510	85753	86000
86 Zdravstvene delatnosti	92756	91508	91182	91536	91770
87 Socijalna zaštita sa smeštajem	61734	60361	60371	60716	61046
88 Socijalna zaštita bez smeštaja	63783	63085	63749	63412	63783
R - Umjetnost; zabava i rekreacija	69599	68653	69106	69166	69546

90 Stvaralačke, umetničke i zabavne delatnosti	67846	67614	67879	67723	67942
91 Delatnost biblioteka, arhiva, muzeja galerija i zbirki i ostale kulturne delatnosti	68293	68102	68785	68551	68863
92 Kockanje i klađenje	76458	74576	74893	75492	75708
93 Sportske, zabavne i rekreativne delatnosti	60330	59943	60602	60142	60966
S- Ostale uslužne delatnosti	58932	58344	59067	58866	59234
94 Delatnosti udruženja	78508	78204	78907	78855	78995
95 Popravka računara i predmeta za ličnu upotrebu i upotrebu u domaćinstvu	50329	49497	50403	50226	50969
96 Ostale lične uslužne delatnosti	46990	46061	46542	46230	46583

Извор [33]

На графикону који следи дат је преглед основне плате лекара специјалисте у односу на поједине делатности, а према објављеном податку Републичког завода за статистику. Ваља напоменути да су у прегледу оне делатности у којима је зарада изнад просечне зараде у Републици Србији. У табели 10. дат је преглед просечних зарада по делатностима у којима се види да је у појединим делтностима зарада и значајно испод просека. Основна плата лекара специјалисте је тренутно 46% изнад просечне зараде у Републици Србији док је плата доктора опште медицине за око 25% већа од просечне зараде.

Графикон 3. Основна зарада лекара специјалисте у односу на поједине делатности



У оквиру своје анализе из јула 2019. године, Фискални савет је констатовао да би требало радити на значајнијем повећању плата управо најстручнијег кадра, а у циљу задржавања најквалитетнијих људи у јавном сектору. С тим у вези потребан је довољно широк распон зарада у јавном сектору, а што тренутно није случај.

Фискални савет у својој анализи наводи да је просечна плата у јавном сектору моментално око 20 одсто већа у односу на приватни сектор, али при томе је опсег плата у јавном сектору срезмерно мали. На тај начин долазимо до тога да лекар са специјализациом прима плату која је свега три пута виша од плате радника са најнижим степеном квалификације, а на тај начин долазимо до чињенице да државни сектор постаје атрактивнији запосленима који

имају просечну и испотпросечну квалификацију, а да то дестимулативно делује на најстручније запослене, који долази у ситуацију да исти напуштају.

На крају, земље које су у 2022. години највише плаћале лекаре су (Извор [15]):

- Луксембург - лекари зарађују у просеку 357.300 долара годишње, према ОЕЦД-у. Плата лекара опште праксе је 278.900 долара годишње, док специјалиста прима 352.300 долара;
- Холандија - специјалисти зарађују око 253.000 долара годишње, док лекари опште праксе зарађују око 117.000 долара годишње;
- Швајцарска - плата лекара специјалисте је 130.000 долара годишње, док лекари опште праксе добијају око 116.000 долара годишње;
- Сједињене Америчке Државе- просечан приход лекара примарне здравствене заштите у САД износи 223.000 долара, док је посао медицинског стручњака 329.000 долара годишње. Према Medscape истраживању из 2018. године, просечна плата лекара је 299.000 долара годишње;
- Белгија - у овом региону, специјалисти зарађују око 188.000 долара годишње, док лекари опште праксе добијају само 61.000 долара;
- Канада - Специјалисти зарађују око 161.000 долара годишње, док лекари опште праксе зарађују око 107.000 долара годишње;
- Уједињено Краљевство- плата лекара опште праксе је у просеку 85.250 долара годишње, док специјалисти добијају око 174.068 долара;
- Аустралија - специјалисти зарађују око 247.000 долара, док лекари опште праксе зарађују око 91.000 долара;
- Република Ирска - специјалисти у Ирској у просеку примају 143.000 долара годишње, док лекари опште праксе зарађују око 90.000 долара.

3.3. ЗАДОВОЉСТВО ЗАПОСЛЕНИХ РАДНИКА У ЗДРАВСТВУ (ПРЕМА ПОДАЦИМА БАТУТА [1])

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” спроводи годишње испитивање по свом у Стручно-методолошком упутству сатисфакције радника у здравству који су запослени у установама у државном сектору.

Анализа резултата добијених у националном испитивању задовољства запослених је од значаја зато што може пружити добар увид у ставове запослених у овим установама по разним значајним питањима (опрема, међуљудски односи, могућност професионалног развоја, задовољство финансијском надокнадом, сарадња са осталим запосленима, надрђенима, корисницима услуга, узнемиравања и притисци на послу), што може пружити и увид у евентуалне планове о напуштању установе или промени посла.

Истраживање се спроводи путем јединственог упитника који попуњавају запослени радници свих профила у здравственим установама.

У наставку ћемо дати неке од резултета последње „Анализе испитивања задовољства запослених у државним здравственим установама Републике Србије 2019. године“ [1], која је спроведена, обрађена и објављена.

Испитивање је обухватило анкетирање радника у тринаест четри установе у државном сектору и на основу тога презентована је анализа сатисфакције на послу.

Графикон 4. даје приказ запослених по основу професије коју обављају у установи.

Графикон 4: Приказ запослених по основу професије



Извор [1]

Као што је приказано на графикону 4. највећи процент радника у здравству чине медицинске сестре (више од половине укупно запослених), а одмах затим следе запослени на радним местима лекара (који чине 18% укупно запослених).

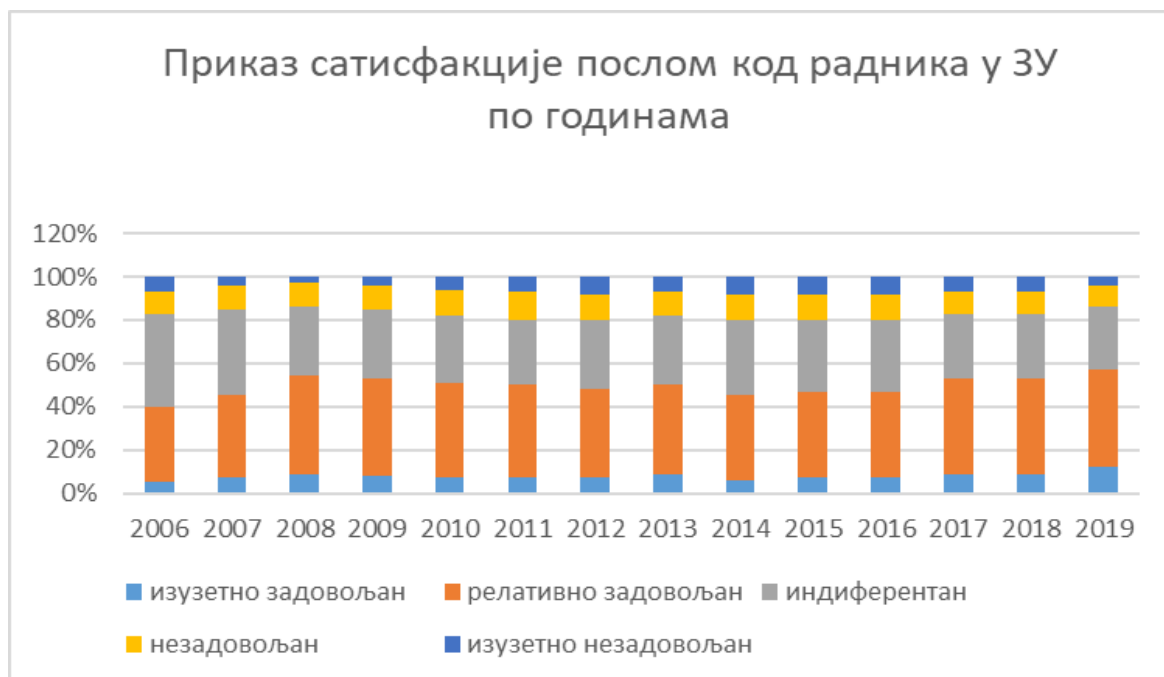
Од укупно анкетираних радника 21% чине запослени мушког пола, док су 79% анкетираних жене. Према старосној структури ситуација међу анкетираним запосленима је следећа:

- запослени млађи од 35 година чине 16,8% испитаника;
- запослени између 35 и 54 године чине 60,4% испитаника и
- запослени старији од 55 година чине 22,8% испитаника.

Запослени радници на руководећим позицијама чине 13,4% анкетираних, док су неруководеће позиције заступљене са 86,6%.

Према подацима Батута, компаративна анализа је показала да је у годинама између 2006. године и 2009. године приказан стални раст општег задовољства код анкетираних. Процент сатисфакције послом почиње да се смањује у периоду између 2009. године и такав тренд се наставља све до 2014. године. У сличним односима проценат сатисфакције се задржава и током 2015. и 2016. године. Почев од 2017. године присутан је поновни раст укупног броја изузетно задовољних и задовољних радника, да би у 2019. години степен сатисфакције достигао највиши ниво.

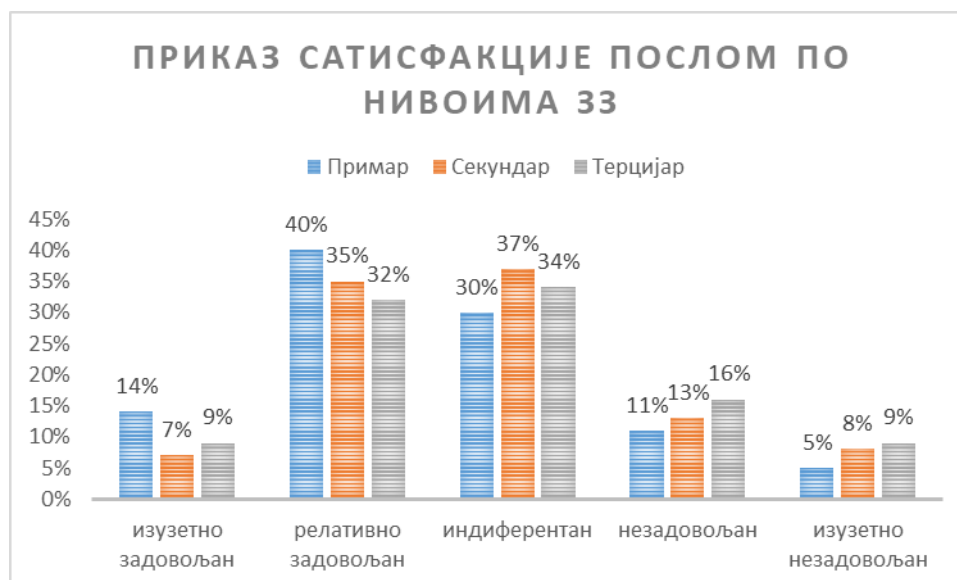
Графикон 5. Приказ сатисфакције послом код радника у ЗУ по годинама



Извор [1]

Графикон 6. даје приказ степена сатисфакције по нивоима здравствене заштите. Уочљиво је да је степен сатисфакције највиши на примарном нивоу здравствене заштите, односно да на овом нивоу проценат задовољних радника лини преко 50% укупно анкетираних.

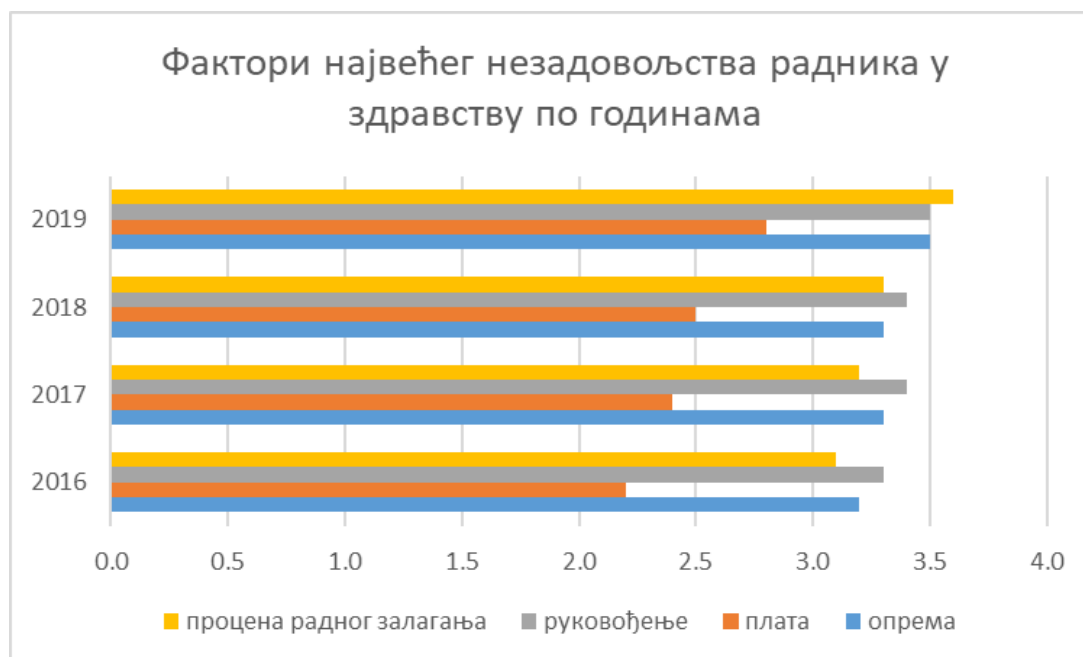
Графикон 6. Приказ степена сатисфакције по нивоима здравствене заштите



Извор [1]

Према резултатима анализе у последње четири године фактори највећег незадовољства на послу: зарада, опрема, руковођење и вредновање рада запосленог.

Графикон 7. Фактори највећег незадовољства радника у здравству по годинама

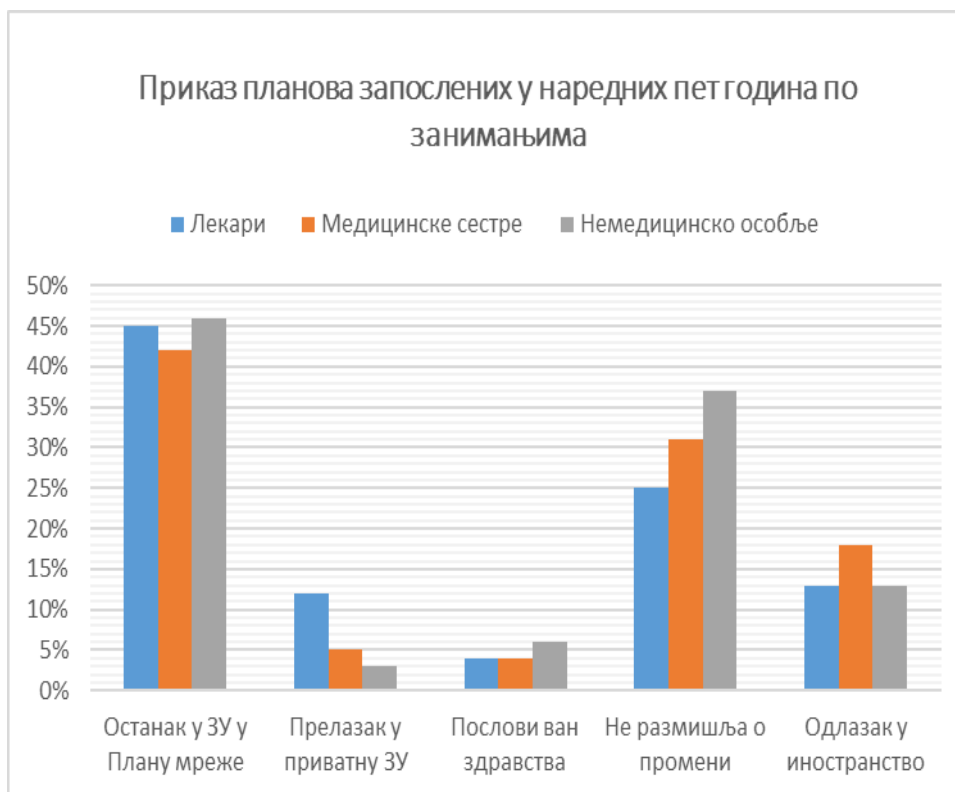


Извор [1]

Као што је и очекивано највећи фактор који изазива незадовољство здравствених радника је свакако зарада и приметан је тренд повећавања овог незадовољства у периоду између 2016. године па до 2018. године. Почев од 2019. године дошло је до благог повећања сатисфакције зарадом на свим нивоима здравствене заштите.

Анкета се бавила и веома значајним питањем о намерама радника у наредних пет година по професијама у здравственој установи. На графикону 8. приказано је да највећи проценат запослених лекара (око 45% запослених) у наредном периоду планира да остане у здравственој установи у оквиру јавног сектора, док ок 13% запослених лекара планира да оде у иностранство. Код запослених медицинских сестара је највећи проценат анкетираних изразио будуће планове за одлазак у иностранство (око 18% укупно анкетираних у оквиу ове професије). Када је у питању немедицинско особље, највећи проценат радника ове групе (око 46% анкетираних) изјаснио се да планира да остане у здравственој установи.

Графикон 8. Приказ планова запослених у наредних пет година по занимањима



Извор [1]

По резултатима анкете евидентан је и висок проценат стреса радника у здравству на радним местима, апрevasходно због великих захтева на радном месту и кратког времена за поступање по тим захтевима. Накетирани радници су се у великом преценту (чак више од 73%) изјаснили да висок или изузетно висок степен притиска на радном месту. Ово је највећим делом присутно у болницама за лечење деце, затим хитним помоћима и КБЦ. Најмањи број стресних ситуација пријавили су запослени у установана за послове јавног здравља, болницама за психијатрију и установама које се баве рехабилитацијом, међутим и у овим установама је овај показатељ на доста високом нивоу.

У делу упитника где су запослени могли да изнесу примедбе, предлоге и сугестије најчешће је наведено следеће:

1. Ниске зараде
2. Малобројни или недостајући кадар и отежано распоређивање истог
3. Неадекватна медицинска опрема
4. Изналажење адекватне методологије примене стимулација или дестимулација, а у зависности од учинка
5. Смањење папиролошких послова
6. Потреба за смањењем конфликта у колективу, спречавање страначког запошљавања
7. Непостојање заштитних средстава
8. Слабо одржавање чистоће просторија
9. Конфликти са болесницима/родитељима/пацијентима
10. Анкетирани су често одговарали да је остављање предлога/сугестија без било каквог ефекта.

Узимајући у обзир да је сатисфакција запосленог од веома битна за рад у целој установи, као и да значајно утиче на квалитет извршених услуга пацијентима важно је обезбедити примену мера у циљу обезбеђења задовољства код запослених [20].

Ако се узме у обзир чињеница да је уочено да је током претходних година највеће незадовољство запослених идентификовано управо на плати, као и да се овакво незадовољство повећава из године у годину, потребно је посебно обратити пажњу на систем стимулације здравствених радника, које осим материјалних морају обухватати и нематеријалне, које би могле да помогну запосленом да напредује у личном и професионалном развоју и да надоместе немогућност повећења финансијске надокнаде или хијерархијског напредовања. Такође, значајне би биле и активности менаџмента на смањивању стреса код запослених.

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА: АНАЛИТИКА ЗАРАДА У УНИВЕРЗИТЕТСКОЈ ДЕЧЈОЈ КЛИНИЦИ

С обзиром на значај јавне здравствене заштите на социјални и економски аспект живота становништва једне државе, повећева се значај вршења анализа задовољства запослених у овој области. Као што је у претходном поглављу наведено, један од највећих извора незадовољства код запослених је управо висина плате, а уочено је да се током претходних година ово незадовољство појачавало. Уједно, скренута је пажња и на анализу Фискалног савета која указује на потребу рада на утврђивању адекватног распона зарада у јавном сектору, а све у циљу повећања задовољства зарадом најстручнијег кадра у овој области.

Узимајући у обзир значај коришћења аналитике у менаџменту људских ресурса у савременом пословању, произилази да аналитика зарада запослених у државним здравственим установама може да да изузетно корисне податке за будуће одлуке у овој области.

4.1. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Као метод истраживања коришћено је опсервационо истраживање, студија пресека усмерана на анализу појединих елемената зараде запослених у здравственим установама, а као узорак је коришћена Универзитетска дечја клиника.

Студија пресека је вршена описно у циљу утврђивања одређених социо – демографских карактеристика проучаваног узорка, као и аналитички за утврђивање појединих елемената зараде.

Студија пресека вршена је у периоду између јануара и јула 2023. године, а након повећања зараде од 12,5% по Закључку Владе Републике Србије из децембра 2022. године.

4.1.1.0 Универзитетској дечјој клиници

Универзитетска дечја клиника у Београду је здравствена установа на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите у којој се обавља амбулантно и стационарно лечење деце, а истовремено у њеним просторијама се врши и настава за студенте на Медицинском факултету. Ова установа је почела са радом годину дана након оснивања (1925. године), а први простор у коме су се пружале само амбулантне услуге за најмлађе пацијенте налазио се у улици Кнеза Милоша. На почетку рада установа није располагала стационарним делом, нити је имала просторије за обављање наставе за студенте Медицинског факултета.

Професор др Franc Gröber, истакнути лекар бечке школе био је први руководилац ове установе, као и професор у настави на педијатријским предметима. Професор др Матија Амброжић је следећи руководилац Универзитетске дечје клинике 1926. године, који је уједно био и шеф катедре за педијатрију. Проф. Амброжић је и заслужан за даљи развој ове установе, као и на проширење делатности са дечје педијатрије и на развој дечје хирургије.

Залагањем новог управника клинике др Амброжића, у 1928. години се као прелазно решење изнаходи пребацивање Клинике у простор зграде Завода за мајку и дете. У овом још увек неадекватном објекту се обезбеђује и простор за лежеће болеснике, као и просторија за обављање наставе.

Ангажовањем и стручношћу др Амброжић успева да обезбеди рад и у просторима на одељењу за новорођенчад на Гинеколошко-акушерској клиници, нови диспанзер у Бранковој улици, као и Вртић за децу радника у Улици Милоша Поцерца.

Тадашњи управник Амброжић заслужан је и за почетак радова на новој, модерној згради Клинике, са чијом градњом је почето 1936. године. Зграда Клинике на данашњој адреси је завршена 1940. године и представљала је савремену болницу, изграђену по узору на такве болнице у Европи.

Са амбулантним пријемима се почело наредне године, али је даљи развојни ток прекинут услед отпочињања Другог светског рата. Током априлског бомбардовања зграда је била тешко оштећена, и након тромесечног обнављања наставила је са радом смањеним капацитетом.

Након окончања рата, Клиника поново почиње са радом и долази до повећања капацитета за рад, нарочито постелног фонда за већи број лежећих пацијената. Долази и до повећења броја лабораторија које раде у склопу клинике (лабораторија за бактериологију, хематологију, биохемију), као и до формирања централне болничке апотеке. Такође, дечја хирургија добија значајно место и у плану наставе, тако да постаје саставни део студија на предмету хирургија, а касније долази и до раздвајања Катедре за педијатрију и Катедре за хирургију.

До реновирања зграде још једном долази 1960. године, када се поново повећавају капацитети за стационарно лечење пацијената.

Данас Универзитетска дечја клиника организује своју делатност кроз педијатријске службе, службе дечје хирургије, заједничке медицинске службе и службе за немедицинске послове.

Годишњи број обављених прегледа је око седамдесет хиљада прегледа на педијатрији и око 55000 на хирургији, а број изведенох операција је око седам хиљада на нивоу године (200 кардиохируршких).

4.1.2. Запослени у односу на главне демографске индикаторе и економске варијабле

На дан израде ове анализе укупан број запослених на Универзитетској дечјој клиници био је 776, од чега је 729 запослених на неодређено време, а 47 запослених на одређено време по свим основима (детаљан преглед дат је у табели 11. овог поглавља).

Уколико посматрамо структуру запослених према полу (графикон 9.) 82,35% запослених је женског пола, док је запослених мушког пола 17,65%.

Графикон 9. Структура запослених према полу



Уколико се ови подаци упореде са подацима коју су исказани у поглављу 3.3 Задовољство запослених радника у здравству, уочава се да су процентуални подаци о структури запослених према полу у приближним односима као и на нивоу свих здравствених установа у Србији (подаци у анализи Батута су 21% за запослене мушког пола и 79% за запослене женског пола). Наведена структура запослених према полу је и очекивана, узимајући у обзир да највећи број запослених у здравственим установама чине медицинске сестре (преовлађујући запослене женског пола). Разлика од 3% у односу на податке Батута може се тумачити статистичком разликом у полу у односу на посматрани ниво здравствене заштите (наиме Универзитетска дечја клиника припада установа секундарне и трецијарне здравствене заштите, а претходно поменутом анализом су обухваћене и установе примерне, секундарне и терцијарне, заводи за јавно здравље и сл.).

Графикон 10. показује структуру запослених према врсти радног односа.

Графикон 10. Структура запослених према врсти радног односа



Од укупног броја запослених, 93,94% запослених чине запослени на неодређено време, док 6,06% запослених чине запослени који су радни однос засновали на одређено време (осим приправника).

Дистрибуција запослених према врсти радног односа и степену стручне спреме дата је у табели 11. како следи:

Табела 11. Дистрибуција запослених према врсти радног односа и степену стручне спреме

Стручна спрема	Број запослених на неодређено време	Број запослених на одређено време по било ком основу (изузев у својству приправника)
Висока	177	8
Виша	134	3
Средња	353	33
Нижа	65	3
Укупно	729	47

Графикон 11. приказује структуру запослених на неодређено време према степену стручне спреме.

Графикон 11. Структура запослених на неодређено време према степену стручне спреме



Са графикона 11. се може уочити да запослени са средњом и вишом стручном спремом чине око 67% укупно запослених, а од овога највећи проценат се односи на запослене медицинске сестре и техничаре, који чине 60,69% укупно запослених на клиници. Други радници са вишим и средњим образовањем (6,31%) чине углавном административни и технички радници.

Од запослених са високом школском спремом, који чине 24% укупно запослених, највећи број (око 20%) се односи на лекаре.

Дистрибуција запослених према старосној структури приказана је у графикону 12.

Графикон 12. Старосна структура запослених

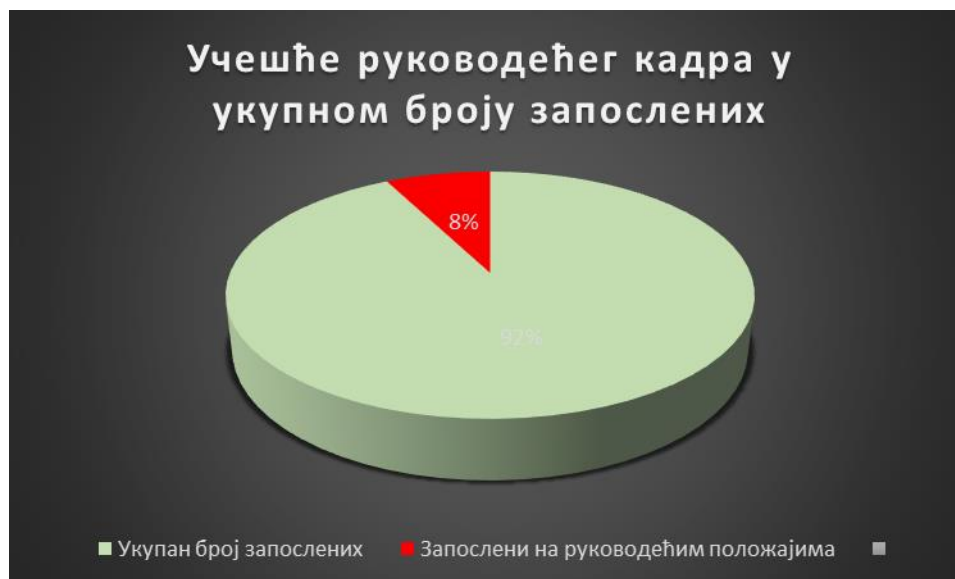


Уколоко посматрамо запослене према старосним групама 30,15% чине запослени од 19 до 34 године живота, 40,08% чине запослени између 35 и 50 година живота, 10,31% су запослени у раздобљу између 50 и 55 година, док 19,46% отпада на запослене старије од 55 година.

Приликом посматрања социо демографских карактеристика запослених потребно је направити осврт и на заступљеност руководећег кадра у укупном броју запослених.

Графикон 13. показује учешће руководећег кадра у укупном броју запослених.

Графикон 13. Учешће руководећег кадра у укупном броју запослених



Руководећи кадар чини 8,25% укупно запослених, док на остале запслене отпада 91,75%.

4.2. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА И ДИСКУСИЈА

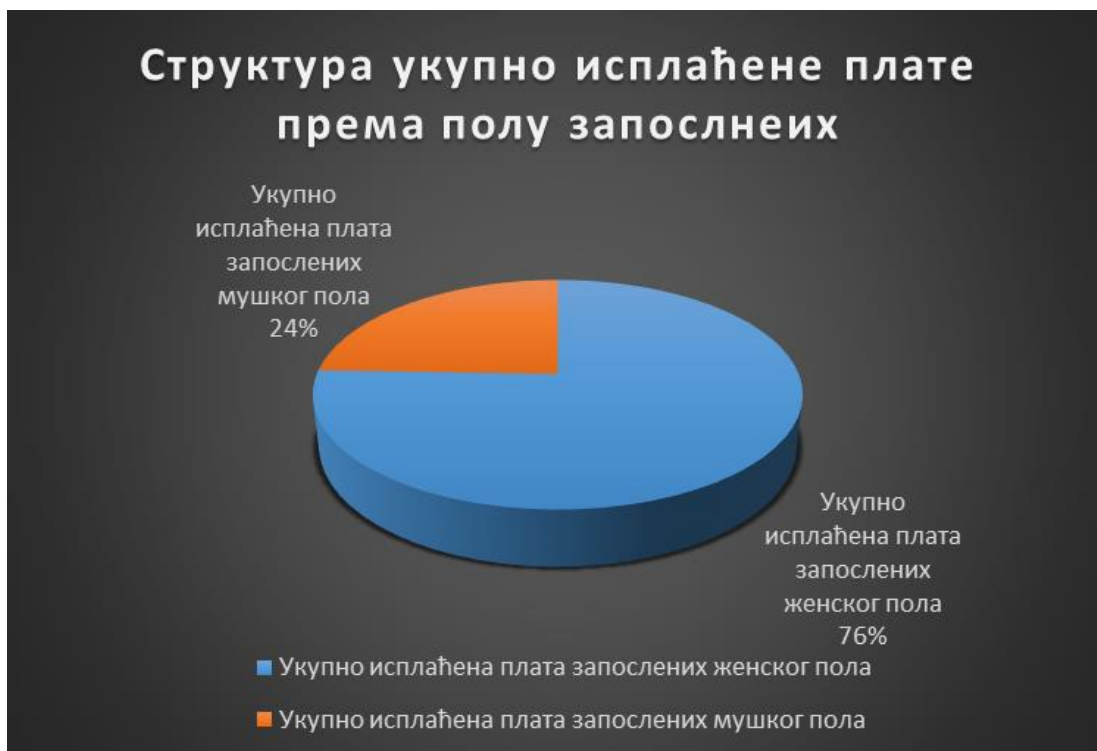
Описном студијом пресека у периоду јануар – јул 2023. године у демографских индикатора радника обухваћено је 776 запослених, рачунајући ту и оне раднике који током овог периода били на одсуствима (боловање преко 30 дана, породилско боловање и сл.). У обзир су узети сви запослени у здравственој установи (здравствени радници и сарадници и немедицинско особље).

Приликом анализе структуре зараде у односу на поједине показатеље узети су у обзир само запослени који су у тренутку анализе примали зараду и накнаду зараде (боловање до 30 дана, годишњи одмор, плаћено одсуство и сл.) преко здравствене установе. Анализом зараде нису обухваћени запослени који су на боловањима преко 30 дана, боловању ради одржавања трудноће, породилско боловање, неплаћена одсуства.

4.2.1. Анализа зарада у односу на пол

Као што је у претходном поглављу наведено, уколико посматрамо структуру запослених према полу (графикон 9.) 82,35% запослених је женског пола, док је запослених мушког пола 17,65%.

Графикон 14. показује структуру укупно исплаћене зараде према полу запослених.



Ако посматрамо структуру укупно исплаћене плате према полу запослених уочава је да се 75,55% укупно исплаћене плате исплаћено запосленима женског пола, док се на запослене мушког пола односи 24,45% укупно исплаћене масе плате.

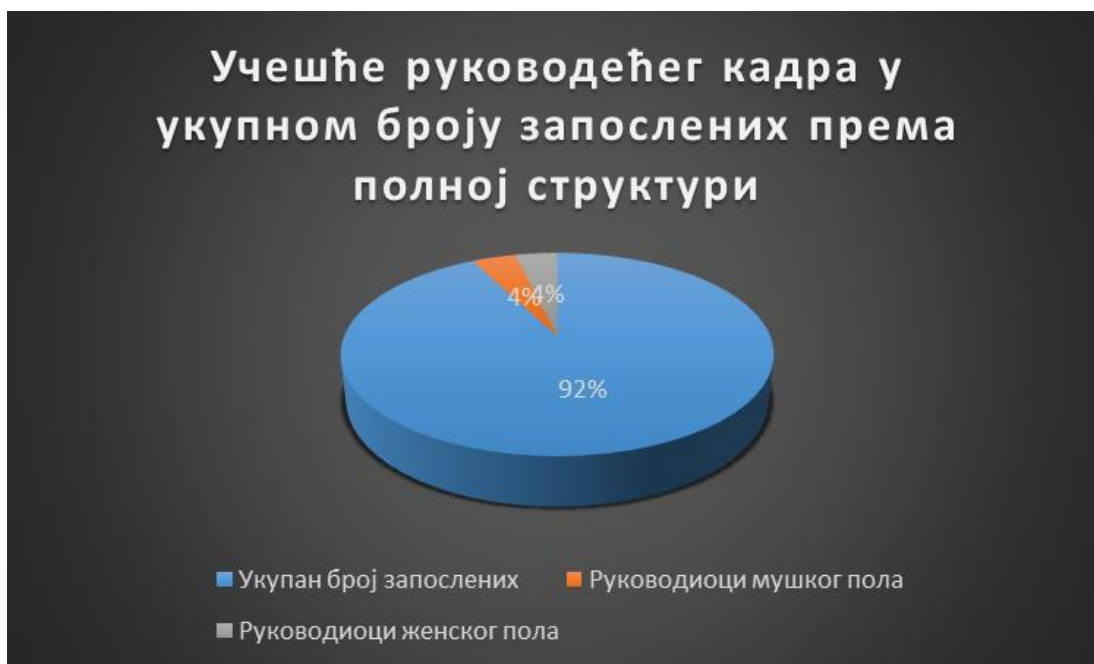
Уочава се да је укупно учешће запослених жена 82,35%, док је њихово учешће у укупној маси исплаћених зарада 75,55%. Како је у аналитици менаџмента људских ресурса анализа зарада, а нарочито према полу, старосним групама, етичкој припадности од изузетног значаја, јер је једнакост и правичност у зарадама од изузетног значаја за задовољство запослених, важно је нагласити да оваква дистрибуција исплаћених зарада има узрок у томе што је убедљиво највећи број запослених женског пола са средњом и вишом стручном спремом на пословима медицинских сестара (поглавље 4.1.2. Запослени у односу на главне демографске индикаторе и економске варијабле). Од осталих запослених женског пола на пословима са основним и средњим образовањем (а које носе и нижи коефицијент) су послови референата, магационера, курира, спремача, куварица и сл.

Разлике у основној плати за исто радно место запослених мушког и женског пола не постоји, а плата се, у складу са раније датим објашњењима, одређује као производ основице и коефицијента из Уредбе о коефицијентима. Коефицијентом из Уредбе одређена је комплексност послова, степен одговорности, радни услови и степен образовања запосленог радника.

Када говоримо о родној равноправности треба се осврнути и на учешће запослених жена у укупној руководећој структури запослених.

Графикон 15. показује учешће руководећег кадра у укупном броју запослених према полној структури

Графикон 15. Учешће руководећег кадра у укупном броју запослених према полној структури.



Као што је већ наведено, руководећи кадар чини 8,25% укупно запослених, док на остале запослене отпада 91,75%. Од укупно запослених руководиоца 3,99% се односи на запослене женског пола, до око 4,26% руководећег кадра чине запослени мушког пола, односно од укупног руководећег кадра 48,44% су запослене женског пола.

Од укупно исплаћене зараде руководећем кадру 45,77% исплаћене зараде се односи на запослене женског пола на руководећим позицијама.

4.2.2. Анализа зарада запослених здравствених радника у односу на остале запослене

Ако посматрамо структуру запослених у здравственим установама према занимањима могу се издвојити четири групе занимања: здравствени радници, здравствени сарадници, административни радници и технички радници. У поглављу 3 је описан начин формирања зараде за све групе запослених радника и дат табеларни преглед основица за обрачун плате запослених у здравственим установама према тренутно важећим прописима. Запослени административни и технички радници спадају у тзв. „немедицинско особље“.

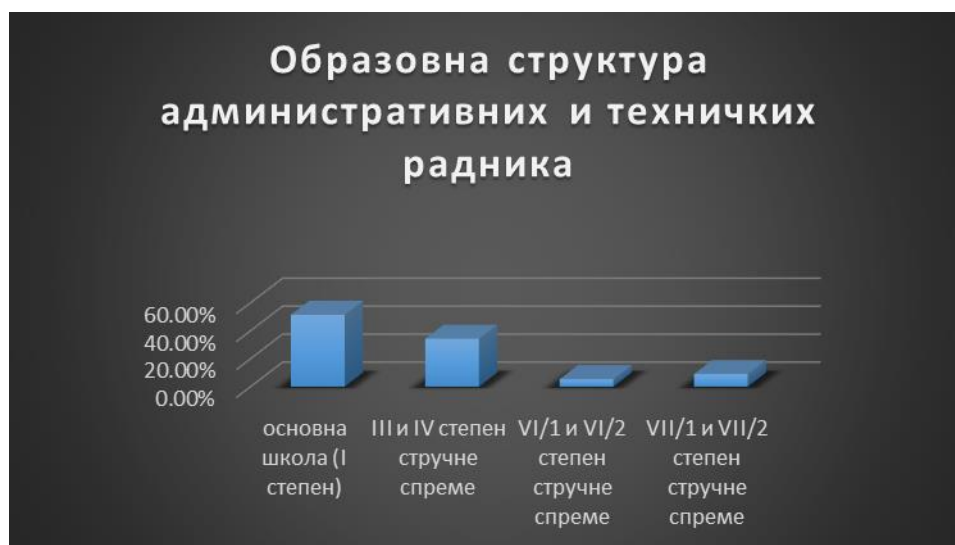
Графикон 16. показује учешће запослених административних и техничких радника у односу на укупно запослене раднике у здравственој установи.

Графикон 16. Учешће запослених административних и техничких радника



Административни и технички радници учествују у укупном броју запослених са 14,58%.

Графикон 17. приказује образовну структуру административних и техничких радника.

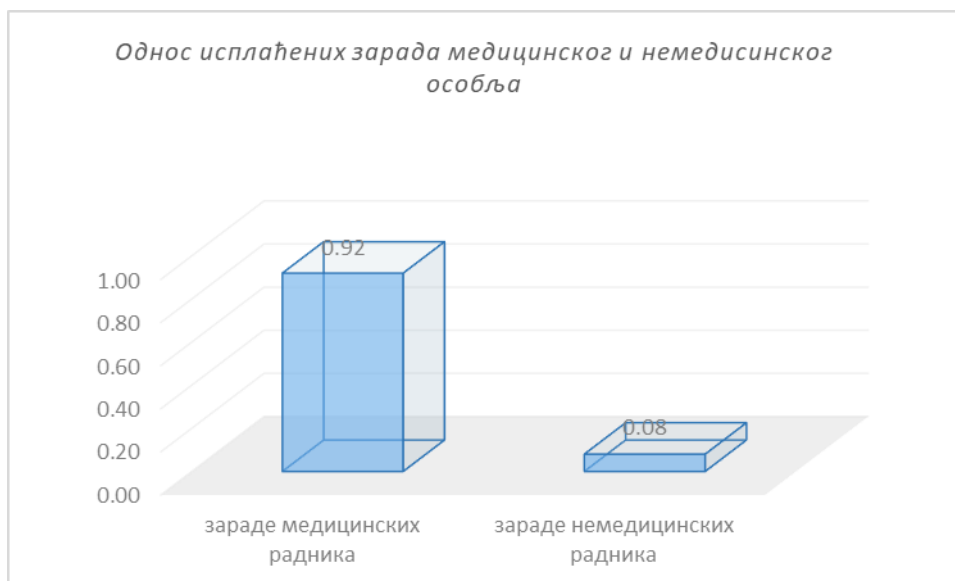


Графикон 17. Образовна структура административних и техничких радника

У укупно запосленом немедицинском особљу запослени са основном школом (I степен) чине 51,35% запослени са III и IV степен стручне спреме чине 34,23%, запослене са VI/1 и VI/2 степеном образовања 5,41%, док запослени са VII/1 и VII/2 степеном образовања чине 9,01%. Највећи број запосленог немедицинског особља (половина) чине запослени са основном школом на радним местима чистача радног простора у болници и ординација, сервирања, курира.

Ако посматрамо структуру немедицинског особља према полу највећи број запослених (86,12%) чине особе женског пола, док се на запослене мушког пола односи 13,88%.

Графикон 18. показује однос исплаћених зарада медицинског и немедицинског особља.

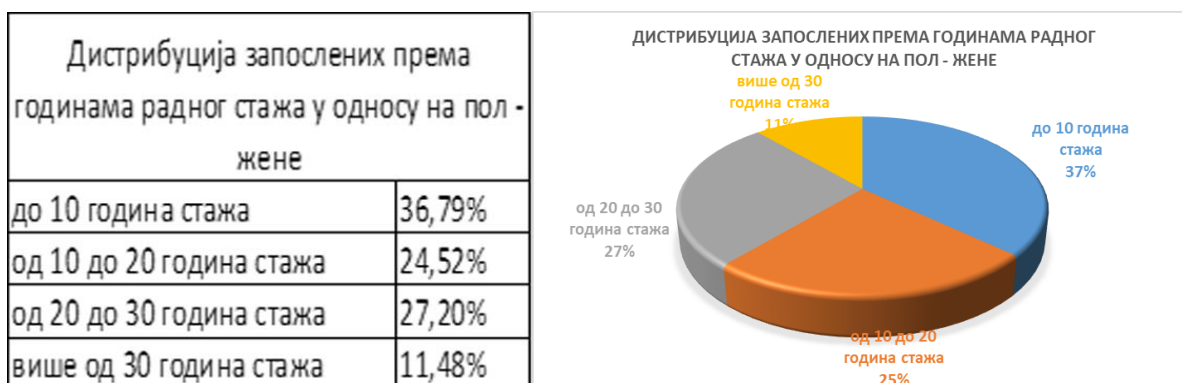


Од укупно исплаћене масе зарада на зараде немедицинског особља отпада 8,09%, док се на зараде медицинског особља троши 91,91% укупне масе зарада.

Од укупно исплаћене зараде немедицинског особља 17,34% се односи на исплаћену зарату запосленим техничким и административним радницима мушког пола, док се 82,66% односи на зараде техничких и административних радника женског пола.

4.2.3. Анализа зарада у односу на дужину радног стажа

У табели 12. приказани су подаци о дистрибуцији запослених жена према годинама радног стажа.



Просечна дужина радног стажа у испитиваној популацији запослених износи 16,38 година. Највећа група запослених жена припада категорији запослених до 10 година радног стажа. У поменутој категорији запослених жена, као што је очекивано, преовлађујуће су запослене на радном месту медицинска сестра.

У табели 13. приказани су подаци о дистрибуцији запослених мушкараца према годинама радног стажа.

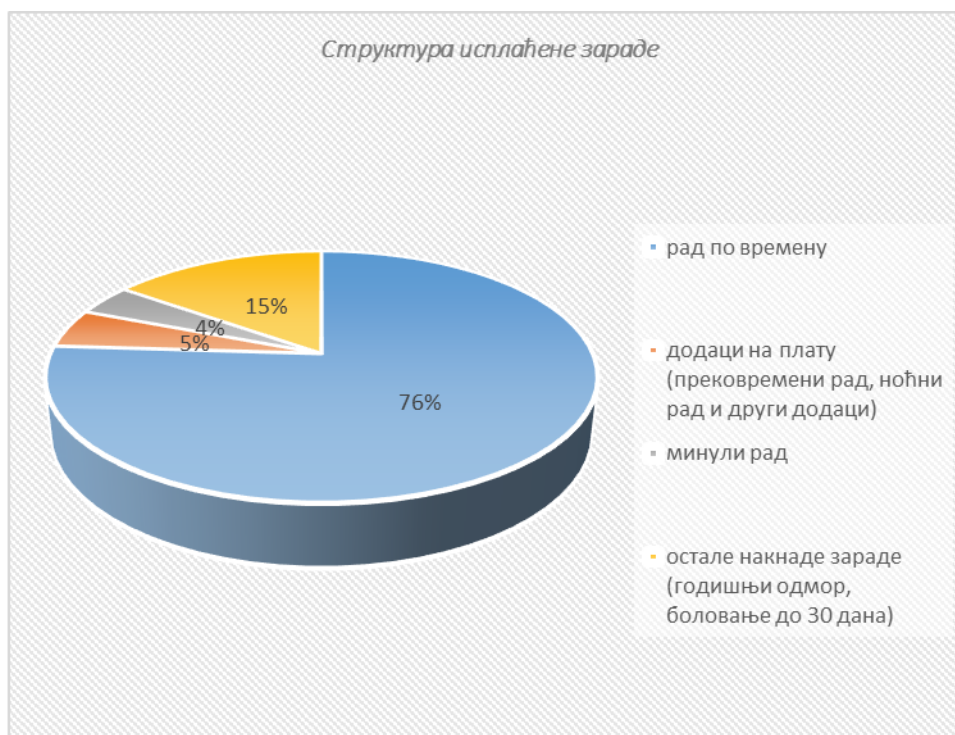
Дистрибуција запослених према годинама радног стажа у односу на пол - мушкарци	
до 10 година стажа	42,96%
од 10 до 20 година стажа	22,96%
од 20 до 30 година стажа	21,48%
више од 30 година стажа	12,60%



Просечна дужина радног стажа у испитиваној популацији запослених износи 15,58 година. Највећа група запослених мушкараца припада категорији запослених до 10 година радног стажа. Највећи број запослених мушкараца без обзира на дужину радног стажа су лекари, затим медицински техничари, здравствени сарадници. Мањи број запослених чине запослени на радним местима портир, домар.

Треба имати у виду да је наведена просечна дужина радног стажа статистички изведен податак и да трајање радног стажа значајно варира по различитим групама занимања, па тако на пример код запослених на радним местима медицинских сестара и техничара има веома младих запослених са веома мало радног стажа, док је код лекара специјалиста ситуација другачија.

Графикон 19. показује структуру исплаћене зараде.



Са графикона је уочљиво да минули рад учествује у укупно исплаћеној заради са 4%. Процент минулог рада у укупно исплаћеној заради указивао би на то да је просечан минули рад око 12 година. Ипак треба узети у обзир и то да се проценат минулог рада исплаћује као

додатак 0,4% на зараду само за сате проведене на раду у посматраном месецу, те се из наведеног разлога износ исплаћеног минулог рада може разликовати у перидима када је интензивније коришћење годишњих одмора (анализа обухвата и период мај – јул) у односо на оне месеце када то није слчај. Како анализа обухвата и период мај – јул, када је коришћење годишњих одмора учесталије, проценат се може разликовати до 2%.

ЗАКЉУЧАК И ИМПЛИКАЦИЈЕ ЗА МЕНАџМЕНТ

Аналитика зарада је прилично нов фокус у аналитици људских ресурса, а треба да укључује одлуке засноване на подацима о правичној плати за све запослене, ефикасности и оптимизацији трошкова запошљавања. Аналитика зарада је од изузетног значаја за постизање једнакости, разноликости и инклузије запослених, као и за правилно управљање масом зарада и смањења ризика од губитка талената.

Као основни циљ рада наведено је сагледавање начина формирања основне плате запослених у здравственим установама по појединим групама радника, извора финансирања зараде, као и њиховом односу са просечном зарадом у Републици, те на основу тога извођење закључка да ли уопште постоји простор за управљање зарадама запослених у здравственим установама од стране менаџмента установе. Такође, циљ је и скретање пажње и на остале факторе (осим зараде) који су од значаја за опште задовољство запослених и квалитет рада.

У складу са циљем рада, у поглављу 3.1. Начини утврђивања основне плате детаљно је описано на који начин се утврђује основне плата радника у установама у које се налазе у Плану мреже јавних установа здравства. Као што је и објашњено, основна плата здравствених радника и немедицинског особља дефинисана је Уредбом о коефицијентима за обрачун и исплату плата запослених. Поменути акт је прописан коефицијент по коме ће се вршити обрачун плате, док основицу за обрачун утврђује Влада РС у посебном Закључку.

До основне плате се долази као производ основице и коефицијента из Уредбе о коефицијентима. Коефицијентом из Уредбе одређена је комплексност послова, степен одговорности, радни услови и степен образовања запосленог.

Такође, у истом поглављу објашњено је да основне зараде запослених финансира највећим делом Републички фонд за здравствено осигурање, и то под условима који су одређени уговором који се сваке године потписује са установом, затим локални буџети оснивача и из сопствених прихода здравствене установе, уколико их установа остварује.

Објашњени начин формирања основне зараде, указује на то да менаџмент здравствене установе не може утицати на висину основне плате запослених, већ само на део зараде који се обезбеђује из сопствених прихода. Начин увећања плате из сопствених прихода одређује се интерним актом саме установе у складу са који је усклађен са Колективним уговором за здравство. Ако се узме у обзир значај зараде за опште задовољство запослених, јасан је и значај свести менаџмента о праведној расподели средстава у циљу обезбеђивања задовољства запослених, као предуслова бољег квалитета рада, остварења плана здравствених услуга и бенефита за пацијенте. Сопствени приходи се могу обезбедити пласирањем одређених услуга на тржишту. У овом случају као посебан изазов се јавља утврђивање индивидуалних разлика у резултатима рада и повезивање материјалне награде са резултатима рада, те одређивање додатних примања у складу са доприносом у раду (стимулације). Да би се могло постићи задовољство радника и систем расподеле стимулације морао би бити праведан. У том смислу руководство би требало да буде упознато детаљно са пословима и степеном одговорности сваког запосленог. Материјални систем награђивања може бити на личном нивоу (за посебан допринос, прековремени рад), или за читаву групу (тимское и групно награђивање).

У поглављу 3.3. Задовољство запослених радника у здравству (према подацима Батута), указана је на чињеницу да је примарни извор незадовољстава радника заправо висина

зараде и да се у посматраном интервалу ово незадовољство само повећавало. При томе је истовремено и присутна велика изложеност стресу на радном месту и зато је улога менаџмента у формирању адекватних „мотивационих пакета“ за запослене кључна. Мотивациони пакет би, с обзиром на постојећа ограничења, морао да се заснива и на материјалним и на нематеријалним средствима.

У складу са даљим циљевима истраживања, у поглављу 3.2. Основне зараде здравствених радника и њихов однос са просечном зарадом у РС, дат је преглед основне зараде по могућим коефицијентима за медицинску сестру и лекара, као и поређење са просечном зарадом у Републици Србији и са зарадама по областима делатности.

Графикон 2. приказује однос основне плате медицинске сестре медицинске сестре и просечне зараде у Републици Србији. У поменутом графикону се види да је основна плата медицинске сестре у јануару 2022. године износила око 84% просечне зараде, док је након повећања од 12,5% почев од јануара 2023. године, услед нешто већег номинални раст просечне зараде, овај однос у мају 2023. године нешто неповољнији, односно око 78%. У овој анализи приказани су објављени подаци о просечној заради у Републици за мај 2023. године. Даље у истом поглављу, у табели 10. дат је преглед просечних зарада по делатностима, на основу чега је закључено да је основна плата лекара специјалисте је тренутно 46% изнад просечне зараде у Републици Србији док је плата доктора опште медицине за око 25% већа од просечне зараде, односно долазимо до тога да лекар специјалиста у Србији остварује зараду која је већа свега око три пута од зараде коју оствари радник са основним образовањем. Ово указује на чињеницу да се зараде у јавним службама у даље крећу у релативно малом распону. Због тога је јавни сектор и даље привлачнији за рад запосленима са релативно нижим степеном знања и искуства, а то дестимулативно делује на најстручније запослене, који долазе у ситуацију да исти напуштају.

Од наступања пандемије Ковид 19 присутан је позитиван тренд раста зарада у здравственој, али који још увек не решава постојеће проблеме.

Прегледом резултата анализе, а у вези дефинисаних истраживачких питања могу се извести следећи закључци:

1. У поглављу 4.1.2. Запослени у односу на главне демографске индикаторе и економске варијабле приказано је да око 67% укупно запослених чине запослени са вишом и средњом стручном спремом, а да од ових запослених убедљиво највећи број (60,69%) отпада на запослене медицинске сестре и техничаре. У поглављу 3.2. Основне зараде здравствених радника и њихов однос са просечном зарадом у РС (табела 7.) приказано је да је основна плата медицинске сестре са средњом стручном спремом у јануару 2022. године била 54.946,50 динара, а истовремено је просечна нето плата у Републици према званичном податку износила 70.920 динара, односно основна плата медицинске сестре чинила је око 84% просечне зараде. Зараде медицинске сестре почев од јануара 2023. године расле су за 12,5% тако да у 2023. години износе 66.760,05 динара. Како је номинални раст просечне зараде нешто већи, то је овај однос у мају 2023. године нешто неповољнији, односно око 78%. Да би се основна плата медицинске сестре изједначила са просечном зарадом за мај 2023. године у Републици Србији потребно је повећање основице за око 29% у односу на тренутну. Како медицинске сестре и техничари чине преовлађујуће запослене у здравственој установи, а још увек се не могу изједначити са просечном зарадом у Републици финансијским стимулацијама би требало деловати на ову групу запослених, а у циљу добијања бољег ефекта у компаративној анализи општег задовољства запослених у здравству. Наведено је примењиво како на Универзитетску

дечју клинику, тако и на остале здравствене установе, јер се основице и коефицијенти за исплату зараде не разликују;

2. Од запослених са високом школском спремом, који чине 24% укупно запослених, највећи број (око 20%) се односи на лекаре (поглавље 4.1.2. Демографске и социоекономске карактеристике запослених). Даље, у оквиру поглавља 4.2.3. Анализа зарада у односу на дужину радног стажа, наведено је да највећа група запослених мушкараца припада категорији запослених до 10 година радног стажа, а да је највећи број запослених мушкараца независно од дужине радног стажа на радном месту лекар. Полазећи од истраживачког питања на коју групу запослених се може деловати посредним материјалним стимулацијама, а с обзиром на чињеницу да задовољство послом није одређено једино висином плате, а долазимо до изузетног значаја едукације за наведену групу запослених (млади лекари). Осим директних новчаних додатака на плату може се остварити и посредна материјална стимулација и то у виду финансирања едукације, финансирања школовања у циљу остваривања вишег научног звања.

Потребе запослених не односе се само на оне материјалног карактера, већ постоје и бројне социјалне као што су професионално признавање, потребе раста и развоја појединца, обезбеђивање статуса и слично.

С обзиром на ограниченост директне материјалне стимулације, значајна је допуна индиректним материјалним стимулацијама (школовање) и нематеријалним подстицајима који би омогућили истицање значаја рада сваког појединца за успех установе у целини.

3. У поглављу 4.2.2. Анализа зарада запослених здравствених радника у односу на остале запослене дефинисано је да се сви запослени у здравству деле на четири групе занимања: здравствени радници и сарадници, радници на техничким и административним пословима. Запослени административни и технички радници спадају у тзв. „немедицинско особље“. На графикону 16. истог поглавља приказано је да административни и технички радници учествују у укупном броју запослених са 14,58%. Графикон 17. показује да у укупно запосленом немедицинском особљу запослени са основном школом (I степен) чине 51,35%. Највећи број запосленог немедицинског особља (половина) чине запослени са основном школом на радним местима чистач/чистачица радног простора у болници, сервирка, курир. На графикону 18. уочљиво је да од укупно исплаћене масе зарада на зараде немедицинског особља отпада 8,09%, док се на зараде медицинског особља троши 91,91% укупне масе зарада. Овакав однос је из разлога што је највећи број запосленог немедицинског особља на радним местима са минималном зарадом. Самим тим се смањивањем административних и техничких радника у здравственој установи не могу остварити значајне финансијске уштеде.

Упоређивањем података из поглавља 4.1.2. Запослени у односу на главне демографске индикаторе и економске варијабле и поглавља 4.2. Резултати истраживања и дискусија са подацима исказаним у поглављу 3.3. Задовољство запослених радника у здравству (према подацима Батута¹) може се утврдити да се подаци о запосленима на примеру Универзитетске дечје клинике не разликују значајно у односу на показатеље анализе на укупном броју здравствених установа у Плану мреже у Републици Србији. На тај начин се изведени закључци, уз одређена прилагођавања у складу са специфичностима саме установе могу универзално применити на установе у Плану мреже.

Треба нагласити и то да је 18. септембра 2023. године усвојен Закључак Владе РС којим је још једном извршена измена основица за плате радника у јавним службама, те да је овом

изменом предвиђено и повећање од 5,5% за запослене у здравственим установама на радном месту медицинска сестра и техничар. Како ово повећање није обухваћено анализом у раду, јер је студија пресека користила податке за период јануар – јул 2023. године, понављање анализе за шест месеци могло би да укаже на ефекте ове измене и да смернице за будуће управљање зарадама.

С обзиром на значај људских ресурса у здравственој установи, то је и одговорност менаџмента у регрутовању и развијању људских ресурса од пресудног значаја за остварење стратешких планова здравствене установе. Зато је благовремено планирање стратегије управљања системом материјалних и нематеријалних стимулација за запослене од изузетног значаја за жељени правац развоја кадрова у здравственој установи.

У вези наведеног, планирање би требало ускладити са потребама дефинисаних група радника у установама, као предуслов за обезбеђивање доброг система и квалитета рада здравствене установе. На овај начин се обезбеђују услови да мотивациони део зараде постане корисно средство за спречавање одлива квалитетног кадра из здравствене установе.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1) Анализа испитивања задовољства запослених у државним здравственим установама Републике Србије 2019. године. 2020. Институт за јавно здравље Србије „др М.Јовановић, Батут“ – Београд
- 2) Becker, V.A. and Huselid, M.A. 1998. High Performance Work Systems and Firm Performance: A Synthesis of Research and Managerial Applications. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 16, 53-101
- 3) Богићевић Миликић, Б. 2020. Увод у менаџмент људских ресурса. Економски факултет Универзитета у Београду
- 4) Boudreau, John W; Ramstad, Peter M. 2005. »Talentship and the New Paradigm for Human Resource Management: From Professional Practices to Strategic Talent Decision Science«, *HR. Human Resource Planning; New York Vol. 28, Iss. 2, : 17-26.*
- 5) Byars, L.L., Rue L.W. 1991. » Human Resource and Personnel Management «, Homewood, IL: IRWIN
- 6) Claus, L. 2019., »HR disruption—Time already to reinvent talent management«, *BRQ Business Research Quarterly*, Vol. 22 No. 3, pp. 207–215.
- 7) Центар за високе економске студије, 2017. Извештај „Какво нам је здравље? – Систем индикатора за друштвени дијалог о здрављу и здравственом систему Србије“, Анекс 1- Систем здравствене заштите Преузето са: <https://ceves.org.rs/wp-content/uploads/2017/12/Aneks-1-Sistem-zdravstvene-za%C5%A1tite.pdf>
- 8) Чекеревац, А. 2007. Здравствена заштита у Србији – услов социјалне сигурности. *Социјална мисао*, 14 (4), 29-48)
- 9) Falletta, S.V. and Combs, W.L. 2021, »The HR analytics cycle: a seven-step process for building evidence-based and ethical HR analytics capabilities«, *Journal of Work-Applied Management*, Vol. 13 No. 1, pp. 51–68
- 10) Fincham, J. E. 2009. Reid, TR: The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73(7)
- 11) Фискални савет Републике Србије 2019. Платни разреди и запосленост у државном сектору Србије: од недовршене реформе до одрживог система, преузето са <https://www.fiskalnisalet.rs/doc/analyze-stavovi-predlozi/2019/fs--platni-razredi-i-zaposlenost-u-drzavnom-sektoru-srbije.pdf>
- 12) Gallardo-Gallardo, E., Thunnissen, M. and Scullion, H. 2020. »Talent management: context matters«, *The International Journal of Human Resource Management*, Vol. 31 No. 4, pp. 457–473
- 13) Grujić, V., Martinov-Cvejin, M. 2008 Quality of health care. u: Kovačić L., Zaletel-Kragelj L. [ur.] *Management in health care practice: A handbook for teachers, researchers and health professionals*, Zagreb: Hans Jacobs Publishing Company, p. 55-66
- 14) HR Analytics Market Size, Share & Trends Analysis Report By Solution, By Service, By Deployment, By Enterprise Size, By End-use, By Region, And Segment Forecasts. 2022 – 2030. Преузето са <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/hr-analytics-market>

- 15) Hughey, P.E. 2022. »10 Highest-Paying Countries For Doctors«, preuzeto sa <https://medvocation.com/en/blog/10-highest-paying-countries-for-doctors/4>
- 16) Jamrog, J.J. and Overholt, M.H. 2004. »Building a Strategic HR function: Continuing the evolution«, *Human Resource Planning* 27(1): 51-63
- 17) Јовичић К. 2014. Системи здравствене заштите и здравственог осигурања Упоредно правна анализа у европским земљама. Институт за упоредно право, Синдикат лекара и фармацеута Србије Београд
- 18) Јанковић, Д. 2011. Здравствено осигурање као фактор трошкова здравствене заштите, *Школа бизниса* 4: 70-71.
- 19) Kleczkowski, Bogdan M, Roemer, Milton Irwin and Werff, Albert van der. 1984. National health systems and their reorientation towards health for all: guidelines for policy-making / Bogdan M. Kleczkowski, Milton I. Roemer, Albert van der Werff, World Health organization Преузето са <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41638>
- 20) Krstic, M., Obradovic, V., Terzic-Supic, Z., Stanisavljevic, D., & Todorovic, J. 2019. Motivational Factors of Employees in Health Care Institutions in Serbia. *Management:Journal Of Sustainable Business And Management Solutions In Emerging Economies*, 24(1), 33-43.)
- 21) Ковачевић, М. Б. 2023. »Фактори који утичу на развој добровољног здравственог осигурања у Републици Србији«, *Токови осигурања*, 39(1), 75-102.
- 22) Lawler, E.E. and Mohrman, S.A. 2003а. »Creating a Strategic Human Resource Organization: An Assessment of Trends and New Directions«,Stanford: Stanford University Press
- 23) Lawler III, E.E., Levenson, A., and Boudreau, J.W. 2004. »HR metrics and analytics—uses and impacts«, *Human Resource Planning Journal* 4: 27-35
- 24) Lawler, E.E. and Mohrman, S.A. 2003. »HR as a Strategic Partner: What Does It Take to Make It Happen? « *Human Resource Planning*, 26, 15-29
- 25) Marler, J.H. and Boudreau, J.W. 2017., »An evidence-based review of HR Analytics«, *The International Journal of Human Resource Management*, Vol. 28 No. 1, pp. 3–26.
- 26) Mossialos, E., Thomson. S. 2004. Voluntary health insurance in the European Union. World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, str. 16.
- 27) Министарство здравља Републике Србије, 2019. Здравствени систем Србије најбољи у региону Србија 18. у Европи на ЕХЦИ листи за 2018. годину, преузето са <https://www.zdravlje.gov.rs/vest/335491/zdravstveni-sistem-srbije-najbolji-u-regionu-srbija-18-u-evropi-na-ehci-listi-za-2018-godinu.php>
- 28) Министарство финансија, Програм економских реформи за период од 2023. до 2025. године, преузето са <https://mfin.gov.rs/sr/dokumenti2-1/program-ekonomskih-reformi-erp-1>
- 29) Мићовић, П. М. 2008., Здравствени менаџмент: менаџмент здравственог система и здравствених установа, Комора здравствених установа Србије, стр 6. Преузето: <https://dokumen.tips/documents/zdravstveni-menadzment-menadzment-zdravstvenog-sistema-i-zdravstvenih-us>
- 30) Народна банка Србије, 2022. Извештај Народне банке Србије: Преглед број осигурања, број осигураника и премије по врстама и тарифама осигурања за Србију у 2021. години,

преузето са

https://www.nbs.rs/export/sites/NBS_site/documents/osiguranje/godisnji/god_T1_2021.pdf

31) Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2011. Health at a Glance 2011 – OECD Indicators, OECD Publishing, стр. 157 преузето:

<https://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>

32) Перишић, С. 2010. »Менаџмент здравственог система«, Радно и социјално право, часопис за теорију и праксу радног и социјалног права, (1)

33) Републички завод за статистику, Просечне зараде по областима делатности за период јануар – текући месец, 2023, преузето са

<https://data.stat.gov.rs/Home/Result/2403040108?languageCode=sr-Latn>

34) Републички фонд за здравствено осигурање

<https://www.rfzo.rs/index.php/component/content/article/37-uncategorised/156-filijaleispostave?Itemid=163>

35) Subhashini Durai, D., Rudhramoorthy, K., and Sarkar, S. 2019. »HR metrics and workforce analytics: It is a journey, not a destination«. Human resource management international digest 27 (1):4-6

36) Varga S., Rikanović S., Kovač N., Prenda Trupeć T., Novaković T., Mandić V., Karadžole N., Dubrovac J., Vukotić Đ., Guillemette M. 2020. »Nacrt Strategije optimizacije mreže ustanova zdravstvene zaštite Republike Srbije i smernice za izradu Plana razvoja zdravstvene zaštite do 2035. godine«, Drugi projekat razvoja zdravstva Srbije, IBF International Consulting consortium, Delta House Ltd i NALED. Preuzeto sa <https://optimizacijazdravstva.rs>

37) Веселиновић, П. 2014. Реформа јавног сектора као кључна детерминанта успешности транзиције привреде Републике Србије. Економски хоризонти, 16(2), 141–159

38) World Health Organization (2007). Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. World Health Organization, доступно на http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

Правни извори:

<https://www.paragraf.rs/propisi>

Закони:

- Закон о раду („Сл. гласник РС” бр. 24/05, 61/05, 54/09, 32/13, 75/14, 13/17 – одлука УС, 113/17 и 95/18 – аутентично тумачење);
- Закон о платама у државним органима и јавним службама ("Сл. гласник РС", бр. 34/2001, 62/2006 - др. закон, 63/2006 - испр. др. закона, 116/2008 - др. закони, 92/2011, 99/2011 - др. закон, 10/2013, 55/2013, 99/2014, 21/2016 - др. закон, 113/2017 - др. закони, 95/2018 - др. закони, 86/2019 - др. закони, 157/2020 - др. закони и 123/2021 - др. закони),
- Закон о буџетском систему ("Сл. гласник РС", бр. 54/2009, 73/2010, 101/2010, 101/2011, 93/2012, 62/2013, 63/2013 - испр., 108/2013, 142/2014, 68/2015 - др. закон, 103/2015, 99/2016, 113/2017, 95/2018, 31/2019, 72/2019, 149/2020, 118/2021, 138/2022 и 118/2021 - др. закон),
- Закон о буџету Републике Србије за 2023. годину ("Сл. гласник РС", бр. 138/2022),
- Закон о порезу на доходак грађана ("Сл. гласник РС", бр. 24/2001, 80/2002, 80/2002 - др. закон, 135/2004, 62/2006, 65/2006 - испр., 31/2009, 44/2009, 18/2010, 50/2011, 91/2011 - одлука УС, 7/2012 - усклађени дин. изн., 93/2012, 114/2012 - одлука УС,

- 8/2013 - усклађени дин. изн., 47/2013, 48/2013 - испр., 108/2013, 6/2014 - усклађени дин. изн., 57/2014, 68/2014 - др. закон, 5/2015 - усклађени дин. изн., 112/2015, 5/2016 - усклађени дин. изн., 7/2017 - усклађени дин. изн., 113/2017, 7/2018 - усклађени дин. изн., 95/2018, 4/2019 - усклађени дин. изн., 86/2019, 5/2020 - усклађени дин. изн., 153/2020, 156/2020 - усклађени дин. изн., 6/2021 - усклађени дин. изн., 44/2021, 118/2021, 132/2021 - усклађени дин. изн., 10/2022 - усклађени дин. изн., 138/2022, 144/2022 - усклађени дин. изн. и 6/2023 - усклађени дин. изн.),
- Закон о доприносима за обавезно социјално осигурање ("Сл. гласник РС", бр. 84/2004, 61/2005, 62/2006, 5/2009, 52/2011, 101/2011, 7/2012 - усклађени дин. изн., 8/2013 - усклађени дин. изн., 47/2013, 108/2013, 6/2014 - усклађени дин. изн., 57/2014, 68/2014 - др. закон, 5/2015 - усклађени дин. изн., 112/2015, 5/2016 - усклађени дин. изн., 7/2017 - усклађени дин. изн., 113/2017, 7/2018 - усклађени дин. изн., 95/2018, 4/2019 - усклађени дин. изн., 86/2019, 5/2020 - усклађени дин. изн., 153/2020, 6/2021 - усклађени дин. изн., 44/2021, 118/2021, 10/2022 - усклађени дин. изн., 138/2022 и 6/2023 - усклађени дин. изн.),
 - Закон о пензијском и инвалидском осигурању ("Сл. гласник РС", бр. 34/2003, 64/2004 - одлука УСРС, 84/2004 - др. закон, 85/2005, 101/2005 - др. закон, 63/2006 - одлука УСРС, 5/2009, 107/2009, 101/2010, 93/2012, 62/2013, 108/2013, 75/2014, 142/2014, 73/2018, 46/2019 - одлука УС, 86/2019, 62/2021, 125/2022 и 138/2022),
 - Закон о здравственом осигурању ("Сл. гласник РС", бр. 25/2019),
 - Закон о здравственој заштити („Сл. гл. РС” бр. 25/19);
 - Закон о пореском поступку и пореској администрацији ("Сл. гласник РС", бр. 80/2002, 84/2002 - испр., 23/2003 - испр., 70/2003, 55/2004, 61/2005, 85/2005 - др. закон, 62/2006 - др. закон, 63/2006 - испр. др. закона, 61/2007, 20/2009, 72/2009 - др. закон, 53/2010, 101/2011, 2/2012 - испр., 93/2012, 47/2013, 108/2013, 68/2014, 105/2014, 91/2015 - аутентично тумачење, 112/2015, 15/2016, 108/2016, 30/2018, 95/2018, 86/2019, 144/2020, 96/2021 и 138/2022)

Уредбе:

- Уредба о коефицијентима за обрачун и исплату плата запослених у јавним службама ("Сл. гласник РС", бр. 44/2001, 15/2002 - др. уредба*, 30/2002, 32/2002 - испр., 69/2002, 78/2002, 61/2003, 121/2003, 130/2003, 67/2004, 120/2004, 5/2005, 26/2005, 81/2005, 105/2005, 109/2005, 27/2006, 32/2006, 58/2006, 82/2006, 106/2006, 10/2007, 40/2007, 60/2007, 91/2007, 106/2007, 7/2008, 9/2008, 24/2008, 26/2008, 31/2008, 44/2008, 54/2008, 108/2008, 113/2008, 79/2009, 25/2010, 91/2010, 20/2011, 65/2011, 100/2011, 11/2012, 124/2012, 8/2013, 4/2014, 58/2014, 113/2017 - др. закон и 95/2018 - др. закон, 86/2019 - др. закон, 157/2020 - др. закон, 19/2021, 48/2021 и 123/2021 - др. закон)
- Уредба о плану мреже здравствених установа („Службени гласник РС“, бр. 5/2020, 11/2020, 52/2020, 88/2020, 62/2021, 69/2021, 74/2021 и 95/2021)
- Уредба о накнади трошкова и отпремнини државних службеника и намештеника ("Сл. гласник РС", бр. 98/2007 - пречишћен текст, 84/2014, 84/2015 и 74/2021)
- Уредба о корективном коефицијенту, највишем процентуалном увећању основне плате, критеријумима и мерилима за део плате који се остварује по основу радног учинка, као и начину обрачуна плате запослених у здравственим установама ("Сл. гласник РС", бр. 100/2011, 63/2012, 101/2012, 46/2013, 113/2017 - др. закон, 21/2018 и 95/2018 - др. закон, 10/2019, 86/2019 - др. закон, 13/2020, 157/2020 - др. закон и 123/2021 - др. закон)

Правилници:

- Правилник о пореској пријави за порез по одбитку ("Сл. гласник РС", бр. 74/2013, 118/2013, 66/2014, 71/2014 - испр., 14/2016, 21/2017, 20/2018, 104/2018, 96/2019 и 132/2021)
- Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања ("Сл. гласник РС", бр. 10/2010, 18/2010 - испр., 46/2010, 52/2010 - испр., 80/2010, 60/2011 - одлука УС, 1/2013, 108/2017, 82/2019 - др. правилник и 31/2021 - др. правилник)
- Посебан колективни уговор за здравствене установе чији је оснивач Република Србија, аутономна покрајина и јединица локалне самоуправе („Сл. гл. РС” бр. 96/19 и 58/20 – Анекс I)