

**УНИВЕРЗИТЕТ ПРИВРЕДНА АКАДЕМИЈА У НОВОМ САДУ
ПРАВНИ ФАКУЛТЕТ ЗА ПРИВРЕДУ И ПРАВОСУЂЕ
У НОВОМ САДУ**

**ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ И
УЛОГА ДРУШТАВА ЗА ОСИГУРАЊЕ У
ОРГАНИЗОВАЊУ И СПРОВОЂЕЊУ ДОБРОВОЉНОГ
ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА**

ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

Ментор:

Проф. др Мирко Кулић

Кандидат:

Мр Младен Ђеранић

Нови Сад, 2023. г.

**UNIVERSITY BUSINESS ACADEMY IN NOVI SAD
FACULTY OF LAW FOR COMMERCE AND JUDICIARY
IN NOVI SAD**

**HEALTH INSURANCE IN THE REPUBLIC OF SERBIA
AND THE ROLE OF INSURANCE COMPANIES IN
ORGANIZING AND IMPLEMENTING VOLUNTARY
HEALTH INSURANCE**

DOCTORAL DISSERTATION

**Mentor:
PhD Mirko Kulić**

**Candidate:
LL.M. Mladen Čeranić**

Novi Sad, 2023.

Прилог 1.

УНИВЕРЗИТЕТ ПРИВРЕДНА АКАДЕМИЈА У НОВОМ САДУ

ПРАВНИ ФАКУЛТЕТ ЗА ПРИВРЕДУ И ПРАВОСУЂЕ У НОВОМ САДУ

КЉУЧНИ ПОДАЦИ О ЗАВРШНОМ РАДУ

Врста рада:	Докторска дисертација
Име и презиме аутора:	Младен Теранић
Ментор (титула, име, презиме, звање, институција)	Проф. др Мирко Кулић, професор емеритус, Правни факултет за привреду и правосуђе у Новом Саду, Универзитет Привредна академија у Новом Саду
Наслов рада:	Здравствено осигурање у Републици Србији и улога друштава за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања
Језик публикације (писмо):	Српски, ћирилица
Физички опис рада:	Унети број: Страница: 259 Поглавља: 10 Референци: 137 Табела: 15 Слика: /

	<p>Графикона: 8</p> <p>Прилога: 2</p>
Научна област:	Привредноправна ужа научна област
Предметна одредница, кључне речи:	Здравствено осигурање, здравствена заштита, обавезно здравствено осигурање, добровољно здравствено осигурање, друштва за осигурање, неживотно осигурање, акционарско друштво за осигурање
Извод (апстракт или резиме) на језику завршног рада:	<p>Здравствени систем представља изузетно важан подсистем друштва у једној држави, чији је приоритет унапређење и очување здравља грађана. За једно друштво, битно је да има добро уређен систем здравствене заштите, макар на нивоу примарне здравствене заштите, која ће бити доступна свим грађанима у виду квалитетних здравствених услуга. Право на здравствену заштиту је универзално људско право и сматра се тековином савременог друштва. Сходно теми и примарном тематском опредељењу, предмет истраживања у раду је здравствено осигурање у Републици Србији (основне карактеристике, значај, облици организовања у Србији и у свету, законска регулатива у Републици Србији, као и компаративни осврт на легислативу и уређење Европске уније, осврт на проблеме финансирања и трошкове здравствене заштите и друга релевантна питања која се односе како на обавезно здравствено осигурање, тако и на добровољно здравствено осигурање), као и улога друштава за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања. Циљ истраживања је да се укаже на суштину, значај, предности и недостатке здравственог осигурања у Србији, имајући у виду решења националног законодавства, али и легислативе Европске уније. У раду, односно истраживању, примарни фокус је на релевантним питањима у вези здравственог осигурања и улоге друштава за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања, уз осврт на историјски развој и</p>

	<p>истраживачки контекст који је обухватио досадашњу заступљеност релевантних параметара Републичког фонда за здравствено осигурање, као и најновије статистичке податке истих.</p> <p>Докторска дисертација садржи десет главних целина (укључујући увод и закључак) и литературу.</p> <p>Систем здравственог осигурања у Србији је, у основи, обавезан уз могућност увођења добровољног здравственог осигурања. У Републици Србији се примењује Бизмарков модел здравственог осигурања, са упливом одређених обележја Беверицовог модела, што указује да је у Србији присутан мешовити систем финансирања.</p> <p>Обавезно здравствено осигурање је доминантно у Србији. Међутим, последњих деценија како у Србији, тако и у свету, трошкови здравствене заштите изузетно брзо расту. А сразмерно расту трошкова, расте и значај питања избора модела и организације здравственог осигурања, као једног од најважнијих социјалних, економских, а тиме и политичких питања. У условима појачане тражње за здравственим услугама у Републици Србији, затим услед проблема у организацији обавезног здравственог осигурања, али и других потешкоћа, јавља се потреба за интензивнијим присуством добровољних облика здравственог осигурања, што ће, претпоставља се, бити интензивирање у наредним годинама.</p>
<p>Датум одбране:</p> <p>(Попуњава накнадно одговарајућа служба)</p>	
<p>Чланови комисије:</p> <p>(титула, име, презиме, звање, институција)</p>	<p>1. Проф. др Мирко Кулић, професор емеритус, Правни факултет за привреду и правосуђе у Новом Саду, Универзитет Привредна академија у Новом Саду – <i>ментор</i></p> <p>2. Проф. др Владимир Козар, редован професор, Правни факултет</p>

	<p>за привреду и правосуђе у Новом Саду, Универзитет Привредна академија у Новом Саду - <i>председник комисије</i></p> <p>3. Проф. др Маја Ковачевић, ванредни професор, Факултет за економију и инжењерски менаџмент, Универзитет Привредна академија у Новом Саду - <i>члан комисије</i></p>
Напомена:	<p>Аутор докторске дисертације потписао је следеће изјаве:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Изјаву о ауторству,2. Изјаву о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада и3. Изјаву о коришћењу. <p>Ове изјаве се чувају на факултету у штампаном и електронском облику.</p>

Прилог 2

UNIVERSITY BUSINESS ACADEMY IN NOVI SAD

FACULTY OF LAW FOR COMMERCE AND JUDICIARY
IN NOVI SAD

KEY WORD DOCUMENTATION

Document type:	Doctoral dissertation
Author:	Mladen Ćeranić
Menthor (title, first name, last name, position, institution)	PhD Mirko Kulić, professor emeritus, Faculty of Law for Commerce and Judiciary in Novi Sad, University Business Academy in Novi Sad
Title:	Health Insurance in the Republic of Serbia and the role of Insurance Companies in organizing and implementing voluntary health insurance
Language of text (script):	Serbian language
Physical description:	Number of: Pages: 259 Chapters: 10 References: 137 Tables: 15 Illustrations: / Graphs: 8

	Appendices: 2
Scientific field:	Law (Specific field of science: <i>Commercial law</i>)
Subject, Key words:	Health Insurance, Health care, Compulsory Health Insurance, Voluntary Health Insurance, Insurance companies, Non-life insurance, Joint stock Insurance company
Abstract (or resume) in the language of the text:	<p>The health system represents an extremely important subsystem of society in a country, whose priority is to improve and preserve the health of citizens. For a society, it is important to have a well-organized system of health care, at least at the level of primary health care, which will be available to all citizens in the form of quality health services. The right to health care is a universal human right and is considered an asset of modern society. According to the topic and the primary thematic determination, the subject of research in the paper is health insurance in the Republic of Serbia (basic characteristics, importance, forms of organization in Serbia and in the world, legal regulations in the Republic of Serbia, as well as a comparative overview of the legislation and regulation of the European Union, an overview of problems of funding and health care costs and other relevant issues related to both mandatory health insurance and voluntary health insurance), as well as the role of insurance companies in organizing and implementing voluntary health insurance. The goal of the research is to point out the essence, importance, advantages and disadvantages of health insurance in Serbia, taking into account the solutions of the national legislation, as well as the legislation of the European Union. In the work, i.e. the research, the primary focus was on relevant issues related to health insurance and the role of insurance companies in organizing and implementing voluntary health insurance, with reference to the historical development and research context that included the current representation of the relevant parameters of the Republic Health Insurance Fund , as well as the latest statistical data of the same.</p> <p>The doctoral dissertation contains ten main units (including introduction and conclusion) and literature.</p>

	<p>The health insurance system in Serbia is basically mandatory with the possibility of introducing voluntary health insurance. In the Republic of Serbia, the Bismarck model of health insurance is basically applied, with the influence of certain characteristics of the Beveridge model, which indicates that there is a mixed financing system in Serbia.</p> <p>Compulsory health insurance is dominant in Serbia. However, in recent decades, both in Serbia and in the world, the costs of health care have been growing extremely fast. And in proportion to the growth of costs, the importance of the choice of model and organization of health insurance grows, as one of the most important social, economic, and therefore political issues. In conditions of increased demand for health services in the Republic of Serbia, then due to problems in the organization of mandatory health insurance, as well as other difficulties, there is a need for a more intensive presence of voluntary forms of health insurance, which, it is assumed, will be intensified in the coming years.</p>
<p>Defended: (The faculty service fills later.)</p>	
<p>Thesis Defend Board: (title, first name, last name, position, institution)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. PhD Mirko Kulić, professor emeritus, Faculty of Law for Commerce and Judiciary in Novi Sad, University Business Academy in Novi Sad – <i>Mentor</i> 2. PhD Vladimir Kozar, full professor, Faculty of Law for Commerce and Judiciary in Novi Sad, University Business Academy in Novi Sad - <i>President of the Commission</i> 3. PhD Maja Kovačević, associate professor, Faculty of Economics and Engineering Management in Novi Sad, University Business Academy in Novi Sad - <i>Member of the Commission</i>
<p>Note:</p>	<p>The author of doctoral dissertation has signed the following statements:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Statement on the authority,

	<p>2. Statement that the printed and e-version of doctoral dissertation are identical and</p> <p>3. Statement on copyright licenses.</p> <p>The paper and e-versions of statements are held at the faculty.</p>
--	---

САДРЖАЈ:

1. УВОД.....	13
1.1. Основне уводне напомене.....	13
1.2. Предмет и циљ истраживања у раду.....	16
1.3. Значај и методе истраживања.....	21
1.4. Структура рада и тематске целине.....	23
1.5. Хипотезе истраживања.....	27
2. ПОЈАМ, ЗНАЧАЈ И КАРАКТЕРИСТИКЕ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА.....	29
2.1. Појам здравствене заштите и здравственог осигурања.....	29
2.2. Значај здравствене заштите и здравственог осигурања.....	34
2.3. Карактеристике здравственог осигурања и улога здравственог менаџмента.....	37
3. ИСТОРИЈАТ РАЗВОЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СРБИЈИ И ПОЈЕДИНИМ ЕВРОПСКИМ ЗЕМЉАМА.....	43
3.1. Историјат развоја здравственог осигурања у Србији.....	43
3.1.1. Период до Првог светског рата.....	44
3.1.2. Период између два светска рата.....	45
3.1.3. Период после Другог светског рата.....	46
3.2. Развој здравственог осигурања у појединим европским земљама.....	51
3.2.1. Историјски развој система здравствене заштите и здравственог осигурања у Немачкој.....	52
3.2.2. Историјски развој система здравствене заштите и здравственог осигурања у Пољској.....	53
3.2.3. Историјски развој система здравствене заштите и здравственог осигурања у Словенији.....	55
3.2.4. Компаративни подаци о здравственом осигурању Организације за економску сарадњу и развој.....	58

4. ОБЛИЦИ ОРГАНИЗОВАЊА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СРБИЈИ И У СВЕТУ	62
4.1. О моделима здравственог осигурања.....	62
4.2. Конкретни модели здравственог осигурања	64
4.2.1. Подела Светске здравствене организације.....	65
4.2.2. Европски и амерички модел	72
4.2.3. Медицински штедни рачун.....	76
4.3. Финансијска пракса савременог света	77
4.4. Модел здравственог осигурања у Србији и осврт на проблеме финансирања и трошкова здравствене заштите.....	83
5. ЗАКОНСКА РЕГУЛАТИВА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ И ЕВРОПСКОЈ УНИЈИ ..	91
5.1. Законска регулатива у Републици Србији.....	92
5.1.1. Одредбе Закона о здравственој заштити.....	92
5.1.2. Одредбе Закона о здравственом осигурању.....	105
5.2. Законска регулатива у Европској унији.....	112
6. ОБАВЕЗНО И ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ.....	115
6. ОБАВЕЗНО И ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ.....	115
6.1. Обавезно здравствено осигурање	116
6.2. Добровољно здравствено осигурање	132
6.2.1. Легислативне одредбе о добровољном здравственом осигурању у Републици Србији	134
6.2.2. Карактеристике добровољног здравственог осигурања	141
6.2.3. Заступљеност добровољног здравственог осигурања у европским земљама	145
7. ДРУШТВА ЗА ОСИГУРАЊЕ.....	147
7.1. Појам и значај друштва за осигурање.....	149
7.2. Начини организовања и функционисања друштава за осигурање	156
7.3. Појам и основне карактеристике акционарских друштава за осигурање	166
8. УЛОГА ДРУШТАВА ЗА ОСИГУРАЊЕ У ОРГАНИЗОВАЊУ И СПРОВОЂЕЊУ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА	174

8.1. Улоге друштава за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања – примери из праксе	174
8.2. Организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања у пракси	196
8.2.1. Добровољно здравствено осигурање које реализује Републички фонд за здравствено осигурање.....	196
8.2.2. Добровољно здравствено осигурање које спроводе друштва за осигурање	198
9. ИСТРАЖИВАЧКИ ДЕО.....	204
9.1. Увод у истраживачки део.....	204
9.2. Званични подаци Републичког фонда за здравствено осигурање и њихова анализа	211
9.2.1. Филијале са испоставама и истуреним шалтерима Републичког фонда за здравствено осигурање.....	212
9.2.2. Регистрација изабраног лекара.....	216
9.2.3. Број осигураника	222
9.2.4. Број пријава и одјава на обавезно здравствено осигурање	225
9.2.5. Носиоци осигурања	228
9.2.6. Старосна структура осигураника и заштита права осигураних лица....	230
10. ЗАКЉУЧАК	234
11. ЛИТЕРАТУРА	245
Књиге и чланци.....	245
Национални и међународни прописи	254
Интернет извори.....	257

1. УВОД

1.1. Основне уводне напомене

Здравство је осетљив сегмент социјалне политике и потребно му је посветити нарочиту пажњу. Систем здравствене заштите укључује, осим активности здравствених институција, и остале секторе који дају активни допринос унапређењу здравља. У најширем смислу речи, “систем здравствене заштите обухвата и здравствено осигурање, које инкорпорира социјалну сигурност грађана. У ужем смислу, систем здравствене заштите односи се пак на мере које су усмерене на сузбијање и спречавање болести, лечење и рехабилитацију”.¹ Аутори у овом контексту често истичу да су „елементи система здравства заправо здравствени капацитети, здравствени кадрови, здравствена технологија и здравствени поступци”.² Јурковић на овом месту такође истиче да се „систем здравства дели на делатност примарне здравствене заштите и система здравства и специјалистичко-конзилијарну делатност, чији је задатак преглед болесника у специјалистичким ординацијама, укључујући и знатан део лабораторијско - дијагностичке активности и део терапеутских и рехабилитацијских активности; делатност стационарне заштите здравствених услуга (компрехензивна здравствена заштита) који претпоставља интегрално третирање, односно функционално повезивање свих тих делатности”.³

¹ Ристић, К., Белокапић, П., Миленковић, С. и Ристић, Ж. (2016). Економија социјалног, здравственог и пензијског осигурања. Београд: ЕтноСтил, стр. 81.

² Јурковић, Р. (1986). *Osnove ekonomike društvenih djelatnosti*. Zagreb: Ekonomski institut, стр. 153.

³ Ibid.

Сходно реченом, здравствени систем представља најважнији „подсистем друштва у једној земљи, чији је основни циљ унапређење и очување здравља људи. Развијање што ефикаснијег и ефективнијег здравственог система је неопходно за успешан развој друштва. Технолошким и друштвено-економским развојем подстиче се и развој здравственог система и истицања значаја ефикасног менаџмента у здравству“.⁴

Треба имати у виду да здравље људи, добро или лоше, није резултат појединачног избора, односно индивидуалног опредељења и хтења. Ипак, приступ квалитетним здравственим услугама у највећој мери зависи од утицаја политичких, друштвених и економских фактора на одређеном простору.

Када се определи појам „квалитетне здравствене услуге“, мисли се пре свега на право на свеобухватну здравствену заштиту, као и императив чувања и континуираног унапређења здравља. Оваквим приступом се пре свега додатно јача социјално, економска, али и политичка димензија здравствене заштите.

Право на здравствену заштиту је универзално људско право и сматра се тековином савременог друштва. Чланом 68 Устава Републике Србије⁵ предвиђене су одредбе које начелно уређују здравствену заштиту у Републици Србији. Наиме, према овим одредбама „свако има право на заштиту свог физичког и психичког здравља. Деца, труднице, мајке током породилског одсуства, самохрани родитељи са децом до седме године и стари остварују здравствену заштиту из јавних прихода, ако је не остварују на други начин, у складу са законом. Здравствено осигурање, здравствена заштита и оснивање здравствених фондова уређују се законом. Република Србија помаже развој здравствене и физичке културе“.

⁴ Радивојевић, В., Весић, С. (2020). Неки аспекти развоја здравственог система Србије и Јапана. Научне публикације Државног универзитета у Новом Пазару - Серија Б: Друштвене & хуманистичке науке, 3 (2), 152-165, стр. 152.

⁵ Устав Републике Србије, „Сл. гласник РС“, бр. 98/2006 и 115/2021.

Према томе, циљеви система здравствене заштите су: „(1) очување и унапређивање здравља (повећање квалитета живота, повећање стваралачких могућности и повећање социјалне сигурности), (2) повећање продуктивности рада, (3) јачање одбрамбене способности земље и (4) повећање доприноса економском и социјалном развоју друштва; док су облици здравствене заштите (1) примарна здравствена заштита (превентива и куратива), (2) поликлиничко-конзилијарна здравствена заштита и (3) стационарна здравствена заштита“.⁶

Без обзира на тип друштвеног уређења, политичког опредељења и економског деловања, начин финансирања здравствене заштите мора бити легислативно одређен и доследно примењен. Тиме се заправо нуди конкретан одговор на питање, ко и на који начин сноси трошкове здравствене заштите у свим конкретно дефинисаним ситуацијама. Доследно примењена политика конкретно распоређених и дефинисаних здравствених ресурса мора да буде одраз системски постављених приоритета у привреду и друштву генерално, а у здравству нарочито.

Финансијска политика у здравственом сектору једне државе је изузетно важна ставка у политичком, економском и социјалном смислу. То је темељ здравствене сигурности сваког појединца. Самим тим, темељ је не само здравствене, већ и социјалне, политичке и економске сигурности како друштвених група, тако и друштва у целини.

У Републици Србији, систем здравствене заштите уређен је Законом о здравственој заштити.⁷ Систем здравственог осигурања уређен је Законом о здравственом осигурању⁸, као и одредбама Закона о осигурању⁹ у оним питањима

⁶ Ристић, К., Белокапић, П., Миленковић, С. и Ристић, Ж. (2016).., *op. cit.*, стр. 82.

⁷ Закон о здравственој заштити, „Сл. гласник РС“, бр. 25/2019.

⁸ Закон о здравственом осигурању, „Сл. гласник РС“, бр. 25/2019.

⁹ Закон о осигурању, „Сл. гласник РС“, бр. 139/2014 и 44/2021.

која су битна за област здравственог осигурања, а која нису обухваћена Законом о здравственом осигурању.

1.2. Предмет и циљ истраживања у раду

У Републици Србији, систем здравственог осигурања је у основи обавезан, уз могућност увођења добровољног здравственог осигурања. Према актуелном Закону о здравственом осигурању, обавезно здравствено осигурање је „здравствено осигурање којим се запосленима и другим грађанима обухваћеним обавезним здравственим осигурањем обезбеђује право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде за случајеве утврђене овим законом. Републички фонд за здравствено осигурање (РФЗО) је носилац спровођења обавезног здравственог осигурања“. Обавезно здравствено осигурање је „доминантно у Србији за разлику од добровољног, које је у укупном систему здравственог осигурања веома мало заступљено. У условима појачане тражње за здравственим услугама, недовољно акумулираних средстава доприноса у систему обавезног здравственог осигурања, проблема у организацији обавезног здравственог осигурања итд., јавља се потреба за интензивнијим присуством добровољних облика здравственог осигурања“.¹⁰

Чланом 6 Закона о здравственом осигурању је одређено да је „добровољно здравствено осигурање врста неживотног осигурања и да представља:

1) осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите који настају када осигурано лице допуњује права из обавезног здравственог осигурања у погледу садржаја, обима и стандарда;

¹⁰ Кочовић, Ј., Ракоњац-Антић, Т., Рајић, В. (2013). Добровољно здравствено осигурање као допуна обавезном здравственом осигурању у Србији. Економске теме, 51 (3), 541-560, стр. 541-542.

2) осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите, односно здравствених услуга, лекова, медицинских средстава, рехабилитације и новчаних накнада, које није обухваћено обавезним здравственим осигурањем;

3) осигурање грађана који нису обавезно осигурани по овом закону, односно који се нису укључили у обавезно здравствено осигурање“.

Врсте добровољног здравственог осигурања су:

„1) допунско здравствено осигурање - осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите који настају када осигурано лице допуњује права из обавезног здравственог осигурања у погледу садржаја, обима и стандарда;

2) додатно здравствено осигурање - осигурање којим се покрива учешће у трошковима здравствене заштите, односно покривају трошкови здравствених услуга, лекова, медицинских средстава, односно новчаних накнада који нису обухваћени правима из обавезног здравственог осигурања;

3) приватно здравствено осигурање - осигурање лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, за покривање трошкова за врсту, садржај, обим и стандард права која се уговарају са осигуравачем“ (члан 174 став 1 Закона о здравственом осигурању).

Друштво за осигурање „може да организује и спроводи све врсте добровољног здравственог осигурања, као и комбинацију врста добровољног здравственог осигурања“ (члан 174 став 2 Закона о здравственом осигурању).

Економика здравства је област која последњих деценија добија на значају како у пракси функционисања здравствених организација, тако и у доктрини права, економије и медицине. Наиме, ова област се, „по правилу, бави идентификовањем нивоа и структуре здравствених потреба, изналажењем најефикаснијих метода задовољавања здравствених потреба, процењивањем здравственог стања нације, утврђивањем инпута и оупута у здравству и мерењем добитака - губитака у случају

задовољавања - незадовољавања здравствених потреба“.¹¹ У том контексту, важне су основне економске карактеристике здравствених услуга, које су бројне и различите у односу на економске домете конкретне државе. Овде Јурковић истиче следеће „дистинктивне економске карактеристике здравства и здравствених услуга:

- (1) нерегуларност и непредвидивост избијања болести,
- (2) постојање тзв. екстерних ефеката (екстермалија),
- (3) неспособност појединца да оцени сопствено здравствено стање,
- (4) двоструки карактер издатака за здравствену заштиту, симултано посматраних и као потрошња и као инвестиција,
- (5) ниска супститубилност инпута и релативно високо ангажовање и рада и средстава по јединици оутпута,
- (6) међузависност основне делатности са процесом образовања нових кадрова (тзв. производња везаних производа), и
- (7) нетечевински карактер здравствене делатности“.¹²

Трошкови здравствене заштите „бележе изузетно брз раст последњих педесет година. Разлози за то су: демографске промене (старење становништва), развој технике и технологије, све већи степен образовања становништва, појава нових болести, као и административни трошкови. Уз наведене разлоге, облик организовања, односно финансирања, и морални хазард доводе до тога да готово све земље у свету имају проблем раста трошкова, односно усклађивања трошкова и извора за њихово покриће. Раст трошкова, поред значаја самог здравља и здравствене

¹¹ Ристић, К., Белокапић, П., Миленковић, С. и Ристић, Ж. (2016)., *op. cit.*, стр. 82.

¹² Jurković, P. (1986), *op. cit.*, стр. 144.

заштите, истиче здравствено осигурање као једно од најважнијих социјалних, економских, а тиме и политичких питања“.¹³

У Републици Србији се у основи примењује Бизмарков модел здравственог осигурања.

Приметно је да је Републички фонд за здравствено осигурање и даље доминантан у финансирању здравствене заштите у јавном сектору. Оно што се уочава последњих година јесте то да се финансијска издвајања од стране Републичког фонда за здравствено осигурање повећавају у континуитету из године у годину, али и даље нису довољна да се обезбеди приступ потпуној здравственој заштити и комплетним здравственим услугама. Сходно овој ситуацији, последњих година све више долази до пораста личног учешћа осигураника у покривању трошкова здравствене заштите, чиме се заправо омогућило доктринарно утемељење, практична примена и правно уређење добровољног здравственог осигурања.

Добровољно здравствено осигурање је у суштини оно здравствено осигурање које добровољно уговара и плаћа појединац, или послодавац за његов рачун. У Србији, добровољно здравствено осигурање може организовати и спроводити Републички фонд за здравствено осигурање и правна лица која обављају делатност осигурања у складу са актуелним законима из области осигурања и здравственог осигурања.

Предмет истраживања у раду је здравствено осигурање у Републици Србији (основне карактеристике, значај, облици организовања у Србији и у свету, законска регулатива у Републици Србији, као и компаративни осврт на легислативу и уређење Европске уније, осврт на проблеме финансирања и трошкове здравствене заштите и друга релевантна питања која се односе како на обавезно здравствено осигурање, тако и на добровољно здравствено осигурање), као и улога друштва за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања.

¹³ Јанковић, Д. (2011). Здравствено осигурање као фактор трошкова здравствене заштите, Школа бизниса, бр. 4, 69-82, стр. 70.

Светска здравствена организација је још четрдесетих година прошлог века, прокламовала да је право на здравствену заштиту једно од основних људских права, а да је потреба за здрављем једна од важнијих потреба у животу сваког појединца. Имајући у виду речено, истраживање у раду ће се бавити званичним подацима Републичког фонда за здравствено осигурање, а који се односе на регистрацију изабраног лекара, број осигураника, број пријава и одјава на обавезно здравствено осигурање, носиоце осигурања, старосну структуру осигураника и заштиту права осигураних лица.

Циљ истраживања је да се укаже на суштину, значај, предности и недостатке здравственог осигурања у Србији, имајући у виду решења националног законодавства, али и легислативе Европске уније. Затим, надовезујући се на претходно, циљ истраживања је и анализа улоге и значаја друштва за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања.

Специфични циљеви истраживања су:

- Детаљна теоријска и нормативна анализа појма и значаја здравственог осигурања
- Анализа суштине и обухвата актуелних законских решења у Републици Србији
- Анализа историјског развоја здравственог осигурања
- Анализа облика организовања здравственог осигурања у Србији и у свету
- Анализа законске регулативе у Републици Србији
- Компаративни осврт на легислативу и уређење Европске уније
- Осврт на проблеме финансирања и трошкова здравствене заштите
- Обавезно здравствено осигурање
- Добровољно здравствено осигурање

- Анализа улоге друштава за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања
- Анализа званичних података Републичког фонда за здравствено осигурање, а који се односе на регистрацију изабраног лекара, број осигураника, број пријава и одјава на обавезно здравствено осигурање, носиоце осигурања, старосну структуру осигураника и заштиту права осигураних лица
- Анализом *de lege lata* и *de lege ferenda* одредаба у овој материји, те разматрање потенцијално ефикаснијих решења
- Скретање пажње стручне и шире јавности на значај, тренутно стање и могућности за унапређење здравственог осигурања у Србији.

1.3. Значај и методе истраживања

Као што је већ претходно речено, приметно је да је Републички фонд за здравствено осигурање и даље доминантан у финансирању здравствене заштите у јавном сектору. Оно што се уочава последњих година јесте то да се финансијска издвајања од стране Републичког фонда за здравствено осигурање повећавају у континуитету из године у годину, али и даље нису довољна да се обезбеди приступ потпуној здравственој заштити и комплетним здравственим услугама. Сходно овој ситуацији, последњих година све више долази до пораста личног учешћа осигураника у покривању трошкова здравствене заштите, чиме се заправо омогућило доктринарно утемељење, практична примена и правно уређење добровољног здравственог осигурања.

У Србији, добровољно здравствено осигурање може организовати и спроводити Републички фонд за здравствено осигурање и правна лица која обављају

делатност осигурања у складу са актуелним законима из области осигурања и здравственог осигурања.

У раду, односно истраживању, фокус ће бити на релевантним питањима у вези здравственог осигурања и улоге друштава за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања, уз осврт на историјски развој и истраживачки контекст који ће обухватити досадашњу заступљеност релевантних параметара Републичког фонда за здравствено осигурање, као и најновије статистичке податке истих. Дакле, поред утврђивања већ поменутих структурних елемената рада, од примарног интереса ће бити и разматрање актуелних, савремених тенденција у сегменту препознавања значаја овог проблема у ширем друштвеном контексту и указивање на потребу даљег континуираног теоријског и практичног бављења наведеним питањима.

Рад ће обухватити истраживање базирано на проучавању и анализи теоријских аспеката, односно литературе из области здравственог осигурања и улоге друштава за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања, користећи, поред аналитичке и синтетичке методе, дедукцију кроз коју ће се од опште анализе појмова, акценат ставити на појединачне сегменте истраживања, као и, са друге стране, индукцију којом ће се од анализе и тумачења појединачних питања и њихових специфичности доћи до шире теоријске основе тематике којом се бави дисертација. Статистички метод, метод квантитативне анализе података, као и метод дескриптивне статистике и аксиоматска метода, као опште научне методе, користеће се приликом обраде података и њихове анализе, односно као начин извођења одређених закључака на основу мањег броја полазних основних ставова. У раду ће се такође примењивати нормативни метод, приликом анализе законских решења, као и упоредноправни метод у делу поређења са законским решењима држава у окружењу. Коначно, имајући у виду тему рада и њен значај, применом емпиријске методе омогућиће се сагледавање тематике у ширем друштвеном контексту, као и подстицање даљег развоја теоријске мисли у овој области.

1.4. Структура рада и тематске целине

Докторска дисертација „Здравствено осигурање у Републици Србији и улога друштава за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања“ садржи десет главних целина (укључујући увод и закључак) и литературу, по следећој систематици:

У уводном делу рад се бави елаборацијом основних уводних напомена, предметом и циљем рада (како општим, тако и специфичним циљевима), значајем и методама истраживања, као и хипотезама истраживања.

У другом поглављу под називом „Појам, значај, и карактеристике здравственог осигурања“ детаљно су, на првом месту, анализирана питања везана за појам здравствене заштите и здравственог осигурања. С тим у вези, систем здравствене заштите је саставни елемент, односно подсистем здравственог система који обухвата целокупну здравствену инфраструктуру која инкорпорира све програме и услуге у области обезбеђења и пружања здравствене заштите. Здравствено осигурање је облик социјалног осигурања, којим се осигураним лицима обезбеђује право на здравствену заштиту и остала права из области здравственог осигурања. Потом је анализиран значај здравствене заштите и здравственог осигурања, јер је финансирање система здравствене заштите од кључног значаја за здравствени, али и привредно – економски сегмент функционисања једне државе. Потом су анализирани карактеристике здравственог осигурања и улога здравственог менаџмента, сходно чињеници да здравствени систем захтева квалитетан менаџмент. То је кључна детерминанта његовог раста и развоја.

У трећем делу под називом „Историјат развоја здравственог осигурања у Србији и појединим европским земљама“, анализиран је на првом месту историјат развоја здравственог осигурања у Србији. Наиме, развој здравственог осигурања у Србији се може поделити на три периода: до Првог светског рата, између два светска рата и на период после Другог светског рата. Сва три периода су анализирана у раду.

Потом је предмет елаборације у дисертацији био развој здравственог осигурања у појединим европским земљама. Треба нагласити да организовање система здравствене заштите, међутим, није једноставан задатак, посебно данас када су изазови који се постављају пред његово успешно функционисање све већи. Историјски развој система здравствене заштите и здравственог осигурања представљен је за три европске земље – Немачку, Пољску и Словенију. У оквиру овог поглавља анализирани су и компаративни подаци о здравственом осигурању Организације за економску сарадњу и развој. Наиме, као прилог поглављу које анализира историјски развој здравствене заштите и здравственог осигурања у појединим европским државама, табеларно су представљени подаци Организације за економску сарадњу и развој о кључним параметрима здравства и здравствене заштите у периоду 1984 – 1994. година, за осамнаест европских држава.

У четвртном поглављу под називом „Облици организовања здравственог осигурања у Србији и у свету“, на самом почетку представљен је уводни део о моделима здравственог осигурања. Када је реч о облицима здравствене заштите може се слободно рећи да део који се тиче финансирања система здравствене заштите опредељујуће утиче на облик организовања здравственог система. Потом су у дисертацији анализирани конкретни модели здравственог осигурања. У раду је представљена тројака подела модела организовања здравственог осигурања: подела Светске здравствене организације, европски и амерички модела, као и медицински штедни рачун. У оквиру поделе коју је определила Светска здравствена организација постоје следећи модели здравственог осигурања: Бизмарков, Беверицов, Семашков (социјалистички) и тржишни (предузетнички) модел. Сви наведени модели су детаљно представљени у раду. У оквиру овог поглавља представљена је и финансијска пракса савременог света. Наиме, методи који егзистирају у пракси, су следећи: плаћање по услузи, плаћање по случају, плаћање по глави и плаћање по систему редовне плате. Поред метода плаћања лекара, у раду су анализирани и методи обрачунавања и плаћања здравствено-заштитних активности: механизам финансирања кроз цену услуга, механизам финансирања кроз цену програма и механизам финансирања кроз дотирање или субвенционирање делатности

институција из наменски алиментираних средстава. Коначно, четврто поглавље обухвата и најважније питање, а то је питање модела здравственог осигурања у Србији и осврта на проблеме финансирања и трошкова здравствене заштите. У складу са законским одређењем, систем здравственог осигурања у Србији је, у основи, обавезан уз могућност увођења добровољног здравственог осигурања. У Републици Србији се примењује Бизмарков модел здравственог осигурања, са упливом одређених обележја Беверицовог модела, што указује да је у Србији присутан мешовити систем финансирања.

Пето поглавље носи назив „Законска регулатива у Републици Србији и Европској унији“. У Републици Србији, систем здравствене заштите уређен је Законом о здравственој заштити, док је систем здравственог осигурања уређен Законом о здравственом осигурању, као и одредбама Закона о осигурању у оним питањима која су битна за област здравственог осигурања, а која нису обухваћена Законом о здравственом осигурању. Подзаконска акта која су битна за област здравственог осигурања су: Уредба о добровољном здравственом осигурању, Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2022. г, као и Уредбу о Плану здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2022. г. У дисертацији су анализирани одредбе Закона о здравственој заштити и Закона о здравственом осигурању. Потом је учињен осврт на законску регулативу у Европској унији.

Шесто поглавље носи назив „Обавезно и добровољно здравствено осигурање у Републици Србији“. Према одредбама Закона о здравственом осигурању, у Републици Србији имамо две врсте здравственог осигурања: обавезно здравствено осигурање и добровољно здравствено осигурање. У овом поглављу учињен је детаљнији осврт на законски, доктринарни и практични аспект уређења обавезног и добровољног здравственог осигурања. Такође, анализирана је и заступљеност добровољног здравственог осигурања у Европским земљама.

У седмом поглављу пажња је усмерена на „Друштва за осигурање“. Основна функција осигурања састоји се у надокнади штете осигураницима када дође до реализације осигураних ризика. У оквиру овог поглавља учињен је краћи осврт на неке виталне сегменте и учеснике у осигурању, у складу са темом дисертације и наредним поглављем који конкретизује анализу улоге осигуравајућих друштава у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања. У виду подналова, анализирана су следећа питања: појам и значај друштва за осигурање, начини организовања и функционисања друштава за осигурање, појам и врсте акционарских друштава. Наиме, друштво за осигурање је правно лице које обавља делатност осигурања имовине и лица. Постоји више форми организовања осигуравајућих друштава. Према одредбама Закона о осигурању, два су облика осигуравајућих друштава - акционарско друштво за осигурање и друштво за узајамно осигурање. Акционарско друштво за осигурање представља основни облик осигуравајућег друштва по одредбама Закона о осигурању.

Осмо поглавље носи назив „Улога друштава за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања“. На првом месту у оквиру овог поглавља јесте улога друштава за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања – примери из праксе. Имајући у виду да су у претходним поглављима детаљно анализирани одредбе Закона о здравственом осигурању и Закона о осигурању, као и одредбе подзаконских аката из области обавезног здравственог осигурања, као и добровољног здравственог осигурања, у оквиру овог подналова представљени су примери из праксе који се односе на организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања од стране друштава за осигурање. Примери из праксе обухватају: правила добровољног здравственог осигурања - Generali и правила добровољног здравственог осигурања Акционарског друштва за осигурање „АМС Осигурање“ а.д.о. Београд. Потом је учињен осврт на организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања у пракси, и то - добровољног здравственог осигурања које реализује Републички фонд за здравствено осигурање, као и добровољног здравственог осигурања које спроводе друштва за осигурање.

Девети део је „Истраживачки део“. У складу са свим реченим у претходним поглављима дисертације, сасвим је извесно каква су улога, значај и недлежности Републичког фонда за здравствено осигурање. У оквиру овог поглавља анализирани су сви кључни параметри функционисања Републичког фонда за здравствено осигурање. На самом почетку су представљене филијале са испоставама и истуреним шалтерима Републичког фонда за здравствено осигурање. Потом су табеларно представљени и анализирани подаци по следећим категоријама: регистрација изабраног лекара, број осигураника, број пријава и одјава на обавезно здравствено осигурање, носиоци осигурања, те старосна структура осигураника и заштита права осигураних лица.

Десето поглавље дисертације садржи закључна разматрања и закључне осврте на релевантна питања која су у току израде дисертација била анализирана.

1.5. Хипотезе истраживања

Имајући у виду претходно дефинисан предмет и циљ истраживања у раду, значај и примењену методологију, може се издвојити основна хипотеза ове докторске дисертације, и четири посебне хипотезе.

Основна хипотеза: Креирање и унапређење здравственог осигурања и здравствене заштите сразмерно је социо - економском, културном и друштвеном напретку, а финансијска одрживост здравственог система значајан је стуб привредног развоја.

Хипотеза 1: Здравствена заштита поред медицинског и социјалног аспекта, односно аспекта заштите здравља, права у оквиру здравствене заштите и социјалне сигурности грађана, има значајне импликације и у економском смислу, односно економском развоју државе.

Хипотеза 2: Добровољним здравственим осигурањем становништву се пружа

могућност избора, као и омогућавање брже, квалитетније и доступније здравствене услуге.

Хипотеза 3: Економика здравства је изузетно значајна и правилним идентификовањем нивоа и структуре здравствених потреба, изналажењем ефикасних начина заштите здравља грађана и пружања квалитетних здравствених услуга, проценом могућности које пружа обавезно здравствено осигурање, те додатне подршке које пружа добровољно здравствено осигурање, омогућава се комплетна заштита универзалног људског права – права на здравствену заштиту.

Хипотеза 4: Друштва за осигурање значајна су могућност за све грађане Републике Србије у области добровољног здравственог осигурања.

2. ПОЈАМ, ЗНАЧАЈ И КАРАКТЕРИСТИКЕ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

2.1. Појам здравствене заштите и здравственог осигурања

Систем здравствене заштите је саставни елемент, односно подсистем здравственог система који обухвата целокупну здравствену инфраструктуру која инкорпорира све програме и услуге у области обезбеђења и пружања здравствене заштите.

Под системом подразумевамо „скуп међусобно повезаних елемената који заједно доводе до достизања циљева у средини у којој систем егзистира. Систем обухвата укупност или комплексност елемената или појединачних делова“.¹⁴ Здравствени систем представља један од најсложенијих система у било којој држави.

Здравствени систем „мора да осигура физички, географски и економски доступну и приступачну, интегрисану (вертикалну повезаност примарног, секундарног, терцијарног нивоа и хоризонталну повезаност у систему и у односу на локалну заједницу) и квалитетну здравствену заштиту (стално унапређење квалитета здравствене заштите и право корисника на избор лекара и информисаност), развој здравствених кадрова, одрживост финансирања, децентрализацију управљања и финансирања здравствене заштите и постављање грађанина у центар система здравствене заштите.“¹⁵

¹⁴ Цуцић В, Симић С, Бјеговић В, Живковић М, Докнић-Стефановић Д, Вуковић Д. (2000). Социјална медицина. Веоград: Савремена администрација, стр. 20.

¹⁵ План развоја здравствене заштите Републике Србије, „Сл. гласник РС“, бр.34/2010.

Системи здравствене заштите су под јаким утицајем важећих норми и вредности у друштву, често рефлектују социјална и културална очекивања грађана и под утицајем су јединствене националне историје, традиције и политичког система. С обзиром на његов значај и утицај на здравствено стање становништва сваке државе, као и због великог економског утицаја, држава спроводи низ мера у планирању и управљању здравственим системом како би обезбедила стабилно финансирање и рационалан и квалитетан систем пружања здравствене заштите, а све то у циљу да се у оквиру расположивих средстава становништву обезбеди основна здравствена заштита“.¹⁶

Косановић и Анђелски истичу да се „систем социјалне сигурности у Србији састоји из:

- 1) система социјалног осигурања;
- 2) система друштвене бриге о деци и породици;
- 3) система друштвене заштите бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;
- 4) система социјалне заштите“.¹⁷

Систем социјалног осигурања, при томе обухвата:

- „а) пензијско-инвалидско осигурање;
- б) здравствено осигурање и
- в) осигурање за случај незапослености“.¹⁸

¹⁶ Јовановић, С., Миловановић, С., Мандић, Ј., Јововић, С. (2015). Системи здравствене заштите. Енграми, 37 (1), 75-82, стр. 76.

¹⁷ Косановић, Р., Анђелски, Х. (2015). Основни правци развоја здравственог осигурања у Републици Србији (1922–2014). Здравствена заштита, 44 (3), 48-70, стр. 49.

¹⁸ Косановић, Р. (2011). Социјално право. Радничка штампа, Београд: Friedrich Ebert Stiftung, стр. 26.

Здравствено осигурање је „вид (грана) социјалног осигурања, којим се осигураним лицима (осигураницима и члановима породице осигураника) обезбеђује право на здравствену заштиту и остала права из области здравственог осигурања (накнада зараде за време привремене спречености за рад, накнада путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите и друга права)“.¹⁹

Чланом 2 Закона о здравственој заштити опредељено је да је „здравствена заштита организована и свеобухватна делатност друштва, са циљем остваривања највишег могућег нивоа очувања и унапређења здравља грађана. Здравствена заштита обухвата спровођење мера и активности за очување и унапређење здравља држављана Републике Србије, спречавање, сузбијање и рано откривање болести, повреда и других поремећаја здравља и благовремено, делотворно и ефикасно лечење, здравствену негу и рехабилитацију“. Чланом 6 истог закона уређено је да „систем здравствене заштите у Републици Србији чине здравствене установе, високошколске установе које изводе акредитоване студијске програме за стицање одговарајућих знања и вештина за обављање послова у области здравствене заштите и друга правна лица за која је посебним законом предвиђено да обављају и послове здравствене делатности, приватна пракса, здравствени радници и здравствени сарадници, као и организација и финансирање здравствене заштите“.

Чланом 1 Закона о здравственом осигурању је одређено да „здравствено осигурање у Републици Србији обухвата обавезно здравствено осигурање и добровољно здравствено осигурање“. Чланом 3 истог закона је уређено да је „обавезно здравствено осигурање осигурање којим се осигураним лицима и другим лицима обезбеђује право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде у складу са овим законом“, док је чланом 4 уређено да обавезно здравствено осигурање обухвата: 1) осигурање за случај болести и повреде ван рада и 2) осигурање за случај повреде на раду и професионалне болести“.

¹⁹ Косановић, Р., Анђелски, Х. (2015), *op. cit.*, стр. 49.

Чланом 6 Закона о здравственом осигурању уређено је да је „добровољно здравствено осигурање врста неживотног осигурања“, и да при томе добровољно здравствено осигурање обухвата:

„1) осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите који настају када осигурано лице допуњује права из обавезног здравственог осигурања у погледу садржаја, обима и стандарда;

2) осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите, односно здравствених услуга, лекова, медицинских средстава, рехабилитације и новчаних накнада, које није обухваћено обавезним здравственим осигурањем;

3) осигурање грађана који нису обавезно осигурани по овом закону, односно који се нису укључили у обавезно здравствено осигурање“.

Према опредељењу члана 30, став 1 Уредбе о добровољном здравственом осигурању²⁰, врсте добровољног здравственог осигурања су:

„1) паралелно здравствено осигурање је осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите који настају када осигураник остварује здравствену заштиту која је обухваћена обавезним здравственим осигурањем на начин и по поступку који су друкчији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања који је прописан законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона;

2) додатно здравствено осигурање је осигурање којим се покривају трошкови здравствених услуга, лекова, медицинско-техничких помагала и имплантата, односно новчаних накнада који нису обухваћени правима из обавезног здравственог осигурања, односно осигурање на већи садржај, обим и стандард права, као и износ новчаних накнада обухваћених обавезним здравственим осигурањем;

3) приватно здравствено осигурање је осигурање лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем или која се нису укључила у обавезно

²⁰ Уредба о добровољном здравственом осигурању, „Сл. гласник РС“, бр. 108/08, 49/09.

здравствено осигурање, за покривање трошкова за врсту, садржај, обим и стандард права која се уговарају са даваоцем осигурања“.

Према одређењу члана 30, став 4 Уредбе о добровољном здравственом осигурању, „под добровољним здравственим осигурањем сматра се и врста добровољног здравственог осигурања које се уговара за случај коришћења здравствене заштите осигураника за време боравка у иностранству, ако се то осигурање пружа као једина услуга у складу са законом“.

На овом месту битно је одредити и дефиниција здравственог система. Према одређењу које је дала Светска здравствена организација, истиче да он „обухвата здравствену инфраструктуру која обезбеђује спектар програма и услуга и пружа здравствену заштиту појединцима, породицама и заједници“.²¹

Према Евансу и сарадницима, „извештај о светском здрављу из 2000. дефинисао је три суштинска циља здравствених система — побољшање здравља, повећање одговора на легитимне захтеве становништва, и обезбеђивање да су финансијска оптерећења у области здравствене заштите праведно распоређена“.²²

Начелно гледано, „не постоји најбољи могући или неки опште препоручивани начин за организовање здравствене заштите и здравствене службе. Из тог разлога постоје велике разлике између земаља када се ради о циљевима, структури, организовању, финансирању и другим карактеристикама здравственог система. Разлике су резултат историјских, економских, геополитичких, социокултурних и других фактора“.²³

²¹ Evans, D. B., Tandon, A., Murray, C. J., i Lauer, J. A. (2000). The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries. *World Health Organization*, 29(29), 28-36, стр. 29.

²² Evans, D. B., Tandon, A., Murray, C. J., I Lauer, J. A. (2001). Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis. *BMJ*, 323 (11), 307-310, стр. 307.

²³ Митровић, М., и Гавриловић, А. (2013). Организација и менаџмент у здравственом систему Србије. *FBIM Transactions*, 1(2), 145–158, стр. 145.

Главни циљ здравственог система, како је до сада већ истицано, јесте „унапређење и очување здравља људи. Здравствени систем поред овог главног циља, има још два циља, а то су:

1. одговорност, у смислу испуњавања захтева који се од њега очекују, и
2. праведност, у смислу једнаког третмана свих људи у земљи“.²⁴

Да би здравствени систем успешно функционисао неопходно је да он буде „адекватно организован, добро усмеравањ, адекватно финансиран и добро структуриран“.²⁵

2.2. Значај здравствене заштите и здравственог осигурања

Доступност здравственим услугама Светска здравствена организација дефинише као „меру – проценат становништва који за своје потребе неометано обезбеђује одговарајуће здравствене услуге. Једнак приступ здравственим услугама при томе, подразумева адекватно снабдевање које је блиско повезано са њиховом ценом, прихватљивом понудом, адекватним контактом између давалаца и корисника система“.²⁶ Очито је да многи грађани, због недоступности одговарајућег облика здравствене заштите, могу запасти у незавидан и неравноправан положај, што их безусловно сврстава у неку од вулнерабилних или социјално угрожених категорија. У савременим условима живота, чини се недопустивим да примарни облик

²⁴ Радивојевић, В., Весић, С. (2020), *op. cit.*, стр. 154.

²⁵ Јовановић, С., Миловановић, С., Мандић, Ј. и Јововић, С. (2015). Системи здравствене заштите. Енграми, 37 (1), 75–82, стр. 76.

²⁶ World Health Organization. Italy health system review. Доступно на: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141626/HiT-16-4-2014-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. (25.03.2023)

здравствене заштите буде недоступан или пак делимично доступан за било ког појединца.

Светска здравствена организација препоручује да „примарна здравствена заштита буде срце сваког здравственог система. Поред тога, укључивање више специјализованих здравствених услуга, као што су сексуално, репродуктивно или ментално здравље, такође треба да се најозбиљније узме у обзир. Приступ здравственим услугама одавно превазилази традиционалне терапијске оквире и стандарде“.²⁷

Према Тотићу, „глобална наука је многе стандарде давно ставила *ad acta*, а оријентисаност на шири приступ здрављу могућа је само кроз његову конкретну промоцију и преко широке палете квалитетних разноврсних здравствених услуга. Промоција квалитетног здравља дефинише све врсте активности које људима омогућавају повећану контролу над сопственим (и туђим) здрављем. Под тим се стандардно подразумева обезбеђивање ресурса за финансирање здравствених услуга, смештај, безбедност хране, запошљавање, квалитет животне средине и услова рада. Овај навод усмерен је на сваким даном потребнију реалну процену расположивих финансијских средстава, без којих нема говора о жељеној приступачности здравственим услугама. Оне су, у највећој мери, перманентно зависне од обима расположивих финансијских средстава. Оцена расположивих финансијских средстава, која се издвајају за финансирање примарне здравствене заштите, значајна је са становишта сагледавања стварне могућности њеног потпуног остваривања кроз правовремено пружање здравствених услуга према утврђеним стандардима. Осим тога, нужно је сагледати део средстава који се издваја за интермедијарни и централни

²⁷ Тотић, И. (2012). Нека питања у вези са финансирањем здравствене заштите у земљама-чланицама Европске уније. Медицински гласник Специјалне болнице за болести штитасте жлезде и болести метаболизма “Златибор”, 17 (43), 54-68, стр. 63.

ниво здравствене заштите, односно средства која одлазе на скупе и теже доступне здравствене услуге које недостају великом броју сиромашнијих грађана“.²⁸

Финансирање система здравствене заштите „је од кардиналног значаја за финансије државе“.²⁹

Систем здравствене заштите у Србији „се базира на Бизмарковом моделу финансирања. Овај модел се заснива на доприносима које солидарно уплаћују и запослени и послодавци. Сви грађани који остварују приходе имају законску обавезу плаћања доприноса за здравствено осигурање. У ову групу спадају: запослени, оснивачи привредних друштава, самостални предузетници, пољопривредници и пензионери“.³⁰

Како Радивојевић и Весић истичу, „на основу редовне уплате доприноса они остварују право на здравствено осигурање, односно оверену здравствену књижицу за себе и чланове своје породице. Довољно је да један члан породице плаћа допринос за здравствено осигурање, како би сви чланови уже породице, који не припадају некој од категорија грађана који остварују приходе, имали право на здравствено осигурање. По истом основу могу да се осигурају и шири чланови породице, уколико их уплатилац здравственог осигурања издржава. Свим грађанима који не остварују приходе и нису чланови породице некога ко их остварује, а самим тим и не плаћају допринос за обавезно здравствено осигурање законом је гарантовано право на обавезно здравствено осигурање, односно на оверену здравствену књижицу“.³¹

Како Косановић и Анђелски наводе, „садашњи систем здравственог осигурања у Србији, формално посматрано, припада Бизмарковом моделу обавезног здравственог осигурања, док је суштински на прелазу између обавезног здравственог

²⁸ Ibid, стр. 63-64.

²⁹ Јанковић, Д. (2011), *op. cit.*, стр. 70.

³⁰ Јовановић, С., Миловановић, С., Мандић, Ј. и Јововић, С. (2015), *op. cit.*, стр. 77.

³¹ Радивојевић, В., Весић, С. (2020), *op. cit.*, стр. 157.

осигурања и националне здравствене службе (Беверицов модел), без довољно аутономије у одлучивању Републичког фонда и уз значајан интервенционизам државе“.³²

Избор модела финансирања „здравственог система зависи од неколико битних ставки, као што су: степен социјално-економске развијености земље, фискални капацитет земље, ефикасност прикупљања средстава, политичка изводљивост и слично“.³³ Социјално осигурање у Србији (обавезно здравствено осигурање) јесте „модел социјалног осигурања које је обавезно, и повезује уплате са нивоом прихода, а при том захтева доприносе и од послодаваца и од запослених. Услуга је бесплатна за пацијента на месту где се пружа, а ниво заштите није повезан са уплаћеним доприносима. Социјално осигурање у Србији обухвата пензијско и инвалидско осигурање, осигурање за случај незапослености и здравствено осигурање“.³⁴

2.3. Карактеристике здравственог осигурања и улога здравственог менаџмента

Чланом 5 Закона о здравственом осигурању уређено је да се „обавезно здравствено осигурање организује на начелима: обавезности, солидарности и узајамности, јавности, заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса, сталног унапређивања квалитета обавезног здравственог осигурања и економичности и ефикасности обавезног здравственог осигурања“.

³² Косановић, Р., Анђелски, Х. (2015), *op. cit.*, стр. 49.

³³ Гајић-Стевановић, М., Димитријевић, С., Вукша, А. и Јовановић, Д. (2009). Здравствени систем и потрошња у Србији од 2004 до 2008. Београд: Институт за јавно здравље Србије" Др Милан Јовановић Батут, стр. 53.

³⁴ Бабић, В. (2008). Финансирање јавних расхода у области социјалног осигурања. ИМК-14-Истраживање и развој, 14(1–2), 99–105, стр. 100.

У следећој табели представљени су законом дефинисани принципи обавезног здравственог осигурања.

Табела 1. Законом дефинисани принципи обавезног здравственог осигурања

Р. бр.	Начело	Појашњење начела
1	Начело обавезности	Начело обавезности подразумева обавезно здравствено осигурање, које се обезбеђује обавезом плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање, у складу са законом.
2	Начело солидарности и узајамности	Начело солидарности и узајамности подразумева систем обавезног здравственог осигурања у којем трошкове обавезног здравственог осигурања сnose осигураници и други обвезници уплате доприноса уплатом доприноса на остварене приходе, а права из обавезног здравственог осигурања користе она осигурана лица код којих је наступила болест или други осигурани случај.
3	Начело јавности	Начело јавности подразумева право осигураних лица на све врсте информација у вези са правима из обавезног здравственог осигурања и јавност рада Републичког фонда за здравствено осигурање, у складу са законом.
4	Начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса	Начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса подразумева дужност Републичког фонда да, приликом остваривања права из обавезног здравственог осигурања, омогући осигураним

		лицима да што лакше остваре и заштите своја права, водећи рачуна да остваривање њихових права не буде на штету права других лица нити у супротности са законом утврђеним јавним интересом.
5	Начело сталног унапређивања квалитета обавезног здравственог осигурања	Начело сталног унапређивања квалитета обавезног здравственог осигурања подразумева праћење савремених достигнућа у области обавезног здравственог осигурања и унапређивање система обавезног здравственог осигурања.
6	Начело економичности и ефикасности	Начело економичности и ефикасности подразумева да се права из обавезног здравственог осигурања, у пуном обиму, садржају и стандарду, остварују уз што мање финансијских и других средстава.
7	Начела здравствене заштите утврђена законом	У спровођењу обавезног здравственог осигурања примењују се и начела здравствене заштите утврђена законом којим се уређује здравствена заштита и остварују се права пацијената утврђена законом којим се уређују права пацијената.

Извор: Закон о здравственој заштити, члан 5

Према Радивојевић и Весић, „у последњим деценијама стање у здравственом систему Србије било је незадовољавајуће. Због тога је у од 2003. до 2009. године спроведен пројекат Министарства здравља „Развој здравства Србије“, који је подржан од стране Светске банке у износу од 20 милиона евра. Резултати овог пројекта су улагање средстава у инфраструктуру и опремање четири опште болнице у Србији, у капацитете за производњу вакцине против грипа Института за

имунологију и вирусологију „Торлак“ и у информатизацију здравственог сектора обезбеђивањем информатичке опреме и мреже“.³⁵ Резултати овог пројекта „створили су простор за даљу сарадњу између Србије и Светске банке, па је у периоду од 2009. до 2011. године спроведен пројекат „Развој здравства Србије-додатно финансирање“. Овај пројекат је финансиран из кредита Светске банке и то у износу од 10,5 милиона евра. Циљ овог пројекта био је изградња капацитета ради развијања одрживог система здравствене заштите. Године 2014. потписан је још један пројекат између наше земље и Светске банке под називом „Други пројекат развоја здравства Србије— у вредности од 25 милиона евра. Овај пројекат се односи на унапређење финансирања у систему здравствене заштите, унапређење приступа квалитетној здравственој заштити, јачање квалитета здравствене заштите и управљање пројектом“.³⁶

На основу „реализације неких планова из ових пројеката, као и наставка спровођења нереализованих планова, долази до извесних побољшања здравственог система Републике Србије, па се према подацима Министарства здравља наша земља налази на 18. месту у Европи. Овим резултатом котира се испред 14 земаља Европске уније, међутим, у погледу на најразвијеније земље света, рад нашег здравственог система још увек није на завидном нивоу“.³⁷

Систем здравствене заштите и здравственог осигурања у Србији „карактеришу исти проблеми као и све земље света, без обзира на степен развоја. Као основни проблеми истичу се: брз раст трошкова који произилази из старења становништва, увођења нове технике и технологије и све вишег нивоа образованог становништва. Ови разлози намећу потребу реформе система здравствене заштите и здравственог осигурања у Србији. Главни разлог за реформисање система јесте да се

³⁵ Радивојевић, В., Весић, С. (2020), *op. cit.*, стр. 155.

³⁶ *Ibid.*, стр. 155-156.

³⁷ *Ibid.*, стр. 156.

трошкови здравственог осигурања смање, односно да се ускладе са реалним могућностима буџета Републике Србије“.³⁸

Додатне потешкоће „економски одрживом развоју здравственог система представља перманентни развој медицинске науке. Услед развоја нових технологија, здравствена заштита постаје све делотворнија за пацијенте, а самим тим, скупља чак и за најбогатије земље света. Финансирање здравствене заштите заузима централно место у функционисању здравственог система, с обзиром да ниједан здравствени систем у свету не може да обезбеди толико финансијских средстава, да би се могло рећи да тај систем послује рентабилно, односно без финансијских потешкоћа“.³⁹

Трошкови здравствене заштите „бележе изузетно брз раст као последица демографских промена (старење становништва), развоја технике и технологије, све већег степена образовања становништва, појаве нових болести, као и административних трошкова“.⁴⁰

Дамњановић и сарадници стога наводе да „раст трошкова, поред значаја самог здравља и здравствене заштите, истичу здравствено осигурање као једно од најважнијих социјалних, економских, а тиме и политичких питања“.⁴¹

Здравствени систем свакако „захтева квалитетан менаџмент. То је кључна детерминанта његовог раста и развоја. Менаџмент, као научна дисциплина и пракса представља процес ефикасног и ефективног остварења организационих циљева,

³⁸ Веселиновић, П. (2014). Реформа јавног сектора као кључна детерминанта успешности транзиције привреде Републике Србије. Економски хоризонти, 16(2), 141–159, стр. 143.

³⁹ Ковач, Н. (2013). Финансирање здравства – ситуација у Хрватској, Економски вјесник, 26 (2), 551-563, стр. 551.

⁴⁰ Милојевић И., Милајловић М., Свијановић М., (2012). Impact of organizational failure of relevance consolidated budget, Економика пољопривреде, 59 (1), 63-71, стр. 64.

⁴¹ Дамњановић, Р., Владисављевић, В. и Араповић, Т. (2018). Модели финансирања здравственог осигурања. Одитор, 4 (1), 85-93, стр. 86.

путем планирања, организовања, вођења и контролисања свих (материјалних и људских) организационих ресурса“.⁴²

Здравствени менаџмент „подразумева управљање здравственим институцијама, ради обезбеђења и пружања неопходне здравствене заштите становништву земље. Поред тога, здравствени менаџмент подразумева сарадњу здравствених установа са другим друштвеним институцијама како би дошло до побољшања услова живота и рада. Посебну улогу у здравственом менаџменту има људски фактор“.⁴³

Здравствени менаџмент обухвата „велики број задатака, од планирања, организовања, спровођења и контроле рада здравствених програма, преко координације ресурса, развоја здравствених програма, доношења одговарајућих одлука на свим нивоима здравственог система, до остварења циљева и побољшања система здравствене заштите“.⁴⁴

⁴² Симић, И. (2011). Менаџмент. Ниш: Економски факултет Универзитета у Нишу, стр. 7.

⁴³ Мићовић, П. (2009). Здравствени менаџмент. Здравствена заштита, 38(5), 73-78, стр. 74.

⁴⁴ Стоиљковић, М., Цвијановић, Д. И Војновић, Б. (2013). Менаџмент задовољством и мотивацијом у здравственим установама. Београд: Институт за економику пољопривреде, стр. 15.

3. ИСТОРИЈАТ РАЗВОЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СРБИЈИ И ПОЈЕДИНИМ ЕВРОПСКИМ ЗЕМЉАМА

3.1. Историјат развоја здравственог осигурања у Србији

На простору наше државе и Западног Балкана, „здравствено осигурање има релативно дугу традицију, јер се развило од тзв. болесничког осигурања радника у здравствено осигурање укупног становништва. У историјској генези, први облици здравственог осигурања у облику тзв. Братинске благајне успостављени су рударским законима на територији данашње Словеније и Далмације још давне 1854. године“.⁴⁵

Развој здравственог осигурања у Србији „можемо поделити на три периода, и то на периоде:

- 1) до Првог светског рата;
- 2) између два светска рата и
- 3) на период после Другог светског рата“.⁴⁶

Сваки од наведених периода „састоји се из већег броја потпериода, а што се првенствено односи на период после Другог светског рата. Здравствено осигурање се у Србији од свог настанка до средине педесетих година прошлог века развијало у оквиру законодавства и институција социјалног осигурања“.⁴⁷

⁴⁵ Ристић, К., Белокапић, П., Миленковић, С. и Ристић, Ж. (2016)., *op. cit.*, стр. 90.

⁴⁶ Косановић, Р., Анђелски, Х. (2015), *op. cit.*, стр. 49.

⁴⁷ *Ibid.*

3.1.1. Период до Првог светског рата

Развој здравственог осигурања, односно „шире посматрано социјалног осигурања у Србији, као и у другим земљама, био је условљен развојем радничког покрета. Прве радничке организације у Србији се оснивају крајем 19. и почетком 20. века, као на пример: Опанчарско радничко друштво у Београду (јануара 1896. године), Радничко друштво у Неготину (крајем 1896. године), Радничко друштво у Београду (почетком 1897. године), Београдско радничко друштво (марта 1901. године), Савез грађевинских радника, Удружење књиговезачких радника и Удружење трговачких помоћника (у другој половини 1901. године) и друге. Главни раднички савез, који је објединио већину до тада постојећих радничких организација, основан је маја 1903. године“.⁴⁸

У почетку у Србији „се развија добровољно осигурање радника на бази узајамне помоћи. Прве дружине (касније друштва и задруге) за узајамну помоћ у случају болести и смрти основане су 1875. године (Дружина кројачких радника, Дружина типографских радника, Дружина браварско-столарских радника итд.). Зачеци социјалног осигурања у Србији садржани су у њеном радничком законодавству 19. и почетка 20. века, када су, поред осталих, донети:

- 1) Уредба о еснафима, Б.Но 1269 од 14. августа 1847. године,
- 2) Рударски закон из 1866. Године (измењен 1910. године),
- 3) Закон о установљењу народног санитетског фонда из 1879. године и
- 4) Закон о радњама из 1910. године“.⁴⁹

⁴⁸ Ibid., стр. 50.

⁴⁹ Ibid.

Косановић и Анђелски при томе истичу да „зачетке здравственог осигурања треба тражити у Закону о установљењу народног санитетског фонда, усвојеном у Краљевини Србије 1879. године. Овим законом регулисана су питања развоја здравствених установа и покривање трошкова јавне здравствене службе. Народни санитетски фонд финансирао се из интереса на основни капитал, општег болничког пореза и фиксних дотација државног буџета“.⁵⁰

У Србији су, при томе, „постојали и добровољни самостални фондови за међусобно помагање радника, на пример фондови графичара, занатлија, радника војно-техничког завода и други“.⁵¹

3.1.2. Период између два светска рата

Косановић и Анђелски наводе да су „основе здравственог осигурања, односно, шире посматрано, социјалног осигурања у Краљевству Срба, Хрвата и Словенаца, насталог 1918. године (од 1921. До 1929. године – Краљевина Срба, Хрвата и Словенаца, а касније – Краљевина Југославија), дате су у Видовданском уставу из 1921. године“.⁵²

Закон о осигурању радника, потписан је 14. маја 1922. године, а објављен 30. маја 1922. године. Законом о осигурању радника уведене су четири врсте обавезног осигурања, и то за случајеве: а) болести, б) изнемоглости, старости и смрти, в) несреће на послу и г) незапослености, али су одредбе овог закона спровођене делимично. Обавезним осигурањем била су обухваћена сва лица у радном односу на читавој територији Краљевине. Међутим, број осигураних лица био је ипак мали и износио је 4,2 на 1.000 становника. Спровођење осигурања било је поверено

⁵⁰ Ibid, стр. 51.

⁵¹ Ibid.

⁵² Ibid.

Средишњем уреду за осигурање радника, са седиштем у Загребу, и окружним уредима за осигурање радника. Поред ових органа постојали су: пензиони заводи за осигурање намештеника, братинске благајне за осигурање рудара и топионичара, трговачко болесничко осигурање и остала друштва^{.53}

3.1.3. Период после Другог светског рата

Према Ристићу и сарадницима, „од 1945. године, развија се здравствено осигурање од болесничког осигурања ка осигурању укупног становништва. Те исте године успостављен је јединствени државни надзор над установама социјалног осигурања“.⁵⁴

У овом периоду, усвојени су Закон о спровођењу социјалног осигурања на подручју Демократске Федеративне Југославије⁵⁵ и Закон о уређењу судова социјалног осигурања и Врховног суда социјалног осигурања⁵⁶.

Како аутори даље наводе, „у 1946. години, донет је Закон о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника⁵⁷, и успостављен јединствен општедржавни систем социјалног осигурања у чијем саставу је функционисао подсистем здравственог осигурања. Напуштен је „стари самоуправни принцип“

⁵³ Ibid, стр. 52.

⁵⁴ Ристић, К., Белокапић, П., Миленковић, С. и Ристић, Ж. (2016)., ор. cit, стр. 90.

⁵⁵ Закон о спровођењу социјалног осигурања на подручју Демократске Федеративне Југославије, „Сл. лист ДФЈ“, бр. 29/45.

⁵⁶ Закон о уређењу судова социјалног осигурања и Врховног суда социјалног осигурања, „Сл. лист ДФЈ“, бр. 85/45.

⁵⁷ Закон о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника, „Сл. лист ФНРЈ“, број 65/46.

здравственог осигурања, пошто је социјално осигурање постало државно. Самим тим, и буџет социјалног осигурања постао је саставни део општедржавног буџета“.⁵⁸

Током 1950. године, „донет је нови јединствени Закон о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица⁵⁹, у коме се истиче принцип еквивалентности материјалног обезбеђења и једнаких и неограничених права за све осигуранике, осигурање у републикама и покрајинама. Нови Закон о здравственом осигурању доноси се у 1954. години. Тада се по први пут здравствена заштита дели на два дела, и то: (1) на основу заштиту и (2) на проширену заштиту. За превентивну здравствену заштиту се издваја 3% средстава здравственог осигурања. Међутим, од 1961. године, доносе се републички закони о здравственој заштити поред постојећег Закона о здравственом осигурању у тадашњој СФРЈ“.⁶⁰ Прецизније, значајне измене у организацији социјалног осигурања настају од 1954. године - доношењем Закона о здравственом осигурању радника и службеника 1954. године⁶¹, Закона о пензијском осигурању 1957. године⁶² и Закона о инвалидском осигурању 1958. године⁶³.

Ристић и сарадници такође наводе да је „Основним законом о здравственом осигурању из 1962. године, са допунама из 1986. године, систем здравственог осигурања проширен на занатлије и угоститеље. Поред учешћа за лекове, уведене су партиципације и надокнаде личних доходака, а надокнаде због болести до 30 дана су пренете на предузећа. У 60-тим годинама функционишу самостални друштвени фондови, после буџетских фондова и установа са самосталним финансирањем. Током

⁵⁸ Ристић, К., Белокапић, П., Миленковић, С. и Ристић, Ж. (2016)., *op. cit.*, стр. 90.

⁵⁹ Закон о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица, „Сл. лист ФНРЈ“, бр. 10/50, 13/50, 4/51, 11/51 и 46/51.

⁶⁰ Ристић, К., Белокапић, П., Миленковић, С. и Ристић, Ж. (2016)., *op. cit.*, стр. 91.

⁶¹ Закон о здравственом осигурању радника и службеника, „Сл. лист ФНРЈ“, број 51/54.

⁶² Закон о пензијском осигурању, „Сл. лист ФНРЈ“, број 51/57.

⁶³ Закон о инвалидском осигурању, „Сл. лист ФНРЈ“, број 49/58.

1967/68. године, отпочињу са радом тзв. заједнице социјалног осигурања, као претече самоуправних интересних заједница, које се од 1971. године, односно од 1974. године, формирају у виду општинских, градских, регионалних, покрајинских и републичких заједница здравствене заштите“.⁶⁴

У овом периоду донето је неколико важних закона.

Савезна народна скупштина на седницама Савезног већа и Већа произвођача, одржаним 1962. године, усвојила је Закон о здравственом осигурању.⁶⁵

Закон о организацији и финансирању социјалног осигурања Савезна народна скупштина донела је 1962. године.⁶⁶

Општи закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва усвојила је Савезна скупштина на седници Савезног већа и на седници Социјално-здравственог већа 1969. године.⁶⁷

Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва Скупштина Социјалистичке Републике Србије донела је 10. јула 1970. године.⁶⁸

Скупштина Социјалистичке Републике Србије и Скупштина Републичке заједнице здравственог осигурања и реосигурања, на седницама одржаним 13. јула 1979. године, донеле су Закон о здравственој заштити⁶⁹.

⁶⁴ Ристић, К., Белокапић, П., Миленковић, С. и Ристић, Ж. (2016)., *op. cit.*, стр. 91.

⁶⁵ Закон о здравственом осигурању, „Сл. лист ФНРЈ”, бр. 22/62 и 53/62.

⁶⁶ Закон о организацији и финансирању социјалног осигурања, „Сл. лист ФНРЈ“, број 22/62.

⁶⁷ Општи закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва, „Сл. лист СФРЈ”, број 20/69.

⁶⁸ Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва, „Сл. гласник СРС”, број 27/70.

У периоду 1981-84. године, „највећи део прихода здравственог осигурања потицао је од доприноса из личног дохотка радника (47,65%) и доприноса из дохотка (41,44%). Доприноси из личног дохотка радних људи и грађана опредељиваи су финансијски потенцијал здравства са свега 4,86%. Приходи из осталих извора чинили су око 6,05% укупних прихода здравственог осигурања (остали доприноси накнаде 1,67%, приходи друштвено-политичких заједница 0,92%, остали приходи 3,27% и пренета средства из претходне године 0,20%). Током 80-тих година дошло је до рестрикције финансијских издвајања из друштвеног производа за здравствено осигурање и здравствену заштиту, иако је паралелно текао процес непрекидног развоја и увећавања капацитета здравствене делатности и већекоришћења здравствене заштите“.⁷⁰

Према Косановићу и Анђелском, „основе новог система социјалног осигурања дате су у Уставу Републике Србије из 1990. године. Закон о здравственој заштити⁷¹, који је слично Закону о здравственој заштити из 1979. године уређивао материју из области здравствене заштите и здравственог осигурања, донет је 25. јануара 1990. године. У Србији од 1. априла 1990. године више не постоје СИЗ-ови здравствене заштите, уместо њих формиран су фондови. Фондови су образовани за шире подручје од општинског, са једноставном организацијом и мањом стручном службом, што је омогућило ефикасније одлучивање. На територији Србије било је 18 општинских фондова здравствене заштите и здравственог осигурања (сваки је покривао територију више општина) и један градски фонд здравствене заштите и здравственог осигурања (за територију града Београда)“.⁷²

⁶⁹ Закон о здравственој заштити, „Сл. гласник СРС“, бр. 30/79, 59/82, 18/83, 22/84, 50/84, 51/85, 49/86, 22/87, 35/87 – исправка, 42/87 – пречишћен текст, 46/87 – исправка, 8/88 и 20/89.

⁷⁰ Ристић, К., Белокапић, П., Миленковић, С. и Ристић, Ж. (2016)., *op. cit.*, стр. 93.

⁷¹ Закон о здравственој заштити, „Сл. гласник СРС“, број 4/90.

⁷² Косановић, Р., Анђелски, Х. (2015), *op. cit.*, стр. 62-63.

Од 1992. године, „материја из области здравственог осигурања поново се регулише посебним законом. Нови Закон о здравственом осигурању⁷³ Народна скупштина Републике Србије донела је 2. априла 1992. године, објављен је 4. априла и ступио је на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије“. За разлику од потпуне децентрализације која је постојала у области здравственог осигурања у периоду „слободне размене рада“, овим законом уведена је централизација. Здравствено осигурање на територији читаве Републике спроводило се посредством једне организације – Републичког завода за здравствено осигурање и 30 његових филијала (са испоставама), које нису имале својство правног лица ни органе. Изменама Закона о здравственом осигурању из децембра 1998. године), укинута је скупштина Републичког завода за здравствено осигурање, тако да су његови органи били управни одбор, надзорни одбор и директор“.⁷⁴

Закон о здравственој заштити⁷⁵, „којим долази до децентрализације у систему здравствене заштите, и Закон о здравственом осигурању, који задржава централизацију здравственог осигурања, донети су 2005. године, са каснијим изменама и допунама“.⁷⁶

Актуелни законски текстови из области здравствене заштите (Закон о здравственој заштити) и здравственог осигурања (Закон о здравственом осигурању) донети су 2019. године.

У одређеним одредбама предвиђена је и примена Закона о осигурању који је донет 2014. године, са изменама и допунама из 2021. године.

⁷³ Закон о здравственом осигурању, „Сл. гласник РС“, бр. 18/92, 26/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96, 46/98, 54/99, 29/2001 и 18/2002).

⁷⁴ Косановић, Р., Анђелски, Х. (2015), *op. cit.*, стр. 65.

⁷⁵ Закон о здравственој заштити, „Сл. гласник РС“, бр. 107/05, 72/09 – др. закон, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 – др. закон и 93/14).

⁷⁶ Косановић, Р., Анђелски, Х. (2015), *op. cit.*, стр. 65.

3.2. Развој здравственог осигурања у појединим европским земљама

Здравствена политика „представља један од кључних економских и политичких захтева свих држава света, које покушавају да организују систем здравствене заштите на начин који у датим околностима највише доприноси продужењу трајања живота становништва, одржавању становништва здравим и осигураним од финансијског ризика због плаћања рачуна за лечење“.⁷⁷

Организовање система здравствене заштите, међутим, „није једноставан задатак, посебно данас када су изазови који се постављају пред његово успешно функционисање све већи. Три су кључна чиниоца која на то утичу: прво, становништво је у већини земаља све старије, а стара лица имају повећане потребе за здравственом негом; друго, стално се проналазе нове медицинске технологије и лекови, чије су цене коштања високе; треће, очекивања корисника здравствене заштите се стално повећавају, како у погледу квалитета, тако и њеног квантитета. Јасно је да све то утиче на пораст трошкова лечења, а самим тим и на ефикасност система здравствене заштите, па не треба да изненађује што је питање реформе система здравствене заштите скоро обавезна тема готово свих савремених политичких кампања“.⁷⁸

Историјски развој система здравствене заштите и здравственог осигурања биће у наставку представљен за три европске земље – Немачку, Пољску и Словенију.

⁷⁷ Ракоњац Антић, Т. (2012). Пензијско и здравствено осигурање. Београд: Центар за издавачку делатност Економског факултета Универзитета у Београду, стр. 168.

⁷⁸ Јовичић, К. (2014). Системи здравствене заштите и здравственог осигурања - упоредноправна анализа у европским земљама. Београд: Институт за упоредно право и Синдикат лекара и фармацеута Србије - Градска организација Београда, стр. 4-5.

3.2.1. Историјски развој система здравствене заштите и здравственог осигурања у Немачкој

Немачка поседује „најстарији систем општег здравственог осигурања са коренима у Бизмарковом социјалном законодавству, које је обухватало Закон о здравственом осигурању из 1883. године, Закон о осигурању у случају незгоде из 1884. и Закон о пензијско инвалидском осигурању из 1889. године. 1885. године обавезно здравствено осигурање је обезбедило медицинску помоћ за 26% радника са ниским примањима. Од 1901. године превозници и службеници су покривени обавезним здравственим осигурањем, 1911. су им се придружили пољопривредници и шумари, а 1914. и државни службеници. Потом у периоду 1918-1930. године обавезним здравственим осигурањем су обухваћени незапослени, поморци и зависна лица“.⁷⁹

Од 1941. године „уведена је могућност за лица која зарађују преко одређеног износа да се осигурају добровољним здравственим осигурањем. Исте године и пензионери постају обезбеђени обавезним здравственим осигурањем. Трговци, samozапослени и инвалиди су постали осигураници обавезног здравственог осигурања у периоду од 1966-1975. године“.⁸⁰

Подела Немачке је „резултирала постојањем два различита немачка система здравствене заштите. У Источној Немачкој на снази је био систем централизованог државног здравства у ком су лекари били државни службеници. У западном делу је успостављено здравство које је постојало и пре рата, где је држава имала само надзорну улогу. Влада је била надлежна за обезбеђивање одређених финансијских

⁷⁹ Глинтић, М. (2014). Савезна Република Немачка. У: Системи здравствене заштите и здравственог осигурања - упоредноправна анализа у европским земљама (ур. Јовичић, К.). Београд: Институт за упоредно право и Синдикат лекара и фармацеута Србије - Градска организација Београда, 41-57, стр. 44-45.

⁸⁰ Ibid.

средстава, али је пружање здравствене неге и њено управљање било препуштено недржавним субјектима, као што су удружења болница на државном и регионалном нивоу, приватне осигуравајуће компаније, волонтерска удружења и сл. Прихваћен је принцип универзалности здравственог осигурања⁸¹.

Током '70их година започете су реформе здравства „са циљем смањења трошкова. Партиципације осигураника за лекове, стоматолошке захвате и хоспитализацију су уведене 1982. године, а потом даље развијене у Закону о реформи здравствене неге 1989. године и Законом о структурним реформама здравствене заштите 1993. године. Основу за савремено регулисање обавезног здравственог осигурања представља V књига Социјалног законика⁸², која је ступила на снагу 1989. Овим законом су начелно регулисани организација осигурања, обавезе осигураника, осигуране здравствене услуге и њихове везе са осталим пружаоцима здравствених услуга⁸³.

3.2.2. Историјски развој система здравствене заштите и здравственог осигурања у Пољској

Развој система здравствене заштите у Пољској „се може пратити од 1918. године, када је успостављен први, шири систем здравствене заштите и то на принципима Бизмарковог модела здравственог осигурања⁸⁴. Тај систем „се одржао све до 1939. године, односно до почетка Другог светског рата, да би по његовом окончању Пољска потпала под утицај СССР-а, који се одразио на све области живота

⁸¹ Ibid.

⁸² Књига V Социјалног законика, BGB I S. 2477 20.12.1988.

⁸³ ⁸³ Глинтић, М. (2014), *op. cit.*, стр. 5.

⁸⁴ Kuszewski, K., Gericke, C. (2005). Health Systems in Transition: Poland, WHO, 7 (5), Copenhagen, стр. 6.

па тако и на здравствену заштиту. Под утицајем схватања карактеристичних за комунистичку идеологију, организовање и управљање системом здравствене заштите у поратној Пољској било је у искључивој надлежности Министарства здравља. Другим речима, систем здравствене заштите је у том периоду био потпуно централизован, као што је било централизовано и целокупно управљање државом и државном економијом. Тада је прихваћен Семашков модел здравствене заштите по коме се она у целости финансира из државног буџета, док су здравствене установе искључиво у државном, односно у јавном власништву⁸⁵.

За време комунистичке владавине „здравствени систем Пољске је претрпео три значајније реформе. Прва је започела 1950. године и циљ јој је био да се здравствена нега коју обезбеђује држава још више прошири и тако приближи идеалу универзалне здравствене заштите. Следећа реформа здравственог система је уследила 1960. године и она је везана за проширење надлежности Министарства здравља и на послове социјалне политике јер се проценило да би обједињавање поменутих послова у оквиру истог министарства могло допринети обезбеђењу још шире и боље здравствене и социјалне заштите становништву“.⁸⁶

Ипак, „најкрупније реформе здравственог система Пољске везују се за период који почиње 1989. године, време у коме су започеле корените политичке и економске реформе након пада комунизма. Ове реформе су се неминовно одразиле и на промене у области здравствене заштите“.⁸⁷

Најзначајније промене у овом периоду „почеле су са усвајањем Закона о обавезном здравственом осигурању 1997. године, којим се коначно и у потпуности прешло са централизованог управљања здравством и његовог финансирања из буџета

⁸⁵ Јовичић, К. (2014). Република Пољска. У: Системи здравствене заштите и здравственог осигурања - упоредноправна анализа у европским земљама (ур. Јовичић, К.). Београд: Институт за упоредно право и Синдикат лекара и фармацеута Србије - Градска организација Београда, 93-109, стр. 93-95.

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Sagan, A. (2011). Poland: Health System Review. Health Systems in Transition, WHO, 13 (8), стр. 8.

на систем финансирања из доприноса за обавезно здравствено осигурање. У години када је ступио на снагу Закон о обавезном здравственом осигурању (1999. године) по први пут се са универзалне здравствене заштите прешло на ограничену здравствену заштиту, а то је значило и увођење обавезног пакета услуга. Осим на тај начин, смањење трошкова здравствене заштите се покушало и давањем нове, јаче улоге породичних лекара, у ком циљу је уведено правило да се преглед код лекара специјалисте може обавити само на упут лекара опште праксе. Веровало се да ће смањењу броја пацијената код специјалиста допринети и нови систем плаћања породичних лекара путем капитације (опредељујући чинилац за одређивање цене по пацијенту је била његова старост), што се и јесте догодило, али не тако брзо као што се очекивало.⁸⁸

3.2.3. Историјски развој система здравствене заштите и здравственог осигурања у Словенији

До Првог светског рата „Словенија је била део Аустроугарског царства, тако да се њени прописи из области здравствене заштите и осигурања нису разликовали од прописа у осталим деловима царства. Приватна лекарска пракса је била доминантни облик пружања лекарских услуга. Први корак ка законском регулисању здравственог осигурања учињен је у XIX веку, доношењем Закона о рударима, који је предвиђао осигурање рудара у случају болести. Ово осигурање је 1858. године проширено и на раднике на железницама, да би 1869. године оно поред болести почело да обухвата и повреде. Обавезно осигурање у случају повреде је предвиђено законом из 1887. године, који је био уређен по узору на Бизмарков модел осигурања.

⁸⁸ Girouard, N., Imai, Y. (2000). The Healthcare System in Poland, OECD Economic Department Working Papers No. 257, OECD Publishing, 2000 (30), стр. 8.

Следеће године, шема осигурања је проширена на здравствено осигурање, чије су финансирање сносили запослени и послодавци у размери 2:1⁸⁹.

Први фонд обавезног здравственог осигурања „основан је у Љубљани 1889. године и то по узору на немачки модел социјалног осигурања. Исту праксу је пратило још неколико градова у Словенији. Сврха новооснованих фондова обавезног осигурања била је заштита права радника за време одсуства са посла услед болести, као и да им се обезбеде права на услуге здравствене заштите. Основани фондови су деловали све до краја Првог светског рата и већ 1919. године долази до оснивања Асоцијације фондова за здравствено осигурање на територији Словеније. За време постојања Краљевине Срба, Хрвата и Словенаца, а потом и Краљевине Југославије оснивају се регионални центри за примарну здравствену заштиту. 1937. године започети су програми пензијско-инвалидског осигурања“.⁹⁰

Године 1945. Словенија је постала саставни део Социјалистичке Федеративне Републике Југославије. Све до 1945. године преовлађујући је био модел социјалног осигурања, који се односио и на здравствену заштиту. Радници и пензионери, заједно са члановима својих породица су били обухваћени обавезним социјалним и здравственим осигурањем, који, међутим, није обухватао пољопривреднике, слободна занимања, као ни занатлије. Социјално осигурање је обухватало пензијско и инвалидско осигурање, осигурање за време породилског одсуства, као и још неке услуге, чији су основни извор финансирања били доприноси запослених и послодаваца, док су средства из буџета била резервисана за финансирање осигурања ратних ветерана и војника. Здравствени објекти су постале државни, а сви лекари су сматрана за лица која раде у државној служби“.⁹¹

⁸⁹ Albrecht, T., Delnoij, D.M.J. (2005). 'Changes in Primary Health Care Centers over the Transition period in Slovenia. *European Journal of Public Health*, 16 (3), 238-243, стр. 238.

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Глинтић, М. (2014). Република Словенија. У: Системи здравствене заштите и здравственог осигурања - упоредноправна анализа у европским земљама (ур. Јовичић, К.). Београд: Институт за

Након реформи 1954. и 1955. године, „здравствено осигурање је одвојено од социјалне сигурности. Посебан систем осигурања је заснован за раднике, државнеспужбенике, занатлије, али и за пољопривреднике. Доношењем Устава из 1974. године и нових прописа у области здравственог осигурања, финансирање здравственог осигурања је вршено преко самоуправних интересних заједница. Током ‘70их и ‘80их година развој система здравствене заштите је био праћен финансијским тешкоћама, али га је истовремено карактерисао и непрестани растући круг здравствених услуга. То се наставило све до 1990. године, када је систем здравственог осигурања у Словенији скоро доспео на ивицу финансијске пропасти јер су државне власти биле пред изазовом како да финансирају захтеве и услуге на које су Словенци били овлашћени према тадашњем законодавству“.⁹²

Године 1991. Словенија постаје независна држава. „Напуштање система планске економије и прелазак на систем тржишне економије одразио се и на организацију и функционисање здравственог осигурања. Центри моћи, извори средстава, власништва и надлежности у области здравственог осигурања су реорганизовани и расподељени на другачији начин. Словенија се суочавала са озбиљним проблемима недостатка средстава за финансирања здравственог осигурања, што је довело до усвајања Закона о здравственој заштити и здравственом осигурању, којим је отворен пут за интегралну контролу система здравствене заштите. Законом су прописани и обавезно и добровољно осигурање, а приватна пракса је поново уведена, с обзиром да је била укинута још ‘50их година. Основни циљ новоусвојеног законодавства Словеније је био задржавање предности претходног система и измена његових недостатака“.⁹³

упоредно право и Синдикат лекара и фармацеута Србије - Градска организација Београда, 122-137, стр. 124-126.

⁹² Ibid.

⁹³ Ibid.

3.2.4. Компаративни подаци о здравственом осигурању Организације за економску сарадњу и развој

Као прилог поглављу које анализира историјски развој здравствене заштите и здравственог осигурања у појединим европским државама, табеларно ће у наставку бити представљени подаци Организације за економску сарадњу и развој о кључним параметрима здравства и здравствене заштите у периоду 1984 – 1994. година, за осамнаест европских држава.

Табела 2. Подаци Организације за економску сарадњу и развој о кључним параметрима здравства и здравствене заштите за европске државе

Земље	Издаци за здравство				Број лекара на 1.000 становника		По збринутом пацијенту			
	У % од БДП						Лежаја на 1.000 становника	Очекивана дужина остајања у болници (у данима)		
	Укупни		Јавни							
	1994	1984	1994	1984	1994	1984	1994	1984	1994	1984
Аустрија	9.7	7.9	6.2	5.3	2.4	1.8	9.4	11.0	10.3	14.6
Белгија	8.2	7.4	7.2	6.2	3.7	2.7	7.6	9.2	12,0	17.2
Чешка	7.6	-	-	-	-	-	7.8	-	11.6	14.2

Данска	6.6	6.4	5.4	5.4	2.5	5.0	7.1	7.6	11.0	-
Финска	8.3	6.9	6.2	5.4	2.7	2.0	10.1	14.1	13.1	20.8
Француска	9.7	8.5	7.6	6.6	2.9	2.3	9.0	10.7	11.7	16.0
Немачка	8.6	8.7	6.0	6.3	3.2	2.5	10.1	11.1	15.8	18.4
Грчка	3.6	2.9	2.8	2.6	8.4	2.9	5.0	5.8	9.2	12.1
Ирска	7.3	7.8	5.7	6.1	2.0	1.5	5.0	8.9	7.7	9.0
Италија	8.6	6.8	6.3	5.3	1.2	6.7	6.7	8.7	11.1	12.4
Луксембург	3.1	3.0	3.3	2.7	2.2	1.7	11.8	12.8	16.5	20.0
Холандија	8.8	8.0	6.9	6.0	2.5	2.2	11.3	12.0	32.8	34.3
Норвешшка	5.5	4.4	5.2	4.3	3.3	2.2	14.5	16.0	9.1	12.2
Португалија	7.4	5.9	4.1	3.0	2.9	2.4	4.3	5.1	9.5	12.0
Шпанија	7.3	5.8	5.7	4.7	4.1	3.2	5.0	4.7	11.5	13.6
Шведска	7.7	9.3	6.4	8.5	3.0	2.5	6.5	14.9	8.2	22.7

Швајцарска	9.6	7.8	6.8	5.3	3.1	2.6	20.8	-	-	24.6
Велика Британија	6.9	5.9	5.8	5.2	1.5	1.4	5.1	7.6	10.2	16.5

Извор: OECD - Health Data 96, OECD, Paris, 1996.

У следећој табели биће представљени подаци Организације за економску сарадњу и развој о кључним параметрима здравства и здравствене заштите у периоду 1984 – 1994. година, за неколико држава ван европског простора здравства.

Табела 3. Подаци Организације за економску сарадњу и развој о кључним параметрима здравства и здравствене заштите за државе ван европског простора здравства

Земље	Издаци за здравство				Број лекара на 1.000 становника		По збринутом пацијенту			
	У % од БДП						Лежаја на 1.000 становника		Очекивана дужина остајања у болници (у данима)	
	Укупни		Јавни		1994	1984				
	1994	1984	1994	1984			1994	1984	1994	1984
Аустралија	8.5	76	5.8	55	2.2	2.0	9.3	11.7	11.4	14.9
Канада	9.8	8.4	7.0	6.4	2.2	1.9	6.0	6.8	12.6	13.7

Јапан	7.3	6.7	5.3	4.8	1.8	1.4	15.6	14.6	45.4	54.6
Мексико	4.9	-	3.1	-	1.0	0.8	0.8	0.8	3.9	4.3
Нови Зеланд	7.7	6.0	6.0	5.2	-	1.7	7.3	9.6	7.7	12.0
Турска	2.6	2.9	1.4	1.2	1.1	0.7	2.5	2.0	6.7	7.6
Сједињене Америчке Државе	14.2	10.5	6.7	4.3	2.5	2.1	4.4	5.5	8.8	9.4

Извор: OECD - Health Data 96, OECD, Paris, 1996.

4. ОБЛИЦИ ОРГАНИЗОВАЊА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СРБИЈИ И У СВЕТУ

4.1. О моделима здравственог осигурања

Као што је у претходним поглављима већ речено, здравствено осигурање је „врста осигуравајуће заштите која покрива медицинске трошкове проузроковане лечењем насталих болести. Оно је један од механизма финансирања здравствених система у многим земљама. Обједињује ризике и омогућава финансијску заштиту корисника здравственог осигурања од високих трошкова лечења, који могу настати услед наступања болести или повреде“.⁹⁴

Политика финансирања здравствене заштите „подразумева низ функција, процедура и мера фокусираних на прибављање средстава потребних за обухватно здравствено осигурање. Оно подразумева одговарајући обим здравствене неге, равноправан приступ здравственим услугама, технологију прикупљања финансијских средстава, коректну дистрибуцију и алокацију и рационалну употребу. У теорији нема дилеме да се испред свих функција у оквиру здравствене делатности ставља функција прикупљања финансијских средстава“.⁹⁵ Ово је заправо услов за неометано обезбеђивање адекватних услова за пружање здравствене заштите становништву.

Када је реч о облицима здравствене заштите „може се рећи да функција финансирања система здравствене заштите опредељујуће утиче на облик

⁹⁴ Ковачевић, М. (2023). Фактори који утичу на развој добровољног здравственог осигурања у Републици Србији. Токови осигурања, 1, 75-102, стр. 76.

⁹⁵ McKee M, Mossialos E, Belcher P. (1996). The influence of European law on national health policy, *Journal of European Social Policy*, 6 (4), 263–286, стр. 263.

организовања здравственог система, односно тачније речено начин плаћања здравственог осигурања као једног од делова извора прихода здравственог система“.⁹⁶

Како Јовичић примећује, „у односу на начин плаћања здравственог осигурања данас у свету постоје неколико различитих система здравственог осигурања. Карактеристике које се узимају при дефинисању општих модела финансирања здравственог осигурања:

- начин мобилисања финансијских средстава који омогућава функционисање система здравственог осигурања (уплата доприноса, пореза итд.),
- метод плаћања здравствених услуга (по осигураном лицу и тд.) начин финансирања болница и
- систем контроле спровођења здравствене заштите“.⁹⁷

Различите комбинације „претходно наведених карактеристика представљају одређени модел финансирања здравственог осигурања“.⁹⁸

У пракси функционисања здравственог система једне државе је веома тешко пронаћи моделе финансирања здравственог осигурања који егзистирају независно један од другог. У зависности које карактеристике здравственог, социјалног, привредно-економског и политичког система преовлађују, формираће се и примарни модел здравственог осигурања уз евентуални већи или мањи утицај других модела значајних за дато подручје.

⁹⁶ Дамњановић, Р., Владисављевић, В. и Араповић, Т. (2018), *op. cit.*, стр. 86.

⁹⁷ Јовичић, К. (2014), *op. cit.*, стр. 5.

⁹⁸ Mihajlović M., Trandafilović A., Miletić A. (2017). The application of stochastic model of inventory management of spare parts in military medical institutions, The 1st International Conference on Management, Engineering and Environment, ICMNEE 2017, Belgrade, September 28-29, 323-333, стр. 324.

Дакле, који ће модел (облик) финансирања здравственог система бити у примени у здравственом систему једне земље, зависи од неколико кључних услова, као што су:

- степен социјалног и привредно - економског развоја државе,
- фискална могућност државе,
- ефикасност у прикупљању и алокацији средстава,
- политичка подршка и опредељење у правцу одабира модела финансирања
- и други услови који се тичу виталних сегмената у функционисању једне државе и њеног здравственог система.

4.2. Конкретни модели здравственог осигурања

У свету постоје различити облици, односно модели организовања здравственог осигурања. Како Јанковић истиче, „разлике међу њима су у критеријуму обавезности (обавезно и добровољно), укључености у здравствени систем, начину финансирања, начину организовања и управљања расположивим ресурсима, итд. Сходно томе, постоје и многобројне класификације“.⁹⁹

У наставку рада пратиће се тројака подела модела организовања здравственог осигурања:

- подела Светске здравствене организације,
- европски и амерички модел,
- медицински штедни рачун.

⁹⁹ Јанковић, Д. (2011), *op. cit.*, стр. 70.

Међутим, пре него што се пређе на детаљну анализу модела из сваке наведене класификације, треба истаћи и то да у „финансијској теорији и пракси егзистирају и функционишу три модела финансирања здравствене заштите, и то:

- (1) тржишни модел,
- (2) модел националне здравствене службе, и
- (3) модел обавезног здравственог осигурања¹⁰⁰.

Према Ристићу и сарадницима „у тржишном моделу здравствена заштита се претежно финансира из фондова добровољних облика здравственог осигурања и директним плаћањем грађана. У моделу националне здравствене службе доминира буџетско финансирање здравствене заштите. У моделу обавезног здравственог осигурања доминира, пак, финансирање здравствене заштите из јавних фондова обавезног здравственог осигурања“.¹⁰¹

4.2.1. Подела Светске здравствене организације

Светска здравствена организација истиче поделу, „према начину финансирања, управљања, одлучивања о правима и обавезама, укључености становништва у заштиту, солидарности и планирању подручја осигурања, на следеће моделе здравственог осигурања:

- Бизмарков,
- Беверицов,
- Семашков (социјалистички) и

¹⁰⁰ Madžnard, A., Hutton, J. (Ed.) (1996). Health Economics, New York: J. Wiley and Sons, стр. 24.

¹⁰¹ Ристић, К., Белокапић, П., Миленковић, С. и Ристић, Ж. (2016)., op. cit, стр. 94.

- тржишни (предузетнички) модел¹⁰².

У наредној табели представљене су разлике у претходно наведеним моделима здравственог осигурања.

Табела 4. Разлике у моделима здравственог осигурања

Карактеристике	Бизмарков модел	Беверицов модел	Семашков (социјалистички) модел	Тржишни (предузетнички) модел
Финансирање	Доприноси послодавца, осигураника, итд.	Порези, буџет	Централни државни буџет	Приватна средства осигураника, приватна осигурања
Управљање	Самоуправн о од представнка осигураника и послодаваца	Држава и њени органи	Централна влада и министарство за здравље	Приватне организације и агенције
Одлучивање о правима и обавезама	Носиоци јавног осигурања у	Држава и њени органи	Централна влада	Све се темељи на понуди и тражњи

¹⁰² Јанковић, Д. (2011), *op. cit.*, стр. 70.

	оквиру јавних овлашћења			
Укљученост (обавеза) становништва у заштиту	Целокупно становништв о са неким изузецима	Целокупно становниш тво	Целокупно становништво	Нема обавезе осигурања, одлука је добровољна
Солидарност	Апсолутна	Апсолутна	Апсолутна	Не постоји
Планирање послова осигурања	Држава и носиоци	Држава	Држава	Не постоји

Извори: Јанковић, Д. (2011), *op. cit.*, стр. 71; Републички фонд за здравствено осигурање. Доступно на: www.rzso.rs. (05.04.2023.)

Бизмарков модел финансирања здравственог осигурања:

Овај модел заснива се на „обавезном универзалном здравственом осигурању које се везује за рад немачког канцелара Бизмарка на развоју система целокупног социјалног осигурања. У Бизмарковом моделу финансирања здравствене заштите, преовладава финансирање система здравствене заштите из фондова обавезног здравственог осигурања коришћењем доприноса за обавезно здравствено осигурање које солидарно уплаћују и запослени и послодавци. Доприноси за здравствено

осигурање представљају облик јавних државних прихода са унапред дефинисаном наменом“.¹⁰³

Овај модел финансирања здравственог осигурања „базира се на уплатама средстава доприноса по основу рада, послодаваца (1/3 од укупних доприноса) и запослених (2/3 од укупних доприноса), непрофитним фондовима осигурања. Бруто зарада запослених представља основицу на коју се обрачунавају средства доприноса. Организације за осигурање су носиоци осигурања којима управљају представници осигураника сразмерно уплаћеним доприносима. Ове организације склапају уговоре са даваоцима здравствених услуга (здравственим службама) чије услуге користе осигураници. Најчешће се здравствене услуге плаћају паушално или по услузи. Овај систем здравственог осигурања функционише на одређеним принципима, као што су¹⁰⁴:

- непрофитабилност;
- солидарност између свих осигураника који удружени у одређене организације (фондови, болничке касе, агенције итд.) имају велики број права међу којима се истиче и право на здравствену заштиту;
- сигурност (која проистиче из универзалног обезбеђења система здравствене заштите),
- одговорност (целокупна друштвена заједница одговорна за здравље становништва)“.¹⁰⁵

Карактеристика овог система здравственог осигурања је „релативно много запослених који не припадају медицинском кадру. Систем обавезног здравственог осигурања може добро да функционише само у ситуацији када трошкови по

¹⁰³ Дамњановић, Р., Владисављевић, В. и Араповић, Т. (2018), *op. cit.*, стр. 86 – 87.

¹⁰⁴ Види више: Mossialos, E., Thomson. S., (2004). *Voluntary health insurance in the European Union*, Brussels, World Health Organization.

¹⁰⁵ Дамњановић, Р., Владисављевић, В. и Араповић, Т. (2018), *op. cit.*, стр. 87.

осигураном лицу не прелазе ниво просечног доприноса по осигураном лицу. Систем обавезног здравственог осигурања приликом свог конституисања односио се, пре свега, на одређене структуре запослених, нпр.: у индустрији, железници, рударству и у оквиру других веома ризичних занимања, а затим је обухватио и службенике, земљораднике, пензионере и незапослене особе“.¹⁰⁶

Бизмарков модел финансирања здравственог осигурања погоднији је за земље које су: развијеније, имају висок проценат запослених особа и запослене особе имају зараде на високом нивоу. Са друге стране, постоје стручњаци који сматрају да је овај модел финансирања здравственог осигурања ближи земљама у транзицији зато што се одвојеношћу фондова здравственог осигурања од других сектора (владиних) онемогућава преливање средстава за здравствено осигурање у друге сектор и тиме онемогућава смањење средстава која се додељују за функционисање овог облика социјалног осигурања и спречава његово заостајање у развоју“.¹⁰⁷

Бизмарков систем финансирања здравственог осигурања „усвојиле су многе земље међу којима су: Немачка, Аустрија, Белгија, Француска, Луксембург, Холандија, Швајцарска итд. Одређен број земаља Источне Европе, се у периоду транзиције, определио за овакав систем здравственог осигурања. Словенија је, на пример почетком деведесетих година прошлог века имала проблеме у вези са финансирањем здравствене заштите из државног буџета и прешла је 1992. године на систем обавезног здравственог осигурања“.¹⁰⁸

Из наведеног може се закључити да се „Бизмарков модел финансирања здравственог осигурања примењује и у развијеним, мање развијеним, али и у земљама у транзицији“.¹⁰⁹

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Ibid., стр. 87-88.

¹⁰⁹ Ibid., стр. 88.

Беверицов модел финансирања здравственог осигурања:

Беверицов модел финансирања здравственог осигурања „прихваћен је у Великој Британији (у којој је прво и примењен), Ирској, Исланду, Данској, Финској, Норвешкој, Шведској итд. У Беверицевом систему здравственог осигурања главни носилац је држава. Она треба да обезбеђује здравствене капацитете, финансира пружање здравствених услуга и врши управљање целокупним системом здравственог осигурања“.¹¹⁰

Систем финансирања базира се на „порезима који уплаћују обвезници, тј. финансирање се врши из општег државног буџета, тако да перманентно долази до "борбе" за финансијска средства са осталим секторима који се финансирају из буџета. Порези се у оквиру овог система сматрају "ценом јавног добра", а јавно добро је рецимо "систем јавног здравственог осигурања". Здравствене установе се налазе у власништву државе, лекари примају класичну месечну зараду или су плаћени по учинку. Као и у Бизмарков систем и Беверицов систем финансирања здравственог осигурања се базира на солидарности, али у процесу управљања системом здравственог осигурања нису укључени осигураници и послодавци. Поред претходно наведених карактеристика овај систем здравственог осигурања садржи и следеће¹¹¹:

- употреба здравствене заштите одобрена је за све становнике уз слободу избора лекара,
- посебан значај придаје се лекару опште праксе,
- здравствене службе које раде за унапред утврђену зараду пружају здравствену заштиту,

¹¹⁰ Дамњановић, Р., Владисављевић, В. и Араповић, Т. (2018), *op. cit.*, стр. 88.

¹¹¹ Пак Ј. (2011). *Право осигурања*, Београд: Универзитет Сингидунум Београд.

- здравствена заштита је доступна целокупном становништву без икаквих обавеза директног плаћања пацијената за пружене здравствене услуге,
- присутна је ефикасна контрола свих издатака за здравствену заштиту на макро нивоу^{.112}

Велики број земаља у основи својих модела здравственог осигурања имају најчешће модификоване облике Бизмарковог и Беверицовог модела финансирања здравственог осигурања.

Семашков модел финансирања здравственог осигурања:

Овај модел финансирања здравственог осигурања „примењиван је у социјалистичком Совјетском Савезу, двадесетих година прошлог века и сличан је Беверицовом моделу и према овом моделу држава је одговорна за здравствену заштиту целокупног становништва. Према Семашковом моделу "државно вођење здравствене заштите" подразумева да је држава носилац фонда за здравствено осигурање, и других институција правовремене и пуне јавне здравствене заштите корисника, док је искључена могућност приватне здравствене заштите“.¹¹³

Поред наведених модела финансирања здравственог осигурања у светском здравственом осигурању постоји и подела на¹¹⁴:

- Потпун (чист) државни/јавни модел. Овај модел финансирања здравственог осигурања присутан је код малог броја земаља и то нпр. (на Куба, Северна Кореја). Код овог модела држава финансира и регулише пружање здравствених услуга корисницима здравственог осигурања.

¹¹² Дамњановић, Р., Владисављевић, В. и Араповић, Т. (2018), *op. cit.*, стр. 88.

¹¹³ *Ibid.*, стр. 89.

¹¹⁴ Види више: Rajnih, M. EMEU Praktikum, br. 8/10 (2008), Evropska agencija za rekonstrukciju.

- Преовладавајуће (доминантно) јавни модел у коме се област здравства доминантно финансира из јавних извора, а спровођење здравствене заштите преовладавајуће је у надлежности јавних здравствених служби.
- Мешовити модел финансирања здравственог осигурања подразумева комбинацију јавног и приватног модела финансирања.
- Преовладавајуће (доминантно) приватни модел карактерише највећим делом приватно финансирање здравственог осигурања и приватно пружање здравствених услуга. Овај модел је присутан у САД-у, где је почетком овог века око 44% средстава у јавном сектору мобилисано из јавних извора.
- Потпун (чист) приватни модел финансирања здравственог осигурања је модел који се примењује нпр. у Сингапуру, где се преко 90% здравствене заштите финансира директно од стране корисника осигурања^{.115}

Тржишни (предузетнички) модел финансирања здравственог осигурања:

Тржишни (предузетнички) модел значи да „здравствено осигурање организују и спроводе приватне организације (компаније за осигурање и агенције) на профитној основи. Финансира се из приватних средстава осигураника, најчешће премије осигурања. Не базира се на солидарности и не обезбеђује универзално покриће. Најпознатији облик постоји у САД“.¹¹⁶

4.2.2. Европски и амерички модел

¹¹⁵ Дамњановић, Р., Владисављевић, В. и Араповић, Т. (2018), *op. cit.*, стр. 89.

¹¹⁶ Јанковић, Д. (2011), *op. cit.*, стр. 72.

Једна од најзаступљенијих подела модела финансирања здравственог осигурања је подела на европски и амерички модел.

Европски модел:

Европски модел је „заступљен у државама ЕУ. Здравствено осигурање се базира на обавезном (социјалном) осигурању, које се финансира из доприноса на зараде на терет запослених и послодаваца и из пореза. Основни принципи су солидарност и једнакост приступу здравственим услугама. Обезбеђује пакет основних здравствених услуга за сво становништво. Добровољно здравствено осигурање постоји као допуна обавезном здравственом осигурању у различитим облицима и обиму, и разликује се од државе до државе“.¹¹⁷

Разлике произилазе из „различите законске регулативе. Три су основна облика добровољног здравственог осигурања у државама ЕУ:

- замена или алтернативно,
- допунско,
- додатно“.¹¹⁸

Алтернативно здравствено осигурање је „лимитирано за специфичне популационе групе у малом броју држава. Приступ овом типу добровољног здравственог осигурања је одређен приходом или статусом запосленог. Обично је предвиђен за део популације која је по основу високих прихода искључена из обавезног здравственог осигурања (Холандија), део популације која по основу високих прихода може да бира да ли ће остати у обавезном или ће се одлучити за

¹¹⁷ Чолаковић, С. (2013). Анализа реформе система здравственог осигурања и здравствене заштите у Републици Србији. Мастер рад. Београд: Универзитет Сингидунум, стр. 27.

¹¹⁸ Ibid.

добровољно здравствено осигурање (Немачка), и за део популације тзв. samozапослених (Аустрија и Белгија). Ниво покрића се креће од 0,2% у Аустрији, до 24,7% у Холандији“.¹¹⁹

У Холандији је „влади план реформе, који је имао за циљ повећање квалитета услуга и контролу трошкова здравствене заштите, искључио из система обавезног здравственог осигурања људе са приходом већим од прописаног износа за услуге ванболничког лечења и краткорочне болничке заштите, чиме се и објашњава висок ниво покрића (24,7%). У Немачкој део популације, чији приходи прелазе прописани лимит, може да бира или да остане у обавезном здравственом осигурању, или да се искључи из обавезног и приступи добровољном (алтернативном) здравственом осигурању. Међутим, само једна трећина се одлучује да напусти обавезно здравствено осигурање. То су углавном млади, здрави и независни чланови друштва. У Аустрији и Белгији део популације, тзв. samozапослени, чији приходи прелазе одређени лимит, могу да иступе из обавезног и прихвате добровољно (алтернативно) здравствено осигурање“.¹²⁰

Допунско и додатно добровољно здравствено осигурање „отворени су за целу популацију и постоје у свакој држави чланици ЕУ. Међутим, тешко су упоредиви по државама, због разлика у типу и квалитету покрића. У државама ЕУ, због раста трошкова, све више је присутна партиципација корисника здравствених услуга. Допунско добровољно здравствено осигурање углавном покрива трошкове партиципације. Због тога се може рећи да су осигураници допунског добровољног здравственог осигурања врло разноврсне категорије популације. Присутно је у свим државама, а највише у Белгији, Данској, Француској, Луксембургу, Шведској и Холандији. Ниво покрића се креће од 20% до 70%“.¹²¹

¹¹⁹ Јанковић, Д. (2011), *op. cit.*, стр. 73.

¹²⁰ *Ibid.*

¹²¹ Чолаковић, С. (2013), *op. cit.*, стр. 28.

Додатно добровољно здравствено осигурање је „погодније за део популације са вишим професионалним статусом и вишим приходима. Оно повећава могућности избора и приступа различитим здравственим услугама (и оним које нису покривене обавезним здравственим осигурањем). Обезбеђује шири избор снабдевања услугама, бржи приступ (без листе чекања на третман) и боље услуге (пријатнији боравак у болници), али не много бољи медицински квалитет заштите. Овај облик добровољног здравственог осигурања је омогућен у многим државама чланицама, али преовлађује у државама са Беверицовим моделом здравственог осигурања“.¹²²

У државама ЕУ „просечно учешће трошкова здравствене заштите у БДП је око 9%. Учешће трошкова добровољног здравственог осигурања у укупним трошковима здравствене заштите на нивоу ЕУ је нешто испод 10%. Нешто виши проценат учешћа од просечног је у Француској (12,2%), због високих партиципација наметнутих обавезним осигурањем, а које су довеле до значајног повећања допунског добровољног здравственог осигурања (чак 85% становништва има допунско осигурање) и Холандији (17,7%), јер је по основу прихода око 25% становништва искључено из дела обавезног здравственог осигурања и закључује супститутивно добровољно здравствено осигурање. Знатно ниже учешће, чак испод 5%, забележено је у Грчкој, Италији, Португалији, а мање од 2,5% у Аустрији, Белгији, Данској, Финској, Луксембургу, Шпанији и В. Британији“.¹²³

Амерички модел:

Амерички модел је присутан у Сједињеним Америчким државама, „где се систем здравственог осигурања базира на приватном здравственом осигурању. Здравствено осигурање се обезбеђује преко приватних компанија за осигурање, које

¹²² Ibid.

¹²³ Јанковић, Д. (2011), *op. cit.*, стр. 74.

послују на тржишним принципима. Премија осигурања је основ финансирања здравствене заштите. Заснован је на добровољности и не обезбеђује универзално покриће. Међутим, веома је распрострањена пракса да послодавци потпуно или делимично обезбеђују за своје запослене и чланове њихових породица здравствено осигурање. Познати су примарни и секундарни план“.¹²⁴

Социјално здравствено осигурање је „обезбеђено само за део становништва који испуњава одређене услове (стари и сиромашни), кроз програме Медицаре и Медицаид. Не постоји универзално покриће, већ је око 16%, или око 50 милиона становника, здравствено неосигурано. Амерички систем здравственог осигурања такође карактерише највиши раст трошкова здравствене заштите. Разлог тако високих трошкова је висок комфор пацијената, високи трошкови администрације, а неки аналитичари оправдање налазе у високим улагањима у научноистраживачки рад“.¹²⁵

Компаније за осигурање „послују на профитној основи. Испитивања јавног мњења показују да су Американци најмање задовољни својим системом здравственог осигурања. Показатељи здравственог статуса нације су бољи у државама ЕУ, са учешћем трошкова здравствене заштите у БДП са око 9%.“¹²⁶

4.2.3. Медицински штедни рачун

У последње две деценије, „као резултат тражења решења у борби против високих трошкова здравствене заштите, појавио се нови концепт – медицински штедни рачуни, као алтернатива за финансирање система здравственог осигурања. У том концепту се захтева да сваки појединац уштеди одређени износ новца на

¹²⁴ Чолаковић, С. (2013), *op. cit.*, стр. 29.

¹²⁵ *Ibid*, стр. 29-30.

¹²⁶ *Ibid*, стр. 30.

посебном рачуну, који ће служити за покриће евентуалних трошкова здравствене заштите. Његов највећи значај је у успешном супротстављању повећаним трошковима изазваним демографским променама и моралним хазардом¹²⁷.

Међутим, „трошкови здравствене заштите за неке врсте медицинских третмана (хроничне и тешке болести) прекорачују финансијски капацитет појединца. Због тога су медицински штедни рачуни представљени у комбинацији са другим облицима осигурања, који могу обезбедити финансирање здравствених услуга високог финансијског ризика“¹²⁸.

Концепт је прихваћен „у азијским државама (Сингапур и Кина), затим Јужној Африци и САД. У Сингапуру је скоро завршен процес имплементације и постигнути су завидни резултати. У САД је концепт уведен као пилот пројекат, док је у ЕУ разматран 2003. године и такође прихваћен, како са теоријског, тако и са практичног становишта“¹²⁹.

4.3. Финансијска пракса савременог света

У финансијској пракси савременог света „егзистирају бројне методе плаћања здравствене заштите, међу којима се посебно истичу традиционални методи плаћања лекара и класични методи плаћања здравствено-заштитних активности. Методи плаћања лекара, уствари, свде се на методе обрачуна друштвене надокнаде за рад здравствених радника на подручју здравствене заштите. Ти методи, који егзистирају у пракси, јесу следећи:

(1) плаћање по услузи,

¹²⁷ Јанковић, Д. (2011), *op. cit.*, стр. 75.

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ *Ibid.*, стр. 76.

- (2) плаћање по случају,
- (3) плаћање по глави, и
- (4) плаћање по систему редовне плате“.¹³⁰

Плаћање по услузи представља „плаћање сваке медицинске процедуре посебно. Ово плаћање може бити организовано тако да болесник плаћа пуну цену за добијену услугу или болесник плати услугу, с тим да осигурање рефундира у целини или делимично трошкове болеснику. Плаћање услуга може бити организовано и на начин да друштвени буџет и/или социјално осигурање сноси трошкове плаћања по услузи, а лекар се фактички плаћа за сваку појединачну услугу без обзира да ли се ради о рентгенском снимку, прегледу у ординацији, хируршком захвату или кућној посети“.¹³¹

У пракси се често дешава да се „плаћање по услузи своди на тзв. плаћање по случају. У том контексту, третман одређене болести има прецизно утврђену цену, независно од броја и врста услуге које је лекар сада обавезан да пружи. Цене ових услуга, које утврђују заједно (дговорно) експерти лекарских професионалних удружења, представници државних (и локалних) органа и заступници фондова осигурања, налазе се под друштвеном контролом, иако често зависе од платежне способности корисника здравствених услуга“.¹³²

Плаћање по глави, „за разлику од претходна два традиционална метода плаћања лекара, представља плаћање лекара по одређеном фиксном годишњем износу за здравствену заштиту појединца (грађанина), који је пријављен на тзв. листи чекања код дотичног лекара. Примена оваквог метода плаћања лекара у основи

¹³⁰ Ристић, К., Белокапић, П., Миленковић, С. и Ристић, Ж. (2016),, op. cit, стр. 96.

¹³¹ Ibid.

¹³² Levy, E. (1988). La demande en economie de la sante, Revue d'«economie politique», 4., 445-507, стр. 446.

подстиче превентиву и усмерава здравствене раднике према тзв. компрехензивној здравственој заштити“.¹³³

Најзад, „метод редовне плате (или стандардног личног дохотка), подразумева месечно плаћање лекара по фиксном износу за месечни квантум рада. Плата лекара у основи не зависи од броја пружених услуга нити од броја пацијената. Зато се овај метод плаћања лекара најчешће примењује у институцијама јавног здравства и државним болницама. Лекар је „везан“ за здравствену организацију за радно време у установи и за месечну плату. А своје слободно време лекар може користити за приватну праксу“.¹³⁴

Поред метода плаћања лекара, „за здравствену заштиту су важни и методи обрачунавања и плаћања здравствено-заштитних активности. Шкрбић наводи три основна механизма, и то:

- (1) механизам финансирања кроз цену услуга,
- (2) механизам финансирања кроз цену програма и
- (3) механизам финансирања кроз дотирање или субвенционирање делатности институција из наменски алиментираних средстава“.¹³⁵

По првом механизму, „цена услуге јесте калкулативна основа финансирања здравствено-заштитних активности, иако цена није економски израз вредности поједине услуге. Цена је заправо обрачунска категорија и технички инструмент валоризације договорене накнаде за обављање здравствене делатности. Цена услуга, као калкулативна величина, англобира материјалне расходе (трошкове) пословања, трошкове амортизације, личне дохотке здравствених радника (зараде, плате), порезе

¹³³ Ристић, К., Белокапић, П., Миленковић, С. и Ристић, Ж. (2016)., *op. cit.*, стр. 97.

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ Шкрбић, М. (1978). Увод у економику здравства, Загреб: Југословенска медицинска наклада, стр. 168.

и доприносе из дохотка и личних доходака радника, и средства за унапређењематеријалне основе рада“.¹³⁶

Други механизам финансирања здравствено-заштитних активности је сличан првом механизму, „пошто се базира на готово истим принципима. Наиме, финансирање путем механизма „цена програма“ рефлектује систем алиментирања скувих услуга које су интегрисане у програму. Појединачне услуге нису основа за утврђивање цена, него интегралан програм, као целина. Зато је уговарање цена програма сложенији посао од договарања појединачних цена услуга“.¹³⁷

Коначно, трећи механизам финансирања здравствено-заштитних активности своди се „практично на субвенционирање или дотирање институција (делатности). Дотације или субвенције иду из наменских средстава, односно из фондова, мада није редак случај да се ова средства регрутују из буџета државе“.¹³⁸

У следећој табели, представљена је структура издатака за здравство - међународни преглед.

¹³⁶ Ристић, К., Белокапић, П., Миленковић, С. и Ристић, Ж. (2016).., *op. cit*, стр. 97.

¹³⁷ *Ibid.*, стр. 97-98.

¹³⁸ *Ibid.*, стр. 98.

Табела 5. Структура издатака за здравство - међународни преглед

Земље	Укупни издаци за здравство (% од БДП)	Структура по пореклу		Структура по начину коришћења у %, за:				
		Јавни издаци	Приватни издаци	Болничко лечење	Амбулантне услуге	Лекови	Терапеутска опрема	Разлика до 1 100% :
Немачка	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

Сједињене Америчке Државе	10,9	41,1	58,9	47,2	29,0	6,7	1,8	15,3
Финска	7,4	77,2	22,8	47,3	33,4	9,2	3,1	7,0
Француска	8,5	79,3	20,7	47,1	26,9	16,4	1,9	7,7
Италија	6,7	78,8	21,2	44,6	34,1	18,5	2,8	-
Луксембург	6,8	90,2	9,8	33,4	43,0	16,0	6,8	0,8
Норвешка	6,6	97,2	2,8	73,6	15,0	5,0	1,1	5,3
Холандија	8,3	78,0	22,0	57,8	25,4	11,1	1,5	4,2

Велика Британија	6,1	86,1	13,9	46,0	21,5	11,1	1,3	20,1
Шведска	9,2	91,0	9,0	67,0	18,1	7,0	2,3	5,6

Извори: Ристић, К., Белокапић, П., Миленковић, С. и Ристић, Ж. (2016)., *op. cit.*, стр. 96; ОЕЦД, Холандија (1989). Економске студије ОЕЦД-а, 1988/89, Париз, стр. 48-49.

4.4. Модел здравственог осигурања у Србији и осврт на проблеме финансирања и трошкова здравствене заштите

У складу са законским одређењем, систем здравственог осигурања у Србији је, у основи, обавезан уз могућност увођења добровољног здравственог осигурања.

Према Кочовић и сарадницима, „Републички фонд за здравствено осигурање је носилац спровођења обавезног здравственог осигурања. Основна права по основу обавезног здравственог осигурања су:

- право на здравствену заштиту,
- право на надокнаду зараде за време привремене спречености за рад и
- право на надокнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите“.¹³⁹

¹³⁹ Кочовић, Ј., Ракоњац-Антић, Т., Рајић, В. (2013), *op. cit.*, стр. 542.

Ова права „реализују се средствима доприноса осигураника и послодаваца, средствима доприноса Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање за кориснике пензија, средствима доприноса Националне службе за запошљавање за лица која примају накнаду, као и буџетским средствима Републике Србије за лица која се сматрају осигураницима по члану 22 Закона о осигурању“.¹⁴⁰

Социјално осигурање у Србији (обавезно здравствено осигурање) „јесте модел социјалног осигурања које је обавезно, и повезује уплате са нивоом прихода, а при том захтева доприносе и од послодаваца и од запослених. Услуга је бесплатна за пацијента на месту где се пружа, а ниво заштите није повезан са уплаћеним доприносима. Социјално осигурање у Србији обухвата пензијско и инвалидско осигурање, осигурање за случај незапослености и здравствено осигурање“.¹⁴¹

Велики проблем представљају „послодавци који имају финансијске тешкоће, и који не уплаћују обавезне доприносе у фонд здравственог осигурања, а држава не обезбеђује увек на време уплате за своје доприносе за оне који сами не врше уплату. Јавља се круг дуговања у којем фондови не врше уплате болницама, лекарима опште праксе и другим даваоцима услуга, који са своје стране одлажу уплате трошкова добављачима, попут компанија које испоручују лекове и енергенте“.¹⁴²

На основу изложеног, „констатујемо да се у Републици Србији у основи примењује Бизмарков модел здравственог осигурања, с обзиром да се преко 90% средстава за остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђује из

¹⁴⁰ Допунска клаузула из члана 22 Закона о осигурању која гласи “ Друштво за осигурање које обавља послове животног осигурања може обављати и послове осигурања од прикључне незгоде и послове добровољног здравственог осигурања у делу који покрива трошкове лечења - под условом да се та осигурања односе на лице с којим је закључило неки од уговора о животном осигурању“.

Извор: Кочовић, Ј., Ракоњац-Антић, Т., Рајић, В. (2013), *op. cit.*, стр. 542

¹⁴¹ Бабић, В. (2008), *op. cit.*, стр. 100.

¹⁴² Радивојевић, В., Весић, С. (2020), *op. cit.*, стр. 158.

средстава доприноса за обавезно здравствено осигурање. Међутим, законом је предвиђено финансирање здравствене заштите из буџета Републике Србије за одређене вулнерабилне групе лица (избеглице и интерно расељена лица, неосигурана лица, незапослена лица, корисници социјалне помоћи, монаси и монахиње) која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, и која су изложена повећаном ризику обољевања“.¹⁴³

Тиме је систем здравственог осигурања „инкорпорисао одређена обележја Беверицовог модела, што указује да је у Србији присутан мешовити систем финансирања, кога карактерише искључиво јаван извор финансирања, будући да се финансирање реализује из доприноса и из буџета“.¹⁴⁴

Према Гавриловић и Трмчић, „проблеми са којима се сусреће наш здравствени систем налазе се како у интерном тако и у екстерном окружењу. Најчешћи проблем су материјално-финансијске природе али постоје и многобројне слабости у области организације и функционисања здравствене заштите:

- нефункционално организована здравствена служба,
- менаџмент без потребних менаџерских вештина и адекватног образовања из области менаџмента,
- неадекватан метод плаћања здравствених услуга и нејасан начин финансирања здравствених установа,
- потребе и приоритети у здравственој заштити су лоше пројектовани,
- велики проценат немедицинског особља у здравственим установама као и медицински менаџмент (без потребних менаџерских знања),
- неквалитетан информациони систем,

¹⁴³ Совиљ, Р. (2018). Упоредноправна анализа и изазови регулисања и финансирања здравственог осигурања. Страни правни живот, бр. 3, стр. 143-161, стр. 148.

¹⁴⁴ Јовановић, С., Миловановић, С., Мандић, Ј. и Јововић, С. (2015), *op. cit.*, стр. 79.

- сва власт у здравству и здравственим установама је централизована и налази се у рукама државних и партијских организација и установа,
- здравствени капацитети изнад оквира економских могућности друштва, застарела опрема и пропадање зграда у здравству,
- ниске зараде здравствених радника, што резултира ниском професионалном сатисфакцијом, непостојањем мотивације за квалитетним и ефикасним радом,
- незаступљеност процене квалитета рада у здравству,
- фармацеутска мафија, непостојање националне политике лекова и неадекватна контрола;
- неадекватан начин алокације средстава са приоритетима и нивоима здравствене заштите;
- управљање здравственим системом не одговара савременој концепцији организације здравственог система, посебно у погледу планирања;
- непостојање благовремених и тачних информација које служе као подршка доношењу одлука и контроли трошења и коришћења ресурса у здравству што умањује транспарентност целокупног система здравствене заштите“.¹⁴⁵

Годинама уназад, „приметан је тренд, да упркос већем издвајању за здравство, Републички фонд за здравствено осигурање редукује пакет здравствених услуга. Некада је пакет обавезног осигурања РФЗО-а укључивао специјалне услуге попут лечења у иностранству и у војним болницама, накнаде за лекове и медицинска средства купљена на приватном тржишту“.¹⁴⁶

¹⁴⁵ Гавриловић, А., Трмчић, С. (2012). Здравствено осигурање у Србији – финансијски одржив систем. Медународна научна конференција МЕНАЦМЕНТ 2012, Младеновац, Србија, 20-21. април 2012, 1-7, стр. 4-5.

¹⁴⁶ Совиљ, Р. (2018), *op. cit.*, стр. 149.

Данас, „право на здравствену заштиту које се обезбеђује обавезним здравственим осигурањем обухвата: мере превенције и раног откривања болести; прегледе и лечење жена у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја; прегледе и лечења у случају болести и повреда; прегледе и лечење болести уста и зуба; медицинску рехабилитацију у случају болести и повреде; лекове и медицинска средства; протезе, ортозе и друга помагала за кретање, стајање и седење, помагала за вид, слух и говор, стоматолошке надокнаде, као и друга помагала“.¹⁴⁷

Приметно је да је Републички фонд за здравствено осигурање и даље „доминантан финансијер у оквиру јавног сектора финансијера у здравству. Премда се финансијска издвајања од стране Републичког фонда за здравствено осигурање константно повећавају из године у годину, и даље су недовољна“.¹⁴⁸

Разлог томе су „повећани трошкови настали као последица растућих потреба становништва (старија популација, хронични болесници), али и потребе становништва за новим, уједно и скупим методама лечења“.¹⁴⁹

Како медицинска наука „свакодневно проналази нова средства и технологије за унапређење здравствених услуга, као и откривање нових лекова, самим тим се повећавају трошкови лечења. Проналажењем иновативних метода дијагностиковања и лечења продужава се и квалитет и дужина живота грађана. С друге стране, расте и број корисника здравствених услуга (пре свега хроничних болесника), који посматрано са економског аспекта значајније оптерећују здравствени систем

¹⁴⁷ Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2022.г, "Сл. гласник РС", бр. 24/2022, 81/2022, 127/2022, и 137/2022.

¹⁴⁸ Arsenijević, J., Pavlova, M., Groot, W. (2013). Measuring the catastrophic and impoverishing effect of household health care spending in Serbia. *Social Science & Medicine*, 78, 17-25, стр. 19.

¹⁴⁹ Гајић-Стевановић, М. (2014). Анализа здравственог система и потрошње за здравствену заштиту на националном нивоу у периоду од 2003. до 2014. године, Београд: Институт за јавно здравље Србије „Милан Јовановић Батут“, 2-17, стр. 4.

потрошњом неопходних лекова, као и коришћењем услуга болничког смештаја и лечења“.¹⁵⁰

Последњих деценија „све присутнији су проблеми који негативно утичу на квалитет пружања здравствених услуга. Свакако, међу најизраженијим проблемима су листе чекања, али и неефикасност у снабдевању лековима и медицинским средствима услед дугих, непотребних и компликованих поступака спровођења јавних набавки, као и поштовања инертних законских одредби. Осим наведеног, све је израженији слабији финансијски положај корисника здравствених услуга. Управо то омогућава стварање и одржавање тзв. двоструког система где се одређене здравствене услуге пружају у здравственој установи, док се профитабилнији део наставља од стране истог лекара у приватној пракси“.¹⁵¹

Тиме су корисници здравствених услуга „приморани да издвајају двострука средства за пружање здравствених услуга. С једне стране, издавање за доприносе који се уплаћује у Републички фонд за здравствено осигурање, док са друге стране, за исте услуге морају да плаћају из свог џепа“.¹⁵²

У контексту реченог Томашић наводи да је „у пракси, у условима економске кризе, недовољних финансијских средстава и велике стопе незапослености, обавезни систем здравственог осигурања угрожен и томе, у највећој мери, доприносе два разлога: прво, смањен и недовољни прилив средстава у касу Републичког фонда здравственог осигурања услед финансијске недисциплине, која се огледа пре свега у нередовним уплатама доприноса од стране запослених, али и изостанку уплата из буџета за финансирање здравствене заштите незапослених лица; и друго, због повећаних трошкова лечења све старијег и болеснијег становништва. Несразмерни

¹⁵⁰ Митровић, М., и Гавриловић, А. (2013), *op. cit.*, стр. 150-151.

¹⁵¹ Тотић, И., Марић-Крејовић, С. (2010). Финансирање здравствених потреба и обрачун и плаћање здравствених услуга, Финансирање здравствених потреба и обрачун и плаћање здравствених услуга, 15 (33), 45-62, 51.

¹⁵² Совиљ, Р. (2018), *op. cit.*, стр. 151.

однос између прихода и расхода има за последицу смањење квалитета здравствене заштите по свим параметрима, као и немогућност остваривања у пракси законом гарантованих права пацијената“.¹⁵³

Иста ауторка такође истиче да се „обавезни пакет здравствених услуга ограничава кроз листу лекова који се ординирају о трошку Републичког фонда за здравствено осигурање, као и због немогућности примене савремених дијагностичких и терапијских поступака, услед недостатка одговарајуће опреме и обучених кадрова. Старосна структура запослених здравствених радника, посебно лекара специјалиста, је неповољна а кадар се не обнавља у складу са потребама чему, такође, доприносе разлози финансијске природе, па постојећи здравствени радници обављају послове независно од норматива оптерећености који се, услед тога, у пракси не уважавају. Организација рада у оквиру здравственог система није мењана деценијама, а награђивање здравствених радника према учинку не постоји. Одсуство стратегије развоја здравственог система у циљу решавања наведених проблема, као и дугогодишње таворење у месту, генеришу коруптивни модел понашања на свим нивоима у хијерархији здравственог система. У условима смањене економске моћи становништва, приватни сектор не успева да компензује недостатке државног здравства, што има за последицу одлив младих школованих кадрова и све лошије стање здравља становништва“.

Став теорије је да је „поменуте основне проблеме могуће решити кроз стварање реалних фондова за финансирање здравствене заштите у односу на пакет понуђених услуга, тј. усклађивањем економских могућности са правима обухваћених пакетом услуга. У основи предложених мера и активности за унапређење и развој здравственог система у Републици Србији јесте промена свести о здравству као социјалној категорији и признавање економске димензије у здравственом сектору као

¹⁵³ Томашић, Љ. (2014). Осврт на проблеме, са препорукама за унапређење и развој здравственог система Републике Србије. У: Системи здравствене заштите и здравственог осигурања - упоредноправна анализа у европским земљама (ур. Јовичић, К.). Београд: Институт за упоредно право и Синдикат лекара и фармацеута Србије - Градска организација Београда, 210-212, стр. 210.

доминантне, што се намеће у условима тржишне привреде као императив за одрживост здравственог система“.

5. ЗАКОНСКА РЕГУЛАТИВА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ И ЕВРОПСКОЈ УНИЈИ

У Републици Србији, систем здравствене заштите уређен је Законом о здравственој заштити, док је систем здравственог осигурања уређен Законом о здравственом осигурању, као и одредбама Закона о осигурању у оним питањима која су битна за област здравственог осигурања, а која нису обухваћена Законом о здравственом осигурању.

Подзаконска акта која су у раду до сада била поменута су: Уредба о добровољном здравственом осигурању и Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2022. г. На овом месту битно је поменути и Уредбу о Плану здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2022. годину,¹⁵⁴ којом се утврђује План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2022. годину.

Оно што до сада није помињано јесте ситуација у области здравствене заштите и здравственог осигурања у Европској унији.

Наиме, „здравствени системи у оквиру Европске уније разликују се од једне до друге земље чланице. Следећи правну доктрину, здравствени национални системи у Европској унији углавном се деле на две категорије. Прва је Национални здравствени систем, у ком се здравствена заштита за обухваћене осигуранике финансира се из прибављених пореза а проценат обухватности је пословично висок,

¹⁵⁴ Уредба о Плану здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2022. годину, “Сл. гласник РС”, бр. 132/ 2021.

и до 99%. Друга категорија је Систем социјалног осигурања, који подразумева обавезно здравствено осигурање за све грађане или одређене групе грађана¹⁵⁵.

У делу овог поглавља који се тиче законске регулативе у Републици Србији, анализираће се одредбе Закона о здравственој заштити и Закона о здравственом осигурању, док ће се у оквиру подналова који се тиче законске регулативе у Европској унији анализирати најважнија документа за област здравствене заштите и здравственог осигурања на простору Европске уније

5.1. Законска регулатива у Републици Србији

5.1.1. Одредбе Закона о здравственој заштити

Сходно члану 1, овим законом „уређује се систем здравствене заштите у Републици Србији, његова организација, друштвена брига за здравље становништва, општи интерес у здравственој заштити, надзор над спровођењем овог закона, као и друга питања од значаја за организацију и спровођење здравствене заштите“.

Закон у првом поглављу дефинише основне институте здравственог система. Тако, у члану 2 одређује појам здравствене заштите („здравствена заштита је организована и свеобухватна делатност друштва, са циљем остваривања највишег могућег нивоа очувања и унапређења здравља грађана“, и „обухвата спровођење мера и активности за очување и унапређење здравља држављана Републике Србије, спречавање, сузбијање и рано откривање болести, повреда и других поремећаја здравља и благовремено, делотворно и ефикасно лечење, здравствену негу и рехабилитацију“), у члану 3 одређује право на здравствену заштиту („грађанин, као и страни држављанин и лице без држављанства које је стално настањено или

¹⁵⁵ Готић, И. (2012), *op. cit.*, str. 64.

привремено борави у Републици Србији, има право на здравствену заштиту, у складу са законом, и дужност да чува и унапређује своје и здравље других грађана, као и услове животне и радне средине“), затим, у члану 4 одређује учеснике у здравственој заштити („учесници у здравственој заштити у Републици Србији су: пружаоци здравствене заштите, организације за здравствено осигурање, грађани, породица, послодавци, образовне и друге установе, хуманитарне, верске, спортске и друге организације, удружења, јединице локалне самоуправе, аутономне покрајине и Република Србија“), док у преосталим члановима првог поглавља уређује основе здравствене делатности и система здравствене заштите.

Друго поглавље Закона посвећено је друштвеној бризи за здравље становништва. Чланом 10, уређена је „друштвена брига за здравље на нивоу Републике Србије, која обухвата:

- 1) успостављање приоритета, планирање, доношење посебних програма за спровођење здравствене заштите, као и доношење прописа у овој области;
- 2) спровођење мера пореске, економске, образовне и културне политике, којима се подстиче развој навика о здравом начину живота;
- 3) обезбеђивање услова за стицање знања и навика о здравом начину живота;
- 4) обезбеђивање услова за развој интегрисаног здравственог информационог система у Републици Србији;
- 5) развој научноистраживачке делатности у области здравствене заштите;
- 6) обезбеђивање услова за стручно усавршавање здравствених радника и здравствених сарадника.

Друштвена брига за здравље на нивоу Републике Србије обухвата и доношење републичког програма у области заштите здравља од дејства чинилаца животне и радне средине који могу штетно утицати на здравље (штетних и опасних материја у ваздуху, води и земљишту, одлагања отпадних материја, опасних хемикалија, извора јонизујућих и нејонизујућих зрачења, буке и вибрација), као и вршење систематских испитивања животних намирница, предмета опште употребе, термо-минералних

вода, минералних вода за пиће, воде за пиће и других вода које служе за производњу и прераду животних намирница и санитарно-хигијенске и рекреативне потребе, ради утврђивања њихове здравствене и хигијенске исправности и прописаног квалитета“.

Чланом 12 уређена је друштвена брига за здравље на нивоу аутономне покрајине која „обухвата мере за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите од интереса за грађане, које се спроводе на територији аутономне покрајине, и то:

1) праћење здравственог стања становништва и рада система здравствене заштите, као и старање о спровођењу утврђених приоритета у здравственој заштити;

2) стварање услова за приступачност и уједначеност коришћења примарне здравствене заштите;

3) координирање, подстицање, организацију и усмеравање спровођења здравствене заштите;

4) планирање и остваривање сопственог програма за очување и заштиту здравља од загађења животне средине штетним и опасним материјама у ваздуху, води и земљишту, одлагањем отпадних материја, опасних хемикалија, загађења изворима јонизујућих и нејонизујућих зрачења, буком и вибрацијама, као и вршење систематских испитивања животних намирница, предмета опште употребе, термо-минералних вода, минералних вода за пиће, воде за пиће и других вода које служе за производњу и прераду животних намирница и санитарно-хигијенске и рекреативне потребе, ради утврђивања њихове здравствене и хигијенске исправности и прописаног квалитета;

5) сарадњу са хуманитарним и стручним организацијама, савезима и удружењима, на пословима развоја здравствене заштите;

6) обезбеђивање средстава за пружање хитне медицинске помоћи, у складу са овим законом“.

Чланом 13 Закона уређена је друштвена брига за здравље на нивоу јединице локалне самоуправе која „обухвата мере за обезбеђивање и спровођење здравствене

заштите од интереса за грађане, које се спроводе на територији јединице локалне самоуправе, и то:

1) праћење здравственог стања становништва и рада система здравствене заштите, као и старање о спровођењу утврђених приоритета у здравственој заштити;

2) стварање услова за приступачност и уједначеност коришћења примарне здравствене заштите;

3) координирање, подстицање, организацију и усмеравање спровођења здравствене заштите;

4) планирање и остваривање сопственог програма за очување и заштиту здравља од загађења животне средине штетним и опасним материјама у ваздуху, води и земљишту, одлагањем отпадних материја, опасних хемикалија, загађења изворима јонизујућих и нејонизујућих зрачења, буком и вибрацијама, као и вршење систематских испитивања животних намирница, предмета опште употребе, термо-минералних вода, минералних вода за пиће, воде за пиће и других вода које служе за производњу и прераду животних намирница и санитарно-хигијенске и рекреативне потребе, ради утврђивања њихове здравствене и хигијенске исправности и прописаног квалитета;

5) сарадњу са хуманитарним и стручним организацијама, савезима и удружењима, на пословима развоја здравствене заштите;

6) обезбеђивање средстава за пружање хитне медицинске помоћи, у складу са овим законом“.

Чланом 14 уређено је то да „послодавац организује и обезбеђује из својих средстава здравствену заштиту запослених, ради стварања услова за здравствено одговорно понашање и заштиту здравља на радном месту запосленог, која обухвата најмање:

1) лекарске прегледе ради утврђивања способности за рад, по налогу послодавца;

2) спровођење мера за спречавање и рано откривање професионалних болести, болести у вези са радом и спречавање повреда на раду;

3) превентивне прегледе запосленог (претходне, периодичне, контролне и циљане прегледе) у зависности од пола, узраста и услова рада, као и појаве професионалних болести, повреда на раду и хроничних болести, у складу са законом;

4) прегледе запосленог који се обавезно спроводе ради заштите животне и радне средине, ради заштите запосленог од заразних болести у складу са прописима којима се уређује заштита становништва од заразних болести, ради заштите потрошача, односно корисника и друге обавезне здравствене прегледе, у складу са законом;

5) упознавање запослених са мерама заштите здравља на раду и њихово образовање у вези са специфичним условима, као и са коришћењем средстава и опреме за личну заштиту на раду и колективним мерама безбедности и здравља на раду, у складу са прописима којима се уређује безбедност и здравље на раду;

6) обезбеђивање санитарно-техничких и хигијенских услова (санитарних услова) у објектима под санитарним надзором и другим објектима у којима се обавља делатност од јавног интереса, у складу са законом којим се уређује санитарни надзор, као и обезбеђивање и спровођење општих мера за заштиту становништва од заразних болести, у складу са законом којим се уређује заштита становништва од заразних болести;

7) друге превентивне мере (препоручену имунизацију, необавезне систематске прегледе), у складу са општим актом послодавца;

8) праћење услова рада и безбедности на раду, као и процену ризика на радном месту, у циљу унапређивања услова рада и ергономских мера, прилагођавањем рада психофизиолошким способностима запосленог;

9) праћење оболевања, повређивања, одсутности са посла и смртности, посебно од професионалних болести, болести у вези са радом, повреда на раду и

других оштећења здравља која утичу на привремену или трајну измену радне способности, у складу са законом;

10) учешће у организацији режима рада и одмора запосленог, као и у процени нове опреме и нових технологија, са здравственог и ергономског становишта;

11) спровођење мера за унапређивање здравља запосленог који је изложен здравственом ризику у току процеса рада, укључујући и оцењивање и упућивање запосленог на посебно тешким и ризичним пословима на здравствено-превентивне активности и одмор;

12) указивање прве помоћи у случају повреде на раду и обезбеђивање услова за пружање хитне медицинске помоћи, у складу са законом“.

Коначно, чланом 15, уређено је то да је „појединац дужан да чува сопствено здравље, здравље других људи, као и животну и радну средину. Појединац је дужан да се, у границама својих знања и могућности, укључи у друштвену бригу за здравље, као и да повређеном или болесном у хитном случају пружи прву помоћ и омогући му доступност до хитне медицинске службе. Такође, појединац је дужан да се подвргне обавезној имунизацији у међународном саобраћају против одређених заразних болести, утврђених законом којим се уређује заштита становништва од заразних болести, као и да сноси трошкове имунизације настале у поступку спровођења те мере. Коначно, појединац је дужан да се одазове на позив за циљани превентивни преглед, односно скрининг, према одговарајућим националним програмима“.

У трећем поглављу Закона предвиђено је усвајање Стратегије развоја здравствене заштите, као и њен садржај, док се четврто поглавље Закона бави начелима здравствене заштите.

У наредној табели представљена су начела здравствене заштите према одређењу Закона о здравственој заштити.

Табела 6. Начела здравствене заштите

Р. бр	Члан Закона	Начело	Појашњење начела
1	Члан 20	Начело поштовања људских права и вредности и права детета у здравственој заштити	<p>Начело поштовања људских права и вредности у здравственој заштити подразумева обезбеђивање највишег могућег стандарда људских права и вредности у пружању здравствене заштите, пре свега права на живот, неповредивост физичког и психичког интегритета и неприкосновеност људског достојанства, обезбеђивање равноправности полова и родне равноправности, уважавање моралних, културних, религијских и филозофских убеђења грађанина, као и забрану клонирања људских бића.</p> <p>Начело поштовања права детета подразумева руковођење најбољим интересом детета у свим активностима пружаоца здравствене заштите, обезбеђивање здравствених услуга и процедура прилагођених деци, као и право детета на правилан развој и заштиту од свих облика насиља, злостављања, занемаривања и искоришћавања.</p> <p>Трудница, породиља, дете до навршених 18 година живота, самохрани родитељ са децом до седме године живота и стари имају право</p>

			на највиши могући стандард здравља и здравствене заштите.
2	Члан 21	Начело правичности здравствене заштите	<p>Начело правичности здравствене заштите подразумева забрану дискриминације у пружању здравствене заштите по основу расе, пола, рода, сексуалне оријентације и родног идентитета, старости, националне припадности, социјалног порекла, вероисповести, политичког или другог убеђења, имовног стања, културе, језика, здравственог стања, врсте болести, психичког или телесног инвалидитета, као и другог личног својства које може бити узрок дискриминације.</p> <p>Не сматрају се дискриминацијом мере уведене ради постизања пуне равноправности, заштите и напретка лица, односно групе лица која се налазе у неједнаком положају.</p>
3	Члан 22	Начело свеобухватности здравствене заштите	Начело свеобухватности здравствене заштите подразумева укључивање свих грађана у систем здравствене заштите, уз примену обједињених мера и активности здравствене заштите које обухватају промоцију здравља, превенцију болести, рану дијагнозу, лечење, здравствену негу и рехабилитацију.

4	Члан 23	Начело приступачности здравствене заштите	Начело приступачности здравствене заштите подразумева обезбеђивање одговарајуће здравствене заштите грађанима, која је физички, комуникацијски, географски и економски доступна, односно културолошки прихватљива, а посебно особама са инвалидитетом.
5	Члан 24	Начело континуираности здравствене заштите	Начело континуираности здравствене заштите остварује се укупном организацијом система здравствене заштите која обезбеђује функционалну повезаност и усклађеност здравствене заштите од примарног преко секундарног до терцијарног нивоа здравствене заштите и која пружа непрекидну здравствену заштиту грађанима у сваком животном добу.
6	Члан 25	Начело сталног унапређења квалитета и безбедности у пружању здравствене заштите	Начело сталног унапређења квалитета и безбедности у пружању здравствене заштите остварује се мерама и активностима којима се, у складу са савременим достигнућима медицинске науке и праксе, повећавају могућности повољног исхода и смањују ризици и друге нежељене последице по здравље и здравствено стање појединца и заједнице у целини.
7	Члан 26	Начело ефикасности	Начело ефикасности здравствене заштите остварује се постизањем најбољих могућих

		здравствене заштите	резултата у односу на расположива финансијска средства, односно постизањем највишег нивоа здравствене заштите уз најнижи утрошак средстава.
--	--	---------------------	---

Извор: Закон о здравственој заштити, чланови 20-26

Пето поглавље посвећено је одредбама о пружању здравствене заштите. У овом делу се уређују следећа питања: облик, врсте, услови за оснивање и престанак рада здравствених установа, врсте, услови за оснивање и престанак рада приватне праксе, регистар здравствених установа и Јединствена евиденција субјеката у здравству, здравствене технологије, обележавање и оглашавање, вођење здравствене документације и евиденција, интегрисани здравствени информациони систем, распоред рада и радно време у здравственој установи и приватној пракси, здравствена заштита за време штрајка, прековремени рад у здравственој установи, као и допунски рад.

Шесто поглавље уређује делатност и организација здравствених установа. Тако, чланом 61 уређено је да се „здравствена делатност обавља на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите“.

Према члану 62, „здравствена установа дужна је да:

- 1) пружи хитну медицинску помоћ свим грађанима, у складу са законом;
- 2) пружи неодложну здравствену услугу, у области за коју је основана;
- 3) прати здравствено стање становништва у области за коју је основана и да предузима и предлаже мере за његово унапређивање;
- 4) прати и спроводи методе и поступке превенције, дијагностике, лечења, здравствене неге и рехабилитације засноване на доказима, а нарочито утврђена стручно-методолошка и доктринарна упутства, водиче и протоколе;
- 5) обезбеђује услове за стално стручно усавршавање својих запослених;

6) спроводи програме здравствене заштите;

7) спроводи мере ради спречавања нежељених компликација и последица при пружању здравствене заштите, као и мере опште сигурности за време боравка грађана у здравственим установама и обезбеђује сталну контролу ових мера;

8) организује и спроводи мере сталног унапређења квалитета стручног рада;

9) организује и спроводи мере у случају кризних и ванредних ситуација;

10) организује, односно обезбеђује управљање медицинским отпадом, у складу са законом;

11) истакне ценовник здравствених услуга и изда рачун за пружене здравствене услуге;

12) обавља друге послове, у складу са законом“.

Чланом 63 је уређено да „здравствене установе које обављају здравствену делатност на терцијарном и на више нивоа здравствене заштите, поред претходно наведених послова, дужне су да:

1) истражују и откривају узроке, појаве и начине ширења обољења, односно повреда, као и начин и мере за њихово спречавање, сузбијање, рано откривање и ефикасно и благовремено лечење, здравствену негу и рехабилитацију;

2) врше истраживање и предлажу увођење нових метода превенције, дијагностике, лечења, здравствене неге и рехабилитације;

3) учествују у утврђивању стручно-медицинских и доктринарних ставова и пружају стручно-методолошку помоћ у њиховом спровођењу;

4) организују и спроводе практичну наставу у току школовања и стручног усавршавања здравствених радника и здравствених сарадника;

5) учествују у спровођењу спољне провере квалитета стручног рада у другим здравственим установама и приватној пракси;

6) организују и спроводе и друге мере, у складу са законом“.

Сходно члану 65, „здравствена делатност на примарном нивоу здравствене заштите обухвата:

1) заштиту и унапређење здравља, спречавање и рано откривање болести, односно дијагностику, лечење, здравствену негу и рехабилитацију оболелих и повређених;

2) превентивну здравствену заштиту групација становништва изложених повећаном ризику оболевања и осталих становника, у складу са посебним програмом превентивне здравствене заштите;

3) здравствено васпитање и саветовање за очување и унапређење здравља, укључујући унапређење репродуктивног здравља, као и саветовање у области раног развоја и адолесценције;

4) спречавање, рано откривање и контролу малигних болести;

5) спречавање, откривање и лечење болести уста и зуба;

6) патронажне посете, лечење, здравствену негу и рехабилитацију у кући;

7) спречавање и рано откривање болести, здравствену негу и рехабилитацију за лица смештена у установе социјалне заштите;

8) прехоспитално ургентно збрињавање оболелих и повређених и санитетски превоз;

9) фармацеутску здравствену заштиту;

10) рехабилитацију деце са сметњама у развоју и инвалидитетом и одраслих особа са инвалидитетом;

11) заштиту менталног здравља;

12) палијативно збрињавање;

13) друге послове утврђене законом“.

Члан 68 уређује да „здравствена делатност на секундарном нивоу здравствене заштите обухвата специјалистичко-консултативну и болничку здравствену

делатност“, док члан 69 уређује да „здравствена делатност на терцијарном нивоу здравствене заштите обухвата пружање најсложенијих мера и поступака здравствене заштите и специјалистичко-консултативне и болничке здравствене делатности, као и научноистраживачку и образовну делатност, у складу са законом којим се уређује научноистраживачка делатност, односно делатност образовања“. Такође, „здравствена делатност на терцијарном нивоу здравствене заштите обухвата обављање и апотекарске делатности у болничкој апотеци, у складу са законом“.

У овом поглављу уређују се и питања везана за Центар за контролу тровања, Центар за ретке болести, као и Центар за болест од већег јавноздравственог значаја.

У наредним поглављима Закон о здравственој заштити уређује следећа битна питања и области: здравствене установе које обављају здравствену делатност на примарном нивоу здравствене заштите, здравствене установе које обављају здравствену делатност на секундарном нивоу здравствене заштите, здравствене установе које обављају здравствену делатност на терцијарном нивоу здравствене заштите, здравствене установе које обављају здравствену делатност на више нивоа здравствене заштите, органи здравствене установе у јавној својини, статут и унутрашња организација здравствене установе, стручни органи у здравственој установи, стручна тела на нивоу Републике Србије, стицање и располагање средствима здравствених усанова и приватне праксе, здравствени радници и здравствени сарадници, квалитет здравствене заштите, провера квалитета стручног рада и акредитација, утврђивање времена и узрока смрти и обдукција умрлих лица, преузимање тела умрлих лица ради извођења практичне наставе, комплементарна медицина, апотекарска делатност, сукоб интереса, здравствена заштита странаца, те надзор над радом здравствене установе, другог правног лица и приватне праксе.

5.1.2. Одредбе Закона о здравственом осигурању

Сходно члану 1, „овим законом уређује се здравствено осигурање у Републици Србији“.

У члану 2 Закона одређено је да се њим „уређују права из обавезног здравственог осигурања и услови за њихово остваривање, финансирање обавезног здравственог осигурања, уговарање здравствене заштите, организација обавезног здравственог осигурања и друга питања од значаја за систем обавезног здравственог осигурања“. Такође, „овим законом уређују се врсте добровољног здравственог осигурања, услови за организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања, финансирање добровољног здравственог осигурања и друга питања од значаја за добровољно здравствено осигурање“.

У члану 10 дефинисани су основни појмови који се користе у Закону. Неки од њих су:

- „Осигураник је физичко лице које је обавезно осигурано у складу са овим законом;
- Осигураник добровољног здравственог осигурања је физичко лице које је закључило уговор о добровољном здравственом осигурању или за кога је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању са осигуравачем добровољног здравственог осигурања и које користи права утврђена уговором о добровољном здравственом осигурању, као и члан породице тог осигураника који је обухваћен уговором о добровољном здравственом осигурању;
- Садржај здравствене заштите чине поступци и методи дијагностике, лечења и рехабилитације, у циљу спречавања, сузбијања, раног откривања и лечења болести, повреда и других поремећаја здравља, а који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем;

- Обим здравствене заштите чини број и дужина трајања поступака и метода дијагностике, лечења и рехабилитације, као и друге величине којима се може изразити обим појединих садржаја здравствене заштите (систематско пружање здравствених услуга у одређеном временском периоду и др.), а који чине садржину права из обавезног здравственог осигурања;
- Стандард здравствене заштите чине услови за коришћење поступака и метода који чине садржину права из обавезног здравственог осигурања, укључујући ограничења за коришћење тих здравствених услуга;
- Премија добровољног здравственог осигурања је новчани износ који плаћа осигураник добровољног здравственог осигурања, односно уговарач осигуравачу, по основу закљученог уговора о добровољном здравственом осигурању;
- Полиса добровољног здравственог осигурања је исправа о закљученом уговору о добровољном здравственом осигурању“, и др.

Друго поглавље Закона обухвата уређење обавезног здравственог осигурања. Питања која се у овом поглављу уређују су: осигурана лица и друга лица којима се обезбеђују права из обавезног здравственог осигурања у одређеним случајевима; стицање и утврђивање својства осигураног лица; матична евиденција; права из обавезног здравственог осигурања; здравствена заштита која се не обезбеђује у обавезном здравственом осигурању; коришћење здравствене заштите у иностранству и упућивање на лечење у иностранство; обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања: остваривање права из обавезног здравственог осигурања; заштита права; финансирање обавезног здравственог осигурања.

Детаљнији осврт на обавезно здравствено осигурање у Републици Србији биће учињено у следећем поглављу дисертације.

Треће поглавље Закона детаљно је уредило материју добровољног здравственог осигурања. Питања која су у овом поглављу уређена су: врсте

добровољног здравственог осигурања, као и организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања.

Детаљнији осврт на добровољно здравствено осигурање у Републици Србији биће учињено у следећем поглављу дисертације.

Закон у четвртом поглављу - уговарање здравствене заштите, контрола спровођења закључених уговора и накнада штете у обавезном здравственом осигурању, уређује следећа партикуларна питања: уговарање здравствених услуга, контрола спровођења закључених уговора, арбитража, накнада штете у спровођењу обавезног здравственог осигурања.

Пето поглавље Закона уређује материју организације здравственог осигурања. Чланом 228 уређено је да „обезбеђивање и спровођење обавезног здравственог осигурања обавља Републички фонд, са седиштем у Београду. Републички фонд врши јавна овлашћења у обезбеђивању и спровођењу обавезног здравственог осигурања, као и у решавању о правима из обавезног здравственог осигурања, у складу са овим законом. Републички фонд обавља и послове добровољног здравственог осигурања, у складу са законом“.

Чланом 229 Закона уређено је да је „Републички фонд правно лице са статусом организације за обавезно социјално осигурање у којем се обезбеђују средства за обавезно здравствено осигурање и остварују права из обавезног здравственог осигурања, у складу са законом“.

Сходно материји - послови Републичког фонда, чланом 232 предвиђено је да „Републички фонд:

- 1) доноси статут;
- 2) доноси опште акте и утврђује предлоге општих аката, на основу овлашћења из овог закона, којима се ближе уређује спровођење обавезног здравственог осигурања;
- 3) планира и обезбеђује финансијска средства за спровођење обавезног здравственог осигурања;

4) преноси средства за спровођење обавезног здравственог осигурања филијалама;

5) обезбеђује финансијске и друге услове за остваривање права на коришћење здравствене заштите у иностранству, односно за упућивање осигураних лица на лечење у иностранство;

6) доноси план рада за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања у складу са плановима рада филијала;

7) доноси финансијски план, у складу са законом;

8) закључује уговоре поводом остваривања права на здравствену заштиту у складу са овим законом и обезбеђује средства за спровођење здравствене заштите на основу тих уговора;

9) у оквиру расположивих финансијских средстава планира и обезбеђује услове за равномерно спровођење обавезног здравственог осигурања на територији Републике Србије и обезбеђује средства солидарности;

10) стара се о законитом, наменском и економичном коришћењу средстава;

11) обезбеђује непосредно, ефикасно, рационално и законито остваривање права из здравственог осигурања и организује обављање послова за спровођење осигурања;

12) организује обављање послова за спровођење здравственог осигурања које се непосредно спроводи у Републичком фонду;

13) координира рад филијала и Покрајинског фонда;

14) организује и врши контролу рада филијала, законитог и наменског коришћења средстава која се филијалама преносе за остваривање права из обавезног здравственог осигурања;

15) врши контролу спровођења закључених уговора са даваоцима здравствених услуга;

16) устројава и организује матичну евиденцију и врши контролу послова матичне евиденције;

17) организује и врши контролу и уједначавање рада првостепених и другостепених лекарских комисија;

18) обезбеђује спровођење међународних уговора о социјалном осигурању у делу којим се уређује здравствено осигурање;

19) води евиденцију о наплаћеним доприносима, размењује податке о обвезницима доприноса за здравствено осигурање, као и друге податке везане за допринос са надлежним органима;

20) обавља послове који се односе на фармако-економске показатеље у поступку стављања лекова на Листу лекова, њене измене и допуне, као и скидање са Листе лекова;

21) обавља послове централизованих јавних набавки у складу са законом;

22) спроводи добровољно здравствено осигурање, врши контролу обрачуна и плаћања премија за добровољно здравствено осигурање, као и контролу спровођења добровољног здравственог осигурања, у складу са законом;

23) осигураним лицима пружа савете и упутства о коришћењу права из обавезног здравственог осигурања;

24) даје сагласност на финансијске планове здравствених установа из Плана мреже и врши контролу тих финансијских планова, у складу са законом;

25) обавља и друге послове одређене законом и статутом Републичког фонда“.

Према члану 234, Филијала фонда:

„1) спроводи обавезно здравствено осигурање на свом подручју;

2) планира потребе осигураних лица са свог подручја и прави планове рада у складу са расположивим финансијским средствима, односно са финансијским планом Републичког фонда;

3) располагаје пренетим средствима за спровођење обавезног здравственог осигурања за осигурана лица са свог подручја, у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона;

4) обезбеђује остваривање права из здравственог осигурања за осигурана лица са свог подручја, у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона;

5) закључује уговоре поводом остваривања права на здравствену заштиту;

6) врши контролу спровођења закључених уговора поводом остваривања права на здравствену заштиту;

7) обезбеђује законито, наменско и економично трошење пренетих средстава обавезног здравственог осигурања на свом подручју;

8) води матичну евиденцију осигураних лица са подацима потребним за спровођење обавезног здравственог осигурања и за обезбеђивање и контролу остваривања права из тог осигурања;

9) врши контролу пријављивања на осигурање, одјављивања са осигурања и пријављивање промене у осигурању, као и контролу свих података од значаја за стицање, коришћење и престанак права;

10) води евиденцију о наплаћеним доприносима, размењује податке са надлежним органима о обвезницима доприноса за здравствено осигурање, као и друге податке везане за доприносе, на свом подручју;

11) пружа потребну стручну помоћ осигураним лицима у вези са остваривањем права из обавезног здравственог осигурања и заштитом њихових интереса у осигурању;

12) врши одређене послове у спровођењу међународних уговора о социјалном осигурању у делу којим се уређује здравствено осигурање;

13) обезбеђује услове за рад првостепених и другостепених лекарских комисија на свом подручју, у складу са општим актом Републичког фонда;

14) обавља послове у вези са накнадом штете у спровођењу обавезног здравственог осигурања;

15) обавља одређене послове добровољног здравственог осигурања;

16) обавља и друге послове у складу са законом и статутом Републичког фонда“.

Сходно члану 238, „Покрајински фонд је организациона јединица Републичког фонда која обавља:

1) координацију рада филијала образованих на територији аутономне покрајине, у сарадњи са Републичким фондом, у складу са законом;

2) контролу рада филијала, законитог и наменског коришћења средстава која Републички фонд преноси филијалама за остваривање права из обавезног здравственог осигурања, на подручју аутономне покрајине;

3) контролу закључених уговора поводом остваривања права на здравствену заштиту на подручју аутономне покрајине;

4) решава у другом степену о правима из здравственог осигурања поводом изјављених жалби на одлуке филијала са територије аутономне покрајине у складу са овим законом;

5) пружа савете и упутства осигураним лицима о коришћењу права из обавезног здравственог осигурања;

6) обезбеђује услове за рад стручно-медицинских органа образованих на територији аутономне покрајине, у складу са законом;

7) подноси шестомесечни извештај о раду Управном одбору Републичког фонда;

8) друге послове утврђене статутом Републичког фонда“.

Према члану 253 Закона, „приход Републичког фонда чине средства:

1) доприноса за обавезно здравствено осигурање;

2) премије за добровољно здравствено осигурање које организује и спроводи Републички фонд;

3) од имовине којом располаже Републички фонд;

4) домаћих и иностраних кредита и зајмова;

5) друга средства, у складу са законом.

Коначно, према члану 256, „надзор над радом Републичког фонда врши Министарство“.

5.2. Законска регулатива у Европској унији

Здравствена заштита у оквиру Европске уније „заснива се на стратегији свеобухватне и стручне здравствене заштите, универзалне доступности и организовања здравства као јединствене и интегрисане делатности која се препушта лекарима и веровању у оптималну примену научних достигнућа. Савремена, врхунска медицина је високо специјализована. Иако врхунска, медицина је све више зависна од других делатности, без којих живот у актуелном тренутку не може ни корак даље“.¹⁵⁶

Поглавља законодавства ЕУ у оквиру *Acquis communautaire* „која су од посебног значаја за здравствени сектор су поглавље 13, о социјалној политици, и поглавље 23, о потрошачима и здравственој заштити. Међутим, готово сва поглавља имају неке директне, или индиректне импликације на здравствени сектор. Правни оквир ЕУ је у сталном процесу усавршавања“.¹⁵⁷

¹⁵⁶ Тоћић, И. (2011). Политике у здравственом систему Европске уније. Здравствена заштита, 40 (5), 43-55, стр. 46.

¹⁵⁷ Stošić, S., Rabrenović, M. (2016). Здравствено осигурање и права пацијената у земљама Европске уније. Strani pravni život, 60 (2), 185-197, str. 189.

Према Стошић и Рабреновићу, „као последица потребе да се ојача надлежност у сектору јавног здравља у Уговору из Амстердама, у члану 152 је наведено “висок ниво здравствене заштите ће бити осигуран при имплементацији политике и активности заједнице”¹⁵⁸

На овом месту Тотић примећује да је „вођен начелним променама на нивоу Европске уније Економски савет 2006. године усвојио Декларацију о заједничким принципима и вредностима система здравствене заштите земаља-чланица Европске уније. У њој је дословно истакнуто да је универзална покривеност заједничка вредност. Не би, дакле, било пожељно да било која од њих остане изван утврђеног оквира или да, евентуално, на било који начин осујећује приступ здравственој заштити, односно да било коме ускрати право на здравствено осигурање“¹⁵⁹

У својој „Стратегији „Заједно до здравља“ усвојеној 2007. године, Европска комисија је апострофирала значај универзалне покривености. У складу са тим, члан 35. Повеље о основним правима Европске уније прописује да свако има право на приступ превентивној здравственој заштити и право да користи медицински третман под условима утврђеним националним законом и праксом. Универзална здравствена покривеност представља највећу вредност у европском законодавству и дефинисана је као простор у коме је грађанима омогућен несметан приступ свим облицима здравствене заштите. Здравствена покривеност се ипак разликује међу земљама-чланицама Европске уније“¹⁶⁰

На овом месту је значајно поменути и Директиву 2011/24/ЕУ Европског парламента и Савета о примени права пацијената у прекограничној здравственој нези.

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ Тотић, И. (2012), *op. cit.*, str. 64.

¹⁶⁰ Ibid, стр. 65.

Што се тиче кључних аспеката у значају и примени Директиве, „већ се у уводном делу напомиње да здравствени системи представљају основне стубове социјалног развоја и повезаности, али и да државе чланице остају надлежне за пружање што боље и опсежније заштите грађанима на својим територијама, те да примена прописа не би требало да буде таква да подстакне лечење изван надлежних система, тј. у другим државама чланицама. Циљ Директиве, како се наводи, јесте да се подвуче слобода државама чланицама да регулишу своју здравствену заштиту и социјални апарат у погледу права на лечење на локалном или регионалном нивоу, с тим да оне могу одлучити и да та права прошире. Основна идеја јесте да се охрабри сарадња у домену здравствене заштите и унапређења права пацијената, као што се наводи у првом члану, где се ближе дефинише опсег деловања тог акта“.¹⁶¹

¹⁶¹ Петровић, М. (2022). Прописи ЕУ - Директива о примени права пацијената у прекограничној здравственој нези. Токови осигурања, 2, 120-125, стр. 121.

Види више: EUR-lex, Consolidated text: Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare, Brussels, 2011. Доступно на: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A02011L0024-20140101> (30.07.2022).

EUR-lex, Council Directive 2013/64/EU of 17 December 2013 amending Council Directives 91/271/EEC and 1999/74/EC, and Directives 2000/60/EC, 2006/7/EC, 2006/25/EC and 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council, following the amendment of the status of Mayotte with regard to the European Union, Brussels, 2013,. Доступно на: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32013L0064> (21.07.2022).

Петровић, М. (2021). Пандемија Ковида 19: здравствени ризици и опсежне штетне последице по привредне и друге токове. Токови осигурања, 1, стр. 70-102.

6. ОБАВЕЗНО И ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Право на здравствену заштиту, као универзално људско право, у већини савремених држава се остварује преко обавезних видова здравственог осигурања на које се обавезује држава својим нормативним оквиром – законима, подзаконским актима, стратегијама.

У развијеним земљама је све чешће изражена потреба за различитим облицима добровољног осигурања. Све чешће државе прописују и реално омогућавају успостављање модела добровољног здравственог осигурања.

Најчешће се ради о „осигурањима која подразумевају већи обим и већи стандард здравствених услуга (тзв. паралелна здравствена осигурања) и осигурањима оних права која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем (тзв. додатна здравствена осигурања), а нису ретки ни осигуравајући системи који у потпуности замењују државна осигурања“.¹⁶²

Како се у теорији истиче, финансирање здравствене заштите се може обављати на више начина. Поједини страни аутори издвајају следеће начине финансирања здравствене заштите:

„1. коришћењем акумулираних доприноса од стране запослених и послодаваца кроз системе социјалног здравственог осигурања,

2. употребом средстава из буџета,

3. уплатама премија осигурања у оквиру добровољног здравственог осигурања,

4. директним плаћањем трошкова здравствене заштите од стране корисника,

¹⁶² Бранковић, Ђ. (2011). Допунско здравствено осигурање. Токови осигурања, 3, 17-21, стр. 18.

5. средствима које обезбеђује заједница,

6. коришћењем донација,

7. средствима иностране помоћи итд“.¹⁶³

При реченом, „претходно наведени извори финансирања се могу поделити у три групе, и то у:

- јавне изворе финансирања (средства доприноса, буџетска средства, средства заједнице),
- приватне изворе финансирања (добровољно здравствено осигурање и директно плаћање трошкова здравствене заштите од стране корисника), и
- екстерне изворе финансирања (донације, средства иностране помоћи)“.¹⁶⁴

Према одредбама Закона о здравственом осигурању, у Републици Србији имамо две врсте здравственог осигурања: обавезно здравствено осигурање и добровољно здравствено осигурање.

Као што је у претходном поглављу назначено, у наредна два поднаслова биће учињен детаљнији осврт на законски, доктринарни и практични аспект уређења обавезног и добровољног здравственог осигурања.

6.1. Обавезно здравствено осигурање

Степен развијености држава се, између осталог, „изражава кроз ниво здравља становништва. Висок је степен одговорности и становништва и друштвене заједнице,

¹⁶³ Cichon, M., Newbrander, W., Yamabana, H., Weber, A., Normand, C., Dror, D., Preker, A. (1999). Modelling in health care financing (A compendium of quantitative techniques for health care financing), Geneva: ILO, pp. 38-39.

¹⁶⁴ Ibid.

као и здравствених служби (здравствене установе и здравствени радници и сарадници), у припреми и спровођењу акција са циљем очувања и унапређења здравља становништва у оквиру здравствене заштите“.¹⁶⁵

Ракоњац Антић и Копривица при томе истичу да је „максимална обухваћеност становништва здравственом заштитом циљ којем теже многе државе света. Најчешћи извори финансирања здравствене заштите су: доприноси у оквиру система социјалног обавезног здравственог осигурања, буџет, премије добровољног здравственог осигурања, директно плаћање здравствених услуга од стране корисника здравствене заштите, средства које акумулира заједница, донације, средства иностране помоћи итд. Основни приватни извори финансирања здравствене заштите су добровољно здравствено осигурање и директно плаћање здравствених услуга од стране корисника. Ови извори, у државама које примењују буџетски начин финансирања или се ослањају на социјално обавезно здравствено осигурање, углавном представљају допунске изворе финансирања здравствене заштите, а у појединим државама света су доминантни извори финансирања“.¹⁶⁶

Према члану 3 Закона о здравственом осигурању, „обавезно здравствено осигурање је осигурање којим се осигураним лицима и другим лицима обезбеђује право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде“. Обавезно здравствено осигурање, сходно члану 4 обухвата:

- „1) осигурање за случај болести и повреде ван рада;
- 2) осигурање за случај повреде на раду и професионалне болести“.

Чланом 5 је уређено да се „обавезно здравствено осигурање организује на начелима: обавезности, солидарности и узајамности, јавности, заштите права

¹⁶⁵ Ракоњац Антић, Т. (2018). Пензијско и здравствено осигурање. Београд: Центар за издавачку делатност, Економски факултет Универзитета у Београду, стр. 168.

¹⁶⁶ Ракоњац Антић, Т., Копривица, М. (2020). Специфичности приватних извора финансирања здравствене заштите. Ревизија Копаоничке школе природног права, 1, 83-97, стр. 83-84.

осигураних лица и заштите јавног интереса, сталног унапређивања квалитета обавезног здравственог осигурања и економичности и ефикасности обавезног здравственог осигурања“.

Члан 7 уређује да се обавезно здравствено осигурање обезбеђује се и спроводи у Републичком фонду, док су чланом 11 опредељени сигураници, у које спадају:

„1) лица у радном односу у привредном друштву, другом правном лицу, државном органу, органу јединице локалне самоуправе и аутономне покрајине, као лица у радном односу код физичких лица ;

2) цивилна лица на служби у Војсци Србије, јединицама Војске Србије и установама Војске Србије;

3) изабрана, именована или постављена лица, ако за обављање функције остварују зараду, односно плату или накнаду зараде;

4) лица која, у складу са законом којим се уређује рад, обављају послове ван просторија послодавца;

5) лица која, у складу са законом којим се уређује рад, обављају послове кућног помоћног особља;

6) држављани Републике Србије који су на територији Републике Србије запослени код страних или међународних организација и установа, страних конзуларних или дипломатских представништава или су запослени код страних правних или физичких лица, ако међународним уговором није друкчије одређено;

7) запослени упућени на рад у иностранство, односно у привредном друштву или другом правном лицу које обавља делатност или услуге у иностранству, ако нису обавезно осигурани по прописима те државе или ако међународним уговором није друкчије одређено;

8) запослени родитељ, усвојитељ, хранитељ, односно старатељ који одсуствује са рада док дете не наврши три године живота, док му мирују права и обавезе по основу рада, у складу са прописима којима се уређује рад;

9) држављани Републике Србије запослени у иностранству код страног послодавца који немају здравствено осигурање страног носиоца здравственог осигурања или који нису обавезно осигурани према прописима стране државе, односно ако права из здравственог осигурања по прописима те државе, за себе или чланове своје породице, не могу остваривати или користити ван територије те државе;

10) странац који је засновао радни однос или је радно ангажован у смислу прописа којима је уређено запошљавање странаца у Републици Србији, ако међународним уговором није друкчије одређено;

11) држављани Републике Србије запослени у домаћинствима осигураника који су у радном односу у иностранству код организације чије је седиште на територији Републике Србије;

12) лица која остварују право на новчану накнаду по основу незапослености, према прописима о запошљавању;

13) лица која обављају привремене и повремене послове у складу са законом којим се уређује рад;

14) лица која, у складу са законом обављају привремене и повремене послове преко омладинске, односно студентске задруге, а имају навршених 26 година живота, односно без обзира на године живота ако нису на школовању;

15) лица која по престанку радног односа остварују право на накнаду зараде због повреде на раду или професионалне болести;

16) лица која обављају послове по основу уговора о делу, ауторског уговора, уговора о породичном смештају према прописима о социјалној заштити, уговора о стручном оспособљавању и усавршавању уз накнаду, као и по основу других уговора код којих се за извршен посао остварује накнада, односно награда;

17) лица која су оснивачи, односно чланови привредних друштава у складу са законом, који у њима раде без заснивања радног односа;

18) лица која су регистрована за обављање делатности у виду занимања ради самосталног обављања делатности и обављања делатности слободне професије, као и самостални уметници;

19) спортисти, који у складу са законом којим се уређује спорт обављају спортску делатност као самосталну делатност;

20) свештеници и верски службеници верских заједница регистрованих у Републици Србији који те послове обављају као самосталну делатност;

21) пољопривредници који се баве пољопривредном производњом у складу са прописима којима се уређује пољопривреда, односно пољопривредна делатност, ако нису: осигураници запослени, корисници пензија, лица на школовању;

22) лица која обављају пољопривредну делатност као једино или основно занимање, а уписани су у регистар пољопривредних газдинстава у својству носиоца или члана породице носиоца пољопривредног газдинства, ако нису: осигураници запослени, корисници пензија, лица на школовању;

23) јавни бележник и јавни извршитељ;

24) корисници пензије који су право на пензију остварили у складу са прописима о пензијском и инвалидском осигурању;

25) лица која примају пензију или инвалиднину искључиво од иностраног носиоца осигурања и која имају пребивалиште или боравиште, односно стално настањење или привремени боравак у Републици Србији у складу са законом, односно ако са државом од које примају пензију или инвалиднину не постоји међународни уговор о социјалном осигурању или је међународним уговором другачије одређено;

26) лица која примају пензију или инвалиднину искључиво од иностраног носиоца осигурања и која имају пребивалиште или боравиште, односно стално настањење или привремени боравак у Републици Србији у складу са законом, а код којих постоје одређене правне сметње због којих не могу да остваре здравствено

осигурање применом међународног уговора и то само ради остваривања права из здравственог осигурања на територији Републике Србије;

27) страни држављани који на територији Републике Србије раде код домаћих правних субјеката на основу посебних уговора о размени стручњака или споразума о међународној техничкој сарадњи;

28) страни држављани за време школовања или стручног усавршавања на територији Републике Србије до истека школске године, односно завршетка академске године у којој су завршили школовање, али не дуже од навршене 26 године живота“.

Чланом 16 је одређено да „лица која не испуњавају услове за стицање својства осигураника и која не испуњавају услове да буду осигурани као чланови породице осигураника сматрају се осигураницима у смислу овог закона и то:

1) деца до навршених 18 година живота, а школска деца и студенти до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година живота;

2) лица у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и до 12 месеци након порођаја;

3) лица старија од 65 година живота;

4) особе са инвалидитетом чији је инвалидитет утврђен у складу са законом;

5) лица у вези са лечењем од заразних болести које су утврђене посебним законом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести, малигних болести, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултиплекс склерозе, лица у терминалној фази хроничне бубрежне инсуфицијенције, системске аутоимуне болести, реуматске грознице, болести зависности, оболели од ретких болести, као и лица обухваћена здравственом заштитом у вези са давањем и примањем органа, ћелија и ткива;

б) монаси и монахиње;

7) корисници новчане социјалне помоћи, односно корисници смештаја у установе социјалне заштите или у друге породице, односно корисници посебне новчане накнаде за родитеља, у складу са законом;

8) корисници породичне инвалиднине, односно месечног новчаног примања по прописима о заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;

9) незапослена лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са овим законом;

10) корисници помоћи - чланови породице чији је хранилац на одслужењу војног рока;

11) лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају пребивалиште, односно боравиште у Републици Србији;

12) жртве насиља у породици;

13) жртве трговине људима;

14) жртве тероризма;

15) борци којима је статус борца утврђен у складу са прописима о заштити бораца“.

Својство осигураног лица „стиче се даном настанка основа по коме се то својство утврђује. Својство осигураног лица утврђује се регистрацијом у Централном регистру обавезног социјалног осигурања, односно решењем Републичког фонда“ (члан 24).

Републички фонд води евиденцију о лицима која су здравствено осигурана по међународним уговорима о социјалном осигурању (што је прописано чланом 41).

Члан 49 одређује права из обавезног здравственог осигурања, у која спадају:

„1) право на здравствену заштиту;

2) право на новчане накнаде“.

Такође, чланом 50 је уређено да за остваривање претходних права осигураници морају да имају „стаж осигурања у обавезном здравственом осигурању, у својству осигураника у складу са законом, у трајању од најмање три месеца непрекидно или шест месеци са прекидима у последњих 18 месеци, пре почетка коришћења права из обавезног здравственог осигурања“. Изузетно од овога, осигураник остварује права из обавезног здравственог осигурања у случају:

„1) повреде на раду или професионалне болести осигураника;

2) хитне медицинске помоћи;

3) остваривања права на накнаду зараде за време привремене спречености за рад и то у висини минималне зараде утврђене у складу са прописима о раду за месец за који се накнада зараде исплаћује“.

Закон у члану 51 прописује да се „право на здравствену заштиту обезбеђује за случај настанка болести и повреде ван рада, као и у случају повреде на раду или професионалне болести“, и ово право сходно члану 52, обухвата:

„1) мере превенције и раног откривања болести;

2) прегледе и лечење у вези са планирањем породице, у току трудноће, порођаја и до 12 месеци након порођаја;

3) прегледе и лечење у случају болести и повреде;

4) прегледе и лечење болести уста и зуба;

5) медицинску рехабилитацију у случају болести и повреде;

6) лекове;

7) медицинска средства“.

Сходно члану 71, уређено је да право на новчане накнаде обухвата:

„1) право на накнаду зараде, односно накнаду плате за време привремене спречености за рад осигураника;

2) право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите“.

Закон уређује и материју здравствене заштите која се не обезбеђује у обавезном здравственом осигурању. Наиме, сходно члану 110, „осигураним лицима у оквиру обавезног здравственог осигурања не обезбеђује се здравствена заштита која обухвата следеће:

1) медицинска испитивања ради утврђивања здравственог стања, телесног оштећења и инвалидности у поступцима код надлежног органа, односно ради остваривања одређених права код других органа и организација (код осигуравајућих друштава, судова, у кривичном и предистражном поступку, код издавања потврда за возаче моторних возила, утврђивања здравствене способности по предлогу послодавца, мера у вези са безбедношћу и здрављем на раду итд.), осим испитивања по упуту стручно-медицинских органа, ако овим законом није друкчије одређено;

2) здравствене прегледе ради уписа у средње школе, високошколске установе и на курсеве, добијање уверења о здравственој способности за заснивање радног односа, односно добијање других дозвола за рад, добијање уверења о здравственој способности за бављење рекреацијом и спортом осигураног лица старијег од 14 година живота;

3) специфичну здравствену заштиту запослених коју обезбеђује послодавац из својих средстава, као друштвену бригу за здравље на нивоу послодавца у складу са законом којим се уређује здравствена заштита и обавезну и препоручену имунизацију и хемиопрофилактику запослених у случају упућивања на рад у иностранство;

4) коришћење здравствене заштите у супротности са начином и условима за остваривање права на здравствену заштиту који је прописан овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона;

5) лични комфор и посебну удобност смештаја и личне неге у стационарној здравственој установи, односно смештај у једнокреветну или двокреветну болничку

собу са другим ванстандардним условима смештаја, а који није медицински неопходан или се врши на лични захтев;

6) здравствену услугу детоксикације код акутног пијанства и акутног коришћења психоактивних супстанци;

7) козметичке хируршке процедуре које имају за циљ да побољшају спољашњи изглед без успостављања и враћања телесне функције, као и вршење хируршких естетских корекција органа и делова тела, осим за: корекције урођених анормалија које проузрокују функционалне сметње, естетске реконструкције дојке након извршене мастектомије једне или обе дојке и естетске корекције дојке након извршене мастектомије друге дојке и естетске корекције након тешких повреда, односно болести које су неопходне за успостављање битних функција органа и делова тела;

8) прекид трудноће из немедицинских разлога;

9) имунизације које су везане за приватни боравак или за обављање одређеног посла у иностранству и то: обавезну имунизацију путника у међународном саобраћају против заразних болести по захтеву земље у коју се путује и препоручену имунизацију путника у међународном саобраћају у складу са прописима којима се уређује заштита становништва од заразних болести;

10) стоматолошке услуге које нису утврђене као право из обавезног здравственог осигурања у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона;

11) дијагностику и лечење сексуалне дисфункције или сексуалне неадекватности, укључујући импотенцију, здравствене услуге, лекове и медицинско-техничка помагала која су везана за промену пола, осим ако овим законом није друкчије одређено и реверзија претходне добровољне хируршке стерилизације;

12) хируршки или инвазивни третман (укључујући гастични балон) који се односи на редукцију телесне тежине, осим ако су медицински неопходни, дијететски савети и програм губитка телесне тежине код лица старијих од 15 година живота,

изузев предлагања дијететске исхране и медикаментозне терапије код пацијената са БМИ > 35 кг/м², код новооткривених пацијената са шећерном болешћу и пацијената са терминалном бубрежном инсуфицијенцијом;

13) методе и поступке алтернативне и комплементарне медицине;

14) лекове који нису на Листи лекова, односно лекове који се издају без рецепта, профилактичке лекове и лекове који служе за промену атлетских могућности, лекове који се дају у сврху козметике, за престанак пушења, губитак телесне тежине, као и суплементе хране за специфичне дијете осим за лечење наследних метаболичких болести и болести праћених малапсорпцијом;

15) дијагностику и лечење који су у фази истраживања, односно експеримента, лечење уз примену лекова и медицинских средстава који су у фази клиничких испитивања, дијагностику, лечење и рехабилитацију, лекове и медицинска средства који нису пружени у складу са прихваћеним стандардима медицинске, стоматолошке и фармацеутске праксе;

16) прегледе и лечење професионалних и аматерских спортиста старијих од 14 година живота, који нису утврђени као право из обавезног здравственог осигурања, односно програме медицине спорта који имају за циљ побољшање спортске способности;

17) радијалну кератотомију или било коју другу хируршку процедуру за побољшање вида, у случају када се вид може адекватно побољшати коришћењем наочара или контактних сочива;

18) санитарски превоз у случају када осигурано лице може да буде безбедно транспортовано на други адекватан начин и ваздушни превоз у случају када осигурано лице може бити сигурно транспортовано друмским или другим превозом;

19) хидротерапију, терапију хипнозом, електрохипнозу, електрослип терапију, електронаркозу и наркосинтезу;

20) кућну негу у месту становања, као и негу у здравственој установи која се преваходно пружа с циљем уобичајене личне неге и опоравка, односно ради старања

и помоћи при дневним животним активностима, као што су помоћ при ходу, смештање и устајање из кревета, купање, облачење, спремање хране, надзор над узимањем лекова, и која нема за циљ дијагностику, терапију или рехабилитацију због болести или повреде;

21) медицинска средства која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем или која су преко стандарда функционалности који је медицински неопходан за третман болести или повреде, у складу са прописима из члана 70. овог закона;

22) лечење компликација које су последица здравствених услуга које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са овим законом, осим уколико лечење компликација подразумева пружање здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања;

23) препоручену имунизацију и хемиопрофилактику;

24) друге врсте здравствених услуга које нису утврђене као право на здравствену заштиту, у складу са прописом којим се уређује обим и садржај права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања“.

Законом је прописано обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања, као и остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

Наиме, према члану 121, „осигуранику се обезбеђује остваривање права из обавезног здравственог осигурања у матичној филијали, ако овим законом није друкчије одређено. Члановима породице осигураника обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања у филијали у којој се та права обезбеђују осигуранику од кога они изводе права из обавезног здравственог осигурања, ако овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона није друкчије одређено“.

Такође, „права из обавезног здравственог осигурања остварују се на основу оверене исправе о осигурању“ (члан 125). Према истом члану, „у случају да није извршена уплата доспелог доприноса, право на здравствену заштиту у складу са овим

законом и прописима донетим за спровођење овог закона може да се користи на терет средстава обавезног здравственог осигурања у случају:

- 1) хитне медицинске помоћи;
- 2) циљаних превентивних прегледа - скрининга према одговарајућим националним програмима;
- 3) обавезне имунизације према прописима којима се уређује здравствена заштита становништва од заразних болести;
- 4) палијативног збрињавања“.

Значајно је поменути да закон уређује и здравствене услуге које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, па тако према члану 131, осигураним лицима обезбеђују се здравствене услуге:

„1) У целости на терет средстава обавезног здравственог осигурања, и то:

- (1) мере превенције и раног откривања болести,
- (2) прегледе и лечење у вези са планирањем породице, трудноћом, порођајем и у постпорођајном периоду, укључујући прекид трудноће из медицинских разлога,
- (3) прегледе, лечење и медицинску рехабилитацију у случају болести и повреда деце, ученика и студената до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година живота, односно старијих лица која су тешко телесно или душевно ометена у развоју,
- (4) прегледе и лечење болести уста и зуба код лица, као и прегледе и лечење болести уста и зуба у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја,
- (5) прегледе и лечење у вези са заразним болестима за које је законом предвиђено спровођење мера за спречавање њиховог ширења,
- (6) прегледе и лечење од малигнух болести, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултиплекс склерозе, прогресивних неуро-мишићних болести, церебралне парализе, параплегије, тетраплегије, трајне хроничне бубрежне инсуфицијенције код које је

индикована дијализа или трансплантација бубрега, системских аутоимуних болести, реуматске болести и њених компликација и ретких болести,

(7) палијативно збрињавање,

(8) прегледе и лечење у вези са узимањем, давањем и разменом органа, ћелија и ткива за пресађивање од осигураних и других лица за обезбеђивање здравствене заштите осигураних лица,

(9) прегледе, лечење и рехабилитацију због професионалних болести и повреда на раду,

(10) пружање хитне медицинске и стоматолошке помоћи, као и хитан санитарски превоз,

(11) медицинска средства, у вези са лечењем болести и повреда из ове тачке;

2) у висини од најмање 95% од цене здравствене услуге из средстава обавезног здравственог осигурања за:

(1) интензивну негу у стационарној здравственој установи,

(2) оперативне захвате који се изводе у операционој сали, укључујући и имплантате за најсложеније и најскупле здравствене услуге,

(3) најсложеније лабораторијске, рендгенске и друге дијагностичке и терапијске процедуре (магнетна резонанца, скенер, нуклеарна медицина и др.);

3) у висини од најмање 80% од цене здравствене услуге из средстава обавезног здравственог осигурања за:

(1) прегледе и лечење од стране изабраног лекара и лекара специјалисте,

(2) лабораторијске, рендген и друге дијагностичке и терапијске процедуре које нису обухваћене претходним ставом,

(3) кућно лечење,

(4) стоматолошке прегледе и лечење у вези са повредом зуба и костију лица, као и стоматолошке прегледе и лечење зуба пре операције срца и пресађивања органа, ћелија и ткива,

(5) лечење компликација каријеса код деце, ученика и студената до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година живота, екстракција зуба као последице каријеса, као и израда покретних ортодонтских апарата,

(6) стационарно лечење, као и рехабилитацију у стационарној здравственој установи,

(7) прегледе и лечење у дневној болници, укључујући и хируршке захвате ван операционе сале,

(8) медицинску рехабилитацију у амбулантним условима,

(9) медицинска средства, која нису обухваћена ставом 1. тачка 1) подтачка (11) овог члана;

4) у висини од најмање 65% од цене здравствене услуге из средстава обавезног здравственог осигурања за:

(1) израду акрилатне тоталне и субтоталне протезе код лица старијих од 65 година живота,

(2) очна и слушна помагала за одрасле,

(3) промену пола из медицинских разлога,

(4) санитарски превоз који није хитан,

(5) лечење болести чије је рано откривање предмет циљаног превентивног прегледа, односно скрининга, према одговарајућим националним програмима, уколико се осигурано лице није одазвало ни на један позив у оквиру једног циклуса позивања, нити је свој изостанак оправдало, а та болест је дијагностикована у периоду до наредног циклуса позивања“.

Законом је прописана и партиципација, односно плаћање новчаног износа до пуног износа под законом прописаним условима. Међутим, сходно члану 137,

„здравствена заштита у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања без плаћања партиципације обезбеђује се:

1) ратним војним инвалидима, мирнодопским војним инвалидима и цивилним инвалидима рата;

2) слепим лицима и трајно непокретним лицима, као и лицима која остварују новчану накнаду за помоћ и негу другог лица;

3) добровољним даваоцима крви који су крв дали десет и више пута, осим за лекове са Листе лекова, као и за медицинска средства;

4) добровољним даваоцима крви који су крв дали мање од десет пута, осим за лекове са Листе лекова, као и за медицинска средства, у року од 12 месеци после сваког давања крви;

5) живим даваоцима органа, осим за лекове са Листе лекова, као и за медицинска средства;

6) даваоцима ћелија и ткива, осим за лекове са Листе лекова, као и за медицинска средства;

7) осигураницима - лицима која не испуњавају услове за стицање својства осигураника;

8) члановима уже породице“.

Закон је уредио и материју финансирања обавезног здравственог осигурања, те сходно члану 168, „средства за финансирање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се уплатом доприноса и из других извора, у складу са законом, и та средства представљају приход су Републичког фонда“.

Према члану 169, „средства која се обезбеђују уплатом доприноса преносе се филијали на основу одлуке коју доноси Републички фонд за сваку буџетску годину“.

6.2. Добровољно здравствено осигурање

Добровољно здравствено осигурање подразумева „могућност избора, као здравствено осигурање које потенцијални осигураници могу да закључе на добровољној основи, или то у њихову корист могу урадити њихови послодавци“.¹⁶⁷

У многим земљама осим обавезног здравственог осигурања, постоји добровољно здравствено осигурање „за она лица која нису обухваћена обавезним осигурањем, или која желе виши стандард здравствених услуга. Средства добровољног здравственог осигурања воде се на посебном рачуну, а прикупљају се на основу премија које могу бити фиксне или у виду повећане стопе доприноса. Често је добровољно здравствено осигурање организовано као приватно осигурање“.¹⁶⁸

Финансирање добровољног здравственог осигурања „врши се на основу средстава уплаћених премија. Висина премије одређује се у највећој мери према висини ризика осигураника (пола, година старости, занимања, здравственог стања осигураника итд.). Овом врстом здравственог осигурања се утиче на јачање система здравствене заштите и повећање обухвата становника здравственом заштитом“.¹⁶⁹

¹⁶⁷ Borda, M. (2011). Voluntary health insurance as a method of health care financing in European countries. *International Journal of Economics and Finance Studies*, 3 (1), 119-127, стр. 120.

Види и: Thomson, S., Mossialos, E. (2009). *Private Health Insurance in the European Union*, Final report prepared for the European Commission, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, стр. 13.

¹⁶⁸ Стратегија развоја здравственог осигурања у Србији до 2020. године, Републички фонд за здравствено осигурање, Београд 2013, стр. 4. Доступно на: <http://med-forum.rs/wp-content/uploads/2016/09/pdf> (21.05.2023.)

¹⁶⁹ Ракоњац Антић, Т., Копривица, М. (2020), *op. cit.*, стр. 87.

Карактеристике добровољног здравственог осигурања су: „слобода избора партиципирања и слобода избора здравствених услуга, обезбеђење разноликости система здравствене заштите, стварање потенцијала за ефикасно пружање здравствених услуга, смањење “моралног хазарда”, тј. спречавање прекомерног коришћења здравствених услуга, јачање конкуренције која би требало да утиче на јачање квалитета здравствених услуга, смањење могућности стварања услова за корупцију у здравственом сектору, повећање нивоа инвестиција у сектору здравствене заштите итд“.¹⁷⁰

Оправдано се може поставити питање, где су почеци добровољног здравственог осигурања у Републици Србији?

Наиме, „тешко стање коме су грађани, годинама уназад, били изложени у државном систему здравствене заштите, а пре свега у делу примарне здравствене заштите, определило је многе кориснике здравствених услуга да се оријентишу ка приватном сектору, где су могли да се суоче са низом проблема, почев од излагања неоправдано високим трошковима до неадекватног пружања здравствених услуга, пре свега од стране лица која нису поседовала одобрења надлежног министарства. Због овога се указала потреба обједињавања приватних здравствених установа у јединствен систем, са добро развијеним механизмима контроле квалитета здравствених услуга. Тако је још почетком 2004. године, у сарадњи са Приватном лекарском комором, по узору на високоразвијене земље, сачињен пројекат приватног допунског здравственог осигурања“.¹⁷¹

Последњих година, са изменама и допунама ранијег Закона о здравственом осигурању, као и са усвајањем новог законског текста, извршена је децентрализација система здравственог осигурања, чиме су створени услови за даљи развој пројекта Допунског здравственог осигурања.

¹⁷⁰ Ракоњац Антић, Т. (2018), *op. cit.*, стр. 199.

¹⁷¹ Бранковић, Ђ. (2011), *op. cit.*, стр. 18.

6.2.1. Легислативне одредбе о добровољном здравственом осигурању у Републици Србији

Према одребама актуелног Закона о здравственом осигурању, „добровољно здравствено осигурање, без обзира на врсту, уговара се на период који не може бити краћи од 12 месеци од дана почетка осигурања, осим ако овим законом није друкчије уређено. Изузетно од реченог, добровољно здравствено осигурање може трајати и краће и то:

1) за време боравка осигураника добровољног здравственог осигурања у иностранству, односно за покривање трошкова здравствене заштите која се остварује у иностранству;

2) у случају када својство осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања траје краћи период у складу са овим законом и подзаконским актима донетим за спровођење овог закона;

3) за време привременог боравка у Републици Србији осигураника добровољног здравственог осигурања, који је страни држављанин или лице без држављанства;

4) за лица која су у току уговореног периода осигурања стекла основ за осигурање код колективних уговора;

5) уколико издавању полисе осигурања претходи закључивање листе покрића“ (члан 170).

Добровољно здравствено осигурање „не може се организовати и спроводити за:

1) идентичну врсту, садржај, обим, стандард, начин и услове за остваривање права који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем прописаним овим законом и подзаконским актима донетим за спровођење овог закона;

2) превентивне програме имунизације и хемиопрофилактике који су обавезни у складу са законом којим се уређује заштита становништва од заразних болести“ (члан 171).

Осигуравач је, сходно одредбама члана 172, „обавезан да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању са свим лицима, односно да закључи уговор за сва лица за која уговарач исказе јасну намеру да са тим осигуравачем закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, под условима прописаним овим законом и подзаконским актима донетим за спровођење овог закона, без обзира на ризик којем је осигураник добровољног здравственог осигурања изложен, односно без обзира на године живота, пол и здравствено стање осигураника добровољног здравственог осигурања. Зависно од степена ризика коме је изложен осигураник, осигуравач има право да утврди измењене услове осигурања, односно да повећа премије или промени висине или обиме покрића. Осигуравач је дужан да за све осигуранике добровољног здравственог осигурања, у складу са овим законом и подзаконским актима донетим за спровођење овог закона, обезбеди исти обим, садржај и стандард за остваривање права и обавеза у оквиру појединих врста добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи. Уговор о добровољном здравственом осигурању закључује осигуравач са уговарачем, односно осигураником добровољног здравственог осигурања. Уговор може да се закључи и за чланове породице осигураника добровољног здравственог осигурања“.

Битно је истаћи да је „забрањено да осигуравач приликом закључења уговора о добровољном здравственом осигурању тражи генетске податке, односно резултате генетских тестова за наследне болести за лице које исказе јасну намеру да са тим осигуравачем закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, као и његове сроднике без обзира на линију и степен сродства“ (члан 173).

Чланом 30 Уредбе о добровољном здравственом осигурању, уређено је да постоје следеће врсте добровољног здравственог осигурања у Републици Србији:

„1) паралелно здравствено осигурање је осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите који настају када осигураник остварује здравствену

заштиту која је обухваћена обавезним здравственим осигурањем на начин и по поступку који су друкчији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања који је прописан законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона;

2) додатно здравствено осигурање је осигурање којим се покривају трошкови здравствених услуга, лекова, медицинско-техничких помагала и имплантата, односно новчаних накнада који нису обухваћени правима из обавезног здравственог осигурања, односно осигурање на већи садржај, обим и стандард права, као и износ новчаних накнада обухваћених обавезним здравственим осигурањем;

3) приватно здравствено осигурање је осигурање лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем или која се нису укључила у обавезно здравствено осигурање, за покривање трошкова за врсту, садржај, обим и стандард права која се уговарају са даваоцем осигурања“.

Уредбом су уређена правила за паралелно здравствено осигурање. Наиме, чланом 33 је уређено да је „давалац осигурања дужан да паралелно здравствено осигурање организује и спроводи као дугорочно осигурање у складу са овом уредбом и то само за период за који траје обавезно здравствено осигурање осигураног лица у складу са законом којим се уређује обавезно здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона“. Сходно члану 34, „узимајући у обзир ризик коме је изложен осигураник, односно узимајући у обзир године живота осигураника у моменту давања понуде, пол, бонус, малус, здравствено стање осигураника, односно таблице болести и таблице смртности, премија паралелног здравственог осигурања једног даваоца осигурања мора да буде једнака за све осигуранике тог паралелног здравственог осигурања који имају исти степен ризика“. Такође, „давалац осигурања у оквиру паралелног здравственог осигурања дужан је да за осигураника здравственој установи, приватној пракси, односно другом даваоцу здравствених услуга покрије у целини износ трошкова који су настали остваривањем права из паралелног здравственог осигурања, односно да покрије део тих трошкова у складу са уговором, односно полисом осигурања“ (члан 35).

Уредбом су уређена правила за додатно здравствено осигурање. Наиме, чланом 39 је уређено да је „давалац осигурања дужан да додатно здравствено осигурање организује и спроводи као дугорочно осигурање у складу са овом уредбом и то само за период за који траје обавезно здравствено осигурање осигураног лица у складу са законом којим се уређује обавезно здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона“. Такође, „узимајући у обзир ризик коме је изложен осигураник, односно узимајући у обзир године живота осигураника у моменту давања понуде, пол, бонус, малус, здравствено стање осигураника, односно таблице болести и таблице смртности, премија додатног здравственог осигурања једног даваоца осигурања мора да буде једнака за све осигуранике тог додатног здравственог осигурања који имају исти степен ризика“ (члан 40). Коначно, „давалац осигурања у оквиру додатног здравственог осигурања дужан је да за осигураника здравственој установи, приватној пракси, односно другом даваоцу здравствених услуга покрије у целини износ трошкова који су настали остваривањем права из додатног здравственог осигурања, односно да покрије део тих трошкова у складу са уговором, односно полисом осигурања“ (члан 41).

Уредбом су уређена правила и за приватно здравствено осигурање. Наиме, чланом 45 је уређено да је „давалац осигурања дужан да приватно здравствено осигурање организује и спроводи као дугорочно осигурање. Приватно здравствено осигурање може се уговорити на период краћи од 12 месеци“. Чланом 46 је уређено да је „давалац осигурања дужан да закључи уговор о приватном здравственом осигурању са лицем, односно за лице за које уговарач искаже јасну намеру да са тим даваоцем осигурања закључи уговор о приватном здравственом осигурању, под условима прописаним овом уредбом“. Такође, „узимајући у обзир ризик коме је изложен осигураник, односно узимајући у обзир године живота осигураника у моменту давања понуде, пол, бонус, малус, здравствено стање осигураника, односно таблице болести и таблице смртности, премија приватног здравственог осигурања једног даваоца осигурања мора да буде једнака за све осигуранике тог приватног здравственог осигурања који имају исти степен ризика“ (члан 47). Коначно, „давалац осигурања у оквиру приватног здравственог осигурања дужан је да за осигураника

здравственој установи, приватној пракси, односно другом даваоцу здравствених услуга покрије у целини износ трошкова који су настали остваривањем права из приватног здравственог осигурања, односно део тих трошкова у складу са уговором о осигурању, односно полисом осигурања“ (члан 48).

Законом о здравственом осигурању је уређена и материја организовања и спровођења добровољног здравственог осигурања.

Чланом 179 је уређено да се уговор о добровољном здравственом осигурању „закључује на основу претходне понуде за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању коју осигуравач даје лицу које жели да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању. Саставни део уговора о добровољном здравственом осигурању су општи и посебни услови добровољног здравственог осигурања“.

Општи услови добровољног здравственог осигурања садрже:

„1) услове и начин за организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања;

2) врсте добровољног здравственог осигурања које спроводи осигуравач;

3) услове за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању са осигураником добровољног здравственог осигурања, односно са уговарачем;

4) услове за раскид уговора о добровољном здравственом осигурању;

5) услове за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању за чланове породице осигураника добровољног здравственог осигурања, као и колективног осигурања;

6) права и дужности осигураника добровољног здравственог осигурања, односно уговарача;

7) права и дужности осигуравача;

8) трајање добровољног здравственог осигурања;

9) опште одредбе о премији осигурања;

10) друге услове од значаја за организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања, у складу са овим законом и законом којим се уређује осигурање“.

Посебни услови добровољног здравственог осигурања садрже:

„1) услове за организовање, уговарање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања;

2) права и обавезе осигуравача, осигураника добровољног здравственог осигурања, односно уговарача за одређену врсту добровољног здравственог осигурања;

3) друге услове од значаја за организовање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања, у складу са овим законом и законом којим се уређује осигурање“.

Према одредбама члана 181, „осигуравач издаје полису као доказ о закљученом уговору о осигурању и сачињава је у два примерка од којих један задржава уговарач осигурања, односно осигураник добровољног здравственог осигурања, а други задржава осигуравач“. Осигуравач је дужан „да сваком осигуранику добровољног здравственог осигурања изда исправу о добровољном здравственом осигурању на основу које се остварују права из добровољног здравственог осигурања даном издавања полисе, а најкасније у року од 60 дана од дана издавања полисе“ (члан 182).

Осигуравач, „без обзира на врсту добровољног здравственог осигурања, дужан је да даваоцу здравствених услуга, за осигураника добровољног здравственог осигурања исплати трошкове настале остваривањем права из уговора о добровољном здравственом осигурању у целости или делимично, у складу са тим уговором, односно полисом“ (члан 183). Сходно члану 184, „осигуравач је дужан да закључи уговор са даваоцем здравствених услуга за пружање здравствених услуга осигураницима добровољног здравственог осигурања“.

Обавезе уговарача опредељене су чланом 188. Наиме, „уговарач је дужан да осигуравачу плаћа премију осигурања у роковима утврђеним уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом осигурања. Висину премије осигурања одређује осигуравач у складу са законом. Осигуравач не може повећати висину премије осигурања у периоду за који је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању. Изузетно од реченог, премија осигурања може се променити:

1) код уговора закључених на више година после истека периода од 12 месеци од дана закључења уговора, односно на сваких 12 месеци до истека рока на који је уговор закључен;

2) у случају да је уговарач приликом закључивања уговора о добровољном здравственом осигурању прећутао важне околности битне за процену ризика“.

Чланом 190 је уређено да „давалац здравствених услуга може закључити са осигуравачем уговор о пружању здравствене услуге која је обухваћена добровољним здравственим осигурањем, без обзира на врсту добровољног здравственог осигурања, за оне капацитете за које није закључен уговор са Републичким фондом, односно за вишак капацитета у погледу простора, кадра и опреме. Давалац здравствених услуга који је са осигуравачем закључио уговор може да пружа здравствену услугу обухваћену добровољним здравственим осигурањем искључиво на начин који не угрожава пружање здравствених услуга на терет средстава обавезног здравственог осигурања“.

Финансирање добровољног здравственог осигурања дефинисано је чланом 192, према којим одредбама „средства за финансирање добровољног здравственог осигурања обезбеђују се уплатом премије осигурања у складу са закљученим уговором о добровољном здравственом осигурању“. Друштво за осигурање „води средства добровољног здравственог осигурања одвојено од других средстава друштва и то по врстама добровољног здравственог осигурања које спроводи, одвојено на посебним рачунима. Републички фонд води средства добровољног здравственог осигурања одвојено од средстава и рачуна обавезног здравственог

осигурања и то по врстама добровољног здравственог осигурања које спроводи на посебним рачунима“ (члан 193).

6.2.2. Карактеристике добровољног здравственог осигурања

Према информацијама из Извештаја Републичког фонда за здравствено осигурање, „током 2018. године закључене су 13.743 полисе добровољног здравственог осигурања, што је за 2.497 полиса више него 2017. године. Приход по основу уплаћене премије износио је 16,67 милиона динара, док су укупни расходи у 2018. години износили 5,93 милиона динара¹⁷²“.¹⁷³

Према подацима које износи Ковачевић у свом раду, „у 2021. години, када су у питању друштва за осигурање, укупна премија добровољног здравственог осигурања износила је 6.904.958 хиљада динара, укупан број осигурања био је 57.210, док је број осигураника био 12.060.268¹⁷⁴. Стављањем у однос укупног броја осигурања добровољног здравственог осигурања (57.210) и укупног броја неживотних осигурања (6.075.095), може се закључити да је добровољно здравствено осигурање у укупном броју неживотних осигурања у 2021. години учествовало са 0,94%“.¹⁷⁵

¹⁷² Републички фонд за здравствено осигурање (2019). Извештај о финансијском пословању Републичког фонда за здравствено осигурање за 2018. годину. Доступно на: https://www.rfzo.rs/download/fin_plan/18.04.2019.%20Izvestaj%20o%20finansijskom%20poslovanju%20RFZO%20za%202018.%20godinu.pdf (05.05.2023.)

¹⁷³ Ковачевић, М. (2023), *op. cit.*, стр. 77.

¹⁷⁴ Народна банка Србије (2022). Извештај Народне банке Србије: Преглед број осигурања, број осигураника и премије по врстама и тарифама осигурања за Србију у 2021. години. Доступно на: https://www.nbs.rs/export/sites/NBS_site/documents/osiguranje/izvestaji/izv_IV_2022.pdf (05.05.2023.)

¹⁷⁵ Ковачевић, М. (2023), *op. cit.*, стр. 77.

У следећој табели приказани су подаци о броју осигурања, осигураника и премији добровољног здравственог осигурања.

Табела 7. Подаци о броју осигурања, осигураника и премији добровољног здравственог осигурања

Година	2017.	2018.	2019.	2020.	2021.
Број осигурања	49.069	58.776	66.268	44.247	57.210
Број осигураника	1.473.653	2.510.267	2.768.243	2.378.075	12.060.268
Премија осигурања (износ у хиљадама динара)	2.859.554	3.465.351	4.581.469	5.416.185	6.904.958

Извор: Извештај Народне Банке Србије – Преглед броја осигурања, броја осигураника и премије по врстама и тарифама осигурања за Србију. Доступно на: https://www.nbs.rs/export/sites/NBS_site/documents/osiguranje/godisnji/god_T1_2022.pdf (15.05.2023.).
Цит. према: Ковачевић, М. (2023), оп. cit., стр. 78.

Предност добровољног здравственог осигурања је у томе да „становништву пружа могућност избора, пружање здравствених услуга квалитетно и на време, што утиче на продужење трајања животног века осигураника. Добровољно здравствено осигурање утиче на смањење прекомерног коришћења здравствених услуга, повећање инвестиција у здравство, смањење корупције, разноликост и еластичност

система здравственог осигурања“.¹⁷⁶ Оно има за циљ „да омогући виши ниво здравствених услуга корисницима и обезбеђење здравствених услуга које систем обавезног здравственог осигурања нема у својој понуди, тако да тиме додатно здравствено осигурање има највећи потенцијал за развој. Како би се проценила концентрација тржишта добровољног здравственог осигурања у Републици Србији као мера за одређивање облика тржишне структуре, на основу доступних података може се доћи до тражених информација. Концентрација се дефинише као степен у коме је на једном тржишту укупан обим продаје или понуде концентрисан на мањи број учесника“.¹⁷⁷

Дефинисањем релевантног тржишта „може се измерити концентрација на тржишту добровољног здравственог осигурања. Релевантно тржиште има два аспекта: предметни и географски аспект. Поводом тога тржиште мора да буде одређено према врсти робе и услуга које се на њему продају, и оивичено простором на коме се они купују или продају“.¹⁷⁸ Територија Републике Србије „представља подручје на којем се мери концентрација тржишта и где постоје специфични услови конкуренције за регистрована друштва за осигурање“.¹⁷⁹

У следећој табели дат је приказ укупне премије добровољног здравственог осигурања по друштвима.

¹⁷⁶ Ковачевић, М. (2023), *op. cit.*, стр. 78. Види и: Ракоњац Антић, Т. (2012), *op. cit.*, и Кочовић, Ј., Ракоњац-Антић, Т., Рајић, В. (2013), *op. cit.*

¹⁷⁷ Јакшић, М., Аћимовић, С., Бацковић, М., Церовић, Б., Медојевић, Б. (2006). Економски речник. Центар за издавачку делатност Економског факултета у Београду, стр. 27. Види и: Ковачевић, М. (2023), *op. cit.*, стр. 78.

¹⁷⁸ Лабус, М. (2008). Упоредна анализа релевантног тржишта: Концепт и примена. Савез економиста Србије и Удружење корпоративних директора Србије, Саветовање “Транзиција, достизање ЕУ и повезане теме”, 17-29, стр. 19. Види и: Ковачевић, М. (2023), *op. cit.*, стр. 78.

¹⁷⁹ Ковачевић, М. (2023), *op. cit.*, стр. 78. Види и: Кочовић, Ј., Ракоњац-Антић, Т., Рајић, В. (2013), *op. cit.*

Табела 8. Приказ укупне премије добровољног здравственог осигурања по друштвима

	Друштва за осигурање	Укупна премија (у 000 дин.)	Апсолутно тржишно учешће	Релативно тржишно учешће
1	АМС	121.524	1,76%	0,046
2	ДДОР	537.952	7,79%	0,204
3	Дунав	1.030.236	14,92%	0,391
4	Generali	2.636.403	38,18%	2,559
5	Globos	32.958	0,48%	0,012
6	Миленијум	86.549	1,25%	0,033
7	Сава	289.097	4,19%	0,110
8	Триглав	463.701	6,71%	0,176
9	Uniqа	747.178	10,82%	0,283
10	Wiener	959.360	13,89%	0,364
	Укупно	6.904.958	100,00%	

Извор: Ковачевић, М. (2023), *op. cit.*, стр. 78-79. Према: Извештај НБС на дан 31. 12. 2021. г

У Табели 8 приказани су приходи „од премије осигурања који су значајни приликом рачунања показатеља степена тржишне концентрације. На тржишту

добровољног здравственог осигурања, на основу показатеља укупне премије, доминира „Generali осигурање“. На основу приказаног у табели, може се закључити да је „Generali“ остварио 2,56 пута већи износ прихода од премије на тржишту добровољног здравственог осигурања у односу на „Дунав осигурање“.¹⁸⁰

6.2.3. Заступљеност добровољног здравственог осигурања у европским земљама

Генерално посматрано „у европским државама преовладава обавезно здравствено (јавно) осигурање и национална (државна) здравствена заштита, док “out of pocket” плаћање и добровољно здравствено осигурање углавном представљају њихову допуну. Као резултат, с једне стране, здравствених политика, и проблема, с друге стране, у обезбеђењу брзог пружања адекватних здравствених услуга финансираних јавним средствима, јавља се тенденција да се једним делом терет финансирања здравствене заштите пребаци на становништво кроз њихова приватна плаћања“.¹⁸¹

При томе су, „у већини држава Европе већа издвајања становништва за “out of pocket” плаћање у односу на добровољно здравствено осигурање. На пример, у 2017. години у Шпанији су “out of pocket” трошкови износили 24%, а издаци за добровољно здравствено осигурање 5% од укупних здравствених трошкова. У Пољској прва категорија издатака је износила 26%, а друга 6%, у Португалу 28% и 5%, у Грчкој 35% и 4%, Швајцарској 29% и 7% итд. Изузетак су представљале две државе, Словенија и Република Ирска. У Словенији је исте године учешће трошкова

¹⁸⁰ Ковачевић, М. (2023), *op. cit.*, стр. 79.

¹⁸¹ Borda, М. (2011), *op. cit.*, стр. 122.

добровољног здравственог осигурања у укупних трошковима износило 14%, а “out of pocket” 12%, а у Републици Ирској 13% и 12% респективно“.¹⁸²

Добровољно здравствено осигурање „има простора за развој управо кроз усмеравања “out of pocket” плаћања у сопствене токове“.¹⁸³ Глобално посматрано, “out of pocket” издвајања за здравствену заштиту у укупним трошковима здравствене заштите „учествују са 18,6%. У државама са високим дохотком ово учешће износи 13,8%, са горњим средњим дохотком 35,9%, доњим средњим дохотком 56,1% и са нижим дохотком 42,4%.²¹ На пример, у Индији, на “плаћање из џепа” односило се у 2017. години 65% од укупних трошкова здравствене заштите, а на добровољно здравствено осигурање свега 2%, а у Мексику, прва наведена категорија је износила 41%, а друга 6%, у Бразилу 27% и 28%, у Аустралији 18% и 10%, Канади 15% и 13%, Јужноафричкој Републици 8% и 49%, Чилеу 34% и 6%, Новом Зеланду 14% и 5% итд“.¹⁸⁴

¹⁸² Ракоњац Антић, Т., Копривица, М. (2020), *op. cit.*, стр. 89.

¹⁸³ Raccagnella, O., Rebba, V., Weber, G. (2013). Voluntary private health insurance among the over fifties in Europe, *Health economics*, стр. 3–6. Цит. према: Ракоњац Антић, Т., Копривица, М. (2020), *op. cit.*, стр. 89.

¹⁸⁴ Ракоњац Антић, Т., Копривица, М. (2020), *op. cit.*, стр. 89.

7. ДРУШТВА ЗА ОСИГУРАЊЕ

Од првобитне људске заједнице па до данашњих дана „човеков живот и имовина били су угрожавани разним врстама ризика тако да је људско друштво већ на самим почецима свога постојања увидело неопходност заштите својих чланова и економских вредности, па су појединци удруживали део својих средстава како би помогли другим појединцима који претрпе губитак. Ово удруживање ризика у заједнице ризика представљало је основу модерног осигурања. У савременим условима живота и пословања постоје различити облици заштите имовине и живота од ризика али осигурање представља најраспрострањенији облик. Институција осигурања иако се развија са настанком приватне својине а посебно развојем тржишне привреде постојало је у свим друштвено-економским формацијама и друштвено-политичким односима јер су основне функције осигурања, заштита имовине и лица, унапређења кредита, размене и трговине, мобилизације (прикупљања) и ефикасне алокације новчаних средстава. Међутим, тек у периоду између два светска рата, а нарочито од седамдесетих година двадесетог века јача улога осигуравајућих друштава као институционалних инвеститора и потреба да се у управљању осигуравајућим друштвима подједнака пажња посвети максимизирању приноса како на страни обавеза (пасиве) тако и на страни имовине (активе)“.¹⁸⁵

Осигурање је „један облик управљања ризиком, првенствено усмерен на смањење финансијских губитака. Основна идеја која лежи иза осигурања је повезивање ризика великог броја сличних осигураника у један фонд, тако да закон великих бројева обезбеди да се само релативно мали број неповољних догађаја

¹⁸⁵ Његомир, В. (2006). Управљање имовином и обавезама осигуравајућих друштава. Рачуноводство, 50 (5-6), 94-103, стр. 94.

оствари у једној години. Трошак тог малог броја догађаја може лако бити поднет од стране великог броја осигураника“.¹⁸⁶

Осигурање постоји „практично за све врсте неповољних догађаја за које:

- време и место догађаја нису извесни,
- учесталост, односно стопа неповољног догађаја је предвидљива,
- губитак од догађаја мора бити знатан, али не и катастрофалан, како би осигуравајућа друштва могла и имала интерес да организују осигурање“.¹⁸⁷

Основна функција осигурања састоји се у „надокнади штете осигураницима када дође до реализације осигураних ризика. Осигурање је пренос ризика са осигураника на осигуравајуће друштво, уз плаћање премије осигурања. Премија осигурања има одређену структуру и представља најзначајнији извор средстава осигурања поред оснивачког улога. Њени поједини елементи треба да обезбеде финансирање свих функција осигураваача“.¹⁸⁸

Постојање развијеног сектора осигурања „значајно је и због чињенице да осигурање има веома значајну улогу у подстицању домаће производње, иновација, предузетништва и трговине. Бројне емпиријске и теоријске студије наглашавајући значај осигурања у економији и друштву између осталог указују да осигурање унапређује конкурентност и доприноси развоју трговине, предузетничких активности и најважније унапређује ефикасност алокације капитала. Осигурање смањује ризик улагања са којима се суочавају привредни субјекти“.¹⁸⁹

¹⁸⁶ Обадовић, М. (2016). Управљење тржишним ризицима осигуравајућих друштава – докторска дисертација. Нови Сад: Универзитет у Новом Саду, Економски факултет Суботица, стр. 16.

¹⁸⁷ Ibid.

¹⁸⁸ Ibid.

¹⁸⁹ Марковић, Б., Његомир, В. (2015). Осигуравајућа друштва у улози институционалних инвеститора, Сарајево, СОРС – 26 сусрет осигураваача и реосигураваача, 25-16, стр. 30.

У оквиру овог поглавља биће учињен краћи осврт на неке виталне сегменте и учеснике у осигурању, у складу са темом дисертације и наредним поглављем који конкретизује анализу улоге осигуравајућих друштава у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања. У наставку рада биће анализирана следећа питања: појам и значај друштва за осигурање, начини организовања и функционисања друштава за осигурање, појам и врсте акционарских друштава.

7.1. Појам и значај друштва за осигурање

Друштво за осигурање је „правно лице које обавља делатност осигурања имовине и лица“.¹⁹⁰

Правни положај друштава за осигурање у нашем праву уређен је Законом о осигурању. На уређивање правних послова друштава за осигурање примењује се и Закон о облигационим односима¹⁹¹, као и други закони *lex specialis* карактера, који уређују поједине области осигурања.

Друштва за осигурање „дужна су да своју делатност обављају у складу са правилима струке осигурања, добрим обичајима и пословном етиком“.¹⁹²

Чланом 2 Закона о осигурању је уређено да „делатност осигурања чине послови осигурања, укључујући и саосигурање, послови реосигурања, послови посредовања у осигурању и послови заступања у осигурању“.

¹⁹⁰ Бабић, И. (2006). Привредно право. Београд: Универзитет Сингидунум, стр. 203.

¹⁹¹ Закон о облигационим односима, "Сл. лист СФРЈ", бр. 29/78, 39/85, 45/89 - одлука УСЈ и 57/89, "Сл. лист СРЈ", бр. 31/93, "Сл. лист СЦГ", бр. 1/2003 - Уставна повеља и "Сл. гласник РС", бр. 18/2020.

¹⁹² Царић, С., Витез, М., Дукић Мијатовић, М., Веселиновић, Ј. (2016). Привредно право. Нови Сад: Универзитет Привредна академија, Факултет за економију и инжењерски менаџмент, стр. 121.

Друштво за осигурање је „правно лице са седиштем у Републици које је у регистар надлежног органа уписано на основу дозволе Народне банке Србије за обављање послова осигурања. Друштво за реосигурање је правно лице са седиштем у Републици које је у регистар надлежног органа уписано на основу дозволе Народне банке Србије за обављање послова реосигурања“ (члан 3).

Битно је нагласити да се послови осигурања врше по принципу добровољности. Наиме, сходно члану 4, „осигурање имовине и лица је добровољно. Осигурање имовине и лица је обавезно само у случајевима прописаним законом“.

Послови осигурања су „закључивање и извршавање уговора о животном и о неживотном осигурању, осим о обавезном социјалном осигурању“ (члан 5).

Дакле, осигуравајуће друштво или осигуравач је „правно лице које се бави делатношћу осигурања. Да би осигуравајуће друштво могло да обавља делатност осигурања, оно мора закључити уговор о осигурању са осигураником. Обавезе осигуравајућег друштва представљају све обавезе које је оно преузело уговором о осигурању, а то су разни облици исплате уговорених сума или накнада, који су детаљно дефинисани уговором о осигурању, полисом осигурања, као и условима осигурања. Значи, уговор о осигурању закључују уговарач осигурања и осигуравач, у коме се уговарач осигурања обавезује да исплати одређени износ осигуравачу, односно, осигуравајућем друштву, а осигуравач се обавезује да, ако се деси догађај, који представља осигурани случај, исплати осигуранику или неком трећем лицу накнаду, тј. уговорену суму или учини нешто друго. Из наведеног можемо закључити, да су уговорне стране уговарач осигурања и осигуравач, али да се, код осигураног случаја, појављују и друга лица, односно, или осигураник или осигурано лице или треће лице, које називамо и корисником осигурања“.¹⁹³

Осигураник је физичко или правно лице „које закључује уговор о осигурању у своје име и за свој рачун, обезбеђујући се од нежељеног дејства покривених ризика.

¹⁹³ Мркшић Д., Петровић З., Иванчевић К. (2006). Право осигурања, Београд: Службени гласник, стр. 69.

Да би могао прибавити осигуравајућу заштиту, осигураник треба да је пословно способно лице које, као равноправна уговорна страна, стоји наспрам осигуравача, са свим правима и обавезама који проистичу из њиховог односа. У пракси се најчешће дешава да је осигураник истовремено и уговарач и корисник осигурања (када су његова добра или он сам изложени ризику), али то није увек случај. Догађа се да су опасностима изложена и туђа добра или нека друга личност – све то наравно мора имати уске везе са осигураником“.¹⁹⁴

Послови осигурања се класификују на различите начине. Неке важније класификације су следеће:

1) С обзиром на предмет:

- осигурање имовине
- осигурање лица

2) С обзиром на нормативно уређење:

- послови животног осигурања
- послови неживотног осигурања

3) Према настанку:

- добровољно осигурање
- обавезно осигурање.

Друштво за осигурање „може да обавља само оне врсте осигурања, за које је добило дозволу Народне банке Србије. Друштво за осигурање оснива се као акционарско друштво или друштво за узајамно осигурање, и ова друштва могу обављати само делатност осигурања“.¹⁹⁵

¹⁹⁴ Чоловић, В. (2010). Осигуравајућа друштва - Законодавство Србије, право ЕУ, упоредно право. Београд: Институт за упоредно право, стр. 14.

¹⁹⁵ Царић, С. et al., (2016), op.cit., стр. 122.

Делатност осигурања, којима се баве акционарско друштво за осигурање и друштво за узајамно осигурање „су послови осигурања, послови саосигурања и послови реосигурања, као и послови непосредно повезани са пословима осигурања. Послови осигурања су закључивање и извршавање уговора о осигурању и предузимање мера за спречавање и сузбијање ризика који угрожавају осигурану имовину и лица. Наведено осигурање можемо назвати и директним осигурањем, обзиром да осигуравач директно закључује уговор о осигурању са уговарачем. О директном осигурању ће се радити и кад уговор закључује друштво за заступање у осигурању, односно, заступник у осигурању“.¹⁹⁶

Према ставу који влада како у теорији, тако и у пракси, „осигурање данас има велики значај за разне субјекте: осигуранике, трећа лица, за привреду једне земље, али је то и делатност од друштвеног интереса“.¹⁹⁷

Значај делатности осигурања за све ове субјекте „произилази из његове улоге, а то је заштита лица и имовине од бројних и различитих ризика који им прете. Да би се улога осигурања и остварила потребно је да друштва за осигурање своју делатност обављају континуирано и на начин да буду у могућности да накнаду из осигурања пруже увек када се оствари ризик преузет уговором о осигурању. Потребно је, дакле да корисник осигурања када га задеси осигурани случај, не буде изложен и додатном ризику у виду неспособности његовог осигуравајућег друштва да му пружи заштиту“.¹⁹⁸

Управо из тих разлога се „већ у моменту подношења захтева за оснивање друштва за осигурање захтева испуњење читавог низа посебних услова. Кључну улогу у томе има држава која преко надлежног органа (Народна банка Србије)

¹⁹⁶ Чоловић, В. (2010), *op.cit.*, стр. 15.

¹⁹⁷ Шулејић, П. (2005). *Право осигурања*. Београд: Досије, стр. 15.

¹⁹⁸ Ненадић, Б. (2002). *Надзор над пословањем компанија за осигурање у праву Европске уније*. Зборник радова - Ново законодавство у осигурању имовине и лица, Палић, стр. 30.

обезбеђује да се дозвола за оснивање друштва за осигурање може добити само уколико оснивачи испуњавају посебне услове прописане законом“.¹⁹⁹

Закон о осигурању предвиђа надзор над обављањем делатности осигурања који се састоји из:

- „надзора од стране Народна банка Дрбије као државног органа;
- надзора који се остварује кроз интерну ревизију;
- надзора од стране надзорног одбора као обавезног органа друштва за осигурање;
- надзора кроз рад актуара (обавеза друштава која се баве пословима директног осигурања да обезбеде актуара, учешће актуара у оцењивању годишњег обрачуна резултата пословања и сл);
- посебног надзора над пословањем друштава за осигурање која се баве пословима осигурања од аутоодговорности;
- обавезне ревизије годишњег резултата пословања друштва за осигурање (обавезе друштава за осигурање да закључе уговор о ревизији својих рачуноводствених извештаја)“.²⁰⁰

На овом месту ваља поменути и којим су све ризицима изложена друштва за осигурање у свом пословању.

Наиме, осигуравајуће друштво је у свом пословању изложено „следећим основним врстама ризика:

- пословни,
- стратегијски,

¹⁹⁹ Круљ Младеновић, М., Мушикић, С. (2015). Надзор над обављањем делатности осигурања у Републици Србији. Економски погледи, 17 (1), 99-119, стр. 104.

²⁰⁰ Ibid.

- финансијски“.²⁰¹

Пословни ризици „су они које компанија својевољно преузима да би створила конкурентску предност и добитак акционара. Разумна изложеност пословном ризику је основ свих пословних активности. Насупрот томе, стратегијски ризици су резултат фундаменталних промена у економском или политичком окружењу. То је, на пример, престанак хладног рата крајем осамдесетих, што је у САД-у довело до постепеног смањивања трошкова одбране, директно утичући на војне индустрије. Финансијски ризик могао би се дефинисати као могућност да пласирана средства неће донети очекивану стопу или ниво приноса, или ће можда проузроковати губитак на финансијском тржишту. Кретање финансијских варијабли као нпр. каматне стопе и девизног курса представља ризик за многе компаније. Изложеност финансијским ризицима може се пажљиво оптимизирати, да би се компаније сконцентрисале на оно што раде најбоље, а то је управљање изложеношћу пословним ризицима“.²⁰²

Пословни ризик „проистиче из немогућности друштва да апсорбује преузете ризике својствене делатности осигурања. Овај ризик обухвата:

- ризик неадекватно одређене премије – цене осигурања;
- ризик неадекватне процене ризика који се преузима у осигурање;
- ризик неадекватног одређивања нивоа самопридржаја друштва или преузимање ризика у обављању делатности већих од износа самопридржаја, односно непреношење вишка ризика изнад самопридржаја у саосигурање, односно реосигурање;
- ризик неусклађене, неприлагођене и економски штетне тарифне политике друштва у вези с дисперзијом (у времену и простору) ризика који се

²⁰¹ Jorion, P. (1997). Value at Risk: The New Benchmark for Controlling Market Risk, McGraw-Hill, New York, стр. 3.

²⁰² Обадовић, М. (2016), *op. cit.*, стр. 37.

преузимају у осигурање, односно неадекватним одређивањем структуре премије осигурања;

- ризик неодговарајућег утврђивања општих, посебних, допунских или појединачних услова осигурања;
- ризик неадекватног обезбеђења свих техничких резерви друштва;
- остале ризике осигурања (професионалне и техничке) који зависе од природе, обима и сложености пословања друштва“.²⁰³

Поред реченог, ништа мање значајна улога друштава за осигурање јесте улога институционалног инвеститора. Конкретно, „функција мобилизације новчаних средстава у форми фондова осигуравајућих друштава, или како се још у литератури назива ова функција, финансијско-акумулаторска функција или као извор инвестиционих фондова, произилази из чињенице да се премије осигурања плаћају унапред а да штете, односно исплата по основу насталих штета настаје сукцесивно у току године. Ту настају одређени вишкови новчаних средстава који се путем тржишта, директно или индиректно, могу пласирати за финансирање друштвене репродукције. На овај начин се навчаним средствима прикупљеним од осигураника у, тако рећи, бескрајно малим износима даје вид крупних новчаних средстава. Са финансијског аспекта осигурање представља формирање новчаних резерви у форми резерви осигурања. Финансијска средства акумулирана у осигуравајућим компанијама добијају карактеристике специфичног капитала, у зависности од врсте осигурања. Индустрија осигурања представља важан извор фондова за капиталне инвестиције и акумулацију, а тиме представљају значајну могућност, посебно у земљама у развоју, реалног финансирања континуитета и увећања друштвене репродукције. Интерес је сваког друштва да средства прикупљена у резервама осигуравајућих компанија буду што већа“.²⁰⁴

²⁰³ Ibid., стр. 37-38.

²⁰⁴ Марковић, Б., Његомир, В. (2015), *op. cit.*, стр. 30.

7.2. Начини организовања и функционисања друштава за осигурање

Могућност развоја сектора осигурања и његовог доприноса стабилном пословању националне економије, „зависи од резултата пословања осигуравајућих друштава. Финансијска стабилност осигуравача је кључни услов обављања њихове основне делатности. С тим у вези, мерила перформанси омогућавају осигуравачима контролу успешности остваривања циљева у вези са употребом расположивих ресурса, односно са укупном пословном активношћу конкретног осигуравача“.²⁰⁵

Пре него што се учини детаљнији осврт на организовање и функционисање друштава за осигурање у Републици Србији, табеларно ће бити представљене најзначајније функције осигурања.

Табела 9. Функције осигурања

	Функција	Појашњење
1	чување (заштита) имовине	Чување се остварује на два начина: непосредно и посредно. Непосредно чување састоји се у предупређивању, у спречавању настајања штете кроз шта се, у ствари, иде на отклањање узрока за настајање стихијских недаћа и несрећних случајева. То је тзв. превентивна функција осигурања. Ту спадају и активности у оквиру борбе да штета, и кад већ настане осигурани

²⁰⁵ Јакшић, М., Тодоровић, В. (2018). Инвестициона активност и финансијска стабилност сектора осигурања у земљама Западног Балкана, Европска ревија за право осигурања, 1, 45-55, стр. 46.

		<p>случај, буде што мања (то је тзв. репресија).</p> <p>Посредно, осигурање чува (заштићује) имовину накнађивањем штете, односно исплаћивањем (у осигурању лица) осигураних сума из средстава прикупљених (удружених) уплатама премија. То би било осигурање у ужем смислу</p>
2	<p>мобилизација (прикупљање) новчаних средстава (финансијска функција)</p>	<p>Пошто се накнађивање штете врши сукцесивно, тј. током године када настају штете, у међувремену прикупљена средства се користе кроз банкарски механизам у репродукционом процесу. У осигурању се, на овај начин прикупљеним средствима од осигураника у, тако рећи, бескрајно малим износима даје вид крупних новчаних средстава</p>
3	<p>побољшање животних услова (социјална функција)</p>	<p>Социјалну функцију осигурање остварује или непосредно кроз осигурање лица или посредно кроз имовинска осигурања (спречавајући штете или отклањајући последице услед насталих штета) и кроз остваривање наведене финансијске функције (која доприноси и повећању производње и привредном расту - развоју земље).</p>
4	<p>функција подршке међународним економским односима</p>	<p>Функција подршке међународним економским односима произилази из међународног значаја осигурања. Готово све земље света су развиле тржишта осигурања на којима обезбеђују покриће за велики број ризика. Осигурање, а посебно реосигурање, по својој привреди упућени су на сарадњу са иностранством јер се често неки од елемената процеса осигурања (ризик, осигураник,</p>

		осигуравач, осигуравајуће друштво) налазе у различитим земљама
5	успостављање безбедности и поверења (психолошка функција)	Психолошким дејством, будући да преузима ризике, осигурање омогућава ослобађање средстава за даља улагања, чиме се унапређују индустрија, трговина и друге привредне гране и тиме подстиче привредни развитак

Извор: Јевремовић, С. (2020). Компаративна анализа перформанси сектора осигурања у Европској унији и земљама западног Балкана. Докторска дисертација, Београд: Универзитет Унион, Београдска банкарска академија, Факултет за банкарство, осигурање и финансије, стр. 25-27. Види и: Јовановић, В. (1962). Осигурање у привреди, Загреб: Информатор, стр. 19; Пауновић, М. (2010). Постојеће стање и развојне перспективе тржишта осигурања у Србији, Београд: Универзитет Сингидунум Београд, стр. 19; Hussels, S., Ward, D., Zurbruegg, R. (2005). Stimulating the demand for insurance, *Risk Management and Insurance Review*, 8 (2), 257-278; Маровић, Б., Авдаловић, В. (2004). Осигурање и управљање ризиком, Суботица: Бирографија а.д., стр. 20; Остојић, Б., Лутовац, Н., Матић, М. (2016). Савремено тржиште осигурања, *Право – теорија, пракса*, 1-3, стр. 47-62; Diacon, S., Carter, R., (1996). *Success in insurance* (third edition), London: John Murray.

Постоји више форми организовања осигуравајућих друштава. Према одредбама Закона о осигурању, два су облика осигуравајућих друштава - акционарско друштво за осигурање и друштво за узајамно осигурање.

Акционарска осигуравајућа друштва су „слична свим другим акционарским друштвима, у којима власници друштва обезбеђују капитал потребан за оснивање и пословање друштва. Други део извора средстава акционарских осигуравајућих друштава чине средства из наплаћених премија, која заједно са капиталом служе за покриће трошкова пословања и исплату одштетних захтева. Акционари, учествују у расподели оствареног финансијског резултата преузимајући ризик који на њих преносе појединачни осигураници. Акционари бирају менаџмент који ће управљати

друштвом. Такође, акционари могу продати своје акције друштва уколико тако одлуче“.²⁰⁶

Акционарско осигуравајуће друштво „разликује се од осталих облика организовања осигуравајућих друштава по томе што:

- премије које наплаћује су коначне - не постоје додатне неизвесне обавезе власника полисе,
- управни одбор бирају акционари и
- добит се расподељује акционарима у облику дивиденди“.²⁰⁷

О акционарском друштву за осигурање више ће бити речи у наредном поднаслову.

Према члану 70 Закона о осигурању, „друштво за узајамно осигурање је правно лице са седиштем у Републици које је у регистар надлежног органа уписано на основу дозволе Народне банке Србије за обављање послова осигурања. Друштво за узајамно осигурање обавља послове осигурања искључиво у интересу својих чланова (осигураника) по принципу узајамности и солидарности. Друштво за узајамно осигурање може обављати све послове осигурања, осим послова реосигурања. Пословно име друштва за узајамно осигурање садржи ознаку "д.у.о."“

Према члану 71 „друштво за узајамно осигурање могу основати правна и физичка лица. Друштво за узајамно осигурање може основати најмање 250 физичких лица ако се друштво оснива за обављање послова животних осигурања, односно најмање 300 физичких или правних лица ако се оснива за обављање послова неживотних осигурања“.

Друштво за узајамно осигурање „оснива се као друштво с неограниченим доприносом или као друштво са ограниченим доприносом:

²⁰⁶ Обадовић, М. (2016), *op. cit.*, стр. 11.

²⁰⁷ Vaughan, E., Vaughan, T. (1995). *Osnove osiguranja i upravljanje rizicima*. Zagreb: MATE, стр. 44.

- Друштво за узајамно осигурање с неограниченим доприносом може од сваког члана (осигураника) захтевати уплату додатног доприноса потребног за намирење непокривених штета и осталих расхода, без ограничења.
- Друштво за узајамно осигурање са ограниченим доприносом може од сваког члана (осигураника) захтевати уплату додатног доприноса који није већи од његовог претходно уплаћеног доприноса у целини из исте пословне године - ако су накнаде штета и остали расходи већи од претходно уплаћеног доприноса и осталих прихода друштва“ (члан 72).

Друштво за узајамно осигурање је „непрофитно друштво, а новчана средства која преостану након исплате свих трошкова пословања враћају се власницима полиса у облику дивиденде. Власници друштва су и власници полиса издатих од стране друштва. Власници полиса узајамног друштва за осигурање имају слична права као власници профитних друштава. Они гласањем могу да изаберу управни одбор, да донесу важне пословне одлуке као што су измене у статуту друштва или мењање типа друштва у акционарско друштво“.²⁰⁸

Разликује се неколико врста / подела друштава за узајамно осигурање. У теорији су то:

- друштво за узајамно осигурање на бази процене (енг. assesment mutual)
- друштво за узајамно осигурање на бази унапред плаћених премија (енг. advance premium mutual)
- друштво за узајамно осигурање на бази унапред плаћених неутврђених премија (енг. factory mutual).²⁰⁹

²⁰⁸ Обадовић, М. (2016), *op. cit.*, стр. 12.

²⁰⁹ Остојић, С. (2007). Осигурање и управљање ризицима, Београд: Дата Статус, стр. 83.

Друштво за узајамно осигурање „које послује по систему процене је такво осигуравајуће друштво код ког чланови друштва могу или не морају платити премију на почетку периода осигурања, али постају обавезни да покрију свој део компанијиног губитка и трошкова на крају периода осигурања. Обавеза осигураника може или не мора бити ограничена и потенцијални осигураници треба да одреде максимум својих обавеза и могућности пре куповине осигурања. Данас ради релативно мали број друштава за узајамно осигурање на бази коначних процена, највише због тога је тешко прикупити, тј. наплатити коначно процењене премије“.²¹⁰

Друштво за узајамно осигурање „које послује по систему унапред плаћених премија је такво осигуравајуће друштво код ког власници полиса плаћају премију на почетку периода осигурања и остварују дивиденду на крају осигураног периода. Ова друштва за узајамно осигурање плаћају дивиденду само онда када постоји позитиван резултат из пословања“.²¹¹

Друштво за узајамно осигурање „које послује по систему унапред плаћених неутврђених премија је трећи тип узајамног друштва за осигурање. Основна разлика ове категорије друштва од осталих је та што обезбеђује услуге превенције губитака, укључујући регуларне инспекције на терену. Оно повремено проверава осигуранике, али им и нуди техничке услуге. Само они који су унапред извршили све што је могуће за превенцију губитака, могу се квалификовати за ову врсту осигурања. Због тога су трошкови услуга управљања губицима, односно превенције врло високи, једино већи ризици могу бити осигурани. Многа друштва која послују по систему превенције захтевају унапред полагање депозита за целокупну премију вишегодишње полисе“.²¹²

²¹⁰ Обадовић, М. (2016), *op. cit.*, стр. 12.

²¹¹ Ibid.

²¹² Ibid.

Остојић такође истиче да је „братство специјализовни облик осигуравајућег друштва који је организован на бази узајамности. Братства се баве искључиво животним и здравственим осигурањем. Да би се неко друштво квалификовало као братство, оно мора припадати социјалној или религиозној (верској) организацији. Братства у САД су Колумбов витешки ред (енг. Knights of Columbus) и Удружење лутеранаца (енг. Association for Lutherans). Данас, већина друштава која послују као братства послују на основу наплаћених премија и законских резерви, што су одлике пословања и комерцијалних осигуравајућих друштава. Међутим, братства су непрофитне организације и у САД на пример имају повољан порески третман јер не плаћају савезне порезе на доходак нити државане порезе на премију“.²¹³

Овде Обадовић примећује да постоји „једна значајна разлика између акционарског и друштва за узајамно осигурање, а то је да је у акционарском друштву могуће бити власник акција без куповине осигурања у том друштву. Такође је могуће бити осигураник акционарског друштва, а немати део власништва у компанији. Ниједна од ових опција није могућа у друштву за узајамно осигурање. Друга значајна разлика између ова два типа осигуравајућег друштва је та да се у акционарском друштву за осигурање, додатни фондови за покриће трошкова и губитака не стварају од прошлих или садашњих осигураника преко додатних уплата премија, већ од стране власника друштва“.²¹⁴

Царић и сарадници у осигуравајућа друштва убрајају и друшта за посредовање у осигурању и друшта за заступање у осигурању.

Тако, „послови посредовања у осигурању су послови који се односе на довођење у везу осигураника, односно уговарача осигурања са друштвом за осигурање ради преговарања о закључењу уговора о осигурању, на основу налога друштва за осигурање основаног у складу са Законом о осигурању или налога осигураника, односно уговарача осигурања. Послове посредовања у осигурању, као

²¹³ Остојић, С. (2007), *op. cit.*, стр. 84.

²¹⁴ Обадовић, М. (2016), *op. cit.*, стр. 13.

једину делатност, обавља друштво за посредовање у осигурању које је добило дозволу Народне банке Србије за обављање тих послова“.²¹⁵

Друштво за посредовање у осигурању оснива се као акционарско друштво или друштво с ограниченом одговорношћу.

Послове заступања у осигурању, као једину делатност, обавља друштво за заступање у осигурању или предузетник, који су добили дозволу Народне банке Србије за обављање тих послова, у складу са законом. Друштво за заступање у осигурању и заступник у осигурању могу да обављају послове заступања само за једно друштво за осигурање. Изузетно, могу заступати више друштава за осигурање, уз њихову писмену сагласност“.²¹⁶

Друштво за заступање у осигурању оснива се као акционарско друштво или друштво с ограниченом одговорношћу.

Поред реченог, Обадовић разликује још три облика осигуравајућег друштва:

- узајамно заменљива осигуравајућа друштва (енг. reciprocal exchanges insurers)
- Лојдова удружења (енг. Lloyd's associations)
- удружења за покриће здравствених трошкова (енг. health maintenance organization - HMO's).

Узајамно заменљиво осигуравајуће друштво „су врсте осигуравајућих друштава слична друштвима за узајамно осигурање, јер се власници полиса осигуравају на непрофитној бази. Ово друштво се састоји од групе људи који су се сложили да међусобно деле трошкове. За разлику од друштва за узајамно осигурање, код ове врсте друштва је сваки осигураник осигурава све остале осигуранике, а за узврат је осигуран од сваког члана, односно, сваки члан размене је одговоран за

²¹⁵ Царић, С., Витез, М., Дукић Мијатовић, М., Веселиновић, Ј. (2016), *op. cit.*, стр. 125.

²¹⁶ *Ibid*, стр. 125-126.

осигурање свих осталих чланова. Чланови се често називају и као претплатници. Средства чланова се поверавају менаџеру (повериоцу), који се стара о њима и пружа административне услуге потребне за пословање организације. Поверилац из фонда исплаћује одштетне захтеве и на крају периода осигурања, када се сви одштетни захтеви исплате, преостала средства враћа члановима друштва. Слично као и код акционара, чланови размене су власници делова друштва и у зависности од висине уплаћене чланарине, реципрочно одговарају за настале штете. Ова врста друштва за осигурање послује у САД-у. Друштво за узајамну размену фармера Калифорније је последњих неколико година доспело на треће место по величини у држави за аутомобилско осигурање. Међутим, у поређењу са целокупним тржиштем имовинског осигурања у САД-у, ова врста осигуравајућег друштва није значајно распрострањена“.²¹⁷

Лојдова удружења су у свету веома познат облик организовања осигуравајућих друштава. Постоје два Лојдова удружења:

- Лојдово удружење у Лондону и
- Лојдово удружење у САД.

Лојдово удружење у Лондону „је најстарије удружење које се бави прекоморским осигурањем, а такоде је и светски познат реосигуравач. Лојдово удружење је удружење посебних осигуравајућих друштава која издају полисе и осигуравају од ризика засебно или заједно са осталим члановима удружења. Лојд представља берзу, односно организовано тржиште послова осигурања и реосигурања. Лојд је место на ком се продавци (осигуравачи) сусрећу са купцима (организације које су изложене губитцима). Као и код било које берзе на којој се брокери сусрећу да би преговарали око купопродаје акција, Лојд обезбеђује место на ком се брокери срећу са осигуравачима да би преговарали о трансферу изложености губитака својих клијената. Операције на Лојд берзи су се развиле од 1688. године, када је Лојд био кафана коју је отворио Едвард Лојд, у којој су се окупљали трговци, морнари,

²¹⁷ Обадовић, М. (2016), *op. cit.*, стр. 13.

власници бродова и други. Данас, Лојд прима корпорације у синдикате осигуравача. Сваки синдикат осигуравача је засебна правна јединица која подноси изложеност губитцима преко свог рачуна. Лојд обезбеђује унутрашњу контролу преко годишњих ревизија сваког осигуравача. Такође, премије се иницијално полажу у премијски сигурносни фонд, одакле се исплаћују тршкови и одштетни захтеви. Након закашњења од три године, осигуравачи примају своју зараду из фонда“.²¹⁸

Амерички Лојд је „удружење осигуравајућих друштава у САД, образовано на сличним основама као и Лондонски Лојд. Међутим, Амерички Лојд се разликује од Лондонског у томе што су чланови, тј. појединачна осигуравајућа друштва финансијски мања од лондонских и обавезе појединачних осигуравајућих друштава су ограничене. Амерички Лојд не послује путем удружења, њиме управљају пуномоћници. Свако осигуравајуће друштво искључиво је одговорно за своје обавезе и није одговорно ни за једно осигуравајуће друштво које је члан, а није платежно способно“.²¹⁹

Удружења за покриће здравствених трошкова су „организације здравствене заштите које обезбеђују плаћање здравствених услуга а које су некад у САД - у биле ослобађене плаћања пореза на премије осигурања. Од 1994. године 16 чланова је преуређено у осигуравајућа друштва на бази узајамности, а поједини чланови су разматрали да се преуреде у акционарска друштва. Да би ојачале своју позицију на тржишту различите финансијске институције временом су почеле да се удружују и стварају финансијске супермаркете. У САД-у финансијски супермаркети су се појавили у раним двадесетим годинама XX века. Финансијски супермаркети су финансијске компаније које нуде широк спектар финансијских производа и услуга. Компанија која се сматра финансијским супермаркетом може да понуди акције и друге хартије од вредности, инвестиције у некретнине, као и производе и услуге осигуравајућих друштава. Најраспрострањенији финансијски супермаркети су у

²¹⁸ Ibid., стр. 13-14.

²¹⁹ Ibid., стр. 14.

САД-у, Француској, Великој Британији, Шпанији, Португалу Италији и Белгији, али такође у Швајцарској. Најпознатији финансијски супермаркети у САД-у су American Express (актива 116 млрд УСД), Federal National Mortgage Association (103 млрд УСД), Salomon (74 млрд УСД) и Merrill Lynch (55 млрд УСД)²²⁰.

Финансијски супермаркети „могу се поделити на три типа:

- Први је Холдинг који обухвата више ћерки фирми које нуде више врста услуга најчешће банкарске услуге и услуге осигурања, под заједничким заштитним знаком. Такве структуре, по правилу, су створене од стране великих корпорација.
- Други тип је тип слободног тржишта. У том случају банка и осигуравајуће друштво склапају споразум о комбинованом посредовању у продаји њихових производа.
- Трећи тип је тип брокера што подразумева присуство брокерске посредничке организације која прикупља информације о свим финансијским услугама и проналази одговарајућу варијанту за клијента. Овај тип је профитабилан за купца, јер брокер у складу са његовим потребама проналази оптималну варијанту, зато што није стриктно повезан ни са једном конкретном банком или осигуравајућим друштвом²²¹.

7.3. Појам и основне карактеристике акционарских друштава за осигурање

Акционарско друштво за осигурање представља основни облик осигуравајућег друштва по одредбама Закона о осигурању.

²²⁰ Ibid., стр. 14-15.

²²¹ Ibid, стр. 15.

Акционарско друштво за осигурање „могу основати најмање два правна, односно, физичка лица. Правна и физичка лица стране државне припадности или страног држављанства могу, под условима узајамности, основати акционарско друштво за осигурање или улагати средства у акционарско друштво за осигурање. Таква акционарска друштва представљају домаћа осигуравајућа друштва“.²²²

Акционарско друштво је привредно друштво „чији је основни капитал подељен на акције које има један или више акционара који не одговарају за обавезе друштва, осим у законом прописаном случају (пробијању правне личности). Акционарско друштво одговара за своје обавезе целокупном имовином. Акционарско друштво оснива једно или више правних и/или физичких лица у својству акционара. Основни капитал прибавља се издавањем и продајом акција. Основни капитал друштва је утврђен оснивачким актом и подељен на акције. Акције имају одређену номиналну вредност. Збир номиналних вредности свих акција чини основни капитал акционарског друштва“.²²³

Акционарска друштва су „најважнији облик привредних друштава са становишта прибављања капитала, јер постоји могућност концентрације капитала у друштву из бројних мањих извора, од акционара. Међутим, акционарска друштва нису најбројнија друштва капитала. Далеко су бројнија друштва са ограниченом одговорношћу. Акционарско друштво за своје обавезе одговара целокупном својом имовином. Акционари не одговарају за обавезе акционарског друштва. Они су само дужни да унесу свој улог којим су купили акције“.²²⁴

У економском погледу, „акционарско друштво је најзначајнији тип трговачког друштва које је по својој организацији и облику подесно за формирање и

²²² Чоловић, В. (2010), *op.cit.*, стр. 39.

²²³ Веселиновић, Ј. (2017). Привредно право. Нови Сад: Универзитет у Новом Саду, Пољопривредни факултет, стр. 84.

²²⁴ *Ibid.*, стр. 82.

концентрацију капитала, па је по том основу и главни облик мултинационалних компанија и структуре међународних холдинга“.²²⁵

Према члану 245 Закона о привредним друштвима²²⁶, „акционарско друштво је друштво чији је основни капитал подељен на акције које има један или више акционара који не одговарају за обавезе друштва. Акционарско друштво одговара за своје обавезе целокупном имовином“.

Сходно законским одредбама, осигуравајућа друштва се могу основати у облику акционарског друштва за осигурање и у облику друштва за узајамно осигурање.

Неке основне карактеристике ових друштава ваља поменути на овом месту.

Акционарско друштво за осигурање је „правно лице које обавља делатност осигурања имовине и лица ради стицања добити. Акционарско друштво за осигурање оснивају најмање два правна, односно, физичка лица“.²²⁷ Страно правно и физичко лице могу, „под условима узајамности, основати акционарско друштво за осигурање заједно са домаћим правним или физичким лицима. Акционарско друштво за осигурање може обављати послове: 1) једне или више врста осигурања; и 2) реосигурања. Сходно наведеном, произилази да акционарско друштво за осигурање може обављати делатности осигурања као специјализовано (када обавља једну врсту осигурања) или као опште (када обавља више врста осигурања)“.²²⁸

Такође, акционарско друштво „може обављати само делатност реосигурања. Што се тиче правног положаја акционарског друштва за осигурање, битно је

²²⁵ Ibid.

²²⁶ Закон о привредним друштвима, "Сл. гласник РС", бр. 36/2011, 99/2011, 83/2014 - др. закон, 5/2015, 44/2018, 95/2018, 91/2019 и 109/2021.

²²⁷ Мркшић Д. (2001). Правни положај осигуравајућих организација у југословенском праву осигурања, Сарајево: СОРС, стр. 3.

²²⁸ Ibid., стр. 4.

нагласити да је организација за осигурање правно лице које обавља делатност осигурања имовине и лица. Акционарско друштво послује као јединствена организација, са изворним правним субјективитетом, који стиче уписом у судски регистар. Делови акционарског друштва су: дирекције, главне филијале и филијале. Дирекције су делови акционарског друштва у оквиру који се обједињавају поједине функције акционарског друштва. Главна филијала је део акционарског друштва који у правном промету са трећим лицима има овлашћења да у име и за рачун акционарског друштва обавља све послове из делатности акционарског друштва, изузев послова реосигурања. Филијала је део акционарског друштва који у правном промету са трећим лицима има овлашћења, да у име и за рачун акционарског друштва обавља послове закључења и извршења уговора о осигурању. Изузетно, уколико експозитура или пословна јединица као део акционарског друштва има одређена овлашћења у правном промету са трећим лицима и оне се уписују у судски регистар“.²²⁹

У теорији је опште прихваћено правило, које је нашло своју примену и у пракси, „да постоје два основна начина оснивања акционарских друштава:

- први, када оснивачи акционарског друштва оснују акционарско друштво откупом свих акција при оснивању, што се назива симултано оснивање и
- други, када се упућује јавни позив за откуп акција, што се назива сукцесивно оснивање“.²³⁰

Према одредбама члана 23 Закона о осигурању, „акционарско друштво за осигурање може основати једно или више домаћих и страних правних, односно физичких лица под условима из овог закона. Пословно име акционарског друштва за осигурање садржи ознаку "а.д.о.".“

²²⁹ Чоловић, В. (2010), *op.cit.*, стр. 17.

²³⁰ *Ibid.*

У члану 24 је опредељена делатност акционарског друштва за осигурање. Наиме, „једно акционарско друштво за осигурање не може истовремено обављати и послове животних и послове неживотних осигурања. Акционарско друштво за осигурање може обављати послове једне врсте осигурања или послове више врста осигурања у оквиру исте групе осигурања, као и послове заступања у осигурању. Поред ових послова, акционарско друштво за осигурање обавља и послове процене ризика и штета, послове посредовања ради продаје и продају осигураних оштећених ствари које му припадају по основу извршавања уговора о осигурању и предузимање мера ради спречавања и отклањања опасности које угрожавају осигурану имовину и лица, а може обављати и друге послове утврђене законом. Коначно, акционарско друштво за реосигурање послове реосигурања обавља као искључиву делатност, и то у свим групама осигурања“.

Изузетак од немогућности истовременог обављања животних и неживотних осигурања прописан је у члану 25. Према овим одредбама, „одредба члана 24. став 1. не односи се на акционарско друштво за осигурање које на дан ступања на снагу овог закона има дозволу за обављање појединих или свих врста животних осигурања и појединих или свих врста неживотних осигурања. У овом случају, друштво из тог става дужно је да:

1) обрачунава и исказује средства осигурања, односно процењује испуњеност услова који се односе на адекватност капитала одвојено за животна а одвојено за неживотна осигурања, на начин прописан овим законом;

2) води пословне књиге и у финансијским извештајима одвојено исказује приходе (посебно премије, накнаде реосигураваача и приходе од инвестиционе активности), расходе (посебно накнаде штета и уговорених износа, повећања резервисања, премије реосигурања, друге пословне расходе, расходе по основу инвестиционе активности и трошкове спровођења осигурања) и резултате за животна и неживотна осигурања, у складу с чланом 142. овог закона;

3) посебно формира инвестициони портфолио и управља њиме, односно средства активе утврђује посебно за животна а посебно за неживотна осигурања, као и изворе тих средстава (капитал и обавезе)“.

Захтев за издавање дозволе “за обављање послова осигурања подносе оснивачи акционарског друштва за осигурање“ (члан 42, став 1).

Према ставу 3 истог члана, „уз захтев за издавање дозволе подноси се:

- уговор о оснивању;
- предлог статута;
- доказ да је на привремени рачун код банке уплаћен новчани део основног капитала, који је, напред, наведен;
- пословни план акционарског друштва за осигурање;
- предлог аката пословне политике, са мишљењем овлашћеног актуара;
- списак акционара по презимену, имену и адреси, односно, фирми и седишту, са укупним номиналним износом акција и процентом учешћа у основном капиталу акционарског друштва за осигурање;
- за акционаре – правна лица који су квалификовани имаоци: а) решење о упису у регистар, б) препис акционара из књиге акционара, односно, доказ из другог одговарајућег јавног регистра, ако је акционар акционарско друштво за осигурање, ц) финансијски извештаји, са мишљењем овлашћеног ревизора за последње три године, д) доказ надлежног органа управе о измирењу пореза, не старији од шест месеци, е) оверену копију решења надлежног органа управе о утврђивању и наплати пореза за текућу, односно, претходну годину, ф) и друге доказе од значаја за оцену бонитета акционара;
- за акционаре – физичка лица, који су квалификовани имаоци: – доказ да то лице у последње три године није било члан управе, надзорног одбора или носилац посебних овлашћења у правном лицу над којим је отворен или спроведен поступак принудне ликвидације, односно, стечаја, – доказ да то

лице није безусловно осуђивано за кривична дела против привреде, имовине, службене дужности и корупције, на казну затвора дуже од три месеца, – доказ надлежног органа управе о измирењу пореза, не старији од шест месеци, – оверену копију решења надлежног органа управе о утврђивању и наплати пореза за текућу, односно, претходну годину;

- списак лица која су повезана са квалификованим имаоцима, са доказом о начину повезаности;
- за физичка лица која су предложена за чланове управе (чланови управног одбора и директор) и надзорног одбора: а) доказ о испуњености услова у погледу школске спреме, квалификације и професионалног искуства, б) доказ да то лице у последње три године није било члан управе, надзорног одбора или носилац посебних овлашћења у правном лицу над којим је отворен или спроведен поступак принудне ликвидације, односно стечаја, ц) доказ да то лице не подлеже ограничењима избора прописаним овим законом, а која се односе на чланове управе и надзорног одбора акционарског друштва за осигурање, затим, доказ да то лице није безусловно осуђивано на казну затвора дужу од три месеца, е) доказ надлежног органа управе о измирењу пореза, не старији од шест месеци, ф) оверену копију решења надлежног органа управе о утврђивању и наплати пореза за текућу, односно, претходну годину;
- име и презиме лица које ће обављати послове овлашћеног актуара или предуговор са правним лицем регистрованим за обављање актуарских послова, као и доказ о осигурању од одговорности за штету коју овлашћени актуар може проузроковати датим мишљењем;
- доказ о прописаној организационој, кадровској и техничкој оспособљености акционарског друштва за осигурање за обављање послова из уговора о оснивању и аката пословне политике“.

Дозвола за рад „издаје се за обављање једне или више врста осигурања којима ће се бавити акционарско друштво за осигурање“ (члан 44).

У члану 45 Закон о осигурању је предвидео услове за одбијање захтева за издавање дозволе за рад акционарског друштва за осигурање. Сходно овим одредбама, „ако Народна банка Србије одбије захтев за издавање дозволе за рад, дужна је да наведе разлоге за то одбијање. Оснивач акционарског друштва за осигурање коме је захтев за издавање дозволе за рад одбијен не може поднети нови захтев у року од годину дана од дана тог одбијања“.

8. УЛОГА ДРУШТАВА ЗА ОСИГУРАЊЕ У ОРГАНИЗОВАЊУ И СПРОВОЂЕЊУ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

8.1. Улога друштава за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања – примери из праксе

Према одредбама члана 7, став 2 Закона о здравственом осигурању, „добровољно здравствено осигурање могу да организују и спроводе правна лица која обављају делатност осигурања (друштва за осигурање), као и Републички фонд, у складу са овим законом и законом којим се уређује осигурање“. Одредбама члана 12 Закона о осигурању уређено је да је „добровољно здравствено осигурање осигурање којим се, на основу уговора, могу обезбедити права из здравственог осигурања у складу с посебним законом“. Чланом 5 Уредбе о добровољном здравственом осигурању прописано је да је „добровољно здравствено осигурање врста неживотног осигурања“.

Имајући у виду да су у претходним поглављима детаљно анализирани одредбе Закона о здравственом осигурању и Закона о осигурању, као и одредбе подзаконских аката из области обавезног здравственог осигурања, као и добровољног здравственог осигурања, у оквиру овог поднасловa биће представљени примери из праксе који се односе на организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања од стране друштава за осигурање.

Примери из праксе обухватиће:

- Правила добровољног здравственог осигурања - Generali и
- Правила добровољног здравственог осигурања Акционарског друштва за осигурање „АМС Осигурање“ а.д.о. Београд.

Пример из праксе (прилог) бр. 1:

Правила добровољног здравственог осигурања

Generali Осигурање Србија а.д.о²³¹

Члан 1.

Овим Правилима у Акционарском друштву за осигурање GENERALI ОСИГУРАЊЕ СРБИЈА, Београд (у даљем тексту: Друштво) у складу с одредбама Закона о здравственом осигурању, Закона о осигурању, (у даљем тексту: закони) и сагласно Уредби о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: Уредба),

прописују се:

1. услови и начин организовања и спровођења добровољног здравственог осигурања у складу са Уредбом;
2. општи и посебни услови за врсте добровољног здравственог осигурања које Друштво организује и спроводи;
3. полиса осигурања ;
4. висина премије за поједине врсте добровољног здравственог осигурања, односно полисе осигурања;
5. услови за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању, као и за раскид уговора;
6. права и дужности осигураника, односно уговарача;
7. садржај и изглед исправе о добровољном здравственом осигурању;
8. обрасци које ће Друштво употребљавати у спровођењу добровољног здравственог осигурања;
9. друга питања од значаја за организацију и спровођење добровољног здравственог осигурања.

²³¹ Правила добровољног здравственог осигурања Generali Осигурање Србија а.д.о. Доступно на: https://www.generali.rs/upload/documents/Uslovi/Zdravstveno/TL_O_02_PR_01_03_Pravila_Dobrovoljnog_zdravstvenog_osiguranja_Generali_O....pdf (27.05.2023.)

УСЛОВИ И НАЧИН ОРГАНИЗОВАЊА И СПРОВОЂЕЊА ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 2.

Друштво спроводи следеће врсте добровољног здравственог осигурања:

1. Паралелно здравствено осигурање
2. Додатно здравствено осигурање
3. Приватно здравствено осигурање
4. Добровољно здравствено осигурање за случај коришћења здравствене заштите осигураника за време боравка у иностранству
5. Комбинацију паралелног, додатног, односно приватног здравственог осигурања.

Спровођење и организовање добровољног здравственог осигурања у Друштву врши се у складу са прописима којим се уређује добровољно здравствено осигурање као и општим актом друштва којим се уређује организација и систематизација послова у Друштву.

ОПШТИ И ПОСЕБНИ УСЛОВИ ЗА ВРСТЕ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 3.

Општи и Посебни услови Друштва представљају саставни део Уговора о добровољном здравственом осигурању које Друштво примењује за одређену врсту добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи у складу са законима, Уредбом и овим правилима.

Општи услови добровољног здравственог осигурања садрже:

- 1) права и обавезе Друштва као даваоца осигурања, уговорача и осигураника;
- 2) трајање добровољног здравственог осигурања;
- 3) опште одредбе о премији осигурања;
- 4) услове за уговарање и спровођење добровољног здравственог осигурања;
- 5) врсте добровољног здравственог осигурања на које се примењују Општи услови;
- 6) ризике покривене осигурањем а у складу са Посебним условима;
- 7) друге услове од значаја за добровољно здравствено осигурање, у складу са законом којим се уређује осигурање Уредбом и овим правилима.

Посебни услови добровољног здравственог осигурања утврђују се у складу са законом којим се уређује осигурање и доноси их Извршни одбор Друштва.

Општи и Посебни услови добровољног здравственог осигурања које обавља Друштво чине прилог и саставни део ових правила (Прилог 1).

ПОЛИСА ОСИГУРАЊА

Члан 4.

Полиса осигурања је исправа о закљученом уговору о добровољном здравственом осигурању са Друштвом. Образац полисе осигурања садржи

- 1) Лого Друштва „ГЕНЕРАЛИ ОСИГУРАЊЕ СРБИЈА“ а.д.о.
- 2) Назив и седиште Друштва „ГЕНЕРАЛИ ОСИГУРАЊЕ СРБИЈА“ а.д.о. као и бројеве телефона Друштва
- 3) Назив и број полисе
- 4) Број понуде по основу које се закључује полиса
- 5) Идентификациони подаци уговарача (име и презиме, адреса становања, ЈМБГ и остали подаци у случају да је уговарач физичко лице, односно назив правног лица, седиште, ПИБ и остали подаци у случају да је уговарач правно лице)
- 6) Идентификациони подаци осигураног лица (име и презиме, ЈМБГ, адреса, датум рођења и остали подаци битни за идентификацију осигураног лица.)
- 7) Подаци о кориснику осигурања
- 8) Трајање осигурања (дан почетка и истека осигурања и каренца уколико је иста уговорена)
- 9) Територија осигурања
- 10) Позив на тарифу, односно тарифну групу по којој је обрачуната премија
- 11) Врста уговореног осигуравајућег покрића
- 12) Сума осигурања
- 13) Износ премије,
- 14) Начин и услови плаћања премије;
- 15) Место и датум издавања полисе осигурања
- 16) Потпис овлашћеног лица осигуравача

17) Потпис уговарача осигурања, односно осигураног лица

18) Назив услова осигурања по којима се закључује осигурање и који се уручују уговарачу осигурања.

19) Други подаци у зависности од изабране врсте осигурања и у складу са условима осигурања и законом.

У случају колективног осигурања идентификациони подаци осигураног лица се уносе у списак који је саставни део полисе. У том случају, осигуравач може издати једну полису којом су обухваћена сва лица која се налазе на списку.

Списак осигураних лица садржи следеће податке:

1. Име и презиме осигураног лица

2. ЈМБГ осигураног лица

3. Податак којим се доказује својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању (у случају паралелног и додатног здравственог осигурања).

Друштво уз полису, осигуранику, односно уговарачу осигурања уручује одштампане Опште и Посебне услове уз обавезност осигураника, односно уговарача да својим потписом потврди пријем ових докумената. Полиса осигурања сачињава се у најмање два примерка од којих се један примерак издаје осигуранику, односно уговарачу, а други задржава Друштво. Друштво издаје више образаца полисе осигурања у зависности од врсте добровољног здравственог осигурања, односно комбинације врсте добровољног здравственог осигурања која се уговара са уговарачем, односно осигураником, као и врсте уговора (индивидуално или колективно). Друштво је дужно да осигураницима добровољног здравственог осигурања обезбеди остваривање права из добровољног здравственог осигурања у складу са уговором о осигурању, односно полисом осигурања у здравственој установи, приватној пракси, односно код другог даваоца здравствених услуга.

ВИСИНА ПРЕМИЈЕ

Члан 5.

Премија осигурања је новчани износ који плаћа осигураник, односно уговарач добровољног здравственог осигурања Друштву по основу уговора о осигурању. Премије за све врсте добровољног здравственог осигурања Друштва садрже техничку премију, средства за фонд превентиве и средства за спровођење осигурања у складу са актом пословне политике Друштва које ово питање уређује. Узимајући у обзир ризик коме је изложен осигураник, односно узимајући у обзир године живота осигураника у моменту давања понуде, пол, бонус, малус, здравствено стање осигураника, односно таблице болести и таблице смртности, утврђује се премија за одређену врсту добровољног

здравственог осигурања Друштва, односно комбинацију врста добровољног здравственог осигурања, и она је једнака за све осигуранике те врсте, односно за осигуранике који имају исти степен ризика. Премија осигурања Друштва утврђује се према Акту пословне политике друштва који регулише висину премије и који усваја Извршни одбор друштва уз позитивно мишљење овлашћеног актуара Друштва. Висина премија за врсте добровољног здравственог осигурања које спроводи Друштво одређује се Тарифом осигураваача сагласно Закону о осигурању и подзаконским прописима Народне Банке Србије које уређује област осигурања.

УСЛОВИ ЗАКЉУЧИВАЊА УГОВОРА О ДОБРОВОЉНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

Члан 6.

Друштво има обавезу да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању са свим лицима, односно да закључи уговор за сва лица за која уговарач искаже јасну намеру за закључивање уговора, под условима прописаним Законом, Уредбом, Општим и Посебним условима Друштва, без обзира на ризик којем је осигураник изложен, односно без обзира на године живота, пол и здравствено стање осигураника. Уговор о добровољном здравственом осигурању закључује Друштво са осигураником, односно са уговарачем осигурања, а може да буде закључен и за чланове породице осигураника када је то предвиђено Општим и Посебним условима Друштва. Општи и Посебни услови су саставни део сваког уговора о добровољном здравственом осигурању.

Уговор о добровољном здравственом осигурању закључује се на основу претходне понуде за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: понуда), коју даје лице које жели да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, односно уговарач Друштву. Уколико уговарач и осигураник нису исто лице, за уговарање добровољног здравственог осигурања потребна је писмена сагласност осигураника, осим код колективног осигурања.

Колективно осигурање је добровољно здравствено осигурање које закључује уговарач са Друштвом кога је изабрао у складу са законом, о чему уговарач и Друштво могу закључити уговор о добровољном здравственом осигурању. У случају колективног осигурања идентификациони подаци осигураног лица се уносе у списак који је саставни део понуде. Саставни део понуде може бити Изјава о здравственом стању која садржи опште идентификационе податке осигураног лица и питања о здравственом стању осигураног лица која су осигураваачу од значаја за оцену ризика. Друштво штампа понуде на обрасцима у зависности од врсте добровољног здравственог осигурања. Ако се уговор закључује за врсту паралелног и додатног здравственог осигурања понуда садржи и лични број осигураника из обавезног здравственог осигурања (у даљем тексту: ЛБО). Код колективног осигурања

уговарач може поднети јединствену понуду која садржи битне податке о сваком појединачном лицу које жели да осигура у оквиру добровољног здравственог осигурања код Друштва.

УСЛОВИ РАСКИДА УГОВОРА

Члан 7.

Друштво не сме да раскине уговор о добровољном здравственом осигурању пре истека рока на који је уговор закључен, осим у случају неплаћања уговорене премије.

Изузетно од става 1. овог члана Друштво може пре истека рока на који је уговор закључен да раскине уговор о добровољном здравственом осигурању за лице коме је у току трајања уговора престао статус обавезно осигураног лица.

Уговарач је дужан да Друштву, као даваоцу осигурања, плаћа премију осигурања у роковима утврђеним уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом осигурања.

Висину премије осигурања одређује Друштво у складу са Законом и Актима пословне политике Друштва која регулишу висину премије Друштва. Друштво не може повећати висину премије осигурања у периоду за који је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању.

Ако уговарач не уплати доспелу уговорену премију осигурања, односно рату премије осигурања, престаје обавеза Друштва на покривање трошкова, односно дела трошкова за пружање здравствених услуга које су обухваћене уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом осигурања, истеком рока од 30 дана од дана када је уговарачу уручено препоручено писмено са обавештењем о доспелим и неуплаћеним премијама осигурања.

После истека рока из става 4. овог члана Друштво може да раскине уговор о добровољном здравственом осигурању без накнадног отказног рока и да покрене поступак наплате доспелих премија са припадајућом каматом пред надлежним судом.

ПРАВА И ДУЖНОСТИ ОСИГУРАНИКА, ОДНОСНО УГОВАРАЧА

Члан 8.

Права из добровољног здравственог осигурања осигураник остварује у складу са закљученим уговором о осигурању, општим и посебним условима осигуравача, који чине саставни део уговора о осигурању.

Уговором о добровољном здравственом осигурању могу бити предвиђени следећи начини остваривања права из добровољног здравственог осигурања:

1. Исплата једнократне суме осигурања, односно новчане накнаде из добровољног здравственог осигурања осигуранику;
2. Надокнада насталих трошкова здравствене заштите, а на основу рачуна за пружене здравствене услуге осигуранику;
3. Надокнада дела насталих трошкова здравствене заштите, а на основу рачуна за пружене здравствене услуге осигуранику;
4. Надокнада насталих трошкова здравствене заштите, а на основу рачуна за пружене здравствене услуге Даваоцу здравствених услуга са којим Друштво има уговор о пружању услуга;
5. Надокнада дела насталих трошкова здравствене заштите а на основу рачуна за пружене здравствене услуге Даваоцу здравствених услуга са којим Друштво има уговор о пружању услуга;
6. Обавезност претходне пријаве осигураног случаја Друштву од стране осигураника ради коришћења права из добровољног здравственог осигурања;
7. Обавезност коришћења здравствених услуга у здравственој установи, приватној пракси, односно код другог даваоца здравствених услуга који има закључен уговор са Друштвом;
8. Коришћење здравствених услуга у здравственој установи, приватној пракси, односно код другог даваоца здравствених услуга основаног у складу са Законом;
9. Комбинацијом претходно наведених начина остваривања права.

ИСПРАВА И САДРЖАЈ ИСПРАВЕ О ДОБРОВОЉНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

Члан 9

Осигураник који је укључен у добровољно здравствено осигурање за остваривање права из добровољног здравственог осигурања дужан је да здравственој установи, приватној пракси, односно другом даваоцу здравствених услуга да на увид исправу на основу које се остварују права из добровољног здравственог осигурања.

Образац исправе о добровољном здравственом осигурању садржи следеће податке:

ЛИЦЕ ИСПРАВЕ:

- 1) Лого Друштва „ГЕНЕРАЛИ ОСИГУРАЊЕ СРБИЈА“ а.д.о.
- 2) Број исправе
- 3) Име и презиме осигураног лица

- 4) Име и презиме, односно назив уговарача осигурања
- 5) Број полисе по основу које се издаје исправа
- 6) Почетак и истек осигуравајућег покрића
- 7) Врста осигурања, односно врста уговореног осигуравајућег покрића
- 8) Податак о уговореној партиципацији

НАЛИЧЈЕ ИСПРАВЕ:

- 9) Број телефона Медиц Цалл Центра осигуравача
- 10) Веб страница Друштва „ГЕНЕРАЛИ ОСИГУРАЊЕ СРБИЈА а.д.о.“

ОБРАСЦИ КОЈЕ ЋЕ ДРУШТВО УПОТРЕБЉАВАТИ У СПРОВОЂЕЊУ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 10.

Друштво ће приликом спровођења добровољног здравственог осигурања користити следеће образце:

1. Понуда добровољног здравственог осигурања, и у зависности од врсте добровољног здравственог осигурања које спроводи Друштво, и Изјава о здравственом стању
2. Полиса добровољног здравственог осигурања
3. Исправа добровољног здравственог осигурања
4. Захтев за пријаву штете добровољног здравственог осигурања

Образац понуде садржи следеће податке:

1. Лого Друштва „ГЕНЕРАЛИ ОСИГУРАЊЕ СРБИЈА“ а.д.о.
2. Назив и седиште Друштва „ГЕНЕРАЛИ ОСИГУРАЊЕ СРБИЈА“ а.д.о. као и бројеве телефона Друштва
3. Назив и број понуде и остали подаци везани за завођење понуде
4. Идентификациони подаци уговарача (име и презиме, адреса становања, ЈМБГ и остали подаци у случају да је уговарач физичко лице, односно назив правног лица, седиште, ПИБ и остали подаци у случају да је уговарач правно лице)
5. Идентификациони подаци осигураног лица (име и презиме, ЈМБГ, адреса, датум рођења и остали подаци битни за идентификацију осигураног лица.)

6. Трајање осигурања
7. Уговорено осигуравајуће покриће
8. Сума осигурања
9. Начин плаћања, рокови и износ премије осигурања
10. Датум и место сачињавања понуде
11. Општи подаци о осигураном лицу (подаци о другим закљученим осигурањима и осигуравачу код којих су иста закључена, питања која су од значаја за оцену повећаног ризика)
12. Друге податке и изјаве битне за закључење уговора.
13. Потпис овлашћених лица осигуравача и уговарача, као и осигураних лица у случају индивидуалног осигурања

Образац полисе садржи податке наведене у члану 4 Правила.

Образац исправе добровољног здравственог осигурања садржи податке наведене у члану 9. Правила.

Образац Захтева за пријаву штете добровољног здравственог осигурања садржи следеће податке:

1. Лого Друштва „ГЕНЕРАЛИ ОСИГУРАЊЕ СРБИЈА“ а.д.о.
2. Назив и седиште Друштва „ГЕНЕРАЛИ ОСИГУРАЊЕ СРБИЈА“ а.д.о., као и бројеве телефона Друштва
3. Идентификационе податке о осигураном лицу (име и презиме, датум рођења, адреса и телефон, број личне карте)
4. Број полисе и исправе о добровољном здравственом осигурању
5. Датум и опис медицинског третмана
6. Број рачуна/спецификације
7. Цена медицинског третмана
8. Печат установе где је извршен медицински третман
9. Потпис осигураног лица
10. Датум попуњавања образаца
11. Други подаци од значаја за ликвидацију штета.

ДРУГА ПИТАЊА ОД ЗНАЧАЈА ЗА ОРГАНИЗАЦИЈУ И СПРОВОЂЕЊЕ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Контролне и сигурносне мере за обраду података и њихово чување

Члан 11.

Друштво је дужно да чува документацију и податке забележене на електронским медијима који се односе на уговоре, осигуранике и настале штете по основу добровољног здравственог осигурања у складу са прописима којима се уређује заштита података о личности и интерним актима Друштва.

Мере за спречавање злоупотребе привилегованих информација

Члан 12.

Пословном тајном Друштва сматрају се они документи, информације и подаци који се односе на пословање Друштва, а чије би саопштавање неовлашћеним лицима било супротно интересима Друштва и осигураницима.

Пословном тајном у Друштву сматрају се нарочито следеће информације о:

- Осигураницима или Друштву, које би могле створити погрешну представу о пословању Друштва,
- будућим активностима и пословним плановима Друштва, осим у случајевима предвиђеним Законом,
- сви подаци о здравственом стању осигураника, према извештајима приложеним ради исплата по основу штета добровољног здравственог осигурања,
- другим подацима који су од значаја за пословање Друштва, а за које су сазнали у обављању послова Друштва.

Изузетно од ст. 1. и 2. овог члана, подаци се могу саопштавати и стављати на увид трећим лицима само приликом надзора пословања, на основу налога суда, надлежног органа управе, или по основу Закона.

Члан 13.

Чланови управе Друштва, повезана лица Друштва и запослена лица у Друштву која обављају сталне или привремене послове по основу посебног Уговора, дужна су податке наведене у члану 25. ових правила чувати као пословну тајну, у противном, одговарају Друштву за насталу штету због одавања пословне тајне, односно злоупотребе привилегованих информација.

Члан 14.

Обавеза чувања тајне, у вези са здравственим стањем осигураника не престаје ни након што особе изгубе статус који их обавезује на чување пословне тајне.

Повреда одредби о чувању пословне тајне сматра се тежом повредом обавеза из радног односа и другог уговорног односа, те је основа за престанак запослења, односно раскид уговорног односа .

Измене и допуне Правила

Члан 15.

Измене и допуне Правила добровољног здравственог осигурања или нова Правила добровољног здравственог осигурања доносе се у прописаном поступку Друштва, на основу позитивног мишљења Министарства здравља на предлог измена и допуна правила или предлог нових правила.

Надзор над Друштвом

Члан 16.

Друштво је дужно да Народној банци Србије и њеним овлашћеним лицима омогући контролу пословања у свом седишту, као и у свим организационим деловима, и да им стави на увид опште акте, пословне књиге, изводе с рачуна и другу документацију коју овлашћена лица захтевају, и то у писменој, односно електронској форми, и да им омогући контролу информационе технологије и система базе података коју Друштво користи.

Друштво може дати примедбе на записник о извршеном надзору у року утврђеном Законом о осигурању.

Друштво може дати примедбе на допуну записника о извршеном надзору, који саставља Народна банка Србије, ако утврди да је чињенично стање битно различито од оног које је наведено у записнику.

Друштво је дужно да Народној банци Србије после одређеног рока, достави извештај о отклоњеним неправилностима, с приложеним доказима.

GENERALI ОСИГУРАЊЕ СРБИЈА, а.д.о.

ПРИЛОГ

ОПШТИ И ПОСЕБНИ УСЛОВИ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА:

1.1. Општи услови за добровољно здравствено осигурање

1.2. Посебни услови за колективно комбиновано паралелно и додатно здравствено осигурање

1.3. Посебни услови за колективно приватно здравствено осигурање

- 1.4. Посебни услови за колективно додатно здравствено осигурање лица за случај хируршких интервенција, односно операција
- 1.5. Посебни услови за колективно додатно здравствено осигурање лица за случај тежих болести
- 1.6. Посебни услови за колективно комбиновано паралелно и додатно здравствено осигурање лица за случај тежих болести, систематских прегледа, специјалистичких прегледа и хитних медицинских случајева
- 1.7. Посебни услови за колективно комбиновано паралелно, додатно и приватно здравствено осигурање у земљи и иностранству
- 1.8. Посебни услови за колективно комбиновано паралелно и додатно здравствено осигурање за случај тежих болести и хируршких интервенција, односно операција за запослене
- 1.9. Посебни услови за колективно комбиновано паралелно и додатно здравствено осигурање за запослене
- 1.10. Посебни услови за добровољно здравствено осигурање за време боравка осигураног лица у иностранству
- 1.11. Посебни услови за добровољно здравствено осигурање странаца услед настанка хитног медицинског случаја за време боравка у Републици Србији
- 1.12. Посебни услови за добровољно здравствено осигурање за случај здравствене не способности за рад ваздухопловног особља
- 1.13. Посебни услови за добровољно здравствено осигурање према изабраној комбинацији покрића
- 1.14. Посебни услови за колективно комбиновано додатно и приватно добровољно здравствено осигурање за лечење у иностранству
- 1.15. Посебни услови за индивидуално комбиновано додатно и приватно добровољно здравствено осигурање за лечење у иностранству
- 1.16. Посебни услови за индивидуално добровољно здравствено осигурање за покриће трошкова лечења

Пример из праксе (прилог) бр. 2:

На основу члана 58. став 2. тачка 4. Закона о осигурању („Сл. гласник РС“ бр. 139/2014), а у вези са чланом 180. став 2. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“ бр. 25/2019) и члана 57. став 1. тачка 6. под а) Статута Акционарског друштва за осигурање „АМС Осигурање“ а.д.о. Београд, Извршни одбор Акционарског друштва за осигурање „АМС Осигурање“ а.д.о. Београд дана 29.04.2020. године донео је

ОПШТЕ УСЛОВЕ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

АМС ОСИГУРАЊЕ²³²

Опште одредбе

Члан 1.

Општим условима добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: Општи услови) уређују се услови и начин организовања и спровођења добровољног здравственог осигурања.

Члан 2.

„АМС Осигурање“ а.д.о. Београд, као осигуравач добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: Осигуравач) организује и спроводи додатно добровољно здравствено осигурање, као и комбинацију допунског, додатног, односно приватног здравственог осигурања којим се уговара коришћење здравствене заштите Осигураника за време боравка лица у иностранству, ако се то осигурање пружа као једина услуга у складу са законом (путно осигурање, у даљем тексту: добровољно здравствено осигурање за време боравка лица у иностранству).

Члан 3.

Осигуравач може закључити уговор о додатном добровољном здравственом осигурању, и уговор о добровољном здравственом осигурању за време боравка лица у иностранству (у даљем тексту: уговор о добровољном здравственом осигурању), у складу са овим Општим и Посебним условима осигурања.

Члан 4.

²³² Општи услови добровољног здравственог осигурања – АМС осигурање. Доступно на: https://www.ams.co.rs/files/putno/opsti_uslovi_DZO.pdf (27.05.2023.)

Уговор о добровољном здравственом осигурању закључују Осигуравач и уговарач осигурања (у даљем тексту: Уговарач), односно Осигураник добровољног здравственог осигурања.

Уговором о добровољном здравственом осигурању, уређују се међусобни односи између Осигуравача и Уговарача, односно Осигураника.

Уговор из става 1. овог члана може бити закључен и за чланове породице Осигураника добровољног здравственог осигурања.

Уговор из става 1. овог члана може бити закључен и као колективно осигурање.

Члан 5.

Саставни део уговора о добровољном здравственом осигурању су ови Општи услови и Посебни услови добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: Посебни услови) који садрже ближе одредбе о појединим осигуравајућим ризицима и осигуравајућем покрићу.

Стицање својства Осигураника

Члан 6.

Осигураник добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: Осигураник) је физичко лице које је закључило уговор о добровољном здравственом осигурању или за кога је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању са Осигуравачем и које користи права утврђена уговором о добровољном здравственом осигурању, као и члан породице тог осигураника који је обухваћен уговором о добровољном здравственом осигурању.

Својство Осигураника у додатном добровољном здравственом осигурању, може да стекне лице које има својство осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања у Републици Србији, а што се доказује исправом о здравственом осигурању.

Престанком својства осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања у Републици Србији престаје и својство осигураног лица додатног добровољног здравственог осигурања, без обзира на период за који је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању.

Својство Осигураника у добровољном здравственом осигурању за време боравка лица у иностранству може да стекне свако домаће или страног физичко лице, уз услов да има пребивалиште, пријављен привремено боравак или је стално настањено у Републици Србији. Страни држављани не могу се осигурати када путују у земљу у којој имају пребивалиште односно стално боравак.

Врсте добровољног здравственог осигурања (осигурани ризици)

Члан 7.

Додатно добровољно здравствено осигурање је осигурање којим се покрива учешће у трошковима здравствене заштите, односно покривају трошкови здравствених услуга, лекова, медицинских средстава, односно новчаних накнада који нису обухваћени правима из обавезног здравственог осигурања.

Члан 8.

Добровољно здравствено осигурање за време боравка лица у иностранству је осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите настали услед остварења ризика изненадне болести или несрећног случаја и остали трошкови у вези са коришћењем услуга здравствене заштите која се остварује за време боравка Осигураника у иностранству.

Закључење уговора о добровољном здравственом осигурању

Члан 9.

Уговор о добровољном здравственом осигурању закључује се на основу претходне понуде за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: Понуда) коју Осигуравач даје лицу које жели да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању.

Понуда садржи битне податке о уговорним странама, односно осигураницима добровољног здравственог осигурања, датум почетка осигурања, период чекања осигурања, као и датум завршетка осигурања, износ и рокове плаћања премије осигурања, максимално уговорене суме по ризицима покрића и друге битне елементе за уговарање осигурања.

Битни подаци о уговорним странама, односно осигураницима добровољног здравственог осигурања и члановима породице (корисницима) су:

1) за физичко лице:

- име и презиме, као и датум рођења Осигураника добровољног здравственог осигурања,
- ЈМБГ, односно евиденциони број за стране држављане,
- адреса пребивалишта, односно боравишта у Републици Србији (улица и број, место и општина),
- контакт (број телефона или адреса електронске поште);

2) за правно лице:

- назив, односно пословно име,
- ПИБ и матични број,
- адреса седишта (улица и број, место и општина),

– контакт (број телефона или адреса електронске поште).

У случају колективног осигурања Уговарач може поднети јединствену понуду која садржи податке о појединачном лицу које ће бити обухваћено колективним осигурањем.

Јединствена понуда из претходног става садржи податке о сваком појединачном лицу које је обухваћено колективним осигурањем и то:

- име и презиме, као и датум рођења Осигураника добровољног здравственог осигурања;
- ЈМБГ, односно евиденциони број за стране држављане;
- адресу пребивалишта, односно боравишта у Републици Србији (улица и број, место и општина);
- контакт (број телефона или адреса електронске поште).

Полиса осигурања

Члан 10.

Полиса осигурања је доказ о закљученом уговору о добровољном здравственом осигурању.

Сачињава се у два примерка, од којих је један за Уговарача, односно Осигураника добровољног здравственог осигурања, а други за Осигуравача.

Изузетно од претходног става, Осигуравач може издати лист покрића.

Садржај полисе осигурања/листа покрића

Члан 11.

Полиса осигурања, односно лист покрића, садржи следеће податке:

- 1) име и презиме Осигураника добровољног здравственог осигурања или Уговарача, односно назив Уговарача;
- 2) датум рођења Осигураника добровољног здравственог осигурања;
- 3) пребивалиште, односно боравиште и адресу становања Осигураника добровољног здравственог осигурања или Уговарача, односно седиште Уговарача;
- 4) ЈМБГ, односно евиденциони број за стране држављане, односно ПИБ и матични број уговарача;
- 5) назив и адресу Осигуравача;
- 6) осигуравајуће покриће;

- 7) суму и ризик осигурања;
- 8) износ премије, начин и услове плаћања премије;
- 9) позив на тарифу по којој је премија обрачуната;
- 10) број полисе, односно листа покрића;
- 11) број понуде за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању;
- 12) дан почетка осигурања, период чекања осигурања и рок важења осигурања, односно полисе или листа покрића;
- 13) потпис овлашћеног лица код Осигуравача;
- 14) потпис Уговарача добровољног здравственог осигурања;
- 15) место и датум издавања полисе, односно листа покрића;
- 16) друге податке у складу са законом.

Поред података из претходног става, у случају закључења уговора о добровољном здравственом осигурању за време боравка лица у иностранству полиса осигурања, односно лист покрића садржи и број пасоша тог Осигураника, назив органа који га је издао, као и датуме издавања и важења тог пасоша.

Уговарач, односно Осигураник својим потписом потврђује да су му уручени Општи и Посебни услови осигурања, као и предуговорне информације, у смислу Закона о осигурању.

Исправа о добровољном здравственом осигурању

Члан 12.

Осигуравач је дужан да сваком Осигуранику добровољног здравственог осигурања изда исправу о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: исправа) на основу које се остварују права из добровољног здравственог осигурања даном издавања полисе, а најкасније у року од 60 дана од дана издавања исте.

Исправа садржи следеће податке:

- 1) пословно име Осигуравача;
- 2) име и презиме, као и датум рођења Осигураника добровољног здравственог осигурања;
- 3) ЈМБГ Осигураника добровољног здравственог осигурања, односно евиденциони број за стране држављане;
- 4) висину покрића;

5) број полисе;

6) период важења исправе.

Премија осигурања

Члан 13.

Премија осигурања је новчани износ који Уговарач плаћа Осигуравачу на основу уговора о добровољном здравственом осигурању. Висина премије се одређује актом – Тарифом премија Осигуравача, у складу са законом. Осигуравач не може повећати висину премије осигурања у периоду за који је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању.

Изузетно од претходног става овог члана премија осигурања може се променити:

1) код уговора закључених на више година после истека периода од 12 месеци од дана закључења уговора, односно на сваких 12 месеци до истека рока на који је уговор закључен;

2) у случају да је Уговарач приликом закључивања уговора о добровољном здравственом осигурању прећутао важне околности битне за процену ризика.

Премија осигурања се плаћа унапред, у целости, приликом закључења уговора о добровољном здравственом осигурању, уколико посебним условима осигурања или уговором о добровољном здравственом осигурању није другачије одређено.

Трајање осигурања

Члан 14.

Обавезе Осигуравача теку почев од двадесетчетвртог часа дана који је наведен у полиси као дан почетка добровољног здравственог осигурања, под условом да је плаћена премија осигурања, односно прва рата премије осигурања, па све до истека последњег дана рока за који је осигурање уговорено и који је наведен у полиси, осим ако је другачије уговорено (са назначеним временом трајања – дан, сат и минут).

Права Уговарача и Осигураника

Члан 15.

Права из добровољног здравственог осигурања остварују се на основу исправе, а изузетно на основу полисе, односно листа покрића до момента добијања исправе у року наведеном у члану 12. став 1. Општих услова.

Када се права из добровољног здравственог осигурања остварују директно код Осигуравача она се остварују на основу полисе, односно листа покрића. Код уговора о добровољном здравственом

осигурању који се закључују на рок до 90 дана. Осигураник остварује права из добровољног здравственог осигурања на основу полисе осигурања.

Дужности Уговарача и Осигураника

Члан 16.

Уговарач је дужан да Осигуравачу плаћа премију осигурања у роковима утврђеним уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом осигурања. Ако Уговарач не уплати доспелу уговорену премију осигурања, односно рату премије

осигурања, престаје обавеза Осигуравача на покривање трошкова, односно дела трошкова за пружање здравствених услуга које су обухваћене уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом, истеком рока од 30 дана од дана када је Уговарачу уручено писмено обавештење о доспелим и неуплаћеним премијама осигурања.

После истека рока из првог става овог члана Осигуравач може да раскине уговор о добровољном здравственом осигурању без накнадног отказног рока и да покрене поступак наплате доспелих премија са припадајућом каматом пред надлежним судом.

Осигураник је дужан да даваоцу здравствених услуга, код кога остварује здравствену заштиту на основу уговора о добровољном здравственом осигурању, достави на увид исправу, односно полису осигурања/лист покрића на основу које остварује права из добровољног здравственог осигурања.

Права Осигуравача

Члан 17.

Осигуравач има право на премију осигурања од Уговарача, односно Осигураника у роковима утврђеним уговором о добровољном здравственом осигурању. Зависно од степена ризика коме је изложен Осигураник, Осигуравач има право да утврди измењене услове осигурања, односно да повећа премије или промени висине или обиме покрића.

Осигуравач има и друга права у складу са важећим прописима и овим Општим условима.

Обавезе Осигуравача

Члан 18.

Осигуравач је дужан да осигураницима добровољног здравственог осигурања обезбеди права из добровољног здравственог осигурања у складу са уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом осигурања.

Осигуравач је дужан да даваоцу здравствених услуга, за Осигураника добровољног здравственог осигурања исплати трошкове настале остваривањем права из уговора о добровољном здравственом осигурању у целости или делимично, у складу са тим уговором, односно полисом осигурања.

Изузетно од претходног става, Осигуравач може уговорити са Осигураником добровољног здравственог осигурања, односно Уговарачем да се износ из става 2. овог члана исплаћује Осигуранику добровољног здравственог осигурања на рачун, у року од 14 дана од дана подношења захтева Осигураника добровољног здравственог осигурања Осигуравачу, односно у року од 14 дана од када је Осигуравач утврдио постојање своје обавезе, а што се уноси у уговор и полису осигурања.

Осигуравач је дужан да у случају повећања висине премије осигурања у писменој форми обавести уговорача о повећању висине премије најмање 30 дана пре истека текуће године осигурања, са образложењем.

Осигуравач је дужан да обавести Уговарача о изменама ових Општих или Посебних услова добровољног здравственог осигурања у року од 30 дана, са образложењем, осим уколико нису повољнији за Уговарача.

Искључење обавезе Осигуравача - општи основи искључења

Члан 19.

Искључена је обавеза Осигуравача у следећим случајевима:

1. уколико је Осигураник дао нетачне и неистините податке, односно прикрио важне околности које имају утицај на закључење уговора о добровољном здравственом осигурању;
2. уколико Уговарач, односно Осигураник не плати доспелу премију до уговореног рока, нити то за њега учини неко друго лице, у складу са овим Општим и посебним условима осигурања;
3. уколико је прекорачен обим уговорених здравствених услуга и висине трошкова;
4. уколико је одштетни захтев заснован на лажним подацима и лажној документацији.

Раскид уговора о добровољном здравственом осигурању

Члан 20.

Осигуравач не може раскинути уговор о добровољном здравственом осигурању пре истека рока на који је уговор закључен.

Изузетно од претходног става, Осигуравач може раскинути уговор о добровољном здравственом осигурању пре истека рока на који је уговор закључен у случају:

- 1) неплаћања уговорене премије осигурања;

2) престанка својства осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања за Осигураника добровољног здравственог осигурања у току трајања уговора о додатном добровољном здравственом осигурању;

3) у осталим случајевима предвиђеним Законом о здравственом осигурању.

Завршне одредбе

Члан 21.

На све што није регулисано овим Општим условима, примењују се одредбе позитивних прописа Републике Србије.

Члан 22.

Ови Општи услови ступају на снагу даном доношења, по претходно прибављеном мишљењу Министарства здравља, а почињу са применом наредног дана по објављивању на званичној интернет страници Осигуравача.

Ступањем на снагу ових Општих услова престају да важе Општи услови добровољног здравственог осигурања бр. 16121 од 12.07.2010. године.

8.2. Организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања у пракси

8.2.1. Добровољно здравствено осигурање које реализује Републички фонд за здравствено осигурање

Добровољно здравствено осигурање се у оквиру Републичког фонда за здравствено осигурање „може уговорити као индивидуално и колективно (групно) осигурање. Присутне су у понуди следеће врсте осигурања: осигурање лица за време боравка у иностранству (путно осигурање), осигурање лица за случај тежих болести са допунским ризицима (теже болести), осигурање стоматолошких услуга (стоматологија)“.²³³

Према Извештају о финансијском пословању Републичког фонда за здравствено осигурање за 2012. годину²³⁴, „у оквиру Републичког фонда за здравствено осигурање у 2012. години закључен је мали број уговора о добровољном здравственом осигурању, 6.406 са наплаћеном премијом осигурања од 7.196.401 динара, што ипак представља повећање у односу на 2011. годину када је било закључено 5338 уговора са наплаћеном премијом осигурања од 3268651 динара (према Извештају о финансијском пословању Републичког фонда за здравствено осигурање за 2011. годину²³⁵). Доминирају уговори о добровољном здравственом осигурању за случај тежих болести са допунским ризицима (3491), са наплаћеном премијом од 3.880.068 динара“.

²³³ Кочовић, Ј., Ракоњац-Антић, Т., Рајић, В. (2013), *op. cit.*, стр. 548.

²³⁴ Извештај о финансијском пословању Републичког фонда за здравствено осигурање за 2012. годину. Доступно на: https://www.rfzo.rs/download/fin_plan/finizvestaj2012.pdf (27.05.2023.)

²³⁵ Извештај о финансијском пословању Републичког фонда за здравствено осигурање за 2011. годину. Доступно на: https://www.rfzo.rs/download/fin_plan/finizvestaj2011.pdf (27.05.2023.)

Даље, „финансијским планом Фонда за 2012. годину планирани су приходи по основу премије добровољног здравственог осигурања у износу од 7.000.000 динара и расходи по основу накнада штета у износу од 6.000.000 динара. Извршење прихода по основу уплате премије осигурања износи 7.196 хиљада динара, односно 102,80% плана, док су расходи по основу накнада штета извршени у износу од 2.450 хиљада динара, односно 40,83% плана. Ако се финансијски показатељи посматрају на обрачунској основи, као што је то правило у пословању осигуравајућих друштава, као приход би се рачунао износ од 7.347 хиљада динара, колико износи уговорена премија осигурања. Износ наплате штета остао би исти и при обрачунској основи, јер су сви одштетни захтеви испостављени у 2012. години, исплаћени пре 31.12.2012. године. Не постоје резервисани износи за накнаде штета, нити друге обавезе добровољног здравственог осигурања Фонда које се преносе у 2013. годину“.²³⁶

Коначно, „добровољно осигурање Фонда имало је позитиван пословни резултат у 2012. години, и по готовинској основи, са 6.534.765 динара на подрачуну на крају 2012. године. Број осигураника у 2012. години већи је за 20%, а уплаћена премија већа је за 120% у односу на 2011. годину, што сматрамо несумњивим показатељем успешности пословања“.²³⁷

Последњи доступан Извештај о финансијском пословању Републичког фонда за здравствено осигурање јесте Извештај за 2018 годину. У циљу компаративног прегледа учешћа Републичког фонда за здравствено осигурање у добровољном здравственом осигурању, биће представљени у наставку кључни параметри и овог извештаја.

Према Извештају о финансијском пословању Републичког фонда за здравствено осигурање за 2018. годину²³⁸ „укупно остварени приходи по основу

²³⁶ Ibid.

²³⁷ Ibid.

²³⁸ Извештај о финансијском пословању Републичког фонда за здравствено осигурање за 2018. годину. Доступно на:

спровођења добровољног здравственог осигурања у 2018. години износе 16,67 милиона динара (127,64% плана), док укупно извршени расходи по овом основу износе 5,93 милиона динара (45,64% плана)²³⁹.

Даље, „током 2018. године уговорено је 13.743 полиса добровољног осигурања. Приход по основу уплаћене премије износи 16,67 милиона динара. Стагнација броја осигураника и прихода од премије током претходне три године, у 2018. години је не само заустављена, већ је постигнут пораст броја осигураника за више од 20% и пораст прихода од премије за више од 16%. До ових резултата је довела промена пословне политике према ДЗО, обновљено информисање јавности, одржавање промотивних презентација и рад са представницима филијала. У односу на финансијски план, приход од премије осигурања је остварен на вишемнивоу (128,22% плана), а расход на знатно нижем нивоу (45,05% плана)²³⁹.

Коначно, „стање на рачуну добровољног осигурања, на дан 31.12.2018. године износило је 55.204.105 динара што је за 30% више у односу на стање рачуна на дан 31.12.2017. године“²⁴⁰.

8.2.2. Добровољно здравствено осигурање које спроводе друштва за осигурање

Према Извештају Народне банке Србије, Сектора осигурања у Републици Србији за 2022. годину²⁴¹, „Глобално тржиште осигурања је у 2022. години, у

https://www.rfzo.rs/download/fin_plan/18.04.2019.%20Izvestaj%20o%20finansijskom%20poslovanju%20RFZO%20za%202018.%20godinu.pdf (27.05.2023.)

²³⁹ Ibid.

²⁴⁰ Ibid.

²⁴¹ Извештај Народне банке Србије, Сектор осигурања у Републици Србији за 2022. годину. Доступно на: https://www.nbs.rs/export/sites/NBS_site/documents/osiguranje/izvestaji/izv_IV_2022.pdf (27.05.2023.)

условима вишеструких повећаних ризика, забележило процењен реалан благи пад од 0,2%, с прогнозом постепеног опоравка у наредне две године, али испод тренда реалног раста. Процењен реалан раст глобалне премије неживотних осигурања у 2022. години износи 0,9%, при чему се у развијеним земљама процењује раст од 0,6%, а у земљама у развоју раст од 2,7%. Премија животних осигурања у 2022. години бележи на глобалном нивоу процењен реалан пад од –1,9%, при чему у развијеним земљама он износи –2,8%, док је у земљама у развоју процењен раст од 0,9%“.

Сектор осигурања у Републици Србији „се по степену развијености налази знатно испод просека земаља чланица Европске уније. У прилог томе говоре показатељи развијености тржишта осигурања – однос укупне премије и бруто домаћег производа и укупна премија по становнику. Према учешћу премије у процењеном бруто домаћем производу у 2021. години од 1,9%, Република Србија је на 65. месту на свету, док овај показатељ за земље чланице Европске уније износи чак 7,0%. Међутим, у поређењу с групом земаља у развоју света с просеком од 3,0% и земљама у развоју Европе и средње Азије, чији је просек 1,1%, као и с обзиром на то да се земље као што су Румунија и Турска налазе иза Републике Србије, може се закључити да је Република Србија на задовољавајућој позицији, уз постојање потенцијала за побољшање ове позиције“.²⁴²

На крају 2022. године у Републици Србији „пословало је 20 друштава за (ре)осигурање и њихов број је непромењен у односу на претходну годину. Искључиво пословима осигурања бави се 16 друштава, а само пословима реосигурања четири друштва. Од друштава која се баве пословима осигурања искључиво животним осигурањем баве се четири друштва, искључиво неживотним осигурањем, односно и животним и неживотним осигурањем, бави се по шест друштава“.²⁴³

²⁴² Ibid.

²⁴³ Ibid.

У 2022. години друштва за осигурање „остварила су укупну премију у висини од 133,9 млрд динара (1,1 млрд евра или 1,2 млрд долара), што представља повећање од 12,2%. У структури премије у 2022. години учешће неживотних осигурања износило је 78,6%, док се учешће животних осигурања смањило са 22,7% у 2021. Години на 21,4% у 2022. години, услед већег номиналног раста премије неживотних осигурања од раста премије животних осигурања“.²⁴⁴

У структури укупног портфеља „пет врста неживотних осигурања и то: добровољно здравствено осигурање, осигурање моторних возила – каско, осигурање имовине од пожара и других опасности, остала осигурања имовине и осигурање од одговорности због употребе моторних возила, учествује са 66,8%. Поређењем учешћа премије добровољног здравственог осигурања уочава се његов раст са 5,8% у 2021. години на 7,4% у 2022. години, што је резултат раста ове премије од чак 43,5%. При томе 77,4% тржишта покривају четири друштва за осигурање“.²⁴⁵

У наредној табели представљена је Ранг-листа пет највећих друштава за осигурање.

²⁴⁴ Ibid.

²⁴⁵ Ibid.

Табела 10. Ранг-листа пет највећих друштава за осигурање

(у млн динара, у %)

	2021.			2022			Промена ранга
	Износ	Учешће	Ранг	Износ	Учешће	Ранг	
Према критеријуму укупне премије							
Дунав	31578	26,4	1	35239	26,3	1	-
Бенерали	23396	19,6	2	24845	18,6	2	-
Винер	13518	11,3	4	15690	11,7	3	раст
ДДОР	13948	11,7	3	15296	11,4	4	пад
Триглав	8147	6,8	5	9378	7,0	5	-
Према критеријуму премије неживотних осигурања							
Дунав	28072	30,4	1	31313	29,8	1	-
Бенерали	16362	17,7	2	17682	16,8	2	-
ДДОР	11777	12,8	3	13058	12,4	3	-
Винер	7755	8,4	4	9411	8,9	4	-
Триглав	7375	8,0	5	8651	8,2	5	-
Према критеријуму премије животних осигурања							
Бенерали	7035	25,9	1	7163	25,0	1	-
Винер	5763	21,3	2	6279	21,9	2	-

Граве	4102	15,1	3	4299	15,0	3	-
Дунав	3506	12,9	4	3925	13,7	4	-
ДДОР	2170	8,0	5	2239	7,8	5	-

Извор: Извештај Народне банке Србије, Сектор осигурања у Републици Србији за 2022. годину.

Доступно на: https://www.nbs.rs/export/sites/NBS_site/documents/osiguranje/izvestaji/izv_IV_2022.pdf
(27.05.2023.)

Посматрано по каналима продаје „највећи део укупне премије у 2022. години остварен је преко: друштава за осигурање (63,0%), посредника (12,9%), техничких прегледа (8,9%), друштава за заступање (5,5%) и банака (4,5%). Кад је реч о премији неживотних осигурања, сама друштва за осигурање прикупила су 62,6% укупне премије неживотних осигурања, посредници 16,0% и технички прегледи 11,3%. При томе, банке обезбеђују 49,4% укупне премије осигурања кредита, посредници 45,2%, 41,9% и 34,0% укупне премије добровољног здравственог осигурања, осигурања од опште одговорности и осигурања финансијских губитака, респективно, док технички прегледи обезбеђују 30,6% укупне премије осигурања од одговорности због употребе моторних возила“.²⁴⁶

Закључак Извештаја Народне банке Србије, Сектора осигурања у Републици Србији за 2022. годину, из упоредних показатеља на крају 2022. године и на крају претходне године, је следећи:

- „На тржишту Републике Србије пословало је 20 друштава за (ре)осигурање, што је исти број као претходне године, уз повећање броја запослених на 11.419 по стопи од 1,6%;
- Билансна сума сектора осигурања благо је порасла – за 0,8% и износи 336,6 млрд динара;

²⁴⁶ Ibid.

- Капитала је смањен за 11,2%, пре свега као последица промене нерезализованих добитака и губитака, и он износи 72,0 млрд динара;
- Техничке резерве су повећане за 4,8% и износе 229,7 млрд динара, уз остварење инвестирања пуног износа средстава техничких резерви у прописане облике имовине;
- Укупна премија је повећана за 12,2% и она износи 133,9 млрд динара;
- Учешће неживотних осигурања од 78,6% у укупној премији је и даље доминантно. Премија неживотних осигурања бележи раст од 14,0%, при чему осигурања са значајнијим учешћем, као што су осигурање од одговорности због употребе моторних возила и имовинска осигурања, бележе номинални раст, али и реалан пад;
- Учешће животних осигурања је смањено, услед већег раста премије неживотних осигурања од раста премије животних осигурања“.²⁴⁷

²⁴⁷ Ibid.

9. ИСТРАЖИВАЧКИ ДЕО

9.1. Увод у истраживачки део

У складу са свим реченим у претходним поглављима дисертације, сасвим је извесно каква су улога, значај и надлежности Републичког фонда за здравствено осигурање. Пословање Републичког фонда за здравствено осигурање Републике Србије је „утемељено на основним начелима Закона о здравственом осигурању. Овим законом јасно је дефинисана сврха, делатност, надлежност и одговорност државног фонда здравственог осигурања као извора финансирања здравственог система Републике Србије“.²⁴⁸

Чланом 7 Закона о здравственом осигурању уређено је да се „обавезно здравствено осигурање обезбеђује и спроводи у Републичком фонду за здравствено осигурање. Добровољно здравствено осигурање могу да организују и спроводе правна лица која обављају делатност осигурања, као и Републички фонд за здравствено осигурање, у складу са овим законом и законом којим се уређује осигурање“.

Како Томановић истиче, „независно од националне политике и опредељености за модел здравственог осигурања, пословни процес у организацијама здравственог осигурања мора бити чврста основа за даљи развој система здравствене заштите. Организације здравственог осигурања морају да имају стандардизоване пословне

²⁴⁸ Томановић, Г. (2023). Знање и ставови руководиоца о примени стандардизованих системима менаџмента у Републичком фонду за здравствено осигурање. Здравствена заштита, 52 (1), 50-73, стр. 50.

процесе ради унутрашње стабилности и уређености како саме организације, тако и ради стабилности целокупног здравственог система. Једна грешка у пословању Републичког фонда за здравствено осигурање може да доведе до грешака у пружању здравствених услуга, а тиме да директно утиче на здравље пацијента што јасно показује системски приступ“.²⁴⁹

У Републичком фонду обављају се следећи послови:

„1) доноси се Статут;

2) доносе се општи акти на основу овлашћења из пдф закона, којима се ближе уређује спровођење обавезног здравственог осигурања;

3) планирају и обезбеђују се финансијска средства за спровођење обавезног здравственог осигурања;

4) у оквиру расположивих финансијских средстава планирају и обезбеђују се услови за равномерно спровођење обавезног здравственог осигурања на територији Републике и обезбеђују средства солидарности за уједначавање услова за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања на подручју филијала;

5) обезбеђују се финансијски и други услови за остваривање права на коришћење здравствене заштите у иностранству, односно за упућивање осигураних лица на лечење у иностранство;

6) доноси се план рада за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања у складу са плановима рада филијала;

7) доноси се финансијски план и завршни рачун Републичког фонда, у складу са законом;

²⁴⁹ Филиповић Ј, Јовановић Б, Бјеловић М. (2017). Менаџмент квалитета у здравству, Факултет организационих наука, Београд: Универзитет у Београду. Цит. према: Томановић, Г. (2023), *op. cit.*, стр. 52.

8) закључују се уговори са даваоцима здравствених услуга у складу са законом и обезбеђују средства за спровођење здравствене заштите на основу тих уговора;

9) преносе се средства за спровођење обавезног здравственог осигурања филијалама у складу са Законом;

10) обезбеђује се законито, наменско и економично коришћење средстава и стара се о увећању средстава на економским основама;

11) обезбеђује се непосредно, ефикасно, рационално и законито остваривање права из здравственог осигурања и организује обављање послова за спровођење осигурања;

12) организује се обављање послова за спровођење здравственог осигурања које се непосредно спроводи у Републичком фонду;

13) координира се рад филијала и Покрајинског фонда;

14) организује се и врши контрола рада филијала, законитог и наменског коришћења средстава која се филијалама преносе за остваривање права из обавезног здравственог осигурања;

15) врши се контрола спровођења закључених уговора између филијала и давалаца здравствених услуга, односно врши контрола остваривања права из обавезног здравственог осигурања;

16) устројава се и организује матична евиденција и врши контрола послова матичне евиденције;

17) организује се и врши контрола и уједначавање рада првостепених и другостепених лекарских комисија;

18) обезбеђује се спровођење међународних уговора о обавезном здравственом осигурању;

19) води се евиденција и прати наплата доприноса, са надлежним органима, размењују подаци са надлежним органима о обвезницима доприноса за здравствено осигурање, као и други подаци везани за допринос;

20) пружа се потребна стручна помоћ осигураним лицима у вези са остваривањем права из здравственог осигурања и заштита њихових интереса по основу осигурања;

21) доносе се друга акта у складу са Законом и статутом;

22) обављају се послови у вези са управљањем и располагањем покретном и непокретном имовином;

23) обављају се послови у вези са накнадом штете у спровођењу здравственог осигурања;

24) спроводи се добровољно здравствено осигурање у складу са законом;

25) спроводи се поступак јавних набавки у име и за рачун Републичког фонда и давалаца здравствених услуга у складу са законом;

26) врши се издавање исправа о здравственом осигурању и одговарајућих образаца за остваривање права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања уз накнаду за трошкове штампања;

27) израде пројеката, анализа и информација за потребе спровођења здравственог осигурања;

28) обављају се послови интерне ревизије и координирају активности за интерну ревизију корисника средстава Републичког фонда;

29) интерне контроле;

30) обављају се и други послови утврђени законом, статутом и актима Републичког фонда“.²⁵⁰

²⁵⁰ Надлежности Републичког фонда за здравствено осигурање. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/nadleznosti> (29.05.2023.)

Сви послови се обављају у организационим јединицама Републичког фонда за здравствено осигурање:

- Дирекцији Републичког фонда,
- Покрајинском фонду за здравствено осигурање,
- филијалама Републичког фонда, испоставама и истуреним шалтерима.²⁵¹

Покрајински фонд РФЗО као организациона јединица Републичког фонда обавља следеће послове:

- координацију рада филијала образованих на територији аутономне покрајине, у сарадњи са Републичким фондом, у складу са законом;
- контролу рада филијала и наменског коришћења средстава која Републички фонд преноси филијалама за остваривање права из обавезног здравственог осигурања, на подручју аутономне покрајине;
- контролу закључених уговора између филијала и давалаца здравствених услуга, на подручју аутономне покрајине;
- решава у другом степену о правима из здравственог осигурања у складу са законом;
- пружа потребну стручну помоћ осигураним лицима у вези са остваривањем права из обавезног здравственог осигурања и заштитом њихових интереса у осигурању;
- обезбеђује услове за рад лекарских комисија образованих на територији аутономне покрајине, у складу са законом;
- обезбеђује информациони подсистем, као део интегрисаног информационог система Републике за област здравственог осигурања, у складу са законом;

²⁵¹ Организација Републичког фонда за здравствено осигурање. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/organizacija-info> (29.11.2022.)

- врши статистичка и друга истраживања у области здравственог осигурања;
- остварује сарадњу са надлежним покрајинским органима;
- обавља и друге послове утврђене овим статутом;
- подноси извештаје о раду за 6 и 12 месеци Управном и Надзорном одбору Републичког фонда²⁵².

У Филијали РФЗО се:

- спроводи обавезно здравствено осигурање на свом подручју;
- планирају потребе осигураних лица са свог подручја и праве планови рада у складу са расположивим финансијским средствима, односно са финансијским планом Републичког фонда;
- располаже пренетим средствима за спровођење обавезног здравственог осигурања за осигурана лица са свог подручја, у складу са овим законом;
- обезбеђује остваривање права из здравственог осигурања за осигурана лица са свог подручја, у складу са законом и прописима донетим за спровођење закона;
- закључују уговори са даваоцима здравствених услуга;
- организује и врши контрола извршавања уговорних обавеза давалаца здравствених услуга са којима је закључен уговор, ради заштите права осигураних лица;
- обезбеђује законито, наменско и економично трошење пренетих средстава обавезног здравственог осигурања на свом подручју;
- води матична евиденција осигураних лица са подацима потребним за спровођење обавезног здравственог осигурања и за обезбеђивање и контролу остваривања права из тог осигурања;

²⁵² Покрајински фонд. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/organizacija-info/orgjedinice/pokrajinskifond> (29.11.2022.)

- врши контрола пријављивања на осигурање, одјављивања са осигурања и пријављивање промене у осигурању, као и контрола свих података од значаја за стицање, коришћење и престанак права;
- води евиденција и прати наплата доприноса, са надлежним органима, размењују подаци са надлежним органима о обвезницима доприноса за здравствено осигурање, као и други подаци везани за допринос;
- пружа потребна стручна помоћ осигураним лицима у вези са остваривањем права из обавезног здравственог осигурања и заштитом њихових интереса у осигурању;
- врше одређени послови у спровођењу међународних уговора о здравственом осигурању;
- обезбеђују услови за рад првостепених и другостепених лекарских комисија на свом подручју, у складу са актима Републичког фонда;
- обављају послови у вези са накнадом штете у спровођењу обавезног здравственог осигурања;
- обављају одређени послови добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи Републички фонд;
- врши обрачун, контрола и исплата накнада зарада и других новчаних накнада из здравственог осигурања и воде одговарајуће евиденције;
- врши контрола остваривања права из здравственог осигурања;
- обављају послови у вези са остваривањем права на медицинско - техничка помагала, индикације за њихово коришћење, стандарде материјала, рокове трајања, као и начин и поступак остваривања права на медицинско - техничка помагала;
- закључују уговори са изабраним лекаром;
- обављају послови планирања, анализе и статистике;

- обављају рачуноводствено - финансијски послови и припремају подаци за израду тромесечних извештаја, обрачуна и завршног рачуна;
- врши ликвидација и контрола рачуна за пружене здравствене услуге и благајнички послови;
- обављају послови коришћења и одржавања информационог система здравственог осигурања;
- обављају послови заступања пред судовима и другим органима на подручју филијале, по овлашћењу директора;
- обављају и други послови у складу са законом и статутом²⁵³.

Ради спровођења здравственог осигурања, у складу са законом, Статутом Републичког фонда и систематизацијом образована је укупно 31 филијала са испоставама и истуреним шалтерима.

У оквиру следећег поднаслова биће анализирани сви кључни параметри функционисања Републичког фонда за здравствено осигурање.

9.2. Званични подаци Републичког фонда за здравствено осигурање и њихова анализа

Као што је претходно речено, у оквиру следећег поднаслова биће анализирани сви кључни параметри функционисања Републичког фонда за здравствено осигурање.

На самом почетку биће представљене филијале са испоставама и истуреним шалтерима Републичког фонда за здравствено осигурање. Потом ће бити табеларно

²⁵³ Филијале са испоставама. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/organizacija-info/orgjedinice/filijale-ispostave> (29.11.2022.)

представљени и анализирани подаци по следећим категоријама: регистрација изабраног лекара, број осигураника, број пријава и одјава на обавезно здравствено осигурање, носиоци осигурања, те старосна структура осигураника и заштита права осигураних лица.

9.2.1. Филијале са испоставама и истуреним шалтерима Републичког фонда за здравствено осигурање

Ради спровођења здравственог осигурања, у складу са законом, Статутом Републичког фонда за здравствено осигурање и систематизацијом образоване су филијале са испоставама и истуреним шалтерима. У следећој табели дат је њихов преглед за територију Републике Србије.

Табела 11. Филијале са испоставама и истуреним шалтерима Републичког фонда за здравствено осигурање у Републици Србији

Бр.	Филијала	Седиште	Испостава
1	Филијала за Северно-бачки округ	Суботица	Бачка Топола и Мали Иђош
2	Филијала за Средње-банатски округ	Зрењанин	Нови Бечеј, Нова Црња, Житиште и Сечањ
3	Филијала за Северно-банатски округ	Кикинда	Кањижа, Сента, Ада, Чока и Нови Кнежевац
4	Филијала за Јужно-	Панчево	Планиште, Опово, Ковачица, Алибунар, Вршац, Бела Црква и

	банатски округ		Ковин
5	Филијала за Западно-бачки округ	Сомбор	Апатин, Оџаци и Кула
6	Филијала за Јужно-бачки округ	Нови Сад	Србобран, Бечеј, Врбас, Бачка Паланка, Бачки Петровац, Жабал, Тител, Темерин, Беочин, Бач и Сремски Карловци
7	Филијала за Сремски округ	Сремска Митровица	Шид, Инђија, Ириг, Рума, Стара Пазова и Пећинци
8	Филијала за Мачвански округ	Шабац	Богатић, Лозница, Владимирци, Коцељева, Мали Зворник, Крупањ и Љубовија
9	Филијала за Колубарски округ	Ваљево	Осечина, Уб, Лајковац, Мионица и Љиг
10	Филијала за Подунавски округ	Смедерево	Смедеревска Паланка и Велика Плана
11	Филијала за Браничевски округ	Пожаревац	Велико Градиште, Голубац, Мали Црнић, Жабари, Петровац, Кучево и Жагубица
12	Филијала за Шумадијски округ	Крагујевац	Аранђеловац, Топола, Рача, Баточина, Кнић, Лапово
13	Филијала за Поморавски округ	Јагодина	Ђуприја, Параћин, Свилајнац, Деспотовац и Рековац

14	Филијала за Борски округ	Бор	Кладово, Мајданпек и Неготин и истурени шалтер у Доњем Милановцу
15	Филијала за Зајечарски округ, без општине Сокобања	Зајечар	Бољевац и Књажевац
16	Филијала за Златиборски округ	Ужице	Бајина Башта, Косјерић, Ариље, Нова Варош, Пожега, Прибој, Пријепоље, Чајетина и Сјеница
17	Филијала за Моравички округ	Чачак	Горњи Милановац, Лучани и Ивањица и истурени шалтер у Гучи
18	Филијала за Рашки округ	Краљево	Врњачка Бања, Рашка и истурени шалтер у Ушћу
19	Филијала за округ Новог Пазара	Нови Пазар	Тутин
20	Филијала за Расински округ	Крушевац	Варварин, Трстеник, Ђићевац, Александровац и Брус
21	Филијала за Нишавски округ	Ниш	Алексинач, Сврљиг, Мерошина, Дољевац, Гаџин Хан, Сокобања и Ражањ и истурени шалтери Медиана, Палилула, Пантелеј и Црвени Крст
22	Филијала за Топлички округ	Прокупље	Блаце, Куршумлија и Житорађа

23	Филијала за Пиротски округ	Пирот	Бела Паланка, Бабушница и Димитровград
24	Филијала за Јабланички округ	Лесковац	Бојник, Лебане, Медвеђа, Власотинце и Црна Трава и истурени шалтери у: Вучју, Грделици и Брестовцу
25	Филијала за Пчињски округ	Врање	Владичин Хан, Сурдулица, Босилеград, Трговиште, Бујановац и Прешево и истуреним шалтером у Врањској Бањи
26	Филијала за Косовски округ	Приштина	Подујево, Обилић, Косово Поље, Глоговац, Штимље, Урошевац, Качаник, Липљане и Штрпце
27	Филијала за Пећки округ	Пећ	Исток, Клина, Дечане и Ђаковица
28	Филијала за Призренски округ	Призрен	Сува Река, Ораховац, Гора и Опоље
29	Филијала за Косовско- митровачки округ	Косовска Митровица	Зубин Поток, Лепосавић, Звечан, Србица и Вучитрн
30	Филијала за Косовско- поморавски округ	Гњилане	Косовска Каменица, Ново Брдо и Витина
31	Филијала за град Београд	Београд	Вождовац, Врачар, Звездара, Гроцка, Земун, Лазаревац, Младеновац, Нови

			Београд, Палилула, Раковица, Обреновац, Савски венац, Сопот, Стари град, Чукарица, Барајево и Сурчин
--	--	--	--

Извор: Филијале са испоставама. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/organizacija-info/orgjedinice/filijale-ispostave> (29.11.2022.)

9.2.2. Регистрација изабраног лекара

У првом делу анализе која се тиче регистрације изабраног лекара биће табеларно представљено двадесет пет домова здравља који имају највећи проценат регистрованих осигураника, при чему је пресек направљен са мајем 2023. године.

Табела 12. Двадесет пет домова здравља који имају највећи проценат регистрованих осигураника - пресек направљен са мајем 2023. године

Р. бр.	Назив здравствене установе	Број осигураника	Број осигураника који има изјаву о изабраном лекару	Процент осигуранка који има изјаву о изабраном лекару
1	Дом здравља - Стари Град Београд	51,904	82,939	159.79
2	Дом здравља - Савски Венац	40,031	54,419	135.94
3	Дом здравља - Земун	173,978	204,535	117.56

4	Дом здравља - Врачар	60,262	65,891	109.34
5	Дом здравља - Крагујевац	171,785	176,949	103.01
6	Дом здравља - Нова Црња	8,745	8,916	101.96
7	Дом здравља Љиг	9,060	9,199	101.53
8	Завод за здравствену заштиту радника - Ниш	42,820	43,448	101.47
9	Дом здравља - Лебане	17,796	17,826	100.17
10	Дом здравља - Соко Бања	12,889	12,633	98.01
11	Дом здравља - Бојник	9,989	9,781	97.92
12	Дом здравља "Др. Ђорђе Бастић" - Србобран	14,245	13,864	97.33
13	Дом здравља "Милорад Мика Павловић", Инђија	43,160	41,996	97.30
14	Дом здравља - Бачки Петровац	11,650	11,276	96.79
15	Дом здравља Краљево	104,537	100,701	96.33
16	Дом здравља Прокупље	38,314	36,883	96.27
17	Дом здравља - Гаџин Хан	6,345	6,104	96.20
18	Дом здравља - Нови Београд	211,440	203,131	96.07

19	Дом Здравља Босилеград	6,652	6,353	95.51
20	Дом здравља - Вождовац	163,249	155,599	95.31
21	Дом здравља Панчево	113,742	108,178	95.11
22	Дом здравља - Дољевац	15,402	14,622	94.94
23	Дом здравља "Др. Душан Савић-Дода" - Беочин	14,029	13,305	94.84
24	Дом здравља - Кањижа	18,537	17,530	94.57
25	Дом здравља "Др. Драган Фундук", Пећинци	17,288	16,320	94.40

Извор: 25 домова здравља који имају највећи проценат регистрованих осигураника - мај 2023. год.
Доступно на: <https://www.rfzo.rs/download/ril/top25dz.pdf> (05.07.2023.)

Из података презентованих у табели 12 се може уочити да су здравствене установе са највећим бројем осигураника:

- Дом здравља - Нови Београд (211,440 осигураника),
- Дом здравља – Крагујевац (171,785 осигураника),
- Дом здравља – Земун (173,978 осигураника).

Здравствена установа са најмањим бројем осигураника је Дом здравља - Гацин Хан (6,345 осигураника).

У другом делу анализе која се тиче регистрације изабраног лекара биће табеларно представљен број регистрованих осигураника по филијали, при чему је пресек направљен са мајем 2023. године.

Табела 13. Број регистрованих осигураника по филијали - пресек направљен са мајем 2023. године

Шифра филијале	Назив филијале	Број осигураника	Број осигураника који има изјаву о изабраном лекару	Процент осигуранка који има изјаву о изабраном лекару	Број изјава о регистрованом лекару
1	Филијала Суботица	164,353	148,039	90.07%	198,527
2	Филијала Зрењанин	160,759	136,312	84.79%	196,569
3	Филијала Кикинда	119,403	102,795	86.09%	140,879
4	Филијала Панчево	261,244	227,856	87.22%	304,242
5	Филијала Сомбор	163,996	132,882	81.03%	186,882
6	Филијала Нови Сад	604,995	533,079	88.11%	745,053
7	Филијала Сремска Митровица	276,944	251,157	90.69%	375,427
8	Филијала	262,438	228,453	87.05%	322,461

	Шабач				
9	Филијала Ваљево	145,236	131,371	90.45%	183,93
10	Филијала Смедерево	173,477	148,176	85.42%	224,958
11	Филијала Пожаревац	147,355	123,633	83.90%	175,533
12	Филијала Крагујевац	270,616	335,763	124.07%	424,719
13	Филијала Јагодина	181,799	156,915	86.31%	214,025
14	Филијала Бор	105,882	87,565	82.70%	123,044
15	Филијала Зајечар	86,742	74,113	85.44%	102,265
16	Филијала Ужице	257,065	203,624	79.21%	292,967
17	Филијала Чачак	188,934	166,916	88.35%	243,594
18	Филијала Краљево	149,610	140,948	94.21%	202,978
19	Филијала Крушевац	200,473	175,414	87.50%	250,751

20	Филијала Ниш	351,802	334,902	95.20%	451,084
21	Филијала Прокупље	76,462	72,482	94.79%	113,957
22	Филијала Пирот	76,635	66,606	86.91%	97,938
23	Филијала Лесковац	186,866	162,370	86.89%	235,551
24	Филијала Врање	196,026	163,107	83.21%	239,602
28	Филијала Косовска Митровица	45,565	38,310	84.08%	42,450
30	Филијала Београд	1,667,388	1,796,770	107.76%	2,411,875
31	Филијала Нови Пазар	134,627	119,856	89.03%	187,695
Укупно		6,656,692	6,259,414	94.03%	8,688,965

Извор: Број регистрованих осигураника по филијали - мај 2023. год. Доступно на:
https://www.rfzo.rs/download/ril/brreg_pofilijalama.pdf (05.07.2023.)

Из података презентованих у табели 13 се може уочити да су филијале са највећим бројем осигураника:

- Филијала Београд (1,667,388 осигураника)

- Филијала Нови Сад (604,995 осигураника)
- Филијала Ниш (351,802 осигураника).

Филијала са најмањим бројем осигураника је Филијала Косовска Митровица (45,565 осигураника).

9.2.3. Број осигураника

У овом делу, табеларно је приказан број обавезно здравствено осигураних грађана. Наиме, „у Србији је, закључно са 31.12.2017. године, било обавезно здравствено осигурано 6.901.482 грађана што можете видети у табели где је приказан укупан број осигураника по филијалама“.²⁵⁴

Табела 14. Укупан број осигураника по филијалама

	Филијала	Број осигураника по филијалама
1	Филијала Суботица	171.981
2	Филијала Зрењанин	171.916
3	Филијала Кикинда	129.807
4	Филијала Панчево	272.914
5	Филијала Сомбор	174.282
6	Филијала Нови Сад	596.735
7	Филијала Сремска Митровица	285.861
8	Филијала Шабац	276.282

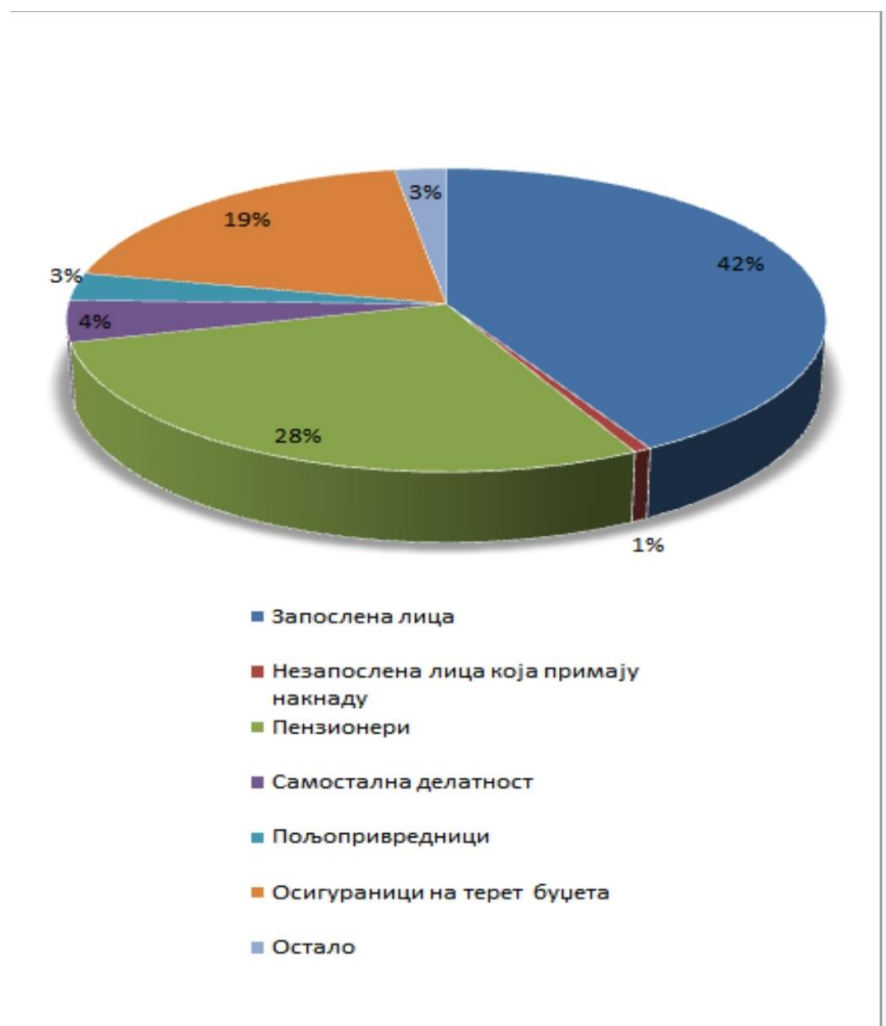
²⁵⁴ Број осигураника РФЗО. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/broj-osiguranika-stat> (05.07.2023.)

9	Филијала Ваљево	152.415
10	Филијала Смедерево	182.567
11	Филијала Пожаревац	157.940
12	Филијала Крагујевац	278.137
13	Филијала Јагодина	195.023
14	Филијала Бор	112.933
15	Филијала Зајечар	93.213
16	Филијала Ужице	270.979
17	Филијала Чачак	196.905
18	Филијала Краљево	154.726
19	Филијала Крушевац	210.837
20	Филијала Ниш	361.399
21	Филијала Прокупље	81.480
22	Филијала Пирот	82.525
23	Филијала Лесковац	197.788
24	Филијала Врање	201.262
25	Филијала Приштина	40.938
26	Филијала Косовска Митровица	46.185
27	Филијала Гњилане	22.310
28	Филијала Београд	1.653.211
29	Филијала Нови Пазар	128.930
Укупно:		6.901.482

Извор: Број осигураника РФЗО. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/broj-osiguranika-stat> (05.07.2023.)

Као што се из података у претходној табели може видети, највећи број осигураника је у Филијалама: Београд (1.653.211), Нови Сад (596.735) и Ниш (361.399). Најмањи број осигураника је у филијали Гњилане (22.310).

График 1. Број осигураника по филијалама



Извор: Број осигураника РФЗО. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/broj-osiguranika-stat> (05.07.2023.)

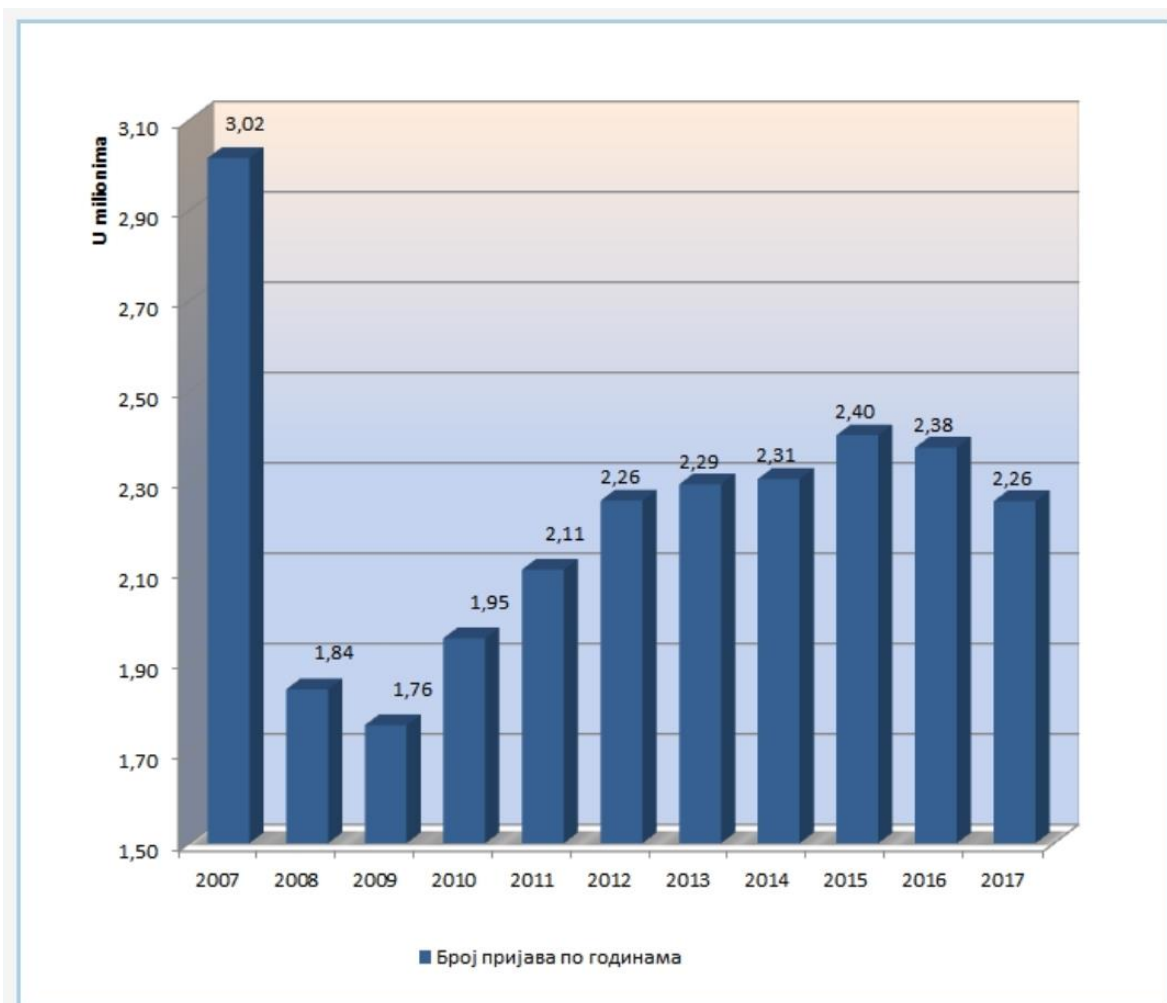
9.2.4. Број пријава и одјава на обавезно здравствено осигурање

У овом делу сагледава се и анализира број пријава и одјава на обавезно здравствено осигурање. Пријава на здравствено осигурање „обавља се у надлежној филијали, односно испостави Републичког фонда за здравствено осигурање, подношењем неопходне документације. Приликом пријаве осигураници добијају здравствену књижицу на основу које остварују права из обавезног здравственог осигурања“.²⁵⁵

Следећи графикон приказује укупан број осигураника који су се пријавили на здравствено осигурање у периоду од 2007. до 2017. године.

График 2: Укупан број осигураника који су се пријавили на здравствено осигурање у периоду од 2007. до 2017. године

²⁵⁵ Број пријава и одјава РФЗО. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/broj-prijava-odjava-stat> (05.07.2023.)



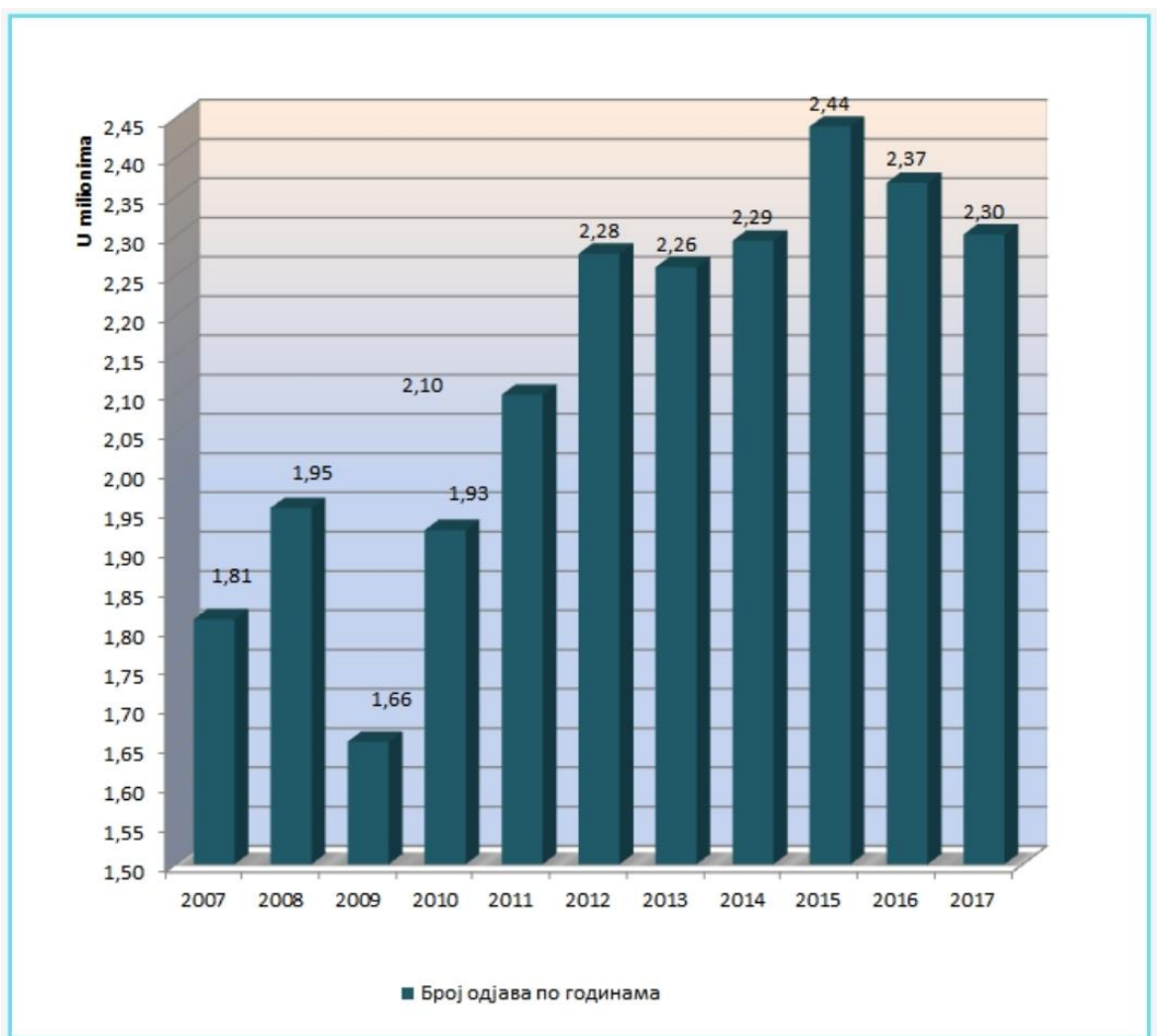
Извор: Број пријава и одјава РФЗО. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/broj-prijava-odjava-stat> (05.07.2023.)

Приликом престанка, односно промене основа осигурања (нпр. заснивање/престанак радног односа, пензионисање, ...), „осигураници се одјављују са претходног осигурања. Одјава се обавља у надлежној филијали, односно испостави Републичког фонда за здравствено осигурање“.²⁵⁶

²⁵⁶ Број пријава и одјава РФЗО. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/broj-prijava-odjava-stat> (05.07.2023.)

Следећи графикон приказује број одјава са здравственог осигурања у периоду од 2007. до 2017. године.

Графикон 3. Број одјава са здравственог осигурања у периоду од 2007. до 2017. г



Извор: Број пријава и одјава РФЗО. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/broj-prijava-odjava-stat> (05.07.2023.)

9.2.5. Носиоци осигурања

Лица која имају „сопствени основ осигурања носиоци су осигурања за себе, али за и чланове својих породица који немају други основ осигурања“.²⁵⁷

Табела и графикон приказују укупан број носилаца осигурања по основима осигурања за 2017. годину, као и број чланова породице који су осигурани преко њих.

Табела 15. Укупан број носилаца осигурања по основима осигурања за 2017. годину, као и број чланова породице који су осигурани преко њих

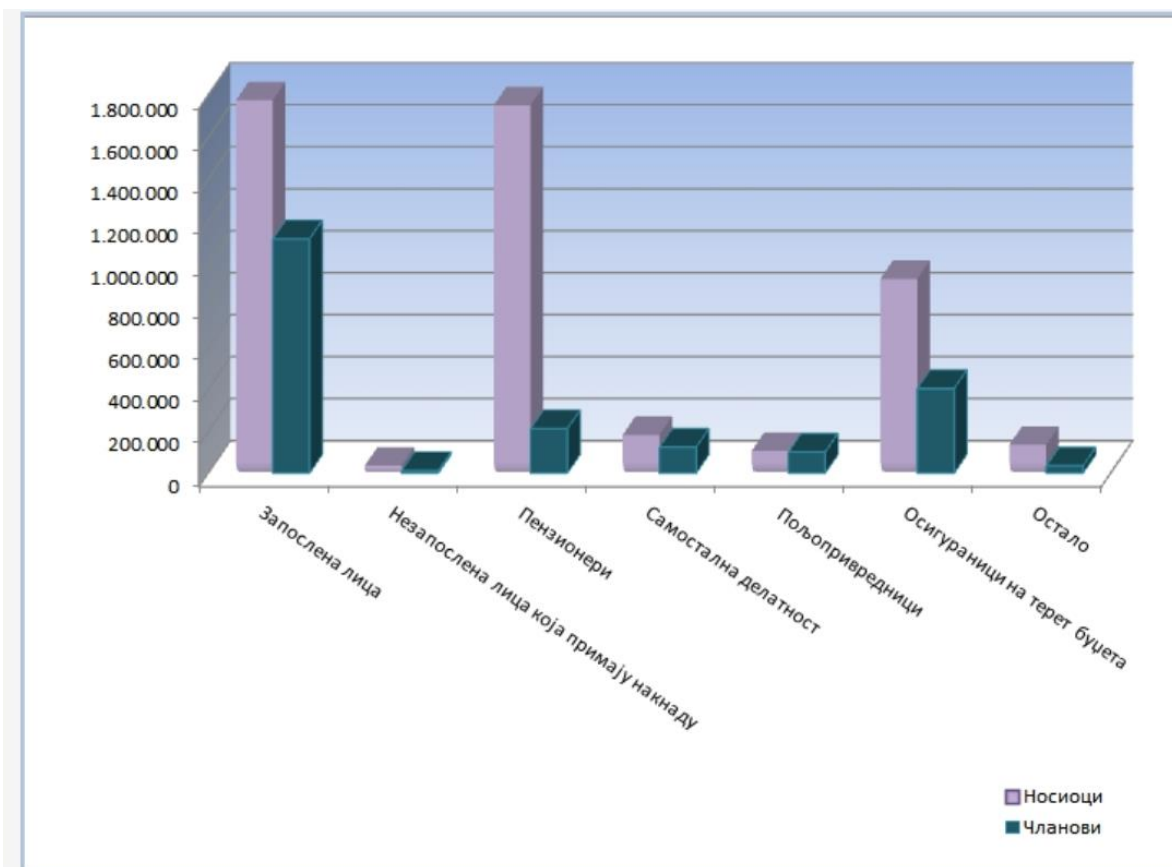
Основ осигурања	Укупан број осигураника	Носиоци	Чланови
Запослена лица	2.889.675	1.774.849	1.114.826
Незапослена лица која примају накнаду	46.323	35.372	10.951
Пензионери	1.962.002	1.751.378	210.624
Самостална делатност	304.503	181.475	123.028
Пољопривредници	204.628	104.709	99.919
Осигураници на	1.326.651	924.532	402.119

²⁵⁷ Носиоци осигурања РФЗО. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/nosioci-osiguranja-stat> (05.07.2023.)

терет буџета			
Остало	167.700	133.922	33.778
	6.901.482	4.906.237	1.995.245

Извор: Носиоци осигурања РФЗО. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/nosioci-osiguranja-stat> (05.07.2023.)

График 4. Укупан број носилаца осигурања по основима осигурања за 2017. годину, као и број чланова породице који су осигурани преко њих



Извор: Носиоци осигурања РФЗО. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/nosioci-osiguranja-stat> (05.07.2023.)

9.2.6. Старосна структура осигураника и заштита права осигураних лица

Према подацима Републичког завода за здравствено осигурање, „у Србији је 1.357.039 осигураника млађих од 20 година, 1.201.009 оних између 21 и 35 година, а 1.383.176 осигураника од 36 до 50 година. Осигураника који имају између 51 и 65 година укупно је 1.502.847, а старијих од 65 година је 1.457.411“.²⁵⁸

Следећи графикон приказује старосну структуру свих осигураника.

Графикон 5. Старосна структура свих осигураника

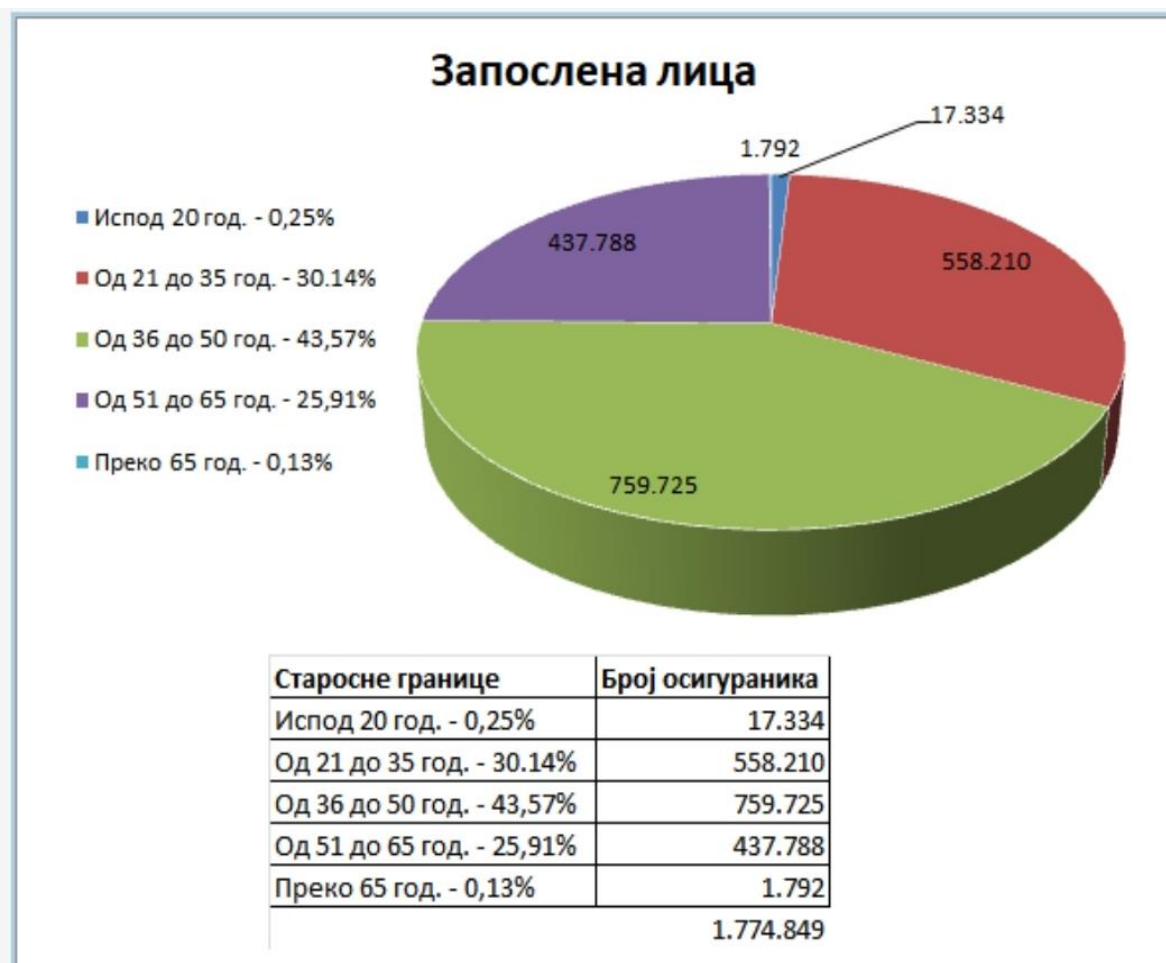


Извор: Старосна структура становника. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/starosna-struktura-stat> (05.07.2023.)

²⁵⁸ Старосна структура становника. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/starosna-struktura-stat> (05.07.2023.)

Следећи графikon приказује старосну структуру запослених лица која су пријављена на здравствено осигурање.

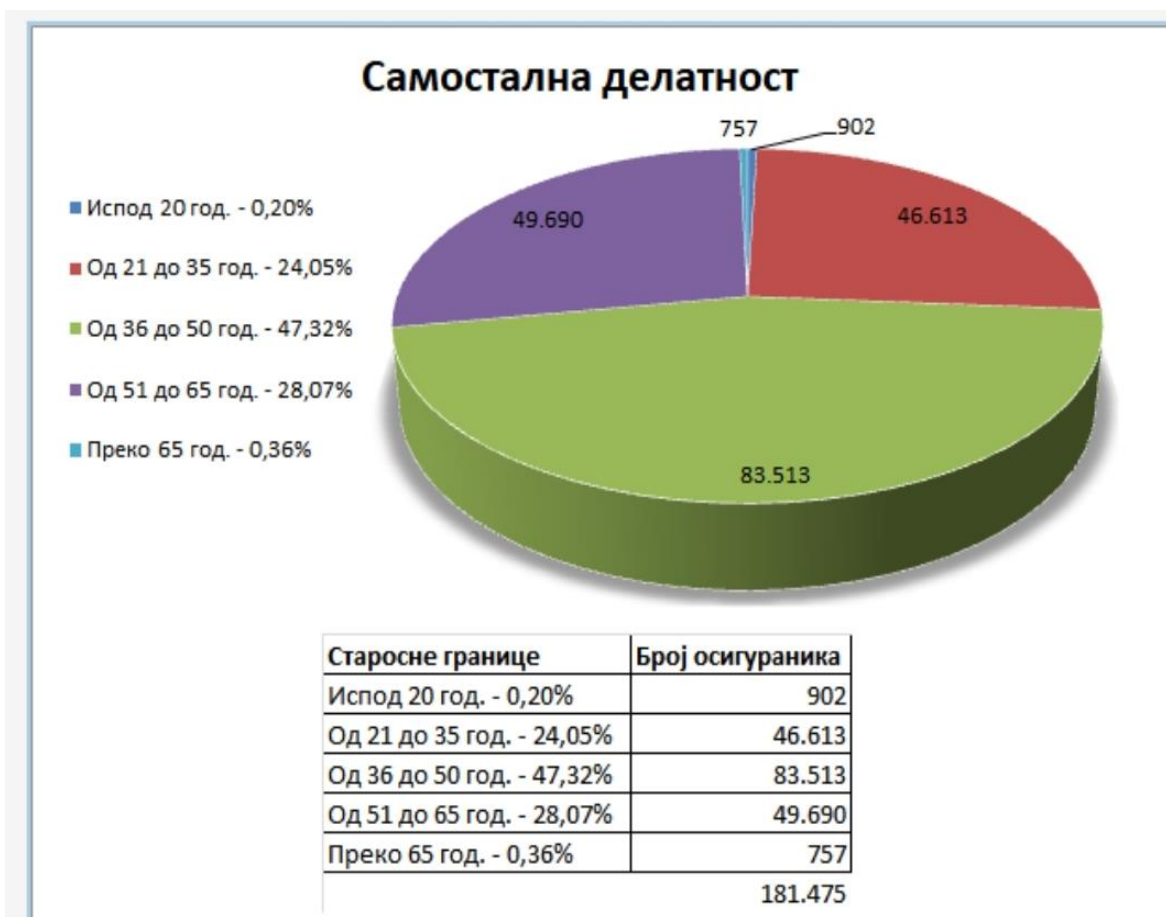
Графикон 6. Старосна структура запослених лица која су пријављена на здравствено осигурање



Извор: Старосна структура становника. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/starosna-struktura-stat> (05.07.2023.)

Следећи графикон приказује старосну структуру осигураника која обављају самосталну делатност.

Графикон 7. Старосна структура осигураника која обављају самосталну делатност



Извор: Старосна структура становника. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/starosna-struktura-stat> (05.07.2023.)

Следећи графикон приказује старосну структуру лица осигураних по основу незапослености.

Графикон 8. Старосна структура лица осигураних по основу незапослености



Извор: Старосна структура становника. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/starosna-struktura-stat> (05.07.2023.)

10. ЗАКЉУЧАК

Здравствени систем представља изузетно важан подсистем друштва у једној држави, чији је приоритет унапређење и очување здравља грађана.

Треба имати у виду да здравље људи, добро или лоше, није резултат појединачног избора, односно индивидуалног опредељења и хтења. У том смислу, изузетно је битно имати добро уређен систем здравствене заштите, макар на нивоу примарне здравствене заштите, која ће бити доступна свим грађанима у виду квалитетних здравствених услуга.

Када се определи појам „квалитетне здравствене услуге“, мисли се пре свега на право на свеобухватну здравствену заштиту, као и императив чувања и континуираног унапређења здравља. Оваквим приступом се пре свега додатно јача социјално, економска, али и политичка димензија здравствене заштите.

Право на здравствену заштиту је универзално људско право и сматра се тековином савременог друштва. Без обзира на тип друштвеног уређења, политичког опредељења и економског деловања, начин финансирања здравствене заштите мора бити легислативно одређен и доследно примењен. Тиме се заправо нуди конкретан одговор на питање, ко и на који начин сноси трошкове здравствене заштите у свим конкретно дефинисаним ситуацијама. Доследно примењена политика конкретно распоређених и дефинисаних здравствених ресурса мора да буде одраз системски постављених приоритета у привреду и друштву генерално, а у здравству нарочито.

У Републици Србији, систем здравственог осигурања је у основи обавезан, уз могућност увођења добровољног здравственог осигурања. У нашој држави се у основи примењује Бизмарков модел здравственог осигурања. Приметно је да је Републички фонд за здравствено осигурање и даље доминантан у финансирању здравствене заштите у јавном сектору. Међутим, оно што се уочава последњих година јесте то да се финансијска издвајања од стране Републичког фонда за

здравствено осигурање повећавају у континуитету из године у годину, али и даље нису довољна да се обезбеди приступ потпуној здравственој заштити и комплетним здравственим услугама. Сходно овој ситуацији, последњих година све више долази до пораста личног учешћа осигураника у покривању трошкова здравствене заштите, чиме се заправо омогућило доктринарно утемељење, практична примена и правно уређење добровољног здравственог осигурања.

Сходно теми и примарном тематском опредељену, предмет истраживања у раду је здравствено осигурање у Републици Србији (основне карактеристике, значај, облици организовања у Србији и у свету, законска регулатива у Републици Србији, као и компаративни осврт на легислативу и уређење Европске уније, осврт на проблеме финансирања и трошкове здравствене заштите и друга релевантна питања која се односе како на обавезно здравствено осигурање, тако и на добровољно здравствено осигурање), као и улога друштава за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања.

Циљ истраживања је да се укаже на суштину, значај, предности и недостатке здравственог осигурања у Србији, имајући у виду решења националног законодавства, али и легислативе Европске уније.

У раду, односно истраживању, примарни фокус био је на релевантним питањима у вези здравственог осигурања и улоге друштава за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања, уз осврт на историјски развој и истраживачки контекст који је обухватио досадашњу заступљеност релевантних параметара Републичког фонда за здравствено осигурање, као и најновије статистичке податке истих.

Имајући у виду дефинисан предмет и циљ истраживања у раду, значај и примењену методологију, на самом почетку дисертације издвојиле су се основна хипотеза ове докторске дисертације, и четири посебне хипотезе.

Основна хипотеза: Креирање и унапређење здравственог осигурања и здравствене заштите сразмерно је социо - економском, културном и друштвеном

напретку, а финансијска одрживост здравственог система значајан је стуб привредног развоја.

Хипотеза 1: Здравствена заштита поред медицинског и социјалног аспекта, односно аспекта заштите здравља, права у оквиру здравствене заштите и социјалне сигурности грађана, има значајне импликације и у економском смислу, односно економском развоју државе.

Хипотеза 2: Добровољним здравственим осигурањем становништву се пружа могућност избора, као и омогућавање брже, квалитетније и доступније здравствене услуге.

Хипотеза 3: Економика здравства је изузетно значајна и правилним идентификовањем нивоа и структуре здравствених потреба, изналажењем ефикасних начина заштите здравља грађана и пружања квалитетних здравствених услуга, проценом могућности које пружа обавезно здравствено осигурање, те додатне подршке које пружа добровољно здравствено осигурање, омогућава се комплетна заштита универзалног људског права – права на здравствену заштиту.

Хипотеза 4: Друштва за осигурање значајна су могућност за све грађане Републике Србије у области добровољног здравственог осигурања.

Све хипотезе су кроз презентацију научних сазнања доказане.

У току израде ове докторске дисертације методолошки приступ је обухватио примену следећих метода: нормативни метод, историјски метод, компаративни метод, упоредноправни метод, индуктивни и дедуктивни метод, аналитички и синтетички метод, метод конкретизације, хипотетичко – дедуктивни метод и метод анализе садржаја и метод студије случаја.

Структурно, рад је поред основних уводних напомена обухватио детаљну анализу свих релевантних питања, везаних за тему рада, у доктринарно – научном смислу. Посебан део рада чини истраживачки део, који је обухватио анализу статистичких показатеља везаних за функционисање Републичког фонда за здравствено осигурање.

Дакле, свако поглавље имало је за циљ да анализира елементе здравственог осигурања у Републици Србији. Сходно реченом, свако поглавље је изнедрило одређене партикуларне закључке.

Докторска дисертација „Здравствено осигурање у Републици Србији и улога друштва за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања“ садржи десет главних целина (укључујући увод и закључак) и литературу, по следећој систематици:

У уводном делу рад се бави елаборацијом основних уводних напомена, предметом и циљем рада (како општим, тако и специфичним циљевима), значајем и методама истраживања, као и хипотезама истраживања.

У другом поглављу под називом „Појам, значај, и карактеристике здравственог осигурања“ детаљно су, на првом месту, анализирана питања везана за појам здравствене заштите и здравственог осигурања. Потом је анализиран значај здравствене заштите и здравственог осигурања, јер је финансирање система здравствене заштите од кључног значаја за здравствени, али и привредно – економски сегмент функционисања једне државе. Потом су анализирани карактеристике здравственог осигурања и улога здравственог менаџмента, сходно чињеници да здравствени систем захтева квалитетан менаџмент. То је кључна детерминанта његовог раста и развоја.

У трећем делу под називом „Историјат развоја здравственог осигурања у Србији и појединим европским земљама“, анализиран је на првом месту историјат развоја здравственог осигурања у Србији. Наиме, развој здравственог осигурања у Србији се може поделити на три периода: до Првог светског рата, између два светска рата и на период после Другог светског рата. Сва три периода су анализирана у раду. Потом је предмет елаборације у дисертацији био развој здравственог осигурања у појединим европским земљама. Историјски развој система здравствене заштите и здравственог осигурања представљен је за три европске земље – Немачку, Пољску и Словенију. У оквиру овог поглавља анализирани су и компаративни подаци о здравственом осигурању Организације за економску сарадњу и развој.

У четвртог поглављу под називом „Облици организовања здравственог осигурања у Србији и у свету“, на самом почетку представљен је уводни део о моделима здравственог осигурања. Потом су у дисертацији анализирани конкретни модели здравственог осигурања. У раду је представљена тројака подела модела организовања здравственог осигурања: подела Светске здравствене организације, европски и амерички модела, као и медицински штедни рачун. У оквиру поделе коју је определила Светска здравствена организација постоје следећи модели здравственог осигурања: Бизмарков, Бевериџов, Семашков (социјалистички) и тржишни (предузетнички) модел. Сви наведени модели су детаљно представљени у раду. У оквиру овог поглавља представљена је и финансијска пракса савременог света. Коначно, четврто поглавље обухвата и најважније питање, а то је питање модела здравственог осигурања у Србији и осврта на проблеме финансирања и трошкова здравствене заштите.

Пето поглавље носи назив „Законска регулатива у Републици Србији и Европској унији“. У Републици Србији, систем здравствене заштите уређен је Законом о здравственој заштити, док је систем здравственог осигурања уређен Законом о здравственом осигурању, као и одредбама Закона о осигурању у оним питањима која су битна за област здравственог осигурања, а која нису обухваћена Законом о здравственом осигурању. Подзаконска акта која су битна за област здравственог осигурања су: Уредба о добровољном здравственом осигурању, Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2022. г, као и Уредбу о Плану здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2022. г. У дисертацији су анализирани одредбе Закона о здравственој заштити и Закона о здравственом осигурању. Потом је учињен осврт на законску регулативу у Европској унији.

Шесто поглавље носи назив „Обавезно и добровољно здравствено осигурање у Републици Србији“. У овом поглављу учињен је детаљнији осврт на законски, доктринарни и практични аспект уређења обавезног и добровољног здравственог

осигурања. Такође, анализирана је и заступљеност добровољног здравственог осигурања у Европским земљама.

У седмом поглављу пажња је усмерена на „Друштва за осигурање“. У оквиру овог поглавља учињен је краћи осврт на неке виталне сегменте и учеснике у осигурању, у складу са темом дисертације и наредним поглављем који конкретизује анализу улоге осигуравајућих друштава у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања. У виду подналова, анализирана су следећа питања: појам и значај друштва за осигурање, начини организовања и функционисања друштава за осигурање, појам и врсте акционарских друштава.

Осмо поглавље носи назив „Улога друштава за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања“. На првом месту у оквиру овог поглавља јесте улога друштава за осигурање у организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања – примери из праксе. У оквиру овог подналова представљени су примери из праксе који се односе на организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања од стране друштава за осигурање. Примери из праксе обухватају: правила добровољног здравственог осигурања - Generali и правила добровољног здравственог осигурања Акционарског друштва за осигурање „АМС Осигурање“ а.д.о. Београд. Потом је учињен осврт на организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања у пракси, и то - добровољног здравственог осигурања које реализује Републички фонд за здравствено осигурање, као и добровољног здравственог осигурања које спроводе друштва за осигурање.

Девети део је „Истраживачки део“. У складу са свим реченим у претходним поглављима дисертације, сасвим је извесно каква су улога, значај и недлежности Републичког фонда за здравствено осигурање. У оквиру овог поглавља анализирани су сви кључни параметри функционисања Републичког фонда за здравствено осигурање. На самом почетку су представљене филијале са испоставама и истуреним шалтерима Републичког фонда за здравствено осигурање. Потом су табеларно представљени и анализирани подаци по следећим категоријама: регистрација изабраног лекара, број осигураника, број пријава и одјава на обавезно здравствено

осигурање, носиоци осигурања, те старосна структуру осигураника и заштита права осигураних лица.

Пре него што се изнесу најрелевантнији истраживачки резултати, нужно ће истаћи важну привредноправну улогу и функцију коју осигурање има у друштву. Наиме, основна функција осигурања састоји се у надокнади штете осигураницима када дође до реализације осигураних ризика. При свему реченом, изузетно је важна улога Републичког фонда за здравствено осигурање у домену превасходно обавезног здравственог осигурања, али и у сегменту добровољног здравственог осигурања. Не мање значајна је тренутна (али и будућа) улога друштва за осигурање у сегменту добровољног здравственог осигурања. С тим у вези, друштво за осигурање је правно лице које обавља делатност осигурања имовине и лица. Постоји више форми организовања осигуравајућих друштава. Према одредбама Закона о осигурању, два су облика осигуравајућих друштава - акционарско друштво за осигурање и друштво за узајамно осигурање. Акционарско друштво за осигурање представља основни облик осигуравајућег друштва по одредбама Закона о осигурању.

Према Извештајима Народне банке Србије који су представљени у раду, „сектор осигурања у Републици Србији се по степену развијености налази знатно испод просека земаља чланица Европске уније. У прилог томе говоре показатељи развијености тржишта осигурања – однос укупне премије и бруто домаћег производа и укупна премија по становнику. Према учешћу премије у процењеном бруто домаћем производу у 2021. години од 1,9%, Република Србија је на 65. месту на свету, док овај показатељ за земље чланице Европске уније износи чак 7,0%. Међутим, у поређењу с групом земаља у развоју света с просеком од 3,0% и земљама у развоју Европе и средње Азије, чији је просек 1,1%, као и с обзиром на то да се земље као што су Румунија и Турска налазе иза Републике Србије, може се закључити да је Република Србија на задовољавајућој позицији, уз постојање потенцијала за побољшање ове позиције“. Такође, „на крају 2022. године у Републици Србији пословало је 20 друштава за (ре)осигурање и њихов број је непромењен у односу на претходну годину. Искључиво пословима осигурања бави се 16 друштава, а само пословима реосигурања четири друштва. Од друштава која се

баве пословима осигурања искључиво животним осигурањем баве се четири друштва, искључиво неживотним осигурањем, односно и животним и неживотним осигурањем, бави се по шест друштава“. Коначно, „у структури укупног портфеља пет врста неживотних осигурања и то: добровољно здравствено осигурање, осигурање моторних возила – каско, осигурање имовине од пожара и других опасности, остала осигурања имовине и осигурање од одговорности због употребе моторних возила, учествује са 66,8%. Поређењем учешћа премије добровољног здравственог осигурања уочава се његов раст са 5,8% у 2021. години на 7,4% у 2022. години, што је резултат раста ове премије од чак 43,5%. При томе 77,4% тржишта покривају четири друштва за осигурање“.

У истраживачком делу анализирани су кључни параметри функционисања Републичког фонда за здравствено осигурање. На самом почетку представљене су филијале са испоставама и истуреним шалтерима Републичког фонда за здравствено осигурање. Потом су табеларно представљени и анализирани подаци по следећим категоријама: регистрација изабраног лекара, број осигураника, број пријава и одјава на обавезно здравствено осигурање, носиоци осигурања, те старосна структура осигураника и заштита права осигураних лица.

Ради спровођења здравственог осигурања, у складу са законом, Статутом Републичког фонда за здравствено осигурање и систематизацијом образоване су филијале са испоставама и истуреним шалтерима. У табели у оквиру овог поднаслова дат је преглед за укупно 31 филијалу на територији Републике Србије.

У првом делу анализе која се тиче регистрације изабраног лекара табеларно је представљено двадесет пет домова здравља који имају највећи проценат регистрованих осигураника, при чему је пресек направљен са мајем 2023. године. Из података презентованих у табели се може уочити да су здравствене установе са највећим бројем осигураника: Дом здравља - Нови Београд (211,440 осигураника), Дом здравља – Крагујевац (171,785 осигураника) и Дом здравља – Земун (173,978 осигураника). Здравствена установа са најмањим бројем осигураника је Дом здравља - Гацин Хан (6,345 осигураника).

У другом делу анализе која се тиче регистрације изабраног лекара биће табеларно представљен број регистрованих осигураника по филијали, при чему је пресек направљен са мајем 2023. године. Из података презентованих у табели се може уочити да су филијале са највећим бројем осигураника: Филијала Београд (1,667,388 осигураника), Филијала Нови Сад (604,995 осигураника) и Филијала Ниш (351,802 осигураника). Филијала са најмањим бројем осигураника је Филијала Косовска Митровица (45,565 осигураника).

У делу који анализира број осигураника, табеларно је приказан број обавезно здравствено осигураних грађана. Наиме, „у Србији је, закључно са 31.12.2017. године, било обавезно здравствено осигурано 6.901.482 грађана“. Као што се из табеларно приказаних података може видети, највећи број осигураника је у Филијалама: Београд (1.653.211), Нови Сад (596.735) и Ниш (361.399). Најмањи број осигураника је у филијали Гњилане (22.310).

У делу - Број пријава и одјава на обавезно здравствено осигурање, сагледава се и анализира број пријава и одјава на обавезно здравствено осигурање.

У делу - Носиоци осигурања, представљени су табела и графикон за следеће параметре података - укупан број носилаца осигурања по основима осигурања за 2017. годину, као и број чланова породице који су осигурани преко њих.

Према подацима Републичког завода за здравствено осигурање, „у Србији је 1.357.039 осигураника млађих од 20 година, 1.201.009 оних између 21 и 35 година, а 1.383.176 осигураника од 36 до 50 година. Осигураника који имају између 51 и 65 година укупно је 1.502.847, а старијих од 65 година је 1.457.411“. Сходно овоме, у делу - Старосна структуру осигураника и заштита права осигураних лица представљени су графикони за следеће параметре података: старосна структура свих осигураника, старосна структура запослених лица која су пријављена на здравствено осигурање, старосна структура осигураника која обављају самосталну делатност, као и старосна структура лица осигураних по основу незапослености.

Оно што се на основу истраживања у раду може закључити јесте следеће. Систем здравствене заштите је саставни елемент, односно подсистем здравственог система који обухвата целокупну здравствену инфраструктуру која инкорпорира све програме и услуге у области обезбеђења и пружања здравствене заштите. Здравствено осигурање је облик социјалног осигурања, којим се осигураним лицима обезбеђује право на здравствену заштиту и остала права из области здравственог осигурања. Истина је да организовање система здравствене заштите, међутим, није једноставан задатак, посебно данас када су изазови који се постављају пред његово успешно функционисање све већи.

Када је реч о облицима здравствене заштите може се слободно рећи да део који се тиче финансирања система здравствене заштите опредељујуће утиче на облик организовања здравственог система. У складу са законским одређењем, систем здравственог осигурања у Србији је, у основи, обавезан уз могућност увођења добровољног здравственог осигурања. У Републици Србији у основи се примењује Бизмарков модел здравственог осигурања, са уливом одређених обележја Беверицовог модела, што указује да је у Србији присутан мешовити систем финансирања.

У Републици Србији, систем здравствене заштите уређен је Законом о здравственој заштити, док је систем здравственог осигурања уређен Законом о здравственом осигурању, као и одредбама Закона о осигурању у оним питањима која су битна за област здравственог осигурања, а која нису обухваћена Законом о здравственом осигурању. Према одредбама Закона о здравственом осигурању, у Републици Србији имамо две врсте здравственог осигурања: обавезно здравствено осигурање и добровољно здравствено осигурање.

Обавезно здравствено осигурање је доминантно у Србији. Међутим, последњих деценија како у Србији, тако и у свету, трошкови здравствене заштите изузетно брзо расту. А сразмерно расту трошкова, расте и значај питања избора модела и организације здравственог осигурања, као једног од најважнијих социјалних, економских, а тиме и политичких питања. У условима појачане тражње

за здравственим услугама у Републици Србији, затим услед проблема у организацији обавезног здравственог осигурања, али и других потешкоћа, јавља се потреба за интензивнијим присуством добровољних облика здравственог осигурања, што ће, претпоставља се, бити интензивирао у наредним годинама.

11. ЛИТЕРАТУРА

Књиге и чланци:

1. Albrecht, T., Delnoij, D.M.J. (2005). 'Changes in Primary Health Care Centers over the Transition period in Slovenia. *European Journal of Public Health*, 16 (3), 238-243.
2. Arsenijević, J., Pavlova, M., Groot, W. (2013). Measuring the catastrophic and impoverishing effect of household health care spending in Serbia. *Social Science & Medicine*, 78, 17-25.
3. Бабић, В. (2008). Финансирање јавних расхода у области социјалног осигурања. *ИМК-14- Истраживање и развој*, 14(1–2), 99–105.
4. Бабић, И. (2006). Привредно право. Београд: Универзитет Сингидунум.
5. Borda, M. (2011). Voluntary health insurance as a method of health care financing in European countries. *International Journal of Economics and Finance Studies*, 3 (1), 119-127.
6. Бранковић, Ђ. (2011). Допунско здравствено осигурање. *Токови осигурања*, 3, 17-21.
7. Веселиновић, П. (2014). Реформа јавног сектора као кључна детерминанта успешности транзиције привреде Републике Србије. *Економски хоризонти*, 16(2), 141–159.
8. Веселиновић, Ј. (2017). Привредно право. Нови Сад: Универзитет у Новом Саду, Пољопривредни факултет.

9. Vaughan, E., Vaughan, T. (1995). Osnove osiguranja i upravljanje rizicima. Zagreb: MATE.
10. Гајић-Стевановић, М., Димитријевић, С., Вукша, А. и Јовановић, Д. (2009). Здравствени систем и потрошња у Србији од 2004 до 2008. Београд: Институт за јавно здравље Србије" Др Милан Јовановић Батут.
11. Гајић-Стевановић, М. (2014). Анализа здравственог система и потрошње за здравствену заштиту на националном нивоу у периоду од 2003. до 2014. године, Београд: Институт за јавно здравље Србије „Милан Јовановић Батут“, 2-17.
12. Гавриловић, А., Трмчић, С. (2012). Здравствено осигурање у Србији – финансијски одржив систем. Медународна научна конференција МЕНАЦИМЕНТ 2012, Младеновац, Србија, 20-21. април 2012, 1-7.
13. Girouard, N., Imai, Y. (2000). The Healthcare System in Poland, OECD Economic Department Working Papers No. 257, OECD Publishing, 2000 (30).
14. Глинтић, М. (2014). Република Словенија. У: Системи здравствене заштите и здравственог осигурања - упоредноправна анализа у европским земљама (ур. Јовичић, К.). Београд: Институт за упоредно право и Синдикат лекара и фармацеута Србије - Градска организација Београда, 122-137.
15. Глинтић, М. (2014). Савезна Република Немачка. У: Системи здравствене заштите и здравственог осигурања - упоредноправна анализа у европским земљама (ур. Јовичић, К.). Београд: Институт за упоредно право и Синдикат лекара и фармацеута Србије - Градска организација Београда, 41-57.
16. Дамњановић, Р., Владисављевић, В. и Араповић, Т. (2018). Модели финансирања здравственог осигурања. *Oditor*, 4 (1), 85-93.
17. Diacon, S., Carter, R., (1996). *Success in insurance* (third edition), London: John Murray.

18. Evans, D. B., Tandon, A., Murray, C. J., i Lauer, J. A. (2001). Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis. *BMJ*, 323 (11), 307-310.
19. Evans, D. B., Tandon, A., Murray, C. J., i Lauer, J. A. (2000). The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries. *World Health Organization*, 29(29), 28-36.
20. Јанковић, Д. (2011). Здравствено осигурање као фактор трошкова здравствене заштите, *Школа бизниса*, бр. 4, 69-82.
21. Јакшић, М., Тодоровић, В. (2018). Инвестициона активност и финансијска стабилност сектора осигурања у земљама Западног Балкана, *Европска ревија за право осигурања*, 1, 45-55.
22. Јакшић, М., Аћимовић, С., Бацковић, М., Церовић, Б., Медојевић, Б. (2006). *Економски речник*. Центар за издавачку делатност Економског факултета у Београду.
23. Јевремовић, С. (2020). *Компаративна анализа перформанси сектора осигурања у Европској унији и земљама западног Балкана*. Докторска дисертација, Београд: Универзитет Унион, Београдска банкарска академија, Факултет за банкарство, осигурање и финансије.
24. Јовановић, С., Миловановић, С., Мандић, Ј., Јововић, С. (2015). Системи здравствене заштите. *Енграми*, 37 (1), 75-82.
25. Јовановић, В. (1962). *Осигурање у привреди*, Загреб: Информатор.
26. Јовичић, К. (2014). *Република Пољска. У: Системи здравствене заштите и здравственог осигурања - упоредноправна анализа у европским земљама* (ур. Јовичић, К.). Београд: Институт за упоредно право и Синдикат лекара и фармацеута Србије - Градска организација Београда, 93-109.
27. Јовичић, К. (2014). *Системи здравствене заштите и здравственог осигурања - упоредноправна анализа у европским земљама*. Београд: Институт за

- упоредно право и Синдикат лекара и фармацеута Србије - Градска организација Београда.
28. Jorion, P. (1997). *Value at Risk: The New Benchmark for Controlling Market Risk*, McGraw-Hill, New York.
29. Jurković, P. (1986). *Osnove ekonomike društvenih djelatnosti*. Zagreb: Ekonomski institute.
30. Кочовић, Ј., Ракоњац-Антић, Т., Рајић, В. (2013). Добровољно здравствено осигурање као допуна обавезном здравственом осигурању у Србији. *Економске теме*, 51 (3), 541-560.
31. Косановић, Р., Анђелски, Х. (2015). Основни правци развоја здравственог осигурања у Републици Србији (1922–2014). *Здравствена заштита*, 44 (3), 48-70.
32. Косановић, Р. (2011). *Социјално право*. Радничка штампа, Београд: Friedrich Ebert Stiftung.
33. Ковач, Н. (2013). *Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj*, *Економски вјесник*, 26 (2), 551-563.
34. Ковачевић, М. (2023). Фактори који утичу на развој добровољног здравственог осигурања у Републици Србији. *Токови осигурања*, 1, 75-102.
35. Круљ Младеновић, М., Мушикић, С. (2015). Надзор над обављањем делатности осигурања у Републици Србији. *Економски погледи*, 17 (1), 99-119.
36. Kuszewski, K., Gericke, C. (2005). *Health Systems in Transition: Poland*, WHO, 7 (5), Copenhagen.
37. Лабус, М. (2008). Упоредна анализа релевантног тржишта: Концепт и примена. Савез економиста Србије и Удружење корпоративних директора Србије, Саветовање “Транзиција, достизање ЕУ и повезане теме”, 17-29.

38. Levy, E. (1988). La demande en economie de la sante, *Revue d'“economie politique*, 4., 445-507.
39. Маровић, Б., Авдаловић, В. (2004). Осигурање и управљање ризиком, Суботица: Бирографика а.д.
40. Марковић, Б., Његомир, В. (2015). Осигуравајућа друштва у улози институционалних инвеститора, Сарајево, СОРС – 26 сусрет осигуравача и реосигуравача, 25-16.
41. Madžnard, A., Hutton, J. (Ed.) (1996). *Health Econocomics*, New York: J. Njilej and Sons.
42. Митровић, М., и Гавриловић, А. (2013). Организација и менаџмент у здравственом систему Србије. *FBIM Transactions*, 1(2), 145–158.
43. Мићовић, П. (2009). Здравствени менаџмент. *Здравствена заштита*, 38(5), 73-78.
44. Milojević I., Mihajlović M., Cvijanović M., (2012). Impact of organizational failure of relevance consolidated budget, *Ekonomika poljoprivrede*, 59 (1), 63-71.
45. Mihajlović M., Trandafilović A., Miletić A. (2017). The application of stochastic model of inventory management of spare parts in military medical institutions, *The 1st International Conference on Management, Engineering and Environment, ICMNEE 2017, Belgrade, September 28-29*, 323-333.
46. Mossialos, E., Thomson. S., (2004). *Voluntary health insurance in the European Union*, Brussels, World Health Organization.
47. Мркшић Д., Петровић З., Иванчевић К. (2006). *Право осигурања*, Београд: Службени гласник.
48. Мркшић Д. (2001). *Правни положај осигуравајућих организација у југословенском праву осигурања*, Сарајево: СОРС.
49. McKee M, Mossialos E, Belcher P. (1996). The influence of European law on national health policy, *Journal of European Social Policy*, 6 (4), 263–286.

50. Ненадић , Б. (2002). Надзор над пословањем компанија за осигурање у праву Европске уније. Зборник радова - Ново законодавство у осигурању имовине и лица, Палић.
51. Његомир, В. (2006). Управљање имовином и обавезама осигуравајућих друштава. Рачуноводство, 50 (5-6), 94-103.
52. ОЕЦД, Холандија (1989). Економске студије ОЕЦД-а, 1988/89, Париз.
53. Обадовић, М. (2016). Управљење тржишним ризицима осигуравајућих друштава – докторска дисертација. Нови Сад: Универзитет у Новом Саду, Економски факултет Суботица.
54. Остојић, Б., Лутовац, Н., Матић, М. (2016). Савремено тржиште осигурања, Право – теорија, пракса, 1-3, стр. 47-62.
55. Остојић, С. (2007). Осигурање и управљање ризицима, Београд: Дата Статус.
56. Пак Ј. (2011). Право осигурања, Београд: Универзитет Сингидунум Београд.
57. Rassagnella, O., Rebba, V., Weber, G. (2013). Voluntary private health insurance among the over fifties in Europe, Health economics.
58. Пауновић, М. (2010). Постојеће стање и развојне перспективе тржишта осигурања у Србији, Београд: Универзитет Сингидунум Београд.
59. Петровић, М. (2022). Прописи ЕУ - Директива о примени права пацијената у прекограничној здравственој нези. Токови осигурања, 2, 120-125.
60. Петровић, М. (2021). Пандемија Ковида 19: здравствени ризици и опсежне штетне последице по привредне и друге токове. Токови осигурања, 1, стр. 70-102.
61. Радивојевић, В., Весић, С. (2020). Неки аспекти развоја здравственог система Србије и Јапана. Научне публикације Државног универзитета у Новом Пазару - Серија Б: Друштвене & хуманистичке науке, 3 (2), 152-165.

62. Ракоњац Антић, Т. (2012). Пензијско и здравствено осигурање. Београд: Центар за издавачку делатност Економског факултета Универзитета у Београду.
63. Ракоњац Антић, Т. (2018). Пензијско и здравствено осигурање. Београд: Центар за издавачку делатност, Економски факултет Универзитета у Београду.
64. Ракоњац Антић, Т., Копривица, М. (2020). Специфичности приватних извора финансирања здравствене заштите. Ревизија Копаоничке школе природног права, 1, 83-97.
65. Rajnih, M. EMEU Praktikum, br. 8/10 (2008), Evropska agencija za rekonstrukciju.
66. Ристић, К., Белокапић, П., Миленковић, С. и Ристић, Ж. (2016). Економија социјалног, здравственог и пензијског осигурања. Београд: ЕтноСтил.
67. Sagan, A. (2011). Poland: Health System Review. Health Systems in Transition, WHO, 13 (8).
68. Симић, И. (2011). Менаџмент. Ниш: Економски факултет Универзитета у Нишу.
69. Совиљ, Р. (2018). Упоредноправна анализа и изазови регулисања и финансирања здравственог осигурања. Страни правни живот, бр. 3, стр. 143-161.
70. Стоиљковић, М., Цвијановић, Д. И Војновић, Б. (2013). Менаџмент задовољством и мотивацијом у здравственим установама. Београд: Институт за економику пољопривреде.
71. Stošić, S., Rabrenović, M. (2016). Здравствено осигурање и права пацијената у земљама Европске уније. Strani pravni život, 60 (2), 185-197.
72. Тотић, И. (2012). Нека питања у вези са финансирањем здравствене заштите у земљама-чланицама Европске уније. Медицински гласник Специјалне

- болнице за болести штитасте жлезде и болести метаболизма “Златибор”, 17 (43), 54-68.
73. Тотић, И., Марић-Крејовић, С. (2010). Финансирање здравствених потреба и обрачун и плаћање здравствених услуга, Финансирање здравствених потреба и обрачун и плаћање здравствених услуга, 15 (33), 45-62.
74. Тотић, И. (2011). Политике у здравственом систему Европске уније. Здравствена заштита, 40 (5), 43-55.
75. Томашић, Љ. (2014). Осврт на проблеме, са препорукама за унапређење и развој здравственог система Републике Србије. У: Системи здравствене заштите и здравственог осигурања - упоредноправна анализа у европским земљама (ур. Јовичић, К.). Београд: Институт за упоредно право и Синдикат лекара и фармацеута Србије - Градска организација Београда, 210-212.
76. Томановић, Г. (2023). Знање и ставови руководиоца о примени стандардизованих системима менаџмента у Републичком фонду за здравствено осигурање. Здравствена заштита, 52 (1), 50-73.
77. Thomson, S., Mossialos, E. (2009). Private Health Insurance in the European Union, Final report prepared for the European Commission, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science.
78. Филиповић Ј, Јовановић Б, Бјеловић М. (2017). Менаџмент квалитета у здравству, Факултет организационих наука, Београд: Универзитет у Београду.
79. Hussels, S., Ward, D., Zurbrugg, R. (2005). Stimulating the demand for insurance, Risk Management and Insurance Review, 8 (2), 257-278.
80. Царић, С., Витез, М., Дукић Мијатовић, М., Веселиновић, Ј. (2016). Привредно право. Нови Сад: Универзитет Привредна академија, Факултет за економију и инжењерски менаџмент.

81. Cichon, M., Newbrander, W., Yamabana, H., Weber, A., Normand, C., Dror, D., Preker, A. (1999). *Modelling in health care financing (A compendium of quantitative techniques for health care financing)*, Geneva: ILO.
82. Цуцић В, Симић С. Бјеговић В, Живковић М, Докнић-Стефановић Д, Вуковић Д. (2000). *Социјална медицина*. Београд: Савремена администрација.
83. Чолаковић, С. (2013). *Анализа реформе система здравственог осигурања и здравствене заштите у Републици Србији*. Мастер рад. Београд: Универзитет Сингидунум.
84. Чоловић, В. (2010). *Осигуравајућа друштва - Законодавство Србије, право ЕУ, упоредно право*. Београд: Институт за упоредно право.
85. Шкрбић, М. (1978). *Увод у економику здравства*, Загреб: Југословенска медицинска наклада.
86. Шулејић, П. (2005). *Право осигурања*. Београд: Досије.

Национални и међународни прописи:

1. Закон о привредним друштвима, "Сл. гласник РС", бр. 36/2011, 99/2011, 83/2014 - др. закон, 5/2015, 44/2018, 95/2018, 91/2019 и 109/2021
2. Закон о облигационим односима, "Сл. лист СФРЈ", бр. 29/78, 39/85, 45/89 - одлука УСЈ и 57/89, "Сл. лист СРЈ", бр. 31/93, "Сл. лист СЦГ", бр. 1/2003 - Уставна повеља и "Сл. гласник РС", бр. 18/2020.
3. Закон о здравственој заштити, „Сл. гласник РС“, бр. 25/2019.
4. Закон о здравственом осигурању, „Сл. гласник РС“, бр. 25/2019.
5. Закон о осигурању, „Сл. гласник РС“, бр. 139/2014 и 44/2021.
6. Закон о спровођењу социјалног осигурања на подручју Демократске Федеративне Југославије, „Сл. листДФЈ“, бр. 29/45.
7. Закон о уређењу судова социјалног осигурања и Врховног суда социјалног осигурања, „Сл. листДФЈ“, бр. 85/45.
8. Закон о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника, „Сл. листФНРЈ“, број 65/46.
9. Закон о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица, „Сл. листФНРЈ“, бр. 10/50, 13/50, 4/51, 11/51 и 46/51.
10. Закон о здравственом осигурању радника и службеника, „Сл. листФНРЈ“, број 51/54.
11. Закон о пензијском осигурању, „Сл. листФНРЈ“, број 51/57.

12. Закон о инвалидском осигурању, „Сл. лист ФНРЈ“, број 49/58.
13. Закон о здравственом осигурању, „Сл. лист ФНРЈ“, бр. 22/62 и 53/62.
14. Закон о организацији и финансирању социјалног осигурања, „Сл. лист ФНРЈ“, број 22/62.
15. Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва, „Сл. гласник СРС“, број 27/70.
16. Закон о здравственој заштити, „Сл. гласник СРС“, бр. 30/79, 59/82, 18/83, 22/84, 50/84, 51/85, 49/86, 22/87, 35/87 – исправка, 42/87 – пречишћен текст, 46/87 – исправка, 8/88 и 20/89.
17. Закон о здравственој заштити, „Сл. гласник СРС“, број 4/90.
18. Закон о здравственом осигурању, „Сл. гласник РС“, бр. 18/92, 26/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96, 46/98, 54/99, 29/2001 и 18/2002)..
19. Закон о здравственој заштити, „Сл. гласник РС“, бр. 107/05, 72/09 – др. закон, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 –др. закон и 93/14)..
20. Књига V Социјалног законика, BGB I S. 2477 20.12.1988.
21. OECD - Health Data 96, OECD, Paris, 1996.
22. Општи закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва, „Сл. лист СФРЈ“, број 20/69.
23. Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2022.г, "Сл. гласник РС", бр. 24/2022, 81/2022, 127/2022, и 137/2022.
24. План развоја здравствене заштите Републике Србије, „Сл. гласник РС“, бр.34/2010.

25. Стратегија развоја здравственог осигурања у Србији до 2020. године, Републички фонд за здравствено осигурање, Београд 2013, стр. 4. Доступно на: <http://med-forum.rs/wp-content/uploads/2016/09/pdf> (21.05.2023.)
26. Уредба о Плану здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2022. годину, „Сл. гласник РС”, бр. 132/ 2021.
27. Уредба о добровољном здравственом осигурању, „Сл. гласник РС“, бр. 108/08, 49/09.
28. Устав Републике Србије, „Сл. гласник РС“, бр. 98/2006 и 115/2021.

Интернет извори:

1. Број регистрованих осигураника по филијали - мај 2023. год. Доступно на: https://www.rfzo.rs/download/ril/brreg_pofilijalama.pdf (05.07.2023.)
2. Број осигураника РФЗО. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/broj-osiguranika-stat> (05.07.2023.)
3. Број пријава и одјава РФЗО. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/broj-prijava-odjava-stat> (05.07.2023.)
4. EUR-lex, Consolidated text: Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare, Brussels, 2011. Доступно на: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A02011L0024-20140101> (30.07.2022)
5. EUR-lex, Council Directive 2013/64/EU of 17 December 2013 amending Council Directives 91/271/EEC and 1999/74/EC, and Directives 2000/60/EC, 2006/7/EC, 2006/25/EC and 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council, following the amendment of the status of Mayotte with regard to the European Union, Brussels, 2013,. Доступно на: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32013L0064> (21.07.2022)
6. Извештај Народне Банке Србије – Преглед броја осигурања, броја осигураника и премије по врстама и тарифама осигурања за Србију. Доступно на: https://www.nbs.rs/export/sites/NBS_site/documents/osiguranje/godisnji/god_T1_2022.pdf (15.05.2023.)
7. Извештај о финансијском пословању Републичког фонда за здравствено осигурање за 2012. годину. Доступно на: https://www.rfzo.rs/download/fin_plan/finizvestaj2012.pdf (27.05.2023.)

8. Извештај о финансијском пословању Републичког фонда за здравствено осигурање за 2011. годину. Доступно на:
https://www.rfzo.rs/download/fin_plan/finizvestaj2011.pdf (27.05.2023.)
9. Извештај о финансијском пословању Републичког фонда за здравствено осигурање за 2018. годину. Доступно на:
https://www.rfzo.rs/download/fin_plan/18.04.2019.%20Izvestaj%20o%20finansijskom%20poslovanju%20RFZO%20za%202018.%20godinu.pdf (27.05.2023.)
10. Извештај Народне банке Србије, Сектор осигурања у Републици Србији за 2022. годину. Доступно на:
https://www.nbs.rs/export/sites/NBS_site/documents/osiguranje/izvestaji/izv_IV_2022.pdf (27.05.2023.)
11. Народна банка Србије (2022). Извештај Народне банке Србије: Преглед број осигурања, број осигураника и премије по врстама и тарифама осигурања за Србију у 2021. години. Доступно на:
https://www.nbs.rs/export/sites/NBS_site/documents/osiguranje/izvestaji/izv_IV_2022.pdf (05.05.2023.)
12. Надлежности Републичког фонда за здравствено осигурање. Доступно на:
<https://www.rfzo.rs/index.php/nadleznosti> (29.05.2023.)
13. Носиоци осигурања РФЗО. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/nosioci-osiguranja-stat> (05.07.2023.)
14. Општи услови добровољног здравственог осигурања – АМС осигурање. Доступно на: https://www.ams.co.rs/files/putno/opsti_uslovi_DZO.pdf (27.05.2023.)
15. Организација Републичког фонда за здравствено осигурање. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/organizacija-info> (29.11.2022.)

16. Републички фонд за здравствено осигурање. Доступно на: [www. rzzo.rs](http://www.rzzo.rs). (05.04.2023.)
17. Републички фонд за здравствено осигурање (2019). Извештај о финансијском пословању Републичког фонда за здравствено осигурање за 2018. годину. Доступно на: https://www.rfzo.rs/download/fin_plan/18.04.2019.%20Izvestaj%20o%20finansijskom%20poslovanju%20RFZO%20za%202018.%20godinu.pdf (05.05.2023.)
18. Правила добровољног здравственог осигурања Generali Осигурање Србија а.д.о. Доступно на: https://www.general.rs/upload/documents/Uslovi/Zdravstveno/TL_O_02_PR_01_03_Pravila_Dobrovoljnog_zdravstvenog_osiguranja_Generali_O...pdf (27.05.2023.)
19. Покрајински фонд. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/organizacija-info/orgjedinice/pokrajinskifond> (29.11.2022.)
20. Старосна структура становника. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/starosna-struktura-stat> (05.07.2023.)
21. Филијале са испоставама. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/index.php/organizacija-info/orgjedinice/filijale-ispostave> (29.11.2022.)
22. World Health Organization. Italy health system review. Доступно на: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141626/HiT-16-4-2014-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. (25.03.2023)
23. 25 домова здравља који имају највећи проценат регистрованих осигураника - мај 2023. год. Доступно на: <https://www.rfzo.rs/download/ril/top25dz.pdf> (05.07.2023.)