

*Dr Kristijan Ristić
Dr Petar Belokapić*

*Dr Srđan Milenković
Dr Žarko Ristić*

**EKONOMIJA SOCIJALNOG,
ZDRAVSTVENOG I
PENZIJSKOG OSIGURANJA**

Beograd, 2016.

EKONOMIJA SOCIJALNOG, ZDRAVSTVENOG I PENZIJSKOG OSIGURANJA

Autori:

Dr Kristijan Ristić
Dr Petar Belokapić
Dr Srđan Milenković
Dr Žarko Ristić

Izdavač:

EtnoStil, Beograd

Za izdavača

Milena Vidojević

Recenzenti:

Prof. dr Predrag Damnjanović
Prof. dr Marko Radičić

Priprema za štampu: EtnoStil, Beograd

Tiraž: 30

Štampa: EtnoStil, Beograd

CIP - Каталогизација у публикацији -
Народна библиотека Србије, Београд

304(0.034.2)
364.35:336(0.034.2)
005.915:614(0.034.2)

EKONOMIJA socijalnog, zdravstvenog i penzijskog osiguranja [Elektronski izvor] / Kristijan Ristić ... [et al.]. - Beograd : Etnostil, 2016 (Beograd : Etnostil). - 1 elektronski optički disk (CD-ROM) ; 12 cm : tekst, slika

Tiraž 30. - Napomene i bibliografske reference uz tekst.

ISBN 978-86-6347-071-2

1. Ристић, Кристијан, 1976- [автор]

а) Социјална политика б) Пензијско осигурање - Финансирање с)

Здравство - Финансијски менаџмент

COBISS.SR-ID 222439436

SADRŽAJ

PRVI DEO - SOCIJALNA EKONOMIJA

1. UPRAVLJANJE SOCIJALNOM POLITIKOM VERSUS PROGRAMIMA SOCIJALNOG BLAGOSTANJA	7
2. SOCIJALNI MENADŽMENT	16
2.1. SOCIJALNA INFRASTRUKTURA USLUGA.....	16
2.2. SOCIJALNO DOBROTVORSTVO.....	17
3. REPRIVATIZACIJA SOCIJALNOG OSIGURANJA I UPRAVLJANJE PENZIONIM FONDOVIMA	18
4. UPRAVLJANJE NEPROFITNIM INSTITUCIJAMA I NEVLADINIM ORGANIZACIJAMA	22
5. NOVI KRITERIJUMI BLAGOSTANJA: STVARNO BOGATSTVO NARODA.....	27
6. DRŽAVA, MERILA BLAGOSTANJA I SOCIJALNA GLOBALIZACIJA	31

DRUGI DEO - SOCIJALNI FINANSIJSKI MENADŽMENT

1. SOCIJALNE DELATNOSTI I SOCIJALNA POLITIKA	39
2. UPRAVLJANJE FINANSIJAMA SOCIJALNOG OSIGURANJA	42
3. SOCIJALNA POTROŠNJA: UPOREDNA ANALIZA.....	48
4. UPRAVLJANJE SOCIJALnim TROŠKOVIMA	53
5. KRIZA EKONOMIJE BLAGOSTANJA I DEMONTAŽA „SOCIJALNE“ DRŽAVE.....	57
6. KONCEPCIJE SOCIJALNE POLITIKE I MODELI BLAGOSTANJA.....	62
6.1. TZV. SOCIJALNA PRIVATIZACIJA.....	66
7. SOCIJALNE REFORME I FINANSIJSKE INOVACIJE SOCIJALNOG UPRAVLJANJA.....	68

TREĆI DEO - ZDRAVSTVENI MENADŽMENT

1. EKONOMIKA ZDRAVSTVA I ZDRAVSTVENA ZAŠTITA.....	81
1.1. EKONOMSKA VREDNOST ŽIVOTA	83
1.2. CENA - RENTABILNOST ČOVEKA	86
1.3. INDEKS ZDRAVLJA	87
2. ZDRAVSTVO I ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	88
2.1. ZDRAVSTVENO PRAVO I ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	90
3. FINANSIRANJE ZDRAVSTVA	94
3.1. PARTICIPACIJE U ZDRAVSTVU	98
3.2. UGOVARANJE NAKNADE	99
3.3. COST - CONTAINMENT POLITIKA U ZDRAVSTVU	101
4. ZDRAVSTVENA POTROŠNJA	102
4.1. ŠVEDSKI MODEL ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA	107
5. INDIKATORI RAZVOJA ZDRAVSTVENE DELATNOSTI I POLITIKA FINANSIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	108
5.1. NEMAČKI MODEL REFORME ZDRAVSTVA	119

ČETVRTI DEO - FINANSIRANJE ZDRAVSTVENOG I PENZIJSKOG OSIGURANJA

1. Zdravstveno osiguranje	123
1.1. Zdravstvene usluge koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.....	124
1.2. Participacija.....	126
1.3. Sredstva Republičkog zavoda	126
2. Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja.....	127
2.1. Sredstva za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja	127
3. Doprinosi za obavezno socijalno osiguranje	128
4. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje	144
5. Penzijsko i invalidsko osiguranje	146
6. Dobrovoljno penzijsko i invalidsko osiguranje	149
7. Finansiranje penzijskog osiguranja	150
8. Dobrovoljni penzijski fondovi.....	152

PETI DEO - KOMPARATIVNI PENZIJSKI SISTEMI

1. Penzioni sistem Francuske	161
2. Penzioni sistem V. Britanije.....	163
3. Penzioni sistem Čilea	163
4. Penzijski sistem Nemačke, Švedske i SAD.....	167
5. Penzijski sistem Slovenije, Hrvatske i Srbije	171

ŠESTI DEO - FINANSIRANJE JAVNIH USLUGA

1. FINANSIRANJE NAUČNOISTRAŽIVAČKOG RADA	179
1.1. Finansiranje naučnoistraživačke delatnosti.....	179
1.2. Projektno finansiranje nauke.....	179
1.3. Finansiranje materijalnih troškova rada instituta	180
1.4. Finansiranje institucija od nacionalnog značaja	180
1.5. Finansiranje posebnih programa i projekata	180
2. FINANSIRANJE OBRAZOVANJA	181
2.1. Finansiranje visokoškolskih ustanova.....	181
2.2. Školarina	183
3. FINANSIRANJE KULTURE	183
3.1. Kulturna delatnost i oblasti kulturne delatnosti	183
3.2. Budžetska sredstva kulture	184
3.3. Finansiranje kulturnih programa i projekata	185
3.4. Uplata doprinosa iz budžeta.....	185
3.5. Finansiranje kulturnih programa i projekata i kulturi.....	187
3.6. Fondovi za kulturu	188

P R V I D E O

SOCIJALNA EKONOMIJA

1. UPRAVLJANJE SOCIJALNOM POLITIKOM VERSUS PROGRAMIMA SOCIJALNOG BLAGOSTANJA

U teoriji i praksi egzistiraju tipični modeli blagostanja, odnosno socijalnog razvoja i socijalne politike sa emancipatorskohumanitarnim karakterom i vrednosnodemokratskim motivom. Strukturu globalnih modela upravljanja blagostanjem komponuju sledeći modeli:¹

1. neoliberalistički model,
2. socijaldemokratski model,
3. korporativističkokonsenzusni model i
4. model integrisanog blagostanja

Neoliberalistički model (antikolektivistički, neokonzervativni) reafirmiše centralne principe vlasničkog socioekonomskog modela društvenoekonomskih odnosa i socijalnofinansijske politike bazirane na načelima laissezfaire. U epicentar ovog modela stavlja se tržište, kao superiorni prirodni mehanizam razrešenja socijalnih konflikata i ekonomskih protivurečnosti, kao efikasan mehanizam alokacije dobara i usluga i kao racionalan regulator odnosa ponude i tražnje. Država, u tom kontekstu, ima za zadatak da obezbedi ekonomske slobode i institucionalne aranžmane za preduzetništvo i, ništa više i ništa drugo. Država ne treba da se meša u ekonomske tokove da ne bi derogirala privatnu inicijativu. Protagonisti originalnog modela liberalističkog koncepta građanskog društva zastupaju neoliberalistički model sa klasičnim idejama o savršenoj tržišnoj utakmici, maksimalnom zadovoljavanju potreba potrošača i maksimalnom obezbeđenju profitu proizvodača.

Teorijskoj reafirmaciji neoliberalističkog modela su najviše doprineli Hajek (Hayek) i Fridmen (Friedman), kao tipični predstavnici neokonzervativnog i antikolektivističkog poimanja države blagostanja. Za Hayeka je oduvek sloboda izbora i sloboda delovanja osnov ukupnih čovekovih sloboda i determinanata ekonomskih i socijalnih odnosa. „Optimum ekonomskih i socijalnih sloboda i prava izvire iz uslova dosledno i konsekventno izvedenih tržišnih odnosa. Pošto su odnosi na tržištu slobodni i svesni, sa aspekta učešća pojedinaca, oni ne mogu biti predmet moralnog suđenja niti socijalnih intervencija, jer se time remete prirodni zakoni slobode i položaja pojedinaca. Odnosi na tržištu, kao deo ukupnih spontanih odnosa pojedinaca, regulišu istovremeno i ekonomske i socijalne odnose. Zbog toga neko ko trpi posledice tržišta ne može biti predmet prosuđivanja sa aspekta društvene pravde ili pravičnosti, već velikodušnosti i milosrđa. Intervencija u ove odnose predstavlja nepravdu u odnosu na one koji poseduju, jer im se na taj način oduzima ono što su oni svojom umešnošću ostvarili u odnosima ravnopravnog nadmetanja.”² No, Hayek se ne zadovoljava samo iznetim, već ide dalje sa upozorenjem na rizik državne intervencije u socijalnoj sferi društvenoekonomskog života. „On se protivi tom uticaju ne samo u odnosu na socijalnu pravdu i slobodu pojedinaca, već i sa aspekta društvene strukture ukazujuci na rastući paternalizam savremene države, koja mešanjem u tržišne i socijalne odnose remeti ravnotežu sistema i sužava mogućnosti izbora.

¹ Dr M. Milisavljević, Društvene promene i socijalna zaštita, Socijalna politika 12/92, str. 120.

² Ibid, str. 3.

Na ovaj način država zadire u suštinu ekonomskih i socijalnih odnosa. Mešanje u ekonomiju i socijalni programi države blagostanja su, po ovom autoru, odlučujući uzroci ruiniranja ekonomije i ekonomskih kriza.³ Tako misli Hayek.

Tako, međutim, misli i Friedman, po kome je apsolutna privatizacija gotovo svih segmenata društvenih i ekonomskih odnosa i eliminacija mešanja države u tržišne i socijalne odnose bitna pretpostavka za vracanje na polazne principe građanskog društva. „Mogući izuzeci su samo oni delovi društvenih struktura od kojih zavise mogućnosti ravnopravnog učešća u slobodnoj utakmici i izboru pojedinaca, kao što je to slučaj sa obrazovanjem ili onim delatnostima koje su opštег tipa i ne mogu se ostvarivati na tržišnim principima (zaštita čovekove okoline, na primer). Država ima, takođe, ulogu da jača i razvija informacione sisteme neophodne za slobodan izbor i odlučivanje, kao i zakonodavstvo koje smanjuje monopole, eliminiše zloupotrebe na tržištu i podstiče konkurenčiju i takmičenje. Subsidijarni model državnih socijalnih službi može da deluje tek ukoliko prethodno mehanizmi tržišta, porodične ili neke druge individualne solidarnosti i milosrđa, nisu eliminisali siromaštvo i depravatizaciju inferiornih na tržištu. Selektivne socijalne mere ne smeju, međutim, da ugroze princip slobode, odlučivanja i izbora i sticanja na osnovu tržišno proverenih sposobnosti i rezultata (Friedman, 1980). Jedan noviji sažet tekst Friedmana zasluzuje pažnju zbog pokušaja projekcije prelaznog perioda za bivša socijalistička društva.⁴ Friedman je, po svemu sudeći, svoje strelice usmerio na dosadašnja socijalistička društva, koja su mu degradirala liberalističku opciju. Zbog toga, Friedman insistira da postsocijalistička društva igraju na kartu građanskih, ekonomskih, političkih i ličnih sloboda za sve svoje građane. „Ključ za to su ekonomski i politički promene zasnovane na dosledno izvedenim principima tržišnih zakonitosti. Prelaz ka slobodi građana i društva moguć je uz četiri ključna uslova:

1. prenošenje osnovnog društvenog bogatstva u privatno vlasništvo,
2. temeljna zaštita lične svojine i njeno garantovanje,
3. stroga ograničenost državne uprave, čija funkcija je zaštita zakonitosti i poretki slobodnih tržišnih odnosa, nadzor nad ispunjavanjem privatnih ugovora, a nikako mešanje u ekonomiju i društvene delatnosti pogotovo u monetarne poslove i kurs stranih valuta, i
4. relativno stabilan monetarni sistem.

Distribucija i alokacija potreba, dobara i usluga, uključujući i socijalne, najpravednije se ostvaruju preko tržišta. Ono se koristi kao mehanizam ugrađen i pri alokaciji dobara i usluga, koje se ostvaruju kroz mehanizam tzv. društvenih delatnosti. Izuzetak su one delatnosti od kojih zavisi sloboda pojedinaca i njihova startna jednakost u tržišnoj utakmici.⁵ Pružanju pomoći privredama u tranziciji Fridmen se oštro protivi, jer bi se time konzervirala uloga države u procesu naviknute redistribucije sredstava.

Neoliberalisti, kao što su Hayek i Friedman, pristrasno odbacuju Keynesovu koncepciju o javnom deficitu budžeta u periodu krize i državnom suficitu budžeta

³ ‘Ibid, str. 3.

⁴ ‘Ibid, str. 3.

⁵ ‘Ibid, str. 3.

u periodu prosperiteta. Oni ne priznaju ekspanzivni i restriktivni kurs deficit-a, odnosno suficita. „Po njima se stvaranjem deficit-a, uz istovremeni rast aspiracija i zahteva stanovništva, jedino podstiče inflacija, a time i ekomska kriza. Pokušaji pojedinih vlada da preko kontrole prihoda i cena obore inflaciju ne uspevaju jer ne diraju u izvore inflacije, a to su, po neoliberalistima, preširoko razvijene funkcije države posebno u socijalnoj sferi. Kontrola novčane ponude, uz uspostavljanje ravnoteže između onoga što se finansira iz budžetskih sredstava, može se uspostaviti jedino mehanizmima tržišta, nikako planiranjem ili aktivnostima države. Značajno redukovanje državnih funkcija i troškova i posebno sužavanja socijalnih davanja i programa, koji imaju karakter potrošnje, bitna su pretpostavka izlaska iz ekonomskih i drugih kriza. Prosperitet je moguć ukoliko se visokoakumulativni kapital osloboди taksi, kako bi se koristio za investiranje u proizvodnju. Investiranje će podsticajno delovati na zapošljavanje, a veci materijalni izvori bi omogućili da svima u društvu bude bolje, dok se raspodela društvenih vrednosti ostvaruje pravičnije prema doprinosima verifikovanim na tržištu. Time bi se istovremeno smanjilo i područje sive ekonomije... Tržište je samo jedna od društvenih institucija. Zbog čega bi ono moglo i moralno biti najbolji način odlučivanja i usmeravanja društvenih dobara i sredstava? Sloboda izbora ne zavisi samo od ponude već i od pokrivenosti tražnje, kao i informisanosti i sposobnosti pojedinaca da naprave najbolji izbor. Tržište samo po sebi ne mora biti efikasno. Efikasno tržište pretpostavlja utakmicu. Ukoliko postoji monopol vlasnika roba ili usluga, onda nema efikasnog tržišta. Neke robe su takvog društvenog karaktera da se ne mogu distribuirati preko tržišta. To se kao problem postavlja u odnosu na ona dobra ili usluge koje su opštijeg tipa, zajedničke, i počivaju na ideji solidarnosti i opštег interesa.

Posebno se postavlja pitanje slobode izbora na tržišnim principima za one koji nemaju dovoljno prihoda naročito u odnosu na usluge društvenih delatnosti? To se može reći i za tendenciju najniže cene usluga za marginalnu ponudu, jer to može da utiče na kvalitet, pa i na obim usluga. U ovom smislu se postavlja pitanje dominacije korisnika socijalne zaštite, pogotovo što oni u tržišnim uslovima nastupaju individualno i inače nisu u mogućnosti da artikulišu, izraze ili nametnu svoj zajednički interes. Marginalizovani i siromašni slojevi ionako ne raspolažu ni ekonomskom niti političkom moći. Slična je situacija i u odnosu na pitanja kvaliteta usluga i dostupnih dobara po tržišnim kriterijumima, zbog insistiranja na odsustvu regulative (sem mehanizama ponude i potražnje) i standarda dobara i usluga. Drugim rečima, uvođenje tržišnih zakonitosti ne znači i automatsko praćenje efikasnosti u društvenim delatnostima. O ovom poslednjem se najbolje može suditi na osnovu pokazatelja o efikasnosti privatnih šema zdravstvenog osiguranja u SAD-u. Istraživanja, naime, nisu još uvek dokazala delotvornost tržišnog principa: najbolja usluga za najnižu cenu, što je interes potrošača. Na drugoj strani, otvara se i pitanje mogućnosti manipulacije potrebama korisnika, zbog čega se optužuju država blagostanja i njene institucije, jer to mogu činiti privatne profesionalne institucije, takođe radi obezbeđivanja sopstvene ekonomске pozicije u tržišnim odnosima. Paternalizam jednog zamjenjuje se supremacijom drugog tipa odnosa, u kome su korisnici i dalje u dubokom podređenom položaju.”⁶

⁶ Ibid, str. 45.

Socijaldemokratski model, za razliku od neoliberalnog modela, pleni pažnju u gotovo svim evropskim zemljama tržišne ekonomije, koji na principijelan način razrešava mnarasle društvene protivurečnosti i rastuće socijalne tenzije. „Odnos između socijalne politike, društvenih institucija i promena posmatra se u okviru socijaldemokratskog modela, dinamički. Socijalna politika države blagostanja je jedno od sredstava podsticaja i usmeravanja društvenih promena, posmatranih pre svega kao kvalitativnih činjenica. Stanje ravnoteže u određenoj fazi, pod dejstvom kvalitativnih promena, dolazi u stanje neravnoteže koje zahteva nova sredstva, rešenja i prilagođavanje društvenih institucija novim potrebama... Država se javlja kao značajna integrativna institucija društva i istovremeno promotor promena, posebno u socijalnoj sferi. Za razliku od drugih, socijaldemokratski model vidi državu blagostanja i njen razvoj kao put za prelazak građanskog društva u socijalističko mirnim parlamentarnim putem (G. Mirdal, 1958). U realizaciji ovog globalnog cilja, najznačajnije su promene putem fiskalne politike, industrijskotehnološkog razvoja i socijalne politike. Socijalna politika, koja u osnovi počiva na principima jednakosti, ravnopravnosti, socijalne pravde, garantovanja socijalne sigurnosti građana i integracije, posmatra se kao put socijalnih promena i uspostavljanja ravnopravnog i demokratskog pluralističkog društva, u kome postoji ujednačenost između ekonomskih, političkih i socijalnih prava i sloboda. Socijalizacija društvenog bogatstva putem redistributivne funkcije države blagostanja predstavlja put za prevazilaženje protivrečnosti proizvodnje koja nije podruštvljena već je dominantno privatna. Socijalna zaštita je deo socijalne politike i put smanjivanja razlika, posebno u odnosu na marginalizovane i hendikepirane. Razvoj institucija u socijalnoj sferi, smanjivanje razlika u prihodima putem progresivnog poreskog sistema i drugi mehanizmi državne intervencije u raspodeli profit-a, značajni su načini socijalnih promena, razvoja i prerastanja u socijalističko društvo. Država blagostanja, po nekim mišljenjima, predstavlja sredokracu između kapitalizma i socijalizma. Ide se i korak dalje, pa se govori o postkapitalističkom ili postindustrijskom društvu. Ove poslednje stavove ne treba mešati sa idejama o kraju ideologija i konvergenciji. Socijalna politika je, dakle, kao sredstvo socijalnih reformi i promena, jedno od moćnih sredstava postepenog prerastanja kapitalizma i osnovne protivrečnosti između kolektivnog stvaranja i individualne raspodele.”⁷⁷

Socijaldemokratski model upravljanja blagostanjem u suštini je električki model, koji je pogodan za empirijske analize. Stoga je više pragmatičan model, kroz koji provejava uticaj ideoloških prilika konkretnog društva. On, manjeviše, insistira na institucionalnim izmenama i na razvoju teorijskih osnova globalnog modela. Švedski tip socijalizma je najviše inspirisao dalji razvoj socijaldemokratskog modela socijalnog blagostanja, koji je danas od posebne koristi za društva u tranziciji i postsocijalističke privrede. „Prelazak iz kapitalizma u socijalizam, prema ovoj opciji, ima nekoliko stupnjeva. Prvi stupanj, izjednačen sa političkom demokratijom, ostvaruje se kroz realizaciju građanskih prava, slobode udruživanja, posebno u sindikate i političke organizacije na interesnim principima. Jačanjem uloge radničkih partija i sindikata, širokim učešćem masa u političkom odlučivanju i posebno socijalizacijom distribucije resursa i profita, mehanizmima države blagostanja

⁷⁷ Ibid, str. 5.

uvodi se u sledeći stupanj koji se označava kao socijalna demokratija i država blagostanja. Ovaj stupanj je posledica istorijskog kompromisa između radničke klase i kapitala. Ekonomski demokratija kao sledeći stupanj, za koji se sve manje insistira da predstavlja prelazak i približavanje socijalizmu, vezana je za uvodenje platnih fondova zaposlenih uzajamnim ugovorima, čime se formiraju osnove takozvanog modela konsenzusne države blagostanja, kao mogućnost preživljavanja bazičnog modela države blagostanja, koji je doživeo ozbiljne i temeljne kritike, podjednako sa levih i desnih ideoloških pozicija.⁷⁸ Zbog naraslih realnih privrednih poteškoća u pojedinim zemljama OECD, narasli su uticaji u pravcu neophodnog smanjenja poreskih tereta na visoke prihode i krupan kapital, i imperativne redukcije socijalnih troškova, kako bi se izbegli rastuci budžetski deficiti države i ublažio rast nezaposlenosti. Valjalo je smanjiti cenu države i njenih institucija, koje su se svojim biračima dodvoravale lagodnim socijalnim programima.

Korporativističkokonsenzusni model fundiran je:

1. na konceptu krupnog kapitala, koji potpuno autonomno donosi investicione odluke,
2. na koncepciji razvoja ekonomije u kojoj dominiraju monopolii,
3. na sistemu kontrole nadnica i cena, da bi se kontrolisala inflacija i nepoželjne krizne trzavice,
4. na saradnji krupnog kapitala i državne službe za planiranje, kako bi se zajednički utvrdili razvojni i investicioni prioriteti,
5. na konsultativnom prisustvu sindikata, koji treba da vodi računa o socijalnoj poziciji radnika,
6. na kontroli socijalnih programa, da bi se sprečili prodori ekonomskih destimulansa,
7. na konsenzusu u pogledu donošenja odluka koje tangiraju socijalna prava, i
8. na transnacionalnoj korporativističkoj ekonomskoj i socijalnoj politici globalnog tipa, kao generalno pravilo u ponašanju modernih političkih garnitura.

Rečju, korporativistički model reprezentuje kombinaciju tzv. države blagostanja i liberalističkog modela proizvodnje. „On predstavlja pokušaj pomirenja različitih ekonomskih interesa i struktura, obezbeđujući ipak dominirajuću poziciju krupnog kapitala. Socijalna politika ne posmatra se odvojeno od ekonomije, već se smatra da su one međusobno povezane i uslovljene. Konkretnim merama nastoji se uspostaviti funkcionalna veza između ekonomskog i socijalnog aspekta politike. Kontrolisani pluralizam interesa omogućuje da se različiti interesi u politici ispolje, ali ne tako da bitno ugroze interes drugih i zajednički interes. Bitan mehanizam koji to obezbeđuje je konsenzus u političkom odlučivanju, uključujući i socijalna pitanja. Država ima značajnu ulogu u realizaciji socijalnih ciljeva na osnovu konsenzusno definisanih ciljeva i principa. Socijalna sigurnost i socijalna prava deo su građanskog statusa, ali i rezultat međuzavisnosti različitih društvenih slojeva i grupa.”⁷⁹

⁸ Ibid, str. 5.

⁹ Dr M. Milisavljević, op. cit., str. 6.

U korporativističkom modelu se, po pravilu, insistira na povezivanju i koordinisanju ekonomskog i socijalnog razvoja, što je značajna evolucija u odnosu na klasičan model u kome su ekonomska i socijalna politika strogom međusobno razdvojene. „Politički gledano, ovaj koncept političkih odnosa i socijalne politike u okviru toga, polazi od ideje mogućnosti integracije društvana bazi dogovora, kompromisa i konsenzusa, posebno između globalnih interesa kapitalističke i radničke klase. Tržišna ekonomija, kao cilj krupnih vlasnika i kapitalista uopšte, i visoko razvijen sistem socijalnih prava i socijalne politike, kao interes i potreba radničkih slojeva, jedino mogu funkcionišati ukoliko postoji saradnja i saglasnost između različitih društvenih grupa i slojeva, u čemu država ima ulogu medijatora. U ovom smislu, vlasnici kapitala mogu prihvati politiku pune zaposlenosti, ili bolje rečeno kontrolisane minimalne nezaposlenosti, kao bazično socijalni cilj, ukoliko asocijacije i predstavnici proizvođača prihvataju neophodnost kontrole zarada, kao i značaj povećane produktivnosti za ukupan ekonomski i socijalni razvoj. U okviru ovog koncepta, koji u većoj meri funkcioniše u Austriji i Švedskoj u novije vreme, govori se o „socijalnom partnerstvu”, koje podrazumeva i uzajamnu odgovornost za ekonomski i socijalni razvoj. Politika prihoda i raspodele prepuštena je dogovoru predstavnika poslodavca i zaposlenih, dok se država stara o kontroli njihove realizacije kao i o osnovnoj socijalnoj sigurnosti onih koji su izvan sistema proizvodnje i rada. Regulisanje ekonomskih i socijalnih odnosa u velikoj meri se zasniva na društvenim ugovorima i dobrovoljnosti, koja naravno, ima izgled privida, jer se većina odnosa ipak uspostavlja silom društvenih okolnosti i odnosa moći. U sistemu političkih odnosa postoje formalni mehanizmi, odnosno institucije, koje nastoje da institucionalno obezbede konsenzus i saradnju, po pravilu na principu reprezentativnosti, kao što je to slučaj sa komisijom za plate i cene u Austriji ili Odborom za tržište rada u Švedskoj.”¹⁰

U celini posmatrano, ovaj model relativno zadovoljavajuće funkcioniše na međunarodnom planu, jer ima globalni karakter i prima „ulazak” liberalnih opcija sa desne strane blagostanja. Korporativistički i konsenzusni odnosi ne zahtevaju rast državnog aparata, a kolektivna odgovornost u ekonomskoj i socijalnoj politici približavaju ekonomske i socijalne slobode i prava.

Model integrisane države blagostanja, konačno, bazira na konceptu Keynesa i Beveridgea, u čijem epicentru se nalazi ideja da država blagostanja (welfare state) počiva na odgovornosti države za blagostanje svojih građana posredstvom skupa intervencija koje ne remete vlasničke odnose. „Socijalna funkcija države blagostanja, kao vid intervencije u nepovoljne posledice nejednakog i neravnopravnog položaja građana na tržištu, moguća je zahvaljujući velikom rastu ukupnog materijalnog bogatstva društva i ukupnom progresu, čije plodove mogu delom da uživaju svi pripadnici društva. Za razliku od socijalnodemokratskog modela, koncept integrisane države blagostanja polazi od stava da je socijalna politika, kroz razvijen sistem socijalnih službi i institucija i posebno socijalne programe, blisko povezana sa industrijskim, ekonomskim i javnim sektorom uopšte. Ona je deo obezbeđivanja dobrobiti i blagostanja građana i takođe značajan

¹⁰ Ibid, str. 6.

segment građanskog statusa, uz ekonomska, lična i politička prava.”¹¹ Ovaj model integrisane države blagostanja, bez obzira na svoje modalitete u praktičnoj primeni, bazira na određenim principima, i to:

1. princip univerzalnosti mera i obuhvatnosti celokupne populacije,
2. princip socijalnopravnog i materijalnog pokrića značajnih socijalnih rizika,
3. princip zasnivanja socijalnih prava, prestacija i oblika zaštite na građanskom statusu i pravima građana,
4. princip komplementarnosti mera ekonomske i socijalne politike i komplementarnosti mera socijalnog obezbeđenja i socijalnog staranja,
5. princip nadležnosti i odgovornosti države za donošenje socijalnih programa i razvoj socijalnih službi, i
6. princip komplementarnosti ekonomskih i socijalnih mera, u cilju povećanja efikasnosti socijalnog sistema i produktivnosti ekonomskog sistema i stvaranja uslova za stabilniji i harmoničniji ukupan razvoj društva i privrede.

Prezentirani principi reflektuju, u osnovi, funkcionalnost modela integrisanog blagostanja. Funkcionalnost i praktična delatnost učinile su ovaj model aplikativnim u gotovo čitavom posleratnom periodu u gotovo svim evropskim zemljama. „Fiskalna politika, državni budžet i takse, kao instrumenti ekonomske politike i mere socijalnog obezbeđenja i socijalne zaštite, imaju u konceptu države blagostanja odlučujući uticaj istovremeno na odsticanje ekonomskog rasta i produktivnosti, kao i socijalne sigurnosti svih građana na osnovu harmoničnih i pozitivnih funkcionalnih odnosa između različitih delova društvenog sistema. Okosnicu socijalne politike čini razvijen sistem socijalnog obezbeđenja, kojim su „pokriveni” svi značajniji socijalni rizici, sa tendencijom univerzalnog obuhvata stanovništva u najmanju ruku na nivou obezbedivanja minimuma potreba i socijalne sigurnosti, kao i sistem socijalnih službi i institucija, takođe univerzalno pristupačnih, posebno usmerenih prema socijalnim problemima i specifičnim potrebama pojedinaca i porodice, kao i ka zaštiti siromašnih i marginalizovanih društvenih slojeva. Država je podjednako odgovorna, kako za investicije u područja koja zapošljavaju brojnu radnu snagu ili su visokoproduktivna, tako i za donošenje i ostvarivanje posebnih socijalnih programa i razvoj institucija i službi socijalne zaštite. U tome, se posebno u pogledu socijalnih službi, komplementarno angažuju lokalne vlasti i dobrovoljne organizacije i udruženja.”¹²

Međutim, model integrisane države blagostanja nije kreiran i lansiran radi osmišljavanja socijalnog razvoja već radi prevazilaženja nagomilanih socijalnih tenzija, a u prvom redu za smanjenje nezaposlenosti, za poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva, za suzbijanje nepismenosti i za sprečavanje siromaštva i bede, kao kumulativni izraz socijalnih protivurečnosti. Stoga je čitav model baziran na ideji harmoničnog ekonomskog i socijalnog razvoja, i na komplementarnim merama ekonomske i socijalne politike u tržišnoj ekonomiji. Socijalni inženjerинг, samim tim, izbija u prvi plan građanskog društva, koji se dugoročno okupira

¹¹ Ibid, str. 7.

¹² Ibid, str. 8.

socijalnim problemima savremenog čoveka na vrednosnim, etičkim, humanim i demokratskim principima.

Neoliberalni model blagostanja polazi od generalnih principa liberalizma, kao što su privatno vlasništvo, slobodna utakmica, individualne slobode, lična odgovornost, lična autonomija, jednakost u šansama, efikasnost i racionalnost. Socijalna politika, primerena neoliberalnom modelu, ipak bazira na principima subsidijskosti, selektivnosti, milosrđa, socijalne pravde, redistributivne pravde i socijalne jednakosti. Princip subsidijskosti proističe iz poimanja ljudskog društva kao funkcionalne celine, čiji razvoj determinišu zakonitosti tržišne ekonomije, u kojoj se realizuje sloboda inicijative i afirmiše privatna svojina. „Jednakost šansi i slobodna utakmica obezbeđuju najspesobnijim i najefikasnijim da stiču društvene pozicije i dobra, koje ih čine superiornim. Ljudi slobodni u svojim izborima i autonomni u odlukama koje se tiču njihovog života, odgovorni su za svoj položaj u društvu i za ono što imaju ili nemaju. Oni koji nisu iskoristili svoje šanse i opcije sami su odgovorni, te pružanje pomoći takvim pojedincima ili porodicama znači narušavanje spontanih društvenih odnosa i intervenciju u prirodni tok stvari. Slabi u tržišnoj i društvenoj utakmici i društveno hendikepirani mogu računati na solidarnost svoje porodice, opet u okvirima pomenutih principa i eventualno na milosrđe drugih, koji sopstvenom voljom i izborom mogu pomagati u meri i na način koji sami izaberu. Socijalne službe mogu se angažovati jedino ukoliko prethodno pomenuti mehanizmi nisu uspešni ili ne doći neke pojedince. Delovanje socijalnih službi zasnovano je na principu selektivnosti, u osnovi samo u slučajevima apsolutne nemoci pojedinaca da ublaže najteže nevolje. Socijalne službe ne preuzimaju na sebe odgovornost, koja je ipak na svakom pojedincu. Zbog toga, svojim angažovanjem one treba da pomognu pojedincu ili porodici da prihvati i da se ponaša u skladu sa opštim društvenim principima i pravilima.”¹³ Međutim, za razliku od principa subsidijskosti, načela selektivnosti i milosrđa polaze od diskrecionog prava socijalnih službi, odnosno od ideje samoizbora. Socijalni programi po principu selektivnosti ne mogu narušiti prirodne nejednakosti među ljudima, a individualna odgovornost za sopstveni socijalni položaj ne može biti supstituisana kolektivnom odgovornošću. Princip milosrđa, pak, ne derogira postojanje vrlo razuđenog sistema dobrovoljnih organizacija i dobrotovnih institucija, kao i stvaranje novih oblika samopomoći i uzajamne zaštite, koji su karakteristični za neoliberalni model.

U svojim teorijama, neoliberalisti negiraju validnost principa socijalne pravde. „Polazi se od stava da je u društvu slobodnog čoveka, čijim članovima je dopušteno da svoje znanje i moći koriste za sopstvene ciljeve i interes, pojам socijalne pravde u potpunosti lišen značaja i sadržaja. Štaviše, pokušaji da se socijalna pravda uvodi u ovakvo društvo čini njegove institucije nedelatnim. Prema tome, socijalna pravda nije, kako se to obično misli, nevini izraz dobre volje manje srećnim i uspešnim... Po ovom shvatanju socijalna pravda podrazumeva reciprocitet sloboda svakog pojedinca u odnosu na druge. Puna sloboda svakog građanina podrazumeva kompatibilnost sa slobodama drugih. Na drugoj strani, otvorenost društvenih pozicija i posebno institucija prema svakome u društvu

¹³ Ibid, str. 10.

čini bitnu pretpostavku socijalne pravde, uključujući i činjenicu da su društvene nejednakosti prednosti, a ne ograničenja za ljudе. Drugim rečima, socijalna pravda se izjednačava sa jednakim mogućnostima za sve.”¹⁴

Načelo redistributivne pravde je, isto tako, sastavni deo države blagostanja u kojoj bogatstvo, moć i socijalni status uvek pripadaju nekome u društvu. „Smatra se da redistribucija ovih vrednosit, bilo po kom principu, podrazumeva da se oni oduzmu od nekoga, a to je samo po sebi moralni akt, kojim se potvrđuju prava i slobode onih od kojih se oduzima. U skladu sa ovim, socijalna pravda se vezuje za pošteno sticanje određenih vrednosti, na osnovu prirodnih sposobnosti i talenata. Država nema pravo da se meša u distribuciju vrednosti, koje su stečene na ovaj način. Na kraju krajeva, u društvu slobodnog tržišta i privatnog vlasništva, ekonomski rast služi svima u društvu, što je specifična dimenzija socijalne pravde.”¹⁵

U liberalnom modelu, princip jednakosti odnosno nejednakosti, izvire iz tzv. individualnog doprinosa. Doprinos društvu jeste materijalna osnova za pravo na dodajne socijalne beneficije. Sa moralnog aspekta, društveno je opravdano da neko (osoba, čovek) posede vlasništvo i imovinu, ukoliko je bogatstvo stečeno u tržišnoj utakmici. Sa moralnog stanovišta, opravdano je svako sticanje imovine, ukoliko se dotično vlasništvo koristi za porast društvenog blagostanja. U tom sklopu, opravdavaju se i tzv. nejednakosti, koje, po pravilu, počivaju:

- a. na raspodeli sredstava u skladu sa ekonomskom i socijalnom podelom moći,
- b. na raspodeli nagrada u srazmeri sa socijalnim i ekonomskim doprinosom sveukupnoj dobrobiti, i
- c. na distribuciji nagrada u odnosu na sposobnost, dar i talenat.

Socijaldemokratski model socijalne politike i socijalne zaštite baziran je na konceptu tzv. mešovite privrede, pluralizmu ekonomskih i svojinskih interesa, razuđenosti ljudskih potreba i socijalnih potreba, na principu ravnopravnosti građana i socijalne pravde i garantovanja socijalne sigurnosti i socijalne integracije.¹⁶ Ravnopravnost građana jeste izraz sloboda i odgovornosti za razvoj društva i pojedinaca, ali i dostupnosti socijalnih usluga građanima i ublažavanja nejednakosti u socijalnoj i ekonomskoj sferi. U tom kontekstu, socijalne prestacije su deo socijalne pravde i socijalne sigurnosti. Mehanizmima redistribucije dohotka, sredstava i izvora, garantuje se socijalna sigurnost građana, socijalna stabilnost života, društvena integracija ličnosti i samoobnavljanja društva. Time socijalne institucije postaju važne pretpostavke socijalnog razvoja, sa ugrađenim principom kolektivne odgovornosti, koja ne dovodi u pitanje individualizam. Naprotiv, komplementarne mere alternativnih institucija (privatnih i nevladinih), u promociji socijalnih programa samo pojačavaju „konkurentnost” u pružanju socijalnih usluga i širenju institucionalne i vaninstitucionalne socijalne mreže.

Korporativistički model socijalne politike jeste reprezentanta mix liberalističke socijalne politike i socijalne politike države blagostanja. Ovaj model respektuje pluralizam interesa sve do nivoa ugrožavanja akumulacije i interesa

¹⁴ Ibid, str. 10.

¹⁵ Ibid, str. 10.

¹⁶ Grupa autora, Social Economics, Macmillan, London, 1989.

ukupnog kapitala. U stvari, socijalna zaštita inkorporira ograničen pluralizam interesa, konsenzus, uzajamnu odgovornost i kontrolu socijalnih programa, koji ne mogu da idu na štetu produktivnog zapošljavanja i efikasnog privređivanja. Uslovi rada i najniža naknada za rad nalaze se u središtu socijalne sigurnosti. Minimum socijalne sigurnosti za najugroženije građane osigurava država. Socijalna zaštita jeste komplementarni segment socijalne sigurnosti. Princip uzajamne odgovornosti ovde samo bitiše kao podjednaka odgovornost građana za sopstveni socijalni položaj, i države, koja pomaže tek onda kada su sve mogučnosti iscrpljene i kada ne postoji drugi način rešavanja socijalnih problema. Princip konsenzusa važi samo za socijalno osiguranje, pošto su korisnici socijalne zaštite izvan moći društvenog odlučivanja. Princip tzv. opšte odgovornosti za socijalno blagostanje u društvenoj zajednici obično se kombinuje sa principom subsidijarnosti (kakav je inače slučaj sa austrijskim modelom socijalne zaštite).¹⁷

Model integrisane države blagostanja inkorporira socijalne povlastice, socijalne usluge i socijalne prestacije, kao sastavne delove ukupnih socijalnih prava i građanskog statusa. Institucionalni mehanizam države blagostanja automatski stupaju na scenu socijalne zaštite, čim se oseti potreba socijalne intervencije kod pojedinih socijalnih struktura. Princip univerzalnosti reflektuje pravo na zadovoljenje bazičnih potreba građana, na zaštitu od socijalnih rizika i na društvenu pomoć. Radi se o nacionalnoj solidarnosti, koja implicira prava i usluge na principu minimuma nacionalnih standarda. To, pak, znači da ni jedan građanin ne može biti ispod zagarantovanog nivoa zadovoljenja socijalnih potreba, u skladu sa standardima i supervizije (kao mehanizam kontrole).

2. SOCIJALNI MENADŽMENT

Moderan socijalni menadžment reflektuje veštinu¹⁸ upravljanja socijalnim potrebama i blagostanjem građana. U tom kontekstu, Švajcarska je jedina država na svetu koja proslavlja 90ti rođendan svog građanina. Ova zemlja je, poput Švedske, izgradila vrlo diversifikovanu i disperziranu infrastrukturu usluga radi efikasnije pomoći starima koja se pruža u domaćinstvima.

2.1. SOCIJALNA INFRASTRUKTURA USLUGA

Socijalne usluge u domaćinstvu obavljaju privatne organizacije, koje subvencionira država. Paleta socijalnih usluga je vrlo bogata. Strukturu socijalnih usluga obično komponuju: (1) priprema obroka, (2) pomoć u održavanju higijene, (3) pružanje pomoći obolelima u njihovoј kući, (4) davanje lekova i injekcija i uzimanje krvi za analizu, (5) usluge fizioterapije, (6) druženje (pravljenje društva) itd. Državne socijalne službe za stare, koji se otežano kreću, pripremaju obroke u kući ili donose hrana spolja. Služba je organizovana na principu alarmsistema putem telefonskih veza. U svom domu iznemogla stara osoba ima telefon programiran sa različitim brojevima (od rodbine pa sve do nadležnih socijalnih službi za priticanje pomoći), ukoliko stara osoba padne, a ne može sama da se

¹⁷ Welfare State, Kluwer Academic Publisher Group, Dordrecht, 1991.

podigne. Telefonski alarmi se uključuju putem ručnog časovnika koji nosi stara iznemogla osoba koja posedeje odgovarajući telefon, koji automatski prenosi alarm sa jednog broja na drugi broj i to sve dok se neko ne javi na poziv. Ove poslove obavljaju socijalne službe sa cenama svojih usluga koje su odmerene prema prihodima svojih štičenika uz odgovarajuće subvencije države.

Moderne države socijalnog blagostanja za svoje stare osobe formirale su čitavu mrežu posebnih klubova koji se staraju o blagovremenom informisanju starih, o pružanju dopunske novčane pomoći, obezbeđenju lekova i lečenju, nabavkama proteza i pomagala, dijetalnoj ishrani i drugim pogodnostima. Klubovi za stare obično imaju biblioteke i prostorije za proslavu pojedinih praznika i za gimnastičke vežbe. Ovi klubovi organizuju zajedničke ručkove i izlete, besplatno korišćenje zatvorenih bazena i dr.

Savremeni svet, koji se posebno brine o stariim i iznemoglim, razvija mrežu pansiona za stare koji više ne mogu da žive sami u svojoj kući. Ove usluge se uglavnom pružaju usamljenim ili nepokretnim osobama. Cena usluga je dimenzionirana u skladu sa prihodima pojedinca, uz naknadu dobrotvornih organizacija i subvencije države. Pored toga, države blagostanja razvijaju i mrežu posebnih ustanova za dnevni boravak starih, sa relativno niskim naknadama. Ove ustanove obično daju doručak, ručak i užinu, uz odgovarajuće zabavne aktivnosti, druženja i prevoz. Za određene stare osobe, koje ne mogu više da žive u normalnim stambenim zgradama, osnivaju se posebne mreže objekata, koji poseduju posebne instalacije, kao što su liftovi, staze za kolica za nepokretne osobe i dr. U tim objektima obično noću dežuraju studenti medicine sa bolničarkama i osobama koje se posebno brinu o svojim stanarima. Švedska i Švajcarska čak grade specijalizovane gerijatrijske bolnice i gerijatrijske poliklinike, koje brinu o zdravlju osoba tzv. treceg doba.¹⁸

Ovu široku lepezu socijalnih usluga po pravilu prate povlastice u saobraćaju sa opštom pažnjom gradana prema stariima. Obrazovni i kulturni milje u državama blagostanja, u načelu obuhvata brojne gestove pažnje, koji se neguju, počev od toga da se stari ne osećaju kao teret pa sve do zahvalnosti mlađih generacija starijima na blagodetima civilizacije koje uživaju. U tom kontekstu, posebno se ističe lepa tradicija u praksi ženevskog kantona kada neko napuni 90 godina života. Slavljeniku tada obično dolazi u posetu sekretar opštine da bi ugovorio posetu predsednika opštine koji želi da čestita 90ti rođendan sa poklonom i prigodnim razgovorom. Štampa ove posete registruje kao događaje vredne pažnje, koji obogačuju socijalni sistem vrednosti na humanim principima.

2.2. SOCIJALNO DOBROTVORSTVO

Filantrap u vreme recesije jeste retka zverka, koja uspešno pliva u vodama surove konkurenčije u potrazi za gotovim novcem. Vreme recesije i inflacije nije naklonjeno dobrotvornim ustanovama, pošto su gotovo presušile donacije, koje su pricale od predstavnika lokalnih vlasti i milosrdnih pojedinaca. Sada se, iz tih razloga, dobrotvorne ustanove okreću kompanijama, koje ne potpisuju lako blanko čekove. Kompanije, kad god ulažu novac, žele da vide opipljive rezultate, inače ne

¹⁸ Grupa autora, Welfare State, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers Group, 1991.

prihvataju da budu sponzori za lepe oči. „Ulagači” u tzv. dobrotvorne fondove ne mogu nikako da shvate da tržište novčanim prilozima mora biti potpuno slobodno i neregulisano. Mogu se regulisati samo pravila prikupljanja novčanih priloga i pravila distribuiranja prikupljenih sredstava po namenama, kako ne bi došlo do zloupotreba novca od strane „sakupljača priloga”.

Korporativno pokroviteljstvo je u ekspanziji kako iz humanih razloga tako i iz poreskih motiva.¹⁹ Sredstva koja izdvajaju korporacije, već su dostigla sumu od 5% ukupnih dobrovoljnih priloga. Namene sredstava su vrlo diversifikovane i kreću se od zapošljavanja do obrazovanja. Struktura priloga kompanija po nameni na početku 90-ih godina izgleda ovako: obrazovanje 20%, zdravstvo 18%, socijalno staranje 15,8%, umetnost 11,6%, rad sa mladima 6%, rad po opština 4,6%, konzervacija 3,5%, dokolica 3,2%, zapošljavanje 2,8% i ostalo 14,5%.

3. REPRIVATIZACIJA SOCIJALNOG OSIGURANJA I UPRAVLJANJE PENZIONIM FONDOVIMA

Privatizacija socijalnog osiguranja, kaoputokaz, jestedobarnačin privatizacije društvenog kapitala. Cile je u tom pogledu vrlo instruktivan primer savremenom svetu,²⁰ pošto se radi o zemlji koja je faktički prva u svetu ukinula državni sistem socijalnog osiguranja, zahvaljujući brzoj reprivatizaciji. Ovaj čileanski primer, u kome od 1981. godine funkcioniše sistem privatnih investicionih kompanija, ali bez finansiranja iz tekućih priliva, pogodan je za izmenu jugoslovenskog penzijskog osiguranja. U tom kontekstu, radnici su obavezni da ulažu sredstva kod ovlašćenih investicionih kompanija, koje vode i investiraju sredstva sa privatnih računa. Svi radnici na privatni štedni račun uplaju obavezan mesečni doprinos, koji je izuzet od oporezivanja u iznosu od 10% zarade. Dodatni dobrovoljni doprinos je, isto tako, izuzet od oporezivanja u iznosu od još 10% zarade. Sredstva po osnovu uplaćenih sredstava iz doprinosa se investiraju. Prihodi od uloženih sredstava se akumuliraju i oslobođaju od plaćanja poreza.²¹

Investicione kompanije ulažu novac u privredne i državne obveznice, hipoteke i akcije. Država podstiče diversifikaciju portfelja i garantuje minimalnu dobit.

Svaka investiciona kompanija može najviše 30% portfelja držati u običnim deonicama. Ove kompanije su, takođe, obavezne da obezbede minimalnu stopu povraćaja na sredstva penzionih računa. Vlada garantuje minimalni iznos penzija, koje iznose 85% od minimalne nadnlice (koja iznosi 50% od prosečne plate).

Svako zaposleno lice, kada sustigne starosnu ganicu, prikupljena sredstva na penzijskom računu može koristiti za finansiranje sopstvene penzije, odnosno za kupovinu prava na penziju od osiguravajućeg zavoda (koja se ipslaciće do kraja života u određenom iznosu 70% od poslednje plate, ili u vidu porodične penzije nakon smrti osiguranika u iznosu od 50% lične penzije i dodatnih 15% za izdržavane članove porodice), ili pak za ostavljanje svog računa kod investicione

¹⁹ Joel G. Sigel i Joe K. Shim, Financial Management, Ph. D. Barron's, N. York, 1991.

²⁰ S. Hanke, Socijalno osiguranje kao put, Ekonomski politika 203/91, str. 2527.

²¹ Ibid, str. 2527.

kompanije radi periodičnog podizanja određene sume sredstava kao svoju penziju. Akumulirana sredstva na penzijskom računu, sa normalnim prinosom na uložena sredstva, omogućavaju zaposlenom da ode u penziju pre dostizanja propisane starosne granice, pod uslovom da mu kapitalizirana sredstva dozvoljavaju isplatu penzije od 70% poslednje zarade.²²

Zaposleni su obavezni da plate dodatni doprinos od 3,5% na lična primanja za kupovinu privatnog životnog osiguranja i invalidskog osiguranja od ovlašćenih privatnih osiguravajućih zavoda (kao zamena za porodičnu penziju i invalidninu u novonastalom slučaju, pre dostizanja starosnog doba za penziju) i doprinos od 6% od primanja za zdravstveno osiguranje, koje obezbeđuje ili državno zdravstvo ili privatne kompanije zdravstvenog osiguranja. Međutim, poslodavci više ne uplacuju porez na lične dohotke, jer se taj deo sredstava automatski prenosi na radnike u obliku viših zarada. Ukinut je, isto tako, i dodatni porez na lične dohotke, za finansiranje osiguranja od nezaposlenosti, naknada za nezaposlenost i naknade za porodičnu pomoć. Vlada je, u tom kontekstu, izdala tzv. obveznice priznanja, odnosno posebne neprenosive obveznice radi naknade uplaćenog doprinosa tzv. državnom socijalnom osiguranju. Ova „suma” se indeksira i podvrgnuta je ukamačenju sve do penzionisanja zaposlene osobe. Tako su penzione naknade bazirane na akumuliranim doprinosima radnika, bez dodajnih sredstava iz poreskih prihoda budžeta za pokrice dugoročnih finansijskih deficitova penzijskih fondova.²³ Privatizacijom penzijskih fondova sanirano je socijalno osiguranje.

Takav model menadžmenta socijalnog osiguranja treba primeniti u nas. Privatne investicione kompanije ili zajednički fondovi bili bi odgovorni za vođenje privatnih računa penzijskog osiguranja. Rukovodioci ovih kompanija ili fondova bili bi pod konkurenčkim pritiskom da osiguraju najbolji plasman kapitala u svom portfelju. Reprivatizacijom društvenih preduzeća pokrio bi se deficit privatnih računa penzijskih fondova, pošto članovi postojećeg sistema nemaju akumulirane uloge u penzionim fondovima. Masa društvenog kapitala omogućila bi bezbolniji prelazak na privatni sistem penzijskog osiguranja i to bez potrebnih sredstava za finansiranje ovog prelaska iz tekuceg budžeta države (kroz pozajmice ili povećanje poreza). Privatizovani društveni kapital usmerio bi se na privatne penzione račune. Zaposleni, koji dobiju reprivatizovane deonice na svoje račune socijalnog osiguranja, automatski bi ove akcije zamenili kod svog zajedničkog fonda za akcije fonda u istoj vrednosti.

Razume se, moguće su i druge kombinacije, pogotovu ako se teži da se eliminiše tzv. ustavni postulat socijalne sigurnosti penzije, kao nastavka ličnog dohotka, i koncept isplate penzija u hodu iz tekueg priliva sredstava doprinosa za penzijsko osiguranje na lične dohotke i na dohodak preduzeća. Još je važnije da se definitivno dezaktivizira penzija (zbog svog relativno visokog nivoa) i način zbrinjavanja tehnološkog viška radne snage i uspostavi normalan odnos između zaposlenih radnika i korisnika penzija, što je izuzetno važno u uslovima usporenog rasta društvenog proizvoda, zarada i zaposlenosti. Time bi se stvorile prepostavke

²² Ibid, str. 2527.

²³ Dr M. Dinkic, Privatizacija penzionih fondova u funkciji prestrukturiranja jugoslovenskih preduzeća, u: Zborniku radova, "Privatizacija i prestrukturiranje", Savez ekonomista Jugoslavije, Beograd, 1991, str. 119130.

za institucionalizaciju konvencionalnih fondova kao snažnih investitora, čiji kapital bi mogao da dostigne nivo društvenog proizvoda na principima kapitalizacije (V. Britanija i Holandija). U tom kontekstu, nisu prihvatljiva rešenja o davanju tzv. popusta od 30% pri kupovini internih deonica društvenih preduzeća. Isto tako, nije prihvatljiva ni solucija prodaje preduzeća uz prethodno podržavljenje i ustupanje penzionim fondovima. Konačno, nije prihvatljivo ni rešenje podele određenog procента deonica penzijskim fondovima uz besplatan prenos društvenog vlasništva svim punoletnim građanima u istom nominalnom iznosu kako bi se ubrzala prodaja deonica na sekundarnom tržištu. U suštini, sve tri solucije plesiraju na finansijsku konsolidaciju penzijskog osiguranja iz budućih profita. Zato su i nesolidne za novootvoreni proces privatizacije. U našim uslovima je izuzetno teško pribaviti novi kapital na tržištu akcija uz paralelna tržišta za kratkoročno finansiranje, što inače danas važi za Brazil, Meksiko, Argentinu, Tursku i Jugoslaviju, čije kapitalne investicije po pravilu stradaju. Zato se predlaže pretvaranje dugova u sopstveni preduzetnički kapital (debt-equity-swaps), što se i čini u zemljama Trećeg sveta.

Ono što se čini u nas odnosi se na svojevrsnu imitaciju. Naime, sve novoosnovane interne štedionice u preduzećima, preko kojih zaposleni primaju lični dohodak u vidu vrednosnih bonova, jesu u stvari neka vrsta preteće akcionarstva. Prodajom vrednosnih bonova dobijaju se kvalitetna sredstva za tekuće poslovanje i razvoj preduzeća. Ali, i to je još uvek daleko od onoga što se svakodnevno praktikuje u tržišnim privredama, naročito u formi ESOP-a i RRSP-a.

ESOP (Employee Stock Ownership Plan), kao specijalni fond, koji omogućava da zaposleni postanu suvlasnici preduzeća preko finansiranja kompanija, upravo je „teška potvrda“ o ekonomskoj supremaciji „narodnog“ kapitalizma. U tom sklopu, nedavno je i „Business Week“, utvrdio da kompanije koje kombinuju ESOP i participaciju u donošenju odluka, ostvaruju daleko veći rast u odnosu na ostale firme. Verovatno je zato i Kongres SAD proširio lepezu poreske atraktivnosti ulaganja u ESOP, koji je postao izuzetno atraktivan za banke (pošto samo 50% prihoda na pozajmljeni novac fondu podleže oporezivanju). Kamate na pozajmljena bankarska sredstva fonda su za 12% niže od kamata na novac koji banke zajme kompanijama. Uz to, i dividende koje firme plaćaju imaočima akcija, koje poseduje ESOP, imaju tretman interesa, te se odbijaju od poreske osnovice. A ako se $\frac{1}{3}$ nekog preduzeća proda ESOPu, onda se legalno „izbegava“ plaćanje poreza iz dobiti.

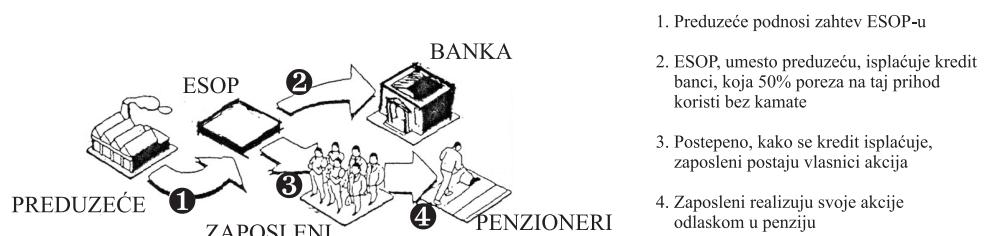
Uzimanje zajmova od ESOP postalo je prava atrakcija, naročito za regionalne banke i osiguravajuće kompanije, s ciljem da se kupuju akcije kompanija i ustupaju zaposlenima pod određenim uslovima. Tako je kapitalizam još jednom smislio „čaku“ kako da sredstva za proizvodnju preda radnicima u ruke i da, na taj način, poslodavci smanje svoje poreske obaveze, uz uslov da radnik postane akcionar. Rešenje je postalo besprekorno primamljivo i za preduzeća i za radnike.

Radnicima, koji su bili voljni da otkupe preduzeće (u kome su), a nisu imali sredstva (kapital), priskakao je u pomoč ESOP, formiranjem posebnog investicionog fonda u koji su se kanalislala pozajmljena sredstva destinirana kupovini preduzeća otkupom akcija. Preduzeće garantuje zajmove. Iz tekućeg profita ide isplata uz postepeno otkupljivanje akcija, koje postaju vlasništvo radnika u srazmeri sa njegovim doprinosom. Akcije ostaju u fondu sve do penzionisanja

radnika, kao vlasnika akcija; dok dividende služe za kupovinu novih akcija. Akcioni mehanizam pomaže sistem dobro razrađenih poreskih olakšica, koje faktički potpomažu socijalizaciju vlasništva.

Za razliku od SAD, Kanadski RRSP (Registered Retirement Savings Plan) reprezentuje posebnu varijantu fonda za radničko učešće u deobi profitu, koju privredni list „The Financial Post“ teži da prikaže u vidu nacrtane baštice raznoraznog eveča sa natpisima pored svakog cveta sa kojih se očitava: „državne obveznice“, „vremenski depozit“, „akcije“, „garantovani investicioni kuponi“ i „kombinovani fondovi“. Kroz sredovečni bračni par, koji odgaja kanadsku bašticu, odslikava se kanadski model socijalne sigurnosti na principu kombinacija američkog i evropskog iskustva, a koji se sastoji u davanju mogućnosti poreskim obveznicima da deklarišu deo svojih prihoda (i ulaganja) kao štednju za stare dane života, odnosno da stave svoju „uštedevinu“ u tzv. poresko sklonište do odlaska u mirovinu. Takav mehanizam uzeo je maha, pošto svaki građanin, u zavisnosti od poreske kategorije, stiče automatski pravo da izdvoji godišnju sumu od 3.500-9.000 dolara, kao neoporezivi iznos, pod uslovom da se taj iznos pod oznakom RRSP uloži u kupovinu akcija stranih kompanija i otkup državnih dugova. Za ovu atrakciju hrle čak i oni koji nemaju para, jer imaju mogućnost da od banke dobiju kredit koji se daje kao polog na RRSP. Banka, od slučaja do slučaja, procenjuje kada klijent dolazi do para (kapitala) i kada se približava rok za prijavu poreza i poresku dedukciju. Vlasnik RRSP pologa dužan je da nakon navršene 71. godine realizuje svoju mogućnost na nekoliko načina: (1) da podigne celokupnu sumu novca i da plati obračunati porez na taj deo novca, (2) da postepeno gasi RRSP polog u naredne tri godine i (3) da celokupna sredstva prenese na RRIF (Registered Retirement Income Fund), koji omogućava postepeno trošenje ili manipulisanje sredstvima do 90e godine života osiguanika (jer tada stupa na scenu obaveza Plaćanja poreza na zatečena sredstva). Slično važi i za hiljade maloletnika, koji sa 4 godine starosti počinju da deo prihoda od roditelja ulažu kao RRSP i da nakon 3540 godina starosti postanu „imučni penzioneri“. Prema tome, i ESOP i RRSP jesu savremeni dokaz XX veka da kapitalističke države svojim malim odricanjem od poreza čine mnogo više za socijalnu sigurnost građana nego socijalističke države koje garantuju čak i ono što nisu sposobne da osiguraju. Obmane, dakle, traju, dok drugi zarađuju novac.

AKCIONARSKI MEHANIZAM ESOP



Izvor: Ekonomска politika broj 1934, od 24.04.1989.

ESOP jeste svojevrsni plan za deoničarstvo zaposlenih, čime se faktički inovira korporativno finansiranje, povećava produktivnost, diversifikuje imovinska struktura, povećavaju zarade od kapitala, povećava rentabilnost postojećih akcija, smanjuje koncentraciju bogatstva itd. ESOP deonice jesu deonice internog tipa, koje se primenjuju u preduzećima koja nemaju berzanski status, odnosno u preduzećima koja se ne kotiraju.²⁴

ESOP plan jeste tipičan projekat finansijskog inženjeringa koji je inkorporiran u penzijski sistem i poreski sistem. ESOP deonice se radnicima ili dele bez naknade ili prodaju sa popustom. U prvom slučaju, radi se o specifičnom obliku deobe dobiti putem plata koje dobijaju preko deonica. U drugom slučaju, radi se o proširenju internog tržišta kapitala. Međutim, isplate radnicima, u oba slučaja, su oslobođene poreza, što zavisi od vremenske dimenzije ulaganja u ESOP. Stoga je ovaj vid ulaganja u deonice vrlo važna stvar za privatizaciju. Doduše, reč je o shemi koja košta državni budžet u sadašnjosti, ali u budućnosti povećava poreske prihode (naknadno) putem povećanja poreske osnove. ESOP zato treba da ima udela u procesu privatizacije u Jugoslaviji (i Srbiji). Razlog je jednostavan: sprečava punjenje državne kase privatizacijom. U EU vlada jak interes za institucionalizaciju ESOP. Interes za širenje deoničarstva na zaposlene putem ESOP za sada je ipak najveći u Mađarskoj i Poljskoj.

4. UPRAVLJANJE NEPROFITNIM INSTITUCIJAMA I NEVLADINIM ORGANIZACIJAMA

Postsocijalistički razvoj javnog sektora u nas je izmenio strukturu javne potrošnje i institucionalni sistem javnog finansiranja. Inflacija, nezaposlenost i recesija redukovale su potencije javnog sektora privrede u tranziciji. Redukovane mogućnosti finansiranja javne potrošnje objektivno su podstakle proces modifikacije mehanizma zadovoljavanja javnih potreba putem neprofitnih institucija i nevladinih organizacija. Ekonomski prilike pokazuju da se jedan deo određenih javnih potreba neće više moći u većoj meri finansirati iz državnog budžeta. Stoga je neophodno užurbano iznalaziti nove izvore finansiranja, poput sponzora, donatora, stalnih kontributora, članarina, jednokratnih pomoći, poklona, sufinsanijera, darodavaca, volonterskog rada, solidarnog kofinansiranja, naturalnog „punjenja”, sopstvenih sredstava itd. Zaokret prema tržišnim i samofinansirajućim trendovima jeste refleksija presahlih izvora fiskalnog finansiranja, koje se oslanja na poresku mobilizaciju resursa u budžetsku redistribuciju sredstava. Time se na finansijskoj sceni šansa pruža neprofitnim institucijama i nevladnim organizacijama, koje moraju biti dobro organizovane da bi se u startu izbegle slabosti državnih institucija i paradržavnih organizacija. Afirmacija nedržavnog finansiranja podrazumeva perfektno funkcionisanje institucija, racionalnu organizacionu strukturu i efikasno zadovoljavanje potreba.

Sistem finansiranja javnih službi (odносно društvenih i socijalnih delatnosti) potpuno se izmenio napuštanjem tzv. samoupravnih finansijskih institucija. Javne

²⁴ Dr Ž. Ristić i Mr B. Ljutić, Finansije preduzeća, Privredni pregled, Beograd, 1990.

službe su prešle na budžet i javne fondove, a njihovo organizovanje i upravljanje stavljen je u nadležnost odgovarajućih ministarstava. To, pak, reprezentuje renesansu uloge države u javnoj potrošnji postsamoupravnog društva. Time se iznova dokazalo da javne usluge ne može niko drugi proizvoditi i distribuirati, osim države i njenih entiteta. Zbog toga, javnim sektorom, opet, upravlja država. Međutim, u nas je normalno da država interveniše u svojoj ulozi kontrolisanja ukupnih izdataka za javne potrebe, ukupnih sredstava za pokriće javnih izdataka i ukupnog fiskalnog opterećenja privrede i stanovništva, iako moderne „države blagostanja“ nastoje da se izvuku iz javnog sektora i po cenu prodaje državnih preduzeća privatnom sektoru i reprivatizacije određenih segmenata društvenih delatnosti. U kontrolisanju nivoa javnih izdataka i razvoja javnih službi (društvenih i socijalnih delatnosti), odlučujući ulogu imaju nadležna ministarstva, koja ulogu države u oblasti javne potrošnje i javnih potreba i usluga sprovode putem parlamenta, kao najvišeg tela demokratskog odlučivanja u državi. Pokazalo se, naime, da u društvenim i socijalnim delatnostima, koje se ne mogu u potpunosti prepustiti tržišnoj stihiji, ne mogu društveni ‘fondovi (kao paradržavne institucije) sa doprinosima (kao parafiskalni instituti) bolje rešavati probleme organizacije, rada, poslovanja, funkcionisanja i razvoja nego što inače mogu učiniti pozvani državni organi vlada sa svojim nadležnim ministarstvima, budžetom i porezima, i parlament. Država je sada „izjednačila“ mehanizam odlučivanja o rashodima društvenih delatnosti sa mehanizmom odlučivanja o budžetskim rashodima.

Sve javne potrebe društvo ne može zadovoljiti integralno, sveobuhvatno i potpuno (po obimu, strukturi i dinamici). Zato, društvo teži određenom željenom nivou zadovoljavanja javnih potreba putem racionalne proizvodnje javnih dobara i efikasnog pružanja javnih usluga. Na robnom tržištu susreću se kupac i prodavac. Na njemu se formira cena. Onaj ko ima novac kupuje proizvode od onoga koji nudi i prodaje robu i usluge po ceni koja konvenira kupcu. No, na području javnih dobara i javnih usluga, kojima se zadovoljavaju javne potrebe, „situacija“ nije tako jednostavna. „Korisnik usluga nije u mogućnosti platiti punu cenu usluge, jer je ta cena formirana na bazi troškova u kojima pretežnim delom participira država kroz javne rashode i time zadovoljava jedan deo javne potrošnje. Ali, davaoci usluga, takođe, nude nove proizvode. To im omogućuje razvoj tehnologije (što se najbolje vidi na području zdravstva), a ti su proizvodi preskupi a bi ih društvo moglo osigurati svima putem javne potrošnje. Potrebe za takvim uslugama postoje, već samim tim što postoje takvi proizvodi (usluge). Tu, dakle, dolazi do izražaja odnos korisnika usluga i davaoca usluga. Korisnik takvih usluga, budući da ih ne može zadovoljiti u okviru javne potrošnje, mora sam platiti njihovu cenu“.²⁵

Ograničenje u mehanizmu zadovoljavanja javnih potreba država postavlja onda kada (ona) nije u stanju da udovolji standardima u javnoj potrošnji zbog limitiranja javnih izdataka ili zbog plafoniranja fiskalnog opterećenja privrede. U tom slučaju, limitiraju se i mogućnosti korišćenja javnih usluga. Tada korisnici određenih javnih usluga moraju sami plaćati određeni deo cene, koji nije pokriven kroz javne izdatke (porezima). Sa ekonomskog stanovišta, svaki korisnik mora participirati u ceni usluge i, na taj način, sufinsansirati javne potrebe. U strukturi

²⁵ Mr Ž. Paunković, Mesto i uloga neprofitnih organizacija u sistemu javne potrošnje, Finansijska praksa 56/92, str. 261.

korisnika javnih dobara, javljaju se, međutim, i oni korisnici javnih usluga, koji nisu u stanju da plate participacije. Za njih, po pravilu, plaća država. Ali, ako država nije u finansijskim mogućnostima da snosi troškove zadovoljavanja javnih potreba za materijalno „nesposobne” korisnike, onda se javlja potreba za iznalaženjem drugih institucija, koje treba da supstituišu „državnu nemoć”. To su najčešće neprofitne institucije i nevladine organizacije, koje će pružiti usluge zainteresovanim korisnicima bez naknade i participacije. One to čine ne zbog profita, u humanitarne, dobrotvorne i solidarne svrhe. I, pošto rade bez profita, one se zato i zovu neprofitne organizacije. „Potrebu za nedržavnim organizacijama imaju, takođe, i davaoci usluga. Oni, naime, mogu ‘privesti’, ponuditi usluge koje se ne mogu realizovati putem javne potrošnje, ali bi se realizovale ako bi postojala određena organizacija, nedržavna ili neprofitna organizacija, koja bi ih „kupila”. Dakle, na jednom marginalnom delu javne potrošnje postoji potreba u samoorganizovanju u zadovoljavanju javnih potreba, ali i mogućnosti delovanja tržišta.”²⁶

Moderni svet obezbeđuje nivo zadovoljavanja javnih potreba u zavisnosti od dostignutog stepena privrednog razvoja, mesta i uloge javnog sektora u privredi i cene društvene nadgradnje. To se postiže kroz veće ili manje javne izdatke budžeta ili veću ili manju javnu potrošnju države, ali i kroz veće ili manje poresko opterećenje preduzeća i građana. Određene evropske zemlje (Švedska, Norveška, Holandija i Danska) ostvaruju relativno visoka poreska opterećenja za pokriće visokih izdataka javne potrošnje (u odnosu na društveni proizvod), kako bi dotične „države blagostanja” ostvarile visoke standarde u zadovoljavanju javnih potreba. To je perfektno funkcionalno sve do ponovnog otvaranja procesa demontaže socijalne države i do zaokreta u profiliranju makroekonomskih politika u pojedinim industrijski razvijenim zemljama OECD (a u prvom redu u SAD i V. Britaniji). Tandem „snova” Tačerizam-Reganomika „udario” je na tekovine „ekonomike blagostanja” i otvorio „tabu” socijalnu raspravu u formi novolansiranog pitanja dana „D”: da li svi socijalni problemi u društvu moraju biti rešavani neposrednim uplitanjem države, na trošak poreskih obveznika. U praksi se, naime, pokazalo da „duboko i široko” zadovoljavanje celokupnih javnih potreba dovodi do neracionalnog ponašanja u javnoj potrošnji i do nedomaćinskog trošenja budžetskih resursa. Potrošački apetiti budžetske klijentele i potrošački mentalitet javnog sektora sputavali su inicijative pojedinaca i pojedinih „interesnih” grupa da određene specifične probleme u zadovoljavanju javnih potreba rešavaju sami, putem sopstvenog samoorganizovanja. Sputavanja su još drastičnija ako se poreskim opterećenjem reducira ekomska sposobnost pojedinaca da sami zadovolje određenu konkretnu potrebu u strukturi tzv. kolektivnih (zajedničkih) potreba. Međutim, sputavanja su se pojavila i kod davalaca usluga, kod kojih je postojala navika da sve njihove „proizvode” (dobra i usluge) isključivo „kupuje” (nabavlja) država i to po „kontrolisanoj” ceni (često neekonomskoj). To je, pak, smanjivao nastojanje davalaca usluga da određene svoje usluge ponude i drugim zainteresovanim kupcima, prvenstveno neprofitnim institucijama i nevladinim organizacijama. Preko tržišta javnih usluga mogu se, isto tako, potražiti pojedinci i privatnici (naročito za usluge visokog standarda i za luksuzna dobra), koji su

²⁶ Ibid, str. 262.

spremni da zadovoljavaju svoje javne potrebe na principu samofinansiranja. „Ta inertnost i navika da se sve društvene potrebe rešavaju u okviru budžeta, putem javnih izdataka, dolazi do izražaja i kod nas u poslednje vreme kada se javni izdaci za društvene delatnosti relativno smanjuju, kada zadovoljavanje svih javnih potreba nije moguće iz budžeta i kada je potrebno jedan deo zadovoljavanja javnih potreba više približiti privrednoj računici“.²⁷ Zbog naglo povećanih izdataka za klasične budžetske rashode, naišli su oštiri rezovi rashoda društvenih delatnosti u samom budžetu države, koji su doveli do toga da pojedini segmenti javnih potreba ostanu nepokriveni. To je imalo negativne implikacije na promene ponašanja društvenih i socijalnih delatnosti, pošto su određene „grupe interesa“ korisnika usluga drastično oštecene. Nezadovoljstva su čak onemogučila iznalaženje novih izvora finansiranja, koji su još drastičnije pogodjeni, zbog krize i inflacije. Poresko opterećenje za budžetsko finansiranje iscrpilo je ekonomsku snagu poreskih obveznika za dodatne izdatke za finansiranje javnih (kolektivnih, zajedničkih) potreba, koje su ostale nepokrivene. Klasični državni izdaci su iz budžeta „istisnuli“ rashode društvenih i socijalnih delatnosti, poput tzv. efekta istiskivanja privatnog sektora sa finansijskog tržišta putem rastuce kreditne tražnje države po osnovu rastuceg budžetskog deficit-a.²⁸

Novonastala socijalna situacija se daleko lakše i jednostavnije rešava u društвima sa relativno visokim fiskalnim kapacitetima (per capita društveni proizvod), u kojima poreska opterećenja sudbinski ne zadiru u ekonomsku snagu poreskih obveznika. Ustvari, niži koeficijent poreskog opterećenja i viši per capita društveni proizvod nudi ekonomski prostor za razvoj neprofitnih investicija i za vandžavno zadovoljavanje javnih potreba. U SAD je već verifikovan takav zaokret, buduci da se u tzv. neprofitnom sektoru realizuje 35% društvenog proizvoda. Ovaj relativno značajan procenat realizacije društvenog proizvoda u neprofitnim institucijama i nevladinim organizacijama rezultat je relativno niskog poreskog opterećenja i relativno visoke ekonomске snage sektora stanovništva, koji su omogućili rastuci trend vaninstitucionalnog zadovoljavanja javnih potreba. U SAD gotovo svaki drugi građanin dobrovoljno radi u neprofitnim organizacijama. Na neprofitnom poslu ovaj građanin provede najmanje tri sata nedeljno na radu u dobrovoljnim organizacijama. Neprofitne organizacije su u SAD danas najveći poslodavac, a delotvorno, sigurno, stabilno, efikasno, racionalno i blagovremeno obavljaju znatno veći posao nego što je to sama briga o specifičnim javnim potrebama. Neprofitni sektor u SAD doprinosi (1) izvršenju fundamentalnog američkog određenja prema građanskoj odgovornosti u zajednici, (2) rastu osećaja građanske odgovornosti za kvalitet života u društву i (3) održavanju vrednosti američkog društva i američkih tradicija.²⁹ Nekada se smatralo da su neprofitne organizacije marginalne u američkom društву, u kome caruje krupan biznis i velika država. „Smatralo se da vlada može i treba ispunjavati sve glavne socijalne zadatke, a da je uloga neprofitnih organizacija, ako ih uopšte treba, da nadopunjavaju vladine programe i da im dodaju poseban ukras. Međutim, danas

²⁷ Ibid, str. 263.

²⁸ A. BenNer i B Gui (Ed.), The Nonprofit Sector in the Mixed Economy. Univesite de Breck, Bruxelles, 1991.

²⁹ P. Drucker, Management of Non Profit Organization, London, Butterwarh Heineman, 1990.

je postalo jasno da je sposobnost vlade u Americi da izvršava socijalne zadatke vrlo ograničena i očigledno je da neprofitne institucije imaju središnje mesto u američkom društvu i da su, zaista, jedno od njegovih najistaknutijih obeležja.”³⁰ Zbog toga, izdaci za zadovoljavanje javnih potreba u SAD, sa uključivanjem neprofitnog sektora, svrstavaju SAD u zemlje sa prosečnim poreskim opterećenjem, poput V. Britanije i Nemačke.

Američke neprofitne institucije postale su njena industrija rasta, bez obzira na to dali se radi o zdravstvenim i socijalnim ustanovama ili o kulturnim i obrazovnim institucijama. Neprofitni sektori su iznikli u moderne i mocne centre racionalne i efikasne društvene akcije Amerike koja se brzo menja. Neprofitne institucije nisu ni biznis koji isporučuje robu za tržište, niti država koja ima kontrolu. U njima ne „caruje” ni profit (privreda) niti porez (država). „Proizvodi” neprofitnog sektora nisu ni robe za tržište roba i usluga (što radi biznis) niti delotvorna makroekonomска regulativa (što radi vlada). Proizvod neprofitnih institucija jeste promjenjeno ljudsko bice: izlečeni pacijent, dete koje uči, student koji se razvija, čovek koji stari, žena koja se porađa, osoba koja je iznemogla, lice koje je usamljeno. Neprofitne institucije jesu faktor menjanja čoveka i oličenje izmenjenog ljudskog života. Neprofiti sa benefitima, zato, povlače volontere da razvijaju mrežu neprofitnih institucija, da nesposobne osoposobe za rad i život, da uspostave međuljudsku saradnju sa različitim sredinama, da obezbede prikupljanje finansijskih sredstava, da osiguraju razvoj fondova i da okupe nove ljude, koji preuzimaju odgovornost kao građani, za građane. Neprofiti su konstruktivni deo samoorganizovanja društva, koji daju pojedincu sposobnost da deluje, doprinese i postiže.³¹ Volonteri dobijaju zadovoljstvo kroz doprinos, a ne kroz platne liste. Zato se njima rukovodi kao sa neplaćenim osobljem, koje svoje dobre namere želi da pretvori u dobre rezultate. I, upravo taj rad, kao neplaćenog osoblja, u neprofitnim ustanovama predstavlja ono što ljudima dobre volje daje osećaj zajedništva i odgovornosti za humano osmišljene akcije u crkvi, bolnici i školi, na volonterskoj osnovi.

No, u svojoj misiji, neprofitne institucije se sve više suočavaju sa materijalnim izazovima i finansijskim barijerama. Jer, danas nije ni malo lako privoleti donatore da postanu aktivni davaoci stalnih doprinosa. Pojedinačne donacije sve više presušuju, a novi donatori sve su manje spremni da izdvajaju novac na uštrb svoje dokolice i razonode. Najteže je, ipak, da se u recessionim i inflacionim uslovima, donatori „transformišu” u kontributore, sa stalnim doprinosima. A da bi se od donatora došlo do kontributora valja učiniti mnogo da bi ljudi mogli videti ono što žele i mogu želeti ono što vide. Međutim, samo kontinuirana davanja mogu jedino osigurati neprofitnim ustanovama da izvršavaju misiju, koja je zajednička i imanentna svim ljudima: da zadovolje svoje potrebe za samopotvrđivanje, za življenje u svojim idealima, za uspeh u svojim verovanjima, za ostvarenje u svojim nadanjima. Zadatak je menadžera neprofitnih institucija da iznađu trajne izvore sredstava na stabilnim osnovama, koji su fleksibilni i prilagodljivi promenama u okruženju.

³⁰ Mr Ž. Paunović, op. cit., str. 263.

³¹ Ibid, str. 268269

U savremenim društvima, neprofitne institucije i nevladine organizacije finansiraju se iz budžeta, članarina, priloga, darova, prihoda od imovine, prihoda od neprofitnog obavljanja privredne delatnosti, dotacija, donacija, sponzora, igara na sreću i ostalih prihoda. Neprofitne institucije, pored ovih sredstava, mogu svojim radom prikupljati i „druga sredstva” zavisno od kruga njihovih interesenata i zajednica u čijim okvirima deluje neprofitni sektor. „Sto više budu samostalno prikuplale sredstva, to će se lakše jednoga dana odvojiti od budžeta i kontrole programa rada od strane nadležnih ministarstava, odnosno lakše ce podneti šok, kada im jednog dana budu skresana ili u potpunosti uskracena sredstva budžeta. Naime, i država će, u svrhu racionalizacije javnih rashoda, nastojati uvesti kompetenciju i u ponudi javnih dobara, pre svega putem alternativne proizvodnje javnih usluga, sufinansiranju tih usluga, uključivanjem korisnika i zainteresovanih, te privatizacijom poslovanja jednog dela javnih službi.”³² Brojne neprofitne institucije se danas nalaze u specifičnom postprelaznom periodu i položaju: i dalje su vezane za budžet i nadležna ministarstva, iako imaju mogućnost prikupljanja i osiguranja sopstvenih sredstava razvijanjem sopstvenih programa rada. Inertnost i budžetska sigurnost, s jedne strane, i kreativnost i inovacije ili neizvesnost i rizik, s druge strane, reflektuju „nešto između” u promociji novog sistema finansiranja. „Koliko god je potrebno da neprofitne organizacije dobijaju određenu podršku za svoj rad kroz sredstva budžeta, toliko je, isto tako, važno da se u svom radu ne oslanjaju isključivo na ta sredstva, već da se organizuju tako da same ostvaruju dodatna sredstva, da prevladaju budžetski mentalitet javne potrošnje i da traže povezivanje sa svima koji su spremni pomoći na njihovoј strani.”³³ Naravno da će takvu orientaciju u tim nevladinim organizacijama pre imati volonteri nego stalno zaposleni radnici koji platu dobijaju iz budžeta, bez obzira na to što su oni isto tako odani misiji koju organizacija ima. Upravljanje takvom organizacijom treba manje biti okrenuto budžetu i nadležnim ministarstvima, a više potencijalnim zajednicama, koje će svojim doprinosima omogućiti rad organizacije.³⁴

5. NOVI KRITERIJUMI BLAGOSTANJA: STVARNO BOGATSTVO NARODA

Svetska banka više ne namerava da procenjuje nivo blagostanja jedne zemlje samo dohotkom po glavi stanovnika. Svetska banka je faktički uvela novi sistem za merenje međunarodnog blagostanja, odnosno bogatstva naroda. Novi sistem jedosta širi od konvencionalnog modela, jer je i pojam blagostanja znatno širi od novca i investicija. Zato su Australija, Kanada i Luksemburg najbogatiji na svetu, a ne SAD, Nemačka i Japan. Za izračunavanje novog sistema blagostanja Svetska banka koristi sledeće kriterijume, i to:

1. prirodni kapital (ekonomski vrednost zemlje, vode, nafte, zlata i gvožđa),

³² Ibid, str. 267.

³³ Ibid, str. 270.

³⁴ T. Eggertson, Economic Behavior and Institution, Cambridge University Press, Cambridge, 1990.

2. proizvodnu vrednost mašina, fabrika, infrastrukture, vodnih sistema, železnice i drumova,
3. ljudske vrednosti, kao što su produktivnost, obrazovanje i ishrana, i
4. društveni kapital (vrednost humanih organizacija, porodica i opštine).

Na opšte iznenadenje Svetske banke pokazalo se da proizvedena roba, tj. stvarna ekomska baza razvijenih zemalja predstavlja najviše 20% (i manje) blagostanja jedne zemlje. „Tako, na primer, 63 zemlje izvoznice sirovina raspolažu samo sa 4,6% svetskog blagostanja, 20% njihovog blagostanja sastoji se od proizvedenih materijalnih dobara (robe), 44% je u prirodnom kapitalu, a 36% u „ljudskim vrednostima“. S druge strane, 1000 zemalja u razvoju poseduje 15,9 kumuliranog blagostanja, od čega 16% u proizvedenoj robi, 28% u prirodnom kapitalu, a 56% u ljudskim vrednostima. Samo zemlje sa visokim dohotkom raspolažu sa 79,6% blagostanja, od čega je 16% u proizvedenim dobrima, 17% u prirodnom kapitalu i 67% u „ljudskim vrednostima“.³⁵

NOVA SVETSKA LESTVICA

Prvih 20	SAD \$	Poslednjih 20	SAD \$
Australija	835.000	Indija	4.300
Kanada	704.000	Nigerija	4.100
Luksemburg	658.000	Mali	4.000
Švajcarska	647.000	Kenija	3.800
Japan	647.000	Kambodža	3.500
Švedska	496.000	Burkina Faso	3.500
Island	486.000	Gambija	3.500
Katar	473.000	Niger	3.200
U.A.E	471.000	Bangladeš	3.100
Danska	463.000	Mozambik	2.900
Norveška	424.000	Sijera Leone	2.900
SAD	421.000	Gvineja-Bisao	2.900
Francuska	413.000	Ruanda	2.900
Kuvajt	405.000	Vijetnam	2.600
Nemačka	399.000	Tanzanija	2.400
Austrija	394.000	Uganda	2.300
Surinam	389.000	Malavi	2.200
Belgija	384.000	Burundi	2.100
Holandija	379.000	Nepal	1.600
Italija	373.000	Etiopija	1.400

Napomene uz tabelu:

- Procjenjeni dohodak po stanovniku je u američkim dolarima.
- Novi sistem uzima u obzir ljudske izvore, proizvedena dobra i kapital prirode radi merenja bogatstva nacije. Svetski prosek je 86.000 US dolara.

Nova analiza Svetske banke pokazuje da zemlje kao što su Madagaskar i SAD, uprkos ekonomskim razlikama u tehnologiji, ipak 10% svog blagostanja baziraju na proizvedenim materijalnim dobrima (robi). Razlika je jedino u tome što SAD mnogo bolje koriste svoje ljudske vrednosti kojima raspolažu. „Svetska

³⁵ Ekonomski politika, br. 2276, od 20. novembra 1995.

banka je na ovaj način izračunala vrednosti „blagostanja po glavi stanovnika“. Tako se došlo do rezultata da je Etiopija najsiromašnija zemlja na svetu sa 1.400 dolara, a na drugoj strani Saudijska Arabija raspolaže sa 184.000 dolara. Za Veliku Britaniju izračunata je vrednost od 324.000 dolara, za Italiju od 373.000, Holandiju 379.000, a za Belgiju od 384.000 dolara. Austrija se zaustavila na nivou od 394.000 dolara, Nemačka na 399.000, Francuska na 413.000, a SAD ostvaruju 421.000 dolara. Iza njih su Norveška sa vrednošću blagostanja od 424.000 dolara, Danska sa 463.000, Švedska sa 496.000, Japan sa 565.000 i Švajcarska sa 467.000 dolara. Među vodeće zemlje uvršteni su, takođe, Luksemburg sa 658.000 dolara, odnosno Kanada sa 704.000 i - na samom vrhu -Australija sa 835.000 dolara. Globalni prosek vrednosti blagostanja u svetu izračunat je na samo 86.000 dolara po glavi stanovnika.³⁶

Nekadašnja, stara mudrost prema kojoj državna intervencija pomaže ili odmaže ekonomskom progresu, zauzela je opet svoje neprikosnoveno mesto u središtu privrednih i naučnih rasprava, doduše sa određenim preobražajima u pitanjima odnosa slobode i blagostanja. Vlade su posle Drugog svetskog rata uzele u svoje ruke upravljanje razvojem preko državnog vlasništva, javnog sektora, javnih investicija, javnih rashoda, poreza, carina, trgovinskih barijera, protekcionizma, tarifnih stavova. Liberali danas smatraju da će nestanak postsocijalizma i starih državno usmeravanih modela razvoja dovesti do bržeg i trajnjeg razvoja u zemljama koje predu na slobodnu privredu i liberalno tržište. Kejnzijacici, međutim, i dalje tvrde da inteligentno primenjena državna kontrola može vrlo lepo da podstakne razvoj ekonomije. Dijametalno suprotni stavovi, pak, onemogućujuokončanje ove rasprave, kako zbog nedostatka generalno jasne definicije ekonomске slobode, tako i zbog nepostojanja čvrste korelacije između ekonomskih sloboda i blagostanja. Najnovija istraživanja J. Gwartney-a, R. Lawson-a i W. Block-a (Economic Freedom of the World: 1975-1995), koja su obavljena u 102 zemlje u periodu od 20 godina, samo su delimično razotkrila da se srazmerno povećanju ekonomskih sloboda u dатој земљи за дати период, uvećao njen ekonomski napredak i bogatstvo njenih stanovnika. I pored toga, sam pojam „ekonomska sloboda“ ostao je nejasan i zamršen, jer se postavlja pitanje da li se ona može proceniti veličinom javne potrošnje u % od društvenog proizvoda, obimom državnog vlasništva u industriji, nivoom trgovinskih barijera, veličinom javne administracije u % od ukupne zaposlenosti, visinom prosečne poreske stope, nivoom javnog duga u % od društvenog proizvoda, veličinom izvoza u % od društvenog proizvoda. Za sada, sigurno - ne! Ono što je jedino sigurno i pouzdano odnosi se na golu suštinu ekonomskih sloboda koje se svode na pravo svojine i mogućnosti izbora (pošto je pojedinac ekonomski sloboden samo ako je njegova zakonito stečena svojina zašticena i ako je sloboden da svoju imovinu koristi, razmenjuje i otuduje bez narušavanja istih ili sličnih prava drugih lica). Za procenu ekonomskih sloboda važno je sagledati i načine kojima vlade ograničavaju i limitiraju ekonomsku slobodu, kao što su: (1) novac i inflacija, (2) vladino poslovanje i uredbe, (3) zahvatanja i diskriminatorsko oporezivanje, i (4) međunarodna razmena.

³⁶ Ibid, str. 51.

UČEŠĆE JAVNE POTROŠNJE, JAVNOG DUGAIJVZOZA U % OD BNP

Zemlja	Rang	Javna potrošnja u % od BNP	Javna administracija kao % ukupno zaposlenih	Prosječne poreske stope	Javni dug kao % od BNP	Izvoz kao % od BNP	Odvajanja za zdravstvo kao % ukupnih davanja
Novi Zeland*	7,2	38,2	15,3	11,3	31,0	21,2	78,9
SAD***	7,7	33,5	15,3	3,5	37,7	9,9	43,9
Velika Britanija**	7,2	43,4	18,1	3,6	45,4	21,8	83,3
Čile*	6,7	2,6	-	24,9	49,0	23,4	72,3
Kanada***	6,4	25,8	21,5	4,8	64,2	27,5	72,2
Nemačka***	6,4	49,0	16,2	3,6	37,9	16,6	71,8
Singapur***	6,3	19,7	-	5,1	4,6	139,4	57,9
Češka*	5,3	41,7	47,2	22,0	27,5	41,2	84,7
Italija*	5,3	53,9	18,1	3,6	121,0	15,3	77,5
Švedska*	5,3	68,8	33,2	3,6	23,4	26,0	78,0
Francuska**	5,2	54,9	24,4	3,6	32,5	15,6	73,9
Južna Afrika**	5,1	32,6	-	17,2	14,8	17,8	57,1
Japan*	5,0	35,8	8,4	1,7	9,2	5,2	72,0
Meksiko*	4,9	-	31,8	33,7	35,5	21,5	50,0
Južna Koreja*	4,6	17,1	-	8,3	14,4	25,5	40,9
Poljska*	4,2	-	40,2	38,0	52,7	19,5	80,3
Brazil*	3,9	25,6	-	27,0	24,0	5,3	66,7
Indija*	3,2	16,9	-	32,4	37,3	10,2	21,7
Rusija*	2,9	-	49,0	-	31,5	13,2	66,7
Kina*	1,9	9,2	-	-	21,4	19,9	60,0

Legenda: * (jedna zvezdica), označava liberalniji stepen promene,
 ** (dve zvezdice), označavaju neznatno liberalniji stepen promene, i
 *** (tri zvezdice), označavaju da nema promena

Izvori: OECD, EBRD, WTO, EU

Prvi način implicira valjan odgovor na pitanje da li vlada štiti novac kao izvor vrednosti i kao sredstvo razmene. Ovaj način ograničavanja slobode obuhvata kolebljivost inflacije, monetarni rast u odnosu na potencijalni kapacitet ekonomskog rasta i pravo građana da otvaraju bankovne račune u zemlji i inostranstvu. Drugi način inkorporira pitanje ko odlučuje o proizvodnji i potrošnji. Ovaj vid ograničenja ekonomske slobode obuhvata javnu potrošnju kao deo društvenog proizvoda, obim državno kontrolisanog sektora, kontrolu cena, slobodu ulaska na tržište i kontrolu zaduživanja. Treći način, pak, podrazumeva pitanje da li građanin zarađuje i da li može da zadrži svoju zaradu. Ovaj model ograničenja slobode obuhvata dotacije i transferne isplate kao deo društvenog proizvoda, nivo i uticaj marginalnih poreskih stopa i mogućnost regrutovanja pojedinaca vojnim pozivima. Konačno, četvrti način limitiranja i kontrole ekonomske slobode pokreće pitanje slobodne razmene roba i novca sa stranim državljanima. Ovaj vid kontrole slobode sadrži poreze na međunarodnu trgovinu, razliku između zvaničnog i crnog deviznog kursa, stvarni obim trgovine u odnosu na obim koji se može očekivati i restrikcije tokova kapitala. Ova istraživanja su, svakako, dala relativno dobre rezultate, ali je i dalje ostalo otvoreno pitanje da li visoki marginalni porezi ugrožavaju ekonomske slobode više od kolebljive inflacije, ili su oba indikatora podjednako važna za determinaciju slobode.

6. DRŽAVA, MERILA BLAGOSTANJA I SOCIJALNA GLOBALIZACIJA

Institut za nemačku privedu u Kelnu podsetio je svoj narod da su političari na dobrom putu da ukinu politiku sledećom konstatacijom: „Ako se zaduživanje i kamatna spirala budu i dalje razvijali kao dosad, državna kasa će svoje poreske prihode u 2044. godini kompletno upotrebiti za otplate kamata na kredite.“ I, doista, u Nemačkoj preti opasnost da finansijski organi svoje prihode odmah prebace na konto poverilaca države, a da za obrazovanje, istraživanje, socijalno osiguranje, infrastrukturu, životnu okolinu, policiju, sudstvo, vojsku, kulturu i zdravstvo ne ostane ni pfening. Dugovi će, dakle, zasigurno pojesti državu. To već praktično znači da je firma zvana Nemačka zrela za stečajnog upravnika, ako je suditi po analogiji sa pravilima koja važe za privedu (firma je bankrot ako se prispele kamate duže vreme finansiraju sve većim kreditima).

Glad države za kreditima je izuzetno velika i rastuća, i to u vreme rastuće privrede i bogatih poreskih izvora. U 1995. godini su opštine, pokrajine i savezna država od domaćih i inostranih kreditora pozajmile 102 mlrd. DEM i platile gotovo 140 mlrd. DEM na ime kamate, a to znači da je iz savezne kase svaka peta marka inkasirana od poreskih obveznika otišla na kamate u 1995. godini i svaka četvrta marka u 1996. godini (pošto rupa u budžetu iznosi 60 mlrd. DEM). Tako je moderna finansijska politika made in Germany prestala da bude internacionalna priznata marka robe, jer dugovi čine 60% vrednosti proizvoda i usluga koje tokom godine Nemci proizvedu (Japan 96%, SAD 64% društvenog proizvoda).

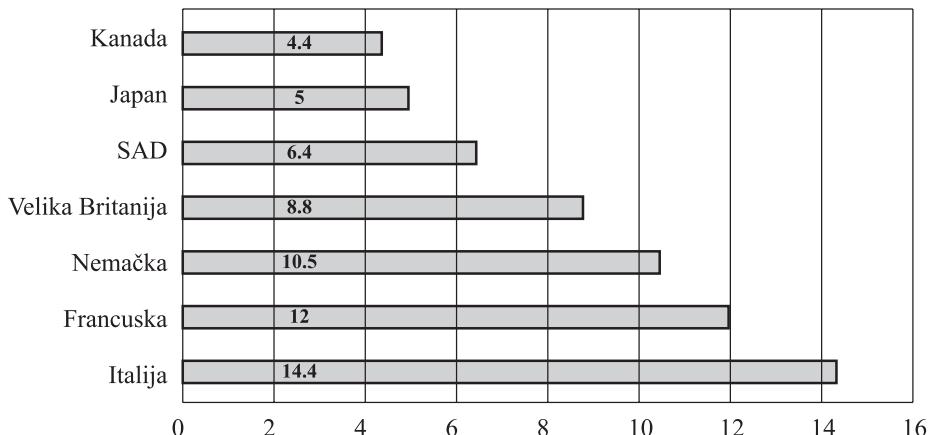
Posmatrajući neto dug jedne države (po podacima OECD), Nemačka nije više „na konju“ u odnosu na Japan i SAD. Naime, neto javni dug Nemačke iznosi čak 46% društvenog proizvoda (Japan 17%, SAD 38%). Socijalno osiguranje učinilo je svoje svuda u svetu - žale se ministri finansija, koji moraju da se „dave“ simultanim povećavanjem doprinosa i davanjima iz budžeta da bi se izbegao socijalni slom.

Zakon stalno rastuće delatnosti države mora biti slomljen ukoliko se sadašnji trendovi javnih izdataka nastave po koncepciji nadaleko čuvenog Adolfa Vagnea. Zbog toga nemački ministar finansija setno ističe: „Vagner je još pre sto godina predvideo kolaps moderne države. Kako bi savladala socijalne krize, država stalno povećava svoj budžet. Stanovništvo se navikava na državnu socijalu. Ko pokuša da je ukine, biva oboren s vlasti ili ne biva ponovo izabra. Jedini izlaz: sve novi i novi dugovi.“ I, doista, ovaj nalaz gotovo knjiški se opisuje finansijskom istorijom Nemačke, u kojoj izdaci države i socijalnog osiguranja (tzv. državna kvota) rastu u odnosu na privredni učinak (od 30% u 1960. godini na 50% u 1995. godini). Sadašnja državna kvota odslikava finansijsko stanje u kome više od 50% društvenog proizvoda kroz poreze i doprinose struji u državne ruke i socijalne kandže. To je već zaprepastilo i Kancelara kada je uzviknuo da je državna kvota dostigla nivo na kome počinje komunizam. Tako je država postala ala.

Država dinosaurus jeste porodajno dete teorije Welfare State, koja se po belom svetu zadržala i do dan-danas. Međutim, poslednjih godina „rođio“ se novi talas koji je u direktnoj suprotnosti sa svetskim restriktivnim ponašanjima u sferi „države blagostanja“. Mastrihtske obaveze, naime, primoravaju članice

Evropske unije da smanje kumulirane državne dugove na nivo od maksimalnih 60% društvenog proizvoda. Italija, Francuska i V. Britanija su pre Nemačke posebno naterane da se okrenu reformama za smanjivanje socijalnih troškova, u čijoj strukturi su na udaru prvo penzije.

TERET PENZIJA (% izdataka iz BDP u 1994.)



Laburisti u Britaniji već propagiraju prelazak na privatno osiguranje sa motivacijom da država više ne može da korumpira penzionerski sloj društva. Penzije u V. Britaniji gutaju 9,5% društvenog proizvoda. U Italiji taj „vid rasipanja“ iznosi čak 14,4% društvenog proizvoda. To su preveliki državni izdaci zbog kojih budžeti zapadaju u deficite čak i onda kada, npr., svaki zaposleni Britanac plaća 15 funti svakodnevno za one koji su na državnoj kasi. I, kako rastu sredstva, tako se i broj pretendenata na njihovo trošenje još brže uvećava. I, kada se sve isplati, dobija se negativan efekat po nacionalnu ekonomiju, zahvaljujući kamatnoj socijalnoj politici koja je „nasvirala“ svoje dugove na preko 125% društvenog proizvoda (zajedno sa budžetom i javnim sektorom u Italiji). Time je, definitivno, finansijski diskreditovana ideja o državi blagostanja, koja i nije bila zamišljena da bi se sve veći deo stanovništva sladio državnim subvencijama.

Takva trendna situacija nagnala je UN da u Kopenhagenu (tokom marta 1995. godine) održe I (prvi) svetski samit o globalnim socijalnim problemima savremenog sveta, koji ugrožavaju mir, podižu socijalne tenzije, pogađaju razvijene i neazvijene zemlje i povećavaju broj siromašnih i nezaposlenih u svetu (penzioneri se ubijaju, siromaštvo starih u Latinskoj Americi permanentno buja, izglađnelost dece u Africi se povećava, nezaposlenost u Evropi raste, kriminal i droga pogađaju Ameriku, raspad socijalnog sistema gađa bivše socijalističke zemlje).

Broj ljudi u svetu, koji imaju manje od jednog dolara na dan porastao je sa 300 na 500 miliona. Oko 1,3 milijarde ljudi pogodeno je nedostatkom hrane, čiste vode za piće, neadekvatne zdravstvene zaštite i manjkavim sistemom obrazovanja. Prema podacima UN siromaštvo je pogoden svaki peti stanovnik naše planete. U SAD i EU 15% stanovništva živi ispod granice siromaštva. Od 2,8 milijardi ljudi na Zemlji koji su sposobni za rad oko 30% je nezaposленo ili nedovoljno zaposleno. Svaki 15 stanovnik Zemlje je u bekstvu: 23 miliona izbeglica i 26 miliona raseljenih.

„Rešenje postojećih socijalnih problema podrazumeva pravilno određivanje odnosa ekonomске i socijalne politike. One se ne mogu posmatrati kao suprotnosti, već kao dve strane jedinstvenog procesa. Svaki rezultat u privredi ima smisla jedino ako je usmeren ka ljudima. Usklađivanje ekonomskog i socijalnog razvoja preduslov su daljeg napretka nerazvijenih regiona u svetu, ali i najrazvijenijih zemalja koje se, takođe, sreću sa specifičnim problemima.“ Krajnje je vreme da UN pruže jednu novu viziju razvoja novog društva. „Univerzalnost prava na život zahteva jedan svet u kome se nijedno dete ne mora odreći obrazovanja, u kome nijednom čoveku nije uskraćena zdravstvena zaštita i u kome će svi ljudi moći da razvijaju svoje potencijalne sposobnosti.“³⁷ A to, dalje, znači da zemlje sa najvećim socijalnim problemima nemogu više da izdvajaju veća sredstva za naoružanje i dugove nego za socijalna davanja. Naravno, tu su i reforme socijalnih zakonodavstava, kako bi socijalni izdaci postali uravnoteženi u svom rastu sa stopom rasta društvenog proizvoda. Time bi se sprečilo da socijalni izdaci postanu prepreka oporavku privrede. Reforme penzionog, zdravstvenog i socijalnog sistema na privatnoj osnovi trebalo bi konačno da eliminišu trošenje novca za kupovinu konsenzusa i socijalnog mira.

Izveštaj UN o ljudskom razvoju za 1995. godinu potvrdio je dalje širenje socijalnog jaza i osporio tezu o jednakosti u siromaštvu. Onoliko koliko su novi bogataši vukli napred, toliko su siromašni vukli nazad. Tapkanje u mestu srušilo je tačerizam čija je misija bila da nađe vrlinu u neravnopravnosti, kako bi najtalentovaniji i najugroženiji bili najbolje nagrađeni na opšte dobro svih. To je izazvalo Majkla Bruna da konstatuje da sužavanje socijalnog jaza ne samo da neposredno koristi najsistemašnjima, nego i svim građanima kroz više stope rasta. Bogatstvo je, ipak, „opasno“ nejednako raspoređeno. Današnjih 447 dolarskih milijardera (koliko ih ima u svetu) raspolaže gotovo istim bogatstvom kao siromašnija polovina stanovnika naše planete. Ova šačica belosvetских bogataša ima isto koliko i tri milijarde siromašnih. Po zemljama, njihov raspored je sledeći: SAD 149, Nemačka 51, Japan 41, Francuska 14 i Britanija 6 milijardera. U Latinskoj Americi „uživa“ 39 milijardera, a u Africi svega dva milijardera. Tajland, J. Koreja, Malezija i Indonezija imaju zajedno 82 dolarska milijardera. Na personalnim listama bogataša prvi je Vilijam Henri Gejts, koji raspolaže imovinom vrednom 18 mlrd. dolara, što je više nego ukupan nacionalni dohodak Sirije. Gejtsa slede američki berzanski špekulant Voren Bafet sa 15,3 mlrd. dolara i direktor švajcarske farmaceutske firme Roš sa 13,1 mlrd. dolara. Bafet raspolaže imovinom većom od nacionalnog dohotka Ekvadora, dok Roš raspolaže bogatstvom većim od nacionalnog dohotka Urugvaja.

Reforme u državama blagostanja, socijalnim tržinim privredama i ekonomijama u tranziciji imaju za cilj da se smanje izdaci za socijalnu zaštitu i da se razbije socijalna briga države, koja je neefikasna, preterana i skupa. Zato su i reforme na sve strane. „Jednostavno, država blagostanja ili bilo kako je nazvali, u samom svom biću nosi seme krize. Prema najglasnijim zagovornicima proterivanja države iz sfere socijalne zaštite, ljudi postaju zavisni od države, skrivene iza eufemizma „društvo“ za sve i svašta. Država, da bi „zaštitila“ građane i ispunila

³⁷ Ekonomski politika, br. 2.240, od 13. marta 1995, str. 50.

njihove sve veće zahteve, postaje preskupa i sve više sredstava uzima za poreze. Što su porezi veći to je i veći broj ljudi kojima država mora pomagati, jer su im prihodi mali. Tako se država lako i neosetno nađe u začaranom krugu „uzeti-pomoći-uzeti još više“.

IZDACI ZA ZDRAVSTVO U % OD BDP ZA 1972, 1982 I 1992. GODINU

Zemlja	1972	1982	1992	% promena 1982/1972	% promena 1992/1982
Sedamnaest zemalja					
Australija	5,8	7,7	8,8	+31	+ 14
Austrija	5,4	8,0	8,8	+48	+ 10
Kanada	7,2	8,4	10,1	+ 17	+20
Danska	6,3	6,8	6,5	+8	-3
Finska	6,0	6,8	9,4	+13	+38
Grčka	3,9	4,4	5,4	+13	+23
Island	5,7	6,9	8,5	+21	+23
Italija	5,9	6,9	8,5	+17	+23
Japan	4,8	6,8	6,9	+42	+3
Luksemburg	4,6	6,9	7,4	+50	+7
Novi Zeland	5,3	6,9	7,7	+30	+ 12
Norveška	5,9	6,8	8,3	+15	+ 18
Portugalija	4,1	6,3	6,0*	+24	-5*
Švedska	7,5	9,6	7,9	+28	-18
Švajcarska	5,5	7,5	9,3**	+36	**
Turska	nd	3,6	4,1	nd	+ 14
SAD	7,6	10,3	14,0	+36	+36
Sedam zemalja***					
Belgija	4,3	7,4	8,2	+65	+ 11
Francuska	6,2	8,0	9,4	+29	+ 17
Nemačka	6,5	8,6	8,7	+32	+ 1
Irska	6,7	8,4	7,1	+25	-15
Holandija	6,7	8,4	8,6	+25	+2
Španija	4,4	6,0	7,0	+36	+23
V. Britanija	4,7	5,9	7,1	+26	+20

* Druge procene, prividno pokazuju da cene za 1992. godinu mogu biti i veće,

** Cifre za Švajcarsku date prema novom sistemu iz 1985.; nema, dakle, nikakvih veza između dve serije,

*** Predmet studija OECD (1992)

Izvor: OECD 1992, Reforma sistema zdravstva, preliminarne procene 1992.

Jedna od evropskih ekonomija koja se suočila sa problemom visokih socijalnih troškova i koja je preduzela reforme (izgleda usupešne) bila je Švedska - idealna država socijaldeokrata, san (bivših) komunista koji su obećivali „život kao u Švedskoj“. Zašto je Švedska preduzela reforme? Jer je bilo mnogo, mnogo bolnije i za državu, privredu i građane ne preduzeti ništa nego početi reforme i smanjivati socijalna izdavanja. Krajem osamdesetih, ta država blagostanja trošila je više od 70% bruto domaćeg proizvoda na javne rashode. Porezi su dostizali 55% BDP i ugrožavali su privredni rast, a problem je postao vidljiv čime je došlo do recesije.

REALNI BDP PO STANOVNIKU, IZDACI ZA ZDRAVSTVO U PROCENTU OD BDP I DEO JAVNIH IŽDATAKA ZA ZDRAVSTVO, 1992.*

Zemlja	BDP po stanovniku* (u 000 \$)	Izdaci za zdravstvo u % od BDP	Javni izdaci za zdravstvo u % od totala
Sedamnaest zemalja			
SAD	23,2	14,0	45,7
Švajcarska	22,3	9,3	67,9
Luksemburg	21,8	7,4	91,4**
Japan	19,7	7,0	71,2
Kanada	19,1	10,8	72,7
Austrija	18,1	8,8	65,2
Danska	17,8	6,6	82,0
Norveška	17,6	8,0	94,8
Italija	17,5	8,5	75,2
Island	17,1	8,0	85,2
Australija	16,8	7,9	67,6
Švedska	16,7	7,9	85,2
Finska	14,5	9,4	79,3
Novi Zeland	14,4	7,7	79,0
Portugalija	9,8	6,0	69,8
Grčka	6,3	5,4	76,1
Turska	3,7	4,1	65,7**
Sedam zemalja***			
Nemačka	20,4	8,7	71,5
Francuska	18,6	9,4	74,8
Belgija	18,2	7,9	88,9
Holandija	17,0	8,6	76,6
Velika Britanija	16,3	7,1	84,4
Španija	12,9	7,5	80,5
Irska	12,4	7,1	76,1****

* Izračunat paritet kupovne moći

** 1990

*** Vidi: OECD (1992) Reforma sistema zdravstva

**** 1991

Izvor: EKO-ZDRAVSTVO, OECD 1993 - preliminarne procene za 1992.

Većina Švedana je postala zavisna od države blagostanja - na ovaj ili onaj način kao službenici u javnom sektoru, kao penzioneri, nezaposleni, korisnici porodiljskog odsustva, bolesni. Na svakog ko je zavisio od tržišta u 1994. godini dolazilo je 1,8 građana čiji je život delom ili u potpunosti zavisio od poreskog finansiranja. U Nemačkoj, koja ovih dana razmatra prve reforme svoje „socijalne“ države, i Britaniji, taj odnos je približno 1:1. U SAD na svaku osobu zavisnu od tržišta dolazi samo 0,76 građanina koji zavisi od države.³⁸

Ogromni socijalni izdaci vodili su povećanju budžetskog deficitia i, na toj osnovi, povećanju kamatnih stopa, povećanju niskoproduktivne zaposlenosti, povećanju nadoknade za nezaposlenost i za „bolesna“ bolovanja, kao i povećanju zavisnosti građana od države. Pojedinci su to maksimalno koristili, nastojeći da izvuku maksimum novca iz državne blagajne. Zbog toga, Švedska od 1992. godine

³⁸ Ekonomski politika, br. 2344 od 10. marta 1997., str. 33.

traga za novim rešenjima: socijalni sistem prošao je kroz tri reformska zahvata. „Prvo je penzioni sistem izmenjen, kako bi bar minimalno bio

finansiran iz sopstvenih fondova, što je smanjilo poreske izdatke u budućnosti. Uvedena je participacija u zdravstvu i pri pružanju drugih socijalnih usluga. Nadoknade za nezaposlenost i tokom bolovanja su smanjene na 75 odsto od plate. Nadokande za bolovanje su još dodatno umanjene tako što se prvi dan bolovanja ne plaća. Poslodavci snose troškove bolovanja za prve četiri nedelje odsustvovanja, što ih je podstaklo da preduzmu korake za smanjivanje odsustva sa posla.

Reforme su dale neke trenutne rezultate. Deficit javnih rashoda sa 13 odsto od BDP u 1993. godini je nestao u 1997. godini, jer su javni prihodi i rashodi bili uravnoteženi.

Promene u sistemu bolesničke zaštite delovale su kao čudo na zdravljenje nacije. U 1996. godini odsustva sa posla zbog bolesti smanjila su se samo na 13 dana godišnje. Porodična štednja se povećala na sedam odsto raspoloživog.

Švedsko iskustvo pokazuje da kada se reforme počnu primenjivati rezultati postaju vidljivi u veoma kratkom vremenu. Ne samo da se stanje budžeta poboljšava, nego i pojedinci veoma brzo menjaju svoje ponašanje i prilagođavaju ga novim okolnostima.

Švedska vlada smatra da su potrebne i nove mere kako bi se sistem javne potrošnje održao u privhatljivim granicama izdvajanja. Njen program predviđa četiri takve mere. Prva od takvih mera trebalo bi da bude dalje pooštravanje kriterijuma za socijalna davanja, kako bi se smanjile zloupotrebe. Druga bi bila uspostavljanje čvršćeg odnosa između obima socijalnih davanja sa mogućnostima njihovog finansiranja. Treba napustiti opšte oporezivanje kao osnovni način finansiranja ovih potreba i preći na sistem zasnovan na osiguranju ili na plaćanju dela socijalnih usluga. Treća je da građani moraju postati svesni da država ne može preuzeti na sebe sve rizike koje im život može doneti, moraju ponovo postati odgovorni za sopstveno osiguranje i dobrobit. Četvrta je da gradane treba ohrabriti da planiraju sopstvenu budućnost, a to znači da se sistem ne može menjati zbog ekonomskih, demografskih ili političkih razloga. Idealno bi bilo da se sistem socijalne zaštite u potpunosti odeli od budžeta kroz delimičnu ili potpunu privatizaciju.

Međutim, kako je švedska privreda u usponu, ponovo se čuju glasovi da se treba vratiti „tradicionalnim švedskim politikama“. Stoga su socijalna davanja ponovo u porastu. Iskušenje da se napuste putevi reformi uvek je veliko čim se otklone akutni problemi. Za Švedsku je od velikog značaja da se ne napuste započete reforme. To je važno i za one koji tek biraju puteve reformi - Nemačku, Francusku, Italiju i celu Evropu.“³⁹

³⁹ Ibid, str. 33-34

D R U G I D E O

**SOCIJALNI FINANSIJSKI
MENADŽMENT**

1. SOCIJALNE DELATNOSTI I SOCIJALNA POLITIKA

Socijalne delatnosti jesu društveno organizovane delatnosti koje teže da pomognu uzajamnoj adaptaciji pojedinaca i njihove sredine. Socijalne delatnosti imaju za zadatak da doprinesu delotvornoj mobilizaciji socijalnih ciljeva i ljudskih resursa zemlje za realizaciju socijalnih ciljeva ekonomskog razvoja.¹ Takav pristup socijalnim delatnostima neguju i eksperti sistema UN.

Međunarodna socijalna politika jeste instrument socijalnog razvoja. Organizacija ujedinjenih nacija jeste glavni nosilac međunarodne socijalne politike, čiji predmet obuhvata koncepcija pitanja socijalnog azvoja i socijalne politike, demografska pitanja, probleme ishrane, socijalna i ekonomska prava čoveka, pitanja socijalnog osiguranja, probleme rada i radnih odnosa, probleme zaštite majke, deteta i porodice itd. Socijalnom politikom i socijalnim delatnostima rukovodi Ekonomsko-socijalni savet pod nadzorom Generalne skupštine UN. Donošenjem važnih dokumenata (kao što su Opšta deklaracija o pravima čoveka, Deklaracija o pravima deteta i Deklaracija o socijalnom napretku u razvoju) izvršena je praktično standardizacija načela od izuzetnog značaja za prava i slobode čoveka, za unapređenje životnih i radnih uslova, za socijalnu sigurnost i za blagostanje ljudi. Socijalni rang, prava čoveka, međunarodne norme rada, prava socijalne politike čiji je osnovni cilj blagostanje i socijalna sigurnost, proističu iz prava: na rad, zadovoljavajuće uslove rada, zaštitu od nezaposlenosti, prava na zdravlje, ograničeno radno vreme i plaćeni odmor, pravo dece na jednaku socijalnu brigu, pravo na školovanje i kulturu itd.

Socijalna politika jeste „druga strana“ ekonomske politike.² (1) socijalna politika se shvata kao posebna grana državne delatnosti kojom se ublažavaju klasne suprotnosti a naročito one u oblasti raspodele (A. Wagner), (2) socijalna politika se shvata kao zakonski zasnovana intervencija države u oblasti raspodele, koje su u skladu sa društvenom vrednostima usmerene na obezbeđenje i korekciju životnih i radnih uslova pojedinaca i društvenih skupova (A. Burghardt), (3) socijalna politika se bavi neposrednom brigom za čoveka, za njegovu egzistenciju, mogućnosti rada, podmirivanja njegovih potreba, njegovom društvenom pozicijom i njegovom egzistencijom, kad ga pogodi socijalni slučaj (Šefer), (4) socijalna politika je skup društvenih delatnosti koje se izvršavaju sa neposrednim ciljem da se pojedincima i društvenim gruama osiguraju, odnosno poboljšavaju životni i radni uslovi, i ova delatnost se sastoji iz dva područja: iz politike životnog standarda i iz politike socijalne zaštite (politika životnog standarda sastoji se iz skupa svih delatnosti kojima se povećava ili obezbeđuje očuvanje dostignutog standarda života, a to su životni i radni uslovi, koji zavise od politike raspodele nacionalnog dohotka, politike zapošljavanja, zdravstvene politike, stambeno-komunalne politike i prosvetne politike. Politika socijalne zaštite, koja se može nazvati i socijalna politika u užem značenju, sastoji se pak iz socijalnog osiguranja

¹ Opširnije: Grupa autora, Problemi teorije i praksa socijalne zaštite, Institut za socijalnu politiku, Beograd, 1977. i Dr B. Šefer, Socijalna politika i socijalna strategija, BIGZ, Beograd, 1974.

² Dr D. Lakićević, Uvod u socijalnu politiku, Savremena administracija, Beograd, 1980. st. 7-14, Dr V. Jelić, Socijalno pravo u SFRJ, Informator, Zagreb, 1988. st. 7-8, Dr M. Milosavljević, Socijalna sigurnost u samoupravnom društvu, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1984. st. 9 i Dr M. Stupar, Socijalna politika, Savremena administracija, Beograd, 1960., str. 5.

i socijalnog staranja - (A. Križnik), (5) socijalna politika je svesna i slobodna društvena delatnost koja se bavi zaštitom lica pogodenih socijalnom nezgodom (rizikom, slučajem), sa ciljem da se ostvaruju uslovi za život i napredovanje u životu onim članovima društvene zajednice, koji stalno ili privremeno, potpuno ili delimično, nisu u mogućnosti da sami sebi te uslove ostvare (M. Stupar), (6) socijalna politika je društvena delatnost čija je sadržina ukupnost životnih, radnih i društvenih uslova u kojima se odvija proces društvenog azvoja i ona doprinosi ostvarivanju ciljeva u pogledu položaja čoveka, njegovog svestranog razvoja, obezbeđenju socijalne sigurnosti, humanizaciji društvenog rada i ljudskih odnosa (E. Vajs), (7) socijalna politika jugoslovenskog društva, kao integralni deo slobodne politike i socijalnog i ekonomskog razvoja, zasnovana na načelima humanizma, solidarnosti i uzajamnosti, svesna je i slobodna društvena delatnost u cilju unapređivanja životnih i radnih uslova radnih ljudi, građana i društvenih skupina“ (D. Lakićević), i (8) socijalna politika u užem smislu obuhvata samo socijalnu zaštitu stanovništva, tj. socijalno osiguranje radnika i njihovih porodica (zdravstveno, invalidsko i penzijsko osiguranje), posebnu zaštitu boraca, vojnih invalida i žrtava rata, i socijalnu zaštitu građana (D. Gatarić).

Sa pojmom „socijalna politika“, pa, prema tome, i pojmom „socijalne delatnosti“ prisno su povezane i mnogobrojne socijalne kategorije društva, kao što su: socijalni razvoj, životni standard, socijalna sigurnost, socijalni slučaj, socijalni problem, socijalne prestacije, socijalno pravo, socijalno osiguranje, socijalna zaštita i socijalno obezbeđenje.³

Socijalni razvoj se obično definiše kao proces kvalitativnih i kvantitativnih promena u sferi životnog i društvenog standarda, odnosno u sferi životnih, radnih i društvenih uslova koje se, kao socijalni ciljevi, ostvaruju globalnim ekonomskim razvojem.

Životni standard po pravilu reprezentuje nivo zadovoljenja životnih potreba materijalne i nematerijalne prirode, a koje obično komponuju zdravlje, potrošnja hrane i ishrana, obrazovanje, zaposlenost, uslovi rada, stanovanje, socijalna sigurnost, odevanje, rekreacija i zabava i ljudske slobode.

Socijalna sigurnost u širem smislu predstavlja skup društvenih mera i instrumenata u funkciji garantovanja životnih uslova ljudi za sve socijalne slučajeve (bolest, nezaposlenost, materinstvo, invalidnost, starost); dok u užem smislu implicira socijalno obezbeđenje građana. Strukturne komponente socijalne sigurnosti čine zaposlenost, zaštita na radu, zaštita zdravlja, lični dohodak, pravo na obrazovanje, pravo na stan, osiguanje za slučaj bolesti i nesposobnosti za rad, invalidnosti, starosti, nezaposlenosti i smrti, socijalna zaštita porodice, dece i starih, materijalno obezbeđenje nesposobnih, bolesnih i nezaposlenih.

Socijalni slučaj reprezentuje već realizovani događaj koji umanjuje (redukuje) sredstva za egzistenciju i standard života lica, što je u stvari isto što i socijalni rizik.

Socijalni problem reflektuje pojам koji pogada određenu individuu, kojoj je potrebna društvena pomoć.

³ Opširnije: Dr D. Lakićević, op. cit., str. 15-42. i Dr V. Jelčić, op. cit., str. 8-9.

Socijalne prestacije su društvena davanja i razna činjenja za osigurane osobe u socijalnom osiguranju kada nastupi jedan od osiguranih rizika. Ova davanja mogu biti u novcu i naturi; a činjenja samo u pružanju usluga. Socijalne prestacije u naturi sastoje se u davanju ortopedskih pomagala, proteza i lekova. Socijalne prestacije u novcu jesu novčane naknade za privremenu sprečenost za posao (rad), putni i pogrebni troškovi, naknada za opremu novorođenčeta (zdravstveno osiguranje), sva davanja u vidu penzija (starosna, invalidska i porodična) otpremnina, profesionalna rehabilitacija, naknada za telesno oštećenje (invalidsko-penzijsko osiguranje), socijalna pomoć, dodatak za negu, dečji dodatak, zaštitni dodatak, socijalna pomoć i sl. Socijalne prestacije u vidu pružanja usluga odnose se na lekarske preglede, lečenje i profesionalnu rehabilitaciju: konačno, socijalne prestacije mogu biti trajne, povremene, privremene i jednokratne u zavisnosti od toga da li je nastupio rizik starosti (starosna penzija) ili rizik bolesti osigurane osobe, odnosno da li se pojavila privremena socijalna potreba (profesionalna rehabilitacija) ili jednokratna pomoć (pravo udovice na otpremninu). Pravo na socijalnu prestaciju stiče se po osnovu socijalne zaštite, socijalnog osiguranja i socijalnog obezbeđenja.

Socijalno pravo je skup pravnih pravila, normi, načela i instituta kojima se uređuju prava i obaveze osiguranih lica iz socijalnog osiguranja i socijalne zaštite koje pripadaju građanima za zadovoljavanje socijalnih potreba. U subjektivnom smislu, socijalno pravo predstavlja skup pravnih normi koja obezbeđuju fizičkom licu, kao titularu prava, mogućnost da od nadležnog društvenog (javnog, državnog) organa zahteva određene socijalne prestacije radi obezbeđenja svoje socijalne sigurnosti. U objektivnom smislu, socijalno pravo reprezentuje pak skup pravnih normi i pravila - heteronomnih i autonomnih - kojim se regulišu odnosi između titulara prava, koji se nalaze u stanju socijalne potrebe, i određenih društvenih subjekata, koji sprovode socijalno osiguranje i socijalnu zaštitu.

Socijalna zaštita je vid socijalne politike preko koga se sprečavaju uzroci i otklanjanju posledice onih društvenih situacija pojedinca, porodica i društvenih grupa, koje imaju obeležje socijalne ugroženosti, kad postoje ozbiljnije smetnje u socijalnom, fizičkom i psihičkom razvoju pojedinaca, u funkcijama, odnosima i strukturi porodice i javljaju se socijalni problemi (M. Milosavljević). Predmet socijalne politike je ona svesna i slobodna delatnost, koju obično nazivamo socijalna zaštita u širem smislu, tj. zaštita lica pogodenih socijalnom nezgodom (riziku, slučajem), bez obzira na metode zaštite, oblike zaštite, organizaciju i sredstva zaštite. Socijalna zaštita kao predmet socijalne politike sastoји se u stvaranju uslova za život i napredovanje u životu onim članovima društvene zajednice koji, bez svoje krivice, nisu u stanju da sami sebi te uslove ostvare (M. Stupar). U krajnjoj instanci, socijalna zaštita, kao vid socijalne politike, oblik je socijalnog obezbeđenja kojim radni ljudi i građani u svim društvenim strukturama, na načelima humanizma, solidarnosti, uzajamnosti i samopomoći, povodom činjenice postojanja životnih teškoca (socijalni slučaj) kao dovoljnih uslova, ostvaruju svoju ekonomsku i socijalnu sigurnost (D. Lakićević).

Socijalno osiguranje je oblast socijalne politike kojim se radnicima i članovima njihovih porodica garantuje materijalno obezbeđenje i zdravstvena zaštia za slučajeve bolesti, invalidnosti, starosti, smrti i nezaposlenosti, na načelima uzajamnosti i solidarnosti. To, pak, po prof. Lakićeviću, znači: (1) da je socijalno osiguranje oblast socijalne politike, koje se neposredno okupira životnim i radnim uslovima ljudi, (2) da je korisnik socijalnog osiguranja radnik - osiguranik sa članovima svoje porodice, (3) da je socijalno osiguranje ustanovljeno za unapred predviđene osigurane socijalne slučajeve (socijalne rizike) kao što su bolest, invalidnost, starost, smrt i nezaposlenost, (4) da je ustanovljena obaveznost socijalnog osiguranja, kao osnovno načelo, u paraleli sa načelima uzajamnosti, solidarnosti, samopomoći, i (5) da je sadržaj socijalnog osiguranja, ustvari, materijalno obezbeđenje i zdravstvena zaštita osiguranih lica na teret fondova osiguranja (naknade izgubljenog ličnog dohotka za vreme bolesti, odnosno za vreme trudnoće, porođaja, nege deteta i privremene invalidnosti osiguranika, starosne, invalidske i porodične penzije, naknade (renta) za telesno oštećenje, naknade za vreme ospozobljavanja za rad, naknade za vreme privremene nezaposlenosti i drugih naknada). Time se socijalno osiguranje pojavljuje kao osnovni oblik socijalnog obezbeđenja, odnosno socijalne sigurnosti radnih ljudi i članova njihovih porodica.

Socijalno obezbeđenje je vid socijalne politike kojim se garantuje zadovoljavanje osnovnih životnih potreba ljudi, koje izazivaju socijalni slučajevi (rizici), na principu humanizma, oslidarnosti i uzajamnosti (D. Lakićević), odnosno novi izraz za socijalno osiguranje koje se postepeno proširuje i na sve osobe izvan radnog odnosa, tj. na osobe koje obavljaju samostalnu profesionalnu delatnost, tako da preraste u opšti sistem društvenog obezbeđenja građana (A. Baltić i M. Despotović).

2. UPRAVLJANJE FINANSIJAMA SOCIJALNOG OSIGURANJA

Zdravstvena zaštita, penzijsko osiguranje, invaliditet rada i nezaposlenost jesu okosnica sistema finansiranja socijalnog osiguranja u gotovo svim zemljama savremenog sveta. Sistem finansiranja socijalnog osiguranja, kao takav, deo je globalnog sistema javnog finansiranja, kakav inače egzistira i funkcioniše u svim zemljama OECD. Kao struktturna komponenta javne delatnosti države, odnosno javnog finansiranja, socijalne potrebe, koje se zadovoljavaju uslugama socijalnih ustanova ai sredstvima javnih službi, alimentiraju se na različite načine: budžetski ili fondovski model finansiranja sa doprinosima ili porezima. U finansijskoj praksi ipak preovlađuje sistem kotizacija za socijalno osiguranje, mada u pojedinim zemljama dominiraju tzv. javne kontribucije.

U gotovo sivm zemljama EU dominiraju socijalne kotizacije u vidu doprinosa za socijalno osiguranje, izuzev Danske u kojoj pretežu javne kontribucije u vidu poreza. Kotizacije poslodavaca jesu dominantan oblik finansiranja socijalnog osiguranja u Italiji i Francuskoj, buduci da se 52,853% participiraju u strukturi tzv. socijalnih resursa. Nemačka sa koeficijentom od 40,2% prati Italiju i Francusku. U Holandiji pretežu kotizacije zaposlenih (sa 36,8% u strukturi finansijskih

sredstava socijalnog osiguranja), koje su u Danskoj gotovo zanemarljive (3,7%). Javne kotizacije u vidu opštih poreza sa 43,4% opredeljuju strukturu finansijskog potencijala socijalnog osiguranja u V. Britaniji. Javne kontribucije centralno mesto zauzimaju jedino u Danskoj, pošto sa 81,5% preraspodeljuju sredstva socijalnog osiguranja.

STRUKTURA FINANSIRANJA SOCIJALNOG OSIGURANJA

Zemlje EU	Kotizacije poslodavaca	Kotizacije zaposlenih	Javne kontribucije	Ostalo	Ukupno
Italija	53,3	13,9	30,6	2,2	100,0
Francuska	52,8	23,6	20,5	3,1	100,0
Nemačka	40,2	29,6	26,8	3,4	100,0
V. Britanija	31,8	15,9	43,4	8,9	100,0
Holandija	31,1	36,8	18,6	13,5	100,0
Danska	10,4	3,7	81,5	4,4	100,0

Napomena: Podaci su dati u % za 1984. godinu.

Izvor: OECD, La reforme des regimes publique de pension. Paris, oktobar 1988, str. 22.

Finansiranje režima socijalnog osiguranja je, generalno posmatrano, osigurano kotizacijama zaposlenih i poslodavaca (po osnovu nadnica ili poreza). U Francuskoj se sistem socijalnog osiguranja sa 90% alimentira kotizacijama (26% zaposleni radnici i 64% poslodavci).⁴ Danas, kotizacije (doprinosi) za socijalno osiguranje (bolesni i stari), uključujući i familijarne alokacije i socijalne prestacije (nezaposleni, socijalno nezbrinuti), dostižu stopu od 46% od nadnica.⁵ Ovakav trend rasta najviše je uslovjen rastućim trendom troškova penzijskog osiguranja, naročito po osnovu različitog obračuna penzija u zemljama EU.

U zemljama EU penzije se računaju na osnovu sledeće formule:⁶

$$P = c \cdot n \cdot s$$

gde su: P penzija (nivo), c koeficijent (oficijelni), n broj godina uplata kotizacija i s nadnica za obračun penzije. Ovi „simboli“ u pojedinim zemljama iznose: (a) u Francuskoj: S = prosečna nadnica za 10 poslednjih godina, n = 37,5 godina i c = 1,33%; (b) u Italiji: S = nadnica u toku 5 poslednjih godina, n = 40 godina, i c = 2%, (c) u Belgiji: S = prosečna nadnica za sve godine aktivnog života, n = 45 godina i c = 1,33% za neoženjene i c = 1,66% za oženjene penzionere, i (d) u V. Britaniji: S = prosečna nadnica za sve godine aktivnog perioda, n = 40 godina i c = 1,5% godišnje.⁷ Takav relativno „rasteglijiv“ mehanizam kalkulacije penzija faktički je doprineo rastućem trendu kotizacije za socijalno osiguranje i poslodavaca i zaposlenih u strukturi ukupnih poreskih prihoda zemalja OECD.

Tokom 80-tih godina u strukturi poreskih prihoda progresirali su doprinosi za socijalno osiguranje, koje Plaćaju poslodavci, od 8,9% u Irskoj do 32,1% u Francuskoj (9,6% u V. Britaniji, 10% u Kanadi, 15,6% u Japanu, 17,3% u SAD, 19,1% u Nemačkoj, 25,2% u Italiji i 27,4% u Švedskoj). U strukturi ukupnih poreskih prihoda povećano je učešće doprinosa za socijalno osiguranje, koje plaćaju

⁴ G. Dorion i A. Guionnet, La securite sociale, P. U. F., paris. 1989. str. 81.

⁵ Ibid, str. 87.

⁶ A. Lauret, Les systemes de pension, Futuribles, oktobar 1985.

⁷ F. X. A. Jibon i D. Kessler, Un systeme de retraite europeen: nre utopie realisable, Revue française des Affaires sociales, novembar 1989.

zaposleni, i to od 1,0% u Švedskoj do 24,8% u Holandiji (4,7% u Kanadi, 5,2% u Irskoj, 8,8% u V. Britaniji, 10,1% u Italiji, 12,5% u SAD, 14,4% u Japanu, 15,6% u Francuskoj, 16,4% u Belgiji i 18,2% u Nemačkoj). Sistem zapadnoevropskog socijalnog osiguranja uglavnom se dekomponuje na tri grane, i to: (1) osiguranje bolesnih ili za slučaj bolesti (*l'assurance maladie*), (2) osiguranje od nesreće (*l'assurance accident*), (3) osiguranje starosti (*l'assurance chamage*).⁸ Socijalno osiguranje, npr. u Nemačkoj i Francuskoj, stupa na scenu automatski čim nastupi jedan od osiguranih slučajeva. Sada je to praksa u gotovo svim zemljama Evropske unije.

MEĐUNARODNI PREGLED Procentualno učešće taksi u ukupnim prihodima

Zemlje	Godine	Korpo racija	Poslo davaca*	Zapos lenih **	Fizičkih lica***	Takse na dobra i usluge	Takse na imo vinu	Ukupni prihodi od taksi u % od GNP/ GDP
Irška	1965	9,1	3,3	3,2	16,7	52,7	15,1	24,5
	1970	8,8	4,5	3,8	18,3	52,4	12,2	30,7
	1975	4,8	8,2	5,6	25,2	45,5	9,7	31,5
	1980	4,5	9,6	4,9	32,0	43,7	5,3	36,1
	1985 ****	3,2	9,0	5,3	33,4	44,5	3,8	44,2
	1986 ****	3,5	9,2	5,1	34,5	43,8	3,9	44,0
	1987 ****	3,3	8,9	5,2	36,2	41,8	4,6	43,8
	1987	10,5	9,6	8,8	26,8	31,3	13,1	38,0
V.Britanija	1987	5,1	32,1	15,6	13,0	29,4	4,8	44,7
Nemačka	1987	4,9	19,1	18,2	29,0	25,5	3,2	37,6
Italija	1987	9,7	25,2	10,1	27,4	25,1	3,2	40,2
SAD	1986	7,0	17,3	12,5	35,4	17,5	10,3	28,9
Kanada	1987	7,9	10,0	4,7	38,8	28,3	9,5	33,0
Japan	1986	20,7	15,6	14,4	25,1	13,4	10,9	28,9
Belgija	1986	6,6	17,4	16,4	33,7	24,0	1,9	45,4
Holandija	1987	7,9	17,2	24,8	20,0	26,4	3,7	47,3
Švedska	1985	4,5	27,4	1,0	37,0	24,3	5,8	55,8 1

* Doprinos socijalnog osiguranja poslodavaca, plus takse po platnom spisku za periodod 1965 do 1980

** Uključiv kontribucije zaposlenih u Plaćanjima za socijalno osiguranje

*** Uključiv nameti mladim poslodavcima, privremeno u procentu od 1% na dohodak i depozite

**** Depatman za Finansije; Takse lokalnih vlasti na komercijalnu imovinu su obuhvacene su u taksama na ukupnu imovinu.

Izvor: Statistika prihoda zemalja članica OECD; OECD Sekretarijat i Departman za Finansije

Sistem socijalnog osiguranja fiansira se kotizacijama zaposlenih i poslodavaca i direktnim kontribucijama države. Jedino doprinosi u slučaju nesreće na radu isključivo padaju na teret poslodavca. Država pokriva javne deficitne socijalnog osiguranja, naročito ako su posledica rastućih troškova socijalno osiguranog osiguranja u slučaju povećanih penzija i povećane zaštite nezaposlenih. No, ukupni rashodi ustanova socijalnog osiguranja rastu svuda, i apsolutno i relativno. Rast ovih troškova je naročito evidentan u toku 70-tih i 80-tih godina u gotovo svim zemljama OECD. Samo u Nemačkoj, (u 1988. godini), troškovi socijalnog osiguranja su dostigli frapantnu sumu od 394 milijarde maraka, što predstavlja 18,6% od društvenog proizvoda. Doduše, ovaj porast troškova rezultat je povećanih izdataka zdravstva posle sprovedene reforme finansiranja bolница u 1985. godini.

⁸ BIT, Securite sociale: Quelle méthodes de financement? Une analyse internationale, Geneve, 1983.

SISTEM SOCIJALNOG OSIGURANJA: PRIHODII RASHODI U milijardama nemačkih maraka

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Starosno osiguranje							
Prihodi *	138,7	139,1	143,7	155,8	164,7	163,1	171,5
Kotizacije	125,0	123,7	132,8	141,5	149,9	151,9	157,6
Međusektorski transferi	11,5	13,8	9,4	12,9	13,4	9,8	12,4
Izdaci (Rashodi) **	171,2	176,8	181,4	188,7	192,8	196,2	
Saldo	32,5	37,6	37,7	33,0	28,1	33,1	36,4
Zdravstveno osiguranje							
Prihodi *	99,7	101,5	104,3	110,9	117,8	124,3	131,9
Kotizacije	96,8	98,7	101,1	108,0	115,0	121,5	129,1
Međusektorski transferi	1,0	1,0	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3
Izdaci (Rashodi) **	98,2	101,8	109,6	115,1	120,6	125,8	132,8
Saldo	1,6	0,2	5,3	4,2	2,8	1,5	1,0
Osiguranje od nesreća							
Prihodi *	11,6	11,6	11,9	12,0	12,4	12,8	13,3
Kotizacije	26,4	30,7	32,3	30,7	30,6	33,9	25,0
Međusektorski transferi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0 1
Izdaci (rashodi)**	32,8	32,4	29,0	29,6	31,5	35,7	40,4
Saldo	6,2	1,4	3,7	1,7	0,4	1,4	5,1
Druga osiguranja							
Prihodi*	9,0	9,3	9,6	10,4		11,2	11,4
Kotizacije	6,2	6,5	6,6	7,1	7,5	7,8	8,1
Rashodi**	10,2	10,9	11,1	11,8	12,4	13,1	13,8
Saldo	1,2	1,6	1,6	1,4	1,6	2,0	2,4
Ukupno (konsolidovano)							
Prihodi*	273,1		291,5	306,1	322,1	334,6	349,5
Izdaci (Rashodi)**	311,2	318,4				372,4	
Neto saldo, van transfera države	38,1	40,7	40,6	36,9	32,8	37,8	44,5
Ukupno							
Starosno osiguranje	32,1	32,5	34,1	35,5	35,4	37,4	39,4
Osiguranje od bolesti	2,6	2,3	2,1	2,1	2,0	1,7	1,8
Osiguranje od nesreće	0,7	0,7	0,7	0,9	0,9	0,9	0,9
Osiguranje od nezaposlenosti	7,4	2,0	0,4	0,5	0,4	0,5	1,4
Ostala osiguranja	3,1	3,1	3,0	3,1	3,4	3,5	3,6
Saldo neto finansiranja sistema soc. osiguranja	7,8	0,1	0,3	5,1	9,2	6,3	3,1
Za raspravu: Javni transferi u % od BDP	2,9	2,4	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2

* Osim transfera javnog sektora

** Uključiv transferi unutar sistema socijalnog osiguranja

Izvor: Savezno ministarstvo zarad i socijalne poslove

Finansiranje sistema socijalne zaštite, fundirano na principu osiguranja i solidarnosti, sa 80% od ukupnih prihoda oslanja se na tzv. socijalne kotizacije. Tako model finansiranja poskupljuje radnu snagu preko doprinosa zaposlenih i povećava troškove poslovanja preko doprinosa poslodavca. U ekonomiji takva situacija može konstituisati jedan izuzetno rizičan element u budućoj evoluciji konkurentne kompetitivnosti proizvodnog sistema i funkcionisanja tržišta radne snage. Rastući tzv. coin fiscal tokom 70-tih i 80-tih godina već se „oseća“ na odnose ponude i tražnje radne snage, bilo preko substitucije radne snage novom tehnikom, bilo preko poreske erozije i rada na crno. Kotizacije za socijalno osiguranje (doprinosi), u krajnjoj instanci, konvertovale su se u elemenat distorzije u alokaciji resursa.

NIVO I STRUKTURA OBAVEZNIH DAVANJA U NEKIM ZEMLJAMA OECD U 1985

Zemlje	OD	KP	KZ	PPFL	PR	PDU	PI	Drugo
	BDP	OD						
Nemačka	37,8	19,0	15,8	28,7	6,1	25,6	3,0	1,0
Belgija	46,9	17,6	12,8	4,1	6,4	24,4	1,7	3,0
Kanada	33,1	8,5	4,7	35,5	8,2	31,5	9,5	2,1
Danska	49,2	1,9	1,9	50,2	4,8	34,2	4,3	2,7
Španija	28,8	30,9	7,6	22,6	5,5	26,4	2,8	4,2
SAD	29,2	17,3	11,1	35,7	7,1	17,7	10,1	1,0
Francuska	45,6	28,2	12,2	12,7	4,3	29,4	4,6	8,6
Grčka	35,1	14,9	14,1	14,0	2,7	43,3	2,7	8,3
Irska	39,1	9,4	5,3	31,3	3,2	44,5	3,8	2,5
Italija	34,7	24,8	6,8	26,7	9,2	25,4	2,5	4,6
Japan	28,0	15,4	10,7	24,8	21,0	14,0	9,7	4,4
Holandija	45,0	17,5	19,0	19,5	7,0	25,8	3,5	7,7
Portugalija	31,1	14,9	10,2	25,9		42,5	1,9	4,6
V. Britanija	38,1	8,8	8,1	26,0	12,9	31,6	12,0	0,6
Švedska	50,5	23,7		38,5	3,5	26,4	2,3	5,6
Švajcarska	32,1	10,0	10,1	34,8	5,9	18,9	8,2	12,1
Prosek EU	39,5	16,8	10,3	26,5	7,3	31,4	4,0	3,7
Prosek OECD	37,2	13,9	7,9	31,5	8,2	30,1	5,0	3,4

Legenda:

- OD Obavezna davanja
- KP Kotizacije poslodavaca
- KZ Kotizacije zaposlenih
- PPFL Porez na prihode fizičkih lica
- PR Porez na radnju
- PDU Porez na dobra i usluge
- PI Porez na imovinu
- Drugo Važne kotizacije članova samostalnih profesija i porezi na zaposlene i radnu snagu koji nisu obuhvaćeni rashodima za socijalnu zaštitu

Izvor: Statistika javnih prihoda zemalja članica OECD, Paris, 1987.

Finansiranje sistema socijalne zaštite inkorporira tri izvora sredstava, i to (1) socijalne kotizacije (doprinosi), koje plaćaju i poslodavci i zaposleni, (2) porezi i takse (na automobile, duvan, alkohol i dr.) i (3) javne kontribucije iz budžeta.⁹ Najznačajnije su, svakako, kotizacije za socijalno osiguranje u vidu tzv. obaveznih doprinosa poslodavaca i radnika.

Kotizacije za socijalno osiguranje, koje plaćaju poslodavci, u strukturi ukupnih poreskih prihoda variraju od 1,9% u Danskoj do 30,9% u Španiji (8,8% u V. Britaniji, 10,0% u Švajcarskoj, 15,4% u Japanu, 17,3% u SAD, 19,0% u Nemačkoj, 23,7% u Švedskoj, 24,8% Italiji i 28,2% u Francuskoj), dok socijalne kotizacije, koje Plaćaju zaposleni u strukturi poreskih prihoda osciliraju između 1,9% u Danskoj i 19,0% u Holandiji (4,7% u Kanadi, 6,8% u Italiji, 8,1% u V. Britaniji, 10,7% u Japanu, 11,1% u SAD, 12,2% u Francuskoj, 14,1% u Grčkoj i 15,8% u Nemačkoj). To su, konačno, i socijalne kotizacije slobodnih i nezavisnih profesija i porezi na nadnice i na radnu snagu, koji nisu uključeni u sistem socijalne zaštite. Ovi tzv. namenski doprinosi u ukupnim poreskim prihodima kreću se od

⁹ Vidi: A. Euzeby, les cotisations sociétales en France: problèmes et perspectives, Droit social, decembar 1987.

0,6% u V. Britaniji do 12,1% u Švajcarskoj (1,0% SAD, 1,8% u Nemačkoj, 2,7% u Danskoj, 3,0% u Belgiji, 4,4% u Japanu, 5,6% u Švedskoj, 7,7% u Holandiji i 8,6% u Francuskoj). Finansijski trendovi socijalnog osiguranja industrijskih zemalja odrazili su se na mehanizme finansiranja socijalnog osiguranja zemalja u razvoju. Ove zemlje, naročito od 80-tih godina (verovatno pod uticajem MMF), gotovo u stopu pomodno prate ustrojstvo finansijskog mehanizma industrijski razvijenih zemalja i „šemu“ svode na to da li preteže budžetsko ili fondovsko finansiranje i da li u strukturi prihoda dominiraju porezi ili doprinosi.¹⁰

Razlike su relativno značajnije jedino kada se pređe na finansiranje socijalnog osiguranja bivših i sadašnjih socijalističkih zemalja. No, sa započetom „perestrojkom“ privrednog i finansijskog sistema modifikuje se i koncept finansiranja socijalnog osiguranja, koji se manjeviše uskladjuje sa novoinagurisanim modelima finansiranja socijalnog osiguranja zemalja OECD u postreformskom periodu s kraja 80-tih i početkom 90-tih godina. U tom kontekstu, prednjačile su Mađarska i Poljska, pa čak i bivša Istočna Nemačka, koja je faktički pripojena tadašnjoj Zapadnoj Nemačkoj. Reformske intencije sledio je i bivši SSSR, koji je na socijalne potrebe u širem smislu reči (dakle sa uključivanjem kulturnoprosvetne delatnosti i naučne delatnosti) izdvajao 27% nacionalnog dohotka. Međutim, sadašnje socijalističke zemlje, a u prvom redu Kina, Kuba, Vijetnam i Albanija, pomno čuvaju nasleđene birokratizovane načine finansiranja socijalnih potreba, pa, prema tome, i socijalnog osiguranja. Jedino je tadašnja Jugoslavija, doduše regionalno (pojedine republike), krenula u reformu sistema finansiranja socijalnog osiguranja transformaicjom tzv. „sizova“ invalidskopenzijskog osiguranja, zdravstvenog osiguranja, dečjeg dodatka i dečje zaštite, socijalne zaštite i zapošljavanja, i napuštanjem tzv. slobodne razmene rada. Povratak fondovskom finansiranju socijalnih delatnosti sa budžetskim dotacijama i subvencijama DPZ za odgovarajuće socijalne potrebe, i uz zadržavanje doprinosa za socijalno osiguranje reflektuje inovirani finansijski mehanizam.

Inovirani finansijski mehanizam socijalnog osiguranja bio je imperativ trenutka koji je, uz to, nalagao kresanje troškova socijalnih delatnosti, a u prvom redu rashoda tzv. interesnih zajednica penzijskoinvalidskog i zdravstvenog osiguranja, koje se, od 1987. godine pa se do današnjih dana, i deficitamo finansiraju. Rashodi interesnih zajednica invalidskopenzijskog i zdravstvenog osiguranja u 1987. godini već su dostigli nivo od 16,0% nacionalnog dohotka i za 4,67% su prevazišli obim finansijskih sredstava namenjenih ovim socijalnim oblastima. Gotovo 5% troškova socijalnog osiguranja deficitarno se finansiralo sa brojnim negativnim implikacijama, što je i nalagalo reformisanje sistema društvenog finansiranja socijalnih potreba, odnosno socijalnih delatnosti.

¹⁰ B. Majnani d'Intignato, La maitrise des depences de sante dans les pays de l'OCDE et de l'est, Problèmes économiques, No 2. 254, od 18. decembra 1991. st. 1525.

KONTRIBUCIJE ZA SOCIJALNO OSIGURANJE U PROCENTU OD BDP

Zemlja	1970	1975	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
A. Ukupno:											
Luksemburg	8,6	11,6	12,0	12,0	11,5	11,7	11,2	11,2	11,1	11,4	10,9 1
Francuska	12,7	15,0	17,8	17,8	18,3	18,9	19,2	19,3	18,9	19,2	19,2
Nemačka	10,0	12,0	13,1	13,3	13,5	13,4	13,6	13,9	14,0	14,1	14,0
Italija	9,9	12,0	11,5	11,4	12,3	12,5	12,0	11,9	12,4	12,4	12,4
V. Britanija	5,6	7,1	7,7	8,0	8,3	8,2	8,3	8,6	8,6	8,7	8,8
Belgija	10,7	13,1	13,2	13,5	13,6	14,1	14,9	15,3	15,5	15,6	15,2
Holandija	13,2	16,8	17,4	18,0	18,9	21,0	20,0	19,9	19,6	20,6	20,4 1
Prosek opterećenja:											
EU	7,8	9,7	10,7	10,9	11,3	11,7	11,6	11,7	11,7	11,9	11,71
OECD*	6,5	8,4	9,4	9,6	9,9	10,1	10,0	10,1	10,2	10,4	10,4 1
B. Poslodavci:											
Luksemburg	4,6	6,4	6,6	6,5	6,2	6,0	6,0	6,0	6,0	6,1	5,8 1
Francuska	9,3	10,8	11,9	11,9	12,1	12,4	12,4	12,5	12,1	12,1	12,0
Nemačka	5,3	6,6	7,0	7,2	7,3	7,1	7,1	7,2	7,2	7,2	7,1
Italija		9,7	8,6	8,6	8,9	8,9	8,5	8,5	8,8	8,7	8,9
V. Britanija	3,0	4,0	4,6	4,7	4,8	4,9	5,0	5,1	5,0	5,0	5,1
Belgija	6,9	8,4	8,4	8,3	7,7	8,0	8,5	9,0	9,1	9,4	9,3
Holandija	6,2	7,7	1 8,2	8,1	8,0	8,3	7,9	8,0	8,1	8,4	8,1
Prosek opterećenja:											
EU	4,6**	6,3***	6,4	6,5	6,5	6,6	6,6	6,7	6,7	6,8	6.7
OECD*	3 7**	5 3***	5,8	5,9	5,9	5,9	5,9	1 5,9	6,1	6,1	6,1

* Osim Islanda, Australije i Novog Zelanda

** Osim Grčke i Italije

*** Osim Grčke

Izvor: OECD, Statistika prihoda zemalja članica OECD za period od 1965-1990.

3. SOCIJALNA POTROŠNJA: UPOREDNA ANALIZA

U industrijski razvijenim zemljama, brojni razlozi su doveli do značajnog rasta rashoda socijalnog osiguranja u strukturi javnih rashoda. Izdaci za isplatu starosnih i porodičnih penzija spadaju u „najjače“ generatore, jer se broj uživalaca penzija povećava kontinuelno iz godine u godinu, a i vremenski period isplata penzija se permanentno produžava. Broj penzionera i produženje života ljudi, dakle, spada u prvorazredne faktore rasta socijalnih izdataka države. Na visinu rashoda socijalnog osiguranja utiče i sve veci i veći broj starih osoba. Analize već ukazuju da će početkom 21. veka oko jedna milijarda stanovnika biti starija od 60 godina.¹¹ A to, nadalje, podrazumeva rešavanje mnogobrojnih problema života na zadovoljavajući način još u toku ovog veka: izgraditi staračke domove, osigurati

¹¹ Dr B. Jelčić, Nauka o finansijama i finansijsko pravo, Informator, Zagreb, 1988, str. 427.

potrebna odeljenja u bolnicama (gerentološki segment), povećati broj medicinskog osoblja, obezbediti odgovarajuću količinu lekova, izgraditi domove penzionera i nove bolnice, itd. Organizovanje i finansiranje zdravstvene zaštite stanovništva, u celini ili delimično od države, takođe značajno utiče na rast socijalnih izdataka društva.

Izgradnja, proširenje i održavanje objekata zdravstvene zaštite jesu skupi poslovi zajednice. Savremena oprema, povećanje medicinskog osoblja i ostalih zdravstvenih radnika, povecanje broja kreveta u bolnicama, apoteka i lečenja u inostranstvu, i rast troškova poslovanja zdravstvenih ustanova doprinose, isto tako, induciraju ras.ta socijalne potrošnje. Konačno, na rast socijalnih izdataka utiću i naknade za vreme porodiljskih odsustva, potpore za vreme privremene nezaposlenosti, zaštitni dodaci penzionerima, dečji dodaci materijalno siromašnjim roditeljima, naknade za bolovanje i za povrede na radu i socijalne pomoći. U savremenoj praksi sreću se brojni oblici socijalne pomoći.¹² Sredstva izdvojena iz budžeta za socijalnu politiku služe za podmirenje potreba porodica sa velikim brojem dece, davanje jednokratne pomoći za izgradnju ustanova socijalne pomoći, zbrinjavanje napuštene dece, obezbeđenje samohranih majki, iznajmljivanje stanova socijalno ugroženim osobama pod povoljnijim uslovima itd.

SOCIJALNA POTROŠNJA U % OD DRUŠTVENOG PROIZVODA

Zemlja	1960	1981
Kanada	12,1	21,5
Francuska	13,4	29,5
Nemačka	20,5	31,5
Italija	16,8	29,1
Japan	8,0	17,5
Velika Britanija	13,9	23,7
SAD	10,9	20,8
Prosek 7 naivеćih	13,7	24,8
Australija	10,2	18,8
Austrija	17,9	27,7
Belgia	17,4	37,6
Danska	-	33,3
Finska	13,2	22,2
Grčka	8,5	13,4
Irska	11,7	28,4
Holandija	16,2	36,1
Novi Zeland	13,0	19,6
Norveška	11,7	27,1
Švedska	15,4	33,4
Švajcarska	7,7	14,9
OECD	13,1	25,6

Izvor: OECD, Social Expenditure Statistics, Paris, 1982.

Od sredine 60-tih do polovine 80-tih godina socijalna potrošnja je beležila rastuci trend u gotovo svim zemljama OECD. U „sedam najvećih zemalja OECD“

¹² Dr B. Jeličić, Nauka o finansijama i finansijsko pravo, Informator, Zagreb, 1988, str. 435436.

socijalna potrošnja je povećala svoje učešće u društvenom proizvodu od 13,7% u 1960. godini na 24,8% u 1981. godini. U ostalim „manjim“ zemljama OECD navedeni „prosek“ je uvećan od 13,1% u 1960. godini na 25,6% u 1981. godini

Pod dejstvom brojnih faktora (društvenih, ekonomskih, socijalnih, finansijskih, političkih, demografskih), socijalni rashodi (kao deo društvenog proizvoda) varirali su od zemlje do zemlje. U 1960. godini, npr., socijalni rashodi su preraspodeljivali društveni proizvod od 7,7% u Švajcarskoj (8,0% u Japanu i 8,5% u Grčkoj) do 20,5% u Nemačkoj (15,4% u Švedskoj, 16,2% u Holandiji i 17,9% u austriji). U 1981. god. slika se menja: redistribucija društvenog groizvoda socijalnom potrošnjom varia između 13,4% u Grčkoj (14,9% u Švajcarskoj i 17,5% u Japanu) i 37,6% u Belgiji (31,5% u Nemačkoj u Švedskoj i 36,1% u Holandiji).

**KOMPONENTE SOCIALNE POTROSNJE U % OD DRUSTVENOG PROIZVODA U
„SEDEM NAJVEĆIH ZEMALJA OECD“**

	1960	1975	1981
Obrazovanje	3,4	5,8	5,7
Zdravstvo	2,5	5,2	5,6
Penzije	4,8	7,3	8,8
Kompenzacije nezaposlenima	0,5	1,1	1,2
Total ovih programa	11,2	19,4	21,3
Total socijalnih rashoda	13,7	23,1	24,8

Izvor: OECD; Socijalnapotrošnja, 1960/1990, 1983., str. 26.

U strukturnoj projekciji izdvajanja iz društvenog proizvoda za pokriće socijalnih troškova, značajno mesto zauzimaju obrazovanje, zdravstvo, penzije i kompenzacije nezaposlenima. Na ove „socijalne programe“ otpada od 11,2% društvenog proizvoda u 1960. godini (preko 19,4% u 1975. godini), do 21,3% u 1981. godini. Ostali oblici socijalne potrošnje (razni oblici socijalne pomoći, porodične alokacije i familiarne prestacije, kao oblici socijalnih transfera domaćinstvima), u preraspodeli društvenog proizvoda „sedam najvećih zemalja OECD“ participiraju od 2,5% u 1960. godini do 3,5% u 1981. godini.

U gotovo svim zemljama EU, socijalno osiguranje je puno „finansijskih problema“. Invalidsko i penzijsko osiguranje već preti da se pretvori u „tempiranu bombu“ u temeljima finansijskog i privrednog sistema. Haos u penzijskom sistemu čine i unose brojni zavodi za socijalno osiguranje (za privatno zaposlene, za zemljoradnike, za trgovce, za državne službenike, za bankarske nameštenike, za inžinjere, za sveštena lica itd.) i glavne, dopunske i bolesničke blagajne osiguranja. To su „nakalemjeni“ i ostali „nerešivi“ problemi: dužina radnog staža, visina penzije u odnosu na platu iz radnog staža, povećanje broja penzionera i invalida rada, jednokratni paušali i otpremnine, veći broj korisnika penzija od onih koji plaćaju doprinose za socijalno osiguranje. Zbog toga su eskalirali troškovi socijalnog osiguranja, čiji deficiti već impliciraju sanacione planove i konsolidaciju javnih konta penzijskog osiguranja. „Takav razvoj događaja“ posledica je „rasipničkog penzijskog troškovnika“ tokom poslednje tri decenije u zemljama OECD.

JAVNIRASHODIZA PENZIJE U PROCENTU OD DRUSTVENOG PROIZVODA

Zemlja	1960	1970	1980	1985
Francuska	6,0	8,5	11,5	12,7
Nemačka	9,7	10,4	12,1	11,8
Kanada	2,8	3,2	4,4	5,4
SAD	4,1	5,2	6,9	7,2
Italija	5,5	8,2	12,0	15,6
Japan	1,3	1,2	4,4	5,3
Velika Britanija	4,0	4,9	6,3	6,7

Izvor: OECD, Propisi o reformi javnih rashoda za penzije, 1988.

U periodu 1960-1985. godine, javni rashodi na ime penzija povečali su svoje učešće u društvenom proizvodu u svim zemljama OECD bez izuzetka i to nezavisno od tempa rasta fiskalnog kapaciteta (per capita društveni proizvod) i od modela finansiranja socijalnog osiguranja. Raspon između koeficijenta opterećenja društvenog proizvoda penzijskim izdacima iz 1960. godine (od 1,3% u Japanu do 9,7% u Nemačkoj) povećao se u 1985. godini, (od 5,3% u Japanu do 15,6% u Italiji), za gotovo dva puta. I prosek se udvostručio (od 5,7% na 9,2%). No, ovaj trend rasta je ekstrapoliran sve do kraja 80-tih godina. U zemljama OECD, rashodi za penzije danas variraju od 7% do 15% društvenog proizvoda.

JAVNI RASHODI ZA PENZIJE U 1988.		GODINI	
Zemlje OECD	Rashodi za penzije u % od društvenog proizvoda	Zemlje OECD	Rashodi za penzije u % 1 od društvenog proizvoda 1
Italija	15,6	Španija	8,6
Francuska	12,7	Danska	8,5
Belgija	12,6	Portugalija	7,2
Nemačka	11,8	V. Britanija	6,7
Grčka	10,7	Irska	5,7
Holandija	10,6	Tadašnja SFRJ	

Izvor: F. X. Albouy i D. Kessler, Evropski sistem penzionisanja: Utopija ostvarivosti, Ekonomski problemi, No 2164/1990. st. 17.

Prezentirani podaci nedvosmisleno, dakle, potvrđuju činjenicu da u zemljama EU učešće javnih rashoda na ime penzija u društvenom proizvodu oscilira između 5,7% u Irskoj i 15,6% u Italiji u 1988. godini, s tendencijom daljeg rasta u 1989. i 1990. godini.

Sistem socijalnog osiguranja pokriva brojne rizike od bolesti, preko starosti, do nezaposlenosti u vidu (a) socijalnih prestacija, koje konstituišu efektivne transfere destinirane domaćinstvima, (b) prestacija za socijalne usluge koje korespondiraju besplatnim ili kvazibesplatnim uslugama u bolnicama i dispanzerima, i (c) fiskalnih prestacija koje se karakterišu redukcijama ili agromeracijama poreza u zavisnosti od stepena rizika.¹³ Kada su u pitanju pokrića tereta troškova zdravstva, koji padaju na teret javne administracije, valja naglasiti da je u 80tim godinama došlo do „preokreta“ u politici pokrića troškova bolničke i ambulantske zaštite i farmaceutskih proizvoda.

¹³ Uporedi: G. Lescure i D. StraussKohn, Pour une réforme de prélevement social, Droit social 4/83. Kada su u pitanju pokrića tereta troškova zdravstva koji padaju na teret javne administracije, valja naglasiti da je u 80tim godinama došlo do „preokreta“ u politici pokrića troškova bolničke i ambulantske zaštite i farmaceutskih proizvoda.

Prezentiani podaci nedvosmisleno potvrđuju „činjenično stanje zaokreta“ u pokriću troškova bolničke i ambulantske zaštite i lekova. Procenat pokrića troškova bolničke zaštite i nege sredstvima javne administracije u 1986. godini kretao se od 55,0% u SAD do 99,0% u V. Britaniji; dok je procenat pokrića troškova ambulantske zaštite i nege sredstvima javne administracije varirao između 56,0% u SAD i 88,0% u V. Britaniji. Troškovi lekova, pak, pokrívaju se sredstvima javne administracije od 56,4% u Nemačkoj do 93,0% u V. Britaniji. Podaci, prema tome, razotkrivaju činjenicu sve većih participacija građana u korišćenju medicinskih usluga i tržišta lekova, farmaceutskih proizvoda i medicinskih pomagala. U pitanju je, dakle, eskalacija samofinansirajućeg trenda u ekonomiji zdravstvene delatnosti pod dejstvom privrednih poteškota u zemljama OECD.

POKRIĆEI ZAHVATANJA NA TERET IZDATAKA ZA ZDRAVSTVO u procentima

Zemlja	Bolnička nega				Ambulantna nega				Medicinska nega			
	1960**	1970	1980	1986	1960**	1970	1980	1986	1960**	1970	1980	1986
Pokrice izdataka za zdravstvo*												
Francuska	85,0	96,0	99,0	99,0	85,0	96,0	99,0	99,0	85,0	96,0	99,0	99,01
[Nemačka]	86,0	93,0	91,0	92,2	87,0	90,0	90,3	92,2	87,0	90,0	90,3	92,2
Kanada	68,0	100,0	100,0	100,0	2,0	95,0	100,0	100,0	5,0	6,0	33,0	34,0
Italija	87,0	93,0	100,0	100,0	87,0	93,0	100,0	100,0	81,0	93,0	100,0	100,0
SAD	22,0	40,0	42,0	43,0	6,0	24,0	42,0	43,0	3,0	9,0	10,0	10,0
Japan	99,0	100,0	100,0	100,0	99,0	100,0	100,0	100,0	96,0	100,0	100,0	100,0
Zahvatanje na teret izdataka za zdravstvo***												
Francuska	85,0	91,0	92,0	92,4	60,0	58,0	66,3	63,2	60,0	70,0	61,9	63,61
Nemačka	66,0	77,0	98,0	97,0	83,0	83,0	84,0	85,0	40,0	60,0	60,0	56,4
Kanada	72,0	94,0	92,0	91,0	59,0	71,9	72,8					
Italija	96,0	93,0	91,4	87,4	71,0	70,0	83,3	77,4	68,0	90,0	70,8	62,9
SAD	41,0	53,0	54,0	55,0	18,0	42,0	55,0	56,0	65,0	90,0	90,0	90,0
Japan	79,0	81,0	83,7	93,0	79,0	81,0	86,5	84,9	79,0	81,0	89,0	85,0
V. Britanija	98,0	99,0	99,0	99,0		90,0	90,0	88,0	87,0	91,0	93,0	93,0

* Procenat populacije koja koristi negu na teret izdataka prikupljenih od administracije

** 1961 za Japam

*** Procenat izdataka finansiranih iz javnih fondova

Izvor: OECD, Zdravlje u ciframa 1960-1983., 1985. i procene Sekretarijata OECD.

Teška vremena opterećena ekonomskom krizom, inflacijom i nezaposlenošću, nametnula su politiku racionalizacije troškova socijalnog osiguranja tokom 80-tih godina, koja je ekstrapotirana i na 90te godine. Politika usporavanja relativnog rasta socijalnih izdataaka bazira se na kontroli troškova zdravstvene zaštite, na blokiranju medicinske potrošnje i rasta cena lekovima, na promeni finansiranja bolnica (prelazak sa cene po danu na globalne dotacije), na racionalisanju rembursmana, na reviziji sistema indeksacije u režimu penzijskog osiguranja, na kresanju socijalnih transfera domaćinstvima, na postepenom eliminisanju favorizujućih uslova za prevremeneni odlazak u penziju, na usporavanju rasta socijalnih pomoći i na blokiranju rasta socijalnih potpora nezaposlenima. Takav zaokret je prisutan u svim industrijskim zemljama OECD, pa i u gotovo identičnom vidu u svim zemljama bivšeg SEV na čelu sa Rusijom.

4. UPRAVLJANJE SOCIJALNIM TROŠKOVIMA

“Ukoliko novac ne stigne do sirotinje“ predstavlja važnu socijalnu opomenu politici prilagođavanja. Sve lošija socijalna slika (i siromašenje), međutim, ima svoja ekonomski uporišta. Stabilizacioni programi: od ortodoksnih preko heterodoksnih do neortodoksnih miksova, ne trpe previše pohvala sa stanovišta socijalne reoperacije. Svi makrostabilizacioni programi odnosili su se na monetarnu i fiskalnu politiku, kao prve runde stabilizacionih zahteva. Preporučenim potezima trebalo je skresati budžetske deficite, uvecati poreske prihode i inflaciju staviti pod kontrolu. Apresijacija valute vezivanjem za dolar trebalo je da otvori drugu tranšu strukturnih programa. Oni su, pak, sa svoje strane povlačili trgovinsku liberalizaciju, deregulaciju i privatizaciju. Isti paket preporučivali su i međunarodne institucije, i regionalne organizacije, i nacionalni konsultanti, i još uvek niko ne sumnja u delotvornost svoga leka (osim što se njihovi pacijenti koprcaju i što su troškovi visoki).

U programima, proces socijalnog prilagođavanja praktično nigde nije ni otpočeo. Inače, sam proces nije ni usmeravan niti koordiniran. Otuda i potiču ozbiljna upozorenja, jer je socijalna cena troškova već sprovedenog i predstojećeg procesa prilagođavanja iznenadjuće visoka. To, ipak, pokazuje da socijalna dimenzija tranzitornih procesa ni u jednom od viđenih stabilizacionih i strukturnih programa nije strogo ekonomski shvaćena. Socijalno prilagođavanje posmatra se kao stavka koja podleže procesu rekonsideracije, tek kada se svi prethodni potezi povuku. Smatralo se da će se socijalno prilagođavanje obaviti u hodu, uz poresku i investicionu politiku, koje treba da povuku „lokomotivu razvoja“. Ali, to je bila pogrešna ekonomski kalkulacija, koja „operaciju posle“ baca u vodu. Upozorenje na neophodnost hitnog građenja socijalnih institucija, socijalne infrastrukture i socijalnih programa stiže, međutim, dosta kasno (pošto povratak kapitala ne zaobilazi siromašne).

SOCIJALNITROŠKOVIU % OD DRUŠTVENOG PROIZVODA

Zemlje	1985	1990
Argentina	2.1	2.3
Bolivija	2.8	3.1
Brazil	5.4	5.6
Čile	6.0	5.7
Kolumbija	7.7	6.0
Meksiko	3.7	2.3
Peru	4.0	3.3
Venecuela	6.4	6.3

Izvor: Ekonomski politika, br. 2.138, od 22. marta 1993, str. 42.

Latinoamerička i istočnoevropska iskustva već upozoravaju savremeni svet, međunarodne institucije, krupni kapital i tvorce makroekonomskih programa prilagođavanja, na značaj socijalnih tema. Socijalni menadžment je empirijski apsolviran: društveni proizvod pada, broj nezaposlenih se povecava, zarade zaposlenih su sve nedovoljnije, pomoći nezaposlenima više nema. Loša socijalna situacija sve se više pogoršava uvođenjem mera prilagođavanja. Implantacije prvih

mera prilagođavanja u latinoameričkim i istočnoevropskim zemljama prepolovile su prosek nadnica, prosek potrošnje po stanovniku i socijalna davanja, koji su, kao najpouzdaniji socijalni indikatori, prestali da postoje.

Narasli troškovi socijalne politike postaju sve više važan indikator socijalnih tenzija, koji opterećuje program prilagođavanja. Poreska politika, od koje se mnogo očekivalo, nije dala nikakve efekte. Ona se i dalje vrti u ekvilibrijumu smanjenja javnih troškova (ingerencija države) i povećanja poreskih prihoda (ingerencija vlade). Valjalo je obe fiskalne operacije izvesti u uslovima narastanja socijalnog siromašenja i drsko nepopularnih mera oporezivanja onih koji imaju.¹⁴

Neravnomerni raspored troškova reforme je očigledan. Takav raspored, po pravilu, obara na pleča demokratski uspostavljen društveni konsenzus između radnika, poslodavaca i sindikata, bez obzira na snagu „pakta solidarnosti“. Tada je bespredmetno i mahanje modelom EU. Socijalni ispit u programima prilagođavanja može se položiti u zavisnosti od uspeha „podizanja siromašnih“ i od ulaska kapitala. To su ključne poluge za socijalnu perspektivu, kojoj se sada pridodaje i još jedan važan faktor reformske rizičnosti vreme. To se ističe zbog toga što je za svaki stepenik strukturnog prilagođavanja neophodan određeni protok vremena, koji se uzima u razmaku od 2 do 4 godine. No, neizvesno putovanje u reformu implicira i protok vremena od 3 do 5 godina za podizanje nivoa društvenog proizvoda na predreformski nivo, odnosno 5 do 7 godina za podizanje životnog i društvenog standarda na nivo iz destabilizacionog perioda.

U današnjem savremenom svetu nije retka pojava da radnici dobijaju povišice nadnica kao kompenzaciju za povećana poreska opterećenja. Zapravo, inkorporisani posredni porezi i cene iznudili su rekompenzaciju u povećanim nadnicama. Čak su i socijalni transferi u ekspanziji, radi rekompenzacije povećanih troškova života koji su rezultat povećanog uključivanja poreza na promet u tržišne cene roba i usluga finalne lične potrošnje.¹⁵ U poslednje vreme evidentni su i zahtevi za kompenzovanjem eskaliranog poreza na dohodak. Ekonomski transferi (premije, regresi, kompenzacije, supsidije i refakcije) zapravo su reduktor bruto fiskalnog opterećenja i mera obaranja već prevaziđene gornje granice poreskog pritiska, u funkciji podsticanja radnog produktiviteta i akumulacije, ujednačavanja uslova privredovanja, poboljšanja spoljnoekonomske konkurentnosti, harmonizovanja strukturnog i regionalnog privrednog razvoja, itd.

Međutim, sa navedenim problemom valja povezati pitanje socijalnih prelevmana koji po pravilu uvećavaju troškove preduzeća i smanjuju profit, budući da polovinu doprinosa (50%) plaćaju poslodavci kotizacije poslodavaca, sa 12,5% u 1970. godini na 16,5% u 1985. godini, od ukupnog tereta nadnica (brutodohodak od rada zaposlenih)., Pored toga, socijalne kotizacije smanjuju rentabilitet potencijala proizvodnje i primoravaju poslodavce da reduciraju potrebe za radom (otpuštanjem radne snage) u korist nove tehnologije koja supstituiše živi rad, nezavisno od ukupnog stanja nezaposlenosti. Doprinosi za socijalno osiguranje redukuju spoljnoekonomsku konkurentnost, pošto se „nasaduju“ na relativno

¹⁴ World Bank, Social Indicator of Development, 1991/1992, Washington, 1992.

¹⁵ Socijalni transferi u formi socijalnih potpora u eskalaciji su i usled rasta broja nezaposlenih u razvijenim industrijskim zemljama u recessionom periodu, koji traje od 1973. godine.

visoke troškove rada (nadnica i najamnine). Konačno, socijalni prelevmani, u kolaboraciji sa relativno visokom poreskom presijom, defavorizuju privredi rast redukcijom akumulacije za finansiranje budućih investicija sa retroaktivnim bumerangom na tarifne akorde.¹⁶

**STRUKTURA OBAVEZNIH UZIMANJA UNAPRED U 1987: MEDUNARODNI
PREGLED U % OD FISKALNIH PRIHODA**

	Francuska	Nemačka	Kanada	SAD	Italija	Japan	Velika Britanija	Prosek EU
Kotizacije za socijalnu U tome:	43,0	37,3	13,3	28,8	34,3	28,6	18,11	29,2
<hr/>								
Poslodavci	27,2	19,1	8,5	16,6	24,1	14,8	9,4	
Zaposleni	12,3	4,6	16,1	11,1	6,7	10,2	8,3	
Samostalne profesije i Nezaposleni	3,5	2,1	0,2	1,1	24,0	3,6	9,4	
Porez na profit	12,7	29,0	38,7	35,2	10,5	24,0	26,6	26,3
Porez na zadruge	5,2	5,0	8,0	8,1	0,5	22,9	10,6	7,4
Porez na zarade	1,9				2,6			0,5
Porez na imovinu	4,7	3,2	9,2	10,2	26,4	11,2	13,2	4,5
Porez na dobra I usluge	29,3	25,4	28,9	16,7	14,6	12,9 i	31,4	32,5
<hr/>								
U tome:								
Generalni porezi	19,5	15,7	14,1	7,4	14,6		16,1	18,01
Porezi na određena dobra I usluge	8,9	8,6	11,2	7,2	10,3	11,1	13,6	13,1
U tome: akcize	6,4	6,5	6,4	5,0	7,1	9,6	11,1	
Ostali porezi	3,1		1,3					0,4 1
Ukupno	100	100	100	100	100	100	100	100

Izvor: StatistikajavnihprihodazemaljačlanicaOECD, 19651988, 1989.

Ako poreze na zarade i doprinose za socijalno osiguranje tretiramo kao oduzimanje od plate, onda radnici kroz fiskalnu istoriju bivaju sve opterećeniji. Razlike u opterećenju radnika u zemljama OECD-a su evidentne, ali se vremenom smanjuju. Ove razlike su evidentne i kod udela poslodavaca u doprinosima za socijalno osiguranje, koji su rasli čak i brže nego udeli zaposlenih. Samim tim, fiskalni pritisak preko doprinosova poslodavaca za socijalno osiguranje radnika oseća se kao trošak za preduzeće. A to je onda potrebno povezati sa socijalnim transferima, jer je politika socijalnih transfera, ustvari, politička verzija raspodele prihoda, a ne ekonomска osnova programirane socijalne politike. Stoga, socijalne transfere treba priključiti politici socijalnog osiguranja tako da politiku alokacije i distribucije obavljuju javni fondovi bez budžetskog posredništva. Po našem mišljenju, socijalni transferi su itnegrálni segment sistema i politike sveukupnog socijalnog osiguranja, a ne budžeta političko-teritorijalnih kolektiviteta. I politika ekonomskih transfera je, ustvari, politička verzija državnog intervencionizma preraspodele dohotka, suprotna logici tržišnog modela privređivanja i zdrave tržišne konkurenčije.¹⁷ Zato bi dotacije, subvencije, premije i regrese trebalo isključiti iz budžetskog modela alokacije resursa javnog sektora, supstituisanjem

¹⁶ R. Price i P. Muller, Indicateurs budgétaires structurels et interprétation de l'orientation de la politique budgétaire des pays de l'OCDE, "Revue Économique de l'OCDE", 3/84, str. 29.

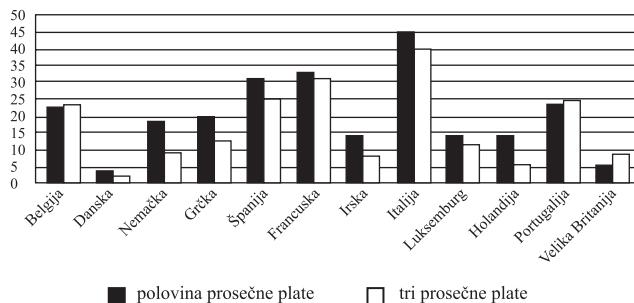
¹⁷ R. Gonc, Subventions et ajustement structurel l'observateur de l'OCDE, oktobarnovembars 1990, i B. Fritzsche, M. Hummel i K. H. Juttemeier (Ed.), Subventionen, München, IFO Institut fur Wirtschaftsforschung, 1988.

politike refakcija i subsidijskog poreskog politikom. Poreska politika bi regulisala uslove privredivanja pojedinih defavorizovanih sektora na tržištu, programiranim listom ekonomski sračunatih poreskih refundacija, bonifikacija i koncesija, diferenciranim poreskim stopama (uključujući i diskriminatoryno oporezivanje), selektivnim fiskalnim stimulansima. Zalažemo se, dakle, za novu struktturnu poresku politiku sa stabilizacionorazvojnim podsticajima, koja supstituiše subsidijske i refakcije i oslobađa tržište regula i privredovanje normativizma.

Švedski model je dugi niz godina (ako ne i decenija) impresionirao svoje promatrače i analitičare, buduci da se radi o modelu dobro dizajniranog društva, kao efikasnog i racionalnog prototipa. Švedsko društvo je bilo i ostalo društvo koje dobro ekonomski funkcioniše i društvo u kome se udobno socijalno živi. Švedski model zapravo reflektuje simultanu koegzistenciju socijalne tržišne privrede i izdašnog javnog sektora, sa stanovišta ekonomске koordinacije i socijalne harmonije.

Međutim, generalni trendovi deregulacije, liberalizacije i globalizacije nasrnuli su na temelje uspona švedskog modela socijalnog blagostanja i izmisliili novo prilagođavanje u skladu sa principima Evropske Unije. Redefinisanje švedskog modela implicira jačanje ekonomске funkcije društva bez zapostavljanja socijalne funkcije. Poremećenu ravnotežu zbog sve težeg balansiranja obilatih javnih izdataka i siromašnijih poreskih prihoda (usled ekonomске recesije) valjalo je rehabilitirati bez zadiranja u imperativne potrebne ekonomске efikasnosti i konkurentnosti. Podvlačenje nove granice između tržišta rada i kapitala ne treba da tangira stabilnost cene rada i „solidarnost“ u nadnicama. Nova relacija rada i kapitala na liniji povecanja konkurentnosti ne sme da dobije dimenziju drame, pošto švedski model treba usmeriti ka ekonomskoj efikasnosti.¹⁸ To je i centralna inkarnacija već adaptiranog modela, koji inkorporira smanjenje rasta nezaposlenosti, redukciju spoljnih i unutrašnjih dugova, kontrolu rasta poreza i svođenje troškova javnog sektora u realne okvire. U krajnjoj instanci, novodizajnirani švedski model instituiše racionalnu tržišnu alokaciju resursa, efikasno privredovanje i ofanzivnu konkurentnost, bez derogiranja socijalnog blagostanja. Dostignuti stepen socijalnog blagostanja, u tom kontekstu, ne bi involuirao porast socijalnih kotizacija, pošto bi ekonomska efikasnost „blokirala“ predimenzionirani rast socijalnih troškova.

Socijalna davanja poslodavaca (poređenja raznih nivoa plata procent plata)



Izvor: Ekonomска komisija

¹⁸ Hans de Geer, The Rise and Fall of the swedish model, Cardne Publications, London, 1993.

5. KRIZA EKONOMIJE BLAGOSTANJA I DEMONTAŽA „SOCIJALNE“ DRŽAVE

Početkom 80-tih godina u gotovo svim industrijski razvijenim zemljama OECD dolazi do lančanog preispitivanja koncepcije države „blagostanja“ i bazičnih principa njene socijalne politike, pod izgovorom da je prekomerni rast javne potrošnje tokom poslednjih decenija (koji je probudio budžetske deficite), prouzrokovao snažnu birokratizaciju socijalnih službi i osnažio neracionalnu državnu intervenciju na socijalnom planu. Strategija razvoja usmerena ka restrukturiranju uloge i funkcije države i na usporenje javnih izdataka socijalne države, koja se smatra barijerom ekonomskog oporavka, insistira na postepenom uopštenju koncepcije „prosperitet za sve“ i vrednosnih principa države blagostanja.¹⁹ Terapija za prevazilaženje ekonomskih poteškoča polazi od imperativa smanjivanja izdataka za socijalne službe i programe do sužavanja socijalnih prava, koja se znatnim delom finansiraju iz poreksih prihoda države i od restrukturiranja socijalne zaštite u interesu kapitala i reprivatizacije.

RASHODI ZA OBRAZOVANJE, ZDRAVSTVO, SOCIJALNO OSIGURANJE I BLAGOSTANJE
U % OD DRUŠTVENOG PROIZVODA

Zemlje	Rashodi za obrazovanje		Rashodi za zdravstvo		Rashodi za socijalno osiguranje , blagostanje I domaćinstva	
	1978	1984	1978	1984	1978	1984
SAD		5,4		4,1		9,6
Kanada		5,4		6,0		12,4
Australija	6,2	5,9	5,0	5,1	9,0	10,1
Danska	7,8	8,2	5,6		21,9	
Francuska	4,4	4,2	5,8		18,9	22,7
Nemačka	4,2	4,2	7,6	8,3	19,8	21,7
Švajcarska	5,3	5,3	5,1	5,9	12,4	12,5
Kenija	4,3	5,3		2,1	0,5	0,5
Zimbabve	4,7	9,3	2,3	2,4	4,9	4,2
Indija	3,1		0,7	1,0	1,4	
Indonezija	2,7	2,9	0,5	0,6	0,4	0,3
Singapur	2,8	5,6	1,6	1,7	1,9	1,8
Malta	3,4	3,1	3,4	3,5	12,9	16,2
Rumunija	3,1	2,1	2,4	2,1	8,0	8,9
BivšaSFRJ	5,9		6,1		9,2	7,9
Egipat	4,8	4,7	1,5	1,2	4,6	6,7
Kuvajt	4,2	5,0	2,3	2,9		
Argentina	3,7		2,5		7,1	8,7
Barbados	5,8	6,0	3,2	3,5	5,7	7,0
Panama	5,1		4,5		3,4	
Burma	1,6	1,9	1,0	1,2	1,2	1,9
Izrael	6,3		2,7		11,7	9,3
Oman	2,7	3,8	1,7	2,0	0,6	0,8
Jemen	2,7	7,9	1,1	1,9		3,6

Izvor: MMF, Statistički godišnjak javnih finansija, Vol. X. 1986., str. 9899.

¹⁹ F. Offe, *Contradictione of the Welfare State*, Hutchinson, London, 1984.

Revidirana socijalna politika polazi od činjenica da su socijalne aktivnosti postajale sve skuplje usled inflacije, rasta cena javnih usluga, demografskih promena, povećanja nezaposlenosti, širenja obuhvatnosti stanovništva socijalnim osiguranjem i povećanjem beneficija po korisniku u oblasti obrazovanja, kulture, zdravstva, stanovanja, što je uslovilo progresiranje socijalnih troškova od 13,1% (u 1960. godini) na 26,6% (u 1981. godini) od društvenog proizvoda.

Rastući trend rashoda za obrazovanje, zdravstvo, socijalno osiguranje i blagostanje iz perioda u period 1960-82. godine, neminovno je udario u plafon i iznudio zaokret u periodu od 1983. godine, u svim zemljama savremenog sveta (kako u industrijski razvijenim zemljama, tako i u zemljama u razvoju). Na scenu je, prema tome, stupila restrikcija socijalnih troškova i sužavanje socijalnih programa: ukidanje raznih beneficija u novcu i uslugama, pooštravanje uslova za dobijanje socijalne pomoći, skracivanje perioda primanja naknada, smanjenje materijalne pomoći nezaposlenima, kresanje porodičnih dohodaka, reduciranje broja korisnika usluga socijalnih službi, ukidanje usklađivanja beneficija sa troškovima života (Nemačka), ukidanje učešća u bolničkom lečenju (Francuska, Nemačka i Japan), povećanje doprinosa osiguranika za socijalno osiguranje (SAD i Francuska), usporavanje rasta penzija i sužavanje programa zdravstvene zaštite. Restrikcije se opravdavaju potrebotom zaštite poreskih platisa i javne klase, jer je nagli rast socijalnih potreta posledica recessije. U politici zaštite državne blagajne, a ne pojedinca ili porodice, prenebregava se vrednosni princip demokratskog društva da ekonomija treba da služi čoveku.

Prenebregava se čak i ekomska produktivnost socijalnih mera (održanje radnog potencijala obrazovanje i zdravstvo) i ekomska efikasnost socijalnih aktivnosti (socijalni mir), po cenu da dezintegracija ekonomskih i socijalnih interesa doveđe do ekomske paralize u prestrukturiranju i prilagođavanju privrede. Država je sada prinuđena da bude socijalno neaktivna, iz razloga što je socijalna aktivnost uvek subverzivna za tržišnu ideologiju. Stoga se, umesto zadovoljenja socijalnih potreba, pružanja socijalnih usluga i garantovanja socijalne sigurnosti iz javnih sredstava, zagovara samopomoć, neformalne usluge i međusobno pomaganje u lokalnoj zajednici, koje treba da zamene aktivnosti javnih socijalnih službi. Težište je, dakle, da se pomeri ravnoteža javnih i privatnih socijalnih usluga u korist privatnog sektora, tiho obavi privatizacija socijalnih službi (poput državnih preduzeća i komunalnih delatnosti u SAD, V. Britaniji, Francuskoj, Nemačkoj, Turskoj, Maleziji, J. Koreji, Bangladešu i Japanu), i postepeno smanji socijalna aktivnost države. Oblici privatizacije uglavnom odgovaraju tipovima aktivnosti države na socijalnom polju: (1) kada država proizvodi usluge i dobra u svojim službama i institucijama, (2) kada država subvencionise određene proizvode i usluge iz javnih fondova ili daje usluge besplatno i (3) kada država reguliše pribavljanje dobara i usluga u pogledu kvaliteta, kvantiteta, assortimenta i cene od privatnog sektora što se inače javlja u zdravstvu, kulturi, obrazovanju, socijalnom osiguranju, u ličnim socijalnim uslugama. Akcije privatizacije usmerene su, stoga u pravcu širenja privatne zdravstvene zaštite, izdavanja poslova čišćenja i snabdevanja javnih bolnica hranom, smanjenje subvencija za stanove, ukidanje subvencija za saobraćaj, Plaćanje za „dovođenje“ zdravstvene usluge, prodaja kuća lokalnih saveta, povećanja izdataka roditelja za školske kuhinje, davanje zajmova

studentima umesto stipendija, smanjenje državne regulative u vezi konkurencije privatnih i javnih ustanova itd. Razlozi su posve jasni: neefikasnost države na socijalnom polju, rasipnično korišćenje javnih sredstava, neodgovorno ponašanje zaposlenih u javnim službama, skupe usluge (jer se ne pružaju po minimalnim troškovima), navike korisnika usluga da se javna dobra proizvode po nultoj tarifi, slaba motivisanost za štednju, birokratizovanost strukture socijalnih službi, predimenzioniranost socijalnih programa, „prezaposlenost“ u javnim ustanovama, preopterećenost poreskih platiša i hronična deficitarnost socijalnih budžeta.

TROŠKOVI ZA SOCIJALNO OSIGURANJE I BLAGOSTANJE U % OD BDP

Zemlje	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Svet prosек	11,89	12,43	12,63	11,97	11,62	11,41	-	-
Razvijene zemlje	12,72	13,33	13,54	12,81	12,39	12,13	11,97	-
SAD	9,88	10,38	10,76	9,71	9,26	9,01	8,87	-
Kanada	10,63	12,60	12,72	12,59	12,29	12,43 P	12,06 P	-
Australija	8,03	8,49	9,63	9,93	9,86	9,56	9,31	-
Danska	25,28	25,42	24,86	23,70	23,21	22,36	-	-
Francuska	20,82	21,81	22,10	20,68	20,03	-	-	-
Nemačka	21,22	21,38	21,01	21,52	21,26	20,34	-	-
Grčka	13,42	-	-	-	-	-	-	-
Luksemburg	25,22	23,49	22,84	21,71	20,88	21,64	-	-
Švajcarska	13,02	13,80	13,81	14,22	-	-	-	-
V. Britanija	14,77	15,56	14,96	14,88	14,46	14,52	13,80	-
Zemlje u razvoju	4,56	4,59	4,68	4,60	4,79	5,01	-	-
Afrika	2,98	-	-	-	-	-	-	-
Etiopija	1,66	-	-	-	-	-	-	-
Zambija	1,47	2,24	-	-	-	-	-	-
Kenija	1,70	1,73	1,16	1,23	-	-	-	-
Lesoto	-	-	0,60	1,86	1,22	1,57	-	-
Malavi	1,02	0,74	0,43	0,71	-	-	-	-
Svacilend	3,41	2,42	1,90	1,78	1,63	2,29e	1,34 e	-
Tunis	4,69	4,79	-	-	-	-	-	-
Zimbabve	-	-	3,90	3,16	12,99	2,73	-	-
Asean	1,28	1,34	1,37	1,58	1,68	1,91	-	-
Indija	1,58	1,72	1,81	2,18	2,33	2,51	-	-
Indonezija	0,40	0,34	0,40	0,31	0,44	0,42	-	-
Myanmar	1,42	1,56	1,42	1,48	1,35	1,55	1,92	-
Singapur	1,91	1,71	1,23	1,72	1,57	4,65	3,86	-
Tajland	-	1,17	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	-	-	-	1,18c	1,90c	1,65c
Evropa	9,87	9,92	9,81	9,40	9,62	10,17	11,07	-
Mađarska	15,95	15,87	15,91	15,88	16,95	17,32	17,95	19,01p
Malta	13,12	13,95	15,13	16,17	15,69	19,09	18,29	-
Rumunija	8,97	8,84	8,91	8,96	8,74	-	-	-
Jugoslavija	8,10	8,35	7,99	6,95	7,25	8,33	10,25 c	-
Bliski istok	6,70	7,36	6,54	6,62	6,84	7,17	-	-
Egipat	6,90	7,88	6,71	6,98	6,68	6,68	6,57 P	-
Izrael	9,37	9,73	9,09	8,93	10,21	10,91	-	-
Kuvajt	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	0,67	0,78	0,93	0,76	0,73	0,79	0,53 c	2,84 c
Jemen	-	-	-	-	-	-	-	c
Zapadna hemisfera	9,38	8,69	10,12	9,16	9,75	9,47	-	-
Argentina	9,13	7,45	9,52	8,14	9,19	9,01	8,26 c	-
Bahami	1,60	1,77	-	-	-	-	-	-
Barbados	7,34	7,24	7,26	7,81	7,96	8,45	10,46 c	-
Čile	12,40	15,43	14,60	14,76	13,69	12,71	11,47 e	-
Holandski antili	14,83 c	15,86 c	16,95 c	18,26 c	17,25 c	-	-	-
Panama	4,50	4,76	5,29	5,45	5,56	5,95	5,45	-
Surinam	-	-	-	-	-	3,86	-	-

Napomene:

- Simboli od a do c označavaju: a izostavljeni podaci savezne vlade; b izostavljeni podaci lokalnih vlada; i c izostavljeni podaci lokalnih viada, osim za 1979.
- Simbol (crtica) označava prekid kontinuiteta serije podataka, navedenih uz odgovarajucu zemlju i u ukupnoj tabeli.
- Simbol p označava da su podaci , u celini ili delimično, provizorni, preliminarni ili projektovani.
- Simbol e označava da su podaci o BDP procenjeni, na bazi ekstrapolacije ranijih podataka.

Izvor: MMF, Statistički godišnjak državnih finansija, Vol. XIII, 1989, st. 115.

Ideolozi privatizacije u potpunosti su izgubili iz vida razloge zbog kojih su socijalne službe nastale (racionalnije kolektivno zadovoljavanje socijalnih potreba, vanržišno pružanje socijalnih usluga, solidarnost u socijalnim programima, sužavanje nejednakosti u raspodeli dohotka, sprečavanje socijalne diferencijacije, pružanje jednakih životnih šansi svima, princip neisključenja iz koristi nezavisno od Plaćanja doprinosa, društveni izraz socijalne sigurnosti građana itd.). Neoboriva je, stoga, sumnja u sam ishod reprivatizacije socijalnih službi, „desocijalizacija“ socijalnih dobara (marketingzacija).

Razgradnja države blagostanja implikuje reviziju programa socijalne politike u smislu da se najveći broj socijalnih usluga vrati tržištu u formi reprivatizacije, da se naglasak stavi na socijalne usluge a ne na novčana davanja i, da se implementira zahtev za što većom ulogom dobrovoljnih i neprofitnih organizacija, neformalnih institucija, verskih udruženja i dobrovoljne samopomoći. Antietatizam podrazumeva povlačenje države iz čitavog niza socijalnih programa, iz razloga što su usluge i intervencije države previše birokratizovane, glomazne, neelastične, neefikasne i preskupe. Prestrukturiranje programa socijalne politike je započeto u okvirima reganomizma i tačerizma. Velike korporacije su se tako ubacile u igru slamanja socijalne države i započele otkup bolnica, izgradnju domova za stare, otvaranje privatnih škola, dečijih zabavišta i hospicijuma. Rasprodaju se društveni stanovi i uvode se potpuno ekonomske stanarine. Radikalno se smanjuju sva novčana davanja iz fondova države i javnih ustanova. Oživljavaju se komercijalnoosiguravajuće kompanije za penzije i zdravstveno osiguranje. Scenarij socijalne inovacije, preko decentralizacije, deregulacije i denacionalizacije, teži alternativnim formama pružanja socijalnih usluga nezavisnih od države, kako bi se oživeo tradicionalni liberalistički koncept o ograničenim funkcijama države i individualistički koncept odgovornosti svakog građanina za sopstvene uspehe i neuspehe.

Prema tome, zaokret od meritornog prema individualističkom načelu prikazuje se, u najnovijim diskusijama, prihvatljivim rešenjem u sadašnjoj fazi razgradivanja države blagostanja, koja je poresku granicu dovela na ivicu ponora. Time se praktično racionalizacija poreskog sistema svodi na premeštanje težišta finansiranja od poreza natrag na ekvivalentna davanja. Međutim, predlog u prilog finansiranju putem taksi, odnosno davanja po principu evivalentnosti, je u osnovi „reakcionaran“ i ne doprinosi rešavanju problema poreskog finansiranja javnih usluga, jer će se u budućnosti neminovno otvoriti proces refiskalizacije socijalnih potreba. Skandinavske zemlje su za sada jedini izuzetak u svetu.

Tzv. skandinavski model jeste ustvari „srednji put“ između američkog kapitalizma i tadašnjeg tipičnog socijalizma koji su Švedska, Norveška, Danska i Finska izabrale odmah po završetku II svetskog rata.²⁰ već više od pola veka ove zemlje privlače pažnju i praktičara i teoretičara, jer su socijaldemokrati gotovo u potpunosti obezbedili punu zaposlenost, visok nivo životnog standarda svojim građanima i stabilan dinamizam tržišne ekonomije. Tako su ove zemlje i postale svojevrsna „socijalna laboratorija“ savremenog sveta (kao primer svetske civilizacije), koji je i socijalne ideale pretvorio u svakodnevnu životnu praksu da ne kažemo u socijalnu idilu. Ključ uspeha „skandinavskog modela“ leži pre svega u snažno prisutnom osećanju solidarnosti, koja je najviše moguća samo u malim i visoko etnički, jezički, religiozno homogenim društвima, ali i u stabilnosti socijaldemokratskog konsenzusa. Skandinavski model se uvek i isključivo bavio ekonomskim rastom, socijalnom sigurnoшчу i politikom dohotka, raspodele i zaposlenosti. Zato je i uspostavljena država blagostanja ostvaren i društveni cilj, iako kritičari „krize ostvarenih ciljeva“ smatraju da su ipak prevelika javna izdvajanja znatno umanjila motivisanost za ličnu inicijativu i privatno preduzetništvo.

IZDACICA SOCIJALU U 1986* US dolara po osobi

Zemlje	Transfери за особе starije od 65 godina	Transfери за penzionere i invalidode 15 do 65 godina starosti	Transfери за nezaposlene	Transfери за privremene bolnje a zaposlene	Porođaci transfери za osobе mlađe od 15 godina	Ukupni transfери po osobi	Izdaciца образovanje po osobi	Izdaciца zdravstvo po osobi	Ukupno socijalni izdaci po osobi	BDP po osobi (OECD = 100)**
	1 2***	1 2***	1 2***	1 2***	1 2***	1 2***	1 2***	1 2***	1 2***	1 2***
Belgija	3218	15	185	18	8155	4	198	8	1505	2
SAD	6423	3	1154	1	1960	15	56	16	305	14
Japan	4494	8	224	14	3269	12	42	18	773	6
Nemačka	3638	12	501	5	4917	7	206	7	590	10
Francuska	8201	1	333	10	7303	5	297	5	1524	1
Italija	7426	2	510	4	1428	17	146	11	358	13
V. Britanija	3652	11	217	16	3040	16	73	13	986	5
Kanada	5375	5	227	13	10397	1	16	19	384	12
Australija	3392	14	341	9	4203	10	47	17	618	9
Austrija	3912	9	592	3	4459	9	97	12	1181	3
Finska	3601	13	279	11	1885	16	227	6	410	11
Grčka	-	-	-	-	933	18	65	14	131	18
Irska	2171	17	200	17	3824	11	346	4	253	15
Holandija	5222	6	762	2	8451	2	529	2	1006	4
Norveška	3705	10	462	7	4545	8	420	3	645	8
Portugalija	1607	18	229	12	405	19	63	15	170	17
Španija	2539	16	414	8	2632	14	188	9	46	19
Švedska	4859	7	465	6	6725	6	773	1	733	7
Švajcarska	5935	4	224	14	8389	3	184	10	199	16
OECDprosck	4409		407		4547		109		622	
									1259	
									596	
									622	
									2427	
										100

* Ili zadnji raspoloživi podaci (za 1984 ili 1985)

** Korisћene cene i podaci iz 1986. godine

*** Prevedeno na redosled po nivou kupovne snage u 1985. Rang u kolonama 2.

Izvor: OECD Secretariat estimates.

²⁰ E. S. Einhorn i J. Logne, Modern Welfare States, Praeger, New York, 1989.

6. KONCEPCIJE SOCIJALNE POLITIKE I MODELI BLAGOSTANJA

U savremenim društvima egzistiraju raličite koncepcije socijalne politike sa različitim modalitetima kompenzatorske funkcije. U različitim modelima socijalne politike postoje različite uloge države u obezbeđenju socijalne sigurnosti, i to:(1) institucionalni model blagostanja, (2) radikalnokonfliktni model blagostanja, (3) rezidualni model blagostanja i (4) razvojni model blagostanja.

Kod institucionalnog modela blagostanja, obično se polazi od međuzavisnosti društvenih institucija i socijalne stabilnosti. Socijalna zaštita predstavlja nadopunu individualnim naporima u procesu zadovoljavanja potreba, a država održava status quo bez društvenih promena. Intervencije države blagostanja komplementarne su individualnom i porodičnom zadovoljavanju potreba, s tim što njene službe pružaju usluge zaštite, rehabilitacije i prevencije kako bi se pojedinci reintegrисали u društvo. U skladu sa socijalnim ciljevima, socijalne usluge prilagođavaju individue socijalnoj sredini bez radikalnih izmena.

Kod radikalnokonfliktnog modela blagostanja, sve društvene promene po pravilu inkliniraju većem stepenu socijalne pravde i jednakosti. Država niveliše socijalne konflikte i osigurava retransfer dohotka u korist najširih socijalnih grupa. Socijalne usluge su univerzalne. Socijalni resursi implikuju aktivnu participaciju korisnika. Država teži da promoviše jednakе šanse za sve i da maskira socijalne nejednakosti.²¹

Kod rezidualnog modela blagostanja, maksimalno se ispoljavaju individualne slobode i vrednosti individualizma, u skladu sa slobodnim delovanjem tržišta i liberalnim društvom, u kome su društvene nejednakosti pokretač društvenog razvoja. Državna intervencija je minimalna, budući da limitirana funkcija države nominuje poslednju instancu državne intervencije u obezbeđenju socijalnog minimuma. Socijalna pomoć ima samo rezidualnu ulogu, jer je naglasak stavljen na odgovornost individua da samostalno zadovoljavaju svoje potrebe uz podršku dobrotvnih organizacija, dobrotvornih društava, porodice i privatnog tržišta.

Kod razvojnog modela blagostanja, socijalni problemi jesu proizvod nejednake distribucije ekonomске moci i novčanih sredstava u društvu. Država blagostanja razrešava konfliktne interese socijalnih grupa organizovanim pružanjem univerzalnih usluga. Potrebe su prava svih građana, a država otklanja negativne posledice privatnog tržišta u zadovoljavanju potreba.

Socijalna politika u tržišnim privredama uglavnom je organizovana po socijalnodemokratskom modelu (Švedska), modernokonzervativnom modelu (Nemačka) i modernoliberalnom modelu (SAD). Švedski (skandinavski) model karakteriše čitav niz univerzalnih beneficija na principu uzajamnosti i solidarnosti u socijalnoj politici. Po koncepciji „dom za sve“, socijalna zaštita je društveno osigurana za celokupnu populaciju socijalno ugroženih i siromašnih. Cena pružanja socijalnih usluga je izuzetno visoka. Troškovi obezbeđenja socijalne sigurnosti implikuju visok nivo preraspodele dohotka, koju osigurava socijalna država blagostanja u formi tzv. zagarantovanog dohotka sa univerzalnim beneficijama

²¹ Grupa autora, Social Economics, Macmillan, London, 1989.

za decu, stare, iznemogle, siromašne i ugrožene. Švedska država blagostanja posebno je izdašna kada je u pitanju ulaganje u detinjstvo. Izuzetno je izdašna i predusretljiva za trudničko odsustvo majke sa posla i za odsustvo majke i oca sa posla za vreme odgoja deteta. Direktni novčani transferi su definisani porodicama sa decom i samostalnim majkama. Stoga, gotovo svaka žena u Švedskoj ostvaruje dvostruko veci dohodak od žene u SAD. Švedski model socijalnog blagostanja ispojava visok stepen aktivizma na tržištu radne snage, putem visokih državnih ulaganja u programe obuke, mobilnosti radne snage, sigurnog zaposlenja, olakšica za prekvalifikaciju i programe alternativnog zaposlenja. Cena je, u svakom slučaju, visoka, pogotovu što socijalni programi imaju tendenciju bržeg širenja od materijalne osnove. Generalna socijalna sigurnost, u krajnjoj instanci, slabii ekonomsku motivaciju za rad i derogira tržište radne snage. Redukcija individualne incijative, stoga, dovodi do pasivizacije ličnosti i do trajne zavisnosti korisnika od državnih jasala. Jednostavno, država se previše upliče u porodični život, a predimenzionisana državna intervencija potiskuje tržište.

RAZVOJNI TRENDJOVI MEĐUNARODNI PREGLED

Zemlja	Očekivano trajanje života (u godinama)		Obuhvaćenost visokoškolskim obrazovanjem%		BNP per capita u USD		Realni BDP per 1 capita PPP u USA \$	
	1960	1990	1965	1980	1976	1988	1960	1988
Japan	67,9	78,6	13	30	4910	21020	2240	13650
Kanada	71,0	77,0	26	62	7510	16960	6070	17680
Švedska	73,1	77,4	13	31	8670	19300	5150	14940
Švajcarska	71,2	77,4	8	25	8880	27500	6830	17220
Norveška	73,4	77,1	11	35	7420	19990	5000	13820
SAD	69,9	75,9	40	60	7890	19840	7380	19850
Holandija	73,2	77,2	17	32	6200	14520	4690	12680
Australija	70,7	76,5	16	29	6100	12340	5180	14530
Francuska	70,3	76,4	18	35	6550	16090	4470	13590
Velika Britanija	70,6	75,7	12	23	4020	12810	4970	13060
Danska	72,1	75,8	14	31	7450	18450	5490	13610
Finska	68,4	75,5	11	40	5620	18590	4070	13980
Nemačka	69,5	75,2	11	32	6705	16570	5220	14620
Belgija	70,2	75,2	15	33	6780	14490	4380	13100
Austrija	68,6	74,8	9	31	5330	15470	3910	12350
Italija	69,2	76,0	11	26	3050	13330	3230	13000
Španija	69,0	77,0	6	32	2920	7740	2430	8250
Izrael	68,6	75,9	20	34	3920	8650	2840	10860
Grčka	68,7	76,1	10	28	2590	4800	1470	6440
Tadašnja CSSR	69,9	71,8	14	18	3840	5820	-	-
Mađarska	68,1	70,9	13	15	2280	2460	3220	5920
Tadašnji SSSR	68,3	70,6	30	24	2760	4550	-	-
Bugarska	68,4	72,6	17	25	2310	4150	-	-
Bivša SFRJ	62,9	72,6	13	18	1680	2520	1780	4860
Portugalija	63,3	74,0	5	18	1690	3650	1430	5980

SOCIJALNA DAVANJA I SIROMAŠTVO MEĐUNARODNI PREGLED

Zemlje	BNP per kapita US\$ 1988	BNP per kapita US\$ donjih 40%	Uvećane prihoda donjih 40% u ukupnom 1980/87	Odnos prihoda gornjih i donjih 20% 1988/87	Troškovi obrazovanja (% od BDPa) 1986	Troškovi zdravstva (% Od BDPa) 1987
Japan	21020	8630	21,9	4,3	6,5	6,8
Kanada	16960	6480	17,5	7,1	7,2	8,6
Švedska	19300	7970	21,2	4,6	7,5*	9,0
Švajcarska	27500	10720	16,9	8,6	5,2	7,7
Norveška	19990	8120	19,0	5,9	6,7	7,5
SAD	19840	7970	15,7	8,9	6,8	11,2
Holandija	14520	6640	20,1	5,6	6,8	8,5
Australija	12340	4270	15,5	9,6	5,7	7,1
Francuska	16090	5440	18,4	6,5	6,6	8,6
V. Britanija	12810	4820	17,3	6,8	5,0*	6,1
Danska	18450	6490	17,4	7,1	7,3	6,0
Finska	18590	6660	18,4	6,0	5,7	7,4
Nemačka	16570	17340	19,5	5,7	4,5*	8,2*
Belgija	14490	6200	21,6	4,6	5,4*	7,2
Italija	13330	4530	18,8	6,0	3,9*	6,9
Španija	7740	2910	19,4	5,8	3,2*	6,0
Izrael	8650	3060	18,1	6,6	-	2,1*
Madarska	2460	1150	26,2	3,0	-	3,2*
Bivša SFRJ	2520	1160	17,1	7,0	3,6*	4,3*
Portugalija	3650	1080	-	-	4,1*	6,4
ZemljeOECD	16940	6765	18,1	6,9	6,1	8,6
IzemljeEU	13890	5146	18,8	6,1	5,0	7,3

Izvor za obe tabele: Human Development Report, UNDP, Oxford University Press, 1991. Redosled zemalja prema vrednosti indeksa humanog razvoja iz Human Development Reporta * Obuhvaceni samo javni rashodi

Nemačkim modelom socijalnog blagostanja jest estetizacija hrišćanskodemokratskog programa, neoliberalnog programa socijalnog osiguranja i modernih socijalnih reformi.²² Tako je dobijeno „nešto između“, u rasponu od švedskog do američkog modela. Socijalna davanja obezbeđuje socijalno osiguranje u zavisnosti od zaposlenja. Obavezan sistem osiguranja podrazumeva samo određeni minimum. Zaposlenost determiniše podobnost za dobijanja socijalnih olakšica. Zaštita porodice je manje obuhvatan model blagostanja Nemačke u odnosu na Švedsku. Veća pomoć se daje samohranim roditeljima i nezaposlenoj omladini. U socijalnom zakonodavstvu, odgovornost se deli između javnih i privatnih agencija i asocijacija korisnika. Narasli socijalni problemi rešavaju se fleksibilnom jurisdikcijom o penzionisanju, državnim finansiranjem sistema osiguranja za nezaposlene i profesionalnom obukom u sastavu aktivne politike tržišta radne snage. Stedljivost je ipak naglašena. Participacije beleže uspon. Socijalno tržište se širi sužavanjem državnog intervencionizma.

Konačno, američki model blagostanja podrazumeva univerzalne socijalne programe jedino u oblasti starosnog, porodičnog i penzijskog osiguranja, koje pokriva gotovo 95% zaposlenih. Ali, u SAD ne postoje nacionalni programi zdravstvene zaštite i programi za pružanje pomoći deci. Nacionalna bezbednosna

²² G. Esping i J. Micklewright, Welfare State Models in OECD Countries, European Universi Institute, Florence, 1990.

mreža socijalne pomoći je siromašnija u odnosu na Švedsku i Nemačku. Nezaposleni i lica sa niskim primanjima su manje zaštićeni. U celini posmatrano, SAD troši mnogo manje na socijalne izdatke nego Nemačka i, naročito, Švedska. Siromaštvo je sve veće sa širenjem tržišnog mehanizma u oblasti funkcionisanja socijalnih delatnosti.

GLAVNE KARAKTERISTIKE TRI MODELA DRŽAVE BLAGOSTANJA

	Liberalnirezidualni (SAD)	Konzervativni (Nemačka)	Socijalnodemokratski (Švedska)
Osnov prava	potreba/rad	rad	državljanstvo
Princip raspodele	usmeravanje/namena	zanimanje/status	univerzalizam
Princip organizacije	socijalna pomoć/ osiguranje	socijalno osiguranje	građanska garancija i osiguranje
Rukovođenje/ administracija	mešavina lokalno centralne države i tržišta	korporativno upravljanje	država
Uloga tržišta	glavna	ograničena	neznatna
Uloga ispitivanja imovinskog stanja	glavna	ograničena	neznatna
Obavezno pružanje usluga	ograničeno	ograničeno	glavno
Angažovanost za punu zaposlenost	neznatna	ograničena	glavna
Preraspodela	niska	srednja	visoka
Stopa socijalne ugroženosti	visoka	umerena	niska

U komparativnoj analizi modernoliberalnog modela, socijaldemokratskog modela i modernokonzervativnog modela, švedski model, prema prezentovanoj tabeli, „karakteriše univerzalizam, egalitarizam, aktivnu opredeljenost za punu zaposlenost. Državljanstvo je kriterijum za ispunjavanje uslova za dobijanje raznih beneficija, a solidarnost je kriterijum za raspodelu. Model SAD ima ograničeno dejstvo socijalne sigurnosti, država se uzdržava od politike pune zaposlenosti, a kriterijum za dobijanje socijalnih pomoći može biti i potreba i sposobnost da se plati. Osnovna karakteristika nemačkog modela je nadgradnja obaveznog sistema osiguranja, transfer radne snage, kao i politika koja smanjuje efektivnu zaposlenost.“²³

Zbog toga je u modernizaciji socijalne politike poželjan diferenciran odnos prema socijalnim nejednakostima, što implikuje kombinovanje univerzalnog i selektivnog pristupa u sistemu socijalne pomoći i novčanih transfera, uz eventualne alternativne solucije. Privatizacija na socijalnom planu i otvaranje socijalnog tržišta jesu „novi udari na širinu i dubinu javnog sektora,“ u kome privatna inicijativa sa komercijalizacijom socijalnih usluga može da omogući racionalniju socijanu potrošnju. Alternativna socijalna politika, međutim, mora biti institucionalizovana, standardizovana, humanizovana, vrednosno orijentisana i normativno regulisana kako bi javni i privatni sektor reprezentovali balansirani sistem socijalnih odnosa povezanih sa mrežom kooperativnih međunarodnih institucija.²⁴

²³ M parunKolin. Modeli blagostanja i politika prema porodicu, Socijalna politika 34/91, str. 137.

²⁴ J. Craven, Social Choice, Cambridge University Press, Cambridge, 1992. i Dr. Ž. Ristić i Dr S. Komazec, Menadžment ljudskih resursa, ABC Glas, Beograd, 1993.

6.1. TZV. SOCIJALNA PRIVATIZACIJA

Poslednja decenija razvoja socijalne misli „okitila“ se principom liberalističkog koncepta društvenog, ekonomskog i socijalnog razvoja, u čijem je središtu trasiran put neminovnog prelaska na tržišnu privrednu putem privatizacije društvenog/državnog kapitala. Opšti nalet privatizacija u gotovo svim zemljama OECD i EU, usidrio se čak i u strukturi društvenog institucionalnog sistema sa ciljem da oduva i socijalne funkcije države. Tvorci liberalističkog koncepta privatizacije, zbog svojih ubeđenja, nisu mogli da zaobidu socijalne funkcije bez obzira na praktične konsekvenke isterivanja države iz socijalnog života društva i pojedinca. Privatizacija socijalnih službi vešto ubaćena u igru trebalo je samo da smanji finansijske troškove države na socijalne pojmove i da limitira institucionalne okvire socijalnih službi, koje je neodmerena država blagostanja neekonomski raširila. Država je, naime, trebala da, umesto „bacanja para“, u vatru ubaci neformalne strukture da rešavaju nagomilane socijalne probleme. Tako je privatizacija postala sveopšti proces inaugurisanja tržišta u svim oblastima društvenog, ekonomskog i socijalnog života na principu univerzalnosti. To je, pak, značilo da privatizacija treba da „zakači“ i nedodirljive i klasične državne funkcije i sve usluge javnih službi, koje ubuduće valja prepustiti privatnim institucijama na bazi profita i na osnovama samoorganizovanja i samozaštite. „Socijalna privatizacija“, po pravilu, isključuje državu, što se opravdava pokušajem očuvanja „države blagostanja“, koja je vinovnik brojnih socijalnih problema. Time se izbegava razaranje socijalne države iznutra.

U savremenom svetu, razlozi za sprovođenje koncepta privatizacije socijalnih službi su brojni: (1) institucionalni sistemi su neefikasni i nefleksibilni, (2) državni sistem socijalnih službi je rigidan sistem socijalne organizacije i pružanja socijalnih usluga (sa stanovišta forme i sadržine), (3) javne institucije imaju monopol i neodgovoran pristup kvalitetu socijalnih usluga, (4) javne službe su birokratizovane institucije sa paternalističkim odnosima prema korisnicima, (5) korisnici socijalnih usluga su lišeni izbora ustanova i mogućnosti promena programa u zavisnosti od kvaliteta zadovoljenja socijalnih potreba, (6) privatno ugovaranje socijalnih programa inkorporira kvalitet i asortiman usluga i slobodu izbora individualnih korisnika, (7) privatne ustanove eliminisu paternalizam, marginalizaciju i subordinaciju, (8) privatne socijalne službe su fleksibilnije za inovacije, za konkurenčiju, za ekspertiziranje i za efikasnije uskladivanje ponude i tražnje usluga, i (9) privatne institucije omogućavaju diskretan uticaj korisnika na cenu i na efikasnost pružanja socijalnih usluga. Direktno plaćanje usluga i neposredan izbor „proizvođača“ usluga trasira put korisniku da preferira instituciju koja pruža najefikasniju uslugu po najnižoj ceni. A to je upravo srž „socijalne privatizacije“, koja inicira razvoj socijalnih programa koje finansiraju privatne firme, razvoj udruženja na neprofitnoj osnovi, razvoj tradicionalnog sekularnog neprofitnog sektora, aktivnosti crkve i religijskih organizacija, razvoj tzv. samoorganizacije i udruživanja na dobrovoljnoj osnovi putem mreže privatnih vidova pomoći posredstvom odnosa, na bazi efektivnog pokrića relanih troškova i oslobođanja dela poreza i doprinosa prema državi. Privatne šeme fleksibilne organizovanosti privatnih socijalnih institucija, stoga, treba da zamene glomazne,

skupe, neefikasne i birokratizovane javne službe, koje su blokirale slobodu izboru korisnika i odgovornost davalaca usluga. Privatne ustanove u praksi već poprimaju univerzalni karakter u demokratskim društvima sa decentralizovanim modelom zadovoljavanja socijalnih potreba. Privatne socijalne institucije postale su prilagodljive lokalnim potrebama, selektivnije u izboru usluga, bliže potencijalnim korisnicima, jeftinije u pružanju usluga, socijalno povoljnije i stabilnije sa stanovišta sprovođenja socijalnih programa i strateških ciljeva dugoročne socijalne politike. A to je izuzetno važno za konceptualizaciju socijalne strategije ekonomskog razvoja.

SOCIJALNI INDIKATORI

Zemlja	Broj učenika u srednjim školama u % u odnosu na ukupnu starosnu grupaciju 12.-17 god. 1990	Očekivana dužina života na rođenju, 1991	Smrtnost novorođenčadi na 1000 porođaja, 1991	Broj lekara na 100.000 ljudi, 1990	Broj lekara na 100.000 ljudi, 1991	Gustina najvećeg grada u milionima, 1991	Broj ubistava na 100.000 ljudi, 1990	Broj razvoda u % u odnosu na broj sklopljenih brakova, 1990
SAD	92	76	9	238	275	18,1	13,3	48
Švajcarska	85	78	7	159	1.701	0,8	1,4	33
Nemačka	97	76	7	270	2.286	3,3	1,0	30
Japan	96	79	5	164	3.294	11,7	0,7	22
Kanada	99	77	7	222	29	3,4	2,5	43
Hong Kong	90	78	7	93	58.121	5,8	1,7	12
Francuska	99	77	7	286	1.036	10,3	1,3	31
Švedska	91	78	6	270	209	1,6	1,7	44
Italija	79	77	8	476	1.963	2,8	3,6	8
Australija	83	77	8	229	23	3,5	2,7	34
Velika Britanija	84	75	7	164	2.382	6,7	1,0	41
Novi Zeland	89	76	9	174	128	0,9	3,4	37
Izrael	83	76	9	286	2.396	1,7	3,3	18
Španija	90	77	8	357	781	3,1	1,2	8
Bahami	80	72	25	94	260	0,1	15,3	13
Južna Koreja	87	70	16	73	4.435	10,5	1,3	11
Meksiko	53	70	36	81	452	19,5	30,7	8
Rusija	80	69	20	476	87	9,0	16,3	42
Madjarska	79	70	16	294	1.141	2,1	3,7	31
Brazil	39	66	58	93	179	15,2	29,4	3
Kina	48	69	38	99	1.255	7,3	1,0	1
Indija	44	60	90	41	2.902	9,2	5,0	1

Izvor: Svetska banka, UNDP, The Economist, WHO, IMD

7. SOCIJALNE REFORME I FINANSIJSKE INOVACIJE SOCIJALNOG UPRAVLJANJA

Suštinu tradicionalne države blagostanja predstavlja korišćenje poreza u funkciji podmirivanja transfernih Plaćanja radi obezbeđivanja minimuma dohotka sigurnosti i „socijalizacije“ društvenog bogatstva, instrumentima fiskalne politike kejnjizjanskog tipa. Formiranje sredstava na bazi izdvajanja poreza (dela) za socijalne programe i uvođenje novih nameta (dažbina) sa socijalnim motivima, u državi blagostanja reflektovalo je „fiskalizaciju socijalne politike“ sa izvedenim negativnim efektima na planu neekonomskog širenja socijale u finansijskom obimu i socijalnog guranja javnih finansija u duboku krizu. Brojne zemlje (SAD, Francuska, V. Britanija, Holandija, Danska, Austrija i Nemačka) bile su prinuđene da brže povećavaju doprinose za socijalno osiguranje u odnosu na poreze na dohodak fizičkih lica. Umesto da država interveniše na nivou sticanja primarnog dohotka (plata i zarada) putem poreza, ona je bila prinuđena da interveniše u preraspodeli, transformisanjem dohotka putem socijalnih davanja za pokriće nabujalih transfera. Obavezni doprinosi i poreska davanja ostali su institucionalni stožeri države blagostanja za podmirivanje socijalnih transfera. „Opredeljenje za jedan ili drugi izvor finansiranja nema iste socijalne posledice. Korišćenje poreza na dohodak sa progresivnim stopama proizvodi dejstva u vertikalnoj redistribuciji dohotka, a doprinosi za socijalno osiguranje i posredni porezi sa proporcionalnim stopama imaju za rezultat horizontalnu redistribuciju, koja ne smanjuje razlike u dohotku između različitih društvenih kategorija, već jedno unutar društvenih grupa sa sličnim dohotkom.²⁵

Naglašena fiskalizacija socijalne politike iznudila je određene promene u mehanizmu finansiranja socijalnog osiguranja. Doprinosi sa pojačanim rastom evidentirani su u Kanadi, Japanu, SAD, Nemačkoj i V. Britaniji; doprinosi sa povećanim regresivnim karakterom identifikovani su u Holandiji i Italiji; doprinosi koji su „skinuti“ sa zarada zaposlenih „otkiveni“ su u Švedskoj, Austriji i Novom Zelandu; doprinosi koje plaćaju poslodavci, valorizovani su kao teret za firmu, koji obeshrabruje supstituciju kapitala radom, koji „proizvodi“ efekat smanjenja zarada, koji deluje na isti način kao i proporcionalni porez na dohodak fizičkih lica do plafona zarada iznad čega dolazi do izražaja njihov regresivni efekat. Kritičari su, poput teoretičara oživljenog liberalizma i neokonzervativizma, to iskorstili da kažu da ekonomski rast predstavlja strukturno ograničenje za državne mere socijalne politike u čijoj se utrobi, na specifičan način javlja „trade off“ između ekonomske efikasnosti i socijalne jednakosti, pravičnosti. U tom svetu, oni su najviše „zapeli“ protiv metoda finansiranja socijalnog osiguranja „padžasdžougo“, „kao precutna forma deficitarnog podmirivanja, odnosno stalne neravnoteže između priznatih socijalnih prava, davanja i usluga, i raspoloživog i akumuliranog kapitala (doprinosa), pošto zahtevi za sredstvima rastu brže od novih uplata (tzv. princip kapitalnog pokrića)“. ²⁶

²⁵ Dr M. Andelković, Finansije 12/95., str. 5.

²⁶ Dr M. Andelković, op. cit., str. 6.

Ponuđeni teorijski modeli, kao što su social dividend taxation, negativni porez na dohodak, garantovani osnovni dohodak za sve, ima poreskih kredita, reflektuju samo specifičnu inovaciju pristupa u rešavanju socijalnih problema države blagostanja putem javnog finansiranja i poreske politike. Ponuđeno se, ipak, razlikuje od koncepta socijalnog osiguranja, kao osnove sistema beneficija kod većine evropskih država. U pitanju su ovde dva principa i to: (1) princip slučaja (rizika) i (2) princip uloga (doprinosa). Pri tome, Earned Income Tax Credit predstavlja poresku nadopunu zarade obveznika, koji izdržava domaćinstvo sa više dece i kome federalna država uplaćuje novčani iznos reduciranjem poreza, ukoliko porodični dohodak radnika padne ispod određenog nivoa; kredit se refundira ukoliko porodica ne plaća ni jedan federalni porez, a radnik ima pravo na beneficiju u obliku vladinog čeka. Praksa se, međutim, udaljila od izvornih principa, što je iskorišćeno za lansiranje zahteva alternativnog kombinovanja negativnog poreza na dohodak i reaffirmaciju socijalnog osiguranja, kao jedna moguća solucija u reformi sistema socijalne sigurnosti sa stanovišta efikasnosti i pravičnosti. Zbog toga se u skandinavskim zemljama već traže rešenja u pravcu unificiranja poreza na lični dohodak i doprinosa za socijalno osiguranje zaposlenih. U Kanadi i SAD se pribegava delimičnoj integraciji sistema beneficija sa porezom na dohodak putem poreskog kredita. U SAD i Novom Zelandu traži se rešenje kroz šemu negativnog poreza na dohodak. Negative income tax (NIT) je posebno „atraktivn“ u SAD za reformu sistema socijalne pomoći. NIT se određuje posredstvom elemenata, kao što su garantovani dohodak koji se stavlja porodicama na raspolaganje bez drugih prihoda, poreska skala na osnovu koje se beneficije smanjuju kako dohodak raste i prag siromaštva gde prestaje mogućnost isplate pomoći.

U praksi finansiranja penzijskog osiguranja, kao najvažnije stavke u ukupnim rashodima socijalnog osiguranja, starija lica, po pravilu, preferiraju sistem „padž-as-džou-go“ koji je zasnovan na tekucim uplatama doprinosa mladih osoba, dok „mlada lica“ optiraju sistem kapitalnih rezervi sa pokricem u beneficijama na osnovu akumuliranih doprinosa i njihovim stavljanjem u produktivne funkcije posredstvom penzijskih fondova, kao institucionalnih investitora. „Organizacija fiansiranja penzionog osiguranja, u praksi savremenih država, ostvaruje se putem sistema kapitalnog pokriva (primenjuje se kod penzionih fondova privatnog tipa) i sistema tekućeg finansiranja (kroz javne penzione fondove), gde se doprinosi uplaceni u toku godine raspodeljuju na korisnike socijalnih prestacija u toku te godine. Premda je ovaj drugi sistem bliži shvatanju pojma solidarnosti i socijalne pravde, prisutne su tendencije ka širem prihvatanju sistema dugoročnog osiguranja u kome se sredstva doprinosa investiraju u razvoj, donose kamatu i akumuliraju za duži niz godina. Time se prevazilazi i raskorak između priliva i tekućeg odliva sredstava (što bolje odgovara društвima u kojima brže raste broj penzionera od broja zaposlenih), ali uz adekvatnu indeksaciju ovih prihoda. I sama država usmerava takva kretanja, jer pruža poseban poreski tretman profitu na investicioni portfolio penzionih fondova. Radi se o tzv. „odloženom“ oporezivanju, gde porez Plaća tek korisnik penzije i to u trenutku kad povuče gotovinu iz penzionog fonda.

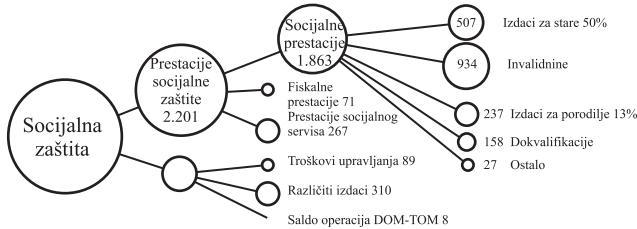
JAVNI RASHODI ZA SOCIJALNU ZAŠTITU U % OD BDP

Zemlja	1960	1962	1964	1966	1968	1970	1972	1974	1976	1978	1980	1982	1984	1986	1988	1990	1992	1993
Australija	7,39	7,83	7,45	7,18	7,37	10,46	13,20	13,25	11,68	12,93	11,68	12,93	13,80	13,81	12,90	1442	16,38	
Ausrija	15,88	1685	17,22	17,93	18,06	18,90	1890	19,22	21,71	23,44	22,43	24,13	24,44	25,09	25,31	24,54	24,71	25,78
Beljirija			14,99	16,97	18,89	19,26	20,81	22,15	28,04	29,93	25,63	28,10	27,63	2842	27,64	26,90	27,01	
Kanada	9,12	9,39	9,21	9,47	10,53	11,80	13,63	14,09	15,03	15,06	13,29	16,30	16,12	16,88	16,20	17,95	19,77	19,73
Finska	8,81	9,62	10,27	20,58	30,62	30,56	15,14	15,09	18,44	20,27	18,87	20,72	22,28	24,08	23,97	25,31	34,74	35,39
Francuska	13,42	14,56	1578	16,71	16,53	16,68	16,96	17,71	20,17	21,78	23,46	26,10	26,93	26,74	2645	25,95	2720	28,73
Nemačka*	18,10	18,08	19,33	2057	19,53	21,17	23,52	26,78	2,95	24,67	26,20	24,92	25,24	25,62	23,83	23,89	23,68	
Grčka			7,06	7,72	8,47	9,47	9,03	8,66	8,35	9,04	10,66	10,88	14,16	1541	16,77	16,56	117,47	16,77
Ijska	8,70	8,94	9,22	10,72	10,38	11,89	12,38	15,18	16,91	16,40	19,35	21,07	21,09	23,18	21,03	19,33	20,39	20,06
Italija	13,10	13,84	14,34	16,49	16,56	16,94	19,42	19,33	21,09	22,00	18,23	10,19	20,75	21,70	22,11	23,03	24,68	25,00
Japan	4,05	4,89	5,15	5,66	5,56	5,72	6,47	8,09	10,04	11,22	11,00	11,67	12,17	12,35	12,55	12,37	12,44	
Holandija	11,70	13,55	15,75	18,94	20,48	22,45	24,32	26,71	26,61	28,71	31,11	30,14	28,70	2842	28,84	29,79	30,20	
Norveška	7,85	8,83	9,54	11,30	11,51	16,13	18,06	18,65	20,23	21,76	18,86	19,74	19,66	22,32	25,36	26,89	29,48	29,32
N. Zeland	10,37	1052	9,79	9,95	9,86	9,22	9,65	11,08	12,14	14,86	18,20	18,86	18,00	19,63	20,39	22,38	22,51	
Švedska	10,38	11,11	12,50	14,40	16,33	16,70	18,38	21,05	22,14	25,19	30,42	31,58	30,63	31,74	32,48	32,62	37,07	38,03
V. Britanija	10,21	10,67	11,00	12,06	13,04	13,20	13,88	14,92	16,19	1646	18,32	20,22	21,18	21,26	19,12	19,78	22,84	23,42
SAD	7,26	7,81	7,85	8,57	9,10	10,38	11,00	39,00	12,75	14,32	13,62	12,44	13,64	12,96	13,39	13,08	14,12	15,55

*Do 1990. godine, podaci se odnose na Istočnu Nemačku, a posle 1992. godine na ujedinjenu (Nemačku)

Izvor: OCDE, Etudes de politique sociale numero 12. „Les nouvelles orientations de la politique sociale“, 1994: ainsi que Labour market and social policy occasional papers, number 17, „Social expenditure statistics of OECD members countries“, 1996.

STRUKTURA SOCIJALNE ZAŠTITE - u milijardama franaka -



Izvor: Ministere du Travail et des Affaires sociales, SESI (Service de Statistique, des Etudes, et des Systèmes d'Information. Les comptes de la protection sociale 1992-1994, octobre 1995

deo socijalnih kotizacija u ukupnim obaveznim prelevmanima u 1993. u %

Zemlja	Kotizacije za socijalno osiguranje	Obavezni prelevmani (1)
Austrija	14,80	43,60
Belgijska	35,66	45,70
Finska	26,00	45,70
Francuska	44,64	43,90
Nemačka	38,71	39,00
Grčka	33,73	41,20
Irska	15,42	36,30
Italija	37,02	47,80
Japan	33,67	29,10
Holandija	38,12	48,00
Švedska	27,65	49,90
Velika Britanija	17,85	33,60
SAD	29,29	29,70

(1) Deo obaveznih prelevmana u BDP.

Izvor: OECD, Statistikajavnih prihoda, 1965-1994, 1995.

UDEO RAZLIČITIH IZVORA FINANSIRANJA U 1992. GODINI

Zemlje	Javne kontribucije	Patronalne kotizacije	Dohodovne kotizacije	Nezavisne kotizacije
Zemlje jakih fiskaliteta				
Danska	81.60	2.19	5.00	
Irska	60.60	15.47	13.84	1.33
Velika Britanija	42.80	19.19	14.72	0.69
Luksemburg	40.50	23.19	18.61	2.58
Zemlje jakih kotizacija				
Francuska	17.70	41.37	23*	5*
Grčka	15.70	27.28	27.42	
Zemlje mešovitog finansiranja				
Belgija	21.60	33.53	24.41	1.65
Holandija	22.60	14.73	32.67	1.65
Nemačka	26.30	25.88	22.10	1.13
Španija	27.75	42.27	8.35	4.58
Italija	30.60	35.17	10.30	5.63
Portugalija	32.36	35.30	19.00	1.72

* Podaci iz 1990. godine

Izvor: Jean-Pierre Dumont, Sistem socijalne zaštite u Evropi, Ekonomika, 1995.

Za razliku od nerazvijenih zemala, skoro sve razvijene države suočice se u narednim decenijama sa opadanjem stope nataliteta i starenjem populacije, što će nametnuti nove fiskalne zahteve za zdravstvenom zaštitom i penzionim davanjima ove kategorije stanovništva. Razvitak socijalnog osiguranja za slučaj starosti u savremenim državama potencirao je finansiranje tog osiguranja. Prisutna su dva različita pristupa kod rešavanja ove situacije: ili će se na strani rashoda smanjivati iznos beneficija za ove namene i povecati starosna granica za penzionisanje (što nailazi na jake otpore u javnosti), ili će se rešenja tražiti na strani prihoda, gde su još izraženija ograničenja ne samo političke već i ekonomskofinansijske prirode. Naime, doprinosi za socijalno osiguranje su u većini zemalja OECDa znatno porasli poslednjih godina, što je koincidiralo sa povećanjem neravnotežama na tržištu rada. S obzirom da se ova davanja skoro isključivo razrežu na zarade, pristupilo se istraživanju njihovog delovanja na zaposlenost, odnose cena između faktora rada i kapitala, kao i ukupne makroekonomske posledice na korišćenje radne snage. Mogućnosti za povecanjem poreza kao izvorom finansiranja ovih socijalnih rashoda imaju ne samo ekonomsku već i psihološku granicu, čije prekoračenje može povratno nepovoljno delovati na ukupne fiskalne prihode.

Rešenja se traže u više pravaca koji nisu uvek izraz konzistentno vođene ekonomskosocijalne politike društva, već pre nastala iz težnje za prevazilaženjem postojećih finansijskih teškoča pokrivanjem rastućih socijalnih izdataka. Sve je prisutnija tendencija prelaza sa javnog finansiranja penzionog osiguranja i zdravstvene zaštite na privatnu formu pokrivanja ovih socijalnih rizika. Primera radi, najnovije promene u američkom zakonodavstvu neposredno stimulišu i upućuju zaposlena lica na „privatne šeme“ penzionog osiguranja.

Samo u malom broju zemalja OECDa pristupilo se snižavanju doprinosa za socijalno osiguranje uz istovremeni porast budžetskih transfera finansiranih ukupnim javnim prihodima. Pored ove fiskalizacije doprinosa, u evropskim zemljama se razmatraju različite mere za novi način finansiranja socijalnog osiguranja. U izvesnom smislu, radikalni predlog vezan je za proširenje osnovice doprinosa sa zaradama na druge ili sve vrste prihoda (kao što su profit, dohodak od kamata i amortizacija), čime bi se vršila diverzifikacija pokrića socijalnih rizika na druge faktore proizvodnje. Cilj takve finansijskopolitičke mere bio bi osiguranje neophodnih novčanih sredstava za penziona davanja u narednim decenijama i umanjivanja pretpostavljenog nepovoljnog dejstva posebnih davanja vezanih isključivo za faktor rada.²⁷

Nobelovac Fogel je svoju „ekonomsku futuristiku“ počeo sa zagonetkama za naredni milenijum: Dugovečnost ljudi, suprotnosti između tehnologije i ekologije, promena državnih prioriteta, povećanja troškova zdravstvenog i penzionog osiguranja i inovacije počinju da uzimaju žrtve. Posledice na nacionalne ekonomije biće sve teže zbog uticaja koji će dugovečnost imati na zdravstveni i penzijski sistem, jer produženje ljudskog života vodi poskupljenju sistema zdravstvenog osiguranja. Javni rashodi će neminovno morati da rastu, nezavisno od toga šta vlade budu preduzimale. Još veći uticaj na stanje u ekonomiji imaće penzijski sistem, koji sam po sebi i za sebe podstiče penzionisanje ljudi koji sve duže žive, sve duže primaju penziju i sve duže troše javne resurse. A vreme je da se javne finansije „izvode“ iz „crvenog“ i da se „oslabi“ poreski pritisak i to u raspecu između očuvanja države blagostanja u privrednim nedaćama i promovisanja efikasnog kapitalizma u trci za ujedinjenu Evropu.

Sa stanovišta penzija Evropi se bliži bankrot, jer odnos između broja penzionera i radno aktivnog stanovništva se pomera na štetu zaposlenih. Socijalne obaveze aktivnih generacija, stoga, rastu zbog rastuce očekivane dužine ljudskog veka, vremenski dužeg uživanja penzije, uskladivanja penzija sa platama (indeksacija). To je naročito primetno u Danskoj, gde se tzv. naredna penzija (osnovna) u celini finansira iz poreza sa direktnim reperkutovanjem na državni budžet. Švedska naredna penzija se povremeno ističe kao primer u odnosu na švajcarsku narednu penziju, jer se samo sa 12% finansira iz državnih izvora (što nije slučaj u Švajcarskoj i Nemačkoj).

U skupini romanskih zemalja EU (Francuska, Španija i Portugal) „negacija“ potpuno osamostaljene sisteme starosnog osiguranja od države. Za španski sistem karakteristična je jedinstvena premija za sva socijalna davanja. U Francuskoj se, pod zajedničkim krovom socijalnog osiguranja security socialnalaže ni manje ni više nego 538 različitih sistema starosnih penzija, zbog kojih je minimalna penzija posle 40 godina radnog staža dostigla nivo tek 2.960 franaka u 1995. godini. Penzijski „fenjer“ ipak drži Portugaliju u EU sa minimalnom penzijom od svega 200 švajcarskih franaka. Nemački penzijski sistem, „poduprт državnim štakama“, solidno se kotira u EU, prvenstveno zbog formule koja određuje i indeksaciju, a koja se bazira na kretanju plata i zarada u prethodnoj godini. U situaciji opadanja zaposlenosti, sama indeksacija penzija na bazi kretanja zarada aktivne generacije

²⁷ Dr M. Andelković, op. cit., str. 89.

stvara probleme, jer teret pada na privredu. Opterećenje privrede po osnovu indeksiranih penzija pretvara se u spiralu koja ugrožava konkurentnost. Belgija je teži slučaj, pošto se indeksacija penzija obavlja putem cena. U situaciji kada uplate doprinosu opadaju, zbog pada zaposlenosti, indeksirane penzije udaraju odmah na deficite socijalne države.

PENZIJSKISISTEMIVEĆINE RAZVIJENIH ZEMALJA EVROPE

Zemlje	Starosna granica; Muškarci/Žene	Sistem finansiranja: putem poreza	Dopunski, drugi „ostonac“	Doprinosi (u % od zarada): Poslodavac / Posloprimac	Mogućnost odlaganja / Indeksacija
Belgija	60-65/60-65	da	ne	8,86/7,5	Nema odgadanja/Za 2% ako indeks cena poraste za 2%
Danska	67/67	da	ne	9,6/9,6	nema odlaganja / prema kretanju zarada
Nemačka	65/65	da	ne	2,4/0,6	Moguće / 01. jula svake godine
Finska	65/65	da	da (rezervni fond)	8,2/6,6	nema odlaganja / jednom godišnje
Francuska	65/65	da	ne	13,3/6,7	ako dođe do problema sa doprinosima / dva puta godišnje
Grčka	65/65	da	da (rezervni fond)	3,6-10,2/0-7,6	nema odlaganja / indeksacija na plate službenika
V. Britanija	65/60	da	ne		moguće / jednom godišnje
Irska	65-66/65-66	da	ne	12,2/5,5	nema odlaganja / jednom godišnje
Italija	62/57	da	ne	18,9/8,3	ako dođe do problema sa doprinosima / dva puta godišnje
Luksemburg	65/65	da	da (rezervni fond)	8/8	moguće / do 68. godine
Holandija	65/60	da	da (rezervni fond)	0/15,9	nema odlaganja / dva puta godišnje
Austrija	65/63	da	ne	12,6/10,3	nema odlaganja / jednom godišnje
Portugalija	65/65	da	da rezervni fond)	24/11 6/0	Nema odlaganja / Jednom godišnje
Švedska	65/65	da	ne	24,4/4,9	Moguće / U zavisnosti od kretanja cena
Španija	65/65	da	ne	24,4/4,9	Moguće / U zavisnosti od kretanja cena
Švajcarska	65/62	da	da (konsolidacioni fond)	5,5/5,5	Moguće / Svake druge godine , a ako je godišnje poskupljenje veće od 4% onda godišnje

Luksemburg je, bez sumnje, država članica EU koja ima najefikasniji državni sistem osiguranja starosti. To je najmanji član, koji najbolje ekonomski stoji. Holandija je, pak, država članica EU koja ima najtransparentniji penzijski sistem za privrednu i bez doprinosu poslodavaca.

U Francuskoj su visoki deficiti u državnom budžetu, masovna nezaposlenost, strogi uslovi za pristupanje monetarnoj uniji i opšte stanje u privredi zemlje, ponovo aktuelizovali pitanje uskladivanja socijalnih izdataka sa stanjem u privredi i opštim ciljevima razvoja zemlje. Francuski „security social“ je najskupljii sistem u EU, zbog velike neusklađenosti između broja osiguranika, koji su po zakonu obavezni da izdvajaju sredstva za pojedine vidove osiguranja, i korisnika socijalnih usluga. Postojeće stope doprinosova nisu dovoljne da popune prazne kase socijalnog osiguranja, kome je princip jednakosti (egalite) „udaren“ još pre 200

godina. Deficiti socijalne kase su, zbog toga, dostigli frapantne razmere. Deficit u kasama zdravstvenog osiguranja narastao je na 30 mlrd. franaka (9 mlrd. dem). Samo bolničko lečenje u 1994. godini progutalo je 103 mlrd. maraka (350 mlrd. franaka), što je gotovo polovina sredstava u fondu zdravstvenog osiguranja. Isti je slučaj i sa sistemom invalidskopenzijskog osiguranja. „Oko 4,5 miliona Francuza mora da računa na skracivanje prava prilikom odlaska u penziju, jer će postojeće privilegije u pojedinim vidovima osiguranja biti ukinute. To se pre svega odnosi na radnike koji pripadaju grupi osiguranika koji ostvaruju prava u penzijskom sistemu pod mnogo povoljnijim uslovima, kao što su zaposleni u Pariskom metrou, vojsci, službenici francuskih banaka, zaposleni u državnoj Electricite de France (EDF), glumci ComedieFranciese, i drugi. Samo u kasu penzijskog osiguranja železnica (SNCF), gde na jednog zaposlenog dolaze dva penzionera, država godišnje mora da uplati dodatnih četiri milijardi franaka. Posebne privilegije prilikom odlaska u penziju uživaju mašinovođe zaposlene na državnoj železnici, koji odlaze u penziju sa 55 godina života, što svakako utiče na deficit kase penzijskog osiguranja.“²⁸

U finansijskoj praksi savremenih zemalja postoje različiti modaliteti obezbeđenja sredstava za penzije. Među njima posebno se izdvajaju (1) tzv. padžasdžougo sistem, (2) sistem fondova zbrinjavanja i (3) kapitalskih fondova. U prvom sistemu svaki poslednji osiguranik finansira penzije sadašnjih penzionera putem Plaćanja doprinosa. Povecanje broja penzionera i smanjenje priliva novih zaposlenih dovodi do finansijskih poteškoća, koja se rešavaju ili putem smanjenja penzija ili putem povećanja doprinosa za penzijsko osiguranje.

U drugom sistemu, fondovi zbrinjavanja (provident funds) zasnovani su na akumuliranju individualnih doprinosa i njihovom profitonosnom investiranju. „Po odlasku u penziju, radnici koji primaju svoju uvečanu štednju obično nose periodična Plaćanja (državne obveznice, papiri sigurnih korporacija, itd.). Osim po jednokratnosti isplate, fondovi zbrinjavanja razlikuju se od penzijskih fondova (planova) i po tome što radnik obično može sredstva koja je akumulirao da koristi i pre penzionisanja, ali u zakonom propisanim slučajevima (na primer, invaliditet, bolest, nezaposlenost, kupovina nekih nekretnina, pozajmice određenih vrsta). U slučaju smrti korisnika, članovi njegove porodice postaju naslednici akumuliranih sredstava.²⁹

Konačno, u trećem sistemu, kapitalski fondovi zasnovani su na akumuliranom bogatstvu penzijskih fondova za finansiranje penzija osiguranika. To se realizuje na različite načine. Jedan od njih je tzv. dobrovoljno, poludobrovoljno ili obavezno penzijsko osiguranje u privatnim penzijskim fondovima, koje se finansira doprinosima poslodavaca i favorizuje poreskim instrumentima države. Drugi je način onaj koji inkorporira individualnu penzijsku šemu, pomoću koje pojedinac uplaćuje novac na svoj račun kod penzijskog fonda i štedi sebi sredstva sve do kraja radnog veka. Tako primljeni novac od pojedinaca štedi se investira u sigurne dugoročne hartije od vrednosti sa ciljem da se uveća kapital i buduća penzija. Osiguranik, po odlasku u penziju, automatski povlači akumulirana sredstva sa svog računa koja su se u međuvremenu oplodila. Kapitalski fond može isplaćivati

²⁸ Ekonomski politika, br. 2302, od 20. maja 1996., str. 39.

²⁹ Ekonomski politika, br. 2313, od 5. avgusta 1996., str. 27.

celokupnu penziju unapred u fiksnom iznosu po ugovoru ili isplačivati penziju u zavisnosti od raspoloživih sredstava na račun penzionera. Sve zavisi od rizika, odnosno od toga da li investicioni rizik snosi fond ili osiguranik. „Opšti je trend u svetu pomeranje od javnih, padžasdžougo sistema ka kapitalskim sistemima, od redistributivnih ka individualizovanim penzijskim šemama, od državnog ka privatnim fondovima, od monopola ka tržišnoj konkurenciji penzijskih šema (planova). No, takav trend svakako ne znači napuštanje javne brige za starije građane, niti znači ukidanje postojećih državnih penzijskih sistema, već uglavnom dopunjavanje javnih šema privatnima i obaveznog osiguranja dobrovoljnim.

Tako je u Velikoj Britaniji uveden dvokraki penzijski sistem. Prvi krak predstavlja javni penzijski sistem, u kome je učešće obavezno za svakog zaposlenog, a koji svakom penzioneru obezbeđuje minimum dohotka kroz penziju jednaku za svakog penzionera (nevezanu za raniju zaradu). Drugi krak je penzijska šema u kojoj se penzija određuje u zavisnosti od ranije zarade.

Cile je preuzeo radikalnu reformu svog gotovo propalog javnog sistema penzijskog osiguranja, zamenjujuci ga obaveznim, kompetitivnim privatnim osiguranjem. Francuska i Belgija su takođe uključile u svoje penzijske sisteme individualne investicione penzijske račune.³⁰

U svetu su manjeviše sve zdravstvene ustanove u vlasništvu države i finansiraju se preko javnog budžeta.³¹ U pravilu „bitiše“ kombinacija sistema nacionalnih zdravstvenih službi i obavezno zdravstveno osiguranje (koje obuhvata od 51% populacije Holandije do 98% populacije Francuske i Jugoslavije). Naravno, i privatna praksa nije zapostavljena. U globalu, od 1.700 mlrd. dolara, koliko je u svetu potrošeno tokom 1990. godine u zdravstvu, preko 60% sredstava se obezbeđivalo preko javnog sektora (budžet i javni fondovi) i manje od 40% preko dobrovoljnog i privatnog davanja sredstava. Sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja obuhvata primarnu zaštitu, bolničko lečenje, lekove, dijagnostiku, zubnu zaštitu, pomagala. Doprinosi, koje Plaćaju osiguranici i poslodavci, osnovni su iznos finansiranja sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja. Pored doprinosa, finansijska praksa poznaje i dotacije iz budžeta, poreske i carinske olakšice, posebne poreze, lično učešće, plaćanje usluga, donatorstvo i sl.

Za ostvarivanje zdravstvene zaštite presudan značaj imaju obim sredstava i način njihove distribucije. Jer, zdravstvene performanse po pravilu zavise od finansijskih resursa. U 1990. godini Francuska je utrošila 1800 dolara po stanovniku, Nemačka 1511 i V. Britanija 1039. Zemlje u tranziciji trošile su, u proseku, svega 142 dolara po stanovniku, a Jugoslavija jedva 205 dolara po stanovniku za zdravstvenu potrošnju. Visoka zdravstvena potrošnja naterala je sve ove sisteme na „glancanje“ brojnim racionalizacijama uz kontrolu potrošnje, kvaliteta i efikasnosti rada, kontrolu nabavke i korišćenja skupe zdravstvene tehnologije, itd. U nas se tek tada rasplamsalo ekstenzivno zdravstvo: kupovala se skupa oprema bez ikakvih analiza isplativnosti, broj lekara je rastao uz sve nepovoljniji odnos specijalista i lekara opšte prakse (3:1), formirani su mamutski kliničkobolnički centri.

³⁰ Ibid, str. 28.

³¹ Č. L. Vukmanović, Menadžment u zdravstvu, Savremena administracija, Beograd, 1994.

UPOREDNI PREGLED STANJA
 grupe razvijenih zemalja i zemalja Istočne i Centralne Evrope, prema indikatorima zdravstvenog stanja i sredstava za zdravstvenu zaštitu

Indikatori za 1990 godinu	Belgia	Francuska	Nemačka	Velika Britanija	SAD	Kanada	Zemlje istočne i centralne Evrope
Društveni proizvodi (1991) u US \$	18.950	20.380	23.650	16.650	22.240	22.440	1.390-3.220
Zdravstvena potrošnja po stanovniku u US \$	1.449	1.869	1.511	1.039	2.763	1.945	142(26205)
Zdravstvena potrošnja kao % od društvenog proizvoda	7.5	8.9	8.7	6.1	2.7	9.1	3.6 - (3.0-6.0)
Broj lekara na 1.000 stanovnika	3.2	2.5	2.8	1.4	1.3	2.2	4.1- (1.44.7)
Očekivano trajanje života	76	77	76	76	76	77	72 - (6773)
Smrtnost odojčadi na 1.000	8	7	7	7	9	7	18
Težina ispod 2.5 kgr. Na 1.000 porođaja	5	5	5	7	7	6	10

Izvor: Svetski zdravstveni forum, 1994.

Svetski zdravstveni forum je oduvek tvrdio da samo zdravstvena infrastruktura i broj lekara ne mogu imati prevashodan uticaj na zdravstveno stanje stanovništva, ukoliko ne postoje „drugi uslovi“ koji su vezani za društveni proizvod i za nivo zdravstvene potrošnje. Razvijene zemlje imaju skoro dva puta veći broj lekara na hiljadu stanovnika, ali i dva puta veću smrtnost odojčadi.

Zbog sve veće disproporcije između rastućih potreba i raspoloživih resursa gotovo sve zapadne zemlje su prišle reformama sistema zdravstvene zaštite i osiguranja, uključujući i kresanje stečenih prava, privatizovanje zdravstvenih ustanova. Ali, sve se, ipak, svelo samo na decentralizaciju i reorganizaciju, jer su lobi i javnost torpedovali zdravstvenu reformu.

Sistemi starosnog osiguranja gotovo u svim zemljama EU stoje pred probom izdržljivosti u krizi, koju prati porast nezaposlenosti, smanjenje prihoda socijalnog osiguranja i javnih budžeta, stareњe stanovništva i rast socijalnih potreba. Strukturni problemi impliciraju kratkoročna prilagođavanja, dok demografski problemi zahtevaju dugoročna prilagođavanja. To je evidentno u Nemačkoj, Francuskoj, Italiji, Švedskoj, V. Britaniji, Irskoj i SAD. U pitanju su, zapravo, tri trenda: (1) u zemljama sa sistemom socijalnog osiguranja Bizmarkovog tipa poveća se „vrednost“ doprinosa i podiže se starosna granica za penzionisanje, (2) u zemljama sa državnim sistemom socijalnog osiguranja unose se u penzijski sistem elementi opšteg osiguranja i (3) u zemljama sa penzionim sistemima zasnovanim na finansiranju putem oporezivanja unose se elementi pokrivanja kapitalom.

U zemljama u kojima je penzioni sistem koncipiran kao socijalno osiguranje (Nemačka, Francuska, Austrija, Italija, Španija i Portugalija), došlo je do značajnih promena u domenu penzionog prava. U Francuskoj je, npr., nivo penzija smanjen na taj način što se kod računanja penzija uzima prosečan prihod iz 25 najboljih godina, a ne više prihod iz najboljih 10 godina radnog staža. U Portugalu se sada uzima prihod iz najboljih 10 godina od 15 poslednjih godina

rada. U Italiji se sada uzima u obzir prosečan prihod u toku celokupnog radnog staža (a ne, kao do sada, prosečan prihod u poslednjih 10 godina). U Nemačkoj su prihodi od rada u toku celokupnog radnog staža merodavni za pojedinačnu visinu penzije, iako je reforma penzionog sistema iz 1992. godine doprinela smanjenju visine penzija novim propisima o doprinosima.

Inovativna „pravila“ pratila su i povećanja starosnih granica, koje su se popele na nivo od 65 godina u gotovo svim zemljama EU. Ubuduće će osiguranici biti prinuđeni da dokazuju svoj radni staž od najmanje 40 godina. Prevremena penzija, zbog nezaposlenosti, bice zamjenjena delimičnim radom u starosti.

Promene su evidentne i u Švedskom modelu državnog osiguranja koji se sastojao od državnog penzionog sistema i dodatnog obaveznog osiguranja, sve do reforme starosnog osiguranja. „Od 1. januara 1996. godine postoji novi sistem starosnog osiguranja koji se postepeno sprovodi. Dvočlani sistem se postepeno zamenjuje jedinstvenim sistemom koji nudi penziju sastavljenu iz dva dela. Jedan deo se finansira iz doprinosova od 16,5 odsto na dohodak u vidu poreza. Drugi deo se finansira kapitalnim pokricem. Za ovaj deo se mora plaćati doprinos od dva odsto od dohotka. Obe penzije su tesno povezane sa dohotkom, odnosno uplaćivanjem doprinosova za vreme celokupnog staža osiguranja.“³²

Inače, u Švedskoj ne postoji nikakva opšta starosna granica. Penzija može da se dobije od 61 godine starosti, ali onda je ona relativno mala. Ko kasnije ode u penziju, dobija za svaku godinu odgođenog odlaska dodatak koji se matematički izračunava. Penzijska formula, osim toga, obezbeđuje da, paralelno sa porastom prosečnog životnog veka, penzija opada. Švedski penzioni sistem raspolaže trenutno rezervama, koje po svom obimu pokrivaju okruglo 66 mesečnih izdataka. Ove rezerve treba da obezbede da se, uprkos demografskim opterećenjima, stopa doprinosova od ukupno 18,5 odsto dugoročno održi stabilnom.“³²

V. Britanija, međutim, reprezentuje treci primer evropskog puta kapitalnog pokrica umesto oporezivanja, u kome egzistira dvostepeni sistem sa osnovnom penzijom i obaveznim osiguranjem dodatne penzije. Osiguranik se, pri tome, može oslobođiti zakonskog dodatnog osiguranja, pod uslovom da ima pravo na odgovarajuću penziju u firmi. To omogućava i članstvo u odobrenou privatno starosno osiguranje. Preusmeravanje starosnog osiguranja u pravcu kapitalno pokrivenih sistema u V. Britaniji se sada institucionalno podstiče poreskim olakšicama.

U SAD je, ipak, najalarmantnije stanje, pošto preti katastrofa socijalnog osiguranja oko 2012 godine. Tada će socijalno osiguranje, koje svoje pare do sada najvećim delom investira u državne papire od vrednosti i tako doprinosi finansiranju budžetskog deficit-a, morati da potraži i lukrativnija područja ulaganja, kao što su papiri koji donose dividende. Tu je i ideja da se i sami osiguranici čvršće uključe u stvaranje starosne rezerve. Eksperti socijalnog osiguranja upravo od jačanja lične odgovornosti za starosno osiguranje očekuju rasterećenje državnog sistema. „Veliki mamač za prestrukturiranje socijalnog osiguranja trebalo bi, stoga, da budu akcije. Od jačeg investiranja u akcije analitičari Volstrita očekuju dalji podsticaj za dobre vrednosti dividendi, iako berzanski barometar, poznati DowJones indeks,

³² Ekonomika politika, br. 2. 338., od 27. januara 1997., str. 39.

već sada sa preko 6.600 poena stoji na svom istorijski najvišem nivou. Već se čuju ozbiljne opomene: ako bi se socijalno osiguranje ubuduće više oslanjalo na akcije, onda bi ono moglo da bude sa nervoznim Volstritom uvučeno u vrtlog sledeće krize i opet bi bilo kratkoročno nelikvidno. Međutim, u neki krah na berzi u doglendo vreme niko više ne veruje.

Rešenja se moraju što pre naci. Godine 2029., naime, prihodi socijalnog osiguranja pokrivaće samo 76 procenata očekivanih izdataka. Prvo rešenje komisije eksperata predviđa „lična konta osiguranika“. Međutim, planiranom otvaranju „individual accounts“, koji treba da se finansiraju obaveznim povećanjem doprinosa od 1,6 procentnih poena, protivi se u samoj komisiji grupa eksperata koju predvodi nekadašnji čelnik socijalnog osiguranja Robert M. Bal. Ovi računi bi starosno osiguranje učinili zavisnim od uspeha investicionih ulaganja, dakle, doveli bi do razlika u primanjima između penzionera. „Mi ne verujemo da bi državni penzioni sistem trebalo da natera sve zahtveresovane, znači iskusne i neiskune, srećne, bogate i siromašne, da kao pojedinci snose rizik investiranja, izjavio je Ball u „New York Timesu“. Investicione rizike treba da snose zajednice solidarnosti, a ne pojedinci. Sa ličnim računima osiguranika (“personal security accounts”), tj. drugim predlogom eksperata, država bi trebalo da finansira samo manji deo starosnog osiguranja, dok bi veći deo doprinosa morali sami osiguranici da snose u svoju korist“³³

³³ Ekonomski politika, br. 2. 338., od 27. januara 1997., str. 3940

T R E Ć I D E O

ZDRAVSTVENI MENADŽMENT

1. EKONOMIKA ZDRAVSTVA I ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Medicinska doktrina pledira na širi pristup definisanju sistema zdravstva i zdravstvene zaštite. U tom smislu, zdravstvo bi se po prof. Jurkoviću, moglo definisati „kao skup institucija i aktivnosti koje deluju na očuvanje i unapređenje zdravlja“. No, ovaj pristup sistemu zdravstva je nešto uži u odnosu na sistem zdravstvene zaštite „koji, osim aktivnosti medicinskih zdravstvenih institucija, uključuje i sve ostale mere usmerene očuvanju i unapređenju zdravlja, odnosno sistem zdravstvene zaštite uključuje i ostale sektore koji aktivno pridonose unapređenju zdravlja“.¹

U najširem smislu reči, sistem zdravstvene zaštite obuhvata i zdravstvneo osiguranje, koje inkorporira socijalnu sigurnost građana. U užem smislu, sistem zdravstvene zaštite odnosi se pak na mere koje su usmerene na suzbijanje i sprečavanje bolesti, lečenje i rehabilitaciju. „Elementi sistema zdravstva jesu zdravstveni kapaciteti, zdravstveni kadrovi, zdravstvena tehnologija i zdravstveni postupci... Sistem zdravstva deli se na delatnost primarne zdravstvene zaštite i sistema zdravstva i specijalističko-konzilijsku delatnost, čiji je zadatak pregled bolesnika u specijalističkim ordinacijama, uključujući i znatan deo laboratorijsko-dijagnostičke aktivnosti i deo terapeutskih i rehabilitacijskih aktivnosti; delatnost stacionarne zaštite zdravstvenih usluga (komprehenzivna zdravstvena zaštita) koji prepostavlja integralno tretiranje, odnosno funkcionalno povezivanje svih tih delatnosti“.²

U tom kontekstu, primarni lekar jeste centralna figura zdravstvene zaštite koji „balansira“ preventivne, kurativne i socijalne aktivnosti. Po svojoj funkciji, primarni lekar prati proces dijagnostike i tretiranje bolesnika, sprovodi posthospitalnu negu i kućno lečenje, i uključuje se u procesekonzilijsko-specijalističke i stacionarne zdravstvene zaštite. A pošto je snabdeven odgovarajućom laboratorijsko-dijagnostičkom službom, doprinosi smanjenju pritisaka zahteva za skupim zdravstvenim uslugama visoko specijalizovanih poliklinika i bolnica. „U našem sistemu zdravstvene zaštite, timovi primarnih lekara locirani su u zdravstvenim stanicama predužeća i mesnih zajednica, u domovima zdravlja, koji obuhvataju kompleksnu službu primarne zdravstvene zaštite, higijensko-epidemiološku delatnost, te laboratorijsko dijagnostičku službu. Konzilijsko poliklinička delatnost sprovodi se u bolničkim poliklinikama i samostalnim dijagnostičkim centrima, i u sklopu posebnih domova zdravlja. Stacionarnu zdravstvenu zaštitu provode opšte, specijalne i kliničke bolnice, te različite ostale stacionarne zdravstveno-socijalne institucije“.³ Osnovni zadatak ovako definisanog sistema zdravstva i zdravstvene zaštite jeste očuvanje i unapređivanje zdravlja kao opštег doba. Realizacija ovog cilja reflektuje proces ostvarivanja konačnog zadatka - kao intermedijarnog cilja - svakog društva, koji se ogleda u podizanju nivoa blagostanja ljudi, koji sintetizuje povećanje kvaliteta života, podizanje stvaralačkih mogućnosti i obezbeđivanje socijalne sigurnosti.

¹ Dr P. Jurković, Osnove ekonomike društvenih djelatnosti, Ekonomski institut, Zagreb, 1986. str. 153.

² Dr P. Jurković, op. cit., str. 153.

³ Dr P. Jurković, op. cit., str. 154.

Prema tome, ciljevi sistema zdravstvene zaštite su (1) očuvanje i unapređivanje zdravlja (povećanje kvaliteta života, povećanje stvaralačkih mogućnosti i povećanje socijalne sigurnosti), (2) povećanje produktivnosti rada, (3) jačanje odbrambene sposobnosti zemlje i (4) povećanje doprinosa ekonomskom i socijalnom razvoju društva; dok su oblici zdravstvene zaštite (1) primarna zdravstvena zaštita (preventiva i kurativa), (2) polikliničko-konzilijska zdravstvena zaštita i (3) stacionarna zdravstvena zaštita.

Samim tim, oblici funkcionalnog organizovanja zdravstvene zaštite su (1) u primarnoj zaštiti - zdravstvena stanica, dom zdravlja, medicinski centar; (2) upolikliničko-konzilijskoj i stacionarnoj zaštiti - poliklinike, opšte i specijalne bolnice, specijalni zavodi, medicinski centri; (3) ostale institucije - zavodi za zaštitu zdravlja, stanice za hitnu pomoć i apoteke. Ekonomika zdravstva se, po pravilu, bavi identifikovanjem nivoa i strukture zdravstvenih potreba, iznalaženjem najefikasnijih metoda zadovoljavanja zdravstvenih potreba, procenjivanjem zdravstvenog stanja nacije, utvrđivanjem inputa i outputa u zdravstvu i merenjem dobitaka - gubitaka u slučaju zadovoljavanja -nezadovoljavanja zdravstvenih potreba. U tom kontekstu, važne su osnovne ekonomske karakteristike zdravstvenih usluga, koje su brojne i različite u odnosu na ekonomska dobra i usluge. Prof. Jurković⁴ navodi sledeće distinkтивne ekonomske karakteristike zdravstva i zdravstvenih usluga: (1) neregularnost i nepredvidivost izbijanja bolesti, (2) postojanje tzv. eksternih efekata (eksternalija), (3) nesposobnost pojedinca da oceni sopstveno zdravstveno stanje, (4) dvostruki karakter izdataka za zdravstvenu zaštitu, simultano posmatranih i kao potrošnja i kao investicija, (5) niska supstituibilnost inputa i relativno visoko angažovanje i rada i sredstava po jedinici outputa, (6) međuzavisnost osnovne delatnosti sa procesom obrazovanja novih kadrova (tzv. proizvodnja vezanih proizvoda), i (7) netečevinski karakter zdravstvene delatnosti.

Posledice konceptualnih reformi ili intervencija na području socijalne medicine i zaštite zdravlja doprinele su kreiranju novih termina i koncepcata, kao što su: „quality of life, health development, lifestyle, behaviour modification, holistic health, health promotion, self-care (lay-care, mutual aid), s ciljem da zamene klasične termine, kao što su prevention, health protection, health education, health information“.⁵ U tom kontekstu, prof. Letica izdvaja termin „health promotion“, koji izražava novu filozofiju i novu paradigmu zdravstvene politike i razvoja. U dosadašnjem „modelu bolesti“, bolest je reflektovala fundamentalni kriterijum globalne produkcije zdravstvenih usluga: prevencija bolesti, otkrivanje bolesti, lečenje bolesti, rehabilitacija bolesnog, osiguranje za slučaj bolesti, naknada ekonomskih gubitaka zbog bolesti. „Koncept „health promotion“ ne negira važnost bolesti, ali zahteva radikalnu orijentaciju medicine i socijalne politike prema zdravlju: „otkrivanje“ zdravljia i njegovih determinanti, merenje zdravljia, poboljšavanje zdravljia“.⁶ U epicentru je, dakle, „pozitivno zdravljie“, tj.

⁴ Dr P. Jurković, Osnove ekonomike društvenih djelatnosti, Ekonomski institut, Zagreb, 1986., str. 144-147.

⁵ Dr S. Letica, Kriza i zdravstvo, Stvarnost, Zagreb, 1986., str. 24.

⁶ Ibid, str. 24.

ono „zdravlje kojim raspolaže čovek koji živi sa dijagnozama“. Koncept „health promotion“ implicira akciju.

U tom spektru, vaskrsava tehnološki scenario zdravstvenog razvoja, koji se temelji na primeni savremene medicinske tehnologije i na kompjuterizaciji medicine. „Genetska istraživanja, veruje se, pomoći će u budućnosti eliminisanju genetskih bolesti i hendikepa; transplantacija organa i „banke rezervnih delova“ učinice mogućim popravljanje ljudskog tela; novi će lekovi kontrolisati društveno zdravlje i lečiti mentalne bolesti, preventirati rak, debljinu, narkomaniju, senilnost, virusne bolesti“.⁷

1.1. EKONOMSKA VREDNOST ŽIVOTA

U problematici procenjivanja ekonomske vrednosti čoveka i ekonomskih gubitaka zbog prerane smrti poznata su dva metoda, i to: Weisbrodova i Hanlonova metoda u analizama ekonomskih efekata zdravstvenih programa.⁸ U svojoj analizi Weisbrod⁹ je pošao od shvatanja da se „bolje zdravlje može kupiti“ i pokušao da kvantifikuje ekonomske efekte kao odlučujući kriterijum za procenu socijalnih benefita unapređenja zdravlja. Pošto je primenio specifične metode kvantifikovanja ekonomskih gubitaka usled prerane smrti proizvođača, Weisbrod je sastavio tablice iz kojih se, na bazi razlike između prosečnog dohotka i prosečne potražnje proizvođača u svakoj godini starosti od 0-75 godina, mogu izračunati sadašnje vrednosti budućih zarada. Iz Weisbrodove tablice se može videti koliko je prosečno društveno ulaganje u čoveka u njegovom neproduktivnom dobu i koliki je njegov prosečni doprinos povećanju društvenog bogatstva u produktivnom dobu.

Wiesbrodova metoda omogućava nam da procenimo „koliko bi prosečni radnik zaradio da nije prerano umro, odnosno kolika je sadašnja neto vrednost njegovih budućih zarada, koja je izgubljena zbog prerane smrti. To omogućuje da se izračunavaju gubici nastali zbog prerane smrti od bilo koje bolesti ili drugog uzroka jednostavnim unošenjem odgovarajućih sadašnjih neto vrednosti budućih zarada s brojem umrlih po dobu i polu“¹⁰ Tablica pruža mogućnost da se izračunavaju i gubici društvene zajednice ukoliko proizvođač umre na samom početku produktivnog doba, odnosno pre početka vraćanja društvu iznosa sredstava koje je društvo u njega ulagalo u periodu odgoja. Zbir uloženih sredstava društva i sadašnje vrednosti budućih zarada daje ukupan gubitak zbog prerane smrti. „Tablica, dakle omogućuje dva tipa računanja gubitaka zajednice usled prerane smrti čoveka: prvo, računanje gubitaka koji znače čisti odbitak od postojećeg društvenog bogatstva u slučajevima kada je osoba umrla pre nego je svojim produktivnim radom uspela stvoriti višak vrednosti kojim zajednici vraća dug u iznosu koji je uložen u podizanje te osobe do faze produktivne sposobnosti; drugo,

⁷ Ibid, str. 24.

⁸ Dr M. Škrbić. Uvod u ekonomiku zdravstva, Jugoslovenska medicinska naklada, Zagreb, 1978., str. 55-56.

⁹ B. A. Weisbrod, *Economic of Public Health: Measuring the Economic Impact of Diseases*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1961.

¹⁰ Dr M. Škrbić, op. cit., str. 57.

kalkulisanje gubitaka potencijalne zarade žrtve prerane smrti kojima bi ona, da nije prerano umrla, vratila zajednici investicirani iznos i obogatila zajednicu“.¹¹

Hanlonova metoda, za razliku od Weisbrodove metode, daje detaljnije i kompleksnije kvantifikovanje ekonomске vrednosti života, uzimanjem u obzir sledeće faktore:¹² (1) kapitalno koštanje (investicije koje svaka društvena zajednica ulaže u svako dete pre njegovog rođenja), (2) koštanje uvođenja čoveka u produktivnu fazu života (investicije koje društvo ulaže u čoveka od samog njegovog rođenja pa sve do navršenih 18 godina života) i (3) period produktivnosti (povraćaj sredstava koje društvo očekuje od svojih ulaganja u čoveka, uključujući i razlike). Hanlon je sada svaki od navedenih faktora „razbio“ na kalkulativne elemente socioekonomiske vrednosti ljudskog života, kapitalna vrednost je, naime, razbijena na sedam elemenata. Prvi elemenat se odnosi na ekonomsku cenu nesposobnosti za rad majke za vreme graviditeta u kome se gubi deo produktivnog potencijala. Po Hanlonu, gubitak produktivnog potencijala trudnice (usled graviditeta) za dato vreme trudnoće, značio je ekonomsku investiciju u dete od 500 dolara. Drugi elemenat kapitalnog ulaganja u život jeste procenjivanje vrednosti rizika smrti majke usled porodaja. Hanlon, iznos rizika smrti po roditelje izražen u dolarima za svako živoroden dete, uračunava u investiranje u čoveka. Treci elemenat kapitalne vrednosti odnosi se na procenu vrednosti rizika od povrede majke pri porođaju sa evidentnim posledicama na njenu proizvodnu sposobnost i na dužinu života. Hanlon i ovu vrednost uračunava kao inicijalno ulaganje u život čoveka. Cetvrti elemenat kapitalne vrednosti života reprezentuju direktni troškovi porođaja (koštanje prenatalne i postnatalne zdravstvene zaštite, koštanje hospitalizacije i porođaja, koštanje opreme porodilje i novorođenčeta, i gubitak „proizvodnje“ majke za vreme porodilijskog odsustva sa posla). Peti elemenat inicijalnih ulaganja u život čoveka odnosi se na procenu vrednosti rizika od mrtvorodenosti i neonatalne smrti deteta (smrtnost do mesec dana života), mada je veoma teško pronaći monetarni izraz ekonomске vrednosti rizika od mrtvorodenosti i neonatalne smrti. Sesti elemenat kapitalne vrednosti jeste sama ekonomска vrednost rizika od dečje bolesti i povrede u samom toku porođaja i neposredno posle porođaja. Konačno, sedmi elemenat inicijalnog ulaganja u život odnosi se na kamatu „koja bi se mogla dobiti na iznos koji je inicijalno investiran u čoveka da je taj iznos, umesto što je uložen u čoveka, bio stavljen na štednju“.¹³ Kalkulisanjem sa svim ovim navedenim elementima kapitalne vrednosti, Hanlon je izračunao da je u SAD u jedno dete u trenutku njegovog rođenja bilo već investirano oko 1070 dolara.

Drugi faktor Hanlonove metode jeste cena uvođenja čoveka u produktivnu fazu života. U tu drugu fazu života učaju i roditelji i društvo i to u fizičko sazrevanje i profesionalno osposobljavanje deteta. „Koštanje“ ulaganja u čoveka do njegove 18. godine života, kada faktički počinje produktivna faza ljudskog života, kalkuliše se sledecim elementima: (1) troškovi smeštaja, odeće obuće i ishrane; (2) vrednost vremena koje je majka posvetila nezi i uzrastu deteta, (3) troškovi edukacije, (4) troškovi zdravstvene zaštite, (5) troškovi rekreacije i transporta (prevoza), (6)

¹¹ Ibid, str. 57.

¹² J. Hanlon, Public Health Administration and Practice, The C. W. Mosby Co., Saint Louis, 1974.

¹³ Dr M. Škrbić, op. cit., str. 60.

ostali troškovi, (7) procena vrednosti rizika u slučaju smrti pre 18 godina i (8) kamata na investicije u tzv. formativni period.

Konačno, treći faktor u Hanlonovoj računici ekonomske vrednosti života jeste period produktivnosti, koji počinje sa navršenih 18 godina ili sa punoletstvom. „Tek tada čovek dolazi u poziciju da proizvodi sredstva za vlastito izdržavanje, ali i višak dovoljan da vrati roditeljima i zajednici ono što su u njega do tada uložili, da stekne uštedu za vlastito izdržavanje u staračkom neproduktivnom dobu i da doprinese svoj deo opštem društvenom progresu. U kalkulisanju čovekove proizvodne vrednosti u njegovoj produktivnoj fazi života valja uzeti u obzir ne samo stavke njegovih doprinosa društvenom bogatstvu nego i stavke odbitaka od društvenog bogatstva koji nastaju kao posledica izloženosti čoveka u tom dobu rizicima da postane trajno nesposoban za rad, da oboli, da prerano umre ili da postane supstandardan (fizički ili psihički defektan, asocijalnan).“¹⁴ Čovekov doprinos društvenom bogatstvu Hanlon kalkuliše preko sledećih elemenata: (1) potencijalne neto zarade, (2) kamata na neto zarade i (3) neekonomski produktivni potencijal. Na bazi prosečne neto zarade i prosečno očekivanog trajanja radnointenzivnog života procenjuje se ukupna potencijalna neto zarada koju čovek ostvaruje u toku svog radnoaktivnog života. Po odbitku prosečnih troškova života u radnoproduktivnoj fazi ostaje neto vrednost od koje jedan deo pojedinac vraća zajednici (u ekvivalentnom iznosu investiranog u njegovo podizanje). Drugi deo neto vrednosti služi za „kreditiranje“ budućeg izdržavanja pojedinca u kasnijoj fazi neproduktivnog života. Treći pak deo neto vrednosti reprezentuje učešće pojedinca u povećanju društvenog bogatstva koje će koristiti buduce generacije. Pored potencijalne neto zarade za procenu doprinosa (čoveka) društvenom bogatstvu važna je i kamata na neto zarade, kao ekvivalent oplodnje kapitala „da je on bio uložen u proizvodnju ili trgovinu“. Neto zarada, bilo kako da je uložena, donosi društvu godišnju dobit u „iznosu vrednosti kamate“. U računici doprinosa društvenom bogatstvu zato valja pridodati „i iznos dobiti koju je društvo na toj zaradi ostvarivalo tokom vremena (a koja je jednaka sumi prihoda od kamate koji bi se dobili da je celokupna zarada bila stavljena na štednju). Konačno, u obračunu treba uzeti u obzir i socijalne i etičke vrednosti čoveka, koje se ne mogu monetarno izraziti. Intelektualni potencijali čoveka jesu nemerljiva kategorija. Ali, i nemerljive vrednosti čine društvo bogatijim.

U produktivnoj fazi čoveka, pored dobitaka, javljaju se i gubici, koji nastaju zbog izloženosti čoveka raznim rizicima. Radi se, ustvari, o odbicima od društvenog bogatstva, koje treba kalkulisati. Hanlonova metoda kalkuliše sa sledećim stavkama: (1) vrednost rizika nesposobnosti za rad u toku produktivne faze života, (2) cena zdravstvene zaštite, (3) vrednost rizika od prerane smrti u produktivnoj fazi života, (4) vrednost rizika od „stvaranja“ subnormamog ili asocijalnog čoveka i (5) kamata na gubitke društvenog bogatstva zbog izloženosti građana različitim rizicima u toku produktivne faze života. Sve ove odbitke Hnalon je „uračunao u ukupne odbitke od potencijalnog proizvodnog doprinosa čoveka zajedno sa kapitalnim investicijama u čoveka i troškovima uvodena čoveka u produktivnu fazu života, i tako omogućio realniju procenu stvarne ekonomske

¹⁴ Dr M. Škrbić, op. cit., str. 62.

vrednosti ljudskog života odnosno realniju procenu ekonomskih gubitaka, zbog prerane smrti čoveka izazvane bolešću“.¹⁵ No, tim gubicima treba pridodati i gubitke zbog povremene ili trajne nesposobnosti za rad izazvane bolešću ili povredama, i ekonomske troškove ulaganja u lečenje i rehabilitaciju obolelih ili povređenih.

1.2. CENA - RENTABILNOST ČOVEKA

Pojam „cena čoveka“ bio je poznat u svim eksploatatorskim društvima idući kroz istoriju ekonomske misli. Tada je objekat kupoprodaje bio i sam čovek, ali bez saznaće da se u novčanom obliku izraze troškovi radne snage u naturalnoj proizvodnji. Tek u robnoj proizvodnji predstavnici politekonomista polazili su od cene koja se sastoji iz tri faktora proizvodnje (zemlja, rad i kapital). Kasnije su i teoretičari počeli da radnu snagu shvataju kao svojevrsni „ljudski kapital“, pošto je ospozobljavanje radnika podrazumevalo određene novčane izdatke. Porast izdataka za kvalifikovanu radnu snagu, koja je odbacivala dopunski profit, nagnalo je buržoaske teoretičare da se ozbiljnije pozabave problemom „rentabilnosti“ čoveka u formi lansiranja nove koncepcije „ljudskog kapitala“.

U ekonomskoj literaturi¹⁶ smatra se da je Peti bio pionir u proceni „novčane vrednosti“ stanovništva. Njegov metod bio je zasnovan na indirektnom određenju fonda zaradene plate u njenoj kapitalizaciji prema prosečnoj normi bankarskog procenta. To je, u osnovi, bio vrlo grub metod, jer nije implicirao nikakve pretpostavke o ceni izdržavanja radne snage od rođenja pa do sposobnosti za rad. Ovaj nedostatak otklonio je engleski demograf Far na čijim je proračunskim šemama Engels utvrdio da „cena proizvodnje“ čoveka zavisi i od njegovog uzrasta u momentu procenjivanja.¹⁷ Rashodi „proizvodnje“ čoveka počinju još pre njegovog rođenja (troškovi udaje njegove majke i troškovi za vreme bremenitosti majke), nastavljaju se sa troškovima izdržavanja i vaspitanja deteta, i završavaju se sa troškovima dostizanja socijalne zrelosti. Ovu ukupnu sumu troškova Engels je nazvao „investiciona cena čoveka“. Ali, Engels je razlikovao „investicionu cenu“, koja dostiže najviši nivo pri kraju perioda mladosti, od „unosnosti“ čoveka, koja se maksimalno dostiže u zrelog rastu. „Unosnost“ čoveka se, međutim, ne poklapa sa njegovom socijalnom vrednošću.

No, socijalna vrednost čoveka,¹⁸ po pravilu, se ne može izmeriti. Nemoguće je, naime, izmeriti u novcu vrednost Njutnovog uma, imaginaciju Mocarta, darovitost Pikasa, lucidnost Marksa, revolucionarnost Lenjina itd. iako su ovi ljudi koštali svoje roditelje. Docnije je Engels pokazao da svaki odrasli čovek može da proizvede više nego što je njemu potrebno od čega bi živilo mладо pokoljenje. Od tada, ekonomska rentabilnost mладог pokoljenja „merila“ se kao odnos cena proizvodnje i usluga, koje je proizvela mlada generacija u toku njene radne aktivnosti, u odnosu na cenu proizvodnje i usluga koje su joj potrebne u toku celog njenog života. No, u životu i radu, produktivnost rada i potrošnja rastu, što

¹⁵ Dr M. Škrbić, op. cit., str. 65.

¹⁶ V. V. Nikitenko, Problem „rentabilnosti“ novog naraštaja, Socijalna politika 5/87., str. 37.

¹⁷ V. V. Nikitenko, op. cit., str. 38.

¹⁸ Ibid, str. 39.

otežava procenjivanje udela pojedinih generacija u proizvodnji. Zato se prešlo na utvrđivanje nivoa „rentabilnosti uslovne generacije“, koja je svoj život preživela uz stalno održavanje ulaznih pokazatelja proizvodnje i potrošnje, odnosno obima proizvodnog nacionalnog dohotka i fonda potrošnje. U tom sklopu, sovjetski teoretičari¹⁹ su pokušali da dokažu da je nivo „rentabilnosti uslovne generacije“ tesno povezan sa promenama obima akumulacije (Notkin). Ali, nivo „rentabilnosti generacije“ se ne poklapa sa obimom dodatne proizvodnje date generacije, pošto dodatna proizvodnja služi i za izdržavanje neproizvodne sfere rada. Zato se uvode tzv. ekonomski uzrastne piramide (Valković), kojima se procenjuje ekonomski efikasnost grane neproizvodne sfere.²⁰ Naime, povećanje ulaganja u obrazovanje vodi produženju perioda obrazovanja i smanjenju radnog perioda života, ali i povećanju kvalifikacione strukture i produktivnosti rada. Pomeranje na stariji uzrast sada dovodi do „gašenja duga“ kada čovek vrednost koju je proizveo (stvorio) rekompenzira vrednošću sredstava utrošenih od strane društva i porodice. Saldo se tako menja. Gubici u vremenu rada i dobici u kvalitetu jesu sada novi sintetički pokazatelj „rentabilnosti generacije“. Stvaranje piramide proizvodnje i potrošnje za stanovništvo sa različitim nivoima obrazovanja pokazuje aproksimativno efekat povećanja obrazovanja.

JAVNI IZDACI ZA OBRAZOVARANJE I ZDRAVSTVO

Zemlje	U % od društvenog proizvoda u 1980. godini		Po stanovniku u SAD dolarima u 1980. godini		
	Obrazovanje	Zdravstvo	Društveni proizvod	Obrazovanje	Zdravstvo
SAD	5.0	3.9	11.347	571	439
Bivši SSSR	5.1	2.5	4.564	231	113
Bivša SFRJ	4.7	5.2	2.651	124	138
Indija	3.0	1.0	230	7	2
Japan	5.2	4.4	8.975	524	394
Kina	5.7	2.0	298	17	6
Australija	4.7	1.0	9.943	597	428

Izvor: Dr J. Štahan, Javni izdaci za vojsku, za obrazovanje i za zdravstvo u svetu godine 1980., Ekonomski pregled 9-10/84., str. 452. i 453.

Kvantitativni podaci o troškovima (javni izdaci) obrazovanja i zdravstva, doduše, ne pokazuju „efekte“ povećanja obrazovanja i zdravstva već „spremnost i sposobnost“ društvene zajednice da izdvaja finansijske resurse za formiranje -„ljudskog“, humanog kapitala.

1.3. INDEKS ZDRAVLJA

Problem merenja učinka, outputa u zdravstvu, povezan je sa problemom iznalaženja agregatnog „indeksa zdravlja“, kao indikatora zdravstvenog stanja populacije. U medicinskoj doktrini se, pak, često tzv. indeks zdravlja izjednačava sa zdravstvenim potrebama populacije izraženim u resursima.²¹ Zdravstvene potrebe

¹⁹ Ibid, str. 42.

²⁰ Ibid, str. 42.

²¹ Dr P. Jurković, Osnove društvenih djelatnosti, Ekonomski institut, Zagreb, 1986., str. 144. Dr P.

impliciraju zdravstvene intervencije u funkciji očuvanja i unapređivanja zdravlja. Zdravstvene potrebe, kao takve, diferiraju od tražnje za zdravstvenim uslugama i od utilizacije usluga. Jer, zdravstvene potrebe korisnika zdravstvenih usluga ipak zavise od personalnog stava prema zdravlju, materijalnog statusa korisnika, načina pružanja usluga, nivoa kulture i načina života i tradicije i veroispovesti i načina finansiranja, ali i od stepena osecaja bolesti. Nivo, struktura i dinamika zdravstvenih potreba determinisani su i veličinom i strukturom populacije, zdravstvenim stanjem populacije, demografskim i socijalnim faktorima, i nivoom medicinske tehnologije i okolinom. Važne su, međutim, i informacije o starosnoj i polnoj strukturi stanovništva, socijalnom sastavu stanovništva, obrazovnoj strukturi stanovništva, sastavu stanovništva prema društveno-ekonomskoj aktivnosti, strukturi osiguranika po vrstama zdravstvenog osiguranja, strukturi zaposlenih po delatnostima, geografskoj distribuciji stanovništva, gustini naseljenosti, stepenu urbanizacije i migracijama. Konačno, na zdravstveno stanje utiču i uslovi stanovanja, način ishrane, stepen zagadenosti vode i vazduha, način života itd. Za procenu zdravstvenih potreba i kvantuma zdravstvenih usluga za zadovoljavanje zdravstvenih potreba, potrebno je raspolagati preciznim informacijama o zdravstvenom stanju nacije, kako bi se kosntruisao adekvatni agregatni pokazatelj zdravstvenog stanja. Napori medicinske nauke bili su usmereni u pravcu osmišljavanja prosečnog očekivanog trajanja zdravog življenja (života). Ali, na primedbu da nije bitno „koliko se živi nego kako se živi“, zdravstveni naučnici nisu „znali“ da odgovore iznalaženjem najboljeg „indeksa zdravlja“. Ali su zato otvorili problem podataka o opštim i specifičnim stopama mortaliteta, opštim i specifičnim stopama morbiditeta (stope incidencije i prevalencije pojedinih oboljenja), stopama apsentizma i stepenu invalidiziranja.²²

2. ZDRAVSTVO I ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Prema ranijem zakonu o zdravstvenoj zaštiti u Srbiji (Sl. list Srbije 4/90), zdravstvenu zaštitu čine mere, aktivnosti i postupci na očuvanju i unapređenju zdravlja i životne i radne sredine koje sprovode građani, zdravstvene ustanove, preduzeća, društveno-političke zajednice, mesne zajednice, fondovi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja. Osnovni ciljevi zdravstvene zaštite su uočavanje i unapređenje zdravlja građana i njihove životne sredine, kao osnovnog uslova za razvitak njihovih bioloških i stvaralačkih sposobnosti, i reprodukcije zdravog stanovništva, socijalnesigurnostipovečanjanaproizvodnostirada. Zdravstvena zaštita se ostvaruje na jedinstvu preventivnih dijagnostičko-terapijskih i rehabilitacionih mera i načelima sveobuhvatnosti, dostupnosti, stalnosti, neprekidnosti, efikasnosti i racionalnosti, i na savremenim i potvrđenim tradicionalnim dostačnjicima medicinskih i drugih nauka. Zdravstvenu delatnost obavljaju zdravstvene ustanove, koje, u cilju sprovođenja zdravstvene zaštite, sprovode mere i aktivnosti i postupke za očuvanje zdravlja ljudi, sprečavanje i suzbijanje oboljenja, povreda i drugih poremećaja zdravlja, rano otkrivanje oboljenja i stanja, blagovremeno i efikasno lečenje i pravovremenu rehabilitaciju. No, zdravstvene ustanove nisu

²² Jurkovic“, op. cit., st. 149.

jedine, zakonski zadužene i registrovane, ustanove za obavljanje zdravstvene delatnosti, pošto zdravstvenu zaštitu mogu obavljati i medicinski, stomatološki i farmaceutski fakulteti preko svojih klinika, zavoda i instituta, kao i ustanove socijalne zaštite i preduzeća, koja obavljaju privrednu delatnost, za radnike po zakonu, i zdravstveni radnici ličnim radom (u vidu samostalnog zanimanja).

Zdravstvena ustanova osniva se u skladu sa planom razvoja republike, odnosno pokrajine, kojim je utvrđena mreža, struktura, vrsta, broj i raspored zdravstvenih ustanova. Zdravstvenu ustanovu mogu osnivati društveno-političke zajednice, fond, preduzeće, ustanova (koja obavlja društvenu delatnost), građani i druga pravna lica. Radi ostvarivanja efikasnosti, racionalnosti i podele rada u sprovodenju zdravstvene zaštite, zajedničkog korišćenja kapaciteta, opreme i kadrova, ekonomičnosti u poslovanju i razvoju, obezbeđuje se jedinstveni sistem organizacije zdravstvene službe u okviru delatnosti zdravstvenih ustanova. Ovaj jedinstveni sistem organizacije zdravstvene službe obezbeđuje sledeće vrste zdravstvenih ustanova, i to: (1) dom zdravlja, (2) apotekarska ustanova, (3) bolnica (opšta i specijalna), (4) zdravstveni centar, (5) zavod, (6) zavod za zaštitu zdravlja, (7) institut, (8) klinika, (9) kliničko-bolnički centar i (10) klinički centar. Ove zdravstvene ustanove mogu se osnivati kao radne organizacije. Naime, dom zdravlja, apotekarska ustanova i institut mogu se osnivati kao radna organizacija na području gradskog, odnosno opštinskog fonda u kome se potrebe za stacionarnom zdravstvenom zaštitom ostvaruju u kliničkom centru. Bolnica i klinika mogu se osnivati kao radna organizacija u gradu Beogradu i opštinama u kojima postoji kliničko-bolnički centar, odnosno klinički centar. U tom kontekstu, dom zdravlja, kao zdravstvena ustanova, ili u sastavu zdravstvenog centra, obavlja zdravstvenu delatnost primenjujući dispanzerski metod rada. Apotekarska ustanova, kao zdravstvena ustanova ili u sastavu zdravstvenog centra, obavlja farmaceutsku zdravstvenu delatnost na području fonda. Bolnica je pak stacionarna i poliklinička zdravstvena ustanova, koja kao zdravstvena ustanova ili u sastavu zdravstvenog centra, obezbeđuje lečenje i rehabilitaciju obolelih i povređenih, prima i zbrinjava hitne medicinske slučajeve, obezbeđuje specijalističku konsultativnu službu i konzilijumarnu medicinsku pomoć, obavlja zdravstvenu negu, sprovodi program na sprečavanju, suzbijanju i ranom otkrivanju oboljenja i povreda, i učestvuje u kućnom lečenju. Zdravstveni centar se osniva za područje opštinskog fonda za obavljanje delatnosti doma zdravlja, apotekarske ustanove i bolnice. Zavod se osniva za obavljanje zdravstvene delatnosti iz jedne ili više grana medicine, odnosno oblasti zdravstvene zaštite ili za pojedine grupacije stanovništva. Zavod za zaštitu zdravlja reprezentuje zdravstvenu ustanovu za obavljanje delatnosti u oblasti socijalne medicine, epidemiologije (sa mikrobiologijom i parazitologijom), higijene (sa zaštitom životne i radne sredine) i dezinfekcije, dezinfekcije i deratizacije. Institut je zdravstvena ustanova u kojoj se obavlja zdravstvena, obrazovna i naučnoistraživačka delatnost. Klinika kao zdravstvena ustanova ili u sastavu kliničko-bolničkog centra, odnosno kliničkog centra obavlja zdravstvenu, obrazovnu i naučnoistraživaku delatnost. Kliničko-bolnički centar je zdravstvena ustanova, koja objedinjava - delatnost bolnice i klinike, i koja može

organizovati stacionarnu i specijalizovanu zdravstvenu delatnost.²³ Konačno, klinički centar predstavlja zdravstvenu ustanovu koja obavlja zdravstvenu, obrazovnu i naučnoistraživačku delatnost, odnosno ustanovu koja obavlja delatnost iz sledećih grana medicine i oblasti zdravstvene zaštite: interne medicine i užih grana interne medicine, zaraznih bolesti, pneumo-fiziologije, pedijatrije i užih grana pedijatrije, neurologije, psihijatrije, fizikalne medicine i rehabilitacije, kožnih i veneričnih bolesti, opšte hirurgije i užih grana opšte hirurgije, neuro-hirurgije, urologije, ortopedije, dečje hirurgije i užih grana dečje hirurgije, akušerstva i ginekologije, otorinolaringologije, oftamologije, onkologije, urgentne medicine, radiološke dijagnostike i terapije, nuklearne medicine, kliničke imunologije, kliničke farmakologije i dr.

2.1. ZDRAVSTVENO PRAVO I ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Svetska zdravstvena organizacija je svojim dokumentima iz davne 1948. godine, proklamovala jedno od osnovnih ljudskih prava, a potreba za zdravlјjem je jedna od važnih potreba u životu svakog pojedinca. Zato je i najveći deo potreba stanovništva za zdravstvenom zaštitom dobio karakter prava koja su utvrđena ustavom i zakonom. Najčešće se radi o dugoročnim trajnim pravima, kojima građani obezbeđuju socijalnu sigurnost. U nas se, od 1974. godine, oblast zdravstvene-zaštite i zdravstvenog osiguranja reguliše republičko-pokrajinskim ustavima i zakonima. Federacija reguliše samo zdravstvenu zaštitu stranaca, vojnih lica i članova njihovih porodica, boraca i vojnih invalida, promet lekova, zaštitu od zaraznih bolesti, i evidenciju i dokumentaciju od značaja za čitavu zemlju.

U Jugoslaviji zdravstveno osiguranje ima relativno dugu tradiciju, jer se razvilo od tzv. bolesničkog osiguranja radnika u zdravstveno osiguranje ukupnog stanovništva. U istorijskoj genezi, prvi oblici zdravstvenog osiguranja u obliku tzv. Bratinske blagane uspostavljeni su rudarskim zakonima na teritoriji današnje Slovenije i Dalmacije još davne 1854. godine. Za ostale radnike u trgovini i industriji, zdravstveno osiguranje u vidu bolesničke blagajne uvedeno je 1888/91 i 1909/11 u BiH, Srbiji, Vojvodini i Hrvatskoj, i to na principu samouprave i prioritetnog učešća poslodavaca i radnika. Prvi zakon o osiguranju radnika u Jugoslaviji donet je tek 1922. godine, kada su sva osigurana lica dobila redovno pravo na lekarsku pomoć, lekove, sanitetski materijal, lečenje zuba, lečenje u bolnicama itd. Od 1945. godine, međutim, razvija se zdravstveno osiguranje od bolesničkog osiguranja ka osiguranju ukupnog stanovništva. Te iste godine uspostavljen je jedinstveni državni nadzor nad ustanovama socijalnog osiguranja. U 1946. godini, donet je zakon o socijalnom osiguranju radnika, nameštenika i službenika, i uspostavljen jedinstven opštedržavni sistem socijalnog osiguranja u čijem sastavu je funkcionisao podsistem zdravstvenog osiguranja. Napušten je „stari samoupravni princip“ zdravstvenog osiguranja, pošto je socijalno osiguranje postalo državno. Samim tim, i budžet socijalnog osiguranja postao je sastavni deo opštedržavnog budžeta. Tokom 1950. godine, donet je novi jedinstveni zakon o socijalnom osiguranju radnika i službenika i njihovih porodica, u kome se isitče princip ekvivalentnosti materijalnog obezbeđenja i jednakih i neograničenih

²³ S. Bichot, Economic de la protection sociale, Paris, A. Colin, 1992.

prava za sve osiguranike,²⁴ osiguranje u republikama i pokrajinama. Novi zakon o zdravstvenom osiguranju donosi se u 1954. godini. Tada se po prvi put zdravstvena zaštita deli na dva dela, i to: (1) na osnovu zaštitu i (2) na proširenu zaštitu. Za preventivnu zdravstvenu zaštitu se izdvaja 3% sredstava zdravstvenog osiguranja.²⁵ Međutim, od 1961. godine, donose se reublički zakoni o zdravstvenoj zaštiti pored postojećeg Zakona o zdravstvenom osiguranju u tadašnjoj SFRJ. Osnovnim zakonom o zdravstvenom osiguranju iz 1962. godine, sa dopunama iz 1986. godine, sistem zdravstvenog osiguranja je proširen na zanatlige i ugostitelje. Pored učešća za lekove, uvedene su participacije i nadoknade ličnih dohotaka, a nadoknade zbog bolesti do 30 dana su prenete na preduzeća. U 60-tim godinama funkcionišu samostalni društveni fondovi, posle budžetskih fondova i ustanova sa samostalnim finansiranjem. Tokom 1967/68. godine, otpočinju sa radom tzv. zajednice socijalnog osiguranja, kao preteće samoupravnih interesnih zajednica, koje se od 1971. godine, odnosno od 1974. godine, formiraju u vidu opštinskih, gradskih, regionalnih, pokrajinskih i republičkih zajednica zdravstvene zaštite. Tada se uvode potpuno „novi finansijski mehanizmi“ SIZ-ova, mada se prihodi zdravstvenog osiguranja formiraju gotovo (i dalje) iz tradicionalnih izvora i sredstava, kao što su doprinosi iz dohotka, doprinosi iz ličnog dohotka radnika, doprinosi iz ličnog dohotka radnih ljudi i građana, ostali doprinosi i naknade, prihodi od društveno-političkih zajednica, ostali prihodi, preneta sredstva iz prethodne godine.

²⁴ V. Šanjević, Zdravstveno osiguranje u Jugoslaviji, Zdravstvena zaštita 9/86., str. 38-53.

²⁵ Ibid, str. 40.

ZDRAVSTVO I

Zemje	Izdaci za zdravstvo										Broj lekara na 1.000 stanovnika		Po zbrinutom pacijentu			
	U % od BDP				Javni izdaci u % od ukupnih javnih troškova		Ukupni izdaci per kapita od PPP \$		Indeks cena medicinskih izdataka 1990=100				Ležaja na 1.000 stanovnika		Očekivana dužina ostajanja u bolnici (u danima)	
	Ukupni		Javni		1994	1984	1994	1984	1994	1984	1994	1984	1994	1984	1994	1984
	1994	1984	1994	1984	1994	1984	1994	1984	1994	1984	1994	1984	1994	1984	1994	1984
Australija	8.5	7.6	5.8	5.5	14.6	14.2	1.606	916	105.2	68.2	2.2	2.0	9.3	11.7	11.4	14.9
Austrija	9.7	7.9	6.2	5.3	12.1	10.8	1.965	919	121.1	74.8	2.4	1.8	9.4	11.0	10.3	14.6
Belgija	8.2	7.4	7.2	6.2	12.6	9.7	1.653	849	115.0	80.8	3.7	2.7	7.6	9.2	12.0	17.2
Kanada	9.8	8.4	7.0	6.4	14.3	13.6	2.010	1.118	112.0	74.1	2.2	1.9	6.0	6.8	12.6	13.7
Češka	7.6	-	-	-	-	-	662	-	-	-	3.2	-	7.8	-	11.6	14.2
Danska	6.6	6.4	5.4	5.4	8.8	1.362	766	107.5	77.9	2.8	2.5	5.0	7.1	7.6	11.0	-
Finska	8.3	6.9	6.2	5.4	11.0	12.6	1.357	760	113.0	65.3	2.7	2.0	10.1	14.1	13.1	20.8
Francuska	9.7	8.5	7.6	6.6	13.6	12.4	1.866	1.045	106.4	84.6	2.9	2.3	9.0	10.7	11.7	16.0
Nemačka	8.6	8.7	6.0	6.3	12.2	13.1	1.816	1.097	110.8	86.9	3.2	2.5	10.1	11.1	15.8	18.4
Grčka	3.6	2.9	2.8	2.6	8.4	9.9	500	254	167.4	40.9	3.9	2.9	5.0	5.8	9.2	12.1
Island	8.1	6.9	6.8	6.0	17.0	18.0	1.598	827	120.6	28.8	3.0	2.4	16.3	15.8	9.2	
Irska	7.3	7.8	5.7	6.1	13.0	11.4	1.107	554	120.5	70.7	2.0	1.5	5.0	8.9	7.7	9.0
Italija	8.6	6.8	6.3	5.3	10.6	10.4	1.522	757	119.1	1.7	1.2	6.7	6.7	8.7	11.1	12.4
Japan	7.3	6.7	5.3	4.8	15.1	14.7	1.484	748	104.1	84.8	1.8	1.4	15.6	14.6	45.4	54.6
Luksemburg	3.1	3.0	3.3	2.7	-	11.4	1.697	898	114.3	75.0	2.2	1.7	11.8	12.8	16.5	20.0
Meksiko	4.9	-	3.1	-	-	-	350	-	164.5	4.4	1.0	0.8	0.8	0.8	3.9	4.3
Holandija	8.8	8.0	6.9	6.0	12.2	9.7	1.641	893	111.2	90.4	2.5	2.2	11.3	12.0	32.8	34.3
Novi Zeland	7.7	6.0	6.0	5.2	-	-	1.185	648	106.5	53.4	2.1	1.7	7.3	9.6	7.7	12.0
Norveška	5.5	4.4	5.2	4.3	13.3	13.7	1.558	761	108.5	68.9	3.3	2.2	14.5	16.0	9.1	12.2
Portugalija	7.4	5.9	4.1	3.0	8.3	8.4	874	338	133.0	47.6	2.9	2.4	4.3	5.1	9.5	12.0
Španija	7.3	5.8	5.7	4.7	13.1	10.8	971	437	115.0	72.6	4.1	3.2	5.0	4.7	11.5	13.6
Švedska	7.7	9.3	6.4	8.5	9.2	13.4	1.348	1.158	111.8	68.4	3.0	2.5	6.5	14.9	8.2	22.7
Švajcarska	9.6	7.8	6.8	5.3	18.6	16.9	2.294	1.173	114.5	83.2	3.1	2.6	20.8	-	-	24.6
Turska	2.6	2.9	1.4	1.2	-	-	146	93	312.8	6.2	1.1	0.7	2.5	2.0	6.7	7.6
V. Britanija	6.9	5.9	5.8	5.2	12.8	10.9	1.211	633	124.3	66.2	1.5	1.4	5.1	7.6	10.2	16.5
SAD	14.2	10.5	6.7	4.3	16.5	12.0	3.498	1.618	117.5	70.6	2.5	2.1	4.4	5.5	8.8	9.4

Izvor: OECD - Podaci o zdravstvu 96, OECD, Paris, 1996.

ZDRAVSTVO II

Zemlje	Stopa ukupne plodnosti		Mortalitet dece u % od živorodenih		Očekivani životni vek u godinama											
					Po rođenju		Starosti 40 godina				Starosti 60 godina					
	1994	1984	1994	1984	1994	1984	1994	1984	1994	1984	1994	1984	1994	1984	1994	1984
Australija	1.87	1.88	0.59	0.92	80.9	79.0	75.0	72.5	42.5	40.5	37.2	35.0	24.0	22.4	19.4	17.9
Austrija	1.45	1.52	0.63	1.14	79.7	77.2	73.3	70.1	41.0	39.1	35.7	33.2	22.8	21.0	18.6	16.9
Belgija	1.55	1.53	0.76	1.00	79.8	77.8	73.0	70.8	41.2	40.1	35.3	34.3	23.0	22.0	18.1	17.3
Kanada	1.70	1.63	0.68	0.81	81.2	79.7	74.9	73.0	42.5	41.2	37.1	35.5	24.3	23.2	19.6	18.4
Ceška																
Danska	1.81	1.40	0.54	0.77	77.6	77.5	72.3	71.6	39.0	39.1	34.6	34.0	21.4	21.6	17.6	17.2
Finska	1.85	1.70	0.46	0.66	80.2	78.8	72.8	70.4	41.3	40.0	35.0	32.8	22.9	21.6	18.2	16.5
Francuska	1.65	1.81	0.61	0.83	81.8	79.3	73.6	71.2	42.9	41.1	35.9	34.0	24.6	23.0	19.4	17.9
Nemačka	1.30	1.29	0.58	0.96	79.5	77.8	73.1	71.2	40.7	39.4	35.2	33.6	22.5	21.4	18.1	16.9
Grčka	1.38	1.82	0.79	1.43	79.9	78.9	74.9	74.1	41.3	39.6	37.3	35.6	22.6	21.2	19.7	18.2
Island	2.21	2.08	0.48	0.61	81.0	80.2	77.1	74.0	41.8	41.5	38.6	36.2	23.6	23.1	20.7	19.2
Irska	1.86	2.53	0.59	1.01	78.2	76.4	72.7	70.8	39.1	38.1	34.6	33.1	21.1	20.1	17.1	16.0
Italija	1.19	1.46	0.73	1.14	81.2	78.1	74.7	71.6	42.2	39.8	36.7	22.9	23.7	21.5	19.2	17.1
Japan	1.45	1.81	0.42	0.60	83.0	80.2	76.6	74.5	44.0	41.5	38.1	36.5	25.3	23.0	20.4	19.2
Luksemburg	1.72	1.43	1.70	1.17	78.5	77.9	71.9	70.6	40.2	39.4	34.5	33.2	22.1	21.3	17.8	16.4
Meksiko	2.90	4.10	1.70	3.10	75.8	71.9	69.4	65.3	39.7	37.6	35.0	33.1	22.4	20.9	18.9	17.9
Holandija	1.56	1.49	0.56	0.84	80.0	79.5	74.0	73.0	40.7	41.0	35.2	35.0	22.5	22.8	17.7	17.6
Novi Zeland	2.04	1.93	0.73	1.16	78.9	77.1	73.1	71.0	40.5	39.1	35.9	34.0	22.6	21.4	18.6	17.0
Norveška	1.87	1.66	0.51	0.83	80.6	79.5	74.8	72.8	41.7	41.0	36.1	36.6	23.4	22.7	19.0	17.9
Portugalija	1.44	1.87	0.79	1.67	78.2	76.4	71.2	69.4	40.0	38.9	34.5	33.5	21.8	20.9	17.7	17.1
Španija	1.22	1.72	0.76	0.98	81.0	79.7	73.3	73.3	42.5	41.2	36.5	35.8	23.8	22.7	19.4	18.7
Švedska	1.89	1.65	0.48	0.64	81.4	79.9	76.1	73.8	42.4	41.1	37.6	35.8	24.0	22.8	19.9	18.5
Svaicarska	1.49	1.53	0.56	0.71	81.6	79.8	75.1	73.0	43.0	41.3	37.4	35.6	24.5	22.9	19.8	18.3
Turska	2.69	3.99	4.68	7.90	70.0	65.4	65.4	60.7	35.4	34.8	31.5	31.2	18.1	17.6	15.8	15.5
V. Britanija	1.75	1.77	0.62	0.96	79.5	77.4	74.2	71.5	40.6	39.9	35.9	33.7	22.4	21.0	18.3	16.6
SAD	2.00	1.84	0.85	1.08	79.1	78.2	72.3	71.1	40.9	40.1	35.5	34.2	23.1	22.5	18.9	17.8

Izvor: OECD - Podaci o zdravstvu 96, OECD, Paris, 1996.

U periodu 1981-84. godine, najveći deo prihoda zdravstvenog osiguranja poticao je od doprinosa iz ličnog dohotka radnika (47,65%) i doprinosa iz dohotka (41,44%). Doprinosi iz ličnog dohotka radnih ljudi i građana opredeljivaju finansijski potencijal zdravstva sa svega 4,86%. Prihodi iz ostalih izvora činili su oko 6,05% ukupnih prihoda zdravstvenog osiguranja (ostali doprinosi naknade 1,67%, prihodi društveno-političkih zajednica 0,92%, ostali prihodi 3,27% i preneta sredstva iz prethodne godine 0,20%).

Tokom 80-tih godina došlo je do restrikcije finansijskih izdvajanja iz društvenog proizvoda za zdravstveno osiguranje i zdravstvenu zaštitu, iako je paralelno tekao proces neprekidnog razvoja i uvecavanja kapaciteta zdravstvene delatnosti i većegkorišćenja zdravstvene zaštite.

Rashodi za zdravstvenu zaštitu čine gotovo 75% ukupnih sredstava zdravstvenog osiguranja, koji se, po pravilu, dele na deo rashoda za ambulantne i dispanzerske usluge, lekove po receptima, lečenje u stacionarima i ostale usluge (zdravstvene zaštita za nesreće na poslu, lečenje po konvencijama, zdravstvena zaštita lica koja nisu osigurana i zdravstvena zaštita po osnovu reciprociteta), s jedne strane, i na deo rashoda za ortopedske sprave i pomagala, zdravstvenu zaštitu jugoslovenskih osiguranika u inostranstvu i osigurana lica koja se upućuju na lečenje u inostranstvo, s druge strane. Na prvi deo odlazi 91,73% sredstava, a na drugi deo svega 8,27%.

U strukturi rashoda za zdravstvenu zaštitu, ambulante i dispanzerske usluge učestvuju sa 34,13%, lekovi po receptima sa 13,72%, stacionarno lečenje sa 41,09% i ostale usluge sa 2,80%.

Pored rashoda za zdravstvenu zaštitu, u zdravstvenom osiguranju egzistiraju i rashodi za tzv. nezdravstvene potrebe, koji čine oko 24,97% ukupnih rashoda zdravstvenog osiguranja. U ove „potrebe“ svrstavaju se nadoknade ličnih dohodaka za vreme odsutnosti sa posla (duže od mesec dana), sredstva za troškove osiguranja i funkcije fonda, sredstva za razne pomoći i naknade (lični dohodak za vreme trudnoće i porođaja, lični dohodak za vreme nege i izolacija, nesreće na poslu i profesionalna oboljenja).

3. FINANSIRANJE ZDRAVSTVA

U finansijskoj teoriji i praksi egzistiraju i funkcionišu tri modela finansiranja zdravstvene zaštite, i to: (1) tržišni model, (2) model nacionalne zdravstvene službe, i (3) model obaveznog zdravstvenog osiguranja.²⁶ U tržišnom modelu zdravstvena zaštita se pretežno finansira iz fondova dobrovoljnijih oblika zdravstvenog osiguranja i direktnim plaćanjem građana. U modelu nacionalne zdravstvene službe dominira budžetsko finansiranje zdravstvene zaštite. U modelu obaveznog zdravstvenog osiguranja dominira, pak, finansiranje zdravstvene zaštite iz javnih fondova obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Model slobodnog tržišta u organizovanju i finansiranju zdravstvene zaštite u primeni je u SAD, iako se američki sistem zdravstvene zaštite u značajnoj meri naslanja na ulogu države i agencija zdravstvenog osiguranja. Danas se gotovo $\frac{1}{3}$ zdravstvene potrošnje alimentira iz budžeta savezne države, federalnih jedinica i lokalnih organa vlasti. Fondovi „volunteerskih“ zdravstvenih osiguranja, takođe sa $\frac{1}{3}$ participiraju u finansiranju zdravstvene zaštite. To pak znači da građani samo sa $\frac{1}{3}$ učestvuju u alimentiranju zdravstva direktnim, nesporednim plaćanjem.

Država danas participira u finansiranju određenih zdravstvenih programa, određenih zdravstvenih usluga pojedinim populacionim grupama i u lečenju određenih bolesti. Isto tako, federalna država sa saveznim državama snosi troškove zdravstvene zaštite za one osobe za koje se ocenjuje da materijalno nisu sposobljene da snose troškove sopstvene zdravstvene zaštite (po tzv. Medicare programu).²⁷

Volonterska zdravstvena osiguranja imaju, isto tako, značajnu ulogu u sistemu zdravstvene zaštite SAD. U ovoj formi ljudi su osigurani za slučaj najtežih zdravstvenih rizika. Osiguranje ide preko komercijalnih osiguravajućih kompanija i neprofitnih osiguravajućih društava. Osiguranje se u pravilu odnosi na hirurške zahteve i na hospitalizaciju.

Konačno, neposredna plaćanja zdravstvene zaštite u SAD beleže rastuću tendenciju, naročito u fazi reprivatizacije i demontaže države blagostanja. Danas direktna plaćanja građana zajedno sa privatnim sredstvima građana u fondovima privatnih volonterskih agencija zdravstvenog osiguranja, čine 70% ukupne

²⁶ A. Madžnard i J. Hutton (Ed.), Health Econometrics, J. Njilej and Sons, New York, 1996.

²⁷ C. Le Pen, Demande de Loins, demande de sante, Revue d“economie politique, juli-avgust, 1988.

zdravstvene potrošnje. U SAD privatni lekari naplaćuju svoje usluge po metodi direktnog naplaćivanja usluga. Na tim principima plaćanja zasnovana je gotovo čitava američka primarna zdravstvena zaštita, koja uključuje i službu hitne pomoći i bolničke poliklinike. Javne zdravstvene institucije, koje sprovode preventivnu zdravstvenu zaštitu, finansiraju se iz budžeta lokalnih organa vlasti. „Bolnice su organizovane bilo kao državne institucije, bilo kao institucije filantropskih organizacija, ili volonterskih agencija zdravstvenog osiguranja, bilo kao privatne profitne institucije“.²⁸

Model nacionalne zdravstvene službe nominuje sistem u kome su svi građani „jednaki“ u korišćenju zdravstvene zaštite, koja se finansira ili iz namenskih javnih fondova ili iz državnog budžeta. Tipični predstavnici ovog modela organizovanja i finansiranja zdravstvene zaštite su Rusija i V. Britanija. U Rusiji se celokupna zdravstvena zaštita finansira iz poreskih sredstava koja napajaju budžete. Iz budžeta centralne vlade i budžeta lokalnih organa finansira se zdravstvena zaštita, uključujući i naučni rad u medicini i edukaciji zdravstvenih radnika. Participacije građana su gotovo zanemarljive i odnose se uglavnom na lekove u izvanbolničkom korišćenju, koji se proizvode po subvencionarnim cenama. Sistem finansiranja zdravstvene zaštite bazira se na istim principima kao i sam sistem zdravstvene zaštite: (1) besplatna i univerzalno dostupna zdravstvena zaštita visokog standarda svakog građanina, (2) primarni naglasak zaštite na preventivu (3) visoka koordinacija između medicinskih naučnih istraživanja i prakse zdravstvene zaštite. Integriranu preventivno-kurativnu zdravstvenu zaštitu sprovodi mreža vanbolničkih i stacioniranih zdravstvenih institucija.²⁹ Zdravstvenu zaštitu prvog kontakta sprovode lekari terapeuti (sa svojim timom na određenoj teritoriji), lekari dispanzersko-polikliničkih institucija, lekari zdravstvenih ustanova u industrijskim preduzećima i lekari službe hitne medicinske pomoći. Kućno lečenje sprovode zdravstveni radnici iz primarne zdravstvene zaštite.

Model obaveznog zdravstvenog osiguranja karakterističan je po tome što se zdravstvena zaštita finansira iz brojnih izvora: državni budžeti, sredstva filantropskih organizacija, fondovi dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja, sredstva privrednih preduzeća i neposredna plaćanja građana. U osnovi, radi se o vrlo fleksibilnim sistemima finansiranja zdravstvene zaštite u kojima ipak dominira fondovski model finansiranja -fondovi obaveznog zdravstvenog osiguranja. U okviru ovog modela egzistira (1) finansiranje sa jedinstvenim fondom (u Francuskoj i Švedskoj), i (2) sistem finansiranja sa autonomnim fondovima (kakav je inače u primeni u Nemačkoj, Holandiji i Italiji).

Jedinstveni fondovski model finansiranja zdravstvenog osiguranja sa decentralizovanim i autonomnim formama alimentiranja, poznat je u finansijskoj literaturi kao francuska verzija debudžetskog i defiskalizovanog finansiranja. Od 1967. godine, zdravstveno osiguranje je osamostaljeno i odvojeno od fondova penzijskog osiguranja. Od tada, funkcioniše jedan bolesnički fond koji se alimentira doprinosima, koje plaćaju zaposleni iz zarada i poslodavci na zarade svojih radnika. Fondovi plaćaju bolnicama hospitalizaciju osiguranika. Izvanbolničke

²⁸ Dr M. Škrbić, Uvod u ekonomiku zdravstva Jugoslavije, Medicinska naknada, Zagreb, 1978., str. 125.

²⁹ Dr M. Škrbić, op. cit., str. 121.

usluge, lekove i pomagala svaki bolesnik plaća u punom iznosu (po ceni), sa mogućnošću refundacije do 80% troškova. Ovi fondovi ugovaraju cene usluga sa profesionalnim lekarskim udruženjima i predstavnicima vlasti. Ugovorima se fiksiraju cene različitih zdravstvenih usluga koje osiguranje priznaje i plaća.

Za razliku od francuskog modela finansiranja sa jedinstvenim fondom, nemački sistem finansiranja zdravstvene zaštite sa autonomnim fondovima podrazumeva obavezno pristupanje nekog građanina jedom od brojnih bolesničkih fondova.³⁰ U toku je i ubrzani razvoj sve većeg broja zaposlenih fondova, koji za veće doprinose nose veća prava u odnosu na tzv. obavezno zdravstveno osiguranje.

Federalno ustrojstvo pogoduje razvoju lokalnih fondova na nivou pokrajina, čime se povećava autonomnost u finansiranju zdravstvene zaštite. Od bolesničkih fondova osiguranik dobija „tiket“ sa kojim odlazi kod bilo kog lekara koji ima aranžman sa zdravstvenim osiguranjem. Lekari ugovaraju preko svojih udruženja zdravstvenu zaštitu sa fondovima osiguranja, koji plaćaju lekare postandardizovanim cenama. Ove fondove alimentiraju poslodavci i zaposleni, plaćanjem doprinosa na zarade po proporcionalnim stopama.

U finansijskoj ptaksi savremenog sveta egzistiraju brojne metode plaćanja zdravstvene zaštite, među kojima se posebno ističu tradicionalni metodi plaćanja lekara i klasični metodi plaćanja zdravstveno-zaštitnih aktivnosti. Metodi plaćanja lekara, ustvari, svode se na metode obračuna društvene nadoknade za rad zdravstvenih radnika na području zdravstvene zaštite. Ti metodi, koji egzistiraju u praksi, jesu sledeći: (1) plaćanje po usluzi, (2) plaćanje po slučaju, (3) plaćanje po glavi, i (4) plaćanje po sistemu redovne plate.

STRUKTURA IZDATAKA ZA ZDRAVSTVO - MEDUNARODNI PREGLED

Zemlje	Ukupni izdaci za zdravstvo (% od BDP)	Struktura po poreklu		Struktura po načinu korišćenja u %, za:				
		Javni izdaci	Privatni izdaci	Bolničko lečenje	Ambulantne usluge	Lekovi	Terapeutsk a oprema	Razlika do 1 100% :
Nemačka	8,1	78,0	22,0	38,5	28,3	22,2*	7,2	3,8*
Australija	6,9	72,7	27,3	51,2	24,6	7,2	1,6	15,4
Austrija	8,1	65,4	34,6	29,4	21,3	11,6	2,5	35,2
Belgija	7,2	76,9	23,1	34,2	39,9	16,0	2,1	7,8
Kanada	8,5	75,2	24,8	51,7	22,5*	10,2*	2,2*	13,4*
Danska	6,1	85,2	14,8	65,3	-	5,4	3,4	25,9
SAD	10,9	41,1	58,9	47,2	29,0	6,7	1,8	15,3
Finska	7,4	77,2	22,8	47,3	33,4	9,2	3,1	7,0
Francuska	8,5	79,3	20,7	47,1	26,9	16,4	1,9	7,7
Italija	6,7	78,8	21,2	44,6	34,1	18,5	2,8	-
Luksemburg	6,8	90,2	9,8	33,4	43,0	16,0	6,8	0,8
Norveška	6,6	97,2	2,8	73,6	15,0	5,0	1,1	5,3
Holandija	8,3	78,0	22,0	57,8	25,4	11,1	1,5	4,2
V. Britanija	6,1	86,1	13,9	46,0	21,5	11,1**	1,3	20,1
Švedska	9,2	91,0	9,0	67,0	18,1	7,0	2,3	5,6

* Samo 1985

**Podatak za 1984.

Izvor: OECD, Holandija, Ekonomski studije OECD-a, 1988/89, Pariz, 1989., strana 48-49.

³⁰ A. Labourdette, Economie de la santé, P.U.F., Paris, 1988.

Plaćanje po usluzi predstavlja „plaćanje svake medicinske procedure posebno“. Ovo plaćanje može biti organizovano tako da bolesnik plaća punu cenu za dobijenu uslugu ili bolesnik plati uslugu, s tim da osiguranje refundira u celini ili delimično troškove bolesniku. Plaćanje usluga može biti organizovano i na način da društveni budžet i/ili socijalno osiguranje snose troškove plaćanja po usluzi, a lekar se faktički plaća za svaku pojedinačnu uslugu bez obzira dali se radi o rentgenskom snimku, pregledu u ordinaciji, hirurškom zahvatu ili kucnoj poseti.

U praksi se često dešava da se plaćanje po usluzi svodi na tzv. plaćanje po slučaju. U tom kontekstu, tretman određene bolesti ima precizno utvrđenu cenu, nezavisno od broja i vrsta usluge koje je lekar sada obavezan da pruži. Cene ovih usluga, koje utvrđuju zajedno (dgovorno) eksperti lekarskih profesionalnih udruženja, predstavnici državnih (i lokalnih) organa i zastupnici fondova osiguranja, nalaze se pod društvenom kontrolom, iako često zavise od platežne sposobnosti korisnika zdravstvenih usluga.³¹

Plaćanje po glavi, za razliku od prethodna dva tradicionalna metoda plaćanja lekara, predstavlja plaćanje lekara po određenom fiksnom godišnjem iznosu za zdravstvenu zaštitu pojedinca (građanina), koji je prijavljen na tzv. listi čekanja kod dotičnog lekara. Primena ovakvog metoda plaćanja lekara u osnovi podstiče preventivnu i usmerava zdravstvene radnike prema tzv. komprehenzivnoj zdravstvenoj zaštiti.

Najzad, metod redovne plate (ili standardnog ličnog dohotka), podrazumeva mesečno plaćanje lekara po fiksnom iznosu za mesečni kvantum rada. Plata lekara u osnovi ne zavisi od broja pruženih usluga niti od broja pacijenata. Zato se ovaj metod plaćanja lekara najčešće primenjuje u institucijama javnog zdravstva i državnim bolnicama. Lekar je „vezan“ za zdravstvenu organizaciju za radno vreme u ustanovi i za mesečnu platu. A svoje slobodno vreme lekar može koristiti za privatnu praksu.

Pored metoda plaćanja lekara, za zdravstvenu zaštitu su važni i metodi obračunavanja i plaćanja zdravstveno-zaštitnih aktivnosti. Prof. Škrbić navodi tri osnovna mehanizma, i to: (1) mehanizam finansiranja kroz cenu usluga, (2) mehanizam finansiranja kroz cenu programa i (3) mehanizam finansiranja kroz dotiranje ili subvencioniranje delatnosti institucija iz namenski alimentiranih sredstava.³²

Po prvom mehanizmu, cena usluge jeste „kalkulativna osnova finansiranja zdravstveno-zaštitnih aktivnosti, iako cena nije ekonomski izraz vrednosti pojedine usluge“. Cena je zapravo obračunska kategorija i tehnički instrument valorizacije dogovorene naknade za obavljanje zdravstvene delatnosti. Cena usluga, kao kalkulativna veličina, anglobira materijalne rashode (troškove) poslovanja, troškove amortizacije, lične dohotke zdravstvenih radnika (zarade, plate), poreze i doprinose iz dohotka i ličnih dohodata radnika, i sredstva za unaprednjematerijalne osnove rada.

Drugi mehanizam finansiranja zdravstveno-zaštitnih aktivnosti je sličan prvom mehanizmu, pošto se bazira na gotovo istim principima. Naime, finansiranje putem mehanizma „cena programa“ reflektuje sistem alimentiranja skupih usluga

³¹ E. Levy, La demande en economie de la sante, Revue d“economie politique 4/88., str. 445-507

³² Dr M. Škrbić, Uvod u ekonomiku zdravstva, Jugoslovenska medicinska naklada, Zagreb, 1978., str. 168.

koje su integrisane u programu. Pojedinačne usluge nisu osnova za utvrđivanje cena, nego integralan program, kao celina. Zato je ugovaranje cena programa složeniji posao od dogovaranja pojedinačnih cena usluga.

Konačno, treći mehanizam finansiranja zdravstveno-zaštitnih aktivnosti svodi se praktično na subvencioniranje ili dotiranje institucija (delatnosti). Dotacije ili subvencije idu iz namenskih sredstava, odnosno iz fondova, mada nije redak slučajda se ova sredstva regrutuju iz budžeta države.

STATISTIČKA POREĐENJA STANJA ZDRAVSTVA I IZDATAKA ZA ZDRAVSTVO

Zemlje	% izdvajanja za zdravstvo od BDP		Nivo socijalne zaštite *		Dužina trajanja hospitalizacije (% varijacija po podacima iz zadnjih 5 godina)		Odsustvo: dana godišnje		Zdravstvenih radnika na 1.000 stanovnika		Deflator ***	
			Bolnička nega	Ambulantna nega								
	1982-83	1986-87	1987	1987	1983	1987	1982-83	1986-87	1987	1983	1987	
Nemačka	8.0	8.1	92.2	92.2	-3.3	-1.6	12.6		27	1.54	1.42	
Australija	6.9	6.9	100.0	100.0	-		-	-	21	-	-	
Austrija	7.9	8.2	99.0	99.0	-2.1	-2.3	16.2	14.7	1.9	1.15	1.51	
Belgija	7.1	7.2	98.0	93.0		-	7.5	7.7	3.1	1.13	1.21	
Kanada	8.5	8.6	100.0	100.0	1.5	-0.2	6.0	6.0	2.1	-	-	
Danska	6.7	6.1	100.0	100.0	-2.6	-3.0		-	2.6	-	-	
Španija	6.1	6.0	98.0	97.0	-1.9	-2.6	15.3	16.2	3.4	-	-	
SAD	10.5	11.3	40.0	25.0	-1.4	2.3	4.4		22	1.36	1.86	
Finska	6.6	7.4	100.0	100.0	2.1	-0.9	3.6	3.9	23	1.23	1.55	
Francuska	8.0	8.5	99.0	98.0	-4.2		14.5	-	24	0.95	0.80	
Grčka	4.3	4.1	100.0	100.0	-	-	6.0	-	3.0	-	-	
Irska	8.0	7.8	100.0	37.0	-2.1	-3.8	33.5	-	1.5	-	-	
Italija	6.7	6.8	100.0	100.0			17.7	-	1.3	0.95	1.23	
Japan	6.9	6.7	100.0	100.0	-0.9	-5.6	-	-	1.4	-	-	
Luksemburg	6.5	6.8	100.0	100.0		-	11.7	-	1.9	-	-	
Norveška	6.8	6.6	100.0	100.0	-	-	-	-	2.3	0.80	1.41	
Novi Zeland	6.7	6.9	100.0	100.0	-	-3.3	2.4		1.8	-	1.41	
Holandija	8.6	8.4	77.0	72.0	-2.4	-2.3	7.8	6.9	24	1.11	1.82	
Portugalija	5.5	5.6	100.0	100.0	-	-7.1	4.6	-	2.5	-	-	
V. Britanija	6.0	6.2	100.0	100.0	-3.3	-2.9	20.0	-	1.3	-	-	
Švedska	9.7	9.2	100.0	100.0		5.9	19.1		2.6	-	-	
Švajcarska	7.6	7.7	98.3	98.3	-0.3	-1.2			1.5	-	-	

* Stopa rasta broja stanovnika obuhvacenog režimom javnih ili privatnih obaveza

** Procenat godišnjeg proseka indeksa rasta cena medicinskih troškova u periodu predhodnih pet godine, u odnosu na indeks cena uključen u BDP

3.1. PARTICIPACIJE U ZDRAVSTVU

Participacije u zdravstvu reprezentuju učešće korisnika zdravstvenih usluga u neposrednom plaćanju dela troškova zdravstvene zaštite (cost-shaving). U finansijskoj literaturi se sureću tri oblika (vrste) participacija, i to: suosiguranje (coinsurance), franšiza (deductible) i suplaćanje (copayment).³³ Suosiguranje

³³ Pored ovih globalnih participacija u praksi pojedinih zemalja egzistiraju i tzv. selektivne participacije.

reprezentuje takav oblik participacije u kome osiguranik, kao korisnik usluge, plaća neposredno određeni deo troškova zdravstvene zaštite u procentu ili u fiksnom iznosu (u zavisnosti od cene pregleda, cene lečenja i cene lekova). Franžiza pak predstavlja vrstu participacije u kojoj korisnik usluga plaća sve troškove zdravstvene zaštite do određenog nivoa iznad koga sve ostale troškove snosi zdravstveno osiguranje. Konačno, suplaćanje, kao doplata, reflektuje oblik participacije u kojoj korisnik usluge plaća (doplaćuje) zdravstvene usluge (pregled, bolnički dan, recept, lek) u određenom iznosu (utvrđena novčana suma sredstava po usluzi).

Prezentirani oblici participacije u zdravstvu imaju za cilj da deluju na preraspodelu finansijskih tereta zdravstvene zaštite u smislu povećanja dela prihoda iz sektora stanovništva i smanjenja dela prihoda iz zdravstvenog osiguranja.

Pored toga, participacije deluju i na korisnike (potrošače) i davaoce (proizvođače)zdravstvenih usluga, pošto reduciraju utilizaciju zdravstvenih usluga i smanjuju zdravstvenu potrošnju. Personalna (lična) participacija treba da deluje „preventivno“ na lakomislenu utilizaciju usluga u sistemu nultih cena i podsticajno na „potreban“ nivo tražnje usluga. Visina lične novčane participacije indirektno utiče na odnose ponude i tražnje zdravstvenih usluga. U praksi se sprovode različite politike participacija, idući od zemlje do zemlje. Participacije u troškovima lekova iznose: 2,20 funti bez izuzetka u V. Britaniji, 60 kruna po receptu u Švedskoj, 3.000 lira plus 30% od vrednosti lekova do 20.000 lira u Italiji, od 35-50% od vrednosti u Francuskoj, 2 marke po receptu u Nemačkoj i „sve“ na teret pacijenta u SAD. Participacije u troškovima za medicinske usluge iznose: 15^.³⁴000 lira plus 30% od cene analiza i radiografija u Italiji, 50 kruna po poseti u Švedskoj, 25% od vrednosti u Francuskoj i „sve“ na teret pacijenta preko priznate cene u SAD. Najzad,participacije u troškovima bolničkog lečenja iznose: učešće samo u najskupljem lečenju u V. Britaniji,v 10.000 lira dnevno (maksimum 200.000 lira) u Italiji, 50 kruna dnevno u Švedskoj, 5 maraka na dan u Nemačkoj i pokriće za prvih 50 dana uz dopunsko plaćanje posle šezdesetog dana u SAD.

3.2. UGOVARANJE NAKNADE

U politici cena u zdravstvu problem izbora „jedinice mere“ jeste važno pitanje u teoriji i praksi. No, svaka jedinica se odnosi na određeni segment inputa, kao što su: bolnički dan, laboratorijski nalaz, lekarski pregled, kućna poseta. U tom kontekstu, korisnik zdravstvenih usluga ipak ne kupuje bolnički dan ili lekarski pregled, kao jedinice inputa.³⁴ Korisnici usluga kupuju sam proces izlečenja bolesti, pa, sledstveno tome, i odlaganje smrti. To pak znači da su rezultati zdravstvene zaštite - outputi daleko važniji od jedinica inputa. Zato su troškovi tretmana reprezentativne skupine bolesti od fundamentalnog značaja za utvrđivanje cena outputa. Ugovaranje naknade za obavljenu zdravstvenu delatnost ili izvršene zdravstvene programe će se obaviti ili prema stvarnom obimu obavljenih poslova i zadatka i u punom iznosu ostvarenih troškova, ili prema planskim unapred utvrđenim kriterijumima evaluacije obima i nivoa

³⁴ Dr M. Vujošević, Zdravstvo u raspodeli društvenog proizvoda, Institut društvenih nauka, Beograd, 1971.

priznatih troškova.³⁵ Ovaj drugi oblik ugovaranja može se u praksi sprovoditi na tri načina, i to: (1) ugovaranjem naknade za obavljanje redovne delatnosti, (2) ugovaranjem nakande za pojedinačnu zdravstvenu uslugu i (3) ugovaranjem naknade za ostvareni program mera zdravstvene zaštite. Od ovih oblika ugovaranja naknada uglavnom zavise performanse zdravstvenih radnih organizacija, iako se navedenim metodama evaluiranja ne evaluira kvalitet zdravstvenih usluga nego samo kvantitativno izvršenje zdravstvenog programa. Zato su važni stimulansi u procesu ostvarivanja broja tretiranih bolesnika i ostvarenja prosečnih troškova lečenja, koji bi se pozitivno odrazili na kvalitet usluga i racionalnost poslovanja. To pak implicira precizno definisanje jedinica usluga, kao obračunske jedinice, što se jasno može videti na primeru u slučaju bolničkog lečenja.

DEFINISANJE OBRAČUNSKE JEDINICE - BOLNIČKO LEČENJE

Obračunska jedinica	Broj	Dužina lečenja	Tretiranje težih usluga	Kvalitet usluga	Efikasnost (troškovi lečenja)
Plaćanje u unapred dogovorenom roku	-	-	-	-	-
Plaćanje po bolesti	+	-	-, +	-	-, +
Plaćanje po testiranom slučaju	+	-	-	-	-, +
Plaćanje po bolničkom danu	-+	+	-	-	-, +
Plaćanje po jedinici usluge	+	- +	+	+	+
Plaćanje prema ukupnim stvarnim troškovima	+	-, +	+	+	+

Napomena: Znakovi + (plus) ili -(minus), označavaju povećanje (+), odnosno smanjenje (-).

Izvor: L. E. Weeks, H.J. Berman, red, Economics in Health Care, An Aspen Publication, 1977, str. 222., cit. prema Dr. P. Jurković, op. cit., str. 236.

Ovaj „predlog“, prof. Jurković je upotpunio smatrajući da se u konceptu kvantitativne valorizacije moraju maksimalno ugraditi elementi stimulacije ekonomске racionalnosti pružanja zdravstvenih usluga i kvalitetne zdravstvene zaštite. Od toga treba i da zavisi izbor metoda obračuna izvršnog programa ili obavljane delatnosti u procesu ugovaranja naknade.

Po predlogu prof. Jurkoivća,³⁶ ugovaranje naknada bi se obavljalo po oblicima zdravstvene zaštite. Sredstva za primarnu zdravstvenu zaštitu planirala bi se u određenom iznosu po korisniku, odnosno ukupna sredstva prema broju korisnika koje redovna zdravstvena jedinica opslužuje na bazi potrebnog broja timova i planiranog obima preventivnih akcija. Za utvrđivanje normativa, odnosno cene, respektovale bi se razlike u demografskoj strukturi, morbiditetu i gustini naseljenosti. „Cena tima“ uključivala bi sredstva za „preglede i dijagnostičke postupke“ vezane za standardne oblike preventivnih i kurativnih mera. „Dimentzioniranje i strukturiranje programa zdravstvenih jedinica primarne zaštite, u sklopu raspoloživih sredstava, obavljao bi se prema uobičajenim pokazateljima: broju preventivnih akcija i mera, broju prvih i ponovnih pregleda, broju pregleda u kući bolesnika, te broju usluga i pregleda“³⁷ Sastav odvojeno bi se planirao preventivni i kurativni deo programa. Kvalitet zdravstvene zaštite podsticao bi se priznavanjem relevantnih varijabilnih troškova u primarnoj zaštiti, u stvarnom i punom iznosu (npr. korišćenje rendgen filmova ili stomatološki materijal). Jedinice primarne zaštite mogле bi se, najzad, stimulisati njihovim odgovarajućim učešćem u smanjenju izdataka za bolovanja i lekove.

³⁵ Dr P. Jurković, op. cit., str. 235.

³⁶ Dr P. Jurković, op. cit., str. 235.

³⁷ Ibid, str. 237.

Izdaci za polikliničko-konzilijarnu zaštitu planirali bi se, po prof. Jurkovicu, na gotovo identičan način kao u primarnoj zaštiti, s tom razlikom što bi se laboratorijsko-dijagnostički postupci izdvajali u posebne celine - organizacije. Korišćenje skupih (domaćih ili inostranih) dijagnostičko-terapeutskih postupaka u polikliničko-konzilijarnoj i bolničkoj zaštiti, trebalo bi verifikovati tim vrhunskih eksperata u skladu sa međunarodnim cenovnikom.

Konačno, iznos sredstava za stacionarnu zaštitu određene populacije utvrđivao bi se u skladu sa uskladenim programom mera po zdravstvenim organizacijama, odnosno prema „odelima strukturiranim prema broju lečenih slučajeva, prosečnom trajanju lečenja, broju dana lečenja, broju operativnih zahvata i sl.“³⁸ Naknada za usluge izračunavala bi se po ostvarenom broju standardizovanih b.o. dana ili slučajeva lečenja. Međusobne odnose u ostvarivanju naknade dijagnostičko-terapeutске i stacionarne jedinice bi rešavale putem ugovora, bez posredovanja fonda.

3.3. COST - CONTAINMENT POLITIKA U ZDRAVSTVU

Troškovi zdravstvene zaštite pokazuju značajno učešće u nacionalnom dohotku: između 7% i 11%. To, pak, reflektuje činjenicu da je „proizvodnja zdravlja“ postala izuzetno skupa „fabrika“ u gotovo svim zemljama savremenog sveta. Švedski sistem je, npr., dosta skup, budući da troškovi zdravstvene zaštite iznose više od 10% društvenog proizvoda. V. Britanija troši 7% nacionalnog dohotka za zdravstvo. SAD, Nemačka i Francuska ne troše mnogo manje, pošto i njihovo zdravstvo „guta“ 8,1-11% društvenog proizvoda. U praksi se, dakle, potvrđuje činjenica o previsokim i rastućim izdacima za zdravstveno osiguranje. No, i pored toga, nijedan zdravstveni sistem nikada neće biti u mogućnosti da odgovori potrebama svakog pojedinca.

TROŠKOVI ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Zemlje	Ukupni troškovi u % od BDP	Od toga, privatni izdaci u %	% Privatno osiguranih stanovnika	% pokrivenosti stanovništva zdravstvenim osiguranjem	„Javno“ osiguranje Participacija u troškovima
V. Britanija	6.2	13.8	10.6	100	Lekovi: 2.20 funti bez izuzetka Bolničko tečenje: učc. Šće u najskupljem lečenju
Italija	6.7	22	5	100	Lekovi: 3.000 iira + 30% od vrednosti do 20.000 lira Medicinske usluge: 15.000 lira + 30% od cenc analiza i radiojrafija Bolničko lečenje: 10.000 lira dnevno
Švedska	9.1	9.1	1.3	100	Lekovi: 60 kruna po receptu Medicinske usluge: 50 kruna po poseti Bolničko lečenje: 50 kruna dnevno
Francuska	8.5	21.8	18	100	Lekovi: 35-50% Od vrednosti Medicinske usluge: 25% Od vrednosti Bolničko lečenje: 20% + 25 franaka na dan
Nemačka	8.1	21.9	36.8	88	Bolničko lečenje: 5 maraka na dan Lekovi: na teret pacijenta Medicinske usluge: na teret pacijenta, preko priznate cenc
SAD	11.1	58.2	90.3	40	Bolničko lečenje: pokrice za prvih 90 dana, uz participaciju posle

- Izvestan broj osiguranika poseduje i privatno i „javno“ zdravstveno osiguranje

Izvor: OECD, Komitet za zdravstvo EZ, World Security Program, Il Sole 24 Ore, i Ekonomска politika, 1942. 19. jun 1989.

³⁸ Isto, str. 238.

Period tih 70-tih godina predstavlja period procvata tzv. cost-containment literature, odnosno literature o realizaciji zdravstvene delatnosti kontroli zdravstvene potrošnje. U tom sklopu, prof. Letica³⁹ mere politike racionalizacije deli na tri grupe, i to: (1) strukturalne promene zdravstvenog sistema, (2) mere orijentisane kontroli - planiranju ponude zdravstvenih usluga i (3) mere orijentisane kontroli-smanjivanju utilizacije. A za sam proces eksperimentisanja sa različitim merama isti autor koristi matrice osnovnih metoda cost-containment politike.⁴⁰

Usavremenom svetu preduzimaju se različite akcije na planu cost-containment politike u zdravstvu, koje impliciraju ograničavanje troškova (kontrole) i ugrađivanja elemenata racionalizacije u procesu tipravljanja zdravstvenom potrošnjom. Cost-containment politika u Francuskoj podazumeva: (1) kontrolisanje broja bolničkih kreveta i tzv. teške opreme, (2) standardizaciju zdravstvenih profila i zanimanja, (3) ograničenje cene bolničkog dana, (4) restrikcije naknada zdravstvenog osiguranja i povećanja participacija korisnika, (5) podsticanje preventivnih aktivnosti, (6) regulisanje cena lekova i usavršavanje distribucije farmaceutskih proizvoda, (7) diversifikaciju mehanizama za podsticanje vanbolničke zaštite, (8) smanjivanje troškova lekova i (9) smanjivanje broja studenata. U V. Britaniji ova politika uključuje (1) smanjenje kapitalne potrošnje, (2) racionalizaciju bolničkog sistema, (3) formulisanje načela prioriteta u potrošnji primenom metoda zdravstvenog planiranja, (4) regulisanje stope rasta tekuće zdravstvene potrošnje, (5) limitiranje rasta troškova u farmaceutskoj službi, (6) stimulisanje alternativa u bolničkoj zaštiti, (7) podsticanje prevencije i (8) povećanje naknade za zubnu i očnu negu. I u ostalim zemljama Evrope (Italija, Belgija, Holandija, Danska, Nemačka) strategija „cost-containment-a“⁴¹ uključuje ograničavanje investicija u zdravstvu, orijentaciju na preventivu, stimuliranje alternativne medicine, kontrolu potrošnje lekova, povećanja participacija korisnika zdravstvenih usluga, selekciju prava iz zdravstvenog osiguranja, zaustavljanje dodatnog zapošljavanja zdravstvenih radnika i blokiranje rasta administrativnih troškova.⁴²

4. ZDRAVSTVENA POTROŠNJA

U gotovo svim industrijski razvijenim zemljama OECD kontinuirano rastu troškovi za zdravlje i penzije za „jedno stanovništvo koje stari“.⁴³ Troškovi socijalnog osiguranja između 1985. godine i 2000. godine, zbog „čistog efekta starenja stanovništva“, godišnje se uvećavaju za gotovo 1%. Pod uticajem „baby-boom“ generacije (porast nataliteta), tzv. index skips (indeks skakutanja), u perspektivi do 2040. godine treba da pokaže rastuće učešće stanovništva u godinama za penziju u radno sposobnom stanovništvu (sa 22% na 36%) i odslika rastuće i visoko učešće socijalnih rashoda u nacionalnom dohotku. Po tom osnovu, očekuje se rastući deficit socijalnog osiguranja koji će, možda, predstavljati potencijalnu „vremensku bombu“ u procesu konsolidacije finansijske pozicije javnog sektora.

³⁹ Dr S. Letica, Zdravstvo: Reformističke iluzije, Ekonomski politika 1735/85., str. 23.

⁴⁰ Ibid

⁴¹ Ibid

⁴² M. Mougeot, Le systèmes de santé, Economica, Paris, 1986.

⁴³ OECD, La santé: financement et prestations, Paris, 1988., str. 18-21.

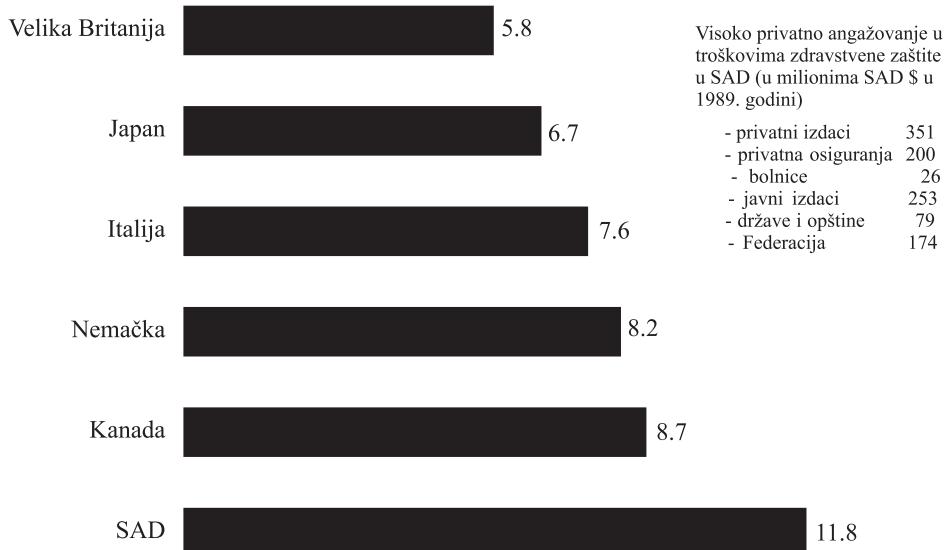
KOMPARACIJA RASHODA ZDRAVSTVA

	Francuska	V. Britanija	Nemačka	SAD
Rashodi zdravstva po stanovniku u dolarimalu 1980. godini)	1,036	530	1,065	1,087
Javni rahsodi u % od ukupnih rashoda zdravstva u 1986. godini	76,0	85,5	77,8	40,5
Ukupni rashodi zdravstva u % od društvenog proizvoda u 1986. godini	8,5	6,2	8,1	11,1

Izvor: Evolution et evaluation des dependences de sante, Problemes economiques, No 2.150/1989, st. 4.

U Evropi, u poslednjoj deceniji, izuzetno su rasli troškovi zdravstvene zaštite, i apsolutno i relativno. Eksperti u Kopenhagenu su pokušali da utvrde faktore koji generiraju rastući trend troškova za zdravstvenu zaštitu, i to (1) kvalitativne promene u starosnoj strukturi stanovništva (povecanje broja starih osoba), (2) porast hroničnih oboljenja, bolensika i invalida, (3) povećanje broja osiguranika i veći obim socijalne zaštite i socijalnih prava, (4) kontinuelne promene u medicinskoj tehnologiji i porast medicinskog znanja, (5) povećanje broja medicinskih kadrova i vrhunskih stručnjaka, i (6) porast troškova za ljudski rad, uključujući i povećanje vrednosti radne snage. Na troškove zdravstva utiču simultano i ponuda i tražnja za medicinskim uslugama. Ponuda zdravstvenih usluga putem novih zdravstvenih kapaciteta, novih medicinskih kadrova i novih tehnologija u zdravstvu „provocira“ rast tražnje. Porast tražnje za zdravstvenom zaštitom zavisi uglavnom od tri faktora, i to: (1) dostupnost resursa i kapaciteta zdravstvene zaštite, (2) sistem finansiranja i (3) zdravstvena tehnologija.

IZDACI ZA ZDRAVSTVO: BOLESNA AMERIKA



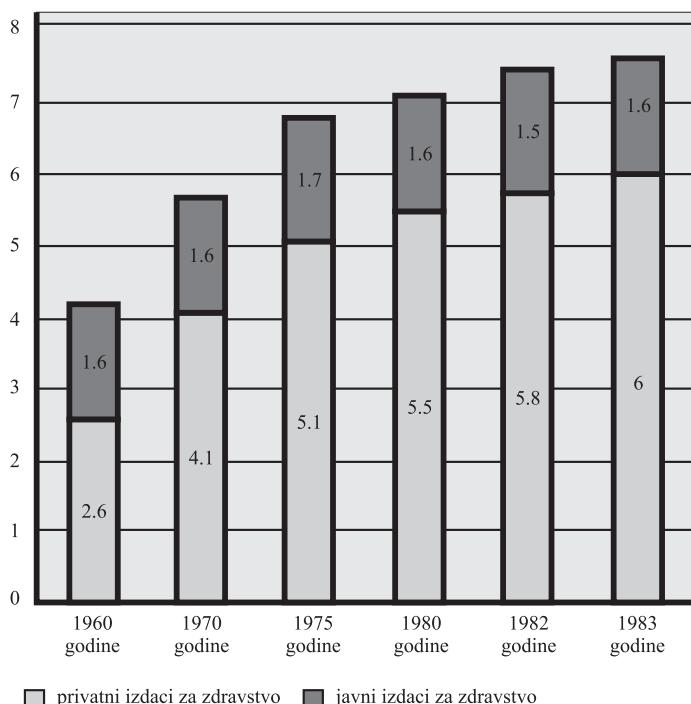
■ u % od društvenog proizvoda

U strukturi javnih socijalnih rashoda, učešće javnih rashoda zdravlja povećalo se od 18% u 1960. godini na 25% u 1983. godini u zemljama OECD. Javni i privatni rashodi zdravstva su, istovremeno, povećali svoje učešće u društvenom

proizvodu od 4,2% na 7,6% u istom vremenskom razdoblju. Za 24 godine (od 1960 do 1984. godine), realni rashodi zdravstva su za 60% više progresirali od realnog društvenog proizvoda. Socijalna klima koju je kreirala „Etat protecteur“ tokom 60-tih i 70-tih godina, pogodovala je ekspanziji „proizvoda“ zvanog „soins de sante“. ⁴⁴ Tome je doprinela i distribucija zdravstvenih usluga nezavisno od kapaciteta plaćanja, kao i koncentracija medicinske nege na starije osobe i odsustvo merenja rezultata rashoda zdravstva. Nova skupa medicinska tehnika i favorizovanje skupe bolničke nege u odnosu na ambulantnu medicinu, dovoljno su se odrazili na rastući trend rashoda zdravstva.

Usled toga, rashodi zdravstva su toliko progresirali da su dostigli nivo od 252 dolara po stanovniku u Grčkoj, pa do 1.388 dolara po stanovniku u SAD (prosek za sve zemlje OECD podigao se na nivo od 790 dolara po stanovniku).⁴⁵ U tom kontekstu, statističari su „otkrili“ značajnu zakonomernost: varijacija društvenog proizvoda od 10% inducira varijaciju zdravstvenog rashoda od 14% ili varijacije društvenog proizvoda po glavi stanovnika objašnjavaju 76% varijaciju rashoda zdravstva po stanovniku.

JAVNI PRIVATNI IZDACI ZA ZDRAVSTVO ZA 23 ZEMLJE OECD, U PERIODU OD 1960-1983. GODINE*
- U % od BDP -



*Sve zemlje OECD, osim Turske. Procenti za 1983. godinu izračunati su za samo 16 zemalja OECD.
Izvor: Le sante des chiffres, 1960-1983., OECD, 1985

⁴⁴ G. J. Scheiber, Depenses de sante: croissance et maitrise, L'Observateur de l'OEDE, No 137., 1985., str. 13.

⁴⁵ J. P. Poullier, La sante en chiffres, 1960-1983., Paris, 1985.

Zdravstveni rashodi su najviše progresirali u SAD, Francuskoj, Holandiji, Švedskoj, Švajcarskoj, Norveškoj, Japanu, Španiji i Irskoj.⁴⁶ Sporiji rast je zabeležen u Australiji, Kanadi, Finskoj, Grčkoj, Islandu, V. Britaniji i Turskoj. Generalno posmatrano, razvijenje zemlje više su izdvajale iz društvenog proizvoda za zdravstvo u čitavom periodu 1960-1983. godine. U tom periodu, u strukturi ukupnih rashoda zdravstva, najviše su progresirali javni zdravstveni rashodi. U proseku za sve zemlje OECD, učešće javnih rashoda zdravstva u ukupnim rashodima zdravstva povećalo se od 60% u 1960. godini na 80% u 1983. godini.⁴⁷

Kvantitativni podaci zemalja OECD pokazuju da su se realni rashodi zdravstva za 60% više uvećavali od realnog društvenog proizvoda u periodu 1960-1975. godine, odnosno za 40% u periodu 1975-1983. godine. Koeficijent elastičnosti u peirodu 1960-1983. god. kretao se od 0,8 u Austriji do 2,7 u Švedskoj.⁴⁸

KRETANJE REALNIH TROŠKOVA ZA ZDRAVSTVO I REALNOG BDP (ELASTIČNOST)

Zemlje	1960-1975	1975-1983	1960-1983
Nemačka	1,3	0,8a	1,4a
Australija	0,9	0,8	1,1
Austrija	0,7	0,6	0,8
Belgraja	1,3	1,6	1,6
Kanada	1,6	1,3	1,6
Danska	1,9	1,6	1,7
Spanija	1,7b	2,9b	1,9b
SAD	1,8	1,2	1,7
Finska	1,9	1,0	1,8
Francuska	1,6	2,5	1,8
Grčka	1,8	1,8	1,7
Irska	2,2	1,2a	2,0a
Italija	1,0	0,7	1,0
Japan	1,3	1,5	1,4
Norveška	1,7	1,0a	1,6a
Holandijska	1,6	0,4	1,4
Velika Britanija	2,0	1,1	2,1
Švedska	2,5	2,5	2,7
Prosek 18 zemalja	1,6	1,4	1,6

a Raspoloživi podaci: za 1982. godinu, kao poslednju.

b Raspoloživi podaci: za 1964. godinu kao početnu, kao i za 1982 godinu kao poslednju.

Rast rashoda zdravstva može se dokumentovati sa tri elementa, i to: (1) rast cena zdravstvene zaštite (nege, usluge), (2) demografske promene i (3) progresija u itilizaciji (upotrebi) i/ili intenzitet usluga po stanovniku. Doprinos svakog elementa pojedinačno u rastu ukupnih rashoda zdravstva je različit po zemljama OECD. Globalni rast nominalnih rashoda zdravstva od oko 14% godišnje dekomponuje se na rast cena zdravstvene zaštite od 7,6%, na rast populacije od 0,8% i na rast intenziteta korišćenja usluga od 5,3%.⁴⁹

⁴⁶ OECD, *Sude, etudes économiques de l'OCDE*, 1988/1989., Paris, str. 115. 159 G.

⁴⁷ J. Scheiber, op. cit., str. 15.

⁴⁸ *Economic de la sante, Problemes economiques*, No 2.296, 1992., str. 2-5.

⁴⁹ Ibid, st. 16.

KOMPONENTE RASTA IZDATAKA ZA ZDRAVSTVO U 7 ZEMALJA OECD *

Zemlje	Ukupni, nominalni izdaci za zdravstvo	Indeks cena, uključiv BDP	Cene za negu	Realni izdaci za zdravstvo	Utome	
Nemačka	10,5	4,4	5,7	4,5	0,5	4,0
Kanada	12,8	6,3	5,4	7,0	1,4	5,5
SAD	11,9	5,2	6,2	5,4	1,1	4,3
Francuska	15,7	7,5	7,0	8,1	0,8	7,2
Italija	17,9	10,5	14,2	3,2	0,5	2,7
Japan	17,2	6,0	6,3	10,3	1,1	9,1
Velika Britanija	13,5	8,8	8,4	4,7	0,3	4,4
Prosek 7 zemalja	14,2	6,9	7,6	6,2	0,8	5,3

* 1960-82.

Izvor: Zdravlje u ciframa 1960-1983. OECD, Paris, 1985.

U Jugoslaviji ne postoje takve analize koje empirijski razlažu kompoziciju faktorijalnosti, koji uplivisu na rastući trend zdravstvenih troškova. No, i pored toga, analitičari mogu identifikovati, u aproksimativnoj formi, portret faktora koji determinišu rast zdravstvenih rashoda. U prvom redu, u te faktore ubrajamo: permanentni rast stope inflacije i troškova života u 70-tim godinama, prenaglašena regionalna i lokalna disperzija zdravstvenih kapaciteta, hipertrofirana organizacija zdravstvene delatnosti, prevelika „bolesna“ bolovanja, neracionalnosti u zdravstvenoj potrošnji, neefikasno pružanje zdravstvenih usluga, neekonomsko obavljanje zdravstvene delatnosti, nedovoljno korišćenje zdravstvenih kapaciteta, prebukirana režija itd.

Ovakav „skup faktora“ neminovno je uticao na materijalni položaj zdravstva, na kvantum finansijskih sredstava, na nivo društvenih rashoda i na gubitke. Naime, prezentirani skup faktora generirao je rast troškova zdravstva, iznuđivao i povećavao gubitke u zdravstvenoj delatnosti. U periodu 1976-1986. godine, učešće zdravstva u nacionalnom dohotku povećavalo se do 1978. godine. Od 1979. godine, primetan je pad datog učešća sve do 1985. godine. Od 1986. godine, zabeležen je rastući trend, koji se tokom 1989. i 1990. godine „ispumpava“ sa izostrevanjem već problematičnog materijalnog položaja zdravstva. Zato nam verovatno preti opasnost da u 21 vek uđemo sa „bolesnim“ zdravstvom umesto sa „zdravim čovekom“.⁵⁰

No, Jugoslavija sa 86 dolara po stanovniku na ime zdravstvene potrošnje ne može ništa bolje ni očekivati, pogotovo što i nizak nivo društvenog proizvoda po glavi stanovnika i preniski koeficijent izdvajanja društvenog proizvoda za zdravstvo „garantovano“ bacaju našu zemlju na pretposlednje mesto na evropskoj rang listi. To što Jugoslavija ima više lekara na 100.000 stanovnika čak i od SAD (i V. Britanije i Irske) ne reprezentuje „zdravu performansu“, jer SAD tri puta više izdvaja za zdravstvo od Jugoslavije, i to u uslovima kada je američka zdravstvena potrošnja po stanovniku za 20 puta veća od jugoslovenske per capita zdravstvene potrošnje. No, i pored toga, prisutna je restriktivna politika u zdravstvenoj potrošnji, budući da su rashodi zdravstva predimenzionirani u odnosu na materijalne mogućnosti privrede i društva. Doduše, Jugoslavija oponaša pr nudni trend kresanja socijalne potrošnje u gotovo svim zemljama, uključiv OECD i EU.

⁵⁰ Evolution a long terme des dépendances de santé et incidences macroéconomiques, L'INSEE, Paris, maj1992.

Socijalne politike destinirane kočenju (frenaži) zdravstvenih rashoda uglavnom se usredsređuju na ponudu i tražnju zdravstvenih usluga i na finansiranje zdravstva posredstvom „kontraudara“ na (1) cene, (2) količinu i intenzitet, (3) pristup i pokriće i dr. Mere za reduciranje cena zdravstvene zaštite impliciraju fiksiranje tarifa koje favorizuju efikasnost u korišćenju medicinskih usluga, etabriranje „baremes de paiement“ i regrupisanje prestacija u globalnoj fakturaciji.⁵¹ Politiku limitiranja cena po pravilu treba da slede mere reduciranja medicinske potrošnje i troškova zdravstvene zaštite. To pak implicira limitaciju količine i intenziteta zaštite i nege, racionalizaciju nove tehnike i plafoniranje rashoda opremanja zdravstvenih objekata i medicinskih kapaciteta. Na to se nadovezuje politika redukcije troškova, pooštavanje uslova bolesničkog osiguranja, smanjenja budžetskih subvencija, limitiranja slobode izbora usluga, orientacije na manje skupe usluge i na preventivu. Konačno, strategiju limitiranja ekspanzije troškova zdravstva inkorporira i promenu mehanizma finansiranja koji se okreće politici reduciranja javnog finansiranja i povećanju samofinansiranja zdravstva, uključujući i participacije i tržište. A da li će prezentirane mere biti dovoljno snažne da blokiraju rastući trend rashoda zdravstva u uslovima relativno značajnog produženja života, relativno izraženog porasta stare populacije, eskalacije novih bolesti, eksplozije medicinske tehnike i volumeniziranje vrhunske medicine, ostaje da se vidi u okviru formalizovane zdravstvene strategije za 21. vek.

4.1. ŠVEDSKI MODEL ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Švedska je danas jedna od najrazvijenijih zemalja „ekonomskog blagostanja,“ sa najnaprednjim i najpravednjim sistemom socijalnog osiguranja u svetu. Socijalno osiguranje u Švedskoj anglobira zdravstveno osiguranje za slučaj nezaposlenosti.⁵² Opšte i obavezno socijalno osiguranje za slučaj bolesti uvedeno je davne 1955. godine. Zdravstveno osiguranje obuhvata medicinsku pomoć, kompenzovanje zdravstvenih troškova pacijentima i izdatke za rehabilitaciju, nadoknadu za vreme bolesti i materinstva i novčane naknade za određene slučajeve. Sistem zdravstvene nege podeljen je na primarnu medicinsku negu, oblasnu i regionalnu negu. Primarna medicinska nega, koja se sve više obezbeđuje od strane lokalnih centara, obezbeđuje ambulantske usluge, preventivnu aktivnost (zdravstveno prosvecivanje), zdravstvene usluge za majku i dete, kucna lečenja, dnevnu negu i kucnu negu.⁵³ Oblasna medicinska nega obezbeđuje se u oblasnim bolnicama, u kojima je smeštena i specijalistička služba. Regionalna medicinska nega pruža usluge onim pacijentima kojima je potreban tretman od strane visoko obučenih specijalista i najmodernijih medicinskih uređaja. U Švedskoj funkcioniše šest bolničkih regiona.

U Švedskoj⁵⁴ pacijent plaća 40 kruna za posetu lekara u javnoj ustanovi, a za posetu privatnoj ordinaciji plaća 50 kruna. Prva poseta specijalistima je besplatna, kao i bolničko lečenje u javnim bolnicama. Naknada za bolnički tretman plaća se direktno iz sredstava lokalne službe socijalnog osiguranja. Ova

⁵¹ OECD, New Zealand, OECD Economic Surveys, 1988/1989., Paris, str. 104.

⁵² A. Čekerevac, Socijalno osiguranje u Švedskoj, Socijalna politika 5/88., st. 50.

⁵³ Ibid, st. 50.

⁵⁴ A. Čekerevac, op. cit., str. 50-51.

služba nadoknađuje i deo cene usluge stomatologa, izuzev besplatne zdravstvene nege zuba deci do 16 godina i omladini do 19 godina (ako uslugu pruža javna stomatološka služba). Konačno, celokupno aktivno stanovništvo ima pravo na novčanu naknadu za vreme bolesti, koja iznosi 90% prosečnog prihoda.

U Švedskoj⁵⁵ se socijalno osiguranje finansira od uplate poslodavaca na ime doprinosa za socijalno osiguranje, sredstava državnog budžeta, dohotka od kapitala, doprinosa lokalnih vlasti i osiguranika. Uplate poslodavaca dominiraju u strukturi sredstava (sa 65,7%). Država participira sa 18,9% ukupnih sredstava. Posredstvom uplate poslodavaca, lica sa samostalnim zanimanjima i države, alimentira se zdravstveno osiguranje. U ukupnim sredstvima za zdravstveno osiguranje, sredstva države participiraju sa 15%, a uplate poslodavaca i samostalnih zanimanja 85%. Tu su i participacije korisnika zdravstvenih usluga.

Tokom 1983. godine, donet je Zakon o javnom zdravlju u Švedskoj,⁵⁶ po kome su opština dodeljena veća prava u zaštiti zdravlja. Time je praktično povećan stepen decentralizacije organizacije, upravljanja i finansiranja zdravstvenog osiguranja. Lokalni i regionalni organi vlasti ključni su nosioci odlučivanja u zdravstvenoj zaštiti. Po tome je, kao i po broju lekara, zdravstvenog osoblja i bolesničkih postelja, Švedska u samom svetskom vrhu. Sa 313 stanovnika na jednog lekara, sa šezdeset stanovnika na jednog zdravstvenog radnika, sa 67 bolesničkih postelja na 1000 stanovnika, sa 7 umrlih odojčadj na 1000 živorođenih i sa stopom smrtnosti od 10,9 na 1000 stanovnika Švedska beleži izvanredne performanse zdravstva.

5. INDIKATORI RAZVOJA ZDRAVSTVENE DELATNOSTI I POLITIKA FINANSIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Sistemi zdravstvenog osiguranja u zapadnim zemljama su raznovrsni, bilo da je reč o organizaciji, bilo da je u pitanju finansiranje troškova.

U Švedskoj i V. Britaniji je izabran sistem (zdravstveni) u kome je ponuda praktično izjednačena sa javnom službom, obezbeđujući, na taj način, sve usluge besplatno. Sredstva se obezbeđuju opštim oporezivanjem u V. Britaniji, odnosno regionalnim porezima u Švedskoj.

U SAD je svaki pojedinac samostalan u izboru tipa zdravstvenog osiguranja. Snažna finansijska intervencija dolazi iz javnih izvora kako bi se obezbedila solventnost svih socijalnih grupacija. U Nemačkoj i Francuskoj kotizacije za socijalno osiguranje (doprinosi za zdravstvo) jesu predominantni izvori finansiranja, nezavisno od tipa izbora zdravstvenog osiguranja.⁵⁷

No, bez obzira što je institucionalno optirano i pojedinačno preferirano, bitno je da li su svi pojedinci izjednačeni u mogućnostima korišćenja raspoloživih sredstava, koje izdatke pojedinac može lično da podnese u medicinskoj potrošnji i koliko građanin mora da podnese troškova zdravstva, bilo preko doprinosa bilo preko participacije.

⁵⁵ M. Forsberg, The Evolution of Social Welfare in Sweden, The Swedish Institute, Lund, 1984., str. 50.

⁵⁶ The Cost of Social Security, International Labour office, Geneva, 1985., str. 90.

⁵⁷ Evaluation en sante et choice strategique, ENSP, Paris, 1991.

IZDACI ZA MEDICINSKU NEGU U % OD BDP

Zemlje	1960	1970	1980	1987
Ukupni izdaci za medicinsku negu				
Francuska	4.3	6.1	7.6	8.5
Nemačka	4.8	5.6	7.9	8.0
Kanada	5.5	7.2	7.3	8.5
Italija	3.9	5.5	6.7	7.2
SAD	5.3	7.6	9.1	11.1
Japan	3.0	4.6	6.6	6.9
Velika Britanija	3.9	4.5	5.8	6.1
Javni izdaci za medicinsku negu				
Francuska	2.5	4.3	6.2	6.4
Nemačka	3.2	4.2	6.3	6.3
Kanada	2.4	5.1	5.5	6.3
Italija	3.2	4.8	5.6	5.7
SAD	1.3	2.8	3.8	6.0
Japan	1.8	3.0	4.6	5.0
Velika Britanija	3.4	3.9	5.2	5.3

Izvor: OECD, Zdravstvo u ciframa 1960-1983, 1985

Bilo da je reč o Nemačkoj, Švedskoj, Francuskoj, V. Britaniji ili Švajcarskoj, zdravstvena služba je skupa i sve skuplja. Manji troškovi - bolje zdravstvo, jeste sada cilj u svim projektima refprmi, uključujući čak i pitanje da li je za bolesnika kuća najbolja bolnica. Švedska iskustva govore ilustrativno: Švedani moraju za lekarsku posetu da plate oko 12 maraka, dok su lekovi potpuno besplatni samo u stacionarnim bolničkim ustanovama i u hroničnim slučajevima. Učešće pacijenata pokriva samo 4% ukupnih troškova. Lavovski deo plaća iz poreskih izvora koje dodeljuju provincije. Svaki građanin Švedske plaća proporcionalni „zdravstveni“ porez prosečno 14% od prihoda. Samo manji deo zdravstvenih troškova alimentira posebna bolesnička blagajna koju poslodavci finansiraju „još uvek bez gundanja“.

No, i pored toga, od pre nekoliko godina prisutna je parola „deinsticucionalizacije“, koja podrazumeva postepeno smanjenje bolesničkih postelja i ostavljanje više novca za primarnu negu (za lokalne lekare i kućne sestre-negovateljice).⁵⁸ Medicinska nega, po toj logici, treba biti pružena na licu mesta, a u slučaju vezanosti za krevet - u kući. Kućne sestre daju lekove i mere temperaturu, dok komunalne negovateljice vrše potrebne nabavke i pranje posuda i postelja. U deinstitucionalizaciji, medicinska nega postaje ličnija ali i jeftinija.

Deinstitucionalizacija se, uprkos kritikama iz bolnica, nastavlja, i naročito se odnosi na negu starih lica, čiji broj raste u gotovo svim zemljama OECD (a ne samo u Švedskoj). Nezadrživi rast troškova, po tom osnovu, reprezentuje neku vrstu prirodnog zakona.⁵⁹ Troškovi zdravstva rastu ne samo u apsolutnim iznosima nego i u relativnim odnosima.

⁵⁸ J. Vaizey, National Health, Basil Blackwell, Oxford, 1984.

⁵⁹ G. Gojković, Socijalno osiguranje i socijalna zaštita, Revija rada, Beograd, 1981.

UČEŠĆE TROŠKOVA ZDRAVSTVA U DRUŠTVENOM PROIZVODU U %

Zemlje	1970	1980
Norveška	5.6	7.8
Nemačka	5.7	8.0
Francuska	6.1	8.1
Holandija	6.3	8.7
Švedska	6.9	9.2
SAD	7.6	9.6
Tadašnji OECD - Prospekt	5.5	7.2
Tadašnja SFRJ	5.6	5.9

Izvor: M. Ljutovac i M. Simić, O nekim pitanjima zdravstvene ekonomike i koordinacija aktivnosti u ovoj oblasti, I deo, Socijalna politika, 9/86, st. 7.

Težnji za smanjenjem troškova zdravstva pomažu danas i različite forme tzv. slobodnog budžetiranja. U strukturi ukupno odobrenih sredstava klinike i odeljenja u bolnicama, sve se više autonomno raspolaže sredstvima. Na kraju fiskalne godine, predstavnici provincija i bolnica pretresaju „godišnji bilans“ i utvrđuju deficit ili suficit. Deficit pada na teret sredstava klinike za iduću godinu, dok se suficit može naknadno koristi u vidu naknadnih sredstava.

U susretu političara i lekara sledi, zatim, duel u pogledu merenja radnog učinka u bolnici. „Pipanje po mraku“ otpočinje čim se dotaknu troškovi pojedinačnih dijagnoza i lečenja, jer za sada računski sistemi operišu samo sa prosečnim troškovima, za jedan dan lečenja. Srčani infarkt, operacija bubrega i slomljena ruka iskazuju se istim arsinom -prosečnim troškovima, iako su njihovi troškovi tretmana sasvim različiti. A da bi se taj problem razrešio pribeglo se upotrebi američkog DRG-a (Diagnostic Related Goruping).⁶⁰ Ovaj postupak u SAD obuhvata gotovo 8000 kliničkih dijagnoza i 470 grupa sa kompletним podacima o pacijentima. Jedna od 470 npr. nosi naziv „operacija tumora na mozgu žena preko 60 godina“, i interpretira se posle detaljnijih ispitivanja. Tako se postupa i sa ostalim grupama. Na kraju, procenjuje se da li jedna bolnica uradi više od druge ili je ta bolnica neekonomičnija sa raspoloživim sredstvima.

STRUKTURA JAVNE ZDRAVSTVENE POTROŠNJE PREMA TIPU ZAŠTITE

Zemlje	Vrsta zaštite		
	Bolnička zaštita	Ambulantna „primarna zaštita“	Ostala zaštita
Kanada	64.7	20.7	14.6
Danska	60.9	20.6	18.5
Finska	46.0	32.0	22.0
Francuska	55.6	24.3	20.1
Nemačka	36.0	31.7	32.3
Holandija	66.0	4.4	29.6
Novi Zeland	62.1	7.8	30.1
Švedska	75.5	11.0	13.5
Velika Britanija	73.3	6.3	20.4
SAD	52.0	29.0	19.0

Sistemi zdravstvenog osiguranja su veoma raznovrsni u zemljama OECD i to bilo da je reč o organizaciji ponude ili bilo da je u pitanju finansiranje troškova. Jedinstvenosti modela, prema tome, gotovo i da nema, pošto se svaki nacionalni

⁶⁰ A. J. Culyer (Ed.), Health Indicators, Basil Blackwell, Oxford, 1983.

zdravstveni sistem javlja kao neka vrsta kompromisa između priznanja prava na zdravlje i društvenog utroška. Danas je ipak posve jasno da su priznanje konkretnizacija prava na zdravlje postali inkompatibilni sa obezbeđenjem potrebnih izvora resursa, budući da organizacija zdravstvenog sistema ne drži korak sa ekonomskom realnošću. U pitanju je, dakle, kriza kompromisa između prava na zdravlje i troškova. Obezbeđenje sredstava za pokriće materijalnih izdataka, samim tim, razapinje između podržavljenja (budžetizacije) i privatizacije (defiskalizacija).

STRUKTURA FINANSIRANJA IZDATAKA ZA NEGU I MEDICINSKE USLUGE

**	Socijalna sigurnost (prestacije i globalne dotacije)						Državni budžet i lokalni kolektiviteti (prestacije/medicinska pomoć)						Uzajamne prestacije						Porodično i privatno osiguranje						
	1975	1980	1985	1986	1987	1988	1975	1980	1985	1986	1987	1988	1975	1980	1985	1986	1987	1988	1975	1980	1985	1986	1987	1988	
1	83.4	87.2	87.5	88.4	88.2	87.0	6.7	4.8	3.5	2.0	2.0	1.8	1.1	1.1	1.1	1.2	1.3	1.9	8.8	6.8	7.9	8.4	8.5	9.1	
2	66.2	65.3	64.1	62.5	61.4	59.3	1.4	1.0	0.8	0.7	0.7	0.7	6.2	7.0	7.7	8.3	8.9	8.3	26.2	26.7	27.4	28.5	29.0	31.3	
3	94.8	95.9	96.6	97.0	94.0	94.6	-	-	-	-	6.0	-	-	-	-	-	-	-	1.4	5.2	4.1	3.4	3.0	-	3.8
4	60.6	60.8	62.5	62.6	56.9	56.1	1.8	1.1	1.0	1.0	0.1	0.1	6.2	6.8	8.1	9.0	9.6	12.9	31.4	31.3	28.4	27.4	32.5	30.1	
5	62.8	63.5	65.2	65.2	59.2	57.8	2.0	1.2	1.0	0.9	0.9	0.8	6.4	6.4	8.0	8.8	9.5	13.2	28.8	28.9	25.8	25.1	30.4	28.2	
6	73.2	76.5	76.3	76.1	74.4	72.7	3.9	3.0	2.3	1.4	1.4	1.1	3.7	3.7	4.3	4.7	5.1	6.2	19.2	16.8	17.1	17.8	19.1	19.9	

Napomene:

* U tome, učešće privatnog osiguranja 2,9%

** Redni brojevi (od 1 - 6) u prvoj koloni tabele označavaju sledeće tekstove: 1 = Bolničke (bolnička nega) I medicinske sekcije, 2 = Kabinetska, laboratorijska, dispanzerska i ambulantna nega 3 = Sanitarni transport 4 = Pružaoci medicinskih usluga 5 = U tome - farmacija 6 = Ukupno (Total)

Source: Comptes de la Sante, mars 1988-avril 1989.

U tom sklopu, postavlja se pitanje koji izdatak pojedinac može lično da podnese u medicinskoj potrošnji i pitanje da li svi pojedinci mogu biti izjednačeni u mogućnosti korišćenja raspoloživih sredstava. Švedska i V. Britanija su odabrale sistem u kome je ponuda praktično izjednačena sa javnom službom, koja obezbeđuje sve usluge besplatno. Bezuslovnost prava na medicinsku potrošnju jeste princip. Logika redistribucije ide od bogatijih ka siromašnjim. Sredstva za finansiranje zdravstvenog sistema obezbeđuju se opštim oporezivanjem (V. Britanija), odnosno regionalnim oporezivanjem (Švedska). Princip je isti kao kod obrazovanja.

U SAD, pak, pojedinci su samostalni u izboru tipa zdravstvenog osiguranja, a priznanje prava na zdravlje ostvaruje se snažnom finansijskom intervencijom iz javnih fondova. Time se u osnovi obezbeđuje solventnost svih socijalnih grupacija, a naročito korisnika programa „Medicaid“ (siromašni i, posebno, rizični) i korisnika programa „Medicare“ (starije osobe). Američki sistem karakteriše, dakle, izuzetna nejednakost u pogledu distribucije sredstava i nepristupačnost zdravstvenoj zaštiti svih građana, ali sa naglašenom privatnom dopunom.⁶¹ Takav problem socijalno kulturne nejednakosti u potrošnji socijalnog osiguranja u SAD sve više zahteva državnu finansijsku intervenciju i administrativno upravljanje. No, to jekarakteristično i za švedski decentralizovani sistem i za britanski centralizovani sistem, jer nijedan zdravstveni sistem nije u mogućnosti da odgovori potrebama svakog pojedinca. Od toga pati i francuski, švajcarski i nemački sistem zdravstvenog osiguranja, pošto postojeće veze između doprinosa i usluga postaju labavije. Tradicionalni mehanizmi preraspodele između aktivnih i

⁶¹ A. J. Culyer, i B. Jonson (Ed.), Public and Private Health Services, Basil Blackwell, Oxford, 1986.

neaktivnih postaju sve manje efikasni zbog nezaposlenosti i starenja stanovništva. Samim tim i princip redistribucije ide od zdravih ka bolesnima i od zaposlenih ka nezaposlenima.

Za organizaciju i finansiranje zdravstvene delatnosti, pored normativa i standarda, bitni su i pokazatelji (indikatori) koji se obično koriste u proceni evaluacije performansi zdravstva. U tom kontekstu se koriste pokazatelji inputa, pokazatelji procesa i pokazatelji outputa. U pokazatelje inputa⁶² svrstavaju se (1) broj pacijenata na jednog lekara, (2) broj pacijenata na jednu medicinsku sestruru, (3) broj pacijenata na jednog administrativnog radnika, (4) broj pacijenata na jednog pomoćnog radnika, (5) prosečan lični dohodak, (6) troškovi poslovanja po bolničkom danu i (7) troškovi iskazani po bolničkom danu/pacijentu. U pokazatelje procesa spadaju: (1) prosečna dužina lečenja u zdravstvenoj ustanovi, (2) prosečan broj dijagnostičkih procedura po pacijentu, (3) broj pregleda po lekaru i sestri i (4) broj dijagnostičkih, internističkih i hirurških procedura po lekaru - sestri. U pokazatelje outputa, konačno, ubrajaju se: (1) stopa smrtnosti pacijenata, (2) stopa hospitalnih infekcija i (3) stopa izlečenja.

Na nivo, struktum i dinamiku rasta zdravstvene potrošnje utiču brojni faktori na direktni i indirektni način. Prof. Letica⁶³ je, sistematizujući stavove Skrbića, Jurkovica, Sorakina, Mawwell-a i WHO-a, prikazao sledeće osnovne faktore (determinante) rasta zdravstvene potrošnje: (1) demografske promene, (2) socijalne promene, (3) ekonomski promene, (4) stavovi stanovništva prema zdravlju i zdravstvenoj zaštiti, (5) promene morbiditeta, (6) razvoj zdravstvene delatnosti, (7) pristupačnost zdravstvene zaštite, (8) promene sistema zdravstvene zaštite, (9) sistem finansiranja, (10) naučno-tehnološki napredak medicine, (11) rast tražnje zdravstvenih usluga, (12) rast cena zdravstvene zaštite, (13) promene prava korisnika, (14) povećanje udela bolničke zaštite, (15) povećanje plata zdravstvenim radnicima, (16) smanjenje potrošnje zbog povećanja cena, (17) radnointenzivni karakter zdravstvene službe i (18) rast kvaliteta zdravstvene zaštite.

U tržišnom sistemu finansiranja zdravstvene zaštite egzistira čvrsta veza između dohotka i utilizacije. Tražnja zdravstvene zaštite je u tom slučaju elastična u odnosu prema dohotku. Međutim, u sistemu „potpuno razvijenog zdravstvenog osiguranja“ sa nultim cenama, dohodak pojedinca, kao korisnika ili pacijenta, nije neposredni izvor sredstava zdravstvene zaštite. Zato tražnja zdravstvenih usluga i ne zavisi od visine dohotka, već od tzv. zdravstvenog stanja pojedinca. „Budući da je vrlo dobro poznato da je niži dohodovni status pojedinca vezan sa slabijim zdravljem, tj. nižim zdravstvenim statusom, sasvim je onda logično da osobe se nižim dohotkom više traže i više koriste zdravstvenu zaštitu“.⁶⁴ Organizovano zdravstveno osiguranje se, zato, javlja da neutrališe razlike u korišćenju zdravstvene zaštite stanovništva, koje su uslovljene različitom dohodovnom moći. Brojna empirijska istraživanja pokazala su da zdravstveno osiguranje „briše“ uticaj dohotka na korišćenje zdravstvene zaštite i podiže nivo zdravstvene potrošnje.⁶⁵

⁶² Dr S. Letica, Kriza i zdravstvo, Stvarnost, Zagreb, 1984., str. 70

⁶³ Dr S. Letica, Kriza i zdravstvo, Stvarnost, Zagreb, 1984., str. 95.

⁶⁴ Dr S. Letica, Kriza i zdravstvo, Stvarnost, Zagreb, 1984., str. 137.

⁶⁵ Ibid, str. 139.

UKUPNI IZDACI ZA ZDRAVSTVO U % OD BDP ZA PERIOD 1960 - 1986

Zemlje	1960	1965	1970	1975	1980	1983	1984	1985	1986
Australija	4.6	4.9	5.0	5.7	6.6	6.9	6.9	6.8	6.8
Austrija	4.6	5.0	5.4	7.3	7.9	7.9	8.0	8.2	8.0
Belgija	3.4	3.9	4.0	5.8	6.6	7.2	7.2	7.2	7.1
Kanada	5.5	6.1	7.2	7.3	7.4	8.6	8.5	8.4	8.5
Danska	3.6	4.8	6.1	6.5	6.8	6.6	6.3	6.1	6.1
Finska	4.2	4.9	5.6	6.2	6.3	6.6	6.8	7.3	7.5
Francuska	4.2	5.2	5.6	6.7	7.4	8.1	8.4	8.4	8.5
Nemačka	4.7	5.1	5.5	7.8	7.9	8.0	8.1	8.2	8.2
Grčka	2.9	3.1	4.0	4.0	4.2	4.2	4.0	4.2	3.0
Island	5.9	6.0	8.7	11.1	6.9	8.2	7.3	7.8	7.5
Irska	4.0	4.4	5.6	7.7	8.5	8.0	8.0	8.0	7.9
Italija	3.3	4.0	4.8	5.8	6.8	6.7	6.6	6.7	6.7
Japan	3.0	4.5	4.6	5.6	6.6	6.9	6.6	6.6	6.7
Luksemburg	-	-	3.8	5.3	6.1	6.9	6.6	6.7	6.9
Holandija	3.9	4.4	6.0	7.7	8.2	8.6	8.3	8.3	
Novi Zeland	4.4	4.5	5.1	6.4	7.2	6.3	-	-	6.9
Norveška	3.3	3.9	5.0	6.7	6.6	6.8	6.5	6.4	6.8
Portugalija	-	-	-	6.4	5.9	5.4	5.6	5.6	5.6
Španija	2.3	2.7	4.1	5.1	5.9	6.3	6.0	6.0	6.0
Švedska	4.7	5.6	7.2	8.0	9.5	9.6	9.5	9.4	9.1
Švajcarska	3.3	3.8	5.2	7.1	7.2	7.8	7.7	7.9	8.0
Turska	-	-	-	-	-	3.5	-	-	-
Velika Britanija	3.9	4.1	4.5	5.5	5.8	6.2	6.2	6.1	6.2
SAD	5.2	6.0	7.4	8.4	9.2	10.7	10.5	10.7	11.1
Prosek	4.1	4.6	5.4	6.7	7.1	7.2	7.3 *	7.3	7.3 *

* Prosek, osim Turske

Izvor: OECD, Measuring Health Care 1960-1983, Paris 1986.

Najnoviji podaci Međunarodne organizacije za zdravstvo (WHO) pokazuju da su izdaci za očuvanje zdravlja u 1990. godini premašili sumu od 1000 milijardi dolara. Od 131 zemlje članice (WHO), 72 zemlje za zaštitu zdravlja već izdvajaju 5% bruto društvenog proizvoda, a očekuje se da gro zemalja OECD na početku 21. veka izdvaja i više od američkih 11% društvenog proizvoda.

U teoriji finansiranja“ zdravstvene zaštite važno mesto zauzima i tzv. zakon tranzicije. Po ovom zakonu, procesi idu od pojedinačnog prema kolektivnom finansiranju, od privatnog prema javnom finansiranju, od profitnog premaneprofitnom i od lokalnog prema regionalnom i centralnom.⁶⁶

Zdravstvena potrošnja - po prof. Letici -funkcijaj je triju faktora, i to: (1) ponude zdravstvene zaštite izražene pokazateljima razvoja potencijala zdravstvene zaštite (kapaciteti institucija, sposobnost i obrazovanje kadrova, naučno-tehnološki napredak), (2) promena sistema i politike finansiranja zdravstvenih delatnosti, koje karakteriše stalno jačanje fondovsko-decentralizovanih i slabljenje budžetsko-centralističkih mehanizama finansiranja, i (3) potražnja standardne zaštite, tj. promena strukture i opsega zdravstvenih potreba i promena u socijalnojstrukturi korisnika - stanovništva, koje su, zajedno sa razvojem zdravstvenog osiguranja i rastom stanovništva, uticale na povećanjeopštih predispozicija za korišćenje zdravstvene zaštite.⁶⁷

⁶⁶ Dr. S. Letica, Kriza i zdravstvo, Stvarnost, Zagreb, 1984., str. 172.

⁶⁷ Dr. S. Letica, Kriza i zdravstvo, Stvarnost, Zagreb, 1984., str. 182.

INDIKATORI PONUDE MEDICINSKOG ZBRINJAVANJA Stopa rasta godišnjih proseka

Zemlje	Broj bolničkih kreveta i institucija za zbrinjavanje					Broj medicinara u službi				
	1962-72	1972-80	1980-86	1962-86	Broj bolničkih kreveta i institucija za zbrinjavanje	1962-72	1972-80	1980-86	1962-86	Broj medicinara na 1.000 stanovnika u 1986.
Francuska	1.7	1.4	-0.1	1.1	10.7	3.9	5.2	3.4	4.3	2.4
Nemačka	1.5	0.1	-0.8	0.5	11.0	2.3	3.4	2.8	2.9	2.7
Kanada	2.4	1.1	1.1	1.7	7.0	4.3	3.6	3.1	3.7	2.1
SAD	-0.9	-1.6	-1.0	-1.1	5.5	2.3	3.4	3.0	2.9	2.3
Italija	2.0	-0.3	-3.0	-	6.8	4.6	7.2	0.7	4.7	1.3
Japan	3.9	4.8	2.1	3.7	14.9	1.7	2.8	3.5	2.5	1.5
Velika Britanija	-0.4	-1.3	-1.8	-1.1	7.2	-	2.9	1.4	2.3	1.4

Source: OECD, La sante en chiffres 1960-1983, 1985.

Ekonomска kriza i inflacija uplivisale su promenu strukture rashoda zdravstva u gotovo svim zemljama savremenog sveta. U „deset najrazvijenijih“ zemalja OECD, kako navodi profesor Letica⁶⁸ - struktura rashoda je tokom 80-tih godina izgledala: personalni rashodi 60% (medicinsko osoblje 17%, stomatolozi 5%, ostalo osoblje 20% i nega 17%), troškovi materijala i opreme 33% (lekovi po receptu 10%, lekovi u prodaj 5%, ostali materijali i troškovi 18%) i troškovi građenja 7%. Do strukturnih pomeranja rashoda zdravstvenih delatnosti došlo je i u Jugoslaviji. U periodu 1978-1982. godine, povećano je učešće materijalnih troškova (od 31,3% na 34,1%), učešće amortizacije i fondova (od 8,5% na 10,0%) i učešće ostalih troškova (od 6,8% na 7,8%); dok je reducirano učešće ličnih dohodaka (od 51,0% na 48,2%) i doprinosa (od 16,0% na 12,9%).⁶⁹

I u zdravstvu, kao i ostalim oblastima društvenih delatnosti, činjenice govore da blizu 10% populacije boluje od teških bolesti, koje zahtevaju dugotrajno i skupo lečenje (rak, dijabetes, teški oblici hipertenzije itd.), mada je oprema u zdravstvu sa 80% otpisana (amortizovana).⁷⁰ Simultano, životni vek je produžen sa 63 godine, u 1962 godini, na 70,5 godina u 1986. godini. Procenjuje se, da će u 2000-toj godini broj starijih osoba od 70 godina dostići nivo od 7% ukupnog stanovništva. To govori da takvo stanje u zdravstvu ostaje ekonomski nepodnošljivo, pogotovo u uslovima dugotrajne krize i stagnacije, koje inkorporiraju restriktivni kurs prihoda i rashoda zdravstvenog osiguranja.

Troškovi zdravstvenih službi vrтoglavо rastu u gotovo svim razvijenim zemljama⁷¹, tako da pitanje zdravstvenih izdataka i njegovih opterećenja za državne budžete izbjiga u prvi plan. Kombinacija stareњa stanovništva i tehnološkog napretka, vrši pritisak na sve vlade širom sveta da revidiraju i medicinske lobije. Takva je situacija u V. Britaniji, čija vlada zazire od reforme zdravstvenog sistema zbog nasrtljivog medicinskog lobija, koji štiti nasleđene privilegije.

Francuska vlada je, povećavajući socijalne doprinose, uznemirila poresku javnost, ali i lekare i medicinsko osoblje sa novim vidovima kontrole zdravstvenih troškova (jer je budžet za socijalno osiguranje, kao i budžet za lekove, preterao sa deficitom). Zdravstveni radnici, lekari i farmaceuti sada pribegavaju agitpropovskoj

⁶⁸ Ekonomска politika, broj 1942. od 19. juna 1989., str. 23.

⁶⁹ Ibid, str. 23-24.

⁷⁰ M. Simić i R. Jocić, Mogućnost racionalizacije u zdravstvu, Socijalna politika 5/88., str. 41-

⁷¹ A. Enthoven, Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance, North -Holland, Amsterdam, 1988.

tehničici kako bi zaštitili svoje privilegije i povećali plate. U te svrhe korišćen je čak i marš bolničarki na Jelisejskim poljima.

Australija je krajem 1991. godine, za socijalni budžet bila prinuđena da uvede nadoknadu za sve medicinske konsultacije, u nameri da pokrije rastuće troškove za „medicinare“ i da obuzda rasipničke medicinske tretmane. Vlada je time odstupila od principa besplatne zdravstvene zaštite.

Italija i Španija su, isto tako, krenule u pravcu pojačane privatizacije zdravstvenih servisa, povećanja uplate za bolničku negu i povišenja tarife za recepte kako bi se zdravstvo spasio od haosa.

TROŠKOVI ZA ZDRAVSTVENU BRIGU U PROCENTU (%) OD BDP

Zemlje	Ukupni izdaci za zdravstvenu brigu				Javni izdaci za zdravstvenu brigu			
	1960	1970	1980	1989	1960	1970	1980	1989
Belgija	3.4	4.0	6.2	6.8	2.1	3.5	5.5	6.0
Nemačka	4.7	5.9	8.5	8.2	3.2	4.1	6.3	5.9
SAD	4.1	7.4	9.3	11.5	1.3	2.7	3.9	4.7
Francuska	4.2	5.8	7.6	8.8	2.4	4.3	6.0	6.6
Italija	3.3	5.2	6.7	7.0	2.8	4.5	5.6	5.6
Japan	2.9	4.4	6.4	6.7	1.7	3.1	4.5	4.9
Luksemburg	-	4.1	6.8	7.3	-	5.2	6.3	6.7
Holandija	3.9	6.0	8.2	8.3	1.3	5.0	6.2	6.1
Velika Britanija	3.9	4.5	5.8	5.9	3.3	3.9	5.2	5.1
Prosek	3.8	5.3	7.3	7.8	2.3	4.0	5.5	5.7

Source: OECD, Health Care Systems in Transition the Search for Efficiency. 1990.

I američki zdravstveni sistem ušao je u finansijski tesnac, a državne vlade već ne mogu da izdrže troškove subvencionisanja medicinskih troškova za penzionere i siromašne. Kompanije se, tako, žale da rastući troškovi zdravstvenog osiguranja, koje one plaćaju na ime svojih zaposlenih, istanjuju profite i umiručuju mobilnost rada.⁷² Eksplozivni rast bolničkih troškova za nezaposlene dostigao je vrtoglave visine. Na privatnim klinikama se, na recepciji, odbija prijem

bolesnika bez kreditne kartice. Socijalna hladnoća je uveliko narasla upravo zbog visokih zdravstvenih troškova. Reformi bolesničkog osiguranja i zdravstva uopšte iz tih razloga doista pripada centralno mesto kako bi se izvršila kapitalizacija javne frustracije. Najavljenе radikalne promene teže da američki zdravstveni sistem približe kanadskom modelu. Po tom konceptu, svaka država treba da bude osnovni osiguravatelj za svoje građane.⁷³ Bolnice bi dobijale budžete, a lekari bi pregovarali o svojim platama i nadoknadama sa državnom vlaštom. Medicinski i osiguravateljski lobi, pak, preferira umereniji pristup: obavezivanje poslodavaca da osiguraju svoje radnike, s tim da se bolnice i lekari dobrovoljno pridržavaju limita za svoje budžete.

Zdravlje „nije sve“, ali ono „utiče na sve“. Zato se narodno zdravlje tiče svakoga, jer je zdravlje najvažnja stvar u životu. Zato se i svako lice mora osećati odgovornim za svoje sopstveno zdravlje.⁷⁴ „Ništa se ne može bez zdravlja...“

⁷² OECD, La reforme des systemes de sante, Paris, 1996.

⁷³ J. P. Auray, G. Durn i A. Zeghed, Les fondements théoriques de l'évaluation en économie de la santé, Al Lacassagne, Qon, 1990.

⁷⁴ M. Šumunić i A. Bartolić, Primarna zdravstvena zaštita, Zavod za organizaciju i ekonomiku zdravstva, Zagreb, 1985.

zdravlje je naše najvrednije svojstvo - lično i društveno“. Bile su to poruke generalnog direktora Svetske zdravstvene organizacije (povodom svetskog dana zdravlja 1989. godine), koja radi na unapređenju opšteg narodnog zdravlja.

Razvoj zdravstva, u uslovima izražene dugotrajne ekonomski i finansijske krize, može da skrene u pravcu destabilizacije zdravstvenog stanja nacije, koja se ogleda u povećanju smrtnosit i morbidnosti od kardiovaskularnih bolesti, morbiditeta od društvenih i psihoneurotskih bolesti (ciroza jetre, neuroze, anemija), socijalno-patoloških problema (ubistva, samoubistva, nasilje, prostitucija, alkoholizam, narkomanija), smrtnosti odojčadi i smrtnosti starijih osoba. Tome prof. Letica⁷⁵ dodaje: (1) razvoj uz ograničene finansijske mogućnosti, (2) snažan kadrovski pritisak na zapošljavanje praćen ograničenim mogućnostima zapošljavanja (rast nezaposlenosti zdravstvenih radnika), (3) usporeni tehnološki razvoj i rast naučno-tehnološkog jaza između zapadne (razvijene) i jugoslovenske medicine, (4) jačanje ugleda alternativne medicine (travari, bioenrgetičari, vračevi) i (5) jačanje etatističke ideologije o preraspodeli sredstava od bolničke u korist primarne zaštite i obratno. Takav model razvoja zdravstva posledica je njegove konceptualne izvorne izgradenosti na principu infektivnih i parazitarnih bolesti, i visoko socijalizirane i državno kontrolisane medicine. Kao takav, on je i efikasan samo kada se radi o prevenciji, dijagnosticiranju i lečenju tradicionalnih zdravstvenih problema. No, sada je imperativno napustiti filozofiju dijagnostičko-terapijskog razvoja zdravstva, pošto „Dom zdravlja za 21. vek“ treba da postane više zdravstveni informativni centar i učilište nego dijagnostičko-terapijski pogon. Dominacija profesionalnih, hroničnih i degenerativnih bolesti, traumatizma i socijalno-medicinskih problematikusa neminovno podrazumevaju novu zdravstveno-razvojnu paradigmu, nov tip zdravstvene politike i nove oblike javnozdravstvene akcije.⁷⁶

Uticaj zdravstva ima presudan značaj za održavanje i očuvanje zdravlja i proizvodne sposobnosti, pa, prema tome, i za efikasnost ukupne ljudske delatnosti.⁷⁷ Zdravstvo, u tom kontekstu, treba da obezbedi dostupnu, efikasnu, ekonomičnu, kvalitetnu, kompletну i kompleksnu zdravstvenu zaštitu stanovništva uz racionalno korišćenje svojih resursa - kadrova, opreme i prostora.

U zdravstvu je izuzetno važno racionalno poslovanje, koje se ogleda u boljoj organizaciji zdravstvene zaštite, u većoj povezanosti zdravstvenih organizacija, u smanjenju troškova poslovanja, u manjoj potrošnji lekova, u usporavanju rasta naknada ličnih dohodata zbog izostajanja za posla, u smanjenju prosečnog trajanja dužine bolničkog lečenja. Neracionalnost u zdravstvenoj delatnosti ne može se meriti samo rastom finansijskih sredstava uloženih u zdravstvenu zaštitu, za investicije u kapacitete i za ulaganje u kadrove. Važniji su medicinski efekti, koji se ostvaruju uloženim sredstvima, i, naročito efekti koji se ostvaruju u oblasti zaštite radnih ljudi i zaštite životne i radne sredine sa socijalno-medicinskog i društveno-ekonomskog aspekta. Tako se dolazi do pitanja šta je uopšte produktivnost ili racionalnost u radu zdravstvenih organizacija. Jer, prepisivanje skupih lekova u lečenju ljudi automatski ne vodi u neracionalnost, pogotovo ako je to medicinski

⁷⁵ Dr. S. Letica, Kriza i zdravstvo, Stvarnost, Zagreb, 1984., str. 25.

⁷⁶ Uporedi: Dr. S. Letica, op. cit., str. 25.

⁷⁷ R. Iaunois i P. Girand, Sante: L“auto-regulation est-elle un mythe? Futuribles, decembar 1986.

opravdano sa stanovišta skraćivanja trajanja lečenja (posebno skupog stacionarnog), obezbeđenja brzog izlečenja i skraćenja dužine odsustvovanja sa posla zbog bolesti. Isto tako, i prividno skupa edukacija zdravstvenih kadrova i visoka ulaganja u stručno usavršavanje i specijalizacije, kao i visoka suma sredstava investirana u savremenu opremu (u funkciji povećanja efikasnosti u dijagnostici, lečenju i rehabilitaciji) ne može se a priori smatrati rasipanjem sredstava na osnovu „utisaka i neproverenih ocena“. Tu se racionalnost mora posmatrati u širem kontekstu, jer brza dijagnostika, pravovremena terapija i rana rehabilitacija, koje sprečavaju nastajanje invaliditeta i povećanje odsustva sa posla, reprezentuju esencijalni segment racionalnosti i efikasnosti zdravstvene delatnosti. Kad to ističemo imamo u vidu: (1) da je u periodu 1975-1985. godine smrtnost odojčadi na 1000 živorođenih smanjena sa 39,7 na 28,9, (2) da je prosečna hospitalizacija dana smanjena sa 14,3 na 12,0, (3) da je učešće lekova u ukupnim rashodima za zdravstvenu zaštitu smanjeno sa 17,0 na 13,8%, (4) da je učešće ukupnih naknada ličnih dohodaka u ukupnim sredstvima za zdravstvenu delatnost reducirana sa 16,9% na 16,0%, (5) da je učešće sredstava za zdravstvenu delatnost (sredstvaza neposrednu zdravstvenu zaštitu, lekove, nadoknade i pomoći, investicije i ostale rashode) u društvenom proizvodu smanjeno sa 5,1% na 4,5%, (6) da je učešće sredstava za zdravstvenu zaštitu u društvenom proizvodu (sredstva za ambulantno lečenje, stomatološku zaštitu, bolničko lečenje, lekove i ostalu zdravstvenu zaštitu) reducirano sa 3,9% na 3,4%, (7) da je iznos rashoda zdravstvenog osiguranja po stanovniku u dolarima smanjen sa 67 na 58, i (8) da je broj stanovnika na jednog lekara smanjen sa 813 na 599. Realizaciju ovih indikatora u zdravstvenoj delatnosti i zdravstvenoj zaštiti „omogućio“ je rast ukupnog broja zaposlenih u zdravstvu (u 000) sa 201,4 na 279,9, rast broja zaposlenih lekara, stomatologa i farmaceuta (u 000) od 35,6 na 52,3, rast broja bolesničkih postelja od 127.645 na 138.786 i rast rashoda zdravstvenog osiguranja po stanovniku (u dinarima, po cenama iz 1980. godine) od 2788 na 3501 dinara.

U tom kontekstu, razume se, mogu se postaviti brojna pitanja, i to:⁷⁸ (1) da li je sistem obrazovanja i stručnog usavršavanja zdravstvenih radnika odgovarajuće usklađen sa potrebama zdravstvene zaštite i sa razvojem zdravstvene delatnosti, (2) da li je kadrovska iskorišćenost u skladu sa stručnim i naučnim potencijalima zdravstvenih radnika, (3) koliko nedostatak doktrinarnih stavova za organizaciju zdravstvene delatnosti, dijagnostike, lečenja i rehabilitacije utiču na (ne)racionalno korišćenje i ulaganje sredstava i postizanje efikasnosti i ekonomičnosti rada, (4) koliko neizgrađen sistem planiranja rada i razvoja utiče na racionalnost u poslovanju zdravstvenih organizacija i (5) koliko postojeći model organizovanja zdravstva, tehnologija rada, podela rada, razmeštaj „proizvodnih“ kapaciteta, iskorišćenost kadrovskog potencijala i opremanja zdravstva opremom visoke tehnološke vrednosti, doprinose povećanju racionalnosti ili smanjenju neracionalnosti u ukupnoj ekonomiji zdravstva.

Listu „postavljenih“ pitanja možemo dopuniti i „problematičnim“ generatorima i transmitorima neracionalnosti u zdravstvu, koji se javljaju kao „izvorni“ (potencijalni i efektivni) uzročnici (determinante) globalno

⁷⁸ Uporedi: M. Simić i R. Jocić, Mogućnosti racionalizacije u zdravstvu, Socijalna pohtika 5/88., str. 41-48.

neracionalnog poslovanja zdravstvene delatnosti i strukturno neefikasnog modela zdravstvene zaštite:⁷⁹ (1) koliko nepostojanje jedinstvenog informacionog sistema u zdravstvu doprinosi neefikasnosti zdravstvene delatnosti, (2) koliko nekoordiniran naučnoistraživački rad u medicinskoj nauci doprinosi „izvornom“ povećanju neracionalnosti u zdravstvu, (3) koliko „nerazvijenost“ farmakoterapijske doktrine može postati izvor medicinske neopravdane potrošnje lekova, (4) koliko nedostatak standarda i normativa postaje automatski uzrok neracionalnosti, (5) kolikonedovoljna funkcionalna povezanost zdravstveih organizacija, nedovoljna specijalizacija i neadekvatna raspodela rada doprinose neracionalnosti u zdravstvenim organizacijama, (6) koliko multipliciranje mreže i dupliranje kapaciteta doprinosi neracionalnostima u zdravstvenoj delatnosti, (7) koliko nedostatak mogućnosti za uvođenje tipizacije i standardizacije medicinske opreme visoko tehnološke vrednosti utiče na neracionalnost u zdravstvu, (8) koliko neusaglašenost medicinskih kriterijuma pri uvrđivanju privremene nesposobnosti za rad i za hospitalizaciju predstavlja izvor neracionalnosti u zdravstvu i (9) koliko prevaziđene klasične metode u protivepidemijskoj zaštiti u očuvanju zdravlja i radnih potencijala radnih ljudi, u dijagnostici, lečenju, rehabilitaciji, sprečavanju invalidnosti i prerane smrti utiču na neracionalnosti u zdravstvenoj delatnosti.

U peirodu 1960-1981. godine stanovništvo u Jugoslaviji se povećalo za 22%, a broj bolesničkih postelja za 43%. Veci porast bolesničkih postelja u Evropi zabeležen je samo u Bugarskoj, Finskoj, Holandiji, Norveškoj, tadašnjem SSSR i Španiji. Broj stanovnika na jednu bolesničku postelju, u periodu 1960-1980. godine, smanjio se sa 199 na 168. Time je Jugoslavija pretekla Španiju i Portugal na Evropskoj listi bolesničkih postelja na 1000 stanovnika.

Kod nas se za zdravstvenu zaštitu stanovnika troši oko 86 dolara. Mnogo više za zdravstvenu potrošnju po stanovniku daje Grčka (287 dolara). Svetski šampioni su ipak Švedska i SAD, koji izdvajaju oko 1800 dolara. No, treba podvuci da je finansijski potencijal zdravstva u Jugoslaviji za desetak puta manji od potencijala zdravstva u zemljama OECD. Siromaštvo u zdravstvu je vidljivo gotovo na svakom segmentu tzv. delatnosti od posebnog društvenog interesa: od bolničkih enterijera preko bolničkih porcija, do tankih lekarskih koverata. Primera ima na pretek: pregled lekara- specijaliste koštao je 33.555 dinara, u septembru 1989. godine, a za te pare frizer samo opere kosu.

Jedino je u zdravstvu pun krevet najrentabilniji posao. Pošto se i komplikovane hirurške intervencije naplaćuju kroz ležanje u krevetu, onda je i poluprazan krevet čist gubitak u zdravstvu. Jugoslavija je gotovo jedina zemlja u Evropi u kojoj se sredstva za zdravstvo radikalno smanjuju: od 6,2% društvenog proizvoda u 1979. godini na oko 4% u 1987. godini, što indikuje sve slabije performanse u zdravstvu.

Sa gotovo 49.000 zaposlenih lekara i stomatologa u 1987. godini, Jugoslavija se približila najrazvijenim zemljama Zapadne Evrope. Sa jednim lekarom na 470 stanovnika naša zemlja je rame uz rame sa Švedskom (454), Holandijom (481), Nemačkom (442) i Švajcarskom (383). Na 11 naših medicinskih fakulteta

⁷⁹ Van der Gaag i Jand M. Periman (Ed.), Health, Economics, and Health Economics, North- Holland, Amsterdam, 1981.

godišnje diplomira gotovo 3000 lekara, što je kadrovska garancija za budućnost zdravstva (iako je broj nezaposlenih lekara prevelik, jer iznosi oko 5000 lekara: dakle onoliko koliko ih već ima u inostranstvu).

Sa 519 stanovnika na jednog lekara, Srbija je raspolažala sa najboljim uslovima za obezbeđenje zdravstvene zaštite ukupnom stanovništvu u odnosu na ostale republike i pokrajine. Sa 2273 stanovnika na jednog zubnog lekara, Srbija se nalazila odmah iz tadašnje Slovenije, a sa brojem farmaceuta odmah iza tadašnje Hrvatske. No, situacija se iz 70-tih godina iznosa poboljšava. Sada u Srbiji na jednog lekara dolazi 440 stanovnika, a na svakih 3000 stanovnika dolazi jedna zdravstvena ustanova. Broj postelja se približio zapadno-evropskim standardima. Broj stomatologa i farmaceutskih radnika se, isto tako, približio visokorazvijenim društvima.

Analize, međutim, pokazuju da se korišćenje zdravstvene delatnosti neprekidno povećava, da se broj izgubljenih radnih dana zaposlenih usled bolovanja povećava i da se gubici u zdravstvu povećavaju, uprkos „rastućim“ sredstvima doskorašnjih SlZ-ova i novokonstituisanih fondova zdravstvene zaštite, povećanju kadrovske baze i rastućih kadrovske kapaciteta. Usled toga, „oseća“ se potreba zaokreta u razvoju zdravstva.

U razvoju bolničke delatnosti, potrebno je, naime, obezbediti povoljniju strukturu postelja u odnosu na akutnu patologiju, uporedo za prioritetnim razvojem primarne zdravstvene zaštite i racionalizacijom rada u stacionarnim ustanovama sa razvojem kućnog lečenja bolesnika. U pitanju je i izmena odnosa između osnovne i stacionarne zdravstvene delatnosti, s ciljem da se determiniše prioritetni rang preventivne zaštite i specijalističko-polikliničkog rada, i programskoorganizaciono usklađivanje bolničke i uže specijalizovane zdravstvene delatnosti. Najzad, tu je preka potreba vrednovanja rada, kvaliteta usluga i doprinosa zdravstva.

U zdravstvenoj delatnosti za vrednovanje kvaliteta rada i doprinosa treba isključivo koristiti međunarodne pokazatelje: (1) broj obolelih i zdravih koji su dobili zdravstvenu zaštitu, (2) intenzitet korišćenja pojedinih faza zdravstvene zaštite, (3) ostvarivanje standarda koji su propisani za lekare, (4) odnos broja lekara prema broju pacijenata, (5) morbidnost, nesposobnost, mortalitet, dužina života u populaciji i postoperativni mortalitet, i (6) broj izgubljenih radnih dana usled bolovanja i dužina lečenja bolesnih i nesposobnih za rad.

5.1. NEMAČKI MODEL REFORME ZDRAVSTVA

Sprovoditi ekonomičnost, poboljsati profilaksu, smanjiti sporedne troškove u zdravstvu i smanjiti medicinske zahteve jesu novi imperativi u predlogu zakona o reformi zdravstva i zdravstvenog osiguranja u Nemačkoj, čije odredbe treba da regulišu i druge „stvari“, kao što su lekovi, terapije, zubarske usluge, rad bolnica, transportni troškovi, uslužne delatnosti, rad lekara i dr.

Lekovi, pomagala i terapija. Novim zakonom se faktički proširuje lista lekova koja više ne pada na teret bolesničke blagajne. Tzv. neprivredni lekovi se, takođe, izuzimaju iz obaveznog plaćanja nadoknade. Za lekove, naočari, slušne aparate, kurativna sredstva i razna pomagala, uredi zdravstvenog osiguranja utvrđuju već fiksirane iznose. To treba da obezbedi da osiguranici koriste samo

medicinski neophodne usluge bez dodatne participacije. Visina fiksnog iznosa utvrđuje se međusobno uporedivim cenama lekova, kurativnih sredstava i pomagala. Za lekove koji su van liste sa utvrđenim fiksnim iznosom, važi i dalje propisana participacija, koja će biti zamenjena „procentualnim učešćem u plaćanju“. Kurativna sredstva i pomagala sa malim medicinskim primešama više se ne propisuju na recept zdravstvenog osiguranja.

Bolnice. Sporazumima između bolničkih blagajni, bolnica i lekara zdravstvenog osiguranja, stvoreni su uslovi da u bolnice budu upućeni pacijenti koji neće dugo ležati, a u pojedinim slučajevima (naročito pre i posle operacije) pacijenti mogu biti i ambulantno tretirani. To treba da dovede do skraćivanja boravka u bolnicama i da doprinose uštedama u krevetima, posteljama i novcu.

Zubarske usluge. Za stomatološke usluge je predviđeno da se Plaćanja koja se priznaju osiguranicima (od sadašnjih 70-80% celokupnih troškova usluge), svedu na 50% neophodnih troškova za honorar stomatologa i zubarsko-tehničkih usluga. Kod neredovnih zubarskih preventivnih pregleda dodatak se može povećavati za 15%. Za nameštanje zuba uvodi se nadoknada troškova sa mogućnošću plaćanja u ratama. Za maksilofacialne ortopedske zahvate blagajna zdravstvenog osiguranja nadoknađuje 75% troškova.

Troškovi prevoza. Ambulantni tretman više neće biti nadoknadivan bez obzira što je medicinski neophodan. Kod tretmana u stacionaru troškovi prevoza bice nadoknadivani samo ako predu određeni iznos.

Lekar. Lekar zdravstvenog osiguranja je dužan da vodi računa o visini troškova nege prilikom upućivanja pacijenata u bolnici (s tim što je blagajna zdravstvenog osiguranja obavezna da lekarima obezbedi uporedni cenovnik usluga u bolnicama).⁸⁰ U ugovorni sistem sada se uključuje specijalna oprema i oprema za lečenje. Uisti tretman uključuje se i sistem rehabilitacije u stacionarima.

Usluge. Blagajna zdravstvenog osiguranja treba da stimuliše grupnu zubno-medicinsku profilaksu kod dece i omladine. Za osiguanike starosti od 14 do 25 godina uvode se mere preventivne zubarske kontrole, a za osiguranike koji su napunili 35 godina života, obezbeđuje se mogućnost da jedanput u dve godine obave kompletne lekarske pregledе (ispitivanje srca, krvotoka, bubrega dijabetisa).

Nega. Blagajna preuzima celokupnu kućnu negu za teže i najteže bolesnike u toku četiri nedelje godišnje. Blagajne zdravstvenog osiguranja pružaju pomoć u nezi u formi nadoknade 25% troškova mesečno.

Medicinska zaštita. Sve blagajne zdravstvenog osiguranja organizuju službu za pružanje medicinskih saveta.

Status rentijera. Po novom zakonu, doprinosi po osnovu rentijerskog osiguranja bi se od sadašnjih 11,8% izjednačili sa prosečnom stopom zdravstvenog osiguranja od 13%.

⁸⁰ Lekarima se po pojedinim grupama lekara odobravaju avansi za usluge u okviru orijentacionih iznosa. Lekari koji su navršili 55 godina života ne mogu više obavljati praksu u okviru zdravstvenog osiguranja.

Č E T V R T I D E O

**FINANSIRANJE ZDRAVSTVENOG
I PENZIJSKOG OSIGURANJA⁸¹**

⁸¹ Sl. glasnik R. Srbije, br. 107/05, 5/09, 49/09, 107/09

1. ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Zakonom u uređuju se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja zaposlenih i drugih građana, obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem, organizacija i finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja, dobrovoljno zdravstveno osiguranje i druga pitanja od značaja za sistem zdravstvenog osiguranja.⁸²

Sredstva za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se uplatom doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: doprinos), kao i iz drugih izvora, u skladu sa zakonom. Sredstva za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se u skladu sa zakonom. Obavezno zdravstveno osiguranje obuhvata:

- a. osiguranje za slučaj bolesti i povrede van rada;
- b. osiguranje za slučaj povrede na radu ili profesionalne bolesti.

Načelo obaveznosti ostvaruje se organizovanjem i sprovođenjem sveobuhvatnog obaveznog zdravstvenog osiguranja za zaposlene i druge građane u Republici (u daljem tekstu: osiguranici) u skladu sa ovim zakonom, kojim osiguranici za sebe i članove svojih porodica (u daljem tekstu: osigurana lica) obezbeđuju pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane naknade, u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona. Načelo obaveznosti obezbeđuje se obavezom plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje od strane zaposlenih i poslodavaca, kao i drugih obveznika uplate doprinosa u skladu sa zakonom, što predstavlja uslov za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Načelo obaveznosti ostvaruje se i sprovodi ukupnom organizacijom obaveznog zdravstvenog osiguranja, kojom se zaposlenima i drugim licima obuhvaćenim ovim osiguranjem obezbeđuje i garantuje ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja propisanih ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Načelo solidarnosti i uzajamnosti ostvaruje se uspostavljanjem međugeneracijske solidarnosti i uzajamnosti, solidarnosti i uzajamnosti između polova, između bolesnih i zdravih, kao i između lica različitog materijalnog statusa, u obezbeđivanju i korišćenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Načelo solidarnosti i uzajamnosti ostvaruje se uspostavljanjem takvog sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja u kojem troškove obavezognog zdravstvenog osiguranja snose osiguranici i drugi uplatiocci doprinosa, srazmerno svojim materijalnim mogućnostima, i to uplatom doprinosa na ostvarene prihode, s tim da prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koriste ona lica kod kojih je nastupila bolest ili drugi osigurani slučaj.

Načelo javnosti ostvaruje se pravom osiguranih lica na sve vrste informacija u vezi sa pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i javnošću rada organa

⁸² Izvor: „Službeni glasnik RS“, br. 107 od 02. decembra 2005. godine.

i službi Republičkog zavoda za potrebe osiguranih lica, organa i organizacija zainteresovanih za rad Republičkog zavoda.

Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa ostvaruje se preduzimanjem mera i aktivnosti koje omogućavaju da interes osiguranog lica, zasnovan na pravednoj dostupnosti, predstavlja osnovu sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i da osigurano lice što lakše zaštititi i ostvari svoja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, vodeći računa da ostvarivanje tih prava ne bude na štetu prava i pravnih interesa drugih osiguranih lica niti u suprotnosti sa zakonom utvrđenim javnim interesom. Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa ostvaruje se i obavezom Republičkog zavoda da osiguranim licima ukaže na postojanje osnova za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i na obaveze osiguranog lica radi ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa ostvaruje se i preduzimanjem mera i aktivnosti za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na način koji omogućava da finansijska sredstva koja se obezbeđuju od uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje prate osiguranika prema mestu utvrđivanja svojstva osiguranika, odnosno ostvarivanja prava.

Načelo stalnog unapredavanja kvaliteta obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje se praćenjem savremenih dostignuća u oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja i sprovođenjem mera i aktivnosti kojima se u skladu sa razvojem sistema zdravstvenog osiguranja povećavaju mogućnosti povoljnijeg ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za svako osigurano lice.

Načelo ekonomičnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje se stalnim nastojanjem da se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju uz što manje finansijskih i drugih sredstava. Načelo efikasnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje se postizanjem najboljih mogućih rezultata u odnosu na raspoložive resurse, kao i postizanjem najvišeg nivoa prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja uz najniži utrošak finansijskih sredstava.

1.1. Zdravstvene usluge koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja

U ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, osiguranim licima obezbeđuje se:

1. 100% plaćanja od cene zdravstvene usluge iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za:

- mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti;
- pregledi i lečenje u slučaju planiranja porodice, trudnoće, porođaja i u postnatalnom periodu, uključujući prekid trudnoće iz medicinskih razloga;
- pregledi, lečenje i medicinsku rehabilitaciju u slučaju bolesti i povreda dece, učenika i studenata do kraja propisanog školovanja a najkasnije do navršenih 26 godina života, odnosno starijih lica koja su teško telesno ili duševno ometena u razvoju; pregledi i lečenje bolesti usta i zuba dece do navršenih 18 godina života, kao i starijih

lica koja su teško telesno ili duševno ometena u razvoju, žena u vezi sa trudnoćom i 12 meseci posle porođaja, kao i lica sa urođenim ili stečenim deformitetom lica i vilica;

- preglede i lečenje u vezi sa HIV infekcijom i ostalim zaraznim bolestima za koje je zakonom predviđeno sprovođenje mera za sprečavanje njihovog širenja;
- preglede i lečenje od malignih bolesti, hemoblije, šećerne bolesti, psihoz, epilepsije, multiple skleroze, progresivnih neuro-mišićnih bolesti, cerebralne paralize, paraplegije, tetraplegije, trajne hronične bubrežne insuficijencije kod koje je indikovana dijaliza ili transplantacija bubrega, cistične fibroze, sistemskih autoimunih bolesti, reumatske bolesti i njenih komplikacija;
- preglede i lečenje u vezi sa uzimanjem, davanjem i razmenom tkiva i organa za transplantaciju od osiguranih i dragih lica za obezbeđivanje zdravstvene zaštite osiguranih lica;
- preglede, lečenje i rehabilitaciju zbog profesionalnih bolesti i povreda na radu;
- pružanje hitne medicinske i stomatološke pomoći, kao i hitan sanitetski prevoz;
- medicinsko-tehnička pomagala, implantate i medicinska sredstva, u vezi sa lečenjem bolesti i povreda iz ove tačke;

2. najmanje 95% od cene zdravstvene usluge iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za:

- intenzivnu negu u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi;
- operativne zahvate koji se izvode u operacionoj sali, uključujući i implantate za najsloženije i najskuplje zdravstvene usluge;
- najsloženije laboratorijske, rendgenske i druge dijagnostičke i terapijske procedure (magnetna rezonanca, skener, nuklearna medicina i dr.);
- lečenje osiguranih lica upućenih u inostranstvo;

3. najmanje 80% od cene zdravstvene usluge iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za:

- preglede i lečenje od strane izabranog lekara i lekara specijaliste;
- laboratorijske, rendgen i droge dijagnostičke i terapijske procedure koje nisu obuhvaćene;
- kućno lečenje;
- stomatološke preglede i lečenje u vezi sa povredom zuba i kostiju lica, kao i stomatološke preglede i lečenje zuba pre operacije srca i transplantacije bubrega;
- lečenje komplikacija karijesa kod dece i omladine, vađenje zuba kao posledice karijesa, kao i izradu pokretnih ortodontskih aparata;
- stacionarno lečenje, kao i rehabilitaciju u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi;
- preglede i lečenje u dnevnoj bolnici, uključujući i hirurške zahvate van operacione sale;
- medicinsku rehabilitaciju u ambulantnim u slovima;

- medicinsko-tehnička pomagala, implantate i medicinska sredstva, koja nisu obuhvaćena;
4. najmanje 65% od cene zdravstvene usluge iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za:
- dijagnostiku i lečenje steriliteta;
 - izradu akrilatne totalne i subtotalne proteze kod lica starijih od 65 godina života;
 - očna i slušna pomagala za odrasle;
 - sanitetski prevoz koji nije hitan.

U listi lekova Republički zavod utvrđuje iznos sredstava koji se obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno iznos sredstava koji obezbeđuje osigurano lice.

1.2. Participacija

Novčani iznos do punog iznosa cene zdravstvene usluge, kao i novčani iznos (u daljem tekstu: participacija) plaća osigurano lice koje koristi tu zdravstvenu uslugu, odnosno lekove ako ovim zakonom nije drukčije određeno, odnosno plaća pravno lice koje osiguranom licu obezbeđuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Republički zavod može opštim aktom utvrditi da se participacija koja pada na teret osiguranog lica plaća u fiksnom iznosu, s tim da fiksni iznos ne srne biti veći od procentualnog iznosa određenog u skladu sa ovim zakonom. Opštim aktom Republički zavod uređuje način i postupak naplaćivanja participacije, prestanak plaćanja participacije u toku kalendarske godine, kao i povraćaj sredstava uplaćenih iznad najvišeg godišnjeg iznosa, odnosno najvišeg iznosa participacije po određenoj vrsti zdravstvene usluge.

Zabranjeno je da zdravstvena ustanova, odnosno privatna praksa, ili drago pravno lice sa kojima je matična filijala, odnosno Republički zavod zaključio ugovore o pružanju zdravstvene zaštite (u daljem tekstu: davalac zdravstvenih usluga) naplati drukčije iznose participacije za pružene zdravstvene usluge koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem od propisanih, kao i da naplati participaciju osiguranom licu koje je uplatilo najviši godišnji iznos participacije ili najviši iznos participacije po određenoj vrsti zdravstvene usluge. Zabranjeno je da davalac zdravstvene usluge naplati iznos participacije od osiguranog lica koje ima dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

1.3. Sredstva Republičkog zavoda

Prihod Republičkog zavoda čine sredstva:

1. doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje;
2. premije za dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje organizuje i sprovodi Republički zavod;
3. od imovine kojom raspolaže Republički zavod;
4. domaćih i inostranih kredita i zajmova;
5. druga sredstva, u skladu sa zakonom.

Sredstva Republičkog zavoda mogu se koristiti samo za namene određene zakonom, i to:

1. za ostvarivanje prava osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
2. za unapređivanje sistema zdravstvenog osiguranja;
3. za ostvarivanje prava osiguranih lica iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi Republički zavod;
4. za podmirenje troškova sprovođenja zdravstvenog osiguranja;
5. za drage rashode, u skladu sa zakonom.

U Republičkom zavodu, na osnovu odluke Upravnog odbora obrazuju se u okviru raspoloživih finansijskih sredstava - sredstva solidarnosti, za ravnomerno sprovodenje obaveznog zdravstvenog osiguranja na teritoriji Republike i ujednačavanje uslova za obezbeđivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na području filijala. Sopstvene prihode Republički zavod ulaže kod banke, u hartije od vrednosti i druge namene radi ostvarivanja dobiti ili daje kao namenske zajmove zdravstvenim ustanovama, u skladu sa zakonom.

2. FINANSIRANJE OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

2.1. Sredstva za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Sredstva za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se uplatom doprinosu za obavezno zdravstveno osiguranje i iz drugih izvora, u skladu sa ovim zakonom i zakonom kojim se uređuju doprinosi za obavezno socijalno osiguranje. Sredstva prihod su Republičkog zavoda.

Odluku o iznosu sredstava koja se prenose filijali donosi Republički zavod za svaku budžetsku godinu. Vlada daje saglasnost na akt. Iznos sredstva mora biti usklađen sa poslovima za koje je nadležna filijala, odnosno poslovima koji su u nadležnosti Republičkog zavoda, u obezbeđivanju i sprovođenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, koja se uređuju ovim zakonom i propisima donetim za sprovodenje ovog zakona.

Odluka o iznosu sredstava zasniva se na:

1. finansijskom planu Republičkog zavoda;
2. planu zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
3. broju i starosnoj strukturi osiguranih lica čije je svojstvo utvrdila matična filijala;
4. podacima o osiguranim licima koja su obolela od bolesti od većeg socijalno-medicinskog značaja na području matične filijale;

5. iznosu sredstava doprinosa koji se uplaćuje na području matične filija –le prema evidenciji o visini uplaćenih sredstava;

6. poslovima matične filijale u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja;

7. poslovima koje obavlja Republički zavod u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja;

8. pokazateljima o nedostajućim sredstvima koja se uplaćuju na području matične filijale za obezbeđivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

9. iznosu sredstava koji je potrebno obezbediti za ujednačeno ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: sredstva solidarnosti), iz člana 232. ovog zakona;

10. drugim pokazateljima.

Sredstvima doprinosa obezbeđuju se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za slučaj bolesti i povrede van rada, kao i za slučaj povrede na radu ili profesionalne bolesti. Sredstva za uplatu doprinosa za osiguranike obezbeđuju se u budžetu Republike. Osnovicu za uplatu doprinosa čini najniža mesečna osnovica utvrđena u skladu sa zakonom kojim se uređuju doprinosi za obavezno socijalno osiguranje. Stopa po kojoj se obračunava i plaća doprinos jeste 12,3%. Sredstva od uplate doprinosa prihod su Republičkog zavoda. Doprinos za osiguranike koji se uključuju u obavezno zdravstveno osiguranje obračunava se i plaća na osnovicu i po stopi koja je propisana zakonom kojim se uređuju doprinosi za obavezno socijalno osiguranje. Obračunavanje, utvrđivanje i plaćanje doprinosa sporazumno propisuju ministar i ministar nadležan za poslove finansija.

Kada filijala po službenoj dužnosti doneše rešenje o utvrđivanju svojstva osiguranika, utvrđuje se i obaveza obračunavanja i plaćanja doprinosa koji važe na dan donošenja rešenja.

3. DOPRINOSI ZA OBAVEZNO SOCIJALNO OSIGURANJE⁸³

Zakonom se uređuju doprinosi za obavezno socijalno osiguranje (u daljem tekstu: doprinosi), obveznici doprinosa, osnovice doprinosa, stope doprinosa, način obračunavanja i plaćanja doprinosa, kao i druga pitanja od značaja za utvrđivanje i plaćanje doprinosa.

Doprinosima se obezbeđuju sredstva za finansiranje obaveznog socijalnog osiguranja, i to:

- penzijskog i invalidskog osiguranja;
- zdravstvenog osiguranja;
- osiguranja za slučaj nezaposlenosti.

⁸³ Izvor: „Službeni glasnik RS“ br. 84/04 , 61/05 , 62/06 , 5/09

Doprinosi, u smislu ovog zakona, jesu:

1) za penzijsko i invalidsko osiguranje:

- (1) doprinos za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje;
- (2) dodatni doprinos za staž osiguranja koji se računa sa uvećanim trajanjem u skladu sa zakonom;
- (3) doprinos za slučaj invalidnosti i telesnog oštećenja po osnovu povrede na radu i profesionalne bolesti u slučajevima utvrđenim zakonom;

2) za zdravstveno osiguranje:

- (1) doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje;
- (2) doprinos za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti u slučajevima utvrđenim zakonom;
- (3) za osiguranje za slučaj nezaposlenosti - doprinos za obavezno osiguranje za slučaj nezaposlenosti.

Sredstva doprinosa su javni prihod, pod kontrolom i na raspolaganju organizacija za obavezno socijalno osiguranje, osnovanih zakonima koji uređuju sistem obavezognog socijalnog osiguranja, za namene utvrđene u skladu sa tim zakonima.

Ako su doprinosi koji su uređeni ovim zakonom na drukčiji način uređeni drugim zakonom, primenjuju se odredbe ovog zakona. Izrazi koji se koriste u ovom zakonu imaju sledeće značenje:

1) Obveznik doprinosa je osiguranik i poslodavac ili isplatilac prihoda, na čiji teret se plaća doprinos;

2) Obveznik obračunavanja, odnosno plaćanja doprinosa je osiguranik i poslodavac, odnosno drugi isplatilac prihoda koji je dužan da obračuna, odnosno plati doprinos u svoje ime i u svoju korist ili u svoje ime, a u korist osiguranika;

3) Osiguranik je fizičko lice obavezno osigurano prema zakonima koji uređuju sistem obavezognog socijalnog osiguranja;

4) Zaposleni je osiguranik - fizičko lice koje u radnom odnosu obavlja poslove za poslodavca prema zakonima koji uređuju radne odnose;

5) Upućeni radnik je osiguranik - zaposleni koji za poslodavca sa sedištem u Republici Srbiji (u daljem tekstu: Republika) obavlja poslove u drugoj državi ili je na radu u diplomatskom ili konzularnom predstavništvu ili u međunarodnoj organizaciji u inostranstvu;

6) Domaći državljanin zaposlen u inostranstvu je osiguranik zaposlen u inostranstvu kod inostranog poslodavca ako za to vreme nije obavezno osiguran kod stranog nosioca osiguranja ili ako prava iz obavezognog socijalnog osiguranja, po propisima te države, ne može ostvariti ili koristiti van njene teritorije;

7) Inostrani penzioner je osiguranik - domaći državljanin koji prima penziju, invalidninu ili rentu isključivo od inostranog nosioca osiguranja;

8) Lice koje obavlja privremene i povremene poslove je osiguranik koji obavlja poslove po ugovoru o privremenim i povremenim poslovima, zaključenom

u skladu sa zakonom koji uređuje radne odnose, i po tom osnovu ostvaruje ugovorenu naknadu;

9) Volonter je fizičko lice koje se, u skladu sa propisima, po osnovu ugovora o volonterskom radu nalazi na stručnom sposobljavanju ili na praktičnom radu bez zasnivanja radnog odnosa;

10) Poslodavac je pravno, odnosno fizičko lice ili drugi pravni subjekat koje je obveznik doprinosa, obveznik obračunavanja i plaćanja doprinosa za zaposlene, lica koja obavljaju privremene i povremene poslove i za izabrana, imenovana i postavljena lica koja ostvaruju razliku zarade, odnosno plate. Poslodavcem se smatra i zadruga, za lica koja obavljaju privremene i povremene poslove preko zadruge;

11) Zadruga je omladinska ili studentska zadruga osnovana u skladu sa zakonom koji uređuje zadruge;

12) Isplatičar prihoda je poslodavac, drugo pravno, odnosno fizičko lice ili drugi pravni subjekat koji je dužno da u ime i u korist osiguranika ili u svoje ime, a u korist osiguranika obračuna i plati doprinos istovremeno sa isplatom prihoda na koje se plaća doprinos;

13) Samostalna delatnost je privredna, profesionalna ili druga delatnost koju obavlja: preduzetnik, osnivač odnosno član privrednog društva, samostalni umetnik, sveštenik i verski službenik;

14) Preduzetnik je osiguranik - fizičko lice koje obavlja samostalnu privrednu, profesionalnu ili drugu delatnost u skladu sa zakonom po osnovu koje plaća porez na dohodak građana na prihode od samostalne delatnosti;

15) Osnivač, odnosno član privrednog društva je osiguranik - fizičko lice koje radi u privrednom društvu čiji je osnivač odnosno član, bez obzira da li je sa privrednim društvom zasnovalo radni odnos. Pod radom se, pored radnog odnosa, podrazumeva i predstavljanje i zastupanje privrednog društva na osnovu upisa u registar nadležnog suda, kao i obavljanje poslovodstvenih ovlašćenja i poslova upravljanja u skladu sa zakonom kojim se uređuje položaj privrednih društava;

16) Samostalni umetnik je osiguranik - fizičko lice za koje je utvrđen status lica koje samostalno obavlja umetničku delatnost ili drugu delatnost u oblasti kulture prema evidenciji koju vodi umetničko udruženje, u skladu sa zakonom koji uređuje samostalno obavljanje umetničke ili druge delatnosti u oblasti kulture, ako nije osigurano po drugom osnovu;

17) Lice koje ostvaruje ugovorenu naknadu je fizičko lice koje obavlja poslove po osnovu ugovora o delu, autorskog ugovora, ugovora o dopunskom radu i drugog ugovora ili po nekom drugom osnovu, a za izvršen rad ostvaruje ugovorenu naknadu, odnosno naknadu za rad (u daljem tekstu: ugovorena naknada);

18) Ugovorena naknada je naknada u kojoj su sadržani porez i doprinosi koji se plaćaju na teret lica koja ostvaruju tu naknadu;

19) Naknada po osnovu invalidnosti je naknada koja se po osnovu preostale radne sposobnosti i opasnosti od nastanka invalidnosti ostvaruje, kao stečeno

pravo po zakonu koji uređuje obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje, iz sredstava organizacije za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje;

20) Novčana naknada je naknada koja se ostvaruje za vreme nezaposlenosti iz sredstava organizacije nadležne za zapošljavanje, a u kojoj su sadržani doprinosi koji se plaćaju na teret lica koje ostvaruje tu naknadu;

21) Naknada zarade je naknada koja se ostvaruje kao pravo iz sredstava organizacije obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i naknada po osnovu zakona koji uređuje finansijsku podršku porodici sa decom;

22) Poljoprivrednik, odnosno zemljoradnik je osiguranik koji obavlja poljoprivrednu delatnost;

23) Lice uključeno u obavezno osiguranje je fizičko lice koje se na svoj zahtev uključilo u obavezno socijalno osiguranje u skladu sa zakonom;

23a) Lice za koje se sredstva za uplatu doprinosa obezbeđuju u budžetu Republike je osiguranik - fizičko lice koje, u smislu zakona koji uređuje sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja i pod uslovima propisanim tim zakonom: pripada grupaciji stanovništva koja je izložena povećanom riziku oboljevanja; lice čija je zdravstvena zaštita potrebna u vezi sa sprečavanjem, suzbijanjem, ranim otkrivanjem i lečenjem bolesti od većeg socijalno-medicinskog značaja; kao i lice koje je u kategoriji socijalno ugroženog stanovništva, ako ne ispunjava uslove za sticanje svojstva osiguranika po drugom osnovu saglasno tom zakonu, ili ako prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ne ostvaruje kao član porodice osiguranika - a za koje se u budžetu Republike, prema zakonu koji uređuje sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja, obezbeđuju sredstva za uplatu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje;

24) Doprinos iz osnovice je iznos doprinosa koji obračunava, obustavlja i plaća poslodavac, odnosno drugi isplatilac prihoda u ime i u korist osiguranika;

25) Doprinos na osnovicu je iznos doprinosa koji obračunava i plaća poslodavac, odnosno drugi isplatilac prihoda u svoje ime, a u korist osiguranika ili osiguranik koji sam za sebe plaća doprinos;

26) Mesečna osnovica doprinosa je iznos na koji se obračunavaju i plaćaju doprinosi za jedan kalendarski mesec osiguranja;

27) Najniža mesečna osnovica doprinosa je najniži iznos na koji se obračunavaju i plaćaju doprinosi za jedan kalendarski mesec osiguranja;

28) Najviša mesečna osnovica doprinosa je najviši iznos na koji se obračunavaju i plaćaju doprinosi za jedan kalendarski mesec osiguranja;

29) Najviša godišnja osnovica doprinosa je najviši iznos na koji se obračunavaju i plaćaju doprinosi po svim osnovima za kalendarsku godinu osiguranja;

30) Prosečna mesečna zarada u Republici je prosečan iznos mesečne zarade isplaćene po zaposlenom u Republici u određenom periodu prema objavljenim podacima republičkog organa nadležnog za poslove statistike;

31) Prosečna godišnja zarada u Republici je prosečan iznos godišnje zarade isplaćene po zaposlenom u Republici u godini za koju se doprinosi obračuna-

vaju i plaćaju, prema objavljenim podacima republičkog organa nadležnog za poslove statistike.

Obveznici doprinosa za penzijsko i invalidsko osiguranje su osiguranici, u skladu sa zakonom koji uređuje sistem obaveznog penzijskog i invalidskog osiguranja, i to:

- 1) zaposleni;
- 2) izabrana, imenovana i postavljena lica koja ostvaruju razliku zarade, odnosno plate;
- 3) lica koja obavljaju privremene i povremene poslove po ugovoru zaključenom neposredno sa poslodavcem, odnosno preko zadruge osim lica do navršenih 26 godina života ako su na školovanju;
- 4) lica koja ostvaruju naknadu zarade po zakonu koji uređuje finansijsku podršku porodici sa decom;
- 5) lica koja ostvaruju naknadu zarade po zakonu koji uređuje obavezno zdravstveno osiguranje;
- 6) preduzetnici;
- 7) osnivači, odnosno članovi privrednog društva;
- 8) poljoprivrednici;
- 9) lica koja ostvaruju ugovorenu naknadu;
- 10) samostalni umetnici;
- 11) sveštenici i verski službenici;
- 12) lica koja ostvaruju novčanu naknadu po zakonu koji uređuje zapošljavanje i osiguranje za slučaj nezaposlenosti;
- 13) domaći državljani zaposleni u inostranstvu;
- 14) lica uključena u obavezno osiguranje, u skladu sa zakonom;
- 15) drugi osiguranici, u skladu sa zakonom koji uređuje sistem obaveznog penzijskog i invalidskog osiguranja.

Obveznici doprinosa na osnovicu, za osiguranike su i poslodavci, odnosno drugi isplatioci prihoda, po istoj stopi i na istu osnovicu kao i ti osiguranici. Obveznici doprinosa za zdravstveno osiguranje su osiguranici u skladu sa zakonom koji uređuje sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja, i to:

- 1) zaposleni;
- 2) izabrana, imenovana i postavljena lica koja ostvaruju razliku zarade, odnosno plate;
- 3) lica koja obavljaju privremene i povremene poslove po ugovoru;
- 4) lica koja ostvaruju naknadu zarade po zakonu koji uređuje finansijsku podršku porodici sa decom;
- 5) lica koja ostvaruju naknadu zarade po zakonu koji uređuje obavezno zdravstveno osiguranje;
- 6) preduzetnici;
- 7) osnivači, odnosno članovi privrednog društva;
- 8) poljoprivrednici, odnosno zemljoradnici;

- 9) samostalni umetnici;
- 10) sveštenici i verski službenici;
- 11) lica koja ostvaruju novčanu naknadu po zakonu koji uređuje zapošljavanje i osiguranje za slučaj nezaposlenosti;
- 12) domaći državljeni zaposleni u inostranstvu;
- 13) inostrani penzioneri;
- 14) strani državljeni za vreme školovanja ili stručnog usavršavanja na teritoriji Republike;
- 14a) lica za koja se sredstva za uplatu doprinosa obezbeđuju u budžetu Republike;
- 15) drugi osiguranici, u skladu sa zakonom koji uređuje sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Obveznici doprinosa na osnovicu, za osiguranike iz stava 1. tač. 1) do 5) ovog člana su i poslodavci, odnosno drugi isplatioci prihoda, po istoj stopi i na istu osnovicu kao i ti osiguranici. Obveznici doprinosa na osnovicu su poslodavci za:

- 1) zaposlene za vreme neplaćenog odsustva u skladu sa zakonom koji uređuje sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 2) strane državljanе koji na teritoriji Republike rade kod domaćeg poslodavca na osnovu posebnog ugovora o razmeni stručnjaka ili sporazuma o međunarodnoj tehničkoj saradnji.

Obveznici doprinosa na osnovicu su isplatioci penzija i naknada po osnovu invalidnosti po zakonu koji uređuje obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje. Obveza plaćanja doprinosa na osnovicu, za osiguranike tačke 14a) ovog člana izvršava se na teret sredstava budžeta Republike, saglasno zakonu koji uređuje sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja. Obveznici doprinosa za osiguranje za slučaj nezaposlenosti su osiguranici u skladu sa zakonom koji uređuje sistem obaveznog osiguranja za slučaj nezaposlenosti, i to:

- 1) zaposleni;
- 2) izabrana, imenovana i postavljena lica koja ostvaruju razliku zarade, odnosno plate;
- 3) lica koja obavljaju privremene i povremene poslove po ugovoru;
- 4) lica koja ostvaruju naknadu zarade po zakonu koji uređuje finansijsku podršku porodici sa decom;
- 5) lica koja ostvaruju naknadu zarade po zakonu koji uređuje obavezno zdravstveno osiguranje;
- 6) preduzetnici;
- 7) osnivači, odnosno članovi privrednog društva;
- 8) drugi osiguranici, u skladu sa zakonom koji uređuje sistem obaveznog osiguranja za slučaj nezaposlenosti.

Obveznici doprinosa na osnovicu, za osiguranike tačke 1) do 5) su i poslodavci, odnosno drugi isplatioci prihoda, po istoj stopi i na istu osnovicu kao i ti osiguranici. Poslodavac je obveznik dodatnog doprinosa za penzijsko i invalidsko osiguranje za staž osiguranja koji se zaposlenom računa sa uvećanim trajanjem, u

skladu sa zakonom. Preduzetnik je obveznik dodatnog doprinosa za penzijsko i invalidsko osiguranje za staž osiguranja koji se računa sa uvećanim trajanjem, a koji kao osiguranik ostvaruje u skladu sa zakonom. Obveznici doprinosa za penzijsko i invalidsko osiguranje za slučaj invalidnosti i telesnog oštećenja po osnovu povrede na radu i profesionalne bolesti i doprinosa za zdravstveno osiguranje za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti, u slučajevima utvrđenim zakonom jesu:

- 1) zadruga - za lica koja, u skladu sa zakonom, obavlaju privremene i povremene poslove preko zadruge, u skladu sa zakonima koji uređuju sistem obaveznog socijalnog osiguranja;
- 2) organizacija za zapošljavanje - za lica koja, u skladu sa zakonom koji uređuje zapošljavanje i osiguranje za slučaj nezaposlenosti, uputi na dodatno obrazovanje i obuku;
- 3) organ, organizacija ili ustanova (škola, fakultet i dr.) - kod koje se učenik ili student nalazi na obaveznom proizvodnom radu, profesionalnoj praksi ili praktičnoj nastavi;
- 4) organ, organizacija ili ustanova u kojoj se obavlja volonterski rad, odnosno organizacija za zapošljavanje kada ona uputi na volonterski rad - za volontera;
- 5) drugi pravni subjekti, u skladu sa zakonima koji uređuju sistem obaveznog socijalnog osiguranja.

Kada osiguranik ostvaruje prihode po više različitih osnova (radni odnos, samostalna delatnost, ugovori i dr.), doprinos za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje obračunava se i plaća po svim tim osnovima, do iznosa najviše godišnje osnovice doprinosa, u skladu sa ovim zakonom. Izuzetno, obaveza obračunavanja i plaćanja doprinosa za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje po osnovu zaposlenja, odnosno po osnovu samostalne delatnosti isključuje obavezu plaćanja doprinosa po osnovu poljoprivredne delatnosti.

Osnovica doprinosa za zaposlene i za poslodavce je zarada, odnosno plata i naknada zarade, odnosno plate u skladu sa zakonom koji uređuje radne odnose, opštim aktom i ugovorom o radu, odnosno rešenjem nadležnog organa (u daljem tekstu: zarada). Osnovica doprinosa za zaposlene i za poslodavce ne umanjuje se za iznos od 5.000 dinara iz člana 15a stav 2. Zakona o porezu na dohodak građana. Osnovica doprinosa za zaposlene i za poslodavce je i premija za dobrovoljno dodatno penzijsko osiguranje koju poslodavac plaća za zaposlene - osiguranike uključene u dobrovoljno osiguranje, u skladu sa zakonom koji uređuje dobrovoljno penzijsko osiguranje, iznad iznosa od 3.303 dinara mesečno. Osnovica doprinosa za zaposlene i za poslodavce je i penzijski doprinos u dobrovoljni penzijski fond koji poslodavac plaća na teret sopstvenih sredstava za zaposlene - članove dobrovoljnog penzijskog fonda, po zakonu koji uređuje dobrovoljne penzijske fondove i penzijske planove, iznad iznosa od 3.303 dinara mesečno. Osnovica za poslodavce je i osnovica dodatnog doprinosa za staž osiguranja koji se zaposlenom računa sa uvećanim trajanjem u skladu sa zakonom. Osnovica doprinosa za upućene radnike, ako nisu obavezno osigurani po propisima države u koju su upućeni ili ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, kao i za poslodavce, je iznos

zarade koju bi, u skladu sa zakonom, opštim aktom i ugovorom o radu, ostvarili u Republici na istim ili sličnim poslovima. Osnovica doprinosa ne može biti niža od dvostrukе najniže mesečne osnovice doprinosa. Osnovica doprinosa za domaće državljane koji su na teritoriji Republike zaposleni kod stranih ili međunarodnih organizacija i ustanova, stranih diplomatskih i konzularnih predstavnštava ili kod stranih pravnih ili fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, i za strane državljane i lica bez državljanstva koji su na teritoriji Republike zaposleni kod stranih pravnih ili fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, odnosno kod međunarodnih organizacija i ustanova i stranih diplomatskih i konzularnih predstavnštava, ako je takvo osiguranje predviđeno međunarodnim ugovorom, kao i za poslodavce je zarada. Osnovica doprinosa za lica koja obavljaju privremene i povremene poslove, kao i za poslodavce je ugovorena naknada po tom osnovu. Osnovica doprinosa za izabrana, imenovana i postavljena lica koja, pored zarade kod poslodavca kod koga su u radnom odnosu, ostvaruju i razliku zarade, odnosno plate za vreme obavljanja javne funkcije, kao i za isplatioce je ta razlika zarade, odnosno plate. Osnovica doprinosa za osiguranike koji ostvaruju naknadu zarade za vreme porodiljskog odsustva, odsustva sa rada radi nege deteta i odsustva sa rada radi posebne nege deteta u skladu sa zakonom koji uređuje finansijsku podršku porodici sa decom, kao i za isplatioce naknade je iznos naknade zarade. Osnovica doprinosa za osiguranike koji ostvaruju naknadu zarade po osnovu privremene sprečenosti za rad iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zakonom, kao i za isplatioce naknade je iznos naknade zarade. Osnovica doprinosa za isplatioce penzije i naknade po osnovu invalidnosti iz sredstava organizacije za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje, u skladu sa zakonom, je iznos penzije, odnosno naknade. Osnovica doprinosa za osiguranike koji ostvaruju novčanu naknadu iz sredstava organizacije nadležne za zapošljavanje, u skladu sa zakonom, je iznos novčane naknade. Osnovica doprinosa za preduzetnike je oporeziva dobit, odnosno paušalno utvrđen prihod na koji se plaća porez po zakonu koji uređuje porez na dohodak građana.

Do konačnog utvrđivanja oporezive dobiti za tekuću godinu, preduzetnici plaćaju mesečnu akontaciju doprinosa na osnovicu koju čini osnovica za mesečnu akontaciju poreza na dohodak građana. Osnovica za preduzetnike je i osnovica dodatnog doprinosa za staž osiguranja koji se računa sa uvećanim trajanjem, a koji preduzetnik ostvaruje u skladu sa zakonom. Osnovica doprinosa za osnivače, odnosno članove privrednog društva je oporeziva dobit na koju se plaća porez po zakonu koji uređuje porez na dobit preduzeća. Do konačnog utvrđivanja oporezive dobiti za tekuću godinu, osnivači odnosno članovi privrednog društva plaćaju mesečnu akontaciju doprinosa na osnovicu koju čini osnovica za mesečnu akontaciju poreza na dobit. Izuzetno, osnovica doprinosa za osnivače, odnosno članove privrednog društva koji su zasnovali radni odnos sa privrednim društvom čiji su osnivači, odnosno članovi je zarada.

Ako se prihod od samostalne delatnosti, odnosno dobit privrednog društva deli na više preduzetnika, odnosno osnivača i članova privrednog društva, osnovica doprinosa za svakog od njih je njihov ideo u ostvarenom prihodu ili dobiti. Osnovica doprinosa za samostalne umetnike je oporezivi prihod na koji

se plaća porez na dohodak građana, po zakonu koji uređuje porez na dohodak građana, ostvaren u godini za koju se utvrđuju i plaćaju doprinosi. Do konačnog utvrđivanja oporezivog prihoda samostalni umetnici plaćaju tromesečno akontaciju doprinosu na osnovicu koju, u zavisnosti od visine očekivanih prihoda u tekućoj godini, opredeli u jednom od sledećih iznosa pomnoženim koeficijentom tri:

- 1) najniža osnovica doprinosu;
- 2) prosečna mesečna zarada u Republici isplaćena po zaposlenom u prethodnoj godini;
- 3) dvostruka prosečna mesečna zarada u Republici isplaćena po zaposlenom u prethodnoj godini;
- 4) četvorostruka prosečna mesečna zarada u Republici isplaćena po zaposlenom u prethodnoj godini.

Osnovica doprinosu za sveštenike i verske službenike je jedan od iznosa na koji osiguranika, polazeći od dužnosti na koju je osiguranik raspoređen, njegove školske spreme, godina radnog staža i drugih kriterijuma sadržanih u unutrašnjem zakonodavstvu crkve, odnosno verske zajednice, opredeli crkva, odnosno verska zajednica, i to:

- 1) najniža mesečna osnovica doprinosu;
- 2) prosečna mesečna zarada u Republici isplaćena po zaposlenom u prethodnoj godini pomnožena koeficijentom 1, 2, 3, 4 ili 5.

Osnovicu crkva, odnosno verska zajednica, opredeljuje u saradnji sa nadležnom organizacijom za obavezno socijalno osiguranje, koja podatke o tome za svakog osiguranika dostavlja nadležnoj organizacionoj jedinici Poreske uprave, u roku od 15 dana od dana sticanja svojstva osiguranika. Osnovica opredeljena za određenog osiguranika ne može se menjati u toku tekuće godine, a može se izmeniti za narednu godinu, pod uslovom da podaci o izmenjenoj osnovici doprinosu budu dostavljeni nadležnoj organizacionoj jedinici Poreske uprave do 15. februara godine za koju se utvrđuje obaveza. Osnovica doprinosu za poljoprivrednike, odnosno zemljoradnike je prihod od poljoprivredne delatnosti na koji se plaća porez u skladu sa zakonom koji uređuje porez na dohodak građana.

Ako se, u skladu sa zakonom koji uređuje porez na dohodak građana, za određeni period ne utvrđuje i ne plaća porez na dohodak građana na prihode od poljoprivrede i šumarstva na katastarski prihod, osnovica doprinosu za taj period je najniža mesečna osnovica doprinosu. Osnovica doprinosu za lica koja ostvaruju ugovorenu naknadu je oporezivi prihod od ugovorenih naknada u skladu sa zakonom koji uređuje porez na dohodak građana. Osnovica doprinosu za lica uključena u obavezno socijalno osiguranje su osnovice propisane aktom organizacije za obavezno socijalno osiguranje, na koji saglasnost daje Vlada Republike Srbije. Osnovica doprinosu za domaće državljane zaposlene u inostranstvu je prosečna mesečna zarada u Republici isplaćena u četvrtom kvartalu prethodne godine, prema objavljenom podatku republičkog organa nadležnog za poslove statistike. Osnovica doprinosu za inostrane penzionere je iznos penzije, invalidnine ili rente ostvarene u mesecu za koji se doprinos utvrđuje, odnosno plaća.

Penzija, invalidnina ili renta koja se prima u stranoj valuti, radi utvrđivanja osnovice doprinosu, preračunava se u dinarsku protivvrednost po zvaničnom sred-

njem kursu Narodne banke Srbije važećem poslednjeg dana u mesecu za koji se doprinos utvrđuje, odnosno plaća. Osnovica doprinosa za poslodavce za zaposlenog na neplaćenom odsustvu je zarada koju bi taj zaposleni ostvario da je na radu. Osnovica doprinosa za poslodavca za strane državljane koji na teritoriji Republike rade kod domaćeg poslodavca na osnovu posebnog ugovora o razmeni stručnjaka ili sporazuma o međunarodnoj tehničkoj saradnji je prosečna mesečna zarada u Republici isplaćena u četvrtom kvartalu prethodne godine, prema objavljenom podatku republičkog organa nadležnog za poslove statistike. Osnovica doprinosa za strane državljane za vreme školovanja ili stručnog usavršavanja na teritoriji Republike je prosečna mesečna zarada u Republici isplaćena po zaposlenom u četvrtom kvartalu prethodne godine.

Osnovice doprinosa za obveznike za penzijsko i invalidsko osiguranje za slučaj invalidnosti i telesnog oštećenja po osnovu povrede na radu i profesionalne bolesti i doprinosa za zdravstveno osiguranje za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti, u slučajevima utvrđenim zakonom je najniža mesečna osnovica doprinosa, odnosno ugovorena naknada ako se ostvaruje i ako je viša od najniže mesečne osnovice doprinosa. Osnovica doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje lica za koja se sredstva za uplatu doprinosa obezbeđuju u budžetu Republike, je mesečna osnovica doprinosa koju čini iznos od 15% prosečne mesečne zarade u Republici isplaćene po zaposlenom u prethodnoj godini, prema objavljenom podatku republičkog organa nadležnog za poslove statistike.

Iznos mesečne osnovice doprinosa svake godine objavljuje ministar nadležan za poslove finansija, a služi za obračun i plaćanje doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje počev od prvog januara godine za koju se doprinosi utvrđuju i plaćaju. Mesečna osnovica doprinosa ne može biti niža od najniže mesečne osnovice doprinosa. Ako je osnovica doprinosa, propisana ovim zakonom, niža od najniže mesečne osnovice doprinosa, obračun i plaćanje doprinosa vrši se na najnižu mesečnu osnovicu doprinosa, ako ovim zakonom nije drugčije uređeno.

Izuzetno, najniža mesečna osnovica doprinosa ne primenjuje se kod obračuna i plaćanja doprinosa na osnovice. Najnižu mesečnu osnovicu doprinosa čini iznos od 35% prosečne mesečne zarade u Republici isplaćene u prethodnom kvartalu za koji su objavljeni podaci republičkog organa nadležnog za poslove statistike, ako ovim zakonom nije drugčije određeno. Iznos najniže mesečne osnovice utvrđuje i objavljuje ministar nadležan za poslove finansija, a primenjuje se od prvog u narednom mesecu po objavljivanju tog iznosa.

Najniža mesečna osnovica doprinosa za osiguranike čini iznos od 35% prosečne mesečne zarade u Republici isplaćene u četvrtom kvartalu prethodne godine, prema objavljenom podatku republičkog organa nadležnog za poslove statistike. Iznos najniže mesečne osnovice svake godine objavljuje ministar nadležan za poslove finansija, a služi za obračun i plaćanje doprinosa počev od prvog januara godine za koju se doprinosi utvrđuju i plaćaju. Kada je period za koji se obračunava doprinos kraći od mesec dana, a ispunjeni su uslovi za primenu najniže mesečne osnovice doprinosa, obračun doprinosa se vrši na srazmerni iznos najniže mesečne osnovice doprinosa. Kada zaposleni radi sa skraćenim radnim vremenom po osnovu invalidnosti u skladu sa rešenjem nadležne organizacije

za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje, a ispunjeni su uslovi za primenu najniže mesečne osnovice doprinosa po osnovu zarade i drugih primanja, obračun doprinosa vrši se na srazmeran iznos najniže mesečne osnovice doprinosa. Srazmerni iznos najniže mesečne osnovice doprinosa utvrđuje se od najniže mesečne osnovice doprinosa srazmerno broju dana, odnosno broju časova rada u mesecu za koji postoji obaveza obračuna doprinosa.

Za zaposlenog koji radi sa nepunim radnim vremenom kod jednog poslodavca, a zarada koju ostvaruje je niža od najniže mesečne osnovice doprinosa, osnovica doprinosa je najniža mesečna osnovica doprinosa. Za zaposlenog koji radi sa nepunim radnim vremenom kod dva ili više poslodavaca i tako ostvaruje puno radno vreme, kome je ukupna zarada koju ostvaruje kod svih poslodavaca niža od najniže mesečne osnovice doprinosa, svaki poslodavac obračunava i plaća doprinose na srazmerni iznos najniže mesečne osnovice doprinosa koji se utvrđuje srazmerno radnom vremenu zaposlenog kod svakog poslodavca. Za zaposlenog koji radi sa nepunim radnim vremenom kod dva ili više poslodavaca, a ukupna zarada koju ostvaruje kod svih poslodavaca je viša od najniže mesečne osnovice doprinosa, svaki poslodavac obračunava i plaća doprinose na zaradu koju isplaćuje, bez primene najniže mesečne osnovice doprinosa.

Ako je propisana osnovica doprinosa viša od najviše mesečne osnovice doprinosa, obračun i plaćanje doprinosa vrši se na najvišu mesečnu osnovicu doprinosa. Izuzetno, najviša mesečna osnovica doprinosa ne primenjuje se kod obračuna i plaćanja doprinosa na osnovice. Najvišu mesečnu osnovicu doprinosa čini petostruki iznos prosečne mesečne zarade isplaćene po zaposlenom u Republici prema poslednjem objavljenom podatku republičkog organa nadležnog za poslove statistike, a primenjuje se od prvog u narednom mesecu po objavljinju podatka o prosečnoj mesečnoj zaradi isplaćenoj po zaposlenom u Republici. Najvišu godišnju osnovicu doprinosa čini petostruki iznos prosečne godišnje zarade u Republici isplaćene u godini za koju se obračunavaju i plaćaju doprinosi. Nominalni iznos najviše godišnje osnovice objavljuje ministar nadležan za poslove finansija.

Stopo po kojima se obračunavaju i plaćaju doprinosi jesu:

1. za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje - 22%;
2. za obavezno zdravstveno osiguranje - 12,3%;
3. za osiguranje za slučaj nezaposlenosti - 1,5%.

Kada se doprinosi plaćaju istovremeno iz osnovice i na osnovicu, obračun doprinosa vrši se po sledećim stopama:

1. za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje - 11%;
2. za obavezno zdravstveno osiguranje - 6,15%;
3. za osiguranje za slučaj nezaposlenosti - 0,75%.

Poslodavac koji zaposli lice koje je na dan zaključivanja ugovora o radu starije od 50 godina i koje kod Nacionalne službe za zapošljavanje ima status korisnika novčane naknade za vreme nezaposlenosti ili je kod te službe prijavljeno kao nezaposleno najmanje šest meseci bez prekida, oslobođa se obaveze plaćanja

doprinosa za obavezno socijalno osiguranje koji se plaćaju na osnovicu, odnosno na teret sredstava poslodavca.

Poslodavac koji zaposli lice koje je na dan zaključivanja ugovora o radu starije od 45 godina i koje kod Nacionalne službe za zapošljavanje ima status korisnika novčane naknade za vreme nezaposlenosti ili je kod te službe prijavljeno kao nezaposleno najmanje šest meseci bez prekida, ima pravo da doprinose za obavezno socijalno osiguranje koji se plaćaju na osnovicu, odnosno na teret sredstava poslodavca, obračunava i plaća po stopama umanjenim za 80%. Pravo na plaćanje doprinosa poslodavac ostvaruje u periodu od dve godine od dana zasnivanja radnog odnosa zaposlenog.

Ako zaposlenom prestane radni odnos u toku trajanja olakšice, kao i u narednom periodu od tri godine posle isteka olakšice, poslodavac gubi pravo na olakšicu i dužan je da plati doprinos koji bi inače platio da nije koristio olakšicu, valorizovan primenom stope rasta cena na malo prema podacima republičkog organa nadležnog za poslove statistike, u roku od 30 dana od prestanka radnog odnosa zaposlenog. Izuzetno od odredbe, poslodavac nastavlja da koristi olakšicu za preostalo vreme korišćenja olakšice, ukoliko zaposlenom prestane radni odnos otkazom ugovora o radu od strane zaposlenog, a poslodavac umesto njega u roku od najviše 15 dana od dana prestanka radnog odnosa zaposli drugo lice.

Odredba se ne primenjuje u slučaju prestanka radnog odnosa smrću zaposlenog ili iz drugih razloga nezavisno od volje zaposlenog i volje poslodavca, u smislu odredaba zakona koji uređuje radne odnose. Nacionalna služba za zapošljavanje plaća doprinos, odnosno razliku doprinosa, za lica za koja je poslodavac ostvario olakšicu. Oslobođenje od plaćanja doprinosa iz ovog člana ne mogu ostvarivati državni organi i organizacije, javna preduzeća, javne službe i drugi direktni ili indirektni budžetski korisnici. Način i postupak primene odredaba ovog člana sporazumno uređuju ministar nadležan za poslove finansija i ministar nadležan za poslove rada, zapošljavanja i socijalne politike.

Poslodavac koji zaposli lice koje se u smislu zakona kojim se uređuje rad smatra pripravnikom, koje je na dan zaključenja ugovora o radu mlađe od 30 godina i koje je kod Nacionalne službe za zapošljavanje prijavljeno kao nezaposleno lice, oslobođa se obaveze plaćanja doprinosa za obavezno socijalno osiguranje koji se plaćaju na osnovicu, odnosno na teret sredstava poslodavca, za period od tri godine od dana zasnivanja radnog odnosa tog lica. Poslodavac koji zaposli na neodređeno vreme lice koje je na dan zaključenja ugovora o radu mlađe od 30 godina, a koje je prijavljeno kao nezaposleno lice kod Nacionalne službe za zapošljavanje najmanje tri meseca bez prekida pre zasnivanja radnog odnosa, oslobođa se obaveze plaćanja doprinosa za obavezno socijalno osiguranje koji se plaćaju na osnovicu, odnosno na teret sredstava poslodavca, za period od dve godine od dana zasnivanja radnog odnosa tog lica.

Novozaposlenim licem smatra se lice sa kojim je poslodavac zaključio ugovor o radu u skladu sa zakonom koji uređuje rad i koje je prijavio na obavezno socijalno osiguranje kod nadležnih organizacija za obavezno socijalno osiguranje. Novozaposlenim licem neće se smatrati lice koje je pre zasnivanja radnog odnosa bilo zaposleno kod poslodavca koji je osnivač ili povezano lice sa poslodavcem

kod koga zasniva radni odnos, nezavisno od toga da li je postojao prekid radnog odnosa. Ako u toku korišćenja olakšice od plaćanja doprinosa za novozaposlena lica, kao i u narednom periodu od tri godine za lica, odnosno dve godine, posle isteka olakšice, poslodavac smanji broj zaposlenih u odnosu na broj zaposlenih na dan 1. septembra 2006. godine, uvećan za novozaposlena lica za koja ostvaruje olakšicu od plaćanja doprinosa, gubi pravo na olakšicu, pri čemu, u slučaju kada je olakšica ostvarena za više novozaposlenih lica, prvo gubi olakšicu za onog novozaposlenog sa kojim je ranije zasnovao radni odnos.

Poslodavac je dužan da plati doprinos koji bi inače platio da nije koristio olakšicu, valorizovan primenom stope rasta cena na malo prema podacima republičkog organa nadležnog za poslove statistike, u roku od 30 dana od dana smanjenja broja zaposlenih. Ako novozaposlenom licu prestane radni odnos u toku trajanja olakšice od plaćanja doprinosa, kao i u narednom periodu, poslodavac koji umesto njega, u roku od najviše 15 dana po prestanku radnog odnosa, zaposli drugo lice, pod uslovom da se ne smanjuje broj zaposlenih, nastavlja da koristi olakšicu po osnovu zaposlenja drugog novozaposlenog lica u obimu prava utvrđenog za prethodno novozaposleno lice. Ukupan period korišćenja olakšice iz ovog stava umanjuje se za vreme za koje je novozaposleno lice, kome je prestao radni odnos, radilo kod poslodavca. Ako pripravniku prestane radni odnos u toku trajanja olakšice, poslodavac nastavlja da koristi olakšicu za novog pripravnika do isteka roka, ukoliko zaposli drugog novog pripravnika. Ako licu prestane radni odnos u toku trajanja olakšice, poslodavac nastavlja da koristi olakšicu za novozaposleno lice mlađe od 30 godina do isteka roka, ukoliko zaposli drugo lice mlađe od 30 godina.

Oslobodenje od plaćanja doprinosa ne mogu ostvarivati državni organi i organizacije, javna preduzeća, javne službe i drugi direktni ili indirektni budžetski korisnici. Nacionalna služba za zapošljavanje plaća doprinos za novozaposlena lica za koje je poslodavac ostvario olakšicu u skladu sa odredbama. Način i postupak primene odredaba sporazumno uređuju ministar nadležan za poslove finansija, ministar nadležan za poslove rada, zapošljavanja i socijalne politike i ministar nadležan za poslove zdravlja. Poslodavac koji na neodređeno vreme zaposli lice sa invaliditetom u skladu sa zakonom koji uređuje sprečavanje diskriminacije lica sa invaliditetom, za koje odgovarajućom pravno-medicinski validnom dokumentacijom dokaže invalidnost, osloboda se obaveze plaćanja doprinosa za obavezno socijalno osiguranje koji se plaćaju na osnovicu, odnosno na teret sredstava poslodavca, za period od tri godine od dana zasnivanja radnog odnosa tog lica.

Novozaposlenim licem sa invaliditetom smatra se lice sa kojim je poslodavac zaključio ugovor o radu u skladu sa zakonom koji uređuje rad i koje je prijavio na obavezno socijalno osiguranje kod nadležnih organizacija za obavezno socijalno osiguranje. Novozaposlenim licem sa invaliditetom neće se smatrati lice koje je pre zasnivanja radnog odnosa bilo zaposleno kod poslodavca koji je osnivač ili povezano lice sa poslodavcem kod koga zasniva radni odnos, nezavisno od toga da li je postojao prekid radnog odnosa. Oslobodenje od plaćanja doprinosa ne mogu ostvarivati državni organi i organizacije, javna preduzeća, javne službe i drugi direktni ili direktni budžetski korisnici. Stope dodatnog doprinosa za penzijsko i

invalidsko osiguranje za staž osiguranja koji se zaposlenom i preduzetniku računa sa uvećanim trajanjem u skladu sa zakonom jesu:

- 1) kada se efektivnih 12 meseci rada računa kao 14 meseci staža osiguranja - 3,70%;
- 2) kada se efektivnih 12 meseci rada računa kao 15 meseci staža osiguranja - 5,50%;
- 3) kada se efektivnih 12 meseci rada računa kao 16 meseci staža osiguranja - 7,30%;
- 4) kada se efektivnih 12 meseci rada računa kao 18 meseci staža osiguranja - 11,00%.

Stopne doprinosa za slučaj invalidnosti i telesnog oštećenja po osnovu povrede na radu i profesionalne bolesti, odnosno za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti, u slučajevima utvrđenim zakonom, jesu:

1. za penzijsko i invalidsko osiguranje - 4,00%;
2. za zdravstveno osiguranje - 2,00%.

Za vreme mirovanja radnog odnosa koje je zaposlenom odobreno u skladu sa zakonom koji uređuje radne odnose, miruje obaveza plaćanja doprinosa, osim ako zakonom nije drukčije određeno.

Poljoprivredniku kome miruje svojstvo osiguranika poljoprivrednika, u skladu sa zakonom koji uređuje obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje, za taj period miruje obaveza plaćanja doprinosa za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje. Preduzetniku koji privremeno odjavi obavljanje delatnosti, u skladu sa zakonom, za taj period miruje obaveza plaćanja doprinosa, osim ako podnese zahtev Poreskoj upravi za plaćanje doprinosa u tom periodu.

Preduzetnik može podneti zahtev nadležnoj organizaciji jedinici Poreske uprave u roku od 30 dana od dana privremene odjave obavljanja delatnosti. Obveznik obračunavanja i plaćanja doprinosa iz osnovice i na osnovicu za zaposlene, izabrana, imenovana i postavljena lica i lica koja obavljaju privremene i povremene poslove je poslodavac. Poslodavac je dužan da doprinose obračuna i uplati istovremeno sa isplatom zarade, razlike zarade ili ugovorene naknade za privremene i povremene poslove, po propisima koji važe u momentu isplate tih primanja. Ako poslodavac ne isplati zaradu do 30. u tekućem mesecu za prethodni mesec, dužan je da najkasnije do tog roka obračuna i uplati doprinose za prethodni mesec na najnižu mesečnu osnovicu doprinosa. Poslodavac je dužan da pri isplati zarade za odgovarajući mesec plati razliku između plaćenog iznosa doprinosa i iznosa doprinosa obračunatog na zaradu koju isplaćuje.

Obveznik doprinosa koji ostvaruje zaradu ili naknadu za privremene i povremene poslove kod nerezidenta Republike (diplomatsko ili konzularno predstavništvo strane države, odnosno međunarodna organizacija ili predstavnik i službenik takvog predstavništva, odnosno organizacije i dr.) ili kod drugog lica koje po zakonu nije u obavezi da obračunava i plaća doprinose po odbitku, a poslodavac ne obračuna i ne uplati doprinose istovremeno sa obračunom i isplatom zarade, odnosno naknade, dužan je da sam obračuna i plati doprinose po stopama, na način koji je za te slučajeve propisan za plaćanje poreza na dohodak građana, po

zakonu koji uređuje porez na dohodak građana. Ako se zarada isplaćuje u delovima, a prvi deo zarade je manji od najniže mesečne osnovice doprinosa, poslodavac je dužan da prilikom isplate prvog dela zarade, obračuna i plati doprinose na najnižu mesečnu osnovicu doprinosa.

Doprinosi za osnivača, odnosno člana privrednog društva koji je u radnom odnosu u privrednom društvu čiji je osnivač odnosno član, obračunavaju se i plaćaju na isti način kao i za ostale zaposlene u tom privrednom društvu, a doprinos za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje se uplaćuje organizaciji nadležnoj za te osiguranike prema zakonu koji uređuje obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje.

Obračun i uplatu doprinosa za zaposlenog na neplaćenom odsustvu, poslodavac je dužan da izvrši prilikom isplate zarada drugim zaposlenim. Obračun i uplatu doprinosa za stranog državljanina na radu po osnovu posebnog ugovora o razmeni stručnjaka ili sporazuma o međunarodnoj tehničkoj saradnji, poslodavac je dužan da izvrši prilikom isplate zarada drugim zaposlenim.

Doprinose po osnovu naknade zarade, odnosno novčane naknade koja se isplaćuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, organizacije za zapošljavanje i osiguranje za slučaj nezaposlenosti ili u skladu sa zakonom koji uređuje finansijsku podršku porodicu sa decom, isplatioci su dužni da obračunaju i uplate istovremeno sa isplatom naknade, po propisima koji važe u momentu isplate naknade. Doprinose za lica koja ostvaruju ugovorenu naknadu isplatalac je dužan da obračuna, obustavi i uplati prilikom isplate ugovorene naknade.

Lice koje ostvaruje ugovorenu naknadu dužno je da samo obračuna i uplati doprinose u slučaju kada tu naknadu ostvaruje od lica koje prilikom isplate naknade nije obveznik obračunavanja i plaćanja doprinosa. Odredbe se ne odnose na samostalne umetnike za koje se osnovica doprinosa i plaćanje doprinosa utvrđuje.

Za lica koja obavljaju samostalnu delatnost (preduzetnici, osnivači, odnosno članovi privrednog društva, samostalni umetnici, sveštenici i verski službenici), izuzev lica i za poljoprivrednike, obavezu doprinosa utvrđuje rešenjem Poreska uprava. Utvrđivanje obaveze doprinosa za samostalne umetnike vrši Poreska uprava rešenjem, na osnovu podataka o osiguranicima po tom osnovu koje joj dostavlja nadležna organizacija za obavezno socijalno osiguranje, obaveštenja koja joj dostavljaju umetnička udruženja i prijave za utvrđivanje obaveze doprinosa koju dostavljaju ti osiguranici. Konačna obaveza doprinosa za samostalne umetnike utvrđuje se po isteku kalendarske godine u kojoj su ostvarili prihod po osnovu samostalne umetničke delatnosti ili druge delatnosti u oblasti kulture. Samostalni umetnici su dužni da plaćaju akontaciju doprinosa na osnovu rešenja Poreske uprave kojim se utvrđuje godišnja i tromesečna akontaciona obaveza doprinosa. Radi utvrđivanja konačne obaveze doprinosa za prethodnu godinu, samostalni umetnici podnose nadležnoj organizacionoj jedinici Poreske uprave prijavu sa podacima i dokazima o ostvarenim oporezivim prihodima na koje se plaća porez na dohodak građana po zakonu koji uređuje porez na dohodak građana. U prijavi, samostalni umetnici iskazuju i osnovicu za akontaciju doprinosa za koju se opredeljuju za tekuću godinu.

Prijava se podnosi najkasnije do 15. februara naredne za prethodnu godinu, odnosno u roku od 15 dana od dana sticanja statusa samostalnog umetnika, na obrascu koji propisuje ministar nadležan za poslove finansija. Radi utvrđivanja obaveze doprinosa za samostalne umetnike, umetnička udruženja kod kojih se samostalni umetnici vode na evidenciji dužna su da nadležnoj organizacionoj jedinici Poreske uprave dostave obaveštenje sa podacima o samostalnim umetnicima koji nisu osigurani po drugom osnovu jednom godišnje, najkasnije do 31. januara tekuće godine. Obaveštenje obavezno sadrži ime i prezime samostalnog umetnika koji nije osiguran po drugom osnovu, adresu i poreski identifikacioni broj.

Utvrdjivanje obaveze doprinosa za sveštenike i verske službenike, za domaće državljanе zaposlene u inostranstvu i za inostrane penzionere vrši Poreska uprava rešenjem, na osnovu podataka o osiguranicima po tom osnovu koje joj dostavlja nadležna organizacija za obavezno socijalno osiguranje. Doprinosi se plaćaju u roku od 45 dana od dana početka tromesečja. Do donošenja rešenja o utvrđivanju akontacije doprinosa za tekuću godinu, samostalni umetnici dužni su da plaćaju akontaciju u visini akontacije utvrđene rešenjem Poreske uprave za prethodnu godinu. Razliku između uplaćenih akontacija doprinosa i iznosa konačne obaveze doprinosa utvrđene za prethodnu godinu rešenjem Poreske uprave, samostalni umetnici dužni su da plate u roku od 15 dana od dana dostavljanja prvostepenog rešenja o utvrđivanju konačne obaveze.

Doprinosi se plaćaju u roku koji je zakonom koji uređuje porez na dohodak građana utvrđen kao rok za plaćanje poreza po tim osnovama. Doprinosi se plaćaju do 15. u mesecu za prethodni mesec. Doprinosi se plaćaju istovremeno sa isplatom ugovorene naknade, odnosno do petog u mesecu za prethodni mesec ako se ne ostvaruje ugovorena naknada. Utvrđivanje obaveze doprinosa za lica koja su se uključila u obavezno socijalno osiguranje vrši nadležna organizacija za obavezno socijalno osiguranje, u skladu sa svojim aktom.

Strani državljanji koji se nalaze na školovanju ili stručnom usavršavanju na teritoriji Republike dužni su da plate doprinos za zdravstveno osiguranje najkasnije do dana upisa školske godine, semestra, odnosno početka drugog oblika stručnog usavršavanja, za taj period. Obrazovna ustanova kod koje se strani državljanji nalaze na školovanju ili stručnom usavršavanju na teritoriji Republike ne može izvršiti upis tih lica na školovanje, overu semestra, odnosno odobriti drugi oblik stručnog usavršavanja ukoliko ne pruže dokaz da su platili doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje. Način plaćanja doprinosa utvrđuje organizacija za obavezno zdravstveno osiguranje svojim aktom. U slučaju kada nadležna organizacija za obavezno socijalno osiguranje utvrđuje svojstvo osiguranika, iz razloga što prijava na osiguranje nije podneta u roku ili iz drugih razloga, u skladu sa zakonom, istovremeno sa utvrđivanjem svojstva osiguranika utvrđuje i obavezu plaćanja doprinosa. Obveznici doprinosa ne mogu biti oslobođeni obaveze obračunavanja i plaćanja doprinosa.

Doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje lica za koja se sredstva za uplatu doprinosa obezbeđuju u budžetu Republike obračunava se, utvrđuje i plaća saglasno zakonu koji uređuje sistem obavezognog zdravstvenog osiguranja i podzakonskim aktima za njegovo sprovođenje.

Doprinos za penzijsko i invalidsko osiguranje i doprinos za zdravstveno osiguranje za samostalne umetnike može plaćati jedinica lokalne samouprave, jedinica teritorijalne autonomije, Republika Srbija ili ustanova iz oblasti kulture čiji je osnivač jedinica lokalne samouprave, jedinica teritorijalne autonomije ili Republika Srbija.

Doprinos za penzijsko i invalidsko osiguranje i doprinos za zdravstveno osiguranje za sveštenike i verske službenike može plaćati jedinica lokalne samouprave, jedinica teritorijalne autonomije ili Republika Srbija.

U pogledu utvrđivanja, naplate i povraćaja doprinosa, pravnih lekova, kamate, kaznenih odredbi i drugih pitanja koja nisu uređena ovim zakonom, izuzev odredaba koje se odnose na poreska oslobođenja, olakšice i otpis, primenjuju se odgovarajuće odredbe zakona koji uređuje porez na dohodak građana, odnosno zakona koji uređuje poreski postupak i poresku administraciju, ako ovim zakonom pojedina pitanja nisu drukčije uređena.

Dinarski iznosi usklađuju se godišnje stopom rasta cena na malo u kalendarskoj godini koja prethodi godini u kojoj se usklađivanje vrši, prema podacima republičkog organa nadležnog za poslove statistike. Obveznik doprinosa koji je sam platio doprinose, odnosno kome je u njegovo ime i u njegovu korist plaćen doprinos iz osnovice koja prelazi iznos najviše godišnje osnovice za kalendarsku godinu ima pravo na povraćaj tako više plaćenog iznosa doprinosa. Pravo na povraćaj više plaćenog iznosa doprinosa utvrđuje se rešenjem Poreske uprave, na zahtev obveznika doprinosa koji se podnosi na propisanom obrascu.

Obveznik doprinosa po osnovu ugovorene naknade, za koga doprinos obračunava, obustavlja i plaća isplatalac prihoda može u toku tekuće godine na propisanom obrascu podneti zahtev za prestanak obaveze plaćanja doprinosa po osnovu buduće ugovorene naknade u toj godini, kada osnovica doprinosa koji su plaćeni po osnovu ugovorene naknade zajedno sa osnovicama doprinosa koji su plaćeni po drugim osnovima dostigne iznos procenjene najviše godišnje osnovice doprinosa.

Procenjenu najvišu godišnju osnovicu doprinosa čini petostruki iznos godišnje zarade ostvarene po zaposlenom u Republici u prethodnoj godini uvećan za procenjeni rast zarada u tekućoj godini.

4. DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje može organizovati i sprovoditi Republički zavod za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Republički zavod) i pravna lica koja obavljaju delatnost osiguranja u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje (u daljem tekstu: društvo za osiguranje).⁸⁴

⁸⁴ Izvor: „Službeni glasnik RS“ br. 108/08, 49/09

Ako je dobrovoljno zdravstveno osiguranje na drukčiji način uređeno drugim zakonom, primenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i ova uredba. Ako zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i ovom uredbom nije drukčije uređeno, na organizaciju i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja primenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje osiguranje. Na odnose između ugovornih strana u organizaciji i sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja primenjuju se odredbe zakona kojim se uređuju obligacioni odnosi i ova uredba.

Izrazi upotrebljeni u ovoj uredbi imaju sledeće značenje:

1) Davalac osiguranja je, u skladu sa zakonom, Republički zavod i društvo za osiguranje koji organizuju i sprovode dobrovoljno zdravstveno osiguranje;

2) Osiguranik je fizičko lice koje je skloplilo ugovor o dobrovoljnem zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, sklopljen ugovor o dobrovoljnem zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koji koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnem zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika;

3) Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: ugovarač) je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika zaključi ugovor o dobrovoljnem zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika;

4) Premija osiguranja je novčani iznos koji plaća osiguranik, odnosno ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja davaocu osiguranja;

5) Polisa osiguranja je isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnem zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja;

6) Kolektivno osiguranje je dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje zaključuje ugovarač sa davaocem osiguranja koga je izabrao u skladu sa zakonom, o čemu ugovarač i davalac osiguranja mogu zaključiti ugovor o dobrovoljnem zdravstvenom osiguranju;

7) Zdravstvene usluge su usluge koje se pružaju u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe (u daljem tekstu: privatna praksa), u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, radi sprovođenja zdravstvene zaštite, odnosno radi sprovođenja mera za očuvanje i unapređenje zdravlja ljudi, sprečavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja, lečenja i rehabilitacije, uključujući i zdravstvene usluge iz tradicionalne medicine, koje su bezbedne, kvalitetne i efikasne;

8) Zdravstvena ustanova je pravno lice koje obavlja zdravstvenu delatnost i koja je dobila dozvolu od ministarstva nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo) za obavljanje zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;

9) Privatna praksa je drugi oblik zdravstvene službe u kojoj se obavljaju određeni poslovi zdravstvene delatnosti i koja je dobila dozvolu Ministarstva za obavljanje određenih poslova zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;

10) Drugi davaoci zdravstvenih usluga su druga pravna ili fizička lica koja obavljaju određene poslove iz zdravstvene delatnosti, odnosno obezbeđuju medicinsko-tehnička pomagala, a koji su dobili dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa zakonom;

11) Lek je proizvod koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji, kao i proizvod koji nije dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji i koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova;

12) Medicinsko-tehnička pomagala su medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija;

12a) Implantat je medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;

13) Novčane naknade su naknade koje davalac osiguranja obezbeđuje osiguraniku u slučaju gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja zbog privremene sprečenosti za rad, naknada troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite, kao i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

14) Dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je datum upisan u polisu osiguranja od koga počinje ostvarivanje prava i obaveza iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

15) Isprava o dobrovoljnem zdravstvenom osiguranju je dokument koji osiguraniku izdaje davalac osiguranja na osnovu koje osiguranik dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je vrsta neživotnog osiguranja. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje ugovara se kao dugoročno osiguranje, na period koji ne može biti kraći od 12 meseci od dana početka osiguranja osim ako ovom uredbom drukčije nije uredeno, kao i u slučaju kada svojstvo obavezno osiguranog lica traje kraći period u skladu sa propisima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

5. PENZIJSKO I INVALIDSKO OSIGURANJE⁸⁵

Penzijsko i invalidsko osiguranje obuhvata obavezno i dobrovoljno penzijsko i invalidsko osiguranje. Ovim zakonom uređuje se obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje. Obaveznim penzijskim i invalidskim osiguranjem

⁸⁵ Izvor: „Službeni glasnik RS“, br. 34 od 2. aprila 2003, 64 od 7. juna 2004. (USRS), 84 od 24. jula 2004 (dr. zakon), 85 od 6. oktobra 2005, 101 od 21. novembra 2005 (dr. zakon), 63 od 21. jula 2006 (USRS), 5 od 22. januara 2009, 107 od 23. decembra 2009.

obezbeđuju se prava za slučaj starosti, invalidnosti, smrti i telesnog oštećenja. Dobrovoljno penzijsko i invalidsko osiguranje je osiguranje kojim se, na osnovu ugovora, mogu obezbediti prava za slučaj starosti, invalidnosti, smrti i telesnog oštećenja, ili veći obim tih prava od obima utvrđenog ovim zakonom, kao i druga prava iz ovog osiguranja.

Prava iz penzijskog i invalidskog osiguranja stiču se i ostvaruju zavisno od dužine ulaganja i visine osnovice na koju je plaćen doprinos za penzijsko i invalidsko osiguranje i uz primenu načela solidarnosti. Prava iz penzijskog i invalidskog osiguranja stiču se, ostvaruju i koriste pod uslovima i na način utvrđen ovim zakonom. Prava iz penzijskog i invalidskog osiguranja jesu lična prava i ne mogu se prenositi na druga lica. Prava iz penzijskog i invalidskog osiguranja ne zastarevaju, osim prava na potraživanja dospelih a neisplaćenih iznosa u slučajevima utvrđenim ovim zakonom.

Pojedine kategorije osiguranika mogu izuzetno, u slučajevima i na način utvrđen ovim zakonom, sticati i ostvarivati pravo na penziju pod posebnim uslovima. Kategorije osiguranika, bliži kriterijumi za ostvarivanje prava u smislu stava 1. ovog člana, kao i način finansiranja tih prava uređuju se ovim zakonom.

Sredstva za povećane obaveze koje nastaju usled sticanja i ostvarivanja prava pod posebnim uslovima za odredene kategorije osiguranika obezbeđuju se u budžetu. Sredstva za penzijsko i invalidsko osiguranje, odnosno prava iz penzijskog i invalidskog osiguranja obezbeđuju se, odnosno ostvaruju kod republičkog fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje (u daljem tekstu: fond). Obavezno osigurana lica (u daljem tekstu: osiguranici), u smislu ovog zakona, jesu:

- 1) zaposleni (u daljem tekstu: osiguranik zaposleni);
- 2) lica koja samostalno obavljaju delatnost (u daljem tekstu: osiguranik samostalnih delatnosti);
- 3) poljoprivrednici (u daljem tekstu: osiguranik poljoprivrednik).

Ako lice istovremeno ispunjava uslove za osiguranje po više osnova iz stava 1. ovog člana, osnov osiguranja određuje se na taj način što postojanje osnova osiguranja po prethodnoj tački isključuje osnov osiguranja iz naredne tačke. Obaveze za plaćanje doprinosa po osnovu osiguranja utvrđuju se u skladu sa ovim zakonom. Osiguranici zaposleni jesu:

- 1) lica u radnom odnosu, odnosno zaposlena u preduzeću, drugom pravnom licu, državnom organu, organu jedinice lokalne samouprave ili kod fizičkih lica (u daljem tekstu: poslodavac), izuzev lica iz člana 12. stav 1. tačka 2) ovog zakona;
- 2) civilna lica na službi u Vojsci i vojnim jedinicama i vojnim ustanovama;
- 3) izabrana ili postavljena lica, ako za obavljanje funkcije ostvaruju zaradu, odnosno naknadu zarade;
- 4) lica koja su u skladu sa propisima o radu, u radnom odnosu odnosno zaposlena van prostorija poslodavca;
- 5) lica u radnom odnosu, odnosno zaposleni upućeni na rad u inostranstvo, odnosno zaposleni u preduzeću koje obavlja delatnost ili usluge u inostranstvu, ako

nisu obavezno osigurana po propisima te zemlje, ili ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno;

6) domaći državlјani koji su na teritoriji Republike Srbije zaposleni kod stranih ili međunarodnih organizacija i ustanova, stranih diplomatskih i konzularnih predstavništava ili kod stranih pravnih ili fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno;

7) domaći državlјani zaposleni u inostranstvu, ako za to vreme nisu obavezno osigurani kod stranog nosioca osiguranja, ili ako prava iz penzijskog i invalidskog osiguranja, po propisima te države, ne mogu ostvariti ili koristiti van njene teritorije;

8) strani državlјani i lica bez državljanstva koji su na teritoriji Republike Srbije zaposleni kod stranih pravnih ili fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno, kao i kod međunarodnih organizacija i ustanova i stranih diplomatskih i konzularnih predstavništava, ako je takvo osiguranje predviđeno međunarodnim ugovorom;

9) lica koja u skladu sa zakonom obavljaju privremene i povremene poslove, ako nisu osigurani po drugom osnovu;

10) lica koja u skladu sa zakonom obavljaju privremene i povremene poslove preko omladinskih zadruga, koje se u smislu ovog zakona smatraju poslodavcem, a imaju navršenih 26 godina života, odnosno bez obzira na godine života ako nisu na školovanju;

11) lica za čijim je radom prestala potreba, kao i lica kojima je prestalo zaposlenje zbog stečaja, likvidacije, odnosno u svim slučajevima prestanka rada poslodavca, dok ostvaruju novčanu naknadu prema propisima o radu i zapošljavanju.

Osiguranici samostalnih delatnosti jesu:

1) lica koja, u skladu sa zakonom, samostalno obavljaju privrednu ili drugu delatnost, ako nisu obavezno osigurana po osnovu zaposlenja;

2) lica koja su osnivači, odnosno članovi privrednih društava u skladu sa zakonom, koji u njima rade, bez obzira da li su u radnom odnosu u privrednom društvu čiji su osnivač odnosno član;

3) lica koja obavljaju poslove po osnovu ugovora o delu odnosno poslove po osnovu autorskog ugovora, kao i poslove po osnovu drugih ugovora, kod kojih za izvršen posao ostvaruju naknadu (u daljem tekstu: ugovorena naknada), a nisu osigurani po drugom osnovu;

4) sveštenici i verski službenici ako nisu obavezno osigurani po osnovu zaposlenja;

5) lica koja su prestala da obavljaju samostalnu delatnost, dok ostvaruju novčanu naknadu prema propisima o radu i zapošljavanju.

Radom smatra se predstavljanje i zastupanje privrednih društava od strane njihovih osnivača, odnosno članova na osnovu upisa u registar nadležnog suda, kao i obavljanje poslovodstvenih ovlašćenja i poslova upravljanja u skladu sa zakonom kojim se uređuje položaj privrednih društava. Osiguranici – poljoprivrednici jesu lica za koja se, prema zakonu, smatra da se bave poljoprivredom (poljoprivrednici,

članovi domaćinstva poljoprivrednika i članovi mešovitog domaćinstva), ako nisu: osiguranici zaposleni, osiguranici samostalnih delatnosti, korisnici penzija i na školovanju.

Domaćinstvom, smatra se zajednica života, privređivanja i trošenja priroda ostvarenih radom njenih članova, bez obzira na srodstvo. Obavezno je osiguran nosilac poljoprivrednog domaćinstva, odnosno najmanje jedan član domaćinstva, dok se ostali članovi domaćinstva mogu osigurati pod uslovima propisanim ovim zakonom.

Svojstvo osiguranika stiče se danom početka a prestaje danom prestanka zaposlenja, obavljanja samostalne ili poljoprivredne delatnosti, odnosno obavljanja ugovorenih poslova. Svojstvo osiguranika utvrđuje se na osnovu prijave na osiguranje, odnosno odjave osiguranja, u skladu s ovim zakonom. Svojstvo osiguranika ne može se steći pre navršenih 15 godina života. Izuzetno, svojstvo osiguranika poljoprivrednika može mirovati najduže pet godina u toku osiguranja iz objektivnih razloga (elementarne nepogode, bolest i porodiljsko odsustvo), s tim što to ne može biti uzastopnih pet godina. Lica koja nisu obavezno osigurana u smislu ovog zakona, mogu se uključiti u obavezno osiguranje i obezbediti prava iz ovog osiguranja pod uslovima, u obimu i na način predviđen ovim zakonom. Svojstvo osiguranika stiče se danom podnošenja zahteva, a izuzetno, na zahtev lica, najranije 30 dana pre podnošenja zahteva. Svojstvo osiguranika iz stava 1. ovog člana prestaje danom za koji se lice u zahtevu opredeli. Podnošenje zahteva za sticanje prava na starosnu odnosno invalidsku penziju smatra se zahtevom za prestanak svojstva osiguranika iz stava 1. ovog člana, ukoliko su ispunjeni uslovi za sticanje ovih prava. Svojstvo osiguranika može se steći pod uslovom da nije nastupio neki od slučajeva po osnovu kojih se ostvaruje pravo u skladu sa ovim zakonom, a ukoliko je nastupio neki od tih slučajeva, svojstvo osiguranika može se steći samo za slučaj koji nije nastupio.

6. DOBROVOLJNO PENZIJSKO I INVALIDSKO OSIGURANJE

Dobrovoljnim penzijskim i invalidskim osiguranjem osiguranici mogu, u skladu sa posebnim zakonom, obezbediti sebi i članovima svoje porodice veći obim, kao i drugu vrstu prava od prava utvrđenih ovim zakonom. Lica koja nisu obavezno osigurana u smislu ovog zakona mogu, dobrovoljnim penzijskim i invalidskim osiguranjem, u skladu sa posebnim zakonom, sebi i članovima svoje porodice obezbediti prava iz penzijskog i invalidskog osiguranja. Dobrovoljno penzijsko i invalidsko osiguranje mogu organizovati i sprovoditi pravna lica, u skladu sa posebnim zakonom. Posebnim zakonom u smislu ovog člana podrazumeva se zakon kojim se uređuje dobrovoljno penzijsko i invalidsko osiguranje, kao i organizacija i poslovanje investicionih fondova koji sprovode

dobrovoljno penzijsko i invalidsko osiguranje. Prava iz penzijskog i invalidskog osiguranja, jesu:

- 1) za slučaj starosti - pravo na starosnu penziju;
- 2) za slučaj invalidnosti - pravo na invalidsku penziju;
- 3) za slučaj smrti:
 - a) pravo na porodičnu penziju;
 - b) pravo na naknadu pogrebnih troškova;
- 4) za slučaj telesnog oštećenja prouzrokovanih povredom na radu ili profesionalnom bolešcu - pravo na novčanu naknadu za telesno oštećenje.

7. FINANSIRANJE PENZIJSKOG OSIGURANJA

Prihod fonda čine sredstva:

- 1) doprinosa za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje
- 2) za penzijsko i invalidsko osiguranje koje se u slučajevima i pod uslovima utvrđenim zakonom obezbeđuju u budžetu;
- 3) od imovine kojom raspolaže fond;
- 4) od kamata ostvarenih plasmanom sopstvenih prihoda fonda, u skladu sa zakonom, poslovnom bankarstvu, na tržištu novca ili kupovinom obveznica čiji emitent je država;
- 5) subvencija i donacija;
- 6) ostvarena prodajom društvenog kapitala, društvenih i javnih preduzeća ili njihovih delova, u skladu sa zakonom
- 7) dividende na akcije po osnovu ranijih ulaganja sredstava za penzijsko i invalidsko osiguranje, u skladu sa zakonom;
- 8) iz drugih izvora.

Pokrajinski fond, u skladu sa zakonom i statutom, ima podračun preko koga se vrše uplate i isplate sredstava republičkog fonda na teritoriji autonomne pokrajine.

Sredstva za penzijsko i invalidsko osiguranje koriste se samo za namene odredene zakonom, i to za:

- 1) isplatu penzija i novčanih naknada iz penzijskog i invalidskog osiguranja;
- 2) troškove za rad organa fonda i za obavljanje upravnih, analitičkih, finansijskih, administrativnih, tehničkih i drugih poslova za sprovođenje penzijskog i invalidskog osiguranja;
- 3) druge obaveze utvrđene zakonom.

Sredstva fonda mogu se, u skladu sa aktom fonda, koristiti za društveni standard korisnika penzija, najviše do 0,10% ukupnih prihoda fonda po osnovu

doprinosa. Sopstveni prihodi fonda koji ostaju po izmirenju obaveza koriste se za ulaganja u hartije od vrednosti, za plasman kod poslovnih banaka i druge namene, radi ostvarivanja dobiti. Republika je garant za obaveze fonda za ostvarivanje prava po osnovu obaveznog penzijskog i invalidskog osiguranja (državna garancija).

Doprinos plaća i osiguranik koji ostvaruje ugovorenu naknadu po osnovu ugovora i kada nema svojstvo osiguranika po tom osnovu. Doprinos plaća i osiguranik zaposleni koji obavlja poslove i poslove po osnovu ugovora o dopunskom radu, predviđenim posebnim zakonom. Osiguranik zaposleni koji obavlja poslove obveznik je uplate doprinosa na osnovice koje se ovim zakonom utvrđuju za osiguranike samostalnih delatnosti. Osnovica, zajedno sa osnovicom koju čini zarada odnosno najniža osnovica, ne može biti viša od petostrukog iznosa prosečne zarade u Republici na godišnjem nivou, prema podacima koje objavljuje republički organ nadležan za poslove statistike. Utvrđivanje i naplatu doprinosa za osiguranike zaposlene koji obavljaju i poslove vrši organ nadležan za poslove vođenja poreskog postupka, u skladu sa zakonom kojim se uređuje poreski postupak.

Osnovicu na koju se plaća doprinos za osiguranike samostalnih delatnosti čini ugovorena naknada na koju se plaća porez u skladu sa zakonom kojim se uređuje porez na dohodak građana. Osnovicu na koju se plaća doprinos za osiguranike zaposlene koji obavljaju poslove po osnovu ugovora o dopunskom radu, u skladu sa posebnim zakonom, čini ugovorena naknada na koju se plaća porez u skladu sa zakonom kojim se uređuje porez na dohodak građana. Osnovica ne može biti veća od petostrukog iznosa prosečne zarade po zaposlenom u Republici na godišnjem nivou, prema podacima koje objavljuje republički organ nadležan za poslove statistike. Osnovicu na koju se obračunava i plaća doprinos za osiguranike zaposlene i osiguranike samostalnih delatnosti, koji obavljaju i poslove po osnovu ugovora čini i ugovorena naknada, koja zajedno sa zaradom i drugom osnovicom, odnosno najnižom osnovicom, ne može biti veća od petostrukog iznosa prosečne zarade po zaposlenom u Republici na godišnjem nivou, prema podacima koje objavljuje republički organ nadležan za poslove statistike.

Doprinos za osiguranike zaposlene koji ostvaruju prihod, odnosno dobit po osnovu obavljanja samostalne delatnosti, plaća sam osiguranik, na isti način i u istim rokovima kao i osiguranik samostalnih delatnosti. Doprinos za osiguranike, koji ostvaruju ugovorenu naknadu za obavljanje poslova obračunava i uplaćuje isplatalac ugovorene naknade na teret osiguranika, prilikom isplate ugovorene naknade. Sredstva za penzijsko i invalidsko osiguranje za povećane obaveze koje nastaju usled sticanja i ostvarivanja prava iz penzijskog i invalidskog osiguranja pod posebnim uslovima za određene kategorije osiguranika, utvrđene ovim zakonom, za staž osiguranja koji se računa sa uvećanim trajanjem za osiguranike kao i za povećane obaveze koje nastaju priznavanjem posebnog staža obezbeđuju se u budžetu. Razlika između penzije utvrđene primenom penzije kao i ceo iznos penzije određene osiguraniku koji ne ispunjava uslove za sticanje prava na penziju obezbeđuje se u budžetu. Sredstva za pokriće razlike između najnižeg iznosa penzije utvrđene primenom i iznosa penzije koja bi osiguraniku pripadala bez njegove primene obezbeđuju se u budžetu Republike.

Naknada štete pričinjene fondu, odnosno povraćaj nezakonito i nepravilno izvršenih isplata penzija i drugih novčanih primanja iz penzijskog i invalidskog osiguranja vrši se po odredbama zakona kojim se uređuju obligacioni odnosi, ako ovim zakonom nije drugačije uređeno.

Fond ima pravo da zahteva naknadu pričinjene štete od lica koje je prouzrokovalo invalidnost, telesno oštećenje ili smrt osiguranika ako je, po tom osnovu, ostvareno pravo iz penzijskog i invalidskog osiguranja. Fond je dužan da zahteva naknadu štete od poslodavca ukoliko je do povrede na radu, odnosno profesionalne bolesti došlo nepreduzimanjem odgovarajućih mera bezbednosti i zaštite zdravlja na radu, u skladu sa propisima o radu. Pri utvrđivanju visine štete ne uzimaju se u obzir iznos uplaćenog doprinosa za to osiguranje, niti dužina navršenog penzijskog staža. Zahtevom za naknadu štete može se obuhvatiti ukupan iznos štete ili iznos dela štete koji se odnosi na određeni protekli period.

Fond može zahtevati da se šteta koja je prouzrokovala obavezu plaćanja invalidske ili porodične penzije, kao i drugog trajnog novčanog primanja, nadoknadi jednokratnim iznosom u celini. Iznos obračunava se prema visini priznate penzije i drugog trajnog novčanog primanja, kao i prema očekivanom prosečnom vremenu korišćenja tih prava. Fond ima pravo da zahteva naknadu štete i neposredno od zajednice osiguranja imovine i lica nastale upotrebom motornog vozila.

8.

DOBROVOLJNI PENZIJSKI FONDOVI

Dobrovoljni penzijski fond se organizuje radi prikupljanja novčanih sredstava uplatom penzijskog doprinosa od strane obveznika uplate i ulaganja tih sredstava sa ciljem povećanja vrednosti imovine fonda. Dobrovoljnim penzijskim fondom upravlja društvo za upravljanje fondom, u skladu sa ovim zakonom. Dobrovoljni penzijski fond jeste fond posebne vrste, odnosno zasebna imovina, bez svojstva pravnog lica.

Imovina dobrovoljnog penzijskog fonda u svojini je članova fonda, сразмерno njihovom udelu u imovini fonda. Imovina dobrovoljnog penzijskog fonda je odvojena od imovine društva za upravljanje.

Imovina dobrovoljnog penzijskog fonda se obavezno vodi na računu kod kastodi banke. Imovina dobrovoljnog penzijskog fonda ne može biti predmet prinudne naplate, zaloge, hipoteke, ne može se uključiti u likvidacionu ili stečajnu masu društva za upravljanje, kastodi banke ili drugih lica, niti koristiti za izmirivanje obaveza člana dobrovoljnog penzijskog fonda i drugih lica prema trećim licima. Pravo glasa na osnovu akcija koje čine imovinu dobrovoljnog penzijskog fonda ostvaruje društvo za upravljanje koje organizuje i upravlja tim fondom. Imovina dobrovoljnog penzijskog fonda ulaze se sa ciljem povećanja ukupnog prinosa u korist članova dobrovoljnog penzijskog fonda, a u skladu sa sledećim načelima:

1) načelo sigurnosti imovine dobrovoljnog penzijskog fonda - u strukturi portfolija dobrovoljnog penzijskog fonda nalaze se hartije od vrednosti izdavalaca sa visokim kreditnim rejtingom;

2) načelo diversifikacije portfolija - u strukturi portfolija dobrovoljnog penzijskog fonda nalaze se hartije od vrednosti koje se razlikuju prema vrsti i izdavaocima, kao i prema drugim obeležjima;

3) načelo održavanja odgovarajuće likvidnosti - u strukturi portfolija dobrovoljnog penzijskog fonda nalaze se hartije od vrednosti koje je moguće brzo i efikasno kupiti i prodati po relativno ujednačenoj i stabilnoj ceni.

Pravilima poslovanja društva za upravljanje utvrđuje se investiciona politika dobrovoljnog penzijskog fonda. Investicionom politikom utvrđuje se:

1) način sprovođenja načela;

2) najveći i najmanji deo sredstava dobrovoljnog penzijskog fonda koji se može ulagati u pojedine hartije od vrednosti i nekretnine;

3) najveći deo sredstava dobrovoljnog penzijskog fonda koji se može ulagati u novčane depozite;

4) organi društva za upravljanje koji donose odluke o ulaganjima i postupak za donošenje takvih odluka;

5) način izmene investicione politike.

Imovina dobrovoljnog penzijskog fonda ulaže se u:

1) dužničke hartije od vrednosti koje izdaje Narodna banka Srbije, u skladu sa zakonom kojim se uređuje organizacija i nadležnost Narodne banke Srbije;

2) dužničke hartije od vrednosti koje izdaju Republika Srbija (u daljem tekstu: Republika), jedinice teritorijalne autonomije i lokalne samouprave u Republici i druga pravna lica uz garanciju Republike, u skladu sa zakonom kojim se uređuje javni dug;

3) hartije od vrednosti koje izdaju međunarodne finansijske institucije;

4) dužničke hartije od vrednosti koje izdaju strane države ili strana pravna lica sa minimalnim kreditnim rejtingom „A”, a koji utvrđuju agencije za procenu boniteta Standard and Poor's, Fitch-IBCA, Thompson Bank Njatch ili Moody's;

5) hipotekarne obveznice koje se izdaju na teritoriji Republike;

6) hartije od vrednosti koje izdaju pravna lica sa sedištem u Republici kojima se trguje na organizovanom tržištu u Republici;

7) akcije stranih pravnih lica koje su listirane i kojima se trguje na berzanskim tržištima država članica EU, odnosno OECD-a;

8) novčane depozite u bankama sa sedištem u Republici, osnovanim u skladu sa zakonom kojim se uređuje poslovanje banaka i drugih finansijskih organizacija;

9) depozitne potvrde koje izdaju banke sa sedištem u Republici;

10) depozitne potvrde koje izdaju banke sa sedištem u državama članicama EU, odnosno OECD-a na osnovu deponovanih hartija od vrednosti;

11) nepokretnosti koje se nalaze na teritoriji Republike.

Ulaganja u nepokretnosti mogu biti ulaganja u zemljište, zgrade (poslovne, stambene, stambeno-poslovne, ekonomski i dr.) i posebne delove zgrada (stanovi, poslovne prostorije i dr.), koji su upisani u javnim knjigama o evidenciji nepokretnosti i pravima na njima, čiji prenos svojine nije ograničen i na kojima nije zasnovano pravo zaloge, pravo plodouživanja, pravo upotrebe, pravo stanovanja ili pravo stvarnog tereta. U jednu nepokretnost može se uložiti najviše do 5% imovine dobrovoljnog penzijskog fonda. Ukupna ulaganja dobrovoljnog penzijskog fonda u nepokretnosti ne mogu iznositi više od 15% imovine dobrovoljnog penzijskog fonda. Imovina dobrovoljnog penzijskog fonda koja se sastoji od nepokretnosti upisuje se u knjige kao svojina fonda, uz navođenje naziva društva za upravljanje i evidentira se u kastodi banci. Vrednost nepokretnosti u koje se ulaže imovina dobrovoljnog penzijskog fonda obavezno procenjuje ovlašćeni procenjivač. Nepokretnosti moraju biti osigurane od svih rizika. Članovi dobrovoljnog penzijskog fonda nemaju pravo preče kupovine pri prodaji nepokretnosti.

Narodna banka Srbije bliže uređuje način i učestalost procene imovine. Narodna banka Srbije propisuje maksimalne visine ulaganja imovine dobrovoljnog penzijskog fonda iz stava 1. ovog člana. Narodna banka Srbije propisuje uslove i način na koji se može ulagati imovina dobrovoljnih penzijskih fondova u inostranstvu. Na ulaganja imovine, primenjuju se sledeća ograničenja:

- 1) do 10% imovine dobrovoljnog penzijskog fonda ulaže se u hartije od vrednosti jednog izdavaoca ili ukupno u hartije od vrednosti dva ili više izdavalaca koji su povezana lica, osim hartija od vrednosti koje izdaje Republika, odnosno Narodna banka Srbije;
- 2) do 5% imovine dobrovoljnog penzijskog fonda ulaže se u hartije od vrednosti koje izdaje organizator koji je organizovao penzijski plan koji je pristupio tom fondu;
- 3) do 5% imovine dobrovoljnog penzijskog fonda ulaže se u novčane depozite kod banaka.

Ulaganjem imovine dobrovoljnog penzijskog fonda ne može se sticati više od 15% vlasničkog učešća, odnosno akcija sa pravom glasa jednog izdavaoca. Imovina dobrovoljnog penzijskog fonda ne može se ulagati u hartije od vrednosti koje izdaje:

- 1) društvo za upravljanje;
- 2) kastodi banka kod koje se vodi račun dobrovoljnog penzijskog fonda;
- 3) brokersko-dilersko društvo, odnosno ovlašćena banka koja za društvo za upravljanje obavlja poslove posredovanja u trgovanim hartijama od vrednosti;
- 4) akcionar društva za upravljanje;
- 5) povezano lice sa licima

Imovina dobrovoljnog penzijskog fonda mora se ulagati u skladu sa ograničenjima ulaganja predviđenih ovim zakonom i prospektom.

U slučaju odstupanja od ograničenja ulaganja iz ovog zakona i prospeksa, a usled nastupanja okolnosti koje društvo za upravljanje nije moglo predvideti, odnosno na koje nije moglo uticati, društvo za upravljanje je dužno da odmah obavesti Narodnu banku Srbiju i da u roku od tri meseca od dana odstupanja,

uskladi strukturu imovine dobrovoljnog penzijskog fonda sa ograničenjima ulaganja.

Prilikom odstupanja od ograničenja ulaganja van slučaja predviđenog stavom 2. ovog člana, Narodna banka Srbije, pošto sazna za takvu činjenicu, odmah preduzima mere nadzora u skladu sa ovim zakonom.

Dobrovoljni penzijski fond ima naziv. U nazivu dobrovoljnog penzijskog fonda moraju biti sadržane reči „dobrovoljni penzijski fond“. Pravno lice i preduzetnik ne mogu koristiti pojam „dobrovoljni penzijski fond“ niti pojam izведен iz tog pojma u svom poslovnom imenu ili nazivu, odnosno nazivu svog proizvoda ili usluge, osim ako te pojmove koriste na osnovu ovog zakona. Društvo za upravljanje koje namerava da organizuje i upravlja sa više dobrovoljnih penzijskih fondova dužno je da podnese Narodnoj banci Srbije zahtev za izdavanje dozvole za upravljanje fondom za svaki fond posebno uz koji podnosi dokumentaciju.

Skraćeni prospekt se isključivo koristi radi oglašavanja dobrovoljnog penzijskog fonda i mora odgovarati sadržini prospekta. Prospekt mora sadržati informacije na osnovu kojih zainteresovana lica mogu steći jasnu predstavu o fondu i doneti razboritu odluku.

Društvo za upravljanje daje na uvid prospekt svakom zainteresovanom licu na njegov zahtev. Društvo za upravljanje je dužno da dostavi Narodnoj banci Srbije radi davanja saglasnosti prospekt dobrovoljnog penzijskog fonda, do 31. marta tekuće godine, sa podacima sa stanjem na dan 31. decembra za prethodnu godinu.

Kada nastupe značajnije promene usled kojih podaci u prospektu i skraćenom prospektu ne odgovaraju stvarnom stanju, društvo za upravljanje je dužno da, u roku od osam dana od dana nastanka takvih okolnosti, dostavi Narodnoj banci Srbije radi davanja saglasnosti izmenjeni prospekt dobrovoljnog penzijskog fonda. Društvo za upravljanje je dužno da, u roku od 15 dana od dana dobijanja saglasnosti, javno objavi skraćeni prospekt u najmanje jednom dnevnom listu koji se distribuira na celoj teritoriji Republike sa tiražom od najmanje 100.000 primeraka, kao i na svojoj internet stranici.

Prospekt dobrovoljnog penzijskog fonda sadrži:

- 1) podatke o dobrovoljnem penzijskom fondu;
- 2) podatke o društvu za upravljanje;
- 3) poslovno ime i sedište kastodi banke;
- 4) datum izdavanja prospeka.

Podaci o dobrovolnjem penzijskom fondu su:

- 1) naziv i datum osnivanja fonda;
- 2) investiciona politika i glavni rizici u vezi sa njom;
- 3) minimalni iznos penzijskih doprinosa;
- 4) poreski tretman dobrovoljnog penzijskog fonda, odnosno članova fonda - poreske stope i osnovice i način njihovog obračunavanja;
- 5) vrednost imovine fonda na dan izdavanja prospeka;
- 6) trenutna struktura imovine dobrovoljnog penzijskog fonda, i to:

- procentualno učešće hartija od vrednosti prema vrsti hartija od vrednosti, nazivu i sedištu izdavaoca i nazivu i sedištu organizovanog tržišta na kome se trguje tim hartijama, kada takve hartije od vrednosti čine više od 1% ukupne vrednosti imovine fonda,
- procentualno učešće novčanih depozita prema nazivu i sedištu finansijske organizacije kod koje su deponovana novčana sredstva, kada depoziti u tim organizacijama čine više od 1% ukupne vrednosti imovine fonda,
- procentualno učešće nepokretnosti prema vrsti i mestu gde se nepokretnost nalazi;

7) neto prinos fonda u skladu sa članom 48. ovog zakona;

8) podaci o visini naknada i troškova:

- naknada prilikom uplate penzijskog doprinosa,
- naknade za upravljanje fondom društvu za upravljanje za prethodnu godinu, izraženu kao procenat vrednosti imovine fonda,
- troškovi u vezi sa kupovinom, prodajom i prenosom hartija od vrednosti, troškovi usluga kastodi banke i drugi troškovi za prethodnu godinu izraženi kao procenat vrednosti imovine fonda,
- iznos naknade za upravljanje fondom izražen kao procenat vrednosti imovine fonda za tekuću godinu,
- maksimalan iznos troškova iz podatka (3) ove tačke izražene kao procenat vrednosti imovine fonda za tekuću godinu;

9) osnovi za raskid ugovora o članstvu i prava i obaveze društva za upravljanje i članova dobrovoljnog penzijskog fonda u slučaju raskida ugovora o članstvu;

10) vreme, mesto i način uplate penzijskih doprinosa;

11) vreme i mesto objavljivanja podataka o vrednosti investicionih jedinica i način obračunavanja tih jedinica;

12) dinamika i način obračuna programiranih isplata.

Vrednost imovine fonda čini zbir vrednosti hartija od vrednosti iz portfolija fonda, nekretnina u vlasništvu fonda i depozita novčanih sredstava fonda kod banaka. Vrednost imovine fonda se obračunava prema tržišnoj vrednosti. Neto vrednost imovine fonda predstavlja vrednost imovine umanjenu za iznos obaveza. Neto vrednost imovine fonda svakodnevno obračunava društvo za upravljanje, o čemu podatke dostavlja kastodi banchi kod koje se vodi račun dobrovoljnog penzijskog fonda. Kastodi banka vrši kontrolu i potvrđivanje obračunate neto vrednosti imovine fonda, o čemu podatke dostavlja Narodnoj banci Srbije. Način i učestalost obračunavanja tržišne vrednosti po kategorijama imovine i obračunavanja neto vrednosti imovine fonda propisuje Narodna banka Srbije, u skladu sa međunarodno priznatim standardima.

Ukupna vrednost svih investicionih jedinica dobrovoljnog penzijskog fonda jednaka je neto vrednosti imovine fonda. Uplaćeni penzijski doprinosi konvertuju se u investicione jedinice istog dana kada su uplaćeni, evidentiranjem jedinica na individualnom računu člana dobrovoljnog penzijskog fonda.

Investicione jedinice mogu se izraziti u delovima. Jedinstvenu početnu vrednost investicione jedinice za sve fondove utvrđuje Narodna banka Srbije. Sticalac investicione jedinice ima sledeća prava:

- 1) pravo na povlačenje i raspolaganje akumuliranim sredstvima;
- 2) pravo na srazmerni deo prinosa od ulaganja;
- 3) pravo na srazmeran deo imovine dobrovoljnog penzijskog fonda u slučaju raspuštanja fonda;
- 4) druga prava u skladu sa ovim zakonom.

Sticalac investicione jedinice nema pravo glasa po tom osnovu. Investiciona jedinica evidentira se na individualnom računu člana dobrovoljnog penzijskog fonda u formi elektronskog zapisa u informacionom sistemu društva za upravljanje. Društvo za upravljanje objavljuje vrednost investicionih jedinica svakodnevno u najmanje jednom dnevnom listu koji se distribuira na celoj teritoriji Republike sa tiražom od najmanje 100.000 primeraka, kao i na internet stranici društva za upravljanje ili dobrovoljnog penzijskog fonda.

Društva za upravljanje su dužna da objavljaju prinos dobrovoljnog penzijskog fonda četiri puta godišnje, na kraju svakog kvartala. Prinos se obračunava za poslednjih 12 meseci do dana objavljivanja, odnosno kumulativno za period od pet godina i od početka poslovanja.

Prinos se obračunava za svaku kalendarsku godinu posebno. Prinos se obračunava kao neto prinos, odnosno nakon odbitka naknada i troškova. Prinos se objavljuje u najmanje jednom dnevnom listu koji se distribuira na celoj teritoriji Republike sa tiražom od najmanje 100.000 primeraka, kao i na internet stranici društva za upravljanje ili dobrovoljnog penzijskog fonda. Narodna banka Srbije propisuje način obračunavanja prinosa dobrovoljnog penzijskog fonda, uključujući načela zaokruživanja vrednosti. Društvo za upravljanje ne može nuditi povlastice sa ciljem zaključenja ugovora o članstvu u dobrovoljnem penzijskom fondu.

P E T I D E O

**KOMPARATIVNI PENZIJSKI
SISTEMI**

1. PENZIONI SISTEM FRANCUSKE

U Francuskoj su visoki deficiti u državnom budžetu, masovna nezaposlenost, strogi uslovi za pristupanje monetanoj uniji i opšte stanje u privredi zemlje, ponovo aktuelizovali pitanje usklađivanja socijalnih izdataka sa stanjem u privredi i opštim ciljevima razvoja zemlje. Francuski „security social“ je najskuplji sistem u EU, zbog velike neusklađenosti između broja osiguranika, koji su po zakonu obavezni da izdvajaju sredstva za pojedinac vidove osiguranja, i korisnika socijalnih usluga. Postojeće stope doprinosa nisu dovoljne da popune prazne kase socijalnog osiguranja, kome je princip jednakosti (egalite) „udaren“ još pre 200. godina. Deficiti socijalne kase su, zbog toga, dostigli frapantne razmere.

Za Francusku je 1996. godina bila godina socijalnih nemira.⁸⁶ Naime, visok stepen nezaposlenosti, nepovoljna kretanja u privredi, neusklađenost troškova socijalnog osiguranja sa primanjima stvorili su uslove za početak procesa reforme socijalnog osiguranja. Nastale promene u oblasti osiguranja nisu dočekane od strane radnika i sindikata „raširenih ruku“ ali su, one pak bile neminovne. Kao jedan od ključnih razloga navodi se i pogoršanje odnosa broja aktivnih osiguranika i korisnika penzijskog osiguranja. Naime, 1990. godine odnos osiguranika i penzionera bio je 2,9:1, 1995. godine 2,7:1, 2000. godine 2,67:1 a 2040. godine predviđa se da će 1,4 aktivnih osiguranika finansirati penzijsku nadoknadu jednog penzionera.

Karakteristike javnog sistema penzijskog osiguranja u Francuskoj su sledeće:

- 1) godine starosti za odlazak u penziju za žene i muškarce je isti i iznosi 60 godina,
- 2) najkraći period penziskog osiguranja za odlazak u penziju iznosi 10 godina,
- 3) da bi ostvarili punu penziju, doprinose treba uplaćivati 37,5 godina, a ima i predloga da se broj godina potrebnih za odlazak u punu penziju na 40 godina, za koji period je potrebno uplaćivati doprinos za penziono osiguranje. Pored ovog predloga postoji predlog da se do 2020. godine broj godina potrebnih za odlazak u penziju poveća na 42 godine,
- 4) penzije se usklađuju sa rastom zarada dok su se ranije usklađivale u odnosu na rast cena,
- 5) stopa doprinosa su različite tako da zaposleni plaćaju 6,55% a poslodavci 8,2% na ostvrenu visinu zarade.

⁸⁶ Drenka Vuković, „Francuska Reforma socijalnog osiguranja“, Ekonomski politika, br. 2302, 20. Maj 1996.str 56.

U Francuskoj postoje određene kategorije osiguranika (vojska, banke, glumci, zaposleni u elektroprivredi zaposleni u metrou i dr) koji uživaju određene beneficije kod isplata penzija, pa se reformom penzijskog sistema predviđa uklanjanje tih beneficija. U penzijskom osiguranju železničara postoji veliki deficit, jer jedan zaposleni na železnici obezbeđuje penziju za dva penzionera zbog čega je država u obavezi da iz budžeta uplati velika sredstva kako bi se penzionerima isplatio pun iznos penzije.

Zbog nedostatka sredstava u penzijskim fondovima došlo je do smanjenja visine penzija, tako što se prilikom obračuna penzija postepeno povećavao broj godina radnog staža sa najvećim zaradama pa se sa deset godina najboljih po visini zarada u toku radnog staža najpre prešlo na petnaest godina, a kasnije na dvadeset pet godina.

U datom sistemu, fondovi zbrinjavanja (provident funds) zasnovani su na akumuliranju individualnih doprinosa i njihovom profitonosnom investiranju. „Po odlasku u penziju, radnici koji primaju svoju uvećanu štednju obično nose periodična plaćanja (državne obveznice, papiri sigurnih korporacija, itd.). Osim po jednokratnosti isplate, fondovi zbrinjavanja razlikuju se od penzijskih fondova (planova) i po tome što radnik obično može sredstva koja je akumulirao da koristi i pre penzionisanja, ali u zakonom propisanim slučajevima (na primer, invaliditet, bolest, nezaposlenost, kupovina nekih nekretnina, pozajmice određenih vrsta). U slučaju smrti korisnika, članovi njegove porodice postaju naslednici akumuliranih sredstava.⁸⁷

Konačno, u trećem sistemu, kapitalski fondovi zasnovani su na akumuliranim bogatstvu penzijskih fondova za finansiranje penzija osiguranika. To se realizuje na različite načine. Jedan od njih je tzv. dobrovoljno, poludobrovoljno ili obavezno penzijsko osiguranje u privatnim penzijskim fondovima, koj e se finansira doprinosima poslodavaca i favorizuje poreskim instrumentima države. Drugi je način onaj koji inkorporira individualnu penzijsku šemu, pomoću koje pojedinac uplaćuje novac na svoj račun kod penzijskog fonda i štedi sebi sredstva sve do kraja radnog veka. Tako primljeni novac od pojedinaca-štediša se investira u sigurne dugoročne hartije od vrednosti sa ciljem da se uveća kapital i buduća penzija. Osiguranik, po odlasku u penziju, automatski povlači akumulirana sredstva sa svog računa koja su se u međuvremenu oplodila. Kapitalski fond može isplaćivati celokupnu penziju unapred u fiksnom iznosu po ugovoru ili isplaćivati penziju u zavisnosti od raspoloživih sredstava na račun penzionera. Sve zavisi od rizika, odnosno od toga da li investicioni rizik snosi fond ili osiguranik. „Opšti je trend u svetu pomeranje od javnih, pay-as-you-go sistema ka kapitalskim sistemima, od redistributivnih ka individualizovanim penzijskim šemama, od državnog ka privatnim fondovima, od monopola ka tržišnoj konkurenciji penzijskih šema (planova). No, takav trend svakako ne znači napuštanje javne brige za starije građane, niti znači uklanjanje postojećih državnih penzijskih sistema, već uglavnom dopunjavanje javnih šema privatnim i obavezogn osiguranja dobrovoljnim.

⁸⁷ Ekonomski politika, br. 2313, od 5. avgusta 1996., str. 27

2. PENZIONI SISTEM V. BRITANIJE

U Velikoj Britaniji godinama funkcioniše dvostepeni sistem penzijskog osiguranja. Prvi stepen obezbeđuje osnovnu penziju i on predstavlja javni penzijski sistem, u kome je učešće obavezno za svakog zaposlenog. Prvi stepen svakom penzioneru obezbeđuje minimum dohotka kroz penziju koja je jednaka za sve penzionere, nezavisno od toga kolika im je bila visina zarade dok su bili radno aktivni.

Drugi stepen obezbeđuje penziju čija visina zavisi od visine zarade koju su osiguranici ostvarili u vreme radne aktivnosti. Osiguranici koji su imali veća primanja imaće i veće penzije i obratno.

Starosna granica za odlazak u penziju u Velikoj Britaniji za muškarce iznosi 65 godina, a za žene 60 godina. Usklajivanje penzija za sve kategorije penzionera vrši se u odnosu na rast cena. U Velikoj Britaniji kao i u mnogim zemljama Zapadne Evrope broj osiguranika u odnosu na penzionere je u opadanju. Tako je 1990. godini broj zaposlenih u odnosu na broj penzinera bio 2,6 prema 1, a predviđa se da će 2040. godine ovaj odnos biti još manji i iznosit će 1,7 prema 1. Zbog svega ovog Velika Britanija će morati da se ozbiljnije pozabavi problemom funkcionisanja penziskog osiguranja u budućnosti.

3. PENZIONI SISTEM ČILEA

Čile je zemlja koja je među prvima uvela sistem državnog socijalnog osiguranja i u (okviru istog sistema državno penzijsko osiguranje), još 1924. godine, a u isto vreme je i prva zemlja koja je ukinula sistem državnog socijalnog osiguranja i usvojila jedan sasvim nov sistem koji se zasniva na privatnom penzijskom osiguranju. U Čileu je 1981. godine započela reforma socijalnog osiguranja, a u okviru njega i reforma i penzijskog osiguranja, a to je u isto vreme bio primer reformama penzijskih osiguranja u čitavom svetu, a posebno u zemljama u tranziciji.

Pored reforme socijalnog, i u sklopu njega penzijskog osiguranjam Čile je započeo transformacije celokupnog ekonomskog sistema sa ciljem da se stvori moderna ekonomija uz ukupnu angažovanost svih elemenata tržišne privrede i preduzetništva.

U vreme kadaje započeta reforma, u Čileu je:

- 1) državni sektor stvarao 63% bruto nacionalnog proizvoda,⁸⁸
- 2) razmene sa svetom, može se reći da je skoro nije ni bilo,

⁸⁸ Ekonomска politika, 2031, od 4. marta 1991, str. 25.

3) zahvaljujući tadašnjem zakonodavstvu bila je onemogućena pravilna alokacija resursa,

4) najveći broj fiksnih cena određivala je država,⁸⁹ itd.

Pored napred navedenih loših karakteristika funkcionisanja ekonomije, postojali su i drugi veliki problemi zbog kojih je vlada Čilea krenula u reformu kojom je planirano jačanje tržišta i privatnog sektora u svim mogućim sferama i u isto vreme slabljenje intervencije države kako u sferi proizvodnje tako i u sferi finansiranja.

Sedamdesetih godina penzijski sistem u Čileu se našao u izuzetno teškoj krizi; zbog čega je vlada morala da interveniše visokim finansijskim sredstvima a isto vreme i veoma visokim stopama poreza na zarade. Tako se 1975. godine na ime penzijskog osiguranja izdvajalo 51,4% sredstava od zarada što je bilo izuzetno veliko opterećenje za zaposlene.⁹⁰ Zbog svih ovih i mnogih drugih poteškoća koje su bile u vezi sa funkcionisanjem penzijskog osiguranja u Čileu je 1981. godine započeta reforma koja je trebalo da izvrši transformaciju državnog sistema penzijskog osiguranja koji je do tada bio u funkciji međugeneracijske ka potpuno segmentalno kapitalizovanom sistemu penzijskog osiguranja.

Pre reforme penzijskog osiguranja sva sredstva doprinosa aktivnih osiguranika i iznosi penzijskih nadoknada bili su utvrđeni na osnovu pozitivnih zakonskih propisa. U tom periodu postojala je neravnoteža između uplaćenih sredstava doprinosa aktivnog osiguranika i njegove buduće penzijske nadoknade što nije stimulativno delovalo na zaposlene da uplaćuju veće sume na ime doprinosa. Međutim, postojala su određena udruženja radnika koja su vršila, odnosno koja su mogla izvršiti, pritisak na vladu i bez ikakvog osnova dobiti veće penzijske nadoknade i ako nije povećanjanih uplata sredstava doprinosa, a te povećane troškove moralne snositi država.

Iz godine u godinu smanjivao se broj aktivno zaposlenih koji su obezbeđivali novčana sredstva za troškove penzijskih nadoknada penzionera, tako da je taj odnos 1980. godine taj odnos iznosio 2,2:1 ili drugim rečima 2,2 aktivno zaposlenih obezbedivao je finansijska sredstva zajednog penzionera 2,2, što je bilo izuzetno veliko finansijsko opterećenje za zaposlene, a u isto vreme nedovoljno za isplate penzija. Situacija, kada su fondovi za penzisko osiguranje bili poluprazni uticala je na povećanje državnih davanja za isplatu penzijskih nadoknada a u isto vreme na smanjenje penzija.

U cilju stabilizacije penzijskog sistema u Čileu su se primenjivali različiti mehanizmi koji su se zasnivali na "pay as you go" principu. Kao što je napred navedeno, pored povećanja sredstava doprinosa aktivnih osiguranika i poslodavaca korišćeno je i veće učešće države u pokrnuću troškova penzijskog osiguranja a u isto vreme vršena su i smanjivanja penzijskih nadoknada. Međutim u perspektivi nijedan od ovih načina obezbeđivanja sredstava nije dao dugoročno poboljšanje.

Potrebno je istaći da su u Čileu pre 1980. godine postojala 32 fonda socijalnog osiguranja tim fondovima su pripadale posebne vrste zaposlenih. Kasi-

⁸⁹ Larroulet C, „Čileansko iskustvo - privatna rješenja javnih problema“, (prevod), MATE, Zagreb, 2000. str. 1.

⁹⁰ Ibidem

fikacija je vršena na osnovu delatnosti kojima se bave. Osiguranici nisu imali pravo da samostalno menjaju fond socijalnog osiguranja. Pravo na promenu fonda su imali samo u slučaju promene radnog mesta. Tri najveća fonda socijalnog osiguranja okupljala su preko 90% od svih učesnika fondova i to: fond SSS okupljao je 64,87% učesnika, fond EMPART 17,59% i fond CANAEMPU 11,62% što ukupno čini 2 155 698 učesnika.

1) Fond "SSS" ili služba socijalnog osiguranja ("Social Security Service") obuhvatao je najširi i najsiročiji sloj radništva. Ove kategorije radnika su uglavnom obavljale najteže (fizičke) poslove u izuzetno teškim radnim uslovima a mogućnost da ostvare svoja penzijska prava sticala su tek sa navršenih 65 godina starosti⁹¹ i njihove penzijske nadoknade bile su znatno manje u odnosu na ostale fondove socijalnog osiguranja. Penzijske nadoknade ovih osiguranika iznosile su 61% u odnosu na zarade aktivno zaposlenih.

2) EMPART fond odnosno udruženje privatno zaposlenih obuhvata približno 18% učesnika u odnosu na sva udruženja. Prosečna penzija iznosila je oko 87% od prosečne zarade u toj oblasti.

3) CANAEMPU je udruženje zaposlenih u javnim ustanovama i ono obuhvata oko 12% učesnika u odnosu na sva udruženja.

Ostala udruženja okupljala su oko 5-6% učesnika u odnosu na ukupan broj.

Najveći problem je predstavljala indeksacija penzijskih nadoknada jer se nije sprovodila na pravi način. Visoka inflacija predstavljala je prepreku za pravilnu indeksaciju penzijskih nadoknada koja je vršena na osnovu prihoda u poslednjoj godini, ili na osnovu prosečnog prihoda u poslednje tri godine ili pak u poslednjih 5 godina. Usaglašavanjem penzijskih nadoknada na bazi prosečnog prihoda u poslednjih 5 godina dešavalo se da se korekcija za stopu inflacije vršila u toku prve 2 godine, a za ostale tri nije ili pak obrnuto.

Sistem penzijskog osiguranja u Čileu pre reforme nailazio je na velike probleme, isplaćene penzije nisu bile u ravnoteži sa uplaćenim doprinosima, neadekvatnu metodologiju izračunavanja penzijskih nadoknada i njihove indeksacije, nezakonitu preraspodelu, nemogućnost države da pomogne zbog izuzetno velike finansijske iscrpljenosti, itd. Ovako velike poteškoće su bile takve da "pay as you go" sistem finansiranja nije mogao da ih amortizuje i zbog čega je ostala reforma sistema penzijskog osiguranja bila neminovna koja je započeta 1981. godine.

U celini posmatrano, reforma je podrazumevala ukidanje javnog i uvođenje novog odnosno privatnog penzijskog osiguranja. Bolje rečeno, novi sistem penzijskog osiguranja sastojao se iz dva podsistema:

a) *Podsistem javnog penzijskog osiguranja* koji je izmenjen u odnosu na prethodni sistem. Zaposlenima koji su već učestvovali u prethodnom sistemu javnog penzijskog osiguranja bile su ponuđene dve mogućnosti: ili da ostanu u okviru sistema javnog penzijskog osiguranja ili da do 1986. godine pređu na privatni sistem penzijskog osiguranja.⁹²

⁹¹ Larroulet C, op. cit, str. 10

⁹² Ekonomski politika, br. 2031, od 4. marta 1991., str. 25

b) *Podsistem privatnog penzijskog osiguranja*, podrazumeva da svi novozaposleni, odnosno svi oni koji se prvi put zapošljavaju moraju biti uključeni u privatni sistem penzijskog osiguranja.

Penzijska nadoknada koju zaposleni ima pravo da prima po odlasku u penziju sastoji se iz dva dela:

1) prvi deo po osnovu vrednosti obveznica, kojima se prenose prava iz javnog penzijskog osiguranja koje se indeksiraju za stopu inflacije i u isto vreme donose kamatu do trenutka isplate penzijske nadoknade;

2) drugi deo po osnovu akumuliranih doprinosa u privatnom penzijskom osiguranju i prinosa koji je ostvaren po osnovu akumuliranih sredstava doprinosa uloženih u razne investicije.

Sledeći korak je bio odrediti privatne investicione kompanije koje su poznate pod nazivom AFP "Administratoras de Fondas de Pensiones" koje bi imale zadatku da investiraju sredstva prikupljena na ličnim (privatnim) štednim računima i ne mogu se baviti drugim poslovima. Na početku reforme sa radom je započelo 13 privatnih investicionih kompanija koje su 1991. godine ukupno imale oko 12000 zaposlenih.

Tri najveća privatna investiciona fonda (AFP) su u samom početku imala oko 70% članova svih privatnih investicionih fondova, a ostali privatni investicioni fondovi su kasnije dobili veću zastupljenost u članstvu.

Zaposleni koji su imali privatne (lične) penzijske račune bili su u obavezi da svoja sredstva doprinosa investiraju u jedan od 13 privatnih investicionih fondova. Zaposleni imaju pravo da svoje račune prenose iz jedne u drugu investicionu kompaniju.

Prema ekstrapolacijama koje su uradili čileanski stručnjaci u vreme reformi neophodno je ostvarivanje prinosa na uložena sredstva doprinosa od 4 % da bi muškarci koji odlaze u penziju sa 65 godina starosti a žene sa 60 godina starosti ostvarivali penzijsku nadoknadu u visini od oko 75% zarade iz poslednje godine zaposlenja. Zato je trebalo izvršiti diversifikaciju investicionih ulaganja da bi se smanjio rizik od neadekvatnog ulaganja i da bi se postigla željena stopa prinosa (koliko je to moguće) uz maksimalnu stopu sigurnosti.

Privatne investicione kompanije prikupljena sredstva mogu ulagati u državne ili korporacijske (privredne) obveznice, akcije i druge finansijske instrumente.

Zbog diversifikacije rizika i njegove kontrole čileanska vlada je odmah nakon formulisanja prava i obaveza za privatne investicione kompanije propisala da, na primer, najviše 30% portfelja svake AFP kompanije može da sadrži obične akcije i da se, na primer, u akcije jedne kompanije ne može uložiti više od 5%.

Svaka AFP investiciona kompanija dužna je da obezbedi minimalnu stopu povraćaja na uložena sredstva sa privatnih penzijskih računa koja se definiše kao procenat od prosečnog povraćaja svih 13 AFP investicionih kompanija ukupno. Vlada je krajnji garant koji osigurava minimalnu stopu povraćaja.

Privatne investicione kompanije mobilisu velika finansijska sredstva. One su 1990. godine upravljale sa približno 5 mlrd \$ što je predstavljalo oko

25% društvenog bruto proizvoda Čilea. Treba napomenuti da su 2000. godine privatne investicione kompanije upravlja sredstvima koja su iznosila približno 50% društvenog bruto proizvoda Čilea. Zaposleni koji su se opredelili za privatni sistem penzijskog osiguranja stekli su pravo na minimalnu penziju čiji je garant država. Minimalna penzijska nadoknada iznosi 85% od minimalne zarade, a za penzionisane radnike sa najmanje 70 godina života penzija se povećava na 90% od minimalne zarade. Propisana starosna granica za odlazak u penziju za muškarce iznosi 65 godina, a za žene 60 godina. Ove starosne granice važeće su i u novom privatnom sistemu penzijskog osiguranja. Sistem privatnog penzijskog osiguranja obezbeđuje tri oblika osiguranja:

- 1) starosno penzijsko osiguranje,
- 2) invalidsko osiguranje i
- 3) penzijsko osiguranje za udovice i izdržavane članove porodice.

Kao učesnici u javnom penzijskom osiguranju zadržali su se samo oni zaposleni koji su po godinama starosti blizu ispunjenja uslova za odlazak u penziju, tako da je ovaj sistem penzijskog osiguranja pred gašenjem.

Penzijske nadoknade su osigurane i za bračne drugove, siročad, majke čija su deca rođena izvan braka, roditelje učesnika penzijskih planova ukoliko ne postoje drugi korisnici.

Reforma penzijskog sistema u Čileu može poslužiti kao primer ostalim zemljama koje žele da izvrše reformu penzijskog osiguranja. Reforma penzijskog sistema u Čileu podrazumeva promenu načina finansiranja penzijskog osiguranja odnosno prelazak sa javnog na privatni penzijski sistem. Penzijske nadoknade zavise od akumuliranih sredstava na individualnim penzijskim računima koji se uvećavaju za prinos izvršenih investicionih ulaganja. Ovakav način finansiranja je dobar za državu jer ne zahteva dodatne troškove koje ona svojim sredstvima treba da pokrije.

Sa izloženog se da zaključiti da je Čile izvršio radikalnu reformu svog gotovo propalog sistema penzijskog osiguranja, zamenjujući ga obaveznim, privatnim osiguranjem.

4. PENZIJSKI SISTEM NEMAČKE, ŠVEDSKE I SAD

A. Sistem penzijskog osiguranja Nemačke sastoji se iz:

- 1) javnog sistema penzijskog osiguranja i
- 2) sistema dobrovoljnog privatnog osiguranja.

Javni fond penzijskog osiguranja obuhvata sve zaposlene osim zaposlenih u državnim institucijama čije se penzijske nadoknade isplaćuju iz državnog budžeta. Zbirna stopa doprinosa za penzijsko osiguranje iznosila je u 1996. godini 18,2% (po 9,1% uplaćivali su i zaposleni i poslodavci), a 1998. godine zbirna

stopa doprinosa iznosila je 20,3% (i to 10,15% na teret zaposlenog i isto toliko na teret poslodavca). Na osnovu kretanja rasta doprinosa za penzijsko osiguranje predviđanja su da se posle 2015. godine može očekivati povećanje ukupne stope doprinosa (i za zaposlene i za poslodavce), i to preko 28%. Puna penzijska nadoknada ostvaruje se sa navršenih 65 godina starosti za oba pola. Prosečna starost za odlazak u penziju je oko 60 godina i Nemačka se nalazi na dnu lestvice razvijenih zemalja Evrope prema prosečnoj starosti za odlazak u penziju.

U toku 1992. godine izvršena je reforma penzijskog osiguranja čime je uspostavljena jača veza između zarada osiguranika tokom radnog staža i njihovih penzijskih nadoknada. Uveden je bodovni sistem, tj. svaka zaposlena osoba koja je ostvarila zaradu u visini prosečne zarade, ostvarivala je jedan bod za svaku godinu radnog staža. Zaposleni koji su imali zaradu nižu od prosečne zarade ostvarivali su niži broj bodova koji je zavisio od odnosa njihove zarade i prosečne zarade, a zaposleni koji su imali veće zarade od prosečne mogli su ostvarivati 2 boda maksimalno.

Privatno odnosno dobrovoljno penzijsko osiguranje funkcioniše u Nemačkoj, ali samo oko 1/3 preduzeća nudi svojim zaposlenima ovakav oblik penzijskog osiguranja (a to je odprilike 1/2 zaposlene radne snage u Nemačkoj).

Posle prve reforme penzijskog osiguranja izvršene 1992. godine, Nemački parlament je 1997. godine usvojio i drugi paket reformi penzijskog osiguranja kojim se predviđa nadoknada u visini od 64% od prosečne zarade zaposlenih. Ali, i u 1999. godini vođene su polemike zainteresovanih strana zato što je reformom između ostalog predviđeno da se rast penzijskih nadoknada u Nemačkoj ne vezuju isključivo za zarade zaposlenih.

Predloženo je da se starosna granica za odlazak u penziju poveća sa 65 na 68 godina starosti, što je tendencija i u drugim zemljama Evropske Unije.

Usvojene izmene penzijskih propisa imaće najverovatnije primenu tek oko 2015. godine. Međutim, sada su velika negodovanja zato što će država kao što je Nemačka za koju se mislilo da ima "velikodušan" sistem penzijskog osiguranja morati da svoje penzijsko osiguranje usmeri u pravac koji je npr. zauzet u SAD; jačanjem dobrovoljnih oblika penzijskog osiguranja svaki pojedinac će morati da se maksimalno angažuje da sam sebi obezbedi odgovarajuću penzijsku nadoknadu.

Za pojedinačnu visinu penzija u Nemačkoj su meradovni prihodi od rada u toku celokupnog radnog staža.

B. Reforma penzijskog osiguranja u Švedskoj započela je 1996. godine kada se postepeno izvodila, tako da se slobodno može reći da je reforma penzijskog sistema najvećim delom izvršene tek 1998. godine. Sistem penzijskog osiguranja pre izvršene reforme sastojao se iz dva dela:

- 1) državnog sistema penzijskog osiguranja i
- 2) sistema dodatnog obaveznog osiguranja.

Državno penzijsko osiguranje omogućavalo je da svaki zaposleni ostvari osnovnu penziju koja je bila jedinstvena, a dodatno obavezno osiguranje omogućavalo je kao što sama reč kaže dodatnu penzijsku nadoknadu koja je zavisila

od ostvarenih zarada iz najboljih 15 godina radnog staža. Indeksacija navedenih delova penzijskog osiguranja izvršavana je u odnosu na rast cena. No ovaj postavljen sistem penzijskog osiguranja izmenjen je 1996. godine i postavljen je tako da, umesto penzijskog sistema koji je do tada važio i koji se sastojao iz dva dela, funkcioniše jedinstveni sistem penzijskog osiguranja koji se takođe sastoji iz dva dela na osnovu kojih se stvara jedinstvena penzijska nadoknada. Prvi deo jedinstvenog penzijskog sistema finansira se iz doprinosa koji se obračunavaju primenom propisane stope od 16,5% na ostvarenu zaradu, a drugi deo se finansira doprinosima koji se obračunavaju primenom propisane stope od 2% na ostvarenu zaradu i deluje na bazi kapitalnog pokrića.⁹³ Iz izloženog se zaključuje da zbirna stopa doprinosa iznosi 18,5%, da se doprinosi uplaćuju redovno u toku celokupnog radnog staža i da se penzijske nadoknade isplaćuju iz sredstava formiranih na ovaj način.

Promene su evidentne i u švedskom modelu državnog osiguranja koji se sastojao od državnog penzijskog sistema i dodatnog obaveznog osiguranja sve do reforme starosnog osiguranja. Od 1996. godine postoji novi sistem starosnog osiguranja koji se sukcesivno sprovodi. Dvočlan sistem se sukcesivno zamjenjuje jedinstvenim sistemom koji nudi penziju sastavljenu iz dva dela. Jedan deo se, kao što je već rečeno, finansira iz doprinosa od 16,5%, a drugi deo se finansira kapitalnim pokrićima. Visina i prvog i drugog dela penzije zavisi od visine ostvarene zarade i od uplaćenog doprinosa za vreme celokupnog radnog staža.

U Švedskoj ne postoji nikakva opšta starosna granica. Penzija može da se ostvari od 61 godine starosti, ali onda je ona relativno mala.⁹⁴ Ko ode u penziju posle 61 godine starosti za svaku godinu dobija dodatak koji se matematičkim putem izračunava. Matematička formula obezbeđuje da sa porastom prosečnog životnog veka penzija opada. Švedski penzioni sistem raspolaže rezervama koje pokrivaju 66 mesečnih izdataka.

C. Socijalno osiguranje obezbeđuje pojedincima minimum sredstava u danima nakon penzionisanja, a pored njega u SAD je u velikoj meri zastupljeno privatno, tj. dobrovoljno penzijsko osiguranje. Sredstva dodatnih penzijskih nadoknada u sklopu programa privatnog penzijskog osiguranja u SAD veoma su značajna u postupku obezbeđivanja finansijskih sigurnosti penzionisanih radnika i njihovih porodica.

Ovako formirani penzijski programi obezbeđuju veoma značajan izvor sredstava koji učestvuje na finansijskom tržištu. Ovako prikupljena sredstva se uglavnom koriste za investiranje u razvoj naselja, tržnih centara, u izgradnju novih fabričkih postrojenja i njihove opreme i druge veoma unosne ekonomске investicije od kojih se očekuje veliki profit.

SAD imaju dugu tradiciju na polju privatnih penzijskih planova. Početak osnivanja industrijskih penzijskih planova vezan je za 1875. godinu osnivanjem plana "American Express Company". Narednih pola veka formirano je oko 400

⁹³ „Penzije - Proba izdržljivosti sistema“, Ekonomski politika, br. 2338, 27. januar 1997, str. 39

⁹⁴ „How does Swedens PAYG system work“, Finance&Development, Published by the IMF, septembar 2001, str. 6.

penzijskih planova. Planovi su uglavnom osnivani u železnici, bankarstvu, itd.⁹⁵ Nešto sporiji razvoj penzijskih planova odvijao se u proizvodnim kompanijama, zbog toga što su ove kompanije bile znatno mlađe i zbog čega nisu bile u situaciji da se suoče sa problemom isplata starosnih penzija. Početak funkcionisanja privatnih penzijskih planova započeo je u XIX veka, ali je značajan razvoj ovih programa ipak započeo četrdesetih godina XX veka i njihov razvoj se i danas nastavlja.

Starosna granica za odlazak u penziju za muškarce i žene je 65 godina. Za punu penziju potrebno je uplaćivati doprinose 35 godina, a najkraći period za uplatu doprinosa je 10 godina. Indeksacija penzija vrši se u odnosu na rast cena. Plan socijalne sigurnosti, obuhvata "programe osiguranja starih, dugovečnih, nesposobnih za rad i zdravstveno ugroženih osoba". Ovako koncipiran program socijalnog osiguranja ima za cilj rešavanje socijalnih problema koje je inače jako teško rešiti samostalno i obezbeđuje osnovnu ekonomsku sigurnost stanovništva.⁹⁶

Odnos broja aktivnih osiguranika prema broju penzionera je kao i u mnogim zemljama uglavnom u opadanju, tako je npr. 1990. godine u SAD taj odnos bio 3,3 : 1, a za 2040. godinu se predviđa da će ovaj odnos biti još nepovoljniji odnosno za jednog penzionera će raditi 1,7 radnika.

U SAD se vode intezivne rasprave o stanju u socijalnom osiguranju sa nagoveštajima da može doći kao što je na početku rečeno do katastrofe u ovoj oblasti osiguranja. 2012. i 2020. godine. Zapravo, posle 2029. godine se prema nekim analizama očekuje da će sve rezerve biti utrošene i da će oko 75% izdataka penzijskih nadoknada obezbeđivati prihod iz socijalnog osiguranja.

Prelaskom na tržišnu ekonomiju privređivanja neminovno je, kao i u ostalim zemljama u tranziciji, došlo do problema koji su se odražavali kroz smanjenja broja zaposlenih i aktivnih osiguranika. Pored toga došlo je do olakšavačih uslova za odlazak u penziju što je dovelo do povećanja broja penzionera, itd. Zbog toga su izvršene izmene u oblasti penziskog osiguranja, a posle 1998. godine učinjeni su i značajniji koraci: povećane su godine starosti za odlazak u penziju, pooštreni su uslovi za odlazak u prevremenu penziju, promenjen je sistem uskladivanja penzijskih nadoknada, itd.

Sam kraj prošlog veka je izuzetno značajan za rumunski penzijski sistem, jer je tada usvojen Zakon o izmenama sistema penzijskog osiguranja. Uvedeni su, pored postojećeg prvog nivoa, drugi i treći nivo sistema penzijskog osiguranja po principu kapitalizacije.

⁹⁵ Everett T. Allen, „Pension Planing (Pension, Profit, Sharing and other Deffered Compensation Plans)», Irwin/MC Graw - Hill, 1992, str. 2

⁹⁶ Rejda E. George, „Principles of Risk management and insurance», Harper Collins College Publishers, New York, 1995, str. 465.

5. PENZIJSKI SISTEM SLOVENIJE, HRVATSKE I SRBIJE

A. Slovenija je 1992. godine započela reforme penzijskog osiguranja. Usvajanjem novog Zakona o penzijskom osiguranju koji je sadržao zнатне izmene u odnosu na odredbe Zakona koje su do tada važile. Sistem Slovenskog penzijskog osiguranja je krajem 80-tih i u 90-tim godinama prošlog veka imao specifične problemi, ali i probleme koje uglavnom imaju i druge zemlje u tranziciji. Od početka perioda tranzicije i odnos broja aktivnih osiguranika i broja penzionera je u stalnom opadanju. Tako je na primer, ovaj odnos u 1989. godini bio 2,52:1, 1991. godine, 1,95:1, 1992. godine, 1,70:1, a 1999. godine 1,68:1. Vršeći poređenja sa ostalim evropskim zemljama, može se zaključiti, da Slovenci odlaze u penziju relativno mladi.

Tako su, 1989. godine prosečne godine starosti za odlazak u penziju bile: 58,3 za muškarce i 55,2 godine za žene. Dve godine kasnije, tj. 1991. godine prosečne godine starosti za odlazak u penziju bile su 56,1 godina za muškarce i 52,3 godine za žene, a 1999. godine za muškarce 57,5 godina a za žene 54,0 godina.

Važno je napomenuti da je u Sloveniji odnos prosečne starosne penzije i prosečne neto zarade zadržan na visokom nivou i krajem 90-tih godina prošlog veka. Tako je, 1990. godine odnos prosečne starosne penzije i prosečne neto zarade iznosio 89,2%, 1991. godine 73,8%, a krajem 90-tih godina 76,8%. Veruje se da je ovakva visina prosečnih penzija izvršene indeksacije na osnovu koga se usklađivanje penzija nadoknada vršilo u odnosu na rast prosečne zarade. Zbog ovako visokog iznosa prosečnih penzija u odnosu na prosečnu neto zaradu i pogoršanja odnosa broja radno aktivnih osiguranika i broja penzionera u Sloveniji se tokom 90-tih godina prošlog veka pojavio problem povećanja rashoda za penzijsko osiguranje. Učešće rashoda u BDP se sa 10,9% početkom 90-tih godina povećavalo tako da je 1999. godine iznosilo 14,4%. Rashodi za penzijsko osiguranje uglavnom su pokrivani nadvanačina:

- 1) povećanjem stope doprinosa,
- 2) većim davanjem sredstava iz državnog budžeta.

Najznačajnije promene koje su nastale reformom penzijskog i invalidskog osiguranja u Sloveniji u periodu 1992.-1999. godine su:

- 1) za razliku od zaposlenih, samozaposleni i poljoprivrednici mogli su da biraju osnovicu za plaćanje doprinosa koja je morala biti iznad minimalne,
- 2) muškaraci su mogli otići u penziju sa navršenih 40 godina radnog staža i navršenih 58 godina života, žene koje 35 godina radnog staža i 53 godine starosti. Kao što se vidi, starosna granica za odlazak u penziju bilje izuzetno niska,
- 3) osnovica za utvrđivanje penzije usklađivala se sa rastom prosečne neto zarade i za izračunavanje penzije uzimao se prosek 10 najboljih godišnjih zarada. Penzija nije mogla biti manja od 64% prosečne neto zarade, nije mogla biti veća od 310% prosečne neto zarade.

Zakon predviđa da društva za upravljanje penzijskim fondovima mogu do 60% od ukupnog portfolia ulagati u bankarske depozite, što omogućuje bankama da imaju dugoročne plasmane. Takođe, Zakonom se dozvoljava da 20% sredstava fonda bude investirano u hartije od vrednosti izdate od Republike Makedonije.

B. Do 1998. godine penzijski sistem Hrvatske sastojao se iz tri fonda:

- 1) fonda zaposlenih,
- 2) fonda samostalnih privrednika i
- 3) fonda individualnih poljoprivrednika.

Najveći broj osiguranika preko 86% obuhvatio je fond zaposlenih, dok su ostali fondovi imali znatno manji broj osiguranika odnosno drugi fond obuhvata oko 6% osiguranika, a treći fond oko 8 % od ukupnog broja osiguranika.

U Hrvatskoj je krajem prošlog veka stalno opadao odnos broja aktivno zaposlenih i penzionera. Tako je 1980. godine odnos aktivno zaposlenih i penzionera bio 4:1, a 1998. godine taj odnos je znatno pao i iznosio je 1,48:1, što znači da je te godine 1,48 aktivno zaposlenih obezbeđivalo sredstva za finansiranje jednog penzionera.

Reforma penzijskog sistema Hrvatske započela je 1998. godine, kada je podignuta starosna granica za odlazak u penziju i to za žene na 60 godina starosti, a za muškarce 65 godina starosti. Promenjen je i način izračunavanja visine penzije na taj način što se sada za obračun uzimaju zarade iz celokupnog radnog veka radnika, a pre toga uzimao se period od deset godina sa najboljim zaradama. Promenjen je i način usklađivanja penzija, tako što se sada polovina penzije usklađuje prema zaradama, a polovina prema troškovima života, dok se ranije usklađivanje vršilo samo prema zaradama.

Reforma penzijskog osiguranja u Hrvatskoj je nastavljena 1999. godine od kada se ista sastoji od tri dela (stuba).

Prvi stub penzijskog osiguranja predstavlja obavezno penzijsko osiguranje po sistemu „pay as you go“ (međugeneracijska solidarnost). U ovom stubu svi zaposleni i poslodavci obavezni su da uplaćuju doprinos po propisanim stopama.

Drugi stub penzijskog osiguranja predstavlja obavezno penzijsko osiguranje i zasniva se na ličnoj kapitalizovanoj štednji.

Treći stub penzijskog osiguranja predstavlja dobrovoljno penzijsko osiguranje koje se takođe kao i drugi stub zasniva na kapitalizovanoj štednji. Primena drugog i trećeg stuba počela je 2002. godine.

Odredbama Zakona o penzijskom osiguranju u drugom stubu se obavezno osiguravaju osiguranici mlađi od 40 godina, a osiguranici između 40 i 50 godina starosti mogu plaćati ovo osiguranje na dobrovoljnoj osnovi.

Učešće u trećem stubu osiguranja je dobrovoljno i u tome je osnovna razlika u odnosu na drugi stub. Osiguranik trećeg stuba može biti svako punoletno lice bez obzira da li je u radnom odnosu ili ne.

C. Vlade mnogih država suočile su se sa krizom nacionalnih penzijskih sistema. Postojeća demografska situacija (živi se duže, a rađa se manje dece)

dovela je do toga da je sistem državnih penzija, koji se u većini zemalja javlja kao osnovni vid penzijskog osiguranja, postao neodrživ. S jedne strane sistem državnih penzija je preskup za državu. Sa druge strane, ne osigurava penzijske nadoknade koje mogu da obezbede dostojanstven život u starosti.

Sistem državnih penzija organizovan po Bizmarkovom modelu zasniva se na principu međugeneracijske solidarnosti odnosno sistemu tekućeg PAY-AS-YOU-GO finansiranja. Aktivni osiguranici izdvajaju doprinose od ličnog dohotka, da bi se od tako prikupljenih sredstava isplaćivale penzijske nadoknade. Uplaćena sredstva se ne zadržavaju na ličnim računima osiguranika, već se odmah vrši njihova dalja distribucija ka penzionerima.

Glavni faktor koji utiče na funkcionisanje sistema državnih penzija je od-nos broja radno aktivnih stanovnika i broja korisnika penzija. Za zdravo funkcionisanje pay-oy-go sistema potrebno je da bude 3-3,5 puta više aktivnih osiguranika od penzionera.

Srbija ima veoma nepovoljne demografske karakteristike. Pre dvadeset godina bilo je 3,5 puta više radnika nego penzionera. Danas je 1,3 puta više radnika od penzionera.

Usled nepovoljnog odnosa aktivnih osiguranika i korisnika penzije država dotira obećane penzijske nadoknade iz budžeta. Troškovi penzija u našoj zemlji učestvuju sa 14 % u bruto društvenom proizvodu i među najvišim su u regionu. Da bi se isplatile sve penzije, država Srbija mora da izdvoji iz budžeta čak 40 % sredstava potrebnih za isplatu penzijskih nadoknada

Slični razlozi uzrokovali su talas reformi penzijskih sistema širom Evrope.

Suština penzijskih reformi ogleda se u uvođenju privatnog penzijskog osiguranja i kapitalizovanih penzijskih fondova. Sistem kapitalizacije podrazumeva da se sredstva od uplaćenih doprinosa akumuliraju na ličnim računima članova i investiraju i na taj način povećavaju iznosi penzijskih nadoknada.

U skladu sa nomenklaturom Svetske banke struktura penzijskih sistema prikazuje se u vidu tri stuba koja čine:

- a. državno penzijsko osiguranje,
- b. obavezno privatno penzijsko osiguranje,
- c. dobrovoljno privatno penzijsko osiguranje (odnosno članstvo u dobrovoljnim penzijskim fondovima).

Reformom penzijskog sistema u Srbiji izvršena je transformacija prvog stuba i uveden je treći stub-dobrovoljno privatno penzijsko osiguranje. Pomenuta reforma penzijskog sistema u Srbiji izvršena je septembra 2005. donošenjem sledećih zakona:

- Zakon o izmenama i dopunama Zakona o penzijskom i invalidskom osiguranju;
- Zakon o dobrovoljnim penzijskim fondovima i penzijskim planovima;
- Zakon o uplati doprinosa za penzijsko i invalidsko osiguranje za pojedine kategorije osiguranika-zaposlenih;

- Zakon o javnom dugu Republike Srbije po osnovu preuzimanja obaveza Republičkog fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje zaposlenih na-sta-lih po osnovu neisplaćenih penzija i novčanih naknada i

- Zakon o javnom dugu Republike Srbije po osnovu preuzimanja obaveza Republičkog fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje poljoprivrednika nastalih po osnovu neisplaćenih penzija i novčanih naknada.

Svih pet zakona su objavljeni u „Republičkom glasniku RS”, br 85/05.

Penzijskom reformom se predviđa postepeno pomeranje starosne granice za odlazak u penziju. Prema važećem zakonu (“Službeni glasnik RS”, br. 34/03, 64/04 i 84/04) uslov za odlazak u starosnu penziju, do njegove dopune 2005., iznosio je 63 godine za muškarce i 58 godina za žene, sa minimalno 20 godina penzijskog staža. Reformom se postepeno pomera starosna granica na 65 godina za muškarce i 60 godina za žene sa minimalno 15 godina penzijskog staža i to sledećom dinamikom:

Prema važećem zakonu (“Službeni glasnik RS”, br. 34/03, 64/04 i 84/04) obračun penzijskih nadoknada, do njegove dopune 2005., se vršio prema švajcarskom modelu (što znači da su se penzije uskladivale sa porastom troškova života i sa porastom zarada). Indeksacija se vršila četiri puta godišnje: 1. januara; 1. aprila; 1. jula i 1. oktobra.

Nakon reforme prelazi se na indeksaciju penzijskih nadoknada dva puta godišnje: 1. aprila i 1. oktobra, s tim što se vrši postupni prelazak na uskladivanje zarada samo sa kretanjem troškova života.

Kao sastavni deo reforme prvog stuba je da Republički fond za penzijsko i invalidsko osiguranje zaposlenih, Republički fond za penzijsko i invalidsko osiguranje samostalnih delatnosti i Republički fond za penzijsko i invalidsko osiguranje poljoprivrednika na dan 1. januara 2008. godine postaju jedan fond -Republički fond za penzijsko i invalidsko osiguranje, organizovan kao jedno pravno lice sa statusom organizacije za obavezno socijalno osiguranje u kome se ostvaruju prava iz penzijskog i invalidskog osiguranja i obezbeđuju sredstva za ovo osiguranje.

Zakonom o dobrovoljnim penzijskim fondovima i penzijskih planova koji se nalazi u sklopu pomenutog paketa zakona iz septembra meseca 2005. u Srbiji je uvedeno dobrovoljno privatno penzijsko osiguranje.

Penzijski fondovi koncipirani su kao autonomni penzijski fondovi, odnosno predstavljaju instituciju kolektivnog investiranja u okviru koje se prikuplja i ulaže penzijski doprinos u različite vrste imovine sa ciljem ostvarenja prihoda i smanjenja rizika ulaganja. Penzijski fondovi nemaju status pravnog lica.

Imovina dobrovoljnog penzijskog fonda u svojini je članova fonda, сразмерno njihovom udelu u imovini fonda. Penzijski fondovi su organizovani na principu defined contribution planova. Dakle iznos penzijske nadoknade zavisiće od uplaćenih doprinosa i prinosa na akumulirana sredstva.

Organizovanje i upravljanje penzijskim fondom vrši društvo za upravljanje penzijskim fondom, koje se osniva isključivo u formi akcionarskog društva. Imovina dobrovoljnog penzijskog fonda, koja se vodi kod kastodi banke, potpuno je odvojena od imovine društva za upravljanje. Račun dobrovoljnog penzijskog

fonda otvara i vodi kastodi banka. Kastodi usluge za fond obavlja isključivo jedna banka. Imovina penzijskog fonda ne može biti predmet prinudne naplate, zaloge, hipoteke, ne može se uključiti u likvidacionu ili stečajnu masu društva za upravljanje, kastodi banke ili drugih lica, niti koristiti za izmirivanje obaveza člana dobrovoljnog penzijskog fonda i drugih lica prema trećim licima.

Društvo za upravljanje donosi investicione odluke i vrši programirane isplate, na osnovu ugovora koji se zaključuje između člana fonda i društva za upravljanje. Kupovina anuiteta može da se obavi tako što društvo za upravljenje, po nalogu vlasnika, prenese akumulirana sredstva na individualnom računu u osiguravajuće društvo. Nadzor nad radom društva za upravljanje privatnim penzijskim fondovima vrši Narodna banka Srbije. Sistem nadzora je, u cilju obezbeđenja zaštite i sigurnosti članova dobrovoljnih penzijskih fondova i podsticanja razvoja dobrovoljnog penzijskog osiguranja u Srbiji, kao načina za obezbeđivanje pristojnih nadokanada u starosti, koncipiran kao veoma intenzivan, strog i preventivan.

Š E S T I D E O

FINANSIRANJE JAVNIH USLUGA

1. FINANSIRANJE NAUČNOISTRAŽIVAČKOG RADA⁹⁷

1.1. Finansiranje naučnoistraživačke delatnosti

Sredstva za finansiranje naučnoistraživačke delatnosti obezbeđuju se iz:

1. sredstava osnivača;
2. budžeta Republike;
3. budžeta autonomne pokrajine i jedinica lokalne samouprave;
4. sredstava privrednih društava, udruženja i drugih organizacija;
5. sopstvenih prihoda naučnoistraživačkih organizacija;
6. sredstava domaćih fondova i zadužbina, i poklona pravnih i fizičkih lica;
7. sredstava stranih fondacija, pravnih i fizičkih lica, i donacija;
8. drugih izvora, pod uslovom da se ne ugrožava autonomija i dostojanstvo naučnoistraživačkog rada.

Sredstva iskazuju se i evidentiraju u skladu sa jedinstvenom budžetskom klasifikacijom. Sredstva za finansiranje programa od opšteg interesa za Republiku, obezbeđuju se u budžetu Republike. U sufinansiranju programa mogu učestovavati autonomne pokrajine, jedinice lokalne samouprave i druga pravna i fizička lica.

1.2. Projektno finansiranje nauke

Program osnovnih istraživanja, Program istraživanja u oblasti tehnološkog razvoja i Program transfera znanja i tehnologija i podsticanja primene rezultata naučnoistraživačkog rada finansiraju se putem projektnog finansiranja. Projektno finansiranje je finansiranje izvršilaca istraživanja i primenjuje se za sve vrste istraživanja. Projektno finansiranje obuhvata finansiranje naučnoistraživačkog rada istraživača i finansiranje direktnih materijalnih troškova istraživanja.

Radi realizacije istraživačkih i razvojnih projekata, iz budžeta Republike daju se nepovratna sredstva naučnoistraživačkim organizacijama, osim ako posebnim ugovorom, kojim se uređuju međusobna prava i obaveze izvršilaca projekata i Ministarstva, nije drukčije određeno. Za svaki novi ciklus istraživanja u oblasti osnovnih nauka i u tehnološkom razvoju Ministarstvo raspisuje konkurs, najmanje devet meseci pre isteka roka za realizaciju tekućeg ciklusa istraživanja u ovim oblastima. Realizacija i finansiranje programa počinje, po pravilu, početkom kalendarske godine.

⁹⁷ Sl. Glasnik R. Srbije, br. 110/05.

1.3. Finansiranje materijalnih troškova rada instituta

Iz budžeta Republike pored projektnog finansiranja, institutima čiji je osnivač Republika, obezbeđuju se sredstva i za finansiranje:

1. materijalnih troškova, tekućeg i investicionog održavanja;
2. održavanja naučnoistraživačke infrastrukture;
3. plata pomoćnog osoblja.

Normative i standarde za finansiranje namena utvrđuje ministar. Broj pomoćnog osoblja čije se plate finansiraju iz budžeta Republike ne može biti veći od jedne petine istraživača zaposlenih u institutu sa punim radnim vremenom. Institut čiji je osnivač Republika dostavlja Ministarstvu, tokom tekuće godine, predračun troškova za narednu godinu za finansiranje namena. Namene finansiraju se na osnovu predračuna instituta, a u skladu sa normativima i standardima. Na početku svake kalendarske godine. Ministarstvo i institut čiji je osnivač Republika zaključuju ugovor o finansiranju namena. Ugovorom utvrđuje se visina sredstava za namene, dinamika i način isplate, a u zavisnosti od raspoloživih sredstava u budžetu Republike.

1.4. Finansiranje institucija od nacionalnog značaja

Sredstva za rad i realizaciju Programa naučnoistraživačkog rada Sipske akademije nauka i umetnosti, Programa naučnoistraživačkog rada Matice srpske, kao i instituta čiji je osnivač Srpska akademija nauka i umetnosti, obezbeđuju se u budžetu Republike.

Organizacije mogu učestvovati u ostvarivanju i drugih programa od opštег interesa utvrđenih ovim zakonom. Finansiranje naučnoistraživačkog rada centara izuzetnih vrednosti vrši se u skladu sa aktom. Centar izuzetnih vrednosti realizuje projekte u okvira programa, u skladu sa ugovorom koji zaključi sa Ministarstvom. Ugovorom uređuju se međusobna prava i obaveze između Ministarstva i centra izuzetnih vrednosti, odnosno njegovog osnivača.

1.5. Finansiranje posebnih programa i projekata

Sredstvima iz budžeta Republike finansiraju se i posebni programi i projekti interdisciplinarnog karaktera koji objedinjuju ciljno usmerena osnovna istraživanja, tehnološki razvoj i razvoj naučnoistraživačke infrastrukture, a realizuju ih istraživači iz različitih naučnoistraživačkih organizacija, kao i posebni programi i projekti koji su od strateškog značaja za proučavanje i razvoj nacionalne kulture i unapređenje opštег civilizacijskog nivoa društva. Radi realizacije prioritetnih zadataka i ciljeva utvrđenih Strategijom, programe i projekte utvrđuje ministar, na pretilog Nacionalnog saveta. Za finansijska sredstva iz budžeta Republike namenjena realizaciji programa od opštег interesa utvrđenih u članu 10. ovog zakona, kao i posebnih programa i projekata, konkurišu, pod jednakim uslovima, naučnoistraživačke organizacije koje su upisane u Registar naučnoistraživačkih organizacija, i istraživačko-razvojni centri i inovacioni centri koji su upisani u

Registrar inovacione delatnosti, u skladu sa zakonom kojim se uređuje inovaciona delatnost.

Za finansijska sredstva iz budžeta Republike namenjena realizaciji programa od opšteg interesa mogu konkurisati lica koja su završila osnovne studije i nastavljaju usavršavanje na magistarskim, diplomskim akademskim, specijalističkim akademskim studijama ili doktorskim studijama, kao i učenici završnih razreda srednje škole koji su osvojili jedno od prva tri mesta na međunarodnim olimpijadama znanja. Za finansijska sredstva iz budžeta Republike namenjena realizaciji programa od opšteg interesa mogu konkurisati izdavačke organizacije u suradnji sa naučno istraživačkim organizacijama koje su upisane u Registrar naučnoistraživačkih organizacija i naučno-stručna društva, a za program mogu konkurisati naučna i naučno-stručna društva. Finansiranje, odnosno učešće u sufinsaniranju programa od opšteg interesa, i posebnih programa i projekata, vrši se u skladu sa posebnim aktom za svaki program pojedinačno.

2. FINANSIRANJE OBRAZOVANJA⁹⁸

2.1. Finansiranje visokoškolskih ustanova

Visokoškolska ustanova stiče sredstva za obavljanje svoje delatnosti u skladu sa zakonom i statutom, iz sledećih izvora:

1. sredstava koja obezbeđuje osnivač;
2. školarine;
3. donacija, poklona i zaveštanja;
4. sredstava za finansiranje naučnoistraživačkog, umetničkog i stručnog rada;
5. projekata i ugovora u vezi sa realizacijom nastave, istraživanja i konsultantskih usluga;
6. naknada za komercijalne i druge usluge;
7. osnivačkih prava i iz ugovora sa trećim licima;
8. i dragih izvora, u skladu sa zakonom.

Sredstvima visokoškolska ustanova samostalno upravlja.

Sredstva može sticati i visokoškolska jedinica u skladu sa osnivačkim aktom i opštim aktom samostalne visokoškolske ustanove. Sredstva iskazuju se i evidentiraju u skladu sa jedinstvenom budžetskom klasifikacijom. Visokoškolska ustanova čiji je osnivač Republika stiče sredstva za sprovođenje odobrenih,

⁹⁸ Sl. Glasnik R. Srbije, br. 76/2003

odnosno akreditovanih studijskih programa u okviru svoje delatnosti na osnovu ugovora koji samostalna visokoškolska ustanova zaključuje sa Vladom, po prethodno pribavljenom mišljenju Ministarstva.

Sredstva za obavljanje delatnosti u toku jedne školske godine obezbeđuju se u skladu s programom rada visokoškolske ustanove. Visokoškolska ustanova u sastavu univerziteta, u obavljanju svoje delatnosti sredstvima koja obezbeđuje osnivač, u pravnom prometu istupa na osnovu ovlašćenja iz statuta, u svoje ime a za račun univerziteta. Organ upravljanja visokoškolske ustanove odgovara nadležnom ministarstvu za namensko i ekonomično trošenje sredstava dodeljenih iz budžeta. Normative i standarde rada visokoškolskih ustanova, kao i materijalna sredstva za njihovo ostvarivanje, uključujući i sredstva za ostvarivanje funkcija univerziteta u okviru studijskih programa koji se izvode na visokoškolskim ustanovama i jedinicama, utvrđuje Vlada, na predlog Nacionalnog saveta i po pribavljenom mišljenju Konferencije univerziteta i Konferencije akademija strukovnih studija.

Osnivač obezbeđuje sredstva visokoškolskoj ustanovi za:

1. materijalne troškove, tekuće i investicione održavanje;
2. plate zaposlenih, u skladu sa zakonom i kolektivnim ugovorom;
3. opremu;
4. bibliotečki fond;
5. obavljanje naučnoistraživačkog, odnosno umetničkog rada koji je u funkciji podizanja kvaliteta nastave;
6. naučno i stručno usavršavanje zaposlenih;
7. podsticanje razvoja nastavno-naučnog i nastavno-umetničkog podmlatka;
8. rad sa darovitim studentima;
9. međunarodnu saradnju;
10. izvore informacija i informacione sisteme;
11. izdavačku delatnost;
12. rad studentskog parlamenta i vannastavnu delatnost studenata;
13. finansiranje opreme i uslova za studiranje studenata sa hendikepom;
14. druge namene, u skladu sa zakonom.

Sredstva koja visokoškolska ustanova, odnosno visokoškolska jedinica ostvari, izuzev sredstava koja obezbeđuje Republika, čine sopstveni prihod te visokoškolske ustanove, odnosno jedinice (školarina, pružanje usluga trećim licima, poklon, donacije, sponzorstvo i drugi izvori sticanja sredstava). Sredstvima visokoškolska ustanova, odnosno visokoškolska jedinica sa svojstvom pravnog lica, raspolaže u skladu sa zakonom i opštim aktom te visokoškolske ustanove, odnosno visokoškolske jedinice.

Sredstvima ostvarenim obavljanjem delatnosti visokoškolske jedinice bez svojstva pravnog lica raspolaže ta jedinica u skladu sa zakonom i opštim aktom visokoškolske ustanove u čijem je sastavu. Visokoškolske jedinice u sastavu univerziteta, kad raspolažu sredstvima, u pravnom prometu istupaju u svoje ime i za svoj račun, u skladu sa zakonom, statutom univerziteta i sopstvenim

statutom. Visokoškolske jedinice u sastavu univerziteta iz sredstava izdvajaju deo za finansiranje zajedničkih poslova na nivou univerziteta. Izdvajanje sredstava vrši se na osnovu planiranog obima i troškova aktivnosti koji se utvrđuju odlukom saveta univerziteta za tekuću školsku godinu.

2.2. Školarina

Visokoškolska ustanova stiče sredstva iz školarine na osnovu odluke o visini školarine za studente koji plaćaju školarinu. Merila za utvrđivanje visine školarine utvrđuju se opštim aktom visokoškolske ustanove. Visokoškolska ustanova je dužna da pre raspisivanja konkursa za upis novih studenata utvrdi visinu školarine za narednu školsku godinu za sve studijske programe.

Školarinom se utvrđuju troškovi studija za jednu školsku godinu, odnosno za sticanje 60 ESPB bodova. Školarina obuhvata naknade za redovne usluge koje visokoškolska ustanova pruža studentu u okvira ostvarivanja studijskog programa. Redovne usluge utvrđuju se odlukom univerziteta, odnosno druge samostalne visokoškolske ustanove.

3. FINANSIRANJE KULTURE

3.1. Kulturna delatnost i oblasti kulturne delatnosti

Kulturnom delatnošću smatraju se poslovi, akcije i manifestacije kojima se otkrivaju, stvaraju, istražuju, tumače, proučavaju, predstavljaju, šire ili čuvaju kulturne vrednosti i kojima se edukuju stručnjaci, naročito u sledećim oblastima:

1. istraživanja, zaštite i korišćenja kulturnog nasleđa;
2. bibliotečko-informacione delatnosti;
3. knjige i književnosti (stvaralaštvo, izdavaštvo, knjižarstvo, prevodiлаštvo);
4. muzike (stvaralaštvo, produkcija, interpretacija);
5. vizuelnih umetnosti, arhitekture i dizajna;
6. scenskih delatnosti (drama, opera, balet i ples);
7. kinematografije i audio-vizuelnog stvaralaštva;
8. digitalnog stvaralaštva i multimedija;
9. naučnoistraživačke i edukativne delatnosti u kulturi;
10. ostalih izvođenja kulturnih programa u muzičkim i scenskim delatnostima:

Kulturnu delatnost, sa dobitnim ili nedobitnim ciljem, mogu obavljati domaća i strana fizička i pravna lica, na način i pod uslovima predviđenim zakonom.

3.2. Budžetska sredstva kulture

Sredstva iz budžeta Republike Srbije, autonomnih pokrajina i jedinica lokalne samouprave obezbeđuju se za sledeće namene:

1. istraživanje i zaštitu kulturnog nasleđa;
2. ostvarivanje programa, projekata i umetničkih odnosno stručnih, naučnih razvojnih istraživanja u kulturi;
3. osnivanje javnih ustanova kulture;
4. finansiranje i sufinansiranje rada javnih ustanova kulture, materijalnih troškova i programa, plata, naknada plata i ostalih primanja zaposlenih u javnim ustanovama kulture, kao i investicionih programa javnih ustanova kulture;
5. finansiranje matičnih funkcija javnih ustanova kulture u skladu sa zakonom;
6. biblioteko-informacionu delatnost;
7. finansiranje i sufinansiranje programa i projekata drugih subjekata u kulturi;
8. podsticanje umetničkog i dragog stvaralaštva u kulturi;
9. podsticanje kulturno-umetničkog amaterskog stvaralaštva;
10. posebnu brigu o istaknutim, kulturnim stvaraocima;
11. nagrade u kulturi;
12. uplatu doprinosu za obavezno penzijsko, invalidsko i zdravstveno osiguranje samostalnim umetnicima;
13. za druge namene u kulturi.

Istraživanje i zaštita kulturnih dobara od izuzetnog značaja i zaštita kulturnih vrednosti srpskog naroda, koje se nalaze van teritorije Republike Srbije, obezbeđuju se sredstvima iz budžeta Republike Srbije. Zaštita i istraživanje ostalih kulturnih dobara, obezbeđuje se u budžetu Republike Srbije, kao i u budžetu autonomnih pokrajina i jedinica lokalne samouprave Sredstva za finansiranje Programa kulturnog razvoja obezbeđuju se u budžetu Republike Srbije.

Autonomne pokrajine i jedinice lokalne samouprave mogu učestvovati u sufinansiranju određenih programa i projekata obuhvaćenih u Programu kulturnog razvoja. Za predlog Programa kulturnog razvoja u delti koji se odnosi na teritorije autonomnih pokrajina, prethodno se pribavlja mišljenje nadležnih organa autonomnih pokrajina. Autonomne pokrajine, u cilju sprovođenja kulturne politike na svojoj teritoriji, u okvira prava i obaveza utvrđenih Ustavom i zakonom, donose programe kulturnog razvoja za koje se sredstva za finansiranje obezbeđuju u budžetu autonomnih pokrajina, u skladu sa zakonom.

Jedinice lokalne samouprave, u cilju staranja o ostvarivanju interesa građana u kulturi na svojoj teritoriji, donose programe kulturnog razvoja za koje

se sredstva za finansiranje obezbeđuju u budžetu jedinica lokalne samouprave, u skladu sa zakonom.

3.3. Finansiranje kulturnih programa i projekata

Sredstva za finansiranje ili sufinansiranje kulturnih programa i projekata, kao i umetničkih odnosno stručnih, naučnih i razvojnih istraživanja u pojedinim oblastima kulturne delatnosti, obezbeđuju se u budžeta Republike Srbije, autonomnih pokrajina i jedinica lokalne samouprave, u skladu sa zakonom. Ustanove kulture i dragi subjekti u kulturi, finansiraju kulturne programe i projekte i iz prihoda ostvarenih obavljanjem delatnosti, od naknada za usluge, prodajom proizvoda, ustupanjem autorskih i srodnih prava od ustupanja intelektualne svojine, od legata, donacija, sponzorstva, i na drugi način, u skladu sa zakonom. Finansiranje ili sufinansiranje kulturnih programa, projekata kao i projekata umetničkih odnosno stručnih, naučnih i razvojnih istraživanja subjekata u kulturi, vrši se na osnovu javnog konkursa i ugovora o namenskom korišćenju sredstava, ako ovim Zakonom nije drukčije određeno. Konkursi raspisuju se za svaku narednu budžetsku godinu najkasnije do 1. oktobra tekuće godine. Sredstva za finansiranje kulturnih delatnosti mogu se obezbeđivati osnivanjem i delovanjem zadužbina i fondova, u skladu sa zakonom.

Osnivanje

Ustanove kulture i druga pravna lica u kulturi osnivaju se pod uslovima i na način utvrđen zakonom. Ustanove kulture i draga pravna lica u kulturi se, po pravilu, osnivaju na neodređeno vreme, a mogu se u zavisnosti od ciljeva i sredstava za njihovo ostvarivanje osnovati i na određeno vreme. Radi podsticanja kulturnog stvaralaštva Vlada utvrđuje republičke nagrade za poseban doprinos razvoju kulture i kriterijume za njihovu dodelu. Radi podsticanja kulturnog stvaralaštva na teritoriji autonomnih pokrajina nagrade za poseban doprinos razvoju kulture i kriterijume za njihovu dodelu utvrđuju nadležni organi autonomnih pokrajina.

Javne ustanove kulture od nacionalnog značaja, čiji je osnivač Republika Srbija, prioritetno se finansiraju iz budžeta Republike Srbije. Javne ustanove kulture od nacionalnog značaja čiji je osnivač autonomna pokrajina ili jedinica lokalne samouprave, kao i privatne ustanove kulture od nacionalnog značaja, imaju pravo na prioritetno finansiranje programa i projekata koji se finansiraju, odnosno sufinansiraju iz budžeta Republike Srbije, na osnovu sprovedenog javnog konkursa.

3.4. Uplata doprinosa iz budžeta

Samostalnom umetniku sa statusom istaknutog umetnika koji mu je dodeljen od strane reprezentativnog umetničkog udruženja za teritoriju Republike Srbije se, na lični zahtev, iz budžeta Republike Srbije preko reprezentativnog umetničkog udruženja za teritoriju Republike Srbije, vrši redovna uplata doprinosa za obavezno penzijsko, invalidsko i zdravstveno osiguranje, u skladu sa zakonima kojima se uređuje penzijsko, invalidsko i zdravstveno osiguranje kao i zakonom kojim se uređuje finansiranje obavezognog socijalnog osiguranja, ako ispunjava sledeće uslove:

1. daje državljanin Republike Srbije;
2. da je priznat od reprezentativnog umetničkog udruženja za teritoriju Republike Srbije, kao istaknuti umetnik;
3. da mu prihodi ne obezbeđuju neophodne uslove za rad. Način sticanja prava isplate doprinosa, bliže uređuje Ministar.

Utvrđivanje ispunjenosti uslova, vrši se na početku svake godine, a najkasnije do 15. februara tekuće godine.

Rešenje o sticanju prava donosi Ministar.

Samostalnom umetniku sa statusom istaknutog umetnika koji mu je dodeljen od strane reprezentativnog umetničkog udruženja za teritoriju autonomnih pokrajina se, na lični zahtev, iz budžeta autonomnih pokrajina preko reprezentativnog umetničkog udruženja za teritoriju autonomnih pokrajina, vrši redovna uplata doprinosa za obavezno penzijsko, invalidsko i zdravstveno osiguranje, u skladu sa zakonima kojima se uređuje penzijsko, invalidsko i zdravstveno osiguranje kao i zakonom kojim se uređuje finansiranje obaveznog socijalnog osiguranja, ako ispunjava sledeće uslove:

- a. da je državljanin Republike Srbije;
- b. da je priznat od reprezentativnog umetničkog udruženja za teritoriju autonomnih pokrajina, kao istaknuti umetnik;
- c. da mu prihodi ne obezbeđuju normalne uslove za rad.

Način sticanja prava isplate doprinosa bliže uređuje rukovodilac organa autonomnih pokrajina nadležanog za poslove kulture. Utvrđivanje ispunjenosti uslova, vrši se na početku svake godine, a najkasnije do 15. februara tekuće godine. Rešenje o sticanju prava, donosi rukovodilac organa autonomnih pokrajina nadležnog za poslove kulture.

Samostalnom umetniku se, na lični zahtev, vrši redovna uplata doprinosa za obavezno penzijsko, invalidsko i zdravstveno osiguranje, u skladu sa propisima kojima se uređuje penzijsko, invalidsko i zdravstveno osiguranje kao i zakonom kojim se uređuje finansiranje obaveznog socijalnog osiguranja iz budžetskih sredstava jedinice lokalne samouprave na čijoj teritoriji samostalni umetnik ima prebivalište a preko reprezentativnog umetničkog udruženja za teritoriju Republike Srbije odnosno reprezentativnog umetničkog udruženja za teritoriju autonomnih pokrajina, ako ispunjava sledeće uslove:

- a. daje državljanin Republike Srbije;
- b. da mu prihodi ne obezbeđuju neophodne uslove za rad.

Utvrđivanje ispunjenosti uslova, vrši se na početku svake godine, a najkasnije do 15. februara tekuće godine. Način sticanja prava isplate doprinosa, bliže uređuje jedinica lokalne samouprave. Samostalnom umetniku mogu se obezbediti i povoljniji uslovi za plaćanje doprinosa za penzijsko, invalidsko i socijalno osiguranje, u vidu uvećane osnovice, ili određene naknade iz budžetskih sredstava jedinice lokalne samouprave, pod uslovima i na način koji uređuje jedinica lokalne samouprave.

3.5. Finansiranje kulturnih programa i projekata i kulturi

3.5.1. Finansiranje programa i projekata javnih ustanova kulture

Kulturni programi i projekti javnih ustanova kulture se finansiraju ili sufinansiraju iz budžetskih sredstava osnivača ili suosnivača i dragih izvora predviđenih ovim zakonom. Visinu sredstava, utvrđuje osnivač, na osnovu strateškog plana i predloženog godišnjeg programa rada javne ustanove kulture. Predlog godišnjeg programa rada javne ustanove kulture sadrži posebno iskazana sredstva za finansiranje programske aktivnosti i projekata, kao i potrebna sredstva za materijalne troškove, tekuće održavanje i investiciona ulaganja.

Javne ustanove kulture podnose osnivaču predlog godišnjeg programa rada, najkasnije do 1. jula tekuće godine, za narednu godinu. Predlog godišnjeg programa, javne ustanove kulture čiji je osnivač Republika Srbija podnose Ministru. Osnivač sa javnim ustanovama kulture zaključuje godišnji ugovor o realizovanju sredstava za odobrene programe i projekte.

Kadaje osnivač javne ustanove kulture Republika Srbija, ugovor, potpisuje Ministar.

3.5.2. Finansiranje programa i projekata

Predlog godišnjeg programa rada javne ustanove kulture sadrži posebno iskazana sredstva za finansiranje programske aktivnosti i projekata, kao i potrebna sredstva za materijalne troškove, tekuće održavanje i investiciona ulaganja. Javne ustanove kulture podnose osnivaču predlog godišnjeg programa rada, najkasnije do 1. jula tekuće godine, za narednu godinu.

Predlog godišnjeg programa, javne ustanove kulture čiji je osnivač Republika Srbija podnose Ministru. Osnivač sa javnim ustanovama kulture zaključuje godišnji ugovor o realizovanju sredstava za odobrene programe i projekte. Kada je osnivač javne ustanove kulture Republika Srbija, ugovor, potpisuje Ministar.

3.5.3. Finansiranje materijalnih troškova

Ministarstvo, autonomne pokrajine, jedinice lokalne samouprave i fondovi za kulturu mogu sufinasirati materijalne troškove ustanova kulture i dragih subjekata u kulturi, koji se ne finansiraju redovno iz njihovih budžeta, ako svojim programima trajnije zadovoljavaju kulturne potrebe na odgovarajućem području. Ustanove kulture i drugi subjekti u kulturi, uz zahtev za sufinansiranje, podnose izveštaj o trogodišnjem radu i strateški razvojni plan za naredne tri godine. Visina sredstava, ne može premašiti iznos od 45% od ukupnih materijalnih troškova ustanova kulture i drugih subjekata u kulturi, čiji se materijalni troškovi sufinansiraju.

Ustanove kulture i drugi subjekti u kulturi, zaključuju poseban ugovor u trajanju od jedne godine, sa Ministarstvom, nadležnim organom autonomnih pokrajina i jedinica lokalne samouprave ili sa fondom za kulturu. U stanove kulture i drugi subjekti u kulturi koji se finansiraju ili sufinansiraju iz budžeta,

svake godine, u roku od 15 dana po završetku programa odnosno projekta za koji su dodeljena budžetska sredstva a najkasnije do kraja tekuće godine, podnose izveštaj o ostvarivanju svojih kulturnih programa i dokaze o namenskom korišćenju finansijskih sredstava u tekućoj godini osnivaču, odnosno organu koji je finansirao njihove programe i projekte, na osnovu potpisanih ugovora.

Ministarstvo je dužno da svake treće godine organizuje nezavisnu ocenu rada javnih ustanova kulture čiji je osnivač Republika Srbija, kao i javnih ustanova kulture nad kojima Republika Srbija vrši osnivačka prava, i daje dostavi Savetu, radi davanja mišljenja. Ocenu, daje nezavisna ekspertska komisija koju rešenjem obrazuju Ministar.

Organ uprave autonomne pokrajine, odnosno jedinice lokalne samouprave nadležan za po slove kulture organizuje nezavisnu ocenu rada javnih ustanova kulture čiji je osnivač autonomna pokrajina, odnosno jedinica lokalne samouprave. Ocenu, daje nezavisna ekspertska komisija koju rešenjem obrazuje starešina organa uprave autonomne pokrajine, odnosno jedinice lokalne samouprave nadležan za poslove kulture.

3.5.4. Finansiranje programa i projekata u slučaju smanjenja budžetskih sredstava

Prilikom finansiranja ugovorenih programa i projekata, u slučaju smanjenja budžetskih sredstava namenjenih za kulturu, prioritet imaju programi i projekti javnih ustanova kulture, čiji je osnivač subjekt koji raspisuje konkurs.

Nadzor nad namenskim korišćenjem sredstava u radu javnih ustanova kulture i drugih subjekata u kulturi, koji se finansiraju ili sufinsansiraju iz budžeta, vrše Republika Srbija, autonomne pokrajine, odnosno jedinica lokalne samouprave, preko svoj ili organa.

Nadzorom nad namenskim korišćenjem sredstava, utvrđuje se namensko korišćenje odobrenih sredstava javnim ustanovama kulture, kao i sredstava odobrenih na osnovu konkursa o finansiranju programa i projekata, odnosno zaključenih ugovora o finansiranju programa i projekata.

3.6. Fondovi za kulturu

Republika Srbija, nadležni organi autonomnih pokrajina i jedinica lokalne samouprave, mogu osnivati fondove za kulturu, radi ostvarivanja Programa kulturnog razvoja i drugih programa i projekata u kulturi, za oblast kulturne delatnosti, za koju je fond osnovan. Kada je osnivač fonda za kulturu Republika Srbija, odluku o osnivanju donosi Vlada.

Fondovi za kulturu prikupljaju, upravljaju i dodeljuju sredstva za ostvarivanje ciljeva i aktivnosti iz oblasti kulture za koju su osnovani. Razlog za osnivanje fonda za kulturu postoji ukoliko osnivač utvrdi da su se stekli uslovi da se finansiranje ostvarivanja ciljeva i aktivnosti za koje se fond osniva, može pretežno i trajnije vršiti vanbudžetskim sredstvima. Fond za kulturu ima svojstvo pravnog lica.

Aktom o osnivanju fonda za kulturu bliže se uređuju izvori, način i uslovi sticanja i raspoređivanja sredstava za ostvarivanje ciljeva i aktivnosti zbog kojih se fond osniva, kao i postupak imenovanja predsednika i članova organa fonda.

Organi fonda za kulturu su:

- a. upravni odbor;
- b. nadzorni odbor;
- c. direktor.

Osnovni opšti akt fonda za kulturu je statut.

Statutom fonda za kulturu bliže se uređuje organizacija, ciljevi, zadaci, način odlučivanja i druga pitanja od značaja za poslovanje fonda.

Fond za kulturu može donositi i druga opšta akta (pravilnik, poslovnik i sl.). Republika Srbija, organi autonomnih pokrajina, odnosno nadležne jedinice lokalne samouprave, koji vrše osnivačka prava, daju saglasnost na statut. Kada je osnivač Republika Srbija, saglasnost, daje Ministar. Sredstva fonda za kulturu mogu se koristiti samo za ostvarivanje ciljeva i aktivnosti zbog kojih je fond osnovan. Nadzor nad poslovanjem fonda vrši osnivač. Fond za kulturu dužan je da svake godine podnosi osnivaču izveštaj o radu fonda za proteklu godinu. Fond za kulturu čiji je osnivač Republika Srbija, podnosi izveštaj o radu Ministarstvu.

Ministarstvo je dužno da svake treće godine organizuje nezavisnu ocenu rada fondova za kulturu, čiji je osnivač Republika Srbija i daje dostavi Savetu radi davanja mišljenja. Ocenu, daje nezavisna ekspertska komisija koju obrazuje Ministar. Ministarstvo može podneti Vladi predlog za ukidanje fonda za kulturu čiji je osnivač Republika Srbija, u slučaju kada je utvrđena negativna ocena rada fonda za kulturu.

