



DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE KAO DOPUNA OBAVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU U SRBIJI

Jelena Kočović

Univerzitet u Beogradu, Ekonomski fakultet, Srbija
✉ kocovic@ekof.bg.ac.rs

Tatjana Rakonjac-Antić

Univerzitet u Beogradu, Ekonomski fakultet, Srbija
✉ rakonjac@ekof.bg.ac.rs

Vesna Rajić

Univerzitet u Beogradu, Ekonomski fakultet, Srbija
✉ vesnac@ekof.bg.ac.rs

UDK
364.32
(497.11)
Pregledni rad

Apstrakt: Zdravstveno osiguranje predstavlja sistem obezbeđenja od finansijskih gubitaka, koji mogu biti prouzrokovani visokim troškovima lečenja i oporavka osiguranika ukoliko su oni povređeni, bolesni, nesposobni za rad itd. Razvoj sistema zdravstvenog osiguranja je od izuzetne važnosti za celokupno stanovništvo i ekonomiju Srbije. U Srbiji preovladava obavezno zdravstveno osiguranje uz mogućnost primene dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Postoje velike poteškoće u realizaciji prava po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja usled nedovoljnosti finansijskih sredstava, problema u organizaciji itd., a sistem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja nije razvijen. Cilj rada je analiza položaja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Srbiji, predlaganje mera za podsticaj razvoja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koje će imati efekte na jačanje efikasnosti i kvaliteta ukupnog zdravstvenog osiguranja u realnim ekonomskim uslovima.

Primljeno:
16.09.2013.
Prihvaćeno:
14.10.2013.

Ključne reči: zdravlje, obavezno zdravstveno osiguranje, dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Uvod

Obavezno zdravstveno osiguranje je dominantno u Srbiji za razliku od dobrovoljnog, koje je u ukupnom sistemu zdravstvenog osiguranja veoma malo

zastupljeno. U uslovima pojačane tražnje za zdravstvenim uslugama, nedovoljno akumuliranih sredstava doprinosa u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja, problema u organizaciji obaveznog zdravstvenog osiguranja itd., javlja se potreba za intenzivnijim prisustvom dobrovoljnih oblika zdravstvenog osiguranja. Cilj ovog rada jeste da se sagleda potencijal za razvoj, kao i neophodni stepen zastupljenosti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na domaćem tržištu zdravstvenog osiguranja. Rad se sastoji iz četiri dela. U prvom delu rada predstavljene su osnove obaveznog zdravstvenog osiguranja radi uočavanja problema koji eventualno mogu biti rešavani putem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Drugi deo rada posvećen je ponudi usluga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Detaljno su prikazani načini obračuna tržišne koncentracije i analiziran je stepen koncentracije na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao mere za određivanje oblika tržišne strukture. U okviru trećeg dela rada, koji je posvećen tražnji za uslugama dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ispituju se preferencije osiguranika, tj. zahtevi za zdravstvenim uslugama. Četvrti deo rada posvećen je iskustvima određenih evropskih zemalja u pogledu obuhvata dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i preporukama za uspostavljanje optimalnog nivoa zastupljenosti ove vrste osiguranja u Srbiji.

1. Stanje u sistemu zdravstvenog osiguranja u Srbiji

Kao što je već u Uvodu navedeno, sistem zdravstvenog osiguranja u Srbiji je, u osnovi, obavezan uz mogućnost uvođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Prema važećem Zakonu o zdravstvenom osiguranju (član 3), „obavezno zdravstveno osiguranje je zdravstveno osiguranje kojim se zaposlenima i drugim građanima obuhvaćenim obaveznim zdravstvenim osiguranjem obezbeđuju pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane nadoknade za slučajeve utvrđene ovim zakonom“. Republički fond za zdravstveno osiguranje je nosilac sprovođenja obaveznog zdravstvenog osiguranja. Osnovna prava po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja su: pravo na zdravstvenu zaštitu, pravo na nadoknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad i pravo na nadoknadu troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite. Ova prava realizuju se sredstvima doprinosa 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 po članu 22. Zakona o osiguranju (Predlog Strategije razvoja zdravstvenog osiguranja, 4. str.). U 2012. godini je bilo obavezno zdravstveno osigurano 6.886.904 lica. Najviše je bilo nosioca osiguranja u kategoriji zaposlenih lica, 1.642.760, a najmanje u kategoriji nezaposlenih lica koja primaju naknadu, 58.654 (videti informacije prikazane u Tabeli br. 1).

Tabela br. 1 Ukupan broj osiguranika, broj nosilaca osiguranja i broj članova porodice koji su osigurani preko nosioca osiguranja po osnovima osiguranja

Osnov osiguranja	Ukupan broj osiguranika	Broj nosioca osiguranja	Članovi porodica
Zaposlena lica	2842446	1642760	1199686
Nezaposlena lica koja primaju nadoknadu	86693	58654	28039
Penzioneri	1887801	1638602	249199
Samostalna delatnost	274832	151649	123183
Poljoprivrednici	303879	151912	151967
Osiguranici na teret budžeta	1329833	927740	402093
Ostalo	161420	130942	30478
Ukupno:	6886904	4702259	2184645

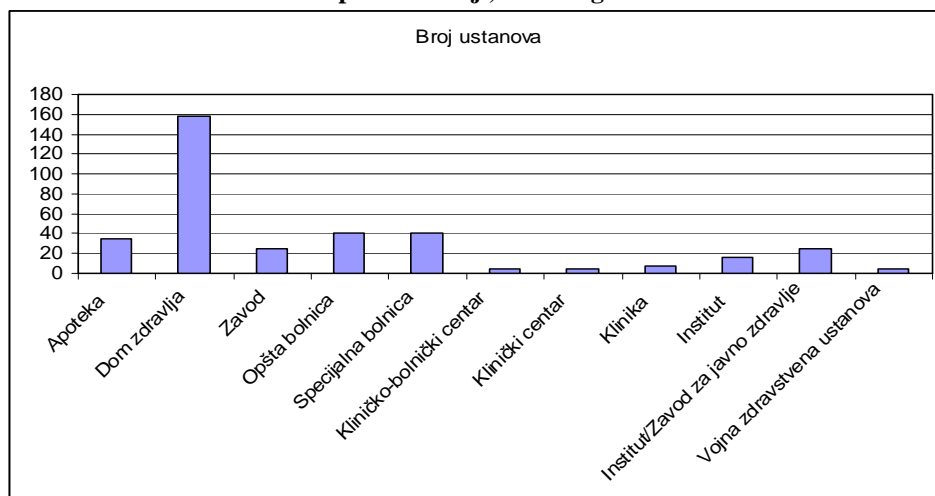
Izvor: www.rfzo.rs

Postoje određeni problemi u funkcionisanju sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja u našoj zemlji, pre svega u sistemu finansiranja. Troškovi zdravstvene zaštite su visoki, a manji je iznos sredstava kojim se u ovom sistemu raspolaže. Sredstva doprinosa je imalo, u 2012. godini, obavezu da uplaćuje oko 4.700.000 osiguranika i da se tim sredstvima finansiraju zdravstvene usluge za oko 6.900.000 miliona ljudi (videti informacije prikazane u Tabeli br. 1). Međutim, izražen je bio problem evazije plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje. Prema izveštaju Poreske uprave za 2012. godinu, dug po osnovu doprinosa za zdravstveno osiguranje iznosio je 148.774,88 miliona dinara, od čega je bilo nenaplativo 78.124,92 dinara.

Doprinos koji za zdravstveno osiguranje plaćaju zaposleni i poslodavac, u okviru sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja, iznosi po 6,15% od bruto zarade zaposlenog (ukupno 12,30%, prema Zakonu o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje). Ukupni ostvareni prihodi Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje u 2012. godini iznosili su 1.878.761 hiljada evra, odnosno 261,42 evra po osiguraniku Republike Srbije (Predlog Strategije razvoja zdravstvenog osiguranja, 6. str., <http://www.rfzo.rs>, Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; WHO/Europe, European HFA Database, <http://data.euro.who.int/hfad/>; Institut za javno zdravlje Srbije). U odnosu na kriterijum - izdvojena sredstva za obavezno zdravstveno osiguranje po osiguraniku, naš sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja se, prema klasifikaciji Svetske zdravstvene organizacija, smatra nedovoljno razvijenim (zemlje koje izdvajaju manje od 500 evra po osiguraniku svrstavaju se u kategoriju zemalja sa manje razvijenim obaveznim zdravstvenim osiguranjem).

Prema podacima iz nacionalnih zdravstvenih računa Srbije, učešće ukupnih troškova za zdravstvenu zaštitu u društvenom proizvodu u Srbiji je u 2009. godini iznosilo 10,3%, a u 2010. godini je iznosilo 10,4%, što je iznad proseka Evropske unije (9,88%), ali u apsolutnom iznosu su izdvajanja mnogo manja zbog relativno niskog nivoa bruto domaćeg proizvoda u Srbiji (Predlog Strategije razvoja zdravstvenog osiguranja, str. 6).

Slika br. 1 Zdravstvene ustanove prema planu mreže zdravstvenih ustanova u Republici Srbiji, u 2012. godini



Izvor: „Zdravstveno statistički godišnjak Republike Srbije u 2012. godini“, Institut za javno zdravlje Srbije.

Iako je razgranata mreža zdravstvenih ustanova (videti informacije prikazane u okviru slike br. 1), geografska pokrivenost nije adekvatna, a prisutan je veliki obuhvat obavezno osiguranih lica.

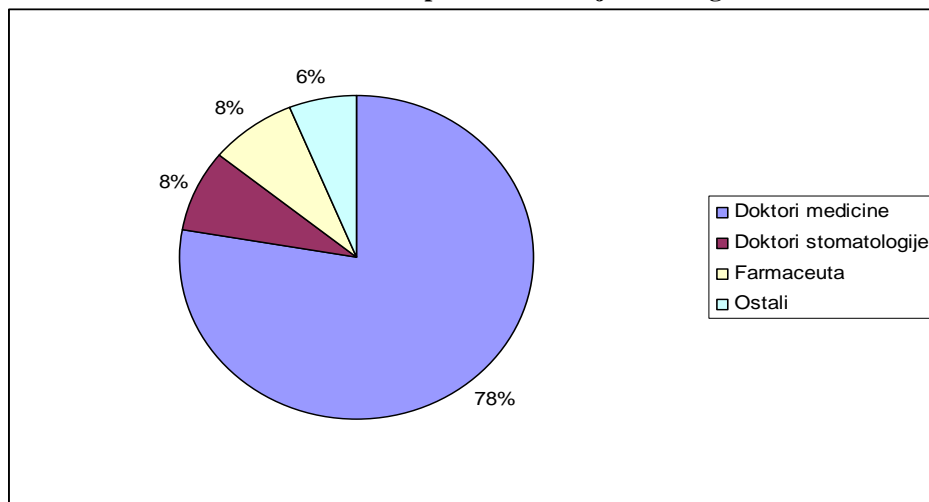
Tabela br. 2. Zaposleni u zdravstvenim ustanovama

Zaposleni	2009.	2010.	2011.	2012.
Zdravstveni radnici sa visokom stručnom spremom	26746	26979	27059	26967
Zdravstveni radnici sa višom stručnom spremom	7515	7903	8268	8502
Zdravstveni radnici sa srednjom stručnom spremom	50634	50481	49930	49217
Nemedicinski zdravstveni radnici	28839	28093	27676	27533
Ukupno	113734	113456	112933	112219

Izvor: „Zdravstveno statistički godišnjak Republike Srbije u 2009., 2010., 2011. i 2012. godini“, Institut za javno zdravlje Srbije.

U 2012. godini ukupno je bilo 112.219 zaposlenih u zdravstvenim ustanovama, a od tog broja 27.533 je nemedicinskog osoblja (oko 25%, videti informacije prikazane u tabeli br. 2). Sa razvojem informacionih sistema u zdravstvenom osiguranju trebalo bi da se očekuje smanjenje broja zaposlenih nemedicinskih kadrova. Od 2009. godine do 2012. godine samo je neznatno smanjivan, iz godine u godinu, broj nemedicinskih kadrova. Došlo je, u 2012. godini, i do blagog pada broja zdravstvenih radnika sa visokom stručnom spremom, u odnosu na 2011. godinu. Najviše je, u 2012. godini, u kategoriji zaposlenih zdravstvenih radnika sa visokom stručnom spremom bilo doktora medicine (78%, videti informacije prikazane u okviru slike br. 2).

Slika br. 2 Broj zdravstvenih radnika (izraženo u procentima) sa visokom stručnom spremom u Srbiji u 2012. godini



Izvor: „Zdravstveno statistički godišnjak Republike Srbije u 2012. godini“, Institut za javno zdravlje Srbije.

Na jednog doktora medicine dolazi 329 osiguranika. U Srbiji više od polovine lekara ima specijalizaciju. Nedostaju specijalisti: radiolozi, kardiolozi, anesteziolozi, patolozi itd. Očigledno je da postoje problemi u organizaciji sistema zdravstvenog osiguranja, tako da su prisutni redovi čekanja za odgovarajuće preglede ili hirurške intervencije. Najduže se, u 2012. godini čekalo na ortopetske operacije, odnosno artoplastike kuka i kolena (u proseku se čekalo 291,4 dana) i za operacije ekstrakcije katarakte i ugradnje veštačkog sočiva (u proseku se čekalo 259,8 dana, prema Izveštaju o unapređenju kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije u 2012. godini). Na osnovu informacija prikazanih u Tabeli br. 3 možemo uočiti da je opala ocena opšteg zadovoljstva korisnika u službama primarne zdravstvene zaštite u 2012. godini u odnosu na 2011. godinu.

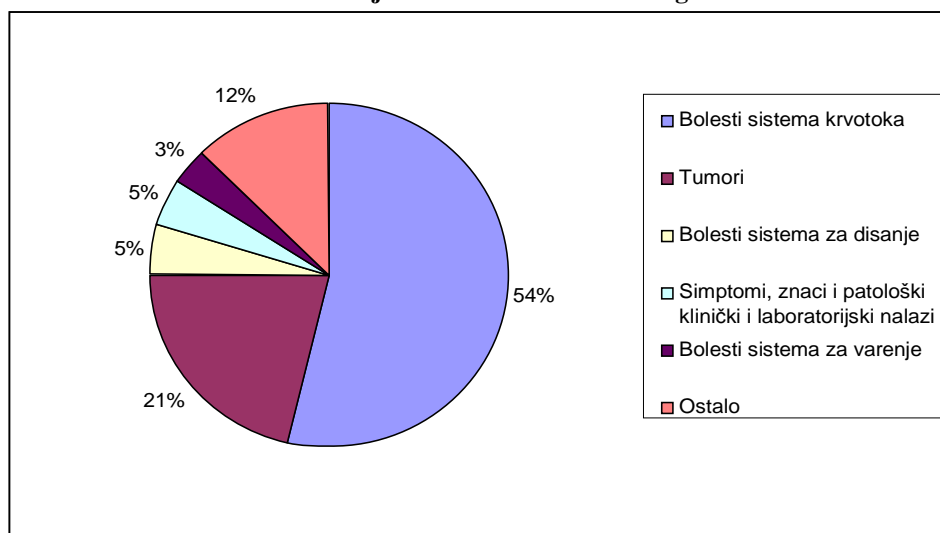
Tabela br. 3 Srednja ocena opšteg zadovoljstva korisnika u službama primarne zdravstvene zaštite, prema regionima, Srbija, 2009-2012.

Godina 2009.	Ocena 4,00	Ocena 4,03	Ocena 4,00	Ocena 4,02
2010.	3,98	4,16	4,00	4,10
2011.	4,03	4,03	4,00	4,02
2012.	3,94	3,98	3,93	3,96

Izvor: „Izveštaj o unapređenju kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije u 2012. godini“, Institut za javno zdravlje Srbije.

Bolesti sistema krvotoka, tumori, bolesti sistema za disanje itd. su bili najčešći uzroci smrti stanovništva u 2012. godini (videti informacije prezentirane u okviru Slike br. 3). Neophodno je da se pojača preventivna zdravstvena zaštita koja bi smanjila pojavu oboljenja koja se često javljaju.

Slika br. 3 Najčešći uzroci smrti u 2012. godini



Izvor: „Izveštaj o unapređenju kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije u 2012. godini“, Institut za javno zdravlje Srbije.

Na osnovu prethodno napisanog, možemo zaključiti da su prisutne izražene poteškoće u funkcionisanju obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao što je neadekvatan sistem finansiranja sa značajnim stepenom evazije plaćanja sredstava doprinosa, problemi u pogledu organizacije rada zdravstvenih službi, što dovodi do redova čekanja i kao rezultat ima nezadovoljstvo korisnika osiguranja. Potrebno je dodati da postoji i nezadovoljstvo na strani zaposlenih u zdravstvenim službama zaradama i uslovima rada, da su prisutni i elementi korupcije kod određenih službi. Veliki je broj nemedicinskog osoblja, oko

četvrtina zaposlenih, a nedostaju i neke važne specijalizacije kod medicinskih kadrova. Kao posledica prethodno navedenih karakteristika obaveznog zdravstvenog osiguranja dolazi do porasta ličnog učešća osiguranika u pokriću troškova zdravstvene zaštite, što stvara prostor za intenzivnijim prisustvom dobrovoljnih oblika zdravstvenog osiguranja. „Dobrovoljno zdravstveno osiguranje predstavlja osiguranje od nastanka rizika plaćanja učešća u troškovima zdravstvene zaštite u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju, osiguranje građana koji nisu obavezno osigurani po ovom zakonu, odnosno koji se nisu uključili u obavezno zdravstveno osiguranje, kao i osiguranje na veći obim i standard i druge vrste prava iz zdravstvenog osiguranja“ (Zakon o zdravstvenom osiguranju, član 4.). Ovaj sistem osiguranja je na početku razvoja u našoj zemlji. Nakon potenciranja problema u funkcionisanju obaveznog zdravstvenog osiguranja koji se eventualno mogu rešavati dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, neophodno je da se sagleda nivo ponude i tražnje za uslugama dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja radi donošenja zaključaka u vezi buduće potrebne zastupljenosti ove vrste zdravstvenog osiguranja.

2. Ponuda usluga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Srbiji

Usluge dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Srbiji realizuju Republički fond za zdravstveno osiguranje (paralelno i dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje), kao i društva za osiguranje registrovana za obavljanje ove vrste zdravstvenog osiguranja (paralelno, dodatno i privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje).

„Paralelno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju svi 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 koji je propisan zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona. Dodatno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinsko-tehničkih pomagala i implantata, odnosno novčanih nadoknada koji nisu obuhvaćeni pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguranja 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 se nisu uključila u obavezno zdravstveno osiguranje, za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa davaocem osiguranja“ (Uredba o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, član 30).

Bazični preduslov za učesnike u okviru paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja je participiranje u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja. Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem stanovništvu bi trebalo da se pruža mogućnost izbora i ovaj sistem bi trebao da omogući bržu, kvalitetniju i dostupniju zdravstvenu uslugu koja bi morala da utiče na bolji kvalitet i produženje trajanja života, smanjenje zloupotreba (smanjenje prekomernog korišćenja zdravstvenih usluga), povećanje investicija u zdravstvo, smanjenje korupcije, osiguranje od finansijskih rizika, raznolikost i elastičnost sistema zdravstvenog osiguranja itd. (Rakonjac-Antić, 2012, p. 183).

2.1 Usluge dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje realizuje Republički fond za zdravstveno osiguranje

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje se u okviru Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje može ugovoriti kao individualno i kolektivno (grupno) osiguranje. Prisutne su u ponudi sledeće vrste osiguranja: osiguranje lica za vreme boravka u inostranstvu (putno osiguranje), osiguranje lica za slučaj težih bolesti sa dopunskim rizicima (teže bolesti), osiguranje stomatoloških usluga (stomatologija). U okviru Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje u 2012. godini zaključen je mali broj ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, 6.406 sa naplaćenom premijom osiguranja od 7.196.401 dinara (videti informacije prikazane u Tabeli br. 4), što ipak predstavlja povećanje u odnosu na 2011. godinu kada je bilo zaključeno 5338 ugovora sa naplaćenom premijom osiguranja od 3268651 dinara (prema Izveštaju o finansijskom poslovanju Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2011. godinu).

Tabela br. 4 Zaključeni ugovori dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i premija u 2012. godini

Vrsta osiguranja	Broj zaključenih ugovora o osiguranju	Naplaćena premija u dinarima
Putno osiguranje	2898	3140333
Teže bolesti sa dopunskim rizicima	3491	3880068
Stomatologija	17	176000
Ukupno:	6406	7196401

Izvor: Izveštaj o finansijskom poslovanju Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2012. godinu i Rakonjac-Antić *et al.* (2013).

Dominiraju ugovori o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti sa dopunskim rizicima (3491), sa naplaćenom premijom od 3.880.068 dinara.

2.2 Dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje sprovode društva za osiguranje

U 2012. godini ukupna premija osiguranja deset društava za osiguranje, koja su pružala usluge dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, iznosila je 1083190 dinara, u okviru 19309 ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (videti informacije prikazane u tabeli br. 5).

Tabela br. 5 Pregled broja osiguranja, broja osiguranika i premije osiguranja prema vrstama dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u 2012. godini

Vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja	Broj osiguranja	Broj osiguranika	Ukupna premija osiguranja (u 000 din.)
Paralelno zdravstveno osiguranje	1250	3151	10209
Dodatno zdravstveno osiguranje	4189	621676	625136
Privatno zdravstveno osiguranje	189	3289	82404
Sva druga dobrovoljna zdravstvena osiguranja (kombinacija vrsta; putno zdravstveno osiguranje za vreme boravka u inostranstvu shodno čl. 30 stav 4. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju Sl. glasnik RS, br. 108/08, 49/09 i dr.)	13681	25116	365441
Ukupno	19309	653232	1083190

Izvor: Izveštaj NBS o sektoru osiguranja (2012) i Rakonjac-Antić et al. (2013).

Ostvaren je najviši iznos premije osiguranja u okviru dodatnog zdravstvenog osiguranja, od 625136 dinara, a najveći broj osiguranja je bio zaključen u okviru putnih zdravstvenih osiguranja (13681). Dobrovoljna zdravstvena osiguranja u ukupnom broju neživotnih osiguranja u 2012. godini učestvovala su sa 0,51%. Osiguranici dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u ukupnom broju neživotnih osiguranja činili su 6,41% u 2012. godini. Ukupna premija predstavljala je samo 2,18% ukupne premije neživotnih osiguranja. Na osnovu prethodno navedenog, možemo zaključiti da je na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključen mali broj ugovora o osiguranju sa niskom ukupnom premijom osiguranja. Radi sagledavanja položaja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, neophodno je da se detaljno utvrdi stepen

koncentracije na ovom tržištu. Poželjno je da se upotrebi veći broj metoda za ocenu jer se tada dobija najpreciznija informacija o stepenu tržišne koncentracije.

2.2.1 Stepen koncentracije na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Prilikom merenja koncentracije na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za 2012. godinu, potrebno je definisati relevantno tržište na kojem se meri koncentracija. Relevantno tržište proizvoda predstavlja skup roba i/ili usluga koje se ponašaju kao funkcionalni supstituti (u pogledu namene, cene i karakteristika) (Đuričin *et al.*, 2008). Pri definisanju relevantnog tržišta proizvoda za delatnost dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, posmatračemo sve polise koje se realizuju na posmatranom tržištu (Hanić *et al.*, 2012). Teritorija Srbije predstavlja relevantno geografsko tržište, odnosno teritoriju na kojoj se meri koncentracija tržišta i na kojoj postoje jedinstveni uslovi konkurencije za registrovana društva za osiguranje (Rakonjac-Antić *et al.*, 2013).

U tabeli br. 6 su dati prihodi od premije osiguranja (kao indikator poslovanja društava za osiguranje) koji će nam poslužiti za obračun vrednosti pokazatelja stepena tržišne koncentracije.

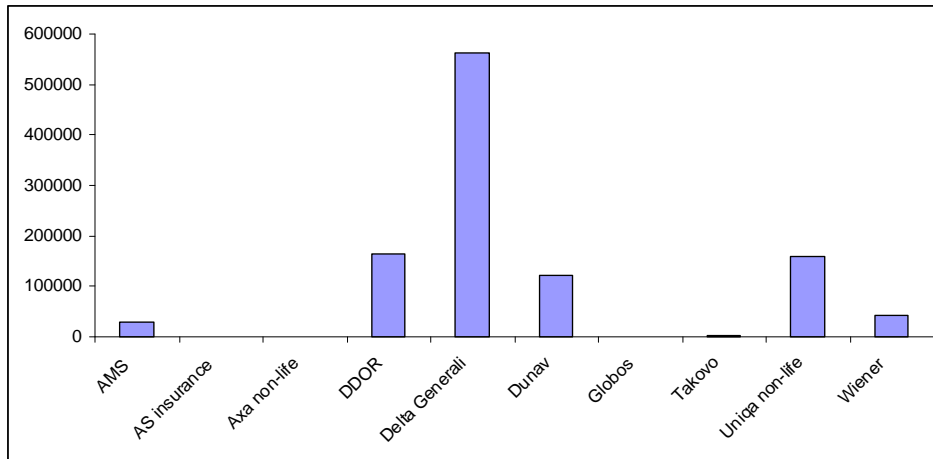
Tabela br. 6 Ukupna premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja po društvima

	Društva za osiguranje	Ukupna premija (u 000 din.)	Apsolutno tržišno učešće	Relativno tržišno učešće
1	AMS	28068	2.59%	0.0499
2	AS osiguranje	750	0.07%	0.0013
3	Axa neživot	389	0.04%	0.0007
4	DDOR	164033	15.14%	0.2914
5	Delta Generali Osiguranje	562949	51.97%	3.4319
6	Dunav	122314	11.29%	0.2173
7	Globos	946	0.09%	0.0017
8	Takovo	2355	0.22%	0.0042
9	Uniq neživot	158336	14.62%	0.2813
10	Wiener	43050	3.97%	0.0765
	Ukupno	1083190	100	

Izvor: Izveštaji NBS na dan 31.12.2012.

Raspodela premije po društvima je prikazana na slici br. 4, na osnovu koje se jasno uočava da na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja dominira Delta Generali osiguranje.

Slika br. 4 Ukupna premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja po društvima



U cilju jasnijeg sagledavanja koncentracije na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja izračunaćemo neke od osnovnih pokazatelja koncentracije tržišta:

- a. Visina tržišnog učešća,
- b. Racio koncentracije četiri vodeća preduzeća,
- c. *HHI* indeks,
- d. Kriva koncentracije,
- e. Horvatom indeks,
- f. Koeficijent entropije,
- g. Rozenblatom indeks.

O pokazateljima navedenim pod a. i b. pisano je u radu Rakonjac-Antić *et al.* (2013).

a. Visina tržišnog učešća

Apsolutno tržišno učešće se dobija stavljanjem u odnos prihoda od premije jednog društva i ukupnih prihoda svih društava na relevantnom tržištu. Relativno tržišno učešće na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja bi predstavljalo odnos prihoda jednog društva za osiguranje i prihoda najvećeg konkurenta (odnosno prihoda društva Delta Generali osiguranje). U poređenju sa tržišnim liderom, samo tri društva za osiguranje ostvaruju relativno tržišno učešće iznad 0.20, dok relativno tržišno učešće ostalih ne prelazi 8%. Kada je u pitanju društvo Delta Generali osiguranje, relativno tržišno učešće se određuje

kao odnos njegovog prihoda i prihoda društva DDOR, što znači da Delta Generali ostvaruje 3.43 puta veći iznos prihoda od premije na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u odnosu na DDOR.

b. Racio koncentracije

Racio koncentracije za 4 vodeća društva za osiguranje (u oznaci CR₄) predstavlja sumu njihovih procentualno izraženih tržišnih učešća. Suma apsolutnih tržišnih učešća četiri vodeća društva (Delta Generali, DDOR, Uniqa neživot, Dunav) iznosi 93,02 %, što ukazuje na prekomernu i neželjenu koncentraciju na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

c. Herfindal-Hiršmanov indeks (HHI)

Ovaj indeks predstavlja najpouzdaniji pokazatelj koncentracije tržišta i predstavlja sumu kvadrata tržišnih učešća konkurenata. Izračunava se po formuli:

$$HHI = \sum_{i=1}^n s_i^2, \quad (1)$$

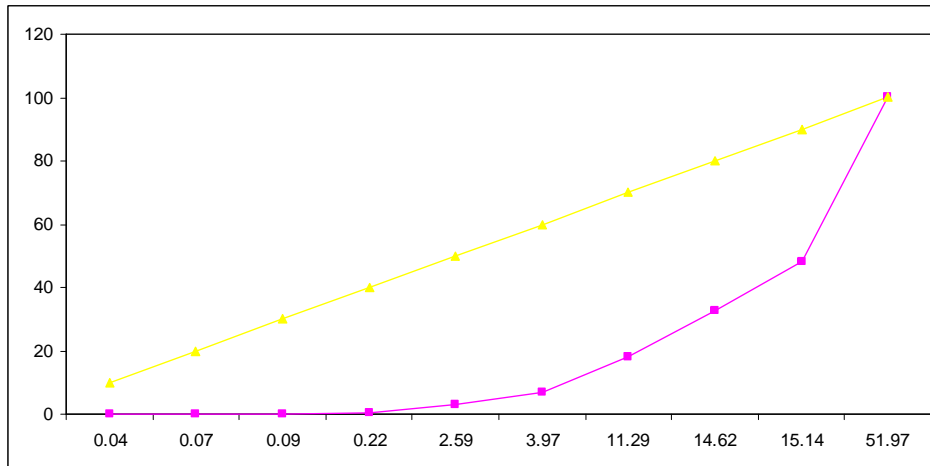
gde je s_i označeno tržišno učešće i -tog društva, a n je broj društava za osiguranje na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ako je $HHI < 1000$, u pitanju je nekoncentrisano tržište, a ako je $1000 < HHI < 1800$, u pitanju je umereno koncentrisano tržište. Za $HHI > 1800$ govorimo o koncentrisanim tržištima (Lončar i Rajić, 2012). Maksimalna vrednost ovog indeksa je 10000 i postiže se u slučaju čistog monopola. Vrednost Herfindal-Hiršman indeksa od 3294.11 ukazuje da postoji koncentracija na tržištu, odnosno da je tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja veoma visoko koncentrisano (videti Rakonjac-Antić et al., 2013).

d. Kriva koncentracije

Ova kriva nam omogućava da uočimo nejednakost u tržišnoj moći na osnovu grafičkog prikaza. Prilikom crtanja krive koncentracije potrebno je rangirati društva na osnovu tržišnih učešća, a zatim kumulirati tržišna učešća konkurenata. Dobijene kumulativne vrednosti treba grafički povezati. Kriva koncentracije se poredi sa krivom jednakih tržišnih učešća, koja bi se dobila u idealnom slučaju perfektne konkurencije.

Na Slici br. 5 su prikazane kriva koncentracije i kriva jednakih tržišnih učešća na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ako bi se površina između ove dve krive stavila u odnos sa površinom ispod krive jednakih tržišnih učešća (površina trougla), dobila bi se vrednost Gini koeficijenta. Na bazi dobijene krive koncentracije može se izračunati vrednost Gini koeficijenta, koja iznosi 0,68. Ova vrednost ukazuje na visoku koncentrisanost tržišta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Slika br. 5 Kriva koncentracije i kriva jednakih tržišnih učešća na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja



e. Horvatov indeks

Vrednost Horvatovog indeksa ili CCI indeksa (engl. *Comprehensive Concentration Index*) koji meri relativnu disperziju društava za osiguranje i ističe važnost najvećih društava se izračunava po formuli:

$$CCI = s_1 + \sum_{i=2}^n s_i^2 (2 - s_i), \quad (2)$$

gde je sa s_i ($i=2, \dots, n$) označeno tržišno učešće i -tog društva, a sa s_1 tržišno učešće najvećeg društva za osiguranje na tržištu. Vrednost Horvatovog indeksa od 0,63 ukazuje da postoji koncentracija na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i da je potrebno vršiti dodatna istraživanja da bi se ispitalo da li na tržištu postoji prekomerna koncentracija (samo ukoliko je vrednost ovog indeksa niža od 0,40, imamo niži stepen koncentracije tržišta (videti Horvat, 1970).

f. Koeficijent entropije

Ova mera se izračunava se po formuli (Bikker i Haaf, 2001):

$$E = -\sum_{i=1}^n s_i \log_2 s_i, \quad (3)$$

gde je sa s_i ($i=1, \dots, n$) označeno tržišno učešće i -tog društva. Vrednosti ovog pokazatelja se kreću u intervalu od 0 do $\log_2 n$. Samo ukoliko je E blizu $\log_2 n$, možemo govoriti o ravnomernim tržišnim učešćima. Prema podacima koji se odnose na tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, E iznosi 2,02. S

obzirom da se radi o 10 društava, maksimalna vrednost entropije iznosi $\log_2 10 = 3,32$. Jasno je da za izračunatu vrednost entropije ne možemo reći da je tržište relativno stabilno u pogledu raspodeljenosti tržišnih učešća pojedinačnih društava za osiguranje.

g. Rozenblatov indeks

Još jedan u nizu pokazatelja koncentracije na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je Rozenblatov indeks, koji se izračunava po formuli:

$$R = \frac{1}{2 \sum_{i=1}^n i s_i - 1}, \quad (4)$$

gde je i rang pozicija društva za osiguranje, a s_i tržišno učešće i -tog društva. Ako je vrednost indeksa R bliža vrednosti $1/n$ to je manja koncentracija na tržištu (Rosenbluth, 1961). Prema podacima koji se odnose na tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, R iznosi 0.31. Izraženo odstupanje izračunate vrednosti od $1/n=0.10$ ukazuje na prisustvo tržišne koncentracije u većem stepenu.

Sve prethodne analize i pokazatelji ukazuju na to da je u pitanju tržište koje je visoko koncentrisano. *HHI* kao najznačajnije merilo tržišne koncentracije iznosi 3294.11 poena, što implicira visoku koncentraciju tržišne moći. Rezultate je neophodno tumačiti i prihvatati sa činjenicom da se odnose na malo tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje je u razvoju, sa malim brojem osiguranika, niskom ukupnom premijom osiguranja i malim brojem osiguravača. Na osnovu prethodno prikazanih rezultata možemo zaključiti da tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Srbiji nije razvijeno, ali da ima prostora za unapređenje tržišne konkurencije.

3. Tražnja za uslugama dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Srbiji

Kao što je već u drugom delu rada navedeno, mali je broj osiguranika i zaključenih ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u Srbiji. Ukoliko kao primarnu ciljnu grupu za ovaj sistem osiguranja posmatramo zaposlene, možemo doći do zaključka da je u Srbiji zaposleno oko 1.700.000 stanovnika a do sada je zaključeno nešto više od 25.000 ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju na celokupnom tržištu. Tržište očigledno ima potencijal kada se uzme u obzir broj mogućih participanata. Međutim, ograničavajući faktor je niska kupovna moć zaposlenih. Naime, prosečna zarada jedva pokriva troškove minimalne potrošačke korpe, tako da ostaje veoma malo prostora za zadovoljenje nekih drugih potreba, a među tim potrebama je i zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

S druge strane, postoji obaveza participiranja u javnom sistemu zdravstvenog osiguranja, uz poštovanje principa solidarnosti i univerzalnosti i uz proklamovanje realizacije velikog broja prava, koji očigledno prevazilaze realne ekonomske mogućnosti zdravstvenog osiguranja i ne mogu biti uvek realizovani (Kočović *et al.*, 2010, p. 488). Za mnoge usluge zdravstvenog osiguranja koje pojedinci ne mogu realizovati u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja brzo traže rešenje odlazeći direktno u privatnu lekarsku praksu, plaćajući zdravstvene usluge direktno tzv. „iz džepa“. Konstantno je kod stanovništva prisutna dilema o uplati sredstava premija za dobrovoljno zdravstveno osiguranje kada već postoje permanentne uplate sredstava doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje. Neophodno je uspostavljanje saradnje u okviru obaveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i povezivanje državnih i privatnih zdravstvenih institucija. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje bi u sadašnjim uslovima funkcionisanja trebalo da bude dopuna obaveznog zdravstvenog osiguranja. Primarno je potrebno da se razvija pružanje usluga koje ne postoje u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja ili pružanje višeg nivoa i kvaliteta usluga, što bi trebalo da utiče na smanjenje izdataka pojedinaca na usluge zdravstvenog osiguranja tzv. „iz džepa“.

Tražnja za uslugama dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja nije koncentrisana na pojedince koji imaju najviše kao ni najniže zarade. Najčešće je vezana za one koji imaju srednji nivo zarada. Potreba za većom zastupljenošću dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja najverovatnije će se pojaviti onda kada bude postojala i izraženija opasnost da troškovi zdravstvene zaštite koji se plaćaju tzv. „iz džepa“ prevaziđu nivo zarada pojedinca ili cele porodice, odnosno kada premija za ovu vrstu zdravstvenog osiguranja bude niža od troškova tzv. plaćanja „iz džepa“.

Za razvoj sistema dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja treba tražiti prostor u tzv. kolektivnim osiguranjima, tj. osiguranjima sponzoranim od strane poslodavaca. Od ove godine prema Zakonu o porezu na dohodak građana postoji povoljan poreski tretman premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja do određenog iznosa. Neophodno je uvesti još više iznose poreskih olakšica. Potrebna je i edukacija stanovništva o načinu funkcionisanja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja uz bolju promociju usluga ove vrste osiguranja. Određen broj stanovnika naše zemlje ne pravi razliku između lečenja u privatnoj zdravstvenoj praksi i lečenja u okviru privatnog zdravstvenog osiguranja, jer mnoge privatne zdravstvene institucije promovišu svoje aktivnosti kao zdravstveno osiguranje, a ne kao pružanje zdravstvenih usluga u okviru kojih pacijent plaća uslugu tzv. „iz džepa“. Adekvatna promocija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja uticala bi na približavanje karakteristika ove vrste zdravstvenog osiguranja stanovništvu. Uz postojanje većeg broja paketa usluga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja pojačala bi se ponuda za koju bi bio zainteresovan veći broj građana. Sa većim brojem osiguranika

doćiće do atomiziranja rizika i do procesa snižavanja premije osiguranja. U cilju pronalaženja najadekvatnijeg rešenja za razvoj našeg sistema dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, važno je sagledati i karakteristike ove vrste zdravstvenog osiguranja u pojedinim zemljama Evrope.

4. Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u pojedinim zemljama Evrope i preporuke za funkcionalni razvoj dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Srbiji

Kao što je već u drugom delu rada navedeno, u našoj zemlji su prisutni paralelno, dodatno i privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje, a u zemljama Evrope preovlađuju četiri vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja:

1. paralelno (engl. „duplicate“) zdravstveno osiguranje za pružanje zdravstvenih usluga koje su već definisane u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja,
2. dopunsko (engl. „complementary“) zdravstveno osiguranje za pokriće ličnog učešća osiguranika u nadoknadi troškova zdravstvene zaštite,
3. dodatno (engl. „supplementary“) zdravstveno osiguranje za pružanje zdravstvenih usluga koje nisu obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem,
4. primarno ili osnovno (engl. „primary“) zdravstveno osiguranje za osobe koje se ne nalaze u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja za pokriće osnovnog paketa zdravstvenih usluga (OECD Health Data 2012, Definitions, Sources and Methods-Private health insurance, <http://www.oecd.org/health/healthdata>).

Za razliku od SAD, u kojoj dominira privatno zdravstveno osiguranje, u zemljama Evrope dominira sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja. U SAD se poslednjih godina teži da se implementira obavezno zdravstveno osiguranje, a u zemljama Evrope da se pojača privatno zdravstveno osiguranje. Od prethodno navedenih vrsti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja najzastupljenije je dopunsko zdravstveno osiguranje u Austriji, Belgiji, Francuskoj, a u Republici Češkoj i Finskoj dominantno je dodatno zdravstveno osiguranje. U Italiji i Irskoj zastupljeno je paralelno zdravstveno osiguranje, a u Španiji primarno i paralelno zdravstveno osiguranje.

Interesantan je primer Rumunije. Naime, u Rumuniji su Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju 95/2006 posebno definisani dopunsko i dodatno zdravstveno osiguranje. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je u 2005. godini bilo zastupljeno sa samo 4,5% u ukupnom zdravstvenom osiguranju (Olsavsky i Buth, 2009). Mnogi teoretičari i praktičari koji istražuju dobrovoljno zdravstveno osiguranje smatraju da je jedan od ključnih razloga nerazvijenosti dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja nizak nivo

participacije. Osiguranici su najčešće sa gradskih područja i u proseku su stari od 40-45 godina. Pristup je ograničen na stanovništvo mlađe od 65 godina. Premija za prosečan paket usluga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja varirala je od 20 do 40 evra mesečno. Tri društva za osiguranje koja su imala najveće učešće na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Rumuniji imala su učešće od 56,3% u 2006. godini. U 2010. godini, prosečno izdvajanje domaćinstava za plaćanje zdravstvenih usluga tzv. „iz džepa“ iznosilo je oko 19% od ukupnog iznosa troškova zdravstvenog osiguranja (Health at a Glance: Europe 2012.).

Prema Atlasu globalnih zdravstvenih troškova Svetske zdravstvene organizacije (WHO Global Health Expenditure Atlas, 2012.), u 2010. godini Švajcarska je u Evropi, a i u svetu imala najveću godišnju potrošnju domaćinstva tzv. „iz džepa“ za zdravstvene usluge od 2412\$.

U zemljama Evropske unije u 2006. godini učešće dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u ukupnim troškovima zdravstvenog osiguranja, kod dve trećine zemalja članica iznosio je ispod 5%, izuzev Francuske 12,8%, Slovenije 13,1% itd. U 2010. godini učešće dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u ukupnim troškovima zdravstvenog osiguranja iznosilo je u Holandiji 5,2%, Danskoj 1,6%, Luksemburgu 3,1%, Austiji 4,7%, Francuskoj 13,7% itd. (Health at a Glance: Europe 2012), što potvrđuje već prethodno navedeno, da sistem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u zemljama Evrope nije značajnije zastupljen.

U izveštaju Svetske zdravstvene organizacije o raspodeli troškova zdravstvenog osiguranja navodi se da od obima i kvaliteta obaveznog zdravstvenog osiguranja zavisi zastupljenost dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, i da je životni standard takođe važna komponenta. Kao što je već prethodno napisano za Rumuniju, u mnogim zemljama Evropske unije osiguranici su starosti 40 do 50 godine, visoko obrazovani, sa višim životnim standardom, koji žive u urbanim sredinama. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje obezbeđeno od strane poslodavca prevladava u mnogim zemljama članicama u sistemu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (videti Thompson i Mossialos, 2009). Usluge dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja pružaju fondovi uzajamnog osiguranja, privatni osiguravači, fondovi obaveznog zdravstvenog osiguranja itd. Koncentracija je izuzetno visoka. U 2006. godini, u proseku, u većini zemalja članica tri najveća društva za osiguranje imala su učešće od preko 50%. Isti trend je nastavljen i u 2010. godini. Izražen je nadzor, a sve u cilju zaštite korisnika osiguranja. Neka društva za osiguranje imaju u vlasništvu domove zdravlja, bolnice itd., ali u većini slučajeva rade po ugovoru. Iako su administrativni troškovi izuzetno visoki, u većini zemalja članica je omogućeno dobro pokriće rashoda prihodima (oko 75%). U Mađarskoj i Irskoj su poreske olakšice u vezi sa premijama uticale na značajniju zastupljenost dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u ukupnom sistemu zdravstvenog

osiguranja. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje omogućuje bolje i efikasnije korišćenje zdravstvene zaštite budući da obavezni sistemi zdravstvenog osiguranja, koji se baziraju na solidarnosti, često ne mogu da dovedu do pravremenog i adekvatnog pružanja zdravstvene zaštite za sve osiguranike.

Kod prethodno pomenutih zemalja Evrope, manje je zastupljeno dobrovoljno u odnosu na obavezno zdravstveno osiguranje, i nemaju sve zemlje razvijenu istu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, već prate sopstvene potrebe i zahteve. Tako i naša zemlja ne treba da teži da se dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem zameni obavezno zdravstveno osiguranje već da se njegovom implementacijom umanjuje učešće osiguranika u pokrivenosti troškova zdravstvene zaštite koje oni plaćaju tzv. „iz džepa“. Neophodno je da se uloži napor za razvoj obaveznog zdravstvenog osiguranja i za rešavanje ključnih problema u njegovom finansiranju i organizaciji, kao i za uključivanje celokupnog stanovništva u ovaj sistem. U tom slučaju ne bi bilo potrebe za intenzivnijim razvojem paralelnog već bi trebalo stimulisati razvoj dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Zaključak

Sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja u Srbiji preovladava, ali funkcioniše sa određenim poteškoćama, a dobrovoljno zdravstveno osiguranje je tek na početku razvoja. Ono predstavlja mogućnost izbora za sadašnje i potencijalne participante. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje može koristiti stanovništvo koje nije obavezno zdravstveno osigurano, kao i stanovništvo koje se nalazi u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja za realizaciju prava koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili za ostvarenje većeg standarda, obima i prava u odnosu na sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja. U Srbiji usluge ove vrste osiguranja nalaze se u ponudi Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje) i društava za osiguranje (paralelno, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje). Republički fond za zdravstveno osiguranje je u 2012. godini imao zaključenih 6406 ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, a u okviru društava za osiguranje bilo je zaključeno 19309 ugovora o osiguranju. Dobrovoljna zdravstvena osiguranja u ukupnom broju neživotnih osiguranja u 2012. godini učestvovala su sa 0,51%. Naše tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je visoko koncentrisano, sa malim brojem osiguranika i niskom premijom osiguranja. Tržišno učešće vodećeg osiguravača u ovoj oblasti je preko 50%. Apsolutno tržišno učešće četiri vodeća društva za osiguranje (Delta Generali, DDOR, Uniqa neživot, Dunav) iznosi 93,02 %, što je pokazatelj prekomerne koncentracije na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Prisutno je mnogo ograničavajućih faktora razvoja i na strani ponude i na strani tražnje za uslugama dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Generalno posmatrano,

dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem ne treba da težimo da zamenimo obavezno zdravstveno osiguranje već bi ono trebalo da predstavlja efikasnu dopunu obaveznom zdravstvenom osiguranju. U okviru dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao dopune obaveznog zdravstvenog osiguranja u Srbiji trebalo bi forsirati pružanje usluga koje ne postoje u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja ili pružanje usluga višeg obima i kvaliteta, što bi trebalo da utiče na smanjenje izdataka koje pojedinci imaju plaćajući usluge zdravstvenog osiguranja tzv. „iz džepa“. Osnovni faktori razvoja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Srbiji su: povećanje nivoa životnog standarda građana, povećanje poreskih olakšica za sredstva premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, edukacija stanovništva o načinu funkcionisanja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, povećanje broja paketa usluga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, bolja povezanost obaveznih i dobrovoljnih oblika zdravstvenog osiguranja i javnih i privatnih zdravstvenih institucija, sprečavanje nelojalne konkurencije privatnih zdravstvenih i drugih institucija itd.

Literatura

- Bikker, J.A. and Haaf, K. (2001) *Measures of competition and concentration: A review of the literature*, De Nederlandsche Bank, Amsterdam.
- Đuričin, D., Lončar, D. i Rajić, V. (2008) „Merenje koncentracije tržišta: primer sektora prehrambene maloprodaje Beograda“, *Ekonomika preduzeća*, 56 (1-2): 61-80.
- „Izveštaji NBS o sektoru osiguranja, na dan 31.12.2012.“, Beograd.
- „Izveštaj o unapređenju kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije u 2012. godini“, Institut za javno zdravlje Srbije.
- Kočović J., Šulejić P., Rakonjac-Antić T. (2010). *Osiguranje*, Centar za izdavačku delatnost, Ekonomski fakultet, Beograd
- Lončar, D. i Rajić, V. (2012) „Concentration and Competitiveness of Banking Market in Serbia: Current Situation and Possible Future Changes Under the Influence of Market Consolidation“, *Ekonomika preduzeća*, 60(7-8): 372-386.
- OECD Health Data 2012, Definitions, Sources and Methods-Private health insurance“, <http://www.oecd.org/health/healthdata>.
- Olsavszky V i Butu C (2009) „Voluntary health insurance in Romania-case for a study“, *Management in health* 2(2009): 3-6.
- „Predlog Strategije razvoja zdravstvenog osiguranja, na dan 07.05.2013“, RFZO, www.rfzo.rs.
- Rakonjac-Antić T. (2012). *Penzijsko i zdravstveno osiguranje*, Centar za izdavačku delatnost, Ekonomski fakultet, Beograd.
- Rakonjac-Antić, T., Rajić, V. i Kočović M. (2013) „Perspectives of voluntary health insurance in Serbia“, *Product Specifics on the Markets of Insurance and Reinsurance (Chapter 21)*: 305-315.

- Rosenbluth, G. (1961) „Gesprach iiber Messung der Industriellen Konzentration“, *Die Konzentration in der Wirtschaft*, (Arndt ed.), Berlin.
- Thompson S. and Mossialos E. (2009) „Private health insurance in the European Union“, Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, LSE Health and social care, London School of Economics and Political Sciences.
- Hanić, H., Kočović, M. i Jovović, M. (2012) „Comparative analysis of insurance market concentration in Serbia, Croatia and Slovenia“, *Achieved Results and Prospects of Insurance Market Development in Modern World (Chapter 9)*:155-171.
- Health at a Glance: Europe 2012. (Expenditure on health by type of financing, 2010)
- Horvat, J. (1970) „A Suggestion for a Comprehensive Measure of Concentration“, *Southern Economic Journal*, 36: 4.
- Uredba o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Službeni glasnik RS (108/08, 49/09).
- Zakon o zdravstvenom osiguranju, Službeni glasnik RS (107/05).
- Zakon o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje, Službeni glasnik RS (84/04).
- „Zdravstveno statistički godišnjak Republike Srbije u 2012. godini“, Institut za javno zdravlje Srbije.
- WHO/Europe, European HFA Database
- WHO Global Health Expenditure Atlas, 2012.

VOLUNTARY HEALTH INSURANCE AS A SUPPLEMENT TO MANDATORY HEALTH INSURANCE IN SERBIA

Abstract: Health insurance is a system of securing from financial losses that may be caused by the high cost of treatment and recovery of the insured if they are injured, sick, unable to work and so on. The development of the health insurance system is of great importance for the entire population and economy of Serbia. In Serbia, mandatory health insurance is prevailing, with the possibility of application of voluntary health insurance. There are great difficulties in the implementation of rights under the mandatory health insurance due to insufficiency of funds, problems in the organization and so on. A system of voluntary health insurance is not developed. The aim of the study was to analyze the position of voluntary health insurance in Serbia, proposing measures to encourage the development of voluntary health insurance, which will have an effect on strengthening the efficiency and quality of the health care insurance in real economic terms.

Key words: health, mandatory health insurance, voluntary health insurance.