

Ibrahim Totić; Snežana Marić - Krejović\*

## **FINANSIRANJE ZDRAVSTVENIH POTREBA I OBRAČUN I PLAĆANJE ZDRAVSTVENIH USLUGA**

**Abstrakt:** Klasična shvatanja zdravstvene zaštite i zdravstvene službe u poslednjih nekoliko decenija su se bitno izmenila. Tome su najviše doprinela nova naučna saznanja. Svetska zdravstvena organizacija je još daleke 1978. godine u Alma-Ati utvrdila strategiju „Zdravlje za sve do 2000. godine” gde je primarna zdravstvena zaštita prihvaćena kao univerzalno opredeljenje pružanja zdravstvenih usluga. Dugogodišnje iskustvo iz delokruga rada zasnovanog na klasičnoj medicini, koja često posmatra čoveka kao objekt svog delovanja, pokazalo je da ona neće još dugo biti u stanju da bez decidne klasifikacije zdravstvenih potreba i finansijske podrške pruža kvalitetne zdravstvene usluge. Nedostaje podrška koja omogućava produktivan socijalni i ekonomski život u kome će biti izbalansirana asocijacija fizičkog, mentalnog, socijalnog, moralnog i spiritualnog stanja.

U celom svetu, pa i u našoj zemlji, permanentan je rast razbolevanja stanovništva, nesreća i smrtnosti koje izazivaju naročito nezarazne bolesti modernog doba. Među njima dominiraju kardiovaskularne bolesti, maligne neoplazme, diabetes mellitus i drugi poremećaji i akcidenti. Zato se preporučuje da se prilikom sagledavanja potreba u oblasti zdravstvene zaštite uvek pravi razlika između onih koje su čisto medicinske i onih koje se odnose na zdravstvenu zaštitu. Zašto? Zato što se čiste medicinske potrebe zadovoljavaju preko usluga koje pružaju samo visokostručni medicinski radnici čiji je rad utvrđen i normiran zakonima koji važe u zdravstvu. Na drugoj strani, potrebe u zdravstvenoj zaštiti, koje se prevashodno odnose na kvalitet života i unapređenje zdravlja ljudi, zadovoljavaju se u okviru određenih društvenih i ne uvek medicinskih subjekata. Kod njihovog zadovoljavanja uvek postoji disproporcija između tražnje i mogućnosti i nije neophodno stalno angažovanje isključivo visokostručnih ili striktno medicinskih radnika.

---

<sup>1</sup> Dom zdravlja Arilje; Državni univerzitet u Novom Pazaru.

Svako angažovanje humanog kapitala (ljudski resurs) u oblasti zdravstva usmereno je na pružanje određenih vrsta zdravstvenih usluga. Zdravstvena usluga medicinskog aspekta jeste čin stvaranja neposrednog, javnog ili diskretnog i na medicinskoj tajni zasnovanog kontakta između njenog pružaoca i korisnika i određuju vrstu zdravstvene zaštite. Sa sociološkog aspekta zdravstvene usluge predstavljaju atak na određeni budžet, a sa finansijskog ostvarivanje prihoda zdravstvenih ustanova, ali i izraz javne potrošnje jer svaka od njih ima svoju finansijsku vrednost. Finansijsko-zdravstvena praksa poznaje više načina za njihov obračun i plaćanje.

## **UVOD**

Prvi stepen dodira između pojedinca i sistema zdravstva je u oblasti primarne zdravstvene zaštite u kojoj zdravstvene usluge uživaju korisnici a pružaju zdravstveni radnici. Zdravstvene usluge su determinanta iskazanih zdravstvenih potreba gde svaki pojedinac ili kolektiv ima cilj da ih uz pomoć odgovarajućih izvršioca ili timova određenog zdravstvenog subjekta zadovolji na način kako je predviđeno utvrđenim standardima. Sve vrste zdravstvenih potreba zadovoljavaju se neposrednim i ređe posrednim kontaktom sa zdravstvenim radnicima i zajednicom koja uobičajeno deluje timski.

Zdravstvene potrebe kao i zdravstvene usluge razlikuju se zavisno od njihovih davalaca/korisnika. Razlike su nekada velike, što zavisi od stepena različitih pristupa u sagledavanju razvoja ne samo zdravstvenog već globalnog, odnosno ekonomsko-političkog i društvenog sistema. Osim toga, zdravstvene potrebe se razlikuju i po načinu i mogućnostima njihovog zadovoljenja, razlozima koji su doveli do njihovog nastajanja i po tome da li se zadovoljavaju u okviru medicinske zaštite ili je njihovo zadovoljenje moguće u zdravstvenoj zaštiti, što direktno određuje vrste usluga koje treba da omoguće njihovo zadovoljenje. Savremeni zahtevi provociraju različite potrebe i gone ljude na njihovo korišćenje. Metode zadovoljavanja zdravstvenih potreba i način pružanja zdravstvenih usluga imaju cilj da demokratizuju medicinu kao oblast bez koje narod ne može da egzistira.

Problemom narodnog zdravlja treba da se bave svi, a ne samo lekari, govorio je Andrija Štampar (osnivač prvog Doma zdravlja u Vukovaru 1923. godine). Medicinska nauka ne bi imala pravi smisao da njene usluge, koje pružaju zdravstveni radnici, ne proističu iz potreba koje iskazuju predstavnici naroda. Ona se zapravo temelji na saradnji sa narodom jer je on istovremeno i subjekt i objekt medicinske i zdravstvene zaštite.

Danas se često postavlja pitanje, da li Svetska zdravstvena organizacija dosledno obavlja svoje zadatke koje je postavila još u Ustavu donešenom na Međunarodnoj konferenciji koja je u Njujorku održana daleke 1946. godine. Sprovođenje zdravstvene zaštite podrazumeva zadovoljavanje zdravstvenih potreba kroz direktno ili indirektno

pružanje zdravstvenih usluga. Taj proces zahteva snažnu mobilizaciju svih oblika sredstava koja se odnose na zdravlje. Međutim, na mnogim mestima zdravstvene potrebe niti su dovoljno precizne niti su adekvatno zadovoljene. Smatra se da su propuste pravile pre svega vlade pojedinih zemalja koje su smatrale da je permanentan razvoj zdravstva samo uzgredan cilj. Bilo bi krajnje korisno (preporuka vladama) da na osnovu iskazanih potreba, kao izraz svoje političke rešenosti, pojedine vlade unaprede pristup zdravstvenoj zaštiti, da sagledaju mogućnosti uvećanja fondova za dodelu sredstava zdravstvu, da podstiču i podupiru razne načine finansiranja i pružanja zdravstvenih usluga i da izvrše povezivanje sektora potreba sa sektorima koji ih zadovoljavaju pružanjem zdravstvenih usluga.

### ***Cilj rada***

Definisanje zdravstvenih potreba i mogućnosti finansiranja. Sagledavanje modela koji se koriste za obračun i plaćanje pruženih/korišćenih zdravstvenih usluga.

### ***Utvrđivanje zdravstvenih potreba i mogućnost njihovog finansiranja***

Svet potreba je neograničen, beskrajan, a resursi svakim danom manji i oskudniji. To saznanje primorava čoveka da ekonomiše i da traga za najracionalnijim metodama kako bi ih zadovoljio. Potreba je snažna motivacija i težnja za nečim do čega je čoveku veoma stalo, za nečim što za njega ima korisnu funkciju i nešto čemu on u svom životu pridaje veliku važnost. Svaka potreba poseduje finansijsku stranu bilo u pripremi programa ili konkretno u trenutku njihovog zadovoljavanja. Smatra se da je psihologija prva naučna disciplina koja je počela ozbiljno da se bavi fenomenom potreba, definišući ih kao zaustavljanje nezadovoljenja i povećanja ugodnih osećaja, odnosno kao osećanje nužnosti za otklanjanje nedostataka. Aleksandar Maslov svoju teoriju potreba zasniva na njihovoj hijerarhiji i na stepenu zadovoljavanja koje se javljaju kao urgentne i posmatra ih sa stanovišta viših i nižih, tj. prema strukturi na potrebe razvijenog i nerazvijenog sveta. Prema R. Musgraveu potrebe su... mati svih izuma i nisu moguće bez rada na razvoju svesti... a dolazak do stanja lagodnosti nije svima jednako moguć.

Ekonomska i medicinska nauka su prilično zakasnile sa definisanjem potreba. Ipak, ne može se zanemariti da svaka definicija, ma odakle dolazila, namerno ili nenamerno, postulira apriori ekonomsko i medicinsko stanovište. Nikola Rot kaže da su čoveku kao subjektivnom biću imanentne biološke potrebe, a čoveku kao društvenom biću imanentne su socijalne potrebe. S obzirom na to da je u pitanju vrlo bliska definicija stavu zdravstvene nauke, logično je da ih ona klasira prema prioritetu, dinamici i intenzitetu pojavljivanja integracijom čovekovog subjektivnog i društvenog bića. Potrebe u zdravstvenom sistemu definišu se kao doživljavanje

nedostataka ili poremećaja i shvataju se kao stvarni organski nedostaci ili kao telesni zahtevi. Samo se na trenutak udaljavamo od finansijskih zahteva. Da ponovimo, jeste važan medicinski aspekt prioriteta zadovoljavanja potreba, ali je ni malo manje bitan finansijski aspekt.

Da li ćemo biti u mogućnosti da i u domenu zdravstvenih potreba i sa njima zdravstvenih usluga sadašnjost oslobodimo okova i da stvaramo suštinski različite, humanije istorijske mogućnosti zavisi od toga za koji smo se koncept akciono i prioriteto opredelili. Kakva je strategija razvoja i finansiranja zdravstvene zaštite, koje su tehnološke mogućnosti i na koje je izazove spremna savremena medicina, ako je poznato da za njenu preduzumljivost nikada nema dovoljno finansijskih sredstava.

Ono što ne treba zaboraviti jeste da se svi pristupi potrebama i njihovom zadovoljavanju u konceptu medicine i finansijske politike delimično poklapaju, iako često nemaju istosmernu kretanja. U pitanju je konflikt kod utvrđivanja obima zdravstvenih potreba sa oba aspekta medicinskog i finansijskog. Potrebe u zdravstvenoj zaštiti utvrđuju zajedno korisnici usluga zdravstvene zaštite i njihovi davaoci. Prvi uslov za utvrđivanje zdravstvenih potreba i njihovog finansiranja odnosi se na demografsku strukturu stanovništva (starosno doba, pol, obrazovni nivo, socijalne karakteristike, radna karijera, mogućnost distribucije zdravstvene zaštite na određenoj teritoriji i sl.). Zdravstvene potrebe se utvrđuju na osnovu direktnih i proverenih informacija u vezi sa ukupnim oboljenjima, ukupnim zdravstvenim stanjem stanovništva i podacima vitalističkog tipa. Osim toga, strukturu zdravstvenih potreba determinišu socijalni faktori i radna okolina (uslovi stanovanja, ishrana, radni uslovi, komunikacije i sl.) kao i drugi elementi koji uslovljavaju razvitak određenih standarda.

Ekološka lepeza faktora je odnedavno proširena. Vodosnabdevanje, dispozicija otpadnih voda i otpadnih stvari, vazduh i drugi elementi i te kako opredeljuju strukturu i obim zdravstvenih potreba. Konačno, ekonomska kriza je vidno uzdrmala svaki stub na kome počiva socijalno i zdravstveno osiguranje. Neki od njih nisu izdržali strahovite nalete krize i već su srušeni. Hoće li se održati i koliko dugo Bizmarkov model i model Nacionalne zdravstvene službe (*National Health System*) čiji je arhitekta engleski lord, ekonomista i državnik Viliam Henri Beveridž? Sve su prilike da modeli obaveznog socijalnog osiguranja nemaju svetlu perspektivu. Ipak, treba malo sačekati jer se na Dalekom zapadu Barak Obama u ratu sa republikancima nadmeće oko uvođenja obaveznog zdravstvenog osiguranja koje više od jednog veka egzistira (i polako nestaje) u zemljama Evrope.

### ***Način plaćanja zdravstvenih usluga***

Ekonomski gledano, i davaoci i korisnici zdravstvenih usluga su zainteresovani, usmereni na bolju zaradu u sistemu pružanja zdravstvenih usluga. Da bi u tome uspeli, odlučili su se za strategiju koja im to omogućava na sledeći način:

- 1) povećavaju broj zdravstvenih usluga,
- 2) propisuju veći broj lekova od potrebnog zbog sticanja naklonosti osigurani-ka,
- 3) ne primaju pacijente čiji slučaj zahteva dugo i skupoceno lečenje,
- 4) nepotrebno ponavljaju pretrage i preglede i
- 5) eksploatišu skupu i suvišnu opremu.

U pitanju su sklonosti pojedinaca ili grupa, ali je ipak opomena i sugestija za izbegavanje prekomernih i nepotrebnih troškova i za harmonizaciju interesa davalaca i korisnika zdravstvenih usluga. Što se načina plaćanja zdravstvenih usluga tiče njih je u dosadašnjoj zdravstveno-ekonomskoj praksi bilo više, ali su sledeći posebno važni.

**Plaćanje po usluzi** – podrazumeva naplaćivanje svake zdravstvene usluge direktno od pacijenta ili posredno slanjem fakture nadležnom zdravstvenom osiguranju. Cene zdravstvenih usluga su utvrđene cenovnikom koga usvaja nadležni organ zdravstvenog osiguranja uz saglasnost Ministarstva zdravlja. Cene izražene u aktuelnim novčanim iznosima sadrže rad medicinskog osoblja, materijalne troškove nastale pružanjem usluge, amortizaciju medicinske i druge opreme i troškove zakupa (eventualno) i usluga od strane trećih lica i sl. Ukoliko zdravstveno osiguranje ima ograničena finansijska sredstva, a pri tom nema mogućnost kontrole njihovog trošenja, utoliko, najblaže rečeno, treba da izbegava ovaj oblik plaćanja. Negativne strane ovog modaliteta su i te što je hiperprodukcija zdravstvenih usluga svakodnevna praksa. Sledi potom nizak nivo stručnog pružanja usluga, skraćivanje radnog angažovanja, a to sve skupa čini da je ovaj model istovremeno najskuplji ili najneisplativiji za osiguranje ali najefektniji za naplaćivanje usluga. Komplikovana administracija je poseban problem. Zbog nagomilavanja faktura i druge dokumentacije često se zadire u opravdanost medicinskog postupka, kao i zbog visokih iznosa na prispelim računima.

**Plaćanje po slučaju** – ovde se celokupan tretman plaća po jedinstvenoj ceni, nezavisno od broja zahvata (pretraga). Model je isuviše destimulativan za slučajeve koji iziskuju složenija ispitivanja i dugovremena lečenja. U neposrednoj je vezi sa dijagnozom bolesti. On je razlog usvajanja detaljne liste dijagnoza sa prosečnim cenama koje uključuju medicinski rad i materijalne troškove. Međutim, čak ni modifikovan nije uspeo da otkloni većinu primećenih problema u vezi sa dijagnostikom i tretmanom komplikovanih slučajeva. Jednako se koristi u vanbolničkoj i bolničkoj službi. Iako ima prednosti u odnosu na plaćanje po usluzi, jer onemogućava „hiperprodukciju” usluga, i on ima nedostatke vredne pažnje. Koristi se iskazivanje pacijenata sa težim dijagnozama i stanjem nego što je realnost, naplaćuju se nepostojeći zahvati i usluge, smanjuje se kvalitet usluge uopšte, skraćuje se angažovanje, upotreba materijala i sl. Posebno je destimulativan kod prijema težih slučajeva.

**Plaćanje po osiguranom licu** – Ovaj način plaćanja zdravstvenih usluga podrazumeva pokrivanje troškova celokupne zdravstvene zaštite osiguranog lica u

određenom iznosu za određeni vremenski period. Obično se operiše sa jednom kalendarskom (fiskalna, poslovna) godinom. Zasniva se na proceni očekivanog korišćenja zdravstvene zaštite u njenim određenim vrstama i u određenim vrstama zdravstvenih ustanova. Primenljiv je kako u vanbolničkoj tako i u bolničkoj službi. Obično je u primeni tzv. dvostruka kapitacija – plaćanje po glavi osiguranika, posebno za preventivu, a posebno za bolničko lečenje. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti ugovor se sklapa sa zdravstvenom ustanovom, a ako takve nema onda sa lekarom pojedincem za koga se osiguranik svesno opredeli. Opredeljenje za izabranog lekara u bolničkoj službi je komplikovano jer podrazumeva zaključivanje ugovora sa lekarom, na primer, zaposlenim u zdravstvenoj ustanovi čije je sedište bolnice na drugoj teritoriji, odnosno van matičnog osiguranja.

Cena se izračunava na osnovu procenjenih troškova medicinskog rada, utrošenog materijala i drugih elemenata, a tako dobijeni iznos se deli sa brojem pacijenata u određenoj zdravstvenoj ustanovi. Da bi se održao kvalitet usluga obično se reducira broj primljenih pacijenata. Kapitacija ima prednosti i za davaoce i za primaocce zdravstvenih usluga, ali i za osiguranje. Stimulativna je u pogledu sprovođenja preventivnog rada, u ranom otkrivanju bolesti, blagovremenom lečenju što je posledica disciplinovane i složene procedure ispitivanja i lečenja. Osiguranje je takođe u prednosti. Nema neizvesnosti u pogledu ukupnih sredstava koja će biti angažovana za plaćanje izvršenih usluga. Administrativni poslovi su manjeg obima, nisu skupi niti komplikovani. Promena osiguravača od strane osiguranika moguća je nakon isteka jedne godine u kojoj traje dejstvo zaključenog ugovora.

**Plaćanje putem obezbeđivanja plata i materijalnih troškova** – podrazumeva preuzimanje obaveze osiguranja, da obezbeđuje plate sa doprinosima za zdravstvene radnike i materijalne troškove u koje su uključene zakupnine, energenti, transportna sredstva i sl. Tipičan je za sisteme u kojima je zdravstveno osiguranje vlasnik zdravstvenih ustanova, a zdravstveni radnici u zdravstvenoj zaštiti su u radnom odnosu sa osiguranjem. Kada zdravstveno osiguranje nije vlasnik zdravstvenih ustanova onda rado prihvata ovaj model plaćanja jer ima potpunu kontrolu nad potrošnjom i drugim tokovima sredstava. Ovaj način je destimulativan za zdravstvene radnike koji su plaćeni nezavisno od radnog efekta. Sistem krije mnoge slabosti, poput dugih redova u čekaonicama, nemaran i indiferentan odnos zdravstvenih radnika prema obolelima, protekciju, upotrebe „veza” da se izbegnu čekanja, mito i korupciju; smišljen scenario davalaca usluga ili njihovih posrednika – ljudi iz senke ili drugog plana.

**Budžetski način plaćanja** – zasniva se na ugovoru i na određenoj sumi novca koja se plaća zdravstvenoj ustanovi ili lekaru pojedincu. Tim novcem se pokrivaju svi troškovi nastali u okviru zdravstvene zaštite koja se ostvaruje u određenom vremenskom periodu. Zdravstvena ustanova koja sklopi takav ugovor snosi rizik eventualnog deficita, ali može da ostvari i suficit (višak prihoda nad rashodima). Zdravstveno osiguranje na ovaj način može da plati veću sumu nego što su stvarni troškovi. Ugovorom se mogu predvideti i klauzule za korekciju ugovorene sume

za slučaj vanrednih prilika, na primer epidemije, pandemije i sl. Način plaćanja usluga je primenjiv u svim zdravstvenim ustanovama izuzev apoteka. U njima broj izdatih recepata zavisi od lekara zbog čega se teško može precizno ex ante utvrditi odgovarajuća suma. Budžetski način plaćanja pokazao je dobre rezultate u smislu smanjivanja rasta ukupne zdravstvene potrošnje. Zapažene su, međutim, i negativnosti koje se u prvom redu manifestuju štednjom na lekovima i sanitetskim materijalom radi obezbeđivanja većeg obima sredstava za plaćanje zdravstvenog osoblja (plate) i za druge potrebe. Primećene negativnosti mogu biti otklonjene samo konkurencijom između zdravstvenih ustanova.

**Plaćanje po bolesničkom danu** – koristi se isključivo u bolničkom lečenju. Cena bolesničkog dana sadrži sve troškove; medicinski materijal, smeštaj i ishranu, tj. (medicinski i pansioniski troškovi), i uvek je ista nezavisno od dijagnoze i tretmana obolelog. Izračunava se tako što se ukupni troškovi bolnice iz prethodnog perioda podele sa brojem bolesničkih dana u optimalnom procentu iskorišćavanja posteljnih kapaciteta koji je 85 %. Cena može biti korigovana usklađivanjem sa očekivanim rastom inflacije, ili dodavanjem sredstava namenjenih za investiranje u medicinsku opremu. Korekcija cena je redovna, a može biti i iznuđena kada dođe do skoka cena lekova i medicinskog, odnosno nekog drugog inputa. Jedina razlika kod cena može biti usled kategorizacije bolnica i u odnosu na njihova odeljenja. Administriranje je jednostavno, jeftino, a jedini problem je što se smanjenjem troškova utiče na ukupni kvalitet zdravstvenih usluga (lečenje, smeštaj, ishrana i sl.). Produženo lečenje, prijem lakih bolesnika i sl. vrlo su česte, a uz to i veoma negativne pojave.

### **Zaključak**

Pomenuti modaliteti plaćanja davalaca usluga mogu imati svoje prednosti, ali i svoje nedostatke. U novije vreme, dakle u nekoliko poslednjih decenija, nastali su problemi koji negativno utiču na kvalitet pružanja zdravstvenih usluga. Prisutniji od ostalih jesu liste čekanja, neažurnost u snabdevanju podržana dugim i nepotrebnim procedurama oko sprovođenja velikih i malih nabavki i poštovanja inertnih zakonskih odredbi. Na drugoj strani stoji veoma slaba i nedovoljno izdašna materijalna strana osiguranika, korisnika zdravstvenih usluga. Posebno je upadljiv dubl sistem (Double Health Sistem) gde se određene usluge pružaju/koriste u zdravstvenoj ustanovi što nije sporno, ali se onaj profitabilniji deo nastavlja od strane istog lekara, ali u njegovoj privatnoj ordinaciji. To je problem koji ne može nijedan način plaćanja da eliminiše, pa ni kapitacija pod uslovom da bude primenjena kao vodeći način plaćanja.

Bilo bi neposlovno i neprimereno dugovremenoj praksi da, na primer, zdravstvena ustanova bude plaćana prema uslugama, a njeni zaposleni radnici i dalje po osnovu utvrđenog kolektivnog ugovora. Način plaćanja davaoca usluga je odgovoran i oz-

biljan posao i prilikom primene određenog modela treba voditi računa ko je i kako plaćen u sistemu.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti, da bi uveo u red način plaćanja zdravstvenih usluga, veliki broj zemalja je započeo da primenjuje različite modele. U poslednje vreme se najviše pominje model kapitanije (ital. *capita*), što u prevodu znači glava, plaćanje po glavi, glavarina i sl. Model podrazumeva mogućnost koju lekari, njihovi saradnici i zdravstvene ustanove koriste da naplaćuju svoje prihode prema broju određenih lica tj., osiguranika koji su svesno izabrali svog lekara i vrstu zdravstvenog osiguranja. Za svako lice koje je registrovano, lekar (zdravstvena ustanova) dobija kapitaniju, odnosno određeni iznos za koji treba da u potpunosti obezbedi, a samim tim i pruži, sve zdravstvene usluge iz domena svoje delatnosti.

Izabrani model plaćanja davalaca usluga ima veliki uticaj na ukupne troškove državne zdravstvene zaštite i zato treba da bude savesno i odgovorno biran i primenjivan. Pravi način bi bio onaj i samo onaj, koji može da omogući ostvarivanje ciljeva sistema u raspoloživim finansijskim okvirima. Ništa manje nisu značajni ni standardi i normativi, kao i nomenklatura utvrđenih zdravstvenih potreba. U tome je osnov za planiranje zdravstvene zaštite. Samo na osnovu tako sakupljenih postulata može se realno planirati obim i vrsta zdravstvenih usluga, kao i parametri za njihovo vrednovanje i za utvrđivanje cena zdravstvene zaštite.

### **Literatura**

- Ajduković G. Poslovna statistika, Fakultet za menadžment BK Univerziteta, Beograd, 2007.
- Alma Ata 1978., Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978, Geneva, WHO, 1978.
- Andrija Š. Izabrani članci, JAZU, Zagreb, 1966.
- Đokanović V. Tradicionalna medicina s aspekta WHO, Ka integraciji savremene i tradicionalne medicine, Evropski centar za mir i razvoj (ECPD), Beograd, 1995.
- Đokić D., Jakovljević Đ., Mićović P. Ciljevi i mere zdravstvene politike u Srbiji do 2010. godine – Predlog, Institut za zaštitu zdravlja Srbije, Beograd, 1997.
- Hans M. Strategy, choices in social health insurance, WHO Regional office for Europe ICP/PHC 216 c/G-1993.
- Hrustić H. Javne finansije, FABUS, Novi Sad, Sremska Kamenica, 2006.
- Jakovljević Đ., Grujić V. Socijalna medicina, Medicinski fakultet, Novi Sad, 2005.
- Jelčić B., Šimunić J. Tendencije u razvoju finansijske aktivnosti države, HAZU, Zagreb, 2000.
- Keler M. Preventivni sistem primarne zdravstvene zaštite, Tehnologija u zdravstvenoj zaštiti, Institut za socijalnu medicinu, statistiku i istraživanja u zdravstvu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, Beograd, 1983.
- Melville A. Taxation, Finance Act 2003., Ninth Edition, Prentice Hall, Harlow, 2004.



- Mićović P. Menadžment zdravstvenog sistema, Evropski centar za mir i razvoj (ECPD), Univerzitet za mir Ujedinjenih nacija, Beograd, 2000.
- Montegaca P. Lekarski savet oca sinu, Medicinska knjiga (revija) Kultura, Beograd, 1973.
- Neil O. P. D. Health Crisis 2000., WHO Copenhagen, 1962.
- Poček B. Integracija klasične i tradicionalne medicine – razlozi i potrebe, ECPD, Beograd, 1995.
- Popov-Ilić G. Poresko pravo Evropske unije, JP „Službeni glasnik”, Beograd, 2004.
- Popović D. Poresko pravo, Pravni fakultet u Beogradu, Centar za publikacije, JP „Službeni glasnik”, Beograd, 2008.
- Popović D. Poreska reforma u Srbiji 2001–2003, Ekonomski institut, Beograd, 2004.
- Raičević B. Javne finansije, Centar za izdavačku delatnost Ekonomskog fakulteta u Beogradu, Beograd, 2008.
- Skupnjak P. Perspektiva razvoja sistema zdravstva i planiranja zdravstva u svijetu i nas, Zdravstvo, 9-10, Zagreb, 2001.
- Stamatović M., Jakovljević Đ., Legetić B. Zdravstveno osiguranje – teorija i praksa, Zavod za izdavanje udžbenika i nastavna sredstva, Beograd, 1995.
- Sudžum R. Prava iz zdravstvenog osiguranja, Savremena administracija, Beograd, 1993.
- Šimunić M., Bartolić A. Primarna zdravstvena zaštita, Zagreb–Pazin, 1999.
- Štiglic J. E. Ekonomija javnog sektora, Ekonomski fakultet, Beograd, 2004.
- Tera B., Wattel P. European Tax Law, Kluwer, The Hague, 2005.
- Totić I. Zdravlje i zdravstveni siIntern, Nacionalni univerzitet u Novom Pazaru, Univerzitetska misao, br. 2. 439–457, Novi Pazar, 2003.
- Totić I. Pravno-ekonomski aspekti razvoja zdravstvenog sistema, Pravni fakultet, Univerzitet u Kragujevcu, 2001.
- Vukmanović Č. Menadžment u zdravstvu, Politika i strategija zdravstvenog razvoja, Savremena administracija, Beograd, 1994.
- Zakon o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik R. S.”), br. 106/06.
- Zakon o osiguranju za slučaj nezaposlenosti („Službeni glasnik R.S.”), br. 84/04.
- Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju („Službeni glasnik R.S.”), br. 96/06.
- Zakon o zaštiti životne sredine („Službeni glasnik R.S.”), br. 135/04.
- Zakon o budžetu Republike Srbije za 2005. godinu („Službeni glasnik R.S.”), br. 127/04.