

## UPOREDNOPRAVNA ANALIZA I IZAZOVI REGULISANJA I FINANSIRANJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA\*\*

### Apstrakt

*Ne postoji nijedna država na svetu koja može da omogući svim svojim građanima sve blagodeti koje pruža savremena medicina. Upravo, nedostatak finansijskih sredstava uz kontinuirani porast zdravstvene potrošnje predstavlja teško rešiv izazov sa kojim se suočavaju sve zemlje sveta, između ostalog i Srbija. Autor se bavi analizom problema nejednakog pristupa zdravstvenim uslugama, nedovoljnom zdravstvenom pokrivenošću, kao i nemogućnošću ostvarivanja prava pojedinaca po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja. Shodno tome, autor ukazuje na to kako su uređeni zdravstveni sistemi razvijenih zemalja, čiji zdravstveni fondovi doprinose značajnom poboljšanju zdravstvenog stanja njihovih građana. Na kraju, uporednopravnom analizom uočava se da ne postoji savršen sistem zdravstvenog osiguranja, ali da se teži istom, te su predložena pojedina rešenja koja mogu doprineti poboljšanju trenutnog stanja u zdravstvu.*

**Ključne reči:** *obavezno zdravstveno osiguranje, dobrovoljno zdravstveno osiguranje, Republički fond za zdravstveno osiguranje, zdravstvena zaštita, reforma zdravstva.*

### 1. Uvodna razmatranja

Zdravstvu kao najosetljivijem segmentu socijalne politike posvećuje se posebna pažnja, naročito kada se radi o socijalnoj državi, kako je Republika Srbija deklarirana i uređena Ustavom. Međutim, zdravlje

\* Istraživač saradnik, Institut društvenih nauka Beograd, e-mail: [rsovilj@idn.org.rs](mailto:rsovilj@idn.org.rs).

\*\* Rad je rezultat na projektu „Ljudska prava i vrednosti u biomedicini – Demokratizacija odlučivanja u zdravstvu i implementacija“, br. 179023 Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja.

ne možemo posmatrati samo kao socijalni, već i kao ekonomski potencijal zemlje. Posmatranje zdravstvenog sistema sa ekonomskog aspekta u kontekstu održivog ekonomskog razvoja, posebno je aktuelizovano u vreme ekonomske krize. Usled teške ekonomske situacije, zdravstveni sistem Srbije nalazi se pred velikim izazovom.<sup>1</sup> Kako bi se na njega adekvatno odgovorilo, i savladao jaz između finansijskih mogućnosti sa jedne strane i očekivanja građana sa druge strane, potrebno je sprovesti pravne i ekonomske reforme zdravstvenog sektora.<sup>2</sup> Stoga je primarni cilj zdravstvene politike svake zemlje postizanje finansijske održivosti zdravstvenog sistema, uz obezbeđenje veće dostupnosti zdravstvenih usluga celokupnom stanovništvu.

Jedno od gorućih problema ekonomski održivog zdravstvenog sistema je učestala nemogućnost poslodavaca, da zbog finansijskih poteškoća, uplaćuju obavezne doprinose u fondove zdravstvenog osiguranja, dok i vlada ne daje uvek odgovarajuće uplate za svoje doprinose, za one koji sami ne vrše uplatu. Time se formira začarani krug dugovanja, u kojem fondovi ne isplaćuju sredstva bolnicama, lekarima i drugim davaocima usluga, koji sa svoje strane odlažu uplate troškova dobavljačima, tj. farmaceutskim kompanijama koje isporučuju lekove i medicinska sredstva.<sup>3</sup>

Dodatne poteškoće ekonomski održivom razvoju zdravstvenog sistema predstavlja permanentni razvoj medicinske nauke. Usled razvoja novih tehnologija, zdravstvena zaštita postaje sve delotvornija za pacijente, a samim tim, skuplja čak i za najbogatije zemlje sveta. Finansiranje zdravstvene zaštite zauzima centralno mesto u funkcionisanju zdravstvenog sistema, s obzirom da nijedan zdravstveni sistem u svetu ne može da obezbedi toliko finansijskih sredstava, da bi se moglo reći da taj sistem posluje rentabilno, odnosno bez finansijskih poteškoća.<sup>4</sup>

Opšti nedostatak finansijskih sredstava uz kontinuirani porast zdravstvene potrošnje predstavlja ozbiljan problem. Brojni su razlozi u prilog

<sup>1</sup> A. Gavrilović, S. Trmčić, „Zdravstveno osiguranje u Srbiji – finansijski održiv sistem“, *Menadžment*, Mladenovac 2012, 1.

<sup>2</sup> Valjalo bi spomenuti da je prethodni period obeležila aktivna reforma zdravstvenog zakonodavstva. U skupštinskoj proceduri je nekoliko zakona iz oblasti zdravstva, između ostalog i novi Zakon o zdravstvenom osiguranju, Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o apotekarskoj delatnosti, koji bi trebalo da budu usvojeni u narednom periodu, dok su neki od njih već usvojeni: Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji, Zakon o transfuzijskoj medicini, Zakon o medicinskim sredstvima, Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji, *Službeni glasnik RS*, br. 40/2017, Zakon o transfuzijskoj medicini, *Službeni glasnik RS*, br. 40/2017, Zakon o medicinskim sredstvima, *Službeni glasnik RS*, br. 105/2017.

<sup>3</sup> A. Gavrilović, S. Trmčić, 4.

<sup>4</sup> N. Kovač, „Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj“, *Ekonomski vjesnik*, XXVI, 2/2013, 551.

tome. Kao prvo, sveprisutan je rast ponude zdravstvenih usluga, koje prati kontinuirani tehnološki napredak u medicini, čime se stanovništvu nude nove metode u dijagnostikovanju i lečenju bolesti. Drugi razlog porasta zdravstvene potrošnje odnosi se na rastući dohodak stanovništva koji je omogućio veću zdravstvenu potrošnju (npr. bolnička zdravstvena zaštita). Treći razlog odnosi se na opšti trend demografskog starenja stanovništva.<sup>5</sup> Prema Wilenskom, upravo učešće starih ljudi u celokupnoj populaciji stanovništva predstavlja najveći izvor socijalnih rashoda. Godinama unazad, u naučnoj i stručnoj javnosti ukazuje se da će porast u zdravstvenoj zaštiti postati neodrživ, naročito ukoliko se uzme u obzir trenutno stanje proračuna, kao i buduće projekcije.<sup>6</sup>

## 2. Trenutno stanje obaveznog zdravstvenog osiguranja

### 2.1 Pravna regulisanost zdravstvenog osiguranja u svetu

Bez obzira da li određena zemlja pripada ili ne Evropskoj uniji, ili nekoj drugoj organizaciji, neophodno je da postoji minimalna zakonska regulativa u pogledu finansiranja zdravstvene zaštite. To podrazumeva da u svakoj zemlji, nezavisno od njenog društvenog uređenja, ekonomske razvijenosti, političkog ambijenta i sl., politika finansiranja zdravstvene zaštite mora biti regulisana zakonima, podzakonskim aktima, i eventualno usvojenim međunarodnim dokumentima. Na taj način, ne želi se podvući crta ispod ograničenih finansijskih sredstava potrebnih zdravstvenoj zaštiti, već naprotiv, nastoji se regulisati načini plaćanja i distribucije finansijskih sredstava između raznih socio-ekonomskih grupa, odnosno korisnika zdravstvene zaštite.<sup>7</sup>

Polazna pretpostavka jeste da javno zdravstvo na može adekvatno da zadovolji potrebe svih građana zbog nedovoljnih ulaganja u ovaj sektor, kao i neefikasne alokacije sredstava. Stoga se u radu analizira na koji način uređeni zdravstveni sistemi doprinose poboljšanju zdravstvenog stanja svojih građana. Valja napomenuti da ne postoji određen zdravstveni sistem koji se smatra opšte prihvaćenim u svetu. Savremeni sistemi

---

<sup>5</sup> *Ibid.*, 552.

<sup>6</sup> I. Jurković, "Health Care Financing and Insurance: Options for Design", *Anali Hrvatskog politološkog društva*, 2011, 323,

<sup>7</sup> I. Totić, "Neka pitanja u vezi sa finansiranjem zdravstvene zaštite u zemljama-članicama Evropske unije", *Medicinski glasnik Specijalne bolnice za bolesti štitaste žlezde i bolesti metabolizma "Zlatibor"*, Vol. 17, 43/2012, 43.

zdravstvene zaštite najviše se razlikuju prema načinima prikupljanja sredstava za zdravstvenu zaštitu, kao i u načinima plaćanja davaoca usluga u zdravstvu, obuhvatom stanovništva zdravstvenom zaštitom i pravima iz zdravstvene zaštite, kao i svojinom nad zgradama i opremom u zdravstvu.<sup>8</sup> Troškovi za zdravstvenu zaštitu razlikuju se od zemlje do zemlje, u zavisnosti od njene razvijenosti, i određuju se prema izdvajanju materijalnih sredstava za zdravstvo po glavi stanovnika ili prema procentu od ukupnog nacionalnog dohotka.<sup>9</sup> Pojedine zemlje EU, poput Francuske, Nemačke, Austrije, Belgije i Holandije ulažu veći deo svog bruto domaćeg proizvoda na zdravstvenu zaštitu. S druge strane, Grčka, Italija, Španija, Portugalija, Irska, usled *Subprime* krize i zapadanja u dužničku krizu izdvajaju značajno manja sredstva za zdravstvenu zaštitu, čime se njihovi građani suočavaju sa brojnim poteškoćama prilikom ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu.<sup>10</sup>

<sup>8</sup> U svetu razlikujemo nekoliko modela zdravstvenih sistema: Bizmarkov model, Beveridžov model, Semaškov model i sistem privatnog zdravstvenog osiguranja. Bizmarkov model, odnosno sistem socijalnog osiguranja je najstariji sistem zdravstvenog osiguranja u svetu, i utemeljen je u Nemačkoj 1883. godine. Model je nazvan po tadašnjem nemačkom kancelaru Otu Bizmarku. Ovaj zdravstveni sistem karakteriše: finansiranje iz fonda osiguranja, doprinosi zaposlenih i doprinosi poslodavaca od bruto prihoda, obuhvat 60-80% stanovništva obaveznim osiguranjem sa paketom osnovnih prava iz osiguranja, javna i interna kontrola. Obavezno zdravstveno osiguranje počiva na principu solidarnosti i uzajamnosti, dok država ima izraženu regulatornu i nadzornu ulogu. Osim u Nemačkoj, ovaj model zastupljen je u Austriji, Francuskoj, Holandiji, Belgiji, Luksemburgu, Sloveniji. Beveridžov model, odnosno sistem nacionalne zdravstvene službe utemeljen je u Engleskoj 1942. godine. Osnovna obeležja ovog sistema su: potpun obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom, finansiranje iz državnog budžeta na osnovu prethodno prikupljenih poreskih dažbina, slobodan pristup zdravstvenim uslugama. U centru zdravstvenog sistema je lekar opšte prakse, koji je plaćen prema broju pacijenata. Osim Velike Britanije, ovaj model prisutan je u Irskoj, Kanadi, Danskoj, Švedskoj, Finskoj, Portugaliji, Španiji, Italiji i Grčkoj. Sistem privatnog zdravstvenog osiguranja rasprostranjen je u SAD-u i karakterišu ga tržišni uslovi finansiranja, veliki broj neosiguranog stanovništva. U ovom sistemu osiguranja svako plaća za sebe, a visina premije se određuje prema zdravstvenom riziku koji određena osoba nosi. Visoki troškovi američkog zdravstvenog osiguranja određeni su skupim medicinskim uslugama, lekovima, kao i brojnim preventivnim dijagnostičkim uslugama koje propisuju lekari, kako bi se zaštitili od potencijalnih tužbi pacijenata zbog pogrešnog lečenja. Osim SAD-a, ovaj model se primenjuje u Švajcarskoj i Turskoj. Osim navedenih modela, postojao je i Sistem socijalističkog zdravstvenog osiguranja (Semaškov model) u nekadašnjim socijalističkim zemljama. Ovaj sistem karakterisalo je finansiranje zdravstvene zaštite iz budžeta i potpun obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom. Sistem je počivao na državnoj-društvenoj svojini, dok je privatna praksa bila u potpunosti zabranjena. Kao glavni nedostatak ovog sistema ističe se neprilagođenost zdravstvene službe i zdravstvenih usluga potrebama pacijenata, kao i izražena uloga lekara specijalista i bolničkog lečenja, umesto primarne zdravstvene zaštite i vanbolničkih usluga. S. Jovanović *et al.*, „Sistemi zdravstvene zaštite“, *Engrami*, Vol. 37, 1/2015, 78-80.

<sup>9</sup> S. Jovanović *et al.*, 77.

<sup>10</sup> I. Totić, 42.

Ubrzanim razvojem savremenih medicinskih tehnologija i produženjem životnog veka rastu troškovi zdravstvene zaštite. U razvijenim zemljama prisutno je značajnije izdvajanje bruto domaćeg proizvoda (BDP) za zdravstvo. Prema podacima Svetske banke, u periodu od 2010. do 2014. godine, Sjedinjene Američke Države su izdvajale čak 17,1% svog BDP-a za zdravstvo. Zemlje Evropske unije u istom periodu izdvajale su između 9 i 11% svog BDP-a za zdravstvo, dok je najveće izdvajanje bilo u Holandiji (12,7%), za koju se smatra da ima najbolji zdravstveni sistem u Evropi. U datom periodu, u Srbiji se za zdravstvo izdvajalo približno 10,6% BDP-a, što je na nivou Danske, Belgije, Grčke. Međutim, posmatrano u apsolutnom iznosu, u 2013. godini, to je iznosilo 6270\$ u Danskoj, a samo 475\$ u Srbiji.<sup>11</sup> Konstatuje se da je posledica izdvajanja malih sredstava za zdravstvenu zaštitu u apsolutnom iznosu relativno nizak nivo bruto domaćeg proizvoda. Uzimajući u obzir činjenicu da su javni troškovi za zdravstvenu zaštitu, posmatrani u odnosu na BDP, veći nego u zemljama u okruženju, a da su rezultati zdravstvene zaštite na nivou proseka, može se zaključiti da postoji primetna neefikasnost u zdravstvenom sistemu Srbije.<sup>12</sup> Stoga je neophodno sprovesti pravnu i ekonomsku reformu zdravstvenog sistema, u cilju unapređenja zdravstvene zaštite.

## 2.2. Pravna regulisanost zdravstvenog osiguranja u Srbiji

Pravo na zdravstvenu zaštitu je univerzalno ljudsko pravo i smatra se tekovinom savremenog društva. Iz tog razloga, pravo na zdravstvenu zaštitu širom sveta smatra se obaveznim, i ostvaruje se putem obaveznih vidova zdravstvenog osiguranja. Na njih se obavezuje država svojim propisima, kao dug koji se građanima vraća zbog njihovog državljanstva, plaćanja poreza i doprinosa, kao i ostalih obaveza koje građani imaju prema državi.<sup>13</sup> U Republici Srbiji, sistem zdravstvenog osiguranja je u osnovi obavezan, uz mogućnost uvođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Prema aktuelnom Zakonu o zdravstvenom osiguranju, obavezno zdravstveno osiguranje je zdravstveno osiguranje kojim se zaposlenima i drugim građani-

<sup>11</sup> S. Stošić, M. Rabrenović, „Makroekonomski principi u zdravstvenom sektoru – tražnja za zdravstvenim uslugama u Republici Srbiji“, *Megatrend revija*, Vol. 12, 3/2015, 34.

<sup>12</sup> P. Veselinović, „Reforma javnog sektora kao ključna determinanta uspešnosti tranzicije privrede Republike Srbije“, *Ekonomski horizonti*, Vol. 16, 2/2014, 154.

<sup>13</sup> M. Zekić, S. Šegrt, „Uticaj privatnog zdravstvenog osiguranja na makroekonomski ambijent Republike Srbije“, 4, dostupno na: <http://www.cefi.edu.rs/wp-content/uploads/2017/11/uticaj-privatnog-zdravstvenog-osiguranja-na-makroekonomski.pdf>, 4.9.2018.

ma obuhvaćenim obavenim zdravstvenim osiguranjem obezbeđuje pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane naknade za slučajeve utvrđene ovim zakonom. Republički fond za zdravstveno osiguranje (RFZO) je nosilac sprovođenja obaveznog zdravstvenog osiguranja.<sup>14</sup>

Korisnici obaveznog zdravstvenog osiguranja mogu realizovati sledeća prava po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja: pravo na zdravstvenu zaštitu, pravo na novčanu naknadu za vreme privremene sprečenosti za rad i pravo na naknadu troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite. Navedena prava ostvaruju se sredstvima dorinosa osiguranika i poslodavaca, sredstvima doprinosa Republičkog fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje za korisnike penzija, sredstvima doprinosa Nacionalne službe za zapošljavanje za lica koja primaju naknadu, kao i budžetskim sredstvima Republike Srbije za lica koja se smatraju osiguranicima prema Zakonu o osiguranju.<sup>15</sup>

Na osnovu izloženog, konstatujemo da se u Republici Srbiji u osnovi primenjuje Bizmarkov model zdravstvenog osiguranja, s obzirom da se preko 90% sredstava za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuje iz sredstava doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje. Međutim, zakonom je predviđeno finansiranje zdravstvene zaštite iz budžeta Republike Srbije za određene vulnerabilne grupe lica (izbeglice i interno raseljena lica, neosigurana lica, nezaposlena lica, korisnici socijalne pomoći, monasi i monahinje) koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, i koja su izložena povećanom riziku oboljevanja.<sup>16</sup> Time je sistem zdravstvenog osiguranja inkorporisao određena obeležja Beveridžovog modela, što ukazuje da je u Srbiji prisutan mešoviti sistem finansiranja, koga karakteriše isključivo javan izvor fi-

---

<sup>14</sup> Zakon o zdravstvenom osiguranju, *Službeni glasnik RS*, br. 107/2005, 109/2005 – ispr., 57/2011, 110/2012 – odluka US, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014 – odluka US, 106/2015, 10/2016 – dr. zakon, čl. 3, 6.

<sup>15</sup> J. Kočović, T. Rakonjac-Antić, V. Rajić, „Dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao dopuna obaveznom zdravstvenom osiguranju u Srbiji“, *Ekonomске teme*, Vol. 51, 3/2013, 542. Prema podacima Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, na dan 31.12.2016. godine, bilo je obavezno zdravstveno osigurano 6.860.667 građana. Po osnovu zaposlenosti bilo je osigurano 2.831.379 lica, što čini 41% od ukupnog broja obavezno osiguranih lica. Na drugom mestu po broju osiguranika u odnosu na osnov osuguranja su penzioneri, kojih je bilo 1.911.121, odnosno 20%, dok su na trećem mestu lica čije se osiguranje finansira iz budžeta Republike Srbije, a kojih je bilo 1.379.128, odnosno 20%. Dostupno na: <http://www.rfzo.rs/index.php/broj-osiguranika-stat>, 19.3.2018.

<sup>16</sup> Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Službeni glasnik RS*, br. 107/2005, 72/2009 – drugi zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 – drugi zakon, 93/2014, 96/2015 i 106/2015, čl. 11.

nansiranja, budući da se finansiranje realizuje iz doprinosa i iz budžeta.<sup>17</sup>

Republički fond za zdravstveno osiguranje bio je dominantni finansijer u javnom sektoru finansijera u zdravstvu, čak sa 93% učešća u 2006. godini. Najveći deo sredstava usmeravan je u bolnice i za usluge lečenje. Izdvajanje po glavi stanovnika iznosilo je 356 dolara u 2006. godini u Srbiji.<sup>18</sup> Ni godinama kasnije, situacija se nije značajnije promenila. Trenutna situacija zdravstvenog sistema u Srbiji pravno je regulisana i formulisana u uslovima opšte ekonomske krize, tako da postojeće finansijske mogućnosti ne pokrivaju ni delimično potrebe stanovništva. Ukupna izdvajanja za zdravstvo činila su 9,91% BDP, dok je izdvajanje po glavi stanovnika iznosilo 605 dolara u 2014. godini. Godinama unazad, primećan je trend, da uprkos većem izdvajanju za zdravstvo, Republički fond za zdravstveno osiguranje redukuje paket zdravstvenih usluga. Nekada je paket obaveznog osiguranja RFZO-a uključivao specijalne usluge poput lečenja u inostranstvu i u vojnim bolnicama, naknade za lekove i medicinska sredstva kupljena na privatnom tržištu. Zakonom o zdravstvenom osiguranju iz 2006. godine značajno je smanjen obim prava po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja. Tako je pravo na neograničene stomatološke usluge svedeno na usluge za decu, žene u drugom stanju, osobe starije od 65 godina, kao i u hitnim slučajevima. Takođe, ukinuto je pravo na nadoknadu za putne troškove u zdravstvenu ustanovu.<sup>19</sup>

Danas, pravo na zdravstvenu zaštitu koje se obezbeđuje obaveznim zdravstvenim osiguranjem obuhvata: mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti; preglede i lečenje žena u vezi sa planiranjem porodice, kao i u toku trudnoće, porođaja i materinstva do 12 meseci nakon porođaja; preglede i lečenja u slučaju bolesti i povreda; preglede i lečenje bolesti usta i zuba; medicinsku rehabilitaciju u slučaju bolesti i povrede; lekove i medicinska sredstva; proteze, ortoze i druga pomagala za kretanje, stajanje i sedenje, pomagala za vid, sluh i govor, stomatološke nadoknade, kao i druga pomagala.<sup>20</sup> Pravilnikom je određen sadržaj i obim prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, procenat plaćanja iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja do punog iznosa cene zdravstvene usluge, kao i fiksni iznos parti-

<sup>17</sup> S. Jovanović *et al.*, 79.

<sup>18</sup> M. Gajić-Stevanović *et al.*, „Ispitivanje finansijskih tokova u zdravstvenom sistemu Republike Srbije u periodu od 2003. do 2006. godine“, *Vojnosanitetski pregled*, Vol. 67, 5/2010, 397.

<sup>19</sup> M. Gajić-Stevanović *et al.*, „Zdravstveni sistem i potrošnja u Srbiji od 2004 do 2008“, <http://www.batut.org.rs/download/nzr/7%20Zdravstveni%20sisten%20i%20potrosnja.pdf>, 15.03.2018, 15.

<sup>20</sup> Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2018. godinu, *Službeni glasnik RS*, br. 18/2018, čl. 8.

cipacije koji se usklađuje sa Planom zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i Finansijskim planom Republičkog fonda svake godine. Planom zdravstvene zaštite utvrđuje se procena potencijalnih i očekivanih zdravstvenih potreba osiguranih lica i populacionih grupa, u odnosu na ukupan broj osiguranih lica prema starosti, polu i vulnerabilnosti, a na osnovu procene zdravstvenog stanja, korišćenja zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga, kao i očekivanih uticaja na zdravlje u okviru demografskih, vitalnih i socijalnih promena i epidemiološke situacije.<sup>21</sup>

Primetno je da je Republički fond za zdravstveno osiguranje i dalje dominantan finansijer u okviru javnog sektora finansijera u zdravstvu. Premda se finansijska izdvajanja od strane Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje konstantno povećavaju iz godine u godinu, i dalje su nedovoljna.<sup>22</sup> Razlog tome su povećani troškovi nastali kao posledica rastućih potreba stanovništva (starija populacija, hronični bolesnici), ali i potrebe stanovništva za novim, ujedno i skupim metodama lečenja.<sup>23</sup> Kako medicinska nauka svakodnevno pronalazi nova sredstva i tehnologije za unapređenje zdravstvenih usluga, kao i otkrivanje novih lekova, samim tim se povećavaju troškovi lečenja. Pronalaženjem inovativnih metoda dijagnostikovanja i lečenja produžava se i kvalitet i dužina života građana. S druge strane, raste i broj korisnika zdravstvenih usluga (pre svega hroničnih bolesnika), koji posmatrano sa ekonomskog aspekta značajnije opterećuju zdravstveni sistem potrošnjom neophodnih medikamenata, kao i korišćenjem usluga bolničkog smeštaja i lečenja.<sup>24</sup>

Poslednjih decenija sve prisutniji su problemi koji negativno utiču na kvalitet pružanja zdravstvenih usluga. Svakako, među najizraženijim problemima su liste čekanja, ali i neefikasnost u snabdevanju lekovima i medicinskim sredstvima usled dugih, nepotrebnih i komplikovanih postupaka sprovođenja javnih nabavki, kao i poštovanja inertnih zakonskih odredbi. Osim navedenog, sve je izraženiji slabiji finansijski položaj korisnika zdravstvenih usluga. Upravo to omogućava stvaranje i održavanje tzv. dvostrukog sistema (*Double Health System*) gde se određene zdravstvene usluge pružaju u zdravstvenoj ustanovi, dok se profitabilniji deo

<sup>21</sup> Plan zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Srbiji za 2018. godinu, *Službeni glasnik RS*, br. 119/2017, čl. 3.

<sup>22</sup> J. Arsenijević, M. Pavlova, W. Groot, „Measuring the catastrophic and impoverishing effect of household health care spending in Serbia“, *Social Science & Medicine*, Vol. 78, 2013, 19.

<sup>23</sup> M. Gajić-Stevanović, *Analiza zdravstvenog sistema i potrošnje za zdravstvenu zaštitu na nacionalnom nivou u periodu od 2003. do 2014. godine*, Institut za javno zdravlje Srbije „Milan Jovanović Batut“, Beograd 2014, 2-17.

<sup>24</sup> M. Mitrović, A. Gavrilović, „Organizacija i menadžment u zdravstvenom sistemu Srbije“, *FBIM Transactions*, Vol. 1, 2/2013, 150-151.



nastavlja od strane istog lekara u privatnoj praksi.<sup>25</sup> Time su korisnici zdravstvenih usluga primorani da izdvajaju dvostruka sredstva za pružanje zdravstvenih usluga. S jedne strane, izdavanje za doprinose koji se plaćuje u Republički fond za zdravstveno osiguranje, dok sa druge strane, za iste usluge moraju da plaćaju iz svog džepa. Ovo je problem koji ne može ni jedan način plaćanja da eliminiše, pa ni kapitulacija pod uslovom da bude primenjena kao vodeći način plaćanja.<sup>26</sup>

Prema preporukama Svetske banke, neophodno je sprovesti reformu sistema finansiranja obaveznog zdravstvenog osiguranja. Međutim, trenutna situacija je takva da se sprovede procene i evaluacije reformskih projekata, koje su još uvek u početnoj fazi.<sup>27</sup> Prema trenutno važećim propisima, zdravstveni sistem se finansira po troškovnom principu. To znači da zdravstvene ustanove dobijaju potrebna sredstva od Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje prema broju i strukturi zaposlenih, troškovima lekova i broju postelja. Ukoliko bi se sprovela planirana reforma, primenio bi se potpuno drugačiji način finansiranja, prema kojem bi se zdravstvena zaštita finansirala po korisniku zdravstvene usluge. To podrazumeva da bi ustanove primarne zdravstvene zaštite (domovi zdravlja) dobijali sredstva prema broju pacijenata.<sup>28</sup> Time bi se ostvarile uštede u zdravstvenom sistemu koje bi mogle da se iskoriste za nabavku savremene medicinske opreme, primenu novih metoda lečenja i dijagnostikovanja bolesti, stavljanje novih lekova na pozitivnu listu, stručno usavršavanje medicinskog osoblja, rekonstrukciju zdravstvenih ustanova.

Imajući u vidu poteškoće vezane za celokupan zdravstveni sistem u našoj zemlji, neophodno je da se država aktivnije uključi u rešavanje ovog problema. To podrazumeva donošenje novih sistemskih zakona iz oblasti zdravstva, kojima bi se na jasan i nedvosmislen način odredio

---

<sup>25</sup> I. Totić, S. Marić-Krejić, „Finansiranje zdravstvenih potreba i obračun i plaćanje zdravstvenih usluga“, *Finansiranje zdravstvenih potreba i obračun i plaćanje zdravstvenih usluga*, Vol. 15, 33/2010, 51.

<sup>26</sup> Upravo je model kapitacije (ital. *capita* - glavarina, plaćanje po glavi), počeo da se primenjuje u velikom broju zemalja, kako bi se uveo u red način plaćanja zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Ovaj model podrazumeva mogućnost koju lekari, zdravstveni saradnici i zdravstvene ustanove koriste da naplaćuju svoje prihode prema broju opredeljenih lica, odnosno osiguranika koji su svesno odabrali svog izabranog lekara i vrstu zdravstvenog osiguranja. Lekar, odnosno zdravstvena ustanova za svako lice koje je registrovano dobija kapitaciju, tj. određena finansijska sredstva za koja treba u potpunosti da obezbedi, a samim tim i pruži, sve zdravstvene usluge iz domena svoje delatnosti. I. Totić, S. Marić-Krejić, 52.

<sup>27</sup> S. Simić *et al.*, „Do we have primary health care reform? The story of the Republic of Serbia“, *Health Policy*, Vol. 96, 2/2010, 168.

<sup>28</sup> P. Veselinović, 155-156.

obim prava korisnika zdravstvene usluge po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja. Na taj način bi se sprečila dosadašnja situacija, vrlo rasprostranjena u praksi, da pacijenti usled nemogućnosti realizovanja svojih prava po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja, za pružanje istih zdravstvenih usluga izdvajaju dodatna sredstva iz svog džepa u privatnoj praksi, uz nemogućnost refundiranja tih sredstava od strane Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje.

Na osnovu svega navedenog, može se zaključiti da su izraženi brojni problemi u normalnom odvijanju obaveznog zdravstvenog osiguranja, poput neodgovarajućeg sistema finansiranja sa приметnim stepenom evazije plaćanja sredstava doprinosa, problemi u pogledu organizacije rada zdravstvenih službi, što za posledicu ima formiranje liste čekanja i nezadovoljstvo korisnika osiguranja. Među najvećim problemima jeste situacija u kojoj pacijenti pribagavaju plaćanju zdravstvenih usluga u privatnom sektoru, s obzirom da je vreme čekanja toliko, da im je onemogućeno efikasno lečenje. Premda se iz godine u godinu ulažu napor da se smanje liste čekanja, utisak je da se one ne smanjuju značajno.<sup>29</sup> S druge strane, ne treba prenebregnuti činjenicu da postoji i nezadovoljstvo zaposlenih u zdravstvenim službama zaradama i uslovima rada, te da su neretko prisutni i elementi korupcije kod određenih službi.<sup>30</sup> Kao posledica pređašnje navedenih karakteristika obaveznog zdravstvenog osiguranja, dolazi do porasta ličnog učešća osiguranika u pokrivanju troškova zdravstvene zaštite, čime se otvara prostor za sveobuhvatnije regulisanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

### **3. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje – alternativa obaveznom zdravstvenom osiguranju**

U mnogim zemljama osim obaveznog zdravstvenog osiguranja, postoji dobrovoljno zdravstveno osiguranje za ona lica koja nisu obuhvaće-

<sup>29</sup> U prilog tome navodimo sledeće podatke. Prema dostupnim podacima, u 2014. godini najduže se čekalo na operacije ekstrakcije katarakte i ugradnje veštačkog sočiva za koje se u proseku čekalo 348,3 dana, kao i za ortopedske operacije, odnosno artroplastike kuka i kolena, na koje se u proseku čekalo 311 dana. Najkraće vreme čekanja iznosilo je 39,8 dana i odnosilo se na procedure kompjuterizovane tomografije. Primetan je trend da u posmatranom petogodišnjem periodu (2010-2014) nije došlo do smanjenja dužine čekanja, naprotiv, povećano je prosečno vreme čekanja za ekstrakciju katarakte i ugradnju veštačkog sočiva (sa 313,6 dana u 2013. godini na 348,3 dana u 2014. godini), i upravo je ova vrednost najveća u posmatranom periodu. *Izveštaj o unapređenju kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije u 2014. godini*, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Beograd 2015, 128-130.

<sup>30</sup> J. Kočović, T. Rakonjac-Antić, V. Rajić, 546.

na obaveznim osiguranjem, ili koja žele viši standard zdravstvenih usluga. Sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja vode se na posebnom računu, a prikupljaju se na osnovu premija koje mogu biti fiksne ili u vidu povećane stope doprinosa. Često je dobrovoljno zdravstveno osiguranje organizovano kao privatno osiguranje.<sup>31</sup>

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je ono zdravstveno osiguranje koje dobrovoljno ugovara i plaća pojedinac, ili poslodavac za njegov račun. Ovo osiguranje obavljaju javne i privatne organizacije koje mogu biti profitne (akcionarska društva) ili neprofitne (društva za uzajamno osiguranje). U Srbiji, dobrovoljno zdravstveno osiguranje može organizovati i sprovoditi Republički fond za zdravstveno osiguranje i pravna lica koja obavljaju delatnost osiguranja u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje. Na predlog resornog ministra, Vlada uređuje vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, uslove, način i postupak organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.<sup>32</sup>

U Srbiji postoje tri vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja: paralelno, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje. Paralelno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada osiguranik ostvaruje zdravstvenu zaštitu koja je obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem na način i po postupku koji su drugačiji od načina i postupka ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Dodatno zdravstveno osiguranje jeste osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinsko-tehničkih pomagala i implantata, odnosno novčanih naknada koji nisu obuhvaćeni pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguranje na veći sadržaj, obim i standard prava, kao i iznos novčanih naknada obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Privatno zdravstveno osiguranje je osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, ili koja nisu uključena u obavezno zdravstveno osiguranje, za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa davaocem osiguranja.<sup>33</sup> Osnovni preduslov za korisnike paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja jeste participiranje u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja.

---

<sup>31</sup> *Strategija razvoja zdravstvenog osiguranja u Srbiji do 2020. godine*, Republički fond za zdravstveno osiguranje, Beograd 2013, 4.

<sup>32</sup> Zakon o zdravstvenom osiguranju, čl. 236-238.

<sup>33</sup> Uredba o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, *Službeni glasnik RS*, br. 108/08, 49/09, čl. 30.

Najzastupljeniji vid dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Evropskoj uniji<sup>34</sup> i zemljama u okruženju jeste osiguranje participacije. Primera radi, u Sloveniji se ovaj oblik osiguranja razvio u okviru Zavoda za obavezno zdravstveno osiguranje i pokriva skoro 90% stanovništva Slovenije. Danas se u Sloveniji četiri osiguravajuća društva bave dopunskim osiguranjem: Adriatic-Slovenica, Triglav, Merkur i Vzajemina. Funkcija dobrovoljnog osiguranja svedena je na pokrivanje troškova koje snosi osiguranik u okviru paketa obaveznog zdravstvenog osiguranja, što predstavlja komplementarno zdravstveno osiguranje. S druge strane, moguće je ugovoriti i suplementarno dobrovoljno zdravstveno osiguranje, koje pokriva troškove koji nisu predviđeni obaveznim osiguranjem.<sup>35</sup> U Hrvatskoj se osiguranjem participacije bavi jedan od sektora Zavoda za zdravstveno osiguranje, i njime je pokriveno oko 2,5 miliona građana.<sup>36</sup>

U mnogim razvijenim zemljama, obavezno zdravstveno osiguranje saraduje sa privatnim zdravstvenim osiguranjem, u smislu da država (putem socijalnih kasa) pruža osnovnu uslugu i za privatne ordinacije. U brojnim zemljama EU ustanove zdravstvenog osiguranja pružaju usluge i privatnim pacijentima. Višak troškova privatni pacijenti plaćaju iz svog džepa ili preko svog dodatnog privatnog osiguranja.<sup>37</sup>

Za razliku od zemalja Evropske unije u kojima je dominantno obavezno zdravstveno osiguranje uz izraženo prisustvo dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, u SAD-u je dominantno privatno zdravstveno osiguranje. Tržišni model zdravstvenog osiguranja u SAD-u zasnovan je na kupovini polise zdravstvenog osiguranja, koja podrazumeva određeni paket usluga. Za ovo tržište posebno su važni činioci koji utiču na cenu osiguranja, u koje osim asimetričnih informacija spadaju nepovoljan izbor i moralni hazard.<sup>38</sup> Američki sistem zdravstvenog osiguranja zasniva se na izuzetno visokom

<sup>34</sup> Iako u zemljama Evropske unije dominira sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja, razvijeni su različiti oblici dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. U Austriji, Belgiji i Francuskoj najzastupljenije je dopunsko zdravstveno osiguranje, u Češkoj i Finskoj prisutno je dodatno zdravstveno osiguranje, dok je u Irskoj, Italiji i Španiji dominantno paralelno zdravstveno osiguranje. J. Kočović, T. Rakonjac-Antić, V. Rajić, 556.

<sup>35</sup> M. Glintić, "Republika Slovenija", u: *Sistemi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja – Uporednopravna analiza u evropskim zemljama* (ur. K. Jovičić), Institut za uporedno pravo, Sindikat lekara i farmaceuta Srbije – Gradska organizacija Beograda, Beograd 2014, 123.

<sup>36</sup> *Strategija razvoja zdravstvenog osiguranja u Srbiji do 2020. godine*, Republički fond za zdravstveno osiguranje, Beograd 2013, 13.

<sup>37</sup> W. Rohrbach, „Socijalno osiguranje i privatno zdravstveno osiguranje“, *Revija za pravo osiguranja*, 1-2/2007, 12-13.

<sup>38</sup> D. Mihajek, *Health care policy and reform in Croatia: how to see the forest for the trees*, Bank for International Settlements, Basel 2008, 283-285.

stepenu razvijenosti finansijskog tržišta, baziran je na rizicima i nije primenjiv za većinu evropskih zemalja.<sup>39</sup> Glavna karakteristika ovog zdravstvenog sistema je da je socijalno nepravedan, s obzirom da osobe sa niskim primanjima često ostaju bez zdravstvenog osiguranja. Ovaj nedostatak donekle je prevaziđen nacionalnim zdravstvenim osiguranjem, koje obuhvata lica starija od 65 godina – *Medicare* i socijalno ugrožena lica – *Medicaid*.<sup>40</sup>

Osim SAD-a, obavezno privatno zdravstveno osiguranje postoji u Holandiji, gde je uvedeno 2006. godine, usvajanjem Opšteg zakona o izuzetnim zdravstvenim troškovima (*General Law on Exceptional Healthcare Costs – GLEHC*). Ovim zakonom omogućeno je da svi redovni medicinski tretmani budu pokriveni sistemom obaveznog zdravstvenog osiguranja, preko privatnih društava za zdravstveno osiguranje. Na taj način, osiguravajuća društva su dužna da obezbede paket definisanih prava za osiguranike.<sup>41</sup> Osnovna obeležja ove reforme bila su: uvođenje novog standardnog osiguranja za sve; mogućnost da osiguranici mogu menjati osiguravajuća društva svake godine, ukoliko su nezadovoljni pruženim uslugama; jačanje konkurencije među osiguravajućim društvima, čime se stimuliše poboljšanje u pružanju zdravstvenih usluga; mogućnost nadoknada osiguranicima sa malim prihodima.<sup>42</sup>

Uzimajući u obzir pozitivna iskustva zemalja EU, kao i zemalja u okruženju, pre svega Slovenije i Hrvatske, u sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, valjalo bi ponuditi domaćem tržištu ovu vrstu osiguranja. Do ovog trenutka u Srbiji je zaključeno nešto više od 25.000 ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Svakako da postoji potencijal ukoliko se uzme u obzir veliki broj mogućih učesnika. S druge strane, na slabo razvijeno tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja utiče niska kupovna moć stanovništva. Kako prosečna zarada jedva pokriva troškove minimalne potrošačke korpe, ostaje malo prostora za zadovoljenje drugih potreba, a među njima i za zaključenje nekog od oblika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.<sup>43</sup>

Imajući u vidu trenutno stanje sistema zdravstvenog osiguranja u Srbiji, dobrovoljno zdravstveno osiguranje trebalo bi da bude dopuna obaveznom zdravstvenom osiguranju. S obzirom na to, da usled nemo-

---

<sup>39</sup> B. Marković, S. Vukić, „Modeli organizacije i financiranja zdravstva u odabranim zemljama svijeta“, *Ekonomski vjesnik*, Vol. XXII, 1/2009, 192.

<sup>40</sup> N. Kovač, 553.

<sup>41</sup> I. Totić, 47.

<sup>42</sup> N. Kovač, 553-554.

<sup>43</sup> J. Kočović, T. Rakonjac-Antić, V. Rajić, 554.

gućnosti ostvarivanja prava po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja, građani pronalaze rešenje odlaskom u privatnu lekarsku praksu, plaćajući zdravstvene usluge direktno „iz džepa“, neophodno je da dobrovoljno zdravstveno osiguranje omogući one usluge koje ne postoje u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja, ili pružanje višeg nivoa i kvaliteta usluga, kako bi se smanjili troškovi pojedinaca na usluge zdravstvenog osiguranja „iz džepa“.<sup>44</sup> S obzirom da sistem privatnog i dopunskog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja nije zaživeo u Srbiji, gotovo da sva plaćanja za zdravstvene usluge idu „iz džepa“. Zaključuje se da je način finansiranja „iz džepa“ izuzetno destimulativan, posebno prema onima koji su lošijeg zdravstvenog stanja i sa niskim prihodima.<sup>45</sup>

U stručnoj i naučnoj javnosti ne postoje jedinstveni stavovi u pogledu svrsishodnosti i opravdanosti sistema dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ensor i Moreno smatraju da privatno finansiranje zdravstvene zaštite naspram javnog finansiranja, urušava vrednosti zdravstvenog sistema izgrađenog na temeljima jednakosti, solidarnosti i univerzalnosti, i predstavlja udar na već osiromašeno stanovništvo. S tim u vezi, ističe se da centralizovan sistem prikupljanja sredstava ima više mogućnosti da sprovede prinudnu naplatu i bolje generiše prihode, nego sistemi u kojima se doprinosi za potrebe zdravstvenih fondova prikupljaju pojedinačno.<sup>46</sup>

Mišljenja smo da dobrovoljno zdravstveno osiguranje pruža mogućnost izbora svojim korisnicima. S tim u vezi, očekuje se da sistem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja omogući efikasniju, kvalitetniju i dostupniju zdravstvenu zaštitu svojim korisnicima, čime bi se poboljšao kvalitet života, kao i produženje trajanja života, povećalo investiranje u zdravstvo, smanjile zloupotrebe i korupcija.<sup>47</sup> U tom kontekstu vodio se i zakonodavac, predlažući Nacrt novog Zakona o zdravstvenom osiguranju. Nacrt zakona detaljnije reguliše dobrovoljno zdravstveno osiguranje, te time stvara pravni osnov za kasnije uvođenje paketa zdravstvenog osiguranja, što je usklađivanje sa rešenjima u zemljama Evropske unije,

<sup>44</sup> *Ibid.*, 555.

<sup>45</sup> U prilog tome navodimo sledeće podatke dobijene na osnovu istraživanja sprovedenog tokom 2013. godine, kojim je konstatovano da je usluge privatne prakse koristilo 15,1% stanovnika Republike Srbije. Više od ostalih, privatnu praksu su koristili stanovnici najvišeg obrazovnog statusa (27,9%), bogati (24,8%), stanovnici Beograda i gradskih naselja. S. Stošić, M. Rabrenović, 41.

<sup>46</sup> T. Ensor, A. Duran-Moreno, „Corruption as a Challenge to Effective Regulation in the Health Sector“, in: *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems* (eds. R. B. Saltman, R. Busse, E. Mossialos), Buckingham – Philadelphia 2002, 106-124.

<sup>47</sup> J. Kočović, T. Rakonjac-Antić, V. Rajić, 548.

gde i dalje ostaje primarno obavezno zdravstveno osiguranje, ali uz mogućnost ugovaranja većeg obima prava u kontekstu specijalizacije potreba i usluga.<sup>48</sup>

#### 4. Zaključak

Na osnovu gore navedenog, uočavamo da su sistemi zdravstvenog osiguranja u svetu veoma različito regulisani. Razlike u sistemima ispoljavaju se na koji način je obezbeđena dostupnost zdravstvene usluge stanovništvu, pokriće troškova zdravstvene usluge, kao i prema načinu upravljanja, organizovanja i finansiranja fondova zdravstvenog osiguranja (tj, državnih kasa). Uporednopravnom analizom uočava se da ne postoji savršen zdravstveni sistem, ali da postoji težnja ka istom, koji će biti u mogućnosti da zadovolji potrebe što većeg broja pacijenata, ali i potrebe zdravstvenih radnika i saradnika, ekonomista i donosilaca javnih politika.

Imajući u vidu raspoložive informacije, može se zaključiti da je širom sveta u značajnoj meri prisutnije obavezno zdravstveno osiguranje, u odnosu na druge vidove osiguranja. Međutim, opravdano se postavlja pitanje do kada će trajati prevlast obaveznog zdravstvenog osiguranja nad dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, uzimajući u obzir savremene trendove, sve ispražnjenije zdravstvene fondove, skuplje i inovativne metode lečenja, kao i pad bruto domaćeg proizvoda. Na osnovu iskustva iz prethodnih decenija, može se uočiti da se reformi zdravstvenog osiguranja pristupa tek kada se nagomilaju dugovi, da prete urušavanju zdravstvenog sistema, te se posledično pribegava nekom *ad hoc* rešenju. Stoga je potrebno doneti jasna i održiva pravila koja će omogućiti stabilno funkcionisanje zdravstvenog sistema. Valjano regulisanje obaveznog zdravstvenog osiguranja treba da omogući efikasniju i kvalitetniju zdravstvenu zaštitu stanovništvu, a samim tim da zdravstveni sistem uključi u evropski i svetski proces zdravstvenog razvoja. Primarni cilj zdravstvene politike pojedine zemlje jeste postizanje finansijske održivosti zdravstvenog sistema sa jedne strane, uz obezbeđivanje većeg obima prava i šire dostupnosti zdravstvene usluge celokupnom stanovništvu. Međutim, problemi u normiranju i održivom funkcionisanju zdravstvenog osiguranja gotovo da se ne mogu rešiti zauvek. Permanentni razvoj medicinske nauke, a uporedo sa njom i troškovi prevencije i lečenja bolesti, rastu pro-

<sup>48</sup> Nacrt zakona o zdravstvenom osiguranju, [http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2016/Decembar/Nacrt\\_zakona\\_o\\_zdravstvenom\\_osiguranju.pdf](http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2016/Decembar/Nacrt_zakona_o_zdravstvenom_osiguranju.pdf), 20.03.2018.

gresivnije u odnosu na ekonomski rast društva. Shodno tome, potrebno je praviti projekcije na duži rok, uzimajući u obzir očekivanja javnosti, socijalno-demografske promene, promene u metodama dijagnostikovanja i lečenja bolesti, razvoj medicinske nauke.

S obzirom na dosadašnji ekonomski rast u zemlji, nije opravdano očekivati da će Republički fond za zdravstveno osiguranje biti u mogućnosti da u potpunosti omogući stanovništvu sve zdravstvene usluge o svom trošku. Dodatan problem predstavlja struktura zdravstvenog sistema, kojom dominira državno vlasništvo, dok privatni sektor nije u dovoljnoj meri integrisan u sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja. Stoga je potrebno uspostaviti saradnju u okviru obaveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i povezivanje državnih i privatnih zdravstvenih institucija. Prema dosadašnjim uslovima, dobrovoljno zdravstveno osiguranje trebalo bi da bude dopuna obaveznom zdravstvenom osiguranju. U okviru dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja valjalo bi insistirati na pružanju zdravstvenih usluga koje ne postoje u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i pružanje usluga većeg obima i kvaliteta, kako bi se uticalo na smanjenje troškova pojedinaca na usluge zdravstvenog osiguranja „iz džepa“. Upravo izdvajanje „iz džepa“ predstavlja tipičan primer neuspeha domaćeg zdravstvenog sistema i izvor korupcije u zdravstvu.

## Literatura

- Arsenijević J., Pavlova M., Groot W., „Measuring the catastrophic and impoverishing effect of household health care spending in Serbia“, *Social Science & Medicine*, Vol. 78, 2013, 17-25.
- Ensor T., Duran-Moreno A., „Corruption as a Challenge to Effective Regulation in the Health Sector“, in: *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems* (ed. R. B. Saltman, R. Busse, E. Mossialos), Buckingham – Philadelphia, 2002, 106-124.
- Gajić-Stevanović M., *Analiza zdravstvenog sistema i potrošnje za zdravstvenu zaštitu na nacionalnom nivou u periodu od 2003. do 2014. godine*, Institut za javno zdravlje Srbije „Milan Jovanović Batut“, 2014, 2-17.
- Gajić-Stevanović M., Teodorović N., Dimitrijević S., Jovanović D., „Ispitivanje finansijskih tokova u zdravstvenom sistemu Republike Srbije u periodu od 2003. do 2006. godine“, *Vojnosanitetski pregled*, Vol. 67, br. 5/2010, 397-402.
- Gavrilović A., Trmčić S., „Zdravstveno osiguranje u Srbiji – finansijski održiv



- sistem“, u *Menadžment*, Mladenovac 2012.
- Glantić M., “Republika Slovenija” u *Sistemi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja – Usporednopravna analiza u evropskim zemljama* (ur. K. Jovičić), Institut za uporedno pravo, Beograd, Sindikat lekara i farmaceuta Srbije – Gradska organizacija Beograda, Beograd 2014, 122-137.
- Izveštaj o unapređenju kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije u 2014. godini*, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Beograd, 2015.
- Jovanović S., Milovanović S., Mandić J., Jovović S., „Sistemi zdravstvene zaštite“, *Engrami*, Vol. 37, br. 1/2015, 75-82.
- Jurković I., “Health Care Financing and Insurance: Options for Design”, *Anali Hrvatskog politološkog društva*, 8/2011, 323-325.
- Kočović J., Rakonjac-Antić T., Rajić V., „Dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao dopuna obaveznom zdravstvenom osiguranju u Srbiji“, *Ekonomске teme*, Vol. 51, 3/2013, 541-560.
- Kovač N., „Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj“, *Ekonomski vjesnik*, XXVI, 2/2013, 551-563.
- Marković B., Vukić S., „Modeli organizacije i financiranja zdravstva u odabranim zemljama svijeta“, *Ekonomski vjesnik*, Vol. XXII, br. 1/2009, 183-196.
- Mihaljek D., *Health care policy and reform in Croatia: how to see the forest for the trees*, Bank for International Settlements, Basel 2008.
- Mitrović M., Gavrilović A., „Organizacija i menadžment u zdravstvenom sistemu Srbije“, *FBIM Transactions*, Vol. 1, 2/2013, 145-158.
- Rohrbach W., „Socijalno osiguranje i privatno zdravstveno osiguranje“, *Revija za pravo osiguranja*, br. 1-2/2007, 11-14.
- Simić S., Šantrić Miličević M., Matejić B., Marinković J., Adams O., „Do we have primary health care reform? The story of the Republic of Serbia“, *Health Policy*, Vol. 96, 2/2010, 160-169.
- Stošić S., Rabrenović M., „Makroekonomski principi u zdravstvenom sektoru – tražnja za zdravstvenim uslugama u Republici Srbiji“, *Megatrend revija*, Vol. 12, 3/2015, 29-48.
- Strategija razvoja zdravstvenog osiguranja u Srbiji do 2020. godine*, Republički fond za zdravstveno osiguranje, Beograd, maj 2013, 4
- Totić I., “Neka pitanja u vezi sa finansiranjem zdravstvene zaštite u zemljama članicama Evropske unije”, *Medicinski glasnik Specijalne bolnice za bolesti štitaste žlezde i bolesti metabolizma “Zlatibor”*, Vol. 17, 43/2012, 42-56.
- Totić I., Marić-Krejović S., „Finansiranje zdravstvenih potreba i obračun i plaćanje zdravstvenih usluga“, *Medicinski glasnik Specijalne bolnice za bolesti štitaste žlezde i bolesti metabolizma “Zlatibor”*, Vol. 15, 33/2010, 45-62.

Veselinović P., „Reforma javnog sektora kao ključna determinanta uspešnosti tranzicije privrede Republike Srbije“, *Ekonomski horizonti*, Vol. 16, 2/2014, 141-159.

### Pravni izvori

Plan zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Srbiji za 2018. godinu, *Službeni glasnik RS*, br. 119/2017.

Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2018. godinu, *Službeni glasnik RS*, br. 18/2018.

Uredba o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, *Službeni glasnik RS*, br. 108/08, 49/09.

Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji, *Službeni glasnik RS*, br. 40/2017.

Zakon o medicinskim sredstvima, *Službeni glasnik RS*, br.105/2017.

Zakon o transfuzijskoj medicini, *Službeni glasnik RS*, br.40/2017.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Službeni glasnik RS*, br. 107/2005, 72/2009 – drugi zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 – drugi zakon, 93/2014, 96/2015 i 106/2015

Zakon o zdravstvenom osiguranju, *Službeni glasnik RS*, br. 107/2005, 109/2005 – ispr., 57/2011, 110/2012 – odluka US, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014 – odluka US, 106/2015, 10/2016 – dr. zakon

### Internet izvori

Gajić-Stevanović M., Dimitrijević S., Vukša A., Jovanović D., „Zdravstveni sistem i potrošnja u Srbiji od 2004 do 2008”, <http://www.batut.org.rs/download/nzr/7%20Zdravstveni%20sisten%20i%20potrosnja.pdf>.

Nacrt zakona o zdravstvenom osiguranju, [http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2016/Decembar/Nacrt\\_zakona\\_o\\_zdravstvenom\\_osiguranju.pdf](http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2016/Decembar/Nacrt_zakona_o_zdravstvenom_osiguranju.pdf).

Zekić M., Šegrt S., “Uticaj privatnog zdravstvenog osiguranja na makroekonomski ambijent Republike Srbije“, <http://www.cefi.edu.rs/wp-content/uploads/2017/11/uticaj-privatnog-zdravstvenog-osiguranja-na-makroekonomski.pdf>.

<http://www.rfzo.rs/index.php/broj-osiguranika-stat>.

**Ranko Sovilj, Ph.D**

Research Assistant, Institute of Social Science, Belgrade

**COMPARATIVE ANALYSIS AND CHALLENGES OF  
REGULATION AND FINANCING OF HEALTH INSURANCE**

## Summary

There is no country in the world that can provide to all citizens all the benefits offered by modern medicine. In fact, the lack of financial resources with a continuous increase in health spending is a difficult challenge facing all countries of the world, including Serbia. The author deals with the analysis of the problems of unequal access to health services, insufficient health coverage, and the inability to exercise the rights of individuals on compulsory health insurance. Accordingly, the author points out how regulated health systems of developed countries, whose health funds contribute to a significant improvement in the health status of their citizens. Finally, a comparative analysis shows that there is no perfect health insurance system, but to strive for it, and some of the solutions that can contribute to improving the current state of health are proposed.

**Keywords:** compulsory health insurance, voluntary health insurance, National Health Insurance Fund, health care, health care reform.