

## Načini plaćanja davaocima usluga

U Evropi (slično je i u drugim zemljama sveta) mogu se naći dosta jednostavni, ali i jako složeni sistemi finansiranja zdravstvenih usluga i programa. Bez obzira na način plaćanja usluga, skoro u svim zemljama prevladava **prospektivni pristup**, što znači da je davaocu usluga za njegov rad unapred određen i poznat obim usluga i suma novca, koju će primiti za ostvarenje svog programa.

**Retrospektivni pristupi** su prisutni jedino kod plaćanja apotekarske delatnosti i u tržišnim sistemima zdravstvene zaštite, u privatnim osiguranjima i možda u delatnostima u kojima platilac usluga želi povećati dostupnost usluga osiguranicima. Inače najjednostavniji oblik plaćanja rada zdravstvenih ustanova ili radnika jeste paušal. To je pristup, po kojem se davaocu usluga odredi godišnji iznos novca, sa kojim mora ostvariti program rada. Takav način može se primeniti skoro u svim zdravstvenim delatnostima i primenjuje se tamo gde je glavni cilj platioca zadržavanje troškova zdravstvene zaštite u okvirima njegovih prihoda.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti neke zemlje uvele su model kapitacije, po kojoj je lekar (i njegov tim) odnosno zdravstvena ustanova plaćena prema broju opredeljenih lica. Za svako registrovano lice lekar (zdravstvena ustanova) dobija izvestan iznos sa kojim mora obezbediti i pružiti osiguranicima sve usluge iz svoje delatnosti.

**Kapitacija** može da se kombinuje i sa sistemom usluga ili **paušala**. Poznat je sistem plaćanja prema individualnim uslugama koji može da se upotrebi u svim delatnostima. Poslednjih godina taj se način plaćanja davaoca usluga napušta posebno u bolničkoj stacionarnoj delatnosti i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Još uvek ga nalazimo u stomatologiji, apotekarskoj i specijalističkoj ambulatnoj delatnosti. U bolnicama se primenjuje način plaćanja po **BO danu**, po slučaju (po užim specijalnostima) a u poslednje vreme i **po grupama dijagnoza (DRG)**. I kod plaćanja davaoca usluga susrećemo u većini zemalja kombinovane sisteme. To znači, da je npr. uvedena kapitacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, za neke delatnosti paušalni način ili plaćanje po uslugama, a bolnice po jednoj od mogućih varijanti. Način plaćanja davaoca usluga ima veliki uticaj na celokupne troškove državne zdravstvene zaštite odnosno nosioca osiguranja.

Zbog toga treba brižno izabrati "pravi" način, koji će omogućiti ostvarivanje ciljeva sistema u raspoloživim finansijskim okvirima. Iz tog razloga, pored načina plaćanja značajni su i standardi i normativi, na osnovu kojih se može realno planirati obim i vrsta zdravstvenih usluga i elementi za vrednovanje programa usluga i njihovih cena. U javnim sistemima zdravstvene zaštite o tim pitanjima pregovaraju predstavnici davaoca usluga i osiguranih lica, odnosno vlade. Na osnovu njihovog dogovora formiraju se cene koje se upotrebljavaju kod obračunavanja zdravstvenih usluga nosiocima osiguranja odnosno državi. U privatnim sistemima takvih pregovora nema nego se cene formiraju na osnovu ponude i potražnje.

Svaki od navedenih načina plaćanja davaoca usluga ima svoje prednosti ali i slabe strane. Tako se mogu kao posledica načina plaćanja pojaviti liste čekanja, slaba snabdevenost osiguranika (npr. kod paušala), ili prevelika »ljubaznost« lekara prema pacijenatima, koji će im omogućiti i nepravdano korišćenje nekih usluga (kod kapitacije), smanjenje kvaliteta i standarda usluga, itd.

To je posebno značajno ako se na umu ima da često postoji razlika u plaćanju zdravstvenih ustanova i načinu plaćanja njihovih lekara i ostalih zdravstvenih radnika. Zdravstvena ustanova može biti npr. plaćena po kapitaciji ili po uslugama ali njeni lekari dobijaju platu prema kolektivnom ugovoru. Zbog toga treba kod izučavanja načina plaćanja davaoca usluga voditi računa i o tome, kako je ko plaćen u sistemu.