

UDK: 364.32(497.11)
368.942(497.11)
DOI: 10.5937/TokOsig2401007P

Prof. dr Dr Nataša S. Petrović Tomić¹

DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE U FUNKCIJI DOPRINOSA RAZVOJU ODRŽIVOG SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI SRBIJI

ORIGINALNI NAUČNI RAD

Apstrakt

Zakon o zdravstvenom osiguranju uređuje tri vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja: paralelno, dopunsko i privatno zdravstveno osiguranje. U pitanju su vrlo perspektivne usluge osiguranja, od kojih je autorka izdvojila dopunsko zdravstveno osiguranje. Kakav je potencijal tog tipa pokrića? Koji su uslovi za njegov razvoj? Da li su u našem zakonodavstvu ispunjene institucionalne pretpostavke za stvaranje održivog sistema zdravstvene zaštite? Nakon analize odnosa dopunskog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, autorka izdvaja zdravstveno opismenjavanje građana, potencijalnih korisnika osiguranja kao faktor koji nadmašuje sve ostale u važećem regulatornom okviru. Promovisanjem dopunskog zdravstvenog osiguranja kao usluge koja se direktno nadovezuje na obavezno zdravstveno osiguranje i dopunjuje ga u delu troškova participacije šalje se poruka građanima da zdravstveni troškovni rizik u jednom delu usluga obavezne zdravstvene zaštite može da se prevale na osiguravače dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Autorka u zaključku dokazuje da se time podstiče uključivanje privatnih osiguravača u finansiranje troškova obavezne zdravstvene zaštite, čime se ostvaruje saradnja privatnog i državnog sektora radi održivog razvoja sistema zdravstvene zaštite.

Ključne reči: *Dobrovoljno zdravstveno osiguranje. – Dopunsko zdravstveno osiguranje. – Regulatorni okvir. – Perspektivne usluge osiguranja.*

¹ Dr Nataša Petrović Tomić je redovna profesorka Pravnog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Imejl: nataly@ius.bg.ac.rs.
Rad je primljen: 08.01.2024.
Rad je prihvaćen: 20.01.2024.

I. Uvodna razmatranja

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje shvaćeno u širem smislu pruža finansijsku zaštitu od rizika bolesti i s njim povezanih posledica.² To osiguranje – koje se kreira prema željama i potrebama osiguranika – može da se koristi na različite načine: kao redovno osiguranje (koje u potpunosti zamenjuje obavezno zdravstveno osiguranje) ili kao dopuna postojećem sistemu zdravstvene zaštite.³ Imamo li u vidu ambijent XXI veka koji karakterišu starenje stanovništva, finansijski pritisak na javne fondove zdravstvenog osiguranja i neslućene mogućnosti lečenja odnosno prevencije, jasno je da je jedan od primarnih zadataka svake države da *upotpuni paket zdravstvene zaštite*. Poslednjih decenija velika pažnja se posvećuje upravo dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz tih razloga. Uočeno je da postojeći sistemi mogu opstati samo ako se osmisli kombinacija obaveznog i dobrovoljnog osiguranja, što će obezbediti i kombinovano korišćenje kapaciteta državnih i privatnih zdravstvenih ustanova. Preduslov za to je *zdravstveno opismenjavanje* najšireg kruga građana, uz istovremeno ukazivanje na potencijal dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u koje se pravovremeno investira. Građani, odnosno potencijalni pacijenti treba da budu osposobljeni da se postaraju za svoje zdravlje i da donose odluke kojima će ostvariti *upravljanje zdravstvenim rizikom* kao jednim od bazičnih i egzistencijalnih rizika.⁴

Dokle se u Srbiji stiglo sa zdravstvenim opismenjavanjem građana? I da li postoji *adekvatna zdravstvena strategija* koja uključuje i dobrovoljno zdravstveno

² H. Müller, „Private Krankenversicherung“, u: Roland Michael Beckmann, Annemarie Matusche-Beckmann (hrsg.), *Versicherungsrechts-Handbuch*, Verlag C. H. Beck München 2009, str. 2697; J. Bigot, „Les assurances de personnes non-vie, Notions generals“, u: Jean Bigot, Philippe Baillot, Jérôme Kullmann, Luc Mayaux (ed.), *Les assurances de personnes*, Tome 4, L.G.D.J, Paris, 2007, str. 503.

³ „Dobrovoljno (privatno) zdravstveno osiguranje pokriva finansijske posledice ugovorom nabrojanih bolesti, uobičajeno je da pokriva farmaceutske troškove, troškove lečenja i hospitalizacije, a može da pokrije i posledice privremene nesposobnosti (invalidnosti) ili rizik od smrti nastao kao posledica bolesti.“ – N. Petrović Tomić, *Pravo osiguranja*, Sistem, Knjiga prva, Službeni glasnik, Beograd, 2019, str. 708. U.: I. Spasić, „Mesto dopunskog i privatnog zdravstvenog osiguranja u uporednom pravu i predlozi za reformu sistema zdravstvenog osiguranja u Srbiji“, *Revija za pravo osiguranja*, br. 1/2, 2004, str. 1–13; J. Slavnić, „Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju kao predmet zakonskog regulisanja – prilog raspravi o regulisanju ugovora o osiguranju u novom Građanskom zakoniku Srbije“, *Evropske (EU) reforme u pravu osiguranja Srbije*, Palić 2010, str. 2.

⁴ Upravljanje zdravstvenim rizikom podrazumeva niz mera, od kojih naročito izdvajamo zdravstvenu prevenciju. Preventivni sistematski pregledi su dragoceni u postupku ranog otkrivanja bolesti i stanja koja zahtevaju dugotrajno i skupo lečenje. Sistematski pregledi zaposlenih preventivnog karaktera su zakonita prestacija zdravstvenih ustanova. To proizlazi iz regulatornog okvira Republike Srbije, koji čini niz zakona, od kojih izdvajamo Zakon o zdravstvenoj zaštiti (*Službeni glasnik RS*, br. 25/2019 – dalje: ZZZ). Prema tom zakonu, zdravstvena zaštita obuhvata sprovođenje mera i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja državljana Republike Srbije, sprečavanje, suzbijanje i rano otkrivanje bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja i blagovremeno, delotvorno i efikasno lečenje, zdravstvenu negu i rehabilitaciju (čl. 2 st. 1). Po slovu tog zakona, zdravstvene ustanove u javnoj i privatnoj svojini, kao i privatna praksa, pružaoci su zdravstvene zaštite.

osiguranja? Kao što ćemo u daljem izlaganju pokazati, u Srbiji trenutno postoji niz problemskih situacija počev od terminoloških nedoumica do protekcionizma državnog fonda koji prete da uspire i/ili uruše napore za uspostavljanje javno-privatnog partnerstva države i osiguravača, kao jedinog održivog modela sprovođenja zdravstvene zaštite građana.

II. Regulatorni okvir dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Srbiji

1. Istorijski osvrt – od Uredbe do Zakona

Regulatorni okvir za obavljanje privatnog zdravstvenog osiguranja u Srbiji već decenijama je izrazito podnormiran.⁵ Naime, u ovom trenutku može se govoriti samo o statusnom delu regulatornog okvira, koji čine Zakon o osiguranju (dalje: ZO)⁶ i Zakon o zdravstvenom osiguranju (dalje: ZZO).⁷ Zakon o obligacionim odnosima (dalje: ZOO)⁸ ne sadrži posebne odredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.⁹ I pored usvajanja *lex specialis* propisa, ugovorni deo regulatornog okvira privatnog zdravstvenog osiguranja je neizgrađen, što već godinama ocenjujemo kao veliki nedostatak našeg zakonodavstva.¹⁰ Za većinu materijalnopравnih pitanja vezanih za dobrovoljno zdravstveno osiguranje odgovor se mora tražiti u odeljku ZOO koji sadrži opšta pravila za osiguranje, dok je ZZO samo delimično i ovlaš dotakao ugovornu materiju. To će u mnogim situacijama dovesti do pravnih praznina, koje se moraju popunjavati shodnom primenom opštih ili posebnih pravila iz odeljka posvećenog osiguranju lica. Dakle, *nedostaje materijalnopравni deo regulatornog okvira* ugovora o privatnom zdravstvenom osiguranju. Problem može biti rešen samo donošenjem posebnog Zakona o ugovoru o osiguranju, koji bi sadržao odeljak posvećen dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

⁵ Termin privatni ovde koristimo u širem smislu kao opozit obaveznom zdravstvenom osiguranju, koje je javno i pod pokroviteljstvom države (nap. aut.).

⁶ *Službeni glasnik RS*, br. 139/2014 i 144/2021.

⁷ *Službeni glasnik RS*, br. 25/2019. Do usvajanja ZZO, materija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja bila je uređena podzakonskim aktom – Uredbom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (dalje: Uredba), *Službeni glasnik RS*, br. 108/2008, 49/09.

⁸ *Službeni list SFRJ*, br. 29/78, 39/85, 45/89 – odluka USJ i 57/89, *Službeni list SRJ*, br. 31/93 i *Službeni list SCG*, br. 1/2003 – Ustavna povelja.

⁹ Za ovo postoji jednostavno objašnjenje. Istorijski posmatrano, ovaj zakon je donet u vreme dominacije državnog sistema obavezne zdravstvene zaštite, te je logičan izostanak i samog pominjanja dobrovoljnog zdravstvenog sistema. Ni uporednopравno posmatrano, situacija nije bila drugačija.

¹⁰ Poređenja radi, u uporednom pravu je uobičajeno da se donose zakoni koji regulišu samo dobrovoljno zdravstveno osiguranje, a ne i obavezno, kako je slučaj kod nas. Mi smo, zapravo, ushićeni što je konačno materija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja dobila zakonodavni rang, iako je to daleko od prakse referentnih evropskih i svetskih pravnih kultura.

Naglašavamo: pošto ZOO uopšte ne pominje dobrovoljno zdravstveno osiguranje, smatramo da se njegove opšte odredbe o osiguranju, kao i odeljak koji sadrži posebna pravila za osiguranje lica, moraju *mutatis mutandis* koristiti za odgovor na sva pitanja iz domena ugovornog prava, koja su ostala izvan ZZO. To svakako nije lak posao, budući da je i dobrovoljno zdravstveno osiguranje – kao i osiguranje od posledica nezgode – hibridna usluga i da prestacije osiguravača nije moguće posmatrati samo iz ugla osiguranja lica.¹¹ *In ultima linea*, takav zakonodavni okvir stvara plodno tlo za pojačani značaj uslova osiguranja. Osiguravači nastoje da zakonski vakuum popune detaljnim uređenjem svih pitanja uslovima osiguranja. Poželjno bi bilo usvojiti (bar) zajednička načela ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Uslovi naših osiguravači razlikuju se i po dopunskim i posebnim uslovima koje prilagođavaju konkretnim paketima zdravstvene zaštite. Ako znamo da je u pitanju prilično nova usluga osiguranja za naše prilike, to moramo računati sa još većom neukošću potrošača usluga osiguranja nego što je to slučaj kada se radi o ostalim ugovorima o osiguranju. Tipična potrošačka pozicija iz tih razloga natprosečno je tangirana odsustvom zakonskog minimuma uređenja osetljivih pitanja ugovornog odnosa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Stoga je jedan od razloga što godinama apelujemo na usvajanje ugovornog zakona o osiguranju upravo zakonsko normiranje podele na odštetna i svotna osiguranja, koja predstavlja *conditio sine qua non* pravilne kvalifikacije prestacija kod dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.¹²

Da napravimo kratak istorijski osvrt na naše zakonodavstvo. Kako ZOO ne sadrži odredbe posvećene dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, materijalnopravna regulativa ove vrste osiguranja donedavno se nalazila u podzakonskoj regulativi. Zapravo, kod nas takva zakonodavna zbrka postoji od 2008. godine. Usvajanjem Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju napravljen je presedan u našem pravu, koji treba istaći kao negativnu paradigmu. Naime, njome su uređena brojna pitanja ugovornog prava osiguranja koja čine *domain reservé* zakonodavne materije: postupak zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ograničenje slobode ugovaranja osiguravača – iako nije u pitanju obavezno osiguranje (sic!), uređenje obaveza osiguravača u pogledu kolektivnih ugovora itd. Kao takva, Uredba

¹¹ O tome smo već pisali: N. Petrović Tomić, „Hibridni proizvodi osiguranja – stanje i perspektive razvoja“, u: Z. Petrović, V. Čolović, D. Obradović (ured.), *Prouzrokovanje štete, naknada štete i osiguranje*, XXIV međunarodni naučni skup, Beograd – Mionica 2021, str. 325–341.

¹² Po ugledu na uporedno pravo, u odeljak o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju trebalo bi uključiti minimum zaštite ne samo osiguranika, već i same ustanove osiguranja. Pod tim podrazumevamo ograničavanje slobode osiguravača da utvrđuju osnove tarifiranja premija osiguranja. Premija ne sme da bude obračunata samo na osnovu pristupne starosti i zdravstvenog stanja osiguranika, jer takav način obračuna favorizuje mlađe osiguranike, a može značiti odbijanje starijih osiguranika. Osiguravačima se ne sme ostaviti potpuna sloboda u pogledu uređenja karence; treba urediti bonus i malus na način kojim se osiguranik podstiče da smanji verovatnoću nastupanja rizika; franšize su uobičajene itd.

je bila protivna Ustavu Republike Srbije i ZOO.¹³ Uredba, uz to, određuje i sadržaj polise dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (iako je to zakonska materija ZOO), nabroja pravila koje se odnose na dobrovoljno zdravstveno osiguranje (uključujući i opšte i posebne uslove) itd.

Polazeći od Ustava Srbije (čl. 68 st. 3), materija zdravstvenog osiguranja treba da bude uređena zakonom. Stoga pozdravljamo usvajanje posebnog zakona o zdravstvenom osiguranju, koji ima odeljak posvećen dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Ali to bi moralo biti samo **prelazno rešenje**. Naime, u referentnim zakonodavstvima materija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja uveliko se uređuje *lex specialis* propisom, koji ne reguliše u istom paketu i obavezno zdravstveno osiguranje. Iznećemo nekoliko razloga zašto smatramo da je od esencijalnog značaja zakonsko uređenje ove vrste osiguranja, odnosno razdvajanje uređenja obaveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Prvo, zbog *korisnosti* pomenute vrste osiguranja. Rizik od bolesti je jedan od onih rizika s kojim se svako lice suočava, koji je uz to potenciran u dvadeset i prvom veku koji karakteriše izraženo starenje stanovništva. U pitanju je *rizik egzistencijalnog karaktera*, čije pokriće nije moguće samo na osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja.¹⁴ Na odluku jednog lica da investira u taj oblik pokrića odlučujuće utiče saznanje da je usled novih otkrića medicina toliko napredovala da mnoge bolesti više nisu neizlečive, kao i da lica i posle ozbiljnih nezgoda i povreda mogu računati na oporavak i nastavak života ako su u mogućnosti da sebi priušte savremene metode lečenja. Dakle, takvo korisno osiguranje treba da bude uređeno zakonskim izvorom, budući da se njime pokriva rizik koji nije u potpunoj dispoziciji lica na koje se odnosi, već pogađa javni interes. Država ima jasan interes da se stara o zdravlju stanovništva, što taj rizik izmešta iz polja slobodne dispozicije korisnika usluga. Drugo, iako u različitim državama postoje različiti modeli, generalno se može reći da dominira princip koegzistencije privatnog i javnog sektora u oblasti zdravstvene zaštite. Tako dobrovoljno osiguranje postoji **paralelno** sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem i služi kao **dopuna** sistema obavezne zdravstvene zaštite. Zbog istovremenog smanjenja broja zaposlenih i izraženog starenja stanovništva u većini zemalja, sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja se suočava s velikim ograničenjima. Ključno je da se lica koja su korisnici obavezne zdravstvene zaštite podstaknu da od najranijih dana izdvajaju sredstva na ime osiguranja, koje će svojim postojanjem smanjiti pritisak na fondove obavezne zdravstvene zaštite. Samo dobro osmišljeni paket dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja može da nadomesti ograničene kapacitete obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Treće, potreba zaštite osiguranika kao slabije strane ugovora o osiguranju još je više izražena kada je reč o novim vrstama osiguranja, s kojima su oni još manje

¹³ Za detaljnu kritiku Uredbe: J. Slavnić, „Pogled na regulisanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju“, *Pravni život*, br. 12/2009, str. 807–823.

¹⁴ M. Wandt, *Versicherungsrecht*, 5. neu bearbeitete Auflage, Carl Heymanns Verlag, Köln 2010, str. 462.

familijarni nego sa ugovorima koje godinama unazad kupuju. Oni će biti bolje zaštićeni ako se zakonskim imperativnim ili poluimperativnim normama uredi najveći broj pitanja od značaja za ugovor o osiguranju. Time se sužava manevarski prostor za osiguravače. Zaštitna funkcija zakonskih normi utoliko je izraženija ukoliko se zna da u ovoj vrsti osiguranja postoji rizik od antiselekcije rizika. Zbog toga se osiguravač zakonom obavezuje da zaključi ugovor o osiguranju sa svakim licem koje uputi ponudu za zaključenje ugovora, a same okolnosti na osnovu kojih će biti ocenjen rizik i određena premija unapred se zakonom definišu.¹⁵

Četvrto, već smo ukazali na specifičnost ove vrste osiguranja i na različite prestacije koje osiguravač može preuzeti ugovorom.¹⁶ Kod takvih usluga osiguranja u interesu je i osiguravača da se zakonom izvrše određena preciziranja. Peto, sudskoj praksi će biti neuporedivo lakše da rešava sporove iz te vrste osiguranja ako postoji jasan i moderan regulatorni okvir. Šesto, dobrovoljno zdravstveno osiguranje odlično se prodaje na razvijenim tržištima ne samo kao osnovni već i kao dopunski ugovor uz životno osiguranje ili osiguranje od posledica nezgode. Kada se pokriva rizik od smrti, budući da se može ostvariti i kao posledica nesrećnog slučaja ili bolesti, osiguravači nude povoljne pakete koji kombinuju životno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Favorabilna regulativa tog osiguranja može, dakle, delovati podsticajno na razvoj drugih usluga osiguranja, sa kojima je po riziku srodno.

Sedmo, osiguranje lica (a najviše osiguranje od posledica nezgode i zdravstveno osiguranje) ima značajnu ulogu u poboljšanju sistema *socijalne zaštite*. Bilo koja nezgoda ili ozbiljnija bolest lakše se prebrode ako je lice unapred investiralo u odgovarajući paket pokrića. Stoga se na razvijenim tržištima poslodavci takmiče u pogledu privlačenja kvalifikovane (ili deficitarne) radne snage dobrim paketima kombinovanog osiguranja od posledica nezgode i zdravstvenog osiguranja.¹⁷ Imajući u vidu višestruke koristi od osiguranja lica, zakonodavci razvijenih država – koji planiraju da podstaknu ekspanziju proizvoda osiguranja – uvode *poreske olakšice* za osiguranja lica, pogotovo za osiguranje života. Porez na premije životnih osiguranja u mnogim državama ne postoji ili je takav da ne predstavlja dodatno finansijsko opterećenje potrošača usluga osiguranja.

¹⁵ U pitanju je ograničenje slobode ugovaranja uobičajeno u obaveznim vrstama osiguranja. Ali imajući u vidu socijalnu funkciju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, zakonodavac nije mogao da prepusti osiguravačima da prilikom preuzimanja rizika primenjuju čisto tržišni pristup. Iz istih razloga, ugovorna sadržina je u velikoj meri uređena samim zakonom. Detaljnije o ograničenju principa slobode ugovaranja u pravu osiguranja: N. Petrović Tomić, „O ograničenoj i usmerenoj slobodi ugovaranja u ugovornom pravu osiguranja: fenomen ‘pokoravanja’ ugovora o osiguranju”, u M. Karanić Mirić, M. Đurđević (ured.), *Zbornik radova sa Druge regionalne konferencije iz obligacionog prava održane 14. i 15. novembra 2019. godine* na Pravnom fakultetu Univerziteta u Beogradu, Beograd 2020, str. 318–343.

¹⁶ N. Petrović Tomić, „O pravnoj prirodi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja – Povodom predloga Zakona o zdravstvenom osiguranju”, u: M. Orlić (ur.), *Aktuelna pitanja savremenog zakonodavstva*, Budva, 2019, str. 487–506.

¹⁷ J. M. Binon, *Droit des assurances de personnes, Aspects civils, technique et sociaux*, Larcier, Bruxelles, 2007, str. 20.

2. Pogled na ZZO

U ZZO su sadržane identične odredbe onima koje sadrži Uredba. Po našem mišljenju, čl. 6 i 7 ZZO ne donose potreban napredak ovoj delatnosti. Naime, u čl. 7 stoji da se obavezno zdravstveno osiguranje organizuje i sprovodi u Republičkom zavodu, dok dobrovoljno zdravstveno osiguranje mogu da organizuju i sprovede i pravna lica koja obavljaju delatnost osiguranja (tj. društva za osiguranje), pored Republičkog zavoda, u skladu sa ZZO i zakonom kojim se uređuje osiguranje.¹⁸ To potvrđuje čl. 10 st. 1 tač. 15. Po ZZO, društvo za osiguranje može da pruža sve vrste usluga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, dok Republički zavod ne može da se bavi poslovima privatnog zdravstvenog osiguranja. ZZO izričito kaže da se na organizaciju i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja primenjuju odredbe zakona kojim se uređuje osiguranje. To otvara pitanje da li se odredbe ZO podjednako odnose i na Republički zavod kada se nađe u ulozi osiguravača dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Pitanje nema samo teorijski značaj.

Na to se može odgovoriti sistematskim tumačenjem ZZO. Iako bi se samo na osnovu uvodnih odredaba moglo pomisliti kako svaki osiguravač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja – uključujući i Republički zavod – treba da ispunjava uslove iz ZO, takav zaključak ne proizlazi iz onoga što piše u trećem delu posvećenom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. U čl. 177, koji nosi naslov Uslovi za organizovanje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, izričito se pravi razlika između uslova koje treba da ispuni osiguravač i onih koje treba da ispuni Republički zavod. Dok Republički zavod donosi odluku o organizovanju i sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (podvukla N. P. T.); za privatne osiguravače važi sistem dvostruke dozvole. Oni, naime, pored mišljenja ministarstva za poslove zdravlja o ispunjenosti uslova za organizovanje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, treba da pribave i dozvolu NBS. Dok se mišljenje resornog ministarstva daje na osnovu ZZO, dozvola NBS dobija se na osnovu ZO.

Ono po čemu će se razlikovati poslovanje društava koja se osnivaju za poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja jeste kumuliranje dozvola. Naime, resorno ministarstvo izdaje mišljenje o ispunjenosti uslova za organizovanje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ali uz zahtev za izdavanje tog mišljenja u slučaju privatnih osiguravača dostavlja se i kopija dozvole za rad NBS o obavljanju poslova osiguranja u skladu sa zakonom o osiguranju. Budući da je dobrovoljno zdravstveno osiguranje podvrsta neživotnog osiguranja, tim poslovima bave se kompozitna društva za osiguranje, kao i ona što imaju dozvolu za obavljanje poslova neživotnog osiguranja. Izuzetno, poslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja mogu se baviti i društva koja obavljaju poslove životnog osiguranja u delu koji pokriva troškove lečenja, pod uslovom da se to osiguranje odnosi na lice s kojim je

¹⁸ Obavezno zdravstveno osiguranje rezervisano je za Republički zavod, koji osigurava osnovni paket pokrivača.

zaključen neki od ugovora o životnom osiguranju.¹⁹ Dopunska klauzula zahteva da se o tim ugovorima vodi posebna evidencija.

Ispada da je specijalnim zakonom samo prepisana Uredba! To je slaba tačka statusnopravnog dela regulatornog okvira dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Osim toga, pomenuto rešenje Uredbe protivno je odredbama važećeg ZO (i naravno direktivama EU o neživotnom osiguranju). Time je napravljen dvostruki izuzetak u domenu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Prvo, Republičkom zavodu, koji je *ex lege* ekskluzivni osiguravač u domenu obaveznog zdravstvenog osiguranja, priznato je pravo da se bavi i nekim poslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. I to bez prethodnog odobrenja nadzornog tela za poslove osiguranja. Time je napravljen presedan ne samo iz ugla našeg prava, već i generalno. U sektoru osiguranja sistem dozvola može se nazvati tekovinom. Drugo, time što Republički zavod ne primenjuje ZO čini se još opasnije odstupanje od pravnog režima koji – po dobroj evropskoj praksi – treba da važi za sve pružaoce usluga osiguranja. To doslovno omogućava Republičkom zavodu da ne formira potrebne rezerve, a NBS onemogućava da vrši nadzor nad delom poslovanja koji se odnosi na dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Jedino što je u ZZO rečeno jeste to da i Republički fond vodi sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja odvojeno od sredstava i računa obaveznog zdravstvenog osiguranja, i to po vrstama dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje sprovodi na posebnim računima (čl. 193 st. 2). Osim što nije u interesu potrošača usluga osiguranja, situacija koju ponavlja ZZO, a koja već postoji na osnovu Uredbe, krajnje je nepodsticajna po privatne osiguravače, koji su u nepovoljnijem položaju od Republičkog zavoda.²⁰

Sigurno je da je regulatorni okvir pružanja zdravstvenog osiguranja u Srbiji vrlo limitiran, te da se osiguravači koji pokušavaju da razviju ovu vrstu osiguranja suočavaju s brojnim ograničenjima. Nije obezbeđena jednakost dobrovoljnih (premijskih) osiguravača i fondova obaveznog zdravstvenog osiguranja, niti sigurnost poslovanja. Po onome što piše u ZZO, to neće biti slučaj ni ubuduće. Favorizovanje Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje u odnosu na privatne osiguravače utoliko je problematičnije ukoliko znamo da on nema razvijenu prodajnu mrežu, što je, po nama, jedan od dugogodišnjih uzroka što dobrovoljno zdravstveno osiguranje nije uhvatilo korena. Sve i da naprasno izgradi prodajnu mrežu, pitanje je da li će nju činiti samo lica koja imaju licencu za prodaju usluga osiguranja? Ili je RFZO i u tom pogledu iznad i izvan ZO? Osim toga, zakon stvara sukob interesa, budući da se o pravima koja proizlaze iz obaveznog osiguranja i pravima koja proizlaze iz dobrovoljnog osiguranja (koje se plaća!) odlučuje na istom mestu!!

¹⁹ ZO, čl. 22 st. 1.

²⁰ N. Botica Jukić, „Usklađenost Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju s pravnom stečevinom Evropske unije“, *Osiguranje*, br. 1/2015, str. 30–33.

Uzor kako treba regulisati privatno zdravstveno osiguranje je nemačko pravo.²¹ U zakonu o nadzoru osiguranja stoji da se zdravstvenim osiguranjem ne može baviti osiguravač koji se bavi poslovima osiguranja imovine ili životnog osiguranja.²² Zakon o ugovoru o osiguranju sadrži materijalnoppravne odredbe. Taj zakon dopušta da se dobrovoljno zdravstveno osiguranje ugovori kao imovinsko ili kao osiguranje lica, u zavisnosti od toga o kojoj vrsti zdravstvenog osiguranja je reč. Primena zakona o ugovoru o osiguranju u svakom slučaju je ograničena (primera radi, ne primenjuju se norme o povećanju rizika, ali se primenjuje subrogacija osiguravača i kod zdravstvenog osiguranja koje je zaključeno kao osiguranje lica). Osim toga, u nemačkom pravu postoje i model-uslovi za pojedine vrste zdravstvenog osiguranja koje je donelo udruženje osiguravača i koje pojedinačni osiguravači prihvataju i na osnovu njih pružaju ovu vrstu usluga osiguranja.

III. Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Srbiji – da li je zakonodavac pobrkao lončice?

ZZO sadrži poseban odeljak koji uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Zapravo, predmet tog zakona su dve vrste zdravstvenog osiguranja: obavezno i dobrovoljno osiguranje. Sama činjenica da je materija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja prvi put kod nas dobila zakonodavni rang zaslužuje da se istakne kao korak napred u razvoju ovog tipa osiguranja, koji u razvijenim državama uveliko doživljava ekspanziju. Ali da li zbog nedovoljne familijarnosti ili iz namere da izbegne zamke zakonskih definicija, zakonopisac koristi *generični pojam dobrovoljno zdravstveno osiguranje* kako bi njime uredio tri vrste pokrića. Stoga je zadatak teorije da najpre razgraniči srodne modalitete pokrića obuhvaćene istim zakonskim pojmom.

ZZO pominje sledeće vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja: 1) **dopunsko** zdravstveno osiguranje – osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada osigurano lice dopunjuje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu sadržaja, obima i standarda; 2) **dodatno** zdravstveno osiguranje – osiguranje kojim se pokriva učešće u troškovima zdravstvene zaštite, to jest troškove zdravstvenih usluga, lekova, medicinskih sredstava, odnosno novčanih naknada koji nisu obuhvaćeni pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja; 3) **privatno** zdravstveno osiguranje – osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa osiguravačem.²³

²¹ R. Müller-Stein, „Krankenversicherung“, u: H. W. Van Bühren, *Handbuch Versicherungsrecht*, 4. Auflage, Deutscher AnwaltVerlag, Bonn, 2009, str. 2119–2182.

²² Time je obezbeden najveći mogući stepen finansijske zaštite osiguranika zdravstvenog osiguranja.

²³ ZZO, čl. 6 st. 2 tač. 1 do 3 u vezi sa čl. 174.

Generalno posmatrano, dobrovoljno zdravstveno osiguranje omogućava viši nivo zdravstvenih usluga korisnicima, kao i obezbeđenje onih usluga koje sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja nema u ponudi.²⁴ Uobičajeno je da se prvi modalitet privatnog (dobrovoljnog) zdravstvenog osiguranja označava kao paralelno (engl.: *complementary voluntary health insurance*),²⁵ a drugi kao dopunsko zdravstveno osiguranje (engl.: *supplementary voluntary health insurance*),²⁶ dok je za treću vrstu rezervisan naziv privatno zdravstveno osiguranje (engl.: *private voluntary health insurance*).²⁷ To je slučaj u uporednom pravu, dok se kod nas termini dopunsko, odnosno dodatno zdravstveno osiguranje koriste u pogrešnom kontekstu. Stvar je u tome da je zakonopisac pobrkao lončice i upotrebio pogrešne nazive za vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje reguliše, pri čemu i u uporednim pravu ima primera preklapanja pokrića dodatnog, odnosno dopunskog zdravstvenog osiguranja.²⁸ Imajući u vidu stepen neupoznatosti potrošača s tim uslugama osiguranja kao faktor koji utiče na njihovo interesovanje, smatramo da je propust zakonopisca utoliko veći. U sklopu *zdravstvenog opismenjavanja stanovništva*, element o kome treba voditi računa jeste i dobrovoljno zdravstveno osiguranje.²⁹ Korisnicima zdravstvene zaštite treba približiti potencijal dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, što se čini kao nemoguća misija ako je greška napravljena već u nazivu usluge.

²⁴ Pružanjem mogućnosti izbora korisnicima, dobrovoljno zdravstveno osiguranje utiče na smanjenje prekomernog korišćenja usluga obavezne zdravstvene zaštite, smanjenje korupcije, investiranje u zdravstvo, itd. V.: T. Rakonjac Antić, *Penzijsko i zdravstveno osiguranje*, Ekonomski fakultet u Beogradu, Beograd, 2018.

²⁵ Primera radi, u hrvatskom Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju stoji da se dodatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obaveznoga zdravstvenog osiguranja, te veći opseg prava u odnosu na prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (čl. 6).

²⁶ Dopunsko zdravstveno osiguranje jest osiguranje kojim se osigurava pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obaveznoga zdravstvenog osiguranja iz članka 16 stavka 3 i 4 i članka 17 stavka 5 Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju (Hrvatski Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, čl. 5).

²⁷ Za pravo EU: E. Mossialos, S. Thomson, *Voluntary Health Insurance in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2004, str. 51–67.

²⁸ Neki autori preferiraju termin *voluntary additional health insurance* kojim obuhvataju sva dobrovoljna zdravstvena osiguranja, osim privatnog, koje ima potpuno drugačiju funkciju. V.: P. Calcoen, W. P. M. M. van de Ven, „Voluntary Additional Health Insurance in the European Union: Free Market or Regulation“, *European Journal of Health Law*, Vol. 24 /2017, str. 2.

²⁹ Zdravstvena pismenost stanovništva je od krucijalnog značaja za održivost zdravstvenog osiguranja. *Svetska zdravstvena organizacija definiše zdravstvenu pismenost kao znanje pojedinca i sposobnost da razume i primeni informacije o zdravlju kako bi mogao da donosi odluke vezane za zdravlje i time uticati na održavanje i/ili poboljšanje zdravlja tokom života*. V.: H. D. C. Roscam Abbing, „Health, human rights and health law: The move towards internationalism, with special emphasis on Europe“, *International Digest of Health Legislation*, Vol. 49, No. 1, 1998, str. 101–112.

IV. Dopunsko versus dodatno zdravstveno osiguranje: dva stuba privatne zdravstvene zaštite

Prema uporednom pravu i praksi, prva asocijacija na dobrovoljno zdravstveno osiguranje je dodatno, to jest *paralelno zdravstveno osiguranje*. To je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite što nastaju kada osigurano lice unapređuje paket zdravstvene zaštite u pogledu sadržaja, obima i standarda. Već na prvi pogled, jasno je da je to prilično nejasno osiguranje, oko čijeg se opsega mogu javiti nedoumice. U pitanju je osiguranje koje stupa na scenu kada osiguranik ostvaruje zdravstvenu zaštitu koja je obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem na način i po postupku koji su drugačiji od načina i postupka ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja propisanog zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona. Paralelno zdravstveno osiguranje, kao što naziv sugeriše, zamišljeno je kao dopuna postojećem sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja. Ono bespogovorno po vokaciji zakona pruža širi obim prava od obaveznog zdravstvenog osiguranja, iako može biti razlike između zakonodavstava u pogledu onoga šta se pod tim tačno podrazumeva.³⁰ Odgovor na to pitanje može se dobiti samo na osnovu uvida u uslove osiguranja.

Da bismo razgraničili polje primene paralelnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, upoređićemo ga s dopunskim zdravstvenim osiguranjem. Iako ZZO za tu vrstu osiguravajuće zaštite koristi pogrešan naziv, definisana je na način koji se inače sreće u uporednom zakonodavstvu. Dopunsko zdravstveno osiguranje pokriva troškove zdravstvene zaštite, odnosno zdravstvenih usluga, lekova, medicinskih sredstava,³¹ rehabilitacije i novčanih naknada, koje nije obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem. *Dopunsko zdravstveno osiguranje*, zapravo, dopunjuje paket obaveznog zdravstvenog osiguranja u delu zdravstvenih usluga poznatih pod nazivom troškovi participacije.³² *A contrario*, ako neko želi širi obim dodatnog pokrića, a ne samo da pokrije troškove participacije, opredeliće se za dodatno, a ne za dopunsko zdravstveno osiguranje.

Suštinski posmatrano, dve vrste sličnog pokrića mogu se pribaviti dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Sličnost se ogleda u tome što se u većoj ili manjoj meri oslanjaju na obavezno zdravstveno osiguranje, takoreći bez njega nije moguće odrediti njihov opseg pokrića, dok je treći modalitet (privatno zdravstveno osiguranje) potpuno samostalno.³³ Uostalom, osiguranik je fizičko lice koje je zaključilo ugovor

³⁰ E. Mossialos, S. Thomson, str. 66–67.

³¹ U Uredbi je stajalo medicinsko-tehničkih pomagala i implantata, što je sada izostavljeno. Verujemo da će to ograničiti širinu pokrića, odnosno umanjiti stepen zdravstvene zaštite stanovništva.

³² E. Mossialos, S. Thomson, str. 67.

³³ B. Nikolić, „Slovenian Complementary Health Insurance as a Service of General Economic Interest”, *International Public Administration Review*, Vol. 13 (1), 2015, str. 49–67.

o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ili za koga je ugovor zaključen, i koji koristi prava predviđena ugovorom, kao i član njegove porodice. ZZO je postavljeno ograničenje u pogledu svojstva osiguranika paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja. U paralelnom i dodatnom osiguranju osiguranik može biti samo lice koje ima svojstvo osiguranika obaveznog zdravstvenog osiguranja. Dakle, lice koje nije obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem ne može u Srbiji kupiti ni paralelno ni dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Takođe, ZZO propisuje da lice koje izgubi položaj osiguranika u obaveznom osiguranju gubi isti položaj i u paralelnom i u dodatnom zdravstvenom osiguranju. Time je jasno ukazano na vezu između pomenutih vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i obaveznog zdravstvenog osiguranja.³⁴

Da najpre krenemo od pokrića koje se odnosi na onaj deo troškova zdravstvene zaštite koji po pravilima obaveznog zdravstvenog osiguranja snosi sam osiguranik (tzv. troškovi participacije).³⁵ Iako ga zakon pominje kao drugi tip dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, njegova sadržina se lakše može odrediti. Dok u pogledu troškova participacije i nema problema,³⁶ drugi oblik pokrića – koje donosi „veći sadržaj, obim i standard prava“ u odnosu na prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja – prilično je neodređen. Zakon nije definisao šta se smatra pod navedenim višim standardom zaštite i većim obimom prava. Za njegovo određenje bitno je poznavanje propisa koji uređuju obavezno zdravstveno osiguranje. Generalno posmatrano, *veći standard zdravstvene zaštite obično se odnosi na lekarske preglede i dijagnostičke postupke bez lista čekanja, viši standard bolničkog smeštaja, mogućnost izbora specijaliste ili hirurga, proširenu lista lekova čiju kupovinu finansira osiguravač.*³⁷ Takođe, iz uslova osiguranja proizlazi da *dodatno zdravstveno osiguranje može da obuhvata i: troškove godišnjeg sistematskog pregleda, troškove različitih specijalističkih pregleda, troškove dodatnih laboratorijskih analiza* itd.³⁸ Ono što je izvesno, bar stručno posmatrano,

³⁴ Osim toga, u opštim uslovima osiguranja postoji klauzula supsidijariteta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Prema toj klauzuli, osiguranik ima pravo na pokriće troškova lečenja na osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja samo ako nema pravo na naknadu tih troškova po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja. Samo privatno zdravstveno osiguranje uživa autonomiju u odnosu na obavezno zdravstveno osiguranje. Paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje posmatraju se u sadejstvu sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem. To je jako korisno pri tumačenju nejasnih pitanja, poput domašaja paralelnog osiguranja i njegovog razgraničenja od dodatnog zdravstvenog osiguranja.

³⁵ Detaljnije o tome na šta se odnose troškovi participacije: L. Belanić, „Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u hrvatskom pravu s osvrtom na njemačko pravo“, Palić 2017, str. 117.

³⁶ Uvođenje troškova participacije nastalo je kao posledica smanjenja troškova u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja. Prebacivanjem dela troškova zdravstvenih usluga na teret građana nastoji se obezbediti racionalizacija troškova.

³⁷ V. Bradić, „Privatno zdravstveno osiguranje“, *Osiguranje*, br. 3/2002, str. 51–52.

³⁸ Ali troškovi stomatoloških tretmana, presađivanja organa, estetskih zahvata, dijalize, promene pola, veštačke oplodnje, prekida trudnoće koji nije medicinski indikovani itd. isključeni su iz pokrića. U: L. Belanić, str. 124.

jeste to da se oba tipa pokriva mogu nazvati dopunskim ili dodatnim u širem smislu, budući da se njima kompletira zdravstvena zaštita koja proizlazi iz državnog sistema zdravstvene zaštite. Ali jezička distinkcija nije nebitna, tako da je u praksi uobičajeno da se za pokriva koje obuhvata troškove participacije koristi termin dopunsko zdravstveno osiguranje.

Zvuči neozbiljno to što je naš zakonopisac našao za shodno da koristi drugačiju terminologiju od one koja je široko odomaćena u uporednom pravu i praksi. Pitanje je kolike će probleme izazvati takav pristup, budući da terminološka odrednica predstavlja ličnu kartu svake usluge osiguranja. Ako se već prilikom prevoda jave nedoumice (u ovom slučaju potpuno opravdane), može se očekivati da strani poslovni partneri (ulagači u delatnost osiguranja) pokažu određenu dozu nepoverenja. Poslednje što treba da uradi ozbiljan zakonodavac jeste da prilikom uređenja nedovoljno poznatih vrsta osiguranja pribegava nekakvoj originalnosti, koja ga može skupo koštati. Terminološki aparat je azbuka regulative svakog instituta, a ovo utoliko više važi u uslovima globalizacije i širenja stranih investicija.

Privatno zdravstveno osiguranje zamišljeno je kao rešenje za ona lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili se nisu uključila u obavezno zdravstveno osiguranje.³⁹ Na osnovu privatnog zdravstvenog osiguranja, ona mogu pribaviti uži ili širi paket pokriva, već prema visini premije osiguranja. Tako se privatnim osiguranjem mogu obuhvatiti samo lekarski troškovi ili i troškovi boravka u bolnici, različite vrste naknada itd. Pritom se ugovorom određuje s kojim zdravstvenim ustanovama osiguravač ima ugovor, tako da je usluga zdravstvene zaštite obuhvaćena pokriva samo u tim ustanovama. To je jedini modalitet dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koji pružaju samo društva za osiguranje, ne i Republički zavod. Ujedno, to je jedino dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje pretenduje da bude *zamena za obavezno zdravstveno osiguranje* i čiji sadržaj nije zakonom ograničen.⁴⁰

V. Pravna priroda dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

U ZZO stoji da je dobrovoljno zdravstveno osiguranje *vrsta neživotnog osiguranja*.⁴¹ To nije ništa novo. ZO je to već rekao, a mi smo izneli dovoljno argumenata iz kojih proizlazi da ta odredba nije dovoljna za kvalifikaciju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao hibridne usluge.⁴² ZZO samo potvrđuje naše uverenje da je

³⁹ Što se tiče naziva privatno zdravstveno osiguranje, on je u neku ruku neprecizan, jer su i paralelno i dodatno osiguranje vrste privatnog osiguranja. Ali s druge strane, jedino privatno osiguranje egzistira samostalno i nezavisno od obaveznog zdravstvenog osiguranje, te je u tom smislu naziv odgovarajući.

⁴⁰ Slično iz ugla hrvatskog prava: L. Belanić, str. 118.

⁴¹ ZZO, čl. 6 st. 1.

⁴² N. Petrović Tomić, „O pravnoj prirodi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja – Povodom predloga Zakona o zdravstvenom osiguranju“, u: M. Orlić (ur.), *Aktuelna pitanja savremenog zakonodavstva*, Budva, 2019, str. 487–506.

neophodno ugovornim zakonom o osiguranju uvesti podelu prema vrsti prestacije osiguravača. Naime, u čl. 6 st. 5 ZZO izričito stoji da se na odnose između ugovornih strana u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju primenjuju odredbe zakona kojim se uređuju obligacioni odnosi. Taj oblik *renvoi* na opšti ugovorni propis je potencijalno najslabija tačka zakonske regulative dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. ZZO upućuje na ZOO, u kome ovo osiguranje nije ni pomenuto! I zbog čije podnormiranosti je, uostalom, i usvojena najpre Uredba, kasnije i ZZO. S druge strane, takav pristup samo potvrđuje da je neophodno u što kraćem roku usvojiti novi ugovorni zakon o osiguranju. Dobar ugovorni zakon – koji će sadržati norme koje omogućavaju da se prestacija osiguravača kod osiguranja lica ugovori kao svotna ili odštetna – stvorice temelj razvoja modernog sistema dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Da ukratko ukažemo na pravnu prirodu dodatnog i dopunskog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

1. Neživotno osiguranje

Da bismo što više ušli u suštinu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, potrebno je da ukažemo, najpre, na njegovu kategorizaciju polazeći od odredaba ZO. Taj zakon uvodi podelu na životna i neživotna osiguranja, koja uglavnom ima administrativni značaj.⁴³ U odredbi o vrstama neživotnih osiguranja ZO pominje dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje pokriva: 1) ugovorenu novčanu naknadu za slučaj bolesti; 2) naknadu ugovorenih troškova lečenja i 3) kombinaciju isplata po prethodna dva osnova.⁴⁴

Naglašavamo da uvođenje podele na životna i neživotna osiguranja ne znači napuštanje podele na osiguranje imovine i osiguranje lica. Ta podela ostaje u ugovornom izvoru (ZOO). Ono što je na prvi pogled jasno jeste da ZO omogućava da se i u srpskom pravu ugovore različite prestacije osiguravača koji nude dobrovoljno zdravstveno osiguranje. ZO najpre pominje *ugovorenu novčanu naknadu za slučaj*

⁴³ Direktivom 73/239 o usaglašavanju zakonskih, podzakonskih i administrativnih akata koji se odnose na otpočinjanje i obavljanje delatnosti direktnog osiguranja, osim osiguranja života (Prva neživotna direktiva) po prvi put je izvršena kategorizacija rizika, što je uticalo na uobličavanje prava osiguranja u formi koju danas poznajemo. Naime, Aneksom A Prve neživotne direktive nabrojani su ugovori o osiguranju kod kojih se obaveza osiguravača sastoji u naknadi štete. To su ugovori o osiguranju koji pokrivaju sledeće rizike: nesrećni slučaj (uključujući i nezgodu na radu i profesionalno oboljenje), bolest, odgovornost za kopnena vozila, železnička vozila, vazduhoplove, brodove, gubitak ili oštećenje stvari u saobraćaju, odgovornost za požar i druge prirodne sile, odgovornost za ostalu štetu u imovini, odgovornost za upravljanje motornim vozilom, odgovornost za upravljanje avionom (uključujući i odgovornost prevozioca), odgovornost za upravljanje brodovima (uključujući i odgovornost prevozioca), opšta odgovornost, odgovornost za vraćanje kredita i kad nastupi stečaj, odgovornost u vezi sa jemstvom, finansijski gubici i rizik pri zapošljavanju i osiguranje od pravnih troškova. Kao što se može primetiti, bolest je već tada kategorisana kao neživotni rizik.

⁴⁴ ZO, čl. 9 st. 2.

bolesti. Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju mogu se, dakle, pokriti ugovorene (dnevne) naknade. Iako koristi termin naknada, u pitanju su svotne prestacije, što se da zaključiti iz formulacije ugovorena novčana naknada. U oblasti imovinskih osiguranja naknade se ne mogu unapred ugovarati, već se odmeravaju prema određenim pravilima, uz uvažavanje principa obeštećenja.⁴⁵ U ovom osiguranju čak i kada se upotrebi termin naknada, ako je ona ugovorena tj. unapred određena, to nije naknada, već suma koju osiguravač treba da isplati. ZO pominje te naknade, ali bez preciziranja na koju vrstu naknada se misli. To je učinjeno u ZZO. U ZZO je preciziran pojam novčane naknade. One obuhvataju: ugovorene troškove lečenja, gubitak zarade odnosno plate i drugih prihoda zbog privremene sprečenosti za rad, troškove prevoza u vezi s lečenjem i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.⁴⁶ Opštim uslovima osiguranja propisuje se da je osiguravač u obavezi da isplati ugovorene novčane naknade u slučaju gubitka zarade, odnosno plate i drugih primanja, zbog privremene sprečenosti za rad, kao i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarenjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje su definisane ugovorom o osiguranju.⁴⁷

Pođe li se od nemačkog prava kao referentnog, dve vrste naknada mogu biti obuhvaćene pojmom ugovorene novčane naknade za slučaj bolesti.⁴⁸ Prvo, naknade koje se isplaćuju prema unapred ugovorenom iznosu, koji bi trebalo da kompenziraju gubitak zarade tokom perioda privremene nesposobnosti za rad nastale kao posledica ugovorom obuhvaćenih bolesti (nem.: *Krankentagegeldversicherung*). Sama činjenica da su utvrđene u fiksnom iznosu, odnosno da zavise samo od sprečenosti za rad, a ne od konkretne štete koju osiguranik trpi usled toga, daje prestaciji osiguravača svotni karakter.⁴⁹ Prema preovlađujućem mišljenju u nemačkoj teoriji, u pitanju je svotno osiguranje koje treba da nadomesti gubitak redovnih primanja izazvan određenom bolešću. Drugo, dnevne naknade za vreme boravka u bolnici (nem.: *Krankenhausestagegeldversicherung*). I ta prestacija osiguravača je fiksna, tj. ne mora da odgovara materijalnim izdacima koje je osiguranik imao za vreme boravka u bolnici. U pitanju je iznos koji se unapred ugovara i koji ne zavisi od konkretne štete. Kao što ćemo u daljem izlaganju videti, obaveza osiguravača u slučaju isplate dnevnih naknada bilo zbog boravka u bolnici bilo zbog privremene sprečenosti za rad suštinski se razlikuje od njegove obaveze u slučaju pokrića troškova lečenja. Troškovi se pokrivaju prema stvarnom iznosu tj. obaveza osiguravača je usmerena ka saniranju konkretne štete.

⁴⁵ J. Bigot, „Le règlement du sinistre“, u: Jean Bigot (ed.), *Traité de droit des assurances, Le contrat d'assurance*, Tome 3, 2 édition, L. G. D. J., 2014, str. 942.

⁴⁶ ZZO, čl. 10 st. 1 tač. 20.

⁴⁷ Čl. 2 st. 12 Opštih uslova za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, „Generali osiguranje Srbija“.

⁴⁸ H. Tschersich, „Krankentagegeld- und Krankenhausestagegeldversicherung“, u: Roland Michael Beckmann, Annemarie Matusche-Beckmann (hrsg.), *VersicherungsrechtsHandbuch*, 2. Auflage, Verlag C. H. Bech, München 2009, str. 2757–2758.

⁴⁹ M. Wandt, str. 459-460.

U pitanju su vrlo korisne prestacije osiguravača, kojima se licu koje je zadesila neka bolest i koje je suočeno s prolaznom nesposobnošću za rad omogućava da lakše prebrodi taj period. Dnevne naknade zbog privremene sprečenosti za rad donose potrebnu finansijsku sigurnost. Isti je slučaj i sa naknadama za dane boravka u bolnici, koje znatno olakšavaju svakodnevni život osiguranika koji je usled bolesti hospitalizovan ili primoran na svakodnevno ambulantno lečenje. Time osiguranik obezbeđuje unapred određenu sumu novca koju može koristiti za bilo koju svrhu, a koja mu se isplaćuje u slučaju bolesti.

Drugo, dobrovoljno zdravstveno osiguranje može da pokriva *ugovorene troškove lečenja*. Tokom razvoja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja došlo je do toga da obaveza osiguravača može biti usmerena i ka naknadi troškova lečenja. Tada su nastali uslovi da se to osiguranje kvalifikuje kao mešovita usluga. Naravno, sama obaveza osiguravača koja se odnosi na naknadu ugovorenih troškova lečenja nije precizirana odredbama statusnog zakona (što je očekivano!), tako da osiguravači to čine uslovima osiguranja. Njihova namera je da precizno propišu na pokriće kojih medicinskih tretmana i zahvata ima pravo njihov osiguranik. Osiguravači tako definišu troškove lečenja da se njihova obaveza odnosi samo na one troškove koji su bili *medicinski neophodni u postupku lečenja* dijagnostikovanih bolesti i stanja osiguranika.⁵⁰ To bi trebalo da piše i u zakonu koji uređuje materijalnoppravna pitanja. Da bi se sprečile zloupotrebe tog osiguranja, nemački Zakon o ugovoru o osiguranju *explicite* propisuje da osiguravač neće biti obavezan da naknadi troškove u onim slučajevima kada postoji značajna nesrazmera između nastalih troškova i pružene medicinske usluge.⁵¹

Najzad, ZO dozvoljava mogućnost kombinacije ugovorene novčane naknade za slučaj bolesti i ugovorenih troškova lečenja. I u našem pravu od osiguranika zavisi kakav će paket dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja izabrati.

Ako se u obzir uzmu odredbe ZOO, ZO i ZZO, zaključujemo da je dobrovoljno zdravstveno osiguranje neživotno osiguranje lica. Šta to u stvari znači? Naročito iz ugla prakse. Po čemu se ono razlikuje od osiguranja života? Ili od ostalih neživotnih osiguranja? Posmatrano iz ugla uporednog prava, osiguranje od posledica nesrećnog slučaja i dobrovoljno zdravstveno osiguranje kasnije su se pojavila u odnosu na životno osiguranje, koje je po svim karakteristikama tipično osiguranje lica. Stoga ih je trebalo i jezički razgraničiti od životnog osiguranja s kojim dele pripadnost istoj vrsti osiguranja lica polazeći od predmeta osiguranja, u ovom slučaju ličnog dobra na kome se realizuje osigurani rizik. Sam naziv neživotna osiguranja lica koji potiče iz francuskog prava (fran.: *les assurances de personnes non-vie*) nastao je kako bi se ukazalo na *razlike u pravnom i tehničkom režimu* osiguranja od posledica nezgode i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u odnosu na životno

⁵⁰ To je slučaj i u uporednom pravu: H. Müller, str. 2722–2724.

⁵¹ Par. 192 Abs. 2 nemačkog VVG.

osiguranje.⁵² Nažalost, o neizgrađenosti našeg regulatornog okvira osiguranja svedoči podatak da ZOO sadrži odeljak posvećen osiguranju lica i u njemu čitav set pravila s intencijom primene i na osiguranje života i na osiguranje od posledica nezgode. Reč je o sledećim pravilima: o osiguranoj sumi, o formi ugovora, nemogućnosti prinudne naplate premije osiguranja,⁵³ osiguranju za slučaj smrti maloletnika i lica lišenih poslovne sposobnosti, osiguranju za slučaj smrti trećeg lica, kumulaciji osigurane sume i naknade štete, namernom ubistvu osiguranika, isključenju ratnih rizika i pravu osiguravača da ugovorom isključi određene rizike.⁵⁴ Na današnjem stupnju razvoja prava osiguranja, savršeno je jasno da je takav pristup neodrživ. Potrebno je zakonodavstvom uvažiti razlike između životnih i neživotnih osiguranja lica i urediti ih posebnim pravilima. Zapravo, po našem mišljenju, najbolje je da se ugovornim zakonom najpre definišu pojedine vrste osiguranja lica, kao i da svakoj od njih bude posvećen poseban odeljak u zakonu.

Iako ne negiramo da je odredbama ZO i ZZO učinjen prvi korak ka rasvetljavanju pravne prirode dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, smatramo da bi ono postalo lakše razumljivo prosečnom pravniku ako se u naše pravo uvede podela osiguranja prema prirodi prestacije osiguravača.

2. Osiguranje lica

Podnormiranost srpskog prava u pogledu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja utoliko je ozbiljniji problem ukoliko znamo da dobrovoljno zdravstveno osiguranje nije tipična usluga osiguranja lica. Da bismo skrenuli pažnju na njegovu osobenu pravnu prirodu i potrebu zakonskog uređenja, najpre ćemo pokušati da ga svrstamo u okviru postojećih podela.

Iz ugla našeg ugovornog prava osiguranja, najstarija je podela na osiguranje imovine i osiguranje lica. Pođemo li od podele na kojoj počiva ZOO, dobrovoljno zdravstveno osiguranje pripada porodici osiguranja lica, iako ga ZOO izričito ne pominje. Zašto? Zato što je bazični rizik koji se osigurava u ovom tipu osiguranja, bolest, primer rizika koji se ostvaruje na ličnim dobrima osiguranika.⁵⁵ Taj rizik se ostvaruje na zdravlju kao tipičnom ličnom dobru osiguranika. Iako najčešće dovodi

⁵² J. Bigot, P. Baillot, J. Kullmann, L. Mayaux, *Traité de Droit des Assurances, Les assurances de Personnes*, Tome 4, I. G. D. J., Paris 2007, str. 499–503.

⁵³ Izuzetak o nemogućnosti prinudne naplate premije osiguranja uređen je u opštem odeljku. I izričito se odnosi samo na osiguranje života. U teoriji, a i sudskoj praksi, stoga se postavilo pitanje da li se odnosi i na osiguranje od posledica nesrećnog slučaja. U sudskoj praksi je u nekoliko navrata ispravno primećeno da zbog razlika između pomenutih osiguranja nema mesta primeni čl. 945 na osiguranje od posledica nezgode.

⁵⁴ P. Šulejić, „Osiguranje lica u svetlu donošenja Građanskog zakonika Srbije“, *Pravni život*, br. 12/2009, str. 801.

⁵⁵ Dobrovoljno zdravstveno osiguranje se i u uporednom pravu navodi kao primer osiguranja lica. U nemačkom pravu, gde postoji podela na lična (nem.: *Personenversicherung*) i nelična (nem.: *Nichtpersonenversicherung*) osiguranja, ovo osiguranje se pominje kao lično osiguranje. V.: E. Lorenz, „Allgemeiner

do materijalnih posledica (tj. izdataka ili gubitka zarade), ključna za kvalifikaciju ovog osiguranja kao ličnog jeste činjenica da rizik pogađa ličnu, a ne imovinsku sferu osiguranika.⁵⁶ U tom smislu ono je uporedivo sa životnim osiguranjem (rizik se odnosi na smrt ili doživljenje) ili osiguranjem od posledica nesrećnog slučaja (rizik se odnosi na život, telesni integritet ili radnu sposobnost). Dobrovoljno (privatno) zdravstveno osiguranje, naime, pokriva finansijske posledice ugovorom nabrojanih bolesti, uobičajeno je da pokriva farmaceutske troškove, troškove lečenja i hospitalizacije,⁵⁷ a može da pokrije i posledice privremene nesposobnosti (invalidnosti) ili rizik od smrti nastao kao posledica bolesti.⁵⁸ U osnovi ovog osiguranja je *saniranje ekonomskih posledica ugovorom definisanih bolesti i stanja* (trudnoće, porođaja itd).⁵⁹ Iz tog razloga je neophodno prilagoditi prestaciju osiguravača vrsti posledica koje se pokrivaju konkretnim tipom zdravstvenog osiguranja.

Ako bi se pošlo od toga da je dobrovoljno zdravstveno osiguranje vrsta osiguranja lica (iako to u ugovornom zakonu ne piše *explicite*), očekivalo bi se da i u pogledu njega važi načelno pravilo iz odeljka o osiguranju lica. ZOO već u prvom članu odeljka koji nosi naslov osiguranje lica kaže da se visina osigurane svote, koju je osiguravač dužan isplatiti kad nastupi osigurani slučaj, utvrđuje u polisi prema sporazumu ugovornih strana.⁶⁰ Iako naslov iznad člana ne ukazuje izričito na to, time je zakonodavac opredelio svrhu osiguranja lica. Iz toga se da zaključiti da su *osiguranja lica po zakonskoj percepciji svotna osiguranja*. U našem pravu, dakle, postoji implicitna pretpostavka da su osiguranja lica svotnog karaktera. Iako ZOO *explicite* pominje samo osiguranje života i osiguranje od nesrećnog slučaja, ta odredba morala bi da se odnosi i na dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Ono je, dakle, po pretpostavci svotno osiguranje.

Međutim, u praksi prestacija osiguravača neće biti u svakom slučaju čisto svotna, već će po načinu utvrđivanja mnogo puta biti sličnija prestacijama kod imovinskih osiguranja (kao što je to slučaj kod troškova lečenja). Iz tog razloga u inostranoj teoriji je uobičajeno da se dobrovoljno zdravstveno osiguranje kvalifikuje kao mešovita usluga osiguranja, tačnije kao lično osiguranje koje spaja osobine i svotnih i odštetnih osiguranja. Najbolji primer je pokrivanje troškova lečenja koji na-

Teil. Das Privatversicherungsrecht", u: Roland Michael Beckmann, Annemarie Matusche-Beckmann (hrsg.) *Versicherungsrechts-Handbuch*, Verlag C. H. Bech, München 2009, 21; M. Wandt, str. 459.

⁵⁶ J. Bonnard, *Droit des assurances*, 4 édition, LexisNexis, Paris 2012, str. 16.

⁵⁷ Ovo osiguranje kreirano je sa vokacijom pokriva svih zdravstvenih troškova. Kako pokriva medicinskih troškova zahteva da se dokaže koliko oni iznose, do izražaja dolazi odštetni karakter prestacije osiguravača.

⁵⁸ H. Müller, 2697; J. Bigot, „Les assurances de personnes non-vie, Notions générales”, u: Jean Bigot, Philippe Baillet, Jérôme Kullmann, Luc Mayaux (ed.), *Les assurances de personnes*, Tome 4, L.G.D.J., Paris, 2007, str. 503.

⁵⁹ H. Tscherisch, „Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung”, u: Roland Michael Beckmann, Annemarie Matusche-Beckmann (hrsg.), *Versicherungsrechts-Handbuch*, München 2015, str. 3060.

⁶⁰ ZOO, čl. 942.

staju usled ugovorom obuhvaćenih bolesti i koji se pokrivaju u stvarnom iznosu.⁶¹ Zapravo, najtačnije je reći da je to osiguranje *hibrid*, tj. *da ima mešoviti karakter* i da za njega treba da važi sličan pravni režim kao za osiguranje od posledica nezgode.⁶² Tu dolazimo do najvećeg ograničenja našeg regulatornog okvira osiguranja. Pošto dobrovoljno zdravstveno osiguranje uopšte nije pomenuto u odeljku ZOO koji uređuje osiguranje lica, njegova kvalifikacija vrši se samo na osnovu onoga što stoji u uslovima osiguranja.

Suočeni sa tim problemom i svesni činjenice da ZOO nigde direktno ne pominje dobrovoljno zdravstveno osiguranje, domaći osiguravači su problem rešili unošenjem u opšte uslove osiguranja klauzula iz kojih proizlazi da je ovo odštetno osiguranje, bez obzira na to kakva prestacija je *in concreto* ugovorena.⁶³ Umesto dovitljivosti domaćih osiguravača, zalažemo se za uređenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u posebnom zakonu.⁶⁴ Ključno je da se ono definiše na jasan način, kao i da se precizno odredi koja pravila iz odeljka o osiguranju lica imaju primenu i na ovo osiguranje, odnosno koja pravila koja inače važe za imovinska osiguranja dolaze u obzir ako priroda prestacije to nalaže.

3. Zaključno o pravnoj prirodi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja – osiguranje lica odštetnog karaktera

Naše je mišljenje da je dobrovoljno zdravstveno osiguranje po svojoj prirodi hibridna usluga osiguranja. I da kao takvo neće biti razvijeno u našem pravu dok se ne izgradi odgovarajuća pravna infrastruktura. Pod tim prvenstveno mislimo na usvajanje sektorskog propisa tj. Zakona o ugovoru o osiguranju, koji bi trebalo da implementira podelu na svotna i odštetna osiguranja. Reč je o podeli prema vrsti prestacije osiguravača, koju uporedno pravo uveliko poznaje, direktno ili indirektno.⁶⁵ Za održivi razvoj dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (i uopšte perspektivnih usluga osiguranja) u srpskom pravu bitno je stvoriti uslove da se prestacije

⁶¹ J. Bonnard, str. 316.

⁶² Ipak, između ova dva tipa pokrića postoji jedna značajna razlika: osiguranju od posledica nezgode se osporava odštetni, dok se dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju osporava svotni karakter. Istina je naravno na sredini. Oba osiguranja mogu podrazumevati različita pokrića, te prema onome što je ugovoreno treba odgovoriti kakav je karakter prestacije osiguravača.

⁶³ U nekim opštim uslovima sadržana je odredba o regresu koja potvrđuje odštetni karakter ovog tipa osiguranja. Ispravnije bi bilo reći da dolazi do subrogacije osiguravača u prava osiguranika. Tako stoji da se „prava osiguranika, odnosno osiguranog lica prema trećem licu koje je odgovorno za štetu, prenose na osiguravača u visini naknade isplaćene od strane osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti osiguranika“. Takođe, u uslovima osiguranja se pominje pravo osiguravača da iznos naknade koji je platio štetniku odbije od iznosa naknade koju treba da plati osiguraniku na osnovu nastalog osiguranog slučaja.

⁶⁴ M. Čurković, *Ugovor o osiguranju osoba, život-nezgodazdravstveno*, Inženjerski biro, Zagreb, 2006, str. 209.

⁶⁵ N. Petrović Tomić, „O podeli na svotna i odštetna osiguranja – Pravo osiguranja na prekretnici“, u: V. Radović, *Usklađivanje poslovnog prava Srbije sa pravom Evropske unije*, Beograd 2019, str. 415–436.

osiguravača kvalifikuju prema onome što u ugovoru piše. Time se uvažava *princip slobode ugovaranja u pogledu vrste ugovorenih prestacija, čime se ne dovodi u pitanje ograničenje te iste slobode uvođenjem imperativnih normi u pogledu same sadržine ugovora*. Naglašavamo: sama podela prema vrsti prestacije osiguravača ne mora biti zakonom predviđena *expressis verbis*. Uporedno pravo nas uči da je dovoljno da iz svih odredaba koje se odnose na određeni odeljak (npr.: na osiguranje lica) proizlazi da određeni tip osiguranja može da se ugovori kao odštetno ili svotno pokriće. To u kojoj meri pravni poredak izlazi u susret očekivanjima osiguranika najbolje se može proceniti ako se pođe od toga da li je ugovornim stranama dopušteno da odrede hoće li prestacija imati svotni ili odštetni karakter.⁶⁶

Dakle, ključno kod regulative ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u novim propisima jeste to da se izbegne usvajanje rešenja kojima se praksa onemogućava da dalje razvija ovu uslugu budućnosti. Pod tim prvenstveno mislimo na dispozitivne norme kojima bi bilo propisano da se dobrovoljno zdravstveno osiguranje može zaključiti kao osiguranje od štete, kao osiguranje određene osigurane sume ili kao kombinacija navedenih osiguranja. Pritom, ako je osiguranje zaključeno kao osiguranje od štete, regulatorni okvir treba da sadrži normu koja osiguravaču daje pravo da se subrogira u prava osiguranika prema licu odgovornom za nastupanje osiguranog slučaja. Time bi se priznao hibridni karakter ovog osiguranja, što bi osiguravačima omogućilo da razvijaju različite pakete dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Najzad, da kompletira priču, zakonodavac bi *pro futuro* trebalo da usvoji *lex specialis* o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Time se stvaraju uslovi za najviši stepen razvoja te vrste osiguranja.

VI. Atraktivnost dopunskog zdravstvenog osiguranja

1. Dopunsko osiguranje – dopuna obaveznog zdravstvenog osiguranja

Po opšteprihvaćenoj definiciji u uporednom pravu, dopunsko zdravstveno osiguranje obezbeđuje pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u delu *troškova participacije*, tj. u delu usluga zdravstvene zaštite u kome su osigurane osobe dužne da učestvuju u troškovima zdravstvene zaštite, odnosno u ceni lekova.⁶⁷ Ono pokriva troškove do pune cene zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u slučajevima kada RFZO ne osigurava plaćanje zdravstvenih

⁶⁶ H. Tschersich, str. 2757–2758.

⁶⁷ Zdravstvene usluge koje stvaraju obavezu participacije u troškovima razlikuju se od države do države. Na ovom mestu izdvajamo kao referentne: troškove specijalističkih pregleda, različitih pretraga, biotehnologije, alternativne medicine, medicinskih tehničko-tehnoloških pomagala (različitih proteza), zatim okvira za naočare itd.

usluga u celosti.⁶⁸ Dopunsko zdravstveno osiguranje se nadovezuje na obavezno zdravstveno osiguranje, koje je na našim prostorima još uvek osnovno zdravstveno osiguranje.⁶⁹ Dakle, zdravstvena zaštita je zasnovana na modelu pozajmljenom iz socijalističkog perioda. Ali zbog izraženog starenja stanovništva i finansijskog pritiska koji prati sistem obaveznog osiguranja, u pogledu dela usluga zdravstvene zaštite postoji obaveza osiguranika da učestvuju u troškovima.

Smanjenje troškova obaveznog zdravstvenog osiguranja jedan je od načina rešavanja problema koji se u istom ili sličnom obliku javlja u većini država, što je dovelo do smanjenja obima zdravstvenih usluga koje pokriva ovaj vid socijalne zaštite i prevalljivanja dela usluga na teret samih osiguranika.⁷⁰ Kako je danas u mnogim državama izuzetno izraženo starenje stanovništva i kako rizik od bolesti raste s godinama, ne čudi što se danas sve više pažnje posvećuje oblicima privatnog (dobrovoljnog) zdravstvenog osiguranja.⁷¹ Lica koja žele blagovremeno da investiraju u uslugu koja će im omogućiti pokriće troškova lečenja i uopšte medicinskih tretmana, kao i izgubljene zarade, u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pronalaze željeni ugovor. Na odluku jednog lica odlučujuće deluju najnovija saznanja u medicini, otkrića novih lekova, postupaka lečenja itd. Zahvaljujući današnjoj dinamici razvoja medicine, mnoge bolesti više nisu neizlečive, i posle strašnih saobraćajnih nesreća i uopšte nezgoda oštećeni uspevaju ne samo da prežive, već i da se izleče. U opisanim okolnostima, zdravstveno opismenjeno lice nastoji da se pobrine za svoju budućnost, te se pravovremeno opredeljuje za dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Tu na scenu stupa dopunsko zdravstveno osiguranje. Pokriće koje se njime pribavlja je funkcionalno povezano s osnovnim zdravstvenim osiguranjem, koje je kod nas još uvek obavezno i čini deo paketa socijalne zaštite.⁷² Dopunsko privatno osiguranje u tom smislu je zaista *finansijska dopuna obaveznom osiguranju* i direktno zavisi od onoga što je predviđeno regulatornim okvirom. Drugim rečima, definisanjem prava iz zdravstvenog osiguranja koja se mogu koristiti uz odgovarajuće troškove participacije, zakonodavac ostavlja mogućnost da se u tom segmentu zdravstvene zaštite pozicioniraju privatni osiguravači. I da na taj način obezbede ulazak svežeg kapitala. Ali ono po čemu se taj tip dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja razlikuje od paralelnog osiguranja jeste njegov *akcesorni karakter*. Njegova egzistencija pretpostavlja kakav-takav sistem bazičnog zdravstvenog osiguranja (obično državnog!), koji u pogledu dela usluga zdravstvene zaštite zahteva učešće osiguranika

⁶⁸ L. Belanić, str. 117.

⁶⁹ R. Roemer, „Health Legislation as a Tool for Public Health and Health Policy“, *International Digest of Health Legislation*, Vol. 49, br. 1, 1998, str. 95–96.

⁷⁰ N. Petrović Tomić, *Pravo osiguranja, Sistem*, str. 708.

⁷¹ G. Pinet, „Health Challenges of 21st Century: a legislative approach to health determinants“, *International Digest of Health Legislation*, Vol. 49, No. 1, 1998, str. 131–178.

⁷² V. Gotovec, *Zdravstveno osiguranje – socijalni aspekti*, doktorska disertacija, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2010, str. 211–212.

u troškovima. Budući da dopunjuje obavezno osiguranje u samo jednom segmentu, mogućnosti razvoja tog tipa pokrića skućene su i usmerene samo ka onom krugu korisnika obaveznog zdravstvenog osiguranja koji ima interes da upravlja rizikom troškova participacije. Iz toga nedvosmisleno proizlazi da je krug lica koja mogu biti zainteresovana za taj tip dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja određen time da je reć o licima koja nisu osloboćena plaćanja troškova participacije.⁷³ To ovo osiguranje ćini delom socijalne zaštite, pod uslovom da se koncipira na adekvatan naćin.

U državama koje se suoćavaju s naglim odlivom mlaće populacije i istovremenom ekonomskom krizom, obavezno zdravstveno osiguranje opstaje najviše zahvaljujući dopuni koju obezbećuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje po modalitetu dopunskog. Kako troškovi participacije najteže padaju osobama s nićim primanjima (što obuhvata i lica nakon završetka radnog veka), to se dopunskim osiguranjem njima omogućava da plaćanje iz sopstvenog dćzepa u trenutku kada se ostvari zdravstveni rizik zamene plaćanjem premija dopunskog osiguranja.⁷⁴ Premija dopunskog zdravstvenog osiguranja u svakom slućaju je nića od troškovnog rizika koji snosi pojedinac suoćen s iznosom participacije, koji varira u zavisnosti od vrste zdravstvene usluge.⁷⁵ Da nema te opcije, moglo bi se desiti da lica s natprosećno niskim primanjima u trenutku ostvarenja zdravstvenog rizika moraju da biraju izmeću osiromašenja i nekorišćenja zdravstvene zaštite, što je protivno ciljevima zdravstvene

⁷³ Po našem pravu, zdravstvena zaštita u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja bez plaćanja participacije obezbećuje se:

- 1) ratnim vojnim invalidima, mirnodopskim vojnim invalidima i civilnim invalidima rata;
- 2) slepim licima i trajno nepokretnim licima, kao i licima koja ostvaruju novćanu naknadu za pomoć i negu drugog lica, u skladu sa zakonom;
- 3) dobrovoljnim davaocima krvi koji su krv dali deset i više puta, osim za lekove sa Liste lekova, kao i za medicinska sredstva;
- 4) dobrovoljnim davaocima krvi koji su krv dali manje od deset puta, osim za lekove sa Liste lekova, kao i za medicinska sredstva, u roku od 12 meseci posle svakog davanja krvi;
- 5) živim davaocima organa, osim za lekove sa Liste lekova, kao i za medicinska sredstva;
- 6) davaocima ćelija i tkiva, osim za lekove sa Liste lekova, kao i za medicinska sredstva;
- 7) osiguranicima iz ćlana 16 st. 1 i 3 ovog zakona;
- 8) ćlanovima uće porodice osiguranika iz ćlana 16 stav 1 tać. 7)-9) i 11) i stav 3 ovog zakona.

⁷⁴ Iako dopunsko zdravstveno osiguranje nije obavezno, za lica koja najteže pogaća rizik od troškova participacije, ovo osiguranje je u odrećenoj meri prinudno, budući da je to jedini naćin upravljanja troškovima participacije. Upravo takva situacija utiće na zakonodavca da ogranići slobodu ugovaranja i na strani osiguravaća, kako bi se dopunsko zdravstveno osiguranje izuzelo od primene ćisto trćišnih uslova. Ogranićenje se ogleda, primera radi, u obavezi osiguravaća da zakljući ugovor sa svakim osiguranikom obaveznog zdravstvenog osiguranja prema uslovima koji nisu iskljućivo rezultat individualne procene rizika, već se primenjuje odgovarajuća optimizacija rizika u okviru zajednice rizika.

⁷⁵ Ovo zato što osiguranje poćiva na zajednici rizika i što je jedno od bazićnih pravila da je teret koji pogaća pojedinca u vidu premije osiguranja manji što je veća zajednica rizika.. Korisnicima zdravstvene zaštite je, dakle, povoljnije da investiraju u taj vid zdravstvene sigurnosti nego da zadrće rizik od troškova participacije.

zaštite i javnom interesu u oblasti zdravlja.⁷⁶ U tom smislu je iz aspekta stvaranja uslova za *održivi sistem zdravstvene zaštite* neophodno promovisati dopunsko zdravstveno osiguranje. Njime se ostvaruje bitna socijalna funkcija zaštite osiguranika obaveznog zdravstvenog osiguranja s nižim primanjima, kojima je povoljnije da investiraju u dopunsko zdravstveno osiguranje nego da snose rizik nesrazmerno velikih troškova participacije. Smanjenje visine troškova iz džepa građana za potrebe zdravstvene zaštite treba smatrati ciljem od opšteg interesa. Održivi razvoj u oblasti zdravstvene zaštite iziskuje *sveobuhvatnu reformu*, koja će na adekvatan način *implementirati različite modalitete dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja*.⁷⁷

2. Širina pokrića

Šta je, dakle, predmet dopunskog zdravstvenog osiguranja? Osiguranje dopunskog pokrića zdravstvene zaštite, koje omogućava pokriće razlike, odnosno učešća u troškovima zdravstvene zaštite koji padaju na teret osiguranika u pogledu određenih usluga zdravstvene zaštite.⁷⁸ Lice koje ugovori dopunsko zdravstveno osiguranje pokriva finansijske gubitke uzrokovane zdravstvenim troškovima nastalim usled učešća u troškovima participacije.⁷⁹ Reč je o **pokriću delimično pokriveno zdravstvene zaštite** koja se pruža u okviru sistema obavezne zdravstvene zaštite.⁸⁰ Ugovaranjem dopunskog zdravstvenog osiguranja delimično pokriveno zdravstvene usluge se obuhvataju u celosti ili do iznosa koji definitivno prevazilazi onaj obuhvaćen delovanjem obaveznog osiguranja.⁸¹ To učešće u troškovima, poznatije kao troškovi participacije, može biti u fiksnom iznosu (nešto poput administrativne takse) ili procentualni udeo u troškovima zdravstvene zaštite, a u nekim sistemima se koristi i mehanizam odbitne franšize, tako da osiguranik sudeluje u troškovima zdravstvene zaštite do određenog iznosa. Teorijski posmatrano, svi osiguranici obaveznog osiguranja imaju interes da zaključe dopunsko zdravstveno osiguranje, ali je taj interes

⁷⁶ V. Gotovac, članak, str. 49.

⁷⁷ Kada je reč o dopunskom zdravstvenom osiguranju, sve i da se promoviše i postane popularno, nije realno očekivati veće finansijske učinke. Njegova svrha i nije da prikupi dobit, već da finansijski okrepi javni zdravstveni sistem, kao i da omogući investicije u njega.

⁷⁸ J. C. Langenbrunner, „Supplemental Health Insurance: Did Croatia Miss an Opportunity?“, *Croatian Medical Journal*, Vol. 43, br. 4, 2002, str. 404.

⁷⁹ Reč je o riziku od plaćanja učešća u troškovima zdravstvene zaštite.

⁸⁰ Ovo osiguranje je uvedeno u Sloveniji još 1993. godine za pokrivanje participacije za obavezno zdravstveno osiguranje i procena je da je tokom tri decenije ostvaren sledeći rezultat: kupuje ga oko 73 posto stanovništva i ono pokriva oko polovine privatnih troškova. V.: P. Calcoen, W. P. Van de Ven, „Voluntary Additional Health Insurance in the European Union: Free Market or Regulation?“, *European Journal of Health Law*, Vol. 25 (4), 2017, str. 591–613.

⁸¹ S. Thomson, A. Sagan, E. Mossialos, „Why Private Health Insurance?“, S. Thomson et al (ed.), *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*, Cambridge University Press, Cambridge, 2020, str. 3.

najizraženiji kod lica sa skromnijim ili osrednjim prihodima.⁸² Njima to osiguranje omogućava da *upravljaju rizikom troškova participacije*, koji mogu poprimiti i veće razmere, već prema tome koji je tip zdravstvene usluge u pitanju. Osim koristi za pojedince, dopunsko zdravstveno osiguranje omogućava *preusmeravanje troškova zdravstvenih usluga na privatni sektor*.⁸³

Podvlačimo: dopunsko zdravstveno osiguranje je *komplementarno* obaveznom zdravstvenom osiguranju. Ono pruža pokriće koje se odnosi na zdravstvene usluge koje se i dalje pružaju u okviru javnog sistema zdravstvene zaštite. Samim tim, osigurani rizici i osigurani slučajevi se podudaraju. U pitanju je usluga privatnog osiguranja koja svoju egzistenciju duguje prazninama i ograničenjima socijalnog osiguranja. To znači da je neophodno poznavanje pravnog okvira obaveznog zdravstvenog osiguranja da bi se mogao osmisliti *nacionalni tip dopunskog zdravstvenog osiguranja*. Manjkavosti javne zdravstvene zaštite su takve da osiguranici ne uživaju zaštitu za određene zdravstvene usluge ili je uživaju uz obavezu da snose deo troškova zdravstvene zaštite. U prvom slučaju ima mesta za razvoj dobrovoljnog, a u drugom dopunskog zdravstvenog osiguranja.

ZZO u čl. 131 definiše u kojim slučajevima i do kog iznosa se naplaćuju troškovi participacije. Osiguranim licima obezbeđuju se zdravstvene usluge:

1) U celosti na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja: (1) mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti, (2) pregledi i lečenje u vezi s planiranjem porodice, trudnoćom, porođajem i u postporođajnom periodu, uključujući prekid trudnoće iz medicinskih razloga, (3) pregledi, lečenje i medicinska rehabilitacija u slučaju bolesti i povreda dece, učenika i studenata do kraja propisanog školovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina života, odnosno starijih lica koja su teško telesno ili duševno ometena u razvoju, (4) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba kod lica iz člana 63 tač. 1), 10) i 11) ovog zakona, kao i pregledi i lečenje bolesti usta i zuba u vezi sa trudnoćom i 12 meseci posle porođaja, (5) pregledi i lečenje u vezi sa zaraznim bolestima za koje je zakonom predviđeno sprovođenje mera za sprečavanje njihovog širenja, (6) pregledi i lečenje od malignih bolesti, šećerne bolesti, psihoze, epilepsije, multipleks skleroze, progresivnih neuromišićnih bolesti, cerebralne paralize, paraplegije, tetraplegije, trajne hronične bubrežne insuficijencije kod koje je indikovana dijaliza ili transplantacija bubrega, sistemskih autoimunih bolesti, reumatske bolesti i njenih komplikacija i retkih bolesti, (7) palijativno zbrinjavanje, (8) pregledi i lečenje u vezi sa uzimanjem, davanjem i razmenom organa, ćelija i tkiva za presađivanje od osiguranih i drugih lica za obezbeđivanje zdravstvene zaštite osiguranih lica, (9) pregledi, lečenje i rehabilitacija zbog profesionalnih bolesti i povreda na radu, (10)

⁸² P. Martin, M. Del Sol, „The Uncertain and Differentiated Impact of EU Law on National (Private) Health Insurance Regulations”, C. Benoît et al (ed.), *Private Health Insurance and European Union*, Palgrave Macmillan, Cham, 2021, str. 118.

⁸³ T. Alberth, M. Kuhar, V. P. Rupel, „Complementary health insurance in Slovenia”, *Health Insurance*, str. 2022.

pružanje hitne medicinske i stomatološke pomoći, kao i hitan sanitetski prevoz, (11) medicinska sredstva u vezi sa lečenjem bolesti i povreda iz ove tačke;

2) u visini od najmanje 95% od cene zdravstvene usluge iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za: (1) intenzivnu negu u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi, (2) operativne zahvate koji se izvode u operacionoj sali, uključujući i implantate za najsloženije i najskuplje zdravstvene usluge, (3) najsloženije laboratorijske, rendgenske i druge dijagnostičke i terapijske procedure (magnetna rezonanca, skener, nuklearna medicina i dr.);

3) u visini od najmanje 80% od cene zdravstvene usluge iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za: (1) preglede i lečenje od strane izabranog lekara i lekara specijaliste, (2) laboratorijske, rendgen i druge dijagnostičke i terapijske procedure koje nisu obuhvaćene stavom 1 tačka 2) podtačka (3) ovog člana, (3) kućno lečenje, (4) stomatološke preglede i lečenje u vezi s povredom zubā i kostiju lica, kao i stomatološke preglede i lečenje zubā pre operacije srca i presađivanja organa, ćelija i tkiva, (5) lečenje komplikacija karijesa kod dece, učenika i studenata do kraja propisanog školovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina života, ekstrakcija zuba kao posledice karijesa, kao i izrada pokretnih ortodontskih aparata, (6) stacionarno lečenje, kao i rehabilitaciju u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi, (7) preglede i lečenje u dnevnoj bolnici, uključujući i hirurške zahvate van operacione sale, (8) medicinsku rehabilitaciju u ambulantnim uslovima, (9) medicinska sredstva koja nisu obuhvaćena stavom 1 tačka 1) podtačka (11) ovog člana;

4) u visini od najmanje 65% od cene zdravstvene usluge iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za: (1) izradu akrilatne totalne i suptotalne proteze kod lica starijih od 65 godina života, (2) očna i slušna pomagala za odrasle, (3) promenu pola iz medicinskih razloga, (4) sanitetski prevoz koji nije hitan, (5) lečenje bolesti čije je rano otkrivanje predmet ciljanog preventivnog pregleda, odnosno skrininga, prema odgovarajućim nacionalnim programima, ukoliko se osigurano lice nije odazvalo ni na jedan poziv u okviru jednog ciklusa pozivanja, niti je svoj izostanak opravdalo, a ta bolest je dijagnostikovana u periodu do narednog ciklusa pozivanja.

Za zdravstvene usluge koje se obezbeđuju kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa stavom 1 ovog člana, a za koje Republički fond ne vrši plaćanje na osnovu cene zdravstvene usluge, već troškove obračunava i plaća na drugačiji način (po poseti osiguranog lica zdravstvenom radniku, dijagnostički srodnih grupa zdravstvenih usluga, programima, bolesničkom danu i dr.), osiguranim licima obezbeđuje se pravo na zdravstvenu zaštitu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u procentima propisanim u stavu 1 ovog člana.

Izuzetno od stava 1 tačka 1) podtačka (4) ovog zakona, za ostvarivanje prava na stomatološku zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, opštim aktom iz člana 133 ovog zakona može se utvrditi plaćanje participacije ako se osigurano lice ne odazove pozivu izabranog lekara na preventivni pregled,

odnosno ako ne ostvaruje pravo na preventivne stomatološke usluge u skladu s ovim zakonom, odnosno republičkim programom stomatološke zdravstvene zaštite koji donosi Vlada u skladu sa zakonom.

Zdravstvene usluge koje se plaćaju po dijagnostički srodnim grupama obezbeđuju se osiguranim licima na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u visini od najmanje 95% od cene dijagnostički srodne grupe, u skladu sa propisom iz člana 133 ovog zakona.

Ministar, na predlog Republičkog fonda, za svaku kalendarsku godinu uređuje sadržaj i obim prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja iz člana 131 ovog zakona za pojedine vrste zdravstvenih usluga i pojedine vrste bolesti i povreda, procenat plaćanja cene zdravstvene usluge, odnosno cene dijagnostički srodne grupe iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i procenat plaćanja osiguranog lica do punog iznosa cene zdravstvene usluge, odnosno cene dijagnostički srodne grupe.

U propisu iz stava 1 ovog člana, ministar utvrđuje i najviši godišnji iznos, odnosno najviši iznos po određenoj vrsti zdravstvene usluge, odnosno dijagnostički srodne grupe koji osigurano lice plaća iz svojih sredstava, vodeći računa da takav iznos ne sprečava osigurano lice da koristi zdravstvenu zaštitu, odnosno da onemogućava osiguranom licu uspešno korišćenje zdravstvene zaštite.

Novčani iznos do punog iznosa iz člana 131 stav 1 tač. 2)-4) i stav 2 ovog zakona, kao i novčani iznos iz člana 132 ovog zakona (dalje u tekstu: participacija), plaća osigurano lice koje koristi tu zdravstvenu uslugu, odnosno lek, ako ovim zakonom nije drukčije određeno, odnosno plaća pravno lice koje osiguranom licu obezbeđuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Propisom iz člana 133 ovog zakona može se utvrditi da se participacija plaća u fiksnom iznosu, s tim da fiksni iznos ne sme biti veći od procentualnog iznosa određenog u skladu s ovim zakonom.

Propisom iz člana 133 ovog zakona uređuju se način i uslovi za naplaćivanje participacije, kao i povraćaj sredstava uplaćenih iznad najvišeg godišnjeg iznosa, odnosno najvišeg iznosa participacije po određenoj vrsti zdravstvene usluge.

Zabranjeno je da davalac zdravstvene usluge naplati drukčije iznose participacije za pružene zdravstvene usluge koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem od propisanih u skladu sa čl. 131–133 ovog zakona, kao i da naplati participaciju osiguranom licu koje je platilo najviši godišnji iznos participacije ili najviši iznos participacije po određenoj vrsti zdravstvene usluge.

Osigurano lice može iz svojih sredstava, odnosno iz sredstava dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja da ostvari pravo na veći sadržaj, obim i standard usluga iz člana 131 ovog zakona, koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu s ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona, na taj način što plaća razliku od cene utvrđene u skladu s ovim zakonom

i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona i cene zdravstvene usluge koja se pruža osiguranom licu, a koja je utvrđena cenovnikom davaoca zdravstvene usluge.

Bliži uslovi i način ostvarivanja doplate iz stava 5 ovog člana uređuju se propisom iz člana 124 ovog zakona.

Davalac zdravstvene usluge dužan je da osiguranom licu izda račun o naplaćenju participaciji.

Obrazac računa iz stava 1 ovog člana uređuje ministar propisom iz člana 133 ovog zakona.

Osigurano lice dužno je da čuva sve račune o naplaćenju participaciji u toku jedne kalendarske godine, koji služe kao dokaz u postupku utvrđivanja prava na povraćaj sredstava uplaćenih iznad najvišeg godišnjeg iznosa, odnosno najvišeg iznosa participacije po određenoj vrsti zdravstvene usluge, kao i druge račune za naplaćene zdravstvene usluge radi ostvarivanja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

3. Prognoza pravaca razvoja dopunskog zdravstvenog osiguranja u Republici Srbiji

Kada se razmatraju mogući pravci razvoja dopunskog zdravstvenog osiguranja u Srbiji, akcenat treba staviti na *održivi razvoj u domenu zdravstvene zaštite*. Kad se kao target postavi održivi razvoj u domenu zdravstva, jasno je da je rešenje u kombinovanom *javno-privatnom partnerstvu države i osiguravača*. Drugim rečima, neophodno je uspostaviti saradnju obaveznog i privatnog zdravstvenog osiguranja, povezivanje državnih i privatnih zdravstvenih ustanova, povećanje zdravstvene pismenosti stanovništva, kao i promociju različitih paketa usluga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.⁸⁴

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje u mnogim državama jedan je od modaliteta finansiranja zdravstvenog sistema. Pružanjem zaštite od visokih troškova lečenja naročito se licima s nižim prihodima omogućava korišćenje zdravstvene zaštite u situacijama kada bi alternativa bila odustanak od nje zbog visokih troškova. Time se doprinosi ostvarenju prava na zdravstvenu zaštitu kao jednog od elementarnih prava. Da bismo došli do željenog učešća dobrovoljnog, a naročito dopunskog zdravstvenog osiguranja u portfelju domaćeg tržišta osiguranja, ključno je da se sprovede akcija u cilju povećanja zdravstvene pismenosti stanovništva. *Zdravstvena pismenost stanovništva je od krucijalnog značaja za održivost zdravstvenog osiguranja*. Svetska zdravstvena organizacija definiše zdravstvenu pismenost kao znanje pojedinca i sposobnost da razume i primeni informacije o zdravlju kako bi mogao da donosi odluke

⁸⁴ J. Kočović, T. Rakonjac Antić, V. Rajić, „Dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao dopuna obaveznom zdravstvenom osiguranju u Srbiji“, *Ekonomске teme*, Vol. 51(3), 2013, str. 541–560.

vezane za zdravlje i time utiče na održavanje i/ili poboljšanje zdravlja tokom života. Veća je verovatnoća da će lica koja su zdravstveno opismenjena uvideti prednosti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. To pod pretpostavkom da je kampanja u vezi sa ovim osiguranjem fundirano sprovedena.

VII. Zaključno o perspektivama usluga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Srbiji

Pravo na zdravstvenu zaštitu, koje predstavlja jedno od elementarnih ljudskih prava, u većini država ostvaruje se posredstvom etatiističkog, javnog sistema zdravstvene zaštite. Tokom XX veka, a u XXI još više, države se suočavaju s ogromnim pritiskom koji prati državni fond zdravstvene zaštite, zbog čega se razvija ideja privatnog, premijskog zdravstvenog osiguranja. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje igra značajnu ulogu u omogućavanju prilagođavanja sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja pravilima igre koje karakteriše starenje stanovništva, odliv mlađe populacije i uticaj inflacije i uopšte faktora obezvređivanja novca. Ono treba da omogući širem krugu lica da koriste usluge zdravstvene zaštite u privatnim zdravstvenim ustanovama, čime bi se značajno rasteretio državni fond zdravstvenog osiguranja. Time bi se stekli uslovi za ravnomerno opterećenje državnog i privatnog zdravstvenog sistema, što je *conditio sine qua non* održive zdravstvene zaštite.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje u srpskom pravu decenijama je podnormirano. Takva situacija ima za posledicu da se, s jedne strane, nedostatan regulatorni okvir dopunjuje uslovima osiguranja, dok se, s druge strane, potrošačima ne garantuje isti nivo zaštite kao u drugim vrstama osiguranja. Osiguravači, naime, koriste zakonski vakuum kako bi uslovima osiguranja uredili sva pitanja ugovornog odnosa ovog osiguranja. To neretko dovodi do unošenja klauzula kojima se prejudicira karakter obaveze osiguravača, bez obzira na to šta je u konkretnom slučaju obuhvaćeno pokrićem i kako je to ugovoreno. Za razumevanje pravne prirode dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ključno je da predstavlja hibridnu vrstu osiguranja. Kakva će biti obaveza osiguravača, trebalo bi da zavisi isključivo od onoga što je ugovoreno.

Stoga je neophodno što pre modernizovati naš regulatorni okvir i učiniti ga kompatibilnim s modernim pravnim sistemima osiguranja. Tome će doprineti usvajanje Zakona o ugovoru o osiguranju, kojim bi se – *explicite* ili *implicite* – uvela podela na odštetna i svotna osiguranja. Ono što trenutno imamo – ZZO – samo je u izvesnoj meri korak napred u smislu regulative dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Pozdravljamo samo usvajanje zakona kojim je materija zdravstvenog osiguranja uređena na zakonodavnom nivou. Ali po mnogim rešenjima, pomenuti zakon je za uzor imao Uredbu, što ne možemo oceniti kao dobru polaznu osnovu. Ostaje, dakle, da se u budućnosti radi na poslednjoj fazi u razvoju dobrovoljnog zdravstvenog

osiguranja, a to je usvajanje *lex specialis* propisa, kojim bi se dobrovoljno zdravstveno osiguranje i zakonski emancipovalo od obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Dobrovoljno i dopunsko zdravstveno osiguranje – ako se kreira favorabilan regulatorni okvir – nose potencijal kompletiranja sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja. Sistem socijalne zaštite u pogledu zdravstvene zaštite može i mora da počiva na principu održivosti. Održiva zdravstvena zaštita nije moguća u XXI veku ako se u priču ne uključe privatni osiguravači. Njima treba prepustiti deo kolača, a zadatak zakonodavca je da ne uvodi neracionalna ograničenja u pogledu širine pokrivača. Kao naročito značajnu ocenjujemo ulogu dopunskog zdravstvenog osiguranja, iz ugla korisnika zdravstvene zaštite kojima je rizik od troškova participacije neprihvatljiv i od koga se korisnik štiti zaključenjem ovog osiguranja. Ono vrši značajnu socijalnu funkciju, budući da zahvaljujući tom osiguranju osiguranici obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju zdravstvenu zaštitu u situaciji kada bi je troškovi participacije mogli učiniti nedostupnom licima s niskim primanjima.

Smatramo da privatni osiguravači imaju značajnu ulogu u unapređenju zdravstvene zaštite, što proizlazi i iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao obaveza svih privrednih društava. Osiguravači su u poziciji koja im dopušta da ostvare doprinos u ovom pogledu, bilo da su partner ili konkurencija RFZO. To će, zapravo, zavisiti od vrste usluga koje nude. Ponudom preventivnih usluga iz domena primarne zdravstvene zaštite (godišnji sistematski pregledi, doplate za veći obim i standard usluga odabranog lekara itd) osiguravači stupaju u partnerstvo sa RFZO, što *in ultima linea* čini plodno tlo za ulaganja u sekundarni i tercijarni segment zdravstvene zaštite. *A contrario*, ponudom osiguranja lica koja nisu uključena u obavezno zdravstveno osiguranje, osiguravači postaju konkurencija RFZO.⁸⁵

Održivi razvoj sistema zdravstvene zaštite i uopšte socijalnih davanja zahteva sveobuhvatnu reformu, čiji je nezaobilazni segment dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Dok smo o dodatnom zdravstvenom osiguranju više puta pisali, u ovom radu fokus je na dopunskom zdravstvenom osiguranju, koje ocenjujemo kao uslugu koja je u našim prilikama prilično neiskorišćena. Etastički sistem zdravstvene zaštite forsira obavezno zdravstveno osiguranje, dok dobrovoljno prvi put zakonski uređuje tek 2019. godine. Dok je dobrovoljno zdravstveno osiguranje još i uhvatilo korena, dopunsko tek treba da se promoviše. Njegov potencijal je utoliko veći ukoliko znamo da troškovi participacije rastu dok je pod uticajem ekonomske krize veći broj lica suočen s osiromašenjem. Održivi razvoj u oblasti zdravstva zahtevaće promociju dopunskog zdravstvenog osiguranja kako bi se premije prikupljene po osnovu ovog osiguranja koristile za pokriće rashoda državnog osiguravača, a u budućnosti i za investiranje u njega.

⁸⁵ U stranoj praksi se sreće osnivanja klinika od strane osiguravajućih društava, pri čemu te klinike pružaju usluge licima s kojima je zaključeno privatno zdravstveno osiguranje. Takva praksa je krajnje rizična za osiguravače.

Da zaključimo: dopunsko dobrovoljno zdravstveno osiguranje predstavlja najbolji način da se pomogne građanima da smanje izdatke/troškove koji nastaju pri korišćenju usluga zdravstvene zaštite koje uključuju troškove participacije. Umesto da plaćaju iz sopstvenog džepa, korisnici usluga mogu da investiraju u paket osiguranja koji će olakšati ostvarenje prava na zdravstvenu zaštitu.

Literatura

- Alberth, T., Kuhar M., Rupel V. P., „Complementary health insurance in Slovenia“, *Health Insurance*, 2022.
- Belanić, L., „Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u hrvatskom pravu s osvrtom na njemačko pravo“, Palić 2017.
- Bigot, J., „Les assurances de personnes non-vie, Notions générales“, u: Jean Bigot, Philippe Baillot, Jérôme Kullmann, Luc Mayaux (ed.), *Les assurances de personnes*, Tome 4, L.G.D.J, Paris, 2007.
- Bigot, J., „Le règlement du sinistre“, u: Jean Bigot (ed.), *Traité de droit des assurance, Le contrat d'assurance*, Tome 3, 2 édition, L. G. D. J., 2014.
- Bigot, J., Baillot P., Kullmann J., Mayaux L., *Traité de Droit des Assurances, Les assurances de Personnes*, Tome 4, I. G. D. J., Paris 2007.
- Binon, J. M., *Droit des assurances de personnes, Aspects civils, technique et sociaux*, Larcier, Bruxelles, 2007.
- Bonnard, J., *Droit des assurances*, 4 édition, LexisNexis, Paris 2012, str. 16.
- Botica, Jukić N., „Usklađenost Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju s pravnom stečevinom Europske unije“, *Osiguranje*, br. 1/2015, str. 30-33.
- Bradić, V., „Privatno zdravstveno osiguranje“, *Osiguranje*, br. 3/2002, str. 51-52.
- Calcoen, P., van de Ven W. P. M. M., „Voluntary Additional Health Insurance in the European Union: Free Market or Regulation“, *European Journal of Health Law*, Vol. 24 /2017, str. 2.
- Gotovec, V., *Zdravstveno osiguranje – socijalni aspekti*, doktorska disertacija, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2010.
- Kočović, J., Rakonjac Antić T., Rajić V., „Dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao dopuna obaveznom zdravstvenom osiguranju u Srbiji“, *Ekonomске teme*, Vol. 51(3), 2013, str. 541-560.
- Langenbrunner, J. C., „Supplemental Health Insurance: Did Croatia Miss an Opportunity?“, *Croatian Medical Journal*, Vol. 43, br. 4, 2002, str. 404.
- Lorenz, E., „Allgemeiner Teil. Das Privatversicherungsrecht“, u: Roland Michael Beckmann, Annemarie Matusche-Beckmann (hrsg.) *Versicherung-rechts-Handbuch*, Verlag C. H. Bech, München 2009

- Martin, P., M. Del Sol, „The Uncertain and Differentiated Impact of EU Law on National (Private) Health Insurance Regulations“, C. Benoît et al (ed.), *Private Health Insurance and European Union*, Palgrave Macmillan, Cham, 2021.
- Mossialos, E., Thomson S., *Voluntary Health Insurance in the European Union, European Observatory on Health Systems and Policies*, Brussels, 2004, str. 51-67.
- Müller, H., „Private Krankenversicherung“, u: Roland Michael Beckmann, Annemarie Matusche-Beckmann (hrsg.), *Versicherungsrechts-Handbuch*, Verlag C. H. Beck München 2009.
- Müller-Stein, R., „Krankenversicherung“, u: H. W. Van Bühren, *Handbuch Versicherungsrecht*, 4. Auflage, Deutscher AnwaltVerlag, Bonn, 2009, str. 2119-2182.
- Nikolić, B., „Slovenian Complementary Health Insurance as a Service of General Economic Interest“, *International Public Administration Review*, Vol. 13 (1), 2015, str. 49-67.
- Petrović Tomić, N., *Pravo osiguranja, Sistem*, Knjiga prva, Službeni glasnik, Beograd, 2019.
- Petrović Tomić, N., „Hibridni proizvodi osiguranja – stanje i perspektive razvoja“ u: Z. Petrović, V. Čolović, D. Obradović (ured.), *Prouzrokovanje štete, naknada štete i osiguranje*, XXIV međunarodni naučni skup, Beograd –Mionica 2021, str. 325-341.
- Petrović Tomić, N., „O pravnoj prirodi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja – Povodom predloga Zakona o zdravstvenom osiguranju“, u: M. Orlić (ur.), *Aktuelna pitanja savremenog zakonodavstva*, Budva, 2019, str. 487-506.
- Petrović Tomić, N., „O ograničenoj i usmerenoj slobodi ugovaranja u ugovornom pravu osiguranja: fenomen „pokoravanja“ ugovora o osiguranju“, u M. Karanikić Mirić, M. Đurđević (ured.), *Zbornik radova sa Druge regionalne konferencije iz obligacionog prava održane 14. i 15. novembra 2019. godine na Pravnom fakultetu Univerziteta u Beogradu*, Beograd 2020, str. 318-343.
- Petrović Tomić, N., „O pravnoj prirodi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja – Povodom predloga Zakona o zdravstvenom osiguranju“, u: M. Orlić (ur.), *Aktuelna pitanja savremenog zakonodavstva*, Budva, 2019, str. 487-506.
- Petrović Tomić, N., „O podeli na svotna i odštetna osiguranja – Pravo osiguranja na prekretnici“, u: V. Radović, *Usklađivanje poslovnog prava Srbije sa pravom Evropske unije*, Beograd 2019, str. 415-436.
- Pinet, G., „Health Challenges of 21st Century: a legislative approach to health determinants“, *International Digest of Health Legislation*, Vol. 49, No. 1, 1998, 131-178
- Rakonjac Antić, T., *Penzijsko i zdravstveno osiguranje*, Ekonomski fakultet u Beogradu, Beograd, 2018.

- Roemer, R., „Health Legislation as a Tool for Public Health and Health Policy“, *International Digest of Health Legislation*, Vol. 49, br. 1, 1998, str. 95-96.
- Roscam Abbing, H. D. C., „Health, human rights and health law: The move towards internationalizam, with special emphasis on Europe“, *International Digest of Health Legislation*, Vol. 49, No. 1, 1998, str. 101-112.
- Spasić, I., „Mesto dopunskog i privatnog zdravstvenog osiguranja u oprednom pravu i predlozi za reformu sistema zdravstvenog osiguranja u Srbiji“, *Revija za pravo osiguranja*, br. 1/2, 2004, str. 1-13
- Slavnić, J., „Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju kao predmet zakonskog regulisanja – prilog raspravi o regulisanju ugovora o osiguranju u novom Građanskom zakoniku Srbije“, *Evropske (EU) reforme u pravu osiguranja Srbije*, Palić 2010.
- Slavnić, J., „Pogled na regulisanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju“, *Pravni život*, br. 12/2009, str. 807-823.
- Thomson, S., Sagan A., Mossialos E., „Why Private Health Insurance?“, S. Thomson et all (ed.), *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*, Cambridge University Press, Cambridge, 2020.
- Tschersich, H., „Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung“, u: Roland Michael Beckmann, Annemarie Matusche-Beckmann (hrsg.), *VersicherungsrechtsHandbuch*, 2. Auflage, Verlag C. H. Bech, München 2009.
- Wandt, M., *Versicherungsrecht*, 5. neu bearbeitete Auflage, Carl Heymanns Verlag, Köln 2010.
- Šulejić, P., „Osiguranje lica u svetlu donošenja Građevinskog zakonika Srbije“, *Pravni život*, br. 12/2009.
- Ćurković, M., *Ugovor o osiguranju osoba, život-nezgodazdravstveno*, Inženjerski biro, Zagreb, 2006.