

**Goran Divac**

Visoka škola za menadžment i ekonomiju Kragujevac

**Radoja Janjetović**

Visoka škola za menadžment i ekonomiju Kragujevac

## **PRAVNO-EKONOMSKI ASPEKTI FINANSIRANJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U REPUBLICI SRBIJI**

**Apstrakt:** Finansiranje zdravstvenog osiguranja predstavlja veoma značajan instrument pri formiranju kako nacionalne tako i poslovne politike subjekata poslovanja. Iz ovako posmatranog ugla može se reći da se permanentnim usavršavanjem ovog finansijskog dela opštih potreba društva u celini i pojedinaca mogu razlučiti dva vida finansiranja, prvi centralistički i drugi liberalni. Postojanje velikog rizika iziskuje uplitanje države u ovaj problem finansiranja sa tendencijom da se u određenim sferama dopusti liberalizaciji finansijskog potencijala.

**Ključne reči:** finansiranje, zdravstvo, osiguranje, zdravstvena zaštita, javna sredstva, dobrovoljno zdravstveno osiguranje, javni prihodi.

### **Uvod**

Sistem zdravstvenog osiguranja nailazi na ozbiljne probleme, kako u nerazvijenim tako i u razvijenim zemljama, s tim da oni međusobom imaju različitu polaznu osnovu. Najizrazitiji problemi vezani za sistem zdravstvenog osiguranja koji su međusobom suprotstavljeni mogu se predstaviti kroz:

- izrazit rast troškova,
- ograničenost zdravstvene zaštite u pogledu pokrivenosti i
- fiskalno opterećenje od strane zdravstvenog osiguranja.

Nemogućnost pružanja zdravstvene zaštite usled nedovoljnih kapaciteta ili zbog neosiguranih lica koja nisu zaposlena ili se ne nalaze na zavodu za tržište rada odnosno nisu u kategorijama ostalih lica kojima je obezbeđena zdravstvena zaštita predstavlja ozbiljan problem većini zemalja. Izuzetak su pojedine zemlje sa izuzetnim sistemom zdravstvene zaštite kakva je npr. Kuba. Fiskalno opterećenje kao treći i najistaknutiji problem u vezi zdravstvenog osiguranja se posmatra kroz činjenicu da su stope doprinosa za zdravstveno osiguranje dodatno opterećenje na zarade koje su u zemljama u tranziciji na niskom nivou i gde je formiranje srednjeg sloja stanovništva u povoju. Razvoj privatnog sektora u zdravstvenom osiguranju može se posmatrati kroz naknadu za usluge zdravstvene zaštite iznad nivoa koji plaća osiguravajuće društvo ili kroz plaćanje fiksne godišnje naknade za zdravstveno osiguranje odnosno pretplate. Razvojem privatnog sektora u zdravstvenom osiguranju stvaraju se mogućnost rasterećenja državnog sektora osiguranja.

## 1. Uloga države u sistemu zdravstvenog osiguranja

Elaboriranjem osnovnih razloga za ulogu države u sektoru zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja može se stvoriti jasna polazna osnova za jasan i stabilan pristup uloge privatnog sektora u zdravstvenom osiguranju.

Osnovni razlozi za ulogu države u ovom sektoru na osnovu istraživanja koje je vršio Kent Arrow (Arrow, 2004: 148) su:

- nesavršene informacije,
- ograničena konkurencija,
- uloga neprofitnih institucija i
- industrija osiguranja.

**Nesavršenost informacija** podrazumeva to da kada idu kod lekara, korisnici dobijaju usluge za svoj novac. U svojstvu pacijenta potrošač mora da se osloni na procenu lekara u vezi sa tim koji mu je lek potreban, odnosno da li je preporučljiva operacija ili neka druga intervencija. S obzirom na to da ne poseduje znanje iz oblasti medicine

pacijenti ne mogu da efektivno procene savet svojih lekara. Oni čak ne moraju da budu sposobni da primete da li je neki lekar stručan (Prnjat, 2012: 340). Ovo objašnjava zašto država već dugo izdaje dozvole za rad lekarima i donose propise u vezi s lekovima koje ovi prepisuju svojim pacijentima, odnosno zašto uvodi princip „svoj lekar” po kome se svaki osiguranik odlučuje za svog lekara čime se vrši njihova selekcija.

Ovde su problemi sa informacijama mnogo ozbiljniji nego u drugim oblastima. Lekarske usluge kao što su transplantacija bubrega ili bajpas operacija nisu usluge koje se stalno daju pacijentu. Kada su u pitanju proizvodi kao što je automobil, postoje nezavisne agencije koje vrše procenu i objašnjavaju njihove dobre i loše karakteristike, na primer, udruženje potrošača. Isti se, međutim, ne može učiniti u oblasti zdravstva jednostavno zbog suviše velikog broja lekara i bolnica, kao i različitih intervencija: jedna bolnica je dobra u pružanju jednih, a druga u pružanju drugih usluga. Uspeh može da zavisi od subjektivnih činilaca, kao što je ponašanje lekara, koje može dobro da funkcioniše kada su u pitanju jedni, ali ne i drugi pacijenti. Čak i zvanični izveštaji – recimo, o procentu pacijenata kojima je urađen bajpas i koji su preživeli godinu dana – ne moraju u potpunosti biti informativni, stoga što od dve bolnice jedna može primati teže slučajeve od druge.

I sama osiguravajuća društva se suočavaju s problemima u vezi s informacijama o lekarima i pacijentima. Ona, isto kao i pacijenti, u velikoj meri moraju da se oslanjaju na mišljenje lekara u vezi sa neophodnim i korisnim intervencijama. Nesavršene informacije o pacijentima stvaraju probleme na tržištu osiguranja. Posledica nesavršenih informacija je i **ograničena konkurencija**. Preduzeće koje prodaje neki standardni proizvod, kao što su televizijski aparati određene marke, zna da može privući kupce drugih proizvoda tako što će sniziti cenu. Potrošači lako mogu da provere gde dobijaju najviše za svoj novac. Nasuprot tome, potencijalni pacijenti kada vide lekara koji ima niže cene od drugih, mogu da zaključe da nije mnogo tražen i da stoga pokušava da privuče više klijenata; međutim očigledan nedostatak tražnje za uslugama tog lekara može da im ukaže na to da taj lekar nije dobar (Stiglitz, 2004: 31).

**Odsustvo profita**, odnosno velika uloga neprofitnih organizacija u pružanju zdravstvene zaštite, predstavlja značajnu razliku između tržišta zdravstvenih usluga i standardnih konkurentnih tržišta. Takve organizacije nemaju za cilj minimiziranje troškova pružanja usluga, ili maksimiziranje profita. Problemi s podsticajima s kojima se suočavaju komercijalni i nekomercijalni davaoci usluga, u velikoj meri potiče od nesavršenih informacija. Kada bi korisnici lakše mogli da provere kvalitet onog što kupuju i jedni i drugi bi imali interes da podignu efikasnost i postignu bolji kvalitet.

**Uloga industrije zdravstvenog osiguranja.** Pojedinci ne vole da rizikuju i zato se osiguravaju. Oni će radije svake godine da plate izvesnu sumu osiguravajućem društvu nego da dođu u situaciju da im zbog dobrog zdravlja jedne godine rashodi budu mali, a sledeće zbog bolesti ili nesreće veliki. Dodatni razlog je taj što kada im troškovi budu bili najveći postoji mogućnost da budu nesposobni za rad i da im usled toga prihodi budu najmanji. Osiguranje koje pruža tržište izaziva prilično veliko nezadovoljstvo. Najkarakterističnije za ovo osiguranje je to da: neki ljudi kupuju suviše veliko osiguranje koje podstiče preterane rashode na zdravstvenu zaštitu, mnogi ljudi ne mogu da dobiju osiguranje ili mogu da ga dobiju po izuzetno velikoj ceni, transakcioni troškovi su preterano visoki.

## **2. Zdravstveno osiguranje u Republici Srbiji**

U Republici Srbiji postoje dve vrste zdravstvenog osiguranja. Razlikuje se obavezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Obavezno zdravstveno osiguranje obezbeđuje zdravstvenu zaštitu osiguranicima i članovima njihovih porodica. Za ostvarivanje prava koje im proizilazi iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno prava na zdravstvenu zaštitu, osiguranici moraju imati staž osiguranja u trajanju od najmanje tri meseca neprekidno ili šest meseci sa prekidima u poslednjih 18 meseci. Primarna zdravstvena alocirana je u 159 domova zdravlja i zdravstvenim stanicama širom Srbije (World bank document, 2005: 4). Takođe, prema podacima Svetske Banke, u Republici Srbije zdravstvenu zaštitu pruža 37 opštih bolnica, 19 specijalizovanih zdravstvenih centara,

23 specijalizovane klinike i 5 kliničko bolničkih centara. . Udeo troškova u finansiranju zdravstvene zaštite u Republici Srbiji zadnjih osam godina pokazuje trend rasta tako da trenutno iznose oko 493 evra po glavi stanovnika.

Da bi se na najprihvatljiviji način približila uloga zdravstvenog osiguranja u savremenom društvu izložiće se usluge kao elementi zdravstvene zaštite, a koje su posledica zdravstvenog osiguranja.

Zdravstvenu zaštitu obaveznog osiguranja čine (Zakon o zdravstvenom osiguranju, 2005: član 33-43.):

1. mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti, čine ih:
  - zdravstveno vaspitanje putem predavanja i savetovanja od strane zdravstvenih radnika;
  - pregledi dece, omladine i studenata;
  - preventivne stomatološke mere za prevenciju bolesti usta kod trudnica, dece i starijih lica;
  - zdravstveno vaspitanje u vezi sa planiranjem porodice, prevencijom trudnoće, testiranjem na trudnoću i testiranje i lečenje seksualno prenosivih bolesti;
  - vakcinacija obavezna za imunizaciju stanovništva protiv određenih zaraznih bolesti;
  - higijensko-epidemiološke i druge mere i postupke u vezi sa sprečavanjem i otkrivanjem i lečenjem HIV infekcije i drugih zaraznih bolesti
2. preglede i lečenje žena u vezi sa planiranjem porodice kao i u toku trudnoće, porođaja i materinstva do 12 meseci nakon porođaja, koje obezbeđuje:
  - pregledi i lečenje od strane ginekologa i babice;
  - bolničko lečenje i porođaj u zdravstvenoj ustanovi;
  - patronažne posete i pomoć porodilji i rutinska nega novorođenčeta;
  - dijagnostika i lečenje steriliteta.
3. preglede i lečenje u slučaju bolesti i povrede, obezbeđuje:
  - ukazivanje hitne medicinske pomoći;
  - hitan sanitetski prevoz za bolesti ili povrede;

- sanitetski prevoz koji nije hitan kada je opravdan i neophodan;
  - pregled i lečenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti;
  - ambulatni pregled i lečenje kod specijaliste;
  - laboratorijska, rendgenska i druga dijagnostika;
  - stacionarno lečenje;
  - pravo na pratioce osiguranom licu;
  - kućno lečenje.
4. preglede i lečenje bolesti usta i zuba, sadrži:
- pregled i lečenje bolesti kod dece do navršениh 18 godina života i starijih osoba;
  - pregledi i lečenje bolesti kod žena u vezi sa trudnoćom;
  - ukazivanje hitne stomatološke zaštite;
  - pregled i lečenje bolesti pre transplatacije bubrega;
  - pregled i lečenje bolesti u okviru preoperativnog i postoperativnog tretmana;
  - urgentni stomatološki i hirurški pregledi.
5. medicinsku rehabilitaciju u slučaju bolesti i povrede,
6. lekove i medicinska sredstva,
7. proteze, ortoze i druga pomagala za kretanje, stajanje i sedenje, pomagala za vid, sluh, govor, stomatološke nadoknade kao i druga pomagala.

Obavezno zdravstveno osiguranje se može definisati kao osiguranje kojim se zaposlenima i drugim licima koja imaju obavezno zdravstveno osiguranje obezbeđuje pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane naknade. Ovo osiguranje obezbeđuje i sprovodi Republički fond za zdravstveno osiguranje i njegove filijale. Takođe, određeni poslovi obaveznog osiguranja sprovode se preko Pokrajinskog fonda za zdravstveno osiguranje. Sredstva za ostvarivanje obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se uplatom doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje. Nivo rashoda zdravstvene zaštite predstavlja prvi problem u vezi sa zdravstvenim osiguranjem, a prvenstveno se vezuje za svetski nivo cena medikamenata i izdvajanja za zdravstvenu zaštitu na nivou pojedinih država i gradova, tako na primer izdvajanje za zdravstvenu zaštitu u SAD 2000. godine iznosio je oko 15.000 miliona

dolara ili na primer izdvajanja za zdravstvenu zaštitu grada Beograda u 2006. godini iznosila su oko 2 miliona dolara. U Republici Srbiji je 2007. godine bilo 41100 bolničkih kreveta što predstavlja prosek od 5,57 kreveta na svakih 1000 osoba te godine. Glavni grad Beograd je učestvovao sa 6,9 kreveta na 1000 osoba što predstavlja iznos koji je malo iznad nacionalnog proseka (Gajić-Stevanović, Dimitrijević, Vukša, 2009: 12).

Obavezno zdravstveno osiguranje čini:

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

Obavezno zdravstveno osiguranje se zasniva na sledećim načelima:

Načelo *obaveznosti*, koje predstavlja obavezu plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje od strane zaposlenih i poslodavaca po Bizmarkovom modelu.

Načelo *solidarnosti i uzajamnosti*, koje podrazumeva uspostavljanje međugeneracijske i polne solidarnosti i uzajamnosti, kao i između bolesnih i zdravih i lica različitog materijalnog statusa.

Načelo *javnosti*, predstavlja dostupnost informacija u vezi sa pravima i iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i javnošću rada organa Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje. Zaštita prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa zasnovan je na pravednoj dostupnosti, a čine ga lakša zaštita i ostvarenje prava osiguranika i pritom da ne bude na štetu prava drugih osiguranih lica.

Načelo *zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa* omogućava realizaciju interesa osiguranog lica kroz sprovođenje pravedne dostupnosti. Ovakav sistem čini sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Načelo *stalnog unapređivanja kvaliteta obaveznog zdravstvenog osiguranja* predstavlja kontinualno unapređivanje kvaliteta obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Načelo *ekonomičnosti i efikasnosti* obaveznog zdravstvenog osiguranja predstavlja postizanje najboljih mogućih rezultata u odnosu na raslopoživna sredstva i postizanje najvišeg nivoa prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja uz najniži utrošak finansijskih sredstava.

Obavezno osiguranje se sastoji iz sledećih prava:

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 korišćenja zdravstvene zaštite.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je osiguranje od nastanka plaćanja učešća u troškovima zdravstvene zaštite, osiguranje građana koji nisu uključeni u obavezno zdravstveno osiguranje i osiguranje na veći obim i standard. Sprovodi ga Republički fond za zdravstveno osiguranje i druga pravna lica.

### 3. Osnovni izvori prihoda

Osnovni izvor prihoda zdravstvenog osiguranja su **doprinosi** koji plaćaju zaposleni, drugi osiguranici i poslodavci. Svi obveznici doprinosa su dužni da plaćaju doprinos za zdravstveno osiguranje. Sem prihoda od doprinosa Republički Fond ostvaruje i druge prihode (Zakon o zdravstvenom osiguranju, 2005: član 230):

- *sredstva doprinosa za dobrovoljno osiguranje,*
- *sredstva od imovine kojom raspolaže Fond,*
- *premije za dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje organizuje i sprovodi Fond,*
- *sredstva domaćih i inostranih kredita i zajmova,*
- *druga sredstva.*

**Obveznici doprinosa** za zdravstveno osiguranje su svi aktivni osiguranici.

Obveznici doprinosa za zdravstveno osiguranje za osiguranike zaposlene su sami zaposleni i njihovi poslodavci. Poslodavac obračunava i plaća doprinos za zdravstveno osiguranje i na teret zaposlenog i na teret poslodavca. Obveznici doprinosa za zdravstveno osiguranje su i fizička lica koja obavljaju samostalnu delatnost, preduzetnici i vlasnici preduzeća. Obveznici doprinosa za korisnike penzija i naknada je organizacija za penzijsko i invalidsko osiguranje i dr.



**Osnovice** na koje obaveznici plaćaju doprinos za zdravstveno osiguranje utvrđene su zakonom. Osnovicu doprinosa za osiguranike zaposlene čini bruto zarada odnosno neto naknada zarade isplaćena u skladu sa zakonom odnosno kolektivnim ugovorom, uvećana za doprinose po osnovu obavezog socijalnog osiguranja. Zakonom su propisane najniže osnovice za obračun i osnovice doprinosa zaposlenih zavisno od stepena stručnosti. Ove osnovice usklađuju se tromesečno sa kretanjem neto zarada zaposlenih u Republici. Osiguranici i poslodavci, kao i drugi uplatioci doprinosa, ne mogu biti oslobođeni od plaćanja doprinosa za zdravstveno osiguranje. Određene olakšice u pogledu plaćanja doprinosa, na zahtev poslodavca i ukoliko ispunjava propisane uslove, može odobriti Vlada Republike Srbije tako što će im utvrditi niže - povoljnije osnovice, ali ne niže od 35%.

Osnovicu doprinosa za osiguranike korisnike penzije i novčanih naknada po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju čini iznos penzije odnosno novčane naknade. Osnovicu doprinosa za zemljoradnike čini osnovica na koju zemljoradnik osiguran po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju, a koja ne može biti niža od 35% prosečne mesečne zarade po zaposlenom ostvarene u Republici u tekućoj godini. Osnovicu doprinosa za preduzetnike i osnivače odnosno vlasnike preduzeća čini neto prihod ili dobit na koju se plaća porez, s tim da ta osnovica ne može biti niža od prosečne mesečne zarade po zaposlenom ostvarene u Republici u tekućoj godini, niti viša od četvorostrukog iznosa te zarade.

Stope doprinosa za zdravstveno osiguranje utvrđene su Zakonom o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje i one se razlikuju u slučaju kada se plaćaju istovremeno i iz osnovice i na osnovicu i to u iznosu ako se plaćaju u oba slučaja 6,15%, a u suprotnom 12,3%.

Tabela. 1. Udeo finansiranja u javnom finansiranju zdravstvene zaštite

<b>Godine</b>	<b>2003.</b>	<b>2004.</b>	<b>2005.</b>	<b>2006.</b>	<b>2007.</b>	<b>2008.</b>
Udeo RFZO u %	87	91.5	92.7	93	93.9	92.8
Udeo ostalih javnih izvora u %	13	8.5	7.3	7	6,1	7,2

Izvor: Gajić-Stevanović, Dimitrijević, Vukša, 2009: 18

Republika je garant za obaveze Republičkog fonda u ostvarivanju prava po osnovu obaveznog osiguranja (državna garancija). Poslodavac dužan da za svoje zaposlene prilikom isplate zarada dostavi Fondu tačan obračun i dokaz o uplati doprinosa na propisanom obrascu.

Doprinos za osiguranike - zaposlene obračunava i uplaćuje poslodavac prilikom svake isplate zarade. Na isti način postupa organizacija za penzijsko i invalidsko osiguranje kada isplaćuje penzije. Kontrolu obračuna i naplate doprinosa vrši organ nadležan za poslove javnih prihoda. Zakon propisuje da pored tog organa, kontrolu obračuna i naplate doprinosa vrši i Fond. Po tom osnovu Fond ima pravo da vrši kontrolu ispravnosti obračuna i uplate doprinosa uvidom u poslovne knjige i dokumentaciju uplatioca doprinosa od značaja za utvrđivanje pravilnosti obračuna i uplate doprinosa. Ako se u postupku kontrole utvrde nepravilnosti u obračunu i plaćanju doprinosa, Fond o tome sačinjava zapisnike i donosi rešenja i ima mogućnost naplate svojih potraživanja sve do prinudne naplate.

#### **4. Osnovna delatnost Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje**

Osnovna delatnost Fonda je stvaranje uslova za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja. U sprovođenju osiguranja Fondu su poverena javna ovlašćenja koja se sastoje u uređivanju odnosa od šireg značaja u oblasti zdravstvenog osiguranja i u rešavanju o pojedinačnim pravima osiguranika iz zdravstvenog osiguranja. Fond obezbeđuje uslove za sprovođenje zdravstvenog osiguranja stvaranjem materijalne osnove za ostvarivanje utvrđenih prava u zakonu, uređivanjem odnosa u cilju funkcionisanja sistema osiguranja i rešavanjem o pojedinačnim pravima iz zdravstvenog osiguranja.

Posmatrano u 2008. godini, oko 62% od ukupnih rashoda za zdravstvo finansirano je iz javnih rashoda odnosno najveći deo finansiran je od strane Fonda.

Tabela. 2. Potrošnja za zdravstvo posmatrano kao % BDP-a u Srbiji u periodu od 2003. do 2008. godine

Godine	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.
Σ	8,7	8,6	9,0	9,3	9,9	9,8

Izvor: Gajić-Stevanović, Dimitrijević, Vukša, 2009: 19

Zakonom o zdravstvenom osiguranju su propisane funkcije Fonda i to su sledeće:

- obezbeđuje uslove za sprovođenje i sprovodi zdravstveno osiguranje,
- donosi opšte akte, na osnovu ovlašćenja iz ovog zakona, kojima se bliže uređuje sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- planira i obezbeđuje finansijska sredstva za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- u okviru raspoloživih finansijskih sredstava planira i obezbeđuje uslove za ravnomerno sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja na teritoriji Republike i obezbeđuje sredstva solidarnosti za ujednačavanje uslova za obezbeđivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na području filijala;
- obezbeđuje finansijske i druge uslove za ostvarivanje prava na korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu, odnosno za upućivanje osiguranih lica na lečenje u inostranstvo;
- donosi plan rada za obezbeđivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa planovima rada filijala;
- donosi finansijski plan;
- zaključuje ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga u skladu sa ovim zakonom, i obezbeđuje sredstva za sprovođenje zdravstvene zaštite na osnovu tih ugovora;
- prenosi sredstva za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja filijalama;
- obezbeđuje zakonito, namensko i ekonomično korišćenje sredstava i stara se o uvećanju sredstava na ekonomskim osnovama;

- obezbeđuje neposredno, efikasno, racionalno i zakonito ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja i organizuje obavljanje poslova za sprovođenje osiguranja;
- organizuje obavljanje poslova za sprovođenje zdravstvenog osiguranja koje se neposredno sprovodi u Republičkom fondu;
- koordinira rad filijala i Pokrajinskog fondu;
- organizuje i vrši kontrolu rada filijala, zakonitog i namenskog korišćenja sredstava koja se filijalama prenose za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- vrši kontrolu sprovođenja zaključenih ugovora između filijala i davalaca zdravstvenih usluga, odnosno vrši kontrolu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- ustrojava i organizuje matičnu evidenciju i vrši kontrolu poslova matične evidencije;
- organizuje i vrši kontrolu i ujednačavanje rada prvostepenih i drugostepenih lekarskih komisija;
- obezbeđuje sprovođenje međunarodnih ugovora o obaveznom zdravstvenom osiguranju;
- vodi evidenciju i prati naplatu doprinosa, sa nadležnim organima, razmenjuje podatke sa nadležnim organima o obveznicima doprinosa za zdravstveno osiguranje, kao i druge podatke vezane za doprinos;
- obavlja i druge poslove određene zakonom i statutom Fonda (Zakon o zdravstvenom osiguranju, 2005: član 212).

## **5. Korisnici prava iz zdravstvenog osiguranja**

Kako je i dobrovoljno osiguranje uvršteno u sistem zdravstvenog osiguranja i u Republici Srbiji, ostavljena je mogućnost da se ovaj oblik osiguranja može sprovesti preko investicionih fondova za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ali je postupak usmeravanja stanovništva ka ovom vidu osiguranja naišao na prepreku kao i mnoge druge institucije što je slučaj za zemlje u tranziciji, nemogućnost sprovođenja odnosno dubljeg razrađivanja podzakonskih akata nekog zakona među kojima je i dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Pravo iz zdravstvenog osiguranja može ostvariti lice kome je priznato svojstvo osiguranog lica. Svojstvo osiguranog lica obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđuje filijala Fonda na osnovu prijave na zdravstveno osiguranje. Prema tome, osigurano lice ostvaruje pravo iz zdravstvenog osiguranja u onoj filijali Fonda koja mu je utvrdila svojstvo osiguranog lica i izdala propisanu ispravu - zdravstvenu knjižicu.

Bliži uslovi i način korišćenja zdravstvene zaštite i ostvarivanje drugih prava iz zdravstvenog osiguranja, kao i uslovi i način ocene radne sposobnosti odnosno privremene sprečenosti za rad uređeni su aktima Fonda.

Ovim aktima Fonda u ostvarivanju zdravstvene zaštite obezbeđuje se osiguraniku pravo na izbor zdravstvene ustanove i lekara, odnosno stomatologa (Golubović, 2008: 449).

Osiguranik ostvaruje osnovnu zdravstvenu zaštitu iz delatnosti doma zdravlja kod bilo kog nosioca zdravstvene službe na području filijale, osim u oblasti opšte medicine koju ostvaruje kod nosioca zdravstvene službe u mestu rada ili prebivališta.

Specijalističko polikliničku zdravstvenu zaštitu osiguranik ostvaruje u stacionarnim i specijalizovanim zdravstvenim ustanovama na području filijale Fonda. Osiguranik ostvaruje bolničko lečenje u odgovarajućoj stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi na području filijale Fonda po uputu izabranog lekara. Hitna medicinska pomoć pruža se u svakoj zdravstvenoj ustanovi, kao i van zdravstvene ustanove, sa i bez uputa izabranog lekarapa dok se pod određenim uslovima može koristiti i kućno lečenje od strane osiguranika.

Osiguranici ostvaruju stomatološku zdravstvenu zaštitu neposredno kod izabranog stomatologa u zdravstvenim ustanovama na području filijale Fonda, a zubotehničke i zubno protetičke radove uz prethodno odobrenje.

Pravo na lekove, pomoćni materijal koji služi za primenu lekova i sanitetski materijal potreban za lečenje obuhvata pravo na lekove sa liste lekova koji se propisuju na recept i izdaju na teret sredstava zdravstvenog osiguranja i pravo osiguranog lica na pomoćni materijal koji služi za primenu lekova i sanitetski materijal potreban za lečenje

prema Listi ovih materijala koji se propisuju na recept, odnosno nalog, na teret sredstava zdravstvenog osiguranja.

U zavisnosti od veličine, odnosno težine oštećenja ili poremećaja funkcije osiguranim licima se obezbeđuju sredstva, sprave, nadoknade i pomagala, koje služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova ekstremiteta, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastajanja deformiteta i korigovanje postojećih funkcija.

Sve ove usluge osiguranici kako obaveznog tako i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su u mogućnosti da dobiju pod uslovom da podležu kriterijumima koje smo ranije naveli.

### **Zaključak**

Prava iz zdravstvenog osiguranja koja se obezbeđuju osiguranicima i članovima njihovih porodica su: zdravstvena zaštita, naknade zarada za vreme privremene sprečenosti za rad, naknada putnih troškova, naknada pogrebnih troškova.

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem se obezbeđuju zdravstvena zaštita koja obuhvata: lečenje obolelih i povređenih, prevenciju i lečenje bolesti usta i zuba, medicinsku rehabilitaciju u ambulantno-polikliničkim i stacionarnim ustanovama, lekove, pomoćni materijal koji služi za primenu lekova i sanitetski materijal potreban za lečenje, proteze, ortodonska i druga pomagala, pomoćne i sanitarne sprave, stomatološko protetičku pomoć i stomatološke materijale. Fond bliže određuje obim, sadržinu i standarde zdravstvene zaštite.

Pri korišćenju određenih vidova zdravstvene zaštite osigurana lica učestvuju u troškovima zdravstvene zaštite. Vidove i iznosi učešća osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite utvrđuje Fond vodeći računa da ih to učešće ne odvraća od korišćenja zdravstvene zaštite. Pravo na naknadu zarade pripada osiguranicima - zaposlenim, vlasnicima odnosno osnivačima radnji koji u njima obavljaju određene poslove licima koja obavljaju samostalnu delatnost, sveštenicima i verskim službenim licima ako su usled bolesti ili povrede privremeno nesposobni za rad, sprečeni da rade zbog medicinskog ispitivanja, izolovani kao kliconoše, određeni da neguju obolelog člana uže porodice, odnosno

odsutni sa rada zbog neophodne posebne nege deteta. Naknada troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite obezbeđuje se osiguranicima i članovima njihovih porodica, kao i pratiocu u slučaju potrebe. U slučaju smrti osiguranika - zaposlenog i članova njihovih porodica, licu koje izvrše sahranu pripada naknada pogrebnih troškova.

Pored obaveznog zdravstvenog osiguranja kakvo poznaju zemlje Bizmarkovog modela među kojima je i naša, Engleski (lorda Beveridža) sistem osiguranja podrazumeva takvo zdravstveno osiguranje koje smanjuje napore pojedinca da o sebi vode računa i da ekonomično koriste zdravstvene usluge, dok na drugoj strani osiguravajuće kompanije mogu povećavati svoje profite tako što će osiguravati zdraviji sloj društva pre nego povećaju svoju efikasnost.

#### Literatura:

1. Arrow, K. (2004) "Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 82, br. 2, str. 141-150.
2. Golubović, V. (2008) "The functioning of the pensions insurance system in the countries of former Yugoslavia SEER: *Journal for Labour and Social Affairs in Eastern Europe*, str. 445/467.
3. Milojević, I. (2016) "Računovodstveni aspekti likvidnosti konsolidovanog računa trezora", *Oditor*, vol. 2, br. 2, str. 27-34, Beograd.
4. Prnjat, A. (2012) „Lični interes i moralna motivacija vernika“, *Kultura*, (137), 340-347.
5. Radičić, M., Raičević, B. (2011) *Javne finansije*, Ekonomski fakultet, Beograd.
6. Stiglitz, J., Rosengard, J.K. (2015) *Economics of the Public Sector*, 4<sup>th</sup> edition, W. W. Norton & Company.
7. Zakon o zdravstvenom osiguranju (Službeni glasnik RS, br. 107/2005, ..., 106/2015 i 10/2016.).
8. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, (Službeni glasnik RS, br. 107/2005, ..., 96/2015 i 106/2015.).

9. Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju (Službeni glasnik RS, br. 34/2003, ....., 142/2014).
10. Zakon o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje, (Službeni glasnik RS, br. 84/2004, ..., 112/2015 i 5/2016.)

**Goran Divac**  
**Radoja Janjetović**

## **LEGAL AND ECONOMIC ASPECTS OF THE HEALTH INSURANCE FINANCING IN THE REPUBLIC OF SERBIA**

**Abstract:** Health insurance financing is a very important instrument in the formation of both national and business policy of business entities. From this point of view it can be said that by permanent improvement of the financial part of the general needs of the society as a whole and individuals, we are able to distinguish two types of funding: first-centralist and second-liberal. The existence of high risk requires state intervention in the problem of financing, with a tendency to allow liberalization of financial resources in certain areas.

**Keywords:** finance, health, insurance, health care, public funds, health insurance, public revenues.