

ФИНАНСИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА ИЗ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

Јелена Јововић¹, Младен Ивић¹, Жељко Грубљешић¹, Милош Тубић²

¹Универзитет ПИМ, Економски факултет, Деспота Стефана Лазаревића 66, 78 000 Бања Лука, Босна и Херцеговина, jelena.univerzitet.pim@gmail.com, ivic.mmm81@gmail.com, zeljko@directbox.com

²Фонд здравственог осигурања Републике Српске, Ослободилаца 6, 79 101 Приједор, Босна и Херцеговина, milos.tubic@zdravstvo-srpske.org

ПРЕГЛЕДНИ НАУЧНИ РАД

ISSN 2637-2150

e-ISSN 2637-2614

UDC

DOI: 10.63395/STEDJ10701076S110

COBISS.RS-ID

Received: 08 April 2025.

Revised: 11 May 2025.

Accepted: 12 May 2025.

Published: 30 May 2025.

<https://stedjournal.com/>

Corresponding Author: Željko Grublješić, Univerzitet PIM, Ekonomski fakultet, despota Stefana Lazarevića bb, 78 000 Banja Luka, Bosna i Hercegovina, zeljko@directbox.com



Copyright © 2024 Jelena Jovović et al.; published by UNIVERSITY PIM. This work licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.

Citation: Jovović, J., Ivić, M., Grublješić, Ž. i Tubić, M. (2025). Relacije između osobina ličnosti, životnih stilova i akademske uspješnosti studenata. *STED Journal*, 7(1), 100-118.

АПСТРАКТ

Постојање ефикасног система јавне здравствене заштите у друштвеној заједници је особина квалитетне социјалне цјелине и мјера квалитета живота становништва. Као и за сваки други подсистем државе, неопходно је

финансирање одрживог развоја здравственог система.

Рад садржи анализу модела којима се из средстава обавезног здравственог осигурања врше плаћања здравственом систему и даваоцима услуга, уз приказ постојећих система плаћања трошкова. У ту сврху је проведено истраживање компарацијом историјских података трошкова јавне здравствене заштите, те анализом трендова.

Циљ рада је истражити и одабрати адекватне моделе за плаћање здравствених услуга, ради избора између неколико модела развијених у ту сврху. Приказан је и начин финансирања здравствене заштите у Републици Српској, као и износи у посматраном периоду. Закључци о трендовима су потврдили да су трошкови лијечења за које држава издваја новац за задржављени систем све већи, уз истовремено све мањи број осигураних лица, те се и поред релативно високог просјечног издвајања за лијечење још увијек издвајају знатни износи личног плаћања услуга и лијекова који нису доступни из обавезног здравственог осигурања, или су тешко доступни кроз редовне процедуре лијечења.

Кључне ријечи: здравствена заштита, здравствено осигурање, трошкови здравствене услуге, модели финансирања

УВОД

У савременом друштву занимљива је појава раста, развоја и све већег значаја здравства и здравственог ситета. Примјеном здравственог менаџмента, здравство је добило нове импулсе за

značajne procese u svojoj djelatnosti, a koji su zdravstvo približili potrebi upravljanja zdravstvenim sistemom na nov i efikasniji način. Ulažanja u zdravstveni sistem su rastuћа, a funkcionisanje i rad zdravstvenog sistema su sve skuplji i složeniji. Cilj upravljanja zdravstvenim sistemom je uticaj na smanjenje troškova uz davanje što kvalitetnije usluge. Troškovi koji nastaju funkcionisanjem zdravstvene ustanove obuhvataju pokrivanje izdataka nastalih davanjem usluga osobla, lijeкова, medicinskih sredstava i pomagala, boravka u ustanovama itd.

Zdravstveni sistem se može definisati kao dio opšteg sistema odnosno jedan od njegovih podistema čiji je glavni zadatak unapređenje i očuvanje zdravlja. Sa opštim društvenim razvojem jača i razvoj zdravstvenog sistema i njegovog značaja i uloge u opštem razvoju. Od nekađ slabog ili malog podistema, on sve više postaje podsystem koji se ne može zanemarivati (Mišević, 2008, str.4; Jovanović, Milovanović, Mandić i Jovanović, 2015; Crnčević, & Krstić, 2008).

Kao i svaki drugi sistem, zdravstveni sistem zahtijeva izvore finansiranja bez kojih je nemoguće njegovo funkcionisanje i postizanje zadatih ciljeva. S tim u vezi se pojavljuju različiti modeli finansiranja zdravstva, u zavisnosti od tog koji specifični model je država odabrala. Isto otvara niz pitanja i odgovora, od kojih zavisi uspjeh zdravstvenog sistema, u krajem i u dужem periodu. Nosioci funkcije odlučivanja i menadzeri koji provode odluke imaju zadatak da se resursi namijenjeni za razvoj zdravstva koriste na što efikasniji i racionalniji način. U te svrhe se koriste različiti modeli finansiranja i ocjene rada zdravstvene ustanove.

Na drugoj strani je težnja ka sve složenijim i skupljim medicinskim procedurama, dostupnim u manjim centrima življenja, te stalni rast ukupnih troškova liječenja. Posmatrajući takav trend, ekonomski rezon je usmjeren na smanjenje nepotrebnih troškova i izdataka u zdravstvu. Impuls za smanjenje troškova može doći od države, koja želi da smanji

izdatke za javno zdravstvo, a koje time indirektno i kontroliše neopходно. И даваоци услуга се воде принципом економичности, јер смањењем својих трошкова пословања индиректно повећавају профит.

Међутим, како је у питању јавно добро, уз корист очувања здравља друштва, принцип економичности треба опрезно водити уз праћење индикатора стања здравља становништва. У сваком случају, за пружене здравствене услуге мора да се плати адекватна новчана накнада, а начини на који се утврђује висина накнаде, тј. цијене, су различити. Развијени су различити модели плаћања услуга у зависности од купца услуге. Из потребе тачног утврђивања стварне цијене коштања здравствене услуге, изведен је низ модела за одређивање цијена и трошкова из чега су настали цијеновници здравства. На основу цијеновника настали су модели за плаћање услуга, с обзиром на то да су поједине услуге неодвојиве од пратећих услуга, материјала, лијекова и сличног.

У ту сврху, у раду су коришћене методе за приказ постојећих модела финансирања здравственог система, анализу и поређење различитих модела, истраживање примјењених модела финансирања и друге. С тим у вези је и структура рада, која полазећи од општих појмова о здравственом систему, прелази на приказ и анализу трошкова здравствене заштите, те апликативних модела плаћања здравствених услуга.

Анализа финансирања здравственог система обухвата (Павић, 2007, стр. 49):

1. Теоријски приступ финансирању здравства проучава економске функције у унутрашњости здравственог система, што истовремено подразумева спајање двије врсте менаџмента. Здравствени менаџмент и финансијски менаџмент се комплементарно срећу у циљу управљања финансијским средствима намијењених здравственом систему.

2. Други или систем-специфични приступ означава прикупљање финансијских средстава за здравствени систем. Овај систем спаја државне фондове са додатним фондовима, често приватне

природе, као и друге агенције и установе које су повезане са финансирањем здравственог система.

3. Емпиријски приступ подразумијева унапређење и напредак здравствених потреба, а све с намјером да се ријеше здравствени проблеми становништва. Такође, овај приступ контролише медицинске и финансијске елементе који одржавају ниво здравља. Веома је важно да се адекватним финансирањем обезбиједи сигурна здравствена заштита и очување здравља становништва.

Средства у новчаном облику потребна за функционисање здравства могуће је набавити из више финансијских извора, од којих су најважнији: буџет друштвене заједнице, обавезно здравствено осигурање, приватна и лична здравствена осигурања, директно плаћање корисника услуга, дотације локалне заједнице, донације и помоћи.

ОБАВЕЗНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ КАО ИЗВОР ФИНАНСИРАЊА

У систему обавезног здравственог осигурања постоји обавезност пријаве на здравствено осигурање, установљене од стране државе. Овај модел је још доста заступљен у бившим социјалистичким државама, али је у међувремену проширен тако што обавезност здравственог осигурања остаје непромијењена, а остварује се по избору корисника преко државног осигурања или приватних осигуравајућих кућа.

Услов за ефикасно функционисање успостављеног здравственог система је довољност обима новчаних средстава која се прикупљају на порески начин, и усклађеност са расходима за здравствену заштиту на нивоу државе. Наведена усклађеност често не постоји, јер су потребе и издаци за здравље и здравство скоро неограничени.

Број осигураника у години 2020. показује значајно одступање од тренда, јер је претходно укинута осигурање по основу незапослености, али је због епидемије вируса КОВИД дато право на здравствено осигурања свим становницима Републике Српске (Табела 1 и Табела 2).

Систем обавезног осигурања захтијева евиденције у којима су сви потенцијални корисници давања из здравственог осигурања. Начин и распоред уплата су дефинисани посебним законима, као што је Закон о доприносима Републике Српске, а висину стопе доприноса одређује држава. Стопа доприноса може да варира, али сав новац прикупљен у наведену сврху мора бити намјенски искориштен. Није дозвољено његово неоправдано чување, шпекулативно улагање, нити несврхисходно трошење. Разлог оваквог поступања заједнице је постизање хуманости за угрожене становнике, уз избјегавање ризика евентуалног ширења обољења на здраво становништво, због чињенице да је неко ко је болестан остао без потребне здравствене заштите.

Табела 1: Потрошња и број осигураних лица Фонда здравственог осигурања Републике Српске у периоду 2017–2022. године

Table 1. Consumption and number of insured persons of the Health Insurance Fund of the Republika Srpska in the period 2017–2022

Година	2017.	2018.	2019.	2020.	2021.	2022.
Укупни трошак КМ	788.875.776	797.863.275	820.067.626	884.943.129	945.841.706	1.035.198.003
Број осигураних лица	913.725	910.484	907.770	850.356 (909.356)	857.133	900.460
Просјечни трошак по осигураном лицу КМ	71,98	73,02	75,28	81,10	91,96	95,80

Извор: рад аутора, према подацима Фонда здравственог осигурања Републике Српске, објављеним у Службеном гласнику Републике Српске.

Jovović, J., Ivić, M., Grublješić, Ž. i Tubić, M. (2025). Relacije između osobina ličnosti, životnih stilova i akademske uspješnosti studenata. *STED Journal*, 7(1), 110-118.

Табела 2: Структура расхода Фонда здравственог осигурања Републике Српске у периоду 2017–2022. година, у КМ

Table 2. Expenditure structure of the Health Insurance Fund of the Republika Srpska in the period 2017–2022, in BAM

Година	2017.	2018.	2019.	2020.	2021.	2022.
Примарна здр. заштита	228.324.908	235.886.174	234.456.086	214.367.420	234.016.204	272.848.498
Секундарна и терцијарна здравствена заштита	341.045.833	360.851.119	362.574.920	404.191.164	451.839.728	491.287.688
Лијекови на рецепт	109.517.243	106.089.220	124.509.551	130.097.531	137.519.727	151.715.187
Ортопедска средства	8.081.944	7.845.044	8.413.178	7.522.089	8.539.387	9.234.839
Превоз у болницу	2.964.612	3.829.439	3.660.021	3.318.730	3.746.464	4.135.196
Остали облици здр. заштите	4.566.529	4.481.253	5.272.929	5.020.489	7.904.036	7.884.663
Накнаде боловања	12.202.520	13.341.998	16.295.414	17.547.036	18.424.261	17.383.442
Трошкови провођења здр. заштите	27.940.618	27.549.172	25.909.342	28.487.533	28.102.229	31.890.077
Остали расходи	51.591.813	37.549.856	38.426.185	73.891.137	55.749.706	48.818.408

Извор: рад аутора, према подацима Фонда здравственог осигурања Републике Српске, објављеним у Службеном гласнику Републике Српске

МОДЕЛИ ПЛАЋАЊА ЗА ИЗВРШЕНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСЛУГЕ

Стварање и увођење у употребу модела плаћања за пружене здравствене услуге има широку историју настанка. Разлози настанка модела плаћања се налазе у све већој сложености здравствених система, начину кориштења здравствених услуга, ограниченим средствима за плаћање скупих здравствених услуга уз растуће цијене здравствених услуга. На тим основама су развијене тзв. схеме плаћања усклађене са друштвеним системом у којем постоје, а најчешће заступљени модели плаћања су:

- плаћање преко плата,
- плаћање за пружене услуге,
- плаћање према капитацији,
- плаћање дијагностички сродних група,
- плаћање по болничком дану,
- плаћање по буџету,
- комбиновани модели плаћања.

Плаћање преко плата

Плаћање здравствених услуга преко плата љекарима базирано је на принципу да се љекару надлежном за становништво једне области исплаћује државна плата за вријеме ангажмана, као лицу задуженом за

здравље становништва. При одређивању буџета за једно подручје узима се у обзир више фактора, али је поред капитације битна и старосна структура становништва регије. Надлежни лекар може бити и оспособљен за секундарни ниво здравствене заштите, а истовремено обавља и послове примарне заштите, при чему добија новац за оба типа услуге.

Медицинске услуге су једнаког квалитета за све становнике подручја, а једноставност система плата омогућава контролу трошкова. Мали је интерес за побољшање квалитета услуге и услова пружања услуге јер плата лекара није у вези са квалитетом.

Плаћање за пружене услуге

Систем плаћања по пруженој здравственој услузи значи плаћање по укупној количини услуга које је пружио давалац (*Fee for Service*). Овај модел се сусреће на примарном нивоу здравствене заштите (нпр. у САД и Белгији) гдје су лекари самостални субјекти.

Позитивне стране су широка доступност и квалитет услуга, али је могуће да лекари пруже више услуга него што је објективно потребно, а бирају се услуге на којима се више зарађује, као и захтјевнији корисници. Ово иницира посебно управљање трошковима и интензивну контролу пружања и сврсисходности услуга.

Плаћање према капитацији

Плаћање према капитацији је плаћање по глави корисника услуга здравственог система. Користи се на примарном нивоу заштите за плаћање изабраног породичног лекара код којег су регистровани корисници, по коефицијентима за број, старост и друге битне особине. Лекари имају интерес да покривају што већи број корисника услуга, а са што бољим здравственим стањем и мањом старости.

Моделом се постиже приступачност лекара, фаворизује повећање броја корисника, али се занемарује квалитет услуге и избјегава слање у другу здравствену установу, како би што више новца остало у надлежној установи.

Плаћање дијагностички сродних група (ДРГ - *Diagnostic Related Groups*)

Плаћање по систему дијагностички сродних група се појавило у САД-у 1980-их година, а убрзо је прилагођено примијењено у земљама са другачијим начином финансирања здравственог система, а већ деценију се користи у Републици Српској. Модел се највише користи на секундарном нивоу здравствене заштите, а први корак чини одређивање улазне дијагнозе пацијента и сврставање у групу пацијената по сличностима које лекар уочи, те сврставање у одговарајућу ДРГ групу, која носи унапријед одређену цијену за болницу.

Сврха модела је контрола трошкова, јер је претходно коришћени модел БОД узроковао непотребно задржавање пацијената у болници. Моделом ДРГ предвиђа се потребна количина лијека, санитетског материјала, помоћних средстава, дана лежања, контроле и сл. Пријевремено отпуштање болесника кући и бирање пацијената са дијагнозама са повољним ДРГ коефицијентом повећали су потребу појачане контроле рада установе.

Плаћање по болничком опскрбном дану (БОД)

Модел плаћања по БОД примјењује се за болнице и све мање је у употреби, али се користи за одређене дјелатности (нпр. хронична психијатрија, геријатрија...). Један БОД садржи све трошкове који се паушално обрачунавају у договореној цијени дана лежања у болници секундарног нивоа, без других трошкова.

Модел је настао из потреба пацијената током вишедневног боравка у болници, али је узроковао и непотребну дужину болничког лежања пацијената.

Плаћање по унапријед одређеном буџету

Буџетски модел је настао из потребе ефикасног управљања и трошења релативно мале количине новца. Уочава се постојање фиксне количине новца намијењене за посебне врсте лијечења. Разлог за примјену оваквог начина плаћања је неумјерено издавање рачуна за лијечење пацијената, који су лијечени на терет буџета када и није постојала потпуна медицинска оправданост.

Кључна компонента је планирани буџет, који може бити недовољан и нефлексибилан, те ограничава квалитет пружања здравствених услуга. Услуге овог типа се недовољно усавршавају и технолошки заостају, јер буџети нису флексибилни за плаћање развоја.

ОСОБИНЕ МОДЕЛА ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

Ради уједначавања услова рада и доступности здравствене заштите, комбинују се модели плаћања према циљевима здравственог система. Комбиновање модела плаћања је честа појава и унутар једне здравствене установе, према врсти датих услуга. Избор добре комбинације модела плаћања није фиксна категорија, јер се промјенама утицајних фактора отварају могућности другачијих комбинација модела.

Здравствена установа обезбјеђује средства за рад на следећи начин:

- од организације здравственог осигурања,
- из буџета,
- од продаје услуга и производа,
- обављањем научноистраживачке и образовне дјелатности,
- од промета робе,
- од издавања под закуп слободног капацитета,
- од легата, поклона, завештања, и из других извора.

Здравствена установа и сва друга правна и физичка лица која обављају здравствену дјелатност стичу средства за рад извршењем програма здравствене заштите према врстама, обиму и квалитету здравствених услуга који се вреднују цијенама појединачних услуга, програма у цјелини или по становнику, односно броју опредељених грађана. Цијене појединачних услуга, односно програма утврђују уговором здравствена установа, односно друга правна и физичка лица која обављају здравствену дјелатност и организација за здравствено осигурање (Драгић, 2018, стр. 79; Митровић и Гавриловић, 2013).

Плаћање трошкова здравствене заштите по уговорима здравствених установа са јавним Фондом здравственог осигурања врши се у комбинацији модела коју чине:

Модел 1: финансирање према учинку сразмјерно пруженим услугама по појединачним епизодама лијечења, а обухвата услуге акутног болничког лијечења, интензивне његе и услуге пружене у дневној болници;

Модел 2: финансирање по појединачним услугама и релативној вриједности бода; обухвата услуге специјалистичко-консултативне здравствене заштите и дијагностике пружених амбулантно, а средства по уговору се остварују на основу броја и вриједности пружених услуга и израчунате релативне вриједности бода;

Модел 3: финансирање по уговореној цијени која не може бити већа од цјеновника Фонда, а обухвата услуге пружене на основу конзилијарног мишљења или препоруке доктора специјалисте одређене гране пружене уз ангажман стручњака;

Модел 4: финансирање по буџетском систему на основу фиксно уговореног износа на годишњем нивоу за услуге пружене амбулантно и лежећим пацијентима за услуге стационарне рехабилитације (трансфузијска медицина, рехабилитација, физикална медицина, стоматологија, психијатрија, нуклеарна медицина).

Плаћање за здравствене услуге пружене из обавезног здравственог осигурања се више од десет година у Републици Српској пружа на основу комбинације модела за плаћање. Циљ модела је да се даваоци услуга финансирају по основу учинка и стварних резултата рада, а не на основу броја регистрованих корисника. На тај начин је добијена значајна прерасподјела припадајућег новца у корист установа које су пружиле већи број услуга лијечења, а мотивишу се даваоци за виши квалитет рада и бољи однос према кориснику, чиме се постиже да „новац иде за пацијентом“.

Постоји више разлога који су утицали на релативно касно увођење плаћања по моделима (Кузмановић, 2017, стр. 83):

- Плаћање по моделу БОД стварало је злоупотребе због неоснованог задржавања болесника ради остваривања већег броја болничких дана,
- Увођење модела ДРГ је сложен вишефазни поступак,
- Потребна свеобухватна едукација за кодирање,
- Откуп лиценци за класификацију дијагноза и процедура,
- Потребна снажна информатичка инфраструктура.

Полазећи од прихваћених оцјена да успостављање здравствене политике на реформском курсу подразумијева савремену организацију рада, чисте односе и слободну конкуренцију знања, квалитета, ефикасности и продуктивности, веома је важно схватити, да су за успостављање таквих односа неопходне, поред осталог, стандардизоване процедуре, поуздане, тачне и контролисане базе података и квалитетне информације, као и руководећи кадар који то све треба да обезбједи и користи у процесу управљања, руковођења и одлучивања (Довијанић, 2003, стр. 352). Фонд контролише извршење уговорених услуга увидом у пословну, медицинску и другу документацију. Ако се у процесу контроле утврди да је здравствена установа извршила неправилно извјештавање, може се примјенити уговорна казна.

ИЗЈАВА О ИНТЕРЕСИМА

Аутори потврђују да не постоје сукоби интереса за изјашњавање у вези са истраживањем представљеним у овом раду.

ЗАКЉУЧАК

Развијен здравствени систем није проналазак савременог друштва, али су се мијењали начини на који се систем одржава у функцији, јер је општа брига за здравствено стање становништва и даље основни мотив ангажовања великих износа новца за финансирање здравствене заштите. Како су могућности трошења новца у

здравствене сврхе неограничене, немогуће је потпуно покриће свих трошкова здравствене заштите. Уз све веће могућности лијечења које нуди савремена медицинска наука, уочљив је велики скок цијена рада особља, лијекова, медицинских средстава и опреме.

Функционисање здравственог система захтијева све веће износе новчаних средстава, као и развијене моделе плаћања за пружене здравствене услуге, а финансијски менаџмент здравствене установе постаје све важнији сектор у организацији. Подаци о приходима и трошковима су потребни на дневном нивоу, што захтијева солидну информатичку подршку. Међутим, све ово захтијева значајна улагања у људе, опрему, образовање, објекте, квалитетне материјале, нове процедуре итд.

С друге стране, развијени су диференцирани модели плаћања од стране великих купаца здравствених услуга (државе, компаније, осигурања) за пружене здравствене услуге. Примјена различитих модела групног плаћања за различите категорије услуга се показала као широко прихваћен и прилично успјешан начин усаглашавања интереса купаца и давалаца медицинских услуга, а избјегнуте су слабости појединачног и „чистих“ модела плаћања услуга, те спријечене злоупотребе указаног повјерења.

Без обзира на изабрани модел, начин и изворе финансирања трошкова рада здравствених установа, позитиван пословни резултат уз постизање добре конкурентске позиције и пожељности код корисника услуга остају универзални принципи и у здравственом сегменту друштва.

ЛИТЕРАТУРА

- Crnčević, R. L., & Krstić, V. (2008). Institute of public health of Serbia in transition. *Zdravstvena zaštita*, 37(3), 57-62.
- Довијанић, П. (2003). *Савремена организација здравствене службе и установа*. Београд: Обележја.
- Драгић, М. (2018). *Организација здравствене службе*. Приједор: Висока медицинска школа.

Jovović, J., Ivić, M., Grublješić, Ž. i Tubić, M. (2025). Relacije između osobina ličnosti, životnih stilova i akademske uspješnosti studenata. *STED Journal*, 7(1), 110-118.

Јовановић, С., Миловановић, С., Мандић, Ј. и Јововић, С. (2015). Системи здравствене заштите. *Engrami*, 37(1), 75-82.

Мићовић, П. (2008). *Здравствени менаџмент*. Београд: Комора здравствених установа.

Митровић, М., & Гавриловић, А. (2013). Организација и менаџмент у здравственом систему Србије. *FBIM Transactions*, 1(2), 145-158.

Павић, Ж. (2007). *Здравство и здравствени систем*. Београд: Српско лекарско друштво.

FINANCING OF HEALTHCARE INSTITUTIONS FROM THE OBLIGATORY HEALTH INSURANCE IN THE REPUBLIC OF SRPSKA

Jelena Jovović¹, Mladen Ivić¹, Željko Grublješić¹, Miloš Tubić²

¹University PIM, Faculty of Economics, Despota Stefana Lazarevića bb, 78 000 Banja Luka, Bosnia and Herzegovina, jelena.univerzitet.pim@gmail.com, ivic.mm81@gmail.com, zeljko@directbox.com

²Health Insurance Fund of Republika Srpska Prijedor, Oslobođilaca 6, 79 101 Prijedor, Bosnia and Herzegovina, milos.tubic@zdravstvo-srpske.org

REVIEW SCIENTIFIC PAPER

ISSN 2637-2150

e-ISSN 2637-2614

UDC

DOI: 10.63395/STEDJ10701076S110

COBISS.RS-ID

Received: 08 April 2025.

Revised: 11 May 2025.

Accepted: 12 May 2025.

Published: 30 May 2025.

<https://stedjournal.com/>

Corresponding Author: Željko Grublješić, Univerzitet PIM, Ekonomski fakultet, despota Stefana Lazarevića bb, 78 000 Banja Luka, Bosna i Hercegovina, zeljko@directbox.com



Copyright © 2024 Jelena Jovović et al.; published by UNIVERSITY PIM. This work licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.

Citation: Jovović, J., Ivić, M., Grublješić, Ž. i Tubić, M. (2025). Relacije između osobina ličnosti, životnih stilova i akademske uspješnosti studenata. *STED Journal*, 7(1), 100-118.

ABSTRACT

The existence of an efficient system of public health care in the social community is a characteristic for a quality social entity and a

measuring element of the life quality in a population. Like any other sub-system in the state, it is necessary to finance the sustainable development of the public health system. The paper contains an analysis of several payments models from the funds of the obligatory health insurance to the health system and health service providers, with a presentation of the existing systems and models of covering costs. For this purpose, research was conducted by comparing historical data on health care costs and analyzing their trends. The aim of the paper is to research and select adequate financing models for provided health services, which is the job of managers in health care, in order to choose between several models developed for this purpose. The manner in which health care costs are settled in the Republic of Srpska, as well as the amounts in the observed period, is also shown. Conclusions on trends confirmed, that the costs of medical treatments, for which the state allocates money for the health care system, are increasing. At the same time, it was observed that the number of insured persons is decreasing, and that despite the relatively high average allocation for treatment per capita, considerable amounts of direct personal payment for services and medicines are still high, which are either not available from obligatory health insurance, or are difficult to access through regular procedures. Keywords: health care, health insurance, medical costs, financing models.

Keywords: health care, health insurance, medical costs, financing.