



**НАРОДНА СКУПШТИНА РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ
NARODNA SKUPŠTINA REPUBLIKE SRPSKE**

**ЗАКОНОДАВНО – ПРАВНО ОДЈЕЉЕЊЕ
ОДСЈЕК ЗА РАД СА ПОСЛАНИЦИМА**

Број: 02/4.02-1373/18
Датум: 27. 7. 2018.

ОРГАНИЗАЦИЈА И ФИНАНСИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

ИСТРАЖИВАЊЕ ПРИПРЕМИЛА:
Невена Ракић

Истраживање не одражава званичан став Народне скупштине Републике Српске

САДРЖАЈ

УВОД.....	3
РЕПУБЛИКА СРПСКА.....	5
САВЕЗНА РЕПУБЛИКА ЊЕМАЧКА.....	8
УЈЕДИЊЕНО КРАЉЕВСТВО ВЕЛИКЕ БРИТАНИЈЕ И СЈЕВЕРНЕ ИРСКЕ.....	10
СЈЕДИЊЕНЕ АМЕРИЧКЕ ДРЖАВЕ	11
ЗАКЉУЧАК.....	13
ИЗВОРИ.....	14

УВОД

За свако друштво здравље представља приоритет свих становника и из тог разлога се много пажње посвећује унапређивању организације и финансирања здравствене заштите. Циљ сваке државе јесте здраво и продуктивно становништво и због тога се доноси низ закона, правилника, стратегија за развој здравствене заштите, програма, реализују се пројекти за увођење стандарда сигурности и квалитета у здравствене установе и спречавање фактора здравствених ризика.

Здравље треба посматрати и као економски потенцијал и као дио људског капитала, те као средство повећања продуктивности и смањења јавних трошкова лијечења. Здраво становништво ради боље и производи више и тако утиче на развој цјелокупног друштва једне земље.

Појам здравствене заштите је веома широко дефинисан и као такав је занимљив за проучавање.

Здравствена заштита представља комбинацију личне и колективне одговорности за здравље, јавне (државне) одговорности за обезбјеђивање јавно-здравствених функција које укључују са једне стране државни и приватни сектор, а са друге стране добротворне и хуманитарне организације за предузимање акције у заједници. У том сложеном систему издвајају се компонентне као што су ресурси (кадровски и материјални), финансирање, организација, администрација, управљање и пружање здравствених услуга¹.

Такође, здравствена заштита представља скуп услуга и активности за унапређивање и очување здравља људи, спречавање обољења и повреда и врши оспособљавање за животне и радне функције после болести и повреда.

Квалитетна здравствена заштита подразумева степен у којем систем здравствене заштите и здравствене услуге повећавају вјероватноћу позитивног исхода лијечења. Потребно је да даваоци здравствене заштите обезбиједје ресурсе и испоштују процесе пружања здравствене заштите да би повећали вјероватноћу побољшања здравственог стања и коначног излечења.

Побољшање квалитета здравствене заштите у већини земаља има главну улогу у реформи здравствених система и пружања услуга. Све земље суочавају се с изазовима да у оквиру расположивих ресурса осигурају приступ, правичност, сигурност и учешће пацијената и да развијају вјештине и технологију како би постигле што боље резултате.

Основни циљ здравствене заштите јесте промоција, односно унапређење здравља, превенција односно спречавање болести, откривање болести, ефикасно лијечење и рехабилитација.

У већини земаља здравствена заштита је организовна на примарном, секундарном и терцијарном нивоу. На сваком од тих нивоа постоје различити типови здравствених установа.

Основна претпоставка за функционисање система здравствене заштите јесте обезбјеђење финансијских средстава за његов рад, као и добро и квалитетно

¹ Бабић, М. Организација здравствене заштите – нивои организације и рад установа. Медицински факултет Универзитета у Београду. Београд, 2005. (с. 1)

управљање финансијама. У здравственим установама је потребно процијенити реалне приходе из различитих извора финансирања, као и расходе које ће установа остварити. При управљању финансијама најбитније је постићи равнотежу између прихода и расхода².

У свијету постоји 5 основних извора финансирања здравствене заштите у здравственим установама: финансирање из буџета, финансирање од уплаћеног обавезног здравственог осигурања, финансирање из средстава заједнице, финансирање из средстава која директно здравственим установама уплаћују корисници здравствених услуга и финансирање од донација, страних и домаћих.

Најпознатији облици организације и финансирања здравствене заштите су Беверицов модел финансирања здравственог система и Бизмарков модел финансирања здравственог система.

Беверицов модел или модел националне здравствене службе јесте модел у којем доступност здравствених услуга и њихово финансијско покриће обезбјеђује држава. Држава оснива, односно обезбјеђује, болнице и љекаре и финансира њихов рад.

Бизмарков модел односно модел социјалног здравственог осигурања темељи се на принципу непрофитности и солидарности међу свим осигураним лицима и њиховом организовању у посебним организацијама као што су фондови, заводи и агенције. Те организације својим корисницима обезбјеђују остваривање права на здравствену заштиту.

Важну улогу у здравственом систему свих земаља има здравствени менаџмент, који представља збир свих предузетих мјера да се планирају, организују и примјењују многи елементи у здравственом систему. Ове мјере су потребне да би се здравствена политика спровела у стратегије, стратегије претвориле у планове о примјени најбољих здравствених програма³. Циљ здравственог менаџмента јесте да избалансира и задовољи интересе свих учесника у здравственом систему, односно здравственој организацији. Здравствено руковођење треба да покрива цијели процес планирања, организације и контроле рада здравствених програма, да врши координацију ресурса (новца, фондова, опреме), прати развој и примјену здравствених програма и ради на постизању постављених циљева како би се побољшало здравствено стање читаве популације.

Циљ истраживања јесте да прикаже начин организовања и финансирања здравствене заштите, како у Републици Српској и земљама региона тако и у европским земљама и земљама свијета. Такође, битно је да се упореде начини финансирања здравствене заштите, да се покажу њихове предности и мане и да на тај начин саставимо слику о томе како изгледа здравствена заштита данас и који су начини за побољшање организације здравствене заштите.

² Максимовић, З. Менаџмент у здравству. Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци. Бања Лука, 2006. (с. 125)

³ Мићовић, П. Здравствени менаџмент: Менаџмент здравственог система и здравствених установа. Комора здравствених установа Србије. Београд, 2008. (с. 71)

РЕПУБЛИКА СРПСКА

Област здравства је према уставним рјешењима у надлежности ентитета (Република Српска), подијељеној надлежности ентитета и кантона (Федерација БиХ), односно у надлежности Брчко дистрикта БиХ.

Право на здравље и здравствену заштиту дефинисано је у Уставу Републике Српске⁴ као основно људско право и проводи се на начелима једнакости, доступности, свеобухватности, континуитета и координације.

Ова права претпостављају да сви расположиви ресурси друштва буду искориштени у обезбјеђивању доступне, ефикасне и квалитетне здравствене заштите, која одговара потребама грађана Републике Српске.

Здравствена дјелатност је дјелатност од општег интереса за Републику Српску која се обавља у јавним и приватним здравственим установама.

Сва осигурана лица имају једнака права на здравствену заштиту и дијеле се на осигуранике, чланове породице осигураника, лица која су осигурана само за случај професионалне болести или повреде на раду и стране држављане који су осигурани на основу потписаних међудржавних споразума о социјалном осигрању⁵.

Систем обавезног здравственог осигурања у Републици Српској организован је на начелима солидарности, узајмности и једнакости.

У Републици Српској здравствена заштита је организована на примарном, секундарном и терцијарном нивоу.

Примарна заштита се обезбјеђује путем амбуланти породичне медицине, стоматолошких амбуланти, домова здравља, домова за здравствену његу и апотека. Секундарна здравствена заштита се обезбјеђује путем специјалистичких амбуланти, а терцијарни ниво здравствене заштите обезбјеђује високоспецијализовану здравствену заштиту, која се не обезбјеђује на нивоу секундарне здравствене заштите⁶.

Здравствена заштита се обезбјеђује на нивоу Републике, јединице локалне самоуправе и послодавца.

Локална самоуправа у буџету обезбјеђује додатна средства за остваривање здравствене заштите. Осигуравање здравствене заштите на нивоу локалне самоуправе обухвата активности од интереса за грађане на територији те локалне самоуправе. Локална самоуправа оснива дом здравља, амбуланте за лијечење и амбуланте породичне медицине.

Република оснива болнице, специјалне болнице и клинички центар.

Такође, правно и физичко лице може основати приватну здравствену установу.

У Републици Српској постоје четири ванбуџетска фонда која се финансирају путем доприноса, а то су Фонд здравственог осигурања, Фонд за пензијско и инвалидско осигурање, Јавни фонд за дјечију заштиту и Завод за запошљавање.

⁴ Устав Републике Српске („Службени гласник Републике Српске“, бр. 21/92, 28/94, 8/96, 13/96, 15/96, 16/96, 21/96, 21/02, 26/02, 30/02, 31/02, 69/02, 31/03, 98/03, 115/05, 117/05, 48/11)

⁵ Закон о здравственом осигурању („Службени гласник Републике Српске“, бр. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/09, 106/09, 39/16 - одлука УС и 110/16)

⁶ Закон о здравственој заштити („Службени гласник Републике Српске“, бр. 106/09 и 44/15)

Средства прикупљена наплатом доприноса су одвојена од осталих буџетских прихода (као што су порез на додатну вриједност, акцизе, таксе).

Укупна стопа доприноса износи 33%, од којих је 12% намијењено за обавезно здравствено осигурање.

Висина доприноса се разликује за различите врсте обвезника доприноса, што је прецизније дефинисано законом⁷.

Обавезно здравствено осигурање покрива Фонд здравственог осигурања Републике Српске. Фонд је јавна институција која обавља дјелатност здравственог осигурања. У оквиру дјелатности за коју је регистрован Фонд обезбјеђује рационално коришћење средстава здравственог осигурања и обезбјеђује законско, непосредно и ефикасно остваривање права из здравственог осигурања.

Једно од основних начела на којима се заснивају системи здравственог осигурања јесте начело солидарности.

Потребно је да сви грађани уплаћују допринос према економским могућностима, што значи да висина уплаћених доприноса зависи од висине личног примања осигураног лица. Доприноси се сакупљају у Фонду и троше према потребама.

Приход Фонда чине средства из доприноса за обавезно здравствено осигурање, средства из буџета, донације, дио пореза на промет алкохола и дувана, средства из регреса и друга средства.

Органи Фонда су управни одбор, надзорни одбор и директор.

Цијене здравствених услуга утврђује Фонд и Здравствена комора Републике Српске.

У Републици Српској дијете осигураника има право на бесплатну здравствену заштиту до навршених 15 година, односно до навршене 26 године живота ако је на редовном школовању.

Фонд је дужан да за текућу годину обезбиједи средства за здравствене приоритете, примарну здравствену заштиту и основни пакет здравствене заштите.

Грађани Републике Српске могу се осигурати код приватне агенције за здравствено осигурање. Приватне агенције уговарају пружање здравствених услуга директно са здравственим установама на основу јединствених цијена услуга које утврђују Фонд и здравствене коморе.

Контролу над провођењем здравствене заштите и активностима Фонда у Републици Српској врши Министарство здравља и социјалне заштите.

У Републици Српској је крајем 2017. године основан Фонд солидарности за дијагностику и лијечење обољења, стања и повреда дјеце у иностранству.

Циљ Фонда солидарности је да се прикупљају додатна финансијска средства како би се омогућила дијагностика и лијечење дјеце у иностранству, када то није могуће у здравственим установама у Републици Српској нити у другим установама са којим Фонд здравственог осигурања Републике Српске има потписан уговор.

Оснивање, рад, статус и организација Фонда солидарности уређени су законом⁸.

⁷ Закон о доприносима („Службени гласник Републике Српске“, бр. 114/17)

⁸ Закон о Фонду солидарности за дијагностику и лијечење обољења, стања и повреда дјеце у иностранству („Службени гласник Републике Српске“, бр. 100/17, 103/17)

Захтјев за лијечење дјете преко Фонда солидарности подносе родитељи, старатељи дјете (до 18 година старости), који су осигураници Фонда здравственог осигурања Републике Српске. О сваком захтјеву који пристигне у Фонд солидарности изјашњава се стручна Комисија Фонда солидарности, као и Управни одбор ове установе.

Средства за Фонд солидарности прикупљају се из различитих извора:

- Буџета Републике Српске у износу од 0,025% остварених пореских и непореских прихода у претходној фискалној години, умањених за износ доприноса за социјално осигурање;
- Посебних доприноса за солидарност на терет буџетских корисника, јавних предузећа, установа, органа управе;
- Посебног доприноса за солидарност у износу од 0,25% плате запосленог лица у Републици Српској;
- Буџета општина и градова у износу од 0,025% остварених пореских и непореских прихода у претходној години.

Исто тако предузетници, привредна лица, међународне организације, појединци и други заинтересовани могу да донирају новац Фонду солидарности.

Око 97% укупног прихода Фонда се користи за финансирање здравствене заштите осигураних лица. Највећи дио прихода, око 70%, издваја се за домове здравља и болнице за услуге које пружају осигураницима Фонда.

Укупни расходи Фонда здравственог осигурања Републике Српске за обавезно здравствено осигурање у 2016. години, износили су 766.673.735 КМ⁹ и то за примарну здравствену заштиту издвојено је 239.604.864 КМ, а за секундарну и терцијарну здравствену заштиту 325.336.924 КМ.

Права из обавезног здравственог осигурања у 2016. години имало је укупно 917.357 осигураних лица, од чега 589.833 носиоца осигурања и 327.524 члана породице осиграника. Просјечан мјесечни расход по носиоцу осигурања за 2016. годину износио је 108, 32 КМ, а по осигураном лицу 69, 64 КМ.

⁹ Одлука о усвајању цјеновника здравствених услуга („Службени гласник Републике Српске“, бр. 86/17)

САВЕЗНА РЕПУБЛИКА ЊЕМАЧКА

У Њемачкој је заступљен Бизмарков модел организације и финансирања здравствене заштите што значи да је здравствени систем релативно аутономан од државе.

Болнице у Њемачкој су углавном под управом локалних или регионалних власти.

Постоје два система осигурања, а то су обавезно здравствено осигурање и приватно здравствено осигурање.

Обавезно здравствено осигурање је доступно свима, а за приватно здравствено осигурање постоје одређени услови.

Одређене групе становништва морају бити корисници обавезног здравственог осигурања а то су запослени (с бруто примањима испод границе обавезног осигурања), пензионери и примаоци накнаде за незапослене. За обавезно здравствено осигурање задужени су тзв. обавезни здравствени фондови.

Доприноси за обавезно здравствено осигурање зависе од висине мјесечних примања. Као основица се узима укупни бруто приход на који се обрачунава јединствена стопа од 14,6%. Она се подједнако расподјељује на по 7,3% за осигураника и послодавца. У оквиру обавезног здравственог осигурања дјеца и брачни партнери могу бити бесплатно осигурани у склопу породичног осигурања.

Једну групу осигураника чине становници са већим мјесечним приходима и они могу да бирају између обавезног и приватног здравственог осигурања.

Корисници приватног здравственог осигурања могу бити запослени са бруто примањима изнад границе обавезног осигурања, државни службеници и samozапослени.

Понуда услуга приватног здравственог осигурања не подлијеже државним прописима и знатно је опсежнија од обавезног осигурања. Осим тога, услуге се могу циљано прилагодити сваком осигураном лицу. Све трошкове лијечења осигураници прво плаћају унапријед. Осигурање те трошкове надокнађује на основу предочених рачуна (принцип надокнаде трошкова).

Више од 90% њемачког становништва је укључено у систем здравственог осигурања. Око 80% здравствених трошкова покрива се из јавног сектора, а 20% из приватних осигуравајућих кућа.

Од 2009. године свака особа са сталном адресом у Њемачкој корисник је здравственог осигурања¹⁰. Здравствено осигурање потребно је и у случају краткотрајног боравка у Њемачкој. Лице је дужно осигурати се у једној од њемачких кућа за здравствено осигурање јер се у супротном не одобрава виза. Њемачко осигурање престаје да важи чим се осигураник врати у матичну земљу.

Фондови здравственог осигурања су организовани на темељу географског подручја и запослености.

Седам основних група подијељене су на 17 регионалних, 12 замјенских, 287 фондова базираних на темељу запослености, 24 фонда у власништву разних удружења, 13 пољопривредних фондова те један раднички и један војни фонд. Фондови могу да настају, мијењају се и укидају према потребама становништва.

¹⁰ <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/gesetzliche-krankenversicherung>, приступљено 3. 7. 2018. године

Расподјела средстава у обавезном здравственом осигурању заснована је на начелима солидарности, а код приватних осигурања на начелима штедних рачуна. Одређене повластице имају корисници обавезног здравственог осигурања (труднице, болесни и слично), а код приватног здравственог осигурања постоји искључиво начело покрића трошкова.

Недостатак овог модела организације и финансирања здравствене заштите је перманентни раст трошкова који проистичу из самог карактера овог система.

УЈЕДИЊЕНО КРАЉЕВСТВО ВЕЛИКЕ БРИТАНИЈЕ И СЈЕВЕРНЕ ИРСКЕ

Систем националне здравствене службе прва је увела Велика Британија. Систем је прилично централизован што значи да здравствену заштиту финансира искључиво држава из државног буџета, а средства се прикупљају општим опорезивањем.

На врху организације Националне здравствене службе је Министарство здравља које је задужено за равноправну расподјелу средстава и доношење законске регулативе¹¹.

Заступљен је висок степен јавне контроле у комплетном организовању и финансирању здравственог сектора.

У самој организацији Националне здравствене службе посебну улогу имају фондови примарне његе, који су уведени 1997. године и преко њих се финансира преко 80% укупног буџета Националне здравствене службе Велике Британије.

Основна улога ових фондова је омогућавање приступа докторима те уговарање осталих здравствених услуга.

У систему примарне здравствене заштите кључну улогу имају лекари опште праксе и има их око 30.000. Њихов основи задатак јесте да уговарају стандардне здравствене услуге са надлежним фондовима.

Финансирање здравствене заштите од уплаћеног обавезног здравственог осигурања је одвојено од буџетског финансирања. Осигурана лица одвајају одређени дио својих прихода који ће бити употријебљени за финансирање њихове здравствене заштите.

Висина доприноса је одређена посебним законом, а доприноси се прикупљају одвојено од пореза.

Упркос јакој здравственој контроли овај модел финансирања здравства посљедњих година биљежи значајан пораст трошкова.

Узроци пораста трошкова су велика капитална улагања у државним болницама, неконтролисан раст трошкова у фармацеутском сектору те непостојање планирања потрошње у здравству.

¹¹ <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care>, приступљено 3. 7. 2018. године

СЈЕДИЊЕНЕ АМЕРИЧКЕ ДРЖАВЕ

У Сједињеним Америчким Државама заступљен је тржишни модел финансирања здравствене заштите који се знатно разликује од система у европским земљама. Највеће разлике огледају се у концептима економске и социјалне политике.

Јавне здравствене установе које проводе превентивну здравствену заштиту финансирају се из буџета локалних заједница.

Посебну улогу у финансирању здравства имају волонтерски фондови преко којих се финансирају неки од здравствених ризика, као што су неке хируршке интервенције или класични облици хоспитализације.

Финансирање здравствене заштите од добровољног здравственог осигурања представља извор у коме осигурана лица представљају купце осигурања од независних, конкурентских продаваца осигурања.

Осигурана лица на добровољној основи купују осигурања од осигуравајућих агенција тако што купац осигурања бира одговарајући програм по којем ће се осигурати.

Добровољно осигурање може бити допунско или додатно, а могу га нудити јавне или приватне осигуравајуће агенције.

Непосредна плаћања здравствене заштите у САД биљеже стални пораст, тако да данас досежу и до 70% здравствене потрошње.

Кретање финансијских средстава у здравству дешава се тако што прикупљени новац долази у надлежне институције и у надлежним институцијама врши се расподјела финансијских средстава онима који су задужени за пружање здравствених услуга.

У САД приватни љекари наплаћују своје услуге по методи непосредних наплаћивања услуга па је сходно томе организована комплетна здравствена заштита са хитним службама и болничким клиникама.

У САД је особама лошијег имовинског стања и пензионерима доступно државно здравство кроз програме *Medicaid* и *Medicare*.

Medicaid је направљен за људе лошијег имовинског стања и свака федерална држава одређује ко се може пријавити за тај програм.

Medicare је програм приватног осигурања које суфинансира држава, гдје у просјеку нешто мање од пола трошкова лијечења плати држава а остатак плаћа осигураник.

Највећи проблем америчког здравства јесу огромни трошкови.

Цијене здравствене заштите прекорачиле су економски раст у свакој претходној години.

У посљедњих 30 година регистрован је просјечан годишњи раст трошкова здравства и износио је око 9,80% што је за 2,5 пута више од пораста нормалног БДП.

Како би побољшале систем здравствене заштите Сједињених Америчких Држава, демократе су 2010. године донијеле нови закон о здравственој заштити и њези пацијената.¹²

¹² <http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en/>, приступљено 4. 7. 2018. године

Програм нових мјера у здравству које су садржане у овом закону назван је *Obamacare* по тадашњем предсједнику Сједињених Америчких Држава који је уједно и најзаслужнији за његово доношење.

Циљ овог програма био је смањити велике трошкове у здравству и омогућити да сви становници буду покривени приватним или државним осигурањем, јер 15% америчког становништва није плаћало здравствено осигурање.

Творци *Obamacare* програма увели су обавезу послодавцима за куповање осигурања, то јест послодавци с више од 50 запослених након 2014. године морају купити одобрену полису осигурања за запослене.

За сваку компанију чији запосленици не плаћају здравствено осигурање тј. нису осигурани, казна је износила око 2.000 долара по запосленику.

Појединици којима послодавац не обезбиједи осигурање обавезни су сами плаћати, а особе са нижим примањима су субвенционисане од стране државе.

Пет година након што је донесен *Obamacare*, раст трошкова се смањује, а такође и број нових запослених у здравству.

ЗАКЉУЧАК

Кроз истраживање и приказ организације здравствене заштите у неколико земаља, уочавамо да постоје и сличности и разлике у њиховим системима и организовању здравства.

Оно што је заједничко свим земљама јесте да финансирање здравствене заштите, највише зависи од нивоа економског развоја земље. Земље са нижим националним дохотком ослањају се више на порезе који се лакше прикупљају. Финансирањем из државног буџета здравствена заштита постаје само још један од корисника буџетских средстава.

Такође, велики утицај на организацију здравствене заштите има политика. Свака промјена власти би утицала на избор приоритета у финансирању из буџета, поготово у кризним годинама када је недостатак буџетских прихода евидентан и расположива средства не покривају буџетске расходе.

Приходи у буџет се обезбјеђују наплатом различитих врста пореза на државном, регионалном или локалном нивоу. Порези могу бити општи или намјенски.

Систем здравствене заштите се у Великој Британији, Португалији, Шпанији и Грчкој финансира из општих пореза.

У Данској, Норвешкој, Шведској и Финској здравствена заштита се финансира из регионалних пореза.

Здравствена заштита се финансира из намјенских пореза у Француској, док се у Белгији и Великој Британији један дио пореза на продају цигарета усмјерава за финансирање здравствене заштите.

Финансирање здравствене заштите из средстава локалне заједнице се обично среће у сиромашним земљама у којима не постоји обавезно здравствено осигурање, као што су Субсахарска Африка, Филипини, Индија.

На нивоу локалних заједница се организују шеме за прикупљање и трошење новца за примарну здравствену заштиту. Чланство у овим шемама је углавном добровољно, средства која се прикупе су често скромна и троше се за финансирање ограниченог броја и обима услуга.

Поједине земље често комбинују нека од обиљежја основних модела организације и финансирања здравствене заштите, као што је случај у Србији, Босни и Херцеговини, Хрватској и Македонији.

ИЗВОРИ

1. Устав Републике Српске ("Службени гласник Републике Српске", бр. 21/92, 28/94, 8/96, 13/96, 15/96, 16/96, 21/96, 21/02, 26/02, 30/02, 31/02, 69/02, 31/03, 98/03, 115/05, 117/05, 48/11)
2. Закон о здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/09, 106/09, 39/16 - одлука УС и 110/16)
3. Закон о здравственој заштити ("Службени гласник Републике Српске", бр. 106/09 и 44/15)
4. Закон о доприносима ("Службени гласник", бр. 114/17)
5. Закон о Фонду солидарности за дијагностику и лијечење обољења, стања и повреда дјеце у иностранству ("Службени гласник Републике Српске", бр. 100/17, 103/17)
6. Одлука о усвајању цјеновника здравствених услуга ("Службени гласник Републике Српске", бр. 86/17)
7. Бабић, М. Организација здравствене заштите – нивои организације и рад установа. Медицински факултет Универзитета у Београду. Београд, 2005. (с.1)
8. Максимовић, З. Менаџмент у здравству. Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци. Бања Лука, 2006. (с. 125)
9. Мићовић, П. Здравствени менаџмент: Менаџмент здравственог система и здравствених установа. Комора здравствених установа Србије. Београд, 2008. (с. 71)
10. <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/gesetzliche-krankenversicherung>, приступљено 3. 7. 2018. године
11. <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care>, приступљено 3. 7. 2018. године
12. <http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en/>, приступљено 4. 7. 2018. године