

**УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ПРАВНИ ФАКУЛТЕТ**

Јелена Ј. Шантрић

**Добровољно здравствено осигурање
у Републици Србији
- стање и финансијска перспектива**

Докторска дисертација

Београд, 2013

**UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF LAW**

Jelena J. Šantrić

**Voluntary health insurance
in Serbia
- State and financial perspective**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2013

Ментор: Др Дејан Поповић, ред. проф. Правног факултета Универзитета у Београду

Коментор: Др Бранко Лубарда, ред. проф. Правног факултета Универзитета у Београду

Чланови комисије:

1. Др Дејан Поповић, ред. проф. Правног факултета Универзитета у Београду
2. Др Бранко Лубарда, ред. проф. Правног факултета Универзитета у Београду
3. Др Божидар Раичевић , ред. проф. Економског факултета Универзитета у Београду, у пензији

Датум одбране:

Ову дисертацију посвећујем својој породици у чијем окриљу могу да постигнем све што желим: пре свега својим родитељима који су ме научили шта су у животу праве вредности, својој деци као пример шта све могу да достигну уколико само довољно желе и уложе труд и свом супругу за несебичну подршку, помоћ и стрпљење.

Захваљујем се свом ментору, проф.др Дејану Поповићу што ми је са поверењем препустио реализацију своје идеје за овај рад, за уложени труд и време.

Захваљујем се свом коментору, проф.др Бранку Лубарди на конструктивним предлозима, добронамерним критикама и помоћи да рад буде што бољи.

Захваљујем се својим колегама и пријатељима са Медицинског факултета који су ми помагали, пружали подршку и веровали у мене.

Јелена Шантрић

Добровољно здравствено осигурање у Републици Србији – стање и финансијска перспектива

Резиме

Право на здравље, право на здравствену заштиту и право на социјално (укључујући и здравствено) осигурање представљају једну од темељних вредности сваког савременог друштва. Финансирање здравствене заштите становништва у савременом свету представља проблем са којим се суочавају како развијене земље тако и земље у развоју. Начини на које се финансирају системи здравствене заштите се деле према обухвату становништва здравственом заштитом, према извору финансирања здравствене заштите и власништву над зградама и опремом у здравству. На основу ових критеријума системи здравствене заштите су груписани у три основне групе: систем националне здравствене службе – тзв. Беверидов модел, систем обавезног социјалног осигурања – тзв. Бизмарков модел и систем приватног осигурања - тзв. модел независних или суверених корисника.

Систем здравственог осигурања у Србији представља модел система обавезног социјалног осигурања, који се у складу са Законом о здравственом осигурању заснива на финансирању путем доприноса који уплаћују сви запослени и њихови послодавци (у износу од 6,15% из бруто зараде и 6,15% на бруто зараду) и у коме постоји државно власништво над зградама и опремом. Основна карактеристика овог система је начело узајамности и солидарности, у коме запослени и послодавац плаћају доприносе према бруто заради запосленог, а осигураник користи здравствене услуге према потребама. У буџету Републике се обезбеђују средства за уплату доприноса за одређене категорије лица (социјално угрожена, лица са повећаним ризиком од обољевања и др.).

Међутим, за разлику од овог нормативног стања, у пракси ствари изгледају другачије, јер постоје многи проблеми у функционисању и финансирању система здравственог осигурања. Систем у коме здравствени радник и осигураник одлучују о лечењу и коришћењу здравствених услуга према

потребама, без обзира на цену услуга, а на основу уплаћених доприноса, не може да опстане ни у много богатијим земљама. Због тога су донети општи акти којима се одређује обим и садржина услуга из здравственог осигурања и партиципацији осигураника, којима се право на здравствене услуге према потребама ограничава, као што је Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији који Републички фонд за здравствено осигурање доноси сваке године.

С обзиром на то да здравствено осигурање представља начин остварења права људи на здравствену заштиту - а у Србији је то готово искључиво обавезно здравствено осигурање, неопходно је сагледати све могућности за што боље и потпуније остваривање права на здравствену заштиту. Законом о здравственом осигурању је предвиђено које здравствене услуге падају на терет здравственог осигурања, што значи да су за осигуранике бесплатне. Следећа категорија услуга су оне за које осигураници плаћају партиципацију, односно код којих су одређени проценти од цена здравствених услуга које су осигураници дужни да плате. Трећа категорија услуга су оне које се не подмирују из средстава здравственог осигурања. Ситуација са лековима је другачија: партиципација се плаћа за набавку лекова који се налазе на листи лекова, а за остале лекове се плаћа пуна цена.

Осим овог нужног ограничења у обиму и садржају услуга из обавезног здравственог осигурања, постоје проблеми и у прикупљању средстава из којих се плаћа даваоцима здравствених услуга, јер је Републички Фонд за здравствено осигурање, који прикупља и располаже средствима за обавезно осигурање запослених, већ дуги низ година у финансијским проблемима и у константном недостатку средстава. Чињеница је да због економске кризе и бројних социјалних проблема држава прибегава отписивању дуговања за доприносе за здравствено осигурање ради постизања социјалног мира. Наплата доприноса се врши неефикасно, али недостају и буџетска средства која су намењена за здравствену заштиту социјално угрожених категорија становништва. Посебан проблем представља смањење основног прихода Републичког фонда за здравствено осигурање услед смањења броја запослених у земљи. У августу 2008. год. било је 2,1 милион запослених у Србији, у октобру 2010.год.1,8 милиона а у августу

2012.год. тај број је пао на 1.725.960 запослених (што је за 1,1% мање у односу на август 2011.год.), што нам показује да долази до смањења броја активних запослених лица из чијих се доприноса финансира цео систем обавезног здравственог осигурања у Србији.

Из наведеног је јасно да економска ситуација у земљи не омогућава тзв. бесплатну здравствену заштиту становништва, која је недоступна и у земљама са много већим стандардом од наше. Неминовно је дошло до укључивања у здравствену заштиту и средстава осигураника, независно од доприноса које су дужни да уплате у складу с одредбама Закона о здравственом осигурању. Као резултат ових промена, поставља се питање квалитета пружених здравствених услуга, као и питање конкуренције на тржишту пружања здравствених услуга, које се споро, али ипак све више развија у Србији. Такође се поставља питање лечења пацијената који су у могућности да плате додатна права по врсти и обиму и очекују већи стандард здравствених услуга.

С обзиром на ограничења у садржају и обиму услуга из обавезног здравственог осигурања, нужно су се појавили додатни извори средстава из којих се плаћају здравствене услуге које нису предвиђене обавезним здравственим осигурањем. Ови додатни извори су различито структурирани у развијеним земљама и земљама у транзицији.

У развијеним земљама лична средства осигураника се претежно појављују као допунски вид плаћања здравствених услуга „из џепа корисника“ али са значајним процентом средстава уложених у добровољно здравствено осигурање (просек за земље Европске уније је 66,5% из средстава корисника према 24,3% средстава из добровољног осигурања). У земљама у транзицији, проценат директних плаћања здравствених услуга је много већи, доминантан у односу на лична средства уложена у здравствено осигурање (у Србији, према подацима за 2007.год. 91,7% „из џепа корисника“ према 0,5% средстава из добровољног осигурања).

За повећање учешћа добровољног здравственог осигурања као допунског вида плаћања здравствених услуга, потребно је да се, поред постојећег обавезног здравственог осигурања, разради и добровољно здравствено осигурање као позитивна алтернатива обавезном здравственом осигурању за одређени број

корисника, који нису обавезно осигурани, или јесу, али имају потребе и могућности за обезбеђивање већих права или већег стандарда здравствених услуга.

Анализа стања добровољног здравственог осигурања обухвата и овај вид осигурања са становишта социјалног права, његових јавноправних елемената.

Циљ рада је био да се испита стање обавезног и добровољног здравственог осигурања у Србији, нормативне и стварне могућности за уговарање добровољног здравственог осигурања као и финансијска перспектива овог облика здравственог осигурања који представља новину у нашем систему.

Циљ рада је био, такође, да се испитају сви проблеми који се јављају у реализацији права на заштиту здравља и остварења права из здравственог осигурања, као и да се на основу критичке анализе здравственог система и система здравственог осигурања у Републици Србији, имајући у виду решења у појединим европским земљама и, посебно земљама у транзицији, предложе решења за боље функционисање система здравственог осигурања, нарочито применом и разрадом добровољног здравственог осигурања.

У изради рада коришћене су методе које одговарају предмету и циљу истраживања - а то су основни нормативни и догматички метод, упоредно - правни, статистички и компаративно - историјски метод.

Резултати рада, који представља истраживање у области у којој се дотичу социјално и финансијско право, показали су ограничења доминантног система обавезног здравственог осигурања, пре свега његове финансијске одрживости. Анализиран је постојећи систем добровољног здравственог осигурања и на бази компаративних искустава и испитивања стања на тржишту здравствених услуга у Србији дефинисан модел односа између ова два осигурања. Прецизно су одређене њихове релативне предности и недостаци и урађена анализа три врсте добровољног здравственог осигурања - паралелног, додатног и приватног, као и предлози за увођење нових врста и пакета осигурања, чиме је припремљен простор за уређивање ове материје законом.

Као закључак можемо да констатујемо да добровољно здравствено осигурање постаје и у Србији реалност. Имајући у виду одредбе Устава Републике Србије из 2006.године, којим је предвиђено да се здравствено осигурање

(здравствена заштита и оснивање фондова здравственог осигурања) уређује законом (чл.68, ст.3), као и да је потребно на потпунији начин уредити материју добровољног здравственог осигурања (као што је случај са хрватским Законом о добровољном здравственом осигурању) *de lege ferenda* се указала потреба за уређивање ове области законом.Увођењем и разрадом новијих видова добровољног здравственог осигурања, који су у раду разматрани, развијањем тржишта и броја понуда, остварењем конкуренције приватних здравствених осигурања, што представља и регулативу ЕУ (Трећа Директива о неживотном осигурању из 1992.године), а истовремено сужавањем права из обавезног здравственог осигурања, до кога неминовно мора да дође, због неусклађености обима права и финансијских могућности, добровољно здравствено осигурање ће постати доступно и грађанима различитих економских могућности. Циљ добровољног здравственог осигурања треба да буде обезбеђење здравствених услуга које обавезно здравствено осигурање не омогућава и обезбеђење вишег нивоа здравствених услуга од оног који је омогућен у обавезном осигурању. Заштита од непредвидљиве будућности и уклањање несигурности основни су разлози за уговарање различитих врста осигурања која постају неминовна будућност.

Кључне речи: здравствена заштита, обавезно здравствено осигурање, добровољно здравствено осигурање, финансирање здравствене заштите,

Научна област: право

Ужа научна област: социјално право, финансијско право

УДК број: 614.2:364.3:34:(497.11)(043.3)

Voluntary Health Insurance in Serbia

– State and Financial Perspective

Summary

The right to health, the right to health care and the right to social (including health) insurance represents one of the fundamental values of every modern society. Funding health care in the modern world is a problem faced by both developed countries and also by developing countries. Ways of funding health care systems are divided according to population coverage of the health care; according to the source of financing and the ownership of buildings and equipment. Based on these criteria, health care systems are divided into three main groups: the system of National Health Services - the so-called Beveridge model; the system of Compulsory Social Insurance - the so-called Bismarck model, and the system of Private Insurance - the so-called Independent and Sovereign Users model.

The health insurance system in Serbia represents a system of compulsory social insurance, which is in accordance with the Health Insurance Law based on financing through contributions paid by all employees and their employers (in the amount of 6.15 % of gross earnings and 6.15 % in gross earnings) and where there is government ownership of the buildings and equipment. The main feature of this system are principles of reciprocity and solidarity, in which employees and employers pay contributions to the gross earnings of the employee, and the insured uses health services as needed. The budget of the Republic of Serbia provides funds for the payment of contributions for certain categories of persons (socially vulnerable people, people with an increased risk of disease, etc.).

However, in contrast to the normative status, things look different in practice. There are many problems in the functioning and financing of the health insurance system. The system in which a health care worker and the insured are deciding on treatment and utilization of health services, regardless of the cost of services that are based on the contributions, can not be sustained even in the countries which are much more developed. Therefore, General Laws are adopted which determine the scope and

the content of services in health insurance and participation of the insured. They are limiting the right to health care services, such as Regulations on the content and scope of the right to health care, under the compulsory health insurance and the participation, which is defined annually by the Republic Health Insurance Fund.

Given the fact that health insurance is a way of exercising people's right to health care - in Serbia health insurance is almost exclusively mandatory - it is necessary to consider all the possibilities for a better and more complete realization of that right. Health Insurance Act provides the regulations which one of the health services are the responsibility of health insurance, which means that they are free for the insured. The following categories of services are those for which the insured has to pay a fee, or where they have to pay certain percentage of the cost of health care service. The third category of services is those that do not meet the health insurance funds. The situation with medications is different: participation is paid for medicines that are on the list, and for others, full price has to be paid.

In addition to the necessary restrictions on the scope and content of the services in compulsory health insurance, there are problems in raising funds for the health care providers because the Republic Health Insurance Fund, which collects and disposes funds for compulsory insurance of employees, is in the financial problems and the constant lack of funds for many years. The fact is that due to the economic crisis and many other social problems, the state frequently cancels debts for health insurance contributions in order to achieve social welfare. Contributions are paid inefficiently, and the resources devoted to health care for socially vulnerable population in the budget is also lacking. A particular problem is in the decrease of the revenues of the Health Insurance Fund, due to reduction in employment in the country. In August 2008, there were 2.1 million employees in Serbia. In October 2010, 1.8 million, and in August 2012 that number dropped to 1,725,960 employees (which is 1.1% less than in August 2011). That fact proves that there is a reduction in the number of active employees from whose contributions entire system of mandatory health insurance in Serbia is funded.

It is clear that the economic situation in the country does not allow so-called free health care of the population, which is unavailable even in countries with much higher standard than our own. Inevitably, there has been some involvement in the health care and the funds for insured, regardless of the contributions that they are required to give

in accordance with the provisions of the Health Insurance Act. As a result of these changes, the question of quality of health services is raised, as well as the issue of competition in the provision of health services. In Serbia, the changes are slow, but still developing. It also raises the question of the treatment of patients who are capable to pay the additional rights and expect a higher standard of health care services.

Due to limitations in content and scope of services under the compulsory health insurance, additional sources of funds inevitably showed up. That sources are used to finance medical services that are not anticipated by compulsory health insurance. These additional sources are structured differently in developed countries and countries in transition.

In developed countries, the personal resources of the insured is predominantly appeared as an additional form of payment for health services “out of pocket”, but with a significant percentage of resources invested in voluntary health insurance (average for EU countries is 66.5% of the users resources, opposite to 24.3% resources of the voluntary insurance). In countries in transition, the percentage of direct payments for health care services is much larger, dominant against the personal resources invested in health insurance (in Serbia, according to data for 2007, 91.7% “out of pocket” opposite to 0.5% resources of the voluntary insurance).

To increase the participation of voluntary health insurance as an additional form of payment of health care services, it is necessary, in addition to the existing mandatory, to develop voluntary health insurance. It will represent a positive alternative to compulsory health insurance for certain number of users who are not necessarily insured, or are insured but have needs and opportunities for the provision of enhanced rights or larger standard of health services.

The analysis of the situation of the voluntary health insurance covers this type of insurance considering social rights, and its public law elements.

The aim of this study was to investigate the condition of compulsory and voluntary health insurance in Serbia, and also the normative and the real possibility of contracting voluntary health insurance and the financial prospects of this form of health insurance, which is a novelty in our system.

The aim was also to examine all the problems that arise during the realization of the right to health care and the right to health insurance. Regarding the solutions in

some European countries, especially countries in transition, the aim is to propose solutions to better functioning of the health insurance system in Serbia, especially the implementation and elaboration of voluntary health insurance.

In the making of this work, the author has used the methods that correspond to the object and purpose of research: basic normative and dogmatic method, comparative - legal, statistical and comparative - historical method.

Results of this work, which represents a research in area which connects social and financial law, showed the limitations of the dominant system of compulsory health insurance, especially its financial viability. We analyzed the current system of voluntary health insurance on the basis of comparative experiences and examined the situation on the market of health services in Serbia, a model that defines the relationship between these two types of insurance. We precisely determined their relative advantages and disadvantages and we analyzed three types of voluntary health insurance - parallel, supplementary and private. Also, we determined some suggestions for new types of insurance, and made room for the editing of this matter by the Law.

In conclusion, we can state that voluntary health insurance becomes a reality in Serbia. Considering the provisions of the Constitution of the Republic of Serbia in 2006, which stipulates that the health insurance (health care and the establishment of health insurance funds) is regulated by the Law (Article 68, paragraph 3), as well as the need to more fully regulate voluntary health insurance (as is the case with Croatian Voluntary Insurance Law) there was a need to arrange this field. Voluntary health insurance will become available to the citizens of various economic opportunities: introducing and elaborating new types of voluntary health insurance, which are discussed in the paper; the development of the market and the number of offers; the competition of private health insurances, which are also regulated in the EU (Third Non-Life Insurance Directive of 1992); while narrowing the compulsory health insurance, which is inevitably to occur. The aim of the voluntary health insurance should be providing health services that mandatory health insurance does not provide, and to secure higher levels of health care services compared to the compulsory insurance. The main reasons for contracting various types of insurance are protection from unpredictable future and the removal of uncertainty.

Key words: health care, mandatory health insurance, voluntary health insurance,
health care financing

Scientific field: Law

Scientific Area: Social Legislation, Financial Law

UDC number: 614.2:364.3:34 (497.11) (043.3)

САДРЖАЈ

ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ – СТАЊЕ И ФИНАНСИЈСКА ПЕРСПЕКТИВА

ПРЕДГОВОР 1

I – ЗАШТИТА ЗДРАВЉА; СОЦИЈАЛНО И ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

ГЛАВА I – ЗАШТИТА ЗДРАВЉА 9

1. ПОЈАМ ЗДРАВЉА ЉУДИ 9

2. ПРАВО НА ЗАШТИТУ ЗДРАВЉА 11

3. ЗАШТИТА ЗДРАВЉА У МЕЂУНАРОДНИМ ДОКУМЕНТИМА 13

4. ЗАШТИТА ЗДРАВЉА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ 16

ГЛАВА II – СОЦИЈАЛНО И ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ 23

1. ПОЈАМ СОЦИЈАЛНОГ ОСИГУРАЊА 23

2. ПОЈАМ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА 27

3. ОБЛИЦИ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У УПОРЕДНОМ ПРАВУ 29

4. ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ 31

II – ОБАВЕЗНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

ГЛАВА III – ОБАВЕЗНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ 36

1. ПОЈАМ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА 35

2. НАЧЕЛА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА 38

3. ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА 42

3.1. Право на здравствену заштиту 43

3.1.1. Мере превенције и раног откривања болести 45

3.1.2. Прегледи и лечење у вези са трудноћом, порођајем и постнаталним периодом	46
3.1.3. Прегледи и лечење у случају болести и повреда	47
3.1.4. Преглед и лечење болести уста и ждрела	49
3.1.5. Медицинска рехабилитација у случају болести и повреде	51
3.1.6. Лекови и медицинска средства	53
3.1.7. Медицинско-техничка помагала	56
3.1.8. Партиципација	57
3.1.9. Здравствене услуге за које се не плаћа партиципација	60
3.1.10. Право на повраћај партиципације	62
3.1.11. Здравствене услуге које плаћа осигурано лице	63
3.2. Право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад	67
3.2.1. Случајеви стицања права на накнаду зараде	69
3.2.2. Дужина коришћења права на накнаду зараде за време привремене спречености за рад	70
3.2.3. Упућивање осигураника на оцену радне способности	71
3.2.4. Када осигуранику не припада право на накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања	73
3.3. Право на накнаду трошкова превоза	74
ГЛАВА IV – ОСИГУРАНА ЛИЦА	76
1. ОСИГУРАНИЦИ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ	76
1.1. Активни осигураници	76
1.2. Лица којима је признато својство осигураника	79
2. ОСТАЛА ОСИГУРАНА ЛИЦА	81
2.1. Лица која се укључују у обавезно здравствено осигурање	81
2.2. Чланови породице осигураника	82
2.3. Лица којима се обезбеђују права само у случају настанка повреде на раду или професионалне болести	84
3. СТРАНИ ДРЖАВЉАНИ У ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ	85

**ГЛАВА V – ФИНАНСИРАЊЕ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ
ОСИГУРАЊА 88**

1. ИЗВОРИ СРЕДСТАВА ЗА ФИНАНСИРАЊЕ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ
ОСИГУРАЊА 88
2. ДОПРИНОСИ ЗА ОСИГУРАНИКЕ 90
3. СРЕДСТВА ИЗ БУЏЕТА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ 98

**ГЛАВА VI – УГОВАРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА ОБАВЕЗНОМ
ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ 101**

1. УГОВОРНЕ СТРАНЕ У УГОВОРУ О ПРУЖАЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА У
ОБАВЕЗНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ 101
 - 1.1. Републички завод за здравствено осигурање 102
 - 1.2. Даваоци здравствених услуга 109
 - 1.2.1. *Здравствене установе* 109
 - 1.2.2. *Приватна пракса* 112
2. САДРЖИНА УГОВОРА О ПРУЖАЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ 115
3. КОНТРОЛА СПРОВОЂЕЊА УГОВОРА 122

**III – ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ-
ПОЗИТИВНО ПРАВО И ПРАКСА**

ГЛАВА VII – ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ 126

1. ПОЈАМ И ПРИНЦИПИ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА 126
2. ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У УПОРЕДНОМ ПРАВУ 130
 - 2.1. Европске државе 131
 - 2.1.1. *Европске државе са претежним финансирањем здравственог
осигурања из буџета* 133
 - 2.1.1.1. *Норвешка* 134
 - 2.1.2. *Европске државе са највећом заступљеношћу приватног
здравственог осигурања* 136
 - 2.1.2.1. *Холандија* 136
 - 2.1.2.2. *Немачка* 140

2.1.2.3. Француска.....	144
2.1.3. Европске државе са апсолутним покрићем становништва обавезним здравственим осигурањем - Швајцарска	149
2.2. САД	152
2.3. Бивше југословенске републике	158
2.3.1. Словенија	158
2.3.2. Хрватска.....	163
ГЛАВА VIII – ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У СРБИЈИ	172
1. ИЗВОРИ ПРАВА ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА.....	172
2. ВРСТЕ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА	173
2.1. Паралелно здравствено осигурање	174
2.2. Додатно здравствено осигурање	180
2.3. Приватно здравствено осигурање.....	185
ГЛАВА IX – УГОВАРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА У ДОБРОВОЉНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ	187
1. УГОВОРНЕ СТРАНЕ У УГОВОРУ О ДОБРОВОЉНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ	187
1.1. Давалац осигурања	188
1.2. Осигураник.....	190
2. УГОВОРНЕ СТРАНЕ У УГОВОРУ О ПРУЖАЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА	193
2.1. Давалац осигурања	193
2.2. Давалац здравствених услуга	196
2.2.1. Здравствене установе.....	196
2.2.2. Приватна пракса	198
ГЛАВА X – ДОПУНСКИ РАД ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА	200
1. ДОПУНСКИ РАД ПРЕМА ОДРЕДБАМА ЗАКОНА О ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ	200
2. ДОПУНСКИ РАД ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА ПРЕМА ОДРЕДБАМА Правилника о допунском раду	205
3. ЗДРАВСТВЕНЕ УСЛУГЕ КОЈЕ МОГУ ДА СЕ ОБАВЉАЈУ ДОПУНСКИМ РАДОМ	209
4. ОРГАНИЗОВАЊЕ ДОПУНСКОГ РАДА У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА	212

IV – ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ- ПЕРСПЕКТИВА

ГЛАВА XI – КВАЛИТЕТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ 217

1. СТАЊЕ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ..... 217
2. КОНТРОЛА КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ 226
3. УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ..... 228
4. КОНКУРЕНЦИЈА ПРИВАТНОГ СЕКТОРА 237

ГЛАВА XII – ПИТАЊЕ ПРИВАТИЗАЦИЈЕ У ЗДРАВСТВУ..... 243

1. МОДАЛИТЕТИ ПРОЦЕСА ПРИВАТИЗАЦИЈЕ У ЗДРАВСТВУ 243
 - 1.1. Активна приватизација 244
 - 1.2. Пасивна приватизација 246
2. ОГРАНИЧЕЊА ПРОЦЕСА ПРИВАТИЗАЦИЈЕ У ЗЕМЉАМА У ТРАНЗИЦИЈИ 247
3. АФИРМАЦИЈА ПРИВАТНОГ КОНЦЕПТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ 250

ГЛАВА XIII – РАЗВОЈ ПРИВАТНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА 256

1. НЕМИНОВНИ ПРОЦЕС ШИРЕЊА ПРИВАТНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА..... 256
2. ФИНАНСИРАЊЕ ПРИВАТНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА..... 260
3. ОГРАНИЧЕЊА СПЕЦИФИЧНА ЗА ЗЕМЉЕ У ТРАНЗИЦИЈИ..... 265
4. ПРАВО ИЗБОРА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА КАО ОДРАЗ УНАПРЕЂЕЊА
КВАЛИТЕТА У ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ 267

ЗАКЉУЧАК..... 272

ЛИТЕРАТУРА 282

БИОГРАФИЈА 294

Изјава о ауторству 297

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада 298

Изјава о коришћењу 299

ПРЕДГОВОР

Право на здравље, право на здравствену заштиту, право на социјално и здравствено осигурање представљају, као људска права, једну од темељних вредности сваког друштва.

Право на здравље је једно од основних људских права. У многим земљама, као и у Србији, право на здравље и заштиту здравља је уставни принцип. Осим Устава Србије, многобројни прописи, закони и подзаконски акти, разрађују право на здравље и здравствену заштиту људи, од основних закона из ове области, као што су Закон о здравственој заштити и Закон о здравственом осигурању, многобројних правилника и уредби па до Кривичног законика који предвиђа и кривичноправну заштиту здравља бројним инкриминацијама које за заштитни објект имају здравље људи.

За остваривање права на здравље и здравствену заштиту само предуслов је, наравно врло важан, постојање прописа који предвиђају право на заштиту здравља и здравствено осигурање. Потребно је да се остваре још многи услови да би се ова права у пракси и остварила. А шта је прописима предвиђено? У оквиру права на здравствену заштиту прокламовано је да је здравствена заштита доступна грађанима и то доступна физички, географски и економски. Пацијенти су у поступку остваривања здравствене заштите једнаки - нема дискриминације у односу на њихове финансијске могућности, место становања, врсту обољења или време приступа здравственој служби.

Такође је предвиђено да је доступност здравствене заштите омогућена свим пацијентима у складу са здравственим стањем али у границама материјалних могућности система здравствене заштите.

Да ли је у пракси дошло до остварења прокламованих начела, да ли су степеном здравствене заштите задовољни пацијенти, као корисници здравствених услуга, здравствене установе и здравствени радници као даваоци услуга, и на крају држава која има обавезу да уреди садржај и обим, начин, поступак и услове за остваривање здравствене заштите?

Одговор на ова питања је негативан или претежно негативан. Постоје за то наравно бројни узроци.

Најчешће помињани узроци су друштвено-економска ситуација у земљи која је последица дугогодишње кризе у којој смо се налазили у претходним годинама (или већ деценијама). Ова ситуација је имала своје негативно дејство на све области друштвеног живота, па самим тим и на област здравства, коју је као и остале области погодила несташница средстава за добру организацију и функционисање здравственог система. Услед недостатка средстава, здравствене установе нису адекватно опремљене да одговоре захтевима заштите и побољшања здравља људи у савременим условима. Недостају савремени медицински уређаји, постојећа опрема је у већини установа дотрајала и често се квари, недостају потребни лекови, санитарски и остали материјал. Здравствени радници нису задовољни условима рада, висином својих зарада, које не одговарају захтевима рада, стручности и ангажовању, могућностима за усавршавање у земљи и иностранству.

Корисници – пацијенти такође наводе бројне разлоге за своје незадовољство степеном остваривања својих права из области здравствене заштите и здравственог осигурања. Најчешће се чују примедбе грађана који су у току свог радног века у дугом низу година уплаћивали средства за здравствено осигурање, континуирано и у релативно високом проценту у односу на своје зараде, а онда у моменту када своја стечена права треба да остваре долазе у позицију да не могу да их остваре, или је њихово остварење везано за период дугог чекања. Недовољна информисаност пацијената о правима која имају из обавезног здравственог осигурања, које је готово једини вид осигурања у нашем здравственом систему у пракси, доводи и до делимично нереалних очекивања пацијената да им је из обавезног здравственог осигурања обезбеђена комплетна здравствена заштита. То је, нажалост, немогуће и у земљама много богатијим од наше земље, па је за обезбеђење права која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем неопходно увести добровољно здравствено осигурање као допуну, или за неке кориснике и алтернативу за обавезно здравствено осигурање. Незадовољство се огледа и у постојању партиципација – личног учешћа осигураних лица у трошковима здравствених услуга, у постојању листа

чекања за услуге које здравствена установа није у стању да пружи свим лицима којима су потребне истовремено, а нарочито због постојања листе услуга и лекова који се не подмирују из средстава обавезног здравственог осигурања.

Са становишта државе, постоје такође бројни проблеми, затечени и наслеђени, који отежавају реализацију циљева који су, првенствено, боља здравствена заштита становника и унапређење здравља. Међу тим проблемима су свакако здравствени капацитети који су изнад могућности земље и привреде, који су често неплански дуплирани и не одговарају потребама географске доступности здравствене заштите становништва на територији Србије. Затим, то је недовољан развој установа примарне здравствене заштите које би требало да буду основа здравственог система, већ улагање у установе секундарне и терцијарне заштите, у којима је остваривање заштите најскупље, а могуће је да у многим ситуацијама буде замењено варијантама поликлиничког или кућног лечења. Здравствени радници у примарним здравственим установама, због неопремљености установа, застарелих уређаја а некада и због инертности, веома лако и често пацијенте упућују у секундарне и терцијарне установе. У овим установама критеријуми за пријем пацијената често нису медицински оправдани већ су последица других разлога (негативни финансијски ефекти празног кревета, рођачке и пријатељске везе или чак разлози из домена корупције).

Осим здравствених капацитета који превазилазе могућности а и потребе земље, додатни проблем представља вишак запослених здравствених радника у установама, затим њихова уска специјализованост која не одговара потребама установа и делатности. Здравствени радници су се у претходним периодима опредељивали за волонтерске специјализације према својим жељама и афинитетима и према могућностима за приватан додатни рад, што је довело до вишкова у једним и мањкова у другим гранама медицине, па се тако јавио веома опасан мањак кадрова, на пример, у области анестезиологије и радиологије, као „неинтересантних“ медицинских грана.

Такође се као проблем јавља и вишак будућих здравствених радника, који је последица нерегулисаног уписа на здравствене школе и факултете, као и одобравање отварања здравствених школа и факултета у власништву појединаца (наравно са циљем стицања профита) који ће школовати и школују кадрове за

медицинску професију. Познато је да је медицинска професија регулисана од стране државе, условљена полагањем стручних испита за обављање посла и требало би да се државна регулатива прошири и на потребне капацитете за школовање кадрова неопходних за рад у здравственом систему Србије са усмеравањем државних средстава на школовање потребног броја и врсте здравствених радника.

Са становишта здравственог осигурања, јављају се проблеми условљени наведеним проблемима у области здравствене заштите. Вишак капацитета у организацији здравствене заштите, доводи до неминовног ангажовања ових предимензионисаних капацитета у области обавезног здравственог осигурања, а ради очувања постојећих здравствених установа. Значајан део средстава здравственог осигурања, готово половина, је предвиђена за плате запослених у здравственим установама из Мреже државних установа, којих у Србији има око 350.

Ова средства, међутим, ни издалека не задовољавају потребе и очекивања здравствених радника. Део ових здравствених установа нема одговарајући стручан кадар – менаџмент, па се средства која установе добијају не користе на оптималан начин. Посебан проблем је и кашњење са уплатом доприноса од појединих категорија осигураника и кашњење уплате од стране буџета Републике.

Додатни проблем представљају демографске промене у популацији Србије, становништво је све старије, потреба за здравственом заштитом и негом све већа, прилив новца у фонд здравственог осигурања од радно активног становништва мањи, а на терет буџета Републике процентуално већи.

С обзиром на то да здравствено осигурање представља начин остварења права људи на здравствену заштиту, и то у нашој земљи готово искључиво кроз обавезно здравствено осигурање, неопходно је сагледати све могућности за што боље и потпуније остваривање права на здравствену заштиту. Законом о здравственом осигурању је предвиђено које здравствене услуге падају на терет здравственог осигурања у потпуности, што значи да су за њих осигураници не плаћају. Следећа категорија услуга су оне које за које осигураници плаћају партиципацију, односно код којих су одређени проценти од цена здравствених услуга које су осигураници дужни да плате. Трећа категорија услуга су оне које се

не подмирују из средстава здравственог осигурања. Ситуација са лековима је другачија, партиципација се плаћа за набавку лекова који се налазе на листи лекова а за остале лекове пуна цена.

Из ових одредби Закона јасно је да економска ситуација у земљи не омогућава потпуно покривену здравствену заштиту становништва обавезним здравственим осигурањем, која је недоступна и у земљама са много већим стандардом од наше. Неминовно је дошло до укључивања у здравствену заштиту и директних средстава осигураника независно од доприноса које су дужни да уплате у складу са одредбама Закона о здравственом осигурању. Као резултат ових промена поставило се питање квалитета пружених здравствених услуга, питање конкуренције на тржишту пружања здравствених услуга, које се споро, али ипак све више развија у Србији. Такође се поставило питање лечења пацијената који су у могућности да плате додатна права по врсти и обиму и већи стандард здравствених услуга.

За остварење ових права потребно је да се поред постојећег обавезног здравственог осигурања предвиђеног Законом о здравственом осигурању, уведе и разради и добровољно здравствено осигурање.

Добровољно здравствено осигурање је први пут у нашем законодавству предвиђено још давне 1946. год. у Закону о социјалном осигурању. Неки облици су били предвиђени и у Закону о организацији и финансирању социјалног осигурања из 1962.год, Закону о здравственом осигурању из 1992. год., као и у најновијем Закону о здравственом осигурању из 2005. год.

Постојање законских прописа и подзаконских аката није међутим довољно да се могућности које су предвиђене за побољшање стања у области заштите здравља људи, остварењем права на добровољно здравствено осигурање у пракси и реализују. Потребно је да се створе и многи други услови који ће омогућити развој и примену ових видова здравственог осигурања.

Добровољно осигурање треба да се развије као позитивна алтернатива обавезном здравственом осигурању за одређени број корисника, који нису обавезно осигурани или јесу, али имају потребе и могућности за обезбеђивање већих права или већег стандарда здравствених услуга. Свакодневна пракса показује да је број корисника услуга приватних здравствених ординација знатан,

да притом ови пацијенти плаћају здравствене услуге директно, без постојања уговора о добровољном осигурању, што је за ове кориснике неповољнија варијанта. Такође, оживљавањем овог вида осигурања, здравственим установама које су у мрежи установа у Републици, омогућио би се додатни приход за установу и здравствене раднике који би учествовали у пружању услуга покривених добровољним здравственим осигурањем, а истовремено растеретило време и капацитети за пружање услуга пацијентима који нису у могућности да плате додатне здравствене услуге.

За остварење овог вида додатног ангажовања здравствених радника потребна је и разрада допунског рада у оквиру здравствених установа из мреже установа финансираних из обавезног осигурања и обезбеђење просторних и техничких капацитета за ово ангажовање.

Добровољно осигурање треба да представља децентрализацију постојећег обавезног осигурања и вид растерећења како обавезног осигурања, тако и здравствених радника запослених у установама из мреже установа финансираних из обавезног осигурања. Такође, оно омогућава и корисницима здравствене заштите, који нису у могућности да уговарају услуге из добровољног здравственог осигурања, квалитетнију, ефикаснију и правовременију здравствену заштиту из растерећеног обавезног здравственог осигурања.

Једна од мера је и укључивање приватних здравствених установа у уговарање здравствених услуга финансираних из обавезног здравственог осигурања . У садашњем моменту, ово укључивање је спорадично и односи се само на оне услуге које није могуће обезбедити у установама јавног здравственог сектора. Јасно је да на тај начин постоји монополски положај установа из Одлуке о плану мреже здравствених установа, што очигледно утиче на квалитет пружених услуга, недостатак конкуренције и заинтересованости за пацијенте. За шире укључивање приватних здравствених установа у систем обавезног здравственог осигурања потребне су и озбиљне политичке одлуке, јер би се на овај начин смањило финансирање здравствених установа јавног здравственог сектора у постојећим капацитетима, који су често неодговарајући потребама, предимензионирани и дуплирани али постојећи. Укључивање ових установа у здравствене услуге обавезног здравственог осигурања је првенствено и питање

економске оправданости уговарања, са аспекта ефикасности, цене а нарочито квалитета пружених услуга.

Сви наведени проблеми који се јављају у реализацији права на заштиту здравља и остварење права из здравственог осигурања представљају тему ове дисертације. Циљ дисертације је да се на основу критичке анализе здравственог система и система здравственог осигурања у републици Србији, имајући у виду решења у европским земљама и земљама у транзицији, предложи решења за боље функционисање система здравственог осигурања, нарочито применом и разрадом добровољног здравственог осигурања.

I

ЗАШТИТА ЗДРАВЉА; СОЦИЈАЛНО И ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

ГЛАВА I – ЗАШТИТА ЗДРАВЉА

1. ПОЈАМ ЗДРАВЉА ЉУДИ

Под здрављем људи подразумевамо стање организма при којем правилно, нормално раде сви његови органи и у коме се не осећају никакви болови. Здравље јесте стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести или неспособности.¹ Према новијој дефиницији здравље је степен у коме су појединац или група у стању да остваре своје тежње и задовоље потребе, као и да мењају или савлађују средину; здравље је средство за свакодневни живот, а не циљ живљења; то је позитиван концепт који наглашава друштвене и личне ресурсе, као и физичке способности.² О значају здравља говори се на нивоу појединаца и на нивоу друштва. Здравље појединца није од значаја само за њега самог, већ је од значаја за цело друштво, јер је само здрав човек способан да ради и привређује на добробит целог друштва.

Право на здравље је једно од основних права људи које је записано у међународним декларацијама. Резолуција Светске здравствене организације из 1970. год. прокламује да је право на здравље основно људско право. Општа декларација Уједињених нација о људским правима 1948. год³ предвиђа да сваки човек има право на стандард живота који подразумева храну, одећу, стан, медицинску помоћ и одговарајуће социјалне услуге неопходне за одржавање здравља и благостања, њега лично и његове породице. Устав Светске здравствене организације⁴ предвиђа да је њен трајан задатак достизање највишег стандарда здравља свих народа.

Поред основног права на живот достојанство човека подразумева и његово право на физички и духовни интегритет. Ту, пре свега, треба подвући право на заштиту здравља јер здравље је услов живота. Свако има природно право на заштиту здравља која одговара његовим здравственим потребама. Здравствена заштита подразумева, како превентивну заштиту, тако и одговарајући медицински

¹ Закон о јавном здрављу "Службени гласник РС", бр.72/09.

² J.Last, *Речник јавног здравља*, Београд 2009, бр. 571.

³ "Службени лист ФНРЈ", бр. 0/48

⁴ "Службени лист ФНРЈ", бр. 93/47

третман. Здравствена заштита се обезбеђује националним законима и медицинском праксом сагласно професионалним и научним стандардима у области медицине и других комплементарних и сродних дисциплина. При томе, неопходна је потреба за међународном сарадњом у области здравства како би човечанство могло да користи благодети здравствене заштите и убрзаног развоја науке у овој области.⁵

Здравље је директно и нераздвојно повезано са људским и грађанским правима, држављанством, са могућношћу учешћа у доношењу одлуке, са одрживим развојем и сл. Здравље је најбољи показатељ степена благостања и виталности једног народа, као и зрелости и развоја његовог демократског система. Здравље је и резултат међусобно испреплетаних фактора: исхране, становања, доступности пијаће воде, основних услуга, образовања, заштите, одсуства индивидуалног и социјалног насиља и сл., али и других фактора као што су поверење у мреже социјалне подршке и солидарности, индивидуално и социјално самопоштовање, осећај припадности, захтеви правде и једнакости, одсуство дискриминације, слободе итд.⁶

Право на здравље, као и сва друга субјективна права, изазива постојање обавезе од стране друштвене заједнице на поступање које има за циљ заштиту здравља појединца.

Правно посматрано⁷, право на здравље подразумева три врсте обавеза: 1) поштовања; 2) заштите и 3) испуњавања услова за заштиту здравља. Поштовање се своди на уздржавање од директних или индиректних повреда, ограничавања или ускраћивања права на здравље, употребе небезбедних лекова, насилних медицинских третмана, ограничавања приступа контрацептивним средствима, информацијама, загађивања средине. Заштита се везује за: квалитетан надзор над пружањем здравствених услуга; ефикасну инспекцијску и судску заштиту, контролу исправности лекова, медицинских поступака и опреме; доношење етичких кодекса медицинске струке и забрану традиционалних штетних или насилних медицинских поступака.

⁵ С. Перовић., „Природно право и универзалне вредности“, *Правни живот* 9/2005, .XXXV.

⁶ З. Мршевић, „Женско здравље“, *Правни живот* .9/2005, 499.

⁷ С. Јашаревић, *Социјално право*, Правни факултет Нови Сад, 2010, 110.

Испуњавање услова за заштиту здравља подразумева бројне активности као што су: установљење здравственог система и инфраструктуре, усвајање закона и подзаконских аката, образовање здравствених радника и њихова континуирана едукација, заштита животне средине, заштита безбедности и здравља на раду, појачане мере превенције и унапређивање квалитета здравствених услуга.

Организовање заштите здравља је сложен процес који захтева комплексну активност држава са циљем да се обезбеди квалитетно остваривање права на здравље. Начини на које су државе обезбедиле остваривање права на здравље се разликују зависно од степена развијености, материјалних могућности и успешности здравствене политике и стратегије обезбеђивања здравственог осигурања становништва.

2. ПРАВО НА ЗАШТИТУ ЗДРАВЉА

Право на заштиту здравља је логична последица права на здравље као једног од основних права човека. Јасна је и оправдана и активност друштва, државе и државних институција на заштити овог веома важног људског права. Међутим, ове активности се веома разликују у савременим друштвима, у погледу обима, садржаја и доступности права на заштиту здравља, што се огледа и у различитим системима здравственог осигурања, о чему ћемо више говорити касније.

Право на заштиту здравља је субјективно право које настаје рођењем, а престаје смрћу неког лица. Оно је личне природе и не може се уступати другоме.⁸

Право на заштиту здравља спада у индивидуална социјално-економска права која се не могу остварити без интензивне и дугогодишње активности државе. Остваривање ових права представља и велике трошкове за државу (нпр. остварење права на рад, право на пензију). Једно од „најскупљих“ и веома захтевних људских права је право на здравље.⁹

⁸ Р. Суџум, „Право на здравље и одговорност лекара“, *Радни односи и управљање* 11/2002, 10.

⁹ С. Јашаревић, „Право на здравље“, *Радно-правни саветник* 3/2008, 90.

На основу права на заштиту здравља успоставља се однос између титулара на право - појединца који остварује право на здравствену заштиту, с једне стране и здравствене службе – оличене најчешће у виду здравственог радника који има обавезу пружања здравствене заштите, с друге стране. Међутим, тај однос није једностранообавезни већ двостранообавезни, јер као што пацијент има права, има и одређене обавезе а с друге стране, неспорна су и права - овлашћења здравственог радника у остваривању поступка пружања здравствене заштите пацијенту. У поступку остваривања права на здравствену заштиту појављује се и трећи учесник – посредник, који је зависно од система здравственог осигурања или осигуравајућа компанија или државна агенција.

Услови за остваривање права на здравље су изузетно сложени. Квалитетна заштита здравља захтева, прво, огромна средства и дугогодишњи труд државе у циљу успостављања система здравствене заштите, установљавања, опремања и одржавања здравствених установа, образовања медицинских кадрова, проналажења и производње лекова, медицинских средстава и опреме. Поред тога, здравље је условљено низом индивидуалних чинилаца, социјално-економским предусловима и средствима којима располаже држава. Индивидуални предуслови за здравље су нпр. генетска основа појединца, индивидуални однос према здрављу, усвајање здравог или ризичног стила живота (здравствена култура). Социјално-економски чиниоци су: одговарајућа храна и исхрана, услови становања, питка вода, санитарни услови, безбедни и здрави услови рада, здрава животна средина.¹⁰

Од овог теоријског концепта права на адекватну, потребну, доступну и квалитетну заштиту здравља, у пракси се јавља ситуација да постоји стална неусклађеност између права на заштиту здравља и могућности друштва да ту заштиту и обезбеде у пуном обиму.

¹⁰ *Ibid.*, 92.

3. ЗАШТИТА ЗДРАВЉА У МЕЂУНАРОДНИМ ДОКУМЕНТИМА

Први документ који ћемо навести, а који се бавио заштитом здравља, опште је познат у медицинским круговима као Хипократова заклетва из 5. века пре нове ере.¹¹

„Заклињем се лекаром Аполоном и Ескулапом и Хигијејом и Панакејом и свим боговима и богињама, нека ми они буду сведоци, да ћу у складу са својим способностима и расуђивањем, испунити ову заклетву и овај завет:

Да ће онај који ме је научио овом умећу за мене бити једнак мојим родитељима и да ћу живети свој живот у партнерству с њим, да ћу му дати део свог новца ако му је потребан новац и да ћу његову децу сматрати својом браћом и учити их овој вештини - ако желе да је науче - без новчане накнаде или обавезе; да ћу део поука, усмених упутстава и свог знања пренети својим синовима и синовима оног који је мене учио, као и ученицима који се писмено обавезу и положе заклетву у складу са медицинским законом, али ником другом.

Примењиваћу прописе за добробит болесних у складу са својим способностима и проценом; штитићу их од повреде и неправде.

Ником нећу дати смртоносни лек чак и ако га тражи, нити ћу давати такве савете. Такође, нећу давати женама лек који изазива побачај. Свој живот и своје умеће чуваћу у чистоти и светости.

Нећу користити нож чак ни над онима који пате од камена, већ ћу се повући у корист оних људи који обављају тај посао.

У коју год кућу да уђем биће то за добробит болесника, без намере да нанесем неправду или да се недолично понашам, а нарочито без намере да имам сексуалне везе са мушкарцима или женама, било да су слободни или робови.

Оно што видим или чујем у току лечења у вези помоћи човеку, а што се ни под каквим околностима не сме преносити другима, задржаћу за себе и сматраћу да је непристојно о томе причати.

Ако испуним ову заклетву и не прекришим је, нека ми се допусти да уживам у животу и свом умећу, и да имам славу и част међу свим људима у времену које долази; а ако је прекришим и лажно се закунем, нека све супротно овоме буде моја судбина. “

Хипократова заклетва представља основу данашње медицине и медицинске етике јер су принципи које је она утврдила актуелни и данас и на различите начине су пренети у савремене декларације и законске текстове.

¹¹ П.Каличанин, *Медицинска етика и медицинско право*, Београд 1999, 61.

Осавремењена верзија Хипократове заклетве је Женевска декларација¹²
(Светско медицинско удружење 1948., 1968., 1983.)

„У тренутку ступања међу чланове медицинске професије:

Свечано се заклињем да ћу посветити свој живот служењу хуманости;

*Да ћу се с дужним поштовањем и захвалношћу односити према својим
учитељима;*

Да ћу обављати своју професију савесно и достојанствено;

Здравље мог пацијента биће моја основна обавеза;

Поштоваћу тајне које су ми поверене, чак и после смрти пацијента ;

*Чуваћу свим средствима која су у мојој моћи, часну и племениту
традицију медицинске професије;*

Моје колеге биће моја браћа и сестре;

*Нећу дозволити да верска, национална, расна и политичка
припадност, или социјални положај утичу на испуњење мојих обавеза
према пацијенту;*

*Гајићу највеће поштовање према људском животу од његовог самог
почетка чак и под претњом и нећу користити своје медицинско
знање против закона хуманости;*

*Ова обећања дајем свечано и слободно и у њих се заклињем својом
чаићу. “*

Као и Хипократова заклетва и Женевска декларација истиче основне етичке принципе у лекарској професији а здравље пацијента (његова заштита) предвиђа се као основна обавеза лекара.

Право на заштиту здравља је предмет и савремених међународних докумената које доносе УН, Светска здравствена организација и Међународна организација рада, чија продукција је све већа, као што су: Препорука бр.69 о здравственој заштити (1944.), Устав Светске здравствене организације (1948.), Универзална декларација о људским правима (1948.), Међународни пакт о економским, социјалним и културним правима (1966.), Конвенција бр.130 и препорука бр.134 о здравственој заштити и правима у случају болести (1969.), Декларација о примарној здравственој заштити из Алма-Ате (1978.), Принципи за заштиту ментално оболелих особа и за унапређење менталног здравља (1991.), Акциони план о неопходним лековима, Декларација о унапређењу права пацијената у Европи (1994.), Љубљанска повеља о реформисању здравствене

¹² *Ibid.*, 70.

заштите (1996.), Конвенција Савета Европе о људским правима у биомедицини (1997.), Повеља о заштити људског здравља (2000.), Европска конвенција о људским правима и фундаменталним слободама (2004.), Европска повеља о правима пацијената (2002.). У овој Повељи набраја се четрнаест права пацијената, од којих нека, као што су: право на приступачност здравствене службе, право на слободан избор лекара, право на мере превенције, право на сигурност, право на придржавање одговарајућих стандарда, право на најсавременији третман, право на избегавање непотребне патње и бола, представљају најнепосредније видове права на заштиту здравља.¹³

Хелсиншка декларација усвојена 1964. год. (ревидирана 1975., 1983., 1989., 1996., 2000., 2002. и 2004. год.) и Принципи добре клиничке праксе у клиничким испитивањима¹⁴ представљају међународне акте који имају за циљ увођење реда у област клиничких испитивања, која су у савременим друштвима напретком здравствених технологија и развојем медицинске науке постала веома актуелна.

Има мишљења¹⁵ да се у наведеним међународним документима право на заштиту здравља не посматра као субјективно право, него као морални принцип који обавезује лекаре широм света да се придржавају препорука и смерница које ови документи садрже. Обавезност њихове примене није санкционисана јер нису снабдевени чак ни етичким санкцијама које би се састојале у моралним осудама лекара од стране осталих припадника лекарске професије. Ови документи поимају се као правнополитички постулати и имају програмски карактер. Њима се апелује на законодавце националних држава, да доношењем закона осигурају право на заштиту здравља својих грађана. Националне државе су на различите начине и у различитом обиму, кроз законодавне облике уредиле право на заштиту здравља и других индивидуалних права пацијената и системом санкција обезбедиле њихову заштиту.

Генерално посматрано¹⁶, циљеви здравствене политике код већине земаља света су:

- 1) продужење живота становника,
- 2) јачање здравља становништва као део побољшања квалитета живљења,

¹³ Д. Малетић, „Право на заштиту здравља“, *Правни живот* 9/2007, 312

¹⁴ Handbook for Good Clinical Research Practice (GCP) Guidance for Implementation, <http://who.int/prequal/info/GCP/gcp1/2002>, 15. август 2012.

¹⁵ Д. Малетић, 314.

¹⁶ Т. Ракоњац-Антић, *Пензијско и здравствено осигурање*, Београд 2012, 168.

- 3) смањење разлика у здравственом стању становништва,
- 4) осигурање од финансијског ризика.

Поштовање правила и принципа уведених међународним актима, пре свега из разлога побољшања квалитета живота становништва, али и због тога што од здравственог стања становништва зависи и економски систем држава, представља значајну активност свих савремених држава.

4. ЗАШТИТА ЗДРАВЉА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Право на заштиту здравља је право загарантовано Уставом Републике Србије усвојеним 30.09.2006. године, где је у чл. 68. предвиђено да „свако има право на заштиту свог физичког и психичког здравља“. Поред Устава, као највишег правног акта, ово право је заштићено и различитим законима.

Историјски гледано, први почеци остваривања права на заштиту здравља и почеци научне медицине датирају из 1191.године¹⁷, када су велики жупан Стеван Немања и његов син Сава основали прву српску болницу у манастиру Хиландару на Атосу.Ту су настали и први прописи о уређењу српских болница.Монах Теодосије је 1263.године преписао, по налогу ученог Доментијана, најстарији сачувани спис на српском језику из помоћних медицинских наука „Шестоднев“ Бугарина Јована Егзарха.Списи из помоћних медицинских наука се развијају под утицајем византијске медицине а списи из клиничке медицине се развијају под утицајем медицинских школа у Салерну и Монпељеу.Ово сведочи 14 списка Хиландарског медицинског кодекса бр.517 који је настао пред крај XV века. Поред болнице у Хиландару, 1208. или 1209.године основана је болница у Студеници, као прва болница на територији Србије. Осим ових, значајне су и болнице манастира Дечани (постојала од 1330.-1745.год.), која је била уређена по угледу на чувену болницу Пантократоровог манастира у Цариграду са 4 специјалистичка одељења, болница цара Душана у манастиру св.Аранђела код Призрена (1343.), затим градска болница у Котору св. Крста (1372.год.), најстарија српска апотека у Котору (пре 1326.год.) и градска болница деспота Стефана Лазаревића у Београду (крај XIV века).

¹⁷ Р.Катић, *Српска медицина од IX до XIX века*, Београд 1967, 386.

Најстарији медицински кодекси на основу којих је започео развој научне медицине у Србији¹⁸ су: Ходошки кодекс (XIV или XV век), Хиландарски медицински кодекс бр.517 (XV или XVI век), Хиландарска ијатрософија о свакој вешти (XV век), Врачебни типик Народне библиотеке у Београду бр.24 (XVIII век), Григоровићев кодекс (XVII век) и Босански кодекс (XVII или почетак XVIII века), што наводи на закључак да световна медицина у Србији није заостајала иза научне медицине тога доба.

Основни закон који се данас у Србији бави заштитом здравља је Закон о здравственој заштити Републике Србије ("Службени гласник РС", бр. 107/2005, 72/2009, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/12) који дефинише здравствену заштиту као организовану и свеукупну делатност друштва на очувању и унапређењу здравља грађана, спречавању, сузбијању и раном откривању болести, повреда и других поремећаја здравља и благовременом и ефикасном лечењу и рехабилитацији.

Овим законом су дефинисана начела заштите здравља: приступачност заштите здравља, правичност, свеобухватност, континуираност, стално унапређење квалитета и ефикасност у здравственој заштити. Законом су предвиђена и права пацијената као што су доступност здравствене заштите, право на информације, право на обавештење, право на слободан избор, право на приватност и поверљивост информација, право на самоодлучивање и пристанак, право на увид у медицинску документацију, право на тајност података, право пацијента над којим се врши медицински оглед, право на приговор и право на накнаду штете. Законом су предвиђене мере и активности за побољшање квалитета здравствених услуга које пружају здравствени радници, као и провера квалитета стручног рада – унутрашња и спољна.

Поред овог Закона заштитом здравља се баве и следећи закони: Закон о здравственом осигурању ("Службени гласник РС", бр. 107/2005, 109/2005, 57/2011,119/2012), Закон о јавном здрављу ("Службени гласник РС", бр.72/2009), Закон о безбедности и здрављу на раду ("Службени гласник РС", бр.101 /2005), Закон о санитарном надзору ("Службени гласник РС", бр. 125/2004), Закон о лековима и медицинским средствима ("Службени гласник РС", бр. 30/2010, 107/2012), Закон о трансфузиолошкој делатности ("Службени гласник РС", бр. 72/2009), Закон о трансплантацији органа ("Службени гласник РС", бр. 72/2009), Закон о трансплантацији ћелија и ткива ("Службени гласник РС", бр. 72/2009), Закон о

¹⁸ Р.В.Катић, *Медицина код Срба у средњем веку*, Београд 1958,54.

лечењу неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења ("Службени гласник РС", бр. 72/2009), Закон о заштити становништва од заразних болести, ("Службени гласник РС", бр.125/2004), Закон о поступку прекида трудноће у здравственој установи ("Службени гласник РС", бр.16/1995,101/2005), Закон о коморама здравствених радника ("Службени гласник РС, бр.107/2005, 99/2010) , Закон о правима пацијената ("Службени гласник РС", бр.45/2013), Закон о заштити лица са менталним сметњама (Службени гласник РС, бр. 45/2013), Закон о заштити становништва од изложености дуванском диму ("Службени гласник РС", бр.30/2010), Закон о заштити становништва од заразних болести ("Службени гласник РС", бр. 125/2004), Закон о спречавању злостављања на раду ("Службени гласник РС", бр.36/2010), бројне уредбе, правилници и други подзаконски акти, међу којима посебан значај има Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту и о партиципацији који доноси Фонд за здравствено осигурање сваке године.

Јасно је да постоје многобројни прописи у области здравства па се све више говори о здравственом законодавству као посебној области, односно о медицинском праву као посебној научној дисциплини.¹⁹ Шире посматрано, медицинско право је део социјалног права које обухвата социјално осигурање и социјално старање али и остале видове социјалне делатности државе као што су: социјално-економска права, социјална заштита деце и породице, бораца, војних инвалида и жртава рата, социјалну политику и партиципацију запослених у управљању предузећима и друштвом. Социјално право представља практичну дисциплину за чије успешно остварење функције је, осим прописа, потребно да се установе квалитетни конкретни механизми заштите становништва од социјалних ризика као што су систем здравствене заштите, установе социјалне заштите, финансијски стабилни пензијски фондови.²⁰

Овим прописима регулисане су обавезе различитих државних органа, установа, организација и појединаца за предузимање, пре свега превентивних мера, за спречавање појава које угрожавају здравље људи као и мерама које се предузимају да би се ублажиле или отклониле последице појава које су већ наступиле. И поред различитих облика активности и различитих мера заштите и држава и грађанин као титулар права на здравље нису задовољни са постигнутим резултатима на том плану и траже нове и ефикасније мере заштите. Спроводе се

¹⁹ З. Стојановић, *Коментар Кривичног законика*, Београд 2006, 573.

²⁰ С. Јашаревић, *Социјално право, Правни факултет, Нови Сад, 2010, 7.*

мере надзора, контрола стручног рада здравствених посленика који су, иначе, задужени да грађанима омогуће остваривање тог права, утврђена је њихова одговорност за пропусте у обављању њиховог позива, али се чини да је све то недовољно. Стога се стварају механизми који омогућавају појединцу као субјекту права да активно учествује у остварењу права на здравље и да захтева од надлежних органа државе, сталешке организације лекара и здравствених институција поштовање тог права и стриктно спровођење медицинском доктрином предвиђеног поступка у пружању здравствене заштите.²¹

Посебну област представља заштита здравља и безбедности на раду која подразумева не само право на физички (заштита од физичких, хемијских, биолошких реагенаса; опасних ствари - машина, средстава рада) и психички (заштита од злостављања на раду - мобинга) интегритет личности запосленог већ и уважавање моралног интегритета (заштита од сексуалног узнемиравања; заштита приватности на раду)²².

Да би систем заштите било ког добра, а у овом случају здравља, функционисао и био ефикасан, неопходно је да се утврди и систем одговорности за поступке којима се крше наведени прописи из области заштите здравља.

С обзиром на различити степен, интензитет, као и обим проузрокованих последица које такви поступци могу оставити или остављају на здравље људи или животну средину, различита је, како врста, тако и ниво одговорности учинилаца тих деликата везаних за повреду прописа из области заштите здравља људи и животне средине. У том смислу постоје различите врсте одговорности почев од најлакшег облика, тј. дисциплинске, преко прекршајне, затим одговорности за привредне преступе, до најтеже врсте одговорности – кривичне. Ту такође спада и грађанскоправна одговорност, одговорност за накнаду штете, затим поједине заштитне мере, итд.²³

Заштита здравља људи је обезбеђена и кривичним законодавством Републике Србије и то Кривичним закоником ("Службени гласник РС", бр. 85/2005, 88/2005 и 107/2005, 72/2009, 11/2009) који је предвидео кривична дела против здравља људи у глави XXIII Законика.

²¹ Р.Суџум, „Здравствена заштита као право из здравственог осигурања“, *Правна пракса* 4/2006, 40.

²² Б.Лубарда, *Радно право, расправа о достојанству на раду и социјалном дијалогу*, Београд 2012,369.

²³ Б.Атанацковић, *Кривично право, посебни део*, Службени лист СФРЈ, Београд 1985,308.

Здравље људи свакако спада у једно од најважнијих групних заштитних објеката. Право на заштиту здравља представља и уставно право човека. Оно се, пре свега, штити другим гранама права, док је кривичноправна заштита у овој области заиста фрагментарног карактера и указује се нужном само у случајевима драстичног угрожавања или повреде здравља људи.²⁴

Кривично право, прописијући ова дела којима се угрожавају животи људи и њихово здравље и примењујући ефикасне санкције према онима који таква дела врше, постепено али сигурно усадиће у свест људи идеју да општи интереси човечанства морају бити изнад личних интереса.²⁵

Што се тиче одредаба (у Кривичном законнику Србије) које регулишу заштиту здравља људи, постојећим инкриминацијама су обухваћене све вредности које чине саставни део заштитног објекта здравље људи. Заштита здравља се врши не само инкриминацијама у глави Кривична дела против здравља људи, него посредно и инкриминацијама које су предвиђене у другим главама Кривичног законика Србије:

Предвиђена кривична дела против здравља људи су (XXIII глава):

- Неовлашћена производња и стављање у промет опојних дрога (чл. 246.)
- Неовлашћено држање опојних дрога (246а.)
- Омогућавање уживања опојних дрога (чл. 247.)
- Непоступање по здравственим прописима за време епидемије (чл. 248.)
- Преношење заразне болести (чл. 249.)
- Преношење инфекције ХИВ вирусом (чл. 250.)
- Несавесно пружање лекарске помоћи (чл. 251.)
- Противправно вршење експеримената и испитивање лека (чл. 252.)
- Неуказивање лекарске помоћи (чл. 253.)
- Надрилекарство и надриапотекарство (чл. 254.)
- Несавесно поступање при справљању и издавању лека (чл. 255.)
- Производња и стављање у промет штетних производа (чл. 256.)
- Несавесно вршење прегледа намирница (чл. 257.)

²⁴ З.Стојановић, 2006, 573.

²⁵ Д.Степић, М. Савовић, „Нова кривична дела против здравља и против животне средине према Кривичном законнику републике Србије“, *Ново казнено законодавство: дилеме и проблеми у теорији и пракси*, (ур. Д.Радовановић), Институт за криминолошка и социолошка истраживања 2006, 287.

- Загађивање воде за пиће и животних намирница (чл. 258.)
- Тешка дела против здравља људи (чл. 259.)

Кривична дела против живота и тела (глава XIII) којима се штити здравље људи:

- Недозвољен прекид трудноће (чл. 120.)
- Тешка телесна повреда (чл. 121.)
- Лака телесна повреда (чл.122.)
- Учествовање у тучи (чл. 123.)
- Угрожавање опасним оружјем при тучи и свађи (чл. 124.)
- Излагање опасности (чл. 125.)
- Напуштање немоћног лица (чл. 126.)
- Непружање помоћи (чл. 127.)

Кривична дела против против полне слободе (глава XVIII) којима се штити здравље људи:

- Силовање (чл. 178.)
- Обљуба над немоћним лицем (чл. 179.)
- Обљуба са дететом (чл. 180.)
- Недозвољене полне радње (чл. 182.)

Кривична дела против опште сигурности људи и имовине (глава XXV) којима се штити здравље људи су:

- Изазивање опште опасности (чл. 278.)
- Изазивање опасности необезбеђењем мера заштите на раду (чл. 280.)
- Непрописно и неправилно извођење грађевинских радова (чл. 281.)

Осим ових инкриминација, заштиту здравља обезбеђују и инкриминације у кривичним делима против безбедности јавног саобраћаја и кривичним делима против животне средине.

Јасно је да је кривичноправна заштита последње средство у редоследу средстава којима се здравље штити. Када се сва друштвена и правна средства исцрпе, када немају успеха, кривично право прописаним санкцијама и њиховом применом извршава сврху која је сагласно кривичном закону специјална

превенција, тојест спречавање учиниоца да чини кривична дела и утицање на њега да убудуће не чини кривична дела; генерална превенција која представља утицање на друге да не чине кривична дела и друштвена осуда којом се јача морал и учвршћује обавеза поштовања закона.²⁶

²⁶ Ј.Шантрић, „Кривична дела против здравља људи“ магистарски рад, Правни факултет Универзитет у Београду, 2007, 279.

ГЛАВА II – СОЦИЈАЛНО И ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

1. ПОЈАМ СОЦИЈАЛНОГ ОСИГУРАЊА

Социјална сигурност је заштита коју друштво пружа својим члановима различитим мерама јавног карактера. Систем социјалне сигурности јесте државно-друштвена институција којом се обезбеђују претпоставке за задовољавање разноврсних потреба грађана. Системом социјалне сигурности осигурава се одређени ниво материјалног обезбеђења грађана.²⁷

Право социјалног осигурања (или социјално осигурање)²⁸ је скуп правних норми којима се обезбеђује социјална и материјална сигурност запослених и других лица по основу законом дефинисаног осигурања у ситуацијама које су тим законима предвиђене као социјални ризик или случај. Социјални ризик је догађај који тешко може да се превазиђе без организоване помоћи друштва. Социјални ризик је прописима утврђено стање, догађај или појава односно опасност од њиховог наступања, које има или може имати одређене индивидуалне и друштвене социјално-материјалне, здравствено-биолошке, психолошке и правне последице а у вези са којима осигураници, осигурана лица, поједини органи имају утврђена права, обавезе и одговорности у смислу превенције или отклањања последице. Социјални ризици могу бити или физиолошки, као што су: болест, старост, смрт или професионални, као што су: незапосленост, инвалидност, телесно оштећење.

Социјално осигурање се претежно финансира доприносима. Историјски гледано, овај вид осигурања се први пут појавио у Немачкој у XIX веку као покушај обезбеђивања радника у ситуацијама када наступи болест, повреде на раду или незапосленост. Радници су остајали без најамнина и без средстава за живот, па су се као први покушај остваривања социјалне сигурности појавиле касе узајамне помоћи које су обезбеђивале само пуко преживљавање и нису могле да дају задовољавајуће резултате. Право на социјално осигурање је предвиђено као право човека и у важним међународним документима као што су Универзална декларација о

²⁷ Б.Шундерић, *Социјално право*, Београд 2009,98

²⁸ П.Јовановић, *Радно право*, Нови Сад 2012, 399.

правима човека (1948. год.), Међународни пакт о економским, социјалним и културним правима човека (1996. год) и Декларација о социјалном напретку и развоју (1969. год)²⁹

Право социјалног осигурања, односно социјалне сигурности настало је издвајањем из радног права, са којим и данас има најтешње везе, оно се сматра самосталном граном права – са својим субјектима, предметом, начелима, садржином (правима и обавезама), различитом у односу на Радно право. Солидарност, као универзална вредност, елемент је европског идентитета, што је дошло до изражаја како у моделу тзв. Бизмарковог система социјалног осигурања, тако и у моделу тзв. Беверицовог система социјалне сигурности, а нарочито са доношењем Повеље о основним правима у Европској унији, која не само да истиче солидарност као универзалну вредност, већ прокламује основна социјална права (у оквиру наслова „Солидарност“)³⁰

Социјална сигурност се обезбеђује на три начина: кроз социјално осигурање, трансфером из буџета и социјалном помоћи материјално угроженима.

Први почеци социјалног старања о запосленима у Србији и о њиховој заштити на раду датирају из давне 1412. године, када се у Рударском новобрдском закону, из времена владавине деспота Стефана Лазаревића, налази и пропис о вентилацији у руднику, као и о предности у снабдевању животним намирницама за рударе.³¹

Алтернатива социјалном осигурању, историјски посматрано, је штедња, као техника индивидуалног обезбеђења од социјалног ризика, чиме појединци добровољно преузимају одговорност за сопствену економску и социјалну сигурност. Системска слабост ове технике је у томе што штедњу не може себи да приушти знатан број радника са нижим примањима, односно радника који издржавају више чланова породице.³²

²⁹ Р.Косановић. „Реформа здравственог осигурања“ докторска дисертација, Правни факултет Универзитета у Београду, 15

³⁰ Б.Лубарда, „Природа социјалних права и радно право у систему права“, *Актуелна питања савременог законодавства*, (ур.С.Перовић), Савез удружења правника Србије и Републике Српске, Београд, 2012, 372.

³¹ Р.Катић, *Српска медицина од IX до XIX века*, 263.

³² Б.Лубарда, „Социјално право и солидарност“, *Радно и социјално право*, XVII (1/2013), 62.

Социјално осигурање данас представља најзначајнији облик социјалне сигурности. Оно се финансира доприносима које плаћају осигураници и друга лица (најчешће послодавци), с тим што и држава може партиципирати у финансирању, а обим права која припадају осигуранику не зависи од његовог материјалног стања. Социјално осигурање се реализује посредством посебних јавноправних колективитета – организација за обавезно социјално осигурање, које су одвојене од буџета. Социјално осигурање редовно је обавезно, али могу постојати и различите форме добровољног, допунског социјалног осигурања. Други облик социјалне сигурности се остварује давањем из буџета које не подразумева да корисници претходно плате допринос, нити да спадају у категорију која је материјално угрожена. Трећи облик се остварује исплатом социјалне помоћи, такође из буџета, али лицима која су материјално угрожена.³³

Социјално осигурање, генерално посматрано, у периоду после Другог светског рата, бележи стални развој по свим областима (здравствено, пензијско и инвалидско), и то како по линији ширења круга осигураних лица, тако и по линији ширења круга социјалних ризика и обима појединих права. Тај развој је карактеристичан не само за индустријски развијене земље већ и за земље средње развијености и земље у развоју.³⁴

Социјално осигурање у правном систему републике Србије заузима значајно место у смислу обима и уређења, почев од уставних одредби, закона и бројних подзаконских аката. Област социјалног осигурања уређена је и међународним билатералним уговорима (којих има тренутно 25), као и конвенцијама и актима међународних организација као што су Међународна организација рада, Савет Европе и др.³⁵

Област социјалног осигурања обухвата у Србији:

- а) пензијско и инвалидско осигурање
- б) здравствено осигурање
- в) осигурање за случај незапослености

³³ Д. Поповић, *Пореско право*, Београд, 2010, 451-452.

³⁴ П. Јовановић, 405.

³⁵ Завод за социјално осигурање, <http://www.zso.gov.rs>, 23. август 2012.

Осигураници су запослени, послодавци, предузетници и пољо-привредници. Стопе доприноса су различите и пропорционалне:

- за пензијско и инвалидско осигурање – 22%
- за здравствено осигурање – 12,3%
- за осигурање за случај незапослености – 1,5%

У области социјалног осигурања на снази су следећи закони:

Закон о здравственом осигурању, Закон о здравственој заштити, Закон о пензијском и инвалидском осигурању, Закон о запошљавању и осигурању за случај незапослености, Закон о условима за заснивање радног односа са страним држављанима и Закон о доприносима за обавезно социјално осигурање.

Према одредбама Закона о пензијском и инвалидском осигурању осигурана лица и чланови њихових породица могу остварити следећа права:

- 1) за случај старости – старосну пензију
- 2) за случај инвалидности – инвалидску пензију
- 3) за случај смрти – породичну пензију и накнаду погребних трошкова
- 4) за случај телесног оштећења – новчану накнаду за телесно оштећење

Наведена права се остварују код Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање.

Према одредбама Закона о запошљавању и осигурању за случај незапослености, незапослена лица остварују право на слободан избор занимања и запослења, право да се обавештавају код Националне службе и агенције о могућностима и условима за запошљавање и да бесплатно користе услуге Националне службе и агенције. Ова права се остварују код Националне службе за запошљавање која је носилац осигурања у републици Србији и у агенцијама за запошљавање.

Такође, лице са обавезним осигурањем за случај незапослености може да оствари и следећа права:

- 1) право на новчану накнаду
- 2) право на здравствено осигурање и пензијско и инвалидско осигурање
- 3) и друга права у складу са законом

Средства за остваривање ових права обезбеђују се из доприноса за обавезно осигурање за случај незапослености и из других средстава.³⁶

Права из здравственог осигурања предвиђена су Законом о здравственом осигурању усвојеним 2005. год ("Службени гласник РС", бр. 107/2005, 109/2005, 57/2011) о чему ћемо говорити у наредним поглављима.

2. ПОЈАМ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Здравствено осигурање се често назива и медицинским осигурањем или болесничким осигурањем у упоредном праву. Здравствено осигурање је систем за финансијску заштиту особа и породица од трошкова медицинске и болничке заштите од болести и повреда, плаћањем ових трошкова из колективног фонда који потиче од пореза, других прихода, премија индивидуалног осигурања или њихових комбинација.³⁷

Првобитни облици здравственог осигурања јављају се у Европи у оквиру једне веће идеје осигурања са циљем да се умањи финансијски ризик и неосигураност људи у непредвиђеним ситуацијама, што води губитку дохотка, ефикасности или живота. У средњем веку групе људи су удруживале заједничке ресурсе и установљавали су фондове за заједничка осигурања, која су их покривала у случају старости, болести или неспособности. У ову сврху, у многим европским градовима су установљени фондови којима грађани повремено финансијски доприносе.

Током XVIII и почетком XIX века, уз развој индустрије и пораст броја унајмљених радника, у новоотвореним фабрикама и индустријским постројењима поново се јавила идеја осигурања од осигурања заједница на одређеној територији и пренела се према осигурању унутар одређених грана индустрије. Организације које су уређивале здравствено осигурање су називане „болничким касама“ или „заједницама узајамног профита“. На крају XIX века, у Европи је функционисао велики број малих фондова. Следећа фаза у еволуцији идеје осигурања, која је већ садржала ризик здравственог осигурања јесте први закон о обавезном

³⁶ *Ibid.*

³⁷ J. Last, бр.578.

здравственом осигурању. Он је предвиђао да ће сви радници са платом мањом од утврђеног минимума бити заштићени посебним болничким фондом, у који су доприносе уплаћивали и послодавци и радници. Немачки канцелар Бизмарк је 1883. године дао идеју о обавезном здравственом осигурању, са идејом да подигне свој политички рејтинг у делу запослених радника. У Немачкој је тада оформљено 22 000 болничких фондова.³⁸

Законом о осигурању радника за случај болести, који је усвојен 1883. године дефинисане су обавезне уплате доприноса послодаваца (у износу 1/3 од укупних доприноса) и радника (2/3 од укупних доприноса). Здравствене службе су функционисале на локалном нивоу. Затим је 1884.године донет и други закон којим је уведено обавезно здравствено осигурање за случај болести на послу (којим је предвиђено покриће медицинских трошкова) а 1889.године Закон о обавезном осигурању за случај изнемоглости, старости и смрти.Тиме је у Немачкој крајем XIX века било уведено обавезно социјално осигурање против свих главних социјалних ризика осим незапослености.³⁹

Модел социјалне политике и социјалног осигурања који је увела Немачка крајем XIX века извршио је велики утицај и на друге земље.⁴⁰ У Великој Британији је 1897.године уведено осигурање за случај несреће на послу; у Италији је 1898.године донесен Закон о осигурању за случај незгода (само за индустрију); у Француској и Данској 1898.године уводи се осигурање за случај несреће на раду; осигурање за случај незапослености , болести и инвалидности уводи се у Великој Британији 1911.године, исте године у Француској се уводи осигурање за случај инвалидности и старости код индустријских и пољопривредних радника; у Русији се уводи социјално осигурање за случај болести 1912.године.

Немачки здравствени систем је модификован 1937. године, тако што су направљена два система, један за раднике а други за земљораднике. То је установило национални систем здравственог осигурања из кога су биле искључене само популационе групе са вишим дохотком.

Овај модел се назива моделом обавезног здравственог осигурања, који карактерише постојање обавезног осигурања свих запослених, финансирање

³⁸ Историјат и карактеристике социјалног осигурања, [http:// www.rfzo.rs](http://www.rfzo.rs), 23.август 2012.

³⁹ Т. Ракоњац-Антић, 175.

⁴⁰ П.Јовановић,404.

путем обавезних доприноса запослених и послодаваца уз делимично учешће и државе. Власништво над опремом било је или државно или приватно.

Финансирање овог осигурања је засновано на обавезним доприносима и принципима солидарности и узајамности, што значи да је свако плаћао према својим могућностима, односно у складу са својом зарадом, а користио услуге здравствене заштите према својим потребама. На тај начин су се чланови заједнице обезбеђивали од наступања тешких последица по здравље које сами не би могли да поднесу.

Здравствено осигурање представља најсигурнији начин за обезбеђивање услова за остваривање права на здравље. Непостојање здравственог осигурања и остваривање права на здравствену заштиту плаћањем здравствених услуга по потреби, могу да доведу до немогућности подмиривања трошкова лечења и остваривања неопходне здравствене заштите, јер су трошкови лечења најчешће непредвидиви.

3. ОБЛИЦИ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У УПОРЕДНОМ ПРАВУ

Организација и финансирање здравствене заштите становништва представљају веома значајна питања за све државе без обзира на степен развијености. Социјални циљеви ЕУ укључују социјални прогрес (уз одржив економски раст), висок ниво запослености, јачање социјалне кохезије (уз економску и територијалну кохезију – Европски социјални фонд). Осим тога, у социјалне циљеве треба убројити социјалну заштиту, једнакост између мушкараца и жена, односно елиминисање дискриминације и социјалне искључивости, висок ниво здравствене заштите, солидарност између држава чланица.⁴¹

Имајући у виду критеријуме као што су обим становништва обухваћен здравственом заштитом, претежни извор финансирања здравствене заштите и власништво над опремом и зградама, могу да се препознају различити модели система здравствене заштите у савременим друштвима.

Најчешћи модели финансирања здравственог осигурања су: 1) обавезно здравствено осигурање финансирано из доприноса запослених; 2) општа

⁴¹ Б.Лубарда“Социјална права и економска криза“ *Правни живот* 12/2009, 948.

здравствена заштита финансирана из пореза; 3) приватно здравствено осигурање финансирано из средстава корисника.

Извори финансирања здравствене заштите могу бити: доприноси (које плаћају запослени и послодавци), порези, финансирање од стране локалне заједнице, приватно осигурање, директна плаћања корисника услуга здравствене заштите, дотирања из буџета, лично учешће осигураника у покрићу трошкова (партиципација), пореске и царинске олакшице, посебни порези и други извори, а најчешће су комбинације ових извора.

Доприноси као извор финансирања су основ за социјално здравствено осигурање. Плаћање доприноса је обавезно, предвиђено законом, па се овај вид здравственог осигурања назива обавезним здравственим осигурањем, које се односи на све запослене. Власништво над зградама и опремом је државно, али и приватно. У теорији је познат као Бизмарков модел здравственог осигурања, који је имао значајан утицај на развој здравствене заштите у савременом свету.

Као корекција овог система у Великој Британији се после II светског рата појавио Беверицев модел здравственог осигурања који се назива моделом опште здравствене заштите. Овај модел има следеће основне карактеристике: здравственом заштитом је обухваћено целокупно становништво, финансирање здравствене заштите је базирано на порезима а власништво над зградама и опремом државно. Последица овог система је увођење монопола јавног здравства.

Највише су заступљени мешовити модели који представљају комбинацију ова два модела, али и уз све веће учешће приватног осигурања као допуне, нарочито у развијеним земљама. Најчешће се срећу елементи социјалног осигурања и буџетских субвенција (и то како код пензија тако и код здравствене заштите и осигурања од незапослености).⁴²

Ипак, према доминацији једног или другог система, развијене земље у Европи можемо да групишемо у две целине:

Прву групу земаља у којима доминира обавезно здравствено осигурање чине: Аустрија, Белгија, Француска, Немачка, Израел, Луксембург, Холандија и Швајцарска.

⁴² Д.Поповић, „Финансирање права из социјалног осигурања“; *Остваривање економских и социјалних права*“, (ур М.Делевић-Ђилас, А.Јовановић, С.Недовић), Београдски центар за људска права, Београд, 1999, 15.

Другу групу земаља у којима доминира финансирање опште здравствене заштите из пореза чине: Данска, Финска, Грчка, Ирска, Италија, Норвешка, Португалија, Шпанија, Шведска и Велика Британија.⁴³

У земљама у транзицији претежни систем финансирања здравствене заштите постаје обавезно здравствено осигурање, а напушта се буџетски начин финансирања.

Модел приватног здравственог осигурања је трећи модел, који не постоји ни у једној земљи као самосталан, искључиви систем. Највише је распрострањен у САДу, али и у овој земљи се ствари мењају, уведена су осигурања појединих категорија становништва финансирана из буџета и различите пореске олакшице и субвенције којима се осигурање чини приступачно већем броју становника.

Овај модел се назива моделом сувереног и независног корисника, с обзиром на то да га карактерише могућност избора осигурања које одговара кориснику. Карактеристике овог модела⁴⁴ су обухватање малог броја становника здравственим осигурањем, велики број неосигураних лица, финансирање из фондова приватног осигурања који се формирају из премија осигурања и доминантно приватно власништво над зградама и опремом у здравственом систему.

4. ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Здравствено осигурање у Републици Србији регулисано је у највећој мери Законом о здравственом осигурању Републике Србије. Овим законом предвиђени су: обавезно здравствено осигурање, начела и права из обавезног здравственог осигурања, осигурана лица, уговарање и накнада штете у спровођењу здравственог осигурања, организација и финансирање обавезног здравственог осигурања, надзор над радом Републичког фонда, добровољно здравствено осигурање, надзор над спровођењем закона и друга питања од значаја за систем здравственог осигурања.

⁴³ J.Figueras, R.Saltman, R.Busse, H.Dubois "Patterns and performance in social health insurance systems" *Open university press*, 2004,126.

⁴⁴ С.Симић, „Здравствени системи“http://wwwold.med.bg.ac.rs/downloads/nastavni_socijalna/Predavanje/dec08/5god/ZDRAVSTVENI%20SISTEMI.pdf,7,7.avgust 2013.

У Републици Србији здравствено осигурање је обавезно здравствено осигурање и добровољно здравствено осигурање. Обавезно здравствено осигурање је здравствено осигурање којим се запосленима и другим грађанима обухваћеним обавезним здравственим осигурањем обезбеђују право на здравствену заштиту и право на новчане надокнаде за случајеве утврђене овим законом.

Добровољно здравствено осигурање је осигурање од настанка ризика плаћања учешћа у трошковима здравствене заштите, осигурање грађана који нису обухваћени обавезним здравственим осигурањем, односно који се нису укључили у обавезно здравствено осигурање, као и осигурање на већи обим и стандард и друге врсте права из здравственог осигурања.

Обавезно здравствено осигурање организује се на начелу солидарности и узајамности, као и на начелима јавности, заштите права осигураних лица и јавног интереса, унапређењу квалитета, економичности и ефикасности, о чему ћемо касније више говорити.

Обавезно здравствено осигурање се обезбеђује и спроводи у Републичком фонду за здравствено осигурање и у организационим јединицама Републичког фонда – филијалама. Оваква организација здравственог осигурања је предвиђена важећим законом а у претходним законима је било различитих решења.

Увођење здравственог осигурања у Србији⁴⁵, историјски посматрано, датира из 1910.године када је Законом о радњама уведено здравствено осигурање за случај болести и несреће на послу, по угледу на Немачки систем осигурања. Овај закон није заживео због ратова који су захватили Србију 1912. и 1913.године а затим и Првог светског рата. Закон о осигурању радника донет је 14.маја 1922.године и остао на снази до краја постојања Краљевине Југославије. Овим законом била су обухваћена сва лица у радном односу на читавој територији, без обзира на пол, држављанство и старост преко једног носиоца радничког осигурања-Средишњег уреда за социјално осигурање. Здравствено осигурање за случај болести обухватало је лекарску помоћ и хранарину за одређено време, лекове и лечење у бањско-климатским условима, завоје и помагала у лечењу, болничку негу и потпору

⁴⁵ П.Јовановић,407.

породиља, посмртну помоћ и друга права. Сматра се да је ово било прогресивно здравствено осигурање за ово време.

У послератном периоду донет је већи број закона који су регулисали област здравственог осигурања: Закон о спровођењу социјалног осигурања из 1945. године, Закон о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника из 1946. године, Закон о социјалном осигурању радника, службеника и њихових породица из 1950. године, Закон о здравственом осигурању из 1954. године, Основни закон о здравственом осигурању из 1965. године, Општи закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите из 1969. године.

До доношења закона 1974. године здравствено осигурање се остваривало и обезбеђивало у установама социјалног осигурања (фондовима, заједницама, заводима) које су биле заједничке за све видове социјалног осигурања (пензијско и инвалидско, здравствено осигурање и дечији додатак). То су биле заједнице, односно заводи за социјално осигурање. Од 1974. године до 1990. године здравствено осигурање се остваривало у самоуправним интересним заједницама здравствене заштите и здравственог осигурања. После 1990. године установе у којима се остварује и обезбеђује здравствено осигурање добијају назив фондови, а затим се поново институционализују заводи за здравствено осигурање.⁴⁶ Изменама Закона о здравственом осигурању из 2011. год. (Службени гласник РС 57/2011), поново је усвојен назив Републички фонд уместо завод.

Добровољно здравствено осигурање спроводи такође Републички фонд за здравствено осигурање и друга правна лица у складу са Законом о здравственом осигурању и Уредбом о добровољном здравственом осигурању ("Службени гласник РС", бр. 108/08, 49/09)

Седиште Републичког фонда за здравствено осигурање је у Београду. Републички фонд врши јавна овлашћења у обезбеђивању и спровођењу здравственог осигурања као и у решавању о правима и обавезама из обавезног здравственог осигурања.

Републички фонд је правно лице са статусом организације за обавезно социјално осигурање у којем се остварују права из обавезног здравственог

⁴⁶ Р. Суџум, О. Милисављевић, „Здравствено осигурање и здравствена заштита“ *Савремена пракса*, специјални прилог 4/2006, 6.

осигурања и обезбеђују средства за обавезно здравствено осигурање. Права, обавезе и одговорности Републичког фонда утврђене су законом и статутом Републичког фонда.

Републичким фондом управљају осигураници који су заступљени у Управном одбору правично по социјалном статусу, полу, старосној доби, стручном образовању и припадности одређеној филијали.

Ради обезбеђивања и спровођења здравственог осигурања на територији Републике образују се филијале и Покрајински фонд. Филијале се образују за подручје управног округа са седиштем у управном округу. Филијале имају организационе јединице које су организоване тако да омогуће доступну службу осигураним лицима на подручју Републике. Овлашћења и одговорности филијале, територијална организација организационих јединица филијала и друга питања од значаја за рад филијала и Покрајинског завода уређују се законом и статутом Републичког фонда.

II

ОБАВЕЗНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

ГЛАВА III – ОБАВЕЗНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

1. ПОЈАМ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Право на обавезно здравствено осигурање запослених било је предвиђено највишим правним актом на територији Републике, Уставом Републике Србије.⁴⁷ Према чл. 40. Устава, запослени су обухваћени обавезним социјалним осигурањем, у оквиру кога је запосленима обезбеђено право на здравствену заштиту и друга права за случај болести, права за случај трудноће и порођаја, смањења или губитка радне способности, незапослености и старости и права на друге облике социјалног осигурања, а за чланове њихових породица – право на здравствену заштиту, право на породичну пензију, као и друга права по основу социјалног осигурања. Устав је прокламовао обавезност социјалног, односно здравственог осигурања за запослене.

Што се тиче осталих грађана, који нису у категорији запослених, њихова права на здравствено осигурање регулисана су законима па је обавезним здравственим осигурањем обухваћено скоро целокупно становништво.⁴⁸ Према подацима⁴⁹ већина становништва у Србији (преко 90%) покривена је обавезним здравственим осигурањем.

Уставом Републике Србије из 2006.године⁵⁰ делимично су измењене одредбе које регулишу право на здравствену и социјалну заштиту и питање здравственог осигурања. Пошто се здравствено осигурање запослених финансира доприносима запослених и послодаваца⁵¹, Уставом је држава преузела на себе обавезу финансирања здравствене заштите посебно осетљивих категорија становништва као што су деца, труднице, мајке током породилског одсуства, самохрани родитељи са децом до седме године живота и стари, за које је установљена здравствена заштита из јавних прихода (уколико је не остварују на други начин). Уређење здравствене заштите, здравственог осигурања и оснивање

⁴⁷ "Службени гласник РС", бр.1/1990

⁴⁸ Р.Суџум, О.Милисављевић, 5

⁴⁹ Ј.Мунђан, *Социјално право*, Нови Сад, 2007, 127.

⁵⁰ "Службени гласник РС", 98/2006

⁵¹ С.Јашаревић, „Право на здравље“, *Радно-правни саветник* бр.3/2008,95.

здравствених фондова се регулише законом, као и права запослених и њихових породица на социјално обезбеђење и осигурање и оснивање фондова социјалног осигурања.

Наведене одредбе Устава у складу су са Повељом о основним правима у Европској унији⁵² којом је предвиђено (чл.34. Социјално осигурање и социјална помоћ) да Унија признаје и поштује право на социјално осигурање и на социјалне сервисе који обезбеђују заштиту у случајевима као што је материнство, болест, несреће на послу, зависност од других или старост, и у случају губитка запослења, у складу са законима Заједнице, националним законима и праксом. Сваки становник Европске уније унутар њене територије има право на социјално осигурање и социјална давања у складу са законима Заједнице, националним законима и праксом.

У Закону о здравственом осигурању обавезно здравствено осигурање је дефинисано као здравствено осигурање којим се запосленима и другим грађанима обухваћеним обавезним здравственим осигурањем обезбеђују право на здравствену заштиту и право на новчане надокнаде за случајеве предвиђене овим законом.

Лицима обухваћеним здравственим осигурањем – осигураним лицима или осигураницима за случај наступања ризика осигурања (болести, трудноће, порођаја, несреће на послу, спречености за рад и губитка зараде, смрти) обезбеђују се права којима се отклањају негативне здравствене и материјалне последице тих ризика пружањем здравствене заштите и материјалним давањима из фондова здравственог осигурања образованих на бази уплата доприноса. У овој дефиницији су садржани елементи здравственог осигурања а то су: осигурана лица односно осигураници, ризици који се покривају осигурањем, права која се обезбеђују у случају наступања ризика, спровођење осигурања, утврђивање ризика и права којима се отклањају последице наступелих ризика, обавезност уплате доприноса и формирање фондова здравственог осигурања за покриће

⁵² Charter of Fundamental Rights of the European Union, <http://eur-Lex.europa.eu/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:08>, 25. avgust 2012

права. Осим ових елемената потребно је и да постоје органи здравственог осигурања и служба осигурања која спроводи здравствено осигурање.⁵³

Опсег обавезног здравственог осигурања⁵⁴ процењује се: 1) према ризицима које покрива; 2) правима везаним за те ризике и 3) кругу лица која та права могу да користе. Ризици који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем су: 1) болест и повреда ван рада и 2) професионална болест и повреда на раду. Права која су предвиђена обавезним здравственим осигурањем по основу ризика обухваћеним овим осигурањем су: 1) право на здравствену заштиту; 2) право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад осигураника и 3) право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите. Круг лица осигураних у вези са наведеним ризицима и носиоцима права у вези са тим ризицима обухвата: 1) осигурана лица и 2) друга лица осигурана за одређене случајеве.

2. НАЧЕЛА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Обавезно здравствено осигурање се заснива на начелима обавезности, солидарности, узајамности, јавности, заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса, сталног унапређивања квалитета, начела економичности и ефикасности.

1) Начело обавезности остварује се организовањем и спровођењем свеобухватног обавезног здравственог осигурања за запослене и друге грађане у Републици који представљају осигуранике и чланове њихових породица којима се обезбеђује право на здравствену заштиту и право на новчане надокнаде предвиђене Законом о здравственом осигурању. Ово начело је суштинског карактера, јер без његовог постојања здравствено осигурање не би било део јавног права већ би се налазило у домену приватног права.

Обавезност постоји и због обавезе плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање од стране свих запослених и њихових послодаваца, као и

⁵³ Р.Суџум, О.Милисављевић, 6.

⁵⁴ П.Јовановић, 428.

других обвезника уплате доприноса, што представља услов за остваривање права из обавезног здравственог осигурања. Није препуштено вољи запослених и њихових послодаваца да ли хоће да уплаћују средства за обавезно здравствено осигурање, воља постоји само у могућности избора добровољног здравственог осигурања које пружа додатне здравствене услуге које нису покривене обавезним здравственим осигурањем. Ово начело је такође основ начела узајамности и солидарности јер без обавезности уплате доприноса од стране свих осигураника не би било основа ни материјалних средстава за солидарност са другима.

Обвезници доприноса су, у складу са бизмарковским моделом социјалног осигурања и одредбама Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање, осигураници, а у ситуацијама када је осигураник запослени или са њиме уподобљено лице, обвезник доприноса је и његов послодавац, односно исплатилац прихода.⁵⁵

У теорији се сматра да је управо принцип обавезности заслужан што је здравствено осигурање у земљама где је прихваћено постало свеобухватно и постигло завидне резултате у обезбеђивању социјалне сигурности грађана а првенствено радника и средњег слоја становништва.⁵⁶

2) Начело солидарности и узајамности је такође суштинско начело на коме почива обавезно здравствено осигурање. Солидарност се остварује успостављањем система у коме трошкове обавезног здравственог осигурања сnose осигураници и други обвезници уплате доприноса сразмерно својим материјалним могућностима, уплатом доприноса према оствареним приходима, а права из обавезног здравственог осигурања користе она лица код којих је наступила болест или други осигурани случај. Ради се о солидарности како код уплате средстава, тако и код остваривања права.

Сви грађани који остварују приходе (зараде, пензије, надокнаде) имају законску обавезу плаћања доприноса за здравствено осигурање. Грађанима који не остварују приходе и не могу бити осигурани као чланови породице некога ко их остварује, допринос за здравствено осигурање плаћа се из буџета Републике Србије. Здравствени систем у Србији заснован је на принципима једнакости и

⁵⁵ Д.Поповић, *Пореско право*, 453.

⁵⁶ Р.Суџум, О.Милисављевић, 7.

солидарности. Здравствено осигурање грађани плаћају процентуално, према својој заради и финансијским могућностима, а здравствену заштиту користе према потребама.⁵⁷

Коришћење здравствене заштите према потребама је ипак ограничено из, првенствено, недостатка средстава у Републичком фонду за здравствено осигурање. Чланом 47. Закона о здравственом осигурању прописује се да Републички фонд за здравствено осигурање за сваку календарску годину доноси општи акт којим уређује садржај, обим и стандард права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања за поједине врсте здравствених услуга и поједине врсте болести, проценат плаћања из средстава обавезног здравственог осигурања до пуног износа цене здравствене услуге, као и проценат који за поједине услуге плаћа осигурано лице. Садржај и обим права на здравствену заштиту зависи од средстава којима Републички фонд располаже у години за коју се Правилник о обиму и садржају права на здравствену заштиту доноси.⁵⁸

Применом начела солидарности се успоставља међугенерациска солидарност и узајамност, солидарност између различитих полова, болесних и здравих, лица слабијег и бољег материјалног стања. Без примене начела солидарности многа лица слабијег материјалног стања не би могла да буду здравствено заштићена у сложенијим ситуацијама тежих обољења, у случају потребе за сложенијим операцијама или дужем одсуствовању са посла због болести а без накнаде зараде од здравственог осигурања. Солидарност између полова омогућава да су жене здравствено осигуране у вези са трудноћом, порођајем и постнаталним периодом, у чему учествују и равноправно и средства од доприноса који уплаћују и мушкарци од својих зарада.

3) Начело јавности остварује се могућношћу свих заинтересованих лица да имају увид у рад органа укључених у остварење права из здравственог осигурања: Републичког завода за здравствено осигурање, Покрајинског завода, филијала и

⁵⁷ www.lat.rfzo.rs/index.php/o-nama.html, 28. август 2012.

⁵⁸ Р.Суџум, „Партиципација у трошковима здравствене заштите“, *Радно-правни саветник* 4/2010, 97.

организационих јединица филијала. Осигурана лица имају право на све врсте информација у вези са правима из обавезног здравственог осигурања.⁵⁹

4) Начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса остварује се предузимањем мера којима се омогућава праведна доступност права из здравственог осигурања свим осигураницима, али и остваривање права које не треба да буде на штету других или јавног интереса. Републички фонд има обавезу да укаже осигураним лицима на њихова права у остваривању здравственог осигурања, као и да омогући да финансијска средства која се обезбеђују од уплате доприноса прате осигураника према месту где своја права остварује.

5) Начело сталног унапређивања квалитета обавезног здравственог осигурања се остварује праћењем савремених достигнућа у области обавезног осигурања и спровођењем мера којима се повећавају могућности повољнијег остваривања права из обавезног здравственог осигурања за осигурана лица. Да ли се ово начело у пракси примењује, да ли финансијске могућности обавезног здравственог осигурања то омогућавају, разматраћемо касније у оквиру рада.

Остваривање права из здравственог осигурања, као и већине социјално – економских права, у које спада и право на здравље, подразумева и велике трошкове за државу. Једно од „најскупљих“ и веома захтевних права је право на здравље⁶⁰. Због тога, начело економичности и ефикасности обавезног здравственог осигурања представљају оптималне циљеве којима теже сви субјекти на тржишту а то су да се права остварују на економичан начин, уз што мање финансијских средстава и ефикасно, постизањем највишег нивоа права из области здравственог осигурања уз најнижи утрошак финансијских средстава.

⁵⁹У складу са чланом 15. Закона о слободном приступу информацији од јавног значаја ("Службени гласник РС", бр. 120/04,54/07,104/2009,36/2010) од Републичког фонда за здравствено осигурање корисници могу да захтевају обавештење да ли поседује тражену информацију; увид у документ који садржи тражену информацију; копију документа који садржи тражену информацију и достављање копије документа који садржи тражену информацију: поштом, електронском поштом, факсом, на други начин:

⁶⁰ С.Јашаревић, 90.

3. ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Остваривање права из обавезног здравственог осигурања има за циљ да отклони негативне здравствене и материјалне последице наступања ризика осигурања као што су болест, трудноћа, порођај, несрећа на послу, спреченост за рад и губитак зараде. Основно право којим се последице отклањају је право на здравствену заштиту, затим право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад и право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите.

Ова права су лична права и не могу се преносити на друга лица.⁶¹ Осим тога, с обзиром на то да су норме Закона о здравственом осигурању императивног карактера, осигурана лица не могу ни да се одрекну ових права, нити да их неким правним послом мењају. Ипак, код одлучивања о праву на здравствену заштиту постоји право осигураника на самоодлучивање и пристанак без кога се према пацијенту, по правилу, не може предузети никаква медицинска мера.⁶² Пацијент има право да предложеној медицинској мери одбије, чак и у случају када се њоме спасава или одржава његов живот. Последице оваквог одбијања могу бити и губитак права на накнаду зараде за време привремене спречености за рад, ако се процени да се ради о неоправданом одбијању лечења.⁶³

Права пацијената приликом коришћења здравствене заштите, начин остваривања и начин заштите тих права су детаљније су уређена Законом о правима пацијената⁶⁴. Права пацијената, предвиђена наведеним законом, су: право на доступност здравствене заштите, право на информације, право на превентивне мере, право на квалитет пружања здравствене заштите, право на безбедност пацијента, право на обавештење, право на слободан избор, право на друго стручно мишљење, право на приватност и поверљивост, право на пристанак (односно непристанак) на медицинску меру, право на увид у медицинску документацију, право на поверљивост података о здравственом стању пацијента, право пацијента који учествује у медицинском истраживању, право детета (као пацијента) у

⁶¹ Вид.: члан 7. Закона о здравственом осигурању

⁶² Вид.: члан 31. Закона о здравственој заштити

⁶³ Вид.: члан 85. Закона о здравственом осигурању

⁶⁴ "Службени гласник РС", 45/2013

стационарним здравственим установама, право пацијента да на сопствену одговорност напусти стационарну здравствену установу, право на олакшавање патњи и бола, право на поштовање пацијентовог времена, право на приговор (због ускраћивања права из здравствене заштите) и право на накнаду штете.

3.1. Право на здравствену заштиту

Право на здравствену заштиту је најважније право из обавезног здравственог осигурања. Здравствену заштиту представљају мере за очување и унапређење здравља грађана, спречавање, сузбијање и рано откривање болести, повреда и других поремећаја здравља и благовремено лечење и рехабилитацију.

Право на здравствену заштиту која се обезбеђује обавезним здравственим осигурањем односи се на право на здравствену заштиту за случај настанка болести и повреде ван рада и право на здравствену заштиту у случају повреде на раду или професионалне болести. Право на здравствену заштиту у овим случајевима обухвата:⁶⁵

- 1) мере превенције и раног откривања болести;
- 2) прегледе и лечење жена у вези са планирањем породице као и у току трудноће, порођаја и материнства 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 и медицинска средства;
- 7) протезе, ортозе и друга помагала за кретање, стајање и седење, помагала за вид, слух, говор, стоматолошке надокнаде, као и друга помагала.

Новина у Закону је могућност ускраћивања права на одређене врсте дијагностичких и терапијских поступака, стационарно лечење или кућну негу уколико првостепена лекарска комисија не да сагласност за примену ових мера. Из ових одредаба се јасно види покушај носиоца осигурања да делује у складу са принципима целисходности и рационалности, ради уштеде средстава која су ограничена.

⁶⁵ Вид.: чл. 34. Закона о здравственом осигурању

Закон о здравственом осигурању прецизира шта се подразумева под сваким од предвиђених права које обухвата право на здравствену заштиту, која се обезбеђује обавезним здравственим осигурањем, набрајањем мера и поступака предвиђених чл. 35. - 44. Закона.

Међутим, сва ова права се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном проценту осигураним лицима. Чланом 45. Закона предвиђене су здравствене услуге које се обезбеђују у пуном проценту из средстава осигурања, затим здравствене услуге у чијем пружању осигураници учествују са највише 5% до највише 35% од цене здравствене услуге. Сваке године Републички фонд доноси општи акт⁶⁶ којим уређује садржај, обим и стандард права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања за поједине врсте здравствених услуга и поједине врсте болести, проценат плаћања из средстава обавезног здравственог осигурања до пуног износа цене здравствене услуге, као и проценат плаћања осигураног лица. За поједине врсте здравствених услуга и поједине врсте болести, Републички фонд може да утврди да се из средстава обавезног здравственог осигурања плаћа већи проценат цене здравствене услуге него што је предвиђено у чл. 45. Закона.⁶⁷ Овај општи акт се доноси најкасније до 31. 12. текуће године за наредну годину.

Што се тиче права на лекове и медицинска средства, оно обухвата право на лекове са Листе лекова који се прописују на рецепт или издају на налог на терет средстава обавезног здравственог осигурања и право на медицинска средства која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања. Међутим, у Правилнику о листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања⁶⁸ се утврђује и износ средстава који се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања и износ средстава који обезбеђује осигурано лице. Овај општи акт доноси Републички фонд за здравствено осигурање а сагласност даје Влада Републике Србије.

⁶⁶ Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2012.годину ("Службени гласник РС", бр. 12/2012)

⁶⁷ Р.Суџум, „Партиципација у трошковима здравствене заштите у 2010.години“ *Радно-правни саветник* бр.4/2010, 98.

⁶⁸ Правилник о листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС", бр. 1/2012)

Новчани износ који плаћа осигурано лице до пуног износа цене здравствене услуге, коју Републички фонд за здравствено осигурање не финансира у потпуности из средстава обавезног здравственог осигурања, као и износ који плаћа осигурано лице до пуне цене лека, представља партиципацију односно лично учешће осигураних лица у трошковима здравствене заштите.

Партиципација може да се одреди одлуком Фонда у фиксном износу али уз поштовање процентуалног износа који је одредио Закон о здравственом осигурању.

Правилником о садржају и обиму права на здравствену заштиту Фонд одређује начин и поступак наплаћивања партиципације, престанак плаћања партиципације у току године, као и евентуални повраћај средстава уплаћених изнад највишег износа партиципације у току године.

У Правилнику је у чл. 8. дат садржај права на здравствену заштиту који је преузет из чл. 34. Закона о здравственом осигурању. Затим је сваки вид здравствене заштите детаљније одређен, по свом садржају и обиму права. (чл. 9.-16.):

3.1.1. Мере превенције и раног откривања болести

Осигураном лицу се, ради очувања и унапређења здравља, спречавања, сузбијања и раног откривања болести и других поремећаја здравља, обезбеђују следеће мере:

1) здравствено васпитање које се спроводи организовањем посебних предавања или давања савета од стране здравствених радника у вези са заштитом, очувањем и унапређењем здравља, стицањем знања и навика о здравом начину живота, откривању и сузбијању фактора ризика. Здравствено васпитање се спроводи нарочито у вези са болестима зависности, ХИВ инфекцијом, раним откривањем болести и исхраном кроз:

- индивидуални рад саветовањем,
- групни рад (рад у малој групи),
- активне методе учења (предавања, креативне радионице, демонстрационе вежбе, изложбене едукације, кампови за децу оболелу од шећерне болести, хемофилије, прогресивних неуромишићних болести и др.);

- 2) систематски и остали прегледи деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања, а најкасније до навршених 26 година живота, жена у вези са трудноћом и одраслих особа у складу са републичким програмом превенције и раног откривања болести од већег социјално – медицинског значаја, односно скринингпрограма;
- 3) превентивне стоматолошке и профилактичке мере за превенцију болести уста и зуба код трудница и деце до навршених 18 година живота, до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања, а најкасније до навршених 26 година живота;⁶⁹
- 4) здравствено васпитање у вези са планирањем породице, превенцијом нежељене трудноће, контрацепцијом и хируршком стерилизацијом, тестирањем на трудноћу дијагностиком и лечењем сексуално преносивих болести и ХИВ инфекције;
- 5) вакцинација, имунопрофилакса и хемопрофилакса која је обавезна према републичком програму имунизације становништва против одређених заразних болести;
- 6) хигијенско-епидемиолошке и друге законом предвиђене мере и поступке у вези са спречавањем, откривањем и лечењем ХИВ инфекције и других заразних болести и спречавањем његовог ширења

3.1.2. Прегледи и лечење у вези са трудноћом, порођајем и постнаталним периодом

Женама у вези са планирањем породице, у трудноћи, за време порођаја и материнства до 18 месеци обезбеђују се:

- 1) прегледи и лечење од стране гинеколога и бабице који се односе на планирање породице, трудноћу (укључујући пренатални период, порођај

⁶⁹ Изменом чл.35.ст1.тач.3.Закона о здравственом осигурању("Службени гласник РС", бр. 57/2011), и чл. 9. Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2012.годину проширен је круг лица која имају право на превентивне и профилактичке мере за превенцију болести уста и зуба, тако што су укључена лица до краја високошколског образовања, а најкасније до навршених 26 година живота.

и постпорођајни период), стања која могу да изазову компликације трудноће, као и прекид трудноће из медицинских разлога;

- 2) болничко лечење када је медицински неопходно и порођај у здравственој установи;
- 3) патронажне посете и помоћ породиљи и рутинска нега новорођенчета од стране патронажне сестре;
- 4) дијагностика и лечење стерилитета.

Под прегледом од стране гинеколога подразумева се и пренатално и генетско тестирање и друге превентивне мере, у складу са медицинским стандардима.

Под лечењем стерилитета подразумевају се и два покушаја вантелесног оплођења код жена до навршених 40 година живота⁷⁰ у складу са критеријумима Републичке стручне комисије за вантелесну оплодњу и асистирану репродукцију.

3.1.3. Прегледи и лечење у случају болести и повреда

Оболелом или повређеном осигураном лицу, у зависности од медицинских индикација и стручно – методолошких и доктринарних ставова, обезбеђују се:

- 1) указивање хитне медицинске помоћи на месту медицинске хитности или у здравственој установи, или другом облику здравствене службе
- 2) хитан санитетски превоз за болести или повреде које су опасне по живот осигураног лица. Хитан санитетски превоз обухвата превоз санитетским возилом због болести или повреде које су опасне по живот осигураног лица до најближе здравствене установе која је оспособљена за наставак даљег лечења оболелог или повређеног.

⁷⁰ Правилником о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2012.годину подигнута је старосна граница жена које имају право на два покушаја вантелесног оплођења са 38 до навршених 40 година живота. Одлуком Скупштине града Београда у 2012. становници Београда имају, о трошку Града, право и на трећи покушај вантелесног оплођења.

- 3) санитарски превоз који није хитан али је оправдан и медицински неопходан⁷¹;
- 4) прегледи и лечење у примарној здравственој заштити као и у кући осигураника, од стране изабраног лекара;
- 5) амбулантни прегледи и лечење код специјалисте и здравственог сарадника по упуту изабраног лекара;
- 6) лабораторијска, ренгентска и друга дијагностика која је предложена од изабраног лекара или лекара специјалисте, а медицински је неопходна и оправдана за дијагностику и лечење болести или повреде;
- 7) стационарно лечење када је оправдано и медицински неопходно, које обухвата прегледе и лечење од стране лекара специјалисте, медицинску негу, смештај у заједничкој соби или соби интензивне неге и исхрану, односно специфичну дијету у стационарној здравственој установи. Стационарно лечење оправдано је и медицински неопходно ако потребна здравствена заштита (дијагностика, лечење или рехабилитација) или њен део може искључиво да се пружи у стационарним здравственим установама, односно ако не може да се обезбеди амбулантним и кућним лечењем. Лице које је у терминалној фази болести, непокретно, односно покретно уз помоћ других лица, а коме је потребно палијативно збрињавање, има право на краткотрајно болничко лечење ради примене симптоматске терапије и здравствене неге осигураног лица;
- 8) право на пратиоца осигураном лицу до навршених 15 година живота, као и старијем лицу које је теже телесно или душевно ометено у

⁷¹ Санитарски превоз који није хитан обухвата превоз до здравствене установе у којој се пружа здравствена заштита која је оправдана и медицински неопходна, као и превоз из здравствене установе до куће осигураног лица..

Санитарски превоз који није хитан оправдан је и медицински неопходан у случају да транспорт било којим другим транспортним средством може да угрози живот и здравље осигураног лица Употребу санитарског возила и налог за коришћење санитарског возила даје изабрани лекар, односно лекарска комисија, у складу са овлашћењима која имају на основу закона.

Санитарски превоз који није хитан, а оправдан је и медицински неопходан, осигурано лице користи по налогу лекарске комисије, а обезбеђује га здравствена установа у складу са одредбама Закона о здравственој заштити и Уредбе о Плану мреже здравствених установа.

развоју, односно лицу код кога је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега то лице није у могућности да самостално обавља активности самосталног живота, укључујући слепа, слабовида, као и глува лица, за време стационарног лечења и медицинске рехабилитације, када је то медицински неопходно⁷²;

- 9) кућно лечење које је оправдано и медицински неопходно и палијативно збрињавање. Кућно лечење је оправдано и медицински неопходно у случају када је од стране изабраног лекара или лекара специјалисте индикована примена парантералних лекова, медицинских и рехабилитационих процедура које здравствени радник може да пружи у кућним условима осигураном лицу које је непокретно или лицу чије кретање захтева помоћ другог лица. Кућно лечење се спроводи и као наставак стационарног лечења. Палијативно збрињавање је свеобухватна и континуирана бригаа о осигураном лицу оболелом од малигних тумора, болести срца и крвних судова, дијабетеса, опструктивне болести плућа, болести HIV/AIDS, последица саобраћајне несреће и трауматизма у терминалном стадијуму болести.⁷³

3.1.4. Прегледи и лечење болести уста и зуба

Осигураном лицу обезбеђују се прегледи и лечења болести уста и зуба у амбулантно – поликлиничким и стационарним условима, и то најмање:

- 1) прегледи и лечење болести уста и зуба код деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског (укључујући покретни ортодонски апарат и стоматолошке надокнаде у складу са

⁷² Право на пратиоца у овим случајевима цени лекарска комисија филијале. Право на пратиоца за време путовања или за време путовања и боравка у другом месту обезбеђује се осигураном лицу млађем од 18 година живота, односно старијем лицу које је теже телесно или душевно ометено у развоју, односно лицу код кога је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега то лице није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота, укључујући слепа, слабовида, као и глува лица.

⁷³ Увођење палијативног збрињавања је новина у Правилнику о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања за 2012.год. Циљ палијативног збрињавања осигураног лица је мање патње, више достојанства и бољи квалитет живота.

општим актом Републичког фонда којим се уређују медицинско – техничка помагала), односно високошколског образовања, а најкасније до навршених 26 година живота, као и лица старијих од 18 година живота која су тешко душевно или телесно ометена у развоју, као и лица са тежим урођеним и стеченим деформитетима лица и вилица;

- 2) прегледи и лечења болести уста и зуба , изузев протетског збрињавања, код жена у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја;
- 3) указивање хитне стоматолошке здравствене заштите за одрасле;
- 4) прегледи уста и зуба изузев протетског збрињавања, пре трансплантације органа и ткива, односно операција на срцу;
- 5) прегледи и лечење болести уста и зуба у оквиру преоперативног и постоперативног третмана малигних болести максилофацијалног предела;
- 6) ургентни стоматолошки и хируршки прегледи и лечење повреда зуба и костију лица, укључујући примарну реконструкцију остеосинтетским материјалом;
- 7) израда акрилатне тоталне и субтоталне протезе код особа старијих од 65 година живота;
- 8) неопходан стоматолошки третман, укључујући и фиксне ортодонске апарате у оквиру преоперативног и постоперативног третмана код особа са урођеним и стеченим тежим деформитетом лица и вилице;
- 9) израда протетских надокнада лица и вилице (интраоралне постресекционе протезе и протезе лица) у оквиру посттуморске рехабилитације и реконструкције укључујући и имплантанте за њихово учвршћивање.
- 10) прегледи и лечења болести уста и зуба код лица код којих је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега нису у могућности да самостално обављају активности свакодневног живота.⁷⁴
- 11) прегледи и лечење болести уста и зуба осигураника из чл.22. Закона о здравственом осигурању⁷⁵

⁷⁴ Сматра се да осигурано лице није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота уколико је остварило право на накнаду за туђу негу и помоћ по прописима о пензијском и инвалидском осигурању и социјалној заштити.

⁷⁵ Осигураници из чл. 22. Закона о здравственом осигурању су осигураници којима је, из различитих разлога, признато својство осигураника. Ова категорија осигураника је детаљније обрађена у глави IV рада под насловом -Осигурана лица.

Из наведених одредби се види да је здравствена заштита на терет обавезног здравственог осигурања у области лечења болести уста и зуба знатно сужена и односи се на ограничен број корисника. Корисници овог вида здравствене заштите на терет средстава из обавезног здравственог осигурања су малолетна деца, ђаци и студенти до завршетка средњошколског, односно високошколског образовања,⁷⁶ лица са душевном и телесном ометеношћу у развоју, жене у вези са трудноћом и порођајем, лица старија од 65 година и тешки болесници од различитих болести. На тај начин најугроженијим категоријама лица, због недостатка сопствених средстава из којих би плаћали стоматолошке здравствене услуге, или исте остваривали на основу добровољног здравственог осигурања, дато је право на те услуге на терет средстава обавезног здравственог осигурања, али под условом да је ниво њихових примања испод цензуса који заједнички прописује министар надлежан за послове здравља и министар надлежан за послове обезбеђивања социјалне заштите грађана.⁷⁷

Стоматолошке здравствене услуге које се пружају на терет обавезног здравственог осигурања су ограничене по врсти и садржини, што може да представља модел за пружање и других здравствених услуга – здравствену заштиту на терет обавезног здравственог осигурања у перспективи.

3.1.5. Медицинска рехабилитација у случају болести и повреде

Осигураном лицу обезбеђује се медицинска рехабилитација ради побољшања или враћања изгубљене или оштећене функције тела као последице акутне болести или повреде, погоршања хроничне болести, медицинске интервенције, конгениталне аномалије или развојног поремећаја.

Медицинском рехабилитацијом обезбеђује се, утврђивање, примена и евалуација рехабилитационих поступака који обухватају кинезитерапију и све видове физикалне, окупационе терапије и терапије гласа и говора, као и одређене

⁷⁶ Изменом чл.41.ст.1. тач1. Закона о здравственом осигурању ("Службени гласник РС", бр. 57/2011) и чл.12. Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2012.годину ипак је проширен круг лица која имају право на прегледе и лечење болести уста и зуба, у односу на претходни, тако што су укључена лица до краја високошколског образовања, а најкасније до навршених 26 година живота.

⁷⁷ Г. Станојчић „Измене и допуне Закона о здравственом осигурању“, *Радно-правни саветник* 9/2011, 76.

врсте медицинско – техничких помагала, намештање, примену и обуку за употребу тог помагала код осигураног лица.

Окупационом терапијом се осигураном лицу обезбеђују поступци медицинске рехабилитације после болести и повреде које имају за циљ да се осигурано лице оспособи за самосталну бригу о себи, односно да унапреди функционисање у осталим активностима свакодневног живота.

Рехабилитацијом гласа и говора се осигураном лицу обезбеђују медицински поступци уз употребу одговарајућих помагала која су неопходна за дијагнозу и третман болести и повреда или конгениталне аномалије које за последицу имају поремећај гласа и говора који онемогућава комуникацију осигураног лица, односно поремећај гутања који је последица болести или повреде.

Физикалном терапијом обезбеђује се утврђивање, примена и евалуација свих одговарајућих агенаса, укључујући природни лековити фактор у третмену повређеног и оболелог осигураног лица.

Осигураном лицу обезбеђује се медицинска рехабилитација у амбулантно – поликлиничким и болничким условима када је оправдана и неопходна за третман стања осигураног лица.

Осигураном лицу се рехабилитацијом у стационарним здравственим установама (рана рехабилитација) обезбеђује спровођење интензивног програма рехабилитације за који је неопходан мултидисциплинарни тимски рад, у оквиру основног медицинског третмана, ради побољшања здравственог стања и отклањања функционалних сметњи.

Осигураном лицу обезбеђује се рехабилитација у стационарним здравственим установама специјализованим за рехабилитацију (продужена рехабилитација) као континуирани продужетак лечења и рехабилитације у оквиру индикационог подручја када се функционалне сметње не могу ублажити или отклонити са подједнаком ефикасношћу у амбулантно – поликлиничким условима и у оквиру болничког лечења основне болести.

Право на пратиоца за време рехабилитације у стационарним здравственим установама обезбеђује се осигураном лицу до навршених 15 година живота, као и

старијем лицу које је теже телесно или душевно ометено у развоју, односно лицу⁷⁸ код кога је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега то лице није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота, укључујући слепа, слабовида, као и глува лица.

Осигураном лицу обезбеђује се, као облик продужене рехабилитације и превенција погоршања, односно настанка компликација одређене хроничне болести за индикације утврђене општим актом Републичког фонда којим се уређује медицинска рехабилитација у стационарним здравственим установама специјализованим за рехабилитацију.

Право на медицинску рехабилитацију у случају повреде и болести, осигурано лице остварује у складу са општим актом Републичког фонда⁷⁹ којим се утврђују врсте индикација за коришћење медицинске рехабилитације, дужина трајања рехабилитације, начин и поступак остваривања рехабилитације и упућивања на рехабилитацију.

3.1.6. Лекови и медицинска средства

Право на лекове и медицинска средства обухвата:

- 1) право на лекове са Листе лекове⁸⁰ који се прописују на лекарски рецепт или издају на налог на терет средстава обавезног здравственог осигурања;
- 2) право на медицинска средства која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, односно која се прописују на налог или се уграђују у организам осигураног лица у складу са општим актом

⁷⁸ Изменом чл. 37. ст.1.тач .8. Закона о здравственом осигурању ("Службени гласник РС", бр. 57/2011) и чл.13. Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања за 2012.годину унета је новина која се односи на могућност остваривања права на пратиоца осигураном лицу и за лица која су у току живота због обољења или повреде изгубила поједине телесне или психичке функције због чега та лица нису у могућности да самостално обављају активности свакодневног живота, укључујући слепа, слабовида, као и глува лица. На овај начин су створени повољнији услови за остваривање права из обавезног здравственог осигурања за ова лица.

⁷⁹ Правилник о медицинској рехабилитацији у стационарним здравственим установама специјализованим за рехабилитацију ("Службени гласник РС", бр. 47/08, 69/08, 81/10, 103/10, 15/11, 48/12, 55/12)

⁸⁰ Правилник о листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС", бр. 1/2012)

Републичког фонда којим се уређују врсте и стандард медицинских средстава која се уграђују у људски организам.

Лек се прописује осигураном лицу у количини која је неопходна до наредне контроле, али за период који није дужи од пет дана код акутних обољења и стања.

Лек се прописује осигураном лицу у количини која је неопходна за период који није дужи од 30 дана код хроничних обољења и стања.

Изузетно, осигураном лицу са хроничним обољењем и терапијом леком истог интернационалног незаштићеног назива, која у периоду од годину дана пре прописивања лека није мењана, лек се прописује у количини која је неопходна за период који није дужи од 60 дана.

Лекови који садрже опојне дроге или психотропне супстанце, лекови који се користе у лечењу ХИВа, лекови из групе антинеопластика и имуномодулатора, као и лекови под посебним режимом издавања могу се прописивати за период који није дужи од 30 дана.

Изузетно, осигураном лицу обезбеђује се и лек који није на Листи лекова и то:

- лек који није на Листи лекова а за који је издата дозвола за стављање у промет у Републици Србији само за медицинске индикације утврђене дозволом за стављање лека у промет,
- лек који није на Листи лекова а за који није издата дозвола за стављање у промет у Републици Србији, само за медицинске индикације утврђене у дозволи за стављање у промет у земљама Европске уније, односно у држави порекла.

Осигураном лицу, лек који је медицински неопходан за лечење, а који није на Листи лекова, обезбеђује здравствена установа терцијарног или секундарног нивоа здравствене заштите, на основу мишљења три лекара одговарајуће специјалности здравствене установе терцијарног или секундарног нивоа здравствене заштите, да је лек неопходан и да не постоји одговарајући лек на Листи лекова по генеричком, односно заштићеном имену лека, а да су исцрпљене све друге терапијске могућности лечења Мишљење три лекара специјалисте

обавезно потписује и директор здравствене установе секундарног или терцијарног нивоа здравствене заштите која обезбеђује лек, односно лице које он овласти..

Здравствена установа терцијарног или секундарног нивоа која је увела лек у терапију, у обавези је да осигураном лицу обезбеди лек за све време примене терапије и прати терапијски ефекат његове примене у току:

- стационарног лечења;
- лечења у дневној болници и
- амбулантно – поликлиничког лечења.

Републички фонд доноси општи акт⁸¹ којим се утврђују критеријуми, начин и поступак за стављање лекова на Листу лекова, односно за скидање лекова са Листе лекова. На Листу лекова могу да се ставе:

- 1) лекови за које је издата дозвола за лек;
- 2) галенски лекови (за које се у складу са Законом о лековима и медицинским средствима не издаје дозвола за лек);
- 3) дијететски производи;
- 4) лекови за које није издата дозвола за лек

На Листу лекова не могу да се ставе следећи лекови:

- 1) лекови чији је режим издавања без лекарског рецепта, изузев уколико се ради о леку који је неопходан у дијагностици и терапији одређених болести;
- 2) магистрални лекови;
- 3) галенски лекови, осим у случају када не постоји или није доступан лек за који је издата дозвола за лек, а који је неопходан у терапији одређених болести;
- 4) лекови који се користе за лечење функционалних сметњи (нпр. лаксативи и сл.), осим када се користе у току болничког лечења осигураних лица;

⁸¹ Правилник о критеријумима, начину и поступку за стављање, односно скидање лекова са листе лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС", бр. 24/12)

- 5) профилактички лекови и лекови који служе за промену атлетских могућности, лекови који се дају у сврху козметике, за престанак пушења, губитак телесне тежине, као и суплементи хране за специфичне дијете, осим за лечење наследних метаболичких болести и болести праћених малапсорцијом.

Стављање одређеног лека на Листу лекова је за произвођаче лекова веома значајно, јер се тиме утиче на повећање потрошње лека, па је изменама Закона о здравственом осигурању предвиђено да је Републички фонд дужан да у року од 90 дана од дана подношења захтева за стављање, односно скидање одређеног лека са Листе лекова, донесе решење о испуњености критеријума за стављање односно скидање лека са Листе лекова.

3. 1. 7. Медицинско – техничка помагала

Осигураном лицу се обезбеђују медицинско – техничка помагала која служе за функционалну и естетску замену изгубљених делова тела, односно за омогућавање ослонца, спречавање настанка деформитета и кориговање постојећих деформитета, као и олакшавање вршења основних животних функција.

Осигураном лицу се обезбеђују медицинско – техничка помагала потребна за лечење и рехабилитацију која омогућавају побољшање основних животних функција, омогућавају самосталан живот, омогућавају савладавање препрека у средини и спречавају суштинско погоршање здравственог стања или смрт осигураног лица.

Право на медицинско - техничка помагала, осигурано лице остварује у складу са општим актом Републичког фонда⁸² којим се утврђују врсте медицинско – техничких помагала и индикације за њихово коришћење, стандарди материјала од којих се израђују, рокови трајања, односно набавке, одржавање и њихово занављање, као и начин и поступак остваривања права на медицинско – техничка помагала.

⁸² Правилник о медицинско - техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС", бр. 52/12, 62/12, 73/12)

3. 1. 8. Партиципација

Правилником о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања (чл. 17.) је утврђена и здравствена заштита која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања уз плаћање партиципације:

1) стационарно лечење - по болничком дану	50 динара
2) рехабилитацију у стационарној здравственој установи - по болничком дану	50 динара
3) преглед и лечење од стране изабраног лекара и лекара специјалисте - по прегледу	50 динара
4) кратка посета изабраном лекару 5) све лабораторијске услуге-по упуту (укључујући микробиологију, паразитологију, хистопатологију и цитологију)	50 динара
6) рендгенски преглед и снимање - по упуту	50 динара
7) преглед на ултразвучном апарату - по упуту	100 динара
8) преглед - по упуту: - на скенеру и остеодензиометру - на магнетној резонанци	300 динара 600 динара
9) преглед и терапију у нуклеарној медицини- по упуту	150 динара
10) остале дијагностичке услуге - по упуту (холтер, ендоскопија, ЕКГ, спирометрија и др.)	50 динара
11) рехабилитацију у амбулантним условима (једнодневне терапијске услуге)	50 динара
12) преглед и лечење у дневној болници - по дану	50 динара
13) хируршке захвате ван операционе сале	50 динара
14) кућно лечење - по дану	50 динара
15) санитарски превоз који није хитан: - на подручју општине, града - ван општине на подручју филијале - ван подручја филијале до здравствене установе у коју је осигурано лице упућено	50 динара 100 динара 150 динара

<p>16) хируршке корекције које имају за циљ корекцију урођених аномалија које проузрокују функционалне сметње и корекције након тешких повреда, односно болести које су неопходне за успостављање битних функција органа и делова тела</p>	<p>5% од утврђене цене хируршке интервенције а највише 30. 000 динара</p>
<p>17) имплантате за најсложеније и најскупље здравствене услуге у кардиологији, кардиохирургији, васкуларној хирургији и ортопедији</p>	<p>5% од утврђене цене имплантата, односно дела имплантата а највише 30. 000 динара по операцији</p>
<p>18) имплантате који нису обухваћени претходном алинејом</p>	<p>20% од утврђене цене имплантата, односно дела имплантата а највише 30. 000 динара по операцији</p>
<p>19) медицинско-техничка помагала:</p> <ul style="list-style-type: none"> - протетичка средства (протезе) - ортотичка средства (ортозе) - посебне врсте помагала и санитарне справе осим за концентратор кисеоника - помагала за омогућавање гласа и говора - ортопедске ципеле - наочаре и контактна сочива са диоптријом до ± 9 за лица старија од 18 година живота, ако нису на школовању - слушна помагала за лица старија од 18 година живота ако нису на школовању - акрилатна тотална и субтотална протеза код лица старијих од 65 година живота 	<p>10% од утврђене цене помагала</p> <p>10% од утврђене цене помагала</p> <p>10% од утврђене цене помагала</p> <p>10% од утврђене цене помагала</p> <p>20% од утврђене цене помагала</p> <p>10% од утврђене цене помагала</p> <p>10% од утврђене цене помагала</p> <p>35% од утврђене цене помагала</p>

20) стоматолошки прегледи и лечење у вези са повредом зуба и костију лица	20% од утврђене цене услуге
21) стоматолошки прегледи и лечење зуба пре операције срца и трансплантације органа и ткива	10% од утврђене цене услуге
22) лечење компликација каријеса и вађење зуба као последице каријеса код деце до навршених 18 година живота - по зубу након завршеног лечења	50 динара
23) прегледе и лечења болести уста и зуба код деце до навршених 18 година живота ,односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања, а најасније до навршених 26 година живота ако се не одазову на превентивне стоматолошке прегледе	35% од утврђене цене услуга
24) промену пола из медицинских разлога ⁸³	35% од утврђене цене услуга

Осигурано лице које плаћа партиципацију не плаћа партиципацију за време стационарног лечења за лабораторијске услуге, рентгентске прегледе и снимања, преглед ултразвучним апаратом, преглед на скенеру, магнетној резонанци, прегледе и терапију у нуклеарној медицини, као и остале дијагностичке услуге по упуту (холтер, ендоскопија, ЕКГ, спирометрија и др.)

Осигурано лице које плаћа партиципацију, не плаћа партиципацију за здравствене услуге обухваћене кућним лечењем које је оправдано и медицински неопходно.

Патилац осигураног лица за време стационарног лечења, односно продужене рехабилитације осигураног лица, не плаћа партиципацију.

Партиципација за лекове утврђена је у Листи лекова.

⁸³ Изменом чл.45.ст.1.тач 4 Закона о здравственом осигурању ("Службени гласник РС", бр. 57/11) у здравствене услуге које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања у износу од најмање 65% од цене здравствене услуге укључена је и промена пола из медицинских разлога.

Када лек са Листе лекова не може да се набави у апотеци са којом Републички фонд има закључен уговор, осигурано лице има право на накнаду вредности набављеног лека уз умањење за износ партиципације утврђене у Листи лекова.

Накнада вредности лека набављеног у иностранству, утврђује се у динарској вредности лека према средњем званичном курсу који важи на дан исплате накнаде за купљени лек.

3.1.9. Здравствене услуге за које се не плаћа партиципација

Правилником је предвиђена и здравствена заштита која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу без плаћања партиципације.

Здравствена заштита која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу, односно 100% од цене здравствене услуге обухвата:

- мере превенције и раног откривања болести;
- прегледе и лечење у случају планирања породице, два покушаја вантелесног оплођења, трудноће, порођаја и у постнаталном периоду, укључујући и прекид трудноће из медицинских разлога;
- 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 укључујући и медицинско - техничка помагала, односно старијих лица која су тешко телесно или душевно ометена у развоју;
- прегледе и лечење болести уста и зуба деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског образовања а најкасније до навршених 26 година живота (осим компликација каријеса и вађења зуба као последице каријеса и ако се не одазову на превентивне стоматолошке прегледе), старијих лица која су тешко телесно или душевно ометена у развоју, осигураних лица код којих је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега нису у могућности да самостално обављају активности свакодневног живота,лицима из чл. 22. Закона о здравственом

осигурању којима је признато својство осигураника, жена у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја, прегледи и лечење болести уста и зуба у оквиру преоперативног и постоперативног третмана малигних болести максилофацијалног предела, као и лица са урођеним или стеченим деформитетом лица и вилица (укључујући фиксни ортодонски апарат);

- прегледе и лечење у вези са ХИВ инфекцијом и осталим заразним болестима за које је законом предвиђено спровођење мера за спречавање њиховог ширења;
- прегледе и лечење од малигних болести, хемофилије, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултипле склерозе, прогресивних неуромишићних болести, церебралне парализе, параплегије, тетраплегије, трајне хроничне бубрежне инсуфицијенције код које је индикована дијализа или трансплантација бубрега, цистичне фиброзе, системских аутоimunих болести, реуматске болести и њених компликација;
- прегледе и лечење у вези са узимањем, давањем и разменом ткива и органа за трансплантацију од осигураних и других лица за обезбеђивање здравствене заштите осигураних лица;
- прегледе, лечење и рехабилитацију због професионалних болести и повреда на раду;
- пружање хитне медицинске и стоматолошке помоћи, као и хитан санитетски превоз;
- медицинско-техничка помагала, имплантате и медицинска средства у вези са лечењем болести и повреда које се у целини обезбеђује средствима осигурања;
- концентратор кисеоника;
- очне протезе, наочаре и контактна сочива са диоптријом преко ± 9 , телескопске наочаре и лупу.

Правилником су предвиђена и осигурана лица којима се обезбеђује здравствена заштита у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања, о чему ћемо говорити касније.

3.1.10. Право на повраћај партиципације

Према чл. 36. Правилника износ партиципације за здравствену заштиту која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања и фиксног износа партиципације за лекове утврђене у Листи лекова, а које осигурано лице плати у току календарске године, може да износи највише $\frac{1}{2}$ месечне зараде осигураника, односно $\frac{1}{2}$ пензије осигураника исплаћене за последњи месец у календарској години.

За осигурана лица која нису остварила зараду, односно пензију највиши годишњи износ партиципације се утврђује у висини $\frac{1}{2}$ просечне нето зараде у Републици исплаћене у последњем месецу у календарској години по подацима Републичког завода за статистику.

У збирни годишњи износ партиципације који подлеже повраћају осигуранику, не спадају плаћене партиципације за имплантанте, медицинска средства, медицинско – техничка помагала и процентуално учешће за лекове са Листе лекова.

Партиципацију наплаћује давалац здравствених услуга после пружене здравствене услуге. Давалац здравствене услуге је дужан да осигураном лицу изда рачун о наплаћеној партиципацији за извршену здравствену услугу, за коју је предвиђено плаћање партиципације.

Партиципацију за лекове утврђене у Листи лекова наплаћује апотека приликом издавања лека и о наплаћеној партиципацији издаје фискални рачун.

Уколико је плаћени износ партиципације за извршене здравствене услуге и за лекове већи од износа $\frac{1}{2}$ месечне зараде односно пензије осигураника, по истеку календарске године, на захтев осигураног лица, матична филијала ће извршити повраћај више плаћеног износа партиципације на основ рачуна и фискалних рачуна – доказа о плаћеној партиципацији. Право на повраћај партиципације утврђује се решењем матичне филијале. Осигурано лице које није задовољно обрачуном више плаћене партиципације, против тог решења може да употреби правно средство.⁸⁴

⁸⁴ Р.Суџум, „Доприноси за здравствено осигурање, право на здравствену заштиту и партиципација у 2009.години“, *Радно-правни саветник* 2/2009, 87.

3.1.11. Здравствене услуге које плаћа осигурано лице

У чл. 61. Закона о здравственом осигурању предвиђена је листа здравствених услуга које осигурана лица, и поред постојања обавезног здравственог осигурања, плаћају сама из сопствених средстава. Листа ових здравствених услуга је проширена у односу на претходно важећи закон, што је одраз могућности у финансирању здравствених услуга у актуелној материјалној ситуацији.

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, осим испитивања по упуту стручно-медицинског органа у поступку остваривања права из здравственог осигурања, односно ради остваривања одређених права код других органа и организација;
- 2) здравствени прегледи 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, за бављење рекреацијом и спортом;
- 3) утврђивање здравственог стања осигураног лица по захтеву других органа, односно које се не остварује по захтеву стручно-медицинских органа у поступку у складу са овим законом (код осигуравајућих друштава, судова, у кривичном и преткривичном поступку, код издавања потврда за возаче моторних возила, утврђивања здравствене способности по предлогу послодавца, мера у вези са заштитом на раду итд.), ако овим законом није другачије одређено;
- 4) обавеза послодавца да из својих средстава обезбеди специфичну здравствену заштиту запослених, као друштвену бригу за здравље на нивоу послодавца у складу са законом којим се уређује здравствена заштита;
- 5) коришћење здравствене заштите у супротности са начином и поступком остваривања здравствене заштите који је прописан овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона;

- 6) лични комфор и посебна удобност смештаја и личне неге у стационарној здравственој установи, односно смештај у једнокреветну или двокреветну болничку собу са посебним купатилом, као и телевизором, телефоном и другим ванстандардним условима смештаја, а који није медицински неопходан или се врши на лични захтев;
- 7) здравствена заштита која је повезана са лечењем акутног пијанства;
- 8) 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 које су настале након мастектомије и естетске корекције након тешких повреда, односно болести које су неопходне за успостављање битних функција органа и делова тела;
- 9) прекид трудноће из немедицинских разлога;
- 10) необавезне имунизације и имунизације које су везане за путовање у иностранство или за обављање одређеног посла;
- 11) стоматолошке услуге које нису утврђене као право из обавезног здравственог осигурања у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона;
- 12) дијагностика и лечење сексуалне дисфункције или сексуалне неадекватности, укључујући импотенцију, здравствене услуге, лекове и медицинско-техничка помагала која су везана за промену пола, осим ако Законом о здравственом осигурању није другачије одређено и реверзија претходне добровољне хируршке стерилизације;
- 13) хируршки или инвазивни третман (укључујући гастични балон) који се односи на редукацију 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 код новооткривених болесника са шећерном болешћу и болесника са терминалном бубрежном инсуфицијенцијом;
- 14) методи и поступци алтернативне, комплементарне или традиционалне медицине;

- 15) лекови који нису на Листи лекова (осим лекова који су медицински неопходни за лечење, под посебним условима које утврђује Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања а ради се о лековима који се дају животно угроженим лицима) односно лекови који се издају без рецепта, профилактички лекови и лекови који служе за промену атлетских могућности, лекови који се дају у сврху козметике, за престанак пушења, губитак телесне тежине, као и суплементи хране за специфичне дијете осим за лечење наследних метаболичких болести и болести праћених малапсорпцијом;
- 16) дијагностика и лечење који су у фази истраживања, односно експеримента, лечење уз примену лекова и медицинских средстава који су у фази клиничких испитивања, дијагностика, лечење и рехабилитација, лекови и медицинско-техничка помагала који нису пружени у складу са прихваћеним стандардима медицинске, стоматолошке и фармацеутске праксе;
- 17) прегледи и лечења професионалних и аматерских спортиста који нису утврђени као право из обавезног здравственог осигурања, односно програми медицине спорта који имају за циљ побољшање спортске способности;
- 18) радијална кератотомија или било која друга хируршка процедура за побољшање вида, у случају када се вид може адекватно побољшати коришћењем наочара или контактних сочива;
- 19) санитарски превоз у случају када осигурано лице може да буде безбедно транспортовано на други адекватан начин, и хитан ваздушни саобраћај у случају када осигурано лице може бити сигурно транспортовано друмским или другим превозом;
- 20) хидротерапија, терапија хипнозом, електрохипноза, електрослип терапија, електронаркоза и наркосинтеза;

- 21) психолошко саветовање које се односи на промену понашања, третман лоших породичних и радних односа⁸⁵ и неспособност памћења и учења;
- 22) дуготрајна нега и кућна нега, као и нега у здравственој установи и установи социјалне заштите која се превасходно 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;
- 23) медицинско-техничка помагала и имплантати који су преко стандарда функционалности који је медицински неопходан за третман болести или повреде;
- 24) лечење компликација које су последица здравствених услуга које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са овим законом;
- 25) друге врсте здравствених услуга које нису утврђене као право из обавезног здравственог осигурања, у складу са општим актом Републичког завода.

Наведене услуге плаћа осигурано лице из својих средстава, по ценама које утврђује давалац здравствене услуге.

⁸⁵ Закон о спречавању злостављања на раду ("Службени гласник РС", бр.36/2010) уређује поступак заштите лица изложених злостављању на раду и у вези са радом. У чл. 26.наведеног закона је предвиђено право запосленог који сматра да је изложен злостављању на раду, а коме према мишљењу медицине рада прети непосредна опасност по здравље или живот, да одбије да ради до окончања поступка заштите, уз право на накнаду зараде у висини просечне зараде коју је остварио у претходна три месеца.Одређена истраживања показују да у појединим земљама узроци боловања у око 10-15% јесу последица мобинга на раду, што, разуме се, има своје значајне последице не само по здравље запослених већ и по фондове здравственог осигурања (трошкове лечења и рехабилитације).Ближе:Б.Лубарда:"Остваривање и заштита социјалних права" Зборник радова са саветовања правника 6-9.октобра 2010,Златибор, 34.

3.2. Право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад

Право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад представља веома важно право осигураног лица из здравственог осигурања. Ово право се сматра материјалном надокнадом осигуранику који због привремене спречености за рад не остварује зараду и чија би егзистенција тиме била доведена у питање.⁸⁶

Основ за накнаду зараде за запослене осигуранике, коју исплаћује послодавац из својих средстава, утврђује се у складу са прописима о раду. У чл.115. Закона о раду прописано је да запослени има право на накнаду зараде за време одсуствовања са рада због привремене спречености за рад до 30 дана и то:

- најмање у висини 65% просечне зараде у претходна три месеца пре месеца у којем је наступила привремена спреченост за рад, с тим да не може бити нижа од минималне зараде утврђене у складу са законом, ако је спреченост за рад проузрокована болешћу или повредом ван рада, ако законом није другачије одређено;
- у висини 100% просечне месечне зараде у претходна три месеца пре месеца у којем је наступила привремена спреченост за рад, с тим да не може бити нижа од минималне зараде утврђене у прописима на раду, ако је спреченост за рад проузрокована повредом на раду или професионалном болешћу.

Минимална зарада утврђује се одлуком социјално- економског савета Републике Србије. При утврђивању минималне зараде имају се у виду: трошкови живота, кретање просечне зараде у Републици, егзистенцијалне и социјалне потребе запосленог и његове породице, стопа незапослености, кретање запослености на тржишту рада и општи ниво економске развијености Републике.⁸⁷

С обзиром на то да се ради о привременој спречености за рад, ово право могу да остварују само осигураници који су радно активни и остварују право на

⁸⁶ Р.Суџум, „Новчане накнаде из здравственог осигурања“ *Радно-правни саветник* 4/2009,102.

⁸⁷ Р.Суџум, „Новчане накнаде из здравственог осигурања (II део)“ *Радно-правни саветник* 5/2009,77.

зараду. Чланови породице осигураника и чланови домаћинства осигураника не могу да остварују ово право јер спадају у осигурана лица која не остварују зараду.

Осигураници који имају право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад из средстава обавезног осигурања су у складу са чл. 17. Закона о здравственом осигурању су:

- 1) лица у радном односу, односно запослена у привредном друштву, другом правном лицу, државном органу, органу јединице локалне самоуправе и аутономне покрајине, као и код физичких лица;
- 2) цивилна лица на служби у Војсци и војним јединицама и војним установама;
- 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 који су на територији Републике 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 другачије одређено;
- 7) лица у радном односу, односно запослени упућени на рад у иностранство, односно запослени у привредном друштву или другом правном лицу које обавља делатност или услуге у иностранству, ако нису обавезно осигурани по прописима те земље, или ако међународним уговором није другачије одређено;
- 8) предузетници који су регистровани за обављање законом дозвољене делатности у виду занимања ради самосталног обављања делатности, обављања делатности слободне професије, као и самостални уметници, у складу са законом (у даљем тексту: предузетници);
- 9) свештеници и верски службеници који те послове обављају као самосталну делатност.

Накнада зараде осигураницима припада за време привремене спречености за рад, што подразумева болест али и друге разлоге спречености за рад, у вези са болешћу.

3.2.1. Случајеви стицања права на накнаду зараде

Осигуранику припада накнада зараде за време привремене спречености за рад према одредбама чл. 74. Закона о здравственом осигурању, у следећим ситуацијама:

- 1) ако је привремено спречен за рад услед болести или повреде ван рада;
- 2) ако је привремено спречен за рад услед професионалне болести или повреде на раду;
- 3) ако је привремено спречен за рад због болести или компликација у вези са одржавањем трудноће;
- 4) ако је привремено спречен за рад због прописане мере обавезне изолације као клицоноше или због појаве заразних болести у његовој околини;
- 5) ако је привремено спречен за рад због неге болесног члана уже породице, под условима утврђеним овим законом;
- 6) ако је привремено спречени за рад због добровољног давања органа и ткива, изузев добровољног давања крви;
- 7) ако је привремено спречен за рад јер је одређен за пратиоца болесног осигураног лица упућеног на лечење или лекарски преглед у друго место, односно док борави као пратилац у стационарној здравственој установи, у складу са општим актом Републичког фонда.

Дужину привремене спречености за рад оцењује стручно-медицински орган Републичког фонда, односно матичне филијале на основу медицинско-доктринарних стандарда за утврђивање привремене спречености за рад.

3.2.2. Дужина коришћења права на накнаду зараде за време привремене спречености за рад

Спреченост за рад осигураника наступа даном у коме изабрани лекар установи да осигураник није способан да обавља своје послове због болести или повреде или даном када изабрани лекар установи потребу за негу члана уже породице осигураника или неки други разлог за привремену спреченост за рад.

Од овог правила постоје изузеци а то су:

- када је осигураник и пре јављања изабраном лекару био неспособан за обављање својих послова али се није благовремено јавио свом лекару, па изабрани лекар призна спреченост за рад највише три дана уназад од јављања лекару,;
- када је осигураник био на стационарном лечењу;
- привремена спреченост наступила за време боравка у иностранству или
- други оправдани случајеви нејављања изабраном лекару

У претходна три случаја на предлог изабраног лекара, лекарска комисија даје оцену о спречености за рад за период дужи од три дана пре дана јављања изабраном лекару.

Привремена спреченост за рад престаје престанком узрока спречености за рад.

Правило је да право на накнаду зараде по основу привремене спречености за рад припада осигуранику од првог дана спречености за рад до датума завршетка привремене спречености за рад. Ово правило се примењује само за време трајања радног односа осигураника, јер ако радни однос осигураника престане у току привремене спречености за рад (на пример, осигураник је засновао радни однос на одређено време), престаје и право на накнаду зараде због привремене спречености за рад, јер би у случају да не постоје разлози за привремену спреченост за рад, престали услови за остваривање зараде, па нема основа ни за остваривање накнаде зараде.

Од овог правила постоје изузеци а то су случајеви привремене спречености за рад услед повреде на раду или професионалне болести, када се исплата накнаде зараде врши од првог дана спречености за рад осигуранику, за све време трајања спречености за рад, до престанка узрока привремене спречености за рад по оцени

изабраног лекара или лекарске комисије, без обзира што би радни однос осигуранику у међувремену престао.

Изузетак је предвиђен и изменама и допунама Закона о раду ("Службени гласник РС", 32/2013) којима је прописано да уколико запослени заснује радни однос на одређено време, а у току трајања радног односа наступи одсуство за време трудноће, породилског одсуства, одсуства са рада ради неге детета и одсуства са рада ради посебне неге детета, рок за који је заснован радни однос продужава се до истека коришћења права на одсуство.⁸⁸

Када се ради о привременој спречености за рад због неге члана уже породице, зависно од здравственог стања члана породице и узраста, осигуранику припада накнада зараде од седам до најдуже тридесет дана за одраслог члана уже породице који је тешко болестан или душевно ометен у развоју, па до четири месеца у најтежим случајевима тешког оштећења здравља детета до навршених 18 година живота, на предлог терцијарне здравствене установе а по одлуци другостепене лекарске комисије.

3.2.3. Упућивање осигураника на оцену радне способности

Уколико у поступку лечења осигураника изабрани лекар или лекарска комисија оцени да је здравствено стање осигураника такво да указује на могући губитак радне способности или да се не очекује побољшање здравственог стања, дужни су да осигураника без одлагања упуте надлежном органу за оцену радне способности односно инвалидности. Орган надлежан за оцену радне способности, односно инвалидности који и сам Закон назива инвалидском комисијом, треба да процени да ли је здравствено стање осигураника такво да нема могућности за враћање радне способности или таква могућност још увек постоји.

Када је трајање спречености за рад, које је проузроковано болешћу или повредом на раду, дуже од шест месеци, изабрани лекар или лекарска комисија немају могућност процене да ли здравствено стање осигураника указује на губитак радне способности већ су дужни да осигураника са свом потребном

⁸⁸ Изменама и допунама Закона о раду усклађено је домаће радно законодавство са одредбама Конвенције 183 о заштити материнства Међународне организације рада, коју је Република Србија ратификовала 2000. године.

документацијом упуте на инвалидску комисију ради утврђивања губитка радне способности. Иста обавеза изабраног лекара, односно лекарске комисије постоји и када је осигураник у последњих 18 месеци био спречен за рад 12 месеци са прекидима.

Када је осигураник упућен на инвалидску комисију, која се образује према прописима о пензијском и инвалидском осигурању, уколико је привремено спречен за рад, има право на накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања најдуже 60 дана од дана подношења захтева за покретање поступка пред надлежном организацијом за обавезно пензијско и инвалидско осигурање.

Организација за пензијско и инвалидско осигурање је дужна да у року од 60 дана утврди да ли постоји или не постоји потпуни губитак радне способности, у складу са прописима о пензијском и инвалидском осигурању. Уколико се у року од 60 дана не реши питање губитка радне способности осигураника који се налази на боловању и прима накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања, почев од 61. дана, осигураник има право на исплату накнаде зараде из средстава која обезбеђује надлежна организација за обавезно пензијско и инвалидско осигурање из својих средстава.

У ситуацији када се пре истека рока од 60 дана, од дана подношења захтева, утврди потпуни губитак радне способности осигураника, накнада зараде до дана утврђивања потпуног губитка радне способности пада на терет средстава обавезног здравственог осигурања, а после тога на терет средстава надлежне организације за обавезно пензијско и инвалидско осигурање.

У току трајања поступка процене радне способности осигураника пред инвалидском комисијом, без обзира на то ко врши исплату накнаде зараде, осигураник сваких 30 дана пролази оцену лекарске комисије о даљој спречености за рад, по предлогу изабраног лекара. Овај поступак се спроводи све до доношења решења којим се утврђује постојање или непостојање губитка радне способности осигураника.

Када се донесе решење инвалидске комисије, којим се утврђује постојање или непостојање губитка радне способности, организација за обавезно пензијско и инвалидско осигурање је дужна да ово решење достави Републичком фонду, односно матичној филијали најкасније у року од 15 дана од дана доношења решења.

3.2.4. Када осигуранику не припада право на накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања

Иако је осигураник привремено спречен за рад према одредбама Закона о здравственом осигурању, постоје ситуације и случајеви када му не припада право на накнаду зараде, без обзира на то ко је исплатилац. Ови случајеви су предвиђени чл. 85. Закона о здравственом осигурању на следећи начин:

- 1) ако је намерно проузроковао неспособност за рад;
- 2) ако је неспособност за рад проузрокована акутним пијанством или употребом психотропних супстанци;
- 3) ако је намерно спречавао оздрављење, односно оспособљавање за рад;
- 4) ако се без оправданог разлога не подвргне лечењу, осим ако за лечење није потребан пристанак предвиђен законом⁸⁹;
- 5) ако се без оправданог разлога не јави изабраном лекару за оцену привремене спречености за рад или се не одазове на позив лекарске комисије, у року од три дана од дана настанка привремене спречености за рад, односно од дана добијања позива за излазак на лекарску комисију, односно од престанка околности које су га у томе спречавале;
- 6) ако се за време привремене спречености за рад бави привредном или другом активношћу којом остварује приходе;
- 7) ако без дозволе стручно-медицинског органа матичне филијале, односно Републичког фонда отпутује из места пребивалишта, односно боравишта или ако изабрани лекар, односно орган надлежан за контролу остваривања права из обавезног здравственог осигурања, утврди да не поступа по упутству за лечење;
- 8) ако прима накнаду зараде по другим прописима;
- 9) ако злоупотреби право на коришћење одсуствовања са рада због привремене спречености за рад на неки други начин.

⁸⁹ Чл.15. Закона о правима пацијента предвиђа право пацијента на пристанак на медицинску меру односно (чл.17.) на одбијање мере, чак и у случају када се њоме спасава или одржава његов живот. Није јасно да ли ће се ови разлози за неподвгавање лечењу сматрати оправданим у погледу права на накнаду зараде.

Утврђивање ових чињеница због којих осигуранику не припада право на накнаду зараде представља озбиљан доказни поступак. У поступку је потребно да се утврде чињенице због којих осигураник нема право на исплату накнаде. Те чињенице су: намерно проузроковање неспособности за рад, намерно спречавање оздрављења, односно оспособљавања за рад, акутно пијанство или употреба психотропних супстанци, неподвргавање лечењу, нејављање изабраном лекару или лекарској комисији, бављење привредном или другом делатношћу, одлазак из места пребивалишта, примање друге накнаде или друга врста злоупотребе.

Приликом спровођења овог доказног поступка, за који је надлежан Републички фонд, потребно је да се саслуша лекар који треба да утврди, на пример, намерно спречавање оздрављења. Послодавци треба да изврше контролу боловања до 30 дана, када се накнада исплађује на терет послодавца, а Републички фонд боловања преко 30 дана, када се накнада исплађује на терет Завода.

По спровођењу доказног поступка доноси се решење на основу кога се обуставља исплата накнаде зараде. У решењу се осигуранику даје право жалбе, с обзиром на то да се ради о одлучивању о праву на исплату накнаде зараде.

3.3. Право на накнаду трошкова превоза

Осигураним лицима се из средстава обавезног здравственог осигурања обезбеђује и право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите. Ово право осигураним лицима припада уколико је здравствена установа у коју су упућена удаљена најмање 50 км од места његовог становања.

Да би се право на накнаду трошкова превоза остварило, потребно је да је осигурано лице добило упут од изабраног лекара, здравствене установе или надлежне лекарске комисије или је позвано у друго место ради остваривања здравствене заштите или оцене привремене спречености за рад.

Висина накнаде трошкова превоза одређује се у висини цене аутобуске карте или возне карте другог разреда, према најкраћој релацији. Изузетно може да

се одобри, када је природа обољења или повреде таква, накнада трошкова превоза и за друга превозна средства јавног саобраћаја, ако је такав превоз потребан.

Постоји и могућност коришћења санитарских кола, уколико лекарска комисија да налог, а ако не могу да се обезбеде и поред утврђене неопходности, осигурано лице има право на накнаду стварних трошкова превоза, највише до износа 10% од цене једног литра бензина за сваки пређени километар.

Ако се осигурано лице разболи или повреди за време боравка у другом месту, било да се ради о одласку на службени пут, годишњи одмор или на одлазак по другом основу, нема право на накнаду трошкова превоза за повратак у место запослења односно пребивалишта, осим ако због здравственог стања осигураног лица постоји потреба посебног превоза, а о томе је одлуку донела лекарска комисија.⁹⁰

Ако осигурано лице има право на бесплатан превоз по другом основу не припада му право на накнаду трошкова превоза, а ако има право на превоз са попустом, припада му део накнаде трошкова превоза у висини разлике до пуне цене коштања превоза.

Постоји и могућност одређивања пратиоца за време путовања или за време боравка у другом месту, када је то неопходно, према одредбама Закона. Пратиоцу такође припада накнада трошкова превоза, под истим условима као и осигуранику. Пратилац је неопходан ако се на лечење или преглед у друго место упућује дете млађе од 18 година живота или старије лице које је теже телесно или душевно ометено у развоју.

⁹⁰ Ibid.,82.

ГЛАВА IV – ОСИГУРАНА ЛИЦА

1. ОСИГУРАНИЦИ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Закон о здравственом осигурању одређује лица којима су обезбеђена права из обавезног здравственог осигурања и то тако што их групише у више категорија:

- 1) осигураници
- 2) лица која се укључују у обавезно здравствено осигурање
- 3) чланови породице осигураника
- 4) лица којима се обезбеђују права само у случају настанка повреде на раду или професионалне болести

Када говоримо о осигураницима и ту се разликују две категорије:

- а) активни осигураници⁹¹
- б) осигураници којима је признато својство осигураника под одређеним условима

1.1. Активни осигураници

Активни осигураници су предвиђени чл. 17. Закона о здравственом осигурању. То су физичка лица која су обавезно осигурана у складу са законом и то:

- 1) осигураници запослени и то:
 - лица у радном односу, запослена у привредном друштву, другом правном лицу, државном органу, органу јединице локалне самоуправе и аутономне покрајине, као и код физичких лица ;
 - цивилна лица на служби у Војсци и војним јединицама и војним установама;

⁹¹ Р.Суџум, О.Милисављевић, 7.

- изабрана, именована или постављена лица, ако за обављање функције остварују зараду, односно плату или накнаду зараде;
- лица која, у складу са законом којим се уређује рад, обављају послове ван просторија послодавца;
- лица која, у складу са законом којим се уређује рад, обављају послове кућног помоћног особља;
- држављани Републике који су на територији Републике 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;
- запослени упућени на рад у иностранство, односно запослени у привредном друштву или другом правном лицу које обавља делатност или услуге у иностранству, ако нису обавезно осигурани по прописима те земље, или ако међународним уговором није друкчије одређено;
- 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 о раду;
- држављани Републике 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;
- држављани Републике запослени у домаћинствима држављана Републике у радном односу у иностранству код организације чије је седиште на територији Републике;

2) лица која обављају привремене и повремене послове у складу са законом којим се уређује рад и то:

- лица која нису у радном односу, запослени који раде непуно радно време - до пуног радног времена и корисници старосне пензије;

- 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;
- лица која су оснивачи, чланови, односно акционари привредних друштава (ортачка друштва, командитна друштва, друштва са ограниченом одговорношћу, акционарска друштва и друге правне форме привредних друштава, односно предузећа), који у њима нису засновали радни однос али обављају одређене послове;

3) осигураници самосталних делатности и то:

- предузетници који су регистровани за обављање законом дозвољене делатности, обављања делатности слободне професије, као и самостални уметници;
- спортисти који у складу са законом којим се уређује спорт обављају спортску делатност као самосталну делатност;
- свештеници и верски службеници који те послове обављају као самосталну делатност;
- пољопривредници старији од 18 година живота, који обављају пољопривредну делатност као једино или основно занимање;

4) лица која остварују право на накнаду:

- лица која по престанку радног односа остварују право на накнаду зараде због повреде на раду или професионалне болести, у складу са овим законом;
- лица која обављају послове по основу уговора о делу, по основу ауторског уговора, по основу уговора о породичном смештају према прописима о социјалној заштити, као и по основу других уговора код којих се за извршен посао остварује накнада (уговорена накнада);
- корисници пензије и права на новчане накнаде који су ова права остварили према прописима о пензијском и инвалидском осигурању;
- држављани Републике који примају пензију или инвалиднину искључиво од иностраног носиоца осигурања док бораве или имају пребивалиште на територији Републике, односно који примају пензију

од државе са којом не постоји билатерални споразум о социјалном осигурању или ако права из здравственог осигурања по прописима државе исплатиоца пензије, за себе или чланове своје породице, не могу користити или остваривати ван територије те државе;

5) осигураници страни држављани:

- страни држављани и лица без држављанства који су, на територији Републике, запослени код страних правних или физичких лица, ако међународним уговором није друкчије одређено, као и код међународних организација и установа и страних дипломатских и конзуларних представништава, ако је такво осигурање предвиђено међународним уговором;
- који на територији Републике раде код домаћих организација, односно приватних послодаваца на основу посебних уговора о размени стручњака или споразума о међународној техничкој сарадњи;
- страни држављани за време школовања или стручног усавршавања на територији Републике.

Својство осигураника из наведених категорија може се стећи само по једном основу осигурања.

Својство осигураника утврђује надлежна филијала Републичког фонда и о томе издаје исправу – здравствену књижицу.

Активни осигураници су лица која имају свој основ осигурања и који су обвезници доприноса за здравствено осигурање.

1.2. Лица којима је признато својство осигураника

Осигураницима се, према чл. 22. Закона о здравственом осигурању сматрају и

1) лица која припадају групацији становништва која је изложена повећаном ризику обољевања а то су:

- деца до навршених 15 година живота, школска деца и студенти до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година;

- жене у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;
- лица старија од 65 година живота;
- особе са инвалидитетом и ментално недовољно развијена лица;

2) лица чија је здравствена заштита потребна у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално – медицинског значаја а то су:

- лица у вези са лечењем ХИВ инфекције или других заразних болести које су утврђене посебним законом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести, малигних болести, хемофилије, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултипле склерозе, лица у терминалној фази хроничне бубрежне инсуфицијенције, цистичне фиброзе, системске аутоимуне болести, реуматске грознице, болести зависности, оболела односно повређена лица у вези са пружањем хитне медицинске помоћи, као и лица обухваћена здравственом заштитом у вези са давањем и примањем ткива и органа;

3) лица која су у категорији социјално угроженог становништва, ако не испуњавају услове за стицање својства осигураника из чл. 17. Закона или ако права из обавезног здравственог осигурања не остварују као чланови породице осигураника и то:

- монаси и монахиње;
- материјално необезбеђена лица која примају материјално обезбеђење по прописима о социјалној заштити, односно по прописима о заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;
- корисници сталних новчаних помоћи, као и помоћи за смештај у установе социјалне заштите или у друге породице, по прописима о социјалној заштити;
- незапослена лица и друге категорије социјално угрожених лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са овим законом;

- корисници помоћи - чланови породице чији је хранилац на одслужењу војног рока;
- лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште у Републици.

Специфичност ове категорије осигураника је у томе што не испуњавају услове да стекну својство осигураника по чл. 17. Закона, значи да буду активни осигураници који имају свој основ осигурања и који су обвезници доприноса за здравствено осигурање, нити да права остварују као чланови породице осигураника, али постоји интерес друштва да ова лица према социјалним и медицинским критеријумима здравствено заштите и обезбеде.

У категорији ове врсте осигураника су и лица којима је утврђен статус избеглог односно прогнаног лица из бивших република СФРЈ, ако испуњавају услове који се тичу месечног износа прихода као цензуса за стицање својства осигураног лица и ако имају боравиште на територији Републике.

Средства за уплату доприноса за обавезно здравствено осигурање за ову категорију осигураника обезбеђују се у буџету Републике.

2. ОСТАЛА ОСИГУРАНА ЛИЦА

У групи осталих осигураних лица налазе се лица која се укључују у обавезно здравствено осигурање, чланови породице осигураника и лица која су осигурана за одређене случајеве.

2. 1. Лица која се укључују у обавезно здравствено осигурање

Закон о здравственом осигурању је увео могућност укључивања у обавезно здравствено осигурање лица која нису обавезно осигурана на начин како је предвиђено у чл. 17. и 22. Закона. На овај начин лица која се укључују у обавезно здравствено осигурање стичу сва права у складу са Законом која су предвиђена

обавезним здравственим осигурањем. Услов за стицање ових права је да лице из својих средстава уплати доприносе за здравствено осигурање, у складу са законом којим су доприноси уређени и тада стиче својство осигураника, а чланови његове породице својство осигураних лица.

Чланом 23. је предвиђено да се својство осигураника, односно осигураног лица стиче даном подношења захтева за укључивање у осигурање. Ово решење изазива мале недоумице, с обзиром на то да је чл. 30. став 2. Закона предвиђено да се права из здравственог осигурања остварују под условом да је доспели допринос за здравствено осигурање плаћен. Нејасно је какав статус има лице од дана подношења захтева за стицање својства осигураника до момента уплате доприноса за здравствено осигурање, односно у чему се огледа својство осигураника ако не може да оствари права из здравственог осигурања.

Укључивање у здравствено осигурање уплатом доприноса из сопствених средстава је добро решење за запослене који имају неплаћено одсуство или мировање радног односа а права из здравственог осигурања им нису обезбеђена на другачији начин. С обзиром на то да за време неплаћеног одсуства и мировања, запослени не остварују зараду па се ни доприноси за здравствено осигурање не уплаћују, немају ни здравствено осигурање. Уплатом доприноса из сопствених средстава, у складу са могућношћу коју даје чл. 23. Закона, запослени обезбеђује здравствено осигурање и права која из њега проистичу за себе и чланове своје породице.

2.2. Чланови породице осигураника

У здравствено осигурана лица се убрајају и лица која права из здравственог осигурања изводе од осигураника а то су чланови уже и шире породице осигураника или чланови његовог породичног домаћинства. Под појмом осигураника, првенствено се говори о активном осигуранику и осигуранику који се укључио у обавезно здравствено осигурање, али се укључују и чланови породице понеких осигураника којима је признат статус осигураника по чл. 22. Закона.

Постоје изузеци од овог правила да су чланови породице осигураника осигурана лица и то су:

- не односи се на чланове породице страних држављана који на територији Републике раде код домаћих организација или приватних послодаваца на основу посебних уговора о размени стручњака или споразума о међународној техничкој сарадњи,
- не односи се на чланове породице страних држављана за време школовања или стручног усавршавања на територији Републике.

Када се ради о члановима породице осигураника којима је признат статус осигураника према чл 22. Закона о здравственом осигурању, изузеци су они који се сматрају осигураним лицима и то су:

- чланови уже породице материјално необезбеђених лица која примају материјално обезбеђење по прописима о социјалној заштити, односно по прописима о заштити бораца, војних инвалида и осталих инвалида рата,
- чланови уже породице корисника сталних новчаних помоћи, као и помоћи за смештај у установе социјалне заштите или у друге породице, по прописима о социјалној заштити,
- чланови уже породице незапослених лица и других категорија социјално угрожених лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са законом и
- чланови уже породице лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште односно боравиште у Републици,
- чланови уже породице лица која имају статус избеглих, односно прогнаних лица из бивших република СФРЈ.

Закон дефинише и ко се сматра члановима породице и то:

- чланови уже породице су: супружник или ванбрачни партнер, деца рођена у браку или ван брака, усвојена и пасторчад и деца узета на издржавање;

- чланови шире породице су: родитељи, очух, маћеха, усвојитељ, деда, баба, унучад, браћа и сестре, које осигураник издржава према одредбама прописа о социјалној заштити и обезбеђивању социјалне сигурности грађана

Услов за ванбрачног партнера да му се признају права која припадају члановима породице је да са осигураником живи у ванбрачној заједници најмање две године до дана подношења захтева за остваривање права из здравственог осигурања.

Чланови породице који представљају осигурана лица, своја права из здравственог осигурања остварују по врсти и обиму права која остварује осигураник, осим права на накнаду зараде, с обзиром на то да је ово право везано искључиво за остваривање зараде.

2.3. Лица којима се обезбеђују права само у случају настанка повреде на раду или професионалне болести

За лица која се налазе у неком виду радног ангажовања али немају обавезно здравствено осигурање као запослени, предвиђено је да имају права из обавезног здравственог осигурања само у случају повреде на раду или професионалне болести. Ова права су обезбеђена:

- 1) ученицима и студентима који се, у складу са законом, налазе на обавезном производном раду, професионалној пракси или практичној настави;
- 2) лицима која, у складу са законом, обављају одређене послове за које не примају зараду, односно уговорену накнаду (на основу уговора о волонтерском раду у складу са чл. 25. Закона о волонтирању, "Службени гласник РС", бр. 36/2010);
- 3) лицима која, у складу са законом, обављају привремене и повремене послове преко омладинске односно студентске задруге до навршених 26 година живота, ако су на школовању;
- 4) лицима која се налазе на додатном образовању и обуци по упуту организације надлежне за запошљавање;

- 5) лицима која учествују у организованим јавним радовима од општег значаја;
- 6) лицима која учествују у акцијама спасавања или у заштити и спасавању приликом елементарних непогода и других несрећа;
- 7) лицима ангажованим у ватрогасним службама за гашење пожара и на обуци за гашење пожара;
- 8) лицима која се налазе на оспособљавању и обучавању за одбрану и друге видове обуке за потребе одбране земље;
- 9) лицима која су ангажована на обезбеђивању јавних скупова, културних и спортских догађаја и других јавних окупљања грађана;
- 10) лицима која се налазе на издржавању казне затвора док раде у привредној јединици завода за издржавање казне затвора (радионица, радилиште и сл.) и на другом месту рада.

Средства за финансирање овог вида обавезног здравственог осигурања не обезбеђују су из средстава редовног доприноса за здравствено осигурање. Осигурање за случај професионалне болести или повреде на раду се обезбеђује из средстава која уплаћују организације, омладинске задруге, организатори јавних радова, организатори волонтирања и други послодавци који ангажују лица која обављају наведене послове ван радног односа.

3. СТРАНИ ДРЖАВЉАНИ У ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

У савременим државама захтеви тржишта, економске и разне друге сарадње, доводе до кретања становништва и радне снаге и боравка у другим државама. За време боравка у другој држави, држављани стране државе имају потребу за здравственом заштитом. Питање ове здравствене заштите решава се на различите начине у зависности од тога из које државе је страни држављанин.

Здравствена заштита странаца решава се међународним уговорима, који могу да буду билатерални или мултилатерални. Република Србија је као правни

следбеник СФРЈ, СРЈ и Државне заједнице Србија и Црна Гора потписник многих конвенција Међународне организације рада о социјалном осигурању⁹².

Такође, на основу правног следбеништва, Република Србија је потписник и многих билатералних уговора о социјалном осигурању са већином европских земаља. Посебно су значајни новији билатерални уговори о социјалном осигурању који су закључени са државама насталим од бивших југословенских република и то из разлога што се један број запослених нашао у другој држави од оне у којој је остварио пензијски стаж, што је изазвало тешкоће у остваривању права из социјалног осигурања.

Држављани земаља са којима Србија има закључене споразуме о здравственом осигурању, остварују здравствену заштиту у складу са споразумом и то у обиму у коме је споразум то предвидео. Трошкове здравствене заштите странца сноси Републички фонд за здравствено осигурање али врши надокнаду тих трошкова од иностраног носиоца здравственог осигурања.

Странци, зависно од статуса у нашој земљи, могу да користе здравствену заштиту на два начина:1) као осигураници - уколико на територији Републике раде у домаћим организацијама или код приватних послодаваца или су на школовању, стручном усавршавању; 2) ако немају својство осигураника према одредбама чл.238-242. Закона о здравственој заштити РС⁹³

Страни држављани који немају здравствено осигурање у Србији на основу закона или споразума закљученог са Републиком Србијом, имају право на хитну медицинску помоћ а на друге здравствене услуге по захтеву. Трошкове ових здравствених услуга, страни држављани сnose сами.

⁹² К3 Конвенција о запошљавању жена пре и после порођаја,1919, К12 Конвенција о обештећењу несрећних случајева на послу у пољопривреди,1921, К17 Конвенција о обештећењу несрећних случајева при паду,1925, К18 Конвенција о обештећењу због обољења од професионалних болести,1925, К19 Конвенција о једнаком третману страних и домаћих радника у погледу обештећења несрећних случајева при паду,1925, К24 Конвенција о осигурању за случај болести индустријских и трговачких радника и домаће послуге,1927, К48 Конвенција о очувању права радника миграната из осигурања за случај изнемоглости, старости и смрти, К56 Конвенција о обавезном болесничком осигурању помораца, 1936, К102 Конвенција о минималној норми социјалног обезбеђења (здрав. заштита, накнаде за случај болести, давања за случај несрећа на послу и професионалних болести, 1964, К156 Конвенција о радницима са породичним обавезама,1981. Све конвенције су ратификоване 24.11.2000, <http://www.ius.bg.ac.rs/prof/.../Ratifikovane%20konvencije%20MOR.doc>, 8. август, 2013.

⁹³ Ступањем на снагу Закона о здравственој заштити (Службени гласник РС, бр.107/2005, 72/2009, 88/2010,99/2010, 57/2011) престао је да важи Закон о здравственој заштити странаца у СРЈ (Службени лист СРЈ, бр.59/98,37/02)

Уколико здравствена установа не наплати пружене здравствене услуге хитне медицинске помоћи због тога што страни држављанин нема финансијских средстава, узима од страног држављанина прописане податке и изјаву да му је пружена хитна медицинска помоћ и да те услуге није платио. Са овом документацијом здравствена установа подноси захтев министарству надлежном за послове здравља за плаћање трошкова хитне медицинске помоћи из средстава буџета Републике. Уз захтев се прилаже и рачун са спецификацијом извршених услуга, као и доказ да је наплата накнаде покушана, али да није могла бити извршена. По извршеној наплати накнаде здравственој установи предузимају се мере преко надлежних дипломатских органа да се од страног држављанина наплате трошкови здравствене заштите у корист буџета.⁹⁴

⁹⁴. Р.Суџум, О.Милисављевић, 10.

ГЛАВА V – ФИНАНСИРАЊЕ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1. ИЗВОРИ СРЕДСТАВА ЗА ФИНАНСИРАЊЕ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Финансирање обавезног здравственог осигурања регулисано је Законом о доприносима за обавезно социјално осигурање и Законом о здравственом осигурању.

Права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се средствима која се прикупљају: уплатом доприноса за обавезно здравствено осигурање од стране осигураника и послодаваца, учешћем осигураника у трошковима здравствене заштите – партиципација, приходима од имовине којом располаже фонд, средствима обезбеђеним из буџета Републике Србије, пореским и царинским олакшицама, посебним порезима и из различитих других извора финансирања(кредити, донације, фондови и сл.).

Средства за остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују осигураници и послодавци плаћањем доприноса организацији здравственог осигурања.

Средства за здравствену заштиту пензионера и лица која примају накнаду преко националне службе за запошљавање обезбеђују се трансфером од Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање и Националне службе за запошљавање.

Средства за здравствену заштиту лица која се сматрају осигураницима по члану 22. Закона се обезбеђују у буџету Републике, на основицу и по стопи доприноса за обавезно здравствено осигурање које су прописане Законом.

Средства Фонда могу се користити само за намене одређене Законом (дестинирани јавни приходи), и то за остваривање права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања, за унапређивање система здравственог осигурања, за подмиривање трошкова спровођења здравственог осигурања као и за друге расходе у складу са законом.

Ова средства су приход Републичког фонда за здравствено осигурање. Део тих средстава Републички фонд преноси филијалама на основу одлуке о износу

средстава која се преносе филијалама и која се доноси сваке године до 31. јануара за текућу годину. На овај начин је извршена децентрализација здравственог осигурања тако што је филијалама дат много већи значај него што су имале раније, јер се здравствено осигурање претежно остварује у филијалама.

Приликом одлучивања о износу средстава која припадају појединим филијалама односно Републичком фонду, води се рачуна о следећим чињеницама:

- финансијском плану Републичког фонда
- плану здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања
- броју и старосној структури осигураних лица чије је својство утврдила матична филијала
- подацима о осигураним лицима која су оболела од болести од већег социјално- медицинског значаја на подручју матичне филијале
- износу средстава доприноса који се уплаћују на подручју матичне филијале према евиденцији о висини уплаћених средстава
- пословима матичне филијале у спровођењу обавезног здравственог осигурања
- пословима које обавља Републички фонд у спровођењу обавезног здравственог осигурања
- подацима о средствима која недостају на подручју матичне филијале за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања
- износу средстава која је потребно обезбедити за уједначено остваривање права из обавезног здравственог осигурања – средства солидарности

Наведени извори средстава за финансирање обавезног здравственог осигурања у последњим годинама, не дају довољна средства за функционисање система обавезног здравственог осигурања у складу са све већим потребама. Разлози за овај недостатак средстава су вишеструки: велики број незапослених (и недовољан прилив доприноса од запослених); значајан број пензионера (скоро идентичан са бројем запослених, а за принцип текућег финансирања доприносима неопходан је однос 3:1 запослени према пензионерима) и недовољно пажње

посвећене „приходној“ страни система⁹⁵. Наиме, у непосредној прошлости више пажње је посвећивано реформама у области права а мање финансирању система. Позитивна искуства других земаља говоре о комбинацији три врсте извора финансирања социјалног осигурања: 1) текуће финансирање доприносима (први стуб система), 2) финансирање кроз обавезну акумулацију капитала и комерцијално располагање тим капиталом са циљем његове оплодње (други стуб система) и 3) финансирање кроз добровољно осигурање (трећи стуб осигурања).

2. ДОПРИНОСИ ЗА ОСИГУРАНИКЕ

Основни извор средстава Републичког фонда за здравствено осигурање су доприноси.

Доприноси представљају дажбине уведене законом које не представљају приход буџета, већ посебних јавноправних тела (организација социјалног осигурања) чија је намена унапред утврђена (исплата одређене суме осигуранику или другим лицима када се деси одређени догађај (старост, инвалидност, болест, незапосленост) а које су дужна да плаћају само она лица која припадају одређеној друштвеној групи повезаној заједничким економским или социјалним интересом (нпр. запослени, послодавци, лица која самостално обављају делатност).⁹⁶

Обвезници доприноса за здравствено осигурање су осигураници⁹⁷, у складу са Законом о здравственом осигурању и послодавци, односно други исплатиоци прихода, за осигуранике који су запослени код послодавца. Стопе по којима се обрачунавају и плаћају доприноси представљају проценат од зараде осигураника (12,3%; по истој стопи и на исту основицу обвезници доприноса су и послодавци⁹⁸) па је износ који се уплаћује условљен износом зараде – принцип према могућностима, а у случају болести трошкови лечења се подмирују независно од висине доприноса – према потребама. Ово је класичан марксистички приступ расподеле у финансирању здравствене заштите који води конфликту у систему у

⁹⁵ П.Јовановић,419.

⁹⁶ Д.Поповић, *Пореско право*,8.

⁹⁷ Вид.горе:стр.73-76.

⁹⁸ Вид.члан 8. Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање (*Службени гласник РС* бр. 84/2004, 61/2005, 62/2006, 5/2009,7/2009,3/2010,52/2011,101/2011)

коме је расподела удешена сасвим другачије. Ипак, он се одржава у развијенијим европским земљама као главни модел финансирања здравствене заштите, као тековина коју штити интерес доброг дела популације.⁹⁹

Приликом уплате доприноса не узима се у обзир ризик, односно здравствено стање у коме се осигураник налази. Уплатом доприноса осигураник стиче право на здравствену заштиту, накнаду зараде, накнаду трошкова превоза – права која су предвиђена законом и подзаконским актима. Због тога се говори о врсти уговора (који је законом установљен) између осигураника и фонда за здравствено осигурање – социјалном уговору по коме се осигураник обавезује да плати одређену суму новца а да за узврат има право на здравствену заштиту и остала права из здравственог осигурања.

Постоје мишљења да је програм социјалног осигурања сличан државном програму плаћања пореза, с обзиром на то да је плаћање доприноса законска обавеза.¹⁰⁰

У савременој финансијској литератури среће се, с једне стране, становиште да доприносе за обавезно социјално осигурање треба третирати као посебну врсту наменских (дестинираних) пореза,¹⁰¹ јер је – као и код пореза- обавеза плаћања наметнута законом за сва лица која се нађу у одређеној ситуацији (која, дакле, припадају одређеној друштвеној групи), а корист је, ипак, помало „ апстрактна“, јер обвезник редовно плаћа допринос, а накнаду из социјалног осигурања примиће тек и само ако се деси осигурани догађај (старост, инвалидност, болест, незапосленост). С друге стране, постоје гледишта по којима доприноси за социјално осигурање представљају посебну врсту јавних прихода, различиту од пореза –тзв.“парафискалитет“.¹⁰²

⁹⁹ З.Шолак: „Право на здравље и економска основа његовог остваривања“, *Правни живот* 9/2007, 280.

¹⁰⁰ <http://www.rfzo.rs/download/Istorijat.pdf>, 29.septembar 2012.

⁸⁰ OECD Classification of Taxes and Interpretative Guide (y: *Revenue Statistics of OECD Member Countries 1965-2000*, OECD, Paris 2001, 266. Цитирано према: Д. Поповић *Пореско право*, 8.

¹⁰² Упоред.: Ј.Ловчевић, „*Институције јавних финансија*“, Београд 1991, 71-72; Gilbert Tixier – Guy Gest, *Droit fiscal*, L.G.D.J., Paris 1981, 30; *Government Finance Statistics Manual*, тач.5.3.Цитирано према Д. Поповић: *Пореско право*, 8.

Ипак, постоје врло значајне разлике између пореза чијим се прикупљањем финансира социјална сигурност и правог социјалног осигурања:

- социјално осигурање није право за све грађане и покрива оне који се налазе у одређеној групи грађана и који задовољавају тачно дефинисане минималне захтеве пре свега у погледу плаћања доприноса,
- грађани разумеју да плаћају допринос за здравствено осигурање у замену за права која им се обезбеђују, другим речима, права нису нешто што им је обезбедила влада,
- плаћени доприноси су тачно намењени за одређене здравствене програме и одвојени од осталих буџетских средстава. Социјално осигурање мора да одржава сопствену ликвидност и грађани сматрају да због тога постоји већа транспарентност и одговорност према њима.

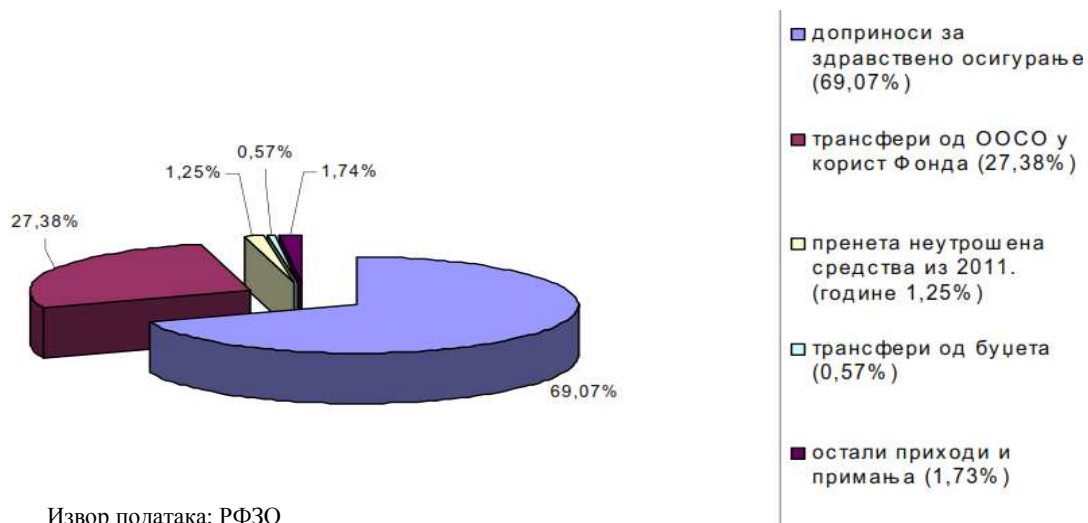
Доприноси имају предност у односу на порез са којим се пореде, по начину прикупљања средстава за здравствену заштиту:

- лако их је административно убирати преко послодаваца који су дужни да их одбијају од зараде запосленог а затим да плате и сопствени део
- израчунавање доприноса је једноставно јер се ради о процентуалном износу бруто зараде запосленог
- доприноси се плаћају са мање отпора код запосленог јер је свестан да уплатом доприноса стиче личну и конкретну корист која се огледа у праву на здравствену заштиту
- повећање доприноса због повећања трошкова здравствене заштите лакше је прихватљиво за потенцијалне кориснике
- номинални износ који корисник уплаћује зависи од висине зараде па је и у том смислу прихватљив за кориснике слабијег материјалног стања који имају потпуно иста права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања као и осигураници бољег материјалног стања, што је одраз начела солидарности, које има за последицу „преливање“ средстава¹⁰³ између осигураника различитог материјалног статуса

¹⁰³ П.Јовановић,420.

- приход од доприноса је предвидив, варира зависно од нивоа незапослености, инфлације, економског развоја земље.¹⁰⁴

Структура учешћа појединих прихода у укупним приходима Републичког фонда за здравствено осигурање приказана је у следећем графикону који представља стање у 2012. години, према подацима Републичког фонда:

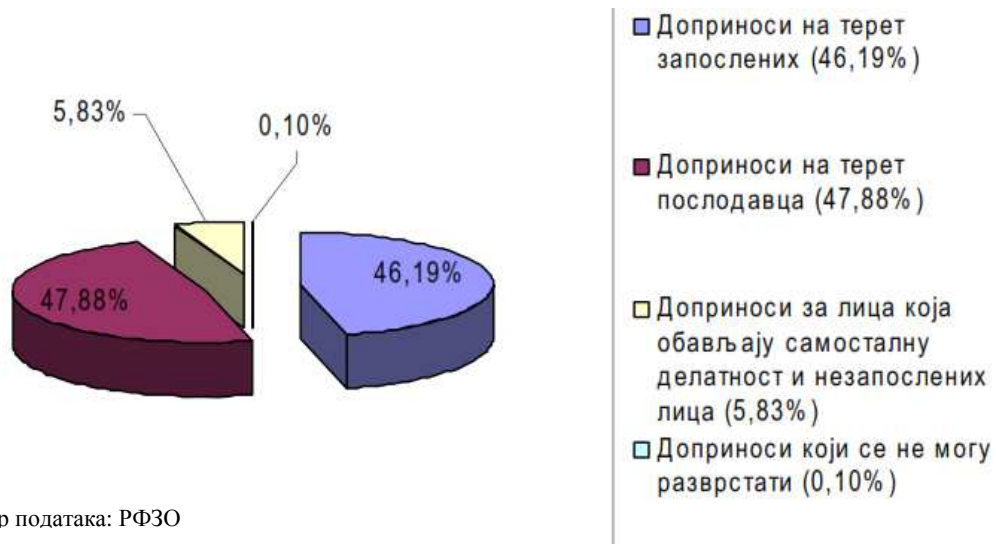


Графикон 1. Структура прихода и примања у 2012. години

Приходи од доприноса за здравствено осигурање као најзначајнији приходи, остварени су у износу од 147,567,40 милиона динара, што чини 69,07% укупних прихода и примања.

¹⁰⁴ Р.Косановић, С.Симић :*Реформа финансирања система здравствене заштите*, 2001, 117.

У наредном графикону приказана је структура прихода од доприноса за здравствено осигурање, према подацима Републичког фонда:

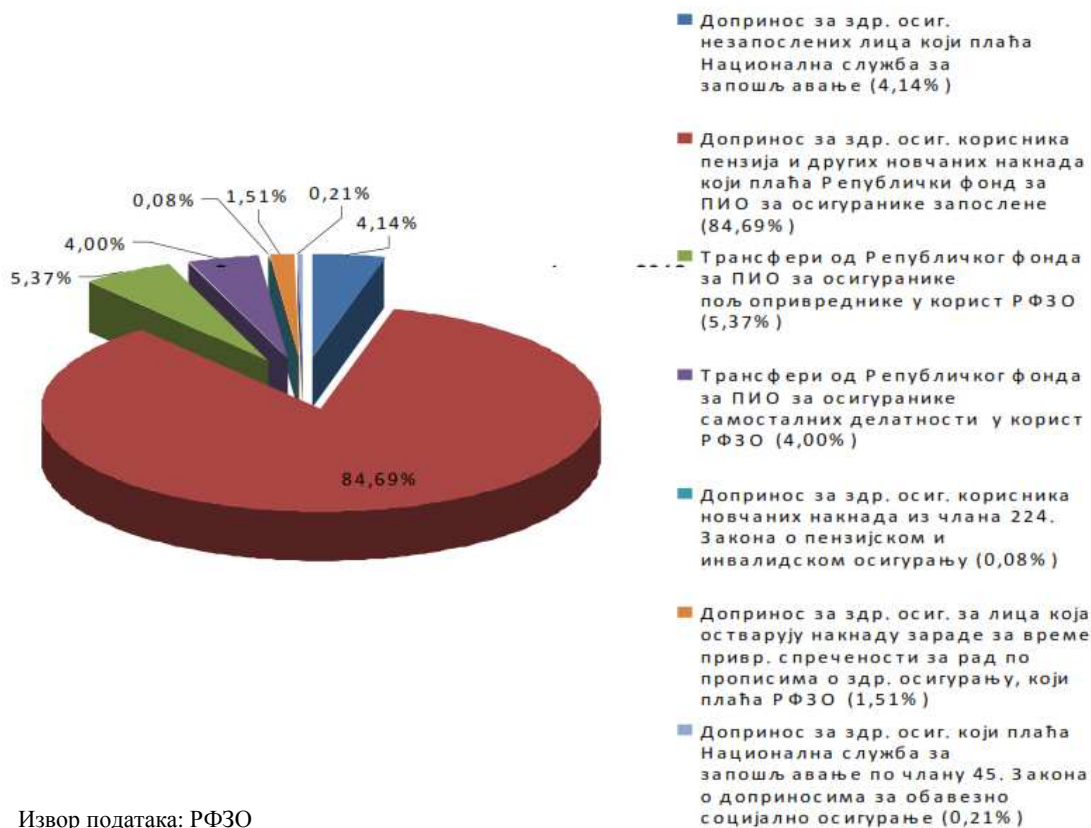


Извор података: РФЗО

Графикон 2. Структура прихода од доприноса у 2012. години

Приходи по основу трансфера од организација обавезног социјалног осигурања износе 58,491,55 милиона динара (27,38% укупних прихода и примања).

Структура прихода по основу трансфера од организација обавезног социјалног осигурања је приказана у следећем графикону Републичког фонда:



Извор података: РФЗО

Графикон 3. Структура прихода од трансфера у 2012. години

Одређен број обвезника своје обавезе по основу обрачунавања и плаћања доприноса за здравствено осигурање запослених не извршава, тако да су високе неизмирене обавезе правних лица, пољопривредника и предузетника. По подацима Пореске управе, дуг по основу доприноса за здравствено осигурање са стањем на дан 31.12.2012. године износи 148.774,88 милиона динара, од чега је 78.124,92 милиона динара ненаплативо.

Структура дуга по основу доприноса за здравствено осигурање са стањем на дан 31.12.2012. дата је у табели 1.

Табела 1. Структура дуга по основу доприноса за здравствено осигурање са стањем на дан 31.12.2012.

Р. бр.	Обвезник	Главница 1	Камата 2	Укупно 3=1+2
1.	Правна лица	33.959.565.514,86	55.735.562.494,33	89.695.128.009,19
2.	Пољопривредници	15.338.864.703,55	13.766.812.187,30	29.105.676.890,85
3.	Предузетници	13.308.812.478,21	16.665.260.063,79	29.974.072.542,00
	УКУПНО:	62.607.242.696,62	86.167.634.745,42	148.774.877.442,04

Извор података: Пореска управа

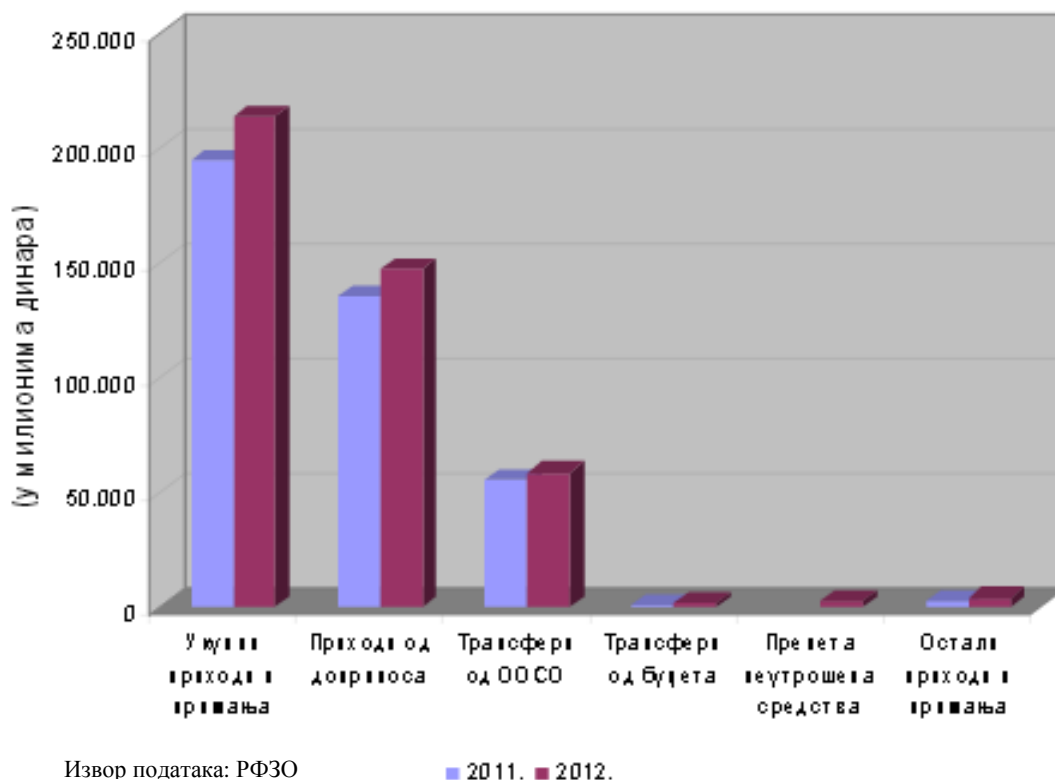
Када је у питању дуг по основу доприноса за здравствено осигурање за правна лица на дан 31.12.2012. године, већи део дуга је тренутно ненаплатив из законских разлога и приказан је у табели 2.

Табела 2. Дуг по основу доприноса за здравствено осигурање за правна лица на дан 31.12.2012. године

Р. бр.	Разлог ненаплативости	Износ дуга
1.	Стечај	26.292.471.470,09
2.	Приватизација	36.343.890.494,43
3.	Ликвидација	688.397.178,24
4.	Одјављени	14.536.877.320,15
5.	Фантоми и перачи	263.282.474,20
	УКУПНО:	78.124.918.937,11

Извор података: Пореска управа

У структури прихода у 2012. години у односу на 2011. годину бележе се промене. Веће учешће у укупним приходима у 2012. години у односу на 2011. годину имају приходи од доприноса (за 0,42%) и остали приходи (за 0,20%), док је смањено учешће трансфера од ООСО за 0,49% и трансфера од буџета за 0,12% у односу на 2011. годину.



Графикон 4. Упоредни преглед прихода и примања у 2011. и 2012. години

Средствима доприноса се обезбеђују и права из обавезног здравственог осигурања за случај болести и повреде ван рада али и за случај повреде на раду или професионалне болести. Такође, и за осигуранике који се укључују у обавезно здравствено осигурање, обрачунава се и плаћа допринос на основицу и по стопи која је прописана Законом о доприносима на обавезно социјално осигурање.

Законско решење које предвиђа обавезност уплате доприноса као предуслов за обезбеђивање одрживог финансијског оквира за постојање поузданог функционалног система обавезног здравственог осигурања, није у потпуности прихваћено код нас, што је у више наврата доводило до притисака на стручну службу Републичког фонда за здравствено осигурање од стране осигураника, послодаваца, синдиката, средстава јавног информисања али и политичких структура да изврши оверу здравствених исправа осигураним лицима без валидних доказа о уплати доспелих доприноса. Такође је донето и више прописа који омогућавају мировање и отпис дугова за доприносе за обавезно здравствено осигурање, иако је то супротно императивној норми прописаној

чл.115.ст.1. Закона о пореском поступку и пореској администрацији, а дугорочно гледано супротно је и интересима осигураних лица јер може да доведе до урушавања система обавезног здравственог осигурања и угрожавања система здравствене заштите.¹⁰⁵

3. СРЕДСТВА ИЗ БУЏЕТА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

Према одредбама Закона о здравственој заштити, средства за остваривање општег интереса у здравственој заштити обезбеђују се у буџету Републике Србије. За групације становништва које су изложене повећаном ризику обољевања, за лица у вези са спречавањем, сузбијањем и раним откривањем и лечењем болести од већег социо - медицинског значаја и за лица која спадају у категорију социјално угроженог становништва, уколико нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, средства за остваривање здравствене заштите обезбеђују се у буџету Републике и преносе се организацији за обавезно здравствено осигурање.

Ова лица су предвиђена чл. 11. Закона о здравственој заштити и чл. 22. Закона о здравственом осигурању.¹⁰⁶

Средства из буџета се обезбеђују за уплату доприноса за обавезно здравствено осигурање на основицу и по стопи доприноса које су прописане Законом о здравственом осигурању.

Када погледамо званичне податке Републичког фонда за здравствено осигурање¹⁰⁷ о структури прихода по врсти извора из кога долазе, уочавамо да је проценат буџетских средстава мали и не одговара броју лица која се сматрају материјално необезбеђеним, незапосленим лицима и другим лицима из категорије социјално угрожених лица. За 2005. годину приход од буџета је износио 2.918.725.272 дин. од 104.393.692.316 дин. укупног прихода Завода што је 2,80% ,

¹⁰⁵ П.Стајковић,“Заштита права осигураних лица Републичког фонда за здравствено осигурање у остваривању обавезног здравственог осигурања“, *Радно и социјално право*,XVII (1/2013),320-321

¹⁰⁶ Вид.горе: стр.75-76.

¹⁰⁷ Извештај о финансијском пословању Републичког фонда за здравствено осигурање за 2009.год.,23, <http://www.rfzo.rs/index.php/fin-izveštaji-stat-meni>,25.novembar 2012

у 2006. год. нема података о приходу од буџета, у 2007. год. приход од буџета је 3.100.249.996 дин. од 143.474.775.434 дин укупног прихода што представља 2,16%, у 2008. год. приход од буџета је 4.525.000.000 дин. у односу на 170.767.224.519 дин што представља 2,65% и у 2009. год. приход од буџета је био 2.644.884.000 дин. што у односу на 178.979.563.813 дин укупног прихода износи 1,50%. Само стопа незапослених лица, од укупног броја становника у 2009. години је 16,6%, што доводи у питање адекватно испуњавање обавеза Републике према здравственој заштити ових лица. (Табела 3)

Табела 3. Званични подаци Републичког фонда за здравствено осигурање о структури прихода по врсти извора из кога долазе од 2005-2009.

Приходи	2005. г.	2006. г.	2007. г.	2008. г.	2009. г.
	Износ (дин.)	Износ (дин.)	Износ (дин.)	Износ (дин.)	Износ (дин.)
1	2	3	4	5	6
Укупни приходи од доприноса	70.742.546.659	85.912.773.329	103.624.931.171	120.221.561.870	122.744.178.443
Укупни трансфери од организација обавезног социјалног осигурања	25.850.131.584	31.114.072.408	35.129.738.915	44.688.891.851	51.838.038.273
Укупни трансфери од буџета	2.918.725.272		3.100.249.996	4.525.000.000	2.644.884.000
Остали приходи	4.882.288.801	3.850.645.000	1.619.855.352	1.331.770.798	1.752.463.097
Укупни приход и	104.393.692.316	120.877.490.737	1.619.855.352	1.331.770.798	1.752.463.097

Табела 4. Преглед структуре прихода у 2010. и 2011. години¹⁰⁸

(у 000 динара)

Приходи и примања	2010.	Структура	2011.	Структура
Укупни приходи и примања	182.491.000	100,00	194.378.383	100,00
Приходи од доприноса	126.785.916	69,48	135.861.651	69,90
Трансфери од ООСО	52.946.163	29,01	55.437.599	28,52
Трансфери од буџета	762.764	0,42	576.704	0,30
Остгали приходи	1.996.157	1,09	2.502.429	1,28

Извор података: РФЗО

У структури прихода у 2011. години у односу на 2010. годину бележе се промене. Веће учешће у укупним приходима у 2011. години у односу на 2010.годину имају приходи од доприноса (за 0,42%) и остали приходи (за 0,20%), док је смањено учешће трансфера од ООСО за 0,49% и трансфера од буџета за 0,12% у односу на 2010. годину. (Табела 4)

¹⁰⁸ Ibid., 10

ГЛАВА VI – УГОВАРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА У ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

1. УГОВОРНЕ СТРАНЕ У УГОВОРУ О ПРУЖАЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА У ОБАВЕЗНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

Да би се осигуралим лицима из обавезног здравственог осигурања обезбедило основно право из здравственог осигурања – право на здравствену заштиту, Републички фонд за здравствено осигурање, као осигуравач, мора уговором да обезбеди даваоца здравствене услуге који ће осигуралим лицима пружати уговорену здравствену заштиту. Уговорне стране у овом уговору су: Републички фонд за здравствено осигурање, с једне стране и даваоци здравствених услуга - здравствене установе и други облици здравствене службе (приватна пракса), с друге стране.

У међусобним односима Републички фонд и здравствене установе су равноправне уговорне стране. На страни даваоца здравствене услуге могу да конкуришу за склапање уговора здравствене установе које испуњавају услове за обављање здравствене делатности одређене области, без обзира на врсту својине, државну или приватну, у којој се налазе средства те установе.

Републички фонд за здравствено осигурање доноси општи акт - Правилник о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга којим се уређују услови, критеријуми и мерила за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за сваку календарску годину. Уговором се уређују односи између матичне филијале (односно Републичког фонда) и даваоца здравствених услуга, а нарочито врста, обим и квалитет здравствених услуга, мере за обезбеђивање квалитета услуга, кадар и стандарди рада у остваривању здравствене заштите, цене здравствених услуга, контрола и одговорност за извршавање уговора и друга питања.

Уговор се, по правилу, закључује на период од годину дана, на основу понуде даваоца здравствене услуге, која се даје у облику плана рада здравствене

установе. Уговором са даваоцем здравствене услуге утврђује се плаћање здравствених услуга откупом плана рада те установе.

Закон о здравственом осигурању даје предност установама које су у поступку акредитације добиле сертификат о квалитету, у складу са одредбама Закона о здравственој заштити.

1.1. Републички фонд за здравствено осигурање

С обзиром на систем обавезног здравственог осигурања који постоји у Републици Србији, Законом о здравственом осигурању је предвиђено да обезбеђивање и спровођење обавезног здравственог осигурања обавља Републички фонд за здравствено осигурање. Републички фонд врши јавна овлашћења у обезбеђивању и спровођењу здравственог осигурања, као и у решавању о правима и обавезама из обавезног здравственог осигурања.

Републички фонд има статус правног лица као организација за обавезно социјално осигурање у којој се обезбеђују средства за обавезно здравствено осигурање на начине о којима смо претходно говорили. Самим тим, Фонд представља и финансијску институцију која треба да послује у складу са принципима који важе на тржишту роба и услуга и да настоји да на најповољнији начин за осигуранике обезбеди што квалитетнију здравствену заштиту уз одговарајућу надокнаду за здравствене раднике у здравственим установама. Фонд утиче на формирање цена и одређивање квалитета здравствених услуга које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем.

Републичким фондом управљају осигураници, који су равноправно заступљени у Управном одбору Фонда, у складу са Статутом. У Управном одбору нису заступљени представници послодаваца, иако послодавци обезбеђују значајна средства за функционисање обавезног здравственог осигурања. Према подацима за 2009. год (које смо претходно приказали), у структури средстава за финансирање обавезног здравственог осигурања из доприноса 46% средстава се добија од доприноса осигураника, а 48% средстава се прибавља од доприноса који уплаћују послодавци. За разлику од Закона о здравственом осигурању, који није предвидео учешће послодаваца у управљању Фондом, Закон о пензијском и

инвалидском осигурању је предвидео да радничким фондом овог осигурања управљају представници осигураника, послодаваца и корисника права. Јасно је да послодавци, с обзиром на проценат учешћа у структури доприноса, имају интерес да управљају и утичу на коришћење укупних средстава осигурања. Да би се учешће послодаваца у управљању Фондом обезбедило, потребна је измена Закона о здравственом осигурању, чиме би се систем управљања средствима обавезног здравственог осигурања приближио системима западноевропских земаља и усагласио са економским законитостима.

Законом о здравственом осигурању, чл. 212. одређени су послови Републичког фонда:

- 1) доноси статут;
- 2) доноси опште акте, 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) у оквиру расположивих финансијских средстава планира и обезбеђује услове за равномерно спровођење обавезног здравственог осигурања на територији Републике и обезбеђује средства солидарности за уједначавање услова за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања на подручју филијала;
- 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 са даваоцима здравствених услуга у складу са овим законом, и обезбеђује средства за спровођење здравствене заштите на основу тих уговора;
- 9) преноси средства за спровођење обавезног здравственог осигурања филијалама;

- 10) обезбеђује законито, наменско и економично коришћење средстава и стара се о увећању средстава на економским основама;
- 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 између филијала и давалаца здравствених услуга, односно врши контролу остваривања права из обавезног здравственог осигурања;
- 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 обавезном здравственом осигурању;
- 19) води евиденцију и прати наплату доприноса, са надлежним органима, размењује податке са надлежним органима о обвезницима доприноса за здравствено осигурање, као и друге податке везане за допринос;
- 20) обавља и друге послове одређене законом и статутом Републичког фонда.

Републички фонд може да организује и спроводи добровољно здравствено осигурање као давалац осигурања за паралелно и додатно добровољно здравствено осигурање, као и комбинацију паралелног и додатног добровољног здравственог осигурања.

Фонд има филијале које се образују за подручје управног округа, а филијале имају своје организационе јединице које се организују тако да буду доступне осигураним лицима на територији где имају пребивалиште.

Спровођење организације здравственог осигурања се према Закону све више децентрализује и преноси на филијале Републичког фонда, које немају статус правног лица, већ представљају организационе јединице Фонда. Децентрализација омогућава већи утицај осигураника на спровођење осигурања, бољу контролу над пословањем осигурања и утицај на квалитет здравствених услуга које су предмет осигурања.

Разлози за постојање филијала су и практичне природе, потреба да средства буду доступна у местима где се здравствене услуге осигураницима пружају, а не да су концентрисана у седишту Фонда што би изазвало дужи поступак реализације плаћања здравствених услуга.

Филијале се организују за подручје управног округа који представља територију више општина и за град Београд.

Послове филијале предвиђа Закон о здравственом осигурању у чл. 213. и то су:

- 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) располаже пренетим средствима за спровођење обавезног здравственог осигурања за осигурана лица са свог подручја, у складу са овим законом;
- 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 са даваоцима здравствених услуга;
- 6) организује и врши контролу извршавања уговорних обавеза давалаца здравствених услуга са којима је закључен уговор, ради заштите права осигураних лица;
- 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 и прати наплату доприноса, са надлежним органима, размењује податке са надлежним органима о обвезницима доприноса за здравствено осигурање, као и друге податке везане за допринос;
- 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 здравственом осигурању;
- 13) обезбеђује услове за рад првостепених и другостепених лекарских комисија на свом подручју, у складу са актима Републичког фонда;
- 14) обавља послове у вези са накнадом штете у спровођењу обавезног здравственог осигурања;
- 15) обавља и друге послове у складу са законом и статутом Републичког фонда.

Филијала обавља и одређене послове добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи Републички фонд.

Наведене послове филијала обавља у име Републичког фонда.

И поред значајних овлашћења које је Закон предвидео за филијале, оне немају правни субјективитет, што за собом повлачи немогућност закључивања уговора о пружању здравствене заштите у своје име, већ у име Републичког фонда.

Филијале имају обавезу подношења извештаја о свом раду Управном и Надзорном одбору Републичког фонда сваких шест месеци.

Радам филијале руководи директор који одговара за законитост рада филијале и наменско трошење средстава за извршене здравствене услуге на територији

филијале. Поред директора постоји и Савет филијале, који не представља орган управљања јер не може да доноси одлуке које су у ингеренцији савета установе. Ипак, морамо да констатујемо да терминологија органа и појединих функција филијале изазива непотребно збуњивање и навођење да се ради о правном субјекту са свим његовим ингеренцијама.

Органи Републичког фонда су: Управни одбор, Надзорни одбор и директор Фонда.

Законом о здравственом осигурању и Статутом Републичког фонда за здравствено осигурање предвиђене су, као новина, одредбе о спречавању сукоба јавног и приватног интереса при вршењу јавних функција. Наиме, чланови Управног одбора, Надзорног одбора и директор, односно заменик директора не смеју директно или преко трећег физичког или правног лица имати учешће као власници удела, акционари, запослени или лица под уговором код даваоца здравствених услуга – здравствене установе, са којом се закључује уговор за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања. Такође, ова лица не смеју да имају учешће ни у осигуравајућим друштвима која обављају послове добровољног здравственог осигурања, јер и то може да доведе до сукоба јавног и приватног интереса. Ова лица не могу да буду ни изабрана, постављена или именована на функцију у државном органу, органу територијалне аутономије или локалне самоуправе, као ни код овлашћених предлагача чланова Управног и Надзорног одбора.

Управни одбор одлучује о најважнијим питањима која регулишу пословање Завода, као што су: доношење статута, усвајање финансијског плана и завршног рачуна, извештаја о раду, спровођење поступка за именовање директора и друге послове.

Статут Фонда ближе уређује делатност, унутрашњу организацију, пословање, услове за именовање директора и друга питања од значаја за рад.

Управни одбор Фонда има 21 члана, које именује и разрешава Влада, са структуром која правично заступа представнике осигураника по категоријама осигураника и правично заступа и филијале. Од укупног броја 14 представника је осигураника запослених, по два представника осигураника пензионера,

осигураника земљорадника и осигураника који обављају самосталну делатност и један представник удружења инвалида који има својство осигураника.

Надзорни одбор Фонда врши надзор над пословањем Фонда, првенствено финансијским, пословањем филијала, спровођењем законских обавеза, одлука Управног одбора и друге послове.

Надзорни одбор има 7 чланова, које именује и разрешава Влада, са структуром која заступа представнике осигураника и то: 3 представника осигураника запослених, по један представник осигураника пензионера, осигураника земљорадника и осигураника који обављају самосталну делатност и један представник удружења инвалида који има својство осигураника.

Директор Фонда руководи радом и пословањем у Фонду. Директора именује Управни одбор, уз сагласност Владе на период од четири године. Директор заступа и представља Фонд, стара се о законитости рада, предлаже опште акте које доноси Управни одбор, извршава одлуке одбора, именује и разрешава директоре филијала, чланове савета филијала, доноси решења о правима из здравственог осигурања у другом степену, именује чланове лекарских комисија и обавља и друге послове у складу са законом и статутом Фонда. Директор за свој рад одговара Управном одбору Фонда.

Организациона јединица Републичког фонда је Покрајински фонд који обавља:

- 1) координацију рада филијала образованих на територији аутономне покрајине, у сарадњи са Републичким фондом, у складу са законом;
- 2) контролу рада филијала и наменског трошења средстава која Републички фонд преноси филијалама за остваривање права из обавезног здравственог осигурања, на подручју аутономне покрајине;
- 3) контролу закључених уговора између филијала и давалаца здравствених услуга, на подручју аутономне покрајине;
- 4) решава у другом степену о правима из обавезног здравственог осигурања у складу са законом;
- 5) пружа потребну стручну помоћ осигураним лицима у вези са остваривањем права из обавезног здравственог осигурања и заштитом њихових интереса у осигурању;

- 6) обезбеђује услове за рад лекарских комисија образованих на територији аутономне покрајине, у складу са законом;
- 7) обезбеђује услове за рад лекарских комисија образованих на територији аутономне покрајине, у складу са законом;
- 8) врши статистичка и друга истраживања у области здравственог осигурања;
- 9) остварује сарадњу са надлежним покрајинским органима;
- 10) друге послове утврђене статутом Републичког фонда;
- 11) подноси извештаје о раду за шест и дванаест месеци Управном и Надзорном одбору Републичког фонда.

1.2. Даваоци здравствених услуга

Према одредбама чл. 45. Закона о здравственој заштити, здравствену службу чине здравствене установе и приватна пракса и здравствени радници и здравствени сарадници који здравствену делатност обављају у здравственим установама и приватној пракси.

Здравствена установа обавља здравствену делатност, а приватна пракса одређене послове здравствене делатности.

1.2.1. Здравствене установе

Здравствену установу може да оснује Република, аутономна покрајина, локална самоуправа, правно или физичко лице, под условима прописаним Законом о здравственој заштити. Здравствене установе могу да буду основане средствима у државној или приватној својини, осим где су законом предвиђени изузеци и искључиво оснивање у државној својини.

Врсте здравствених установа према чл. 46. Закона о здравственој заштити су:

- 1) дом здравља
- 2) апотека
- 3) болница – општа или специјална
- 4) завод

- 5) завод за јавно здравље
- б) клиника
- 7) институт
- 8) клиничко – болнички центар
- 9) клинички центар

Ово решење у закону представља смањење броја здравствених установе од 11 врста које су постојале у претходном Закону о здравственој заштити из 1992. год. Здравствени центар је трансформисан у две здравствене установе: дом здравља и општу болницу, имајући у виду потребу за приближавањем примарне здравствене заштите јединицама локалне самоуправе. Дотадашња искуства у раду и организацији здравствених центара показала су недовољну ангажованост, односно недовољно издвајање средстава за обезбеђивање примарне здравствене заштите, с обзиром да су се средства преливала у секундарни ниво здравствене заштите, што је условило нерационалност у организацији о располагању средствима. Поред тога и апотекарска установа као врста здравствене установе у дотадашњој пракси није показала разлог рационалности, односно ефикаснијег снабдевања грађана лековима, па је активно снабдевање лековима и медицинским средствима могуће организовати кроз апотеку као самосталну установу, која ће у свом саставу имати организационе јединице, у складу са Планом мреже здравствене заштите.¹⁰⁹

Оснивање здравствених установа које су у државној својини врши се у складу са Планом мреже здравствене заштите који доноси Влада Републике Србије. План мреже здравствене заштите утврђује се на основу параметара као што су: план развоја, здравствено стање становништва, броја и старосне структуре становништва на одређеној територији, броја и капацитета постојећих здравствених установа, степена развијености одређених подручја, доступности здравствене заштите, потребног обима здравствене заштите и економских могућности којима Република располаже.

¹⁰⁹ Р.Суџум, О. Милисављевић, 53

Планом се утврђују број, структура, капацитети и просторни распоред здравствених установа и њихових организационих јединица по нивоима здравствене заштите.

Здравствена делатност коју обављају здравствене установе врши се као примарна, секундарна и терцијарна.

Здравствену делатност на примарном нивоу обављају дом здравља и апотека, које оснива општина, односно град и заводи за здравствену заштиту студената, за здравствену заштиту радника, за хитну медицинску помоћ, за геронтологију, за стоматологију, за плућне болести и туберкулозу и за кожно – венеричне болести које оснива град такође

Здравствену делатност на секундарном нивоу обављају општа и специјална болница, клиничко – болнички центар, клиника, институт и клинички центар за стационарну и специјалистичко – консултативну делатност. Оснивач клиничко – болничког центра је град а осталих установа република, односно аутономна покрајина.

Здравствену делатност на терцијарном нивоу обављају клиничко – болнички центар, клиника, институт и клинички центар за високоспецијализовану специјалистичко – консултативну и стационарну здравствену делатност.

Здравствену делатност на више нивоа здравствене заштите обављају следеће здравствене установе: завод за јавно здравље, завод за трансфузију крви, завод за медицину рада, завод за судску медицину, завод за вирусологију, вакцине и серуме, завод за антирабичну заштиту, завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију и завод за биоциде и медицинску екологију.

Здравствене установе које обављају хитну медицинску помоћ, снабдевање крвљу и крвним дериватима, узимање, чување и пресађивање органа и делова људског тела, производњу серума и вакцина и патоанатомско – обдукцијску делатност, као и здравствену делатност из области јавног здравља, оснивају се искључиво у државној својини.

Факултети здравствене струке могу обављати здравствену делатност преко својих организационих јединица ако Министарство здравља утврди да те организационе јединице испуњавају услове прописане овим законом за одређену врсту здравствене установе. Тако, на пример, организационе јединице

Медицинског факултета Универзитета у Београду, на основу сагласности Министарства здравља да се закључи уговор о пружању и финансирању здравствене заштите за 2010. годину са даваоцима здравствених услуга који нису у Плану мреже здравствених установа, закључују уговор о пружању здравствених услуга у 2010. години између Медицинског факултета Универзитета у Београду и Филијале за град Београд. Врсте и број здравствених услуга предвиђене су планом рада Медицинског факултета и обухватају врсту и број услуга које се не могу обезбедити у оквиру постојећих капацитета здравствених установа из Плана мреже. Од организационих јединица Медицинског факултета укључене су: Институт за хигијену и медицинску екологију са Саветовалиштем за дијететику, Институт за патологију са хистопатолошком дијагностиком, Институт за микробиологију и имунологију са високоспецијализованим ванстандардним имунолошким, вирусолошким, бактериолошким и паразитолошким анализама углавном из PCR дијагностике и Институт за судску медицину са услугама обавезне обдукције, вештачења обдукцијског случаја ради утврђивања узрока смрти и токсиколошких лабораторијских анализа.

Установе социјалне заштите, заводи за извршавање заводских санкција као и друга правна лица могу да обављају и одређене послове здравствене делатности, такође, уз сагласност Министарства здравља.

1.2.2. Приватна пракса

Приватну праксу, у складу са одредбама чл. 55. Закона о здравственој заштити, могу да оснују незапослени здравствени радник (са положеним стручним испитом) и здравствени радник у пензији (искључени су корисници инвалидских пензија), уз сагласност коморе здравствених радника, која је надлежна за одређену област.

Облици приватне праксе које закон предвиђа су:

- 1) ординација лекара, односно стоматолога, која може бити општа или специјалистичка
- 2) поликлиника

- 3) лабораторија за медицинску биохемију, клиничку биохемију, микро-биологију и патохистологију
- 4) апотека
- 5) амбуланта за здравствену негу и рехабилитацију
- 6) лабораторија за зубну технику

За оснивање појединих облика приватне праксе, предвиђени су посебни услови. За оснивање амбуланта за здравствену негу и рехабилитацију и лабораторије за зубну технику, потребно је да здравствени радник има одговарајућу вишу односно средњу школску спрему здравствене струке. За оснивање поликлинике потребно је да се удруже више здравствених радника са високом школском спремом здравствене струке.

Сви оснивачи приватне праксе обављају своју делатност као предузетници, па се на рад приватне праксе примењују прописи којима је уређена област приватног предузетништва, осим за питања која су регулисана другачије здравственим прописима.

Постоји још једно ограничење а то је да здравствени радник може да оснује само један облик приватне праксе.

Здравствена делатност у приватној пракси не може да се обавља, у области хитне медицинске помоћи, снабдевања крвљу и крвним дериватима, узимања, чувања и пресађивања органа и делова људског тела, производње серума и вакцина, патоанатомско – обдукцијске делатности и здравствене делатности из области јавног здравља.

Незапослени здравствени радник са положеним стручним испитом или здравствени радник корисник старосне пензије уз сагласност коморе здравствених радника могу да оснују приватну праксу уколико испуњавају услове предвиђене Законом о здравственој заштити. Ти услови су:

- 1) да имају општу здравствену способност,
- 2) да су завршили факултет односно школу одговарајуће здравствене струке, да имају положен стручни односно специјалистички испит,
- 3) да су уписани у надлежну комору здравствених радника,
- 4) да имају одобрење за самостални рад,

- 5) да испуњавају услове за оснивање и почетак рада који се односе на кадар, опрему, простор и лекове,
- 6) да им правноснажном судском одлуком није изречена кривична санкција- мера безбедности забране обављања здравствене делатности или дисциплинска мера надлежног органа коморе забране самосталног рада,
- 7) други услови предвиђени законом.

Приватна пракса може да обавља одређене послове здравствене делатности ако испуњава услове према Закону о здравственој заштити и то:

- 1) ако има одређену врсту и број здравствених радника одговарајућег степена стручне спреме, са положеним стручним испитом, а за обављање одређених послова и са одговарајућом специјализацијом;¹¹⁰
- 2) ако има дијагностичку, терапијску и другу опрему за безбедно и савремено пружање здравствене заштите за делатност за коју је основана;
- 3) ако има одговарајуће просторије за обављање здравствене делатности, односно одређених послова здравствене делатности за које је основана;
- 4) ако има одговарајуће врсте и количине лекова и медицинских средстава које су потребне за обављање одређених послова здравствене делатности за које се приватна пракса оснива.

Ближе услове који се тичу кадра, опреме, простора и лекова за оснивање и обављање одређених послова здравствене делатности приватне праксе прописује министар, а приватна пракса може да почне да обавља одређене послове ако Министарство решењем утврди да су испуњени услови прописани законом за обављање одређених послова здравствене делатности.

¹¹⁰ Оснивачи приватне праксе испуне формалне услове које закон предвиђа и који се односе на одређену врсту и број здравствених радника одговарајућег степена стручне спреме и са одговарајућом специјализацијом које запосле у приватној пракси а затим, најчешће, ангажовањем угледних лекара запослених у здравственим установама које су у државној својини, уговором о допунском раду, привуку већи број пацијената. О томе како је чл.277. Закона о здравственој заштити (Службени гласник, 107/2005), који је измењен пре ступања на снагу, покушано увођење забране да здравствени радници запослени у здравственим установама у државној својини обављају послове здравствене делатности у приватној пракси, говорићемо у глави X Допунски рад здравствених радника.

Приватна пракса је дужна да:

- 1) пружи хитну медицинску помоћ свим грађанима,
- 2) учествује на позив надлежног државног органа у раду на спречавању и сузбијању заразних болести, као и на заштити и спасавању становништва у случају елементарних и других већих непогода и ванредних прилика,
- 3) врши сталну проверу квалитета свог стручног рада у складу са законом,
- 4) истакне распоред радног времена и придржава се тог распореда,
- 5) истакне ценовник здравствених услуга и изда рачун за пружене здравствене услуге,
- 6) редовно доставља надлежном заводу, односно институту за јавно здравље медицинско- статистичке извештаје и другу евиденцију у области здравства у складу са законом,
- 7) организује, односно обезбеђује мере за одлагање, односно уништавање медицинског отпада, у складу са законом.

Приватна пракса је дужна да обезбеди и стално доступан санитетски превоз закључивањем уговора са најближом здравственом установом која може да обезбеди санитетски превоз. Такође, може да обезбеди лабораторијску и другу додатну дијагностику која је потребна за постављање дијагнозе за пацијента из делатности приватне праксе закључивањем уговора са најближом здравственом установом. У овим случајевима здравствена установа односно приватна пракса дужна је да прими пацијента са упутом из приватне праксе, с тим што трошкове пружања те здравствене заштите сноси пацијент а за пружање хитне медицинске помоћи средства се обезбеђују у складу са законом.

2. САДРЖИНА УГОВОРА О ПРУЖАЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Да би се осигураницима обезбедило право на здравствену заштиту, Републички фонд за здравствено осигурање, односно матичне филијале, с обзиром на то да нису у стању да сами пруже здравствену заштиту осигураницима, закључују уговор о пружању здравствене заштите са здравственим установама и приватном праксом.

Уговори о пружању здравствене заштите закључују се на основу понуде даваоца здравствених услуга за обезбеђивање програма и услуга здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања која се даје у облику плана рада даваоца здравствене услуге.

Одредбама Закона о здравственом осигурању се дају основни елементи и правила за уговарање здравствених услуга. У чл. 177. Закона је предвиђено да се уговором уређују односи између Републичког фонда за здравствену заштиту или матичне филијале и давалаца здравствених услуга у пружању здравствене заштите обухваћене обавезним здравственим осигурањем а нарочито: врста, обим односно квантитет здравствених услуга, мере за обезбеђивање квалитета здравствене заштите која се пружа осигураним лицима, кадар на основу норматива кадрова и стандарда рада потребних за остваривање здравствене заштите осигураних лица, накнаде, односно цене коју Републички фонд односно матична филијала плаћа за пружене здравствене услуге, начин обрачуна и плаћања, контрола и одговорност за извршавање обавеза из уговора, рок за спровођење преузетих обавеза, начин решавања спорних питања, раскид уговора, као и друга међусобна права и обавезе уговорних страна.

Циљ уговарања је обезбеђивање што боље и ефикасније здравствене заштите осигураника, па се у том циљу уговор закључује са оним даваоцима здравствених услуга који су својом претходном делатношћу и успешним испуњавањем уговорних обавеза стекли углед и поверење. Републички фонд може пре закључивања уговора да изврши контролу спровођења и извршавања раније закључених уговора са тим даваоцем здравствених услуга. Предност при закључивању уговора имају здравствене установе које су у поступку акредитације добиле сертификат о квалитету који се даје у складу са одредбама Закона о здравственој заштити. Давалац здравствених услуга, који закључи уговор о пружању здравствене заштите са Републичким фондом је дужан да обавезно осигураним лицима обезбеди потребне лекове, медицинска средства, имплантанте и медицинско – техничка помагала која су утврђена као право из обавезног здравственог осигурања.

Републички фонд је овлашћен Законом да донесе општи акт којим се уређују услови, критеријуми и мерила за закључивање уговора са даваоцима

здравствених услуга и за утврђивање накнаде за рад здравствених установа за сваку календарску годину.

Према одредбама овог општег акта – Правилника о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад, услови за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга су: 1) да даваоци здравствених услуга испуњавају све законом прописане услове за рад; 2) да имају издато решење Министарства здравља којим је утврђена испуњеност услова за почетак рада и обављања здравствене делатности, односно за обављање одређених послова здравствене делатности; 3) да је давалац здравствених услуга уписан у регистар код надлежног суда; 4) да у претходне три године даваоцу здравствених услуга надлежна инспекција није издала решење о забрани рада, односно обављања делатности; 5) да у претходној години даваоцу здравствених услуга није било забрањено обављање одређених послова у оквиру делатности; б) да давалац здравствених услуга има радно време које задовољава потребе осигураних лица са подручја матичне филијале, односно радно време које је усклађено са здравственом службом на том подручју; 7) да давалац здравствених услуга пружа осигураним лицима у оквиру радног времена само уговорене здравствене услуге, а ван радног времена, може да пружа и услуге другим корисницима, као и услуге лицима на лични захтев.

Уредбом о плану мреже здравствених установа утврђене су здравствене установе у државној својини - њихов број, структура, капацитети и просторни распоред. Правилник о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга предвиђа посебне услове за здравствене установе из Плана мреже.

Ти услови су: 1) да се изврши оцена о усаглашености плана рада здравствене установе са утврђеном накнадом за рад коју даје филијала уз претходно мишљење надлежне здравствене установе која обавља здравствену делатност јавног здравља и Коморе здравствених установа Србије. По доношењу оцене о усаглашености плана рада здравствене установе са утврђеном накнадом, филијала закључује уговор; 2) да се достави списак уговорених радника који садржи: име и презиме радника са матичним бројем, стручну спрему, радно место на које су распоређени за обављање послова и задатака у здравственој установи по

организационим јединицама и службама, односно одељењима и коефицијенте. Промене у броју уговорених радника (повећање, замена) могу се вршити само уз сагласност Комисије за рационализацију кадрова у здравственим установама коју образује министар надлежан за послове здравља; 3) да се достави ажуриран извод из Регистра лекара који имају право прописивања лекова на терет средстава обавезног здравственог осигурања; 4) да се достави Листа чекања сачињена у складу са Објашњењем за праћење квалитета рада у здравственим установама; 5) да здравствена установа донесе програм рационализације (са финансијским ефектима), који обухвата: набавку лекова и медицинских средстава до нивоа оптималних потреба, а у складу са законом којим се уређују јавне набавке; спровођење рационалне дијагностике, у складу са ставовима медицинске струке; утврђивање оптималних залиха медицинских средстава и лекова, у складу са рационалном фармакотерапијом у лечењу осигураних лица; предузимање мера за обезбеђивање што вишег квалитета здравствене заштите, уз максимално вођење рачуна о коришћењу материјалних и кадровских ресурса; утврђивање мера за стално праћење потрошње лекова, крви и продуката од крви и медицинских средстава по осигураном лицу; вођење евиденција извршених сервиса и радова на опреми, кроз сервисну књижицу о извршеним радовима, замењеним деловима и гарантном року; вођење евиденција о коришћењу возила за превоз болесника и осталих возила; да се фактуре испостављају у електронској форми, а према апликативном софтверу Републичког фонда; предузимање осталих мера рационализације, које је дужна да утврди и дефинише здравствена установа.

Здравствена установа оствариће право на стимулативни део накнаде за рад, под следећим условима: 1) да оствари план рада за текућу годину; 2) да није имала захтева за повраћај средстава; 3) да није имала ненаменског трошења средстава, и 4) да нема неизмирене, а доспеле обавезе на дан 31. децембра текуће године.

Услов за закључивање уговора са здравственом установом је и да здравствена установа ради спровођења програма рационализације закључи уговор са изабраним понуђачем којег изабере Републички фонд, у складу са Законом о јавним набавкама.

Филијала Републичког фонда може закључити уговор о пружању здравствених услуга са даваоцима здравствених услуга који нису у Плану мреже.

Уговор се може закључити за врсту и број здравствених услуга које се не могу обезбедити у оквиру постојећих капацитета здравствених установа из Плана мреже, уз мишљење Института "Батут" и сагласности Министарства здравља.

Уговор са даваоцем здравствених услуга ван Плана мреже закључује се применом цена појединачних здравствених услуга, које утврђује Републички фонд или за извршење програма за одређени број услуга исказаних по службама и организационим јединицама, за потребе осигураних лица.

Основ за закључивање уговора између Републичког фонда и давалаца здравствених услуга је прво, годишњи план здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања, затим, утврђени нормативи кадрова, стандарди рада и здравствени капацитети потребни за остваривање здравствене заштите осигураних лица, Правилник о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад, акт који утврђује цене услуга и финансијски план Фонда.

Здравствене услуге могу бити плаћене даваоцима кроз следеће модалитете¹¹¹:

- 1) плаћање по здравственој услузи;
- 2) плаћање по тзв. „опредељеном пацијенту“, тзв.систему „капитације“;
- 3) плаћање по пацијенту;
- 4) плаћање по болесничком дану;
- 5) плаћање по случају који је најчешће у вези са дијагнозом болести;
- 6) плаћање путем обезбеђења зарада здравственим радницима и покрића материјалних трошкова;
- 7) буџетски начин плаћања итд.

Правилником о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад предвиђено је да су критеријуми за утврђивање накнаде – за рад за плате и трошкове превоза:

- 1) уговорени број радника
- 2) Уредба о коефицијентима за обрачун и исплату плата запослених у јавним службама

¹¹¹ Т. Ракоњац-Антић,180.

- 3) додатни коефицијенти за дежурства, прековремени рад, минули рад, приправност
- 4) трошкови превоза на рад и са рада

Поред тога, предвиђен је и стимулативни део накнаде за изабраног лекара, изабраног стоматолога и медицинску сестру у здравственим установама које обављају делатност на примарном нивоу. Предвиђени стимулативни део је, најблаже речено, симболичан, износи 1 нето динар месечно по осигураном лицу које је потписало изјаву да бира изабраног лекара, односно стоматолога, што је на годишњем нивоу 12 динара по једном пацијету. Стимулативни део за медицинске сестре које раде у тиму са изабраним лекаром је 0,40 динара нето, што на годишњем нивоу износи 4,80 динара по пацијенту. Питање које се поставља је да ли су на овај начин здравствени радници стварно стимулисани да своју делатност обављају на квалитетан и ефикасан начин и да ли је тиме на адекватан начин напуштен систем једнаког плаћања без обзира на продуктивност и савесност.

У здравственим установама које обављају здравствену делатност на примарном, секундарном и терцијарном нивоу, поред накнада за рад здравствених радника, утврђују се и накнаде за лекове, санитарски и медицински потрошни материјал, као и за остале трошкове (енергенти, исхрана, текуће одржавање опреме, набавка опреме, информациони системи и сл.), наравно, специфично у зависности од нивооздравствене делатности.

За одређене врсте здравствених услуга у здравственим установама на секундарном и терцијарном нивоу, из области кардиологије, кардиохирургије, ортопедије, офталмологије и магнетне резонанце извршене изнад обима утврђеног планом рада, за лица са листе чекања, обезбеђују се средства по ценама које утврђује Републички фонд. Такође се обезбеђује посебна накнада за здравствене услуге вештачке оплодње и за асистирану људску репродукцију.

Из наведених одредби Правилника о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад види се да се приликом закључивања уговора комбинују сви могући начини плаћања – капитација за изабраног лекара у домовима здравља, плаћање по случају болести или услуге у секундарним и терцијарним установама

за услуге за које је формирана листа чекања по ценама здравствених услуга, као и откуп плана рада за установе на свим нивоима здравствене делатности.

Потребно је да истакнемо једно питање а то је равноправност давалаца здравствених услуга. Наиме, иако је начелно прокламована равноправност давалаца здравствених услуга без обзира на власничку структуру, јер је чланом 46. Закона о здравственој заштити предвиђено да се здравствене установе могу оснивати средствима у државној или приватној својини (а мисли се на здравствене установе као што су домови здравља, болница – општа и специјална, апотека, завод, клиника, институт, клиничко – болнички центар, клинички центар) у пракси је стање другачије. Прво, постоје ограничења код врсте здравствених установа које могу да се оснују средствима у приватној својини па је предвиђено да здравствене установе које обављају хитну медицинску помоћ, снабдевање крвљу и крвним дериватима, узимање, чување и пресађивање органа и делова људског тела, производњу серума и вакцина и патоанатомско – обдукцијску делатност, као и здравствену делатност из области јавног здравља, не могу да се оснују средствима у приватној својини. Затим, Влада Републике Србије доноси План мреже здравствених установа које се оснивају средствима у државној својини и који има за циљ да задовољи потребни обим одређених нивоа здравствене заштите у складу са економским могућностима Републике. Правилником о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад предвиђено је да филијала Републичког фонда може да закључи уговор о пружању здравствених услуга са даваоцима здравствених услуга које нису у Плану мреже. Уговор се може закључити само за врсту и број здравствених услуга које се не могу обезбедити у оквиру постојећих капацитета здравствених установа из Плана мреже, уз мишљење Института „Батут“ и сагласности Министарства здравља.

Приликом закључивања уговора са даваоцем здравствених услуга о пружању здравствене заштите, Републички фонд закључује уговоре са даваоцима здравствених услуга за одређене врсте здравствених услуга за потребе свих осигураних лица у Републици, односно за спровођење посебних програма здравствене заштите, као и са здравственим установама које обављају доктринарне, стручно – методолошке и друге послове од значаја за спровођење

здравственог осигурања, односно са другим правним лицем за остваривање одређених права из обавезног здравственог осигурања. Матична филијала закључује уговор са даваоцем здравствених услуга о пружању здравствене заштите која је утврђена као право из обавезног здравственог осигурања за осигурана лица са територије матичне филијале.

Уколико здравствена установа или приватна пракса нема закључен уговор о пружању здравствених услуга, из средстава обавезног здравственог осигурања могу да се плате само здравствене услуге пружене осигураним лицима при указивању хитне медицинске помоћи, по ценама које утврђује Републички фонд. Ако је осигурано лице платило за пружену хитну медицинску помоћ здравственој установи или приватној пракси, има право на накнаду плаћених трошкова из средстава обавезног здравственог осигурања до износа цене коју утврђује Републички фонд.

3. КОНТРОЛА СПРОВОЂЕЊА УГОВОРА

Контролу спровођења уговора који закључују Републички фонд, односно филијале са даваоцима здравствених услуга, регулише Закон о здравственом осигурању и Правилник о контроли спровођења закључених уговора са даваоцима здравствених услуга, који доноси Управни одбор Републичког фонда.

Контрола спровођења закључених уговора са даваоцима здравствених услуга обухвата: контролу правилности извршавања закључених уговора између Републичког фонда, односно филијала и давалаца здравствених услуга; контролу законитог и наменског коришћења финансијских средстава обавезног здравственог осигурања пренетих даваоцима здравствених услуга за остваривање законом утврђених права осигураних лица; контролу личних података који се односе на здравствено осигурање осигураних лица који се воде у медицинској документацији.

Контролу правилности извршавања закључених уговора са даваоцима здравствених услуга, као и законитог и наменског коришћења финансијских средстава обавезног здравственог осигурања, која су пренета даваоцима

здравствених услуга, као и контролу личних података који се односе на здравствено осигурање осигураних лица, врше службена лица – надзорници сигурања.

Налог за покретање поступка контроле доносе у складу са годишњим планом рада или на посебни захтев директор Фонда, филијале или сектора за послове контроле и ревизије. Налогом се одређује и надзорник осигурања који ће извршити контролу.

Овлашћења надзорника су веома значајна. Прво, он има право да оствари увид у сву расположиву документацију - финансијску, здравствену, исправу о избору изабраног лекара и остале тражене податке. Затим, има право да наложи да се утврђене неправилности и недостаци отклоне у одређеном року а као најтежу меру може да предложи: да се привремено обустави пренос финансијских средстава даваоцу здравствених услуга, да се раскине уговор са изабраним лекаром, да се умањи износ средстава даваоцу здравствених услуга, да се раскине уговор или део уговора или да се предузму још неке мере. Одлуку о предложеним мерама доноси директор Фонда или филијале. Постоји и могућност подношења захтева за вођење прекршајног поступка, уколико се утврди да је учињен прекршај.

Одредбе Закона о здравственом осигурању и Правилника о контроли закључених уговора са даваоцима здравствених услуга показују стање у области обавезног здравственог осигурања у коме је статус уговорних страна у уговору поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту неравноправан. Суштина уговора и поступка уговарања је у равноправности уговорних страна. Међутим, у ситуацији кад контролу спровођења уговора обавља само једна уговорна страна, а то је Републички фонд са својим органима, и кад се контрола обавља само у једном смеру – у смеру контроле даваоца здравствених услуга, поставља се питање равноправности уговорних страна у таквом уговору.

Одредбе Закона које предвиђају постојање арбитраже ради решавања спорова између Републичког фонда и филијала, с једне стране и даваоца здравствених услуга, с друге стране а у вези са закључивањем, изменом и спровођењем уговора о пружању здравствене заштите, донекле успостављају равноправност у односе уговорних страна. Арбитража има пет чланова и чине је представници филијале, односно Фонда и даваоца здравствених услуга, као

странака у спору, представници удружења здравствених установа, представници комора здравствених радника и представници Министарства здравља.

Поступак пред арбитражом је хитан, одлука се доноси у року од 30 дана од дана закључивања споразума о образовању арбитраже, а за то време рокови за вођење судског поступка мирују. Арбитража може да донесе одлуку на основу поравнања странака о предмету спора која има снагу као и свака арбитражна одлука¹¹².

¹¹² Према подацима из Републичког фонда за здравствено осигурање од увођења арбитраже у пракси није било примера арбитражног решавања спорова.

III

ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ – ПОЗИТИВНО ПРАВО И ПРАКСА

ГЛАВА VII – ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

1. ПОЈАМ И ПРИНЦИПИ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Финансирање здравственог система и здравствене заштите становништва једно је од приоритетних питања у савременим државама. После различитих реформи система здравственог осигурања, које су биле више или мање успешне, дошло се у већини земаља до једног модела у који представља комбинацију оба система, па је здравствена заштита у неким областима јавна а у другим приватна.¹¹³

Добровољно здравствено осигурање је вид неживотног осигурања лица. Добровољно здравствено осигурање представља модел здравственог осигурања који је заступљен у свим савременим, развијеним земљама, а однос између обавезног и добровољног здравственог осигурања представља питање које изазива полемику и које је решено на различите начине у развијеним земљама.

Питање односа добровољног и обавезног здравственог осигурања је смештено између науке, политике и стварних финансијских могућности појединих друштава. Сви ови елементи имају утицај на решење питања односа ова два вида осигурања, а решење зависи од претежних утицаја сваког од елемената.

Према истраживањима на Институту за проучавање рада¹¹⁴ приказани су подаци OECD¹¹⁵ по којима јавни расходи у земљама OECD достижу у просеку 43% БДПa; од тога скоро половину трошкова чине социјална давања.

¹¹³ D. Pieters, *Social Security: An Introduction to the Basic Principles, Second Edition – Revised*, 2006, 86.

¹¹⁴ M. Pearson, J. Martin: “Should We Extend the Role of Private Social Expenditure?”, *IZA DP* 1544/05, 5.; Институт за проучавање рада је независна, непрофитна истраживачка организација у Бону, повезана са Универзитетом у Бону.

¹¹⁵ OECD-Organisation for economic co-operation and development – Организација за економску сарадњу и развој основана у Паризу Конвенцијом потписаном 14. XII 1960. год са циљевима дефинисаним у чл. 1 Конвенције: да достигне највиши одрживи економски раст и запошљавање и растући стандард живота у земљама чланицама, док одржава финансијску стабилност која доприноси развоју светске економије; да доприноси непрекидном економском ширењу у земљама чланицама и земљама које нису чланице у процесу економског развоја; да доприноси ширењу светске трговине на мултилатералној, недискриминаторској основи у сагласности са међународним обавезама. Оригинале чланице OECD су: Аустрија, Белгија, Канада, Данска, Француска, Немачка, Грчка, Исланд, Ирска, Италија, Луксембург, Холандија, Норвешка, Португал, Шпанија, Шведска, Швајцарска, Турска, Велика Британија и САД. Касније прикључене земље су: Јапан, Финска, Аустралија, Нови Зеланд, Мексико, Чешка, Мађарска, Пољска, Кореја, Словачка, Чиле, Естонија, Израел и Словенија.

Постоје различити предлози за решење овако високих давања: да се смањи проценат социјалних давања - што је непопуларно и у многим ситуацијама непожељно, или да део трошкова преузме приватно финансирање. Следећи пример приватизације у многим областима јавног сектора у претходне две деценије, неки теоретичари предлажу да се део социјалних трошкова пренесе на терен приватног финансирања. То би довело до смањења пореза, а истовремено довело до боље ефикасности у социјалним давањима. Чињеница је да приватни сектор често може да буде јефтинији, разноврснији и ефикаснији, да постигне већу одговорност према корисницима него монополски јавни сектор. Ипак, постоје и многи проблеми који прате приватно финансирање нарочито у области здравственог осигурања. Основни закључци изведени на најновијим искуствима из OECD земаља показују следеће резултате¹¹⁶:

- 1) отварање конкуренције приватних здравствених осигурања даје могућност избора и иновација у области здравственог осигурања. Избор и иновација се односе на могућност избора осигуравача кога осигураници бирају на основу различитих критеријума: пакета услуга, цене пакета, квалитета услуга, здравствених установа са којима осигуравач има уговор о пружању здравствених услуга и других критеријума;
- 2) успеси у овој области су ограничени што зависи од међусобног дејства различитих фактора– индивидуални пакети приватног осигурања су често скупии:
 - да би се осигурала адекватна покривеност популације, редукована је конкуренција и могућност избора осигуравача. Наиме, у системима где постоје паралелно јавно и приватно осигурање, уочена је тенденција пребацивања високоризичних пацијената и пружања скупих здравствених услуга из сектора приватних осигуравача на јавни сектор. Приватне болнице се концентришу на део хируршких услуга и мање компликовану здравствену заштиту, док јавном сектору препуштају хитну и неодложну здравствену негу.
 - информативна асиметрија – сазнање, на пример, о томе колико је добар одређени пакет здравственог осигурања захтева широку

¹¹⁶ M.Pearson, J.Martin, 14.

регулисаност која има ефекат ограничавања иновација и конкуренције; информисање о пакетима здравственог осигурања утиче на висину премије коју плаћа осигураник, јер су у њену цену укључени и трошкови рекламе; осигураник сноси и трошкове промене осигуравача, поређења алтернативних опција осигурања, разумевања уговора о осигурању, поступака правне заштите из уговора о осигурању и слично; осигуравач насупрот томе нема праву информацију о здравственом стању осигураника;

- порески подстрек неопходан да стимулише обезбеђивање услуга из приватног сектора је значајан и представља додатни трошак; пореске олакшице уведене на куповину премија приватног здравственог осигурања стимулишу осигуранике са већим приходима, који су најчешће корисници приватног здравственог осигурања; често су пакетима обухваћене и услуге које нису медицински неопходне; поставља се питање да ли би се бољи ефекат на здравствени систем постигао ако би се ова средства усмерила на јавно здравство;

3) ширење приватног здравственог осигурања ствара одређене социјалне проблеме. Наиме, у систему са јавним здравственим осигурањем, владе настоје да изврше прераспodelу средстава која се уплаћују за осигурање од здравих на болесне, од домаћинстава без деце на домаћинства са децом, од запослених на незапослене, од осигураника са већим приходима на осигуранике са мањим приходима. У систему приватног осигурања, овакве расподеле неће бити, јер приватно осигурање, по самој својој суштини, фаворизује осигуранике са већим приходима који су, претежно, корисници приватног здравственог осигурања.

Приватно финансирање здравственог осигурања није чаробни штапић, којим се економија и гласачи ослобађају терета који их вуче надолу. Ипак, приватно финансирање у области здравствене заштите може да буде и јефтинији начин здравствене заштите и разноврснији и флексибилнији начин здравственог осигурања.

Према дефиницији истих аутора, приватно здравствено осигурање представља начин финансирања здравствене заштите који карактерише плаћање унапред трошкова здравствене заштите и стварање фонда из кога се ризик плаћања здравствене заштите подноси од стране свих чланова фонда, а не од сваког појединачно. Главни извор финансирања приватног здравственог осигурања се конституише од премија које не зависе од прихода, као контраст јавном здравственом осигурању, које се финансира кроз опште опорезивање или променљиве уплате (које зависе од прихода). Премија представља приватно плаћање са којим се осигуравач сагласио и на основу кога је издао полису осигурања.

Приватно здравствено осигурање има своје предности¹¹⁷: појединци самостално процењују и одређују износе средстава које желе да потроше на здравствену заштиту (тј.постоји слобода избора), присутна је рационализација (обавезно здравствено осигурање често не може да покрије све облике здравствене заштите), обезбеђује се разноликост система здравственог осигурања, подстиче се рационално коришћење средстава (спречава се „морални хазард“ тј. спречава се беспотребно коришћење здравствених услуга), ствара се конкуренција која неминовно води јачању квалитета пружања здравствених услуга, смањује се могућност стварања корупције у систему здравства, повећава се ниво инвестиција у сектору здравствене заштите и сл. Наравно, постоје и извесни проблеми: у оквиру приватног осигурања што је већи ризик обољевања особе, већа је и премија коју та особа мора да плати осигуравајућем друштву, што наводи на закључак да су у много тежем положају старији, пензионери и већ болесни људи.

¹¹⁷ Т.Ракоњац –Антић,201.

2. ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У УПОРЕДНОМ ПРАВУ

У само неколико ОЕСД земаља добровољно здравствено осигурање има водећу функцију у финансирању здравствене заштите, а у другим земљама мање важне функције. Оно не постоји изоловано од других видова осигурања. Централну улогу у обликовању тржишта здравственог осигурања и његовог утицаја на здравствени систем имају владе земаља. Ова улога се манифестује директним интервенцијама на тржишту осигурања као и кроз политику владе према здравственим и социјалним системима.

Када говоримо о добровољном здравственом осигурању у развијеним државама, разликујемо неколико начина на које је ово питање решено.

- I. У једном броју држава добровољно здравствено осигурање има примарну улогу и представља једини могући приступ здравственој заштити било из разлога што не постоји јавно здравствено осигурање (пример САД, Холандија, осим за одређене угрожене категорије становника) или је лице изабрало овај вид осигурања као основни вид осигурања (пример Белгија, Шпанија). Приватно здравствено осигурање је извор примарне заштите за 72% популације у САД, за 28% популације у Холандији, али за само 9% популације у Немачкој.¹¹⁸
- II. У другим државама добровољно здравствено осигурање представља алтернативу за обезбеђивање здравствених услуга које су већ укључене у јавно здравствено осигурање, као дупли вид осигурања (пример Велика Британија, нордијске земље; скоро половина становништва у Аустралији и Ирској купује полису приватног здравственог осигурања за здравствене услуге које су укључене у јавно здравствено осигурање али им се на овај начин омогућава и приступ приватним здравственим установама за исту врсту услуга).¹¹⁹
- III. У трећој групи држава добровољно осигурање има допунску улогу и служи као покриће накнада за услуге (партиципација) које плаћају осигураници у

¹¹⁸ F.Colombo,N.Tapay”Private Health Insurance in OECD Countries:The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems“ *OECD Health Working Papers No 15* (2004)6,12, <http://www.oecd.org/health/28.октобар 2012>.

¹¹⁹ Ibid,14.

систему јавног здравственог осигурања (пример Француска где преко 90% становништва има ову врсту полисе добровољног осигурања - *police complementaire ou mutuelle*¹²⁰; осигураници сами плаћају здравствене услуге, а затим им се исплаћује накнада од примарне касе здравственог осигурања и допунског осигурања) -

- IV. Четврта група су државе у којима је улога добровољног здравственог осигурања да представља додатно осигурање чији циљ је да омогући услуге које нису покривене јавним здравственим осигурањем, јер представљају одређени виши ниво квалитета услуга (на пример луксузна нега, изабрана, дуготрајна нега) или по врсти услуга не спадају у обавезно здравствено осигурање (алтернативна медицина, рехабилитација, стоматолошке услуге). У овој групи су скоро све развијене земље.

У већини ОЕСД држава, добровољно здравствено осигурање нема само једну од наведених улога, с тим што је једна од њих основна а друге су споредне.

2.1. Европске државе

Проблем пораста трошкова здравствене заштите је актуелан у готово свим европским земљама, а проистиче из начина финансирања здравствене заштите на бази *pay-as-you-go* система, у коме се не стварају фондови за будућност, већ се средства прикупљају и троше одмах. Средства која недостају нужно доводе до смањења квалитета лечења, до лошије опремљености болница, недостатка кревета у државним болницама, уштеде на зарадама медицинског особља, смањења мотивације за рад, појаве корупције и незадовољства. Развијене државе Европе почеле су са реформама доста рано, већ 60- тих година прошлог века, углавном у циљу смањења трошкова лечења. Универзални режим социјалне сигурности који покрива целокупно становништво је прихваћен у већем броју земаља. Законима се обезбеђује висок ниво заштите, али постоје велике разлике између држава; економски јаче државе пружају својим грађанима далеко већу социјалну заштиту док је у мање развијеним деловима Европе та заштита слабија. То је разлика између севера и југа Европе која постоји и у

¹²⁰ <http://www.frenchentree.com/fe-healthy/DisplayArticle.asp?ID-868>, 28. октобар 2012.

другим областима друштвеног живота. Мање развијене државе све разматрају предности система мешовите заштите, социјалног осигурања и социјалноприватних осигурања због деградације система социјалног осигурања, а под утицајем решења која су позната у САД.¹²¹

Према подацима ОЕСД¹²² у периоду од 2000. до 2009.год. годишњи раст трошкова за здравствену заштиту је 4,7% у просеку за земље ОЕСД.У 2008.и 2009.год., трошкови су порасли више од 5%, али у 2010.год., смањени су за 0,5%, што је одраз економске кризе, посебно у државама захваћеним рецесијом.¹²³ Што се тиче односа трошкова здравствене заштите и бруто друштвеног производа у 2008. години за здравство је у просеку у земљама ОЕСД одлазило 9% БДП, од чега је 6,5% из јавних прихода а 2,4% из приватних извора корисника. Претежни извор финансирања здравствене заштите у земљама ОЕСД је у јавним финансијама (72% од укупних трошкова за здравствену заштиту); то је просек, а стање у државама је различито, зависно од система који је доминантан. Хронолошки посматрано, јавно финансирање здравствене заштите се повећавало за време 70 тих година, затим се стабилизовало на истом нивоу, а током 90 тих година долази до постепеног смањивања средстава за здравствену заштиту из јавних извора и повећавања средстава из приватних извора.

Европске државе могу да се групишу у три основне категорије с обзиром на начин на који су решиле покривеност популације различитим видовима здравственог осигурања¹²⁴.

- 1) универзално или скоро универзално покриће кроз национални јавни здравствени систем које је спроведено у нордијским земљама, медитеранским земљама и источноевропским земљама;
- 2) основно покриће кроз јавни здравствени систем за специфичну групу становништва, а за остале могућност приватног здравственог осигурања,

¹²¹ Ј. Пак “Основни правци реформе здравственог осигурања у европским земљама“, Упоредноправна студија Прилог за реформу здравственог осигурања у Србији, 2004.,9

¹²² www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm, 28.октобар2012.

¹²³ На пример у Ирској са просечних 8,4% БДПа од 2000.до 2009.год.трошкови за здравствену заштиту су пали на 7,6% у 2010.; у Грчкој са 6,5% на 6% у2010.год; на Исланду са 9,3% на 7,5% БДПа

¹²⁴ F.Colombo, N.Tarau,17.

самоосигурања или да остану неосигурани уз плаћање трошкова по настанку потребе за здравственом негом (Холандија, Немачка);

- 3) универзално осигурање обавезивањем целе популације на куповину основног здравственог осигурања (Швајцарска)

2.1.1. Европске државе са претежним финансирањем здравственог осигурања из буџета

Када говоримо о првој групи европских земаља са потпуном обухваћеношћу становништва здравственом заштитом и најчешће финансирањем из буџета, говоримо о земљама које су усвојиле Беверицов модел финансирања здравствене заштите, који одговара богатијим и развијенијим друштвима, с једне стране, или, с друге стране, друштвима која су наследила здравствене системе бивших социјалистичких земаља, а постигла су добре резултате у транзицији која је уследила после распада социјалистичког поретка.

Трошкови финансирања здравствене заштите по извору финансирања у овим државама, према подацима ОЕЦД¹²⁵ за 2010.годину, имају следећу структуру (из јавних извора) : Шведска 81%, Финска 74,5% Норвешка 85,5%, Данска 85,1% Велика Британија 83,2% Чешка 83,8%, Словачка 64,5% . Остали извори као што су приватно здравствено осигурање или плаћање из џепа корисника здравствене заштите, процентуално су много мање заступљени. Тржиште приватног здравственог осигурања је неразвијено, улога приватног осигурања минорна, његово развијање се не стимулише. Земље северне Европе нису заинтересоване за проширење приватног здравственог осигурања, што наводи на закључак да систем јавног финансирања здравствене заштите добро функционише, па самим тим и не постоји потреба за увођењем ширег облика приватног осигурања. Слична је ситуација и у источно-европским земљама у којима скоро да не постоји приватно здравствено осигурање, а преостали извори финансирања су плаћања из џепа корисника.¹²⁶

¹²⁵ www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyreqvesteddata.htm, 1. новембар 2012.

¹²⁶ Ипак, поредећи податке ОЕЦД-а из 2000. год. са подацима из 2010. у појединим државама уочавамо смањење процента финансирања здравственог осигурања из јавних прихода у односу на 2000. год.: Шведска 85-81%, Финска 75,1-74,5%, Чешка 91,4-83,8% , Словачка 89,4-64,5% .

Финансирање здравствене заштите у медитеранским земљама има сличну структуру: у Шпанији 72% средстава је из јавних извора, 24% из приватних цепова корисника а свега 4% из приватног здравственог осигурања; у Италији 73% средстава за здравствену заштиту је из јавних извора, плаћања из цепа корисника 23%, а остало приватни извори укључујући приватно здравствено осигурање (0,9% .).¹²⁷

2.1.1.1. Норвешка

Навешћемо као пример Норвешку, једну од држава која се сматра државом социјалног благостања. Норвешка има универзално здравствено осигурање за све становнике Норвешке, као и за лица која су запослена и живе у Норвешкој. Укупни трошкови за здравствену заштиту становништва у Норвешкој достигли су 10% бруто друштвеног производа. Осигурање је регулисано кроз Националну здравствену службу која се финансира из пореза, трансфера од централне владе, средстава које прикупљају општине и окрузи. Права из здравствене заштите су веома широка, обухватају велики број здравствених услуга: болничке и ванболничке услуге, дијагностичке сервисе, специјалистичку негу, права за време породилства и материнства, превентивне мере, палијативну негу, неопходне лекове. За боравак у државним болницама се не плаћа партиципација, а за поједине услуге је партиципација предвиђена, али у минималним износима, на пример, за преглед код лекара опште праксе, психијатра, психолога. Лекари опште праксе или специјалисти који раде изван болница, већином добијају фиксну плату, мада део специјалиста има и уговоре на основу којих раде и приватне пацијенте. Пацијенти имају право и обавезу да бирају свог лекара опште праксе (и да га промене највише два пута у току године) са листе коју сачињава влада, а лекар опште праксе процењује неопходност одласка пацијента код специјалисте. Државним болницама од 2002. године управља централна влада, а до тада су биле у надлежности регионалних и градских власти, које су сада надлежне за примарну и специјалистичку здравствену заштиту.¹²⁸

¹²⁷ F.Colombo, N.Taray,9

¹²⁸ J.R.Jonsen, „Health System in Transition: Norway 8, *European Observatory on Health Systems and Policies*,8/2006,48

Добровољно здравствено осигурање нема значајну улогу, мада су уведена допунска осигурања, посебно за пацијенте који не желе да чекају на болничке услуге.

Постоји и релативно мали број приватних болница које су изван система здравствене заштите под окриљем државе и доступне само пацијентима који уплате допунско здравствено осигурање. Допунско осигурање овим осигураницима гарантује болничко лечење у приватним болницама, ако државне болнице не могу да обезбеде потребан болнички третман у року од 28 дана. Према последњим подацима, око 30.000 Норвежана се придружило неком облику добровољног осигурања, најчешће као право из уговора о раду.¹²⁹

Што се тиче услуга које корисници плаћају из сопствених средстава, ради се о партиципацији за консултације код лекара специјалисте, лекара опште праксе, санитетског превоза, стоматолошких услуга, лабораторијских анализа и других услуга. Одлуком норвешког Парламента уведен је још 1980. год. максимални износ укупне годишње партиципације – плаћања из џепа корисника, који је у 2004. години, износио 1615 норвешких круна. Када корисник наврши ту суму, до краја године је ослобођен плаћања трошкова партиципације за здравствене услуге. У 2005. год. више од милион становника Норвешке је искористило право ослобађања од трошкова партиципације за наведене здравствене услуге, независно од прихода које остварује.¹³⁰

Норвешко становништво је, према анкетама, задовољно својим системом здравствене заштите и не постоје наговештаји о реформи овог система и увођењу већег утицаја тржишта здравственог осигурања и приватне алтернативе у здравственој заштити.¹³¹

¹²⁹ *Ibid.* 61.

¹³⁰ *Ibid.* 62.

¹³¹ М. Tanner, "The Grass is not Always Greener, A Look at National Health Care Systems Around the World, *Policy Analysis* 613/ 2008, 19.

2.1.2. Европске државе са највећом заступљеношћу приватног здравственог осигурања

Другу групу чине земље са највећом заступљеношћу приватног здравственог осигурања у европским системима. На првом месту је Холандија, у којој је према подацима за 2007. год., 42% средстава за финансирање здравствене заштите из јавних извора, 52% из „квази приватног“ („приватног социјалног осигурања“) и 6% из приватног допунског осигурања¹³². У Немачкој, према подацима за 2006. год., 76,9% средстава за финансирање здравствене заштите је из јавних извора, 9,2% из приватног здравственог осигурања, 13,2% се плаћа из сопствених средстава корисника и 0,7% из осталих извора. У Француској 79,7% средстава је из јавних извора, 12,8% из приватног здравственог осигурања, 6,7% се плаћа из сопствених средстава корисника и 0,8% из осталих извора.¹³³

2.1.2.1. Холандија

У Холандији, до усвајања Закона о здравственом осигурању 2006. године, приступ јавном здравственом осигурању је био одређен на основу прихода, што је систем веома сличан систему који и данас важи у Немачкој. Корисници који су имали приходе испод 32,600 евра годишње, били су обавезни да се укључе у један од 30 болесничких фондова под контролом владе. За кориснике са приходима изнад ове суме, постојала је могућност да остану у фондовима под контролом владе, или да уплате, у неком од приватних фондова, приватно здравствено осигурање као примарно осигурање. Средства за финансирање фонда под контролом владе су се формирала на бази пореза који су зависили од прихода и на бази премија које су биле фиксне по особи. Корисници су могли да промене фонд

¹³² H.Maarse, "Private Health Insurance in Netherlands", University of Maastricht, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences Maastricht 3/2009, 1, http://www.cefsee.org/health/healthfiles/materials/report_Private_Health_Insurance_in_the_Netherlands.pdf, 10.novembar, 2012

¹³³ J. Lundy, B.D. Finder, "Cost Sharing for Health Care: France, Germany, and Switzerland" prepared by Kaiser Family Foundation, 1/ 2009, 7, <http://www.kff.org/insurance/upload/7852.pdf>, 11.novembar 2012

преко кога су осигурани једном годишње, па је због тога конкуренција између фондова била неразвијена.¹³⁴

Ситуација је знатно измењена ступањем на снагу Закона о здравственом осигурању 2006. год. којим је уведена обавеза свих становника Холандије да купе полису осигурања неког од преко 40 осигуравача за основно здравствено осигурање. С друге стране, сви осигуравачи су дужни да прихвате сваког пријављеног, без обзира на постојање евентуалних ризичних фактора, за основно осигурање које је прописано одлуком Владе. Приходи осигуравача се формирају на тај начин да половину чине доприноси које прикупља послодавац, који зависе од прихода запосленог и који се преко централног фонда уплаћују осигуравачима. Другу половину прихода осигуравача чине премије које уплаћују осигураници, које су једнаке за исти пакет услуга, с тим што постоје различити пакети зависно од врста и обима услуга. Један мањи део трошкова плаћају и пацијенти приликом пружања услуге.

Осигураници са ризичним факторима, у које спадају старији, хронични болесници, лица са посебним потребама и слични, у складу са одредбама закона, се без ограничења прихватају на основно здравствено осигурање, али се из централног фонда дотира осигуравачима за сваког осигураника који спада у ризичну категорију. Циљ ове интервенције је да се не фаворизују потенцијални осигураници који су пожељни за осигураваче, јер су млађи, бољег здравственог стања, па су и трошкови њихове здравствене заштите много мањи.

Трошкове здравствене заштите деце и лица до навршених осамнаест година сноси држава, а такође и породице са ниским приходима имају олакшице, односно суфинансирање државе у здравственом осигурању. Интересантан је податак да се у 2007. години 37% становништва квалификовало као категорија лица са ниским приходима и стекло право на олакшице приликом уговарања здравственог осигурања. Ради администрирања и провере ових захтева, Служба пореских прихода је морала да запосли 600 људи да проверавају ове податке.¹³⁵

¹³⁴ A.Exter et al“Health Care Systems in Transition: Netherlands“ Europen Observatory on Health Systems and Policies, 6/2004,33,
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/95136/E84949pdf,11.novembar 2012.

¹³⁵ G.H.K.Okma:“Recent Changes in Dutch Health Insurance: Individual Mandate of Social Insurance“? <http://ssrn.com/abstract=1340012>,33,11.novembar 2012.

Нови систем здравственог осигурања у Холандији заснива се на принципима тржишне конкуренције. Програм социјалног здравственог осигурања и алтернативног приватног осигурања, као примарног, замењен је обавезом да сви становници Холандије купе основно здравствено осигурање код једне од 41 приватне осигуравајуће компаније, које би, према прорачуну министра за здравље, требало да кошта мање од 100 евра месечно. Тржишна конкуренција међу осигуравачима је довела до смањења цене и давања различитих повластица (на пример, ако неко не користи здравствене услуге у току године, осим лекара опште праксе, има право на смањење и до 225 евра годишње).¹³⁶ Око 90% становника Холандије има додатно здравствено осигурање, које обухвата здравствене услуге које су шире или изван услуга које обухвата основни обавезан пакет здравствених услуга. Осигуравајуће куће преговарају са даваоцима здравствених услуга о квалитету, квантитету и ценама услуга, а неке имају и своју мрежу центара за примарну негу или апотека па директно учествују у пружању здравствене заштите корисницима. Најчешће осигуравачи траже потврду лекара опште праксе о потреби специјалистичког прегледа или болничког лечења. Са друге стране, пацијенти учествују у процесу преговарања с осигуравачима, даваоцима здравствених услуга и доносиоцима закона.¹³⁷

Према листи европског здравственог барометра, који саставља шведска организација за анализе и информације у области здравства „Health Consumer Powerhouse“, а којим су обухваћене 34 европске земље, Холандија се у 2012. години, (као и у претходном извештају из 2009.год), нашла на првом месту листе земаља са најбољим системима здравствене заштите. При сачињавању листе, узима се у обзир 42 индикатора из пет здравствених сегмената: права пацијента и информисање, време чекања на терапију, резултати, обим и дomet услуга које се пружају и фармацеутски производи.¹³⁸

Иако холандски систем здравствене заштите и здравственог осигурања спада у један од најцењенијих у Европи, становништво Холандије није у потпуности задовољно пакетом осигурања који добија у односу на средства која

¹³⁶ S.Greb, M.Manougian, J.Wasem, “Health Insurance Reform in the Netherlands“*CESifo DICE Report*, 1/2007,65.

¹³⁷ M.Tanner, 23.

¹³⁸ <http://www.healthpowerhouse.com./files/Report-EHCI-2012.pdf>,4,12.novembar 2012.

се за здравствено осигурање издвајају. С обзиром на то да основни пакет здравственог осигурања, које запосленог у Холандији кошта око 100 евра месечно, не покрива ни приближно довољан број потребних здравствених услуга, неопходно је да се уговори допунско осигурање, па месечни пакет осигурања кошта у просеку 250 евра. Лица са већим приходима плаћају више, па се у фондovima здравственог осигурања налазе солидна средства. Међутим, и поред добрих карактеристика овог система (доста новца у здравственом систему, мала потрошња лекова, довољан број лекара, удео фонда за помоћ лицима са ниским приходима), он има и своје недостатке: листе чекања за хируршке интервенције су дуге, чека се на преглед код специјалисте, недовољно преписивање терапије. Због наведених недостатака, пацијенти из Холандије о трошку осигурања путују у друге европске земље на хируршке интервенције (на пример, ортопедске операције у Шпанији). Ипак, нови систем представља побољшање у односу на претходни, листе чекања су смањене, број операција проширен, а раст трошкова за здравствену заштиту смањен са 4,5% на 3% годишње.¹³⁹

Посебно је питање формулисање природе новог модела здравственог осигурања уведеног у Холандији изменама Закона о здравственом осигурању из 2006. године. Првобитно је холандска влада овај систем представила као приватни систем здравственог осигурања, али је потом, имајући у виду све последице оваквог статуса, у оквиру унутрашње политике земље, као и у односу на чланство и статус у оквиру међународних тела и организација (Међународна организација рада, Европска унија, Савет Европе) изостало даље опредељивање природе система у погледу својинске структуре. Неки аутори су систем здравственог осигурања у Холандији дефинисали као „квазиприватни“¹⁴⁰ или „приватни социјални систем здравственог осигурања“¹⁴¹, али је суштина у јединственом систему здравственог осигурања, у коме су нестале разлике између јавних и приватних осигуравача. Последица тога је повећање мобилности корисника између различитих осигуравача на тржишту, зависно од цене и опција које поједини осигуравачи нуде.

¹³⁹ <http://www.blic.co.rs/drustvo.php?id=113017>, 12. novembar 2012.

¹⁴⁰ H. Maarse, 1.

¹⁴¹ S. Greb, M. Manougian, J. Wasem, 65.

Питање природе система је значајно и са аспекта учешћа државе у регулисању цена, олакшица, подстицања конкуренције и квалитета здравственог осигурања. Коначно, дефинисање природе новог система здравственог осигурања у Холандији може да да Европски суд правде када неки предмет дође на разматрање пред овај суд, што се до сада није догодило.¹⁴²

2.1.2.2. Немачка

Друга европска земља са значајним уделом приватног здравственог осигурања у структури здравственог осигурања становништва је Немачка.

На основу Устава Немачка је социјална држава (Sozialstaat) и вредности које су прокламоване тим уставом (економска сигурност, слобода, једнакост, правда) треба да чине оквир система социјалног осигурања. Међутим, без обзира на чињеницу да су богатији Немци у бољем положају, Немачка, као економски јака земља је успела да обезбеди својим грађанима социјалну сигурност, која је и у односу на друге земље са системом националног осигурања имало предности (нема дугих листа чекања, учешће није високо, болничко лечење је на високом нивоу и др.). Показало се да здравствено осигурање много кошта и да су потребне реформе да би се енормни издаци смањили. У овој земљи трошкови здравствене заштите, а посебно болнички трошкови, бележе стални раст. Фонд јавног осигурања је на пример, у 2003. години забележио дефицит од 3 млрд. евра.¹⁴³ Влада реагује смањењем обима услуга које здравствено осигурање обезбеђује, па се укидају услуге које се процене да нису неопходне (обезбеђивање наочара, смањење обима услуга стоматолошке заштите, смањење лекова који се дају на рецепт...)

Што се тиче организације система здравственог осигурања, данас у Немачкој има 1200 финансијски и организационо независних каса за здравствено осигурање. Постоје локалне касе, касе занатских удружења, касе за здравствену заштиту пољопривредника или за здравствено осигурање запослених у привреди. У последње време касе се удружују ради уштеда и ефикаснијег рада.

¹⁴² G.H.K.Okma,4.

¹⁴³ Ј.Пак “Основни правци реформе здравственог осигурања у европским земљама“ Институт за упоредно право, упоредно правна студија „Прилог за реформу здравственог осигурања у Србији“,2004,14

Запослени могу да бирају између различитих каса преко којих ће да остварују своја права из здравственог осигурања. То могу бити локалне касе према становању или запослењу, касе предузеће у коме раде, или касе које су отворене за све.

Финансирање се врши на основу доприноса које плаћају послодавци, запослени и пензионери. Висина доприноса зависи од трошкова касе. Касе имају своју управу и своју ограничену аутономију.

Услуге које здравствено осигурање обухвата су: трошкови лечења и накнада зараде за случај болести, додатак за материнство, трошкови прегледа и лечења у здравственим установама, помоћ код куће, и за случај привремене спречености за рад право на накнаду зараде. Здравствена заштита обухвата медицинску и део стоматолошке заштите са акцентом на превенцију, лабораторијске анализе, хоспитализацију, хируршке захвате, помагала и лекове, кућна нега. За време породилског одсуства обезбеђује се 100% накнаде зараде за 6 недеља пре и 8 недеља после порођаја, а за негу детета после 8 недеља, даје се накнада у проценту од зараде. Обезбеђује се и помоћ за породилство за сваки порођај чија висина зависи од тога која каса исплаћује накнаду. Накнада зараде у случају болести радника је на терет послодавца првих 6 недеља одсуства а после тога се исплата врши на терет фонда најдуже 78 недеља у износу који не може да пређе 85% зараде. Приликом одласка код лекара, пацијент не сноси трошкове директно за указану лекарску услугу, већ се установа, односно лекар, обраћа директно болесничкој каси ради наплате својих услуга¹⁴⁴.

Сви запослени који зарађују мање од 3.937,50 евра на месечном нивоу (подаци из 2006. год)¹⁴⁵, што представља „плафон“ прихода за остваривање права на обавезно социјално осигурање, аутоматски су обавезно осигурани из јавног здравственог осигурања. Средства овог фонда јавног здравственог осигурања се формирају из доприноса који се одбијају од зарада сразмерно износу зараде а независно од осталих параметара. Постоји велики број провајдера који спроводе обавезно здравствено осигурање, али је пакет услуга које покрива обавезно осигурање стандардизован и независтан од провајдера. Пакет услуга и висина

¹⁴⁴ *Ibid.* 15.

¹⁴⁵ M.Arnst, R Sacchetto, A Spermann, S.Steffes,F.Widmaiers “The German Social Long-Term Insurance: Structure and Reform Options”*IZA DP* No 2625,6.

премије не могу да се мењају, нарочито не могу да се смањују услуге које чине пакет, осим на нивоу целе државе. У последње време се појављују примедбе корисника ових услуга да је пакет услуга далеко испод нивоа примарне здравствене заштите и да постоји потреба за уплатом допунског здравственог осигурања.¹⁴⁶

Од 90. тих година немачка влада је донела 5 великих реформи са циљем да се заустави раст доприноса за здравствено осигурање али упркос томе од 1995. год., кад су доприноси били 13,2%, 2003.год. су дошли на 14,3% од зараде запослених, а 2012.год. на 15,5% од зараде.¹⁴⁷

Запослена лица која имају приходе изнад нивоа који прописује држава и који могу да изаберу приватно здравствено осигурање (као и још неке категорије становништва - самозапослени и др.) могу да остану у обавезном осигурању или да се укључе у приватно здравствено осигурање. Приликом одлучивања да ли ће се определити за обавезно или приватно здравствено осигурање, запослени разматрају предности и мане оба система здравственог осигурања, јер када се једном напусти шема обавезног осигурања, скоро је немогуће да се поново укључи у њу. За запослене са високим приходима може да буде јефтиније да изаберу приватно здравствено осигурање, него јавно, јер су доприноси за приватно здравствено осигурање засновани на индивидуалним ризицима појединаца а не на приходима. Старији и ризичне категорије становника плаћају веће премије, што је повезано са очекиваним трошковима за њихово лечење.¹⁴⁸

Приватно здравствено осигурање се обезбеђује кроз дугорочне уговоре и путем фондова. Део премија је акумулиран у фонд који омогућава да се премија не условљава годинама. Овакав специфичан модел приватног здравственог осигурања више погодује старијој популацији којој се обезбеђује могућност да користи видове приватног осигурања иначе практично недоступне овој категорији становништва.

Приватно здравствено осигурање може да обезбеди шире покриће здравствених услуга, укључујући здравствену заштиту у приватним и полу-приватним болницама, алтернативне терапије (као што су акупунктура, лечење

¹⁴⁶ В. Augurzky, Н. Tauchmann, "Less Social Health Insurance – More Private Supplementary Insurance? Empirical Evidence from Germany" *Ruhr Economic Papers* 46,6.

¹⁴⁷ <http://www.justlanded.com/english/Germany/germany-Guide/Health/Health-insurance>, 15.novembar.2012.

¹⁴⁸ http://www.med_kolleg.de/healthinsurance_e.html, 13.novembar 2012.

биљем), наочаре, сочива и остале услуге које нису обезбеђене у обавезном здравственом осигурању. Приликом пружања услуга лицима приватно осигураним, не плаћа се партиципација, а третман у односу на лица осигурана у јавном осигурању је бољи, јер се ради о профитабилнијим пацијентима.

Свеобухватно приватно здравствено осигурање има две карактеристике¹⁴⁹, које се односе на ограничење прекомерног коришћења услуга:

1. често се овакво осигурање закључује уз франшизу (одређену фиксну суму или одређен проценат од трошкова осигурања подноси осигураник) са циљем утицаја на савесније понашање осигураника;
2. ако осигураник није имао трошкове лекарских прегледа или лечења у одређеном временском периоду врши му се повраћај средстава у износу од 1-5 премија (подстицајна мера да се не користе прекомерно непотребне услуге, нпр. интервенције које појединац може да обави сам у случају рецимо благе прехладе итд.)

У пракси се, и поред добрих теоретских и законских решења, појављују различити проблеми везани за врсту осигурања коју осигураници имају. Немачки лекари који имају своје ординације и раде као кућни лекари осећају последице различитог поступања организација за обавезно осигурање и приватних осигуравача. Наиме, ови лекари имају две врсте пацијената: пацијенте из обавезног здравственог осигурања и пацијенте из приватног здравственог осигурања. Лекари у овим ординацијама за пацијенте који су обавезно осигурани добијају новац од удружења лекара за осигуране пацијенте, а хонорар договарају с организацијама за обавезно здравствено осигурање. Новац који на овакав начин добију – зараде, довољан је само за трећину годишњих трошкова.¹⁵⁰ Без пацијената који су осигурани у приватном здравственом осигурању, многи лекари би могли да затворе своје „нерентабилне“ ординације. Разлика је у плаћању јер приватна осигурања плаћају по пруженим услугама а обавезна осигурања по категорији лекара, без обзира на пружене услуге. Предлог за измену, а очигледно и пракса ових лекара, је давање приоритета приватно осигураним пацијентима, што нас доводи у вечно актуелна биоетичка питања о томе да ли новац сме да буде разлог бољем, ефикаснијем и квалитетнијем лечењу. Такође

¹⁴⁹ Т. Ракоњац-Антић, 240.

¹⁵⁰ <http://www.dw-world.de/lekar-%c5%A1alje-pacijente-onome-ko-plati/o-15969502>, 16.novembar 2012.

се појавила и студија која наводи на закључак да лекари шаљу пацијенте на одређене клинике са којима имају споразуме, а претпоставља се и финансијску корист, јер велики број малих болница се бори са финансијским тешкоћама и за опстанак на тржишту пружања здравствених услуга.

Испитивања јавног мњења су показала да је у 2004. год. 76% Немаца сматрало да је реформа система здравствене заштите у Немачкој ургентна, међутим, око питања шта реформа треба да спроведе мишљења су подељена. Скоро 47% сматра да треба да се повећа приватна иницијатива, а 49% је против тога, 45% верује да већи избор за пацијента унапређује квалитет здравствене заштите, а 50% мисли супротно. Противљење увођењу тржишта осигурања несумњиво потиче од дугогодишњег немачког веровања у социјалну солидарност. У испитивању шта је важније: једнак приступ истом квалитету здравствене заштите за све или сопствени приступ најбољој здравственој нези, 81% испитаника је одговорило да је важнији исти квалитет за све.¹⁵¹

2.1.2.3. Француска

Француска спада у групу европских земаља које имају висок проценат осигураника у приватном здравственом осигурању, према подацима ОЕСД - 12,7%. Осим тога, Француска је на листи Светске здравствене организације (WHO) за 2000. годину рангирана на прво место као земља са најбољим системом здравствене заштите.

Извор права из здравственог осигурања у Француској данас је Закон бр. 2004-810, на основу кога је измењен Закон о социјалној сигурности и други извори социјалног права. Истовремено је дошло до реформи у области организације здравствене заштите и улози приватног здравственог осигурања у финансирању здравствене заштите.

Разлози због којих се приступило реформи система здравственог осигурања у земљи чији је здравствени систем овако добро оцењен у међународним рангирањима су: велики раст трошкова здравствене заштите, неефикасност система, демографски разлози – старење становништва, незапосленост и слабији прилив средстава у

¹⁵¹ H.Disneyet al., "Impatient for Change:European Attitudes to Healthcare Reform", *Stockholm Network*, 2004) 89-97

фондове осигурања. Савремени француски систем социјалне сигурности, по Бизмарковом моделу, уведен је законом из 1945. године. За све то време, овај систем је обезбеђивао грађанима Француске доступност квалитетне здравствене заштите.

Регулисаност и функционисање система здравственог осигурања у Француској данас заснива се на начелима једнаке доступности здравствене заштите, начелу квалитета здравствене заштите и начелу солидарности. Француски систем здравственог осигурања је систем обавезног, универзалног и солидарног осигурања, које свим социјалним осигураницима гарантује једнак приступ квалитетној здравственој заштити.¹⁵²

У француском здравственом осигурању предвиђена су три облика осигурања: обавезно осигурање, допунско осигурање и универзално обезбеђење од ризика болести.

Системом обавезног здравственог осигурања предвиђени су општи, посебни и специјални режим здравственог осигурања. У општем режиму су обавезно осигурани запослени, корисници старосних пензија, незапослена лица, студенти и друга лица која нису обухваћена неким посебним режимом здравственог осигурања. У посебном режиму осигурани су неке групе професија – занатлије, предузетници, слободне професије а у специјалном режиму поједини запослени у јавном сектору.

Организација општег режима здравственог осигурања је спроведена кроз касе за здравствено осигурање: националну касу, регионалне касе и примарне касе кроз које се непосредно остварују права из здравственог осигурања.

У обавезном здравственом осигурању осигурано је 99% Француза а од тога 85% у општем режиму система здравственог осигурања. Финансирање обавезног осигурања је из котизација за здравствено осигурање, генералног социјалног доприноса и фискалних давања. Котизације за обавезно здравствено осигурање уплаћује послодавац у износу од 12,80% из бруто зараде осигураника и 0,75% коју допунује осигураник. Општи социјални допринос (*contribution sociale generalisee*)¹⁵³ је уведен 1991.године и на почетку је био фиксиран на 1,1%; у 1993.години на 2,4%; у 1997. години на 3,4% а од 1997.године износи 7,5% од основице (прихода

¹⁵² Љ.Ковачевић“Здравствено осигурање у Француској“ Институт за упоредно право, упоредно правна студија „Прилог за реформу здравственог осигурања у Србији“, 2004, 150.

¹⁵³ D.Pieters, *Social Security Systems of The Members States of The European Union*, 2002, 113.

осигураника), од кога је здравственом осигурању је намењено 5,1%. Специфични доприноси се прикупљају из активности које представљају ризик за социјалну сигурност (аутомобилско осигурање, порез на алкохол и дуван и сл.). У структури прихода из којих се остварује обавезно здравствено осигурање учешће у процентима је: котизације за здравствено осигурање 47,1%, генерални социјални допринос 34,1%, трансфери из буџета 6,6%, порези 1,9%, други извори 10,3%¹⁵⁴ (партиципације и сл.).

Обим права осигураника из обавезног здравственог осигурања је веома широк јер су обухваћене здравствене услуге болничког и ванболничког лечења, накнаде трошкова превоза, накнаде зарада, превентивни прегледи, стоматолошке услуге, фармацеутски трошкови. Приликом коришћења здравствених услуга пацијент сам плаћа услугу а након тога захтева накнаду од примарне касе за здравствено осигурање. Изузетак је плаћање услуга болничког лечења, које исплаћује каса обавезног здравственог осигурања а пацијент плаћа директно само партиципацију и накнаду за болеснички дан. Партиципација се плаћа и за остале здравствене услуге из обавезног здравственог осигурања и то у процентима од цене услуге или за неке услуге паушално. Проенти партиципације се крећу од 20% за трошкове хоспитализације, 25% за трошкове консултација лекара у болницама, 30% за хонораре лекара 30% за трошкове стоматолога, 35% за протезе, наочаре и слушне апарате, 0-65% за трошкове лекова. Законом о социјалном осигурању предвиђене су олакшице или потпуна ослобађања од плаћања партиципације за поједине категорије осигураника, највећи број су пацијенти са тежим обољењима, труднице, новорођенчад и сл. што укупно износи око 6% становништва Француске.¹⁵⁵

За остале становнике Француске који нису обухваћени неким режимом здравственог осигурања, омогућава се остваривање права на здравствену заштиту на основу Закона о универзалном обезбеђењу од ризика болести из 1999. год. а лица која имају најниже приходе имају право на бесплатно допунско осигурање. Ово осигурање се финансира из буџета или доприноса друштава за узајамно осигурање, а може да се оствари преко касе за обавезно здравствено осигурање или приватних осигуравача. Право на допунско универзално обезбеђење остварује око 7% становништва¹⁵⁶.

¹⁵⁴ Љ.Ковачевић, 108.

¹⁵⁵ *Ibid.*, 122.

¹⁵⁶ *Ibid.* 108.

С обзиром на ограничења која постоје у обавезном здравственом осигурању и да осигураници не могу да задовоље све потребе за здравственом заштитом у пуном обиму, већина становништва остварује допунску заштиту уговарањем приватног здравственог осигурања. Значај допунског осигурања је повећан увођењем могућности да се допунско универзално обезбеђење од ризика болести може остварити и код приватних осигуравача, па је број становника Француске који остварује неки вид права из допунског здравственог осигурања повећан са 86% на 92% становништва.¹⁵⁷

Допунско здравствено осигурање у Француској организовано је кроз три врсте приватних осигуравача: друштво за узајамно осигурање, акционарска друштва за осигурање и установе за штедњу.

Друштва за узајамно осигурање и установе за штедњу су нелукративне организације а акционарска друштва за осигурање профитне организације. Друштва за узајамно осигурање имају најзначајнију улогу у пружању услуга приватног здравственог осигурања, то су друштва која функционишу на начелима узајамности и солидарности, имају дугу традицију у француском друштву (половина XIX века) и заслужна су за развијање приватног здравственог осигурања у Француској. Друштва за узајамно осигурање се оснивају и послују у оквиру групе повезане професијом или на други начин, која образује фонд од уплата котизација, из кога се исплаћује накнада ако дође до осигураног случаја. То значи да се ова друштва не баве пружањем услуга осигурања у виду занимања, него се осигурање односи само на чланове који чине друштво.

Висина котизација које уплаћују чланови друштва за узајамно осигурање не зависи од фактора ризика које тај осигураник има, већ од других фактора као што су висина прихода, место пребивалишта, дужина чланства у друштву, година живота. Здравствено стање чланова друштва и будућих чланова друштва не сме да буде мерило за одређивање висине котизација, нити критеријум за учлањење у друштво за узајамно осигурање. За разлику од друштава за узајамно осигурање, акционарска друштва имају право да захтевају попуњавање медицинског упитника за нове

¹⁵⁷V.Paris, D.Polton,S. Sandier, „Recent developments in France“*Euro Observer, Newsletter of the European Obesrvatory on Health Care Systems*,2/ 2002.

чланове и да зависно од фактора ризика које потенцијални осигураник има, одређују висину премије за осигурање.

Специфичност француског тржишта допунског здравственог осигурања је и у томе што установе код којих се обезбеђује обавезно осигурање – касе за здравствено осигурање и приватни осигуравачи код којих се обезбеђује допунско осигурање су раздвојени и могу да пружају само ону врсту осигурања за коју су основани, што смо видели да у осталим европским земљама није случај.

И поред доминантне улоге друштава за узајамно осигурање у реализацији приватног осигурања, акционарска друштва која послују на бази профита постају конкурентна код индивидуалних премија јер, захваљујући политици уважавања фактора здравствених ризика осигураника, могу да понуде ниже цене осигурања, за лица са мањим факторима ризика.

Француски систем здравствене заштите и здравственог осигурања је уопште узев високог квалитета, што су француски осигураници у истраживању спроведеном 2004. године и потврдили, јер је највећи проценат становништва задовољан системом у поређењу са становништвом у другим европским земљама. Према листи европског здравственог барометра, који саставља шведска организација за анализе и информације у области здравства „Health Consumer Powerhouse“¹⁵⁸, а којим су обухваћене 34 европске земље, Француска се у 2012. години налази на, јако добром, осмом месту. Ипак, и у овом систему има разлога за забринутост и потреба за корекцијама, јер је велико учешће пацијената у трошковима здравствене заштите (13%) за један систем националног здравственог осигурања, велики дефицит у трошковима система здравствене заштите (у 2006. год. 10,3 милијарди евра), велика издвајања из буџета за потребе система здравствене заштите (11%) и постоје двоструки путеви остваривања здравствене заштите дозвољавањем пацијентима са приватним осигурањем да брже и квалитетније приступе здравственој заштити.¹⁵⁹

¹⁵⁸ <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>, 16, 17. новембар 2012.

¹⁵⁹ M.Tanner, 12.

2.1.3. Европске државе са апсолутним покрићем становништва обавезним здравственим осигурањем - Швајцарска

Представник треће групе земаља у којима је становништво обавезно да уплаћује основно здравствено осигурање је Швајцарска, мада би од усвајања Закона о реформи здравственог осигурања у Холандији 2006. године и Холандија могла да се сврста у ову групу.

Здравствено осигурање у Швајцарској је регулисано Законом о обавезном социјалном осигурању донетим 1995. год. на референдуму. Овим законом је предвиђено да сви становници Швајцарске морају да купе основни пакет здравственог осигурања који обухвата веома велики број здравствених услуга.

У Швајцарском систему здравственог осигурања присутна су два нивоа финансирања¹⁶⁰:

1. оновно, тј. обавезно које обухвата све грађане а финансира се из субвенционистичких болесничких фондова и
2. допунско приватно здравствено осигурање које је намењено грађанима који желе додатну здравствену заштиту

Основне карактеристике система који има у виду осигурање целокупног становништва на основу слободног избора и конкуренције су: а) допринос плаћају осигураници и његова висина зависи од година, пола и регионалних трошкова; б) из буџета се покрива допринос који не могу да плате осигураници слабијег имовног стања (1/3); в) сви осигуравачи уплаћују у централни фонд део доприноса ради компензације осигуравачима који имају лошију структуру портфеља; г) законом се утврђује основно покриће.¹⁶¹

Систем здравственог осигурања у Швајцарској се, међу системима са универзалним покрићем обавезним здравственим осигурањем, сматра системом највише тржишно оријентисаним. Систем тржишне конкуренције препушта одређивање провизије за здравствену заштиту и здравствено осигурање приватној иницијативи, али регулише виртуелно тржиште у чијим оквирима даваоци здравствене заштите функционишу и које поставља границе одређивању провизија.¹⁶²

¹⁶⁰ Т.Ракоњац-Антић, 247.

¹⁶¹ Ј.Пак, 17.

¹⁶² М.Таннер, 25.

Основни пакет здравствених услуга обухвата: болничку и ванболничку негу, негу за старије, ментално или физички хендикепиране, дуготрајну кућну негу, дијагностичке тестове, прописане лекове, комплементарну и алтернативну терапију. Осигураници сами уплаћују своје здравствено осигурање, па имају право да бирају осигуравача код кога ће се осигурати. По последњим подацима у Швајцарској има 93 осигуравача, који су оригинално били лукративне организације које послују без профита, али је 2002. године ова рестрикција укинута. Осигуравачи морају да прихвате пријаву сваког осигураника, без обзира на факторе ризика које има, премија је одређена на нивоу заједнице, зависно од кантона, једино право на умањење премије у односу на остале осигуранике имају непушачи и до 20% умањену. Износи премије су усклађени по полу, годинама а разлике у кантонима могу да буду и до 50%, али код истог осигуравача не могу да буду различите премије за осигуранике исте категорије.

Осигурањем се баве здравствене касе и приватне осигуравајуће организације. Здравствене касе су правни субјекти или јавног или приватног права, које имају одговарајуће дозволе надлежних органа за бављење осигурањем. Оне могу да спроводе и обавезно здравствено осигурање и допунска осигурања, као и приватне осигуравајуће организације, такође, уз одговарајућа одобрења.

За касе које имају осигуранике са више фактора ризика, с обзиром да су касе обавезне да их прихвате, основан је фонд за компензацију који помаже осигуравачима који су инсолвентни. Тиме се отклањају неправедности између каса, које могу да трају и до десет година, али је услов да касе послују у складу са економским принципима.

Реформа у Швајцарској је специфична по томе што је пошла од нечега што је ново у свету, од становишта да социјална сигурност може да се оствари уз деловање законитости тржишта („социјална“ тржишна економија). Постоји консензус о томе да је нови систем бољи од ранијег, да је хуманији, примеренији земљи у којој су социјална правда и сигурност несумњиво темељне вредности. Основно очекивање да ће цена осигурања да се смањи није се у целини остварило али ипак једна трећина становништва плаћа нижу премију¹⁶³

¹⁶³ Ј.Пак, 19.

Швајцарска влада даје повластице породицама са ниским приходима, имајући у виду приходе и имовину, тако да издвајања за здравствено осигурање не прелазе 10% породичних прихода. Од укупних трошкова за здравствено осигурање, Влада из буџетских средстава подмирује 19% трошкова.

У Швајцарској постоје јавне и приватне болнице. Јавним болницама управљају кантони, који преговарају са осигуравајућим организацијама о накнадама и спроводе евентуалне попусте за болнице, а у приватним болницама менаџмент преговара о накнадама са осигуравачима и лекарима у исто време. У појединим кантонима осигураници са обавезним здравственим осигурањем могу да буду смештени само у јавне болнице а у приватне болнице осигураници са допунским здравственим осигурањем.

Тржиште допунског здравственог осигурања је почело да се развија, па се из ових премија покривају трошкови давалаца здравствених услуга који нуде виши квалитет услуга или проширење сервиса. Пакети допунског осигурања, према подацима Института за проучавање цивилног друштва,¹⁶⁴ обухватају: стоматолошку заштиту, избор болнице, виши комфор и приватност за време третмана, ангажовање високо стручних лекара (професора на пр.), пакет за непушаче који нуди уштеде до 20% (овај пакет је од 1995.год. када је уведен привукао 30% нових чланова код те осигуравајуће компаније). Такође, осигураници са допунским осигурањем имају приступ приватним болницама, а у јавним болницама се плаћају услуге као што су засебне једнокреветне собе, и сличне. Према подацима Федералне канцеларије за приватно осигурање¹⁶⁵ допунско осигурање у Швајцарској уплаћује све већи број грађана: око милион становника је осигурано за пружање здравствених услуга у полуприватним собама у болницама и пола милиона становника за коришћење приватних соба. Осим ових здравствених услуга, на тржишту допунског здравственог осигурања је око 1000 услуга са различитим повластицама и премијама.

Транспарентност система одговара потребама и жељама пацијената који су задовољни новим системом здравственог осигурања. Осигураници доносе одлуке о избору осигуравача на основу цене премије и врсте и квалитета понуђених услуга које добијају за новац за који купују премију здравственог осигурања, па се систем с правом назива системом којим управљају корисници .

¹⁶⁴ C.Daley, J.Gubb, E.Clarke „Healthcare Systems: Switzerland“ *CIVITAS The Institute for the Study of Civil Society*, 2011, 5.

¹⁶⁵ <http://www.finma.ch/archiv/bpv/download/e/FactSheetKraZuCDForm06e.pdf>, 17. novembar 2012.,

2.2. САД

Здравствено осигурање у САД је појава новијег датума, јер пре 1930. године спорадично, здравствену заштиту и неке повластице својим радницима су нудили послодавци, уније послодаваца, различита удружења, али здравствено осигурање у правом смислу, није постојало. Први облик здравственог осигурања понудила је Baylor болница за наставнике јавне школе у Даласу, Тексас 1932. год. и по том моделу је направљен Плави крст, болничко осигурање које се брзо раширило током тридесетих година. Ширење осигурања је довело до конкуренције осигуравајућих организација, које су почеле прво да продају болничко, затим хируршко, а онда и здравствено осигурање и то појединачне полисе, а не само групне. Број осигураних се проширио, нарочито после 1965. год. када су уведени програми здравственог осигурања Medicare за старије становништво и Medicaid за сиромашне¹⁶⁶.

Medicare и Medicaid, масовни програми здравственог осигурања, данас покривају око осамдесет милиона Американаца и коштају тридесеттри процента од укупних трошкова америчке здравствене неге. Оба програма су основана од стране федералне владе, с тим што у реализацији програма Medicare учествују регионални уговорачи, под контролом федералне власти, а у програму Medicaid учествују приватни осигуравачи под контролом регионалне власти.

Medicare („здравствена заштита старијих особа“) обезбеђује здравствено осигурање особама:

- 1) које имају преко 65 година старости;
- 2) које су квалификоване за примања надокнада по основу социјалног осигурања за случај инвалидности;
- 3) које су ишле на бубрежну дијализу.

Састоји се из два дела¹⁶⁷: Први део обухвата болничко осигурање (назива се још и „део А“) и за ову врсту осигурања не захтевају се додатне уплате премија зато што се сматра да су осигураници довољно уплаћивали за здравствено

¹⁶⁶ T.S.Jost “The Regulation of Private Health Insurance “<http://ssrn.com/abstract=1340092>,10, 19.novembar 2012.

¹⁶⁷ J.B.Hood, B.A.Hardy, Jr,H.S.Lewis, Jr,*Workers Compensation and Employee Protection Laws*,1991,185.

осигурање док су били у радном односу. Овај део обухвата следеће облике: болничку негу; негу у старачком дому; кућну негу и амбулантно лечење. Други део обухвата необавезно (додатно) здравствено осигурање (назива се још и „део Б“) и у оквиру њега су покривени неки трошкови који нису покривени првим делом као што је ванболничка здравствена нега, физикална терапија и сл. За овај облик осигурања се захтева додатна уплата премија осигураника и додатни доприноси савезне државе за сваког осигураника. Од 1997. године уведен је и део „Ц“¹⁶⁸ који се назива „Medicare+Изабрани програм“, који покрива медицинске услуге које не предвиђају „делови А и Б“, као што су на пример нега зуба, прегледи за добијање наочара и сл.

Medicaid програм („здравствена заштита сиромашних особа“) обезбеђује здравствено осигурање за незапослене и сиромашне особе. Овај програм здравствене заштите има карактер јавне помоћи и финансира се из буџета, из средстава свих пореских обвезника. Програм се састоји из четири дела: први део обезбеђује покриће трошкова здравствене заштите за децу и жене; други део обезбеђује покриће медицинских трошкова који нису покривени Medicare програмом; трећи део обезбеђује покриће највећег дела трошкова здравствене заштите старих и немоћних особа са изузетно ниским примањима и четврти део покрива трошкове хоспитализације старијих особа.

Ипак, велики број Американаца, који не спадају у наведене категорије које потпадају под владине програме, нема здравствено осигурање. Према подацима¹⁶⁹, око 47 милиона Американаца је неосигурано. Разлози за овако велики број неосигураних лица су бројни, али у основи разлог су велики трошкови за здравствено осигурање: просечни приходи америчког домаћинства су 48.200\$ а трошкови просечног здравственог осигурања породице су 11.480\$ или по особи 4.479\$ годишње. Трошкови здравствене заштите и здравственог осигурања расту брже од пораста економије и прихода породице, па су тако у периоду од 2001. до 2006. год. трошкови здравствене неге порасли за 47% а БДП се повећао за 34%.

¹⁶⁸ Т.Ракоњац-Антић, 244.

¹⁶⁹ М.Тanner, 3.

Парадокс је што се у САД издвајају веома велика средства за здравствену негу становништва, и по проценту који се издваја од бруто друштвеног производа (скоро 16% БДП) и по трошковима по становнику САД. Средства која се издвајају од БДПа су 6,1% већа него у Француској, која је друга држава по проценту издвајања средстава за здравствену негу од БДПа међу земљама ОЕСД.¹⁷⁰ Опрема којом располажу здравствене установе у САД је најсавременија, доступност високе медицинске технологије становништву већа него у другим земљама (магнетне резонанце, скенери), иновације и истраживања у медицинској области су најчешће продукт америчких истраживача (од 25 последњих добитника Нобелове награде у области медицине, 18 су из САД или раде у САД), америчке компаније су развиле више од половине нових лекова уведених широм света у последњих двадесет година.

У финансирању здравствене заштите у САД учествују: држава, корисници здравствених услуга плаћањем „из џепа“ и приватни осигуравачи (кроз индивидуална или групна здравствена осигурања).

Здравствено осигурање у САД још увек није обавезно, добровољно је, са аспекта државне регулативе, послодавца и корисника здравствене услуге, али само до 2014.године када ступа на снагу обавеза сваког грађанина да има здравствено осигурање. Послодавци нису законом обавезани да понуде својим запосленима осигурање, а има послодаваца који здравствено осигурање схватају као непотребан трошак, а не инвестицију у здравље радника. Здравствено осигурање за радника представља финансијску заштиту од неочекиваних догађаја, а за послодавца моћно средство за привлачење добрих радника, за смањење пореза, повећање продуктивности, боље економске резултате.

У структури неосигураних радника 27% неосигураних су запослени у мањим предузећима до 100 запослених, затим ту су заступљени радници са делом радног времена, са ниским приходима, административни радници, радници који пружају сервисне услуге, пољопривредни радници, млађи, самци, необразовани,

¹⁷⁰ Kaiser Family Foundation “Employer Health Benefits 2007 Annual Survey” 9/2007,1, <http://www.kff.org/insurance/7672/upload/76723.pdf>, 19.novembar 2012.

становништво пореклом из Јужне Америке (по неким подацима 1/3 неосигураних је пореклом из Јужне Америке).¹⁷¹

Иако здравствени систем САД може да пружи највиши квалитет здравствене неге, тај квалитет је за кориснике често неуједначен. Сувише велики број америчких грађана нема здравствену негу, или није у могућности да приушти најбољу здравствену негу. Према рангирању светске здравствене организације из 2000. год., САД се налазе на 37. месту према квалитету пружене здравствене заштите.

Међутим, проблем америчког система здравствене заштите нису само неосигурани, већ и становништво које има здравствено осигурање. Код осигураника се поставља питање доступности здравствене заштите и здравствених услуга, посебно високе медицинске технологије. У филму „SICKO“ Michaela Moora приказани су бројни документарни прилози о томе колико је тешко добити адекватну здравствену негу. Основну брану представљају осигуравајуће организације, које се постављају између пацијента и здравствене установе и дају одобрење за одређену хируршку интервенцију, дијагностички поступак, терапију. Неке осигуравајуће компаније ангажују независне агенције, које врше процену медицинског проблема пацијента (utilization review)¹⁷² и дају одобрење или одбијају давање одобрења на предлог ординирајућег лекара. Основни мотив постављања баријера у пружању здравствених услуга је профит осигуравајућих организација, јер се успешност менаџера мери бројем одбијених захтева осигураника за пружање здравствене услуге. Истовремено, осигуравајуће компаније су постале веома богате.

Питање неопходне реформе здравственог осигурања, због свих наведених проблема, се у америчкој теорији поставља већ дужи низ година. Предлози за реформу су се кретали у различитим правцима имајући у виду примере из развијених земаља .

- I. предлог је био да влада скупља порезе, администрира потребе и плаћа провајдере директно, чиме би заменила приватне осигураваче, што представља пример система здравственог осигурања заступљеног у Великој Британији, Канади;

¹⁷¹S.Blakely "Economic Costs of the Uninsured", *EBRI* 8/2000, 1.

¹⁷²B.K. Repp,"*Your Rights in the Workplace*",2007,118.

- II. предлог је да предузећа спроводе здравствено осигурање кроз болесничке касе, као што је то предвиђено у Немачкој;
- III. предлог је увођење тржишне конкуренције: осигуравајуће организације у рукама приватника, регулисано тржиште под контролом владе, избор осигуравача за кориснике здравствене заштите, обавезно здравствено осигурање, као што је предвиђено у Швајцарској и Холандији после реформи из 2006. год.

Међутим, ниједан систем из наведених земаља не може да се једноставно преслика у америчке услове. Американци нису спремни да прихвате рестрикције или рационализацију у здравственој нези или коришћењу савремене медицинске технологије што се у многим земљама дешава, ради контролисања трошкова. Амерички лекари нису спремни да прихвате смањење прихода и свођење на ниво који имају лекари у европским земљама: Немачкој, Француској. Политичка, економска и национална култура у другим земљама је потпуно другачија од америчке културе у којој нема толиког поверења у владине акције и толике сумње у функционисање слободног тржишта, као што се дешава у другим развијеним земљама. Становници наведених земаља су спремни да солидарност и једнакост у приступу здравственој заштити ставе испред квалитета и могућности избора. Испитивање у Француској показало је да је становницима Француске (у односу 3:1) важније да сви имају једнак приступ здравственој заштити, него квалитет заштите који ће да добију. Ово француско искуство тешко може да се примени на америчке услове јер етика једнакости није преносива на америчке услове.¹⁷³

Једно од основних предизборних обећања америчких председника је било раформа здравствене заштите и здравственог осигурања. Ни председник Барак Обама није био изузетак у овим обећањима, али је у складу са тим 23.03.2010. потписао закон о реформи система здравствене заштите и здравственог осигурања који је предвидео промене, које ће се у америчком систему здравствене заштите дешавати у наредним годинама почев од 2010. до 2018. године.

За период од 2010. до 2014. год. предвиђено је увођење различитих олакшица за осигуранике (на пр. повећање старосне границе за децу и младе који

¹⁷³ М.Тanner, 34.

су здравствено осигурани преко родитеља са 22-25 на 26 година);ограничења за осигураваче (на пр. обавеза увођења покрића за превентивне услуге без плаћања из џепа корисника, забрана искључења деце из осигурања због постојања одређених обољења и сл.), повећање такси за Medicare програме за лица која зарађују преко 200.000\$ годишње са 1,45% на 2,35%.

У 2014. години ступа на снагу обавеза сваког грађанина САД да има здравствено осигурање, које је прихваћено од стране америчке владе, или у противном плаћа казну која у 2014. год. износи 95\$, у 2015. год. 325\$ а у 2016. год. 695\$. Казне су предвиђене на годишњем нивоу, по особи, а за породицу збирна казна може да износи 2.250\$ годишње. Казна за дете које нема регулисано здравствено осигурање износи половину од казне за одрасле.

За послодавце са преко 50 запослених, који не понуде својим запосленима здравствено осигурање, предвиђена је казна од 2.000-3.000\$ по запосленом.

Осигуравајућим организацијама је забрањено да издају или мењају полисе зависно од здравственог стања осигураног лица, односно да одређују више премије осигурања због здравственог стања, пола или других околности.

Из наведених одредби јасно је да је нови закон у основи повољнији за осигуранике, али истовремено рестриктивнији за осигураваче и послодавце.

Залажење у интересе осигуравајућих компанија, али и приморавање становништва на обавезно здравствено осигурање од 2014. године изазвало је и негативне реакције у делу америчке јавности.

Будућност потписа америчког председника на закону о реформи здравствене заштите доведена је у сумњу. Део држава (по неким подацима 26)¹⁷⁴ које су се супротставиле „контроверзној реформи“ су покренуле поступак пред Врховним судом о уставности овог закона. Заступници ових држава доказују да савезна влада крши устав САД приморавајући државе на спровођење закона о обавезном здравственом осигурању, а да се притом не обезбеђују средства за ту намену. Истовремено се крше права људи јер се под претњом казнама обавезују на куповину здравственог осигурања. Оцена уставности закона о здравственом осигурању је била предмет на Врховном суду, који је 28.06.2012.године подржао тзв.Обамин закон о реформи здравствене заштите.

¹⁷⁴ <http://www.telegraf.co.uk/news/worldnews/northamerica/usa/us-politics/8294444>, 19.novembar 2012.

2.3. Бивше југословенске републике

Имајући у виду да су Словенија и Хрватска биле у саставу СФРЈ и имале готово идентичан систем здравствене заштите и здравственог осигурања као и Србија, посебно ћемо приказати садашње системе здравствене заштите и здравственог осигурања у ове две државе. Поједини елементи реформи које су спроведене у ове две државе могу да буду корисни показатељи за будућа решења у систему здравственог осигурања у Србији.

2.3.1. Словенија

Словеначки закон о здравственој заштити и здравственом осигурању усвојен је 1992. год. Законом је предвиђено постојање обавезног и добровољног осигурања. Обавезно осигурање спроводи Завод за здравствено осигурање Словеније, а добровољно осигурање може да спроведе Завод и приватни осигуравачи.

Обавезно осигурање обухвата следеће:

- 1) осигурање за случај болести и повреде ван рада
- 2) осигурање за случај повреде на раду и професионалне болести

Обавезним осигурањем се обезбеђује:

- 1) здравствена заштита
- 2) накнада зараде за случај привремене спречености за рад
- 3) погребни и посмртни трошкови
- 4) накнада путних трошкова у вези са остваривањем права из здравствене заштите.

Пакет услуга које нуди обавезно осигурање није прецизно дефинисан, ни по типу ни по броју услуга, али је 1989. год. прихваћен „зелени папир“ Светске здравствене организације који предвиђа око 2600 услуга. Пакет здравствених услуга се на годишњем нивоу преиспитује од стране Завода за здравствено осигурање, на основу преговора између фонда осигурања, министра здравља, удружења института

за здравствену заштиту и осталих преговарача. Поступак укључења нових услуга у обавезно здравствено осигурање је на тај начин доста отежан.¹⁷⁵

Систем здравственог осигурања у Словенији је сличан немачком систему здравственог осигурања, разлика је у томе што у Словенији обавезно здравствено осигурање спроводи један субјект, Завод за здравствено осигурање, који има своје регионалне канцеларије.

Осигураници су сва запослена лица у Словенији као и сви становници Словеније, на основу различитих статуса (незапослени, ученици и студенти, волонтери, примаоци породичних пензија, инвалидна и сл.). Здравствену заштиту имају и чланови породице осигураника: деца, брачни друг, родитељи и друга лица која осигураник издржава.

Законом је наведено које здравствене услуге су покривене у целости из обавезног здравственог осигурања а које се покривају само до одређеног процента. Партиципацију у трошковима здравствених услуга сnose корисници – осигураници сами или осигурање које је осигураник или послодавац уговорио. Процент покривености здравствених услуга се креће од 100% (на пример здравствена заштита деце, жена у вези са планирањем породице) до 5% (стоматолошке услуге за одрасле, лекови са листе лекова), зависно од услуге.

Обавезно здравствено осигурање се финансира уплатама доприноса Заводу за здравствено осигурање Републике Словеније, које врше запослени, послодавци и други обвезници уплате доприноса. Доприноси се одређују зависно од зарада, не од профита. Завод за здравствено осигурање је независан од буџета из кога се издваја само 2% укупних трошкова здравствене заштите на годишњем нивоу.

Добровољно здравствено осигурање у Словенији је предвиђено као допунско у случајевима када се обавезним здравственим осигурањем не покривају трошкови здравствене услуге у целини, у износу од 100%, па се добровољним осигурањем покрива разлика до пуне цене услуге. Затим, добровољно осигурање обезбеђује виши стандард здравствених услуга или већи обим здравствених услуга од оног који је гарантован законом. Такође, добровољно осигурање може

¹⁷⁵ М.Тajnikar, Р.Дошенoвић Bonča, "Slovenija", *Global Marketplace for Private Health Insurance, Strength in Numbers, 2010*, 373.

да буде и основ за обезбеђивање права која нису уопште предвиђена и гарантована обавезним осигурањем.

Добровољно здравствено осигурање може да спроведе и Завод за здравствено осигурање, који мора да води средства за добровољно осигурање на посебном рачуну и осигуравајуће компаније.

Добровољно здравствено осигурање има као основну функцију покриће партиципације - учешћа осигураника у трошковима здравствене заштите, до пуне цене услуге – улога допунског осигурања, јер плаћање из џепа корисника може да буде веома велики терет за корисника. Старење популације, технолошки напредак у медицини и пораст укупних трошкова здравствене заштите довели су до све већег раста губитака у обавезном здравственом осигурању. Добровољно здравствено осигурање има за циљ да олакша терет који има обавезно осигурање. Према подацима Министарства за здравље Словеније из 2003. год, 94% осигураника у обавезном здравственом осигурању има уговорено и добровољно осигурање првенствено ради покрића партиципације у коришћењу здравствених услуга. Ову врсту добровољног осигурања нуде три осигуравајуће компаније и оно обухвата 98% од свих премија за добровољно здравствено осигурање у 2006. години. Остале врсте добровољног осигурања постоје, али минорно заступљене из разлога што обавезно осигурање и даље обухвата веома широку понуду здравствених услуга, скоро универзалну здравствену заштиту осигураника.

Процент учешћа добровољног осигурања у укупним трошковима здравствене заштите је од 3% 1990. године нарастао до 13% 2006. године.¹⁷⁶ Разлози за овај повећани проценат добровољног осигурања нису искључивање из обавезног осигурања појединих категорија осигураника, нити искључивање појединих здравствених услуга, него смањење процента услуга и лекова који се плаћају из обавезног осигурања и повећање процента учешћа осигураника у трошковима здравствене заштите. На тај начин добровољно осигурање постаје све више универзално добровољно осигурање. Упркос томе, осигуравајуће организације које спроведе добровољно осигурање, не учествују у годишњем

¹⁷⁶ *Ibid.*

переговарању о пакету услуга које обухвата обавезно осигурање и о циљу и сврси коју оно треба да оствари у здравственој заштити становништва.

Обавезно и добровољно осигурање постали су два система који се допуњавају и постају универзални систем здравственог осигурања. Између ова два система постоје крупне разлике:

- 1) у систему обавезног осигурања доприноси зависе од прихода, а код добровољног осигурања не
- 2) у систему обавезног осигурања користи се систем плаћања приликом коришћења услуге „pay as you go“ а у систему добровољног осигурања уплатом премије за осигурање формира се фонд из кога се врши плаћање услуга.

Министарство здравља Словеније је 2003. год. предложило је реформу система здравственог осигурања са идејом да се добровољно здравствено осигурање искључи из могућности потпуног покрића партиципације. Идеја је била да се ове две врсте осигурања споје и да се премије уплаћене за покриће партиципације из добровољног осигурања пребаце у обавезно осигурање. Заговорници овог предлога су били незадовољни чињеницом да добровољно здравствено осигурање остварује профит а обавезно здравствено осигурање губитке. Такође, незадовољство је изазивала и чињеница да потпуно покриће партиципације из добровољног осигурања не зависи од прихода, чиме је солидарност као принцип, између корисника здравствене заштите различитих прихода занемарена.

Међутим, овај предлог реформе система здравственог осигурања, који би довео до спајања обавезног и добровољног здравственог осигурања, одбачен је 2005. год. избором нове словеначке владе. Такође, предлог да се уведу премије које зависе од прихода није прихваћен, као што то није прихваћено у већини европских земаља. Уведен је нови систем добровољног здравственог осигурања, у коме су премије изједначене за све осигуранике, без обзира на различите услове у погледу година, пола, здравственог стања, што представља систем изједначених ризика и такође, трансформисан је систем у коме се трошкови плаћају из фонда осигурања у систем плаћања приликом коришћења услуга “pay as you go“. Ова

промена је прихваћена јер систем изједначених ризика не може да функционише када се здравствене услуге плаћају из фонда формираног на основу премија. Ово је покушај и решења проблема увећаних губитака осигуравача имплементацијом система изједначених ризика, у коме функционише фонд за изједначавање ризика. Фонд функционише на тај начин што се од суме потребних, стандардизованих трошкова за здравствену заштиту различитих старосних група обрачуна разлика у односу на актуелну старосну групу осигураника осигурану код одређене осигуравајуће компаније. Уколико је сума трошкова актуелних осигураника прешла суму стандардизованих потребних трошкова, та осигуравајућа компанија има право на новац из фонда за изједначавање ризика и обрнуто, уколико је сума трошкова актуелних осигураника мања од суме стандардизованих трошкова, осигуравајућа компанија има обавезу да уплати у фонд за изједначавање ризика.

Шта је показала анализа ефеката промена у добровољном осигурању из 2005. године? Извесне уведене реформе нису имале позитиван ефекат на развијање тржишта добровољног осигурања. Систем уједначавања ризика и увођења међугенерациске солидарности у добровољно осигурање не стварају услове за развијање конкуренције и тржишта, већ напротив за развијање комплексног административног система, који има последице на конкурентност осигуравача. С друге стране, финансирање добровољног осигурања на бази формирања фонда, које је овим реформама промењено, има значајан макроекономски ефекат и доприноси да функционисање осигуравача буде флексибилно и модерно. Основни предлог за решење насталих неусклађености је у смањењу пакета услуга предвиђених у обавезном здравственом осигурању, елиминисању добровољног осигурања за покриће партиципације у обавезном здравственом осигурању, тако да корисници кроз партиципацију рационализују коришћење здравствене заштите. Ово су поставке за нове реформе система добровољног здравственог осигурања у Словенији.¹⁷⁷

¹⁷⁷ *Ibid.*, 396.

2.3.2. Хрватска

Здравствено осигурање у Хрватској регулисано је Законом о обвезном здравственом осигурању („Народне новине“ бр. 150/08, 94/09, 153/09) и Законом о добровољном здравственом осигурању („ Народне новине“, бр. 85/06, 150/08 и 71/10) и бројним подзаконским актима.

Сви грађани Хрватске обавезни су да се пријаве на обавезно здравствено осигурање. Поред тога и особе са пребивалиштем у Хрватској и странци са одобреним сталним или привременим боравком такође се пријављују на обавезно здравствено осигурање.

Осигураним лицима Завод за здравствено осигурање осигурава плаћање здравствених услуга у целини за одређени број здравствених услуга као што су на пример:

- целокупна здравствена заштита деце до 18 година живота и деце осигураника после навршених 18 година која постану потпуно или трајно неспособна за самосталан живот
- превентивна и специфична заштита школске деце и студената
- здравствена заштита жена у вези са трудноћом и порођајем
- здравствена заштита у вези са HIV инфекцијом и осталим заразним болестима
- целокупно лечење хроничних психијатријских болесника
- целокупно лечење малигних болести
- ванболничку хитну медицинску помоћ
- кућне посете и кућно лечење
- лекове са основне листе лекова Завода за здравствено осигурање преписане на рецепт
- здравствену негу у кући болесника
- лабораторијску дијагностику на нивоу примарне здравствене заштите

Из наведене листе здравствених услуга се види да је обим услуга које покрива обавезно здравствено осигурање у целини значајан.

За остале здравствене услуге осигурана лица плаћају проценат партиципације од 0,45% од вредности трошкова (за здравствену заштиту пружену код изабраног лекара примарне здравствене заштите, опште медицине, гинекологије и стоматологије) до 90,20% вредности трошкова.

Трошкови здравствених услуга које нису прописане Законом о обвезном здравственом осигурању и подзаконским актима или које су пружене на начин и по поступку који није прописан законом, не подмирују се из обавезног здравственог осигурања.

Право на ослобађање од партиципације у покрићу дела трошкова здравствене заштите је ступањем на снагу Закона о обвезном здравственом осигурању укинута, а уместо тога осигурана лица која су имала право на ослобађање од партиципације, имају право да се за овај део трошкова здравствене заштите осигурају у допунском здравственом осигурању код Завода за здравствено осигурање а на терет државног буџета.

Законом о добровољном здравственом осигурању предвиђене су врсте добровољног осигурања у Хрватској и то су:

- 1) допунско здравствено осигурање;
- 2) додатно здравствено осигурање;
- 3) приватно здравствено осигурање;

Допунско и додатно здравствено осигурање могу да спроведу Хрватски завод за здравствено осигурање или друштва за обављање делатности осигурања.

Приватно здравствено осигурање могу да спроводе друштва за обављање делатности осигурања, а овим видовима добровољног осигурања се обезбеђују већи обим права, виши стандард услуга и одређена права која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем.

Допунско осигурање се остварује склапањем уговора између осигураног лица на обавезно здравствено осигурање код Хрватског завода за здравствено осигурање и Завода, односно осигуравајућег друштва.

Допунским осигурањем осигураник осигурава покриће партиципације у трошковима здравствене заштите у висини од 20% пуне цене здравствене заштите, односно најмање у износу процента вредности трошкова за извршену здравствену

заштиту према одредбама Закона. Законом о обвезном здравственом осигурању предвиђена је обавеза осигураних особа да учествују у трошковима здравствене заштите у висини од 20% пуне цене здравствене заштите а не мање од процента предвиђеног законом за појединачне здравствене услуге. Ти проценти се крећу од 0,75% вредности трошкова за , на пример, специјалистичко – конзилијарну здравствену заштиту, до 30,07% за стоматолошку здравствену заштиту у мобилној и фиксној протетици одраслих особа. Највиши износ учешћа у трошковима здравствене заштите који се осигурава допунским здравственим осигурањем по једном испостављеном рачуну за извршену здравствену заштиту износи 90,20% вредности трошкова.

Премија за допунско здравствено осигурање се одређује с обзиром на обим покрића из уговора о допунском здравственом осигурању, приходе осигураника и статус осигураника у обвезном здравственом осигурању. Цена полисе допунског здравственог осигурања код Завода за здравствено осигурање зависи од прихода, па се креће од 50 куна месечно за пензионере са пензијама до 5.180 куна месечно, до 130 куна месечно за запослене са приходима вишим од 5.180 куна месечно.¹⁷⁸ Законом о добровољном здравственом осигурању је таксативно набројано шта се све сматра приходом па су између осталих наведени и приходи од имовине и имовинских права, од издавања соба и постеља туристима, од дивиденди и удела у добити, од осигурања, од повраћаја доприноса плаћених на део основице који прелази износ највише годишње основице за обрачун доприноса и сл.

Уговарање допунског осигурања са Заводом за здравствено осигурање је могуће склапањем уговора о допунском осигурању између осигураника непосредно и Завода, или склапањем уговора о пословној сарадњи између Завода и послодавца код кога је осигураник запослен. Овим уговором се послодавац обавезује да ће плаћати премију допунског здравственог осигурања или да ће је обустављати од нето плате осигураника. Осим послодавца, уговор о допунском здравственом осигурању може у име и за рачун осигураника да склопи и друго правно или физичко лице.

Завод, односно осигуравајућа организација, обавезни су да склопе уговор о осигурању са сваким осигураником обавезног здравственог осигурања, који жели

¹⁷⁸ http://www.hzzo-hr/08_01_02.php#7, 19. новембар 2012.

да се осигура у допунском здравственом осигурању по програму осигуравача. Такође, осигуравач је обавезан да за све осигуранике обезбеди једнака права и обавезе из допунског здравственог осигурања по поједином програму осигуравача.

Полисе се издају на рок од годину дана, са могућношћу аутоматског продужења на још годину дана. Са полисом допунског здравственог осигурања код Завода, осигураник се ослобађа трошкова партиципације у трошковима здравствене заштите предвиђене обавезним здравственим осигурањем, који падају на терет Завода.

Осигураници који су по претходно важећем закону били ослобођени партиципације, по Закону о обавезном здравственом осигурању имају право на плаћање премије допунског здравственог осигурања из државног буџета. То су различите категорије осигураника као што су: инвалиди, добровољни даваоци органа, добровољни даваоци крви са више од 35, односно 25 давања (жене), редовни ученици и студенти, осигураници са ниским приходима. Ово право се остварује на основу решења надлежних органа које се доноси у складу са посебним актом - Правилником о поступку, условима и начину утврђивања права на плаћање премије допунског здравственог осигурања из државног буџета.

Додатно здравствено осигурање закључује се склапањем уговора између осигураника, или правног и физичког лица које за осигураника склапа уговор о додатном здравственом осигурању и осигуравача. Осигураник у уговору о додатном здравственом осигурању може да буде само лице које има статус осигураног лица у обавезном здравственом осигурању, према Закону о обавезном здравственом осигурању. Осигуравач у додатном здравственом осигурању може да буде Завод за здравствено осигурање или осигуравајућа организација.

Премија за додатно здравствено осигурање се одређује с обзиром на обим покрића из уговора о додатном здравственом осигурању и ризик коме је изложен осигураник узимајући у обзир пол, године живота, , *bonus i malus*, табеле смртности и табеле болести и трајање склопљеног уговора о осигурању.

Осигуравач додатног здравственог осигурања је обавезан да склопи уговор о осигурању са сваком осигураном особом на обавезно здравствено осигурање која жели да се додатно осигура али по програмима осигуравача. Такође,

осигуравач је дужан да за све осигуранике осигура једнака права и обавезе из додатног здравственог осигурања по појединим програмима.

Уговором о додатном здравственом осигурању се одређују здравствене установе, трговачка друштва која обављају здравствену делатност или приватни здравствени радници код којих осигураник може да користи права из додатног здравственог осигурања. За ангажовање ових здравствених субјеката, по уговору о додатном здравственом осигурању, постоје ограничења која се тичу расположивих капацитета. Наиме, здравствене услуге из додатног осигурања могу да се пружају само за капацитет изван уговорених капацитета са Заводом и за осигурање већег опсега права на здравствену заштиту у односу на права из обавезног здравственог осигурања, као и за осигурање вишег стандарда здравствене заштите у односу на стандард здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања. Такође, ове услуге могу да се пружају изван уговореног радног времена са Заводом.

За коришћење капацитета изван уговорених капацитета са Заводом за спровођење додатног здравственог осигурања, здравствене установе су обавезне да прибаве сагласност министра надлежног за здравство, а затим да одлуком управног одбора или другог надлежног органа уреде поступак и начин спровођења додатног здравственог осигурања. Податке о склопљеним уговорима са наведеним здравственим субјектима осигуравачи, укључујући и Завод, су дужни да доставе на увид министарству надлежном за здравство, у складу са подзаконским актом - правилником који доноси министар.

Трећи вид добровољног здравственог осигурања у Хрватској је приватно здравствено осигурање. Оно се установљава такође уговором између уговарача осигурања и осигуравача. Уговарач осигурања је осигураник или друго физичко или правно лице које за осигураника склопи уговор о приватном здравственом осигурању и које се обавезе на уплату премије осигурања.

Премија на приватно здравствено осигурање одређује се с обзиром на обим покрића из уговора о приватном здравственом осигурању и ризик коме је осигураник изложен а имајући у виду старост, пол, *bonus i malus*, табеле смртности и табеле болести и трајање склопљеног уговора о осигурању.

Сви осигураници на приватно здравствено осигурање имају једнака права и обавезе из приватног здравственог осигурања по поједином програму осигурања.

Уговором о приватном здравственом осигурању одређују се здравствене установе, трговачка друштва која обављају здравствену делатност и приватни здравствени радници код којих осигураник може да користи права из приватног здравственог осигурања. Уколико су ове здравствене установе склопиле уговор о спровођењу здравствене заштите са Заводом, могу да склопе уговор о приватном здравственом осигурању само за капацитете изван уговорених капацитета са Заводом и изван уговореног радног времена са Заводом. За коришћење капацитета изван уговорених са Заводом, здравствене установе су обавезне да прибаве сагласност министарства надлежног за здравство, а затим да одлуком управног одбора или другог надлежног органа уреде поступак и начин спровођења додатног здравственог осигурања. Податке о склопљеним уговорима са наведеним здравственим субјектима осигуравачи, укључујући и Завод, су дужни да доставе на увид министарству надлежном за здравство, у складу са подзаконским актом - правилником који доноси министар.

Како изгледа хрватско здравствено осигурање у пракси? Систем осигурања у Хрватској заснива се претежно на Бизмарковом моделу финансирања, с обзиром на то да се око 80% трошкова здравственог осигурања покрива из доприноса за обавезно здравствено осигурање. Међутим, део трошкова здравственог осигурања се покрива и из државног буџета, што је предвиђено у систему здравственог осигурања познатом као Беверицов модел, па може да се каже да систем осигурања има особине мешовитог система финансирања. Извор финансирања је претежно јавни – из доприноса и пореза, а мањи део је из приватних извора финансирања.

Основицу доприноса чине плате запослених, а стопа обавезних доприноса је 15,5%. Доприносе, према изменама прописа из 2003. год. плаћају само послодавци, што значи да се трошкови финансирања обавезног здравственог осигурања не деле између послодаваца и запослених, као што је то било у претходном периоду (запослени 9% а послодавци 7% на плату запосленог). Непосредна последица је да послодавци сnose 80% свих трошкова здравственог осигурања у Хрватској, дакле не само здравствено осигурање радника који су запослени код њих него и највећи део осигурања пензионера, чланова породице

осигураника, незапослених и других радно неактивних група становништва. То, нажалост, подстиче послодавце да запошљавају раднике на бази привремених уговора, да део запослених не пријављују, што нарочито погађа младе који траже први посао и жене.¹⁷⁹

Важан економски аспект финансирања здравства је и неравнотежа између јавних и приватних извора средстава за здравствену заштиту. У старим и новим чланицама Европске уније јавни сектор, тј. државно здравствено осигурање, финансира у просеку 75% здравствене потрошње, док се 25% финансира из приватних извора – приватног здравственог осигурања и сопствених средстава пацијената. У Хрватској се из приватних извора већ сада финансира око 16% здравствене потрошње. Међутим, с обзиром да је улога приватног здравственог осигурања у тим средствима минорна (0,8% у односу на укупно 16% из приватних извора) и апсолутно занемарљива у односу на европске државе (у ЕУ око 20%), целокупни износ (око 1,3% БДП-а) плаћају сами грађани из „властитог џепа“, скоро као и становници земаља ЕУ. Мишљење теоретичара је да у здравственој реформи, плаћања од стране грађана не би смела да се значајније повећавају. И у земљама погођеним економском кризом (Грчка, Португалија и Шпанија), забележен је раст премија добровољног здравственог осигурања, а у Хрватској у првих девет месеци 2012.год. забележен је пад за 6%. Ово смањење је условљено недостатком финансијске писмености становништва и недовољном активношћу осигуравача.¹⁸⁰

Обавезно здравствено осигурање се спроводи на начелима узајамности, солидарности и једнакости, а по начину одређивања премије односно доприноса је социјално осигурање код кога се премије плаћају према примањима пропорционално (сада је стопа обавезног доприноса 15,5%). Допунско здравствено осигурање је типично регресивно осигурање, код кога не важи принцип солидарности.

У периоду од 2003. до 2009. године закони о обавезном здравственом осигурању су се мењали два пута годишње, што је по мишљењу теоретичара често било исхитрено и непромишљено¹⁸¹. Заједничка нит тих промена је било

¹⁷⁹ R.Ostojić“Da li su zdravstveni sistemi u Hrvatskoj i Sloveniji dorasli principima socijalne demokratije? Zdravstveni sistem u Hrvatskoj, 14,2009, *Friedrich Ebert Stiftung*

¹⁸⁰ <http://www.osiguranje.hr/ClanakDetalji.aspx?14335,24>.novembar 2012.

¹⁸¹ *Ibid*,5.

пребацивање финансирања здравства само и искључиво на болесне грађане – увођењем партиципације за сваку здравствену услугу и две листе лекова, са смањењем за 10% лекова на основној листи. Из полиса допунског здравственог осигурања код Завода изузети су сви финансијски издаци за лекове а цена полисе је остала иста. Осим пребацивања терета са здравих на болесне, пребацује се терет и са богатих на сиромашне (повећањем цене полисе допунског осигурања без повећања обима здравствених услуга), са млађих на старије (увођењем додатног здравственог доприноса за пензионере чија пензија прелази износ просечне плате). Истраживања показују да лица са нижим приходима знатно мање користе специјалистичке услуге од оних са вишим примањима а низак степен доступности квалитетних услуга је присутан код незапослених, породица са већим бројем чланова, особа старијег животног доба и становника удаљених подручја.

Као једно од слабијих решења у променама прописа из области здравства показала се приватизација примарне здравствене заштите (тзв. “закупизација“) до које је дошло у око 85% случајева. Правилником о условима за давање у закуп здравствених установа примарне здравствене заштите, који се у Хрватској примењује десет година, дошло је до нагомилавања негативности његове примене и потребе за реформом. Уочено је да „доктори закупци“ у циљу уштеда предузимају мере које се негативно одражавају на квалитет пружене примарне здравствене заштите као што су: ускраћивање терапија, одсуство спровођења лечења у кући и кућних посета, неоправдано и непотребно пребацивање пацијената у специјалистичку здравствену заштиту и др. Распуштањем домова здравља примарна здравствена заштита је била препуштена сама себи. Лекарима породичне медицине у оваквом моделу финансирања је било онемогућено да напредују, стручно се усавршавају, адекватно опремају и обављају послове које би требало да обављају према постојећим законским прописима. Вертикална повезаност између степена здравствене заштите: примарне, секундарне и терцијарне, као и хоризонтална повезаност између различитих специјалности није успостављена на одговарајући начин, па су пацијенти препуштени лутању од једног до другог лекара, а лекари обављају посао изоловано од других. Специјалистичко - консултативна делатност се такође налази у тешкој ситуацији јер је затварањем домова здравља и експанзијом приватних поликлиника

изгубљена веза између лекара опште праксе и болничког лекара. Неравномерним улагањем у клиничке болнице у односу на опште болнице дошло је до повећања броја акутних кревета у терцијарним установама у односу на секундарне установе.

Због свих ових негативних појава, променама Закона о здравственој заштити из 2008. год. редефинисан је положај дома здравља. Првенствена улога дома здравља је пружање здравствене заштите, очување и унапређење здравља и превенција болести. Нова улога дома здравља је координација мера здравствене заштите које спроводе сви носиоци здравствене заштите на одређеном подручју. Посебан значај се придаје јачању групне приватне праксе као и позицији субјекта који обављају јавну здравствену службу на основу концесије, која је уведена овим законом.

Ради побољшања квалитета и осигурања једнаке доступности јавних здравствених услуга стручњаци¹⁸² предлажу различите мере у области финансирања здравства као што су: смањење удела јавне потрошње за здравство на рачун приватне потрошње (развој добровољног здравственог осигурања), дефинисање негативне листе пакета основног здравственог осигурања, унапређење директног плаћања корисника, увођење смарт картица, категоризацију и акредитацију болница, рационализацију потрошње лекова и друге мере.

¹⁸² Nacionalna strategija razvitka zdravstva 2006.-2011.(„*Narodne novine*“, br.XX/06)

ГЛАВА VIII – ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У СРБИЈИ

1. ИЗВОРИ ПРАВА ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СРБИЈИ

Добровољно здравствено осигурање у Србији регулисано је Законом о облигационим односима, Законом о осигурању, Законом о здравственом осигурању и Уредбом о добровољном здравственом осигурању.

На основна питања о осигурању лица, као што су: појам уговора о осигурању, закључење уговора, обавезе осигураника односно осигуравача, као уговорних страна у уговору о осигурању, трајање осигурања и слична, примењују се одредбе Закона о облигационим односима ("Службени лист СФРЈ", бр.29/78,39/85,45/89,57/89, "Службени лист СРЈ",бр. 31/93).

Добровољно здравствено осигурање у Србији предвиђено је, као вид неживотног осигурања, Законом о осигурању ("Службени гласник РС", бр.70/04) Међутим, постоје подаци о почецима приватног здравственог осигурања у пракси пре усвајања ових одредби¹⁸³.

Први пропис који је појам добровољног осигурања увео у систем социјалног осигурања је Уредба о фондовима за узајамно помагање из 1956.године ("Службени лист ФНРЈ", бр.15/1956), којом је било предвиђено да осигураници обухваћени обавезним - општим осигурањем могу да повећају обим права из обавезног социјалног осигурања уз уплату посебних доприноса.¹⁸⁴

Закон о здравственом осигурању регулисао је добровољно здравствено осигурање као осигурање од настанка ризика плаћања учешћа у трошковима здравствене заштите у складу са овим законом, осигурање грађана који нису обавезно осигурани по овом закону односно који се нису укључили у обавезно здравствено осигурање, као и осигурање на већи обим и стандард и друге врсте права из здравственог осигурања. Добровољно здравствено осигурање је

¹⁸³ В.Хаџи-Тановић на Форуму "Добровољно здравствено осигурање у Србији-могућности развоја"26.10.2010. изнео је податак да је прво приватно здравствено осигурање у Србији регистровано у привредном суду у Београду-Добровољно здравствено осигурање „Др.Хаџи-Тановић“д.о.о.Београд15.03.1993.године; такође 02.12.2003. је почело са радом приватно допунско здравствено осигурање „Дунав осигурање“ компаније у сарадњи са приватном лекарском комором Србије

¹⁸⁴ П.Јовановић,410.

дефинисано и у Закону о осигурању као осигурање којим се, на основу уговора, могу обезбедити права из здравственог осигурања лицима која нису осигурана по закону којим се уређује обавезно здравствено осигурање, као и лицима која су осигурана по том закону, а којима се обезбеђује већи обим права од обима који се обезбеђује по том закону и друге врсте права из здравственог осигурања која нису обезбеђена тим законом.

Закон о здравственом осигурању је предвидео могућност да Републички фонд за здравствено осигурање може да организује и спроводи добровољно здравствено осигурање, као и правна лица која обављају делатност осигурања у складу са законом о осигурању и инвестициони фондови за добровољно здравствено осигурање. Постоји једно ограничење у Закону о осигурању које се односи на немогућност истовременог обављања животних и неживотних осигурања, осим у неким изузецима. Изузетак је обављање животног осигурања и осигурања од прикључне незгоде и добровољног здравственог осигурања у делу који покрива трошкове лечења, под условом да се та осигурања односе на лице које је закључило уговор о осигурању живота. Врсте, услови, начин и поступак организовања и спровођења добровољног здравственог осигурања законом су дати у надлежност Владе, на предлог ресорног министра.

Влада Републике Србије је донела Уредбу о добровољном здравственом осигурању, која је објављена у "Службеном гласнику РС", бр.108/08 и 49/09 и којом је добровољно здравствено осигурање регулисано у свим областима наведеним у Закону о здравственом осигурању, у погледу врсте осигурања, начина и поступка организовања и спровођења добровољног здравственог осигурања.

2. ВРСТЕ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Добровољно здравствено осигурање је врста неживотног осигурања. Уговара се као дугорочно осигурање, на период који не може бити краћи од 12 месеци од дана почетка осигурања, осим ако уредбом друкчије није уређено, као и у случају када својство обавезно осигураног лица траје краћи период у складу са прописима из обавезног здравственог осигурања. Добровољно здравствено осигурање за време

боравка осигураника у иностранству, односно за покривање трошкова здравствене заштите која се остварује у иностранству, може трајати и краће.

Добровољно здравствено осигурање не може да се организује и да се спроводи за идентичну врсту, садржај, обим, стандард, начин и поступак остваривања права која су обухваћена обавезним здравственим осигурањем, које је прописано законом којим се уређује здравствено осигурање. Нејасно је из ових одредби Уредбе шта се дешава са правима која су обухваћена обавезним здравственим осигурањем за лица која немају обавезно здравствено осигурање, већ уговоре приватно здравствено осигурање, које је такође вид добровољног здравственог осигурања. То би значило да осигураници на приватно здравствено осигурање, здравствене услуге које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем, не могу да реализују уговором о приватном здравственом осигурању, што би довело у питање сам разлог постојања овог уговора о осигурању. Претпостављамо да се ова одредба односи на видове добровољног здравственог осигурања који постоје само за лица која су обавезно осигурана (паралелно и додатно добровољно осигурање). Такође, добровољно здравствено осигурање не може да се организује и спроводи за превентивне програме вакцинација, имунопрофилактике и хемопрофилактике који су обавезни према републичком програму имунизација становништва против одређених врста болести.

Врсте добровољног здравственог осигурања у Србији, према важећим прописима су:

- 1) паралелно здравствено осигурање
- 2) додатно здравствено осигурање
- 3) приватно здравствено осигурање

2.1. Паралелно здравствено осигурање

Паралелно здравствено осигурање је врста добровољног здравственог осигурања уведеног Уредбом о добровољном здравственом осигурању. Овим осигурањем се покривају трошкови здравствене заштите који настају када осигураник остварује здравствену заштиту која је обухваћена обавезним здравственим осигурањем али је здравствена заштита остварена на начин и по

поступку који су друкчији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања. Из ових одредаба Уредбе није јасно који је то друкчији начин и поступак, али су Посебним условима за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура које је донео Управни одбор Републичког фонда за здравствено осигурање (2010. год) регулисани друкчији начин и поступак за уговарање добровољног здравственог осигурања са Републичким фондом за здравствено осигурање.

Начин и поступак остваривања права из обавезног здравственог осигурања регулисан је Правилником о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (који је објављен у "Службеном гласнику РС", бр.10/2010 и 18/2010). Овим правилником се прецизирају услови и начин коришћења здравствене заштите и других права из обавезног здравственог осигурања осигураних лица на обавезно здравствено осигурање. Осигураним лицима се обезбеђује право на слободан избор здравствене установе са којом је матична филијала закључила уговор о пружању здравствене заштите и слободан избор лекара.

Осигурано лице остварује здравствену заштиту код изабраног лекара непосредно без упута. Изабрани лекар дужан је да осигураном лицу пружи хитну здравствену заштиту одмах, без одлагања, а здравствену заштиту која није хитна дужан је да пружи осигураном лицу најкасније у року од 15 дана од дана јављања осигураног лица у здравствену установу.

Специјалистичко-консултативну здравствену заштиту осигурано лице остварује у најближој здравственој установи на подручју матичне филијале са упутом изабраног лекара. Изабрани лекар у упуту лекару специјалисти прецизно поставља захтев у вези са даљим испитивањем и лечењем осигураног лица.

Изабрани лекар упућује осигурано лице интерним упутом на преглед код доктора медицине - специјалисте одговарајуће гране медицине у здравствену установу на примарном нивоу код кога осигурано лице има изабраног лекара, или другу здравствену установу на подручју филијале која обавља здравствену делатност на примарном нивоу, ако је таква здравствена услуга прописана актом којим се уређује номенклатура здравствених услуга које се обављају на примарном нивоу здравствене заштите.

Изабрани лекар упућује осигурано лице на специјалистичко-консултативни преглед у здравствену установу која обавља здравствену делатност на секундарном, односно терцијарном нивоу здравствене заштите, на основу мишљења доктора медицине-специјалисте одговарајуће гране медицине из здравствене установе која обавља здравствену делатност на примарном нивоу. Ако здравствене услуге доктора медицине-специјалисте нису прописане актом којим се уређује номенклатура здравствених услуга које се обављају на примарном нивоу здравствене заштите, изабрани лекар упућује осигурано лице у здравствену установу која обавља здравствену делатност на секундарном, односно терцијарном нивоу.

Са упутом лекару специјалисти, осигурано лице остварује право на специјалистичко – консултативне прегледе и неопходну дијагностику који су потребни да би лекар специјалиста поставио дијагнозу, односно сачинио лекарски извештај, а који се могу пружити у тој здравственој установи, као и на контролне прегледе у року од шест месеци од дана првог јављања лекару специјалисти у тој здравственој установи.

Право на специјалистичко – консултативне прегледе и неопходну дијагностику осигурано лице остварује на основу интерних упута лекара специјалиста по чијим захтевима се обављају специјалистичко – консултативни прегледи односно неопходна дијагностика.

Осигурано лице са упутом изабраног лекара остварује право на стационарно лечење у најближој здравственој установи на подручју филијале.

За одређене врсте здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања и које нису хитне, може се утврдити редослед коришћења – тзв. листа чекања, у зависности од медицинских индикација и здравственог стања осигураног лица, као и датума јављања здравственој установи, с тим да време чекања не може да буде такво да угрози здравље или живот осигураног лица. Напомињемо да листе чекања нису екслузивитет нашег здравственог система, већ постоје и у неколико европских земаља, посебно оним

у којима је заступљено универзално покриће кроз национални јавни здравствени систем.¹⁸⁵

Здравствена услуга за коју се у здравственој установи утврђује листа чекања¹⁸⁶, осигураном лицу се пружа на основу истог упута изабраног лекара, односно оцене лекарске комисије филијале, на основу којег је осигурано лице стављено на листу чекања, без обзира на време пружања здравствене услуге.

Листу чекања здравствена установа утврђује према "Клиничким критеријумима и методологији за утврђивање листе и времена чекања за здравствене услуге у здравственим установама", из акта који је донео министар здравља за праћење квалитета рада у здравственој установи.

Уколико осигурано лице користи здравствене услуге мимо листе чекања, трошкови падају на његов терет и не могу се накнадити из средстава обавезног здравственог осигурања. Међутим, постоје одлуке суда у којима је на другачији начин решено ово питање¹⁸⁷

Горе поменути Посебним условима за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура, које је донео Управни одбор Републичког фонда за здравствено осигурање, регулисан је начин и поступак који су друкчији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања који је прописан Законом о здравственом осигурању и подзаконским актима. Посебни услови за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура саставни су део уговора о паралелном добровољном здравственом

¹⁸⁵ Тако, на пример, у Енглеској између 1990.-1996.године време чекања за пријем у болницу је порасло са 35 на 45 дана, док је проценат пацијената који чекају дуже од годину дана пао са 20% на 3%. Поставља се и питање транспарентности критеријума за приступ одређеној здравственој услузи са листе чекања на националном нивоу, узимање у обзир погоршање здравственог стања, квалитета живота и сл.Цитирано према L.Samuel, *Fundamental Social Rights, Case Law of the European Social Charter*, 2002, 268.

¹⁸⁶ Листа чекања се, према чл. 64. Правилника, утврђује за:

- 1) преглед методом компјутеризоване томографије (ЦТ) и методом магнетне резонанције (МР);
- 2) дијагностичку коронарографију и/или катетеризацију срца;
- 3) реваскуларизацију миокарда;
- 4) уградњу трајног вештачког водича срца (ТВЕС) и кардиовертер дефибрилатора (ИЦД);
- 5) имплантацију вештачких валвула;
- 6) уграђивање графтова од вештачког материјала и ендоваскуларних графт протеза;
- 7) уградњу ендопротеза кука и колена;
- 8) инструменталну сегменталну корекцију деформација кичменог стуба код деце;
- 9) операцију катаракте;
- 10) уградњу интраокуларног сочива.

¹⁸⁷ Правна пракса 4/2011, пресуда Вишег суда у Ужицу, Гж156/10 од 6.априла 2010.којом је пресуђено да пацијент не сноси трошкове пружених здравствених услуга ако су медицински разлози налагали операцију мимо листе чекања.

осигурању којима се обезбеђује друкчији начин и поступак остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

Под дијагностичким процедурама у смислу ових посебних услова, подразумевају се лабораторијска дијагностика и друге дијагностичке процедуре које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем, а остварују се на начин и по поступку који су друкчији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог програма осигурања и за које се може закључити уговор о паралелном добровољном осигурању осигурања који је прописан законом којим се уређује обавезно здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона.

По овим посебним условима (чл.5.), осигураник, у зависности од изабраног програма осигурања може да закључи уговор о осигурању за бројне специјалистичке прегледе¹⁸⁸ и дијагностичке процедуре¹⁸⁹:

Уколико осигураник специјалистичке прегледе и дијагностичке процедуре према програмима који се могу уговорити по овим условима оствари на начин и по поступку који је другачији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања, а претходно је прибавио упут изабраног лекара, има право на накнаду у висини 100% трошкова.

Уколико осигураник специјалистичке прегледе и дијагностичке процедуре према програмима који су обухваћене овим условима оствари на начин и по поступку који је другачији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања и без претходно прибављеног упута изабраног лекара, осигуравач ће му признати накнаду у висини 50% трошкова.

¹⁸⁸ 1. Специјалистички прегледи: 1.1. кардиолошки; 1.2. пулмолошки; 1.3. ендокринолошки; 1.4. гастроентролошки; 1.5. нефролошки; 1.6. имунолошки; 1.7. гинеколошки; 1.8. уролошки; 1.9. неуролошки; 1.10. офталмолошки; 1.11. дерматолошки; 1.12. оториноларинголошки; 1.13. ортопедски.

¹⁸⁹ 2. Лабораторијска дијагностика: 2.1. крвна слика (еритроцити, леукоцити, хемоглобин, Нст, Ле формула, тромбоцити), седиментација, шећер у крви, триглицериди, холестерол, билирубин, АСТ,АЛТ; 2.2. хормони; 2.3. тумор маркери; 2.4. анализа урина, уринокултура; 2.5. брис грла; 2.6. ПАПА тест; 3.Друге дијагностичке процедуре: 3.1. ЕКГ (електрокардиографија); 3.2. ЕМГ (електромиографија); 3.3. ЕМНГ (електромионеурографија); 3.4. ЕЕГ (електроенцефалографија); 3.5. РТГ (рентген); 3.6. ендоскопије; 3.7. УЗ (ултразвучни прегледи); 3.8. ергометрија; 3.9. мамографија; 3.10. ЦТ (компјутеризована томографија-скенер); 3.11. МР (магнетна резонанца).

Осигураник, у току уговореног периода осигурања, има право на накнаду трошкова за обављене специјалистичке прегледе и дијагностичке процедуре зависно од уговореног програма, укупно до суме осигурања назначене у полиси.

Осигураник сам плаћа трошкове специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура, а осигуравач му рефундира настале трошкове до уговореног износа.

Након обављених уговорених специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура, осигураник подноси осигуравачу захтев за рефундацију трошкова. Уз захтев осигураник прилаже оргинални фискални рачун, рачун са спецификацијом, упут, односно копију упута изабраног лекара за специјалистички преглед и дијагностичку процедуру, извештај лекара специјалисте, налаз лабораторијске анализе, као и другу потребну документацију.

Из наведених одредаба Посебних услова за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура уочљиво је да уговарањем паралелног добровољног осигурања специјалистички прегледи и дијагностичке процедуре које подлежу листи чекања, могу за осигуранике из паралелног добровољног здравственог осигурања, да се реализују независно од листе чекања за осигуранике из обавезног здравственог осигурања. С обзиром на време доношења Посебних услова за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура (децембар 2010.год.) још увек нема података о реализацији овог вида осигурања у пракси у здравственим установама. У теорији постоји опрез у погледу могућности да се до приоритета у медицинским третманима долази уз помоћ економских, а не медицинских разлога. Сматра се да је то у супротности са правима пацијената и принципом правичности у здравственој заштити.¹⁹⁰

Посебно је питање како се на ову могућност односи измена Закона о здравственом осигурању ("Службени гласник РС", бр. 57/2011), по којој је у чл. 49 а предвиђена забрана да давалац здравствених услуга наплати здравствену услугу на коју осигурано лице има право у оквиру обавезног здравственог осигурања.

¹⁹⁰ З.Шолак: "Однос обавезног и добровољног здравственог осигурања" *Правни живот* 11/2006, 851.

2.2. Додатно здравствено осигурање

Додатно здравствено осигурање је такође уведено Уредбом о добровољном здравственом осигурању. Овим осигурањем 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 преко износа новчаних накнада обухваћених обавезним здравственим осигурањем.

Садржај и обим здравствених услуга који осигураници остварују из обавезног здравственог осигурања предвиђен је Правилником о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији који управни одбор Републичког завода доноси сваке године. Под садржајем здравствене заштите подразумевају се поступци и методи дијагностике, лечења и рехабилитације ради спречавања, сузбијања, раног откривања и лечења болести, повреда и других поремећаја здравља. Под обимом здравствене заштите подразумева се број и дужина трајања поступака и метода дијагностике, лечења и рехабилитације, као и друге величине којима се може изразити обим појединих садржаја здравствене заштите. Правилником су таксативно набројане здравствене услуге које се обезбеђују обавезним здравственим осигурањем и то било у пуном износу или уз плаћање партиципације.

Додатно здравствено осигурање је намењено осигураницима на обавезно здравствено осигурање који желе другу врсту здравствених услуга од оних које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем или у оквиру здравствених услуга обухваћених обавезним здравственим осигурањем, већи обим, садржај или стандард здравствених услуга.

Уговарањем додатног осигурања са Републичким фондом за здравствено осигурање осигураник може да оствари, на пример¹⁹¹, следеће услуге:

- право на рефундацију трошкова стоматолошке заштите код стоматолога по избору

¹⁹¹ http://www.dobrovoljno.rfzo.rs/index.php?option=com_content&view=article&id=18&Itemid=5, 24.novembar 2012.

- право на рефундацију трошкова специјалистичких прегледа и дијагностике код лекара по избору
- право на специјалистичке прегледе и дијагностику код лекара у здравственим установама са којима РЗЗО има закључен уговор о пословној сарадњи
- право на уговорене накнаде за случај постављених дијагноза за тежу болест и извршену хируршку интервенцију
- право на уговорену накнаду за случај болничког лечења због тежих болести и хируршких интервенција
- право на уговорену накнаду за случај боловања због тежих болести и хируршких интервенција
- право на уговорену накнаду за случај болничког лечења без обзира на узрок
- право на рефундацију трошкова хитне и неодложне здравствене заштите за време пута и боравка у иностранству

Управни одбор Републичког фонда за здравствено осигурање је усвојио више аката којима је регулисао услове за додатно добровољно здравствено осигурање као и комбиновано паралелно и додатно добровољно здравствено осигурање. Ти акти су: Посебни услови за колективно осигурање лица за случај тежих болести са допунским ризицима, Посебни услови за колективно осигурање дневне накнаде за време боравка осигураника у болници, Посебни услови за случај коришћења здравствене заштите осигураника за време пута и боравка у иностранству, Посебни услови за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура и Посебни услови за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура код изабраног даваоца здравствених услуга. Осим ових аката, постоје и Правила добровољног здравственог осигурања и Општи услови за добровољно здравствено осигурање, који су у примени од 3.11.2009. године.

Посебним условима за колективно осигурање лица за случај тежих болести са допунским ризицима, који су на снази од 1. 3. 2010. год., предвиђене су теже болести као основни ризици и допунски ризици који могу да буду хируршке

интервенције, односно операције, дневне накнаде за болничке дане и дневне накнаде за случај трајања привремене спречености за рад. Уговарачи осигурања, с обзиром на то да се, код ових Посебних услова, ради о колективном осигурању могу да буду само правна лица, која плаћају премију осигурања за своје запослене или чланове за случај тежих болести са допунским ризицима.

Теже болести које се сматрају основним ризицима таксативно су набројане у чл. 8. Посебних услова и то су: сви злоћудни тумори, мождани удар, инфаркт миокарда, емболија плућа, бактеријски менингитис. За ове теже болести обавеза осигуравача износи 100% уговорене суме осигурања. Затим су предвиђене теже болести за које је предвиђена обавеза осигуравача 50% уговорене суме осигурања а то су теже последице сепсе, теже последице перфорације у гастроинтестиналном тракту, тежа обољења жлезда са унутрашњим лучењем, хронично обољење јетре, парализа, сви злоћудни тумори рака коже, отказивање рада бубрега, слепило. За инфективне болести које захтевају болничко лечење, обавеза осигуравача је 10% уговорене суме осигурања. У случају настанка неке од набројаних тежих болести осигуравач је у обавези да осигуранику исплати суму осигурања или део суме осигурања по полиси која је важила у моменту неспорно утврђене болести.

Хируршке интервенције које представљају допунске ризике осигурања предвиђене су у чл. 11. Посебних услова где су и прецизирани проценти накнаде у односу на уговорену суму осигурања из полисе. Проценти се крећу од 100% накнаде за на пример, различите операције можданог ткива, до 5% накнаде за операције на жучној кесици. Обавеза осигуравача је да исплати осигуранику износ уговорене суме осигурања или њен део за хируршке интервенције наведене у Посебним условима максимално до суме осигурања означене у полиси. Могуће је да буде и више хируршких интервенција у току трајања осигурања, али у оквиру уговорене суме осигурања.

Као допунски ризици могу да буду уговорене и дневне накнаде за болничке дане и дневне накнаде за случај трајања привремене спречености за рад, уколико је за то уплаћена посебна премија. Дневна накнада за болничке дане може да се закључи за лежање у болници због тежих болести покривених овим посебним условима и лежања у болници због тежих болести и хируршких интервенција

покривених овим посебним условима. Висина уговорене накнаде за болничке дане исплаћује се осигуранику од првог дана боравка у болници највише до 30 дана у току осигуравајуће године.

Уколико као последица теже болести или теже болести и хируршке интервенције које су предвиђене посебним условима код осигураника наступи привремена спреченост за рад а уговором о осигурању је предвиђена исплата дневне накнаде, осигуравач исплаћује осигуранику ову накнаду у уговореној висини од првог дана почетка привремене спречености за рад највише 30 дана у току осигуравајуће године.

Посебним условима за колективно осигурање дневне накнаде за време боравка осигураника у болници уговара се ризик плаћања уговорене дневне накнаде за случај медицински неопходног боравка осигураника у болници због следећих узрока: лечења услед последица несрећног случаја, лечења болести и порођаја. Овим условима су предвиђене дневне накнаде које нису укључене у Посебне услове за случај тежих болести.

Уговорена дневна накнада за болничке дане исплаћује се осигуранику од првог дана боравка у болници до дана отпуштања са болничког лечења а највише до 180 дана у току осигуравајуће године. За боравак у болници ван територије Србије, ограничење је 15 дана у току осигуравајуће године. По завршеном болничком лечењу осигураника, уговарач осигурања, односно осигураник, подноси осигуравачу пријаву осигураног случаја, уз који прилаже отпусну листу са епикризом. Осигуравач има право да од осигураника, уговарача осигурања или било ког другог правног или физичког лица тражи и накнадне доказе.

Посебно су предвиђена ограничења и искључења осигуравајућег покрића. Ограничења постоје код лечења у болницама за душевне болести и плућне болести, накнада се исплаћује тек од пете недеље лечења. Искључења осигуравајућег покрића су предвиђена код низа лечења, од којих су нека настала као последица неодговарајућег понашања осигураника (на пример, лечење услед прекомерног конзумирања алкохола) а друга мотивисана искључиво економским разлозима и са становишта основних принципа здравствене заштите неприхватљива (на пример, лечења неплодности применом вештачке оплодње). И

код ограничења осигуравајућег покрића такође су примарни економски разлози у односу на здравствене.

Посебним условима за случај коришћења здравствене заштите осигураника за време пута и боравка у иностранству предвиђена је могућност закључивања уговора о додатном здравственом осигурању за лица која су обавезно осигурана за случај да доживе изненадну болест или повреду за време путовања и боравка у иностранству, за који је потребна хитна медицинска помоћ.

Осигуравач сноси следеће трошкове:

- прегледа и лечења од стране лекара укључујући и трошкове доласка лекара,уколико у месту боравка не постоји лекарска ординација;
- ванболничког лечења;
- превоза од стране хитне службе до најближе болнице или најближег лекара;
- лекова, санитетског материјала и осталих терапијских средства које је прописао овлашћени лекар;
- медицинских помагала и помагала за ходање која су неопходни део третмана за повреде и поломљене екстремитете која је прописао овлашћени лекар;
- рентгенских, ултразвучних прегледа и дијагностичких процедура;
- болничког лечења (хоспитализације);
- хируршке интервенције, односно операције;
- стоматолошког третмана до 100 евра;
- превоза у Републику Србију.

Осигурани случај мора да се догоди на територији за коју важи осигурање и у току осигураног периода, јер ће у противном бити искључена обавеза осигуравача. Такође, обавеза осигуравача је искључена уколико је до осигураног случаја дошло непажњом или намером осигураника.

Посебним условима за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура и Посебним условима за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура код изабраног даваоца здравствених услуга предвиђена је могућност уговарања паралелног добровољног осигурања, о чему

смо већ говорили претходно, али и комбинованог паралелног и додатног добровољног осигурања. Наиме, осим начина и поступка који су другачији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања, што представља материју паралелног осигурања, овим актима је предвиђена и могућност уговарања додатних здравствених услуга које нису предвиђене обавезним здравственим осигурањем или већи садржај, обим и стандард права од оних предвиђених обавезним здравственим осигурањем. Када говоримо о садржају, обиму и стандарду права из обавезног здравственог осигурања, они морају да одговарају условима који се захтевају према одредбама Правилника о садржају и обиму права из обавезног здравственог осигурања, у складу са здравственом доктрином, што значи да не сме да се прави разлика са становишта квалитета здравствених услуга, имајући у виду стандарде за лечење одговарајућих болести. .

2.3. Приватно здравствено осигурање

Приватно здравствено осигурање, према Уредби о добровољном здравственом осигурању, 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. Код навођења дефиниције приватног здравственог осигурања није наведено ограничење да се ово осигурање не може организовати и спроводити за идентичну врсту, садржај, обим, стандард, начин и поступак остваривања права који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем, као што је предвиђено у чл. 7. Уредбе за добровољно здравствено осигурање, што потврђује нашу претпоставку да се ово ограничење односи само на прва два вида добровољног здравственог осигурања.

Приватно осигурање се спроводи као дугорочно осигурање, али може и да се уговори на период краћи од 12 месеци. Давалац осигурања (не може да буде Републички завод за здравствено осигурање) је дужан да закључи уговор о приватном здравственом осигурању са сваким лицем које исказе јасну намеру да са тим даваоцем закључи уговор, али у складу са условима који су прописани

Уредбом. Код овог вида осигурања узима се у обзир ризик коме је осигураник изложен а под тим се подразумевају године живота осигураника, пол, бонус, малус, здравствено стање осигураника, таблице болести и смртности. Када се узму у обзир сви фактори ризика, премија приватног осигурања мора да буде једнака за све осигуранике који имају исти степен ризика.

Приликом остваривања права из приватног здравственог осигурања, могућа су два различита начина реализације:

- 1) да давалац осигурања покрије у целини или делимично (зависно од услова предвиђених уговором) износ трошкова који су настали остваривањем права из уговора о приватном здравственом осигурању даваоцу здравствених услуга директно, а давалац здравствене услуге осигуранику пружа здравствену заштиту предвиђену уговором о осигурању без наплате од осигураника; или
- 2) да осигураник плати приликом пружања здравствене услуге даваоцу услуге, а да му давалац осигурања исплаћује на рачун у року од 14 дана од дана подношења захтева осигураника даваоцу осигурања.

ГЛАВА IX – УГОВАРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА У ДОБРОВОЉНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

1. УГОВОРНЕ СТРАНЕ У УГОВОРУ О ДОБРОВОЉНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

Уговор о добровољном здравственом осигурању је регулисан прописима које смо већ навели као изворе добровољног здравственог осигурања у Србији, а то су: Закон о облигационим односима, Закон о осигурању, Закон о здравственом осигурању и Уредба о добровољном здравственом осигурању.

Уговором о осигурању обавезује се уговарач осигурања да плати одређени износ организацији за осигурање – осигуравачу, а организација се обавезује да, ако се деси догађај који представља осигурани случај, исплати осигуранику или неком трећем лицу накнаду односно уговорену своту.

Догађај за који се закључује осигурање – осигурани случај, мора бити будући, неизвестан и независан од искључиве воље уговарача. Ако је осигурани случај настао, био у наступању, или је било извесно да ће наступити, уговор о осигурању је ништав. Такође, уговор о осигурању је ништав и ако је у часу његовог закључења било извесно да осигурани случај не може да настане.

Постоји и могућност обухвата осигурањем одређеног периода који претходи закључењу уговора али под условом да уговорној страни у моменту закључења није било познато да се осигурани случај већ догодио, или да је већ тада престала могућност да се он догоди, чиме се поново анулира неизвесност уговора.

Уговор о осигурању је закључен кад уговарачи потпишу полису осигурања или листу покрића. У полиси морају да буду наведене уговорне стране, осигурано лице, ризик обухваћен осигурањем, трајање осигурања и период покрића, свота осигурања или да је осигурање неограничено, премија осигурања, датум издавања полисе и потписи уговорних страна.

1.1. Давалац осигурања

Према одредбама Закона о здравственом осигурању, добровољно здравствено осигурање може да организује и спроводи Републички фонд за здравствено осигурање и правна лица која обављају делатност осигурања у складу са Законом о осигурању. Такође, добровољно здравствено осигурање могу да организују и спроводе и инвестициони фондови за добровољно здравствено осигурање, у складу са посебним законом.

Према одредбама Уредбе о добровољном здравственом осигурању, давалац осигурања је, поред Републичког фонда за здравствено осигурање, и друштво за осигурање које организује и спроводи добровољно здравствено осигурање. Да би се друштво за осигурање бавило пословима добровољног здравственог осигурања, потребно је да има позитивно мишљење Министарства здравља о испуњености услова за организовање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања, а затим и дозволу за обављање послова добровољног здравственог осигурања коју издаје Народна банка Србије.

Дозволу за обављање послова добровољног здравственог осигурања у 2010. год добило је 14 друштава за осигурање, али се не баве сва још увек овом врстом осигурања, мада је уочен тренд раста послова везаних за добровољно здравствено осигурање.

Даваоци осигурања су обавезни да закључе уговор о добровољном здравственом осигурању са свим лицима, без обзира на ризик којем је осигураник изложен, односно на године живота, пол и здравствено стање осигураника. Према подацима Народне банке Србије, у 2011. год. у Србији је регистровано 28 друштава за осигурање, од којих се искључиво пословима осигурања бави 24 друштва, а 4 само пословима реосигурања. Животним осигурањем бави се 7 друштава, искључиво неживотним осигурањем 11 друштава, а и животним и неживотним осигурањем 6 друштава. Према власничкој структури капитала, од 28 друштава за осигурање у 2011. год. 21 је у већинском страном власништву а 7 у домаћем власништву. Што се тиче њиховог учешћа у премији неживотних осигурања, у које спада и добровољно здравствено осигурање, друштва за осигурање у страном

власништву учествују у премији неживотног осигурања са 60,1%, у укупној имовини са 67,9% и у броју запослених са 65,4%.¹⁹²

Давалац осигурања приликом закључења уговора о добровољном здравственом осигурању не сме да тражи генетске податке или резултате генетских тестова за одређененаследне болести за осигураника или његове сроднике. Такође, дужан је да за све осигуранике обезбеди исти обим, садржај и стандард за остваривање права и обавеза у оквиру појединачних пакета добровољног здравственог осигурања.

Када се осигурани случај догоди, осигуравач је дужан да исплати накнаду или своту одређену уговором у уговореном року, који не може да буде дужи од четрнаест дана, од дана када је осигуравач добио обавештење да се осигурани случај догодио или од када је утврђено постојање обавезе.

Обавеза осигуравача неће постојати ако је осигураник изазвао осигурани случај намерно или преваром.

Давалац осигурања доноси правила о добровољном здравственом осигурању којим се уређују сва питања од значаја за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању као што су:

- 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 организује и спроводи;
- 3) врста полисе у зависности од врсте добровољног здравственог осигурања и права која се обезбеђују добровољним здравственим осигурањем;
- 4) висина премије за поједине врсте добровољног здравственог осигурања, односно полисе осигурања;
- 5) услови за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању са осигураником, односно са уговарачем, као и за раскид уговора;

¹⁹² http://www.nbs.rs/export/sites/default/internet/latinica/90/90_4/godisnji_izvestaj_2011.pdf, 24.novembar 2012.

- 6) услови за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању за чланове породице осигураника, као и колективног осигурања;
- 7) права и дужности осигураника, односно уговарача;
- 8) садржај и изглед исправе о добровољном здравственом осигурању;
- 9) обрасци које ће давалац осигурања употребљавати у спровођењу добровољног здравственог осигурања;
- 10) сва остала питања која су значајна за организацију и спровођење добровољног здравственог осигурања.

Наведена правила даваоци осигурања обавезни су да објављују на својој званичној интернет страници и да их учине доступним на свим продајним местима.

1.2. Осигураник

Осигураник је, према Уредби о добровољном здравственом осигурању, физичко лице које је склопило уговор о добровољном здравственом осигурању, или за кога је, на основу његове сагласности, склопљен уговор о добровољном здравственом осигурању са даваоцем осигурања и који користи права утврђена уговором о добровољном здравственом осигурању, као и члан породице осигураника.

С обзиром на постојање различитих видова добровољног здравственог осигурања, осигураници су различити:

- у паралелном и додатном здравственом осигурању својство осигураника може да стекне лице које има својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању,
- у приватном здравственом осигурању осигураник је физичко лице које се није укључило у обавезно здравствено осигурање, које је студент или лице у радном односу и које по основу закљученог уговора о осигурању има право на надокнаду трошкова лечења и износ новчане накнаде уговореног основног покрића, или ако се плати додатна премија и додатног осигуравајућег покрића.

Појављује се и појам уговарача добровољног осигурања - то је физичко или правно лице или други правни субјект који у име и за рачун осигураника, односно у своје име и за рачун осигураника закључи уговор о добровољном здравственом осигурању са даваоцем осигурања и који се обавезао на уплату премије осигурања из својих средстава или на терет средстава осигураника. Приликом уговарања колективног здравственог осигурања, уговарач добровољног здравственог осигурања се појављује као уговорна страна у уговору о добровољном здравственом осигурању за више осигураника, најчешће запослених код уговарача. Такође се појављује и појам корисника осигурања, лица које има одређена права по основу уговора о осигурању, на пример право на исплату одређеног новчаног износа.

Општим колективним уговором (Службени гласник РС, бр.50/08, 104/08-Анекс I, 8/09-Анекс II) у чл.33. предвиђена је обавеза послодавца да исплати накнаду штете запосленом због повреде на раду или професионалног обољења на начин и у висини утврђеној колективним уговором код послодавца или посебним колективним уговором. Истовремено је дата могућност да послодавац уплати премију запосленом за колективно осигурање од последица незгоде и колективно осигурање за случај тежих болести и хируршких интервенција.

Посебним колективним уговорима за поједине области¹⁹³ предвиђена је обавеза послодавца да под једнаким условима осигура запослене за случај смрти, последице незгоде, професионалног обољења, повреде на раду и губитка радне способности и тежих болести насталих на раду и у вези са радом. Иако се код ових уговора о осигурању, најчешће, не ради директно о уговору о добровољном здравственом осигурању, него о уговорима о неживотном осигурању за имовину и запослене код послодавца, сматрамо да овде постоје елементи додатног здравственог осигурања којим се покривају износи новчаних накнада преко износа новчаних накнада обухваћених обавезним здравственим осигурањем.¹⁹⁴

¹⁹³ На пример Посебним колективним уговором за здравствене установе чији је оснивач Република Србија ("Службени гласник РС", бр.36/2010), Посебним колективним уговором за полицијске службенике ("Службени гласник РС", бр.18/2011) и др.

¹⁹⁴ Универзитет у Београду је као наручилац закључио уговор о неживотном осигурању за имовину и запослене на Универзитету у Београду за 2013.годину којим су осигурани запослени на Универзитету у Београду на неодређено и одређено време од последица трајне инвалидности (повреде током 24 сата), смрти услед незгода, тешке болести (професионална обољења и хируршки захвати). Под хируршким захватима подразумевају се хируршке интервенције (операције) као последице болести или несрећног случаја.

Уредба о добровољном здравственом осигурању не прецизира ко се сматра чланом породице осигураника, који има право на добровољно здравствено осигурање као осигураник. Општим условима неких давалаца осигурања предвиђено је ко се сматра чланом породице¹⁹⁵ - супружник и највише двоје биолошке и/или усвојене деце осигураника која су по закону издржавана лица до навршене 18. године живота односно до навршене 26. године у случају да се налазе на редовним студијама, уколико је за њих плаћена премија и под условом да су осигураник и уговарач исто лице.

Да би лице постало осигураник у добровољном здравственом осигурању, осим наведених услова, друге услове давалац осигурања не сме да захтева. Према чл. 12. Уредбе, давалац осигурања је обавезан да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању без обзира на ризик којем је осигураник евентуално изложен, на године живота, пол, здравствено стање. Такође, не сме да тражи генетске тестове за одређене наследне болести, што значи да је давалац осигурања често ускраћен за веома важне информације које могу значајно да утичу на уговор о добровољном здравственом осигурању. Ово може да доведе до неповољне селекције у добровољном осигурању која је последица асиметричне информисаности лица које тражи осигурање и које је боље информисано од даваоца осигурања о ризицима којима је изложено. Неповољна селекција и асиметрична информисаност уговорних страна у уговору о добровољном здравственом осигурању се сматрају, по неким ауторима, кључним у функционисању тржишта здравственог осигурања. Наиме, потенцијални осигураници који су изложени мањем ризику од просечног губе мотив за том врстом осигурања и остају неосигурани и обрнуто, они који су изложени различитим ризицима више су заинтересовани за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању. Феномен неповољне селекције је у економску теорију увео Џорџ Акерлоф 1970. год., поткрепљујући га тржиштем приватног здравственог осигурања.¹⁹⁶

¹⁹⁵ http://www.deltagenerali.rs/active/sr-latin/home/vrsteosiguranja/privatno_zdravstveno_osiguranje/dpzo_formulari.html, 24.novembar 2012.

¹⁹⁶З. Шолак“Однос обавезног и добровољног здравственог осигурања“*Правни живот* 12/2009,853

2. УГОВОРНЕ СТРАНЕ У УГОВОРУ О ПРУЖАЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА

Уговорне стране у уговору о пружању здравствених услуга у добровољном здравственом осигурању су, као и у уговору о пружању здравствених услуга у обавезном здравственом осигурању, давалац осигурања и давалац здравствених услуга.

Давалац осигурања је дужан да закључи уговор са здравственом установом из Уредбе о Плану мреже здравствених установа, односно са другом здравственом установом, приватном праксом и другим даваоцем здравствених услуга за пружање здравствених услуга осигураницима из добровољног здравственог осигурања.

Међутим, постоји и другачији начин регулисања односа између даваоца осигурања и осигураника приликом остваривања права из добровољног здравственог осигурања. Наиме, даваоци осигурања и осигураници могу да се споразумеју да се на рачун осигураника уплаћују трошкови које је осигураник имао остваривањем права из добровољног здравственог осигурања, било у целини или делимично, или да им се исплаћује утврђена новчана накнада. У том случају давалац осигурања није у обавези да закључује уговор са здравственом установом, другим даваоцем здравствених услуга или приватном праксом.

Овакав исти модел се примењује приликом закључивања уговора о добровољном здравственом осигурању за време боравка осигураника у иностранству, па давалац осигурања није у обавези да закључује уговор о пружању здравствених услуга са иностраном здравственом установом или другим даваоцем здравствених услуга.

2.1. Давалац осигурања

Давалац осигурања се у овом уговору о пружању здравствених услуга не појављује у улози даваоца осигурања, као у претходно наведеном уговору о добровољном здравственом осигурању, већ у улози купца здравствених услуга које пружају здравствене установе. Да би давалац осигурања могао да испуни обавезе из уговора о осигурању закљученог са уговарачем осигурања или

осигураником, он мора претходно да обезбеди где ће се осигуранику пружити здравствена заштита.

Обезбеђивање здравствених услуга корисницима врши се закључивањем уговора о пословној сарадњи или уговора о пружању здравствених услуга осигураницима из добровољног здравственог осигурања.

Као што је претходно наведено, давалац осигурања у добровољном здравственом осигурању може да буде Републички фонд за здравствено осигурање или осигуравајућа друштва. Када је давалац осигурања Републички фонд за здравствено осигурање, у складу са уговором о добровољном осигурању, односно полисом осигурања и посебним условима, Фонд даваоцу здравствених услуга или осигуранику накнађује трошкове или део трошкова који настану остваривањем права из паралелног, додатног и комбинације паралелног и додатног добровољног здравственог осигурања као и износ уговорених новчаних накнада. За уговорену новчану накнаду, као и за услуге за које је уговором или полисом одређено да се трошкови или део трошкова исплаћују осигуранику, Завод их исплаћује осигуранику на рачун, у року од 14 дана од дана када је примио потпуну документацију на основу које може да утврди неспорно постојање и обим обавезе.

Републички фонд у спровођењу уговора о пружању здравствених услуга у добровољном здравственом осигурању сарађује са установама из Уредбе о Плану мреже здравствених установа, са другим здравственим установама, приватном праксом и другим даваоцима здравствених услуга. Међутим, Републички фонд као давалац осигурања у одређеним ситуацијама ће извршити рефундацију трошкова и када су уговорене здравствене услуге пружене код даваоца здравствених услуга са којима Републички фонд нема уговор о пословној сарадњи. Посебним условима за осигурање стоматолошких услуга, на пример, предвиђено је да осигураник сам плаћа трошкове стоматолошких услуга, које су покривене уговором о добровољном здравственом осигурању, а осигуравач му рефундира настале трошкове до уговореног износа, у року од 14 дана од дана пријема потпуне документације, с тим што лекар цензор осигуравача има право да изврши контролни преглед обављених стоматолошких услуга.

Осигуравајућа друштва као даваоци осигурања, такође, закључују уговоре о пословној сарадњи са даваоцима здравствених услуга. У случају настанка осигураног случаја, осигурана лица су у већини осигуравача обавезна да се јаве медицинској служби осигуравача која за осигурано лице уговара врсту, време прегледа и анализа у оквиру мреже пружалаца здравствених услуга. Ситуације у којима осигурано лице може да користи за уговорене медицинске услуге здравствене установе на територији Републике Србије које нису у оквиру мреже пружалаца здравствених услуга тог осигуравача су таксативно предвиђени изузеци. То су следеће ситуације:

- Кад је медицински третман неопходан за лечење у хитним медицинским случајевима утврђеним од стране надлежног овлашћеног лекара (а позив медицинској служби осигуравача је извршен у року од 24 сата од пруженог медицинског третмана);
- Код додатно уговореног осигуравајућег покрића трошкова лекова на рецепт;
- Када у радијусу од 30 км од места боравишта осигураног лица (из пријављене адресе становања у понуди) не постоји установа која је у мрежи пружалаца здравствених услуга а осигурано лице прими медицински оправдан третман у установи као пружаоцу здравствених услуга која се налази у радијусу од 30 км од места боравишта осигураног лица пријављеног као адреса становања из понуде,
- Када осигурано лице обавезно учествује са 30% у насталим трошковима лечења за уговорена осигуравајућа покрића (обавезна партиципација), односно када осигурано лице учествује са додатних 30 % у насталим трошковима за уговорена покрића а већ је уговорена општа партиципација.¹⁹⁷

Када осигурано лице користи уговорене медицинске услуге на овај начин, ван мреже пружалаца здравствених услуга, дужно је да осигуравачу достави сву документацију везану уз осигурани случај.

¹⁹⁷www.deltagenerali.rs/active/sr-latin/home/vrsteosiguranja/privatno_zdravstveno_osiguranje/sta_pokriva_pzo.html, 25. novembar 2012.

2.2. Давалац здравствених услуга

Као што је већ напоменуто, приликом обраде уговора о пружању здравствених услуга покривених обавезним здравственим осигурањем, према одредбама чл. 45. Закона о здравственој заштити, здравствену службу чине здравствене установе и приватна пракса и здравствени радници и здравствени сарадници који здравствену делатност обављају у здравственим установама и приватној пракси.

Здравствена установа обавља здравствену делатност, а приватна пракса одређене послове здравствене делатности.

2.2.1. Здравствене установе

Када је у уговору о добровољном здравственом осигурању давалац осигурања Републички фонд за здравствено осигурање, даваоци здравствених услуга су здравствене установе из Уредбе о плану мреже здравствених установа првенствено али, као што смо претходно навели могу да буду и друге здравствене установе. Наиме, Републички фонд за здравствено осигурање има уговоре о пословној сарадњи са здравственим установама ван Плана мреже здравствених установа које су у државној својини и у којима такође могу да се остварују права из добровољног здравственог осигурања.

Осигуравајућа друштва као даваоци осигурања, такође имају закључене уговоре о пословној сарадњи са бројним државним установама које, сагласно тим уговорима, могу да се појаве као даваоци здравствених услуга у уговорима о добровољном здравственом осигурању.

Међутим, ту се поставља један проблем који произлази из одредаба Правилника о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за 2011. годину ("Службени гласник", бр.4/2011) и Уредбе о добровољном здравственом осигурању. Наиме, овим правилником уређују се услови, критеријуми и мерила за закључивање уговора о пружању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања. Услов за закључивање уговора (чл. 4.) између Републичког фонда за здравствено осигурање

и даваоца здравствених услуга из обавезног здравственог осигурања је да је давалац обавезан да организује радно време које задовољава потребе осигураних лица (мисли се на обавезно осигурана лица), као и да нема право да у оквиру радног времена које је одређено за пружање уговорених здравствених услуга, организује промоције лекова, препарата и терапијског режима из производног програма фармацеутских компанија, као и да организује друге видове промоција послова и услуга који се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања.

У Правилнику није изричито поменуто пружање здравствених услуга осигураницима из уговора о добровољном здравственом осигурању, али је назначена обавеза организовања радног времена тако да се задовоље потребе (обавезно) осигураних лица. Када погледамо понуде осигуравајућих друштава, запазићемо да је, поред установа из Уредбе о плану мреже здравствених установа са којима наведена друштва имају уговоре о пословној сарадњи, наведено радно време расположиво за осигуранике из добровољног здравственог осигурања, које се поклапа са редовним радним временом, предвиђеним за пружање здравствених услуга осигураним лицима из обавезног здравственог осигурања.

Уредба о добровољном здравственом осигурању је у том погледу изричита, па се у чл. 36, 42. и 49. предвиђа да здравствена установа, приватна пракса, односно други давалац здравствених услуга са којима је Републички фонд закључио уговор о пружању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања могу закључити уговор са даваоцем осигурања о пружању здравствених услуга које су обухваћене паралелним, додатним, односно приватним здравственим осигурањем за оне капацитете за које није закључен уговор са Републичким фондом, односно за вишак капацитета у погледу кадра, простора и опреме.

Здравствена установа, приватна пракса, односно други давалац здравствених услуга који су закључили уговор о пружању здравствене заштите са даваоцем осигурања, здравствену заштиту обухваћену паралелним, додатним, односно приватним здравственим осигурањем, могу да пружају искључиво ван уговореног радног времена са Републичким фондом, односно на начин којим се не угрожава пружање здравствених услуга на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

У чл. 182. став 3. Закона о здравственом осигурању предвиђено је да су даваоци здравствених услуга из Плана мреже дужни да приоритетно закључе уговор са Републичким фондом за расположиве капацитете у погледу простора, опреме и кадрова, односно да приоритетно извршавају уговорне обавезе према Републичком фонду у односу на друга правна и физичка лица са којима имају закључене уговоре о пружању здравствених услуга.

Имајући у виду наведене одредбе и начин финансирања државних здравствених установа, сматрамо да пружање здравствених услуга осигураним лицима из добровољног осигурања код осигуравајућих друштава, у редовно радно време у државним здравственим установама, може да буде предмет контроле спровођења уговора закљученог са Републичким фондом за здравствено осигурање. Осим тога, чл. 53. Уредбе предвиђа новчану казну за прекршај за здравствену установу од 300.000 до 1.000.000 динара ако закључе уговор са даваоцем осигурања о пружању здравствене заштите која је обухваћена паралелним, односно додатним, односно приватним здравственим осигурањем за оне капацитете за које је закључен уговор са Републичким фондом за остваривање права из обавезног здравственог осигурања у погледу кадра, простора и опреме, односно ако ту здравствену заштиту не пружају искључиво ван уговореног радног времена са Републичким фондом, односно на начин који не угрожава пружање здравствених услуга на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

2 2 2. Приватна пракса

Као што је код давалаца здравствених услуга у обавезном здравственом осигурању обрађено, приватну праксу, у складу са одредбама чл. 55. Закона о здравственој заштити могу да оснују незапослени здравствени радник са положеним стручним испитом и здравствени радник - корисник старосне пензије, уз сагласност коморе здравствених радника, која је надлежна за одређену област.

Облици приватне праксе могу да буду:

- 1) ординација лекара, односно стоматолога, која може бити општа или специјалистичка;
- 2) поликлиника;

- 3) лабораторија за медицинску биохемију, клиничку биохемију, микробио-логију и патохистологију;
- 4) апотека;
- 5) амбуланта за здравствену негу и рехабилитацију;
- 6) лабораторија за зубну технику.

Приватна пракса може да буде уговорна страна у уговору о пружању здравствених услуга у добровољном здравственом осигурању и када је давалац осигурања Републички фонд за здравствено осигурање и када су даваоци осигурања осигуравајућа друштва.

Републички фонд за здравствено осигурање има на листи давалаца здравствених услуга са којима има закључен уговор о пословној сарадњи и приватну праксу. Посебним условима за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура код изабраног даваоца здравствених услуга (које су у примени од 29.12.2010. год.) и Посебним условима за осигурање стоматолошких услуга (које су у примени од 01.06.2011. год.), омогућено је осигураницима код Републичког фонда за здравствено осигурање на видове добровољног осигурања да своја права остварују код лекара, односно стоматолога у приватној пракси. С обзиром на то да се ради о потпуно новим актима и врстама добровољног осигурања, време ће показати колико ће овај вид осигурања да заживи у пракси.

Осигуравајућа друштва као даваоци осигурања су по својој природи и својинском статусу упућена на приватну праксу, па је остваривање права на здравствене услуге из добровољног здравственог осигурања у приватној пракси и здравственим установама у приватној својини за осигурана лица код осигуравајућих друштава природно и у пракси чешће него у државним установама.

ГЛАВА X – ДОПУНСКИ РАД ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

1. ДОПУНСКИ РАД ПРЕМА ОДРЕДБАМА ЗАКОНА О ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

Допунски рад је право запослених утврђено Законом о раду за све запослене у Републици Србији. Чланом 202. Закона о раду прописано је да запослени који ради пуно радно време код једног послодавца, може да закључи уговор о допунском раду са другим послодавцем, али највише до једне трећине радног времена. Уговором о допунском раду, који се закључује у писаном облику, одређује се новчана накнада за обављени рад и друга права и обавезе поводом допунског рада.

С обзиром на то да је Закон о раду дозволио да се поједина права, обавезе и одговорности из радног односа уређују и посебним законима, Законом о здравственој заштити је питање допунског рада здравствених радника прилагођено специфичностима здравствене делатности.

Допунски рад у здравству је питање од посебног значаја за све учеснике у поступку остваривања права на здравствену заштиту и права из здравственог осигурања. Остваривањем допунског рада здравствени радници битно утичу на поправљање свог материјалног положаја и статуса у оквиру система здравствене заштите, јер ће само они који имају стручни углед, квалитет рада и препознатљиви су од стране пацијената бити ангажовани у допунском раду, било код свог послодавца или у другој установи. Здравственим установама у државној и приватној својини, а посебно приватној пракси, омогућавање допунског рада здравственим радницима даје боље могућности за организовање здравствене заштите и пружање здравствених услуга пацијентима. Пацијентима је питање допунског рада здравствених радника, такође, веома значајно, јер им омогућава доступност неких здравствених услуга које нису обухваћене обавезним здравственим осигурањем у погледу садржаја, обима и стандарда или начина и поступка остваривања. У решавању допунског рада здравствених радника појављује се и сва сложеност односа између државних здравствених установа, с једне стране, и приватних

здравствених установа и приватне праксе, с друге стране, као и значај улоге Републичког фонда за здравствено осигурање који закључује уговоре о пружању здравствене заштите са даваоцима здравствених услуга у обавезном, али и добровољном здравственом осигурању.

У Закону о здравственој заштити, усвојеном 2005. год., у чл. од 199. до 202. била је предвиђена могућност допунског рада здравствених радника запослених у здравственим установама и приватној пракси, који раде пуно радно време, за обављање одређених послова здравствене делатности код свог послодавца или других послодаваца, ван редовног радног времена. Допунски рад се остварује закључивањем уговора о допунском раду са директором здравствене установе или носиоцем здравствене службе код које здравствени радник допунски ради.

Уговором о допунском раду који се обавезно закључује у писаном облику предвиђају се: врста допунског рада, начин обављања допунског рада, време трајања рада, висина и начин утврђивања накнаде за рад, обвезник уплате накнаде за рад и други неопходни елементи.

Такође је било предвиђено да здравствени радник који ради пуно радно време може да закључи само један уговор о допунском раду. За закључивање уговора о допунском раду, здравствени радник мора да прибави сагласност послодавца код кога ради пуно радно време. У здравственој установи ту сагласност даје директор и стручни савет, а у приватној пракси оснивач приватне праксе. Такође је предвиђено да здравствена установа (у државној својини) може да да сагласност запосленом здравственом раднику само ако његов рад ван матичне установе неће штетно утицати на организацију рада појединих делова здравствене установе или на здравствену установу у целини.

Има мишљења у литератури¹⁹⁸ да закон није искористио могућност да заштити носиоце здравствене службе забраном конкуренције у радноправном смислу, јер је то најзначајније питање у односима послодавца код кога здравствени радник ради пуно радно време и другог послодавца код кога здравствени радник допунски ради. Та незаинтересованост законодавца указује да

¹⁹⁸ Р.Суџум “Допунски рад лекара (са инструкцијом)” *Радно-правни саветник*, 9/2008,97.

у нашем здравству не постоје тржишни односи ни у мери у којој је то пожељно, па не постоји интерес здравствених установа за том врстом заштите, јер им још увек није неопходно да се у већој мери боре за пацијенте, а од угледа им не зависи доходак.

Вероватно са том идејом о заштити од конкуренције законодавац је приликом израде Закона о здравственој заштити предвидео (у Прелазним и завршним одредбама чл. 277., којим је предвиђено да здравствени радник који је запослен у здравственој установи у државној својини, који ради пуно радно време, може да обавља одређене послове здравствене делатности из своје струке код оснивача приватне праксе, односно код оснивача здравствене установе у приватној својини, по основу уговора о допунском раду из чл. 199. - 202. закона) у периоду од најдуже три године од дана ступања закона на снагу. С обзиром на то да је Закон о здравственој заштити ступио на снагу 10.12.2005. год, ове одредбе су ступиле на снагу 11.12.2008.год.

Здравственом раднику који настави да ради и после овог рока код оснивача приватне праксе, односно оснивача здравствене установе у приватној својини, престаће радни однос у здравственој установи у државној својини.

Примена овог члана изазвала је велике полемике у стручној јавности и међу здравственим радницима. Лекарска комора Србије је у августу месецу 2008. год. покренула пред Уставним судом Србије поступак за оцену уставности чл. 277. Закона о здравственој заштити, са захтевом за изјашњавање у року од 90 дана или за доношење привремене мере до коначног одлучивања. Мишљење многих правника је да се овим чланом дискриминишу здравствени радници, у односу на друге запослене у Републици, јер им се ускраћују и ограничавају права на допунски рад, ограничава слобода избора рада који су предвиђени Законом о раду за све запослене и Универзалном конвенцијом о заштити људских права и слобода.

Поступајући по поднетој иницијативи, Уставни суд је на седници одржаној 18. новембра 2010.године донео Решење ИУз-164/2008 којим је покренуо поступак

за оцену уставности и сагласности са потврђеним међународним уговором наведених одредаба Закона о здравственој заштити.¹⁹⁹

Поред спорних уставноправних питања, Суд је оценио да се може поставити и питање сагласности оспореног члана 277. Закона са одредбама члана 1. Конвенције Међународне организације рада бр.111 и члана 1. Ревидиране европске социјалне повеље.

Након доношења Решења Уставног суда о покретању поступка за оцену уставности и сагласности са потврђеним међународним уговором одредаба члана 277. Закона о здравственој заштити, Народна скупштина је на седници од 23. новембра 2010. год. донела Закон о изменама и допунама Закона о здравственој заштити.²⁰⁰ Чланом 9. наведеног закона је прописано да овај закон ступа на снагу осам дана од дана објављивања, што значи да је ступио на снагу 1. децембра 2010. године. Одредбом члана 7. овог закона извршено је брисање члана 277. основног текста Закона о здравственој заштити, тако да је од 1. децембра 2010. године престала да важи забрана за здравствене раднике запослене са пуним радним временом у здравственој установи у државној својини да допунским радом обављају одређене послове здравствене делатности из своје струке код оснивача приватне праксе, односно код оснивача здравствене установе у приватној својини.

¹⁹⁹ Као спорна постављена су следећа уставноправна питања:

- да ли се оспореним одредбама Закона доводи у питање достигнути ниво права на допунски рад здравствених радника који је прописан одредбама чл.199. до 202. истог закона, јер се тако утврђено право прелазним одредбама Закона најпре временски ограничава за једну категорију здравствених радника, а потом и модификује смањивањем обима овог права у односу на круг послодаваца код којих се допунски рад може обављати;
- да ли се оспореним одредбама Закона доводи у дискриминисани положај здравствени радник запослен у државној здравственој установи коме се забрањује допунски рад у приватној здравственој установи и приватној пракси по два основа – у односу на друге професије и занимања и у односу на здравственог радника запосленог у приватној здравственој установи и приватној пракси, који допунски рад може да обавља у свим здравственим установама и приватној пракси, супротно одредбама члана 21. Устава којима је зајемчена забрана дискриминације;
- да ли је овим одредбама Закона повређено право здравственим радницима из државних здравствених установа на доступност радних места под једнаким условима из чл.60. Устава, јер за њих постоји забрана обављања допунског рада у одређеним облицима здравствене службе након протека рока од три године од дана ступања на снагу оспореног Закона.

²⁰⁰ "Службени гласник РС", бр.88/2010

Уставни суд је Решењем број:Јуз – 164/2008 од 14. јула 2011.године обуставио поступак за оцену уставности и сагласности са потврђеним међународним уговором одредаба члана 277. Закона о здравственој заштити, имајући у виду да је брисањем оспореног члана извршено усаглашавање оспореног Закона са Уставом и тиме отклоњена сва спорна уставноправна питања.

Међутим, постојала су и мишљења која оправдавају интервенцију државе у области здравствене заштите, јер се ради о сувише значајним јавним интересима који не могу да се препусте у потпуности слободном тржишту капитала и радне снаге²⁰¹ Ограничавајући фактор је и постојање обавезног здравственог осигурања и интерес осигураника да у оквиру права из тог осигурања остваре право на бесплатну здравствену заштиту. Постоје и значајна ограничења слободе кретања радне снаге, посебно врхунских стручњака у здравству, који располажу монополном знања у струци, због права послодаваца да се заштите од конкуренције.

Идеја ове одредбе је, осим заштите од конкуренције, била и да се део здравствених радника запослених у државним здравственим установама определи за рад у приватним здравственим установама или у приватној пракси (поготово они који су суштински власници приватних ординација које се воде формално на друга лица), чиме би се упразнила радна места за запошљавање младих незапослених здравствених радника.

Међутим, до реализације ове идеје није дошло, јер је после ступања чл. 277. Закона на снагу занемарљив број здравствених радника напустио своја радна места у државним установама ради преласка у приватне. Осим тога, због незадовољства и притиска здравствених радника који нису имали где да реализују право на допунски рад, јер допунски рад у државним установама није заживео у обиму који би задовољио потребе свих оних који су радили у допунском раду пре ступања чл. 277. на снагу, дошло је до измене одредаба чл. 199 - 202. Закона о здравственој заштити.

У тексту измењених чланова 199 – 202. Закона предвиђено је да здравствени радници, али и здравствени сарадници и друга лица запослена у

²⁰¹ Р.Суџум “Прописи о здравственом раду здравствених радника“*Радно-правни саветник*, 12/2008, 69.

здравственој установи или приватној пракси који чине тим са здравственим радником у обављању здравствене делатности, могу да обављају допунски рад у здравственој установи или приватној пракси ван редовног радног времена.

Допунски рад здравствени радник може да обавља код послодавца код кога је запослен са пуним радним временом или код другог послодавца (без обзира да ли је у државном или приватном власништву) само под условом да овај рад не утиче на организацију рада здравствене установе.

Уговор о допунском раду може да покрива највише до једне трећине пуног радног времена.

У односу на одредбе из основног текста закона, запажамо да је избрисано ограничење да је могуће закључење само једног уговора о допунском раду (мада се помиње уговор у једнини), да није потребно да се затражи претходна сагласност директора, односно стручног савета за одобравање допунског рада и да је регулисан допунски рад здравствених сарадника и других лица у тиму са здравственим радником.

Брисањем члана 277. из Прелазних и завршних одредаба закона, који је забранио рад здравствених радника запослених у државним здравственим установама у здравственим установама у приватној својини и приватној пракси после 10. децембра 2008. год., здравствени радници су изједначени у правима на допунски рад са осталим професијама и занимањима у складу са Законом о раду.

2. ДОПУНСКИ РАД ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА ПРЕМА ОДРЕДБАМА

ПРАВИЛНИКА О ДОПУНСКОМ РАДУ

У основном тексту Закона о здравственој заштити у чл. 199. став 6. прописано је да министар надлежан за послове здравља прописује начин, поступак и услове за обављање допунског рада. У Прелазним и завршним одредбама предвиђено је да министар доноси прописе за спровођење овог закона у року од 12 месеци од дана ступања на снагу закона, што значи да је прописе требало донети до 10. 12. 2006. године.

С обзиром на то да подзаконски акт за спровођење закона који се тиче допунског рада није донет до новембра 2008. године, министар надлежан за

послове здравља (иначе овлашћен и за доношење Правилника о начину, поступку и условима за обављање допунског рада здравствених радника у здравственој установи или приватној пракси) је 4. 8. 2008. године издао Инструкцију о допунском раду здравствених радника запослених у здравственим установама.

Инструкција је имала за циљ да попуни правну празнину у периоду до доношења Правилника који је једини правни акт који по Закону о здравственој заштити регулише начин, поступак и услове за обављање допунског рада, као и да припреми здравствене установе на увођење и организацију допунског рада у складу са Законом о здравственој заштити. У уводу Инструкције је наведено да се њоме указује на организацију и спровођење допунског рада, ради јединствене организације допунског рада у здравственим установама из Плана мреже здравствених установа и пружања здравствених услуга које нису обухваћене правима из обавезног здравственог осигурања.

У Инструкцији су обрађени: правни основ за организацију допунског рада, могућност обављања допунског рада здравствених радника запослених у здравственим установама у државној својини почев од 11. децембра 2008. год, здравствене услуге за које се може закључити уговор о допунском раду, сагласност министарства за организовање допунског рада у здравственим установама, закључивање уговора о допунском раду, финансирање здравствених услуга по основу допунског рада, обавештавање пацијената о допунском раду здравствених радника, рад са непуним радним временом и могућност примене допунског рада који је прописан Законом о раду. Из наслова који су Инструкцијом обрађени јасно је да је Инструкција превазишла свој правни домет и да је преузела на себе уређивање односа, што није у складу са значајем и правном снагом ове врсте акта.

Ипак, важење Инструкције је било краткотрајно, до новембра 2008. године када је усвојен Правилник о начину, поступку и условима за обављање допунског рада здравствених радника у здравственој установи или приватној пракси, који је ступио на снагу 03. 12. 2008. године, непосредно пред ступање на снагу одредаба Закона о здравственој заштити чије је важење било одложено три године.

Правилником је утврђен начин, поступак и услови за обављање допунског рада у здравственој установи, здравствене услуге које могу да се обављају

организовањем допунског рада, поступање здравствених установа за добијање одобрења за обављање допунског рада и организација допунског рада. У прилогу текста Правилника су обрасци које здравствена установа треба да попуни да би добила одобрење за допунски рад од Министарства надлежног за послове здравља.

Правилником је, на основу одредаба Закона о здравственој заштити који је тада важио, предвиђено да здравствени радник може да има само један закључен уговор о допунском раду и да је дужан да затражи претходну сагласност директора здравствене установе и стручног савета. Затим, Правилник је уредио питање допунског рада здравствених радника са непуним радним временом, иако Закон о здравственој заштити ово питање не регулише, нити је предвидео да се регулише Правилником.

Примена Правилника је довела до потпуног обустављања допунског рада здравствених радника који су запослени у државним здравственим установама у приватним здравственим установама или приватној пракси. Од овог правила, које је изазвало велико незадовољство здравствених радника, али и оснивача приватних здравствених установа и приватне праксе, постојао је изузетак. То је био допунски рад наставника и сарадника медицинских факултета који су добијали сагласност наставно–научних већа факултета као запослени првенствено на факултетима (где им се налазе и радне књижице), иако истовремено раде и у државним здравственим установама, који су наставили да раде допунски у приватним здравственим установама и приватној пракси. Правилницима о допунском раду на универзитетима, је у складу са Законом о високом образовању, предвиђено да наставно – научна већа факултета дају сагласност наставницима и сарадницима за рад у оквиру универзитета или на другој високошколској установи изван састава универзитета, или у своје име и за свој рачун, као и за рачун другог правног или физичког лица²⁰².

У периоду од почетка важења Правилника о начину, поступку и условима за обављање допунског рада здравствених радника у здравственој установи или приватној пракси Наставно - научно веће Медицинског факултета је на свакој седници давало бројне сагласности за допунски рад наставницима и сарадницима,

²⁰² Члан 9., Правилника о давању сагласности за рад наставника и сарадника Универзитета у Београду у другој високошколској установи“*Гласник Универзитета у Београду*, 132/2006

поготово за приватне здравствене установе и приватну праксу, што се показало као значајна привилегија здравствених радника који су истовремено изабрани у сарадничка и наставничка звања, у односу на друге здравствене раднике запослене у државним здравственим установама у Србији. Имајући у виду одредбе Правилника о обавештавању послодавца код кога је здравствени радник запослен са непуним радним временом о добијању сагласности за допунски рад од другог послодавца (иако се рад наставника на клиничким предметима на Медицинском факултету не регулише на овај начин), а посебно имајући у виду организацију рада у здравственим установама, наставници и сарадници на клиничким предметима су прибављали и сагласност директора наставне базе – клинике, института или клиничког центра у којима обављају здравствену делатност, поред сагласности Наставно – научног већа Медицинског факултета.

Ова могућност допунског рада наставника и сарадника на медицинским факултетима је допринела очувању квалитета рада приватних здравствених установа и приватне праксе, које су остале потпуно без консултаната из државних здравствених установа, на којима већина ових установа и заснива свој углед и број пацијената. Изузетак, који је у овом периоду важио за наставнике и сараднике на медицинским факултетима, био је у складу са одредбама Закона о раду (који у чл.202. даје право запосленима који раде пуно радно време код једног послодавца да закључе уговоре о допунском раду са другим послодавцем), а суштина је била у томе што су у овој ситуацији они третирани као запослени у високошколским установама, а не као здравствени радници - запослени у здравственим установама. Као што смо већ поменули, ова ситуација је промењена изменама и допунама Закона о здравственој заштити од 23. 11. 2010. године, којим је чл. 277. Закона (о забрани допунског рада запослених здравствених радника из државних установа у приватним установама и приватној пракси) укинута и ограничење допунског рада здравствених радника из државних здравствених установа у приватним здравственим установама и приватној пракси престало да важи.

3. ЗДРАВСТВЕНЕ УСЛУГЕ КОЈЕ МОГУ ДА СЕ ОБАВЉАЈУ ДОПУНСКИМ РАДОМ

Правилником о начину, поступку и условима за обављање допунског рада здравствених радника у здравственој установи или приватној пракси, у складу са чл. 199. основног текста Закона о здравственој заштити, предвиђене су услуге за које може да се закључи уговор о допунском раду и то су:

- 1) за пружање здравствених услуга које нису обухваћене обавезним здравственим осигурањем у погледу садржаја, обима и стандарда, односно за здравствене услуге које се не остварују у складу са начином и поступком остваривања права из обавезног здравственог осигурања;
- 2) за пружање здравствених услуга које здравствена установа пружа за потребе организације обавезног здравственог осигурања, а за које не може на друкчији начин да обезбеди одговарајуће здравствене раднике;
- 3) за пружање здравствених услуга које здравствена установа пружа за потребе лица која немају својство осигураног лица у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање.

Ове одредбе се односе и на државне здравствене установе и на установе у приватној својини и приватну праксу. Питање које се указује као спорно је онемогућавање здравствених радника који у допунском раду раде у приватним здравственим установама и приватној пракси да обављају здравствене услуге које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем. Мотиви законодавца су вероватно били да се спречи „превођење“ пацијената из државних у приватне здравствене установе за здравствене услуге које плаћа обавезно здравствено осигурање државним здравственим установама.

Питање преусмеравања пацијената из државних здравствених установа у приватне установе изазива реакције у јавности од отварања првих приватних ординација и почетка ангажовања лекара који обављају допунски рад у овим ординацијама. Ово нарочито долази до изражаја када се десе неке непредвиђене ситуације, као што је лош исход лечења у приватним установама.

Наводе се бројни примери и случајеви из праксе у којима је пацијентима из различитих разлога саветовано од стране лекара у државним установама да наставе лечење у приватној ординацији, најчешће у оној у којој је тај лекар ангажован у

допунском раду (или је прикривени власник). Чињеница је да је у протеклим годинама било ситуација у којима пацијенти у државним установама нису могли да добију здравствену заштиту из појединих области, нарочито када је реч о примени нових технологија, где су суочени са листама чекања, па су били принуђени на одлазак у приватне ординације.

Међутим, увођењем тржишних законитости у сферу здравственог осигурања, па и самим увођењем добровољног осигурања код кога се уплатом премије добија виши стандард здравствених услуга које су предвиђене обавезним здравственим осигурањем, ови разлози губе на значају. Осим тога, пацијенти треба да имају право избора здравствене установе у којој ће да се лече, без обзира да ли здравствена установа има склопљен уговор са Републичким фондом за здравствено осигурање и да ли пружа здравствене услуге покривене обавезним здравственим осигурањем.

Такође, ове одредбе су контрадикторне са одредбама члана 3. Правилника у коме је наведено да здравствена установа односно приватна пракса може да организује допунски рад за пружање оних здравствених услуга које спадају у делатност те здравствене установе односно приватне праксе, у складу са решењем о испуњености услова за обављање здравствене делатности. У пракси се чл. 199. Закона о здравственој заштити и чл. 2. Правилника не поштују, што се тиче допунског рада који се организује у оквиру приватних здравствених установа и приватне праксе, јер се пружају и оне здравствене услуге које су предвиђене обавезним здравственим осигурањем, често на вишем нивоу и стандарду.

Међутим, за здравствене установе из Уредбе о плану мреже здравствене заштите таксативно су чл. 9. Правилника предвиђене услуге које могу да пружају допунским радом.²⁰³

²⁰³ 1) медицинска испитивања ради утврђивања здравственог стања, телесног оштећења и инвалидности у поступцима код надлежног органа, осим испитивања по упуту стручно-медицинског органа у поступку остваривања права из здравственог осигурања, односно ради остваривања одређених права код других органа и организација; 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, за бављење рекреацијом и спортом; 3) утврђивање здравственог стања осигураног лица по захтеву других органа, односно које се не остварује по захтеву стручно-медицинских органа у поступку у складу са овим законом (код осигуравајућих друштава, судова, у кривичном и преткривичном поступку, код издавања потврда за возаче моторних возила, утврђивања здравствене способности по предлогу послодавца, мера у вези са заштитом на раду итд.); 4) специфичну здравствену заштиту запослених као

друштvenu бригу за здравље на нивоу послодавца у складу са законом, с обзиром да специфичну здравствену заштиту обезбеђује послодавац из својих средстава; 5) коришћење здравствене заштите у супротности са начином и поступком остваривања здравствене заштите који је прописан законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона; 6) обезбеђење личног комфора и посебне удобности, односно смештаја и личне неге у стационарној здравственој установи, односно смештај у једнокреветну или двокреветну болничку собу са посебним купатилом, као и телевизором, телефоном и другим ванстандардним условима смештаја, а који није медицински неопходан или се врши на лични захтев; 7) пружање здравствене услуге или медицинског поступка ангажовањем одређеног здравственог радника, односно тима здравствених радника на основу личног захтева пацијента или чланова његове породице, односно законских заступника пацијента; 8) здравствену заштиту која је повезана са лечењем акутног пијанства; 9) 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 које су настале након мастектомије и естетске корекције након тешких повреда, односно болести које су неопходне за успостављање битних функција органа и делова тела; 10) прекид трудноће из немедицинских разлога; 11) необавезне имунизације и имунизације које су везане за путовање у иностранство или за обављање одређеног посла; 12) стоматолошке услуге које нису утврђене као право из обавезног здравственог осигурања у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона; 13) дијагностику и лечење сексуалне дисфункције или сексуалне неадекватности, укључујући импотенцију, здравствене услуге, лекове и медицинско-техничка помагала која су везана за промену пола и реверзија претходне добровољне хируршке стерилизације; 14) хируршки или инвазивни третман (укључујући гастрични 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 код новооткривених болесника са шећерном болешћу и болесника са терминалном бубрежном инсуфицијенцијом; 15) методе и поступке алтернативне, комплементарне или традиционалне медицине; 16) прегледе и лечење професионалних и аматерских спортиста 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 уколико се вид не може адекватно побољшати коришћењем наочара или контактних сочива; 18) санитарски превоз и хитан ваздушни саобраћај у случајевима који се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања; 19) хидротерапију, терапију хипнозом, електрохипнозу, електрослип терапију, електронаркозу и наркосинтезу; 20) психолошко саветовање које се односи на промену понашања, третман лоших породичних и радних односа и неспособност памћења и учења; 21) дуготрајну негу и кућну негу, као и негу у здравственој установи која се превасходно пружа с циљем убичајене 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; 22) уградњу медицинско-техничких помагала и имплантата који су преко стандарда функционалности који је медицински неопходан за третман болести или повреде; 23) лечење компликација које су последица здравствених услуга које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са законом којим се уређује обавезно здравствено осигурање; 24) друге врсте здравствених услуга које нису утврђене као право из обавезног здравственог осигурања, у складу са општим актима Републичког завода, односно здравствену заштиту која се обезбеђује закључивањем уговора о добровољном здравственом осигурању у складу са прописима којима се уређује добровољно здравствено осигурање.

Здравствене услуге у области дијагностике и лечења које су у фази истраживања, односно експеримента; лечење уз примену лекова и медицинских средстава који су у фази клиничких испитивања; дијагностика, лечење и рехабилитација, лекови и медицинско-техничка помагала који се не примењују у складу са прихваћеним стандардима медицинске, стоматолошке и фармацеутске праксе, не могу се пружати у оквиру допунског рада.

Ограничења у врстама услуга које здравствене установе могу да пружају у допунском раду, довела су неке здравствене установе у неравноправан положај и онемогућила су увођење допунског рада (на пример домови здравља, установе слабије опремљене и сл.).

4. ОРГАНИЗОВАЊЕ ДОПУНСКОГ РАДА У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

Организовање допунског рада у здравственим установама врши се на основу Плана допунског рада који доноси директор здравствене установе на предлог стручног савета, односно оснивач приватне праксе.

План садржи здравствене услуге које ће се обављати допунским радом, организацију здравствене установе односно приватне праксе за обављање допунског рада, списак здравствених радника који ће се ангажовати за обављање допунског рада и финансијске показатеље за организовање допунског рада.

Контролу испуњености услова здравствене установе из Плана мреже здравствених установа за обављање допунског рада врши Министарство надлежно за послове здравља које утврђује да ли здравствена установа испуњава законом и правилником прописане услове за организовање допунског рада и за остваривање циљева и задатака организовања допунског рада. Министарство може да утврди да план не испуњава утврђене циљеве и задатке, да укаже установи на уочене недостатке и одреди рок за испуњење тих услова.

Када се утврди да су услови испуњени, здравствена установа може да почне са допунским радом а Министарство врши сваких 12 месеци контролу испуњености услова за обављање допунског рада.

Допунски рад здравствених радника се заснива закључењем уговора о допунском раду, који се закључује на 12 месеци. Здравствена установа је дужна да

води евиденцију о закљученим уговорима о допунском раду и да доставља по примерак уговора за сваког здравственог радника.

Допунски рад може да траје у укупном времену до једне трећине од пуног радног времена, а здравствени радник пружа одређени број одређене врсте здравствених услуга за одређени број пацијената. Према чл. 200. основног текста Закона о здравственој заштити, било је предвиђено да се правилником пропише број пацијената, здравствених услуга или медицинских поступака који се могу обавити по основу уговора о допунском раду. Правилником, међутим, ове одредбе нису разрађене, а изменама Закона о здравственој заштити чл. 200. је измењен и не садржи ову обавезу за уређивање Правилником.

Уговор о допунском раду се закључује у писменом облику и садржи: врсту, начин, време трајања посла, висину и начин утврђивања накнаде за рад и обвезника уплате утврђене накнаде за пружену здравствену услугу.

Пацијент, или осигуравајуће друштво, ако се ради о лицу које је добровољно здравствено осигурано, коме је пружена здравствена услуга у допунском раду која није обухваћена обавезним здравственим осигурањем, или се ради о лицу које није обавезно осигурано, уплаћује здравственој установи утврђену накнаду за пружену здравствену услугу. Што се тиче обавезно осигураних лица и лица која имају закључен уговор о добровољном здравственом осигурању, у државним здравственим установама њима могу да се наплаћују само услуге наведене у чл. 9. Правилника и то кад се обављају у оквиру допунског рада у тој здравственој установи. Када се ради о здравственим услугама које здравствена установа пружа за потребе организације обавезног здравственог осигурања а за које не може на друкчији начин да обезбеди одговарајући кадар, него се пружају у допунском раду, организација обавезног здравственог осигурања уплаћује здравственој установи утврђену накнаду за пружену здравствену услугу за лица која су обавезно осигурана.

О пруженој здравственој услузи здравствена установа, односно приватна пракса дужна је да пацијенту изда рачун на прописаном обрасцу, односно да за пружене здравствене услуге изда фактуру организацији обавезног здравственог осигурања, односно осигуравајућем друштву, у складу са прописима којима се уређује здравствено осигурање.

Здравствена установа, односно приватна пракса дужна је да исплати здравственом раднику, здравственом сараднику, односно другом запосленом лицу уговорену накнаду из уговора о допунском раду, са првом наредном исплатом плате, а најкасније у року од 30 дана од дана пружања здравствене услуге, односно од дана преноса средстава од организације обавезног здравственог осигурања, односно од осигуравајућег друштва.

Здравствена установа у финансијском плану посебно исказује и води средства остварена по основу обављања допунског рада а послодавци који организују допунски рад дужни су да пацијенту пруже потребне информације о начину и поступку пружања здравствених услуга у оквиру допунског рада, као и да на видном месту истакну обавештења о организацији допунског рада, као и лицима која су ангажована по основу уговора о допунском раду.

Забрана пружања здравствених услуга које су предвиђене обавезним здравственим осигурањем, осим оних код којих постоји дефицит у кадровима или капацитету, у оквиру допунског рада у државним здравственим установама има своје оправдање, јер би у противном постојала могућност намерног пребацивања пацијената из редовног радног времена у допунски рад. У пракси су се већ појавиле примедбе пацијената, здравствених радника и заштитника грађана²⁰⁴ које указују на злоупотребе допунског рада у здравству. У Извештају заштитника грађана појавили су се случајеви организовања лечења осигураника из обавезног здравственог осигурања у оквиру допунског рада, за здравствене услуге покривене обавезним здравственим осигурањем, уз наплату услуга од осигураника, затим, организовање допунског рада без сагласности Министарства надлежног за послове здравља, укључивање у допунски рад здравствених радника који раде скраћено радно време због отежаних услова рада. Заштитник грађана је предложио да Народна скупштина преиспита да ли треба да остане могућност да запослени у органу јавне управе (где спадају и јавне службе), без посебних механизма заштите од злоупотреба, могу допунски да раде истоврсан посао у допунском раду (јавном или приватном), а да то не представља својеврсан конфликт интереса.

²⁰⁴Редован годишњи извештај Заштитника грађана за 2010. ("Службени гласник", бр. 28/2011) 35.

Овом предлогу се супротстављају здравствени радници који сматрају да је право на допунски рад право установљено законима о раду и здравственој заштити и да због злоупотреба појединаца не сме да буде ускраћено нити здравственим радницима нити пацијентима, већ је потребно спровести одговарајући систем контроле и санкционисања злоупотреба.

Због измена Закона о здравственој заштити из децембра 2010. год ("Службени гласник РС", бр. 99/2010) и примедби на Правилник, у поступку је израда новог Правилника о допунском раду здравствених радника (који још увек није донет).

IV

ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ – ПЕРСПЕКТИВА

ГЛАВА XI – КВАЛИТЕТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

1. Стање квалитета здравствене заштите

Под квалитетом здравствене заштите, према одредбама Закона о јавном здрављу²⁰⁵, подразумева се организација ресурса у здравству на најделотворнији начин, како би се задовољиле потребе корисника за превенцијом и лечењем, на безбедан начин, без непотребних губитака и на високом нивоу њихових захтева.

Квалитет представља резултат начина на који се користе ресурси а не количину ресурса којим располаже здравствени систем. За остварење квалитета битно је поштовање права пацијената и безбедан начин пружања здравствене заштите. У дефиницији квалитета здравствене заштите можемо да издвојимо следеће елементе: на првом месту кориснике здравствене заштите односно пацијенте, затим здравствене раднике и сараднике као пружаоце здравствене заштите и управљање квалитетом.

Под квалитетом здравствене заштите, према одредбама Закона о здравственој заштити²⁰⁶, подразумевају се мере и активности којима се, у складу са савременим достигнућима медицинске, стоматолошке и фармацеутске науке и праксе, као и савременим достигнућима науке и праксе која доприноси вишем нивоу квалитета здравствених услуга које пружају здравствени сарадници, повећавају могућности повољног исхода и смањује ризик настанка нежељених последица по здравље и здравствено стање појединца и заједнице у целини.

Принципи квалитета здравствене заштите према Стратегији за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента²⁰⁷, коју је донела Влада Србије у фебруару 2009.године, су:

- усмереност на корисника – пацијента;
- безбедност пацијента и здравствених радника;
- делотворност здравствене заштите;
- правременост здравствене заштите;

²⁰⁵ Вид.чл.2. Закона о јавном здрављу("Службени гласник РС", бр.72/09)

²⁰⁶ Вид.чл.203.Закона о здравственој заштити ("Службени гласник РС", бр. 107/05, 88/10, 99/10, 57 /11).

²⁰⁷ Вид."Службени гласник РС" , бр. 15/2009.

- ефикасност у коришћењу ресурса;
- правичност у приступу услугама.

За достизање квалитета здравствене заштите потребно је да се успоставе стандарди за три основна аспекта здравствене заштите, а то су: структура, процес и исход.

Структура представља ресурсе неопходне за обезбеђивање здравствене заштите који подразумевају административне, организационе и технолошке могућности система да пружи квалитетну здравствену заштиту и задовољи потребе корисника. Структура подразумева број здравствених установа, територијалну дистрибуцију, доступност, величину, опремљеност, број и структуру здравствених радника и сарадника, њихово знање, вештине, оптерећеност, мотивацију и финансирање.

Процес обухвата активности које се предузимају од првог контакта корисника са системом здравствене заштите до решавања његовог здравственог проблема или задовољења потребе. Под процесом се подразумевају садржај и време пружања услуга, комуникација пацијента са здравственим радником, информисање пацијента и укључивање у процес доношења одлука које се тичу здравствене заштите.

Исход је резултат процеса и односи се на побољшање здравственог стања пацијента али и представља задовољство пацијента пруженом здравственом заштитом.

Које су карактеристике квалитета здравствене заштите у Србији данас?

Квалитет пружања здравствене заштите у различитим здравственим установама је неуједначен, што је условљено многим факторима. Пацијенти у појединим установама добијају здравствену заштиту, која је недовољна, неадекватна или непотребна, што често не зависи од ресурса. Исходи по здравље пацијената такође варирају, здравствене технологије се не користе свуда ефикасно, што зависи и од стечених нових знања здравствених радника, од којих се захтева све већи степен усавршавања и специјализације у струци. Ово технолошко усавршавање доводи до истовременог отуђивања од пацијената, који траже примену савремених метода и технологије, али и посвећеност здравствених

радника решавању свог здравственог проблема. Време чекања на одређене процедуре и интервенције је предуго, постоји незадовољство пацијената пруженим здравственим услугама, а с друге стране и незадовољство здравствених радника својим статусом и приходима. Трошкови здравствене заштите расту због развоја нових технологија и метода и старења становништва Србије.

Поставља се, међутим, питање да ли је у пракси све баш тако. У процесу сталног унапређења квалитета рада у здравственим установама, који је почео на иницијативу Министарства здравља 2004. године, седму годину за редом Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ обавио је испитивање задовољства корисника радом здравствених установа у Републици Србији.

Задовољство корисника испитивано је према стручно-методолошком упутству тога института у свим установама примарне здравствене заштите у службама опште медицине, медицине рада, здравствене заштите деце, здравствене заштите жена и стоматолошке здравствене заштите, у стационарним здравственим установама на четири одељења (интерно, хирургија, рехабилитација и гинекологија са акушерством) и у специјалистичко-консултативним амбулантама интерне медицине.

Испитивање задовољства обављено је 29. новембра 2010. год. у наведеним службама примарне здравствене заштите и у специјалистичко-консултативним амбулантама интерне медицине за једнодневну популацију корисника, док је у стационарним здравственим установама обухваћена петодневна (29. 11 –3. 12.) популација корисника након отпуста са одељења. Сви подаци представљени у следећим табелама и графиконима преузети су из Прегледа најважнијих резултата испитивања задовољства корисника у државним здравственим установама Републике Србије 2010. год. из Института за јавно здравље Србије „Др. Милан Јовановић Батут“

Резултати испитивања у службама примарне здравствене заштите су приказани у табели 1.

Табела 1 - Опште задовољство корисника у службама примарне здравствене заштите.

ЗАДОВОЉСТВО КОРИСНИКА	ОПШТА МЕДИЦИНА		ПЕДИЈАТРИЈА		ГИНЕКОЛОГИЈА	
	2009.	2010.	2009.	2010.	2009.	2010.
Веома незадовољан	3,8%	3,2%	3,5%	2,8%	3,4%	3,1%
Незадовољан	2,2%	2,0%	2,0%	1,8%	1,9%	1,9%
Ни задовољан ни незадовољан	14,4%	12,4%	16,9%	14,3%	16,5%	15,3%
Задовољан	46,5%	45,4%	46,5%	45,3%	47,9%	45,4%
Веома задовољан	33,1%	36,9%	31,1%	35,8%	30,2%	34,0%
Средња оцена задовољства	4,03	4,11	4,00	4,10	4,00	4,05

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

Из табеле видимо да резултати истраживања општег задовољства корисника у службама примарне здравствене заштите показују да службе опште медицине и педијатрије у домовима здравља и осталим установама примарне здравствене заштите имају уједначен квалитет рада. За разлику од претходне 2009.године, средња оцена задовољства у служби за здравствену заштиту жена је нешто нижа него у остале две службе у примарној здравственој заштити. Средња оцена задовољства корисника примарне здравствене заштите у Републици Србији за 2010. годину износи 4,10 (2009. године је била 4,02). У односу на претходну годину, укупна средња оцена, као и у свакој служби, виша је на нивоу Републике у односу на 2009. годину.

За разлику од 2009. године, када је квалитет у установама примарне здравствене заштите према резултатима био уједначен у регионима Републике Србије, са изузетком установа на Косову и Метохији, 2010.године идентификоване су значајне разлике у општем задовољству здравственом заштитом у регионима.

Резултати испитивања приказани су у табели 2.

*Табела 2 - Опште задовољство корисника у службама
примарне здравствене заштите по регионима.*

ЗАДОВОЉСТВО КОРИСНИКА	ВОЈВОДИНА	ЦЕНТРАЛНА СРБИЈА	ГРАД БЕОГРАД	КОСОВО И МЕТОХИЈА	РЕПУБЛИКА СРБИЈА
Средња оцена задовољства	3,98	4,16	4,00	3,76	4,10

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

Испитивање задовољства корисника у специјалистичко-консултативним амбулантама интерне медицине 191 установе примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите у Републици Србији спроведено је 29. новембра. Стопа одговора корисника у овој специјалистичкој служби је 79% (у примарној здравственој заштити 84%, а у установама секундарне и терцијарне здравствене заштите 76%).

Укупно је обрађено 9.708 упитника (40% из примарне здравствене заштите). Просечна старост испитаника је 55 година.

Истраживања у овој специјалистичкој служби претходних година су показала да на задовољство корисника утиче процес заказивања прегледа, и то како време чекања на заказан преглед, тако и љубазност особља које врши заказивање, поштовање заказаног термина и комфорност чекаоница. Око 11% корисника није задовољно могућношћу телефонског заказивања прегледа и временом чекања на заказан преглед, 4,5% корисника није задовољно љубазношћу особља које је вршило заказивања и добијеним информацијама о датуму, времену и месту прегледа. Да чекаонице нису задовољиле стандарде подобности и хигијене сматра 6% корисника, 8% корисника није задовољно објашњењима зашто је заказани термин продужен и око 11% није било задовољно дужином проведеном у чекаоници. На нивоу Републике Србије нема значајног одступања у средњој оцени за испитиване атрибуте у односу на претходну годину (табела 3)

Табела 3. - Средње оцене задовољства корисника неким карактеристикама
интернистичких служби

КАРАКТЕРИСТИКА	Средња оцена задовољста	
	2009.	2010.
Могућност телефонског заказивања	3,994	3,94
Време чекања од тренутка заказивања до термина прегледа	3,97	3,92
Љубазност и професионалност особе која врши заказивање	4,31	4,29
Добијање инструкције о датуму, времену и месту прегледа	4,27	4,26
Време чекања у чекаоници	3,94	3,91
Објашњење евентуалног кашњења вашег термина	4,06	4,01
Чистоћа и подобност чекаонице	4,12	4,14

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

Преглед специјалисте без заказивања је добило 44% корисника, преглед заказан за мање од седам дана је имало 18% корисника, а дуже од 30 дана на преглед је чекало 9%. Заказивање се односило на све прегледе, како прве, тако и контролне прегледе. У односу на претходну годину, већи проценат пацијената је заказао преглед код интернисте од дана јављања за мање од седам дана.

Свим испитиваним аспектима рада лекара специјалисте (време посвећено пацијенту, објашњење здравственог стања, предузетих процедура и плана лечења) није задовољно мање од 3% испитаних корисника. У односу на претходну годину, забележен је дискретан пад броја незадовољних овим атрибутима. За постојање књиге/кутије за жалбе пацијената у овим службама није знало 7% корисника.

Специјалистички преглед без учешћа (бесплатно) остварило је готово 65% корисника, у услузи је плаћањем партиципирало 35% корисника а 1,3% је платило пуну цену лекарске услуге. У односу на претходну годину, услугу интернисте без личног учешћа (партиципације) је добило 5% корисника више.

Оствареном здравственом заштитом у интернистичким амбулантама у Републици Србији задовољно је 86% корисника, ни задовољних ни незадовољних је око 10%, а незадовољних је 5%. Средња оцена за све амбуланте у Републици је 4,17. На нивоу Републике, нема значајних промена у општем задовољству пруженом здравственом заштитом у овим специјалистичким службама у односу на претходну годину (табела 5).

Табела 4. - Опште задовољство у интернистичким амбулантама

ИНТЕРНИСТИЧКА СЛУЖБА	Година	Веома незадовољан	Незадовољан	Ни задовољан ни незадовољан	Задовољан	Веома задовољан	Средња оцена
	2009.	3,5%	1,7%	8,9%	45,2%	40,7%	4,18%
2010.	3,0%	2,0%	9,8%	45,5%	39,7%	4,17%	

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

Испитивање задовољства корисника болничком здравственом заштитом спроведено је од 29. новембра до 3. децембра 2010. у 90 установа секундарне и терцијарне здравствене заштите у Републици Србији. Стопа одговора корисника (број попуњених упитника у односу на број подељених) у стационарним здравственим установама је 83%.

Укупно је обрађено 10. 999 упитника.

Просечна старост лечених у стационарним здравственим установама је 52 године.

У овом извештају су приказани само општи утисци испитиваних аспеката задовољства. Корисници су најлошије оценили исхрану у стационарним установама

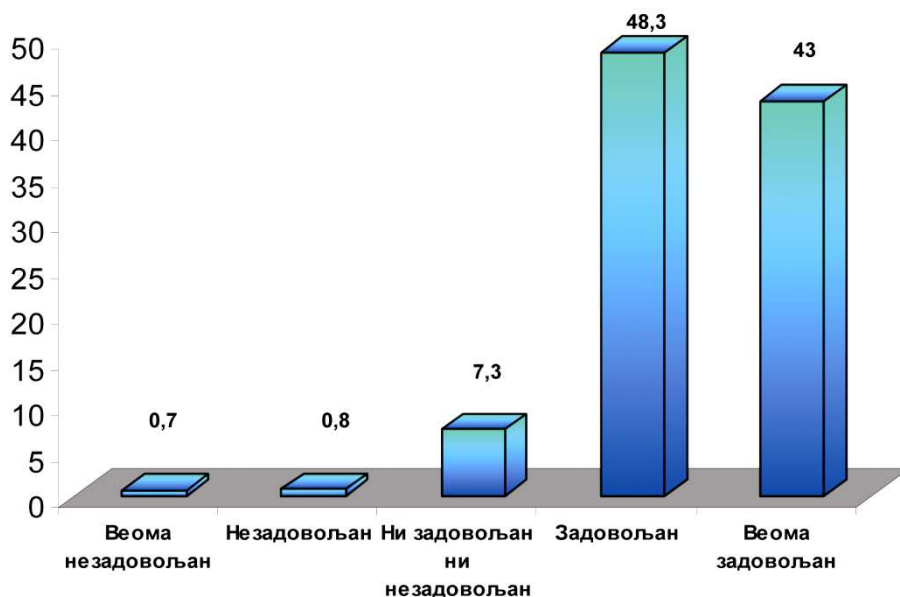
Табела 5.- Средње оцене задовољства корисника неким испитиваним аспектима

КАРАКТЕРИСТИКА	СРЕДЊА ОЦЕНА ЗАДОВОЉСТА	
	2009.	2010.
Општи утисак о процедурама пријема болницу	4,33	4,32
Општи утисак приликом отпуста из болнице	4,46	4,46
Опште задовољство сестринском негом	4,56	4,57
Опште задовољство услугама лекара	4,55	4,53
Опште задовољство услугама исхране	4,07	4,05
Опште задовољство условима смештаја	4,18	4,16

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

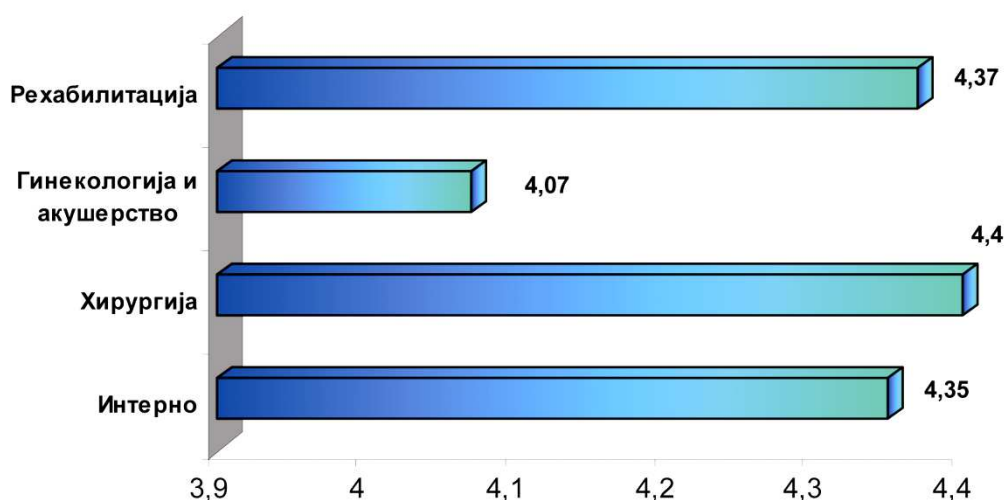
Средња оцена задовољства болничким лечењем у целини је 4,32 (2009. године је средња оцена износила 4,33).

Незадовољство општим утиском о добијеној здравственој заштити и условима током болничког лечења је исказало свега 1,5% лечених пацијената током недеље испитивања.



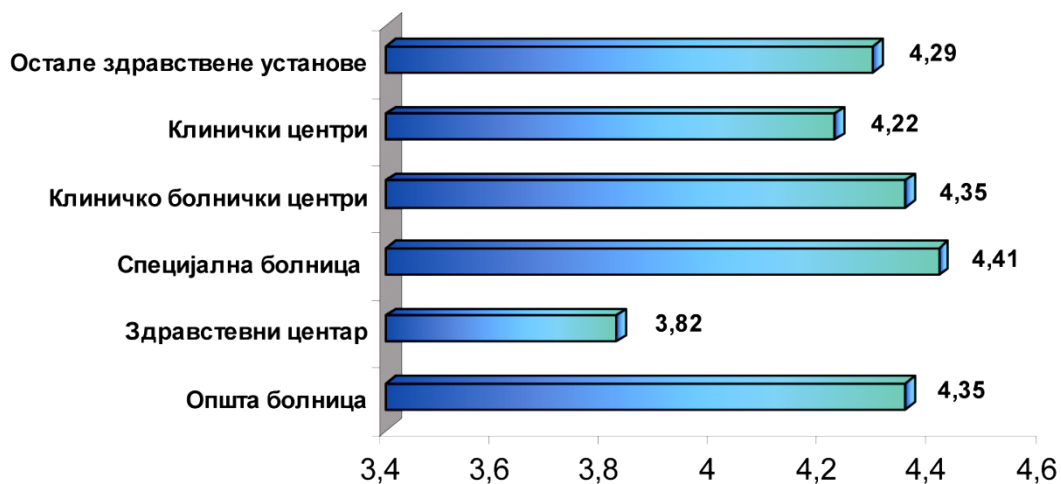
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“
Графикон 1. - Задовољство корисника болничким лечењем у целини у здравственим установама у Републици Србији

Резултати испитивања задовољства показују да су од четири испитивана одељења, трећу годину узастопно, и у 2010. години, најзадовољнији болничким лечењем у целини, били лечени на хируршким одељењима (4,4), а најнезадовољније пацијенткиње лечене на гинеколошко-акушерским одељењима (4,07) (*Графикон 2*).



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“
Графикон 2.- Задовољство корисника болничким лечењем по одељењима

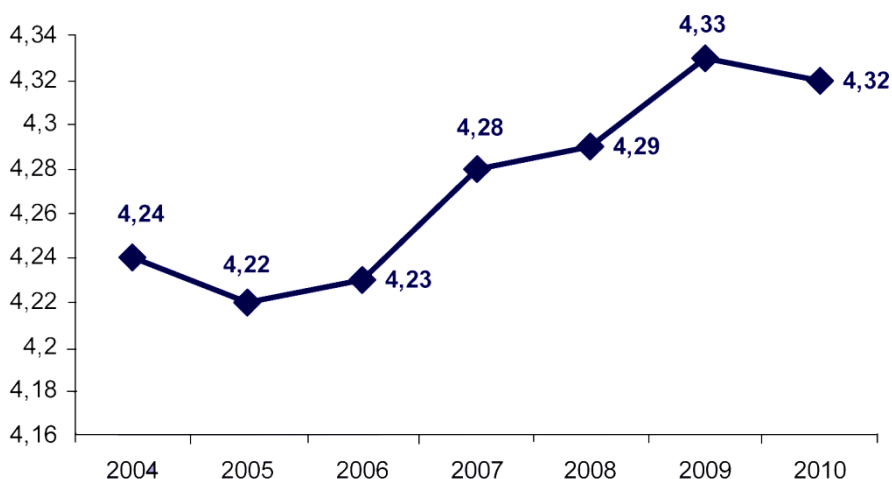
Анализирајући задовољство корисника болничким лечењем у различитим типовима стационарних здравствених установа, највишу средњу оцену лечењем у целини имали су лечени у специјалним болницама за рехабилитацију (4,41), а најнижу у здравственим центрима (3,82) (Графикон 3).



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

Графикон 3.- Задовољство корисника болничким лечењем по типу установе

Након пет година позитивног тренда раста задовољства, 2010. године се бележи дискретно опадање средње оцене задовољства болничким лечењем у целини у односу на претходну годину, за ниво Републике Србије.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

Графикон 4.- Средња оцена задовољства корисника болничким лечењем од 2004. до 2010. године

Из наведеног извештаја о задовољству корисника здравствене заштите у здравственим установама из Уредбе о плану мреже здравствених установа, видимо да, у пракси, квалитет здравствене заштите који се пружа корисницима није незадовољавајући, по мишљењу самих корисника, чије задовољство пруженим здравственим услугама представља битан елемент исхода процеса здравствене заштите.

2. КОНТРОЛА КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Квалитет здравствене заштите процењује се на основу одговарајућих показатеља који се односе на обезбеђеност становништва здравственим радницима, капацитет здравствених установа, опрему, односно који се односе на показатеље процеса и резултата рада и исхода по здравље становништва, као и на основу других показатеља на основу којих се процењује квалитет здравствене заштите.

Под контролом квалитета здравствене заштите подразумева се провера квалитета свих показатеља здравствене заштите али првенствено процеса пружања здравствене заштите и у склопу са тим и исхода здравствене заштите.

Под провером квалитета процеса пружања здравствене заштите првенствено подразумевамо проверу стручног рада и то здравствених установа, приватне праксе, здравствених радника и здравствених сарадника.

Провера квалитета стручног рада, се у складу са Законом о здравственој заштити, врши као:

- 2) унутрашња провера квалитета стручног рада;
- 3) спољна провера квалитета стручног рада.

Унутрашња провера квалитета стручног рада спроводи се у свакој здравственој установи на основу годишњег програма провере квалитета стручног рада који утврђује комисија за унапређење квалитета стручног рада здравствене установе.

Унутрашња провера квалитета стручног рада приватне праксе спроводи се на основу годишњег програма провере квалитета стручног рада који утврђује оснивач приватне праксе.

Спољна провера квалитета стручног рада може бити редовна и ванредна.

Редовну спољну проверу квалитета стручног рада организује и спроводи Министарство, на основу годишњег плана провере квалитета стручног рада који доноси министар.

Ванредну спољну проверу квалитета стручног рада спроводи Министарство на захтев грађанина, привредног друштва, установе, организације здравственог осигурања и државног органа.

Захтев за ванредну спољну проверу квалитета подноси се Министарству надлежном за , које разматра захтев и о утврђеним чињеницама обавештава подносиоца захтева.

Здравствена установа, односно приватна пракса, као и здравствени радник, односно здравствени сарадник дужни су да сарађују са стручним надзорницима, као и да им доставе све потребне податке и другу документацију потребну за спровођење редовне и ванредне спољне провере квалитета стручног рада.

Редовну и ванредну спољну проверу квалитета стручног рада врше стручни надзорници са листе надзорника коју утврђује министар. Надзорници са листе надзорника дужни су да савесно и стручно, а у складу са савременим научним достигнућима и кодексом професионалне етике, обављају редовну и ванредну спољну проверу квалитета стручног рада.

Надзорници сачињавају извештај о провери квалитета стручног рада у који се уносе уочени недостаци и пропусти у стручном раду, као и стручно мишљење о могућим последицама по здравље грађана.

Надзорници су у току вршења редовне и ванредне спољне провере квалитета стручног рада дужни да дају стручне савете и предлоге за отклањање пропуста у раду здравствене установе, приватне праксе, здравственог радника, односно здравственог сарадника и да предлажу министру мере које је неопходно предузети ради отклањања уочених недостатака у стручном раду.

По разматрању извештаја и предложених мера надзорника, као и поднетог евентуалног приговора од стране здравствене установе, приватне праксе или здравственог радника, министар доноси решење којим може:

- 1) привремено да забрани, у потпуности или делимично, обављање одређених послова здравственој установи, односно приватној пракси;

- 2) привремено да забрани, у потпуности или делимично, рад организационом делу здравствене установе, односно приватне праксе;
- 3) привремено да забрани рад здравствене установе, односно приватне праксе;
- 4) предложи надлежној комори да здравственом раднику, под условима прописаним овим законом, одузме лиценцу.

На основу извештаја и предложених мера надзорника, као и на основу предлога министра, ако је утврђен пропуст у стручном раду здравственог радника или повреда начела професионалне етике, надлежна комора може одузети лиценцу за самостални рад здравственом раднику, односно изрећи једну од дисциплинских мера прописаних законом којим се уређује рад комора.

Да се не ради само о теоријској могућности потврђују и случајеви из праксе о привременим забранама рада здравственим установама и приватној пракси због неиспуњености услова за обављање делатности или недостатака у стручном раду (на пример, случајеви познати у јавности - приватној пракси „Децедрa“ привремено је забрањен рад септембра 2006. по извршеном инспекцијском надзору, клиници „Перфекта“ 2007, „Беоклиника“ 2010. је добила забрану рада на шест месеци и др.)

Такође, познати су и случајеви изрицања дисциплинских мера здравственим радницима о забрани обављања здравствене делатности на одређено време због утврђених пропуста у стручном раду, у трајању и до четири године.

3. УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Процес унапређења квалитета здравствене заштите обавља се кроз различите активности. Претходно смо навели како се врши провера квалитета здравствене заштите која представља један од начина за унапређење квалитета здравствене заштите.

Референтне здравствене установе и републичке стручне комисије израдиле су стручно – методолошка упутства, водиче добре праксе и терапијско – дијагностичке протоколе а поједине здравствене установе су у циљу унапређења

квалитета рада увеле механизме за унапређење квалитета који потичу из индустрије тзв. ИСО стандарди.

На нивоу републике Министарство здравља је донело стратешка документа чији је један од приоритетних циљева унапређење квалитета здравствене заштите. Ти документи су „Здравствена политика, Визија развоја система здравствене заштите и Стратегија реформе здравственог система до 2015., затим Објашњење за праћење квалитета рада у здравственим установама. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“ направио је „Методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о показатељима квалитета рада, листама чекања, стицању и обнови знања и вештина запослених и задовољству пацијената и Методолошко упутство за поступак заказивања прегледа у специјалистичко – консултативним службама здравствених установа.

На основу одлуке Министарства здравља, од 2004. год. спроводи се поступак испитивања задовољства корисника здравственом заштитом на основу кога се проглашавају и награђују најбољи домови здравља и опште болнице у тој години. Од 2005. год. се одржавају Националне конференције о унапређењу квалитета здравствене заштите и почело је и испитивање задовољства корисника здравственом заштитом и у приватним здравственим установама и приватној пракси.

У оквиру пројекта „Развој здравства Србије“ формирана је у Министарству здравља Јединица за квалитет која креира и спроводи националну политику за унапређење квалитета здравствене заштите. У реализацији пројекта одређене су пилот установе – домови здравља и опште болнице у којима су развијани стандарди за евалуацију квалитета рада а као један од резултата пројекта постављени су основи за израду Националне стратегије унапређења квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената.

Усвајањем системских закона из области здравства у 2005. год. концепт унапређења квалитета здравствене заштите и показатеља за праћење квалитета је законом предвиђен кроз формирање комисија и тела која треба да прате квалитет рада у здравственим установама и да предлажу мере за његово унапређење. Такође је образована и Агенција за акредитацију здравствених установа.

Министарство здравља је у 2007. год. усвојило Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите а Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић –

Батут“ сачинио је „Методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о обавезним показатељима квалитета здравствене заштите“. Правилником су дефинисани показатељи квалитета који имају за циљ да усмере здравствене установе ка унапређењу квалитета у пружању здравствене заштите.

Под показатељем квалитета подразумева се квантитативан показатељ који се користи за праћење и евалуацију квалитета неге и лечења пацијената, и као подршка активностима здравствене заштите. Показатељи квалитета обухватају и показатеље квалитета рада здравствених установа, као и показатеље квалитета који се односе на: рад комисије за унапређење квалитета рада, стицање и обнову знања и вештина запослених, вођење листа чекања, безбедност пацијената, задовољство корисника услугама здравствене службе и задовољство запослених.

Показатељи квалитета рада здравствених установа утврђују се по нивоима здравствене делатности, врстама здравствених установа и медицинским гранама и могу бити обавезни и препоручени показатељи квалитета.

Препоручени показатељи квалитета могу да се прате по избору здравствених установа и нису обавезни, али ће се праћење препоручених показатеља посебно вредновати у процесу евалуације рада здравствених установа на сталном унапређењу квалитета здравствене заштите.

Показаћемо на примеру установа које обављају делатност на секундарном и терцијарном нивоу показатеље за процену квалитета здравствене заштите који се прате за установу у целини и показатеље по гранама медицине, за хируршке гране медицине, на пример.

Обавезни показатељи квалитета који се прате за здравствену установу у целини су:

- 1) стопа леталитета;
- 2) проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема;
- 3) просечна дужина болничког лечења;
- 4) просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи;
- 5) проценат обдукованих;
- 6) проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза;
- 7) проценат пацијената упућених у друге здравствене установе, осим на рехабилитацију.

Препоручени показатељи квалитета који се прате за здравствену установу у целини су:

- 1) стопа леталитета израчуната по дефинисаним добним групама или стандардизована у односу на старост лечених пацијената методом директне стандардизације;
- 2) проценат подударности клиничких и патолошких дијагноза;
- 3) проценат поновних хоспитализација са истом дијагнозом у року од 30 дана од отпуста из болнице;
- 4) број поновних пријема на одељење интензивне неге;
- 5) проценат пацијената који се прате по процесу здравствене неге;
- 6) проценат сестринских отпусних писама патронажној служби.

Обавезни показатељи квалитета који се прате у хируршким гранама медицине су:

- 1) стопа леталитета;
- 2) проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема;
- 3) стопа леталитета оперисаних пацијената;
- 4) стопа леталитета неоперисаних пацијената;
- 5) просечна дужина болничког лечења;
- 6) просечан број преоперативних дана лечења;
- 7) просечан број оперисаних пацијената у општој, спиналној и епидуралној анестезији по хирургу;
- 8) просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи;
- 9) проценат обдукованих;
- 10) проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза;
- 11) проценат пацијената упућених у друге здравствене установе (осим на рехабилитацију).

Препоручени показатељи квалитета који се прате у хируршким гранама медицине су:

- 1) стопа леталитета израчуната по дефинисаним добним групама или стандардизована у односу на старост методом директне стандардизације;
- 2) проценат подударности клиничких и патолошких дијагноза;
- 3) проценат поновних хоспитализација у року од 30 дана од отпуста из болнице;
- 4) број поновних пријема на одељење интензивне неге;
- 5) број умрлих пацијената после апендектомије;
- 6) број умрлих пацијената после холецистектомије.

Поред ових показатеља квалитета значајни су за квалитет здравствене заштите и показатељи уведени ради побољшања квалитета безбедности пацијената којима се евидентирају неочекивани догађаји ради свођења ризика по пацијента на најмањи могући ниво.

Обавезни показатељи квалитета који се односе на безбедност пацијената, за установу у целини на свим нивоима здравствене заштите су:

- 1) успостављене формалне процедуре за регистровање нежељених догађаја и опис процедуре у протоколима за евидентирање нежељених догађаја;
- 2) успостављене формалне процедуре за регистровање нежељених дејстава лекова и опис процедуре у протоколима за евидентирање нежељених дејстава лекова.

Поред ових показатеља квалитета установе које обављају и стационарну делатност, прате и следеће показатеље:

- 1) број падова и повреда пацијената насталих током хоспитализације у здравственој установи;
- 2) стопа инциденције болничких инфекција на јединици интензивне неге здравствене установе;
- 3) стопа инциденције инфекција оперативног места;
- 4) број лежећих пацијената са декубиталним ранама;

- 5) број компликација насталих услед давања анестезије у здравственој установи;
- 6) стопа инфекција мокраћног система код пацијената са уринарним катетером;
- 7) број поновљених операција у истој регији;
- 8) број механичких јатрогених (од стране лекара) оштећења насталих приликом хируршке интервенције;
- 9) број тромбоемболијских компликација.

Ови показатељи су веома значајни у поступку унапређивања квалитета здравствене заштите јер се бројне притужбе пацијената односе на различите случајеве занемаривања приликом болничког лечења – падове, инфекције, декубитусе. Само увођење формалних процедура евидентирања нежељених дејстава доприноси већој обазривости здравствених радника приликом обављања својих дужности.

Осим тога постоје и обавезни показатељи задовољства корисника услугама здравствене службе које здравствене установе морају да истакну и то су:

- 1) истакнуто обавештење о врсти здравствених услуга које се пацијенту као осигуранику обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, а које су делатност здравствене установе;
- 2) истакнуто обавештење о здравственим услугама које се не обезбеђују на терет обавезног здравственог осигурања, а у складу са актом којим се уређује садржај, обим и стандард права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања;
- 3) истакнуто обавештење о видовима и износу учешћа осигураних лица у трошковима здравствене заштите, као и ослобађање од плаћања учешћа;
- 4) истакнут ценовник здравствених услуга које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, а које пацијенти плаћају из својих средстава;
- 5) постављање кутије за примедбе и жалбе пацијената;

- 6) истакнуто име и презиме, односно број канцеларије и радно време, особе задужене за вођење поступка притужби и жалби пацијената (заштитника пацијентових права);
- 7) проценат решених жалби и притужби пацијената од укупног броја свих жалби и притужби;
- 8) истакнут списак лекара који могу бити изабрани лекари, а које пацијенти могу изабрати, као и њихово радно време у здравственим установама примарне здравствене заштите, а у специјалистичко-консултативним службама, као и у саветовалиштима у установама свих нивоа здравствене заштите истакнут списак лекара који раде и њихово радно време;
- 9) обављено истраживање задовољства корисника услугама здравствене заштите;
- 10) урађена анализа о спроведеном истраживању задовољства корисника услугама здравствене заштите и предузете мере и активности на сталном унапређењу квалитета.

Осим задовољства корисника услугама здравствене заштите, компонента квалитета је и задовољство запослених у здравственој установи. Обавезни показатељи задовољства запослених у здравственој установи су:

- 1) обављено истраживање задовољства запослених у здравственој установи;
- 2) урађена анализа о спроведеном истраживању задовољства запослених у установи и предузете мере и активности на сталном унапређењу квалитета.
- 3) постојање плана едукације за све запослене у здравственој установи;
- 4) број радионица, едукативних скупова и семинара одржаних у здравственој установи;
- 5) проценат особа које су бар једном о трошку установе похађале курс, семинар или учествовале на конгресу или стручном састанку из области која је релевантна за њихов стручни рад.

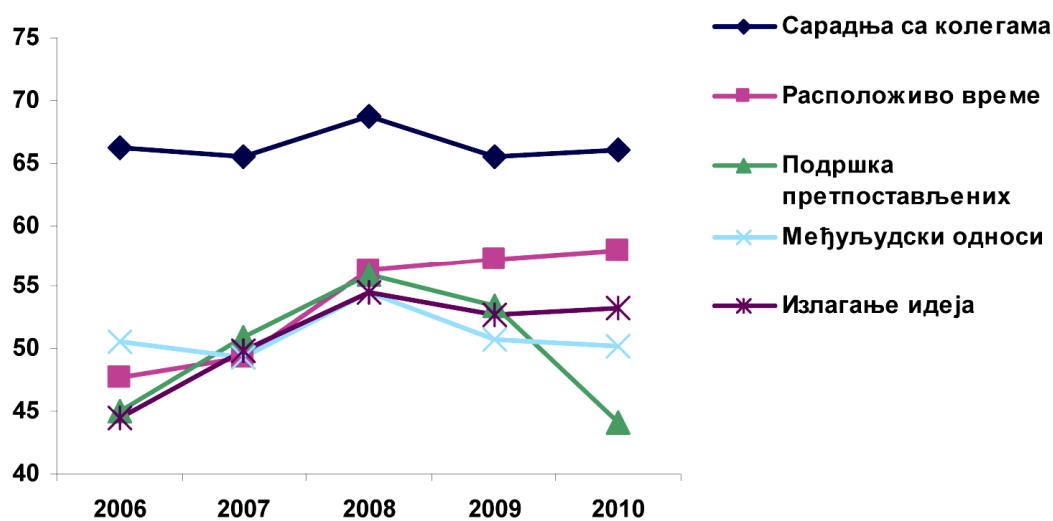
Испитивање задовољства запослених у здравственим установама спроведи се од 2005. године. Последње спроведено испитивање од стране Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић – Батут“ спроведено у децембру 2010. год када је на упитник одговорило 64. 035 запослених у 309 здравствених установа.

Истраживање је показало да је више од 50% здравствених и административних радника задовољно или веома задовољно послом који обавља. Највећи проценат веома задовољних је међу административним радницима (9,9%), док је највише незадовољних међу техничким радницима (10,2%). У поређењу са претходном годином, степен задовољства послом је у благом паду. Код здравствених радника, здравствених сарадника и техничких радника је дошло до пораста броја веома незадовољних. Код административних и техничких радника постоји повећање процента веома задовољних. (Табела 6)

Табела 6- Дистрибуција општег задовољства запослених изражена у процентима према профилу запослених, Србија, 2008–2010.

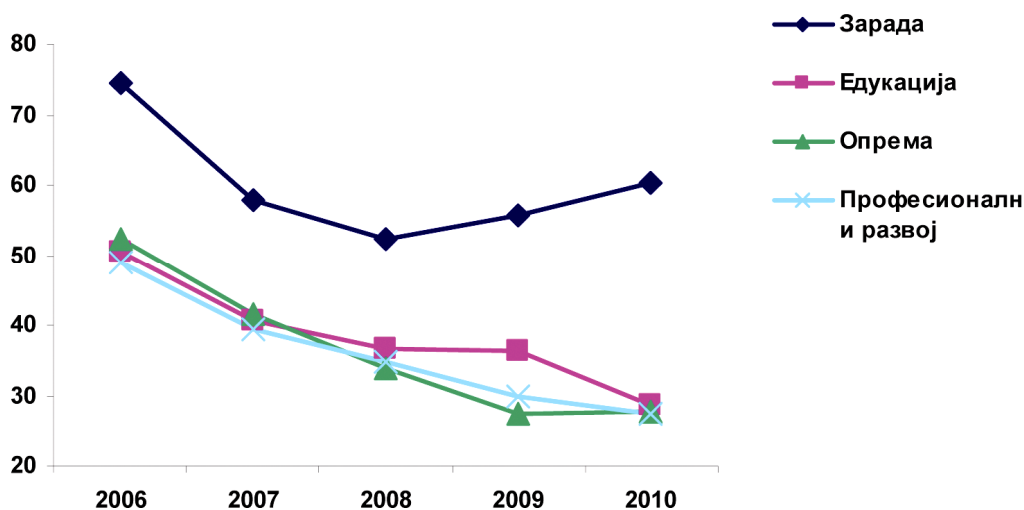
ЗАДОВОЉСТВО	ЗДР. РАДНИЦИ			ЗДР. САРАДНИЦИ			АДМ. РАДНИЦИ			ТЕХ. РАДНИЦИ		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Веома задовољан	10,1	9,8	9,3	8,9	8,9	8,8	10,5	9,1	9,9	9,8	8,8	9,3
Задовољан	42	42,1	41,3	42,7	40,2	39,3	42,6	44	43,7	36,3	34,3	33,6
Ни задовољан ни незадовољан	32,4	31,5	31,7	32,9	33,4	32,9	33,5	33	33,3	34,8	37	35,5
Незадовољан	10,7	10,8	11,2	10,1	10,7	11,6	8,8	9	8,2	10,9	10,9	11,4
Веома незадовољан	4,9	5,8	6,5	5,5	6,8	7,3	4,6	4,9	4,9	8,2	9	10,2

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

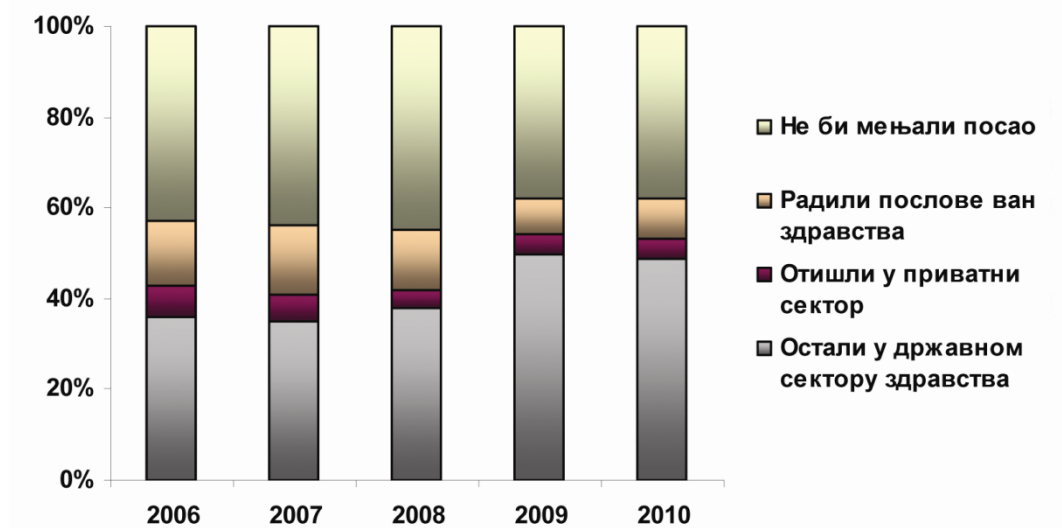
Графикон 5. - Аспекти посла са којима су запослени најзадовољнији, Србија, 2006–2010.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

Графикон 6. - Аспекти посла са којима су запослени најнезадовољнији, Србија, 2006–2010.

Што се тиче потенцијалне промене посла и одласка у приватни сектор здравства, 37,8% запослених је изјавило да уопште не би мењали посао, 48,9% би остало у државном сектору здравства, 8,9% би радили послове који су ван система здравствене заштите и 4,4% би отишло да ради у приватни здравствени сектор.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

Графикон 7.- Дистрибуција запослених у односу на питање да ли би променили посао, изражена у процентима, Србија, 2006–2010.

На основу наведених показатеља квалитета и мера које се спроводе од стране Министарства здравља и Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић – Батут“, унапређење квалитета здравствене заштите је један од приоритетних задатака у државним здравственим установама. О здравственој заштити у приватном здравственом сектору, говорићемо у наредном поглављу.

4. КОНКУРЕНЦИЈА ПРИВАТНОГ СЕКТОРА

Приватни сектор у Србији чини претежно приватна пракса, ординације које су основане у складу са Законом о приватним предузетницима²⁰⁸, али постоји и одређени број предузећа која се оснивају у форми друштва са ограниченом одговорношћу у складу са Законом о привредним друштвима²⁰⁹. До прецизног броја давалаца здравствених услуга из приватног сектора тешко је доћи с обзиром на то да Републички завод за статистику објављује збирне податке који се односе

²⁰⁸ Закон о приватним предузетницима, ("Службени гласник РС", бр. 54/89, 9/90, "Службени гласник РС", бр. 19/91, 46/91, 31/93, 53/93, 67/93, 48/94, 53/95, 35/2002, 101/2005). Даном почетка примене Закона о привредним друштвима ("Службени гласник РС", бр. 36/2011), 1. фебруара 2012. год. овај закон је престао да важи, осим одредаба које се односе на ортачке радње које су престале да важе 1. јануара 2013. год.

²⁰⁹ Закон о привредним друштвима, "Службени гласник РС", бр. 36/2011, 99/2011.

на Здравство и социјални рад, а посебно се воде предузећа, установе и предузетници и запослени код њих. Према подацима Републичког завода за статистику за 2006. год., у делатности пружања здравствене заштите становништву регистровано је преко 5370 привредних субјеката, од којих највећи број има статус радњи – предузетника.²¹⁰

Међутим, према подацима Удружења приватних лекара Србије²¹¹ приватно здравство у Србији броји 4.500 приватних здравствених установа, регистрованих као самостални привредни субјекти у Агенцији за привредне регистре са око 10.000 запослених лекара.²¹²

Уколико се анализира структура корисника услуга у здравству према типу власништва давалаца услуга, може да се донесе закључак да је приватни сектор још увек слабо заступљен у пружању услуга становништву. Кад је реч о услугама приватног сектора, становништво најчешће у приватном сектору користи услуге стоматолога (4,6% популације при чему 9% укупне популације користи стоматолошке услуге), док услуге ванболничког лечења у ординацијама и амбулантама користи свега 1,2% (док у укупној популацији има 27,2% корисника), а лечење у болницама користи тек 0,1% становништва (у укупној популацији забележено је 6,1% корисника)²¹³

Од укупне популације која је у 2007. год. користила здравствене услуге неболничког лечења, а то је 27,2% популације, 24,5% корисника се определило за државне здравствене установе а остатак за приватне – 1,2% , или мешовито за услуге оба сектора – 1,5%. Стоматолошке услуге се подједнако користе и у државним и у приватним ординацијама, што је резултат законских измена о коришћењу услуга из система здравствене заштите²¹⁴, али и начина

²¹⁰ <http://www.batut.org.rs/download/nzr/9%20Procena%20privatnog%20sektora.pdf>, 1. децембар 2012.

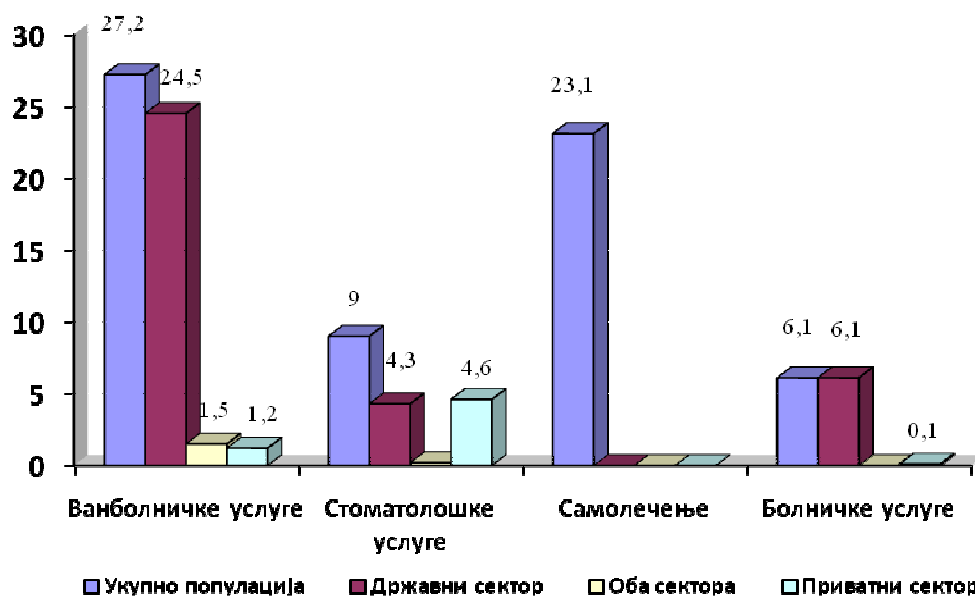
²¹¹ <http://www.uplks.com/istorijat-udruzenja/1.децембар> 2012.

²¹² Према подацима удружења приватних лекара Србије, у приватно здравство за 20 година је инвестирано преко две милијарде EUR-а капитала, без хипотеке; приватно здравство има преко 3000 ултразвучних апарата, преко 100 скенера и магнетних резонанси

²¹³ „Ка изради Националног здравственог рачуна Србије, процена приватног сектора у здравству“ Институт за економска и социјална истраживања, Београд, март 2009.6, према подацима Републичког завода за статистику (2008), Анкета о животном стандарду 2007. Проценти су израчунати из база података и репрезентују укупну популацију у Србији

²¹⁴ У смислу Закона о здравственом осигурању чл. 17 и чл. 22 („Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05-исправка) детерминисани су корисници којима се ове услуге пружају на терет средстава здравственог осигурања

функционисања стоматолошких служби при државним домовима здравља, тако да је за њих карактеристичан пораст броја корисника у приватној пракси.²¹⁵



Извор: Републички завод за статистику, 2007. Прорачун аутора

Графикон 8.- Структура корисника према врсти здравствене услуге, укупно и према типу власништва, 2007. година

Што се тиче приватних издатака домаћинстава, у Србији за здравствену заштиту у 2006. години, према истраживању о здрављу становништва Србије које је објављено у студији Министарства здравља и Института за јавно здравље Србије „Др. Милан Јовановић – Батут“²¹⁶, свега 0,4% становништва у Србији је пријавило издатке за услуге болничког лечења у приватним болницама, а 2,3% за ванболничко лечење. Услуге стоматолога у приватној пракси користило је 3,3% становништва, што показује сличне резултате са резултатима из истраживања у 2007. год из Анкете о животном стандарду Републичког завода за статистику.

Подаци које износи удружење приватних лекара су другачији, према њима више од половине становника Србије користи услуге приватног здравства, 50%

²¹⁵ „Ка изради Националног здравственог рачуна Србије, процена приватног сектора у здравству“.⁶

²¹⁶ Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“, *Истраживање здравља становника Републике Србије, 2006.*

дијагностичке и специјалистичке услуге, 65% гинеколошке услуге а 80% лабораторијске и стоматолошке услуге.²¹⁷

Према подацима Приватне лекарске коморе приватна лекарска пракса дневно обави преко 30.000 прегледа односно 20 милиона услуга годишње. То је око 40% укупних здравствених услуга у Србији, што је за 50% више него десет година раније. У приватној пракси укупно ради око 9000 приватних лекара што је 30% од броја државних лекара у Србији.²¹⁸

Чињеница је да званични подаци о врстама услуга које пружају приватне здравствене установе недостају, и поред обавеза приватних давалаца здравствених услуга да евидентирају и размењују податке са надлежним државним службама и институтима који су у обавези да скупљају све податке о сектору здравства, па је могуће да званични подаци којима располажу нису потпуни.

Чињеница је и да се број корисника здравствених услуга у приватним здравственим установама и приватној пракси повећава. Међу разлозима које пацијенти наводе за коришћење услуга приватне лекарске праксе су непостојање редова и дугих чекања, љубазност особља, пријатан амбијент, однос према пацијенту и квалитет лечења.

Статус приватних здравствених установа и приватне праксе у здравственом систему Србије се постепено мења. Која су обележја статуса ових установа данас?

- 1) Начелно је прокламована равноправност давалаца здравствених услуга без обзира на власничку структуру, јер је чланом 46. Закона о здравственој заштити предвиђено да се здравствене установе могу оснивати средствима у државној или приватној својини (домови здравља, болница – општа и специјална, апотека, завод, клиника, институт, клиничко – болнички центар, клинички центар).
- 2) Постоје ограничења код врсте здравствених установа које могу да се оснују средствима у приватној својини па је предвиђено да здравствене установе које обављају хитну медицинску помоћ, снабдевање крвљу и крвним дериватима, узимање, чување и пресађивање органа и делова људског тела, производњу серума и вакцина и патоанатомско –

²¹⁷ „Пола становника се лечи код приватника“ *Здравствени преглед* 37/2009,1

²¹⁸ „Држава против приватника“ *„Економист“* 272/2006

обдукцијску делатност, као и здравствену делатност из области јавног здравља, не могу да се оснују средствима у приватној својини.

- 3) Влада Републике Србије доноси План мреже здравствених установа које се оснивају средствима у државној својини и који има за циљ да задовољи потребни обим одређених нивоа здравствене заштите у складу са економским могућностима Републике.
- 4) Правилником о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад предвиђено је да филијала Републичког фонда може да закључи уговор о пружању здравствених услуга са даваоцима здравствених услуга које нису у Плану мреже.
- 5) Уговор са даваоцима здравствених услуга које нису у Плану мреже може да се закључи само за врсту и број здравствених услуга које не могу да се обезбеде у оквиру постојећих капацитета здравствених установа из Плана мреже, уз мишљење Института „ Батут“ и сагласности Министарства здравља.
- 6) Приликом закључивања уговора са даваоцем здравствених услуга о пружању здравствене заштите, Републички фонд закључује уговоре са даваоцима здравствених услуга за одређене врсте здравствених услуга за потребе свих осигураних лица у Републици, односно за спровођење посебних програма здравствене заштите, као и са здравственим установама које обављају доктринарне, стручно – методолошке и друге послове од значаја за спровођење здравственог осигурања, односно са другим правним лицем за остваривање одређених права из обавезног здравственог осигурања.
- 7) Уколико здравствена установа или приватна пракса нема закључен уговор о пружању здравствених услуга, из средстава обавезног здравственог осигурања могу да се плате само здравствене услуге пружене осигураним лицима при указивању хитне медицинске помоћи, по ценама које утврђује Републички фонд. Ако је осигурано лице платило за пружену хитну медицинску помоћ здравственој установи или приватној пракси, има право на накнаду плаћених трошкова из средстава

обавезног здравственог осигурања до износа цене коју утврђује Републички фонд.

- 8) Републички фонд за здравствено осигурање има на листи даваоца здравствених услуга са којима има закључен уговор о пословној сарадњи и приватну праксу. Посебним условима за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура код изабраног даваоца здравствених услуга (које су у примени од 29.12.2010. год.) и Посебним условима за осигурање стоматолошких услуга (које су у примени од 01.06.2011. год.), омогућено је осигураницима код Републичког фонда за здравствено осигурање на видове добровољног осигурања, да своја права остварују код лекара, односно стоматолога у приватној пракси.
- 9) Осигуравајућа друштва као даваоци осигурања су по својој природи и својинском статусу упућена на приватну праксу, па је остваривање права на здравствене услуге из добровољног здравственог осигурања у приватној пракси и здравственим установама у приватној својини за осигурана лица код осигуравајућих друштава природно и у пракси чешће него у државним установама.

ГЛАВА XII – ПИТАЊЕ ПРИВАТИЗАЦИЈЕ У ЗДРАВСТВУ

1. МОДАЛИТЕТИ ПРОЦЕСА ПРИВАТИЗАЦИЈЕ У ЗДРАВСТВУ

Приватизација је процес у коме невладини субјекти постају укључени у финансирање и обезбеђивање здравствене заштите и услуга становништву.²¹⁹

Разлози због којих долази до приватизације у области здравства су првенствено финансијске природе, јер се развојем науке и технике у медицинској области лечење усавршава у технолошком смислу, што захтева све веће улагање средстава у поступак лечења. Истовремено, државни ресурси су у свим земљама недовољни и распоређени на многобројне циљеве, људски век је у развијеним земљама значајно продужен и потребе за средствима за здравствену заштиту становништва повећане. Здравствене институције које су организоване на класичан начин све теже функционишу оптимално, због гломазног немедицинског сектора, различитих утицаја државних органа на организацију и рад ових установа, утицаја политике на управљање здравственим установама. Очекивања од процеса приватизације су и да се државна средства ослободе за онај део становништва који нема могућности за плаћање здравствених услуга и да се укључивањем приватних давалаца здравствених услуга, појавом конкуренције, побољша и квалитет здравствених услуга у државним здравственим установама.

У процесу приватизације држава може да учествује на различите начине: 1) да подстиче промене у својинском статусу здравствених установа што представља активну приватизацију или 2) да је пасивна у процесу приватизације, док се приватни сектор развија без мера предузетих од стране државе што представља пасивну приватизацију.

²¹⁹ J.Muschell, "Privatization in Health, Health Economics – Technical briefing note", *WHO Task Force on Health Economics*, Geneva :WHO 6/1995.

1.1. Активна приватизација

Под активном приватизацијом се подразумева здравствена политика која активно подржава учешће приватног сектора у финансирању и пружању здравствене заштите. Облици активне приватизације су: а) трансформација државног власништва у приватно и б) уговарање обезбеђивања здравствених услуга становништву са приватним сектором.²²⁰

а) Трансформација државног власништва у приватно представља праву активну приватизацију у којој се држава лишава власништва над јавним добрима и пребацује их у приватно власништво, најчешће из разлога немогућности даљег финансирања ових добара. Ова приватизација се најчешће обавља продајом здравствених капацитета у целини, појединих њихових делова или издавањем у закуп.

Пример ове приватизације у Србији је приватизација бањско–климатских лечилишта, од којих су нека добила статус специјалних болница од Министарства здравља. Прва приватизована бања (и за сад и једина) у Србији је „атомска“ бања „Горња Трепча“ 2008. год. Процес приватизације је, по процени Министарства здравља, неопходан због побољшања услова лечења и осигурања и корисника са слободног тржишта и немогућности Републичког фонда за здравство да одржава ове установе. Ове установе делом финансира Републички фонд за здравствено осигурање, а другим делом би биле на слободном тржишту за капацитете који су већи од потреба обавезног осигурања. Циљ приватизације је обезбеђивање вишег нивоа смештаја улагањем средстава нових власника, којима ће бити понуђено између 10-50% смештајних капацитета у 28 рехабилитационих центара, зависно од потреба Фонда. Републички фонд финансира рехабилитацију пацијената који болују од кардиоваскуларних, цереброваскуларних, посттрауматских стања и неспецифичних плућних болести и циљ приватизације је да не дође до промена у начину финансирања и упућивања на лечење лица која су обавезно осигурана. За сада је приватизација бања заустављена због нерешених имовинско-правних проблема који се тичу власништва над изворима лековитих вода, учешћа Фонда за пензијско – инвалидско осигурање у изградњи и власништву над бањама,

²²⁰ С. Симић, Р. Косановић, Д. Младеновић, “Приватизација у здравству“ *Основе за реформу система здравствене заштите у РС*, Београд, 2000, 222.

неутврђених вишкова капацитета, продаје лечилишта која представљају регионалне центре у неразвијеним подручјима и других проблема.

Из овог примера је видљиво како је активна приватизација здравствених капацитета компликован и ризичан процес, који може да изазове озбиљне последице по пружање здравствене заштите корисницима, а и за економски неразвијена подручја и сиромашније становништво.

б) Други облик активне приватизације је уговарање обезбеђивања здравствених услуга становништву са приватним сектором. Овај облик активне приватизације се дешава у већини развијених земаља уговарањем услуга са приватним установама, укључујући и стране здравствене установе. У упоредном прегледу система здравствене заштите смо навели овакве примере (пацијенти из Холандије који о трошку осигурања путују у друге европске земље на хируршке интервенције - на пример ортопедске операције у Шпанији; у Словенији 98% приватних лекара има уговоре са Законом за здравствено осигурање и сл.).

Овај облик приватизације је заступљен и у здравственом систему Србије. Републички фонд за здравствено осигурање има склопљене уговоре о сарадњи са бројним приватним установама у којима су се до сада пружале малобројне услуге за које здравствене установе из Плана мреже немају довољно капацитета. Новији примери су уговори за вантелесну оплодњу са приватним гинеколошким ординацијама у којима су се ови поступци спроводили о трошку Фонда за здравствено осигурање, затим уговори за кардиохируршке интервенције у приватним клиникама и страним здравственим установама (здравствена установа „Ацибадем“ Истанбул Турска, Универзитетска клиника Женева).

Овај вид активне приватизације повећава доступност здравствених услуга становништву, нарочито оном делу становништва који нема могућност за другачији начин обезбеђивања здравствене заштите, јер се ради о пружању услуга за које постоје листе чекања или високе цене у приватном сектору.

О стварним размерама овог облика приватизације постоје различита мишљења главних актера у овом процесу: Републичког фонда за здравствено осигурање и Удружења приватних лекара Србије. У Удружењу приватних лекара присутно је хронично незадовољство бројем и врстом здравствених услуга за које постоје уговори са РФЗО и становиште да су приватне здравствене установе

сведене на ниво приватних предузетника, са обавезом издавања фискалних рачуна за пружене здравствене услуге. Са друге стране, Републички фонд за здравствено осигурање је саопштио²²¹ да су два тендера за укључивање приватних клиника у процес вантелесне оплодње обустављена, јер ниједан од понуђача није испоштовао законски прописану процедуру у достављању законом прописане исправне документације.

Чињеница је да се уговор са даваоцем здравствених услуга који није у Плану мреже може закључити само под условом да се ради о здравственим услугама које по обиму и врсти није могуће обезбедити у оквиру постојећих капацитета здравствених установа из Плана мреже. Због постојећег броја здравствених установа из Плана мреже и броја здравствених радника запослених у тим установама, обим овог облика активне приватизације не представља значајан удео у броју здравствених услуга које се пружају пацијентима у здравственом систему Србије.

1.2. Пасивна приватизација

Пасивна приватизација је процес приватизације који се одвија без мера предузетих од стране државе. То је процес отварања различитих облика приватне праксе без одговарајућих промена у државној политици. Овај процес се дешава у земљама где постоји потреба за здравственим услугама које систем државног здравства не може да обезбеди, било због недостатка капацитета или због ограничења средстава за финансирање јавног сектора, што доводи до преласка здравствених радника у приватни сектор.

Овај вид приватизације се догодио у већини земаља у транзицији, укључујући и Србију. Прве приватне ординације које су се отвориле у Србији биле су стоматолошке 1987. год., јер је допунама Закона о здравственој заштити из 1986. год. дозвољен рад приватним стоматолошким ординацијама а затим је 1989. год. дозвољен рад и лекарским ординацијама, али је њихово отварање било успорено због тога што су потребна већа средства за опрему и простор. У периоду

²²¹ http://www.rfzo.rs/download/Pravilnik_ugovoranje19sept2012.pdf, 1. decembar 2012.

од 1990. год. до 1995. год, број приватних ординација се попео на око 3.000 у тадашњој СР Југославији, да би се у наредном периоду преко сто ординација угасило због смањења броја пацијената. Према Јединственом регистру радњи 1996. год. било је регистровано 2794 приватне здравствене установе и 855 предузећа која се баве пружањем здравствених услуга у приватном сектору здравства, од којих се 67,9% налази у Централној Србији, 18,7% у Војводини и 13,4% на Косову. По врсти делатности стоматолошка здравствена заштита је представљала 38,1%, амбулантна здравствена заштита 28%, а апотеке 23,8%, а превентивна здравствена заштита, медицинска рехабилитација, стационарна здравствена заштита и друге делатности испод 5%.²²²

Први видови активне приватизације у здравственом систему Србије појавили су се 1997. год склапањем првих уговора између Републичког фонда за здравствено осигурање и појединих приватних ординација – оптичарских, ортопедских радњи, апотека и центром за хипербаричну медицину. Посматрајући токове приватизације у здравственом систему у Србији запажамо да се она прво одвијала стихијски као пасивна приватизација, да би временом држава преузела улогу уређивања овог процеса закључивањем уговора са приватним ординацијама и установама о пружању здравствене заштите из јавних средства а затим и расписујући тендере за активну приватизацију у правом смислу, за прелазак власништва на јавним добрима са државног у приватно.

2. ОГРАНИЧЕЊА ПРОЦЕСА ПРИВАТИЗАЦИЈЕ У ЗЕМЉАМА У ТРАНЗИЦИЈИ

Земље у транзицији, међу којима је и Србија, имају ограничења у процесу приватизације која потичу из особености претходног система својинских односа у области здравства, као и због раличитих социјалних и економских проблема у процесу транзиције из комунистичких у капиталистичка друштва.

Наиме, ради се претежно о бившим социјалистичким земљама које су имале централизоване планске економије са централном улогом државе, како у привреди тако и у ванпривредним делатностима. У неким од ових земаља се

²²² С.Симић, Р.Косановић, Д.Младеновић, 229

кренуло у екцесивну и неконтролисану приватизацију у свим друштвеним секторима, па и у систему здравствене заштите, са циљем да стимулишу развој тржишта и конкуренције и реше нагомилане проблеме нерационалног, неефикасног система са ниским квалитетом здравствених услуга. По мишљењу неких теоретичара²²³, различита углавном негативна искуства ових земаља, заједно са погоршањем перформанси друштвеног (државног) сектора здравства и погоршањем здравственог стања становништва, као последице нагомиланих социјално – економских проблема али и начина на који се реформе изводе, намећу потребу пажљиве анализе и преиспитивања ефеката, како јавног тако и приватног сектора здравства. Сматрамо да је ова оцена ипак претерана и да не може да се примени на све бивше социјалистичке земље (као што су Пољска, Чешка, Словачка), већ евентуално на Русију и бивше земље Совјетског савеза.

Основни циљеви процеса приватизације у здравству су побољшање управљања државним ресурсима, под којима се подразумевају и материјални и људски ресурси, и њихово преусмеравање на здравствену заштиту социјално угрожених слојева становништва. Очекивања од приватизације су да ће приватни сектор, као мање гломазан, ефикасније обављати пружање здравствене заштите корисницима, наравно онима који имају материјална средства за плаћање здравствених услуга. Такође, очекивања су и да ће увођење тржишног механизма и конкуренције у пружање здравствене заштите довести до подизања квалитета, како у приватном сектору, тако и код давалаца здравствених услуга у државном власништву.

Међутим, економска и социјална ситуација у Србији диктира успорени процес приватизације, који се обавља врло обазриво. Низак национални доходак по становнику, стопа незапослености преко 25% (према подацима Републичког завода за статистику, на пример, у августу 2008. године у Србији је било 2,1 милион запослених лица, док је у августу 2012. године тај број пао на 1.725.960, што је за 1,1% мање у односу на август 2011. године), број социјално угрожених становника и издржаваних лица и недовољна средства која се прикупљају за обавезно здравствено осигурање, не омогућавају веће укључивање приватних установа у пружање здравствене заштите.

²²³ С. Симић, Р. Косановић, Д. Младеновић, 219

Покушаји првих активних приватизација у здравственој области - бањско климатских лечилишта, за сад су се завршили неуспешно (осим једне бање, о чему смо већ писали) и поред лошег стања у којима се ова лечилишта објективно налазе, јер је тешко утврдити удео власништва у зградама, средствима, опреми, у чијој изградњи и опремању су учествовали различити субјекти у време социјализма и друштвене својине. Посебно је питање управљања извориштима који представљају јавно добро и над којима треба да се утврди правична концесија за коришћење, као и питање одређивања капацитета који остају за коришћење Фонду за обавезно осигурање за лечење и рехабилитацију осигураника.

И други видови активне приватизације који се одвијају путем укључивања приватних здравствених установа у пружање здравствених услуга обавено осигураним лицима се обављају обазриво и постепено. Једна од препрека проширењу ове сарадње између приватних здравствених установа и Фонда за здравствено осигурање је и број запослених у државним здравственим установама.

Табела 7.- Број запослених у здравственој заштити у државном и приватном сектору, укупно и према полу, 2005–2007. година

ЗАПОСЛЕНИ ¹	ДРЖАВНИ СЕКТОР			ПРИВАТНИ СЕКТОР ²		
	2005.	2006.	2007.	2005.	2006.	2007.
Број радника укупно	127.234	117.583	117.928	110	614	612
Мушкарци	29.801	27.947	28.403	46	181	178
Жене	97.433	89.636	89.525	61	433	434

Извор: Републички завод за статистику

¹ Односи се на број запослених у предузећима, установама, задругама и организацијама.

² Не обухвата предузетнике (физичка лица) и запослене код њих.

Као што смо већ помињали, Уредбом о плану мреже здравствених установа предвиђена је обавеза Републичког фонда за здравствено осигурање првенствено да закључи уговор о пружању здравствене заштите са државним установама, па тек, уколико то није могуће због недостатка капацитета, са приватним здравственим установама и приватном праксом. Не постоји интерес државе да из средстава за обавезно осигурање плаћа приватнике, кад постоји мрежа установа чији капацитети

задовољавају потребе за здравственом заштитом становништва и чије запослене држава мора да финансира. На зараде запослених у државним установама одлази скоро половина средстава (према неким подацима око 46%) која се скупљају у Фонду за обавезно осигурање. Једино где би држава имала интерес за потписивање уговора са лекарима опште праксе су подручја у којима постоји потреба за здравственим радницима, а нема запослених у државним установама, као што су неке области Србије²²⁴.

Међутим, у последњим годинама промењене су околности и држава је своју политику према укључивању приватних лекарских ординација у ширу здравствену заштиту становништва ускладила са потребама здравствене политике, о чему ћемо говорити у следећем одељку..

3. АФИРМАЦИЈА ПРИВАТНОГ КОНЦЕПТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

И поред свих наведених проблема у промени статуса приватних здравствених установа и приватне лекарске праксе, ситуација се постепено мења.

Од 1997. године, када су прве приватне ординације склопиле уговоре са Републичким фондом за здравствено осигурање, до данас, када имамо усвојену измену Правилника о начину и поступку остваривања здравствене заштите, којом се омогућавају приватним лекарима запосленим у приватним здравственим установама и приватној пракси одређена права која су до сада имали само лекари запослени у државним установама, видимо да је здравствена политика значајно измењена.

Наиме, према одредбама новог Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања²²⁵, осигурано лице може да код доктора медицине или доктора медицине специјалисте из области опште медицине, односно специјалисте медицине рада, доктора медицине специјалисте педијатрије, доктора медицине специјалисте гинекологије и доктора стоматологије, који је запослен на неодређено време са пуним радним временом у дому здравља основаном средствима у приватној својини, односно у одређеном

²²⁴ Т. Милосављевић „Држава против приватника“ *Економист* 272/2006.

²²⁵ Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (*"Службени гласник РС"*, бр.10/2010, 18/2010, 46/2010, 52/2010 и 80/2010)

облику приватне праксе, оствари одређена права из здравственог осигурања, у складу са овим правилником.

Одређена права из здравственог осигурања у складу са овим правилником, осигурано лице може да остварује само код једног лекара у приватној пракси из гране медицине наведене у правилнику, најмање у току једне календарске године. Осигурано лице потписује изјаву да ће одређена права из здравственог осигурања у складу са овим правилником остваривати код лекара у приватној пракси.

Републички фонд, односно филијала закључује уговор на период од најмање једне календарске године са домом здравља основаним средствима у приватној својини, односно са одређеним обликом приватне праксе.

Лекар у приватној пракси, на терет средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона, може да:

- 1) упути осигурано лице, према медицинским индикацијама на амбулантно-специјалистичке прегледе у одговарајућу здравствену установу, односно код другог правног субјекта са којима су Републички фонд, односно филијала закључили уговор о пружању здравствене заштите, и на основу тока лечења усклади мишљење и предлоге за наставак лечења осигураног лица, као и да упути осигурано лице у здравствену установу, односно код другог правног субјекта на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, са којим су Републички фонд, односно филијала закључили уговор о пружању здравствене заштите;
- 2) упути осигурано лице на стационарно лечење, односно на специјализовану рехабилитацију, када је то оправдано и медицински неопходно у здравствене установе на подручју матичне филијале, односно ван подручја матичне филијале са којима је Републички фонд закључио уговор о пружању здравствене заштите;
- 3) пропише лекове и медицинска средства као и одређене врсте медицинско-техничких помагала;
- 4) утврди дужину привремене спречености за рад због болести и повреде осигураника до 30 дана спречености за рад и предложи првостепеној

лекарској комисији продужење привремене спречености за рад, осим ако законом није друкчије одређено;

- 5) предложи првостепеној лекарској комисији да утврди потребу за рад осигураника са скраћеним радним временом у току лечења;
- 6) утврди потребу да осигурано лице има пратиоца за време путовања;
- 7) утврди потребу одсуствовања осигураника са посла ради неге члана уже породице у складу са чланом 79. став 1. закона којим се уређује обавезно здравствено осигурање;
- 8) да мишљење о томе да ли је осигураник намерно проузроковао неспособност за рад, односно да ли је оздрављење намерно спречио;
- 9) да мишљење о здравственом стању осигураног лица на основу чега се издаје потврда о здравственом стању осигураног лица ради коришћења здравствене заштите у иностранству;
- 10) одреди употребу и врсту превозног средства за превоз осигураног лица ради остваривања здравствене заштите, с обзиром на његово здравствено стање.

Поред ових послова лекар у приватној пракси може да одреди старост трудноће ради остваривања права за одсуствовање са рада због трудноће и порођаја, даје мишљење о здравственом стању детета ради остваривања права осигураника на одсуствовање са рада због неопходне посебне неге детета у складу са законом и утврђује привремену спреченост за рад осигураника у складу са прописима о запошљавању и осигурању за случај незапослености.

Лекар у приватној пракси је дужан да води посебну медицинску документацију о лечењу и здравственом стању осигураног лица, у складу са законом.

При остваривању права код лекара у приватној пракси, осигурано лице дужно је да да писмену изјаву о томе да иста права на терет средстава обавезног здравственог осигурања није остварило код изабраног лекара у складу са законом којим се уређују права из здравственог осигурања и прописима донетим за спровођење тог закона.

Ову писмену изјаву лекар у приватној пракси чува у медицинској документацији о лечењу и здравственом стању осигураног лица.

Осигурано лице дужно је да код прве посете свом изабраном лекару у складу са законом којим се уређује обавезно здравствено осигурање, изабраном лекару достави извештај, односно извод из медицинске документацију о правима из здравственог осигурања која је остварио код лекара у приватној пракси.

Извештај, односно извод из медицинске документације осигураном лицу даје лекар у приватној пракси.

Ове податке изабрани лекар уноси у здравствени картон осигураног лица.

Осигурано лице из својих средстава, или из средстава добровољног здравственог осигурања ако је уговорено, сноси трошкове посете лекару у приватној пракси, односно пружених здравствених услуга од стране лекара у приватној пракси ради остваривања права из обавезног здравственог осигурања. Очекивања од ових измена су да се оствари вишеструка корист: остварење права на избор начина и места лечења, смањење редова и чекања у државним домовима здравља, нарочито због добијања рецепата или упута за лечење код специјалисте, непотребно долажење пацијената у државне домове здравља ако се већ лече код приватних лекара и што је најбитније повећање квалитета у пружању здравствене заштите због конкуренције приватног сектора. Такође, ове промене ће допринети бољем и прецизнијем евидентирању услуга које пружају лекари у приватним установама, што је до сада представљало проблем у пракси.

Измене Правилника су усвојене, после консултација са репрезентативним синдикатима у здравству и са Лекарском комором Србије.

Ова права приватних лекара предвиђена изменама Правилника су била предмет захтева Удружења приватних лекара још од 1996. год,²²⁶ што нам показује колико је времена потребно да се неке промене у здравственој политици направе. Даље проширење могућности за веће укључивање приватника у здравствене услуге које покрива обавезно осигурање за сада је неизвесно, а разлог је диктирање обавезе Републичком фонду за здравствено осигурање, од стране државних органа, за закључивање уговора са свим државним установама, без обзира на стварне потребе за тим услугама. Насупрот томе, Правилником о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима

²²⁶ Округли сто о развоју приватне лекарске праксе, XIII конгрес лекара Србије са међународним учешћем, Врњачка бања, 26-30. маја 1996.

здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за 2011. год.²²⁷ у условима и критеријумима за уговарање са даваоцима здравствених услуга који нису у плану мреже даваоца здравствених услуга, предвиђено је да Републички фонд може да закључи уговор о пружању здравствених услуга са даваоцима здравствених услуга који нису у плану мреже, на основу понуде даваоца за врсту и број услуга које не могу да се обезбеде у оквиру постојећих капацитета установа из плана мреже, уз мишљење Института за јавно здравље „Батут“ и мишљење Министарства здравља. Такође, и даље је остављена опција Републичком фонду да закључи (или не закључи) уговор са домом здравља основаним средствима у приватној својини, односно са одређеним обликом приватне праксе ради остваривања одређених права осигураних лица, у складу са одредбама Правилника којим се уређује начин и поступак остваривања права из обавезног здравственог осигурања. За сада, нема података о томе да је Републички фонд за здравствено осигурање закључио уговор са домом здравља основаним средствима у приватној својини, што нам указује да су решења остала на нивоу нормативног регулисања, али још нису заживела у пракси. .

Међутим, као још једну меру за афирмацију приватног сектора у здравству, Закон о здравственој заштити у чл. 164. је предвидео могућност издавања у закуп слободних капацитета у здравственој установи. У здравственим установама основаним средствима у државној својини, уколико постоје слободни капацитети – простор и опрема, могу да се издају у закуп заинтересованим лицима која обављају здравствену делатност. За сада, нема података о закључењу ових уговора.

Једна од идеја која је потекла из Министарства здравља²²⁸ је расписивање конкурса за јавно–приватно партнерство за неке високософицистиране технологије, првенствено у области зрачне терапије, која представља једну од веома дефицитарних здравствених услуга. Од приватних партнера се очекује обезбеђивање опреме а државне установе би дале простор. Уговором би се регулисали међусобна права и обавезе, куповина услуга од приватника и после одређеног броја година остајање апарата у државној болници. Ове могућности су у

²²⁷ Правилник о условима и критеријумима за уговарање са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за 2011.год. ("Службени гласник РС", бр. 4/2011)

²²⁸ <http://www.novosti.rs>, 8.10.2010.

развијеним земљама давно уведене и представљају начин оптималног решавања проблема са дефицитарним здравственим услугама.

Омогућавање осигураницима који закључе допунско здравствено осигурање преко Фонда за здравствено осигурање да специјалистичке прегледе и стоматолошке услуге у оквиру допунског здравственог осигурања обаве код изабраног лекара и стоматолога, без обзира на постојање уговора о сарадњи са том ординацијом, представља још један корак у афирмацији приватног концепта здравствене заштите у Србији.

ГЛАВА XIII – РАЗВОЈ ПРИВАТНОГ²²⁹ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1. НЕМИНОВНИ ПРОЦЕС ШИРЕЊА ПРИВАТНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Као што смо до сада видели, здравствено осигурање је предмет озбиљног разматрања различитих субјеката у свим развијеним земљама због великих проблема до којих је дошло услед економских, социјалних, демографских и политичких промена.

У свим развијеним земљама појављује се проблем пораста трошкова обавезног здравственог осигурања и нужност ограничења тих трошкова. Једна од могућности за ублажавање овог проблема је појава и ширење приватног здравственог осигурања, које у развијеним земљама заузима све значајније место у систему здравствене заштите становништва. С друге стране, грађани, корисници услуга здравствене заштите, постају полако свесни чињенице да давања по основу обавезног осигурања не могу да покрију трошкове комплетне здравствене заштите. Услед ових неусклађености, видели смо да је у већини развијених земаља дошло до реформи система здравственог осигурања и усклађивања са економском ситуацијом, предузимањем мера на ангажовању додатних средстава корисника здравствене заштите.

У Србији се, такође, одвија сличан процес. Фонд за обавезно здравствено осигурање који прикупља и располаже средствима за обавезно осигурање запослених, налази се већ дуги низ година у озбиљним финансијским проблемима и у константном недостатку средстава. Чињеница је да због економске кризе и бројних социјалних проблема, држава прибегава отписивању дуговања за доприносе за здравствено осигурање ради постизања социјалног мира. Наплата доприноса се врши неефикасно, али недостају и буџетска средства која су намењена за здравствену заштиту социјално угрожених категорија становништва. Дуговања Фонду за здравствено осигурање по подацима Пореске управе који су

²²⁹ Под појмом приватног осигурања у овој глави не подразумевамо приватно осигурање као врсту добровољног осигурања према Уредби о добровољном здравственом осигурању, већ као било који облик здравственог осигурања које осигураник финансира својим приватним средствима

достављени Републичком фонду²³⁰, по основу доприноса за здравствено осигурање са стањем на дан 31.12.2011.године износе 84.937, 26 милиона динара, од чега је 48.672,53 милиона динара ненаплативо. Структура дуга по основу доприноса за здравствено осигурање са стањем на дан 31.12.2011.дата је у табели 8.

Табела 8.-Структура дуга по основу доприноса за здравствено осигурање на дан 31.12.2011.год.

Р.Б.	ОБВЕЗНИК	ДУГ ДОПРИНОСА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ	НЕНАПЛАТИВ ДУГ
1	Правна лица	51.054.105.148,64	48.672.531.312,07
2	Пољопривредници	11.118.664.548,32	
3	Предузетници	22.764.489.959,00	
	УКУПНО	84.937.259.655,98	

Извор података: Пореска управа

Прописима о приватизацији је предвиђено да сви они који су у поступку реструктурирања, не морају да плаћају доприносе²³¹, па има правних лица која за неплаћене доприносе за здравствено осигурање дугују по две милијарде динара. Такође и Законом о стечају²³² није дозвољена принудна наплата доприноса. Посебан проблем представља смањење основног прихода Републичког фонда за здравствено осигурање услед смањења броја запослених у земљи. У августу 2008. године било је, поновимо, 2,1 милион запослених у Србији, а у августу 2012.године тај број пао на 1.725.960, што је за 1,1% мање у односу на август 2011.године, што нам показује да долази до смањења броја активних запослених лица из чијих се доприноса финансира цео систем обавезног здравственог осигурања у Србији.

²³⁰ http://www.rzso.gov.rs/download/fin_izvestaj2011.pdf, 8.4. decembar 2012.

²³¹ Вид.чл.20ж Закона о приватизацији ("Службени гласник РС", бр.38/01,18/03,45/05, и 123/07)

²³² Вид.чл.93. Закона о стечају ("Службени гласник РС", бр.104/2009)

У студији о основама реформе система здравствене заштите у Србији која је рађена у 2000.год.²³³ наведено је десет заблуда о систему здравствене заштите у Србији од којих су многе и данас актуелне:

прва заблуда – здравствена заштита у Србији је бесплатна;

друга заблуда – има довољно пара да се финансирају сва права из здравствене заштите прописана законом (Закон о здравственој заштити и Закон о здравственом осигурању);

трећа заблуда – сви смо равноправни при коришћењу здравствене заштите;

четврта заблуда – систем здравствене заштите може да реши и решава све проблеме здравља људи;

пета заблуда- савремени менаџмент и приватизација нису за социјализоване системе здравствене заштите;

шеста заблуда – здравствена заштита коју добијамо на европском је нивоу: квалитетна, ефикасна и рационална;

седма заблуда – здравствена заштита у Србији превентивно је оријентисана;

осма заблуда – више кадрова у здравству, њихова боља квалификациона структура и већа примена савремене технологије обезбедиће бољу здравствену заштиту становништву;

девета заблуда – постоји слобода лекара да доноси и спроводи најбоље могуће одлуке за пацијента;

десета заблуда – реформа система здравствене заштите преко ноћи ће решити све проблеме у систему здравствене заштите.

Када се осврнемо на изнете заблуде о систему здравствене заштите из 2000. године, уочавамо да су неке од њих данас, ипак, превазиђене. То да је здравствена заштита у Србији данас „бесплатна“ и да има довољно пара да се финансирају сва права из здравствене заштите предвиђена законом су тврдње у које занемарљив број људи верује. С обзиром на то да новца за потпуну здравствену заштиту осигураника на обавезно здравствено осигурање нема, неминовно је да дође до ангажовања других извора средстава и до развоја приватног здравственог осигурања.

²³³ С. Симић *et al.* „Основе за реформу система здравствене заштите у Републици Србији“ Београд, 2001,46

Први пут у Закону о здравственом осигурању из 1992. год. предвиђена је могућност добровољног здравственог осигурања, које могу да уговоре грађани који нису обавезно осигурани или осигураници на обавезно здравствено осигурање, који желе да обезбеде већи обим права од оних обезбеђених обавезним осигурањем.

Закон о здравственом осигурању из 2005. год је предвидео добровољно здравствено осигурање, али је уређивање врста, услова, начина и поступка организовања и спровођења добровољног здравственог осигурања пренето у надлежност владе и подзаконског акта - Уредбе о добровољном здравственом осигурању.

Прве покушаје за увођење добровољног осигурања су направиле поједине приватне здравствене установе, као што су „Милош клиника“ 1996. год., која је увела картицу на „Милош осигурање“, у коме је корисник могао да се определи за један од три нивоа осигурања (А, Б или Ц) који су били различити према нивоу услуга које су нудили. Међутим, нема довољно елемената за анализу у којој мери је ово било стварно осигурање са плаћањем премија осигурања (израчунатих на основу вероватноће настанка ризика по здравље), а у којој мери претплатничка карта за коришћење услуга приватника у току одређеног временског периода.²³⁴

Слични покушаји се појављују и данас па је тржиште „преплављено“ понудама приватних здравствених установа²³⁵ које нуде различите картице, колективно отварање здравствених картона са правом на коришћење медицинских услуга и различитим бенефицијама, оснивање фонда за здравствену културу и лечење и слично. Међутим, ово није осигурање у смислу Закона о облигационим односима и Закона о осигурању, којим је предвиђено да се уговором о осигурању обавезује уговарач осигурања да плати одређени износ осигуравачу, а осигуравач се обавезује да, ако се деси догађај који представља осигурани случај, исплати осигуранику или неком трећем лицу накнаду, односно уговорену своту или учини нешто друго. Уредба о добровољном здравственом осигурању предвиђа и казнене одредбе за даваоца осигурања који почне да обавља послове добровољног здравственог осигурања без позитивног мишљења Министарства здравља о

²³⁴ С. Симић, Р. Косановић, Д. Младеновић, 233.

²³⁵ С. Вукајловић “Осигурање као понуда здравствених установа“ са форума Добровољно здравствено осигурање у Србији – могућности развоја, 26.10.2010. Hyatt Regency, Београд

испуњености услова за организовање и обављање одређене врсте добровољног здравственог осигурања.

Као што смо већ помињали раније, у 2010. год, је 14 друштава за осигурање добило сагласност за обављање послова добровољног здравственог осигурања у Србији, а укупно је донето 34 посебних услова којима се спроводе различити видови добровољног осигурања, што указује да се концепт добровољног здравственог осигурања у Србији неминовно проширио.

2. ФИНАНСИРАЊЕ ПРИВАТНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Постоје међу теоретичарима, који се баве здравственом заштитом и здравственим осигурањем, сумње које се тичу развоја приватног здравственог осигурања у Србији и могућности за повећање броја осигураних лица у различитим видовима осигурања финансираних из приватних извора²³⁶. Међутим, шта нам говоре подаци из Националног здравственог рачуна?

Национални здравствени рачун представља званичну здравствену статистику, која мери свеукупне јавне, приватне и дониране здравствене трошкове резидената одређене државе и служи за дефинисање протока новчаних средстава у здравственом сектору. У Националном здравственом рачуну се прикупљају подаци о финансирању и потрошњи финансијских средстава намењених за здравство на националном нивоу, који показују колико се троши на здравство, одакле финансирање потиче, где су финансијска средства усмерена. Ови подаци се приказују кроз табеле које су базиране на правилима обрачуна Система здравствених рачуна који представља модел за једнообразно извештавање о здравственој потрошњи земаља са различитим здравственим системима и различитим нивоима дохотка.

У Србији је рад на успостављању Националног здравственог рачуна почео 2004. године у оквиру пројекта Министарства здравља „Развој здравства Србије“ а завршен 2008. године када је извршена институционализација Националног здравственог рачуна у Институту за јавно здравље “Др Милан Јовановић – Батут”.

²³⁶ З.Шолак “Однос обавезног и добровољног здравственог осигурања” *Правни живот бр.* 12/2009, 854

Иначе је увођење Националног здравственог рачуна обавеза у земљама Европске уније, па је Србија на овај начин испунила једну од обавеза као кандидат за чланство у Европској унији.

Према Националном здравственом рачуну, у Србији укупни расходи за здравствену заштиту према становнику показују стабилан раст у периоду од 2003-2008. година, да би 2008. године достигли 493 евра, односно 664 долара по становнику. При томе, трошкови за здравствену заштиту у јавним здравственим установама износе у посматраној години 308 евра по становнику или 415 долара.

Учешће расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу, уз извесне осцилације, такође показује раст у периоду 2003-2008. година (табела 9).

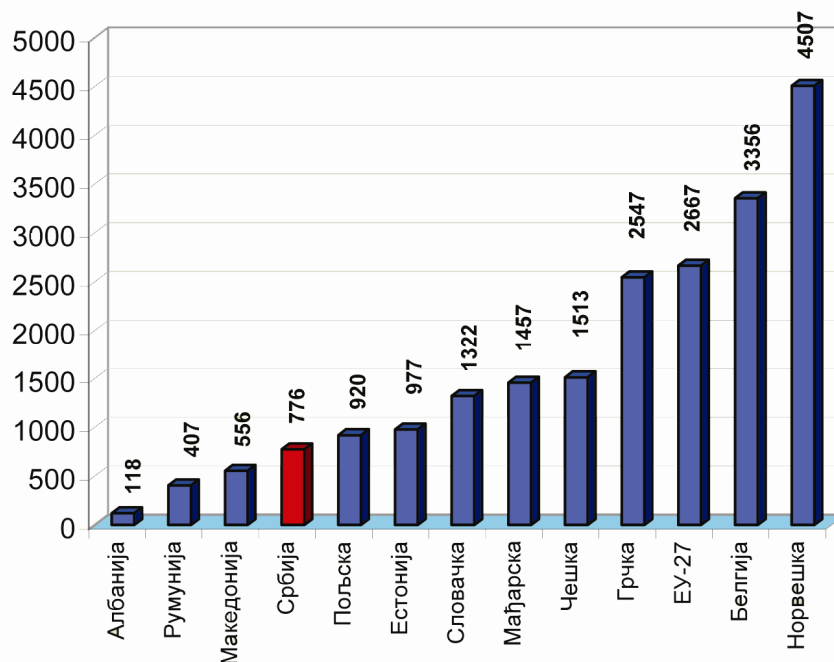
Табела 9.- Учешће расхода за здравствену заштиту у БДП у Србији, 2003–2008. година

ПОКАЗАТЕЉ	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Учешће укупних расхода за здравствену заштиту у БДП (у%)	8,7	8,6	9,0	9,3	9,9	9,8
Учешће јавних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу	6,2	5,9	6,0	5,9	6,1	6,1
Учешће расхода за здравствену заштиту РЗЗО у БДП (у%)	5,6	5,4	5,5	5,5	5,7	5,6
Учешће приватних расхода за здравствену заштиту у БДП (у%)	2,5	2,7	3,0	3,4	3,8	3,7

Извор: Национални здравствени рачун

Када се посматрају издвајања за здравствену заштиту као проценат од бруто домаћег производа, Србија је 2006. године имала већа издвајања од просека Европске уније (који је износио 8,9%), а од земаља у региону мање је издвајала од Босне и Херцеговине (9,5%), док је у 2007. години нагло порасло издвајање за здравствену заштиту на 9,9%.

Међутим, иако у поређењу са другим европским земљама Србија издваја висок проценат за здравствену заштиту, то у апсолутном износу представљају мала и недовољна средства, што је последица релативно ниског нивоа бруто домаћег производа Србије (графикон 9).



Извор: Национални здравствени рачун

Графикон 9. Укупни расходи за здравствену заштиту, у доларима по куповној моћи, по становнику, у Србији и изабраним европским земљама, 2006.

У наредној табели приказани су детаљни индикатори потрошње у здравственој заштити у Србији у периоду од 2003. – 2008.године. (Табела 10)

Табела број10. Детаљни индикатори потрошње у здравственој заштити у Србији у периоду од 2003. - 2008. године.

Одабрани показатељи расхода за здравствену заштиту	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Укупни расходи за здравствену заштиту (УРЗЗ) као % бруто домаћег производа (БДП)	8,7	8,6	9,0	9,3	9,9	9,8
Анализа извора финансирања здравствене заштите						
Екстерни извори финансирања здравствене заштите као % УРЗЗ	0,5	0,7	0,3	0,7	0,4	0,2
Анализа финансијера здравствене заштите						
Јавни расходи за здравствену заштиту (ЈРЗЗ) као % УРЗЗ	71	68,9	66,4	63,5	61,9	62,5
Приватни расходи за здравствену заштиту (ПРЗЗ) као % УРЗЗ	29,0	31,1	33,6	36,5	38,1	37,5
ЈРЗЗ као % укупних државних расхода	13,7	13,4	14,2	12,9	13,8	14,1
Фондови здравственог осигурања као % ЈРЗЗ	91,2	91,5	92,7	93,0	93,4	92,4
Директна плаћања од стране домаћинстава као % ПРЗЗ	86,3	88,0	89,7	90,9	92,2	94,6
Анализа стационарне здравствене заштите						
Укупни расходи стационарних здравствених установа као % УРЗЗ	52,8	48,8	46,7	44,1	43,2	44,3
Државни расходи за стационарну здравствену заштиту као % ЈРЗЗ	66,6	64,3	63,3	61,3	64,3	65,1
Анализа коришћења здравствене заштите						
Укупни расходи за хоспитализоване пацијенте као % УРЗЗ	44,9	40,0	38,0	42,0	34,4	34,4
Јавни расходи за хоспитализоване пацијенте као % ЈРЗЗ	52,9	49,1	48,3	53,7	51,1	50,1
Превентивне и услуге заштите на раду као % УРЗЗ	8,7	8,0	7,5	7,4	7,1	6,7
Анализа ресурса у здравственој заштити						
Укупни расходи за лекове као % УРЗЗ	20,0	22,1	23,3	25,6	26,2	28,2
Приватни расходи за лекове као % ПРЗЗ	49,8	49,6	55,6	50,2	53,7	49,5
Укупни расходи за запослене у здравственој заштити као % УРЗЗ	70,2	69,1	68,2	64,4	69,1	61,2
Плате запослених у здравственој заштити као % од ЈРЗЗ		60,6	59,5	59,9	61,2	48,8
Јавни расходи за капиталне инвестиције као % УРЗЗ	4,2	2,2	2,0	3,1	3,2	3,2
Одабрани показатељи расхода за здравствену заштиту по становнику	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Укупни расходи за здравствену заштиту по становнику (у УС\$)	229	277	304	369	546	664
Укупни расходи за здравствену заштиту по становнику (у ППС)	604	668	754	853	1056	1284
Јавни расходи за здравствену заштиту по становнику (у УС\$)	163	191	202	234	338	415
Јавни расходи за здравствену заштиту по становнику (у ППС)	429	461	501	542	654	803
Анализа извора финансирања здравствене заштите (расходи у милионима динара)	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Јавни извори (ФС.1)	66 366	81 335	100 171	116 113	143 974	170307
Приватни извори (ФС.2)	28727	37112	50838	66919	89127	97585
Екстерни извори (ФС.3)	510	874	478	1 332	1000	652
Анализа финансијера здравствене заштите (расходи у милионима динара)	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Укупни расходи за здравствену заштиту	99093	119447	151414	183444	233884	273414
... Јавни расходи за здравствену заштиту (ХФ.1)	70 366	82 335	100 576	116 425	144 757	170959
... Јавни сектор осим фондова здравствене заштите (ХФ.1.1)	5 176	6 037	6 941	7 838	9 544	12982
... Централна управа (ХФ.1.1.1)	4 215	4 819	5 106	4 976	5 356	7123
... од чега Министарство здравља	2 299	2 575	2 563	3 127	2 075	2812
... Друга Министарства	1916	2244	2543	1849	3281	4311
... Аутономна покрајина (ХФ.1.1.2)	463	553	861	1 792	1 103	2212
... Локална управа (ХФ.1.1.3)	498	665	974	1 070	3 085	3647
... Републички завод за здравствено осигурање (ХФ.1.2)	64 191	75 298	93 230	108 275	135 213	157977
... Приватни расходи за здравствену заштиту (ХФ.2)	28727	37112	50838	66919	89127	102455
... Приватна осигурања			147	303	432	
... Приватне фирме и корпорације, изузимајући приватно осигурање(ХФ.2.5)	3 934	4 446	5 219	6 081	6991	5522
... директна плаћања од стране домаћинстава (ХФ.2.3)	24793	32666	45619	60836	82136	96933
... партиципација		1872	1 934	2 999	4 563	5171

Анализа пружалаца здравствених услуга и коришћења здравствене заштите (расходи у милионима динара)	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Пружалац услуга						
... Стационарне здравствене установе (ХП.1)	52 283	58 305	70 699	80 947	100 929	121256
... ..Стационарне здравствене установе финансиране од јавног сектора финансијера (ХФ.1 x ХП.1)	46 830	52 928	63 656	71 402	93 011	111359
... Пружаоци ванболничке здравствене заштите (ХП.3)	16 272	24 750	28 712	36 106	45 394	60120
... ..Пружаоци ванболничке здравствене заштите финансирани од јавног сектора финансијера (ХФ.1 x ХП.3)	8 368	14 613	17 196	21 153	24 959	34772
...Малопродаја лекова и медицинских средстава	19 566	24191	32144	42 389	54691	65972
... .. од чега апотеке (ХП.4.1)	18756	23318	31137	41256	53389	62214

Извор: Национални здравствени рачун

Када из ове табеле анализирамо структуру финансијера здравствене заштите и њихово учешће у укупним трошковима здравствене заштите, уочавамо значајан пораст приватних расхода за здравствену заштиту у периоду од 2003. до 2008. год - од 29% у 2003. год. до 37,5% у 2008. год. од укупних расхода за здравствену заштиту. Истовремено, јавни расходи за здравствену заштиту од 2003. год. када су представљали 71% укупних расхода здравствене заштите, у 2008. год. су се смањили на 62,5% од укупних расхода за здравствену заштиту. Процент директних плаћања од стране домаћинстава у укупним приватним расходима за здравствену заштиту повећао се са 86,3% у 2003. год. на 94,6% у 2008. год. Анализа финансијера здравствене заштите у новцу показује један нови податак, а то је да је у оквиру приватних расхода за здравствену заштиту, који су у 2005. год. износили 50.8 милијарди динара, расход за приватно осигурање био 147 милиона динара, у 2006. год. од 66.919 милиона динара за приватно осигурање 303 милиона динара и у 2007. год. од 89.127 милиона динара 432 милиона динара за приватно осигурање.

Овај податак нам показује један тренд пораста средстава која се у Србији одвајају за приватно осигурање, мада су у односу на директна плаћања од стране домаћинства (2005. год. -45.619, 2006. год. -60.838 и 2007. год. – 82.136), ови износи и даље занемарљиви.

Ипак, можемо да констатујемо да приватно здравствено осигурање постаје и у Србији реалност која ће са увођењем новијих видова добровољног здравственог осигурања, о којима смо претходно расправљали, а са истовременим сужавањем права из обавезног здравственог осигурања, бити доступно и грађанима различитих економских могућности.

3. ОГРАНИЧЕЊА СПЕЦИФИЧНА ЗА ЗЕМЉЕ У ТРАНЗИЦИЈИ

У развијеним земљама са тржишном привредом све више се развијају системи приватног здравственог осигурања, тако да би оно у догледној будућности могло да постане мање–више равноправно са државним осигурањем. Управо је то случај у најбогатијим државама света, јер животни стандард грађана и економска и привредна развијеност државе представљају одлучујући фактор за примену приватног здравственог осигурања.²³⁷

Што се тиче земаља у транзицији, тржиште приватног здравственог осигурања је још увек недовољно развијено, што смо видели и на примеру Србије. Разлози за ову чињеницу су бројни. На првом месту је, сигурно, недовољна економска развијеност и низак животни стандард грађана који не оставља много могућности за уговарањем приватног здравственог осигурања.

Очекивања су да ће развој тржишта приватног осигурања у земљама у транзицији довести и до развоја самог приватног осигурања, као што се то догодило и у развијеним земљама. Чињеница је да у земљама у транзицији, и поред ниског животног стандарда, недостаци социјалног здравственог осигурања доводе до издвајања значајних количина новца за плаћање здравствених услуга из џепа корисника. Разлике између развијених земаља и земаља у транзицији, које су на путу из државно контролисаног у тржишни систем, су у томе што се у развијеним земљама ова средства концентришу у оквиру приватног осигурања, што представља сигурно бољи начин за остваривање права из здравствене заштите од директног плаћања из џепа корисника. Наиме, уплатом годишње премије приватног осигурања, осигураник покрива многобројне здравствене ризике који могу да наступе у току те године (зависно од обима покрића из уговора о осигурању) и сигурно за мање средстава него што ће наступањем тих ризика, када нема уговорено осигурање, платити из сопственог џепа. Потребно је време да се свест људи у земљама у транзицији, који су до скоро били обезбеђени у системима опште обавезног здравственог осигурања, промени и да заштиту од здравствених ризика унапред обезбеде путем уговарања неке од врста приватног осигурања, а не да када наступи нека непредвиђена ситуација плате здравствену заштиту из џепа, што тада знатно

²³⁷ С.Стојановић“Финансирање здравствене заштите у савременим државама“ упоредно-правна студија *Прилог за реформу здравственог осигурања у Србији*, 2004,183.

више кошта. Развој у Чешкој, Пољској, Словачкој и другим државама које су у међувремену окончале транзицију и постале чланице ЕУ сведочи о томе.

Међу разлозима за неразвијеност овог тржишта у земљама у транзицији је и непостојање услова за примену европских стандарда у раду и контроли рада осигуравајућих друштава. Наиме, нека лоша искуства из земаља у транзицији (стечај осигураваача који су пружали пензијско и здравствено осигурање у Русији и Бугарској, генерално неповерење у институције осигурања и банке због различитих афера) указују да нема гаранције и обезбеђења за осигуранике из приватног здравственог осигурања у случају неких непредвиђених околности. Државе нису у могућности да преузму обавезе осигураваача који оду у стечај, па је неопходно да се по угледу на системе у неким развијеним земљама (Немачка, Холандија), поред контроле и надзора над радом осигуравајућих организација, уведе обавеза формирања посебног фонда из кога би се исплаћивале обавезе осигураваача који су отишли под стечај.²³⁸

Међутим, постоје области здравствене заштите које нису везане за ризик од болести и повреда, где нема неочекиваног догађаја који се није могао отклонити, као што су, на пример, права осигураника везана за трудноћу и порођај, и где је нужно да и даље постоји државно социјално осигурање. Осим тога, област здравствене заштите и здравственог осигурања је од великог значаја за сваку државу и део трошкова здравствене заштите и здравственог осигурања мора да задржи социјалну функцију која се остварује преко обавезног социјалног осигурања. Уосталом, и чл.1. Устава Републике Србије дефинише Србију као, између осталог, и социјалну државу. Због тога се у свим земљама у транзицији веома обазриво улази у систем реформисања здравственог осигурања, јер је дугогодишње постојање социјалног осигурања, које је у неким периодима било свеобухватно и доступно свима, препрека радикалним променама у смеру приватизације у области здравствене заштите и здравственог осигурања. Међутим, и у делу развијених земаља, које су имале дугу традицију социјалног осигурања, ова врста реформи је прихваћена и установљена као право појединаца да сами бирају врсту свог здравственог осигурања.

²³⁸ Ј. Пак „Закључна разматрања“ упоредноправна студија *Прилог за реформу здравственог осигурања у Србији*, 2004, 199.

4. ПРАВО ИЗБОРА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА КАО ОДРАЗ УНАПРЕЂЕЊА КВАЛИТЕТА У ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

Апсолутно право избора здравственог осигурања не постоји ни у земљама у којима је тржишни систем здравственог осигурања развијен много раније, јер је област здравствене заштите и здравственог осигурања у свим државама предмет регулисања од стране државе. Из упоредноправног прегледа система здравствених осигурања у земљама ОЕСД видели смо да је у свим тим државама предвиђен неки модалитет обавезног здравственог осигурања који се остварује на различите начине и код различитих осигураваача. Потпуни волунтаризам у избору здравственог осигурања не постоји више ни у САД, које су до сада биле пример у слободи избора здравственог осигурања (односно чешће у пракси неосигурања), јер је реформом система здравственог осигурања (тзв. Обамина реформа) и у САД уведено обавезно здравствено осигурање.

Слобода избора здравственог осигурања постоји у делу здравственог осигурања који превазилази пакет услуга обавезног здравственог осигурања, за здравствене услуге које су по квантитету или квалитету изван овог пакета.

У здравственом осигурању у Србији, на основу Закона о здравственом осигурању, постоји обавеза плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање за све запослене и послодавце, као и друге обвезнике уплате доприноса. Обавезно здравствено осигурање се обезбеђује и спроводи у Републичком фонду за здравствено осигурање. Из ових одредаба је јасно да код обавезног здравственог осигурања нема могућности избора осигурања нити осигураваача за запослена лица и друге грађане у Србији.

Друга врста здравственог осигурања је добровољно здравствено осигурање које представља осигурање од настанка ризика плаћања учешћа у трошковима здравствене заштите за лица која нису обавезно осигурана, односно нису укључена у обавезно здравствено осигурање, или за лица која су обавезно осигурана, али се добровољно осигуравају на већи обим и стандард и друге врсте права из здравственог осигурања.

Код ове врсте осигурања постоји право избора врсте осигурања и осигураваача са којим се уговор о осигурању закључује али, такође, са извесним ограничењима. У претходним разматрањима смо видели да постоје три врсте

добровољног здравственог осигурања, од којих се паралелно и додатно закључују као допуна обавезном здравственом осигурању, а приватно здравствено осигурање закључују лица која нису обавезно осигурана. И код избора осигуравача постоје ограничења; Републички фонд као осигуравач из добровољног здравственог осигурања може да понуди паралелно и додатно осигурање, а не и приватно осигурање, а осигуравајућа друштва могу да понуде све три врсте добровољног здравственог осигурања, па се може закључити да ту постоји слобода избора осигуравача.

Међутим, поновимо да запослени у Србији не могу да изаберу приватно здравствено осигурање као алтернативу обавезном осигурању, јер би то било супротно Закону о здравственом осигурању и Закону о доприносима за обавезно социјално осигурање тако да се избор за запослене своди на паралелно или додатно добровољно здравствено осигурање, или њихову комбинацију, што су нека осигуравајућа друштва понудила својим посебним условима.

До најновијих измена Закона о порезу на доходак грађана (Службени гласник РС, бр.47/2013)²³⁹ од 29.маја 2013.године, била је предвиђена једна, релативно скромна, олакшица на терену пореза на доходак грађана, а то је да се зарадом не сматра премија коју послодавац плаћа за све запослене код колективног осигурања од последица незгоде, укључујући осигурање од повреде на раду и професионалног обољења и колективног осигурања за случај тежих болести и хируршких интервенција.

Међутим, промењеним чл.14б. предвиђено је да се изузетно зарадом не сматра, поред претходно наведене премије, ни премија добровољног здравственог осигурања, односно пензијски допринос у добровољни пензијски фонд, које послодавац плаћа за запослене – осигуранике, односно чланове добровољног пензијског фонда, у складу са посебним прописима који уређују наведене области, до износа који је ослобођен од плаћања доприноса сагласно закону који уређује доприносе за обавезно социјално осигурање. Чланом 21.а предвиђено је да се не плаћа порез на зараде на премију за добровољно здравствено осигурање коју

²³⁹ "Службени гласник РС", бр.24/01, 80/02, 135/04, 62/05 и 65/06-исправка, 31/09, 44/09, 18/10, 50/11, 91/11,-УС,93/12,114/12-УС,47/13

послодавац обуставља и плаћа из зараде запосленог – осигураника укљученог у добровољно здравствено осигурање у земљи, у складу са законима којима се уређује добровољно здравствено осигурање и актима донетим за спровођење закона, као и за пензијски допринос у добровољни пензијски фонд који послодавац обуставља и плаћа из зараде запосленог – члана добровољног пензијског фонда, по закону који уређује добровољне пензијске фондове и пензијске планове. Укупан износ који може бити предмет ослобођења збирно за оба: премију за добровољно здравствено осигурање и пензијски допринос је 5.214 динара месечно. Најновије законско решење треба да покаже своје ефекте у нередном периоду али свакако представља стимуланс за укључивање већег броја осигураника у добровољно здравствено осигурање.

Могућност избора приватног осигурања као алтернативе обавезном, која у нашем систему не постоји, у догледно време неће ни бити омогућена, јер би отварање такве могућности врло вероватно урушило систем обавезног здравственог осигурања у облику у коме сада постоји. Видели смо у претходном раду како се смањује број активних, запослених лица у Србији који уплатом доприноса пуне Фонд здравственог осигурања. Омогућавање да се као алтернатива изабере уплата премије или доприноса за обавезно здравствено осигурање некој осигуравајућој организацији, уместо у Фонд здравственог осигурања, довела би ускоро до смањења укупних средстава и немогућности да Фонд измирује своје обавезе према даваоцима здравствених услуга, што би довело у питање функционисање здравствених установа из Уредбе о мрежи пружаоца здравствених услуга. Ове државне здравствене установе се првенствено финансирају на основу уговора са Републичким фондом за здравствено осигурање, а остали извори прихода су заступљени у много мањем обиму. Осим тога, на овај начин би се поштовање принципа солидарности и узајамности, на којима почива систем здравственог осигурања у Србији довело у питање, а социјално угрожене категорије грађана у ризик од немогућности добијања адекватне здравствене заштите.

Табела 11: Удео финансирања у јавном финансирању²⁴⁰

ПОКАЗАТЕЉ	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Удео РЗЗО %	87	91,5	92,7	93	93,9	92,8
Удео осталих јавних извора %	13	8,5	7,3	7	6,1	7,2

Из наведене табеле бр. 11 видимо који је удео средстава РЗЗО у јавном финансирању здравства у Србији, што нам указује да средства којима располаже Републички фонд за здравствено осигурање одређују јавно пружање здравствених услуга. Остали део јавног финансирања здравствених услуга обезбеђују Министарство здравља, преко регионалних и локалних органа власти, Министарство одбране, Министарство правде и Војно здравствено осигурање.

Као што смо већ помињали у претходном делу, Републички фонд за здравствено осигурање који прикупља и располаже средствима за обавезно осигурање запослених, налази се већ дуги низ година у озбиљним финансијским проблемима и у константном недостатку средстава. Чињеница је да због економске кризе и бројних социјалних проблема, држава прибегава отписивању дуговања за доприносе за здравствено осигурање ради постизања социјалног мира. Наплата доприноса се врши неефикасно, али недостају и буџетска средства која су намењена за здравствену заштиту социјално угрожених категорија становништва. Дуговања Фонду за здравствено осигурање по подацима Пореске управе који су достављени Републичком фонду²⁴¹, по основу доприноса за здравствено осигурање са стањем на дан 31.12.2011.год. износе 84.937, 26 милиона динара, од чега је 48.672,53 милиона динара ненаплативо. Ребалансом Финансијског плана Републичког фонда за 2011. год. планирани су укупни приходи и примања у износу од 193.144,30 милиона динара, које чине: приходи од доприноса за социјално осигурање, који су планирани су у износу од 134.300,00 милиона динара или 69,53% укупних прихода; трансфери од буџета планирани у висини од 915,05 милиона динара који чине 0,47% планираних прихода и примања (при чему су трансфери од буџета за здравствену заштиту лица из члана

²⁴⁰ М.Гајић-Стевановић et al. "Здравствени систем и потрошња у Србији од 2004-2008"

²⁴¹ http://www.rzso.gov.rs/download/fin_izvestaj2011.pdf; 8,4. decembar 2012.

22. Закона планирани у износу од 615,05 милиона динара,²⁴² трансфери од буџета по основу дуванског динара планирани у износу од 300,00 милиона динара.)

Помињали смо да је број осигуравајућих друштава која су добила дозволу за обављање послова добровољног осигурања у Србији значајан (14). Такође и број приватних здравствених установа се повећава, са све бољом опремљеношћу савременим апаратима, што нам говори да постоји интересовање пацијената за здравствене услуге у тим установама. Право избора здравственог осигурања за здравствене услуге које нису обухваћене пакетом услуга из обавезног осигурања, као и за услуге које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем, али се остварују на другачији начин и по другачијем поступку, или у већем обиму, садржају и стандарду права, постоји и остварује се, али у недовољном обиму, имајући у виду податке о износима које плаћају корисници здравствених услуга директно..

Сматрамо да је потребно да област добровољног здравственог осигурања у Србији буде регулисана законом (а не подзаконским актом) због важности питања која се регулишу, а имајући у виду да Устав Републике Србије из 2006.године предвиђа да се здравствено осигурање (здравствена заштита и оснивање фондова здравственог осигурања) уређује законом. При регулисању ових питања треба имати у виду и прописе Европске уније (Трећа Директива неживотног осигурања)²⁴³ који се примењују на приватно здравствено осигурање у земљама Европске уније и који предвиђају правила по којима владе држава чланица ЕУ могу да интервенишу на тржишту здравственог осигурања, афирмишу принципе слободног тржишта, омогућавају избор и иновације и ограничавају утицај државе.

²⁴² Вид. Закон о буџету Републике Србије за 2011. ("*Службени гласник РС*", бр.101/10)

²⁴³ The third "Non-life Insurance" Directive, Council Directive 92/49/EEC, OJ 1992 No. L 228/ 23, citirano prema S.Thomson, E.Mossialos "Private Health Insurance and Internal Market", *Health Systems Governance in Europe, The Role of European Union, Law and Policy*, 2010,419-460

ЗАКЉУЧАК

Финансирање здравствене заштите становништва у савременом свету представља проблем са којим се суочавају како развијене земље тако и земље у транзицији и неразвијене земље.

Начини на које се финансирају системи здравствене заштите се деле према обухвату становништва здравственом заштитом, према извору финансирања здравствене заштите и власништву над зградама и опремом у здравству. На основу ових критеријума системи здравствене заштите су груписани у три основне групе: систем националне здравствене службе – тзв. Беверицов модел, систем обавезног социјалног осигурања – тзв. Бизмарков модел и систем приватног осигурања - тзв. модел независних или суверених корисника.

Систем здравственог осигурања у Србији представља модел система обавезног социјалног осигурања, који се у складу са Законом о здравственом осигурању заснива на финансирању путем доприноса који уплаћују сви запослени и њихови послодавци (у износу од 6,15% из бруто зараде и 6,15% на бруто зараду) и у коме постоји државно власништво над зградама и опремом. Основна карактеристика овог система је начело узајамности и солидарности, у коме запослени и послодавац плаћају доприносе према бруто заради запосленог, а осигураник користи здравствене услуге према потребама. У буџету Републике се обезбеђују средства за уплату доприноса за одређене категорије лица (социјално угрожена, лица са повећаним ризиком од обољевања и др.).

Међутим, за разлику од овог нормативног стања, у пракси ствари изгледају другачије, јер постоје многи проблеми у функционисању и финансирању система здравственог осигурања. Систем у коме здравствени радник и осигураник одлучују о лечењу и коришћењу здравствених услуга према потребама, без обзира на цену услуга, а на основу уплаћених доприноса, не може да опстане ни у много богатијим земљама. Због тога су донети општи акти којима се одређује обим и садржина услуга из здравственог осигурања и партиципацији осигураника, којима се право на здравствене услуге према потребама ограничава, као што је Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног

здравственог осигурања и о партиципацији који Републички фонд за здравствено осигурање доноси сваке године.

Осим овог нужног ограничења у обиму и садржају услуга из обавезног здравственог осигурања, постоје проблеми и у прикупљању средстава из којих се плаћа даваоцима здравствених услуга, јер је Фонд за здравствено осигурање, који прикупља и располаже средствима за обавезно осигурање запослених, већ дуги низ година у финансијским проблемима и у константном недостатку средстава. Чињеница је да због економске кризе и бројних социјалних проблема држава прибегава отписивању дуговања за доприносе за здравствено осигурање ради постизања социјалног мира. Наплата доприноса се врши неефикасно, али недостају и буџетска средства која су намењена за здравствену заштиту социјално угрожених категорија становништва. Посебан проблем представља смањење основног прихода Републичког фонда за здравствено осигурање услед смањења броја запослених у земљи. У августу 2008. год. било је 2,1 милион запослених у Србији, у октобру 2010.год.1,8 милиона а у августу 2012.год. тај број је пао на 1.725.960 запослених (што је за 1,1% мање у односу на август 2011.год.), што нам показује да долази до смањења броја активних запослених лица из чијих се доприноса финансира цео систем обавезног здравственог осигурања у Србији.

С обзиром на ограничења у садржају и обиму услуга из обавезног здравственог осигурања, нужно су се појавили додатни извори средстава из којих се плаћају здравствене услуге које нису предвиђене обавезним здравственим осигурањем. Ови додатни извори су различито структурисани у развијеним земљама и земљама у транзицији.

У развијеним земљама лична средства осигураника се претежно појављују као допунски вид плаћања здравствених услуга „из џепа корисника“ али са значајним процентом средстава уложених у добровољно здравствено осигурање (просек за земље Европске уније је 66,5% из средстава корисника према 24,3% средстава из добровољног осигурања). У земљама у транзицији, проценат директних плаћања здравствених услуга је много већи, доминантан у односу на лична средства уложена у здравствено осигурање (у Србији, према подацима за 2007.год. 91,7% из џепа корисника према 0,5% средстава из добровољног осигурања).

Јасно је да су издвајања за обавезно здравствено осигурање велика са становишта запослених и њихових зарада, а недовољна за финансирање очекивања свих актера у систему пружања здравствених услуга становништву.

У свим развијеним земљама појављује се проблем пораста трошкова обавезног здравственог осигурања и нужност ограничења тих трошкова. Једна од могућности за ублажавање овог проблема је појава и ширење приватног здравственог осигурања, које у развијеним земљама заузима све значајније место у систему здравствене заштите становништва. С друге стране, грађани, корисници услуга здравствене заштите, постају полако свесни чињенице да давања по основу обавезног осигурања не могу да покрију трошкове комплетне здравствене заштите. Услед ових неусклађености, видели смо да је у већини развијених земаља дошло до реформи система здравственог осигурања и усклађивања са економском ситуацијом, предузимањем мера на ангажовању додатних средстава корисника здравствене заштите. У земљама са вишим националним дохотком, које имају развијенији здравствени систем и виши животни стандард, већа је и заступљеност добровољног здравственог осигурања.

У Србији је такође систем здравственог осигурања усклађиван са економском ситуацијом и потребама осигураника, па су донети подзаконски акти којима се регулише добровољно здравствено осигурање. Закон о здравственом осигурању из 2005. год је предвидео добровољно здравствено осигурање, али је уређивање врста, услова, начина и поступка организовања и спровођења добровољног здравственог осигурања пренето у надлежност владе и подзаконског акта - Уредбе о добровољном здравственом осигурању. Том уредбом су предвиђена три облика добровољног здравственог осигурања: паралелно, додатно и приватно осигурање.

Паралелно здравствено осигурање је врста добровољног здравственог осигурања којим се покривају трошкови здравствене заштите који настају када осигураник остварује здравствену заштиту која је обухваћена обавезним здравственим осигурањем али је здравствена заштита остварена на начин и по поступку који су друкчији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања. Начин и поступак остваривања права из обавезног

здравственог осигурања регулисан је Правилником о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања који се доноси сваке године.

За одређене врсте здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања и које нису хитне, може се утврдити редослед коришћења – тзв. листа чекања, у зависности од медицинских индикација и здравственог стања осигураног лица, као и датума јављања здравственој установи, с тим да време чекања не може да буде такво да угрози здравље или живот осигураног лица.

Посебним условима за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура које је донео Управни одбор Републичког фонда за здравствено осигурање, али и други осигуравачи, регулисан је начин и поступак који су друкчији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања који је прописан Законом о здравственом осигурању и подзаконским актима. Посебни услови за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура саставни су део уговора о паралелном добровољном здравственом осигурању којима се обезбеђује друкчији начин и поступак остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

Из одредаба Посебних услова за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура уочљиво је да уговарањем паралелног добровољног осигурања специјалистички прегледи и дијагностичке процедуре које подлежу листи чекања, могу за осигуранике из паралелног добровољног здравственог осигурања, да се реализују независно од листе чекања за осигуранике из обавезног здравственог осигурања. У теорији се појавио опрез у погледу могућности да се до приоритета у медицинским третманима долази уз помоћ економских а не медицинских разлога. Сматра се да је то у супротности са правима пацијената и принципом правичности у здравственој заштити, али уз све примедбе не може да се пренебрегне улога тржишта у сфери здравственог осигурања, које је у свим развијеним земљама добило значајно место. Увођењем паралелног здравственог осигурања се само средства, до сада плаћана из џепа корисника, усмеравају у осигурање које даје осигураницима бољу позицију од плаћања здравствених услуга *ad hoc*. Такође, ова услуга према Уредби неће моћи да се реализује у оквиру здравствене установе за оне капацитете (кадар, простор и

опрему) за које је закључен уговор са Републичким фондом за покривање услуга из обавезног здравственог осигурања, што значи да неће угрозити редослед пацијената из обавезног здравственог осигурања.

Додатним здравственим осигурањем 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 преко износа новчаних накнада обухваћених обавезним здравственим осигурањем.

Садржај и обим здравствених услуга који осигураници остварују из обавезног здравственог осигурања предвиђен је Правилником о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији који управни одбор Републичког фонда доноси сваке године . Под садржајем здравствене заштите подразумевају се поступци и методи дијагностике, лечења и рехабилитације ради спречавања, сузбијања, раног откривања и лечења болести, повреда и других поремећаја здравља. Под обимом здравствене заштите подразумева се број и дужина трајања поступака и метода дијагностике, лечења и рехабилитације, као и друге величине којима се може изразити обим појединих садржаја здравствене заштите. Правилником су таксативно набројане здравствене услуге које се обезбеђују обавезним здравственим осигурањем и то било у пуном износу или уз плаћање партиципације.

Додатно здравствено осигурање је намењено осигураницима на обавезно здравствено осигурање који желе другу врсту здравствених услуга од оних које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем или у оквиру здравствених услуга обухваћених обавезним здравственим осигурањем, већи обим, садржај или стандард здравствених услуга.

Уговарањем додатног осигурања са Републичким фондом за здравствено осигурање осигураник може да оствари следеће услуге:

- право на рефундацију трошкова стоматолошке заштите код стоматолога по избору
- право на рефундацију трошкова специјалистичких прегледа и дијагностике код лекара по избору

- право на специјалистичке прегледе и дијагностику код лекара у здравственим установама са којима РФЗО има закључен уговор о пословној сарадњи
- право на уговорене накнаде за случај постављених дијагноза за тежу болест и извршену хируршку интервенцију
- право на уговорену накнаду за случај болничког лечења због тежих болести и хируршких интервенција
- право на уговорену накнаду за случај боловања због тежих болести и хируршких интервенција
- право на уговорену накнаду за случај болничког лечења без обзира на узрок
- право на рефундацију трошкова хитне и неодложне здравствене заштите за време пута и боравка у иностранству

Управни одбор Републичког фонда за здравствено осигурање је усвојио више аката којима је регулисао услове за додатно добровољно здравствено осигурање као и комбиновано паралелно и додатно добровољно здравствено осигурање. Ти акти су :

Посебни услови за колективно осигурање лица за случај тежих болести са допунским ризицима, Посебни услови за колективно осигурање дневне накнаде за време боравка осигураника у болници, Посебни услови за случај коришћења здравствене заштите осигураника за време пута и боравка у иностранству, Посебни услови за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура и Посебни услови за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура код изабраног даваоца здравствених услуга. Осим ових аката постоје и Правила добровољног здравственог осигурања и Општи услови за добровољно здравствено осигурање који су у примени од 3.11.2009. године.

Посебно су предвиђена ограничења и искључења осигуравајућег покрића. Искључења осигуравајућег покрића су предвиђена код низа лечења, од којих су нека настала као последица неодговарајућег понашања осигураника (на пример, лечење услед прекомерног конзумирања алкохола) а друга мотивисана искључиво економским разлозима и са становишта основних принципа здравствене заштите

дубиозна (на пример, лечења неплодности применом вештачке оплодње). И код ограничења осигуравајућег покрића такође су примарни економски разлози у односу на здравствене, што представља утицај тржишта на здравствено осигурање.

Посебним условима за случај коришћења здравствене заштите осигураника за време пута и боравка у иностранству предвиђена је могућност закључивања уговора о додатном здравственом осигурању за лица која су обавезно осигурана за случај да доживе изненадну болест или повреду за време путовања и боравка у иностранству, за који је потребна хитна медицинска помоћ.

Приватно здравствено осигурање, према Уредби о добровољном здравственом осигурању 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. Код навођења дефиниције приватног здравственог осигурања није наведено ограничење да се ово осигурање не може организовати и спроводити за идентичну врсту, садржај, обим, стандард, начин и поступак остваривања права који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем, као што је предвиђено у чл.7. Уредбе за добровољно здравствено осигурање, што потврђује претпоставку да се ово ограничење односи само на прва два вида добровољног здравственог осигурања.

Приватно осигурање се спроводи као дугорочно осигурање, али може и да се уговори на период краћи од 12 месеци. Давалац осигурања (не може да буде Републички фонд за здравствено осигурање) је дужан да закључи уговор о приватном здравственом осигурању са сваким лицем које искаже јасну намеру да са тим даваоцем закључи уговор, али у складу са условима који су прописани Уредбом. Код овог вида осигурања узима се у обзир ризик коме је осигураник изложен а под тим се подразумевају године живота осигураника, пол, *bonus*, *malus*, здравствено стање осигураника, таблице болести и смртности. Када се узму у обзир сви фактори ризика, премија приватног осигурања мора да буде иста за све осигуранике који имају исти степен ризика.

Што се тиче заступљености добровољног здравственог осигурања у пракси, уочава се значајан пораст приватних расхода за здравствену заштиту у периоду од 2003. до 2008. год - од 29% у 2003. год. до 37,5% у 2008. год, од укупних расхода за

здравствену заштиту. Међутим, проценат директних плаћања од стране домаћинства, у укупним приватним расходима за здравствену заштиту, повећао се са 86,3% у 2003. год. на 94,6% у 2008. год. Анализа финансијера здравствене заштите у новцу, показује један нови податак, а то је у оквиру приватних расхода за здравствену заштиту тренд пораста средстава која се у Србији одвајају за приватно осигурање, мада су у односу на директна плаћања од стране домаћинства (2005. год. – 45.619 милиона динара, 2006. год. – 60.838 милиона динара и 2007. год. – 82.136 милиона динара) ови износи и даље занемарљиви.

Имајући све изнето у виду, учачамо да сва питања у вези са добровољним здравственим осигурањем у Србији нису регулисана на задовољавајући начин законима и општим актима. Сматрамо да би било неопходно доношење закона о добровољном здравственом осигурању којим би била регулисана сва она питања која остављају сумњу код евентуалних будућих осигураника. То су, на пример, следећа питања :

- о заштити приватности осигураника у уговору о добровољном здравственом осигурању, а имајући у виду одредбе Закона о правима пацијената;
- о дефинисању *bonusa* (умањење основне премије уколико није било штете у претходном периоду) и *malusa* (повећање основне премије уколико је наступила штета) у уговорима о добровољном здравственом осигурању;
- о поступку процене претходног здравственог стања будућег осигураника у добровољном здравственом осигурању, ко га спроводи и ко га финансира;
- о постојању процене оправданости медицинског третмана или претходног одобрења осигуравача, пре исплате осигуране суме, ко га обавља и ко га финансира;
- о стимулисању спречавања тзв. "моралног хазарда" - повећаног ризика неопрезног понашања и с њим повезаног неповољног исхода лечења који настаје зато што осигураник не сноси последице свог понашања и остварује корист на терет других осигураника (на пр. да ли се

предвиђају редовне здравствене контроле, попусти за непушаче и осигуранике који се баве спортом);

- о сигурности улога у добровољном здравственом осигурању, ко је гарант и контролор осигураваача и друга питања.

Да би се добровољно здравствено осигурање развило и проценат учешћа добровољног здравственог осигурања у приватним трошковима за здравствену заштиту повећао, спроведена анализа је показала да је потребно да се предузму одређени кораци:

- да се понуде нови пакети добровољног здравственог осигурања, као што је, на пример, допунско осигурање за покривање партиципације за здравствене услуге;
- да се омогући боља доступност информација о видовима овог здравственог осигурања јер према истраживањима спроведеним у Србији чак 10% грађана не зна да оваква опција уопште постоји;
- да се развој добровољног здравственог осигурања усмери, за почетак, на колективне уговоре за добровољно здравствено осигурање запослених, које ће уплаћивати послодавци, јер олакшице уведене изменама Закона о порезу на доходак то стимулишу;
- да се преиспита обим права из обавезног здравственог осигурања и размотри увођење процентуалног учешћа осигураника (партиципације) у плаћању већине здравствених услуга, као и изузимање већег броја здравствених услуга из средстава које обезбеђује обавезно здравствено осигурање, чиме би се омогућио бољи прилив средстава у Републички фонд здравственог осигурања, смањиле листе чекања и основи за корупцију у приступу здравственим услугама, омогућио бржи приступ здравственим услугама становништву слабијих економских могућности, чије је обавезно осигурање финансирано из буџета и који су ослобођени од плаћања партиципације. Ове мере су *prima facie* непопуларне, али из упоредног прегледа система здравствених осигурања и финансијске ситуације у Републичком фонду за здравствено осигурање закључујемо да представљају нужност која нас очекује.

Можемо да констатујемо да приватно здравствено осигурање постаје и у Србији реалност, која ће са увођењем новијих видова добровољног здравственог осигурања, које смо претходно разматрали, развијањем тржишта и броја понуда, а истовремено сужавањем права из обавезног здравственог осигурања, до кога неминовно мора да дође, због неусклађености обима права и финансијских могућности, постати доступно и грађанима различитих економских могућности. Циљ добровољног здравственог осигурања треба да буде обезбеђење здравствених услуга које обавезно здравствено осигурање не омогућава и обезбеђење вишег нивоа здравствених услуга од оног који је омогућен у обавезном осигурању. Заштита од непредвидљиве будућности и уклањање несигурности основни су разлози за уговарање различитих врста осигурања која постају неминовна будућност.

ЛИТЕРАТУРА

1. “Americas Ininsured Crisis, Conseqences for Health and Health Care“, Institut of Medicine of the National Academies, 2009.
2. Andersen M.R. Rice H.T.Kominski F.G.:Changing the U.S. Health Care System, Key Issues in Health Services Policy and Management, 2007
3. Avraham R., Schanzenbach M.: “The Impact of Tort Reform on Private Health Insurance Coverage“ Northwestern University School of Law Public Law and Legal Theory Series No. 07-16.
4. Arntz M.,Sacchetto R., Spermann A., Steffes S., Widmaier S.: “The German Social Long_Term Care Insurance: Structure and Reform Options “IZA DP No. 2625, February 2007
5. Атанацковић Б., Кривично право, посебни део, Службени лист СФРЈ, Београд, 1985
6. Augurzky B., Bauer T., Schaffner S.: „Copayments in the German Health System – Do They Work? RWI: Disscusion Papers No. 43
7. Augurzky B., Tauchmann H.:“ Less Social Health Insurance – More Private Supplementary Insurance? Empirical Evidence from Germany“ Ruhr Economic Papers 46
8. Бабић В.: “Финансирање јавних расхода у области социјалног осигурања“ ИМК- 14- Истраживање и развој, 1-2/2008
9. Blakely S.: The Economics Costs of the Uninsured, EBRI Number 8, August 2000
10. Благојевић Ј.: “Развој националне стратегије у здравству –приоритет“, Здравствени преглед бр.22/07
11. Bolhaar J., Lindeboom M., Klaauw B.: “A Dynamic Analysis of the demand for Health Insurance and Health care“ IZA DP No.3698, September 2008.
12. Breyer F.: “Income Redistribution and the Political Economy of Social Health Insurance: Comparing Germany and Switzerland, DIW Discussion Papers No.253
13. Вранеш М.: “Проблеми у финансирању здравственог осигурања у Србији“ Зборник радова Правног факултета, Нови Сад 3/2008
14. Вукајловић Д.:“ Систем социјалног осигурања у Србији и инструменти за његово функционисање у 1996.години“, Финансије 11-12/1996.
15. Вукајловић С.: “Осигураници дугују 24 милијарде динара“, Здравствени преглед бр.25/08
16. Вукајловић С.: “Осигурање као понуда здравствених установа“са форума Добровољно здравствено осигурање у Србији – могућности развоја, 26.10.2010. Nyatt Regency, Београд

17. Вучковић М, Атанацковић З.: “Уговарање здравствене заштите“, Право – теорија и пракса 11-12/1995
18. Гајић-Стевановић М., Димитријевић С., Вукша А., Јовановић Д.: “Здравствени систем и потрошња у Србији од 2004-2008“
19. Guariglia A, Rossi M: “Private Medical Insurance and Saving: Evidence from the British Household Panel Survey“ CEIS Tor Vergata – Research Paper Series, No. 39, October 2003
20. Greb S. Manougian M, wasen J. “Health Insurance in the Netherlands“ CESito DICE Report, January 2007
21. Daley C., Gubb J., Clarke E. „Healthcare Systems: Switzerland“ CIVITAS The Institute for the Study of Civil Society, 2011.
22. Disney H. et al., “Impatient for Change: European Attitudes to Healthcare Reform (London: Stockholm Network, 2004)
23. Dror D.: „Reforming health insurance: A question of principles?“ International Social Security Review, 2/2000
24. Exter den A. et al “Health Care Systems in Transition: Netherlands (Copenhagen European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
25. Жарковић Ј.: Здравствена заштита и здравствено осигурање у светлу хармонизације са правом ЕУ, Правни живот 9/2005
26. Зриншчак С.: “Здравствена политика Хрватске. У вртлогу реформи и сувремених друштвених изазова“, Рев.соц.полит., год. 14, бр.2, Загреб 2007.
27. Игњатовић С.: “Фондови социјалног осигурања у нас“, Економика 1/2009
28. Јашаревић С.: „Право на здравље“, Радно-правни саветник 3/2008
29. Јашаревић С.: Социјално право, Правни факултет Нови Сад, 2010.
30. Јовановић П.: Радно право, Нови Сад 2012.
31. Јоксимовић З., Јоксимовић М.: “Приказ најзначајнијих система здравствених осигурања“, Тимочки медицински гласник, вол 32, 4/07
32. Jonsen R.J. Health System in Transition: Norway 8, no.1 (Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2006)
33. Jost Stoltzfus T.: “The Regulation of Private Health Insurance“: <http://ssrn.com/abstract=1340092>
34. J.P.A. van Voug/J. M. Peet, Social Security and Solidarity in the European Union, Physica-Verlag, 2000
35. Jorges H.: „Health insurance status and physician – induced demand for medical services in Germany: new evidence from combined district and individual level data“ SOEP Papers on Multidisciplinary Panel Data Research at DIW Berlin, March 2007
36. Каличанин П.: Медицина етика и медицинско право“ Београд, 1999.

37. Kaiser Family Foundation "Employer Health Benefits 2007 Annual Survey" September, 11, 2007
38. Ка изради Националног здравственог рачуна Србије, процена приватног сектора у здравству“ Институт за економска и социјална истраживања, Београд, март 2009
39. Carrin G.: Community based Health Insurance Schemes in Developing Countries: facts, problems and perspectives, Department of Health Financing and Stewardship WHO/ EIP, 2003
40. Катић Р.: Српска медицина од IX до XIX века, Београд, 1967.
41. Катић В.Р.: Медицина код Срба у средњем веку, Београд 1958.
42. Кеџман Љ.: Ограничавање права на потпуну здравствену заштиту, Правни живот 9/2005
43. Kling A.: Crisis of Abundance, Rethinking How We Pay for Health Care, Cato Institute, 2006
44. Ковачевић Љ.: “Здравствено осигурање у Француској“ Прилог за реформу здравственог осигурања у Србији, Институт за упоредно право, 2004
45. Косановић Р.: “Финансирање здравствене заштите у земљама у транзицији“, магистарски рад, Правни факултет Универзитета у Београду, 1999.
46. Косановић Р.: “Реформа здравственог осигурања у републици Србији-правноекономски аспекти“ докторска дисертација, Правни факултет Универзитета у Београду, 2003.
47. Косановић Р, Симић С.: “Реформа финансирања система здравствене заштите“, 2001
48. Laaser U., Radermacher R.: Financing Health Care, A Dialogue between South Eastern Europe and Germany, International Public health, vol.18
49. Last J.: Речник јавног здравља, Београд, 2009
50. Levine A.R.: “Shock Therapy for the American Health Care System, Why Comprehensive Reform is Needed?“ 2009
51. Лубарда Б.: "Остваривање и заштита социјалних права" Зборник радова са Саветовања правника 6.- 9. октобар 2010. Златибор
52. Лубарда Б.: „Природа социјалних права и радно право у систему права“, Актуелна питања савременог законодавства, (ур.С.Перовић), Савез удружења правника Србије и Републике Српске, Београд, 2012
53. Лубарда Б., Радно право, расправа о достојанству на раду и социјалном дијалогу, Београд 2012, 369.
54. Лубарда Б.: "Социјална права и економска криза" Правни живот 12/2009
55. Лубарда Б.: “Социјално право и солидарност“ Радно и социјално право 1/2013

56. Lundy J., Finder B.D: "Cost Sharing for Health Care: France, Germany, and Switzerland" prepared by Kaiser Family Foundation, 1/2009, 7, <http://www.kff.org/insurance/upload/7852.pdf>, 11. novembar 2012
57. Maarse H., "Private Health Insurance in Netherlands", University of Maastricht, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences Maastricht 3/2009, 1, http://www.cefsee.org/health/healthfiles/materials/report_Private_Health_Insurance_in_the_Netherlands.pdf
58. Малетић Д.: „Право на заштиту здравља“, Правни живот 9/2007
59. Marcinko D.E, Hetico R.H.: "Dictionary of Health Insurance and Managed Care", 2006
60. Марковић С.: Добровољно здравствено осигурање - као модел реформе здравственог осигурања, Правни живот 11/2006
61. Meier V.: "Efficient Transfer of Aging Provisions in Private Health Insurance" CESifo Working Paper No. 862, February 2003
62. Million A., Rotte R., Zimmermann K.: "The Economics of Hospital Trips and Health Care Reform" IZA Discussion Paper No. 22, September 1998
63. Миљковић М.: "Допунски рад здравствених радника", Радно-правни саветник 5/2006
64. Moreira S., Barros P.: Double coverage and demand for health care: Evidence from quantile regression" : <http://ssrn.com/abstract=1397695>.
65. Morrisey A.M.: "Health Insurance", 2008
66. Мршевић З.: Женско здравље, Правни живот бр.9/2005.
67. Мршевић З.: Пројекат „Транзиције друштва и привреде Србије у процесу глобализације и регионализације“
68. Мунћан Ј. „Социјално право“, Нови Сад, 2007.
69. Muschell J. Privatization in Health, Health Economics – Technical briefing note, WHO Task Force on Health Economics, Geneva :WHO June 1995
70. Нешков Д.: "Нека начелна питања контроле или надзора здравствене заштите и здравственог осигурања „Право - теорија и пракса“, 3-4/ 1995
71. Nicolas A., Vera-Hernandez M.: „Are tax subsidies for private medical insurance self-financing?“ Evidence from a NHS outpatient microsimulation model.“ <http://ssrn.com>
72. Новаковић Љ.: "Маркетиншка подршка увођењу добровољног здравственог осигурања“, Пословна политика 6/2005
73. The OECD Health Project: Private Health Insurance in OECD Countries, 2004
74. Okma G.H.K.: "Recent Changes in Dutch Health Insurance: Individual Mandate of Social Insurance" ? <http://ssrn.com/abstract=1340012>
75. Ostojić R.: "Da li su zdravstveni sistemi u Hrvatskoj i Sloveniji dorasli principima socijalne demokratije? Zdravstveni sistem u Hrvatskoj“, 2009

76. Пак А.: “Развој и значај приватног здравственог осигурања“ Зборник радова, „Осигурање у сусрет процесу придруживања Србије и Црне Горе Европској унији“ саветовање Палић, април 2006.год.
77. Пак Ј.: “Основни правци реформи здравственог осигурања у развијеним европским земљама и земљама у транзицији“ Прилог за реформу здравственог осигурања у Србији, Институт за упоредно право,2004.
78. Пак Ј.: “Закључци и предлози основних праваца реформи здравственог осигурања у Србији (основи за израду модел закона) Прилог за реформу здравственог осигурања у Србији, Институт за упоредно право, 2004.
79. Paris V., Polton D. and Sandier, S., Recent developments in France. “Euro Observer“, Newsletter of the European Obesrvatory on Health Care Systems. Volume 5, № 2, 2002.
80. Parker N.J., Parker M.Ph.: “Health Insurance, A Medical Dictionary, Bibliography and Annotated Research Guide to InternetReferences, 2003
81. Pauly M. Herring B.: “Cutting Taxes for Insuring, Options and Effects of Tax Credits for Health Insurance, 2002
82. Pearson M., Martin J.: “Should We Extend the Role of Private Social Expenditure?, IZA DP No.1544, March 2005
83. Пендић З.и др.: “Квалитет у здравственој заштити“ Медикус бр.24
84. Перишић Н.: “Теоријски приступи о настанку и развоју државе благостања“ Социјална мисао, 4/2008
85. Перовић С.: Природно право и универзалне вредности, Правни живот бр. 9/2005
86. Перовић С.:“Финансијска анализа потражње лекова на рецепт на терет средстава обавезног здравственог осигурања“, Medicus 4/2007
87. Pieters D. Social Security: An Introduction to the Basic Principles,Second Edition –Revised, 2006.
88. Pieters D.The Social Security Systems of the Member States of the European Union,Anwerp-Oxford-New York, 2002.
89. Pilzer P.Z.:“The New Health Insurance Solution , How to get Cheaper, Better Coverage Without a Traditional Employer Plan“,2005
90. Пражић М.: “Здравствено осигурање у Савезној Републици Немачкој“, Социјална политика и социјални рад 1/1991 .
91. Preker S.A., Zweifel P., Schellekens P.O: „Global Marketplace for Private Health Insurance, Strenght in Numbers“ The World Bank, 2010
92. Preker S.A, Scheffler M.R., Bassett C.M.: “Private Voluntary Health Insurance in Development, Friend or Foe“, The World Bank, 2007
93. Private Health Insured in OECD Countries, The OECD Health Project, 2004.

94. Пројекат “Изградња капацитета Републичког завода за здравствено осигурање у Србији“ који финансира Европска унија преко Европске агенције за реконструкцију, 10-11.март 2006.год.
95. Поповић Д.: “Пореско право“, Правни факултет и Службени гласник, Београд, 2008.год.
96. Поповић Д.: “Финансирање права из социјалног осигурања“ у „Остваривање економских и социјалних права“, ред. М. Делевић-Ћилас, А. Јовановић и С. Недовић Београдски центар за људска права, Београд, 1999.
97. Поповић Д.: “Наука о порезима и пореско право“, Савремена администрација, Београд, 1997.год.
98. Радишић Ј.: "Медицинско право", Номос, Београд, 2004.
99. Ракоњац-Антић Т.: "Пензијско и здравствено осигурање", Београд 2012,
100. Рера В.К.: "Your Rights in the Workplace", USA, 2007.
101. Rich R.: “Health Policy, Health Insurance and the Social Contract“, Illinois Law and Economics Working Papers Series, Working Paper No. LE02-003, December 2001
102. Rohrbach W.:“Социјално осигурање и приватно здравствено осигурање“ Ревизија за право осигурања, бр1-2/2007
103. Саковић Л.: “Реформа здравства-Страх од приватизације“ Економист on line, бр.236
104. Saltman R., Busse R., Figueras J.: Social health insurance systems in western Europe, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, 2004.
105. Samuel L.:Fundamental Social Rights, Case Law of the European Social Charter, Council of Europe, September 2002.
106. Симић С. “Здравствени системи“, http://wwwold.med.bg.ac.rs/dloads/nastavni_socijalna/Predavanja/dec08/5god/ZDRAVSTVENI%20SISTEMI.pdf
107. Симић С., Бјеговић В., Јелача П., Косановић Р., Ерић-Маринковић Ј., Младеновић Д.: Основе за реформу система здравствене заштите у републици Србији, Центар за проучавање алтернатива, Самиздат Б 92, 2001
108. Спасић И.:“Место допунског и приватног здравственог осигурања у упоредном праву и предлози за реформу“ Ревизија за право осигурања, бр1-2/2004
109. Спасић И: “Реформе у области здравства и здравственог осигурања(Ирска, Италија, Словенија, Хрватска) “Прилог за реформу здравственог осигурања у Србији, Институт за упоредно право, 2004.
110. Стајковић П.:“Заштита права осигураних лица Републичког фонда за здравствено осигурање у остваривању обавезног здравственог осигурања“ Радно и социјално право, 1/2013

111. Станојчић Г., „Измене и допуне Закона о здравственом осигурању“, Радно-правни саветник 9/2011
112. Степић Д, Савовић М.: “Нова кривична дела против здравља и против животне средине према Кривичном законнику републике Србије“, Зборник радова Ново казнено законодавство, 2006
113. Стојановић З.: Коментар Кривичног законика, Београд 2006.
114. Стојановић С.: “Финансирање здравствене заштите и врсте здравственог осигурања у савременим државама“ Прилог за реформу здравственог осигурања у Србији, Институт за упоредно право, 2004.
115. Суџум Р. „Доприноси за здравствено осигурање, право на здравствену заштиту и партиципација у 2009.години“, Радно-правни саветник 2/2009.
116. Суџум Р.: “Допунски рад лекара (са инструкцијом)“ Радно-правни саветник 9/2008.
117. Суџум Р.: Здравствена заштита као право из здравственог осигурања, Правна пракса 4/2006
118. Суџум Р., Милисављевић О.: “Здравствено осигурање и здравствена заштита“ Савремена пракса 4/06, специјални прилог
119. Суџум Р.: „Измене у поступку остваривања права из здравственог осигурања“ Радно-правни саветник бр.1/2008
120. Суџум Р.: “Право на здравствену заштиту и партиципација“, Правна пракса, бр.7-8/2007, Либер Београд 2007
121. Суџум Р.: “Садржај и обим здравствене заштите као права из здравственог осигурања и партиципација у 2008.год“, Радно-правни саветник 2/2008
122. Суџум Р.: “Новчане накнаде из здравственог осигурања“, Радно-правни саветник 4/2009
123. Суџум, Р „Новчане накнаде из здравственог осигурања (II део)“ Радно-правни саветник 5/2009
124. Суџум Р.: „Партиципација у трошковима здравствене заштите“, Радно-правни саветник 4/2010
125. Суџум Р.: Право на здравље и одговорност лекара, Радни односи и управљање 11/2002
126. Суџум Р.: “Прописи о здравственом раду здравствених радника“ Радно-правни саветник 12/2008
127. Tajnikar M. Došenovič Bonča P. “Slovenija“, Global Marketplace for Private Health Insurance, Strength in Numbers, 2010
128. Tanner M.: „The Grass Is not Always Greener, A Look at National Health Care Systems Around the World“ Policy Analysis No. 613, March 18, 2008
129. Thomas S., Normand C., Smith S.: “Addressing Inequities in the Irish Health Care System through Social Health Insurance“ <http://ssrn.com/abstract=993750>

130. Thomson S., Mossialos E.: "Private Health Insurance and Internal Market", Health Systems Governance in Europe, The Role of European Union, Law and Policy, 2010
131. Ђирић Ј, Сепи Р.: „Упоредноправна анализа словеначког и српског законодавства о здравственој заштити и здравственом осигурању“ Страни правни живот 3/2005, Институт за упоредно право, Београд
132. Ђирић Ј.: Улога приватног здравственог осигурања у систему јавне здравствене заштите: концептуални и политички оквири“ Прилог за реформу здравственог осигурања у Србији, Институт за упоредно право, 2004
133. Fabbri D., Monfardini C.: “ Public vs. Private Health Care Services Demand in Italy“ *Giornale degli Economisti e Annali di Economia* 1/2003.
134. Figueras J. Saltman R. Busse R. Dubois H.: “Patterns and performance in social health insurance systems“ Open university press, 2004
135. Finn C., Harmon C.:“ A Dynamic Model of Demand for Private Health Insurance in Ireland“ IZA DP No. 2472, November 2006
136. Folster S., Gidehag R., Orszag M., Snower D.: “Health accounts and other welfare accounts, Watson Wyatt Technical Paper Series, July 2003
137. Fronstin P. “The Future of Employment - Based Health Benefits: Have Employers Reached a Tipping Point?“ EBRI Issue Brief No. 312, December 2007
138. Хаџи-Тановић В. Форум“Добровољно здравствено осигурање у Србији-могућности развоја“ 26.10.2010.
139. Hood J.V.,Hardy V.A.,Jr, Lewis H.S.,Jr: *Workers Compensation and Employee Protection Laws*,1991.
140. Цвијан В: “Велика Британија-Систем здравственог осигурања са освртом на систем социјалне заштите“ Прилог за реформу здравственог осигурања у Србији, Институт за упоредно право, 2004
141. Civitas „The Swiss Healthcare System“(London: The Institute for the Study of Civil Society, 2002)
142. Colombo F.,Tapay N.”Private Health Insurance in OECD Countries:The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems“ *OECD Health Working Papers* No 15 (2004)6,12, <http://www.oecd.org/health/>
143. Costa J., Garcia J.:“Demand for private health insurance: Is there a quality gap?“ <http://ssrn.com>
144. Цуцић В., Симић С., Бјеговић В., Живковић М.: „Социјална медицина“, Савремена администрација, Београд, 2000.
145. Шалјевић В.: “Боловања као проблем здравственог осигурања“, *Здравствена заштита* 5/2004
146. Шантрић Ј.: “Кривична дела против здравља људи“, магистарски рад, Правни факултет Универзитета у Београду, 2007.

147. Шантрић Ј.: “Кривично право и здравље“ монографија, Задужбина Андрејевић, Београд 2009
148. Шолак З.: “Економика здравствене заштите, развој и отворена питања“ Завод за уџбенике, Београд, 2003.
149. Шолак З.: “Однос обавезног и добровољног здравственог осигурања“ Правни живот 12/2009
150. Шолак З.: “Право на здравље и економска основа његовог остварења“, Правни живот 9/2007
151. Шулејић П.: Право осигурања, Београд, Правни факултет, 2005.год
152. Шундерић Б.: Право на социјално осигурање, Завод за уџбенике и наставна средства- друго издање
153. Шундерић Б.: Социјално право, Београд 2009

www.ekof.bg.ac.rs
www.batut.org.rs
www.gfk.hr
www.finma.ch
www.frenchentree.com
www.dw-world.de
www.deltagenerali.rs
www.emagazin.co.rs
www.euro.who.int
www.ilo.org
www.novosti.rs
www.zdravljetrade.co.rs
www.zso.gov.rs
www.oecd.org
www.plivamed.net
www.poslovni.hr
www.privstom.org.rs
www.privredni.hr
www.rivm.nl
www.rfzo.rs
www.rfzcg.cg
www.scindeks.nb.rs
www.ssrn.com
www.sssh.hr
www.unchr.ch
www.uplks.com
www.telegraf.co.uk
www.healthpowerhouse.com
www.hzzzo-net.hr
www.croatia-zdravstveno.hr
www.who.int
www.nbs.rs

II. Закони, подзаконски и други општи акти

- Закон о здравственој заштити ("Службени гласник РС", бр. 107/05, 72/2009, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013-др.закон)
- Закон о здравственом осигурању ("Службени гласник РС", бр. 107/05, 109/05, 57/2011, 110/2012-одлука УС, 119/2012)
- Закон о доприносима за обавезно социјално осигурање ("Службени гласник РС", бр. 84/2004, 61/2005, 62/2006, 7/2008, 5/2009, 7/2009, 3/2010, 52/2011, 101/2011, 7/2012, 8/2013, 47/2013)
- Закон о доброволјном здравственом осигурању („Narodne novine“, br.85/06)
- Закон о заштити права пацијената („Narodne novine“,br.69/04)
- Закон о коморама здравствених радника ("Службени гласник РС", бр. 107/05, 99/2010)
- Закон о јавном здрављу ("Службени гласник РС", бр. 72/09)
- Закон о порезу на доходак грађана ("Службени гласник РС", бр.24/01, 80/02, 135/04, 62/05 и 65/06-исправка,31/09,44/0918/10,50/11,91/11,-УС,93/12,114/12-УС,47/13)
- Закон о правима пацијената ("Службени гласник РС", бр.45/2013)
- Закон о приватним предузетницима ("Службени гласник СРС", бр. 54/89, 9/90, "Службени гласник РС", бр. 19/91,46/91, 31/93, 53/93, 67/93, 48/94, 53/95, 35/2002, 101/2005)
- Закон о привредним друштвима ("Службени гласник РС",бр. 125/2004)
- Закон о раду ("Службени гласник РС", бр.24/2005, 61/2005, 54/2005, 54/2009, 32/2013)
- Закон о спречавању злостављања на раду ("Службени гласник РС", бр.36/2010)
- Одлука о учешћу осигураника у трошковима здравствене заштите ("Службени гласник РС", бр. 47/2000)
- Општа декларација Уједињених нација о људским правима ("Службени лист ФНРЈ", бр. 0/1948)
- Посебан колективни уговор за здравствене установе чији је оснивач Република Србија ("Службени гласник РС", бр.36/2010)
- Правилник о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце члановима комора здравствених радника ("Службени гласник РС", бр. 119/2007)
- Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе ("Службени гласник РС", бр. 43/2006)

- Правилник о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике ("Службени гласник РС", бр. 130/2007)
- Правилник о вођењу медицинске документације, начину уписивања података и састављању извештаја ("Службени гласник РС", бр. 40/1981)
- Правилник о врстама и стандардима медицинских средстава која се уграђују у људски организам, на терет средстава обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС", бр. 37/2008)
- Правилник о давању сагласности за рад наставника и сарадника Универзитета у Београду у другој високошколској установи ("Гласник Универзитета у Београду", бр. 132/2006)
- Правилник о критеријумима, начину и поступку за стављање, односно скидање лекова са листе лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС", бр. 24/2012)
- Правилник о листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС", бр. 1/2012)
- Правилник о медицинско-техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС", бр. 22/2008,42/2008)
- Правилник о медицинско - техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС", бр. 52/12, 62/12, 73/12)
- Правилник о медицинској рехабилитацији у стационарним здравственим установама специјализованим за рехабилитацију ("Службени гласник РС", бр. 47/08, 69/08, 81/10, 103/10, 15/11, 48/12, 55/12)
- Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС", бр. 10/2010,18/2010,46/2010,52/2010 и 80/2010)
- Правилник о начину и поступку укључивања у обавезно здравствено осигурање лица која нису обавезно здравствено осигурана ("Службени гласник РС", бр. 24/2006, 68/2006, 95/2007)
- Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите ("Службени гласник РС", бр. 57/2007)
- Правилник о помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС", бр. 96/2005,102/2005)
- Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2008.год. ("Службени гласник РС", бр. 14/2008,20/2008)
- Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2012.год. ("Службени гласник РС" бр. 12/2012)

- Правилник о условима и начину упућивања осигураних лица на лечење у иностранство ("Службени гласник РС", бр. 44/2007,65/2008)
- Правилник о условима и критеријумима за уговарање са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за 2011.год. ("Службени гласник РС", бр. 4/2011)
- Правилник о утврђивању основе на коју се обрачунава и плаћа допринос за обавезно здравствено осигурање за лица укључена у обавезно здравствено осигурање ("Службени гласник РС", бр. 24/2006, 33/2007)
- Редован годишњи извештај Заштитника грађана за 2010. ("Службени гласник РС", бр. 28/2011)
- Charter of Fundamental Rights of the European Union, http://eur-Lex.europa.eu/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:08_25.avgust 2012
- Статистички преглед здравствене делатности у Београду за 2007.годину, Градски завод за јавно здравље Београд, 2008.
- Стратегија јавног здравља Републике Србије ("Службени гласник РС", бр. 22/2009)
- Уредба о плану мреже здравствених установа ("Службени гласник РС", бр. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009 и 85/2009)
- Устав Републике Србије ("Службени гласник РС", бр. 98/2006)
- Устав Светске здравствене организације ("Службени лист ФНРЈ", бр. 93/1947)
- Уредба о добровољном здравственом осигурању ("Службени гласник РС", бр. 108/2008, 49/2009)
- Финансијски план Републичког завода за здравствено осигурање за 2011.год. ("Службени гласник РС", бр. 4/2011, 80/2011)
- Извештај о финансијском пословању Републичког фонда за здравствено осигурање за 2011.год, <http://www.rfzo.rs/index.php/fin-izveštaji-stat-meni>
- First results of National Health Accounts (NHA) of Serbia , <http://ssrn.com/>

БИОГРАФИЈА

Јелена Шантрић је рођена у Београду, где је завршила основну школу и гимназију са одличним успехом.

На Правном факултету Универзитета у Београду дипломирала је 1981.године.

Правосудни испит је положила 1985.године.

Магистарски рад под називом „ Кривична дела против здравља људи“ одбранила је на Правном факултету Универзитета у Београду 2007.године пред комисијом у саставу: проф.др Зоран Стојановић, ментор, доц.др Наташа Делић и др. Јован Ђирић.

Говори енглески и француски језик.

Члан је Удружења правника за медицинско и здравствено право Србије - СУПРАМ

Члан је Етичког комитета Стоматолошког факултета.

Радно искуство

Од новембра 1982.године је запослена на Медицинском факултету, прво као стручни сарадник, затим шеф Правне службе, а од 2001.године као секретар Медицинског факултета.

У периоду од 1994-2005.године била је члан Комисије за полагање стручних испита приправника наставника у школама здравствене струке из области здравственог законодавства, формиране при Министарству просвете републике Србије.

У периоду од 2001-2003.године била је ангажована у Фонду Краљевски Двор, на стручним правним пословима.

У периоду од 2004-2009.године била је ангажована на Универзитету у Приштини, на Медицинском факултету на координацији, стручној правној помоћи и усклађивању нормативних аката.

Од школске 2007-2009.године учествовала је у настави на предмету Увод у грађанско и Стварно право на Правном факултету Државног Универзитета у Новом Пазару.

Од 2012.године је члан Комисије за полагање стручних испита за докторе медицине при Министарству здравља републике Србије

У школској 2012/13.години је учествовала у настави изборног предмета „Људска права и заштита права пацијената“ на мастер програму из Јавног здравља на Медицинском факултету.

Од школске 2013/14.учествује у специјалистичкој настави „Палијативна медицина и медицина бола“ на Медицинском факултету.

Усавршавања

Од 2006.-2009.године учествовала је у Темпус пројектима „Реструктуирање наставе на српским медицинским факултетима“ ЈЕР 18107-2003 и „Изградња мастер програма из биоетике у Србији“ чији је координатор био Медицински факултет Универзитета у Београду

У оквиру Темпус пројеката боравила је на едукацијама на Универзитету у Удинама (Италија), Универзитету у Најмехену (Холандија) и Универзитету у Абердину (Шкотска).

Године 2007. завршила је семинар Недеља квалитета у организацији Фонда за културу квалитета и изврности, 2008. радионице Менаџмент доношења одлука и успостављања приоритета и Здравствени менаџмент: Организација, лидерство, тимски рад и промене у организацији Health Management Training in Serbia пројекта Европске агенције за реконструкцију а 2009. радионицу Лидерство извршних тимова у менаџменту здравственог система Србије у организацији Training in Health Service Management in Serbia пројекта ЕУ.

Учествовала је на годишњој конференцији удружења медицинских факултета у Европи „Унапређење квалитета на медицинским факултетима“ одржане у Барселони (Шпанија) од 5.до 7. Јуна 2008.године и 2011.године на Конференцији удружења медицинских факултета у Љубљани (Словенија).

Учествовала је на Орфеус (организација за докторске студије у биомедицини и здравственим наукама) конференцијама 2011.године у Измиру (Турска), 2012.године у Бергену (Норвешка) и 2013.године у Прагу (Чешка).

У 2013.години је учествовала на пројекту Фонда за отворено друштво „Увођење курса о људским правима и заштити здравља пацијената на студије на медицинским факултетима“

У 2013.години је координатор пројекта „Права пацијената у систему здравствене заштите: Водич за правнике; Развој водича за правнике у Србији“ Фонда за отворено друштво

У 2013.години је учествовала на Еraweb пројекту Универзитета у Београду и боравила месец дана на Еразмус универзитету у Ротердаму (Холандија).

Научноистраживачки рад

Шантрић Ј: „Помагање у самоубиству као облик еутаназије“ Правни живот, вол.53, бр.9, стр.177-186, 2004

Шантрић Ј: „Клонирање и право на живот“ Правни живот, вол.55, бр. 9, стр.283-292, 2006

Шантрић Ј: „Надрилекарство“ Бранич, вол.121, бр3-4, стр.83-90, 2008

Шантрић Ј: „Угрожавање живота неуказивањем лекарске помоћи“ Правни живот волумен 58, бр.9, стр.889-900, 2009

Шантрић Ј: „Кривично право и здравље“ монографија, задужбина Андрејевић, 2009

Бјеговић- Микановић В, Шантрић Ј: „Права, обавезе и одговорности здравствених радника у односу на права пацијената“ у приручнику „Људска права и заштита права пацијената“ Медицински факултет, 62-65,2013

Шантрић Ј: „Права здравствених радника“ Симпозијум Безбедност и здравље на раду у здравству, Београд, „Центар Сава“,21-23.октобар 2013.год.

Прилог 1.

Изјава о ауторству

Потписани-а ЈЕЛЕНА ШАНТРИЋ

број индекса _____

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

„ДОБРОВОЉНО ЗАДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У РЕПУБЛИЦИ
ЦРБИЦИ - СТАЊЕ И ФИНАНСИЈСКА ПЕРСПЕКТИВА“

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

У Београду, 29.11.2013.

Јелена Шантрић

Прилог 2.

**Изјава о истоветности штампане и електронске
верзије докторског рада**

Име и презиме аутора ЈЕЛЕНА ШАНТРИЋ

Број индекса _____

Студијски програм _____

Наслов рада "ДОБРОВОЛНО ЗАРАЧЕТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ - СТАЊЕ И ФИНАНСИЈСКА ПЕРСПЕКТИВА"

Ментор ПРОФ. ДР ДЕЈАН ПОПОЉИЋ

Потписани/а ЈЕЛЕНА ШАНТРИЋ

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис докторанда

У Београду, _____

Јелена Шантрић

Прилог 3.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

„ДОБРОВОЉНО ЗАРАЧЕТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У
РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ - СТАЊЕ И ФИНАНСИЈСКА
ПЕРСПЕКТИВА“

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда

У Београду, 29.11.2013.

Јелена Шамидић