

ZDRAVSTVENO OSIGURANJE I NJEGOVO REGULISANJE U REPUBLICI SRBIJI

REZIME: Razvojem ekonomije i društva, visokorazvijenu proizvodnju i savremene ekonomske odnose gotovo je nemoguće zamisliti i ostvariti bez obavljanja delatnosti osiguranja. Sa pojavom robno-novčanih odnosa i klasnog društva otpočinje se sa obavljanjem delatnosti osiguranja, koje je u svom razvojnem putu doživelo brojne promene, ali je u suštini njegova osnovna funkcija ostala ista – zaštita lica i imovine. Da je osiguranje neophodno pokazuje i činjenica da je ono u stalnom razvoju, bez obzira na karakter društveno-ekonomskih i političkih odnosa. Osnovne funkcije osiguranja su univerzalne i kao takve izuzetno značajne za svako društvo, bez obzira na društveno-politički sistem.

Socijalno osiguranje pojavilo se krajem XIX veka, a prvi put je uvedeno u Nemačkoj 1883. godine. Nakon toga ono biva prihvaćeno i u Austriji, Norveškoj, Holandiji, Luksemburgu, Finskoj, Mađarskoj i Engleskoj, a tek 30. tih godina XX veka i u SAD, Kanadi i zemljama Južne Amerike. Posle Drugog svetskog rata socijalno osiguranje postaje prihvaćeno i u sve većem broju zemalja Afrike, Azije i u drugim delovima sveta. U Srbiji ovo osiguranje se javlja 1922. godine, kada je donet Zakon o osiguranju radnika. Sistem socijalnog osiguranja u međuvremenu je stalno usavršavan, tako da se danas u mnogome razlikuje od početnih oblika socijalnog osiguranja. Savremeni sistem socijalnog osiguranja karakteriše organizovana zaštita kojom se obezbeđuje materijalna i socijalna sigurnost čoveka u slučaju ugroženosti njegovog zdravlja, smanjenja radne sposobnosti, starosti i nezaposlenosti. Osnovni vidovi socijalnog osiguranja su: *zdrav-*

* Saradnik u nastavi na Fakultetu za ekonomiju i inženjerski menadžment, Univerzitet Privredna akademija, Novi Sad

** Docent na Fakultetu za ekonomiju i inženjerski menadžment, Univerzitet Privredna akademija, Novi Sad

stveno osiguranje, penzijsko i invalidsko osiguranje i osiguranje za slučaj nezaposlenosti.

U ovom radu biće obrađen samo jedan aspekt socijalnog osiguranja – zdravstveno osiguranje, kao i pitanje kako je ono uređeno u Republici Srbiji.

Ključne reči: osiguranje, zdravstvo

1. Zdravstveno osiguranje

Za razliku od zdravstvene zaštite koju karakterišu mere i aktivnosti organizovanog društva usmerene na očuvanje i unapređivanje zdravlja svih građana, zdravstvenim osiguranjem obezbeđuje se zdravstvena zaštita i materijalno obezbeđenje osiguranih lica u slučaju bolesti, kao i u drugim slučajevima utvrđenim Zakonom. Zdravstvenim osiguranjem se ublažavaju i na održivu meru svode sve negativne posledice bolesti i svega što se za nju vezuje. Pravo na obavezno zdravstveno osiguranje postalo je jedno od univerzalnih i opšteprihvaćenih prava današnjice, kako na međunarodnom, tako i na nacionalnom nivou. Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju razlikujemo *obavezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje*.

Sva prava i obaveze koje proizilaze iz zdravstvenog osiguranja, organizacija i finansiranje zdravstvenog osiguranja, dobrovoljno zdravstveno osiguranje, kao i sva druga pitanja vezana za zdravstveno osiguranje, u Republici Srbiji su regulisana Zakonom o zdravstvenom osiguranju.

2. Obavezno zdravstveno osiguranje

Obavezno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se obezbeđuju dva prava:

- pravo na zdravstvenu zaštitu i
- pravo na novčane naknade za slučajeve utvrđene Zakonom.

Ovo osiguranje se zasniva na načelu solidarnosti i uzajamnosti, a obezbeđuje se i sprovodi u Republičkom zavodu za zdravstveno osiguranje, kao i u organizacionom jedinicama tog zavoda. Neki od poslova obaveznog zdravstvenog osiguranja sprovode se i u Pokrajinskom zavodu za zdravstveno osiguranje.

Prava iz zdravstvenog osiguranja, kako obaveznog, tako i dobrovoljnog ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasleđivati. Jedino se novčane naknade koje dospevaju za isplatu, a nisu isplaćene usled smrti osiguranog lica obuhvaćenog obaveznim zdravstvenim osiguranjem, mogu nasleđivati. Sredstva za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se

prvenstveno, uplatom doprinosa za zdravstveno osiguranje, ali i iz drugih izvora, u skladu sa Zakonom. Obavezno zdravstveno osiguranje obuhvata:

- osiguranje za slučaj bolesti i povrede van rada i
- osiguranje za slučaj povrede na radu ili profesionalne bolesti.

Zakonom o zdravstvenom osiguranju utvrđena su osnovna načela na kojima se zasniva sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja, a čija primena vodi ka uspešnom i efikasnom ostvarivanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Ta načela su:

1. načelo obaveznosti,
2. načelo solidarnosti i uzajamnosti,
3. načelo javnosti,
4. načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa,
5. načelo stalnog unapređivanja kvaliteta obaveznog zdravstvenog osiguranja i
6. načelo ekonomičnosti i efikasnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Kada je reč o ovoj vrsti osiguranja osiguranim licima, u smislu Zakona o zdravstvenom osiguranju, smatraju se osiguranici i članovi njihovih porodica, kojima se u skladu sa tim Zakonom obezbeđuju određena prava. Međutim, ta prava obezbeđuju se i drugim licima osiguranim za određene slučajeve, a u skladu sa Zakonom.

OSIGURANICI jesu fizička lica koja su obavezno osigurana u skladu sa važećim Zakonom. Takvim licima se smatraju:

1. zaposleni,
2. civili na odsluženju vojnog roka,
3. lica koja, u skladu sa Zakonom o radu, obavljaju poslove van prostorija poslodavca,
4. lica koja, u skladu sa Zakonom o radu, obavljaju poslove kućnog pomoćnog osoblja,
5. državljani Republike koji su na teritoriji iste zaposleni kod stranih ili međunarodnih organizacija, u diplomatskim i konzularnim predstavništvima ili kod stranih pravnih i fizičkih lica,
6. zaposleni upućeni na rad u inostranstvo, u slučaju kada nisu obavezno osigurani po propisima zemlje u kojoj obavljaju delatnost,
7. zaposleni roditelj, hranitelj, usvojitelj, odnosno staratelj koji odsustvuje sa rada dok dete ne napuni tri godine života, a dok mu miruju prava i obaveze po osnovu rada,
8. lica koja imaju pravo na novčanu naknadu po osnovu nezaposlenosti,
9. lica koja obavljaju povremene i privremene poslove,
10. lica koja po prestanku radnog odnosa ostvaruju pravo na naknadu zarade zbog povrede ili profesionalnog oboljenja,

11. lica koja obavljaju poslove po osnovu ugovora o delu, autorskih ugovora i ostalih ugovora kod kojih se za izvršen posao ostvaruje naknada,
12. lica koja su osnivači, članovi, odnosno akcionari privrednih društava,
13. sportisti koji obavljaju sportsku delatnost kao samostalnu delatnost,
14. sveštenici i verski službenici koji tu delatnost obavljaju kao samostalnu,
15. poljoprivrednici stariji od 18 godina, koji obavljaju poljoprivrednu delatnost kao jedino ili osnovno zanimanje i ako nisu osigurani po drugom osnovu,
16. penzioneri,
17. sva ostala lica, u skladu sa važećim Zakonom.

Svojstvo osiguranika može da se stekne samo po jednom osnovu osiguranja. U slučaju kada neko lice ispunjava uslove za sticanje svojstva osiguranika po više osnova onda se prioritetni osnov osiguranja određuje u skladu sa Zakonom. Jedino što osiguranje po osnovu zaposlenja ima prioritet u odnosu na osiguranje po svim ostalim osnovama.

Prema Zakonu osiguranicima se smatraju i druga lica, kao što su:

1. deca do 15 godina života, školska deca i studenti do kraja školovanja, a najkasnije do 26. godine života,
2. žene u toku trudnoće, porođaja i materinstva do 12 meseci nakon porođaja,
3. lica starija od 65 godina života,
4. osobe sa invaliditetom i mentalno nedovoljno razvijene osobe,
5. lica zaražena HIV-om i ostalim zaraznim bolestima,
6. monasi i monahinje,
7. materijalno neobezbeđena lica,
8. korisnici stalne novčane pomoći,
9. nezaposlena lica,
10. lica romske nacionalnosti.

Lica koja nisu obavezno osigurana mogu se uključiti u sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja, radi ostvarivanja određenih prava, a na način koji je propisan Zakonom. Nakon uključivanja u sistem obaveznog osiguranja, ta lica stiču status osiguranika. Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se i članovima porodice osiguranika; a članovima porodice se smatraju članovi uže porodice – supružnik i deca i članovi šire porodice – roditelji, deda i baba, unučad, braća i sestre, ali pod uslovom da ih osiguranik izdržava.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Prema važećem Zakonu lica koja imaju svojstvo osiguranika, stiču određena prava po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja. Ta prava su:

1. pravo na zdravstvenu zaštitu,

2. pravo na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad osiguranika,
3. pravo na naknadu troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite.

Za ostvarivanje navedenih prava osiguranici moraju biti osigurani najmanje tri meseca neprekidno ili šest meseci sa prekidima u poslednjih 18 mseci, pre početka korišćenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Postoje i određeni slučajevi kada osiguranik stiče prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, iako nisu ispunjeni navedeni uslovi. Na primer, u slučaju profesionalnog oboljenja ili povrede na radu, u slučaju hitne medicinske pomoći i u drugim sličnim situacijama.

Pravo na zdravstvenu zaštitu

Zdravstvena zaštita pruža se na način da se sačuva, povрати ili unapredi zdravstveno stanje osiguranika i njegova sposobnost da radi i zadovolji svoje potrebe. Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvata:

- mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti,
- pregled i lečenje žena u vezi sa planiranjem porodice, kao i u toku trudnoće, porođaja i materinstva do 12 meseci nakon porođaja,
- preglede i lečenje u slučaju bolesti i povreda,
- pregled i lečenje bolesti zuba i usta,
- medicinsku rehabilitaciju u slučaju bolesti i povrede,
- lekove i medicinska sredstva,
- proteze i druga pomagala za kretanje, stajanje i sedenje, pomagala za vid, sluh, govor, stomatološke nadoknade, kao i druga pomagala.

U ostvarivanju ovih prava osiguranicima se obezbeđuje 100% ili najmanje 65% od cene određene zdravstvene usluge. Republički zavod za zdravstveno osiguranje svake godine donosi opšti akt kojim se uređuje obim, sadržina i standard prava na zdravstvenu zaštitu za pojedine vrste bolesti i pojedine vrste zdravstvenih usluga, kao i procenat plaćanja.

Pravo na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad

Ovo pravo imaju sledeća lica:

- lica u radnom odnosu,
- lica na odsluženju vojnog roka,
- lica koja obavljaju poslove van prostorija poslodavca,
- lica koja obavljaju poslove kućnog pomoćnog osoblja,

- državljani Republike koji su na teritoriji iste zaposleni kod stranih ili međunarodnih organizacija, u diplomatskim i konzularnim predstavništvima ili kod stranih pravnih i fizičkih lica,
- zaposleni upućeni na rad u inostranstvo, u slučaju kada nisu obavezno osigurani po propisima zemlje u kojoj obavljaju delatnost,
- preduzetnici,
- sveštenici i verski službenici.

Ova lica ostvaruju pravo na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad, samo pod uslovom da je njihovo zdravstveno stanje takvo da ih sprečava da rade. Prema Zakonu, bez obzira na to ko je isplatilac zarade, ovo pravo se ostvaruje kad je privremena sprečenost za rad nastupila zbog:

- bolesti ili povrede van rada,
- profesionalne bolesti ili povrede na radu,
- bolesti ili komplikacija u vezi sa održavanjem trudnoće,
- bolesnog člana uže porodice,
- dobrovoljnog davanja organa i tkiva, osim dobrovoljnog davanja krvi.

Dužinu privremene sprečenosti za rad određuje stručno-medicinski organ Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje. Osiguraniku koji u momentu nastupanja privremene sprečenosti za rad, nema prethodno osiguranje, pripada pravo na naknadu zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u visini minimalne zarade, utvrđene u skladu sa propisima o radu, za mesec za koji se naknada isplaćuje.

Pravo na naknadu troškova prevoza

Ovo pravo se obezbeđuje osiguranicima, kao i pratiocima osiguranog lica upućenog u zdravstvenu ustanovu van matične filijale, a pod uslovom da je ta ustanova udaljena najmanje 50km od mesta njegovog stanovanja. Osigurana lica imaju pravo na naknadu prevoza prema najkraćoj relaciji u visini cene koštanja autobuske karte ili drugog razreda voza. U slučajevima kada je priroda bolesti specifična naknada troškova prevoza i za druga sredstva javnog saobraćaja, ako je takav prevoz neophodan. Po nalogu lekarske komisije, osiguranik može koristiti i sanitetsko vozilo. Ali ako mu se sanitetsko vozilo ne može obezbediti osiguranik ima pravo na naknadu stvanih troškova prevoza, najviše do iznosa 10% cene jednog litra benzina za svaki pređeni kilometar.

Osiguraniku može biti određen i pratilac ukoliko je to neophodno. U tom slučaju pratiocu pripada naknada troškova prevoza pod istim uslovima koji su propisani i za osiguranika. Smatra se da je pratilac neophodan za vreme putovanja kada se na pregled u drugo mesto upućuje dete mlađe od 18 godina, odnosno lice koje je teže telesno ili mentalno ometeno u razvoju.

3. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje

Osim obaveznog postoji i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. U pitanju je osiguranje na dobrovoljnoj osnovi. Vrste ovog osiguranja uređuje Vlada, a na predlog nadležnog ministarstva zdravlja. Vlada uređuje uslove, način i postupak organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je osiguranje od nastanka rizika plaćanja učešća u troškovima zdravstvene zaštite u skladu sa Zakonom, osiguranje građana koji nisu obavezno osigurani, kao i osiguranje na veći obim i standard i druga prava iz zdravstvenog osiguranja. Prava iz ovog osiguranja ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasleđivati. Nasleđivati se samo mogu novčane naknade koje su dospele za isplatu, a ostale su neisplaćene usled smrti lica obuhvaćeng ovim osiguranjem.

Dobrovoljno osiguranje zapravo predstavlja relativno nov oblik osiguranja koji se može zaključiti nezavisno od obaveznog zdravstvenog osiguranja. Ovo osiguranje se ugovara samostalno i može se ugovoriti za:

- slučaj hirurške intervencije i u tom slučaju pokriva operacije koje su izvedene u toku trajanja osiguranja, npr. operacije srca, stomaka, ortopedske operacije i druge,
- slučaj težih bolesti i njihovih posledica i u tom slučaju pokriva bolesti koje su nastupile u toku trajanja osiguranja, npr. sva maligna oboljenja, moždani udar i druge.

Kod ovog osiguranja premija zavisi od visine osigurane sume. Osiguranu sumu određuje sam osiguranik. U slučaju da osiguranik ugovori veću sumu to znači da mu se obezbeđuje i veći nivo naknade. Ako osiguranik zaključi više ugovora – osiguranje od nezgode, osiguranje života i drugo ima pravo na naknadu po osnovu svih polisa. Ovim osiguranjem nisu pokrivenne one bolesti koje je osiguranik imao pre zaključenja ugovora o osiguranju, kao ni operacije koje je izvršio pre zaključenja ovog ugovora. U slučaju kada se ostvari osigurani slučaj osiguranik mora da podnese pismenu prijavu osiguravaču, uz koju mora da priloži i odgovarajuću medicinsku dokumentaciju, kojom se dokazuje pravo na naknadu.

Danas na tržištu možemo sresti različite vidove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, tako da je za očekivati da će se ovaj vid osiguranja u velikoj meri menjati i prilagođavati uslovima tržišta, s obzirom da je još uvek u početnoj fazi razvoja.

4. Zdravstveno osiguranje u Republici Srbiji

Zakon o zdravstvenom osiguranju Republike Srbije donet je 4. 04. 1992. god. i danas je u primeni. Obaveznim zdravstvenim osiguranjem su obuhvaćeni:

zaposleni (u preduzećima, ustanovama), nezaposleni, penzioneri, vlasnici (osnivači) preduzeća i radnji, samozaposleni, zemljoradnici, verski službenici, strani državljani na radu u našoj zemlji.

Zakonska prava obezbeđena osiguraniku i članovima njegove porodice su:

- zdravstvena zaštita,
- naknada za vreme privremene sprečenosti za rad,
- naknada putnih troškova u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite i
- naknada pogrebnih troškova.

Sistem zdravstvenog osiguranja je organizovan preko Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje, kao jedinstvenog pravnog lica sa statusom ustanove, i njegovih filijala u sedištim okruga, tj. organizacionih jedinica Zavoda. Od preterane decentralizacije prešlo se na potpunu centralizaciju i povećala se uloga države u zdravstvenom osiguranju (ovaj trend je primećen i u drugim zemljama). Zavod ima Statut koji treba da prihvati Vlada Republike Srbije, a organi Zavoda su Skupština, Upravni odbor i Nadzorni odbor, direktor. Odnosi između Zavoda i njegovih filijala u vezi ostvarivanja zdravstvene zaštite se regulišu ugovorom. Zavod uređuje nomenklaturu, cene i druge kriterijume i merila zdravstvenih usluga. Zdravstveno osiguranje se finansira iz doprinosa, od čega se 30% uplaćuje Republičkom zavodu – za ujednačavanje uslova za ostvarivanje zdravstvene zaštite, a 70% na podračun filijale u kojoj osiguranik koristi zdravstvene usluge.

Ova organizacija sistema zdravstvenog osiguranja ima dosta nedostataka, naročito imajući u vidu velike razlike u pogledu sredstava pojedinih filijala i ekonomske razvijenosti njihovih okruga, što može da naruši jedan od osnovnih principa zdravstvenog osiguranja – jednakost (približno) iste mogućnosti za ostvarivanje jednakih, zakonom utvrđenih prava. Princip univerzalnosti je primenjen u potpunosti jer je celokupno stanovništvo obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem, kao i princip jedinstvenosti – jer nema mogućnosti građanskog osiguranja, kao ni osiguranja prema riziku. Princip solidarnosti je takođe ostvaren (ali je u poslednje vreme doveden u pitanje) jer svi plaćaju doprinos u skladu sa svojim ekonomskim mogućnostima, a koriste zdravstvenu zaštitu prema potrebama; dolazi do preliivanja sredstava između pojedinih kategorija osiguranika i bez ovoga ne bi moglo da funkcioniše obavezno zdravstveno osiguranje.

Trenutno doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje iznosi 5,95%, a osnovica je bruto zarada zaposlenih, odnosno % na ukupan prihod samozaposlenih ili katastarski prihod zemljoradnika. Jedan deo doprinosa uplaćuje poslodavac. Visina stope doprinosa je jedinstvena za celu Republiku, a utvrđuje je Narodna skupština.

Obuhvaćenost stanovništva obaveznim zdravstvenim osiguranjem je 98%, a zdravstvena zaštita onih koji nemaju svojstvo osiguranika (ne uplaćuju doprinose) se finansira iz budžeta ili drugih izvora čije je učešće veoma malo. Naš Zakon je sa aspekta obuhvaćenosti stanovništva i poštovanja principa solidarnosti i

univerzalnosti savremen, na nivou zakona razvijenih zemalja, i nema potrebe za radikalnim promenama sistema zdravstvenog osiguranja, već usklađivanje sistema sa realnim ekonomskim mogućnostima zemlje. Ilustracije radi, u dokumentu „Ciljevi i mere zdravstvene politike u Srbiji do 2010. „ koji je 1997. godine objavio Republički institut za zaštitu zdravlja, sredstva namenjena za zdravstvo do 2010. godine treba da iznose 6% od nacionalnog dohotka.

Zakon o zdravstvenom osiguranju Srbije ne razrađuje obim i sadržaj prava, već je to regulisano aktom Republičkog zavoda. Ali Zakon utvrđuje lica izložena povećanom riziku, kao i bolesti od posebnog socijalno-medicinskog značaja za koje donosi posebne programe.

U članu 7. i 8. Zakona o zdravstvenoj zaštiti Ustava R. Srbije utvrđene su 2 kategorije stanovništva izloženih povećanom riziku i mere od opšteg interesa: majka i dete i stare osobe, za čiju zaštitu se sredstva obezbeđuju iz javnih prihoda, ako nisu drugačije obezbeđena. Odredbe ovog Zakona nisu u potpunosti usklađene sa odgovarajućim odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju, jer Zakonom o zdravstvenoj zaštiti treba regulisati zdravstvenu zaštitu onih kategorija stanovništva (izloženih povećanom riziku) i mera koje nisu obuhvaćene Zakonom o zdravstvenom osiguranju. Dakle, trebalo bi obuhvatiti samo te kategorije i bolesti i uskladiti odgovarajuće odredbe ova dva Zakona.

Što se tiče izvora finansiranja, tu su pre svega doprinosi, zatim malo učešće poreza (za finansiranje zdravstvene zaštite neosiguranih lica), dok prihoda od posebnih poreza nema. Treba preispitati da li Republika u budžetu treba da obezbedi sredstva za opremanje i razvoj zdravstvenih ustanova, čiji je osnivač, iako nema objektivnih prepreka da obezbeđenje tih sredstava preuzme obavezno zdravstveno osiguranje, mada mogu učestvovati budžet i drugi izvori. Pitanje finansiranja razvoja i opremanja zdravstvenih ustanova treba što pre rešiti (zbog urgentnosti problema) Zakonom o zdravstvenom osiguranju ili posebnim zakonom.

U našem sistemu zdravstvenog osiguranja je od 9. 06. 2001. uvedena participacija, kao lično učešće osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite. Odluku o uvođenju, načinu naplate, oslobađanju od ove (nepopularne) mere donosi Narodna skupština na predlog Vlade. Treba biti oprezan kod uvođenja participacije, jer ako je ona simboličnog iznosa (obezbeđuje manje od 5% ukupnih sredstava za zdravstvenu zaštitu), troškovi administriranja će biti veći od njenih efekata i bolje je ne uvoditi je. Međutim kod nas je neminovna zbog hroničnog deficita sredstava za zdravstvenu zaštitu i velikih teškoća kroz koje prolaze fondovi zdravstvenog osiguranja u poslednjih desetak godina (inflacija, mnoštvo propalih firmi koje nisu uplaćivale doprinose, sve veći broj socijalnih slučajeva, neophodnost uvoza mnogih skupih lekova i drugo).

Ne može se vršiti redukcija kruga osiguranih lica, jer se pre svega ne zna po kom kriterijumu to uraditi, zatim, izbila bi burna nezadovoljstva i protesti, bio bi narušen ionako labav socijalni mir, a osim toga sve zemlje (čak i siromašnije) teže proširenju obuhvaćenosti zdravstvenim osiguranjem na celokupno

stanovništvo. Situacija bi se mogla ublažiti većom efikasnošću, višim kvalitetom i kontrolom rada zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika (njihovim boljim odnosom prema već ograničenim sredstvima).

Mogućnosti za uvođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Republici Srbiji

Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju (član 62.) iz 1992. god. postoji mogućnost uvođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja preko Zavoda za građane koji nisu obavezno osigurani ili žele veći obim od Zakonom utvrđenih prava za sebe i članove svoje porodice, svoje radnike, i to za razliku u ceni iznad standardnog nivoa i za različite vrste zdravstvene zaštite. Međutim dobrovoljno osiguranje nije detaljnije uređeno Zakonom, odnosno obim i prava iz osiguranja, standard zdravstvenih usluga, načini ostvarivanja i finansiranja prava, obaveze osiguranika se utvrđuju aktima nosilaca dobrovoljnog osiguranja, a zainteresovani odlučuje da li će prihvatiti takve uslove. Dobrovoljno osiguranje nudi pokriće različitih rizika, pod različitim uslovima. Za dobrovoljno osiguranje se uglavnom odlučuju lica sa visokim zaradama. Ono je poželjno jer proširuje prava u odnosu na obavezno zdravstveno osiguranje i omogućuje viši kvalitet medicinskih usluga.

Naš Republički zavod koji pruža obavezno zdravstveno osiguranje nije spreman za pružanje usluga iz domena dobrovoljnog osiguranja. Kod dobrovoljnog osiguranja treba animirati građane da sklope ugovor o zdravstvenom osiguranju, i to – visinom premije, poslovnošću, kvalitetom zdravstvenih usluga, reklamom, a to mogu samo privatne organizacije osiguranja. Stoga se dobrovoljno osiguranje često naziva i privatno, iako se ne može staviti znak jednakosti. Pošto su osiguravajuće kompanije profitnog karaktera, u svoj portfolio osiguranja prihvataju samo slučajeve umerenog rizika. U Evropi su poznati modeli dobrovoljnog osiguranja tipa Organizacija za očuvanje zdravlja.

Osnovne razlike između obaveznog i dobrovoljnog osiguranja su:

U dobrovoljnom osiguranju, premije se utvrđuju srazmerno riziku osiguranja (godinama života i zdravstvenom stanju osiguranika), osiguranici se svrstavaju u „razrede“- grupe i rizičnije grupe osiguranika plaćaju veću premiju. Premije u dobrovoljnom osiguranju su uglavnom veće od doprinosa u obaveznom osiguranju. Svaka zdravstvena ustanova radije prihvata osiguranike dobrovoljnog osiguranja jer će duplo više naplatiti medicinske usluge;

Obavezno osiguranje se bazira na principima uzajamnosti, solidarnosti, jednakosti, univerzalnosti, dok dobrovoljno osiguranje veoma slabo primenjuje princip solidarnosti;

Dobrovoljno osiguranje je dopuna obaveznom zdravstvenom osiguranju, jer obezbeđuje dodatna prava i viši nivo usluga, ali ne može biti zamena obave-

znom zdravstvenom osiguranju (ono i dalje mora da egzistirati), a koliko će biti zastupljeno na tržištu zavisi od platežne sposobnosti građana.

Dopunsko zdravstveno osiguranje se stiče uplatom redovne mesečne članarine (trenutno iznosi 40 dinara), i osiguranje počinje da važi već od prve uplate, a nije potreban ni prethodni lekarski pregled kao uslov za stupanje u osiguranje. Dopunsko zdravstveno osiguranje je sa Sindikatom ugovoreno na pet godina, odnosno dok se plaća članarina u ovom periodu. Osiguranje prestaje da važi: istekom članstva u Savezu samostalnih sindikata, smrću osiguranika ili navršanjem 65. godine života.

Bolesti koje su ustanovljene, ili koje su postojale u trenutku stupanja u osiguranje, kao i hirurške intervencije izvršene pre početka osiguranja ili koje su od ranije potrebne nisu obuhvaćene dopunskim zdravstvenim osiguranjem. A u prva 3 meseca, i to samo u prvoj godini osiguranja se priznaju iznenadne bolesti.

Međutim, iako je ova ponuda iz domena dopunskog zdravstvenog osiguranja, a u aranžmanu domaćih osiguravača, među prvim na našem tržištu, teško je reći koliko kvalitetne usluge se mogu obezbediti za tako simboličan iznos od 40 dinara. Kod nas je potrebno, i očekuje se do juna sledeće godine, kompletiranje zakonske regulative iz ove oblasti, kao „alfa i omega“ za sve što sledi u dobrovoljnom i privatnom zdravstvenom osiguranju. Zatim, potrebno je razviti infrastrukturu – od finansijskih menadžera do zdravstvenih radnika, da bi osiguranik za svoj novac uložen u zdravstveno osiguranje zaista dobio sve što je potrebno za očuvanje svog života i zdravlja, kao neprocenjivih vrednosti.

Zakonom je dozvoljeno, ali se očekuje i potrebno je veće uključivanje osiguravajućih kompanija u poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za sve one koji žele viši nivo i lakše ostvarivanje zdravstvene zaštite (od one predviđene obaveznim zdravstvenim osiguranjem) i koji to sebi mogu da priušte višim životnim standardom.

Zaključak

Obavezno zdravstveno osiguranje se razvijalo u pravcu proširivanja obuhvata osiguranika i prava iz osiguranja, te danas gotovo sve zemlje koje su uvele sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja njime obuhvataju celokupno stanovništvo.

Nizak ekonomski rast i nesposobnost postojećih finansijskih institucija u zdravstvu da pokriju sve veće zahteve i potrebe u oblasti zdravstvene zaštite i osiguranja: porast siromaštva, povećanje brojnosti urbanog stanovništva, veće učešće starog stanovništva u ukupnoj populaciji, odnosno potrebe rastu brže nego materijalne mogućnosti za zdravstvenu zaštitu i osiguranje. Sve to ukazuje da su reforme neminovne.

Obavezno osiguranje u Evropi postoji više od jednog veka. Negde se razvijalo u pravcu univerzalnog obuhvatanja stanovništva, a negde je došlo do

propadanja sistema i zamene novim oblicima organizacije i finansiranja zdravstvene zaštite. Dva osnovna razloga zbog kojih je obavezno zdravstveno osiguranje došlo u krizu:

1. nemogućnost obezbeđenja adekvatne i pristupačne zdravstvene službe i
2. nedostatak finansijskih sredstava

Odnosno pojedini sistemi zdravstvenog osiguranja su zamenjeni kada više nisu bili sposobni da obezbede ostvarenje prava, bilo zbog oskudice finansijskih sredstava, bilo zbog nedovoljne zdravstvene infrastrukture.

Karakteristični trendovi vezani za zdravstvenu zaštitu i osiguranje su sledeći:

1. povećanje broja stanovnika, produženje starosne granice i samim tim veći broj zahteva za zdravstvenu zaštitu,
2. porast cena zdravstvenih usluga i rast troškova za zdravstvenu zaštitu iznad rasta nacionalnog dohotka i
3. primena savremene ali veoma skupe tehnologije i novih dijagnostičkih metoda.

Za naše uslove poželjna bi bila organizaciona shema jedinstvenog fonda zdravstvenog osiguranja na području Republike, uz mogućnost prenosa ovlašćenja na regione. Zdravstvena zaštita od opšteg interesa bi se finansirala iz republičkog budžeta (po osnovu poreza), a drugi deo zdravstvene zaštite bi bio finansiran iz prihoda po osnovu obaveznog doprinosa za zdravstveno osiguranje. Stopa doprinosa treba da je dovoljna da obezbedi standardni nivo zdravstvene zaštite, i treba da je jednaka za sve građane, a primenjuje se na lična primanja zaposlenih, prihode samozaposlenih, odnosno katastarski prihod zemljoradnika. Potrebno je racionalnije i efikasnije poslovanje, vlasničko prestrukturiranje i realno opterećenje svih građana, učešće poslodavaca u plaćanju doprinosa da bi došlo do smanjenja prosečne stope obaveznog doprinosa za zdravstvenu zaštitu i manjeg opterećenja za životni standard osiguranika. Posebno treba brinuti o kategorijama sa najnižim primanjima. Zbog veoma ograničenih sredstava, u našim uslovima bi najviše odgovaralo plaćanje po osiguranom licu (kapitacija) za vanbolničke ustanove, a budžetski tip plaćanja za bolničke.

Najvažnije pitanje je raspoloživost sredstava za finansiranje reformi, odnosno od finansijskih sredstava će zavisiti sadržaj paketa osnovnih ili dopunskih zdravstvenih usluga. Ključno mesto u čitavom projektu, kao što je i dosad bilo, pripada Fondu zdravstvenog osiguranja kao mestu gde se sliva i odakle se distribuirati novac namenjen za zdravstvene usluge.

Inostrane banke su već stigle, te se sada očekuje i dolazak stranih osiguravajućih kompanija, ali još uvek je sve to osetljivo zbog političkog i eventualno ratnog rizika, ekonomskih teškoća, te većina njih za sada samo ispituje tržište i mogućnosti uvođenja različitih oblika osiguranja. Neki naši osiguravači su već na meti stranih i vode pregovore sa njima, a od brzine zakonske regulative i

usaglašenosti sa standardima Evropske Unije zavisi ishod. A smatra se da bi za domaću privredu i osiguravače mnogo bolja bila kupovina i procentualno učešće stranog u domaćem kapitalu nego otvaranje samostalnih stranih osiguranja, jer bi domaća, bez značajnih reformi, vrlo brzo bila istisnuta sa tržišta.

Na osnovu napred iznetog, može se zaključiti da i u svetu i kod nas državno zdravstveno osiguranje gubi na značaju, u skladu sa procesima globalizacije svetske ekonomije, gde bogati postaju sve bogatiji, a siromašni još siromašniji. Takođe, trendovi razvoja zdravstvenog i penzijskog osiguranja se prebacuju na osiguravajuće kompanije. Nažalost, ponovo će osiguravajuću zaštitu sebi priuštiti imućniji, a oni bez novca ostati bez iste.

Bez obzira na sve ove savremene promene, država mora povesti računa (kao što je to svuda u svetu) o najsiromašnijim slojevima stanovništva i obezbediti im barem minimalnu (Zakonom garantovanu) zdravstvenu zaštitu.

Sandra Milošević

Associate on the Faculty of Economics, Business Academy, Novi Sad

Rajko Tepavac, Ph.D.

Assistant Professor on the Faculty of Economics, Business Academy, Novi Sad

Health insurance and its regulation in Republic of Serbia

A b s t r a c t

With development of economy and society, high production and economic relations are almost impossible to imagine without the insurance. With connection between goods and financial transaction and appearance of class in human society, begins a period of insurance which is, during its path of development, experienced numerous changes, but in essence its basic function remind the same- protection of persons and property. Necessity of insurance is evident and proved whit the fact that it is in constant improvement beside the character of socio-economic and political relations. Without regard to the socio-political system, basic functions of insurance remind universal and of extreme importance for each and every society. Social insurance appeared at the end of XIX century and in 1883. it was brought into Germany. After that it was accepted in Austria, Norway, Holland, Luxembourg, Finland, Hungary and England, and in XX century, in the thirties, in United States of America, Canada and in countries of South America. After the II World War social insurance became acceptable in majority countries in Africa, Asia and other parts of the world. This insurance in Serbia appeared in 1922. at the time when The Labor Law was passed. In the mean time system of social insurance was constantly improving, so today it is very different from the initial forms. Modern system of social insurance is known for protection which provides material and social security in case of health problems, lack of

work capability, old age and unemployment. Basic forms of social insurance are: health insurance, disability insurance, old-age benefits and insurance in case of unemployment. This scientific work will be focusing on one aspect of social insurance – health insurance and in the way of its regulation in Republic of Serbia.

Key words: insurance, health care

Literatura

1. Boris Marović, *Osiguranje i špedicija*, Stylos, Novi Sad, 2001.
2. Boris Marović, Nebojša Žarković, *Leksikon osiguranja*, DDOR, Novi Sad, 2002.
3. Milivoje Stamatović, Đorđe Jakovljević, Branka Legetić, Mirjana Martinov-Cvejn, *Zdravstvena zaštita i osiguranje*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1997.
4. Boris Marović i Dragan Mrkšić, *Osiguranje i reosiguranje*, Financing centar, Novi Sad, 1996.
5. A. Tasić, *Osnovi osiguranja*, Privredno-finansijski vodič, Beograd, 1976. g
6. „Ekonomska enciklopedija“, Savremena administracija, Beograd, 1986. god.
7. Violeta Lj. Todoroski, *Organizacija i finansiranje zdravstvenog osiguranja (komparativna analiza)*, magistarska teza, Beograd, 2000.
8. *Zakon o zdravstvenom osiguranju*, „Službeni glasnik“, br. 18/92, 26/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96, 46/98
9. D. Mrkšić, Z. Petrović, K. Ivančević, *Pravo osiguranja*, Privredna Akademija, Novi Sad, 2006.
10. *Zakon o zdravstvenom osiguranju Republike Srbije*
11. www.google.com
12. internet sajt republičkog ministarstva zdravlja
13. www.ddor.com