

ČASOPIS ZA TEORIJU I PRAKSU OSIGURANJA



# TOKOVI OSIGURANJA



**DUNAV  
OSIGURANJE**

**BEOGRAD 2016/ BROJ 1**  
GODINA XXXII

---

ISSN 1451 - 3757, UDK: 368

BEOGRAD 2016 / BROJ 1 / GODINA XXXII

ISSN 1451 - 3757, UDK: 368



# TOKOVI OSIGURANJA

ČASOPIS ZA TEORIJU I PRAKSU OSIGURANJA



BELGRADE 2016 / No. 1 / XXXII YEAR

---

ISSN 1451 - 3757, UDK: 368



# **INSURANCE TRENDS**

JOURNAL OF INSURANCE THEORY AND PRACTICE



**ČLANCI, RASPRAVE, ANALIZE, PRIKAZI  
– ARTICLES, DISCUSSIONS, ANALYSES, REVIEWS*****Jelena Kočović i Marija Jovović***

UTICAJ LIBERALIZACIJE I PRIVATIZACIJE NA RAZVOJ TRŽIŠTA OSIGURANJA U SRBIJI.....	5
EFFECTS OF LIBERALIZATION AND PRIVATIZATION ON SERBIAN INSURANCE MARKET DEVELOPMENT.....	21

***Tatjana Rakonjac-Antić***

OBLICI OBEZBEĐENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U SJEDINJENIM AMERIČKIM DRŽAVAMA.....	37
FORMS OF HEALTH CARE DELIVERY IN THE UNITED STATES OF AMERICA.....	48

***Petar Jovanović***

IZVEŠTAJ O SOPSTVENOJ PROCENI RIZIKA I SOLVENTNOSTI U SVETLU SRPSKOG REGULATORNOG ZAHTEVA.....	58
OWN RISK AND SOLVENCY ASSESMENT REPORT AND SERBIAN REGULATIONS.....	71

**PRIKAZ SAVETOVANJA – CONFERENCE REVIEW**

23. KOPAONIK BIZNIS FORUM – PANEL „DEFINISANJE GLAVNIH PROBLEMA U INDUSTRIJI OSIGURANJA“ 23. KOPAONIK BUSINESS FORUM – PANEL ON “DEFINING MAJOR ISSUES OF INSURANCE INDUSTRY“.....	83
---	----

**PRIKAZ KNJIGE – BOOK REVIEW**

ETIČKI I PRAVNI POLOŽAJ LJUDI KAO SUBJEKATA BIOMEDICINSKIH ISTRAŽIVANJA I KLINIČKIH OGLEDA ETHICAL AND LEGAL POSITION OF HUMAN PARTICIPANTS IN BIOMEDICAL RESEARCHES AND CLINICAL TRIALS.....	87
--	----

---

## SADRŽAJ/CONTENTS

---

### **INOSTRANO OSIGURANJE – FOREIGN THEORY AND PRACTICE**

#### ***Prikaz inostranog članka – Review of International Article:***

UREĐIVANJE OSIGURANJA DEPOZITA U EVROZONI DONEĆE KORIST GETTING EUROZONE DEPOSIT INSURANCE RIGHT PROMISES BENEFITS.....	90
---	----

#### ***Propisi Evropske unije – EU Regulations***

NOVA DIREKTIVA EVROPSKE UNIJE O DISTRIBUCIJI USLUGA OSIGURANJA: MINIMALNI ZAHTEVI ZA HARMONIZACIJU I NEUJEDNAČENA PRAVILA NEW EU DIRECTIVE ON DISTRIBUTION OF ROLES IN INSURANCE: MINIMUM REQUIREMENTS FOR HARMONIZATION AND UNEVEN RULES.....	93
---	----

#### ***Inostrana sudska praksa –International Court Practice***

OBAVEZA UGOVARAČA OSIGURANJA DA OSIGURAVAČU PRIJAVI PODATKE ZA PROCENU RIZIKA OBLIGATION OF POLICYHOLDER TO DECLARE ALL MAJOR DATA FOR RISK ASSESSMENT.....	96
--	----

<b>VESTI IZ SVETA – FOREIGN NEWS.....</b>	<b>98</b>
---	-----------

<b>SUDSKA PRAKSA – COURT PRACTICE.....</b>	<b>101</b>
--	------------

<b>PITANJA I ODGOVORI – QUESTIONS AND ANSWERS.....</b>	<b>106</b>
--	------------

<b>BIBLIOGRAFIJA – BIBLIOGRAPHY.....</b>	<b>108</b>
--	------------

UDK: 339.9.012.421+339.13.025.88.339.1:368(497.11)

**Prof. dr Jelena Ž. Kočović,<sup>1</sup>**

*redovni profesor na Ekonomskom fakultetu Univerziteta u Beogradu*

**dr Marija R. Jovović,<sup>2</sup>**

*asistent na Ekonomskom fakultetu Univerziteta u Beogradu*

## UTICAJ LIBERALIZACIJE I PRIVATIZACIJE NA RAZVOJ TRŽIŠTA OSIGURANJA U SRBIJI

Predmet rada su ispoljene razvojne tendencije tržišta osiguranja u Srbiji u poslednjoj deceniji. Upporedni prikaz kretanja vrednosti opštih i posebnih pokazatelja razvijenosti tržišta osiguranja na nivou Evropske unije, kao i u zemljama u regionu Hrvatskoj i Sloveniji, omogućuje pozicioniranje srpskog osiguravajućeg tržišta i identifikaciju njegovih razvojnih problema. Početak perioda obuhvaćenog analizom obeležen je kreiranjem novog regulatornog okvira i merama koje je preduzeo nosilac funkcije nadzora osiguranja u svrhu stabilizacije delatnosti i kreiranja zdravih osnova za njen razvoj. U nastavku posmatranog perioda, dato tržište osiguranja obuhvaćeno je procesima privatizacije i liberalizacije, s ciljem da se poveća tržišna konkurencija, podigne kvalitet i obogati asortiman usluga osiguranja, te da se efikasnije izvrši alokacija resursa osiguravajuće delatnosti. Istraživanje ima za cilj da identifikuje efekte privatizacije osiguravajućih kuća, kao i stranih investicija, na srpsko tržište osiguranja i nacionalnu ekonomiju. Autori ističu da strani kapital na tržištu osiguranja nije *a priori* uspešniji od domaćeg kapitala, što opovrgava neoliberalno stanovište prema kome je prodaja domaćih kompanija jedini efikasan model razvoja tržišta osiguranja zemalja u tranziciji. Razliku između osiguravajućih kuća ne treba praviti prema njihovoj vlasničkoj strukturi, već prema kvalitetu njihovog poslovanja i usluga koje pružaju.

***Ključne reči:*** tržište osiguranja, liberalizacija, privatizacija.

---

1 i-mejl: kocovic@ekof.bg.ac.rs

2 i-mejl: marijajovovic@ekof.bg.ac.rs

## 1. Savremene tendencije razvoja tržišta osiguranja u Srbiji

Dostignuti nivo razvoja konkretnog tržišta osiguranja posmatra se kroz prizmu odgovarajućih opštih pokazatelja, ali i detaljnijih indikatora obima i strukture tržišta, kao i njihovih tendencija tokom vremena. Pouzdanosti i kvalitetu zaključaka analize stepena razvijenosti tržišta osiguranja u Srbiji dodatno doprinosi poređenje s tržištima zemalja u regionu, ali i pozicioniranje u svetskim razmerama, te u odnosu na grupaciju zemalja Evropske unije (EU). Važno je istaći da je prvi deo analizom obuhvaćenog posmatranog perioda obeležen kreiranjem novog regulatornog okvira i mera koje su preduzeli nosioci funkcije supervizije osiguranja usmerenih ka stabilizaciji delatnosti, kreiranju zdravih osnova za njen razvoj i vraćanju poverenja javnosti u institut osiguranja. U nastavku perioda izabrana tržišta osiguranja zemalja zapadnog Balkana (Srbije, Hrvatske i Slovenije) obuhvaćena su procesom liberalizacije, zarad porasta tržišne konkurencije, podizanja kvaliteta i obogaćivanja asortimana usluga osiguranja, te efikasnije alokacije resursa delatnosti.

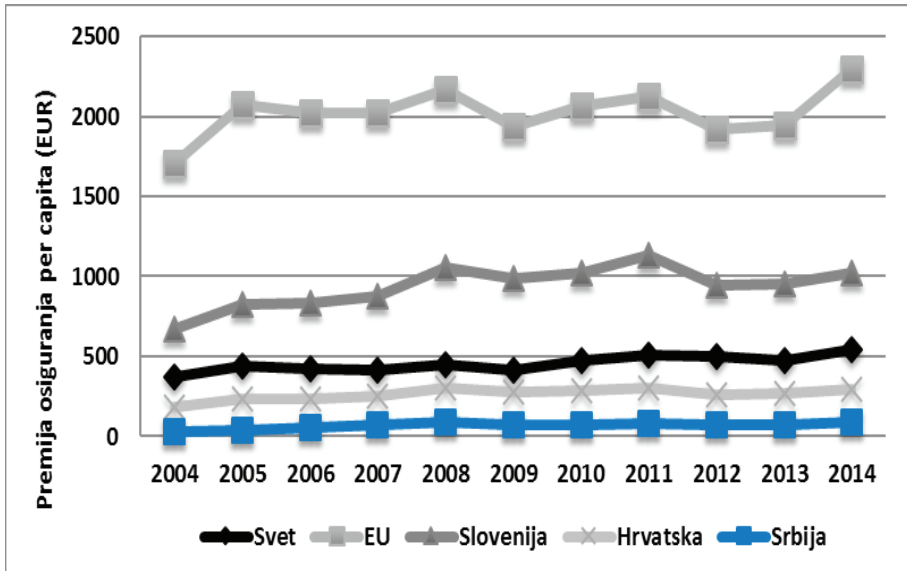
Opšti pokazatelji stepena razvijenosti tržišta osiguranja, a ujedno i važni indikatori ekonomske razvijenosti odnosne zemlje, jesu nivo premije osiguranja *per capita* i procentualno učešće premije osiguranja u bruto domaćem proizvodu. Ukupna premija osiguranja po stanovniku (tzv. gustina osiguranja) u Srbiji je gotovo utrostručena tokom prethodne decenije (sa 32,8 evra na 91,3 evra). Ipak, ostvareni pomak u globalnim razmerama (gde Srbija zauzima 66. mesto prema vrednosti tog pokazatelja), ali i u poređenju s Hrvatskom i Slovenijom kao zemljama iz okruženja, relativno je mali. S premijom osiguranja po stanovniku od 1.024,9 evra u 2014. godini, Slovenija se svrstava na 29. mesto u svetu. U Hrvatskoj je taj pokazatelj u istoj godini dostigao vrednost od 289,6 evra, što odgovara 48. poziciji.<sup>3</sup> Nerazvijenost tržišta osiguranja u Srbiji dolazi utoliko više do izražaja ukoliko se u vidu ima da je prosečna premija *per capita*, kao pokazatelj, na nivou zemalja EU tokom prethodne decenije iznosila 2025,8 evra.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> „Swiss Re“ (2015), „World insurance in 2014: back to life“, *Sigma*, No. 4/2015, Zürich: „Swiss Re“, str. 41.

<sup>4</sup> [www.swissre.com/sigma](http://www.swissre.com/sigma)

Grafički prikaz br. 1: premija osiguranja per capita (2004–2014. godine)



Izvor: prezentacije [www.swissre.com/sigma](http://www.swissre.com/sigma) i [www.oanda.com/currency/converter](http://www.oanda.com/currency/converter)

Relativno stabilno učešće ukupne premije osiguranja u bruto domaćem proizvodu (tzv. penetracija osiguranja) indicira konzistentno kretanje dveju varijabli u vremenu u posmatranim zemljama, što je logična posledica uzajamne uslovljenosti ekonomskog razvoja i razvoja tržišta osiguranja.<sup>5</sup> Prema vrednosti ovog pokazatelja u visini od 1,9 odsto, Srbija zauzima 63. mesto u svetu u 2014. godini, beležeći pogoršanje u odnosu na početak posmatranog perioda (kada je, prema istom pokazatelju, koji je iznosio 2,2 odsto, rangirana na 60. mestu),<sup>6</sup> dok je tokom prethodne decenije dato učešće za zemlje EU u proseku dostiglo 8,2 odsto. S obzirom na vrednost istog pokazatelja, Slovenija je u 2014. godini rangirana na 31. mesto u svetu, ostvarujući blago pogoršanje u odnosu na 2004. godinu (29. mesto), dok je pozicija Hrvatske pogoršana sa 43. (u 2004. godini) na 51. mesto (u 2014. godini).<sup>7</sup>

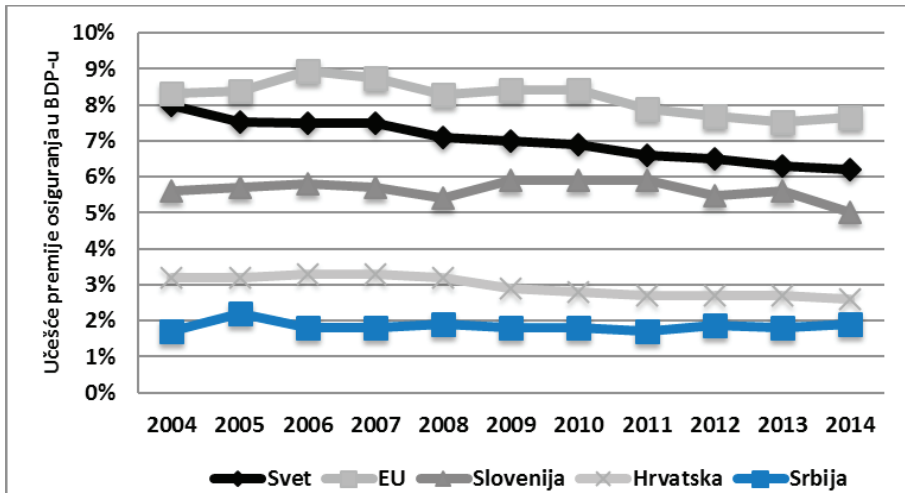
<sup>5</sup> Kocovic, J., Rakonjac Antic, T., Jovovic, M. (2012). „Effects of privatization model of insurance market in transition economies“, in M. Jaksic, B. Cerovic, A. Prascevic (eds.), *From Global Crisis to Economic Growth Which Way to Take?* Vol. I: Economics, Belgrade: Faculty of Economics, University of Belgrade, str. 488.

<sup>6</sup> „Swiss Re“ (2003). „World insurance in 2004: growing premiums and stronger balance sheets“, *Sigma*, No. 2/2005, Zürich: „Swiss Re“, str. 41.

<sup>7</sup> „Swiss Re“ (2015) „World insurance in 2014: back to life“, *Sigma*, No. 4/2015, Zürich: „Swiss Re“, str. 42.



Grafički prikaz br. 2: procentualno učešće premije osiguranja u bruto domaćem proizvodu (2004–2014. godine)



Izvor: prezentacija [www.swissre.com/sigma](http://www.swissre.com/sigma)

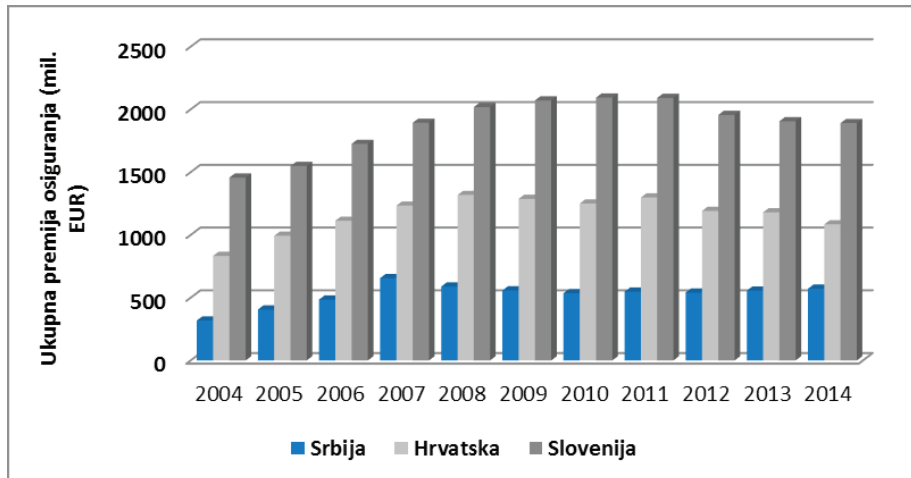
U pogledu stepena razvijenosti tržišta životnog osiguranja, situacija u Srbiji je još nepovoljnija za delatnost osiguranja posmatranu u celini. Izrazito je nizak nivo premije životnog osiguranja po stanovniku, mada je zabeležen znatan rast u posmatranom periodu sa 2,3 evra u 2004. godini na približno 19,7 evra u 2014. godini. Isti pokazatelj u Sloveniji je rastao sa 197,8 evra na početku na 282,9 evra na kraju posmatranog perioda. U Hrvatskoj je premija životnog osiguranja u 2004. godini iznosila 53 evra *per capita*, da bi porasla na 88,8 evra u 2014. godini. Interesantno je primetiti da se u Sloveniji za osiguranje života u proseku po stanovniku izdvaja trostruko veći iznos nego što dosežu ukupna izdvajanja za osiguranje u Srbiji *per capita*. Slično, učešće premije osiguranja života u bruto domaćem proizvodu u Srbiji (u iznosu od 0,4 odsto) dvostruko je manje nego u Hrvatskoj (gde iznosi 0,8 procenata), to jest više nego trostruko manje od onog u Sloveniji (gde isti pokazatelj u 2014. godini iznosi 1,4 procenta).<sup>8</sup>

Volumen tržišta osiguranja, kao indikator njegovog potencijala da doprinese ekonomskom i društvenom razvoju zemlje, meri se apsolutnom visinom premijskog prihoda i tehničkih rezervi. S druge strane, indikator kvaliteta tog doprinosa jeste prosečno učešće osiguranja života u ukupnom osiguravajućem portfelju. Zbog izražene vremenske nepodudarnosti priliva i odliva sredstava, osiguranje života ima karakter namenske štednje i predstavlja

<sup>8</sup> *Ibid.*

izvor dugoročnih sredstava koja mogu da se plasiraju na tržištu kapitala, podstičući na taj način privredni razvoj zemlje.

### Grafički prikaz br. 3: kretanje ukupne premije osiguranja (2004–2014. godine)



Izvor: kalkulacije autora na osnovu podataka Narodne banke Srbije, Hrvatske agencije za nadzor finansijskih usluga, Agencije za zavarovalni nadzor i prezentacije <http://www.oanda.com/currency/converter>

Na osnovu grafičkog prikaza br. 3, moguće je uočiti sledeće: među izabranim zemljama zapadnog Balkana, Srbija ostvaruje relativno najnepovoljnije rezultate u pogledu obima osiguravajućeg portfelja, merenog ukupnom obračunatom premijom osiguranja. U 2014. godini, na srpskom tržištu osiguranja ostvarena je premija osiguranja od 572.000.000 evra,<sup>9</sup> što je više nego dvostruko manje u poređenju s Hrvatskom (milijardu i osamdeset četiri miliona evra),<sup>10</sup> i više nego trostruko manje u poređenju sa Slovenijom (milijardu i osamsto devedeset dva miliona evra).<sup>11</sup> Ipak, situacija je nešto povoljnija ukoliko se posmatra tempo rasta portfelja u toku vremena. Naime, prosečna godišnja realna stopa rasta premijskog prihoda od 2004. do 2014. godine iznosila je 6,9 odsto u Srbiji, odnosno tri procenta u Hrvatskoj, i svega 2,8 odsto u Sloveniji. Takođe je primetna tendencija smanjenja obima ukupnog tržišta osiguranja u Sloveniji i u Hrvatskoj od 2011. godine, dok to tržište u Srbiji tokom istog perioda postepeno raste.

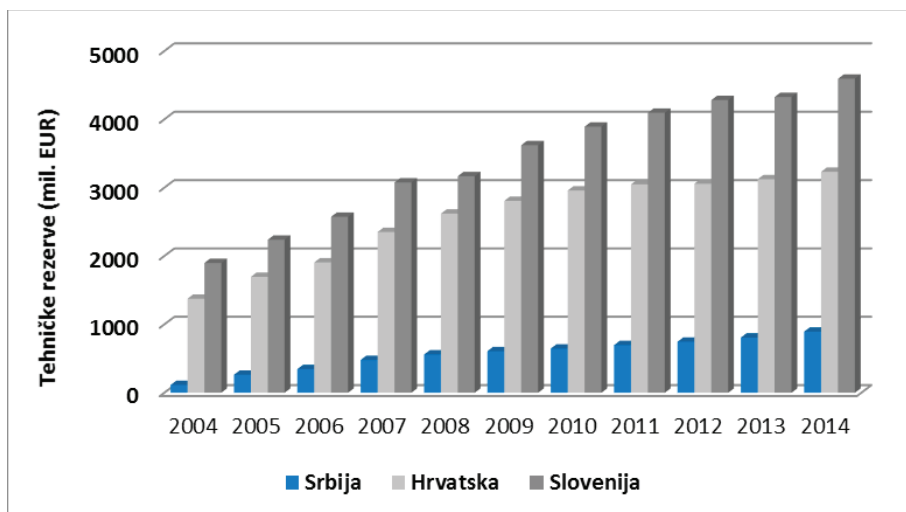
<sup>9</sup> [www.nbs.rs](http://www.nbs.rs)

<sup>10</sup> [www.hanfa.hr](http://www.hanfa.hr)

<sup>11</sup> Agencija za zavarovalni nadzor (2015). *Report of the Insurance Supervision Agency for 2014.*, Ljubljana: Agencija za zavarovalni nadzor, str. 20.

U poređenju sa prihodima od premije, obim tehničkih rezervi predstavlja direktniju meru potencijala delatnosti osiguranja da doprinese uvećanju društvenog bogatstva. Osiguravajuće kuće izdvajaju u svakoj poslovnoj godini deo premije koji će biti iskorišćen za isplate odšteta u narednoj godini ili u onima što slede. U pitanju su sredstva koja pripadaju osiguranicima, ali koja u međuvremenu, do trenutka naknade ili isplate osigurane sume, mogu biti plasirana na tržištu novca i kapitala, u cilju očuvanja i uvećanja njihove vrednosti. Posebno važan element tehničkih rezervi predstavljaju matematičke rezerve osiguranja života, čija se sredstva mogu investirati na dugi rok.

### Grafički prikaz br. 4: kretanje tehničkih rezervi osiguravajućih kuća (2004–2014. godine)



Izvor: kalkulacije autora na osnovu podataka Narodne banke Srbije, Hrvatske agencije za nadzor finansijskih usluga, Agencije za zavarovalni nadzor i prezentacije <http://www.oanda.com/currency/converter>

Relativno nizak obim tehničkih rezervi osiguravajućih kuća u Srbiji u 2014. godini (od 895.300.000 evra)<sup>12</sup> u poređenju s Hrvatskom i Slovenijom (gde su tehničke rezerve u istoj godini iznosile 3.233.900 evra,<sup>13</sup> odnosno 4.595.400 evra,<sup>14</sup> respektivno) dodatno potkrepljuje tvrdnju o nedovoljnoj razvijenosti domaćeg tržišta osiguranja. Iako su se tehničke rezerve osiguravača u Srbiji u posmatranom periodu uvećavale relativno brže od premijskog prihoda, ali

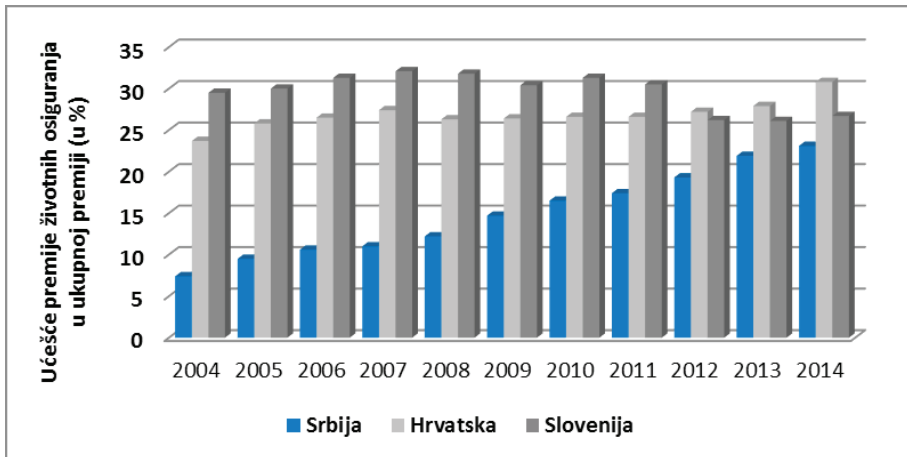
<sup>12</sup> [www.nbs.rs](http://www.nbs.rs)

<sup>13</sup> [www.hanfa.hr](http://www.hanfa.hr)

<sup>14</sup> Agencija za zavarovalni nadzor (2015), *Report of the Insurance Supervision Agency for 2014*, Ljubljana: Agencija za zavarovalni nadzor, str. 43.

i od tehničkih rezervi osiguravača u Hrvatskoj i Sloveniji, treba imati u vidu da je visoka prosečna godišnja stopa njihovog rasta (od 26,5 odsto) prvenstveno rezultat izrazito niske polazne osnove. Ipak, treba istaći da je ostvareno znatno povećanje učešća matematičke rezerve u ukupnim tehničkim rezervama osiguravača u Srbiji sa 17,3 odsto u 2005. godini na 52,5 odsto u 2014. godini.<sup>15</sup>

### Grafički prikaz br. 5: kretanje učešća premije životnih osiguranja u ukupnoj premiji osiguranja (2004–2014. godine)



Izvor: pripremljeno na osnovu podataka Narodne banke Srbije, Hrvatske agencije za nadzor finansijskih usluga, Agencije za zavarovalni nadzor

Tokom prethodne decenije kontinuirano raste učešće premije životnih osiguranja u ukupnom osiguravajućem portfelju u Srbiji, dostižući 23,1 odsto u 2014. godini.<sup>16</sup> Među posmatranim zemljama zapadnog Balkana, učešće premije životnih osiguranja u ukupnoj premiji najveće je u Hrvatskoj (30,8 odsto),<sup>17</sup> dok u Sloveniji, u 2014. godini, iznosi 26,7 odsto.<sup>18</sup> Činjenica da se najveći deo ukupne premije osiguranja u Srbiji odnosi na obavezno osiguranje od auto-odgovornosti (32,7 odsto u 2014. godini)<sup>19</sup> svedoči da je struktura osiguravajućeg portfelja još uvek nepovoljna.

<sup>15</sup> www.nbs.rs

<sup>16</sup> www.nbs.rs

<sup>17</sup> www.hanfa.hr

<sup>18</sup> Agencija za zavarovalni nadzor (2015). *Report of the Insurance Supervision Agency for 2014*, Ljubljana: Agencija za zavarovalni nadzor, str. 20.

<sup>19</sup> www.nbs.rs

## **2. Efekti liberalizacije i privatizacije na razvoj tržišta osiguranja u zemljama u tranziciji**

Uspah delatnosti osiguranja meri se njenom efikasnošću, ali i njenim efektima na ekonomski i društveni razvoj zemlje. Stoga je u otežanim makroekonomskim uslovima, u kojima funkcionišu tranzicione ekonomije, utoliko izraženija potreba za opreznom i promišljenom politikom i strategijom razvoja nacionalnog tržišta osiguranja. Stanje i tendencije ekonomskog ambijenta, svakako, jesu važna, ali ne i jedina objašnjavajuća varijabla dostignutog nivoa i daljih perspektiva razvoja osiguravajuće delatnosti. U datom kontekstu, uvažavajući reformske procese koji se odvijaju u zemljama u tranziciji, od interesa je sagledati ispoljene i potencijalne efekte izabranog modela privatizacije osiguravajućih kuća, s posebnim akcentom na odnosu stranog i domaćeg kapitala. Pri relativno niskom nivou ekonomske razvijenosti i životnog standarda, svaki priliv kapitala u osiguravajuću delatnost može biti od značaja jer to olakšava njeno normalno funkcionisanje. Država i njen regulatorni i nadzorni organ za oblast osiguranja, svakako, imaju ključnu ulogu u pravilnom usmeravanju postojećih i budućih priliva sredstava, tako da se obezbedi povratni pozitivni doprinos na privredne performanse i kvalitet života stanovništva.

Prikupljanjem i akumulacijom sitnih premijskih uplata osiguranika, osiguravajuće kuće u ulozi institucionalnih investitora formiraju krupne novčane rezerve, koje predstavljaju važan element ukupne nacionalne štednje. Sredstva osiguravajućih fondova mogu se plasirati u finansijsku i realnu delatnost, doprinoseći time opštem društvenom blagostanju. Otuda učešće privatnog, u zemljama u tranziciji prvenstveno inostranog kapitala u osiguravajućoj delatnosti predstavlja pitanje od strateškog značaja za ukupan ekonomski razvoj.

Prihvatanjem neoliberalnog modela razvoja u većini zemalja u tranziciji državne funkcije su redukovane na održanje makroekonomske stabilnosti, ograničenje potrošnje, privatizaciju i potpunu liberalizaciju domaćeg tržišta za strani kapital. Zemlje u tranziciji koje su pažljivo ušle u proces privatizacije i koje su u većem obimu zadržale svoju imovinu imale su veću stopu privrednog rasta i veću zaposlenost nego one koje su svoju imovinu u najvećem obimu prodale strancima.<sup>20</sup> Rezultati empirijskih istraživanja pokazuju da neoliberalnom filozofijom inspirisana masovna privatizacija izaziva šok za tranzicione ekonomije, usporavajući njihov rast i produbljujući jaz u odnosu na razvijene

---

<sup>20</sup> Kocovic, J., Rakonjac Antic, T., Jovic, M. (2012). „Effects of privatization model of insurance market in transition economies”, in M. Jaksic, B. Cerovic, A. Prascevic (eds.), *From Global Crisis to Economic Growth Which Way to Take?* Vol. I: Economics, Belgrade: Faculty of Economics, University of Belgrade, str. 489.

tržišne ekonomije.<sup>21</sup> Iako može povećati produktivnost ekonomije i likvidnost (ali ne nužno i stabilnost) finansijskog tržišta, privatizacija istovremeno doprinosi porastu nezaposlenosti, visokoj zavisnosti od inostranog kapitala i multinacionalnih kompanija, padu nacionalnog ekonomskog bogatstva i socijalnog blagostanja. Pri takvim uslovima, strateški razlozi i razlozi obezbeđenja sigurnosti ekonomije i kvaliteta života stanovništva diktiraju potrebu da države u tranziciji povećaju produktivnost i efikasnost javnog sektora, i očuvaju udele u vlasništvu kompanija u delatnostima od nacionalnog značaja, kao što je osiguranje.<sup>22</sup>

U kontekstu razmatranja privatizacije delatnosti osiguranja zemalja u tranziciji, posebna pažnja u literaturi poklanja se invazivnijem ulasku inostranih osiguravača na njihova tržišta. Kao ključni argumenti u prilog prilivu inostranog kapitala u osiguranju navode se poboljšanje kvaliteta usluga, transfer tehnološkog i menadžerskog know-how, dodatni eksterni izvori finansiranja i efekti u pravcu poboljšanja funkcije nadzora nad osiguranjem.<sup>23</sup> Slabljenjem monopolističkih i oligopolističkih tržišnih struktura i povećanjem nivoa tržišne konkurencije, liberalizacija dovodi do proširenja asortimana usluga osiguravajućih kuća i njihovih pristupačnijih cena.<sup>24</sup> Ipak, brojni autori upozoravaju da preterana liberalizacija tržišta osiguranja potencijalno dovodi do dominacije inostranih osiguravača, neravnomernog razvoja tržišnih segmenata (inostrani osiguravači mogu biti zainteresovani za najprofitabilnije, prvenstveno komercijalne oblasti i velike korporativne klijente, zapostavljajući segmente u kojima se kao klijenti javljaju fizička lica)<sup>25</sup> i odliva kapitala u inostranstvo. Uprkos mogućem povećanju efikasnosti tržišta, ukoliko inostrana sredstva ulaze u ovu delatnost kako bi kasnije, oplodena, izašla iz ekonomskog sistema zemlje, potencijal delatnosti osiguranja da povoljno utiče na društveno-ekonomski razvoj ostaje neiskorišćen.<sup>26</sup> Neto efekat procesa liberalizacije tržišta

---

21 King, L. (2003), „Shock Privatization: The Effects of Rapid Large-Scale Privatization on Enterprise Restructuring“, *Politics & Society*, Vol. 31, No. 1, p. 3.

22 Kallianiotis, J. N. (2009), „European Privatization and its Effect on Financial Markets and the Economy from a Social Welfare Perspective“, *International Research Journal of Finance and Economics*, Vol. 28, p. 66.

23 Skipper J., Harrold, D. (1996), „The role of foreign insurers in transition economies and developing countries“, *International Insurance Monitor*, Vol. 49 (2), p. 18.

24 Škuflić, L., Galetić, F., Gregurić, B. (2011), „Liberalization and market concentration in the insurance industry: Case of Croatia“, *Economic Review – Journal of Economics and Business*, Vol. IX, No. 2, str. 73.

25 Skipper, J., Starr C. V., Robinson, J. M. (2000), *Liberalisation of Insurance Markets: Issues and Concerns*, in *Insurance and Private Pensions Compendium for Emerging Economies*, Paris: OECD, p. 15.

26 Kocovic, J., Rakonjac Antic, T., Jovovic, M. (2012). „Effects of privatization model of insurance market in transition economies“, in M. Jaksic, B. Cerovic, A. Prascevic (eds.), *From Global Crisis to Economic Growth Which Way to Take? Vol. I*, Economics, Belgrade: Faculty of Economics, University of Belgrade, str. 494.

osiguranja uslovljen je stepenom ekonomske razvijenosti zemlje, dubinom domaćeg finansijskog tržišta i kvalitetom institucija.<sup>27</sup>

### 3. Analiza vlasničke strukture tržišta osiguranja u Srbiji

Izabrani model privatizacije tržišta osiguranja manifestuje se na vlasničkoj strukturi osiguravajućih kuća i njenoj dinamici tokom vremena. Na srpskom tržištu osiguranja inostrani kapital ostvaruje dominantno učešće u ukupnom broju tržišnih učesnika i relevantnih indikatora njihovog poslovanja. Prema podacima Narodne banke Srbije iz 2014. godine, od 21 društva koja su se bavila isključivo poslovima osiguranja, čak 17 njih je u većinskom stranom vlasništvu. Najveći broj društava za osiguranje u stranom vlasništvu je iz Austrije (20 odsto), a zatim iz Slovenije (16 odsto) i Španije (osam odsto).<sup>28</sup> Ova društva beleže preovlađujuće učešće u premiji životnih osiguranja (91,5 odsto), premiji neživotnih osiguranja (64,7 odsto), tehničkim rezervama (81,7 odsto), ukupnoj imovini (75 odsto) i broju zaposlenih (68,8 odsto).

Na grafičkom prikazu br. 6. može se uočiti da je tokom prethodne decenije slovenačko tržište osiguranja zadržalo relativno stabilnu vlasničku strukturu, dok je intenzivniji proces liberalizacije, kome su bili izloženi hrvatsko i naročito srpsko tržište osiguranja, rezultovao rastućim učešćem inostranog kapitala na njima. Na početku posmatranog perioda, na srpskom tržištu poslovala su svega četiri inostrana osiguravača, s učešćem od približno šest procenata.<sup>29</sup> U međuvremenu, kao rezultat procesa privatizacije i ulaska inostranih kompanija dobijanjem *green field* licenci, učešće stranog kapitala na tržištu osiguranja u Srbiji tokom perioda 2004–2014. godine više je nego udesetostučeno, iako je na početku perioda bilo na istom nivou kao u Sloveniji. Uočene tendencije upućuju na bitno različitu politiku liberalizacije tržišta osiguranja posmatranih zemalja. Za razliku od Srbije, očigledno je da su Slovenija i Hrvatska oprezno pristupile ulasku stranog kapitala u prethodnom periodu, s namerom da zaštite nacionalno tržište osiguranja, istovremeno ga ne zatvarajući za inostranu konkurenciju. Primer Slovenije se upravo često navodi u literaturi kao reprezentativan za zemlje u tranziciji koje su uspele da izgrade snažnu i stabilnu delatnost osiguranja, prvenstveno životnog, a da su pri tome izbegle dominaciju inostranog kapitala u njoj.<sup>30</sup>

---

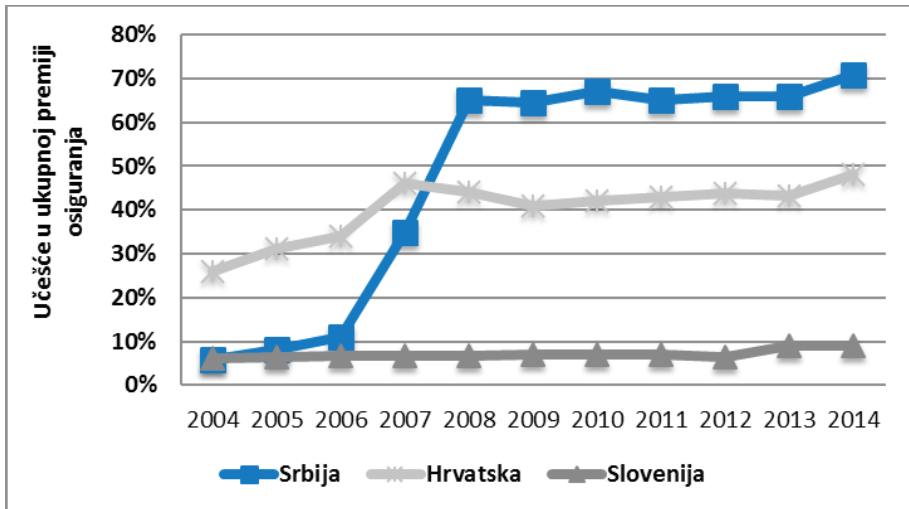
27 Broner, F. A., Ventura, J. (2010) „Rethinking the Effects of Financial Liberalization“, *NBER Working Paper* No. 16640, CREI, Universitat Pompeu Fabra, p. 33.

28 Narodna banka Srbije (2015), *Sektor osiguranja u Srbiji – izveštaj za 2014. godinu*. Beograd, Narodna banka Srbije, str. 9.

29 [www.nbs.rs](http://www.nbs.rs)

30 Bonin, J., Wachtel, P. (2003). „Financial Sector Development in Transition Economies: Lessons from the First Decade“, *Financial Markets, Institutions and Instruments*, Vol. 12, No. 1, str. 46.

Grafički prikaz br. 6: kretanje učešća osiguravača u stranom vlasništvu u ukupnoj premiji osiguranja (2004–2014. godine)



Izvor: podaci Narodne banke Srbije, Hrvatske agencije za nadzor finansijskih usluga, Agencija za zavarovalni nadzor

Nacionalna kompanija „Dunav osiguranje“, kao najveći učesnik na osiguravajućem tržištu u Srbiji, ostvaruje udeo od oko 25,3 odsto u ukupnim prihodima od premije i od oko 8,5 odsto u prihodima od premije osiguranja života u 2014. godini. U vlasništvu Kompanije „Dunav“ nalazi se 18,8 odsto ukupne imovine delatnosti osiguranja.<sup>31</sup> Posebno je važno naglasiti da je u pitanju jedina domaća kompanija koja se bavi životnim osiguranjem i koja na našem tržištu ima najveći portfelj u vrstama osiguranja od strateškog značaja, poput osiguranja vazduhoplova i osiguranja šinskih vozila. U slučaju prodaje poslednje preostale državne osiguravajuće kuće inostranim investitorima, učešće domaćeg kapitala na celokupnom tržištu osiguranja bilo bi svedeno na samo 7,5 procenata. Mereno ukupnim prihodima od premije, tržište osiguranja u Srbiji znatno je manje u poređenju sa Slovenijom i Hrvatskom, i utoliko osetljivije i na najmanje promene odnosa učesnika na njemu.

Iskustva Slovenije i Hrvatske u pogledu sudbine nacionalne osiguravajuće kuće s dominantnim tržišnim učešćem međusobno su različita, te mogu biti relevantna za Srbiju. Na slovenačkom tržištu osiguranja, Zavarovalnica „Triglav“ ostvaruje učešće od 31,3 odsto u ukupnoj fakturisanj premiji i 34,4 odsto u fakturisanj premiji životnog osiguranja u 2014. godini.<sup>32</sup>

<sup>31</sup> www.nbs.rs

<sup>32</sup> Agencija za zavarovalni nadzor (2015), *Report of the Insurance Supervision Agency for 2014*. Ljubljana: Agencija za zavarovalni nadzor, str. 25.



U vlasničkoj strukturi Zavarovalnice „Triglav“ u 2015. godini preovlađujuće učešće imaju Fond za penzijsko i invalidsko osiguranje (34,5 odsto) i Slovenački državni holding (28,2 odsto), dok ostatak pripada manjim privatnim akcionarima.<sup>33</sup> I posle potpunog otvaranja tržišta za ulazak osiguravača iz EU, to osiguravajuće društvo zadržalo je svoju lidersku poziciju, dokazavši da je najbitniji kvalitet usluga koje pruža i da državna kompanija može odoleti pritisku inostranih konkurenata podižući kvalitet svojih usluga, a time i svoje performanse. Kao državna osiguravajuća kuća čiji su prioritet nacionalni interesi, Zavarovalnica „Triglav“ preuzima odgovornost za katastrofalne rizike, koji prete nacionalnoj ekonomiji Slovenije.<sup>34</sup> Stoga je u okviru klasifikacije državnih investicija Vlade Slovenije Zavarovalnica „Triglav“ označena kao strateška kompanija, gde će država zadržati većinski udeo.

Početkom 2014. godine Vlada Hrvatske je posredstvom više državnih institucija bila vlasnik 80,2 odsto kapitala „Croatia osiguranja“, da bi iste godine bilo prodato 38,6 odsto. Kupac je dokapitalizacijom povećao iznos osnovnog kapitala, nakon čega je u državnom vlasništvu ostalo 30,6 odsto kapitala te kompanije.<sup>35</sup> Neposredno pre privatizacije tržišno učešće „Croatia osiguranja“ iznosilo je 28,9 odsto u ukupnoj premiji i 14 odsto u premiji životnih osiguranja. Prema podacima Hrvatskog ureda za osiguranje, već u 2015. godini zabeležen je pad fakturisane premije neživotnih osiguranja za 6,2 odsto, dok je premija životnih osiguranja te kompanije povećana u odnosu na 2014. godinu. Posledično, iako je učešće u oblasti životnih osiguranja u 2015. godini povećano na 17,5 procenata, taj porast nije bio dovoljan da nadomesti pad premije neživotnih osiguranja, zbog čega je ukupno tržišno učešće smanjeno na 26,4 odsto.<sup>36</sup>

Dosadašnje iskustvo prodaje domaćih osiguravajućih kuća u Srbiji, s druge strane, nije uvek ohrabrujuće. Na primer, privatizacija „Kopaonika“ realizovana je sredinom 2006. godine, kada je učešće kompanije na tržištu iznosilo 2,4 odsto. U 2014. godini, „Triglav Kopaonik“ beleži tržišno učešće od 3,8 odsto, što se može smatrati neznatnim povećanjem u odnosu na trenutak privatizacije. Još su drastičniji primeri smanjenja tržišnog učešća domaćih državnih osiguravajućih kuća nakon njihovog prelaska u inostrano vlasništvo. Tržišno učešće DDOR „Novi Sad“ je neposredno pre privatizacije, u 2007.

---

33 „Triglav Group“ and Zavarovalnica „Triglav“ (2016), *Audited annual report for the year ended 31 December 2015*, Ljubljana: Triglav Group and Zavarovalnica Triglav, p. 32.

34 Kočović, J. (2012). „Analysis of insurance markets of Western Balkan Countries During The Last Decade“, in Jovanović, Gavrilović et al. (ed.) (2012), *Achieved Results and Prospects of Insurance Market Development in Modern World*, Faculty of Economics, Publishing Centre, University of Belgrade, p. 27.

35 Državni ured za reviziju (2015). *Izvešće o obavljenoj reviziji godišnjeg izveštaja o izvršenju državnog proračuna Republike Hrvatske za 2014. godinu*. Zagreb: Državni ured za reviziju Republike Hrvatske, str. 15.

36 [www.huo.hr](http://www.huo.hr)

godini, iznosilo 28,2 odsto, da bi u 2014. godini bilo svedeno na svega 13,7 odsto.<sup>37</sup> Problemi koji su karakterisali poslednju deceniju, poput inflacije i nestabilnosti nacionalne valute, nedostatka iskustva u upravljanju rizicima, nerazvijene statistike osiguranja i računovodstvenih standarda, predstavljaju veliku nepoznanicu za inostrane osiguravače.<sup>38</sup> Tome treba dodati nizak životni standard, ali i nizak nivo kulture osiguranja u našoj zemlji. Smanjenje ili stagnacija tržišnog učešća pojedinih osiguravača nakon prelaska u inostrano vlasništvo objašnjavaju se i nesnalaženjem inostranog menadžmenta usled nepoznavanja specifičnih lokalnih uslova, zakonske regulative i psihologije građana Srbije kao potencijalnih osiguranika, kao i usled jezičke barijere.<sup>39</sup> Empirijska analiza sprovedena na tržištu neživotnih osiguranja Srbije 2012. godine pokazuje da ne postoji statistički znatna razlika u performansama osiguravača u domaćem i stranom vlasništvu.<sup>40</sup> Time je opovrgnuta teza o apriornoj uspešnosti stranog kapitala na domaćem tržištu osiguranja. Razliku između osiguravajućih kuća ne treba praviti prema njihovoj vlasničkoj strukturi, već prema valjanosti njihovog poslovanja, merenog vrednostima indikatora finansijske snage.

### 4. Zaključak

Posmatrano u globalnim razmerama, savremeno tržište osiguranja karakterišu procesi liberalizacije i deregulacije, podstaknuti prvenstveno otvaranjem zemalja u razvoju za ulazak inostranog kapitala, u pokušaju da se podstakne razvoj sopstvenih osiguravajućih tržišta. Od inostranih investitora se očekuje da efikasnijom alokacijom kapitala, povećanjem tržišne konkurencije, proširenjem mogućnosti potrošačkog izbora i podizanjem kvaliteta usluga osiguranja, pruže podsticaj razvoju tržišta osiguranja i, samim tim, ukupnom ekonomskom razvoju tih zemalja. Međutim, da li će zaista biti iskorišćen potencijal inostranog kapitala da pomogne razvoj tržišta osiguranja i celokupne nacionalne ekonomije, u velikoj meri zavisi od stanja i dinamike makroekonomskih uslova, ali i od pristupa regulatornog i nadzornog organa. Bez jasno definisane državne strategije razvoja osiguravajućeg tržišta, pre svega sa aspekta efekata privatizacije i stranih ulaganja, nijedan model razvoja

---

<sup>37</sup> [www.nbs.rs](http://www.nbs.rs)

<sup>38</sup> Dorfman, M. S., Ennsfellner, K. C. (1998), *The Coming of Private Insurance to A Former Planned Economy: The Case of Slovenia*. Washington DC: International Insurance Foundation, str. 12.

<sup>39</sup> Kocovic, J., Rakonjac Antic, T., Jovovic, M. (2012). „Effects of privatization model of insurance market in transition economies”, in M. Jaksic, B. Cerovic, A. Prasevic (eds.), *From Global Crisis to Economic Growth Which Way to Take? Vol. I: Economics*, Belgrade: Faculty of Economics, University of Belgrade, str. 498.

<sup>40</sup> Kočović, J., Jovović, M. (2013). „Problemi razvoja tržišta osiguranja u Srbiji”, *Ekonomika politika i razvoj*, Tematski zbornik radova, redaktori: Jovanović Gavrilović, B., Rakonjac Antić, T., Stojanović, Ž., Filipović, M., Beograd: Ekonomski fakultet, Univerzitet u Beogradu, str. 239.

ne može biti efikasan. Neophodne pretpostavke uspešnog ostvarenja procesa liberalizacije tržišta osiguranja u zemljama u tranziciji jesu paralelno jačanje zakonske regulative i nadzora s jedne strane, i unapređenje makroekonomskih uslova poslovanja, s druge strane. Kreiranje odgovarajućeg regulatornog i makroekonomskog ambijenta koji podstiču razvoj tržišta osiguranja uslov je efikasnog korišćenja kapitala nezavisno od njegovog porekla, to jest nezavisno od toga da li je on domaći ili strani, državni ili privatni.

U radu su prikazani dostignuti rezultati i ispoljene tendencije razvoja tržišta osiguranja u Srbiji tokom poslednje decenije. Mereno vrednostima opštih i posebnih pokazatelja, srpsko tržište osiguranja je, ne samo u globalnim već i u regionalnim razmerama, još uvek na relativno niskom stepenu razvijenosti, što ograničava potencijal delatnosti da doprinese razvoju ekonomije i poboljšanju kvaliteta života stanovništva. Sprovedene mere regulatornog i nadzornog organa u pravcu uređenja i stabilizacije tržišta, kao i vraćanja poverenja javnosti u instituciju osiguranja, bile su efektivne, ali postoji prostor za dalja unapređenja. U kojoj će meri to zaista biti iskorišćeno, zavisi od strategije i politike u pogledu privatizacije osiguravajućeg tržišta u vremenu pred nama.

Iskustva zemalja s razvijenijim osiguravajućim tržištem u odnosu na srpsko iskustvo predstavljaju značajan izvor pouka u cilju predupređenja mogućih negativnih efekata neoliberalnog modela razvoja tržišta osiguranja. U poređenju s Hrvatskom i Slovenijom, Srbija beleži relativno najniže vrednosti indikatora razvijenosti osiguravajućeg tržišta, pri relativno najvećem i najbrže rastućem učešću inostranog kapitala u ukupnim prihodima od premije osiguranja. Primer Slovenije upravo pokazuje da liberalizacija tržišta osiguranja ne znači *a priori* da je domaći kapital neefikasan u poređenju s inostranim. Naprotiv, poodmaklim reformskim procesima i procesima harmonizacije sa zakonskom regulativom EU u Sloveniji su stvoreni uslovi za formiranje regulisanog tržišta osiguranja, gde je uspostavljen ravnopravan tretman njegovih učesnika u uslovima zdrave konkurencije i poštovanja pravila tržišne utakmice i pravila koja su ustanovljena zakonom, a čije je narušavanje strogo sankcionisano.

Dosadašnji rezultati procesa privatizacije i liberalizacije tržišta osiguranja u Srbiji nisu ohrabrujući. U veoma kratkom periodu, inostrani kapital je zauzeo dominantnu ulogu na domaćem tržištu, preteći da gotovo u potpunosti preuzme kontrolu nad tržištem u slučaju prodaje jedine preostale osiguravajuće kuće u državnom vlasništvu, dok je tržišno učešće pojedinih kompanija koje su u analiziranom periodu privatizovane smanjeno. Očigledno je da masovna prodaja domaćih osiguravajućih kuća, kao neoliberalni model razvoja tržišta osiguranja u zemljama u tranziciji, ne može rešiti postojeće razvojne probleme tržišta osiguranja u Srbiji, već ih može samo kratkoročno odložiti i dovesti do njihovog zaoštavanja.

Sasvim je opravdana sumnja da će osiguravajuće kuće u većinskom stranom vlasništvu prihvatiti na sebe odgovornost da akumulirana sredstva, koja predstavljaju deo nacionalne štednje, usmere u razvoj finansijskog tržišta u Srbiji, kao neophodan uslov budućeg rasta i razvoja domaćeg tržišta osiguranja. Kao prednosti ulaska stranog kapitala na tržište osiguranja, mogu se izdvojiti: otvaranje i liberalizacija tržišta, efikasnije i ažurnije rešavanje šteta, uvođenje novih tehnologija i novih usluga, ukidanje monopola, poboljšanje performansi osiguravača, lojalna konkurencija, uređenje tržišta osiguranja itd. Međutim, osnovni cilj stranih investicija je profit, s kojim se rast proizvodnje i zaposlenosti ne moraju nužno poklopiti. S druge strane, domaći kapital se uglavnom usmerava u domaće investicione projekte, pospešuje rast zaposlenosti i lako prepoznaje prioritete razvoja svoje zemlje. Stoga je neophodno pronaći odgovarajuću meru u vlasničkoj strukturi kapitala društava za osiguranje.

Imaju li se u vidu pozitivna iskustva Slovenije, neophodan je pristup dozirane, oprezne liberalizacije u predstojećem periodu razvoja srpskog tržišta osiguranja. Takav pristup bi podrazumevao opstanak najvećeg tržišnog učesnika u domaćem državnom vlasništvu, uz dalje stimulisanje ulaska inostranog kapitala u obliku *green field* investicija. Zahvaljujući transferu *know-how*, inostrani kapital ima posebno važnu ulogu u oblasti dugoročnih vidova osiguranja, poput životnog i dobrovoljnog penzijskog osiguranja, kako bi bio omogućen njihov prelazak iz ekstenzivne u intenzivnu fazu razvoja. Cilj predloženog konzervativnog pristupa je usmeravanje naplaćene premije osiguranja i tehničkih rezervi, kao dela nacionalne štednje, u investicione projekte u Srbiji, čime bi bio podstaknut razvoj nacionalne ekonomije i stvorene pretpostavke za povratne pozitivne efekte na razvoj tržišta osiguranja.

## Literatura

- Agencija za zavarovalni nadzor (2015). *Report of the Insurance Supervision Agency for 2014*. Ljubljana: Agencija za zavarovalni nadzor.
- Bonin, J., Wachtel, P. (2003). „Financial Sector Development in Transition Economies: Lessons from the First Decade“, *Financial Markets, Institutions and Instruments*, Vol. 12, No. 1, pp. 1–66.
- Broner, F. A., Ventura, J. (2010). „Rethinking the Effects of Financial Liberalization“, *NBER Working Paper* No. 16640, CREI, Universitat Pompeu Fabra, pp. 1–49.
- Dorfman, M. S., Ennsfellner, K. C. (1998). *The Coming of Private Insurance to A Former Planned Economy: The Case of Slovenia*, Washington DC: International Insurance Foundation.
- Državni ured za reviziju (2015). *Izvešće o obavljenoj reviziji godišnjeg izveštaja o izvršenju državnog proračuna Republike Hrvatske za 2014. godinu*. Zagreb: Državni ured za reviziju Republike Hrvatske.
- Kallianiotis, J. N. (2009). „European Privatization and its Effect on

- Financial Markets and the Economy from a Social Welfare Perspective“, *International Research Journal of Finance and Economics*, Vol. 28, pp. 66–85.
- King, L. (2003). „Shock Privatization: The Effects of Rapid Large Scale Privatization on Enterprise Restructuring“, *Politics & Society*, Vol. 31, No. 1, pp. 3–30.
  - Kocovic, J. (2012). „Analysis of insurance markets of Western Balkan Countries During The Last Decade“, in B. Jovanović Gavrilović et al. (eds.), *Achieved Results and Prospects of Insurance Market Development in Modern World*, Belgrade: Faculty of Economics, University of Belgrade, pp. 1–34.
  - Kočović, J., Jovović, M. (2013). „Problemi razvoja tržišta osiguranja u Srbiji“, *Ekonomska politika i razvoj*, Tematski zbornik radova, redaktori: Jovanović Gavrilović, B., Rakonjac Antić, T., Stojanović, Ž., Filipović, M., Beograd: Ekonomski fakultet, Univerzitet u Beogradu.
  - Kocovic, J., Rakonjac Antic, T., Jovovic, M. (2012). „Effects of privatization model of insurance market in transition economies“, in M. Jaksic, B. Cerovic, A. Prascevic (eds.), *From Global Crisis to Economic Growth Which Way to Take? Vol. I: Economics*, Belgrade: Faculty of Economics, University of Belgrade, pp. 483–506.
  - Narodna banka Srbije (2015). *Sektor osiguranja u Srbiji – izveštaj za 2014. godinu*. Beograd: Narodna banka Srbije.
  - Skipper J., Harrold, D. (1996). „The role of foreign insurers in transition economies and developing countries“, *International Insurance Monitor*, Vol. 49 (2), pp. 1–18.
  - Skipper, J., Starr C. V., Robinson, J. M. (2000). *Liberalisation of Insurance Markets: Issues and Concerns, in Insurance and Private Pensions Compendium for Emerging Economies*. Paris: OECD
  - Škuflić, L., Galetić, F., Gregurić, B. (2011). „Liberalization and market concentration in the insurance industry: case of Croatia“, *Economic Review – Journal of Economics and Business*, Vol. IX, No. 2, pp. 61–75.
  - Swiss Re (2003). „World insurance in 2004: growing premiums and stronger balance sheets“, *Sigma*, No. 2/2005, Zürich: Swiss Re.
  - Swiss Re (2015). „World insurance in 2014: back to life“, *Sigma*, No. 4/2015, Zürich: Swiss Re.
  - Triglav Group and Zavarovalnica Triglav (2016). *Audited annual report for the year ended 31 December 2015*. Ljubljana: Triglav Group and Zavarovalnica Triglav, p. 32.
  - [www.hanfa.hr](http://www.hanfa.hr)
  - [www.huo.hr](http://www.huo.hr)
  - [www.nbs.rs](http://www.nbs.rs)
  - [www.oanda.com/currency/converter](http://www.oanda.com/currency/converter)
  - [www.swissre.com/sigma](http://www.swissre.com/sigma)

UDK: 339.9.012.421+339.13.025.88.339.1:368(497.11)

**Prof. Jelena Ž. Kočović, PhD<sup>1</sup>**

*Professor, Faculty of Economics, University of Belgrade*

**Marija R. Jovović, PhD<sup>2</sup>**

*Assistant, Faculty of Economics, University of Belgrade*

## **EFFECTS OF LIBERALIZATION AND PRIVATIZATION ON SERBIAN INSURANCE MARKET DEVELOPMENT**

The subject of this paper are emerging tendencies of Serbian insurance market in the past decade. Comparative survey of the value of general and specific indicators of development of the insurance market in the European Union, as well as in Croatia and Slovenia - as countries within the region - allows for the positioning of the Serbian insurance market and identifying its development problems. The beginning of the period which we have analyzed is marked by the creation of a new regulatory framework and measures taken by the insurance supervisory authority in order to stabilize the industry and create a healthy basis for its development. In the remaining part of the observation period, the given insurance market undergoes the processes of privatization and liberalization, in order to increase market competition, raise quality and enrich the range of insurance services, as well as to get a more efficient allocation of the industry resources. The research aims to identify the effects of privatization of domestic insurance companies and of foreign investments in Serbian insurance market or national economy. The authors claim that on the insurance market, the foreign capital is not necessarily more successful than domestic, thus denying the neo-liberal viewpoint according to which the sale of domestic companies is the only effective development model of the insurance market in the emerging countries. The difference between the insurance companies should not be made according to their ownership structure, but according to the quality of their business and the services they provide.

**Key words:** *insurance market, liberalization, privatization.*

---

1 e-mail: kocovic@ekof.bg.ac.rs

2 e-mail: marijajovovic@ekof.bg.ac.rs

## **1. Modern Tendencies of Serbian Insurance Market Development**

The actual level of development of a particular insurance market is viewed through the prism of the corresponding general indicators, but also detailed indicators of market volume and structure, and their tendencies over time. Reliability and quality of the results of the analysis of the level of development of Serbian insurance market is increased by comparing it with the markets of countries in the region, but also positioning it on the global scale and in relation to the group of European Union countries. It is important to note that the first part of the analysis refers to the observation period marked by the creation of a new regulatory framework and measures taken by insurance supervisory authority in order to stabilize the industry, create healthy basis for its development and restore public confidence in the institution of insurance. In the remaining part of this period, the chosen insurance markets of the Western Balkans (Serbia, Croatia and Slovenia) are included in the liberalization process in order to increase market competition, raise quality and enrich the range of insurance products and services, as well as to get a more efficient allocation of industry resources.

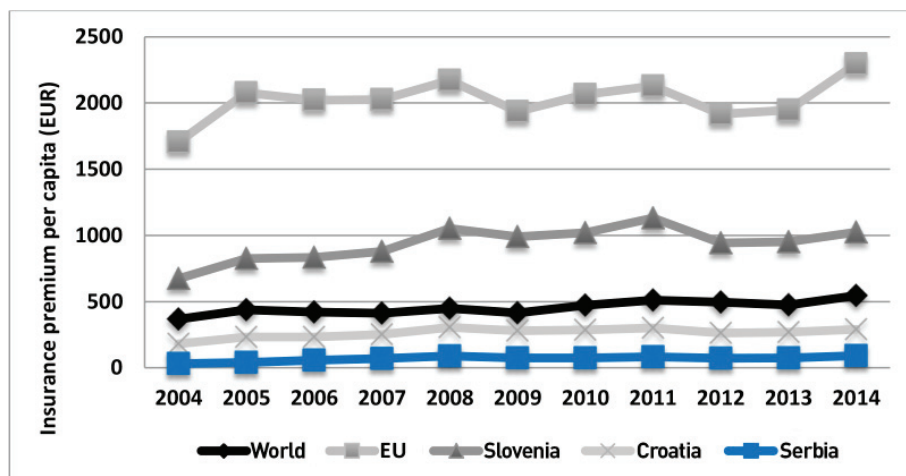
General indicators of development of the insurance market, but also the important indicators of economic development of the relevant country, are the level of the insurance premium *per capita* and the insurance premium percentage share in the gross domestic product. Total insurance premium per capita (i.e. the insurance density) in Serbia has nearly tripled over the past decade (from 32.8 EUR to 91.3 EUR). Nevertheless, the progress achieved on a global scale (where Serbia takes the 66th place according to the value of this indicator) and in comparison to Croatia and Slovenia, as countries from the region, is relatively small. With 1,024.9 EUR insurance premium per capita in 2014, Slovenia is ranked 29<sup>th</sup> in the world. In Croatia, in the same year, this indicator reached 289.6 EUR, which corresponds to the 48th rank position<sup>3</sup>. The underdevelopment of Serbian insurance market is even more evident if one takes into account that the average premium per capita indicator in the EU countries during the past decade amounted to 2,025.8 EUR.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Swiss Re (2015), „World Insurance in 2014: back to life“, *Sigma*, No. 4/2015, Zurich: Swiss Re, p.41

<sup>4</sup> [www.swissre.com/sigma](http://www.swissre.com/sigma)

**Graph 1: Insurance Premium per Capita (2004-2014)**



Source: Prepared on the basis of [www.swissre.com/sigma](http://www.swissre.com/sigma) and [www.oanda.com/currency/converter](http://www.oanda.com/currency/converter)

Relatively stable share of total insurance premium in the gross domestic product (so-called insurance penetration) indicates a consistent trend of two variables at a time in the observed countries, which is a logical consequence of interdependence between the economic development and development of the insurance market<sup>5</sup>. According to the value of this indicator of 1.9%, Serbia was ranked 63rd in the world in 2014, recording a decrease compared to the beginning of the observed period (when it was ranked 60<sup>th</sup>, according to the same indicator, which amounted to 2.2%)<sup>6</sup>, whereas the same share for the EU countries, in the past decade, amounted to 8.2%. Given the value of the same indicator, Slovenia was in 2014 ranked 31st in the world, recording a slight deterioration compared to 2004 (29<sup>th</sup> place), while the rank of Croatia decreased from 43<sup>rd</sup> (in 2004) to 51<sup>st</sup> (in 2014).<sup>7</sup>

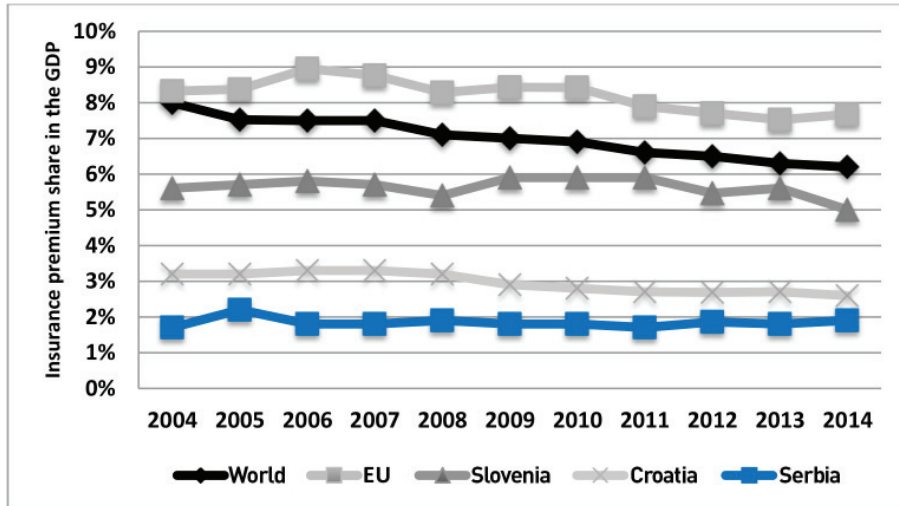
<sup>5</sup> Kocovic, J., Rakonjac Antic, T., Jovovic, M. (2012). „Effects of privatization model of insurance market in transition economies“, in M. Jaksic, B. Cerovic, A. Prascevic (eds.), *From Global Crisis to Economic Growth Which Way to Take?* Vol. I: Economics, Belgrade: Faculty of Economics, University of Belgrade, p. 488.

<sup>6</sup> Swiss Re (2003). „World insurance in 2004: growing premiums and stronger balance sheets“, *Sigma*, No. 2/2005, Zürich: Swiss Re, p. 41.

<sup>7</sup> Swiss Re (2015) „World insurance in 2014: back to life“, *Sigma*, No. 4/2015, Zürich: Swiss Re, p. 42.



**Graph 2: Insurance Premium Share Percentage in Gross Domestic Product (2004-2014)**



Source: Prepared on the basis of [www.swissre.com/sigma](http://www.swissre.com/sigma)

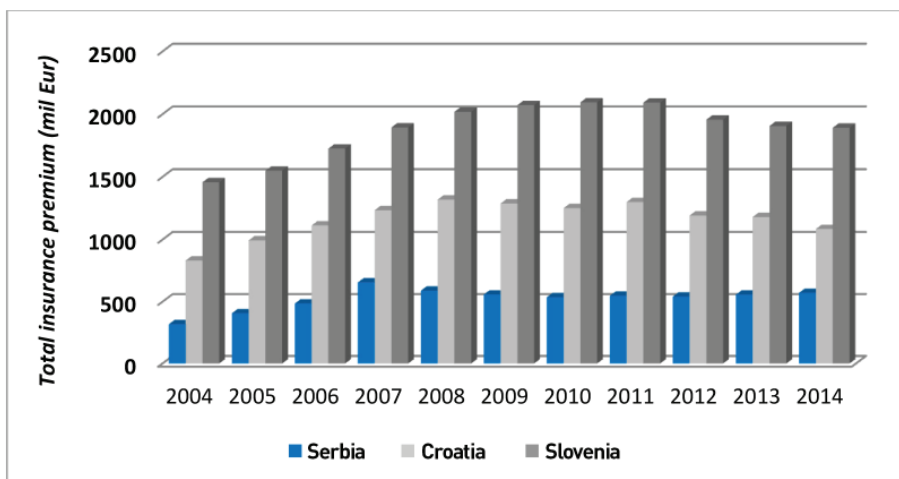
In terms of development of life insurance market, the situation in Serbia is even worse when compared to the entire insurance sector. Life premium *per capita* is extremely low, although it recorded a significant growth in the observed period, from 2.3 EUR in 2004 to approximately 19.7 EUR in 2014. The same indicator in Slovenia grew from 197.8 EUR, at the beginning, to 282.9 EUR at the end of the observed period. In Croatia in 2004, life insurance premium amounted to 53.0 euro *per capita* and grew to 88.8 EUR in 2014. It is interesting to note that the average amount paid for life insurance *per capita* in Slovenia is three times higher than the total amount paid for insurance coverage in Serbia, *per capita*. Similarly, the share of life insurance premium in gross domestic product in Serbia (to the amount of 0.4%) is twice less than in Croatia (to the amount of 0.8%) and/or more than three times less than in Slovenia (where the same indicator amounted to 1.4% in 2014).<sup>8</sup>

The volume of the insurance market, as an indicator of its potential to contribute to the economic and social development of the country, is measured by the absolute level of premium income and technical reserves. On the other hand, the indicator of the quality of such contribution is the average share of life insurance in the total insurance portfolio. Due to time expressed discrepancies between the inflow and outflow of funds, life insurance has a

<sup>8</sup> *Ibid.*

character of a special-purpose savings and represents a source of long-term funds that can be invested in the capital market, thus promoting the economic development of the country.

**Graph 3: Trends of Total Insurance Premium (2004-2014)**



Source: Calculated by the author on the basis of data of the National bank of Serbia, Croatian Financial Services Supervisory Agency, Insurance Supervision Agency (AZN) and <http://www.oanda.com/currency/converter>

From Graph 3, it is possible to observe that, among the selected countries of the Western Balkans, Serbia recorded the most unfavorable results regarding the scope of the insurance portfolio, as measured by the total stated insurance premium. In 2014, Serbian insurance market realized 572 million EUR<sup>9</sup> of insurance premium, which is more than twice less than Croatia (1,084 million EUR)<sup>10</sup> and more than three times less than Slovenia (1,892 million EUR)<sup>11</sup>. However, the situation is slightly more favorable when we observe the pace of portfolio growth over time. Namely, the average annual real growth rate of premium income in the period 2004 -2014 amounted to 6.9% in Serbia, 3.0% in Croatia and only 2.8% in Slovenia. There is also a noticeable trend of reduction of total insurance market volume in Slovenia and Croatia since 2011, while this market in Serbia has gradually increased during the same period.

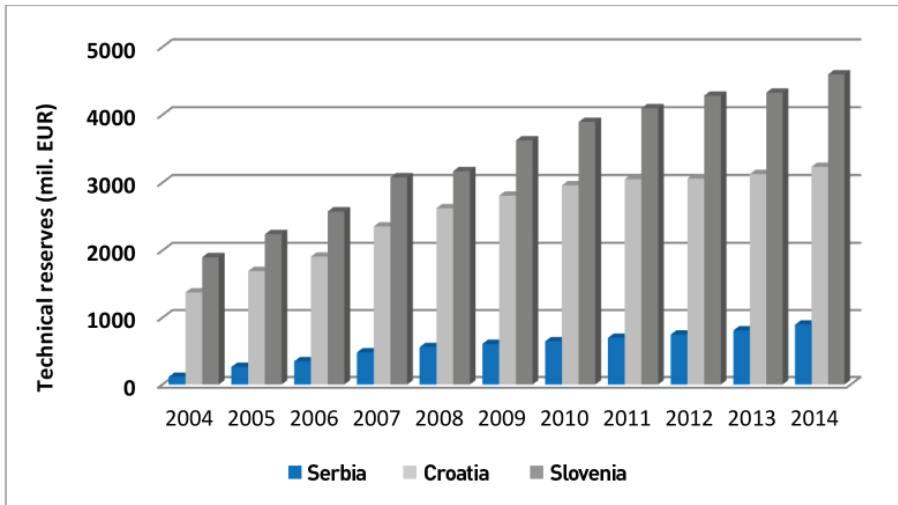
9 [www.nbs.rs](http://www.nbs.rs)

10 [www.hanfa.hr](http://www.hanfa.hr)

11 Insurance Supervision Agency (AZN) (2015). *Report of the Insurance Supervision Agency for 2014*. Ljubljana: Insurance Supervision Agency (AZN), p. 20.

Compared to the premium income, the volume of technical reserves is a more direct measure of potential of the insurance sector to contribute to increasing social wealth. In each business year, the insurance companies set aside a part of their premium to be used for the payment of claims in the next and/or following years. These funds belong to the insured persons, but in the meantime, until the moment of payment of insurance indemnity or the sum insured, they can be invested into the money and/or capital market, so as to preserve and increase their value. A particularly important element of technical reserves are life insurance mathematical reserves, which can be invested in the long term.

**Graph 4: Trends of Technical Reserves of Insurance Companies (2004-2014)**



Source: Calculated by the author, on the basis of data of the National bank of Serbia, Croatian Financial Services Supervisory Agency, Insurance Supervision Agency (AZN) and <http://www.oanda.com/currency/converter>

The relatively low volume of technical reserves of insurance companies in Serbia in 2014 (of 895.3 million EUR)<sup>12</sup> compared to Croatia and Slovenia (where technical reserves in the same year amounted to 3,233.9 million EUR<sup>13</sup> and/or 4,595.4 million EUR<sup>14</sup>, respectively) further corroborates the lack of development of domestic insurance market. Although the technical reserves of

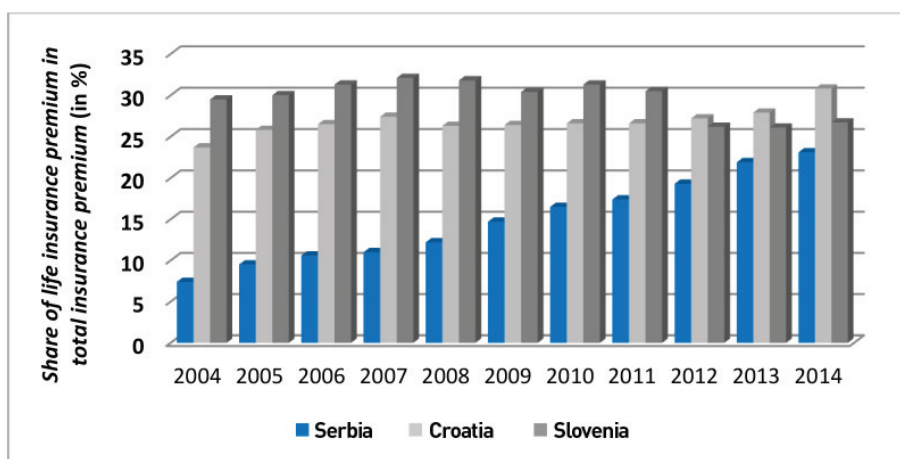
<sup>12</sup> [www.nbs.rs](http://www.nbs.rs)

<sup>13</sup> [www.hanfa.hr](http://www.hanfa.hr)

<sup>14</sup> Insurance Supervision Agency (AZN) (2015). *Report of the Insurance Supervision Agency for 2014*. Ljubljana: Insurance Supervision Agency (AZN), p. 43.

insurers in Serbia in the observed period magnified relatively faster than premium income and/or technical reserves of insurers in Croatia and Slovenia, it should be noted that their high average annual growth rate (of 26.5%) is primarily due to the extremely low starting point. However, one should note a significant increase in the share of mathematical reserves in the total technical reserves of insurers in Serbia, from 17.3% in 2005 to 52.5% in 2014.<sup>15</sup>

**Graph 5: Trends of Share of Life Premium in Total Insurance Premium (2004-2014)**



Source: Prepared on the basis of data of the National bank of Serbia, Croatian Financial Services Supervisory Agency, Insurance Supervision Agency (AZN)

Over the past decade, the share of life insurance in the total insurance portfolio in Serbia has continuously grown, reaching 23.1% in 2014<sup>16</sup>. Amongst the observed countries of the Western Balkans, the share of life insurance premium in the total premium was the largest in Croatia (30.8%)<sup>17</sup>, whereas in Slovenia it amounted to 26.7% in 2014.<sup>18</sup> The fact that the largest part of the total insurance premium in Serbia is accounted for by compulsory motor third party liability insurance (32.7% in 2014)<sup>19</sup> testifies that the structure of the insurance portfolio is still unfavorable.

<sup>15</sup> www.nbs.rs

<sup>16</sup> www.nbs.rs

<sup>17</sup> www.hanfa.hr

<sup>18</sup> Insurance Supervision Agency (AZN) (2015). *Report of the Insurance Supervision Agency for 2014*. Ljubljana: Insurance Supervision Agency (AZN), p. 20.

<sup>19</sup> www.nbs.rs

## **2. Effects of Liberalization and Privatization on Development of Emerging Insurance Markets**

The success of the insurance sector is measured by its efficacy and effects on the economic and social development of a country. Therefore, the need for careful and thoughtful policy and strategy for the national insurance market development is even more obvious in the harsh macroeconomic environment of the emerging economies. The status and trends of the economic environment are certainly an important, but not the only explanatory variable of the achieved level and further perspectives of development of the insurance sector. In this context and taking into account the reform processes which take place in the emerging countries, it is important to consider the actual and potential effects of the selected model of privatization of insurance companies, with particular emphasis on the relation between foreign and domestic capital. With a relatively low level of economic development and living standards, each inflow of capital in the insurance sector could be important for stirring its normal functioning. The state and its insurance regulatory and supervisory authorities surely have a crucial role in the proper allocation of present and future inflow of funds in such a way as to ensure, as a result, a positive contribution to industry performance and quality of life of the population.

By gathering and accumulation of small premiums paid by the insured persons, the insurance companies, as institutional investors, form large cash reserves, which represent an important element of overall national savings. The insurance funds can be invested in financial and real sector, thus contributing to general social well-being. Hence the participation of private (and/or mainly foreign capital, in case of emerging economies) in the insurance sector is an issue of strategic importance for the overall economic development.

By accepting the neoliberal model of development in most emerging countries, the government functions have been reduced to maintaining macroeconomic stability, limiting consumption, privatization and full liberalization of the domestic market for foreign capital. The emerging countries which carefully entered the privatization process and mainly retained their property, recorded a higher rate of economic growth and employment than those which sold most of their property to foreign investors.<sup>20</sup> Results of the empirical studies show that the mass privatization, inspired by the neoliberal philosophy, caused shocks to the emerging economies, slowing their growth and deepening

---

<sup>20</sup> Kocovic, J., Rakonjac Antic, T., Jovovic, M. (2012). „Effects of privatization model of insurance market in transition economies“, in M. Jaksic, B. Cerovic, A. Prascevic (eds.), *From Global Crisis to Economic Growth Which Way to Take?* Vol. I: Economics, Belgrade: Faculty of Economics, University of Belgrade, p. 489.

ing the gap between them and the developed market economies.<sup>21</sup> Although it can increase the productivity of the economy and liquidity (but not necessarily the stability) of the financial markets, privatization also contributes to rising unemployment, high dependence on foreign capital and multinationals, decline in the national economic wealth and social welfare. In such conditions, the reasons of strategic development and/or maintaining economic safety and quality of life of people dictate the need for the emerging economies to increase the productivity and efficiency of their public sector and keep their shares in property of the companies within the sectors of national importance, such as insurance.<sup>22</sup>

In the context of privatization of the insurance sector in the emerging countries, the professional literature dedicates special attention to the intensive entry of foreign insurers into the emerging markets. Key arguments in favour of the inflow of foreign capital into insurance are: the service quality improvement, transfer of technology and managerial know-how, external additional funding resources and effects on upgrading the functions of insurance supervision.<sup>23</sup> By weakening monopolistic and oligopolistic market structures and increasing levels of market competition, the liberalization leads to expanded range of services of insurance companies at the affordable price.<sup>24</sup> Still, many authors warn that excessive liberalization of the insurance market may lead to domination of foreign insurers, the uneven development of market segments (foreign insurers may be interested in the most profitable, primarily commercial sectors and large corporate clients, neglecting the segments in which customers are the natural persons)<sup>25</sup> and outflow of capital abroad. Despite possible increase of market efficiency, if the foreign assets enter this sector only to be enlarged and eventually leave the country's economic system, the potential of the insurance sector to positively affect the socio-economic development will remain untapped.<sup>26</sup> The net effect of the insurance market liberalization is

---

21 King, L. (2003), "Shock Privatization: The Effects of Rapid Large-Scale Privatization on Enterprise Restructuring", *Politics & Society*, Vol. 31, No.1, p. 3.

22 Kallianiotis, J.N. (2009), "European Privatization and its Effect on Financial Markets and the Economy from a Social Welfare Perspective" *International Research Journal of Finance and Economics*, Vol. 28, p. 66.

23 Skipper J., Harrold, D. (1996), "The role of foreign insurers in transition economies and developing countries" *International Insurance Monitor*, Vol. 49 (2), p.18.

24 Škufljić, L., Galetić, F., Gregurić, B. (2011). „Liberalization and market concentration in the insurance industry: case of Croatia", *Economic Review – Journal of Economics and Business*, Vol. IX, No. 2, p. 73.

25 Skipper, J., Starr C.V., Robinson, J.M. (2000), *Liberalisation of Insurance Markets: Issues and Concerns*, in *Insurance and Private Pensions Compendium for Emerging Economies*, Paris: OECD, p. 15.

26 Kocovic, J., Rakonjac Antic, T., Jovovic, M. (2012). „Effects of privatization model of insurance market in transition economies", in M. Jaksic, B. Cerovic, A. Prascevic (eds.), *From Global Crisis to Economic Growth Which Way to Take? Vol. I: Economics*, Belgrade: Faculty of Economics, University of Belgrade, p. 494.

conditioned by the level of economic development of a country, the depth of domestic financial market and the quality of institutions.<sup>27</sup>

### **3. Analysis of Serbian Insurance Market Ownership Structure**

The selected insurance market privatization model is manifested in the ownership structure of insurance companies and its dynamics over time. On the Serbian insurance market, foreign capital achieves a dominant share in the total number of market entrants and the relevant indicators of their business. According to the 2014 data of the National Bank of Serbia, out of the 21 companies that only transacted insurance, as many as 17 were majority foreign-owned. The largest number of foreign-owned insurance companies came from Austria (20 %), followed by Slovenia (16 %) and Spain (8 %)<sup>28</sup>. These companies recorded a dominant share in life insurance premium (91.5 %), non-life insurance premium (64.7%), technical reserves (81.7%), total assets (75.0%) and employment (68.8%).

From Graph 6, it can be seen that during the past decade, the Slovenian insurance market kept a relatively stable ownership structure, while the more intense process of liberalization of Croatian and Serbian insurance market resulted in a growing share of foreign capital. At the beginning of the observed period, there were only four foreign insurers on Serbian market, with a share of about 6%.<sup>29</sup> Meanwhile, as a result of privatization and entry of foreign companies with green field licenses, the share of foreign capital on insurance market in Serbia increased more than tenfold during the period 2004-2014, although at the beginning of the period it was at the same level as in Slovenia. The actual trends point to a significantly different insurance markets liberalization policy of the observed countries. Unlike Serbia, it is evident that Slovenia and Croatia cautiously approached the entrance of foreign capital in the previous period, with the intention to protect their national insurance market, while not closing it to foreign competitors. An example of Slovenia is frequently cited in the literature as an example of emerging country that has managed to build a strong and stable insurance sector, primarily in life insurance, at the same time avoiding the domination of foreign capital.<sup>30</sup>

---

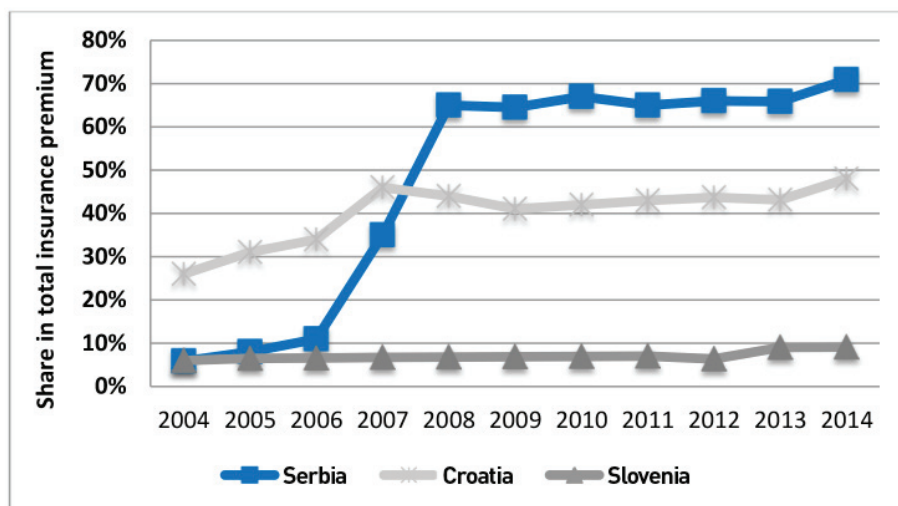
<sup>27</sup> Broner, F.A., Ventura, J. (2010) „Rethinking the Effects of Financial Liberalization“, *NBER Working Paper* No. 16640, CREI, Universitat Pompeu Fabra, p. 33.

<sup>28</sup> National Bank of Serbia (2015). *Serbian Insurance Sector – Report for 2014*. Belgrade: National Bank of Serbia, p. 9

<sup>29</sup> [www.nbs.rs](http://www.nbs.rs)

<sup>30</sup> Bonin, J., Wachtel, P. (2003). “Financial Sector Development in Transition Economies: Lessons from the First Decade“, *Financial Markets, Institutions and Instruments*, Vol. 12, No.1, p. 46.

**Graph 6: Trends of Share of Foreign-Owned Insurers in Total Insurance Premium (2004-2014)**



Source: Prepared on the basis of data of the National bank of Serbia, Croatian Financial Services Supervisory Agency, Insurance Supervision Agency (AZN)

Dunav Insurance, the national company and the largest participant on the Serbian insurance market, achieved a share of about 25.3 % of total premium income and about 8.5% of life insurance premium income in 2014. Dunav Insurance Company owns 18.8% of the total assets of the insurance sector.<sup>31</sup> It is especially important to emphasize that this is the only domestic company engaged in life insurance as well as the company with the largest portfolio, on the domestic market, as regards the strategically important lines of business, such as the insurance of aircrafts and rolling stock. If the last remaining state-owned insurance company were sold to foreign investors, the share of domestic capital on the overall insurance market would be reduced to only 7.5%. Measured by total premium income, the insurance market in Serbia is significantly smaller in comparison to Slovenia and Croatia, and therefore more sensitive to a slightest changes in the relations between its participants.

Slovenia and Croatia have different experience regarding the fate of their national insurance companies with a dominant market share; this may be relevant for Serbia. On the Slovenian insurance market, in 2014, "Zavarovalnica Triglav" achieved a share of 31.3% in the total written premium and 34.4% in the life insurance written premium.<sup>32</sup> The prevailing share of ownership structure

<sup>31</sup> www.nbs.rs

<sup>32</sup> Insurance Supervision Agency (AZN) (2015). *Report of the Insurance Supervision Agency for 2014*. Ljubljana: Insurance Supervision Agency (AZN), p. 25.



of “Zavarovalnica Triglav” in 2015 belonged to the Fund for Pension and Disability Insurance (34.5%) and Slovenian Sovereign Holding (28.2%), while the rest belonged to small private shareholders.<sup>33</sup> This insurance company managed to keep its leadership even after the market was fully opened for the EU entrants, thus proving that the quality of services mattered the most and that it was possible for a state-owned company to resist the pressure of foreign competition by raising the quality of services and performance. As a state-owned insurance company whose priority are the national interests, “Zavarovalnica Triglav” takes responsibility for the catastrophic risks that threaten the national economy of Slovenia.<sup>34</sup> Therefore, “Zavarovalnica Triglav” was marked as strategic in the classification of government investments by the Government of Slovenia, and the state decided to retain the majority stake.

In early 2014, the Croatian government, through a number of state institutions, owned 80.2% of the capital of “Croatia Insurance”, only to sell 38.6% in the same year. Buyer increased the amount of registered capital by capital increase, whereas 30.6% of the company stake remained state-owned.<sup>35</sup> Shortly before privatization, the market share of “Croatia Insurance” was 28.9% in total insurance premium and 14.0% in life insurance premium. According to the Croatian Insurance Bureau, as early as 2015, a 6.2% decline was recorded in written non-life premiums, while life premiums of this company increased when compared to 2014. Consequently, although participation in the life insurance sector increased in 2015 to 17.5%, it was not sufficient to compensate for the decline in non-life premiums, due to which the total market share fell to 26.4%.<sup>36</sup>

Previous experience of selling the national insurance companies in Serbia, on the other hand, is not always encouraging. For example, the privatization of “Kopaonik” was realized in mid-2006, when the company’s market share amounted to 2.4%. In 2014, “Triglav Kopaonik” recorded a market share of 3.8%, which is only a slight increase compared to the moment of privatization. Examples of reduced market share of national state-owned insurance companies after their transfer into foreign ownership are even more drastic. The market share of “DDOR Novi Sad” just before privatization in 2007, amounted to 28.2%, and in 2014 it was reduced to only 13.7%.<sup>37</sup> The issues that marked the last decade, such as inflation and variable national currency, lack of experi-

---

33 Triglav Group and Zavarovalnica Triglav (2016). *Audited annual report for the year ended 31 December 2015*. Ljubljana: Triglav Group and Zavarovalnica Triglav, p. 32.

34 Kočović, J. (2012). “Analysis of Insurance Markets of Western Balkan Countries during the Last Decade”, in Jovanović Gavrilović et al. (ed.) (2012), *Achieved Results and Prospects of Insurance Market Development in Modern World*, Faculty of Economics, Publishing Centre, University of Belgrade, p. 27.

35 The State Audit Office (2015). *Audit Report on 2014 Annual RC State Budget Execution Report*. Zagreb: The State Audit Office of the Republic of Croatia, p. 15.

36 [www.huo.hr](http://www.huo.hr)

37 [www.nbs.rs](http://www.nbs.rs)

ence in risk management, underdeveloped insurance statistics and accounting standards are a big puzzle for foreign insurers.<sup>38</sup> We should add to this a low standard of living, but also a low level of insurance culture in Serbia. Reduction and/or stagnation of the market share of individual insurers after their transfer into foreign ownership are also explained by the disorientation of foreign management, due to lack of knowledge of specific local terms and conditions, legislation and psychology of citizens of Serbia as potential insured and also due to language barriers.<sup>39</sup> Empirical analysis conducted on the Serbian non-life market in 2012 shows that there is no statistically significant difference in the performance of insurers in domestic and foreign ownership. This disproved the thesis of *a priori* successful performance of foreign capital on domestic insurance market. The difference between the insurance companies should not be made according to their ownership structure, but according to the quality of their business, measured by the financial strength indicators.

#### **4. Conclusion**

Globally observed, modern insurance market is characterized by the liberalization and deregulation, encouraged primarily by opening of the emerging countries for foreign capital, in an attempt to trigger the development of their insurance markets. Through more efficient allocation of capital, increased market competition, increased possibility of customer's choice and higher quality of insurance services, foreign investors are expected to trigger the development of insurance market and, consequently, the overall economic development of these countries. However, whether the potential of foreign capital to help develop the insurance market and entire national economy will actually realize depends largely on the government and dynamics of macroeconomic conditions, but also on the attitude of the regulatory and supervisory authority. There is no efficient development model without a clearly defined national strategy for insurance market development, especially in terms of the effects of privatization and foreign investment. Necessary prerequisites for successful liberalization of the insurance market in the emerging countries are simultaneous strengthening of the legislation and supervision on the one hand, and improving the macroeconomic conditions of business, on the other hand. Creating an appropriate regulatory and macroeconomic environment that encourages the development of the insurance market is a prerequisite for the efficient use of capital irrespective of its origin and/or regardless of whether it is domestic or foreign, public or private.

---

38 Dorfman, M.S., Ennsfellner, K.C. (1998). *The Coming of Private Insurance to a Former Planned Economy: The Case of Slovenia*. Washington DC: International Insurance Foundation, p. 12.

39 Kocovic, J., Rakonjac Antic, T., Jovovic, M. (2012). „Effects of privatization model of insurance market in transition economies“, in M. Jaksic, B. Cerovic, A. Prascevic (eds.), *From Global Crisis to Economic Growth Which Way to Take?* Vol. I: Economics, Belgrade: Faculty of Economics, University of Belgrade, p. 498.

This paper presents the achieved results and actual trends of development of the Serbian insurance market during the last decade. Measured by values of the general and specific indicators, the Serbian insurance market is not only at the global, but also at the regional scale, still relatively underdeveloped, which limits the potential of the sector to contribute to economic development and improved life quality of the population. Implemented regulatory and supervisory measures for market regulation and stabilization, and for restoring public confidence in the concept of insurance were efficient, but there is room for further improvement. To what extent will this actually be explored depends on the strategy and policy of insurance market privatization in the future.

When compared to Serbia, the experience of countries with developed insurance markets represents a significant source of instruction how to prevent possible negative effects of the neoliberal model of insurance market development. Compared to Croatia and Slovenia, Serbia has relatively lowest values of insurance market development indicators, at relatively the largest and fastest-growing participation of foreign capital in total insurance premium income. The example of Slovenia shows that the liberalization of the insurance market does not mean *a priori* that the national capital is inefficient compared to foreign capital. On the contrary, advanced reform and EU legislation harmonization processes in Slovenia created the conditions for the formation of a regulated insurance market, with the equal treatment of its participants in terms of fair competition and obeying the rules of competition and/or legal regulations, the breach of which is strictly sanctioned.

The present results of Serbian insurance market privatization and liberalization are not encouraging. In a very short period, foreign capital has taken a dominant role on domestic market - threatening to almost completely take the control over it if the last remaining state-owned insurance company were sold - while the market share of individual companies that were privatized in the analyzed period reduced. It is obvious that the massive sale of national insurance companies, as a neo-liberal model of insurance market development in the emerging countries, cannot solve the existing development problems of Serbian market, but only postpone them, for short, and lead to their subsequent escalation.

There is a reason to doubt that the insurance companies with majority foreign ownership will assume the responsibility to allocate the accumulated funds, as part of the national savings, into the development of Serbian financial market, as a necessary condition for future growth and development of domestic insurance market. There are certain advantages of the foreign capital entering the insurance market, such as: the opening and liberalization of the market, more efficient and prompt claims settlement, the introduction of new technologies and products, the abolition of monopolies, improvement of

performance of insurers, fair competition, regulation of the insurance market and so on. However, the main goal of foreign investors is profit, with which the growth of production and employment do not necessarily coincide. On the other hand, domestic capital is mainly directed into domestic investment projects - it promotes employment and readily identifies the national development priorities. It is therefore necessary to find an appropriate measure in the capital ownership structure of an insurance company.

Bearing in mind the positive experience of Slovenia, we need a dosed, cautious liberalization approach in the future development of Serbian insurance market. Such an approach would mean the survival of the largest state-owned market participant and continuous stimulation of the entry of foreign capital in the form of green-field investments. Owing to the transfer of know-how, foreign capital plays a particularly important role as regards the long-term types of insurance, such as life and voluntary pension, and it will facilitate their transition from extensive into intensive development phase. The aim of the proposed conservative approach is to direct the collected premium and technical reserves - as part of the national savings - into investment projects in Serbia, which would drive the development of the national economy and create the conditions for positive effects on the insurance market development.

### ***Literature***

- Insurance Supervision Agency (AZN) (2015). *Report of the Insurance Supervision Agency for 2014*. Ljubljana: Insurance Supervision Agency (AZN),
- Bonin, J., Wachtel, P. (2003). „Financial Sector Development in Transition Economies: Lessons from the First Decade“, *Financial Markets, Institutions and Instruments*, Vol. 12, No.1, pp. 1 – 66.
- Broner, F.A., Ventura, J. (2010) „Rethinking the Effects of Financial Liberalization“, *NBER Working Paper* No. 16640, CREI, Universitat Pompeu Fabra, pp. 1-49.
- Dorfman, M.S., Ennsfellner, K.C. (1998), *The Coming of Private Insurance to a Former Planned Economy: The Case of Slovenia*, Washington DC: International Insurance Foundation.
- The State Audit Office (2015). *Audit Report on 2014 Annual RC State Budget Execution Report*. Zagreb: The State Audit Office of the Republic of Croatia.
- Kallianiotis, J.N. (2009). “European Privatization and its Effect on Financial Markets and the Economy from a Social Welfare Perspective“, *International Research Journal of Finance and Economics*, Vol. 28, pp. 66-85.
- King, L. (2003). “Shock Privatization: The Effects of Rapid Large - Scale

- Privatization on Enterprise Restructuring”, *Politics & Society*, Vol. 31, No.1, pp. 3-30.
- Kočović, J. (2012). “Analysis of Insurance Markets of Western Balkan Countries during the Last Decade”, in B. Jovanović Gavrilović et al. (eds.), *Achieved Results and Prospects of Insurance Market Development in Modern World*, Belgrade: Faculty of Economics, University of Belgrade, pp. 1-34.
  - Kočović, J., Jovović, M. (2013). “Serbian Insurance Market Development Challenges”, *Economic Policy and Development*, Proceedings of the Thematic Conference, Editors: Jovanović Gavrilović, B., Rakonjac Antić, T., Stojanović, Ž., Filipović, M., Belgrade: Faculty of Economics, University of Belgrade
  - Kočović, J., Rakonjac Antic, T., Jovovic, M. (2012). „Effects of privatization model of insurance market in transition economies”, in M. Jaksic, B. Cerovic, A. Prascevic (eds.), *From Global Crisis to Economic Growth Which Way to Take? Vol. I: Economics*, Belgrade: Faculty of Economics, University of Belgrade, pp. 483-506.
  - National Bank of Serbia (2015). *Insurance Sector in Serbia – Report for 2014*. Belgrade: National Bank of Serbia.
  - Skipper J., Harrold, D. (1996). „The role of foreign insurers in transition economies and developing countries”, *International Insurance Monitor*, Vol. 49 (2), pp. 1-18.
  - Skipper, J., Starr C.V., Robinson, J.M. (2000). *Liberalisation of Insurance Markets: Issues and Concerns, in Insurance and Private Pensions Compendium for Emerging Economies*. Paris: OECD
  - Škuflić, L., Galetić, F., Gregurić, B. (2011). „Liberalization and market concentration in the insurance industry: case of Croatia”, *Economic Review - Journal of Economics and Business*, Vol. IX, No. 2, pp. 61-75.
  - Swiss Re (2003). “World insurance in 2004: growing premiums and stronger balance sheets”, *Sigma*, No. 2/2005, Zürich: Swiss Re
  - Swiss Re (2015) “World insurance in 2014: back to life”, *Sigma*, No. 4/2015, Zürich: Swiss Re.
  - Triglav Group and Zavarovalnica Triglav (2016). *Audited annual report for the year ended 31 December 2015*. Ljubljana: Triglav Group and Zavarovalnica Triglav, p. 32.
  - [www.hanfa.hr](http://www.hanfa.hr)
  - [www.huo.hr](http://www.huo.hr)
  - [www.nbs.rs](http://www.nbs.rs)
  - [www.oanda.com/currency/converter](http://www.oanda.com/currency/converter)
  - [www.swissre.com/sigma](http://www.swissre.com/sigma)

Translated from Serbian by: **Bojana Papović**

UDK:347.919.6:369.066:369.012:368.042:368.032 (72)

**Prof. dr Tatjana N. Rakonjac Antić,<sup>1</sup>**

*redovni profesor na Ekonomskom fakultetu Univerziteta u Beogradu*

## **OBLICI OBEZBEĐENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U SJEDINJENIM AMERIČKIM DRŽAVAMA**

Zdravstvena zaštita se u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) može ostvariti pre svega putem privatnog zdravstvenog osiguranja (individualnog ili onoga koje obezbeđuje poslodavac), u okviru javnih programa socijalnog osiguranja, među kojima su najzastupljeniji „Medicare“ i „Medicaid“. Ti programi su od 2010. godine u sastavu obaveznog zdravstvenog osiguranja. Na teritoriji SAD koristi se najsavremenija zdravstvena tehnologija, ukupni troškovi zdravstvene zaštite izuzetno su visoki (posledica su povećane tražnje za zdravstvenim uslugama, porasta ulaganja u naučna zdravstvena istraživanja itd.), a američki sistem zdravstvene zaštite 2000. godine Svetska zdravstvena organizacija rangirala je kao tek trideset sedmi u svetu. Očekivani životni vek stanovnika nije među najvišima u svetu, a za određene kategorije osiguranika ne postoji adekvatan pristup zdravstvenoj zaštiti. Promene sistema zdravstvenog osiguranja u SAD usmerene su u pravcu rešavanja prethodno navedenih problema. Primenom obaveznog zdravstvenog osiguranja teži se stvaranju uslova za obezbeđenje univerzalnog zdravstvenog osiguranja, kao i da visoki troškovi zdravstvene zaštite budu u korelaciji s visokom efikasnošću sistema zdravstvene zaštite.

**Ključne reči:** *zdravstveno osiguranje, zdravstvena zaštita, SAD, program „Medicare“, program „Medicaid“.*

---

<sup>1</sup> i-mejl: rakonjacantic@ekof.bg.ac.rs

## 1. Uvod

Rizici od nastupanja bolesti i rizici od nastajanja povreda kod stanovništva predstavljaju osnovne životne i socijalne rizike, i zato države putem sistema zdravstvene zaštite (uglavnom kao osnovnog prava obezbeđenog po osnovu učešća u sistemu zdravstvenog osiguranja), na različite načine, upravljaju tim rizicima. Strategija unapređenja zdravlja stanovništva SAD sadrži mnoštvo odredaba koje se odnose i na zdravstveno osiguranje i na zdravstvenu zaštitu. U SAD preovladava privatno zdravstveno osiguranje, i zdravstvene usluge najčešće se pružaju u privatnom zdravstvenom sektoru. Program socijalne sigurnosti, skraćeno OASDHI („Old age, Survivors, Disability, Health insurance“) obuhvata „programe osiguranja starih, dugovečnih osoba, onih onesposobljenih za rad, kao i osoba koje su zdravstveno ugrožene“. Takav program socijalnog osiguranja koncipiran je s ciljem da rešava kompleksne socijalne probleme koje pojedinci inače veoma teško mogu da osiguraju samostalno (program je definisan Zakonom o socijalnom osiguranju 1935. godine). Od 1965. godine, za zdravstvenu negu, uglavnom starih osoba, na snazi je program „Medicare“, a za potrebe zdravstvenog zbrinjavanja siromašnih osoba program „Medicaid“. U martu 2010. godine usvojen je Zakon o zaštiti pacijenata i dostupnoj (zdravstvenoj) zaštiti (engl. „Patient Protection and Affordable Care Act“ – PPACA), ili, kako se često skraćeno navodi, Zakon o dostupnoj (zdravstvenoj) zaštiti (engl. „Affordable Care Act“ – ACA). Odredbe tog zakona predviđaju da svi stanovnici SAD koji su poreski obveznici budu zdravstveno osigurani. Cilj rada je da se na osnovu analize funkcionisanja sistema zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite u SAD izdvoje ključne karakteristike i ukaže na specifičnosti najzastupljenijih oblika zdravstvene zaštite. U skoro svim evropskim zemljama preovladava javno (obavezno) zdravstveno osiguranje, a u SAD, kao što je već prethodno navedeno, dominantno je privatno zdravstveno osiguranje. Većina evropskih zemalja teži većoj zastupljenosti privatnog penzijskog osiguranja, a SAD su od pre nekoliko godina počele da primenjuju obavezno zdravstveno osiguranje. Iskustvo SAD u načinima obezbeđenja zdravstvene zaštite važno je, pored ostalog, i za zemlje koje planiraju reformske procese zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite zasnovane na istim ili sličnim principima.

## 2. Razvijenost SAD i osnovna obeležja sistema zdravstvenog osiguranja

SAD je federalna ustavna republika koju sačinjava 50 država i jedan federalni okrug. U 2015. godini u SAD je bilo približno 321.000.000 stanovnika (u Kaliforniji je živelo oko trideset devet miliona stanovnika, u Teksasu oko

dvadeset sedam miliona, na Floridi oko dvadeset miliona itd.)<sup>2</sup> Privreda je izuzetno razvijena i vrednost BDP (bruto domaćeg proizvoda, engl. „Gross Domestic Product“ – GDP) u 2014. godini iznosila je 17.420.000.000 dolara (sedamnaest biliona i četrismo dvadeset milijardi), što je predstavljalo trećinu ukupnog BDP-a u svetu.<sup>3</sup> U maju 2014. godine u SAD je bilo zaposleno oko 135.000.000 stanovnika, s prosečnom godišnjom zaradom od 47.230 dolara, a u istom mesecu 2015. godine oko 138.000.000 stanovnika s prosečnom godišnjom zaradom 48.320 dolara.<sup>4</sup> Stopa nezaposlenosti u decembru 2014. godine iznosila je 5,6 odsto,<sup>5</sup> a u decembru 2015. pet procenata.<sup>6</sup> SAD poseduju specifičan model zdravstvenog osiguranja u okviru kojeg većina radnika i njihovih porodica imaju zdravstveno osiguranje, koje obezbeđuju (sponzorišu) preduzeća u kojima su zaposleni, u okviru privatnih osiguravajućih kuća. Prisutne su tri vrste privatnog zdravstvenog osiguranja: bolničko osiguranje (pokriće bolničkih troškova), lekarsko osiguranje i hirurško osiguranje.<sup>7</sup> Pored privatnog zdravstvenog osiguranja, od sredine sedamdesetih godina prošlog veka definisani su „Medicare“ i „Medicaid“, programi za zdravstvenu negu starijeg stanovništva i stanovništva s niskim primanjima. Od 2010. godine, usvajanjem Zakon o dostupnoj (zdravstvenoj) zaštiti (engl. „Affordable Care Act“ – ACA) postavljene su osnove obaveznog zdravstvenog osiguranja. U 2013. godini u SAD je 13,3 odsto stanovnika bilo zdravstveno neosigurano (41,8 miliona ljudi), a 2014. godine 10,4 odsto (trideset tri miliona ljudi).<sup>8</sup> Oko tri četvrtine neosiguranih osoba sačinjavalo je stanovništvo mlađe od 35 godina.<sup>9</sup> Predviđa se da će nakon promene u načinu finansiranja zdravstvenog osiguranja biti osigurano još oko trideset dva miliona stanovnika, što znači da je cilj primene novih zakonskih rešenja postizanje uslova za funkcionisanje univerzalnog zdravstvenog osiguranja. Privatne osiguravajuće kuće, prema određenim odredbama prethodno pomenutog zakona, imaju obavezu da osiguravaju i stanovnike koji „predstavljaju visok rizik“ (već imaju zdravstvenih problema), deca će moći da budu korisnici zdravstvenog osiguranja preko roditelja,

---

2 <http://www.census.gov>, informacije sa sajta preuzete 22. 4. 2016.

3 <http://data.worldbank.org/country/united-states>, informacije sa sajta preuzete 22. 4. 2016.

4 United States Department of Labor, Bureau of Labor of Statistics, May 2014., May 2015., [http://www.bls.gov/oes/2014/may/oes\\_nat.htm#31-0000](http://www.bls.gov/oes/2014/may/oes_nat.htm#31-0000), informacije sa sajta preuzete 24. 4. 2016.

5 Isto, informacije sa sajta <http://www.bls.gov> preuzete 24. 4. 2016.

6 U prethodnih deset godina, najviša stopa nezaposlenosti zabeležena je 2009. godine – 9,9 odsto, što je u najvećoj meri posledica svetske ekonomske krize.

7 Rakonjac Antić, T.; *Penzijsko i zdravstveno osiguranje*, Centar za izdavačku delatnost Ekonomskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, 2012., str. 241.

8 Smith J., Medalia C.; „Health insurance coverage in the United States: 2014“, US Census Bureau, 2015., str. br. 3.

9 Rakonjac Antić, T.; „Penzijsko i zdravstveno osiguranje“, Centar za izdavačku delatnost Ekonomskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, 2012., str. 241.



nosilaca osiguranja, do svoje 26. godine, mala preduzeća koja obezbeđuju zdravstveno osiguranje svojim zaposlenima imaće poreske olakšice itd.

U 2014. godini bilo je osigurano 89,6 procenata stanovnika.<sup>10</sup> Od ukupnog broja zdravstveno osiguranih građana, oko 66 odsto njih osigurano je u okviru privatnog zdravstvenog osiguranja (oko 55 odsto osigurano je u okviru zdravstvenog osiguranja koje obezbeđuju poslodavci, a direktnim privatnim zdravstvenim osiguranjem 11 procenata).<sup>11</sup> Grupna zdravstvena osiguranja su najzastupljenija. Izdvajaju se dva razloga koja idu u prilog velikoj zastupljenosti grupnog zdravstvenog osiguranja: racionalizacija troškova (jednim ugovorom pokriveno je više lica) i poreske olakšice.<sup>12</sup>

Već dugi niz godina ukupni troškovi zdravstvene zaštite u SAD su visoki (videti informacije prikazane u Tabeli 1). Ključni razlozi su produženo trajanje života stanovništva, što za posledicu ima porast korišćenja zdravstvenih usluga, pojavu novih bolesti, nužno ulaganje u nauku i tehniku itd.<sup>13</sup> Najveći ukupni troškovi zdravstvene zaštite u 2014. godini u SAD dosežali su 17,1 odsto BDP-a (to učešće u istoj godini u Austriji je iznosilo 11,2 odsto, u Australiji 9,4 odsto, Belgiji 10,6 procenata, Kanadi 10,4 odsto, u Francuskoj 11,5 odsto, Italiji 9,2 procenta, Nemačkoj 11,3 odsto, Norveškoj 9,7 procenata, u Švajcarskoj 11,7 procenata, u Velikoj Britaniji 9,1 odsto itd.).

**Tabela 1. Ukupni troškovi zdravstvene zaštite u SAD kao procenat od BDP-a, po odabranim godinama**

Godina	1929.	1965.	2000.	2002.	2005.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
% od BDP-a	3,5	5,7	13,1	14,7	15,6	16,0	17,0	17,0	17,1	17,0	16,9	17,1

Izvor: [www.who.com](http://www.who.com), [www.cms.gov](http://www.cms.gov)

Od 2010/2011. godine do 2014. ukupni troškovi zdravstvene zaštite neznatno se menjaju i iznose oko 17 procenata BDP-a (Tabela 1). Kao jedan od osnovnih razloga zaustavljanja znatnijeg rasta troškova zdravstvene zaštite u ovom periodu, ističe se povećanje učešća u troškovima zdravstvene zaštite osiguranika i sponzora planova zdravstvenog osiguranja (poslodavaca). Došlo je do povećanja tzv. „odbitaka“ (engl. deductibles), tj. iznosa koji učesnik

<sup>10</sup> Oko 19 odsto stanovnika učestvovalo je u više oblika obezbeđenja zdravstvene zaštite.

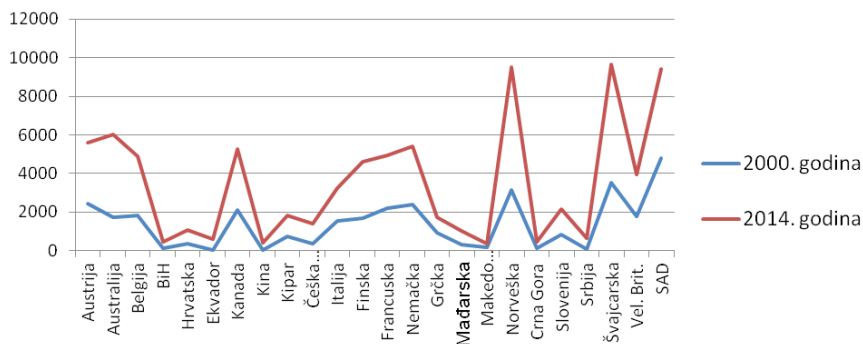
<sup>11</sup> Smith, J., Medalia, C.; „Health insurance coverage in the United States: 2014“, US Census Bureau, 2015., str. br. 5.

<sup>12</sup> Stiglitz, J. E.; *Ekonomija javnog sektora*, Centar za izdavačku delatnost, Ekonomski fakultet Univerziteta u Beogradu, 2004.

<sup>13</sup> Erixon F., Marel E.; *What is driving the rise in health care expenditures?*, ECIPE working paper No 05/2011, Belgium, str. br. 11.

prvo mora da utroši na zdravstvenu zaštitu, da bi nakon tog određenog utrošenog iznosa osiguravajuća kuća počela da naknađuje troškove po osnovu zdravstvenog osiguranja. Ovaj iznos „odbitka“ je sa 584 dolara 2006. godine povećan na 1.135 dolara u 2013. godini.<sup>14</sup> Usporen je i rast troškova korišćenja lekova, uglavnom usled većeg obima korišćenja generičkih lekova, nekih promena u plaćanjima u državnom programu za pružanje zdravstvene nege starijim osobama privatnim osiguravajućim kućama itd.<sup>15</sup> U 2000. godini troškovi zdravstvene zaštite u SAD iznosili su 4.788 dolara po stanovniku, a 2014. godine porasli su na 9.403 dolara po stanovniku. Interesantno je da su se troškovi zdravstvene zaštite u istom periodu u Norveškoj i Švajcarskoj povećali oko tri puta (videti informacije prikazane na Grafikonu 1.)

**Grafikon 1. Troškovi zdravstvenog osiguranja po stanovniku u dolarima po odabranim zemljama, u 2000. i 2014. godini**



Izvor: World Health Organization Global Health Expenditures database (<http://apps.who.int/nha/database>)

Prema rangiranju svetskih zdravstvenih sistema koje sprovodi Svetska zdravstvena organizacija, u 2000. godini, od 191 analiziranog zdravstvenog sistema, na 1. mestu nalazila se Francuska, na 2. Italija, 9. rangirana zemlja bila je Austrija, Norveška je bila na 11. mestu, Nemačka na 25., Kanada na 30., Kostarika na 36., a SAD su rangirane kao 37., Slovenija kao 38. itd. Reakcije na rezultate ovog izveštaja bile su različite. Najveću pažnju u stručnim krugovima privuklo je nisko rangiranje zdravstvenog sistema SAD, a učešće ukupnih troškova zdravstvenog osiguranja tada je iznosilo 13,1 odsto BDP-a (videti informacije u Tabeli 1) i, kao što je već prethodno navedeno, po stanovniku je bilo izdvojeno

<sup>14</sup> Council of Economic Advisers; „2014 Economic Report of the President“, Chapter 4; „Recent trends in health care costs, their impact on the economy and the role of the affordable care act“, 2015., str. 159.

<sup>15</sup> Isto, str. 147–178.

4.788 dolara za zdravstvenu zaštitu, a u sistemu zdravstva se koristila (i sada se koristi) moderna medicinska i informaciona tehnologija. Očekivani životni vek je, prema podacima za 2013. godinu, bio 79 godina (za žene 81 godinu, a za muškarce 76 godina) i bio je niži u odnosu na očekivani životni vek u Kanadi (82 godine), Norveškoj (82 godine), Italiji (83 godine života), Švajcarskoj (83 godine), Japanu (84 godine) itd.<sup>16</sup> Interesantni su i sledeći podaci: u periodu 2007–2013. godine na 10.000 stanovnika bilo je 24,5 lekara (npr. u Švajcarskoj 40,5, u Norveškoj 42,8, u Nemačkoj 38,9 itd.), farmaceuta 8,8, a u 2014. godini 1,2 psihijatra.<sup>17</sup> U ovom periodu u SAD je preko sto miliona stanovnika bilo osigurano u okviru javnih programa zdravstvene zaštite.

### 3. Javni programi zdravstvene zaštite

Najzastupljeniji javni programi zdravstvene zaštite su: „Medicare“ („zdravstvena zaštita starijih osoba“), „Medicaid“ („zdravstvena zaštita siromašnih osoba“), program zdravstvenog osiguranja za decu (engl. „Children’s Health Insurance Program“ – CHIP), vojni zdravstveni sistem (engl. „Military Health System“) itd. Kao što je već prethodno navedeno, od sredine 70-ih godina prošlog veka na teritoriji SAD funkcionišu „Medicare“ i „Medicaid“, programi zdravstvene zaštite. „Medicare“ obezbeđuje zdravstveno osiguranje osobama:

- a) u životnom dobu od preko 65 godina;
- b) koje su kvalifikovane za primanja nadoknada po osnovu socijalnog osiguranja za slučaj invalidnosti;
- c) koje su u režimu bubrežne dijalize.

Programom je, u 2013. godini, bilo obuhvaćeno oko pedeset dva miliona i trista hiljada osoba, i to četrdeset tri i po miliona osoba starijih od 65 godina i osam miliona i osamsto hiljada osoba sa invaliditetom.<sup>18</sup> Program zdravstvenog osiguranja „Medicare“ deo je državnog zdravstvenog osiguranja i finansira se uglavnom sredstvima iz budžeta. U 2013. godini u „Medicare“ je ukupno uloženo oko 575,8 milijardi dolara. Oko 80 odsto prihoda sačinjavali su opšti prihodi i porez na zarade (videti informacije prikazane u okviru Grafikona 2).

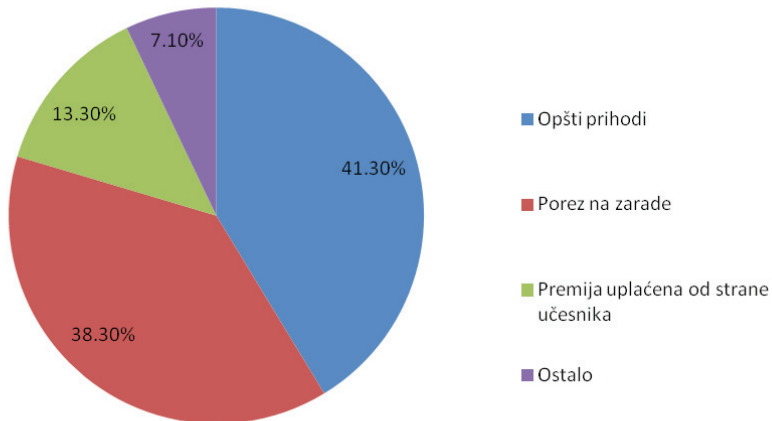
---

<sup>16</sup> Isto, str. 50.

<sup>17</sup> World Health Statistics 2015, Part II, Global Health Indicators, str. 114–123.

<sup>18</sup> The 2014 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, Washington, str. 7.

**Grafikon 2. Struktura izvora prihoda programa „Medicare“ u 2013. godini<sup>19</sup>**



Izvor: *The 2014 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, Washington, str. 11.*

Zdravstvene usluge mogu se obaviti u okviru ordinacija, bolnica itd. sa kojima „programi“ imaju zaključene ugovore. Tradicionalni „Medicare“ sastoji se, u osnovi, iz dva dela („dela A“ i „dela B“), a kasnije je proširen novim „delovima C i D“. Prvi deo obuhvata bolničko osiguranje (engl. „Hospital Insurance“), naziva se još i „deo A“,<sup>20</sup> i za tu vrstu osiguranja ne zahtevaju se dodatne uplate premija, zato što se smatra da su osiguranici dovoljno uplaćivali za zdravstveno osiguranje dok su bili u radnom odnosu. Taj deo obuhvata sledeće oblike: bolničku negu, negu u staračkom domu, kućnu negu i ambulantno lečenje. Drugi deo obuhvata neobavezno (dodatno) zdravstveno osiguranje (naziva se još i „deo B“ ili „medicinsko osiguranje“, engl. „Medical Insurance“) i u okviru njega su neki troškovi koji nisu uključeni u prvi deo, kao što je vanbolnička zdravstvena nega, fizikalna terapija itd. Za ovaj oblik osiguranja zahteva se dodatna uplata premija osiguranika i dodatni doprinosi savezne države za svakog osiguranika. Od 1997. godine uveden je i „deo C“, koji se još naziva „Medicare + izabrani program“ ili „program unapređenog Medicare“ (engl. „Medicare Advantage plans“ – „MA plans“), koji obuhvata medicinske usluge koje nisu uključene u „delove A i B“,

<sup>19</sup> Opšti prihodi iznosili su 237,7 milijardi dolara, porezi na zarade 220,8 milijardi dolara, premija koju su uplatili učesnici 76,4 milijarde dolara i ostali prihodi 40,9 milijardi dolara.

<sup>20</sup> Dorfman, M.; „Introduction to Risk Management and Insurance“, Pearson Education, New Jersey, 2005. str. 447–449.

kao što su npr. nega zuba, pregledi za dobijanje naočara itd. Osiguranici su u obavezi da učestvuju u „Medicare delovima A i B“ da bi mogli da participiraju u „delu C“. Postoji i „deo D“, u okviru kojeg se obavljaju aktivnosti u vezi s lekovima koji se izdaju na recept (engl. „Prescription Drug Coverage“). U 2015. godini u okviru tradicionalnog programa „Medicare“ učestvovalo je 69 odsto osoba od ukupnog broja korisnika usluga „Medicare“. Tu je i „Medigap“, program koji predstavlja dodatno osiguranje što obuhvata zdravstvene usluge koje nisu obezbeđene tradicionalnim programom „Medicare“. Učešće u tradicionalnom programu „Medicare“ je preduslov za korišćenje usluga programa „Medigap“. Prema demografskim projekcijama, „Medicare“ program će biti izuzetno zastupljen i u narednim godinama. Predviđa se da će stanovništvo starije od 65 godina 2040. godine obuhvatiti oko 20 procenata ukupne populacije.

Program „Medicaid“ („zdravstvena zaštita osoba sa niskim prihodima“) obezbeđuje zdravstveno osiguranje za nezaposlene i siromašne osobe. Taj program zdravstvene zaštite ima karakter javne pomoći i finansira se iz budžeta, što znači da za taj oblik osiguranja sredstva uplaćuju svi poreski obveznici.<sup>21</sup> Osobe koje se kvalifikuju za „Medicare“ mogu biti osigurane i u okviru programa „Medicaid“ ukoliko im je potrebna socijalna pomoć.<sup>22</sup> U takvoj situaciji te osobe primaju veće iznose zdravstvene nadoknade. „Medicaid“ obezbeđuje zdravstvenu zaštitu za oko 62.000.000 stanovnika. „Medicaid“ se, generalno posmatrano, sastoji iz četiri programa javnog zdravstvenog osiguranja. Prvi program obezbeđuje naknadu troškova zdravstvene zaštite za decu i žene. Drugi program omogućava naknadu medicinskih troškova koji nisu obuhvaćeni programom „Medicare“. Treći program obezbeđuje pokriće najvećeg dela troškova zdravstvene zaštite starih i nemoćnih osoba sa izuzetno niskim primanjima. Četvrtim programom naknađuju se troškovi hospitalizacije starijih osoba. „Medicaid“ omogućava korišćenje osnovnih zdravstvenih usluga, kao što su vakcinacija dece, lekarski pregledi, bolničko lečenje itd. Država obezbeđuje odgovarajući nivo pružanja zdravstvenih usluga i vodi računa da ne bude razlikā među korisnicima zdravstvenih usluga u pogledu pokrića troškova. Takođe, ona može i da definiše trajanje zdravstvenih usluga (na primer, može se ograničiti broj mesečnih poseta lekaru) itd.

Najzastupljeniji planovi zdravstvenog osiguranja, preko kojih učesnici u programu zdravstvene zaštite mogu koristiti zdravstvene usluge su HMO planovi („health maintenance organization“ – „organizacija za očuvanje zdravlja“) i PPO planovi („preferred provider organization“ – „organizacija za unapređenje zdravstvene zaštite“).

HMO planovi su postali zastupljeni 60-ih godina prošlog veka (a naročito

---

<sup>21</sup> Folland S., Goodman A., Stano M.; „The Economics of Health and Health Care“, Prentice Hall, New Jersey, 2001.

<sup>22</sup> Rejda G.; „Principles of risk management and insurance“, Harper Collins, New York, 2001, str. 480–502.

od 1973. godine, kada je Kongres usvojio tadašnji Zakon o zdravstvenom osiguranju) i odnose se na zdravstvenu zaštitu u okviru zdravstvenih ustanova.<sup>23</sup> Korisnik osiguranja mesečno plaća relativno niske premije i ima pravo da koristi sveobuhvatni paket zdravstvenih usluga. Zakonom je određeno da poslodavci koji imaju 25 i više zaposlenih moraju da ih uključe u neki od HMO planova. Usluge lečenja pružaju prvenstveno lekari opšte prakse. Osiguranici ne mogu da koriste zdravstvene usluge drugih institucija ukoliko HMO nije ugovorom vezan za njih (osim hitnih slučajeva). Odlazak kod lekara specijaliste nije dozvoljen bez uputa. Postoje tri oblika HMO planova:

1. tzv. „model osoblja“ (engl. „Staff model“), prema kojem u okviru HMO-a rade lekari različitih specijalnosti koji su stalno zaposleni;
2. tzv. „grupni model“ (engl. „Group model“), prema kojem lekari različitih specijalnosti ne rade u okviru HMO-a, ali za HMO rade po ugovoru (plaćeni su po pregledanom pacijentu);
3. tzv. „udruženje lekara opšte prakse“ (engl. „Independent practice association“), prema kojem lekari koji rade u okviru svojih ordinacija pružaju usluge u okviru HMO-a (sistem plaćanja je da za obavljanu uslugu i lekari nadoknadu dobijaju od udruženja, a ne od pacijenta).

PPO planovi su fleksibilniji nego HMO planovi. Uz učešće u PPO planovima osiguranici mogu da biraju zdravstvenu ustanovu koja se nalazi u okviru PPO plana, a delimično su pokriveni troškovi korišćenja zdravstvenih usluga u zdravstvenim institucijama koje ne funkcionišu u okviru PPO plana. Pregledi kod lekara specijalista mogu se obaviti bez uputa. Osiguranici pre korišćenja zdravstvenih usluga često moraju da naknade početne godišnje troškove („annual deductibles“) i nakon toga osiguravajuća kuća ima obavezu da naknadi troškove po ugovoru.

## **4. Zaključak**

Zdravstveni sistem u SAD, generalno posmatrano, poseduje savremenu zdravstvenu tehnologiju, visokokvalitetno zdravstveno osoblje i moderno opremljene zdravstvene institucije. Visoki iznosi sredstava ulažu se u sistem zdravstvene zaštite, a očekivani životni vek stanovnika niži je u odnosu na očekivani životni vek stanovnika određenog broja razvijenih zemalja. Na zdravlje stanovništva, prema rezultatima većine istraživanja, utiču najviše genetski faktori, ekonomska i socijalna sredina, stil življenja i razvijenost zdravstvenog sistema. Neophodno je da se reformskim procesima izvrši preusmeravanje sredstava namenjenih zdravstvenoj zaštiti u cilju postizanja višeg nivoa

---

<sup>23</sup> [www.ehealthinsurance.com](http://www.ehealthinsurance.com)

zdravlja i produženja očekivanog životnog veka. Postoji mnoštvo osoba koje se ne nalaze u sistemu zdravstvenog osiguranja. Privatno zdravstveno osiguranje je najzastupljeniji oblik u okviru kojeg se ostvaruje zdravstvena zaštita u SAD, i to uz najveće učešće planova zdravstvenog osiguranja koje obezbeđuju poslodavci. Ta vrsta zdravstvenog osiguranja predstavlja ekonomsku kategoriju. Pored tog oblika zdravstvenog osiguranja, postoje i javni programi zdravstvene zaštite, među kojima je najzastupljenija zdravstvena zaštita starijih osoba koja se ostvaruje putem programa „Medicare“, a zdravstvena zaštita za siromašne osobe ostvaruje se u okviru programa „Medicaid“, što u velikoj meri predstavlja socijalnu kategoriju. Uvođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja 2010. godine imalo je za cilj povećanje broja osiguranika, tj. smanjenje broja neosiguranih osoba i jačanje nivoa zdravlja celokupne nacije. U vremenu pred nama biće jasnije da li će doći do stvaranja istovetnog uticaja državnih podsticaja i uticaja mehanizma tržišta zdravstvenog osiguranja na postizanje adekvatnijeg pružanja zdravstvenih usluga i većeg obuhvata osiguranika. Neophodno je, kao što je već prethodno rečeno, da visoki iznosi sredstava koji se izdvajaju za zdravstvenu zaštitu budu usmereni na jačanje kvaliteta zdravstvenih usluga, ujednačenost kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga po državama SAD, odnosno da se obezbedi visok stepen efikasnosti zdravstvene zaštite. U većini evropskih zemalja prevladava javno zdravstveno osiguranje, s dopunom privatnog zdravstvenog osiguranja, a u SAD privatno zdravstveno osiguranje uz primenu javnih programa zdravstvene zaštite i, od pre nekoliko godina, primenu obaveznog zdravstvenog osiguranja. SAD, kao i druge zemlje sveta, definišu sistem obezbeđenja zdravstvene zaštite, koji, prema mišljenju donosilaca odluka, najviše odgovara njihovim ekonomskim i socijalnim uslovima privređivanja i življenja. Sve mere koje utiču na jačanje kvaliteta zdravstvene zaštite, na podizanje nivoa zdravlja stanovništva, kao i na veću obuhvaćenost stanovništva, sigurno će naići na odobravanje učesnika u ovom važnom sistemu.

### Izvori

- Council of Economic Advisers; „2014 Economic Report of the President“, Chapter 4; „Recent trends in health care costs, their impact on the economy and the role of the affordable care act“, 2015.
- Dorfman M.; „Introduction to Risk Management and Insurance“, Pearson Education, New Jersey, 2005
- Erixon F., Marel E.; „What is driving the rise in health care expenditures?“, ECIPE working paper No 05/2011, Belgium
- Folland S., Goodman A., Stano M.; „The Economics of Health and Health

- Care“, Prentice Hall, New Jersey, 2001.
- Rakonjac Antić T.; „Penzijsko i zdravstveno osiguranje“, Centar za izdavačku delatnost Ekonomskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, 2012.
  - Rejda G.; „Principles of risk management and insurance“, Harper Collins, New York, 2001.
  - Smith J., Medalia C.; „Health insurance coverage in the United States: 2014“, U.S. Census Bureau, 2015.
  - Stiglitz J. E.; „Ekonomija javnog sektora“, Centar za izdavačku delatnost, Ekonomski fakultet Univerziteta u Beogradu, 2004.
  - The 2014 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, Washington
  - United States Department of Labor, Bureau of Labor of Statistics, May 2014., May 2015., [http://www.bls.gov/oes/2014/may/oes\\_nat.htm#31-0000](http://www.bls.gov/oes/2014/may/oes_nat.htm#31-0000)
  - World Health Organization Global Health Expenditures database (<http://apps.who.int/nha/database>)
  - World Health Statistics 2015, Part II, Global Health Indicators
  - <http://www.census.gov>
  - <http://www.cms.gov>
  - <http://www.ehealthinsurance.com>
  - <http://data.worldbank.org/country/united-states>
  - <http://www.who.com>



UDK:347.919.6:369.066:369.012:368.042:368.032 (72)

**Professor Tatjana N. Rakonjac-Antić, PhD<sup>1</sup>**

*Full Professor, Faculty of Economics, University of Belgrade*

## **FORMS OF HEALTH CARE DELIVERY IN THE UNITED STATES OF AMERICA**

In the United States of America (USA), health care can be predominantly obtained through private health insurance (individually purchased or employer-provided), under publicly funded social security programs (among which most common are Medicare and Medicaid schemes), and since 2010, through mandatory health insurance. On the USA territory, the most up-to-date healthcare technology is used, total spending on health care is extremely high (as a consequence of increased demand for health care services, higher investments in scientific researches in the area of healthcare, etc.), whereas in 2000, the World Health Organization ranked the U.S. health care system only 37<sup>th</sup>. Life expectancy in the USA does not rank among the top in the world, and for particular categories of insureds there is no adequate access to health care. The changes introduced to the U.S. health care system are aimed at resolving the aforementioned problems. The implementation of mandatory health insurance seeks to create conditions for the provision of universal health coverage and a strong correlation between high health care prices and high health care efficiency.

**Key words:** *health insurance, health care, USA, Medicare scheme, Medicaid scheme.*

---

<sup>1</sup> e-mail: rakonjacantic@ekof.bg.ac.rs

## **Introduction**

Diseases and injuries represent major living and social risks for the population. To manage these risks, countries use different approaches to health care systems (mainly as fundamental right provided by the participation in the health insurance system). The U.S. population health improvement strategy contains a large number of provisions relating to the health insurance and health care. In the USA, private health insurance and the delivery of health care services in private health sector are predominant. Social security program, OASDHI for short (Old age, Survivors, Disability, Health insurance), includes the „insurance programs for the elderly, surviving dependents, the disabled and the sick“. This social security program is developed with the aim to resolve complex social issues which are hard to tackle for the individuals alone (this program is defined in the Social Security Act of 1935). In 1965, a so-called Medicare program was enacted for the provision of medical care to, mostly, elderly people, whereas a so-called Medicaid program caters for the needs of the poor. The Patient Protection and Affordable Care Act-PPACA, or commonly called Affordable Care Act-ACA, was adopted in March 2010. This Law stipulates that all taxpayers are covered by health insurance. The objective of this paper is to analyze the operation of health insurance and health care delivery system in the USA and highlight key features and specific characteristics of the most common forms of health care. In almost all European countries, publicly-funded (mandatory) health insurance is prevalent, whereas in the USA, as previously mentioned, private health insurance is predominant. While the majority of European countries seek to achieve higher penetration of private pension insurance, a couple of years ago, the USA started implementing mandatory health coverage. The USA experience regarding health care delivery is important, among others, for those countries that plan to embark on the same or similar reform processes in the area of health insurance and health care.

### **1. USA Development and Main Characteristics of Health Insurance System**

The USA is a federal constitutional republic composed of 50 states and one federal district. In 2015, the U.S. population was about 321 million (39 million people in California, approximately 27 million in Texas, 20 million in Florida, etc.).<sup>2</sup> The U.S. economy is highly developed. Its Gross Domestic Product (GDP) in 2014 amounted to 17.420 billion \$, which accounted for one-third of the total world GDP.<sup>3</sup> In May 2014, approximately 135 million

---

<sup>2</sup> <http://www.census.gov>, information downloaded on 22-04-2016

<sup>3</sup> <http://data.worldbank.org/country/united-states>, information downloaded on 22-04-2016.

citizens were employed in the USA with average wages of 47.230\$, and in the same month, in 2015, employed were about 138 million citizens earning on average 48.320\$.<sup>4</sup> In December 2014, the unemployment rate was 5.6%<sup>5</sup>, and in December 2015, it amounted to 5.0%.<sup>6</sup> The USA has a specific health insurance model which covers the majority of employed population and their families, and is employer-sponsored (provided) through the private insurance companies. There are three types of private health insurance: hospital (or insurance of hospital expenses), medical and surgical.<sup>7</sup> In addition to private health insurance, since the mid-1970s, Medicare and Medicaid programs have been defined for the health care of elderly and low-income population. In 2010, after the adoption of the Affordable Care Act-ACA, foundations were laid for mandatory health insurance. In 2013, in the USA, 13.3% of the total population were not covered by health insurance (41.8 million people), and in 2014, this percent amounted to 10.4% (33 million).<sup>8</sup> Some ¾ of the uninsured persons accounted for the population younger than 35.<sup>9</sup> It is estimated that after the change in health insurance funding additional 32 million people will be covered, meaning that the goal of new legal solutions is to create conditions for the implementation of universal health coverage. According to the particular provisions of the aforementioned Law, private insurance companies will also be required to provide coverage to „high-risk“ population (those who already have health problems); children, until they turn 26, will be health insurance beneficiaries through their parents, policyholders; whereas small businesses, which provide health insurance to their employees, will have tax reliefs, etc.

In 2014, 89.6% of the population were insured.<sup>10</sup> Out of the total number of people covered by health insurance, some 66% were insured within private health insurance (approximately 55% had employer-based health insurance and 11% had directly purchased private insurance).<sup>11</sup> Group health insurance is most represented. There are two reasons behind this high representation of

---

4 United States Department of Labor, Bureau of Labor of Statistics, May 2014, May 2015, [http://www.bls.gov/oes/2014/may/oes\\_nat.htm#31-0000](http://www.bls.gov/oes/2014/may/oes_nat.htm#31-0000), information downloaded on 24-04-2016.

5 Information downloaded from <http://www.bls.gov> on 24-04-2016.

6 In the last ten years, the highest unemployment rate was in 2009 and amounted to 9.9%, largely as a consequence of the Global Financial Crisis.

7 Rakonjac-Antić T.; Penzijsko i zdravstveno osiguranje, Publishing Centre, Faculty of Economics, University of Belgrade, 2012, pp. 241.

8 Smith J., Medalia C.; Health insurance coverage in the United States: 2014, U.S. Census Bureau, 2015, pp 3.

9 Rakonjac-Antić T.; Penzijsko i zdravstveno osiguranje, Publishing Centre, Faculty of Economics, University of Belgrade, 2012, pp. 241.

10 About 19% population participated in multiple forms of health care provision.

11 Smith J., Medalia C.; Health insurance coverage in the United States: 2014, U.S. Census Bureau, 2015, pp 5.

group health insurance: rationalization of costs (one contract covers more than one person) and tax reliefs.<sup>12</sup>

Total spending on health care in the USA has been high for good many years (see the Table no. 1). Key reasons lie in the growth in life expectancy resulting in the increased use of health care services, emergence of new diseases, investments in science and technology, etc.<sup>13</sup> In 2014, the USA saw the highest total health care expenditures which amounted to 17.1% of GDP, compared to other countries in the world (for example, in the same year, this percent was 11.2% in Austria, 9.4% in Australia, 10.6% in Belgium, 10.4% in Canada, 11.5% in France, 9.2% in Italy, 11.3% in Germany, 9.7% in Norway, 11.7% in Switzerland, 9.1% in Great Britain, etc.).

**Table no. 1. Total spending on health care in the USA as a GDP percent, by selected years**

Year	1929	1965	2000	2002	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
% of GDP	3.5	5.7	13.1	14.7	15.6	16.0	17.0	17.0	17.1	17.0	16.9	17.1

Source: [www.who.com](http://www.who.com), [www.cms.gov](http://www.cms.gov)

From 2010/2011 to 2014 the total health care spending was slightly changed and amounted to about 17% of GDP (Table no. 1). One of the main reasons for curbing this significant rise in health care expenditures in this period is the increased share of insureds and employer-sponsored health care plans in the health care costs. Increased were so-called „deductibles“ i.e. the amount that participants are first required to spend on health care to be able to subsequently receive health care benefits from an insurance company. In 2013, this amount of deductible increased to 1.135\$, from 584\$ in 2006.<sup>14</sup> The rise in drug use was also slowed down, mostly due to a larger use of generic drugs, particular changes in payments to insurance companies under the government program for the provision of health care to the elderly, etc.<sup>14</sup> In 2000, in the USA, the costs of health care per capita amounted to 4.788\$, whereas in 2014, they rose to 9.403\$ per capita. It is interesting to note that in the same period, the health care expenditures in Norway and Switzerland increased by about three times (see the information shown in the Chart no. 1.)

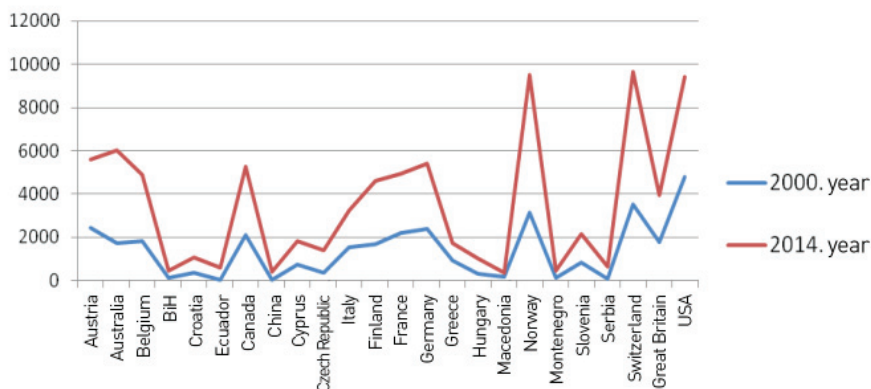
---

<sup>12</sup> Stiglitz J.E.; Economics of the Public Sector, Publishing Centre, Faculty of Economics, University of Belgrade, 2004.

<sup>13</sup> Erixon F., Marel E.; What is driving the rise in health care expenditures?, ECIPE working paper No 05/2011, Belgium, pp. no. 11.

<sup>14</sup> Ibid, pp. 147-178.

**Chart no. 1 Health insurance expenditures per capita, in \$, by selected countries, in 2000 and 2014**



Source: World Health Organization Global Health Expenditures database (<http://apps.who.int/nha/database>)

According to the ranking of the world's health systems carried out in 2000 by the World Health Organization, France ranked 1st, Italy 2nd, Austria 9th, Norway 11th, Germany 25th, Canada 30th, Costa Rica 36th, the USA 37th, Slovenia 38th etc. The results of this report produced different reactions. The low ranking of U.S. health care system attracted the closest attention in professional circles. At that time, the share of total health insurance costs was 13.1% of GDP (see the Table no. 1) and, as aforementioned, 4.788 \$ per capita were allocated for health care while in the health care system an up-to-date medical and information technology was used (and is still used). According to the data for 2013, life expectancy was 79 years of age (for women 81, and for men 76), which was lower than the life expectancy in Canada (82), Norway (82), Italy (83), Switzerland (83), Japan (84) etc.<sup>15</sup> It will be interesting to note the following data: in the period 2007-2013 there were 24.5 doctors per population of 10000 (e.g. in Switzerland 40.5, Norway 42.8, Germany 38.9 etc.), 8.8 pharmacists, and in 2014, 1.2 psychiatrists.<sup>16</sup> In this period, more than one hundred million U.S. citizens were insured under public health care programs.

## 2. Public Health Care Programs

The most represented public health care programs are: Medicare (provision of health care to elderly), Medicaid (provision of health care to low

<sup>15</sup> Ibid, pp. 50.

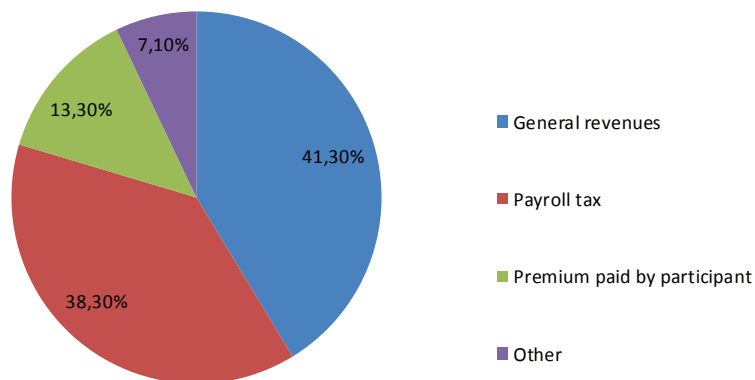
<sup>16</sup> World Health Statistics 2015, Part II, Global Health Indicators, pp. 114-123.

income population), Children's Health Insurance Program - CHIP, Military Health System, etc. As already mentioned, since mid-1970s, Medicare and Medicaid programs have been operating on the U.S. territory. Medicare program provides health insurance coverage to persons:

- a) 65 years of age and older;
- b) who receive disability benefits from Social Security;
- c) who are diagnosed with End Stage Renal Disease.

In 2013, the program covered about 52.3 million persons, out of which 43.5 million aged 65 and older, and 8.8 million of persons with disabilities.<sup>17</sup> Medicare health insurance program is a part of government health insurance and is financed mostly from the government budget. In 2013, the total of about 575.8 billion \$ were invested in Medicare. Some 80% of revenues were comprised of general revenues and payroll taxes (see Chart no. 2).

**Chart no. 2 Structure of Medicare revenue sources in 2013<sup>18</sup>**



Source: *The 2014 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds*, Washington, pp. 11.

Medical services may be provided in physician offices, hospitals etc. which have entered into contracts with the „programs“. A traditional Medicare program is basically comprised of two parts (Part A and Part B),

---

<sup>17</sup> The 2014 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, Washington, pp. 7.

<sup>18</sup> General revenues amounted to 237.7 billion \$, payroll taxes 220.8 billion \$, premiums paid by participants 76.4 billion \$ and other revenues 40.9 billion \$.

and is subsequently extended to include new Part C and Part D. The first part includes Hospital Insurance and is also called Part A<sup>19</sup>. For this type of insurance no additional premium payments are required because it is considered that the insureds had paid sufficient funds for health insurance while they were employed. This Part includes the following: hospital care, nursing home care and outpatient care. The second Part is optional (additional) health insurance (also called Part B or Medical Insurance) and includes particular costs which are not covered in the first Part such as: outpatient hospital care, physical therapy, etc. This form of insurance requires additional premium payment by the insured and additional payment of contributions for each insured by the Federal Government. In 1997, Part C was introduced, also called Medicare+Choice Selected Program or Medicare Advantage plans – „MA plans“, which includes medical services not included in Part A and Part B, such as, for example, dental care, vision care, etc. The insureds are required to be the members of Medicare Part A and Part B to be able to participate in Part C. There is also a Part D under which Prescription Drug Coverage is provided. In 2015, out of the total number of Medicare beneficiaries, 69% of persons participated in the traditional Medicare program. There is also a Medigap program which represents supplementary insurance and includes the services not provided under the traditional Medicare program. To be eligible for using Medigap program services, beneficiaries must participate in the traditional Medicare program. According to the demographic projections, in the next years, Medicare program will become extremely popular. It is envisaged that in 2040, population aged over 65 will account for about 20% of the total population.

Medicaid program (health care provided to persons with low income) provides health coverage for the unemployed and poor persons. This health care program has the character of a public aid and is funded from the Budget, which means that the funds for this type of health insurance are paid by all taxpayers.<sup>20</sup> Persons eligible for Medicare program may also be insured under Medicaid program if they need social security.<sup>21</sup> In such situation, these persons receive higher amounts of health benefits. Medicaid program provides health care for about 62 million people. Generally, Medicaid comprises four public health insurance programs. The first program ensures compensation of health care costs for children and women. The second program ensures the compensation of medical costs not included in Medicare. The third program covers the largest portion of health care costs for the elderly and disabled

---

<sup>19</sup> Dorfman M.; Introduction to Risk Management and Insurance, Pearson Education, New Jersey, 2005 pp. 447-449.

<sup>20</sup> Folland S., Goodman A., Stano M.; The Economics of Health and Health Care, Prentice Hall, New Jersey, 2001.

<sup>21</sup> Rejda G.; Principles of risk management and insurance, Harper Collins, New York, 2001, pp. 480-502.

persons with low income. Under the fourth program, compensated are the costs of the elderly for their hospitalization. Medicaid program enables the use of main health services, such as: vaccination of children, medical examinations, hospital treatment, etc. The Government ensures adequate level of health services and equity of beneficiaries regarding the coverage of costs. In addition, it can also define the duration of health services (for example, the number of monthly visits to the doctor's office may be limited) etc.

The most represented health insurance plans under which beneficiaries of health care programs may use health care services are HMO plans (health maintenance organization) and PPO plans (preferred provider organization).

HMO plans appeared in 1960s (and have been particularly represented since 1973, when the Congress adopted the Health Maintenance Organization Act) and they relate to the health care provided within health care institutions.<sup>22</sup> Insurance beneficiary pays relatively low monthly premiums and has a right to use a comprehensive package of health care services. The Law defines that the employers with 25 and more employees, must include these employees in any of HMO plans. Medical services are primarily provided by general practitioners. The insureds may not use the services of other institutions unless HMO is bound to such institutions by the contract (except in emergency events). Visiting a specialist doctor is not allowed without a referral. There are three types of HMO plans:

1. a so-called Staff Model according to which doctors of different specializations work for the HMO as permanently employed;
2. a so-called Group Model according to which the HMO does not employ physicians directly but contracts with multi-specialty physician group practice (doctors are paid per examined patient);
3. a so-called Independent Practice Association according to which physicians working within their doctor's offices provide services within HMO (they are paid for the provided service by the Association and not by the patients).

PPO plans are more flexible compared to HMO plans. In their participation in PPO plans the insureds can choose a health care institution included in PPO plan, whereas for the health care institutions not covered by the PPO plan, the medical expenses are partly covered. Examinations by the specialist doctors may be performed without a referral. Often, before using health care services, the insureds are required to pay initial annual expenses (annual deductibles) and subsequently, the insurance company is obliged to compensate the expenses under the contract.

---

<sup>22</sup> [www.ehealthinsurance.com](http://www.ehealthinsurance.com)



## Conclusion

Generally, the health care system in the USA boasts modern medical technology, highly skilled staff and well-equipped health care institutions. High amounts of funds are spent on the health care system, whereas life expectancy is lower compared to that in a particular number of developed countries. The results of the majority of researches have shown that the health of population is mostly influenced by genetics, economic and social environment, lifestyle, and development level of health care system. To achieve a higher level of health and life expectancy, it is necessary to implement reform processes and re-channel the funds for health care. There is a large number of persons not covered by health insurance system. In the USA, private health insurance is the most represented type of insurance through which health care is delivered, with the highest participation of employer-provided health insurance plans. This type of health insurance represents an economic category. In addition to this type of health insurance, there are also public health care programs, among which the most popular are health care for the elderly, afforded through Medicare program, and health care for the poor, delivered through Medicaid program, which largely represents a social category. The introduction of mandatory health insurance in 2010 was aimed at increasing the number of insureds i.e. at cutting the number of uninsured persons and raising the health level of the entire nation. The future will show more clearly whether government incentives and health insurance market mechanisms will create the same impact on the provision of more adequate health service and more extensive coverage of insureds. As already mentioned, it is necessary to channel high amounts of funds allocated for health care to strengthening the quality of health services and distributing such quality evenly among the U.S. countries, that is, it will be necessary to ensure a high level of health care efficiency. In the majority of European countries, public health insurance is prevalent and supplemented by private health insurance, whereas in the USA, the most popular is private health insurance with the application of public health care programs and mandatory health insurance, which has been implemented for several years now. The USA, as other countries in the world, define their health care system which, according to the decision-makers, is best suited to their economic and social circumstances of work and living. Any measures aimed at strengthening health care quality, raising the level of health, and providing more extensive coverage of population will certainly be welcomed by the stakeholders in this important system.

## **Literature**

- Council of Economic Advisers; 2014 Economic Report of the President, Chapter 4; Recent trends in health care costs, their impact on the economy and the role of the affordable care act, 2015
- Dorfman M.; Introduction to Risk Management and Insurance, Pearson Education, New Jersey, 2005
- Erixon F., Marel E.; What is driving the rise in health care expenditures?, ECIPE working paper No 05/2011, Belgium
- Folland S., Goodman A., Stano M.; The Economics of Health and Health Care, Prentice Hall, New Jersey, 2001
- Rakonjac-Antić T.; Penzijsko i zdravstveno osiguranje, Publishing Centre, Faculty of Economics, University of Belgrade, 2012
- Rejda G.; Principles of risk management and insurance, Harper Collins, New York, 2001.
- Smith J., Medalia C.; Health insurance coverage in the United States: 2014", U.S. Census Bureau, 2015
- Stiglitz J.E.; Economics of the Public Sector, Publishing Centre, Faculty of Economics, University of Belgrade, 2004
- The 2014 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, Washington
- United States Department of Labor, Bureau of Labor of Statistics, May 2014., May 2015, [http://www.bls.gov/oes/2014/may/oes\\_nat.htm#31-0000](http://www.bls.gov/oes/2014/may/oes_nat.htm#31-0000)
- World Health Organization Global Health Expenditures database (<http://apps.who.int/nha/database>)
- World Health Statistics 2015, Part II, Global Health Indicators
- <http://www.census.gov>
- <http://www.cms.gov>
- <http://www.ehealthinsurance.com>
- <http://data.worldbank.org/country/united-states>
- <http://www.who.com>

*Translated by: **Zorica Simović***

UDK: (047.3)368.025.6:368.811:519.614(497.11)

**Petar D. Jovanović, MSc,<sup>1</sup>**  
*ovlašćeni aktuar, AS neživotno osiguranje a.d.o.*

## **IZVEŠTAJ O SOPSTVENOJ PROCENI RIZIKA I SOLVENTNOSTI U SVETLU SRPSKOG REGULATORNOG ZAHTEVA**

U ovom radu predstavljene su osnovni ciljevi upravljanja rizicima u kompanijama za osiguranje, kao i način za kvalitativnu i kvantitativnu analizu određenih rizika u okviru Izveštaja o sopstvenoj proceni rizika i solventnosti (ORSA izveštaj). Ovaj izveštaj predstavlja novi regulatorni zahtev koji od kompanija za osiguranje u Srbiji zahteva da razviju postupke za identifikaciju i procenu svih rizika kojima su izložene, kao i da izvrše procenu potrebnog kapitala za pokriće ovih rizika. Stres test portfolija obveznica takođe je predstavljen u radu, kao standardno sredstvo procene potrebnog kapitala vezano za rizik promene kamatnih stopa u okviru ORSA izveštaja.

**Ključne reči:** *Solventnost I, Solventnost II, upravljanje rizicima, Izveštaj o sopstvenoj proceni rizika i solventnosti (ORSA izveštaj), tržišni rizik, rizik promene kamatnih stopa, matrica verovatnoće nastanka i finansijske posledice, raspoloživa margina solventnosti, zahtevana margina solventnosti.*

---

<sup>1</sup> i-mejl: petarjovanovic12@gmail.com

## **1. Uvod**

Sistem upravljanja rizicima u osiguravajućim društvima sveobuhvatan je proces, koji vodi i nadzire uprava kompanija. Stvoren je radi identifikovanja događaja koji mogu imati negativan uticaj na kompaniju, to jest osiguravajuću kuću, s namenom da se smanji njena izloženost potencijalnim gubicima. Sistem upravljanja rizicima spaja strategije, politike, procese, odgovorne osobe, tehnologije i znanje u cilju procene rizika i upravljanja rizicima kojima je osiguravajuća kuća izložena.

Sistem upravljanja rizicima je proporcionalan prirodi, opsegu i složenosti poslova koji se obavljaju u kompaniji, kao i njenoj veličini i organizacionoj strukturi, obimu aktivnosti te vrstama osiguranja koje obavlja (načelo proporcionalnosti).

Upravljanje rizicima uprava razume kao prvu liniju (sistem) odbrane u kompaniji ili kao proces koji služi da bi se izbegao nastanak situacije koja bi mogla ugroziti njeno poslovanje. Pri tome kapital osiguravajućeg društva dopunjuje upravljanje rizicima u smislu obezbeđivanja ispunjenja obaveza kompanije, u slučaju izuzetno nepovoljnih događaja po društvo.

Glavni ciljevi upravljanja rizicima u kompaniji su:

- identifikacija i upravljanje rizicima u kompaniji, koji su povezani s njenom delatnosti, a pogotovu s materijalno znatnim rizicima
- obezbeđivanje stabilnog poslovanja u skladu s poslovnim ciljevima kompanije
- poslovanje u okviru definisanih sklonosti rizicima s namerom da se postignu postavljeni poslovni ciljevi
- integrisanje upravljanja rizicima u sprovođenje poslovne politike kompanije u smislu taktičkih i operativnih ciljeva
- integrisanje upravljanja rizicima u organizaciju na osnovu koje se svakom zaposlenom i rukovodiocu upravljanje rizicima to postavlja kao deo njihovih zaduženja
- uvođenje kulture upravljanja rizicima na svim nivoima poslovanja osiguravajućeg društva
- sopstvena procena rizičnosti i ukupne solventnosti osiguravajuće kuće kao sastavni deo sistema upravljanja rizicima i njena integrisanost u sistem donošenja poslovnih odluka
- uspostavljanje transparentnog izveštavanja za unutrašnje i spoljne korisnike o svim materijalnim rizicima kojima je kompanija izložena
- uspostavljanje prikladnog nadzora nad sistemom upravljanja rizicima u kompaniji.

Kao deo sopstvenog sistema upravljanja rizicima, sve osiguravajuće kuće, kao sastavni deo svoje poslovne strategije, treba da imaju redovnu praksu procene ukupnih kapitalskih zahteva u pogledu solventnosti u odnosu na njihov profil rizika.

Izveštaj ORSA, kao sopstvena procena rizika i solventnosti, mnogi autori opisali su kao suštinu procesa upravljanja rizicima i solventnosti u osiguravajućoj kući, jer povezuje različite poslovne aktivnosti. Izveštaj ima za cilj da obezbedi dobro koordinisan i konzistentan protok informacija o samom poslu i njegovoj budućnosti.

Svi rizici moraju se identifikovati i procenjivati (kvalitativno i kvantitativno), i odgovarajući nivo kapitala mora biti obezbeđen kao pokriće s obzirom na poslovne ciljeve i profil rizika kompanije.

Izveštaj ORSA predstavlja jedan od najnovijih regulatornih izazova. To će biti novi zahtev za uprave društava za osiguranje da se u potpunosti uključe u razvoj procesa upravljanja rizicima odozgo nadole koji povezuje rizik, kapital i strateško planiranje, kako bi se odredili trenutni i budući regulatorni i vlastiti kapitalni zahtevi kompanija.

ORSA je takođe prilika za kompanije koje prepoznaju da su relevantni unutrašnji procesi postavljeni tako da osiguraju da informacije o samom poslu budu dosledne i da se dobro prenose u okviru osiguravajućeg društva.

## **2. Internacionalni (evropski) regulatorni zahtevi i definicije u vezi sa izveštajem ORSA**

Sopstvena procena rizika i solventnosti je kontinualan, evolutivan i prospektivan proces u okviru sistema upravljanja rizicima, pri čemu se posebna pažnja obraća na uključivanje svih materijalno znatnih rizika koji mogu imati negativan uticaj na ispunjavanje obaveza osiguravajuće kuće.

Proces sopstvene procene rizika i solventnosti uzima u obzir obim i kompleksnost poslova koje kompanija preuzima primenjujući princip proporcionalnosti i obraćajući posebnu pažnju na specifičnost i jedinstvenost portfelja osiguranja kompanije, organizacione strukture, odgovorna lica, kao i na procese povezane s primenom poslovne strategije i poslovnog plana.

Koncept izveštaja ORSA razvijen je uvođenjem Solventnosti II u regulativu Evropske unije.

Velike evropske i svetske osiguravajuće kuće, koje su i pre ovog datuma primenile izveštaj ORSA u okviru svog poslovanja, potvrđuju da je taj izveštaj doneo najveću dodatnu vrednost od svih novih regulatornih zahteva koji su postavljeni.

Dodatna vrednost izveštaja ORSA je sledeća:

- ka budućnosti orijentisana identifikacija, merenje, kontrola i izveštavanje o rizicima
- procena profila rizika i zahteva adekvatnosti kapitala
- ocena budućih kapitalskih potreba i zahteva
- sistem koji prati regulatorne zahteve solventnosne pozicije
- širi način shvatanja rizika vezanih za kontinuitet poslovanja i ispunjavanje poslovnih ciljeva.

Da bi se postigao potreban nivo konzistentnosti analize, izveštaj ORSA bi trebalo da bude odozgo nadole prospektivan proces koji povezuje upravljanje rizicima, upravljanje kapitalom i strateško poslovno planiranje.

Pitanja na koja osiguravajuća kuća mora da odgovori kada se razvija adekvatan sistem procene rizika su sledeća:

- Koliko su efikasne aktivnosti upravljanja rizicima kompanije?
- Koji su aktuelni regulatorni kapitalni zahtevi i koji će se regulatorni kapitalni zahtevi pojaviti u budućnosti?
- Koliko kapitala bi kompanija trebalo da ima na raspolaganju u odnosu na poslovni plan i sklonost riziku, trenutno i u budućnosti?
- Koji bi glavni rizici mogli da ugroze finansijski položaj kompanije i šta su akcije za upravljanje rizicima?
- Kakav je budući profil rizika kompanije s obzirom na njen poslovni plan i trenutni profil rizika?
- Koji su budući rizici u nastajanju kojima je osiguravajuće društvo potencijalno izloženo i koje aktivnosti u vezi s njima društvo preduzima?
- Koje stres testove bi kompanija trebalo da primenjuje u pogledu specifičnog profila rizika, i koji je potencijalni uticaj tih neželjenih događaja na kompaniju; šta bi, naposljetku, kompanija trebalo da preduzima u tim situacijama?
- Na koji način su strategija, upravljanje rizicima i upravljanje kapitalom povezani u okviru poslovanja osiguravajuće kuće?

Sve kompanije treba da obezbede da glavni cilj procesa ORSA bude aktivna i obavezujuća diskusija na nivou uprave kompanije na kraju ove procene. Diskusija treba da se zasniva na sveobuhvatnim detaljnim analizama iz mnogih oblasti u okviru poslovanja kompanije. Izveštaj ORSA u nadležnosti je uprave kompanije, tako da ove diskusije i zaključci treba da budu krajnji cilj procesa ORSA.

Postoji čitav niz načina da se sprovede sopstvena procena potreba za kapitalom, počev od jednostavnijih stres testova koji služe za određivanje odgovarajućeg iznosa kapitalnog zahteva, do u potpunosti stohastičkog (probabilističkog) modeliranja za naprednije i veće portfelje.

Određivanje sopstvenih potreba za kapitalom pomaže kompaniji da proceni nivo kapitala potrebnog za nošenje sa svim rizicima koje je moguće kvantifikovati, i upućuje na to kako kompanija može da optimizuje kapital, da li da zadrži ili prenese rizik, odnosno kako da kontroliše te rizike.

Uslov za osiguravajuće kuće koji izveštaj ORSA postavlja jeste to da analizira svoju sposobnost da nastavi poslovanje.

### **3. Proces upravljanja rizicima u pogledu izveštaja ORSA**

Sveobuhvatan proces upravljanja rizicima potreban je za potpun izveštaj ORSA. Proces upravljanja rizicima obuhvata identifikaciju, procenu, izveštavanje, merenje i kontrolu rizika kako bi se obezbedilo da svi rizici budu u potpunosti obuhvaćeni u okviru procene.

Izveštaj ORSA treba da obuhvati sve materijalne rizike kojima je osiguravajuća kuća izložena i kojima bi u budućnosti mogla biti izložena.

#### **Stres testovi u pogledu izveštaja ORSA**

U okviru izveštaja ORSA osiguravajuća društva bi trebalo da sprovede sopstvene stres testove i testove scenarija na materijalnim rizicima identifikovanim u procesu upravljanja rizicima. Stres testovi bi trebalo da budu definisani i odgovarajući za specifičan profil rizika kompanije, te vremenski usklađeni s poslovnim planom kompanije.

Ti testovi su veoma razumljiv i koristan način da se izračuna koliko kapitala kompaniji treba u neželjenim situacijama koje se mogu razviti u skladu s prethodnim znanjem o specifičnim rizicima kompanije. Trebalo bi, naime, da se zasnivaju na očekivanoj neželjenoj situaciji i njenom uticaju na finansijsku poziciju kompanije, to jest osiguravajuće kuće.

Izveštaj ORSA treba da sadrži kombinaciju kvantitativnih i kvalitativnih elemenata kod procene svih materijalno značajnih rizika u okviru srednje i dugoročne strategije kompanije. To uključuje projekcije (determinističke i stohastičke) budućeg finansijskog položaja, kao i analize moći kompanije da ispuni buduće regulatorne i ekonomske zahteve kapitala. Za kvalitativnu (i osnovnu primenu kvantitativne analize) koncept matricā verovatnoće nastanka i finansijskog efekta biće predstavljen u narednom poglavlju.

Isto tako, u jednom od sledećih poglavlja biće predstavljen stres testovi za portfelj obveznica u skladu sa standardnom formulom za izračunavanje potrebnog solventnosnog kapitala za tržišni rizik.

#### **4. Matrica verovatnoće nastanka i finansijskog efekta kao metod kvalitativne (i početne faze kvantitativne) procene rizika**

U Odluci Narodne banke Srbije o sistemu upravljanja u društvima za osiguranje i reosiguranje navedeno je da će sve te kompanije pripremiti izveštaj o sopstvenoj proceni rizika i solventnosti koja, u najmanju ruku, sadrži rezultate kvantitativnih i kvalitativnih procena rizika prepoznatih u profilu rizika kompanije. Profil rizika je registar svih rizika kojima je društvo izloženo.

Jedan način da se izvrši kvalitativna analiza jeste takozvana matrica verovatnoće nastanka i finansijskog efekta. Taj koncept je prvi korak za kvantitativnu procenu rizika, određivanje njegove važnosti za kompaniju i rangiranje rizika.

Koncept takvih matrica veoma je rasprostranjen alat za procenu rizika u prvoj fazi. Uglavnom se koristi za procenu obima rizika, a treba i da odgovori na pitanje da li je određeni rizik dovoljno nadgledan i kontrolisan.

Pomenuta matrica je dvodimenzionalna i uključuje učestalost ili verovatnoću ostvarenja rizika i mogući finansijski efekat ili posledicu koju rizik uzrokuje svojim ostvarenjem. Kombinacija ta dva parametra će svakom riziku dati mesto u okviru matrice.

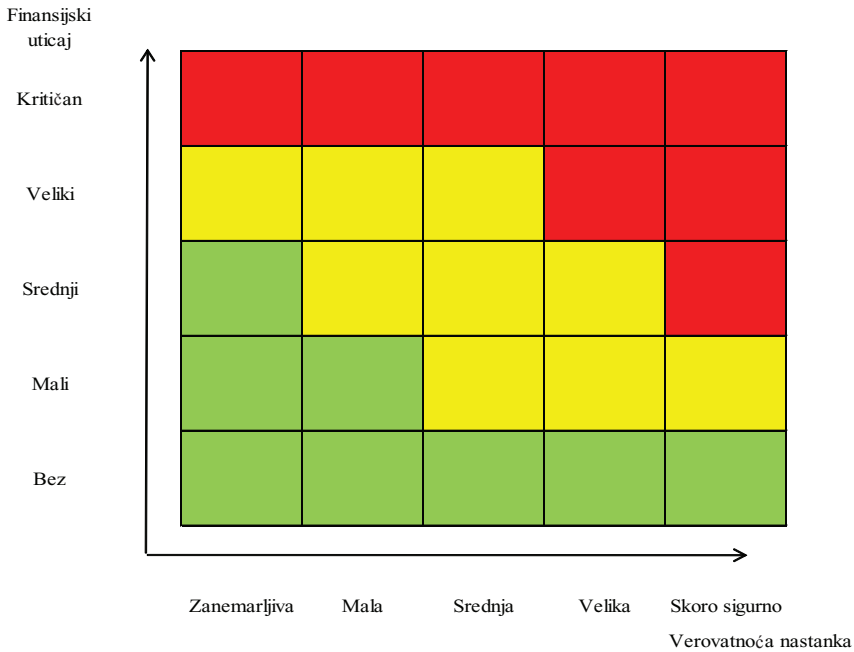
Većina pomenutih matrica ima najmanje tri oblasti za mapiranje rizika u okviru same matrice:

- Oblast niske verovatnoće ostvarenja i male finansijske posledice (u praksi obeležene uglavnom zelenom bojom) ukazuje na to da obim ostvarenja rizika nije velik ili da je rizik na odgovarajući način kontrolisan. Za rizike u toj grupi nisu potrebne posebne akcije u smislu mera za upravljanje rizikom.
- Oblast visoke verovatnoće ostvarenja i velike finansijske posledice (u praksi obeležene uglavnom crvenom bojom) ukazuje na to da su za specifični rizik potrebne mere za smanjenje verovatnoće ostvarenja i smanjenje finansijskih posledica.
- Središnja oblast matrice (u praksi uglavnom obeležena žutom bojom), koja se na matrici nalazi između dve oblasti pomenute u prethodnim tačkama. Rizici koji spadaju u ovu oblast na matrici uglavnom bi zahtevali veću kontrolu. Ti rizici su na prihvatljivom nivou ukoliko su kontrolama održani u okviru iste oblasti na matrici.

Sledeći grafikon predstavlja primer matrice verovatnoće ostvarenja i finansijske posledice rizika u tri oblasti o kojima je bilo reči. Skaliranje horizontalne i vertikalne ose trebalo bi da se uradi u skladu sa strukturom kompanije, obimom njene aktivnosti i finansijskom pozicijom.



**Grafički prikaz br. 1: Matrica verovatnoće nastanka i finansijske posledice rizika**



Izvor: <http://www.cgerisk.com/knowledge-base/risk-assessment/risk-matrices>

Za potrebe kvalitativne (i početne faze kvantitativne) analize, matrica verovatnoće ostvarenja i finansijskih posledica rizika predstavlja veoma dobar način za rangiranje rizika kojima je kompanija izložena. Rangiranje rizika može biti urađeno na različite načine, zato što izveštaj ORSA predstavlja sopstvenu procenu rizika; ovde će biti navedena tri osnovna načina:

- Najgori scenario. Taj način procene uzima u obzir najgori negativni uticaj koji određeni rizik može da proizvede. Te vrste incidenata mogu se dogoditi u realnom poslovanju, ali će najverovatnije biti izuzetak, a ne pravilo.
- Trenutna situacija. Drugi način pokušava da proceni finansijsku posledicu i verovatnoću ostvarenja za određeni rizik. Taj način procene uzima u obzir sve istorijske događaje koji se odnose na određeni rizik.
- Buduće situacije. Poslednji način pokušava da napravi procenu o tome kako rizik može da se razvija nakon nekog perioda, sa svim akcijama za njegovu kontrolu.

Nakon što su procenjeni, verovatnoća ostvarenja i finansijski uticaj rizika predstavljaju vertikalni i horizontalni pokazatelj u okviru matrice za svaki od rizika iz profila kompanije. Matrica verovatnoće ostvarenja i finansijskog uticaja rizika uzima u obzir samo dve promenljive, pored kojih postoje i druge koje bi trebalo uzeti u obzir pri proceni – finansijska pozicija kompanije, njena veličina, uslovi na tržištu itd.

Za svaki rizik u okviru profila, osiguravajuća kuća treba da odredi način upravljanja, u skladu s procenjenom verovatnoćom ostvarenja i finansijskim posledicama ostvarenja rizika. U narednoj tabeli prikazani su načini za upravljanje rizicima u zavisnosti od njihove pozicije u okviru matrice rizikā.

**Tabela br. 1: Upravljanje rizicima u skladu s matricom rizikā**

Rizici iz profila rizika	Niska verovatnoća nastanka	Visoka verovatnoća nastanka
Niska finansijska posledica	Zadržavanje rizika	Zadržavanje sa kontrolom rizika, prevencija rizika, smanjenje rizika, diverzifikacija
Visoka finansijska posledica	Prenos rizika, divezifikacije	Izbegavanje rizika, prenos rizika

Izvor: [http://catalog.flatworldknowledge.com/bookhub/1?e=baranoff-ch04\\_s04](http://catalog.flatworldknowledge.com/bookhub/1?e=baranoff-ch04_s04)

Rizici koji spadaju u grupu onih s malom verovatnoćom ostvarenja i malim finansijskim posledicama ostvarenja trebalo bi da budu zadržani u okviru kompanije. Za rizike koji spadaju u grupu s velikom verovatnoćom ostvarenja i malim finansijskim posledicama ostvarenja trebalo bi postaviti odgovarajuće kontrole i mere za upravljanje, i to zadržati u okviru osiguravajućeg društva. Kontrole mogu biti – prevencija rizika, tj. smanjenje verovatnoće ostvarenja rizika ili smanjenje rizika, tj. smanjenje finansijskih posledica njihovog ostvarenja. Rizici s malom verovatnoćom nastanka i velikim finansijskim posledicama ostvarenja trebalo bi da budu preneseni ili diverzifikovani, dok bi rizike s velikom verovatnoćom nastanka i malim finansijskim posledicama ostvarenja kompanije trebalo da izbegavaju.

U prethodnoj diskusiji u ovom poglavlju predstavljen je osnovni koncept za kvalitativnu analizu rizika. Svako društvo za osiguranje treba da razvije sopstveni sistem procene rizika, te da upravljanje rizicima prilagodi tom sistemu.

## **5. Rizik od promene kamatnih stopa u okviru tržišnog rizika – stres test za portfelj obveznica**

Stres testovi su procedure u okviru upravljanja rizicima koje se koriste u svrhu određivanja promena u imovini i obavezama kompanije u različitim situacijama na osnovu neočekivanih događaja.

Kao što je u tekstu ranije navedeno, stres testovi bi trebalo da budu ugrađeni u sistem upravljanja rizicima kompanije. Sistem upravljanja rizicima kao skup strategija, politika i procesa služi da identifikuje, proceni, kontroliše, upravlja i izveštava o materijalno značajnim rizicima kojima je kompanija izložena. Stres testovi trebalo bi da sadrže i mere koje kompanija preduzima u smislu smanjenja rizika u stresnim uslovima. To bi trebalo da bude u okviru procesa donošenja odluka u kompaniji, uključujući i postavljanje sklonosti k rizicima kompanije, izračunavanje limita izloženosti, a na osnovu toga i dugoročnog poslovnog plana osiguravajuće kuće.

Stres testovi mogu biti korisni i za procenu rizika kojima je kompanija izložena. Rizici mogu imati nedovoljno podataka za formiranje statističkih modela za njihovu kvantifikaciju. Isto tako, određeni rizici ne zahtevaju složene kvantitativne metode za procenu iz perspektive njihove prirode, obima i složenosti. Stres testovi bi, koristeći iskustvene podatke, trebalo da upotpune metodologiju za kvantifikaciju rizika. Naročito oni stres testovi koji su predviđeni za određeni rizik mogu biti validan dokaz o statističkim modelima što se koriste u kvantifikaciji tog rizika.

Redovna primena stres testova može biti korisno sredstvo za praćenje rizika. Uticaj stres testova menjaće se s vremenom u skladu s promenama u okruženju i drugim spoljnim uslovima.

Kompanija treba redovno da održava i ažurira okvir za stres testiranje. Efikasnost okvira treba proceniti nezavisno i redovno. Okvir stres testiranja treba da obuhvati vrste stres testova, procenu uticaja takvih testova, akcije za ublažavanje rizika preuzetih u proceni, kao i praćenje i izveštavanje o stres testovima.

### **Primer stres testa portfelja obveznica**

Obveznice su hartije od vrednosti u kojima investitor (vlasnik obveznice) pozajmljuje novac entitetu koji uzajmljuje sredstva. Sredstva su pozajmljena na određeno vreme i s varijabilnom ili fiksnom kamatnom stopom.

Društva za osiguranje u Srbiji veliki deo sredstava ulažu u državne obveznice s fiksnom kamatnom stopom, zato što je to investicija malog rizika.

Neke od karakteristika obveznica su: nominalna vrednost, kupon, dospeće, efektivni prinos – prinos do dospeća, rejting obveznice, duracija obveznice.

Jedna od karakteristika obveznica koja je (u ovom trenutku) od interesa jeste efektivna kamatna stopa ili prinos do dospeća. Efektivna kamatna stopa obveznice je stopa koja se koristi prilikom diskontovanja ukupnog novčanog toka od obveznice tako da zbir diskontovanih novčanih tokova bude jednak trenutnoj prodajnoj ceni obveznice. Efektivna kamatna stopa će biti drugačija od navedene ili ugovorene stope kupona ako se prodajna cena obveznice razlikuje od njene nominalne vrednosti.

Sledeća formula opisuje vezu između fer vrednosti (prodajna cena) obveznice i efektivne kamatne stope – prinosa do dospeća obveznice:

$$PV = \left( \frac{C}{(1+i)} + \frac{C}{(1+i)^2} + \dots + \frac{C}{(1+i)^n} \right) + \frac{FV}{(1+i)^n}$$
$$PV = \left( \frac{C}{(1+i)} + \frac{C}{(1+i)^2} + \dots + \frac{C}{(1+i)^n} \right) + \frac{FV}{(1+i)^n} \quad (1)$$

Gde je:

PV – sadašnja vrednost obveznice (prodajna cena)

FV – nominalna vrednost obveznice

C – kupon obveznice (FV \* c%)

n – broj kupona (broj godina ukoliko su kuponi godišnji).

Iz jednačine (1) može se zaključiti da se sadašnja vrednost obveznice menja suprotno efektivnoj kamatnoj stopi. Kada efektivna kamatna stopa raste, aktuelna vrednost obveznice pada i obrnuto, kada efektivna kamatna stopa pada, aktuelna vrednost obveznice raste.

Takve promene u ceni obveznice posledica su i drugih faktora i razloga (uglavnom tržišnih i ekonomskih), ali čisto matematički, kada broj delite s većim brojem, rezultat je manji od jedan.

U skladu sa svim što je navedeno, stres test portfelja obveznica može biti primenjen, i kapitalski zahtevi za rizik od promene kamatnih stopa mogu se proceniti.

Bezrizične kamatne stope i vrednosti nagore i nadole stres testa efektivne kamatne stope, i u skladu s tim određivanje sadašnje vrednosti obveznice, dati su na prezentaciji EIOPA (European Insurance And Occupational Pension Authority); (link: <https://eiopa.europa.eu/CEIOPS-Archive/Documents/Advices/CEIOPS-L2-Advice-Market-risk-calibration.pdf>). Te stope mogu biti korišćene za stres testove ili neke druge testove koje kompanija smatra potrebnim.

Te stope se dodaju na efektivnu kamatnu stopu (i) na taj način je izlažu stresu (nagore i nadole), i aktuelna vrednost obveznice računa se na sledeći način:

- diskontovana vrednost budućih novčanih tokova dobijena pomoću središnje krive – primenom bezrizične kamatne stope: PV1
- diskontovana vrednost budućih novčanih tokova primenom stresa nagore: PV2
- diskontovana vrednost budućih novčanih tokova primenom stresa nadole: PV3

Te tri vrednosti (PV1, PV2 i PV3) predstavljaju aktuelne vrednosti obveznice pod različitim uslovima. Razlika između tih vrednosti je procena kapitala potrebnog za rizik od promene kamatnih stopa, a računa se po formuli:

$$SCR = \max(\text{abs}(PV1 - PV2), \text{abs}(PV1 - PV3))$$

Gde je:

SCR – potreban solventnosni kapital

PV1, PV2, PV3 su definisani gore.

Ova vrednost (SCR) može se koristiti da opiše promenu cena obveznica zbog promene tržišnih kamatnih stopa na osnovu standardne formule Solventnosti II.

## **6. Regulatorni zahtevi Narodne Banke Srbije u pogledu izveštaja ORSA**

Regulatorni zahtevi Narodne banke Srbije u vezi sa izveštajem ORSA definisani su u Odluci o sistemu upravljanja u društvima za osiguranje i reosiguranje. Ta odluka opisuje način organizovanja sistema upravljanja rizicima i tipovima rizika u osiguravajućim kućama, kao i bliže uslove i načine identifikacije, merenja, praćenja i upravljanja tim rizicima.

Odluka izdvaja najveće rizike kojima kompanije mogu biti izložene u svom poslovanju: rizik osiguranja, tržišni rizik, rizik od neispunjenja obaveza druge ugovorne strane, rizik likvidnosti, operativni rizik, pravni rizik i ostale rizike koji su materijalno znatni.

Najveći rizici su podeljeni u podrizike u zavisnosti od njihove pripadnosti. U kreiranju profila rizika kompanija bi trebalo da obuhvati sve rizike navedene u odluci i pored toga uvrsti i one koje prepoznaje u poslovanju a u odluci nisu navedeni.

U odluci je navedeno da kompanija mora obezbediti da rezultati sopstvene procene rizika i solventnosti budu uključeni u proces odlučivanja i poslovnog planiranja.

Osiguravajuće kuće su u obavezi da dokumentuju svaku sopstvenu procenu rizika i solventnosti, te da predaju izveštaj o tome upravi kompanije. Kompanija je, po odluci, u obavezi da pripremi izveštaj o sopstvenoj proceni rizika i solventnosti koji, u najmanju ruku, sadrži rezultate kvalitativne i

kvantitativne procene svih rizika, kao i zaključke na osnovu tih procena, zajedno s objašnjenjem primenjenih metoda za procenu.

Kompanije će proceniti odstupanja svog rizičnog profila u smislu zahteva solventnosnog kapitala utvrđenih trenutnim propisima. To će uključiti kvalitativnu i kvantitativnu analizu znatnosti odstupanja od zahtevane margine solventnosti.

Trenutni zahtevi solventnosti u Srbiji računaju se po konceptu Solventnost I. Kapitalski zahtev je da raspoloživa margina solventnosti uvek bude veća od zahtevane, koja se računa po metodi premije i šteta. Drugi zahtev je da garantni kapital mora biti veći od nominalnog iznosa koji je naveden u Zakonu o osiguranju.

Izračunavanje zahtevane margine solventnosti po trenutnim regulatornim zahtevima uključuje samo nekoliko rizika navedenih u odluci, uglavnom rizike osiguranja (rizik tehničkih rezervi, rizik reosiguranja...). Ostale rizike bi trebalo proceniti, a te procene (kvalitativne i kvantitativne) trebalo bi da budu predstavljene u okviru izveštaja ORSA koji sastavlja kompanija. Na taj način, osiguravajuća kuća će izdvojiti i rangirati rizike kojima je izložena u svom poslovanju. To je takođe način da kompanije, to jest osiguravajuće kuće razviju sopstvenu procenu rizika, kvantitativne metode za procenu potrebnog kapitala za rizike, da utvrde da li je standardna formula Solventnosti II primenljiva za neke rizike (zato što trenutno to nije regulatorni zahtev) i na taj način se pripreme za primenu Solventnosti II.

## **7. Zaključak**

Trenutni zahtevi solventnosti u Srbiji se računaju po konceptu Solventnost I. Kapitalski zahtev je da raspoloživa margina solventnosti mora uvek biti veća od zahtevane, a koja se računa po metodi premije i šteta. Drugi zahtev je da garantni kapital mora biti veći od nominalnog iznosa koji je naveden u Zakonu o osiguranju.

Izračun zahtevane margine solventnosti po trenutnim regulatornim zahtevima uključuje samo nekoliko rizika koji su navedeni u Odluci, uglavnom rizike osiguranja (rizik tehničkih rezervi, rizik reosiguranja,...). Ostale rizike bi trebalo proceniti i procene (kvalitativne i kvantitativne) tih rizika bi trebalo da budu predstavljene u okviru ORSA izveštaja kompanije. Na ovaj način kompanija će izdvojiti i rangirati rizike kojima je izložena u svom poslovanju. Ovo je takođe način da kompanije razviju sopstvenu procenu rizika, kvantitativne metode za procenu potrebnog kapitala za rizike, utvrde da li je standardna formula Solventnosti II primenljiva za neke rizike (zato što trenutno to nije regulatorni zahtev) i na taj način se pripreme za implementaciju Solventnosti II.

### **Izvori**

- <https://www.kpmg.com/SG/en/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Insurance-Own-Risk-and-Solvency-Assessment.pdf>
- [http://catalog.flatworldknowledge.com/bookhub/1?e=baranoff-ch04\\_s04](http://catalog.flatworldknowledge.com/bookhub/1?e=baranoff-ch04_s04)
- <http://www.cgerisk.com/knowledge-base/risk-assessment/risk-matrices>
- <http://www.nbs.rs/export/sites/default/internet/english/20/osg/governance.pdf>

UDK: (047.3)368.025.6:368.811:519.614(497.11)

**Petar D. Jovanović, MSc<sup>1</sup>**

*Certified Actuary, AS Non-Life Insurance Company a.d.o.*

## **OWN RISK AND SOLVENCY ASSESMENT REPORT IN LIGHT OF SERBIAN REGULATORY REQUIREMENTS**

This paper presents the main objectives of risk management in insurance companies and how to perform a qualitative and quantitative analysis of particular risks in the context of the Own Risk and Solvency Assessment Report (ORSA Report). The Report is a new regulatory requirement which demands of the insurance companies in Serbia to develop procedures for identification and assessment of all risks to which they are exposed to and assess the required capital to cover these risks. Stress test for bonds portfolio is also presented in the paper, as a standard tool to estimate the required capital related to interest rate risk within the ORSA report.

**Key words:** *Solvency I, Solvency II, risk management, Own Risk and Solvency Assessment Report (ORSA Report), market risk, interest rate risk, frequency severity matrix, available solvency margin, required solvency margin.*

### **1. Introduction**

The risk management system of an insurance company is a comprehensive process, led and supervised by the company's management. It is designed to identify events that may have an adverse effect on the company, with the aim to reduce the exposure of the company to potential losses. The risk management system combines the strategies, policies, processes, responsible persons, technology and knowledge in order to assess and manage the risks to which the company is exposed.

---

<sup>1</sup> e-mail: petarjovanovic12@gmail.com



The risk management system is proportionate to the nature, scale and complexity of the company business activities, as well as the size and organizational structure of the company, scope of activities and lines of insurance business transacted by the company (principle of proportionality).

The company's management understands risk management as a first line (system) of defence in the Company or as a process, to avoid the occurrence of situations that could endanger the company's business. In this respect, capital of the company complements the risk management in terms of ensuring fulfilment of the obligations of the company in the event of exceptionally adverse events.

The main objectives of the company risk management are:

- Identification and management of company risk, inherent in the company business - especially material risks;
- Ensuring stable business in line with the business objectives of the company;
- Operating within defined risk appetite with the intention of achieving set business goals;
- Integration of risk management in the implementation of the business policy of the company in terms of strategic and operational goals;
- Integration of risk management in the organization, according to which each and every employee and manager shall be instructed to control the risks as part of their regular duties;
- Introduction of risk management culture at all levels of the company;
- Assessment of own risk and overall solvency of the company as an integral part of the risk management system and integration into business decision-making system;
- Establishment of transparent reporting of internal and external clients about all material risks to which the company is exposed;
- Establishment of appropriate supervision over the system of company risk management.

As part of their risk management system, all insurance companies should have, as an integral part of their business strategy, a regular practice of assessing their overall solvency needs in relation to their specific risk profile.

Own Risk and Solvency Assessment (ORSA) Report has been described by many as the "heartbeat" of the risk management and solvency process in an insurance company as it connects many different business activities. It has the objective of ensuring that transfer of information about the business itself and its future is well coordinated and persistent.

All risks must be identified and measured (qualitatively and quantitatively) and appropriate level of solvency maintained given the business objectives and risk profile of the company.

The ORSA Report presents one of the newest regulatory challenges. It will require Boards of the insurance companies to be fully involved in developing a top-down risk management process which connects the risk, capital and strategic planning to determine the current and future regulatory and own capital requirements of their companies.

However, ORSA is also an opportunity for companies who recognize that relevant internal processes are set to ensure that business information are consistent and well transferred within the company.

## **2. International (European) Regulatory Requirements and Definitions for ORSA Report**

Own risk and solvency assessment is a continuous, evolutionary and prospective process within the risk management system, where a particular attention is paid to the inclusion of all material risks that may have adverse effect on the fulfilment of company obligations. The process of own risk and solvency assessment takes into account the scope and complexity of the company business, applying the principle of proportionality and paying special attention to the company specific and unique insurance portfolio, organizational structure, the responsible persons and processes engaged in the implementation of business strategy and business plan.

The concept of the ORSA Report was first developed through the introduction of Solvency II regulations in the European Union.

The major European and global insurers which have already incorporated the ORSA Report into their business procedures have found it to be the most value-adding among all new regulatory requirements.

The new added value of ORSA Report is the following:

- Future-oriented risks identification, measurement, control and reporting;
- Assessment of the risk profile and the required capital adequacy;
- Evaluation of future capital needs and requirements;
- A system that monitors regulatory requirements of the solvency position;
- A wider way of understanding the risks related to business continuity and fulfilment of business objectives.

To achieve the necessary analysis consistency level, ORSA Report should be a top-down forward-looking process which connects company risk management, capital management and strategy business planning.

Questions an insurance company needs to answer when developing an adequate risk assessment system are:

- How effective are company risk management activities?
- What are company current regulatory capital requirements and what will be future regulatory capital requirements?
- How much capital do we need to have available given the company business plan and risk appetite, current and future?
- What main risks could jeopardize the company financial position and what mitigating actions are in place?
- What is company future risk profile given the company business plan and what is the company current risk profile?
- What are the potential emerging risks for the company and what is the company doing about those risks?
- What stress tests should the company perform, having in mind its specific risk profile; what is the potential impact of these adverse events on the company and possible steps in these adverse situations?
- How are the strategy, risk management and capital management linked within the company business?

All Companies should ensure that the main objective of the ORSA process is an active and engaging discussion at the Board level at the end of this assessment. The discussion should be based on comprehensive insightful analysis from many areas within the company business. The ORSA Report is expected to be owned by the Board of the company, so these discussions and conclusions should be the ultimate goal of the ORSA process.

There is a variety of ways to carry out an own assessment of your capital needs, starting from simple stress tests for determining an appropriate capital buffer to full stochastic (probabilistic) modelling for the more advanced and larger portfolio companies.

Determination of own-capital needs helps the company to assess the level of capital required for all risks (which are quantifiable) and how to optimize the capital base, whether to retain or transfer the risk, or simply how to deal with those risks.

ORSA requirement for the insurance companies is to analyse its ability to continue its business.

### **3. Risk Management Process for ORSA Report**

A comprehensive risk management process is needed for developing full ORSA Report. Risk management process should include risk identification,

assessment, reporting, measurement and monitoring, to ensure that all risks are fully covered by the assessment.

The ORSA Report should cover all the material risks to which the company is currently exposed and/or could become exposed in the future. Risk categories should include as a minimum underwriting, credit, market, operational, strategic and liquidity risks and additional risks arising.

### **Stress Tests for ORSA Report**

Within the ORSA Report, the companies should carry out their own stress and scenario tests on material risks that are identified in a risk management process. Stress tests should be defined and appropriate for the company specific risk profile and/or harmonized, as regards the period of their performance, with the company business plan.

Stress tests are very understandable and useful way to calculate how much capital the company needs in adverse situations that can be developed according to company previous knowledge about specific risks. They should be based on the expected adverse situation and its effect on the company financial position.

The ORSA Report should comprise a combination of quantitative and qualitative elements when assessing the material risks in the medium and long term strategy of the company. These include projections (deterministic and stochastic) of its future financial position and analysis of its ability to meet future regulatory and economic capital requirements. For qualitative assessment (and basic quantitative analysis application) frequency and severity matrix concept will be given in the next chapter.

In the same way, one of the following chapters will present the stress test for the bond portfolio in accordance with the standard formula for the calculation of the required solvency capital for market risk.

## **4. Frequency and Severity Matrix as Qualitative (and Initial Quantitative) Risk Assessment Method**

The National Bank of Serbia Decision on the system of governance in an insurance/reinsurance undertaking provides that all such undertakings shall prepare a report on own risk and solvency assessment which contains, at a minimum, qualitative and quantitative results of the assessment of risks included in an undertaking's register. Risk register is a list of all risks that the undertaking is exposed to.

One way to do a qualitative analysis is by so called frequency severity matrix. This matrix is a good starting point for quantifying, qualifying and ranking of risks.

These matrices are probably one of the most widespread tools for risk evaluation in the initial phase. They are mainly used to determine the size of a risk and whether or not the risk is sufficiently monitored and controlled.

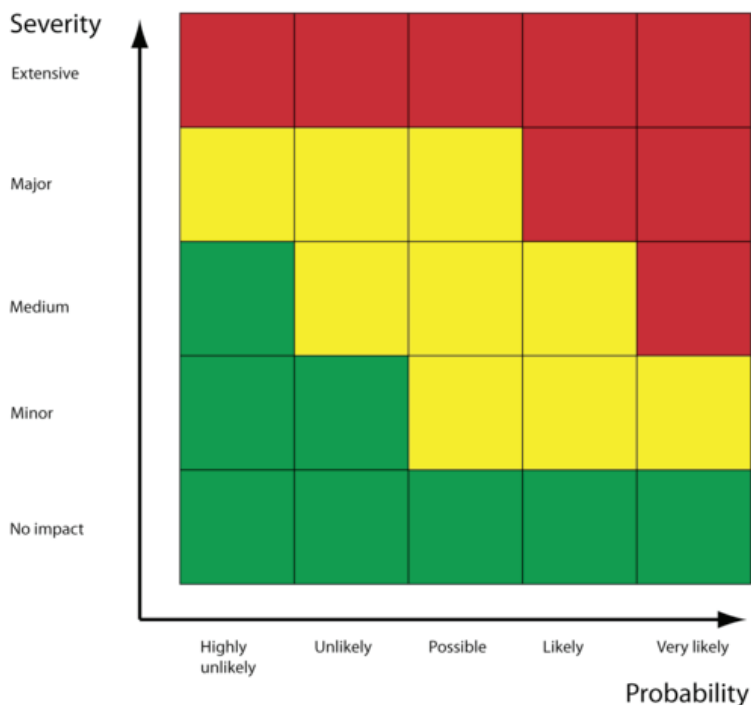
Frequency and severity matrix is a two dimensional matrix which includes the measure of frequency or probability of the risk occurrence and the potential severity or consequences of such occurrence. The combination of these two measures will give all risks a place on a risk matrix.

Most frequency and severity matrices have at least three areas for mapping risk into the matrix.

- The low frequency and severity area (usually green collared in practice) that indicates small probability of occurrence and/or adequate risk control. The risks within this group do not require special risk management activities.
- The high frequency and severity area (usually red collared in practice), indicating the specific risk which requires measures for reducing the frequency or severity of occurrence.
- The medium category (usually yellow collared in practice) is in between these two areas. The risks covered by this matrix area usually require more intense risk control measures. These risks are eligible for coverage if controlled and kept within the same matrix area.

The Graph below shows the example of risk frequency and severity matrix and three discussed areas. Companies should set frequency and severity scale according to the company structure, scope of activities and financial position.

**Graph 1: Frequency and Severity Matrix**



Source: <http://www.cgerisk.com/knowledge-base/risk-assessment/risk-matrices>

For the purpose of qualitative analysis (and basic quantitative analysis) frequency and severity matrix is a good way to rank the risks to which the Company is exposed. Risks can be ranked in various ways - because ORSA Report is an own risk assessment – but we shall present the three basic ways below:

- Worst case scenario. This is done by taking the worst adverse effect of a particular risk occurrence. This type of incidents is possible in actual business transactions, but is considered rather an exception than a rule.
- Current situation. The second strategy of evaluation of frequency and severity of a particular risk occurrence. This strategy takes into account all the claims history related to a particular risk.
- Future situation. This strategy tries to make an estimate of how the risk might go down after some period of time, with all risk control and mitigation actions.

Once they have been assessed, the risks are vertically and horizontally defined, according to the frequency and severity of their occurrence, in the risk management matrix for each and every risk included in the company risk profile. Frequency and severity matrix takes into account only two variables - in reality, there are other variables as well, such as the financial condition of the company, the size of the company, external market conditions etc.

For each and every risk included in its profile, the company should determine the way of risk management, according to the assessed frequency and severity of the risk occurrence. The Table below shows how risks should be managed according to their place on a frequency and severity matrix.

**Table 8: Risk Management According to Frequency and Severity Matrix**

<b>Risks in a risk register</b>	<b>Low Frequency of Losses</b>	<b>High Frequency of Losses</b>
<b>Low Severity of Losses</b>	Retention of risk	Retention with loss control—risk reduction, diversification, doubling resources
<b>High Severity of Losses</b>	Transfer of risks, diversification	Avoidance, Transfer of risks

Source: [http://catalog.flatworldknowledge.com/bookhub/1?e=baranoff-ch04\\_s04](http://catalog.flatworldknowledge.com/bookhub/1?e=baranoff-ch04_s04)

Risks within a low frequency and low severity group should be retained by the company itself. High frequency and low severity risks should also be retained by the company, provided the implementation of adequate control and risk management measures. The control may comprise the loss prevention to reduce the probability of loss occurrence and/or loss reduction to mitigate the loss severity. The low frequency and high severity risks should be transferred to some other party or diversified and the risks with high frequency and high severity should be avoided.

In the discussion above in this chapter, a basic measuring concepts for qualitative analysis of risks is given. Every insurance company should develop its own risk assessment system and carry on its risk management pursuant to such a system.

## **5. Interest Rate Risk within the Market Risk - Stress Test for Bond Portfolio**

Stress testing is a risk management technique used with asset and liability portfolios to determine their reactions to different financial situations arising from unexpected occurrences.

As indicated above, stress testing should be embedded in a company's overall risk management system. A risk management system is defined as the group of strategies, policies and processes employed to identify, assess, monitor, manage and report on the material risks to which the company is exposed. Stress tests should also include company measures for risk mitigation under the stressful circumstances. It should be incorporated into the company's decision making process, including setting the insurer's risk appetite, the exposure limits and long term business planning.

Stress testing may be useful to quantify some of the risks which the company faces. Risks may lack data to build the statistical models to quantify. Also, some risks do not require more complex quantitative assessment methods as regards their nature, scale and complexity. Stress tests should complement risk quantification methodologies, by using the historical data. In particular, stress tests for a particular risk may be a valid proof of statistical models that are used in the quantification of such risk.

Regular stress testing can be a useful tool to monitor the risk exposures. The impact of stress testing will evolve over time as a result of the changing environment and other outer conditions.

Company should regularly maintain and update its stress testing framework. The effectiveness of the framework should be assessed independently and regularly. The stress testing framework should deal with types of stress tests, assessment of the impact of such stresses, mitigating actions assumed in the assessment and monitoring and reporting of stress tests.

### **Bond Portfolio Stress Test Examples**

Bonds are a debt investment in which an investor (bond holder) loans money to an entity which borrows the funds. Funds are borrowed for a defined period of time at a variable or fixed interest rate.

Insurance Companies in Serbia mostly invest in governmental bonds with fixed interest rate, because this is a low risks investment.

Some characteristics of the bonds are: face value, coupon rate, maturity, effective interest rate – yield to maturity, bond rating, duration of the bond.

One of the characteristics of bonds that we are interested in (at this point) is an effective interest rate or yield to maturity. A bond's effective interest rate is the rate that will discount the bond's future cash flows to the bond's current selling price. The effective interest rate will be different from the stated or contractual coupon rate if the selling price of the bond is different from the face value of the bond.



The below formula describes the relationship between the fair value (selling price) of the bond and the effective interest rate – yield to maturity:

$$PV = \left( \frac{C}{(1+i)} + \frac{C}{(1+i)^2} + \dots + \frac{C}{(1+i)^n} \right) + \frac{FV}{(1+i)^n}$$
$$PV = \left( \frac{C}{(1+i)} + \frac{C}{(1+i)^2} + \dots + \frac{C}{(1+i)^n} \right) + \frac{FV}{(1+i)^n} \quad (1)$$

Where:

PV – present value of the bond (selling price)

FV – face value of the bond

C – coupon of the bond ( $FV * c \%$ )

n – number of payments (years if coupons are paid annually)

From the equation above it can be concluded that the present value of the bond is changing oppositely to an effective interest rate. When effective interest rate goes up present value of the bond goes down and when effective interest rate goes down present value of the bond goes up.

Such fluctuation of the bond price is due to many other reasons and factors (mostly market and economic) but at this point mathematically speaking – when you divide by a larger number the result is smaller number.

According to all said above, stress test for bond portfolio can be performed and the capital requirements for interest rate risk can be assessed.

Risk free rate and values for up and down stress testing of effective interest rate and by that calculating present value of bond, are given on EIO-PA (European Insurance and Occupational Pension Authority) website (link: <https://eiopa.europa.eu/CEIOPS-Archive/Documents/Advices/CEIOPS-L2-Advice-Market-risk-calibration.pdf>). Those rates can be used in stress test or other rates that the company considers appropriate for the analysis.

Those rates are added to the effective interest rate (i), thus stressing it (up and down) and present bond values are calculated as:

- discounted value of future cash flows using spot curve – risk free rate: PV1
- discounted value of future cash flows using up stress rate: PV2
- discounted value of future cash flows using down stress rate: PV3

These three values (PV1, PV2 and PV3) are the present values of the same bond under different conditions. The difference between those values gives a measure of capital for the interest rate risk calculated by a formula:

$$SCR = \max(\text{abs}(PV1 - PV2), \text{abs}(PV1 - PV3))$$

Where:

SCR means – Solvency Capital Requirement

PV1, PV2, PV3 are defined above.

This value (SCR) can be used to describe the fluctuation of bond prices due to market interest rate fluctuations.

## **6. Regulatory Requirements of the National Bank of Serbia for ORSA Report**

Regulatory requirements of the National Bank of Serbia for ORSA Report are defined in Decision on the system of governance in an insurance/reinsurance undertaking. This Decision describes the way of organising the system of risk management in an insurance company, types of risks in the insurance industry, more detailed conditions and manner of identification, measurement, monitoring and management of such risks.

Decision highlights major risks to which the insurance company may become exposed in the course of its business: insurance risk, market risk, counterparty risk, liquidity risk, operational risk, legal risk and other material risks.

Major risks are divided in sub-risks, according to the allotment of the sub risks. In making a risk profile, company should include all the NBS listed risks and add some other risks that are inherent in the company's business.

Decision regulates that the company shall ensure that the results of its own risk and solvency assessment are taken into account in the company decision making and business planning.

The Decision also regulates that the companies shall document each of their own risk and solvency assessments and submit a report thereon to the company Board members. Under the Decision, the company shall prepare a report on its own risk and solvency assessment which contains, at a minimum, qualitative and quantitative results of the assessment, conclusions which are based on these results and the description of applied assessment methods.

Companies will do the assessment of deviation of their risk profile from solvency capital requirements pursuant to valid regulations. This shall include the qualitative and quantitative analysis of the significance of the deviation from the required solvency margin.

The valid regime for solvency requirements in Serbia is Solvency I. Capital requirements stipulate that the available solvency margin has to exceed the required solvency margin, calculated by a premium and claims method. Another requirement is that the guarantee capital has to exceed the nominal amount stipulated under the national Insurance Law.

Calculation of required solvency margin according to valid regulatory requirements includes few risks that are listed in the Decision, mostly insurance risks (technical provisions, reinsurance ...). Other risks should be measured and their measurements (qualitative and quantitative) presented in the company ORSA Report. That way, the major risks of the company will be highlighted and ranked. This is also a way for companies to develop their own risk assessment and quantitative models for estimating risk solvency capital and/or to

see whether the standard formula of Solvency II is applicable for some of the risks (because at this point, this is not a regulatory requirement) and, by all that, prepare for Solvency II regime implementation.

## **7. Conclusion**

The valid regime for solvency requirements in Serbia is Solvency I. Capital requirements stipulate that the available solvency margin has to exceed the required solvency margin, calculated by a premium and claims method. Another requirement is that the guarantee capital has to exceed the nominal amount stipulated under the national Insurance Law.

Calculation of required solvency margin according to valid regulatory requirements includes few risks that are listed in the Decision, mostly insurance risks (technical provisions, reinsurance ...). Other risks should be measured and their measurements (qualitative and quantitative) presented in the ORSA Report. That way, the major risks of the company will be highlighted and ranked. This is also a way for companies to develop their own risk assessment and quantitative models for estimating risks and/or to see whether the standard formula is applicable for some of the risks (because it's not required at this point) and, by all that, prepare for Solvency II regime implementation over the given transitional period of time.

## **Literature**

- <https://www.kpmg.com/SG/en/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Insurance-Own-Risk-and-Solvency-Assessment.pdf>
- [http://catalog.flatworldknowledge.com/bookhub/1?e=baranoff-ch04\\_s04](http://catalog.flatworldknowledge.com/bookhub/1?e=baranoff-ch04_s04)
- <http://www.cgerisk.com/knowledge-base/risk-assessment/risk-matrices>
- <http://www.nbs.rs/export/sites/default/internet/english/20/osg/governance.pdf>

*Proofreading of English Translation by: **Bojana Papović***

UDK: 528.065: 303.443: 65.012.21: 368.01(497.11)

**Ljiljana J. Lazarević Davidović,**  
Šef Odeljenja za informisanje i izdavačku delatnost,  
Kompanija „Dunav osiguranje“

#### PRIKAZ SAVETOVANJA

### **23. KOPAONIK BIZNIS FORUM – PANEL „DEFINISANJE GLAVNIH PROBLEMA U INDUSTRIJI OSIGURANJA“**

U Kongresnom centru hotela „Grand“ na Kopaoniku, od 8. do 10. marta održan je 23. Kopaonik biznis forum, koji je ove godine okupio više od 980 učesnika – predstavnika Vlade, domaćih i stranih privrednika, diplomata, ekonomskih analitičara, teoretičara, međunarodnih eksperata i novinara. Tema ovogodišnjeg foruma bila je „Dostizanje i konvergencija sa vodećim trendovima: kako sanirati glavne pukotine u sistemu“, a tokom tri dana organizovano je 20 panela, tri plenarne sesije i pet specijalnih prezentacija.

#### **Obavezno osiguranje od poplava**

Poplave su bile jedna od važnih tema panela pod nazivom „Definisanje glavnih problema u industriji osiguranja“, koji je okupio predstavnike osiguravajućih društava i na kome je učesće uzeo i generalni direktor Kompanije „Dunav osiguranje“ mr Mirko Petrović.

Broj katastrofa na svetskom nivou porastao je sa stotinak, koliko ih je bilo 1975, na oko 400 u 2006. godini, dok su troškovi katastrofa devedesetih godina prošlog veka bili 15 puta veći nego pedesetih. Za saniranje posledica od prirodnih katastrofa u svetu 2015. potrošeno je devedeset milijardi dolara, što je najniža suma od 2009. godine. Ali u zapadnoevropskim zemljama polisom osiguranja od oluje, grada, poplava obezbeđeno je čak 75 odsto stanovništva, dok su u našoj zemlji, pa i u regionu, takve polise prava retkost. Rečit primer su štete u majskim poplavama 2014. godine, koje su iznosile milijardu i po evra, a svega dva odsto te sume isplatili su osiguravači, čulo se na panelu o osiguranju.

Mr Mirko Petrović rešenje vidi u uvođenju obaveznog osiguranja od poplava, što je obrazložio na sledeći način:

– Uz princip solidarnosti i uvođenjem obaveznog osiguranja omogućilo bi se da građani s malom premijom obezbeđuju pristojno pokriće, a deo tog novca može se upotrebiti i za sprovođenje preventivnih mera – rekao je Petrović. – Tome su pribegle Rumunija i Turska, koje su uz obaveznost osiguranja, edukaciju stanovništva i blagu kaznenu politiku došle do toga da je pokrivenost tržišta nakon četiri-pet godina bila veća od 25 odsto. Turska danas ima pokrivenost od 45 odsto tržišta.

## **Dobar regulatorni okvir za delatnost osiguranja**

Protekla godina prošla je u znaku usklađivanja s novim zakonom o osiguranju i podzakonskim aktima.

– U Srbiji je stvoren pravni okvir za modernije i sigurnije tržište, naša regulativa usklađena je s direktivama Evropske unije – rekao je Srđan Milovanović, zamenik generalnog direktora Nadzor osiguranja Narodne banke Srbije. – Novine se odnose na kvalitetniju zaštitu klijenata kako pre zaključenja ugovora o osiguranju tako i prilikom isplate odšteta, što je osnovni motiv i cilj supervizije. Regulativa je omogućila i da se investicioni potencijal osiguravača usmeri u državne projekte i privredu – istakao je Milovanović.

O pozitivnim stranama nove regulative govorila je i Gordana Bukumirović, predsednica Izvršnog komiteta „Unika neživotnog osiguranja“.

– Obaveza predugovornog informisanja klijenata propisana novim zakonom o osiguranju, koja podrazumeva upoznavanje potencijalnih osiguranika sa svim relevantnim činjenicama koje mogu da utiču na donošenje odluke o zaključenju ugovora sa osiguravajućom kućom, značajna je i zbog toga što se povećava transparentnost osiguravajućih kuća, smanjuje broj prigovora na rad osiguravača i reputacioni rizik – rekla je Gordana Bukumirović.

Novi zakon o osiguranju donosi i drugačiji pristup upravljanju rizicima i predstavlja prvi i najznačajniji korak ka potpunom usklađivanju sa zahtevima Solventnosti II, istakla je Gordana Bukumirović, ukazujući na pozitivne, ali i negativne strane primene te direktive na našem, nerazvijenom tržištu osiguranja. Prema njenim rečima, Solventnost II može da dovede do ukрупnjavanja tržišta, ali i do ulaska novih kompanija koje bi se bavile specifičnim vrstama osiguranja. Ipak, trebalo bi da prođe bar pet godina u usklađivanju s tom regulativom, jer ako bi se u ovom trenutku pred osiguravače postavili tako visoki kapitalni zahtevi, moglo bi da dođe do preispitivanja isplativosti poslovanja na našem tržištu.

Da je Narodna banka Srbije napravila dobar regulatorni okvir, mišljenja je i mr Mirko Petrović. Međutim, i on smatra da su neophodne promene i u drugim oblastima, poput javnih nabavki i zaštiti konkurencije, kako bi se moglo govoriti o potpunoj zaštiti interesa osiguranika.

– Cena ne bi smela da bude ključni kriterijum pri izboru osiguravača prilikom javnih nabavki, a da se pritom zanemaruje kvalitet usluge i finansijski kapacitet osiguravača – rekao je mr Petrović i dodao da to, kao i mnogi drugi apsurdni u procesu javnih nabavki govori da institucije koje ih sprovode ne poznaju materiju osiguranja. Za velike rizike od značaja je saosiguranje, koje je uvedeno kako bi osiguravači mogli da se udružuju i podele takve rizike. Ilustrujući o kakvim je rizicima reč, generalni direktor „Dunava“ naveo je primere TENT-a, gde je osigurana suma za lom mašina i požar 2,7 milijardi evra, u Kostolcu za iste rizike ona iznosi 1,4 milijardi evra, a u Železari „Smederevo“ 879 miliona evra. Za takve rizike kod nas se ne sprovodi prava politika saosiguranja, već iskustva Evropske unije, koja se primenjuju na apsurdan način i po pravilima koja nisu prepoznata u EU. U Srbiji je zabranjeno da se udružuju osiguravači koji imaju više od 20 odsto tržišnog učešća, dok se u EU to odnosi na učešće u ukupnoj premiji Unije – na njenoj celokupnoj teritoriji, a ne u okviru nacionalnih ekonomija.

U prilog navedenim, ali i mnogim drugim apsurdima domaćeg tržišta osiguranja rečito govori podatak da se u našoj zemlji broji svega jedna i po polisa po glavi stanovnika, dok na zapadu ljudi poseduju po pet, šest polisa, kazao je Dragan Filipović, generalni direktor „Đenerali osiguranja“. Filipović je podvukao da osiguravači moraju da budu daleko aktivniji.

– Srbija nije bogata zemlja, nema velike prirodne resurse, nema naftu, ima agrar, ali je to nedovoljno. Postoje zemlje koje su ubrzano razvijale svest stanovništva o značaju i potrebi osiguranja, čak mnogo brže nego što se razvijala njihova ekonomija. Tome treba da teži i naša zemlja – rekao je Filipović.

Generalni sekretar Udruženja osiguravača Srbije Duško Jovanović naglasio je da se naše tržište osiguranja nikako ne može nazivati perspektivnim, jer u prilog tome ne idu ostvareni rezultati, najniži u regionu, te da osiguravači ne treba da čekaju da im perspektiva dođe sama, nego da bolji status moraju da obezbede sami.

## **Prestrojavanje u hodu**

Poslednjeg dana Kopaonik biznis foruma, predsednik Saveza ekonomista Srbije Aleksandar Vlahović istakao je da su glavne poruke da bez strukturnih reformi ne može da se izgradi trajno održiv privredni rast, odnosno održiva privreda Srbije, a Dragan Đuričin, selektor Forumu konstatovao je da je

kriza u Srbiji strukturna, što znači da se ne može otkloniti ad hoc merama, već samo sistematičnim pristupom.

– Srbija nema vremena da kao druge zemlje prolazi kroz faze razvoja, već mora da se prestroji u hodu, da ostvari konvergenciju sa Evropom kojoj teži – rekao je Đuričin dodajući da je, kako bi se to ostvarilo, neophodno da dođu strani preduzetnici koji su se dokazali i koji su spremni da rizikuju.

Na ovogodišnjem Kopaonik biznis forumu, najvažnijem događaju te vrste u našoj zemlji, koji se često naziva i srpskim Davosom, pored predsednika Vlade Republike Srbije, koji je bio i pokrovitelj skupa, posebni gosti bili su i potpredsednica Vlade i ministarka građevinarstva, saobraćaja i infrastrukture Zorana Mihajlović, potpredsednica Vlade i ministarka državne uprave i lokalne samouprave Kori Udovički, ministar privrede Željko Sertić, ministar omladine i sporta Vanja Udovičić, ministar prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Srđan Verbić, te ministar energetike Aleksandar Antić. Učešće su uzeli i ambasadori SAD, Nemačke, Austrije, Italije, najznačajniji privrednici iz oblasti bankarstva, osiguravajućih kuća, informaciono-komunikacionih tehnologija, trgovine, turizma, energetike, poljoprivrede i farmacije, predstavnici javnih preduzeća, Nacionalne alijanse za lokalni ekonomski razvoj (NALED), lokalnih samouprava, kao i najznačajniji ekonomski teoretičari, predstavnici međunarodnih finansijskih organizacija – EBRD (The European Bank for Reconstruction and Development), EIB (The European Investment Bank), IFC (The International Finance Corporation), WB (The World bank), IMF (The International Monetary Fund), predsednik Fiskalnog saveta, gradonačelnici Beograda i Sremske Mitrovice. Gost i učesnik bio je i predsednik SANU Vladimir Kostić, a specijalni gost Džordž Sajmon, predsednik divizije za Centralnu i Istočnu Evropu u kompaniji „MasterCard“.

Zaključci sa Forumu koji tradicionalno organizuju Savez ekonomista Srbije i Udruženje korporativnih direktora Srbije, a pod pokroviteljstvom predsednika Vlade Republike Srbije, biće sumirani u dokumentu „Kopaonik konsenzus“.

UDK: 655.53:614.253:342.7:57.089+624.131.37(497.11)

**Mr Slobodan N. Ilijić,**  
član Predsedništva Udruženja pravnika Srbije

PRIKAZ KNJIGE

## **ETIČKI I PRAVNI POLOŽAJ LJUDI KAO SUBJEKATA BIOMEDICINSKIH ISTRAŽIVANJA I KLINIČKIH OGLEDA**

**Autorka: dr Vesna Klajn Tatić**

*Izdavač: Institut društvenih nauka, Centar za pravna istraživanja, Beograd, 2012.*

*Obim: 400 strana*

Postoji neposredan interes osiguranja za upoznavanje s materijom izloženom u monografiji *Etički i pravni položaj ljudi kao subjekata biomedicinskih istraživanja i kliničkih ogleda*, čiji je autor dr Vesna Klajn Tadić.

U zakonodavstvu Srbije o osiguranju pojavila su se dva nova oblika osiguranja: (1) osiguranje od odgovornosti za biomedicinske ogleda i (2) osiguranje od odgovornosti za kliničko ispitivanje lekova i medicinskih sredstava. Ti oblici osiguranja ušli su u pravni sistem Srbije iz prava osiguranja EU, gde su bili predviđeni u alternativi s bankarskom garancijom. Prema našem zakonu, oba ta oblika osiguranja odnosila su se i na ljude i na životinje. Autorka je u ovoj monografiji stavila težište na etičku i pravnu odgovornost kvalifikovanih i iskusnih istraživača u biomedicinskim istraživanjima i kliničkim ogledima na ljudima. Taj aspekt je od posebnog interesa za osiguranje. U monografiji je nešto veći prostor zauzelo izlaganje o prvom nego izlaganje o drugom obliku odgovornosti istraživača i samih istraživanja, to jest ogleda, čime je autorka posredno ukazala domaćem zakonodavcu na put ka kome treba da teže propisi iz ove oblasti u Srbiji. Za osnove monografije uzeta je obimna naučna i



stručna medicinskopravna literatura (odštampana na kraju knjige), a naročito brojno uporednopravno zakonodavstvo i ključni izvori međunarodnog javnog medicinskog prava (takođe odštampani na kraju knjige).

Već u uvodu autorka je istakla etičke i pravne dileme koje se javljaju u ovoj materiji. Naime, ukazala je da su pojedinci, a pre svega pacijenti, kao subjekti istraživanja, bili izlagani zloupotrebama i eksploataciji bez svog pristanka i bez obaveštavanja o rizicima kojima su bili izloženi, a koji su škodili njihovom zdravlju i životu. Iako autorka to u uvodu ne pominje izričito, iz celine izlaganja u monografiji proizlazi da je u vidu imala eksperimente in vivo vršene tokom Drugog svetskog rata na zarobljenicima. Što se tiče termina *istraživanje* iz naslova monografije, objašnjeno je da se pod tim terminom podrazumevaju većim delom biomedicinske, kliničke i genetske studije, a manjim delom biheviorističke i epidemiološke studije, koje uključuju ljude kao subjekte istraživanja. Posebno je ukazano da se biomedicinska istraživanja i klinički ogledi na ljudima veoma razlikuju od medicinske prakse, javnog zdravlja ili drugih oblika zdravstvenog zbrinjavanja oblikovanih da direktno doprinesu zdravlju pojedinca ili zajednice. Najzad, sva biomedicinska istraživanja i klinički ogledi na ljudima trebalo bi, po autorki, da se vrše saglasno sledećim osnovnim etičkim načelima: (1) uz poštovanje ličnosti; (2) uz dobrotvornost; (3) uz primenu pravde; (4) uz poštovanje poverljivosti (tajnosti). U vezi s ovim načelima, napomenuto je da njihova primena vodi k savesnom pripremanju predloga za naučne studije.

U strukturi, monografija ima dva dela. Prvi deo poneo je naslov „Biomedicinska istraživanja i klinički ogledi na ljudima“, a obuhvatio je opšta pitanja tih istraživanja, to jest ogleđa. Naslov drugog dela je glasio „Pojedine klase ljudi kao subjekti biomedicinskih istraživanja i kliničkih ogleđa – sa težištem na pojedine klase ili kategorije ljudi“. U drugom delu monografije, najpre, bilo je reči o punoletnim odraslim ljudima kao subjektima istraživanja (prva glava), zatim o zatvorenima kao subjektima istraživanja (druga glava), potom o deci kao subjektima istraživanja (treća glava), i najzad, o fetusu i embrionu kao subjektima istraživanja (četvrta glava). Najverovatnije, ove kategorije subjekata iz drugog dela monografije biće obuhvaćene ograničenjima i isključenjima u opštim uslovima osiguranja kod oba ova oblika osiguranja od odgovornosti.

Za poslenike osiguravača najinteresantnije je sedmo poglavlje (prve glave) u prvoj delu monografije pod naslovom „Pravo povređenih subjekata istraživanja na lečenje i obeštećenje“ (str. 98–102). U ovom poglavlju analizirane su odredbe odgovarajuće direktive EU, propisa Saveta Evrope, nacionalnih zakona razvijenih privreda i domaćih propisa na temu građanske odgovornosti povređenih subjekata tokom istraživanja, tj. ogleđa, i na temu osiguranja od građanske odgovornosti tih subjekata. Posle objavljivanja ove

monografije, kod dela domaćih pravnih pisaca pojavio se veliki interes za razmatranje ove pravne problematike, tako da se s pravom mora istaći da je monografija, a naročito njeno sedmo poglavlje, postala istinska inspiracija za ozbiljna razmatranja pravnih pisaca u Srbiji.

Monografija je štampana latinicom u mekom povezu, a korice su ukrašene reprodukcijom slike Kloda Lorena (1600–1682) iz postavke Nacionalne galerije u Londonu. Osnovna ideja autora u odnosu na biomedicinska istraživanja i kliničke oglede bila je da u svetu postoji dualizam, koji ide do etičke provalije, jer se ljudi, tj. pacijenti pretvaraju u objekte istraživanja, ogleđa i eksperimenata. Detaljna etička i pravna rasprava u monografiji i zaključak autora „ako se istraživanje ne prilagodi potrebama zemlje u kojoj se studija sprovodi, onda ta zemlja prosto služi kao eksperimentalni model za bogatije zemlje“ – svakako je preporuka za ovu monografiju.

UDK: 368.027.4:336.31. 336.717.22(4-672 EEZ)

## Uređivanje osiguranja depozita u evrozoni doneće korist

Kako bi bankarska unija bila kredibilna, u razmatranje se mora uzeti evropska dimenzija bezbednosti štednje. Podrška vladinim obveznicama koju pružaju banke mora biti ograničena.

Evropska komisija prošlog novembra predstavila je svoje predloge za evropsko osiguranje depozita. Zvaničnici se nadaju da će uspeti da stabilizuju bankarski sistem i razdvoje troškove finansiranja banaka od solventnosti njihovih matičnih država. Time bi bio postignut i prvobitni cilj bankarske unije: da se raskine veza između država i njihovih bankarskih sistema.

Međutim, ti predlozi naišli su na žestok otpor budući da se u javnosti često čuje stav da bi poreski obveznici iz zemalja severne Evrope tako plaćali ceh za devastirane banke s juga Evropske unije. Naročito u Nemačkoj, kritičari tih predloga dižu glas i nazivaju ih „napadom na nemačku štednju“, ukazujući na visok nivo javnog duga u bankama evropskog juga. Istovremeno, oni iskazuju zabrinutost zbog visokog nivoa nenaplativih zajmova.

Ipak, bankarska unija podrazumeva i zajedničko osiguranje depozita. Kako bi se to postiglo, neophodno je ne samo obratiti pažnju na detalje već, u posebnoj meri, i jasno podeliti rizik, uz strategiju njegovog smanjenja. Postoje različiti potencijalni modeli evropskog osiguranja depozita. Osnovne razlike ogledaju se u veličinama nacionalnih odnosno evropskih komponenata tog pitanja.

Prema prvom stanovištu, osiguranje depozita može biti stvar isključivo nacionalne nadležnosti. Zapravo, pojedine članice Evropske unije još uvek nisu uvele minimalni nivo pravno obavezujućeg osiguranja depozita na nacionalnom nivou, što je korak koji se mora napraviti pre nego što bude moguće preduzeti bilo koje druge korake u vezi sa modelima za osiguranje depozita među državama. Kredibilitet nacionalnog osiguranja zavisi od veličine fonda, zdravlja nacionalnog bankarskog sektora i državnih finansija, budući da modeli za osiguranja depozita generalno imaju podršku države kao krajnjeg

garanta. Ipak, finansijska kriza pokazala je da ovaj poslednji aspekt može biti problematičan kada države nemaju dovoljno resursa. To stvara velike tenzije u bankarskom sistemu, što, nadalje, opterećuje Evropsku centralnu banku, koja menja okvire svog delovanja.

Prema drugom stanovištu, modeli za osiguranje depozita mogu u potpunosti biti na nivou Evropske unije. Kvalitet osiguranja depozita bi u tom slučaju bio potpuno nezavisan od politika pojedinačnih zemalja. Ipak, to bi stvorilo problem s podsticajima, gde bi istinski podeljena odgovornost mamila kreatore politika da troškove prebace drugima. Države s manje rigoroznim pravilima mogle bi biti izložene mahom slabom pritisku da unaprede regulatorni okvir svojih finansijskih sistema. Primer za to je minimalni LTV racio (*loan-to-value ratio*), tj. odnos iznosa kredita i cene hipoteke, ili tretiranje pozajmica u stranoj valuti. Putem takvih pravila države utiču na bankarske rizike. Međutim, u tome još važniju ulogu ima pozicija banaka u odnosu na dug suverenih država.

Evropska komisija sada je predložila kompromisno rešenje: model evropskog reosiguranja depozita s određenom nacionalnom komponentom i reosiguranjem posredstvom evropskog pula u slučaju da nacionalni fondovi nisu dovoljni. Takav sistem istinski bi smanjio problem koji se ogleda u „moralnom hazardu“ (*moral hazard*) u smislu da bi prvi gubitak nastao unutar nacionalnog sistema. Ipak, veze između bankarskog sektora i nacionalnih fiskalnih i ekonomskih rizika bi bile samo oslabiljene, a ne i potpuno prekinute. Posebno je važno to da bi bilo koja bankarska kriza na nacionalnom nivou vodila znatnom nazadovanju za sve banke koje se nalaze u toj zemlji, budući da bi one bile suočene s potrebom za većom osiguravajućom premijom svojih depozita. Na duge staze to ne može biti zadovoljavajuće rešenje za bankarsku uniju.

Jedan od osnovnih problema u trenutnoj situaciji jeste taj što jedan zajednički bankarski supervizor treba da se nadmeće s jakim nacionalnim nadležnostima. Budući da nacionalne razlike ostaju, vlade bi, razumljivo, želele da budu uključene i u nadzor nad bankama. Međutim, u suprotnom scenariju, nacionalne vlade imale bi jak argument u slučaju da neke probleme nisu blagovremeno identifikovali zajednički supervizori, jer to ne bi bilo u delokrugu njihove odgovornosti.

Koherentno rešenje bilo bi kreiranje institucije za osiguranje depozita na evropskom nivou. Po uzoru na američku Federalnu korporaciju za osiguranje depozita (Federal Deposit Insurance Corporation (FDIC)), to telo preuzelo bi potpunu odgovornost za osiguranje depozita. U slučaju da čak ni stroga pravila za spasavanje (*bail-in rules*) nisu dovoljna za naplatu potraživanja privatnih kreditora, institucija bi mogla da računa na reosiguranje od evropskih poreskih

platiša. Ipak, takav sistem zahteva da banke u osnovi postanu „evropske“, uz veći otklon od vladinih obveznica.

Zajednička gornja granica udela vladinih obveznica u poslovanju banaka stoga je osnovni preduslov za evropsko osiguranje depozita. S obzirom na to da bi gornja granica bila primenjivana u svim zemljama EU, banke bi bile podsticane da diverzifikuju svoj portfelj vladinih obveznica obveznicama vlada drugih zemalja. Povezanost bankarskog sektora i država ne leži samo u implicitnoj ili eksplicitnoj odgovornosti, već primarno u mnoštvu domaćih vladinih obveznica koje banke kupuju. Diverzifikacija bi, dakle, umanjila tu povezanost.

Nemačka, koja se snažno protivi istinskoj evropeizaciji osiguranja depozita, može dosta da dobije ukoliko evropski bankarski sistem konačno postane stabilan. Ona bi se mogla pridobiti samo ukoliko bi podela rizika bila praćena i njegovim smanjenjem. Evropska centralna banka najzad više ne bi radila u okvirima indirektno odgovornosti. Takođe, nemački i evropski bankarski sistemi postali bi efikasniji, s obzirom na to da bi se pozajmice odobravale u skladu s ekonomskim pre negoli s političkim kriterijumima.

### **Izvor**

- *Guntram B. Wolff (2016), Bruegel, Getting eurozone deposit insurance right promises benefits*, <http://bruegel.org/2016/01/getting-eurozone-deposit-insurance-right-promises-benefits/>

*Preveo i priredio: mr Miloš M. Petrović*

UDK: 35.078.2:338.266(4-672EEZ) : 340.137: 655.561:368

## **PROPISI EVROPSKE UNIJE**

### **Nova direktiva Evropske unije o distribuciji usluga osiguranja: minimalni zahtevi za harmonizaciju i neujednačena pravila**

Nova direktiva Evropske unije o distribuciji usluga osiguranja uglavnom predviđa aktivnosti koje su pobrojane i u prethodnoj direktivi o posredovanju u rešavanju sporova u osiguranju. Uprkos nameri da se nacionalna zakonodavstva adekvatnije usklade, minimalni zahtevi za harmonizaciju ne akcentuju u dovoljnoj meri problem neujednačenih pravila u državama članicama, ali ostavljaju prostor za striktnije regulisanje u zemljama koje žele da detaljnije urede tu oblast. Direktiva potvrđuje i rastući značaj domena zaštite korisnika usluga osiguranja u Evropskoj uniji.

Evropski parlament i Savet početkom 2016. usvojili su novu direktivu o distribuciji usluga osiguranja (br. 2016/97), zamenivši njome Direktivu 2002/92/EC, koja se odnosila na posredovanje u rešavanju sporova u osiguranju. Prema novom aktu, distribucija usluga osiguranja uglavnom predviđa aktivnosti koje su pobrojane i u prethodnoj direktivi, poput informisanja i savetovanja potrošača, pripremnih mera prilikom zaključenja polise, pomoći u administriranju ugovora o osiguranju i sl.

Namera Evropske komisije bila je da se bolje reguliše prodaja osiguranja, ali i da se nacionalna zakonodavstva u predmetnoj oblasti usklade u većoj meri. Države članice imaju rok do 23. februara 2018. godine da inkorporiraju Direktivu u nacionalna zakonodavstva.

Uprkos ambicijama da nova direktiva doprinese uravnoteženju različitih zakonodavstava u toj oblasti, iznenađuje činjenica da Direktiva o distribuciji usluga osiguranja sadrži minimalne zahteve za harmonizaciju. U praksi to znači da će u različitim državama članicama i dalje biti na snazi neujednačena pravila, npr. u domenu regulisanja prava potrošača.

Nova direktiva odnosi se na sve aktere u domenu distribucije osiguranja – kako na one koji se direktno bave osiguranjem tako i na posrednike u osiguranju. Takođe, taj akt pravi distinkciju između posrednika u osiguranju, to jest osoba koje se bave distribucijom usluga osiguranja za naknadu i pomoćnih posrednika u osiguranju – tj. onih čija primarna poslovna aktivnost nije distribucija osiguranja i koji nude ograničen opseg osiguravajućih usluga (koje su u bliskoj vezi s njihovim drugim uslugama).

Nova direktiva, koja postavlja pravila u vezi s preduzimanjem i sprovođenjem aktivnosti distribucije usluga osiguranja i reosiguranja u Evropskoj uniji, najpre je usmerena na sledeće stavke:

- uključivanje amandmana na odredbe Direktive 2002/92/EC u svetlu izmenjenog regulatornog i ekonomskog okvira;
- obezbeđenje minimalnog nivoa harmonizacije zakona različitih evropskih zemalja, bez sprečavanja država članica da uvedu striktnije odredbe u cilju zaštite potrošača.

Direktiva se sastoji od 46 članova, čije su osnovne izmene sledeće:<sup>1</sup>

1. (Član 2.) šira definicija distribucije usluga osiguranja, koja takođe uključuje „pružanje informacija koje se odnose na jedan ili više ugovora o osiguranju u skladu s kriterijumima koje su odabrali potrošači putem veb-stranice ili drugog medija, i sastavljanje rang-liste osiguravajućih usluga, uključujući i cenu i poređenje različitih usluga, ili popust na cenu ugovora o osiguranju u slučajevima kad je klijent u stanju da direktno ili indirektno zaključi ugovor o osiguranju putem veb-stranice ili drugog medija“;
2. (Član 3.) obaveza prijavljivanja, koja se odnosi i na posrednike koji preduzimaju i sprovode aktivnosti distribucije usluga osiguranja ili reosiguranja u pomoćnom smislu u odnosu na osnovni delokrug rada
3. (Član 10.) proširenje obaveze posedovanja osiguranja od profesionalne odgovornosti kako bi se uključili i pomoćni posrednici u osiguranju;
4. (Član 17.) zabrana pravljenja sporazuma ili dogovora posredstvom isplate, određivanja prodajnih ciljeva, ili drugih načina koji bi mogli da podstaknu posrednika ili njegove zaposlene da preporučie određenu uslugu osiguranja, dok je posrednik u prilici da ponudi drugačiju osiguravajuću uslugu koja bi bolje odgovarala potrebama potrošača;
5. (Član 19.) obaveza posrednika da potrošaču blagovremeno, pre zaključenja ugovora o osiguranju (bez obzira na to da li se radi o osiguranju života ili polisi za naknadu štete) omogući informisanje o prirodi naknade;

---

<sup>1</sup> David Maria, Marino Bruno, Giuffré Francesco Cerasi, Insurance Focus (Italy): New EU directive on insurance distribution adopted, DLA Piper Publications, 5. februar 2016. <https://www.dlapiper.com/en/italy/insights/publications/2016/02/new-eu-directive-on-insurance-distribution/>, 29. 4. 2016.

6. (Član 25.) obaveza ponuđača osiguranja i posrednika „koji razvijaju bilo koju uslugu osiguranja” da održavaju, sprovode i ispituju proces za odobravanje svake osiguravajuće usluge i bilo kog naknadnog prilagođavanja pre njenog reklamiranja ili distribucije potrošačima, kao i obaveza redovnog ispitivanja osiguravajućih usluga u cilju provere da li je usluga i dalje u skladu s potrebama identifikovanog ciljnog tržišta.

Uvedene su i posebne odredbe koje se odnose na investicione usluge na bazi osiguranja. Tzv. delegirani akti<sup>2</sup> i smernice EIOPA razjasniće minimalne obaveze koje nova direktiva uređuje, a države članice imaju pravo da striktnije urede datu oblast, npr. u domenu distribucije investicionih usluga na bazi osiguranja (posebno u domenu informisanja i savetovanja potrošača, ali i drugih povezanih oblasti).

Iako se radi o direktivi s minimalnim zahtevima za harmonizaciju, koja nacionalnim zakonodavstvima prepušta odluku da li će podrobnije regulisati navedenu oblast, nova direktiva konkretnije reguliše domen distribucije usluga osiguranja i podvlači značaj unapređenja kvaliteta usluge za evropske potrošače.

### **Izvori**

- David Maria, Marino Bruno, Giuffré Francesco Cerasi, *Insurance Focus (Italy): New EU directive on insurance distribution adopted*, DLA Piper Publications, 5. februar 2016. <https://www.dlapiper.com/en/italy/insights/publications/2016/02/new-eu-directive-on-insurance-distribution/>
- EUR-Lex, European Union legal acts, <http://eur-lex.europa.eu>

*Preveo i priredio: mr Miloš M. Petrović*

---

<sup>2</sup> EUR-Lex, European Union legal acts, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv%3Aai0032>



UDK: 341.42: 336.29: 368.023: 336.717.134: 556.04:368.025.6

## INOSTRANA SUDSKA PRAKSA

### **OBAVEZA UGOVARAČA OSIGURANJA DA OSIGURAVAČU PRIJAVI PODATKE ZA PROCENU RIZIKA**

Engleski zakon o pomorskom osiguranju (MIA) od 1906. godine, koji se primenjuje na celokupno imovinsko osiguranje, predviđa sledeću obavezu ugovarača osiguranja: ugovarač osiguranja je obavezan da osiguravaču prijavi sve materijalne podatke koji su mu poznati ili su mu morali biti poznati u svakodnevnom poslovanju. Prema odredbi Zakona, materijalnom se smatra svaka okolnost koja može imati uticaja na odluku brižljivog osiguravača da donese odluku o visini premijske stope i odluči da li će preuzeti rizik. Ukoliko ugovarač osiguranja propusti da obavesti osiguravača, osiguravač ima pravo da ugovor o osiguranju raskine.

Osnovno načela osiguranja jeste da je ugovor o osiguranju ugovor od krajnjeg (maksimalnog) poverenja. Prva presuda engleskog suda koja potvrđuje to načelo jeste Carter v Bohem iz 1775. godine. Sudija je zaključio da „dobra vera“ zabranjuje svakoj ugovornoj strani da prikrije nešto što privatno zna kako bi navela drugu ugovornu stranu da ugovor zaključi ne poznajući činjenično stanje. Nepoštovanje tog načela može biti dvojako: davanje netačnih podataka i neprijavlivanje materijalnih podataka. Pitanje pravičnosti (fairness) potpada pod dužnost ugovarača osiguranja. Nije moguće tražiti od osiguravača da proceni rizik bez informacija koje može dobiti samo od ugovarača osiguranja. U suprotnom, ugovarači ne bi bili u jednakom položaju.

Od suda se često tražilo tumačenje pojma „brižljiv osiguravač“. Presudom Gulfstream Cargo Ltd. v Reliance Insurance Co. iz 1971. utvrđeno je da se termin „brižljiv osiguravač“ odnosi na osiguravača kad u konkretnom slučaju donosi odluku. S obzirom na to da ugovarač osiguranja nije obavestio osiguravača da brod nije spreman za plovidbu prema nalazu inspektora, osiguravač je stekao pravo da ugovor o osiguranju raskine.

Obaveza ugovarača osiguranja da osiguravaču prijavi sve okolnosti za ocenu težine rizika postoji i za vreme trajanja osiguranja. Osiguranikov brod je potopljen u Persijskom zalivu u ratu između Iraka i Irana. On je propustio da pravovremeno obavesti osiguravača broda o ratnom stanju. Da ga je obavestio, platio bi dodatnu premiju za ratni rizik. Osiguranik je izgubio spor protiv osiguravača (presuda Black King Shipping Corp. V Massie, Defene Council Journal, January 2002.)

Pravo osiguravača da ugovor o osiguranju raskine samo zbog neprijavlivanja bitnih okolnosti sve je više izloženo kritici (npr., presuda Pan Atlantic Co. Ltd. v Pine Top Insurance Co. /1995/). Zaštita potrošača, u svojstvu osiguranika, potvrđena je donošenjem Zakona o osiguranju potrošača (Consumer Insurance /Disclosure and Representations/) 2012. Posle donošenja tog zakona više se ne može primeniti presuda Lambert v Co-operative Insurance Society iz 1975., kao precedentno pravo. Gospođa Lambert je izgubila spor protiv osiguravača njenog nakita koji je nestao, i to zato što osiguravaču nije prijavila da je njen suprug bio osuđivan zbog krađa. Sud je smatrao da je taj podatak bio bitan za brižljivog osiguravača da donese odluku da li će ugovor o osiguranju zaključiti.

Prema odredbi navedenog zakona, ukinuta je obaveza ugovarača osiguranja (potrošača) da osiguravača obavesti o materijalnim (bitnim) podacima. Ugovarač mora savesno i pošteno odgovarati na postavljena pitanja osiguravača. Dati odgovori ne smeju zavaravati osiguravača. Ugovarač ne sme da utiče na odluku osiguravača o zaključenju ugovora o osiguranju podnošenjem netačnih podataka (presuda Bergen and Light Difussen Pty Ltd. v Polock, 1973.).

Zbog potrebe da se poveća zaštita potrošača, 2015. godine donet je Zakon o osiguranju, kojim se delimično menja MIA. Zakonom se ukida obaveza ugovarača osiguranja da osiguravaču prijavi podatke za ocenu rizika. Zakon predviđa obavezu osiguravača da postavlja pitanja ugovaraču osiguranja. Pravo osiguravača da ugovor o osiguranju raskine se ograničava.

### **Izvori**

- Browne Ben, The Insurance Act, 2015, <http://www.thomascooperlaw.com/insurance-act-2015-2/>
- Deacon James, Hotzell David, Consumer Insurance (Disclosure and Representation) Act, 2012, London, 2013
- Ivamy, R. R. H., Chalmers' Marine Insurance Act, 1969, London, 1969

**Dr Zoran D. Radović**

## **Izmene primene dugoročne diskontne stope treba da sačekaju reviziju smernice Solventnost II**

Udruženje evropskih osiguravača Insurance Europe zabrinuta zbog lošeg tumačenja dugoročne diskontne stope u Solventnosti II

Izgleda da je došlo do nesporazuma oko toga kako se vrši obračun obaveza (pasive) u skladu sa smernicom Solventnost II, objavilo je Udruženje evropskih osiguravača.

Prema izjavama pojedinaca, jabuka razdora te debate je dugoročna diskontna stopa. Međutim, dugoročna diskontna stopa u praksi čini neophodan ulazni podatak za generisanje krive vrsta kamata koja se proteže i na periode od 130 godina.

Realne diskontne stope koje se koriste prilikom procene obaveza prema zahtevima Solventnosti II mnogo su niže od dugoročnih diskontnih stopa, zbog čega su osiguravači zabrinuti.

Primera radi, kriva diskontne kamatne stope koju je Evropski nadzor nad osiguranjem i dobrovoljnim penzijskim osiguranjem objavio, u martu ove godine iznosi svega 0,46 posto za obaveze u periodu od 10 godina, te samo 2,8 posto za obaveze u periodu od 60 godina.

To znači da su stope i bez rizika već dovoljno niske, pogotovu kada se u obzir uzme i to da su i veoma niski prinosi od ulaganja ipak viši od diskontnih stopa.

Upravo zbog toga, zaključuje se da Solventnost II, koja je na snazi od početka ove godine, ima veoma konzervativne pristupe nekim pitanjima iz prakse.

(Izvor: [www.inese.es](http://www.inese.es))

## **Privatno zdravstveno osiguranja poskupljuje i u 2016.**

Prema studiji *Global Medical Trends 2016*, koju je sačinio „Willis Towers Watson“, iznose se podaci da je zdravstveno osiguranje koje kompanije nude svojim zaposlenima u celom svetu sve skuplje. Na tu tendenciju ponajviše

utiče rast bolničkih troškova i troškova hospitalizacije, sve skuplja medicinska tehnologija, ali i preterano korišćenje zdravstvenih usluga. Podaci iz studije bazirani su na anketi sprovedenoj među različitim kompanijama koje se bave zdravstvenim osiguranjem.

Prema predviđanjima, očekuje se da će cene privatnog zdravstvenog osiguranja u 2016. godini biti veće za 9,1 posto, dok je u 2015. godini zabeležen rast od osam, a u 2014. od 7,5 posto.

Kako smatra Hose Garsija, direktor Human Capital and Benefits u „Willis Towers“, rast tih troškova nastaviće se i postati veliki teret kompanijama širom sveta.

(Izvor: [www.inese.es](http://www.inese.es))

### **„Munich Re“ isplaćuje dividendu od 8,25 evra po akciji**

Akcionari nemačkog reosiguravača „Munich Re“ dobiće na ime dividende za 2015. godinu 8,25 evra po akciji. Dividenda za 2014. isplaćivana po akciji iznosila je 7,75 evra. Kako se kaže u saopštenju tog reosiguravača, „Munich Re“ će svojim akcionarima isplatiti milijardu i trista miliona evra, potvrđeno je 27. aprila ove godine.

(Izvor: [www.inese.es](http://www.inese.es))

### **Japanski osiguravači neživotnog osiguranja se ne plaše zemljotresa**

Serija zemljotresa koji su pogodili Kamamoto na jugu Japana neće ugroziti finansijsku sigurnost osiguravajućih društava koja se bave poslovima neživotnog osiguranja.

Rasprostranjenost štete u toj oblasti uzrokovala su dva uvodna potresa i glavni, koji je dostigao magnitudu od 7,3 stepena Rihterove skale. Prema izveštaju japanske vlade, u potresu je oštećeno oko četiri hiljade stambenih objekata, dok su brojne kompanije poput „Tojote“, „Micubišija“ i „Sonija“ morale da obustave proizvodnju. Ipak, smatra se da će osiguravajuće odštete biti znatno manje od privrednih, budući da je osiguranje od zemljotresa slabo zastupljeno uprkos učestalosti te prirodne katastrofe u Japanu. Učešće komercijalnih osiguranja u BDP-u ove zemlje u 2014. godini iznosilo je svega 0,8 posto, što je znatno manje nego u Velikoj Britaniji, gde je to učešće iznosilo 1,2 posto, ili u SAD sa 1,6 posto udela tog imovinskog osiguranja u bruto društvenom proizvodu, kako pokazuju aktuelni statistički podaci kuće „Swiss Re“.

(Izvor: [www.inese.es](http://www.inese.es))

## **Abdejtovanje alata za prezentaciju izveštaja u formatu XBRL**

Evropski nadzor nad osiguranjem i dobrovoljnim penzijski osiguranjem (EIOPA) abdejtovao je alat namenjen prezentaciji izveštaja u formatu XBRL. Cilj te nadgradnje alata, kako je objavljeno, jeste podrška prezentaciji izveštaja Solventnosti II tokom prve godine primene te smernice. Nova verzija zasniva se na sledećoj verziji taksonimije XBRL, koja uključuje amandmane na Solventnost II što se odnose na ulaganja u infrastrukturne projekte. Nova taksonimija XBRL biće objavljena u julu 2016. godine. U cilju procene trenutne zrelosti tržišta, prikupljanja informacija o alternativnim vrstama alata i pružanja prave slike tehničke primene, EIOPA će organizovati seminar 30. maja u Frankfurtu.

*(Izvor: [www.inese.es](http://www.inese.es))*

## **Digitalizacija ne može ukloniti sve barijere prekograničnog osiguranja**

Nadzor nad osiguranjem Insurance Europe objavio je pozicioni dokument u kome stoji da digitalizacija, uprkos tome što je omogućila inovacije, distribuciju i interakciju između osiguravača i njihovih klijenata, ipak nije kadra da ukloni sve prepreke nastale usled rasta obima prekograničnih osiguranja.

Iako sa zadovoljstvom prihvata napore Evropske komisije za jačanje unutrašnjeg tržišta finansijskih usluga, kako je nedavno objavila u Zelenoj knjizi, Insurance Europe veruje da širenje prekograničnih osiguranja unutar granica Evropske unije treba i dalje da se zasniva isključivo na potražnji koju nameće tržište.

Insurance Europe ističe kako ponuda prekograničnih osiguranja dobro funkcioniše, i da je preko trećine osiguranja sklopljeno u filijalama i podružnicama pod inostranom kontrolom. To, međutim, pokazuje da se normativno i socijalno-ekonomsko okruženje u kome se usluge osiguranja prodaju mnogo razlikuje među članicama EU, a čak i u okviru istog tržišta, što bi moglo da oteža prenosivost osiguravajućih usluga unutar tržišta EU.

*(Izvor: [www.inese.es](http://www.inese.es))*

*Prevela i priredila: **Zorana Z. Nikolić Joldić***

## **Odgovornost vozača teretnog motornog vozila zbog neispravnog tahografa**

**Motorna vozila za koja je predviđena obaveza da budu opremljena tahografom moraju imati ispravan tahograf s pravilno uložnim propisanim nosačem podataka na koji su upisani propisani podaci.**

*Iz obrazloženja:*

Prvostepeni sud pravilno je utvrdio da je okrivljeni učinio prekršaj iz člana 332. stav 1. tačka 90. Zakona o bezbednosti saobraćaja na putevima, jer je u saobraćaju upravljao teretnim motornim vozilom, a u tahograf je bio uloženi tahografski listić gde se nisu mogli očitati brzina kretanja, vreme upravljanja i pređeni put.

Odredbama člana 3. stav 1. Pravilnika o načinu korišćenja tahografa propisano je da se pod analognim tahografom, prema slovu tog pravilnika, podrazumeva uređaj koji pokazuje i beleži pređeni put vozila, brzinu kretanja, aktivnosti vozača i otvaranje kućišta, to jest vađenje tahografskog listića; a odredbama člana 245. stav 1. Zakona o bezbednosti u saobraćaju na putevima propisano je da motorna vozila koja moraju biti opremljena tahografom moraju imati i ispravan tahograf s pravilno uložnim propisanim nosačem podataka gde su upisani propisani podaci, i da se taj uređaj mora koristiti na propisani način.

Pošto okrivljeni ne spori da je tahograf oko 15 časova prestao da beleži promene i da se ponovo aktivirao oko 18.40 časova i radio do 18.50 časova, kad je opet prestao da beleži promene, prvostepeni sud pravilno je našao da je okrivljeni kao profesionalni vozač, iako nije bio svestan da je tahograf neispravan, prema okolnostima i svojim ličnim svojstvima bio dužan i mogao da bude svestan mogućnosti da na tahografu nastane kvar.

*(Presuda Prekršajnog apelacionog suda,  
Pž. 16437/14 od 15. avgusta 2014)*

## **Naknada štete nastale u saobraćajnoj nezgodi**

**Pravni prethodnici oštećenog koji je preminuo u saobraćajnoj nezgodi imaju pravo na naknadu materijalne i nematerijalne štete usled smrti brata odnosno sina, na osnovu člana 200. Zakona o obligacionim odnosima. Dosuđeni iznos naknade materijalne i nematerijalne štete imaju se umanjiti za 30 odsto, što predstavlja doprinos pokojnog nastaloj saobraćajnoj nezgodi.**

*Iz obrazloženja:*

Dokazima je utvrđeno da je oštećeni sedeo na mestu suvozača u putničkom vozilu kojim je upravljao osuđeni, a znao je da je vozač-osuđeni pod znatnim dejstvom alkohola, da je bio u stanju potpune alkoholisanosti. Medicinskim veštačenjem utvrđeno je da je osuđeni bio pod dejstvom alkohola u količini od 2,26 promila, što odgovara stanju potpune alkoholisanosti.

*(Presuda Višeg suda u Čačku, Gž. 690/15 od 3. XI 2015)  
Sudska praksa iz Sveta osiguranja br. 6, jun 2015, str. 64*

## **Odgovornost imaoaca motornog vozila (Čl. 178. i 684. ZOO-a)**

**Imalac vozila se, u slučaju udesa izazvanog motornim vozilima u pokretu, ne može osloboditi odgovornosti za naknadu štete trećim licima pozivanjem na odredbu člana 177. stava 1. Zakona o obligacionim odnosima, jer se drugo vozilo na putu gde se obavlja saobraćaj ne može smatrati stranim uzrokom koji se nije mogao predvideti. Pritom se nepropisna i nepravilna vožnja učesnika u saobraćaju ne može smatrati višom silom, jer su takve opasnosti, nastale korišćenjem vozila na motorni pogon koja se smatraju opasnim stvarima, postojeće i predvidive.**

*Iz obrazloženja:*

U sprovedenom postupku utvrđeno je da se 1. avgusta 1999. godine dogodila saobraćajna nezgoda na magistralnom putu U.-N.V. U nezgodi je učestvovao autobus u vlasništvu tuženog tako što je autobus sleteo s puta i prevrnuo se na krov, kojom prilikom je M. L, ćerka tužilaca M. i N. i sestra tužioca V, izgubila život.

Na ovako utvrđeno činjenično stanje nižestepeni sudovi pravilno su primenili materijalno pravo kada su utvrdili osnov odgovornosti tuženog za naknadu štete.

U motornom vozilu (autobusu) u pokretu, čiji je imalac tuženi, koje je bilo učesnik saobraćajne nezgode, poginula je ćerka tužilaca M. i N. a sestra tužioca V, kao putnik i treće lice u odnosu na imaooca motornog vozila koje je učestvovao u nezgodi.

Za štetu koju su pretrpeli tužioci tuženi kao vlasnik vozila odgovara na osnovu odredbe člana 174. Zakona o obligacionim odnosima (dalje: ZOO), po pravilima odgovornosti za opasnu stvar.

Uslovi za oslobođenje tuženog kao imaooca opasne stvari od odgovornosti u smislu člana 177. st. 1. i 2. ZOO-a ne postoje, budući da šteta koju su tužioci pretrpeli ne potiče od nekog uzroka koji se nalazi van stvari, a čije se dejstvo nije moglo ni predvideti, ni izbeći, ni otkloniti. Pritom šteta nije nastala isključivo radnjom oštećenika ili trećeg lica koju tuženi kao imalac opasne stvari nije mogao predvideti i čije posledice nije mogao izbeći ili otkloniti. Putnik, sada pokojna M, nije doprinela nastanku saobraćajnog udesa, a drugi učesnik u saobraćajnoj nezgodi, za koji tuženi tvrdi da je u pitanju „nn“ teretno vozilo, ne može se smatrati trećim licem.

Tuženi u reviziji neosnovano ističe da nije odgovoran za štetu jer je do saobraćajne nezgode i štete došlo propustima „nn“ teretnog vozila. Osnov odgovornosti tuženog koji za naknadu ove štete solidarno odgovara s drugim imaoцем motornog vozila po principu objektivne odgovornosti proizlazi iz člana 178. stav 4. ZOO-a, kako to pravilno zaključuju nižestepeni sudovi. Međutim, i da nema uslova za odgovornost tuženog po osnovu objektivne odgovornosti u smislu odredbe člana 178. ZOO-a, Vrhovni sud smatra da bi u konkretnom slučaju tuženi bio odgovoran po osnovu odredbe člana 684. ZOO-a, po kojoj prevozić odgovara za sigurnost putnika od početka do završetka prevoza, kako u slučaju prevoza uz naknadu tako i u slučaju besplatnog prevoza, te je dužan naknaditi štetu koja nastane oštećenjem zdravlja, povredom ili smrću putnika, izuzev ako je šteta prouzrokovana radnjom putnika ili stranim uzrokom koji se nije mogao ni predvideti, ni izbeći, ni otkloniti.

Tuženi se ne može osloboditi odgovornosti jer se kretanje teretnog vozila kao drugog učesnika u saobraćajnoj nezgodi ne može smatrati stranim uzrokom koji se nije mogao predvideti. Naime, teretno vozilo na putu na kome se obavlja saobraćaj ne može se smatrati stranim uzrokom koji se nije mogao predvideti. Pri tom se nepropisna i nepravilna vožnja učesnika u saobraćaju ne može smatrati višom silom jer su takve opasnosti pri korišćenju vozila na motorni pogon, koje se smatraju opasnim stvarima, postojeće i predvidive.

*(Iz presude Vrhovnog suda Srbije,  
Rev. 668 od 19. marta 2003)*



## **Utvrđivanje visine štete na vozilu (Čl. 189. ZOO)**

**Kada se radi o totalnoj šteti na vozilu, visina odštete utvrđuje se prema merilima u vreme presuđivanja, pri čemu se kamata na tako utvrđen iznos dosuđuje od časa presuđenja.**

*Iz obrazloženja:*

Pobijena presuda ne sadrži jasne razloge u vezi s visinom štete. Prvostepeni sud tužiocu dosuđuje odštetu u vrednosti popravke vozila, s kamatom od 1. septembra 2000. godine, nalazeći da je to dan popravke vozila. Međutim, tužilac sudu nije pružio nikakve dokaze da je tog dana popravio svoje vozilo. S druge strane, veštak u svom nalazu i mišljenju navodi da popravka vozila nije bila rentabilna, pa se u takvoj situaciji odšteta dosuđuje prema principu totalne štete, što podrazumeva utvrđivanje visine štete u vreme presuđenja. Pritom se kamata na tako dosuđen iznos dosuđuje od časa presuđenja. Samo na taj način obezbeđuje se da se materijalna situacija oštećenog dovede u isto ono stanje pre nastanka štete.

*(Iz rešenja Okružnog suda u Valjevu,  
Gž. br. 1908/05 od 1. decembra 2005. godine)  
Izvor informacija: Pravni informator broj 2/2016, str. 26*

## **Pravo na naknadu štete i poslovi koji nose rizik povećane opasnosti od nastanka povrede**

**Poslovi dostave nose povećan rizik od opasnosti koja se sastoji u napadu trećeg lica, što ovu delatnost čini opasnom, a oštećenom koji je povređen u obavljanju tog posla daje pravo da od poslodavca zahteva naknadu štete.**

*Iz obrazloženja:*

Postoji materijalna odgovornost tužene strane, što je ustanovljeno primenom pravila iz člana 173. Zakona o obligacionim odnosima. Naime, poslovi dostave nose povećan rizik od opasnosti koja se sastoji u napadu trećih lica, što ovu delatnost čini opasnom. Na taj način ostvarena je pretpostavka uzročnosti. Tužena strana u postupku donošenja ožalbene presude tu pretpostavku nije oborila, pa je dužna da štetu naknadi jer postoji osnov njene građansko-pravne odgovornosti.

Nema pokrića navod žalbe da se prvostepeni sud u postupku donošenja ožalbene presude rukovodio isključivo navodima tužioca. Suprotno toj tvrdnji, sâm tuženi je sačinio izveštaj o povredi na radu, gde je u opisu nastanka povrede naznačio napad nepoznatih lica, koja su ga izvukla iz službenog auta i zadala mu više udaraca u stomak i grudni koš. Pored toga, povodom ovog štetnog događaja, Uprava kriminalističke policije Odeljenja za operativno-kriminalističku tehniku utvrdilo je postojanje tragova i predmeta koji upućuju na sadržaj naznačenog događaja. Konačno, tužena strana je tužiocu bila poverila vozilo marke „pežo partner“ radi izvršavanja poslova..., a tužilac je vršio dostavu koristeći naznačeno vozilo i s tim u vezi pretrpeo povredu na radu.

*(Presuda Apelacionog suda u Beogradu,  
Gž1. 78/15 od 1. januara 2015. godine)*

UDK: 070.499.7:368.861.52+ 369.021+ 331.468+ 340.68:368.8

## **OSIGURANJE OD ODGOVORNOSTI POSLODAVACA**

Osiguranje od odgovornosti poslodavaca (engl. employers' liability insurance, nem. Haftpflichtversicherung des Arbeitgebers für Arbeits-unfälle des Arbeitnehmers) koje zaključuju poslodavci zbog svoje odgovornosti prema radnicima koje zapošljavaju, u smislu telesnih povreda ili bolesti koje mogu zadobiti na poslu. Ono, u prvom redu, spada u socijalno osiguranje, ali se sprovodi i kao premijsko osiguranje. Poslodavac ga može, dakle, zaključiti i u obliku dobrovoljnog osiguranja, i to bilo pojedinačno bilo zajednički za sve radnike.

Izvor: **Nebojša Žarković**, *Pojmovnik osiguranja*, Novi Sad 2013, str. 314–315

## **OSIGURANJE OD ODGOVORNOSTI PREDUZEĆA**

Osiguranje od odgovornosti preduzeća (engl. public liability insurance, premises and operations liability insurance, nem. Betriebshaftpflichtversicherung) podrazumeva osiguranje od odgovornosti imalaca industrijskih, poljoprivrednih i uslužnih preduzeća iz redovnog poslovanja prema trećim licima. Osiguranjem je pokrivena i odgovornost zaposlenih u preduzeću. Primenom posebnih uslova osiguranja i detaljnim opisom rizika obezbeđuje se osiguravajuća zaštita prilagođena tačno određenim potrebama. Pri izračunavanju premije polazi se od visine zarada zaposlenih, njihovog broja ili od prometa koje preduzeće ostvaruje. U slučaju da polisa osiguranja ne pokriva štete na okolini, treba zaključiti posebno osiguranje od zagađenja okoline. Naredno stanovište preduzetnikove odgovornosti obuhvaćeno je naročitim osiguranjem od odgovornosti za proizvode.

Izvor: **Nebojša Žarković**, *Pojmovnik osiguranja*, Novi Sad 2013, str. 315

## **OSIGURANJE OD ODGOVORNOSTI RUKOVODILACA**

Osiguranje od odgovornosti rukovodilaca (engl. directors and officers liability insurance, directors and officers insurance, D&O insurance, nem D&O-Versicherung, Haftpflichtversicherung des Managements) – je osiguranje kojim su zaštićeni upravnici, predsednici i drugi rukovodeći službenici od lične odgovornosti za imovinske štete zbog pogrešnih odluka i saveta, nepažnje ili zloupotrebe poverenja. Za razliku od drugih vidova osiguranja od odgovornosti, pokriće nije samo za treća lica, već i za odštetne zahteve preduzeća prema svom rukovodiocu. U tom osiguranju obično postoji visok osiguranikov samoprdržaj. Redovno se ugovara na samo godinu dana. Osiguranje od odgovornosti rukovodilaca počelo se širiti tokom osme decenije prošlog veka u SAD, da bi danas bilo u redovnoj ponudi u mnogim zemljama.

Izvor: **Nebojša Žarković:** *Pojmovnik osiguranja*, Novi Sad 2013, str. 315

## **OSIGURANJE OD ODGOVORNOSTI STRUČNJAKA ZA IMOVINSKE ŠTETE**

Osiguranje od odgovornosti stručnjaka za imovinske štete (engl. property damage liability insurance, pecuniary loss liability insurance, nem Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung) – pokriva štete na imovini trećih lica koje proističu iz odgovornosti, to jest grešaka u obavljanju poslova pojedinih stručnjaka kao što su arhitekta, inženjeri, advokati i drugi. Na primer, pogrešan projekat koji je uradio arhitekta može kasnije dovesti do pada zgrade i prouzrokovati mnogim licima znatnu imovinsku štetu. Budući da se posledice pogrešnog postupanja često pokazuju sa znatnim zakašnjenjem, osiguravajuće pokriće traje i posle trenutka kad je greška nastupila, ali, po pravilu, uz vremensko ograničenje. Ovakav pristup osiguranom slučaju jedan je od razloga što osiguranje od odgovornosti stručnjaka za imovinske štete često predstavlja dopunu osiguranju od odgovornosti rukovodilaca.

Izvor: **Nebojša Žarković:** *Pojmovnik osiguranja*, Novi Sad 2013, str. 315

**Auf der Suche nach dem gemeinsamen Nenner. – U potrazi za zajedničkim imeniteljem.** Inicijative iz Brisela u 2016. godini odnose se na zaštitu potrošača, digitalizaciju i privatnu starosnu penziju. U skladu s tim, Evropska komisija, koju od jeseni 2014. vodi novi predsednik Žan-Klod Juncker, postavila je ambiciozne ciljeve: razvoj tržišta i zajedništvo u digitalnom svetu. Već se započelo s konkretnim merama kao što je, na primer, formiranje investicionih fondova *EFSl*, pri čemu akcioni planovi pokazuju kako treba da izgleda svaki dalji korak na tom putu.

Formiranje tržišne unije za Evropu zauzima centralno mesto među novim inicijativama, dok ciljanim merama treba da se poboljša pristup realne privrede finansijskim izvorima. Institucionalni investitori dobijaju veoma važnu ulogu. Njihovi potencijali treba bolje da se iskoriste.

Komisija je već predstavila strategiju kako da Evropa postane „digitalnija“. Tri oblasti se nalaze u prvom planu: bolji pristup digitalnim proizvodima i uslugama, optimalni uslovi za digitalne mreže i digitalna privreda kao motor razvoja. Prve konsultacije za primenu te strategije obavljene su u drugoj polovini 2015. godine. Komisija je za 2016. najavila inicijative koje se tiču zaštite potrošača, kibernetičke sigurnosti i zaštite podataka.

(*Versicherungswirtschaft*, br. 12/2015, str. 21)

**Ein starkes Geschäftsjahr. - Jaka poslovna godina.** Uprkos svim lošim prognozama, životna osiguranja pokazuju koliko su otporna na krizu, kao i da imaju više uspeha nego što što se misli. Sa oko 251 milijardom evra (2013: 239,8) osiguranog iznosa, životna osiguranja mere se sa 2011. i 2012. godinom u pogledu uspešnosti. Po poslovnom uspehu, 2014. godina bila je peta među najboljima u životnom osiguranju u Nemačkoj. Iako se broj ugovora smanjuje (87,7 miliona, dok je 2003. bilo 91,5 miliona ugovora), iznosi ipak neprestano rastu.

U okviru članka dat je tabelarni prikaz osiguravajućih pokrića koja prednjače u životnom osiguranju u Nemačkoj za 2014. godinu, a prvih pet mesta zauzimaju pokrića kuća „Allianz“, R+V, „Aachen Münchener“, „Zurich“ i „Debeka“.

(*Versicherungswirtschaft*, br. 12/2015, str. 36)

**Katalonischen Versicherern droht das EU-Aus. - Katalonskim osiguravačima preti izlazak iz EU.** Politički rizici ugrožavaju pozitivnu privrednu prognozu za 2016. u Španiji. „Nikada kao do sada, otkad je uvedena demokratija, Španija nije stajala pred ovakvim izazovom“, kaže španski premijer Marijano Raho. Misli se na separatistički pokret u Kataloniji, privredno najvažnijoj oblasti Španije. Katalonci, koji zbog svoje vrednoće i štedljivosti važe za „španske Švabe“, smatraju da Madridu plaćaju znatno više nego što od njega dobijaju. Mišljenja su da će im nezavisna država doneti boljitak. Ipak, nezavisnost Katalonije neumitno povlači njen izlazak iz Evropske unije. Eksperti predviđaju katastrofalne privredne posledice za Kataloniju i Španiju u celini. Mnogi španski osiguravači imaju poslovno sedište u glavnom gradu Katalonije Barseloni, koji bi se prilikom otcepljenja našao van Evropske unije. Katalonski parlament je u 2015. usvojio plan za proglašenje nezavisnosti od Španije koji bi trebalo da se sprovede do 2017. godine. Izgledi za privredu i osiguranje u 2016. zavise umnogome od toga šta će se narednih meseci odigravati na političkoj pozornici Španije.

*(Versicherungswirtschaft, br. 12/2015, str. 47)*

**Italien kommt in Schwung. - Italija na uzlaznoj liniji.** Italijanski osiguravači puni su optimizma za 2016. godinu. Predsednik Centralnog udruženja osiguravača Anija smatra da je kriza prevaziđena. Osiguravajuća delatnost prebrodila je krizne godine s očuvanim proizvodnim potencijalom i u stanju je da, zahvaljujući svom solidnom finansijskom položaju, podrži vladu u merama koje se pre svega tiču infrastrukture i zdravstva. Velike izazove Udruženje osiguravača Italije vidi u starosnim penzijama i zdravstvu.

*(Versicherungswirtschaft, br. 12/2015, str. 48)*

**Kampf um den Kunden. - Borba za klijente.** Osiguranici koji su potpisali osiguravajuće polise za svoja motorna vozila skloni su, više nego ikad, da zamene osiguravača. S obzirom na to da klijenti imaju sve bolji pristup informacijama, uz sve veće korišćenje digitalnih medija, i očekivalo se da će se uspostaviti takva tendencija; osiguranici su, naime, stalno u potrazi za boljim ponudama. „Deloitte“ je ispitao 9.000 klijenata u Nemačkoj, Francuskoj, Velikoj Britaniji, Irskoj, Italiji Španiji i Švajcarskoj, te predstavio rezultate u studiji „European Motor Study: Ready for customers' switch?“. Pokazalo se da su osiguranici spremniji nego ikada ranije da zamene osiguravajuću kuću. To posebno važi za zemlje gde su klijenti najmanje bili skloni promeni te vrste, kao što je, na primer, Nemačka. Faktori koji igraju važnu ulogu u odlučivanju klijenata za određeno osiguranje jesu cena, kvalitet, dobra iskustva i jednostavni oblici komunikacije s klijentima.

*(Versicherungswirtschaft, 11/2015, str. 34–36)*

*Prevela i priredila: **Sladana D. Andrejić***

**Interview: Michael Stanecyk: Ohne Expertise gleichen Investments einem Lotteriespiel. Nicolaas Brinckmann, Geschäftsführer Hansainvest, über die Ertragspotenziale erneuerbarer Energien. - O prihodnom potencijalu obnovljivih energija. - Bez ekspertize investicije liče na lutrijsku igru** - Intervju Michael Stanecyk, rukovodioca „Hansainvest“-a, jednog od najstarijih investicionih preduzeća sa mestom boravka u Nemačkoj, koje je osnovano 1969. godine. On upravlja i administrira Hamburškim društvom za upravljanje kapitalom, prema sopstvenim podacima, imovinske vrednosti u visini od ravno 21 milijarde evra. Kao deo „Signal Idun“ grupe ovaj „igrač“ je povezan sa jednim od najvećih nemačkih koncerna za osiguranje i finansijske usluge. U sektoru nekretnina „Hansainvest“ globalno posluje sa imovinom od ravno 3,6 milijardi evra. Kapital je rasprostranjen u preko dvadeset zemalja. Pomenuti privrednik je u članku dao mišljenje o pitanjima da li su investiranja u stvarne vrednosti (*Sachwerte*) za osiguravače, penzione fondove i druge velike ulagače rentabilna poslovna opcija, zatim koje rizike sa sobom nose infrastrukturne investicije i kad ih treba stepenovati kao riskantne. Zatim, da li u praksi postoji uvek u dovoljnoj meri znanje (*know-how*) za infrastrukturna investiranja. Sledeće pitanje bilo je da li su propisi o ulaganju u infrastrukturne projekte u Nemačkoj suviše strogi, a zadnje pitanje da li će se tržište za investiranje u energiju razvijati, kao i da li će interesovanje osiguravača oslabiti čim kamate ponovo porastu? Najširi odgovor dat je na prvo pitanje u vezi s obnovljivom energijom. Ovo preduzeće je sticanjem osam vetro-parkova u proleće 2015. godine ostvarilo zadovoljavajuće poslovanje, pored solarnih investicija kod obnovljivih energija. *Onshore* (domaće) elektrane na vetar trenutno ispunjavaju, iz ugla posmatranja sagovornika, sve zahteve koji se postavljaju nekoj investiciji. Tehnologija se tokom godina razvila i danas joj se prilazi s manje otpora nego u vreme njenog uvođenja.

(Versicherungswirtschaft, br. 8/2015, str. 41)

**Kumule beherrschbar machen. Transportversicherer diskutieren über die Konzentration von Risiken in Hafen und auf Schiffe. - Nagomilavanje rizika učiniti savladivim. Transportni osiguravači diskutuju o koncentraciji rizika u lukama i na brodovima.** Razorna eksplozija u luci Tianjin bila je jedna od najvećih tema na godišnjoj Konferenciji Međunarodne unije transportnih osiguravača (*International Union of Marine Insurers*) u Berlinu. Sa priličnom verovatnoćom se može reći da je reč o najvećoj pojedinačnoj šteti koju su transportni osiguravači ikada morali da regulišu. Najmanje 1,5 milijardi američkih dolara koštaće nesreća u kojoj je bilo 175 ljudskih žrtava. No, iznos može za osiguravače biti i udvostručen. Neke procene idu čak i do šest milijardi dolara. Od ravno sedamnaest hiljada automobila koji su u ovoj eksploziji uništeni, polovina potiče iz nemačke proizvodnje. Nemačko tržište transportnog osiguranja robe je sa tržišnim udelom od 6,9 procenata četvrto

po veličini na svetu, iza Kine (9,2%), Lojdrovog tržišta (8,3%) i Japana (8,6%). Nemački osiguravači su zbog veličine te štete veoma pogođeni. Stigli su i podaci o opterećenju koje je pretrpeo ovom nezgodom „Zurich“. Švajcarci računaju sa štetom od 275 miliona dolara. U posebnoj odeljku se obraća pažnja na enormne vrednosti u lukama, koje se prikazuju kao kumulativne opasnosti luke. Lučka oblast u blizini Pekinga proteže se na preko 125 kvadratnih kilometara. Eksplozijom je bio pogođen samo jedan deo. Može se samo pretpostaviti šta bi se dogodilo da je cela luka bila pogođena (razorena) nekim zemljotresom, tajfunom ili cunamijem, primetio je Nick Derrich na konferenciji u Berlinu. Orkan Sandy je 2012. godine uplašio osiguravače transporta. On je prouzrokovao u lučkoj oblasti Njujorka ogromne štete. Na kraju je ovo opterećenje sumirano na oko tri milijarde dolara u transportnim vrstama osiguranja. Pre svega je bilo pogođeno osiguranje transporta robe. Mnogim proizvođačima automobila nije uspeo da nove karoserije blagovremeno dobiju iz rizičnih oblasti. HDI je zahvaljujući kontroli kumula uspeo da štetu minimizira. Sada „Munich“ razvija model kojim će ovo društvo moći da izračuna troškove poplave sa olujom u hamburškoj luci. Stoprocentno predviđanje je nemoguće, konstatovano je. Najzad, brodovi su u pokretu, a stanje robe je svakog dana drugačije. Do katastrofe u Kini, 2014. godina je bila dobra godina u pogledu šteta za nemačke transportne i vazduhoplovne osiguravače. Enormne probleme su im priređivale štete od grada, kojima su automobili takođe bili pogođeni. Nemački osiguravači insistiraju na tome da se aktivnije sprovodi preventiva osiguranja, pre svega zbog gomilanja požara na brodovima – kontejnerima, te se skreće pažnja na skorašnji požar na 366 metara dugom brodu Hanjin.

(Versicherungswirtschaft, br. 10/2015, str. 32-33)

**Philipp Thomas: Krankenversicherung auf britische Art. - Zdravstveno osiguranje (osiguranje od bolesti) na britanski način. Osiguravač od bolesti „Bupa“ ima ravno 29 miliona klijenata i to ne samo u Velikoj Britaniji.** Iako je Velika Britanija 1946. godine stvaranjem „National Health Service“ (NHS) podržavala celokupno zdravstvo, ipak se odomatio jedan „kolos“ osiguranja od bolesti. Naime „Bupa“ je nastala 1946. godine fuzijom 30 osiguravajućih uzajamnih društava i osigurala je 28,7 miliona osiguranika u preko 190 država. Ovo udruženje zapošljava 70 hiljada ljudi, od kojih je 6.300 lekara i 8.400 medicinskih sestara. Prodaja tog osiguravača kretala se oko 9,8 milijardi funti Pošto „Bupa“ nije samo osiguravač od bolesti, već poseduje i 31 dom za stara lica kao i 443 domova za negu, 15 bolnica, 366 zubnih klinika, 26 optičarskih centara, 113. velnes centara, a pruža i kućne usluge hroničnim bolesnicima.

(Versicherungswirtschaft, br. 10/2015, str. 50-51)

Prevela i priredila: **Gordana L. Popović**



**Izdavači:**  
KOMPANIJA „DUNAV OSIGURANJE“ A.D.O.  
Beograd, Makedonska 4  
INSTITUT ZA UPOREDNO PRAVO  
Beograd, Terazije 41

**Izdavački savet:**  
mr Mirko Petrović  
dr Jovan Ćirić  
dr Zoran Radović  
prof dr Jelena Kočović  
dr Slobodan Samardžić  
mr Vasilije Domazet  
dr Dragica Janković

**Redakcijski odbor:**  
dr Dragica Janković  
prof dr Jasna Pak  
prof dr Jovan Slaynić  
prof dr Vladimir Colović  
prof dr Milovan Vidaković  
prof dr Tatjana Rakonjac Antić  
dr Nataša Petrović Tomić  
prof dr Maja Nikolić  
dr Vladimir Gajović  
Ljiljana Lazarević Davidović

**Glavni i odgovorni urednik:**  
dr Dragica Janković

**Redaktor:**  
Ljiljana Lazarević Davidović

**Lektor:**  
Draško Vuksanović

**Sekretar redakcije:**  
Julija Pejaković

**Redakcija:**  
Makedonska 4/VI, 11000 Beograd  
tel. 011/3221-746;  
e-mail: redakcija@dunav.com

**Prelom teksta:**  
Radomir Jovanović

**Štampa:**  
Grafopak d.o.o.  
Vojvode Petra Bojovića b.b, 34300 Arandjelovac

**Tiraž:**  
800 primeraka

CIP - Каталогизacija у публикацији  
Народна библиотека Србије, Београд

368

**TOKOVI osiguranja** : časopis za teoriju i praksu osiguranja = Insurance trends : journal of insurance theory and practice / glavni i odgovorni urednik Dragica Janković. - God. 16, br. 1 (2002) - . - Beograd : Kompanija "Dunav osiguranje", 2002 - (Arandjelovac : Grafopak). - 24 cm

Tromesečno. - Tekst na srp. i engl. jeziku. - Je nastavak: Osiguranje u teoriji i praksi = ISSN 0353-7242.  
ISSN 1451-3757 = Tokovi osiguranja  
COBISS.SR-ID 112095244

**Publishers:**  
DUNAV INSURANCE COMPANY  
Makedonska 4, Belgrade  
INSTITUTE OF COMPARATIVE LAW  
Terazije 41, Belgrade

**Publishing Board:**  
Mirko Petrović, MA  
Jovan Ćirić, PhD  
Zoran Radović, PhD  
Professor Jelena Kočović, PhD  
Slobodan Samardžić, PhD  
Vasilije Domazet, MA  
Dragica Janković, PhD

**Editorial Committee:**  
Dragica Janković, PhD  
Professor Jasna Pak, PhD  
Professor Jovan Slaynić, PhD  
Professor Vladimir Colović, PhD  
Professor Milovan Vidaković, PhD  
Professor Tatjana Rakonjac Antić, PhD  
Nataša Petrović Tomić, PhD  
Professor Maja Nikolić, PhD  
Vladimir Gajović, PhD  
Ljiljana Lazarević Davidović

**Editor-in-Chief:**  
Dragica Janković, PhD

**Senior Editor:**  
Ljiljana Lazarević Davidović

**Language Editor:**  
Draško Vuksanović

**Editorial Office Secretary:**  
Julija Pejaković

**Editorial Office:**  
Makedonska 4/VI, 11000 Belgrade  
Phone:+381 11/3221-746  
e-mail: redakcija@dunav.com

**Graphic Design:**  
Radomir Jovanović

**Print:**  
Grafopak d.o.o.  
Vojvode Petra Bojovića b.b, 34300 Arandjelovac

**Circulation:**  
800 copies

## Poziv na saradnju

Poštovani,

Časopis „Tokovi osiguranja“, u izdanju Kompanije „Dunav osiguranje“, objavljuje originalne naučne i stručne radove, rasprave, analize i prikaze iz oblasti osiguravajuće delatnosti.

Vaša saradnja i stručno znanje doprineli bi razvoju teorije i prakse osiguranja.

Buduće saradnike redakcija moli da se pri pisanju tekstova pridržavaju sledećih uputstava i navedu sve relevantne podatke:

- *puno ime, prezime i srednje slovo autora*
- *pun naziv i sedište ustanove u kojoj je autor zaposlen*
- *slati samo članke na srpskom ili engleskom jeziku*
- *dužina sažetka (apstrakta) treba da iznosi od 100 do 150 reči*
- *navesti ne više od deset ključnih reči*
- *rezime članka treba da bude do jedne desetine dužine članka*
- *fusnote pisati pri kraju strane*
- *lista referenci (citirana literatura) treba da obuhvati bibliografske izvore, koji se navode isključivo u zasebnom odeljku, na kraju članka.*

Bez navedenih podataka rukopisi se neće uzimati u razmatranje.

Rukopis se kuca srednjim proredom do ukupno 45.000 znakova.

Članak ne sme biti ranije objavljivan.

Objavljivanjem članka sva autorska prava prelaze na časopis „Tokovi osiguranja“.

Redakcija bi bila zahvalna ako biste priloge dostavili na CD-u ili na e-mail adresu.

### **Adresa Redakcije:**

*Kompanija „Dunav osiguranje“ a.d.o, za Redakciju časopisa „Tokovi osiguranja“  
Beograd, Makedonska 4, Telefon: +381 11 3221 746, e-mail: redakcija@dunav.rs*

## Invitation for Cooperation

Dear Sirs,

Insurance Trends Journal issued by Dunav Insurance Company publishes the original scientific and technical papers, discussions, analyses and reviews in the field of insurance.

You are welcome to contribute your professional knowledge to the development of insurance theory and practice.

Editorial office invites future contributors to observe the following rules and indicate all relevant details:

- *Full name and middle initial of the author.*
- *Full name and head office of the institution the author is employed with.*
- *Only articles in Serbian or English should be sent.*
- *The summary (abstract) should not exceed 100-150 words.*
- *Not more than ten key words should be stated.*
- *The article summary should not exceed one tenth of the article's length.*
- *Footnotes should be written at the end of the page.*
- *References (quoted bibliography) should include bibliography sources which are exclusively listed in a separate section at the end of the article.*

Texts without the indicated details will not be considered.

Texts should be typed in 1.5 lines spacing with up to 45,000 characters.

Articles must not have been published previously.

Upon article's publication all copyrights will be transferred to Insurance Trends Journal.

Editorial office would appreciate the contributions on a CD or at the e-mail address.

### **Editorial office address:**

*Dunav Insurance Company a.d.o, for editorial office of Insurance Trends Journal  
Belgrade, Makedonska 4, Telephone: +381 11 3221 746, e-mail: redakcija@dunav.rs*



**DUNAV  
OSIGURANJE**