

**Prof. dr Željko M. Vojinović<sup>1</sup>**

## KARAKTERISTIKE UGOVORA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

PREGLEDNI RAD

### Apstrakt

Problemi zdravstvene zaštite i upravljanja zdravstvenom zaštitom gotovo su neodvojivo vezani za analizu zdravstvenog osiguranja, dok se slične teme retko javljaju u analizi osiguranja života. Možda su ta dva tipa pokrića slična u jednom pogledu: većina zahteva za osiguranje života i zdravstveno osiguranje proističe od pojedinaca kao izolovanih jedinki, a ne od kolektiva radi osiguranja njegovih članova. U drugom pogledu, ta dva tipa pokrića malo podsećaju jedno na drugo.

Predmet ovog rada je zdravstveno osiguranje, a njegov cilj je da ukaže na društveni značaj te vrste osiguranja. Dramatičan porast troškova pružanja usluga zdravstvene zaštite, koji je pratio promenu tereta snošenja tih troškova, doprineo je da pitanja zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja postanu glavna tema zainteresovanosti osiguravajućih društava.

**Ključne reči:** Zdravstvena zaštita, osiguranje, ugovor, pružalac usluga zdravstvene zaštite, pokriveno

JEL: G22, I13

### I. Definicije i istorijski kontekst

Univerzalna zdravstvena zaštita predstavlja program zdravstvenog osiguranja koji je naložila vlada i u kojem gotovo cela populacija stiče pravo na pokriće

---

<sup>1</sup> Vanredni profesor, Universitet u Novom Sadu, Ekonomski fakultet u Subotici, Adresa: Segedinski put 9-11, 24000 Subotica, Katedra za finansije i računovodstvo, imejl: zeljko.vojinovic@ef.uns.ac.rs.

Rad je primljen: 18.01.2024.

Rad je prihvaćen: 08.02.2024.

zdravstvenih usluga. Pružalac zdravstvene zaštite je fizičko ili pravno lice koje se bavi pružanjem zdravstvenih usluga korisnicima. Osiguranje prihoda u slučaju invaliditeta zapravo je polisa osiguranja koja pruža naknadu u vidu zamene prihoda ako osigurano lice postane invalid. Ugovor o pružanju usluga je vrsta pokrića za zdravstvene usluge po osnovu kojeg se usluge pružaju u naturi umesto u vidu novčanih beneficija. Ugovor o nadoknadi troškova medicinskih usluga jeste vrsta pokrića za zdravstvene usluge po osnovu kojeg se naknađuju troškovi zdravstvenih usluga, umesto pružanja samih usluga. Naziva se još i osiguranje od troškova lečenja. Zdravstveno osiguranje organizovano je kroz udruženje ljudi radi pokrivanja rizika koji su usmereni na zdravlje ljudi i njihove sposobnosti. Posledice tih rizika, takvog stanja, uglavnom su troškovi lečenja.<sup>2</sup> Organizacija takve zaštite moguća je putem obaveznih i fakultativnih vrsta zdravstvene zaštite. Same organizacije mogu biti osnovane s ciljem ostvarivanja dobiti ili podređivanja njihove funkcije socijalnoj zaštiti građana. Koncept zdravstvenog osiguranja osmislio je Hju Čemberlen, iz porodice Pitera Čemberlena, u 17. veku, tačnije 1694. godine. Taj program zdravstvene zaštite pokrivao je od rizike od nesreće sa posledicama invaliditeta, privremenog ili trajnog.<sup>3</sup>

Koncept obaveznog zdravstvenog osiguranja razvio se u prvoj polovini 20. veka. Prve organizacije osnovane su i razvijane od 1929. godine. Prvi putevi naplate bolničkih usluga zasnivali su se na pretplati korisnika tih usluga. Na osnovu toga, razvija se i organizacija Plavi krst.

Polisa koju su overili osiguravajuća kuća i korisnik usluge predstavlja dokaz postojanja zdravstvenog osiguranja. Ta polisa obično se zaključuje na period od jedne godine zdravstvenog osiguranja i tako se i obnavlja. Može trajati kraće ili duže. Polisa osiguranja definiše pokrivene rizike, kao i iznos troškova koje pokriva osiguravajuća kuća.<sup>4</sup> Na osnovu ugovora o zdravstvenoj zaštiti, obaveze korisnika zdravstvenih usluga odnose se na sledeće:

1. *uplata premije osiguranja kompaniji;*<sup>5</sup>
2. *plaćanje troškova* koje osiguravajuća kuća nije obavezna da plati prema ugovoru, na primer, za osiguranu sumu od 30.000 EUR, osiguranik je obavezan da pokrije troškove do 50 EUR;
3. *participacija* kao deo pristupa zdravstvenom sistemu, koju u određenom iznosu plaća osiguranik, na primer u iznosu od 50 RSD;
4. *saosiguranje*: Učešće u pojedinim troškovima medicinskog lečenja ako ih osiguravajuća kuća ne pokriva u potpunosti, na primer pokriće troškova

---

<sup>2</sup> K. Aase, *Life insurance and pension contracts II: The life cycle model with recursive utility*. ASTIN Bulletin, 46, 2016, str. 71–102.

<sup>3</sup> K. Aase, *Life insurance and pension contracts II: The life cycle model with recursive utility*. ASTIN Bulletin, 46, 2016, str. 71–102.

<sup>4</sup> N. Žarković, „Mere sprečavanja u životnim osiguranjima – Živeti zdravije“, *Svet osiguranja*, 2017, str. 1–2.

<sup>5</sup> N. Žarković, „Mere sprečavanja u životnim osiguranjima – Živeti zdravije“, *Svet osiguranja*, 2017, str. 1–2.

operacije ugovoreno je na 20% prema 80%, gde osiguranik plaća manji iznos kao doprinos;

5. *isključenja*: Nisu svi rizici i usluge pokriveni, a osiguranici se obavezuju da namire razliku;
6. *ograničenja u vezi s trajanjem i vrednošću pokrića*. Ugovara se određeni iznos pokrića. To je jedan od faktora koji utiče na iznos premije. Drugi faktor je vreme, jer za duži period, premija je viša u apsolutnom iznosu, ali kao cena usluge, niža je po jedinici vremena. Osim ta dva faktora, postoje i drugi faktori koji utiču na iznos premije;<sup>6</sup>
7. *maksimalno pokriće iz sopstvenog džepa osiguranika* implicira da neke od usluga pokriva sam osiguranik, a sve ostalo plaća osiguravajuća kuća;
8. *kapitacija*: kada zdravstvena zaštita obuhvata članove porodice osiguranika;<sup>7</sup>
9. *mreža zdravstvenih ustanova*, plan ili mreža zdravstvenih ustanova omogućava bolji kvalitet usluge i niže troškove pružanja tih usluga, tako da je moguće očekivati popuste na premiju;
10. *sertifikat ili kartica zdravstvenog osiguranja* znači da je osiguravač prihvatio troškove pre pružanja zdravstvenih usluga;
11. *potvrda o popustima, pogodnostima i obračunu troškova*, kojom se osiguraniku pruža pismeni obračun pogodnosti i troškova, iz čega proizlazi objašnjenje za plaćanje i obaveze osiguranika.

Razlika u troškovima za kupovinu lekova nalazi se na listama lekova. Neki lekovi su na listi s popustom, dok neki nisu.

## **II. Zdravstveno osiguranje i moralni rizici**

Odredbe o uključenosti u programe pružanja zdravstvene zaštite često su osmišljene da stvore finansijske podsticaje ili nametnu ograničenja ponašanja osiguranih lica i pružaoca zdravstvenih usluga. Te odredbe usmerene su na kontrolisanje problema koji je ranije opisan kao moralni rizik, što može biti naročito izraženo u zdravstvenom osiguranju.<sup>8</sup> Naravno, moralni rizici javljaju se praktično u svim vrstama osiguranja. Mnoge odredbe ugovora o osiguranju mogu se objasniti kao metod kontrole mogućih moralnih rizika (npr. franšiza u imovinskom osiguranju i isključenje samoubistva u osiguranju života). Međutim, u zdravstvenom osiguranju, kontrola moralnih rizika dobija poseban značaj, a u nekim slučajevima predstavlja primarni parametar koji treba imati u vidu prilikom oblikovanja pokrića.<sup>9</sup>

<sup>6</sup> M. Batty, & A. Kroll, *Automated Life Underwriting*, 2009, str.18–22.

<sup>7</sup> R.G. Eccles, & M. Vollbracht, „Media Reputation of the Insurance Industry: An Urgent Call for Strategic Communications Management“. *The Geneva Papers*, 31, 2006, str. 395–408.

<sup>8</sup> O. Gursez, *Marine insurance law*, London: Routledge, 2015, str. 211–212.

<sup>9</sup> H. Gründl, M.I. Dong, J. Gal, „The evolution of insurer portfolio investment strategies for long-term investing“. *OECD Journal: Financial Market Trends*, 2016(1), str. 1–57.

U osiguranju zdravstvenih usluga, kontrola ponašanja pružalaca zdravstvene zaštite i korisnika dobija naročit značaj. Važna razlika koja između te vrste osiguranja i drugih ugovora o osiguranju, uključujući osiguranje prihoda za slučaj invaliditeta, jeste prisustvo pružalaca zdravstvene zaštite, kao što su bolnice i lekari. Pružaoci zdravstvenih usluga stupaju u interakciju s korisnicima zdravstvene zaštite i sa osiguravajućim društvima. Te interakcije stvaraju mogućnost moralnih rizika koji su kompleksni i teški za kontrolu, u poređenju s moralnim rizicima koji proizlaze iz drugih vrsta osiguranja u kojima je jedina interakcija ona između osiguravača i osiguranika.<sup>10</sup>

Neretko, događaj koji pokreće osiguravajuće pokrće jeste usluga koju osiguranom licu obezbeđuje pružalac zdravstvene zaštite. Obično su znanje i informacije pružalaca zdravstvene zaštite o stanju zdravlja osiguranika, mogućim efektima navika osiguranika na njegovo ili njeno zdravstveno stanje, te alternativnim metodama otkrivanja i lečenja zdravstvenih stanja superiorni u odnosu na znanje i informacije korisnika zdravstvene zaštite. Te superiornije informacije stavljaju pružaocima usluga zdravstvene zaštite u poziciju da mogu snažno da utiču na korisnike zdravstvenih usluga.

U odsustvu osiguranja zdravstvenih usluga, ograničenja finansijskih resursa korisnika i njegova ili njena volja da ih opredeli na usluge zdravstvene zaštite predstavljaju prirodno ograničenje protiv neekonomične potrošnje zdravstvenih usluga. Osiguranje koje omogućava pristup zdravstvenoj zaštiti može ukloniti ta ograničenja. Ako osiguravajuće pokrće pružaocu zdravstvene zaštite nadoknađuje finansijske iznose bez zahteva za bilo kakvu uplatu od strane korisnika, takvo pokrće uklanja ta ograničenja, a pritom ne umanjuje motiv pružaoca da podstiče dalju potrošnju zdravstvenih usluga. Čak i pod univerzalnim pokrićem, efekat odredaba o pokriću na korisnike i pružaocima zdravstvenih usluga verovatno neće nestati kao problem sve dok nadoknada pružaocima ne bude zasnovana na nivou usluga.

Međutim, prisustvo zdravstvenog profesionalca nije uslov za pojavu moralnih rizika. Polisa osiguranja prihoda u slučaju invaliditeta kojom se pruža naknada prihoda u slučaju da osiguranik postane invalid, može uticati na volju osiguranika da nastavi s radom.<sup>11</sup> Volja osiguranika za radom postaje slabija kako se naknade prihoda iz svih izvora, uključujući osiguranje prihoda u slučaju invaliditeta, povećavaju u odnosu na zaradu. Stoga osiguravajuća društva koja zaključuju osiguranje prihoda za slučaj invaliditeta uzimaju u obzir naknade iz svih izvora, uključujući i druge polise osiguranja prihoda u slučaju invaliditeta i socijalno osiguranje, prilikom zaključenja pokrća. Pored toga, polise osiguranja prihoda u slučaju invaliditeta mogu sadržati odredbu po osnovu koje se umanjuje naknada kada ukupne nadoknade prihoda iz

---

<sup>10</sup> N. Coe, & A. Belbase, *How do people decide on life insurance and long-term disability insurance coverage?* Working Paper, No. 2015-4, Boston: Center for Retirement Research at Boston College, 2015.

<sup>11</sup> N. Coe, & A. Belbase, *How do people decide on life insurance and long-term disability insurance coverage?* Working Paper, No. 2015-4, Boston: Center for Retirement Research at Boston College, 2015.

svih izvora premaše određeni procenat (npr. 70 procenata) zarade ostvarivane pre nastupanja invaliditeta.

Takođe, problem može nastati ako stanje koje pokreće isplatu naknada (za invaliditet) nema jasno značenje; povreda ruke može onesposobiti hirurga, ali ne i izvršnog direktora firme. Očekuje se da se okolnosti koje dovode do invaliditeta razlikuju među pojedincima i zanimanjima, što stvara mogućnost sporova između osiguravajućih društava i njihovih osiguranika, u slučaju da stanja koja pokreću isplatu naknade nisu jasno definisana. Nažalost, definicije sa najjasnijim značenjem često su najrestriktivnije.<sup>12</sup> Definisanje invaliditeta kao „hospitalizacije“, na primer, ostavlja malo prostora za spor oko značenja termina, ali širina pokrića nije značajna. Obično samo najozbiljnija medicinska stanja dovode do hospitalizacije, pri čemu je prosečan period boravka u bolnici samo nekoliko dana. Definisanje invaliditeta kao „nemogućnost obavljanja dužnosti osiguranikovog zanimanja“ pruža pokriće za stanje koje je bliže povezano s gubitkom prihoda, ali subjektivni aspekti definicije povećavaju verovatnoću sporova.

### **III. Osiguranje zdravstvenih usluga**

Analiza osiguravajućeg pokrića za zdravstvene usluge može pratiti isti okvir koji se koristi za pokriće imovine i odgovornosti: određivanje događaja koji su obuhvaćeni i posledični iznos nadoknade. Kod osiguranja zdravstvenih usluga, oblik nadoknade postaje važan parametar za razmatranje, pogotovo kada je osiguranje namenjeno pružanju usluga umesto nadoknade troškova usluga. Taj okvir može se koristiti za analizu pokrića koje se predlaže ili je propisano u okviru univerzalnih programa, kao i privatnih programa.

Po osnovu osiguranja zdravstvenih usluga, događaj koji pokreće pokriće jeste pružanje zdravstvene usluge osiguranom licu u pokrivenih okolnostima. Nivo beneficija takođe može zavisiti od okolnosti koje dovode do aktiviranja pokrića. Stoga je značenje termina „osigurano lice“ i „pokrivena okolnost“ važno. Na primer, nedavno je razlika između povreda na radu i drugih medicinskih stanja postala važna, jer je nadoknada troškova zdravstvenih usluga povezanih s povredama na radu bila povoljnija u poređenju s nadoknadom troškova zdravstvenih usluga generalno. Ta razlika, koja bi verovatno nestala po osnovu univerzalnog pokrića, predstavlja primer usko definisanog niza okolnosti koje utiču na nivoe naknada po osnovu osiguranja zdravstvenih usluga.

Taj tip razlike može i dalje uticati na nivoe naknada, čak i pod univerzalnim pokrićem. Često se po osnovu osiguranja zdravstvenih usluga naknađuju povrede

---

<sup>12</sup> Odluka o sadržaju i izgledu obrazaca finansijskih izveštaja za društva za osiguranje, *Službeni glasnik RS*, br. 135/2014, 141/2014 i 102/2015.

usled nezgode na povoljnijoj osnovi u poređenju s drugim stanjima. Logika iza te razlike je ta što korisnik ima manje kontrole nad nivoom medicinskih usluga pruženih pri povredi usled nezgode nego u drugim okolnostima.

Osiguranje od *bolesti*, koje obuhvata širok spektar okolnosti koje aktiviraju plaćanje naknade, ipak zahteva prisustvo bolesti da bi se pokrivanje primenilo. Po osnovu osiguranja od bolesti, dijagnoza medicinskog stanja predstavlja tipičan uslov za pokrivanje. Na primer, elektrokardiogram koji se vrši radi istraživanja sumnje na srčani šum može biti pokriven odredbama polise koje se odnose na bolesti, dok isti pregled vršen kao deo rutinskog pregleda može biti pokriven pod manje povoljnim uslovima osim ako ne otkrije abnormalno stanje.

Najširi opseg pokrivanja odnosi se na opšte zdravstvene usluge, uključujući preventivnu negu. Osiguranje preventivne nege često je detaljno i složeno, sa ograničenim naknadama koje variraju po kategoriji usluga čak i među specifičnim uslugama. Eksplicitna ograničenja učestalosti često se pojavljuju za usluge u vezi s kojima osiguranik i pružalac nege imaju određenu diskreciju. Na primer, polisa može nametnuti ograničenje učestalosti rutinskih fizičkih pregleda zasnovanih na životnom dobu, kao što je jednom u dve godine pre navršene 40. godine i jednom godišnje za lica starija od 40 godina.

Po pravilu, gotovo sva pokrivanja zdravstvenih usluga pružaju naknade na koje utiču okolnosti pod kojima se pružaju medicinske usluge.<sup>13</sup> Kada je obim pokrivanja uzak (npr. kod osiguranja za slučaj nezgode), definicija stanja koje dovodi do naknada postavlja prirodna ograničenja na pokriveno usluge. Kada je obim pokrivanja širok (npr. uključivanje preventivne nege), češće je oslanjanje na eksplicitne kontrole, kao što su ograničenja učestalosti pružanja pokrivenih usluga ili ograničenja iznosa plaćenih za usluge u vezi s kojima pružalac i korisnik medicinskih usluga imaju određeni stepen diskrecije.

Osiguranje zdravstvenih usluga često sadrži isključenja, kao što su kozmetičke operacije po sopstvenom izboru ili povrede nastale kao posledica pokušaja samoubistva. Isključenje za kozmetičke operacije po sopstvenom izboru može opstati i nakon promene u sistemu obaveznog opšteg osiguranja, iako je malo verovatno da će isključenje za samoubistvo opstati. Nema očigledne logike za isključenje samoubistva iz pokrivanja zdravstvenih usluga, jer mnoge iste polise pružaju naknade za duševne bolesti. Očekuje se da samo najozbiljnija duševna poteškoća dovodi do pokušaja samoubistva, a postavljanje granice na toj tački može stvoriti dodatne podsticaje. Prisustvo isključenja stvara podsticaj za pružaoce zdravstvene zaštite koji pružaju prvi nivo usluga nakon pokušaja samoubistva (npr. lekare hitne službe u bolnici) da zamene neku drugu dijagnozu (npr. nesrećan slučaj) koju žrtva verovatno neće osporiti.

---

<sup>13</sup> N. Coe, & A., Belbase, *How do people decide on life insurance and long-term disability insurance coverage?* Working Paper, No. 2015-4, Boston: Center for Retirement Research at Boston College, 2015.

U nekim slučajevima, pokriće možda neće važiti za usluge iz kategorija pružalaca medicinskih usluga ili za medicinske procedure koje se smatraju eksperimentalnim. Umesto potpunih isključenja, mogu se pojaviti ograničenja naknada za te vrste usluga.<sup>14</sup> Potpuna isključenja mogu dovesti do sporova, dok je manje verovatno da će ograničenja ili druge vrste finansijskih podsticaja dovesti do sporova.

Isključenje prethodnih stanja bilo je uobičajeno u pokriću po osnovu zdravstvenog osiguranja. To isključenje obično se odnosi na medicinsko stanje koje je već dijagnostikovano pre početka važenja pokrića, kao što je hronična bolest ili alergija. Često se lečenje prethodnog stanja ne pokriva sve dok polisa već izvesno vreme ne bude na snazi, nakon čega je i to stanje pokriveno pod istim uslovima kao i ostala stanja. Takvo isključenje nastalo je jer osiguravači i poslodavci ne žele da snose troškove zdravstvenih stanja koja su nastupila pre aktuelnog pokrića i koja su bila poznata osiguraniku u trenutku izdavanja polise.

Takvo isključenje verovatno će nestati pod opštim pokrićem. Kako se teret finansiranja zdravstvene zaštite bude konsolidovao preko sve većih garancija, zabrinutost oko opredeljenja troškova za određeno lice ili stanje imaće tendenciju da gubi na značaju. Stoga je malo verovatno da će isključenje prethodnih zdravstvenih stanja biti važno pitanje u okviru osiguranja koje nude organizacije za finansiranje zdravstvene zaštite koje vrše konsolidaciju pokrića na velikim geografskim područjima.

## **IV. Oblik naknade**

Pokriće *zdravstvene zaštite* može se grupisati u dve široke kategorije prema obliku naknade:

- ugovori o pružanju usluga, po osnovu kojih se pružaju zdravstvene usluge;
- ugovori o naknadi troškova lečenja (ili nadoknadi iz osiguranja), po osnovu kojih se naknađuju troškovi lečenja.

U Sjedinjenim Američkim Državama, Plavi krst i Plavi štit nudili su ugovore o pružanju usluga kao rane oblike zdravstvenog osiguranja. Osiguranje troškova lečenja, koje je nastalo nešto kasnije, dobilo je na važnosti od 1950. do 1980. godine. Od 1980. godine, osiguranje troškova lečenja izgubilo je na važnosti u odnosu na programe pružanja usluga. Međutim, čak i po osnovu opštih pokrića, osiguranje troškova lečenja može opstati u obliku pokrića koje se odnosi na rupu u osiguranju gde se zahteva da osigurano lice *sámo* plati troškove.<sup>15</sup> Štaviše, mnogi ugovori o

---

<sup>14</sup> EIOPA Financial Stability Report, December 2016. Frankfurt: *European Insurance and Occupational Pensions Authority* (EIOPA).

<sup>15</sup> R. Chen, & K.A., Wong, „The Determinants of Financial Health of Asian Insurance Companies“, 2004, *The Journal of Risk and Insurance*, 71(3), 2004, str. 469-499.

pružanju usluga su hibridni oblici osiguranja kojima se zahteva finansijski doprinos u troškovima usluga putem odbitaka i drugih odredaba o participaciji.<sup>16</sup>

Pod čistim ugovorom o pružanju usluga, osiguravajuća organizacija obećava da će pružiti paket medicinskih usluga osiguraniku. Korisnik medicinskih usluga možda nikada neće biti uključen u finansijsku transakciju između osiguravača i pružaoca medicinskih usluga. Umesto toga, osiguravač direktno nadoknađuje pružaocu medicinskih usluga za pružene usluge osiguranom licu (nadoknada „po usluzi”) ili plaća organizaciji pružaoca fiksnu nadoknadu po pokrivenom licu u zamenu za obećanje pružaoca da će pružiti medicinske usluge tim licima (aranžman „kapitacije”).

Ugovorom o nadoknadi troškova lečenja, osiguravajuća organizacija obavezuje se da će naknaditi troškove medicinskih usluga, radije nego samo pružanje tih usluga. Većina osiguravajućih pokrivača koja se odnose na zdravstvene usluge jesu hibrid između ugovora o pružanju usluga i ugovora o nadoknadi troškova lečenja. Hibridizacija može biti rezultat finansijske participacije navedene gore ili toga što se pokrićem naknađuju troškovi lečenja, a ne pružanje same usluge u pojedinim slučajevima, dok se u drugim slučajevima plaća direktno pružaocu usluga. Neki pružaoci zdravstvenog osiguranja omogućavaju prenos prava odabirom korisnika polise za direktno plaćanje naknada pružaocu medicinskih usluga.<sup>17</sup> Pokriće može takođe biti ugovor o pružanju usluga ako korisnik polise koristi određenu kliniku ili bolnicu, ali postaje ugovor o nadoknadi troškova ako korisnik polise koristi druge pružaoce van date klinike ili bolnice.

## V. Oblici naknade i vrste osiguravajućih organizacija

Iako se razlika između oblika nadoknade može činiti uglavnom semantička, ona može imati značajan uticaj na nadoknadu medicinskih usluga. Osiguravajuća kuća koja zaključuje ugovor o pružanju usluga često pregovara s pružaocem medicinskih usluga, i možda dobija popuste na redovne cene pružaoca za njihove usluge koje se nude javnosti (i drugim osiguravačima). Zauzvrat, osiguravajuća organizacija pruža finansijske podsticaje kako bi usmerila pretplatnike ka mreži, odnosno odabranom skupu pružalaca sa kojima ima zaključene ugovore.<sup>18</sup>

Opšta zapažanja o uticaju osiguravajuće organizacije na oblik i iznos nadoknade mogu biti zavaravajuća, jer terminologija za opisivanje organizacionih oblika nije standardizovana. Neizvesno je u kojoj će meri navedene razlike opstati nakon

---

<sup>16</sup> FERMA, European Risk and Insurance Report 2016, Paris: *Federation of Risk Management Insurance Associations* (FERMA).

<sup>17</sup> FERMA. European Risk and Insurance Report 2016. Paris: *Federation of Risk Management Insurance Associations* (FERMA).

<sup>18</sup> R. Chen, & K.A., Wong, „The Determinants of Financial Health of Asian Insurance Companies”, 2004, *The Journal of Risk and Insurance*, 71(3), 2004, str. 469–499.



usvajanja univerzalnog pokrivača. Na primer, osiguravajuće kuće već administriraju određene delove programa Medicare, i pretpostavlja se da će administrirati neke univerzalne programe zdravstvene zaštite kada oni budu usvojeni.

Jedan od oblika osiguravajuće organizacije predstavlja i Organizacija za održavanje zdravlja (*Health Maintenance Organization* – HMO), generički termin koji se primenjuje na kolektivni sporazum između grupe pružalaca zdravstvene zaštite i uključenih korisnika. Otvoreni panel HMO nastoji da uključi veliki broj pružalaca zdravstvene zaštite u tu zajednicu, dok zatvoreni panel pregovara s manjom mrežom pružalaca. HMO mogu biti organizovani od strane samih pružalaca zdravstvenih usluga, kao i od drugih organizacija, npr. društava za životno i zdravstveno osiguranje. Osiguravajuće kuće takođe prodaju ugovore o nadoknadi troškova lečenja, a osiguravajuća kuća može služiti i kao treće lice administrator (TPA) za programe zdravstvenih naknada koje finansiraju poslodavci ili druge organizacije. U programu kojim upravlja TPA, uloga TPA je da upravlja planom prema uslovima koje postavlja finansijer tog plana. Finansijer plana (npr. poslodavac) je u suštini osiguravajuća organizacija, osim ako TPA takođe pruža finansijske garancije u okviru svoje uključenosti u program.<sup>19</sup>

U oblasti zdravstvenog osiguranja i finansiranja zdravstvene zaštite, organizacije Plavi krst i Plavi štit zaslužuju posebnu pažnju zbog svoje veličine i dugogodišnjeg trajanja. Planovi Plavog krsta i Plavog štita slični su otvorenim panelima HMO u smislu da te organizacije pokušavaju da postignu sporazum s većinom pružalaca zdravstvenih usluga u datoj oblasti. Ugovori o pružanju usluga oduvek su bili dominantan tip pokrivača koje se nudi po osnovu planova Plavog krsta i Plavog štita. Mnoge organizacije Plavog krsta i Plavog štita osnovane su tridesetih godina dvadesetog veka, kao lokalna udruženja pružalaca zdravstvenih usluga, koja su prvenstveno kontrolisali pružaoci. Plavi krst je prvobitno predstavljao druženje za bolničke usluge, dok je Plavi štit predstavljao udruženje koje pokriva usluge lekara.

Današnje organizacije Plavi krst i Plavi štit malo podsećaju na mala lokalna udruženja, jer nisu ni lokalna ni mala. Iako su prvobitni planovi Plavih bili lokalno određeni, niz spajanja i pripajanja doveo je do jednog ili nekoliko planova koji su i dalje na snazi za svaku državu do 1990. godine. Mnoge organizacije Plavog krsta i Plavog štita i dalje uživaju podršku pružalaca medicinskih usluga. Organizacije i dalje nude ugovore o pružanju usluga, obično direktno pružajući naknadu pružaocu medicinskih usluga. Organizacije Plavog krsta i Plavog štita služe kao TPA za programe koje finansiraju poslodavci i druge organizacije, a administriraju i delove Medicare-a. Organizacije Plavog krsta i Plavog štita i dalje su važna snaga koja utiče na pružanje i finansiranje zdravstvene zaštite u Sjedinjenim Američkim Državama.

---

<sup>19</sup> Insurance Europe, A Blueprint for Pensions: Saving enough, saving well, saving wisely. Brussels: *Insurance Europe*, 2017.

Na ugovorima o pružanju usluga, finansijski podsticaji za korišćenje pružalaca u mreži obično se manifestuju kroz povoljniju nadoknadu za usluge koje pružaju pružaoci u mreži u odnosu na usluge pružene van mreže. U planu organizacije ekskluzivnih pružalaca usluga (*Exclusive provider organization – EPO*), ti podsticaji prilično su jaki; usluge koje pružaju pružaoci van mreže možda neće biti uopšte nadoknađene. Nešto blaži set podsticaja može se naći u planu organizacije preferentnih pružalaca usluga (*preferred provider organization – PPO*), u kojem usluge od pružalaca u mreži dobijaju povlašćeni tretman. Na primer, usluge od pružalaca u mreži mogu biti nadoknađene po stopi od 80% od tarifa koje već uključuju ugovorene popuste, dok usluge od pružalaca van mreže mogu biti nadoknađene po stopi od 60% od redovnih cena.

Kada član programa koristi zdravstvene usluge pružaoca van mreže, plaćanje za neobuhvaćene troškove obično je odgovornost samog člana. Ako specijalista van mreže naplati 100 dolara za pregled u ordinaciji, a *PPO* plan obezbeđuje nadoknadu od 60 dolara, plaćanje razlike od 40 dolara je odgovornost pacijenta, a specijalista ima slobodu da izbalansira račun na ime tih 40 dolara. *PPO* je možda ugovorila cenu od 60 dolara za pregled u ordinaciji kod svog specijaliste u mreži, u kojem slučaju je puni trošak pregleda od strane pružaoca u mreži pokriven.

Pokriće usluga može dovesti do dodatnih razlika između pružalaca u mreži, često kako bi se podstakli obrasci korišćenja medicinskih usluga unutar same mreže. Na primer, *PPO* u vezi s mestom pružanja usluge može pružiti povoljniju nadoknadu kada je inicijalni kontakt člana koji traži zdravstvene usluge napravljen s lekarom opšte prakse. Kasniji kontakt sa specijalistima nadoknađuje se povoljno ako je taj kontakt rezultat upućivanja od strane lekara opšte prakse, koji funkcioniše kao „čuvar kapije“. *PPO* u vezi s mestom pružanja usluge može u potpunosti nadoknaditi troškove pregleda u ordinaciji kod lekara opšte prakse u mreži i platiti 90 odsto troškova narednog pregleda u ordinaciji kod specijaliste u mreži ako je pregled po uputu lekara opšte prakse. Ako je početni pregled u ordinaciji kod specijaliste, nadoknada može pasti na 80 odsto za specijalistu u mreži i na 60 odsto za specijalistu van mreže. Razlog za taj obrazac nadoknade je podsticanje inicijalnog kontakta s lekarima opšte prakse u mreži, koji se mogu smatrati jeftinijim od specijalista i manje sklonim upućivanju na dodatne skupe testove.

Između različitih vrsta pokrića za usluge često se pravi kompromis balansiranjem cene<sup>20</sup> i slobode izbora pružalaca zdravstvenih usluga i kontrole nad pružanjem zdravstvenih usluga. Tradicionalno, planovi koji pružaju najširi izbor i najmanje ograničenja obično su najskuplji. Međutim, sloboda izbora pružalaca zdravstvenih usluga je opcija koju mnogi korisnici zdravstvene zaštite cene. Osiguranje troškova lečenja i organizacija Plavi krst i Plavi štit tradicionalno nisu nametali velika ograničenja

---

<sup>20</sup> Insurance Europe. Why Insurers Differ from Banks. Brussels: *Insurance Europe*, 2014.

pri izboru pružalaca u poređenju sa HMO, PPO i EPO planovima. Međutim, u nekim državama, organizacije Plavi krst i Plavi štit formirale su HMO planove koristeći manje mreže. Ti HMO planovi organizacija Plavi krst i Plavi štit ponuđeni su javnosti zajedno s pokrićem koje nameće manje ograničenja u izboru pružalaca medicinske nege.

## **VI. Ugovorne odredbe koje utiču na visinu nadoknade**

Osiguranje troškova lečenja uključuje ugovorne odredbe poput maksimalnih limita pokrića i franšiza, koje veoma podsećaju na odredbe istih naziva koje se nalaze u ugovorima o osiguranju imovine i osiguranju od odgovornosti. Ugovori o pružanju usluga takođe imaju mnoge od tih istih odredaba, iako se mogu činiti nespojivim s pristupom naknade za usluge. Kada se te odredbe pojave u ugovorima o pružanju usluga, motiv za njihovu upotrebu je stvaranje finansijskih podsticaja koji utiču na ponašanje korisnika i pružalaca medicinskih usluga na načine za koje se veruje da smanjuju troškove zdravstvene zaštite. Na primer, polisa zdravstvenog osiguranja može nametnuti franšizu od 100 dolara za korišćenje hitne bolničke službe koja ne dovodi do prijema u bolnicu. Hitne bolničke službe često su skupe za korišćenje, i franšiza od 100 dolara verovatno će odvratiti ljude od korišćenja hitne službe za stanja koja ne zahtevaju hitno lečenje.

Kada je jedno nastupanje zdravstvene nege pokriveno po osnovu većeg broja polisa zdravstvenog osiguranja, odredba o koordinaciji naknada (*Coordination of benefits – COB*) može služiti istoj svrsi kao i klauzula o „drugom osiguranju“ koja se nalazi na polisama osiguranja imovine i odgovornosti. COB odredba sprečava dvostruko nadoknađivanje za isti skup medicinskih troškova ili isti postupak. COB odredba uobičajena je u zdravstvenom osiguranju koje finansiraju poslodavci i često se koristi kada i supružnici rade za poslodavce koji obezbeđuju pokriće po osnovu zdravstvenog osiguranja. COB odredba određuje koja od dve polise će se primeniti. Za same zaposlene, polisa za osiguranje zaposlenog je primarna, a druga polisa je sekundarna. Što se tiče dece zaposlenog para, primarna polisa obično je osiguranje zaposlenog čiji rođendan pada najranije u kalendarskoj godini. Konsoolidacija finansiranja zdravstvene zaštite preko širokih geografskih regiona koja je predviđena u predlogu za univerzalno pokriće verovatno će eliminisati potrebu za COB odredbama.

Maksimalni limit(i) po polisi određuju maksimalnu nadoknadu za pokriveno troškove lečenja tokom perioda koji može trajati za životnog veka osiguranika. Ako se pojavi doživotni limit, polisa takođe može uključivati godišnje obnavljanje. Na primer, polisa može sadržati doživotni limit od 500.000 dolara za pokriveno troškove s godišnjim obnavljanjem od 10.000 dolara. Ako operacija ugradnje bajpasa srca osiguranog lica dovede do isplate naknade od 65.000 dolara, preostali limit se smanjuje na 435.000 dolara. Naredne godine limit bi se povećao na 445.000 dolara

ako nijedna naknada nije isplaćena ili samo na 440.000 dolara ako se dodatne medicinske naknade od 5.000 dolara isplate tokom te godine.

Na ugovorima o pružanju usluga, limit može biti naveden u jedinicama pruženih usluga, poput 120 dana u bolnici. Taj pristup koristio se u osiguranju Plavog krsta i Medicare-a; njegovo pojavljivanje u Medicare-u sugerise da limiti imaju svrhu koja će se verovatno nastaviti i pod univerzalnim pokrićem. Ugovori o pružanju usluga takođe mogu propisivati ograničenja u dolarima umesto ograničenja u jedinicama usluga. Umesto primene na određeni period, ograničenje polise može se primenjivati na nekom drugom osnovu, poput svakog nastupanja bolesti ili povrede. U tom slučaju, pokriće će sadržati ugovorni jezik koji definiše šta čini „nastupanje bolesti ili povrede“. Često se primenjuju odvojena ograničenja na kategorije troškova, poput mentalne zdravstvene zaštite, za koju se veruje da je kod nje posebno teško upravljati moralnim rizicima. Na primer, polisa sa doživotnim ograničenjem od 500.000 dolara za troškove lečenja može dodatno propisati ograničenje od 100.000 dolara za mentalnu zdravstvenu zaštitu u bolnici, s dodatnim ograničenjem da ne sme biti više od 30 dana bolničkog lečenja u jednoj godini. Štaviše, stroža ograničenja mogu se primeniti na naknade za mentalnu zaštitu pruženu izvan bolnice.

Kao i u osiguranju imovine, franšiza predstavlja iznos koji se odbija od pokrivenog troška kako bi se odredila nadoknada. Ako je pokriveni trošak manji od iznosa franšize, nikakva naknada se ne isplaćuje. Franšiza može da se primeni na svako nastupanje bolesti, na svakog osiguranog pojedinca, na ukupne troškove nastale tokom godine ili po nekom drugom osnovu. Neretko, pokriće po osnovu zdravstvenog osiguranja koje se pruža članovima iste porodice propisuje godišnju franšizu za svakog člana porodice, pri čemu se veća franšiza primenjuje na ukupne troškove porodice tokom godine.<sup>21</sup> Na primer, godišnja franšiza od 100 dolara može se primeniti na svakog člana porodice s godišnjim franšizom od 300 dolara koja se primenjuje na celokupne troškove porodice tokom godine. Pokriće se aktivira kada pokriveni troškovi pojedinca premaše 100 dolara u godini ili kada pokriveni troškovi porodice premaše 300 dolara u godini. Na primer, ako svih pet članova porodice ostvare pokriveno troškove od po 80 dolara, 5(\$80)–\$300, ili 100 dolara, biće predmet pokrića.

*Učešće u troškovima* (ili *saosiguranje*) predstavlja proporcionalno deljenje troškova lečenja u višku iznad bilo koje franšize. Deljenje 80/20 dovodi do toga da osiguravajuća kuća nadoknadi 80 procenata iznosa u višku iznad franšize, dok osiguranik odgovara za preostalih 20 procenata. Stopa učešća osiguranika obično iznosi između 10 i 50 procenata, pri čemu je 20 procenata uobičajeno.

*Limit troškova iz sopstvenog džepa* ili *ograničenje troškova iz sopstvenog džepa* uobičajen je po polisama u kojima se koriste franšize i procentualna učešća.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> P. Kaye, Risk measurement in Insurance: A Guide to Risk Measurement, Capital Allocation and Related Decision Support Issues, CAS Discussion Paper Program, Arlington: Casualty Actuarial Society (CAS), 2005.

<sup>22</sup> Insurance Europe, Why Insurers Differ from Banks. Brussels: Insurance Europe, 2014.

Ograničenje *troškova iz sopstvenog džepa* predstavlja gornju granicu plaćanja od strane osiguranika na ime franšize i procentualnog učešća. Na primer, ograničenje od 1.000 dolara za troškove iz sopstvenog džepa na polisi sa franšizom od 100 dolara i učešćem od 20 procenata dostiže se kada pokriveni troškovi lečenja dosegnu 4.600 dolara;  $100 \text{ dolara} + 0,2 (4.600 \text{ dolara} - 100 \text{ dolara}) = 1.000 \text{ dolara}$ . Iznad te tačke, polisa osiguranja pokriva pun iznos svih daljih pokrivenih troškova lečenja. Tabela 19.1 prikazuje kombinovane efekte franšize od 200 dolara, učešća od 20 procenata i ograničenja troškova iz sopstvenog džepa od 1.000 dolara na polisi osiguranja troškova lečenja s limitom po polisi od 100.000 dolara.<sup>23</sup> Ograničenje troškova iz sopstvenog džepa postiže se na pokrivenim troškovima od 4.200 dolara, ali ukupan limit po polisi nastupa kada pokriveni troškovi premaše 101.000 dolara.

*Participacija* je naknada koju osigurano lice plaća kako bi imalo pravo na medicinsku uslugu. U zdravstvenom osiguranju, termin „participacija“ koristi se u opštem smislu da označi sporazum o deljenju troškova, poput odbitne franšize ili procenta učešća, iako se značenje termina postepeno razvilo da označava naknadu koja se nameće pre primene drugih odredaba pokrića. Na primer, politikom zdravstvene zaštite može se tražiti participacija od 10 dolara za rutinsku posetu lecarskim ordinacijama, pored odbitka od 100 dolara i učešća od 20 procenata. Prema takvoj politici, poseta od 25 dolara koja dovodi do 175 dolara troškova laboratorijskih analiza dovela bi do troškova od 15 dolara za posetu ordinaciji i troškova od 175 dolara za laboratorijske analize, ukupno 190 dolara koji podležu pokriću. Nakon što se primeni odbitna franšiza od 100 dolara, preostaje 90 dolara za nadoknadu. Stvarna nadoknada iznosi  $(0,8)(90 \text{ dolara})$ , ili 72 dolara. Bez participacije, nadoknada bi bila 80 dolara; tj.  $[(0,8)(100 \text{ dolara})]$ .

Ugovori o pružanju usluga često uključuju participaciju. Nivoi participacije često se postavljaju kako bi se oblikovali finansijski podsticaji koji utiču na ponašanje osiguranih lica ili pružalaca usluga. Na primer, nivo participacije za korišćenje hitne bolničke sobe koja ne podrazumeva prijem u bolnicu može biti postavljen na 50 dolara, dok participacija koja se odnosi na druge ustanove hitne medicinske pomoći može biti 10 dolara. Tako izdiferencirani nivoi participacije predstavljaju podsticaj da se koriste druge ustanove pružanja hitne medicinske zaštite osim bolničkih urgentnih odeljenja, kada su takve druge ustanove dostupne. Ostale ustanove za hitnu medicinsku pomoć obično su manje skupe od bolničkih urgentnih odeljenja.

Takođe, *tarifni sistem* je skup ograničenja koja se odnose na određene vrste usluga ili dijagnoza. Tarifni sistem postavlja ograničenje na *dopuštenu naknadu* koja će se uzeti u obzir prilikom obračuna nadoknade za pokrivene medicinske usluge, što je karakteristika koja razlikuje tarifni sistem od drugih vrsta ograničenja po polisi. Troškovi iznad tarifnog sistema ne uzimaju se u obzir prilikom određivanja naknada.

---

<sup>23</sup> Insurance Europe, European Insurance in Figures 2015 Data, Brussels: *Insurance Europe*, 2016.

Na primer, ako specijalista naplati 100 dolara za pregled u ordinaciji, a tarifni sistem ima ograničenje od 40 dolara za pregled u ordinaciji specijaliste, samo će se 40 dolara uzeti u obzir prilikom obračuna naknade. Ako polisa koristi odbitnu franšizu od 100 dolara, ostaje 60 dolara odbitne franšize nakon pregleda kod specijaliste, iako je osigurano lice možda platilo punih 100 dolara za pregled u ordinaciji. Praksa naplate razlike između stvarnih troškova i dopuštenih troškova naziva se „fakturisanje razlike“.

U pokriću gde osiguravač ima ugovorene povoljne cene kod mreže pružalaca zdravstvenih usluga, tarifni sistem može se postaviti na nivou koji je ugovoren sa tom mrežom. Kada nije uključena mreža pružalaca, tarifni sistemi mogu se zasnivati na podacima iz anketa o cenama usluga pružalaca datih zdravstvenih usluga, kao što su dnevni troškovi smeštaja i ishrane u bolnicama.<sup>24</sup> Podaci iz anketa rangiraju troškove pružalaca, pri čemu osiguravajuća organizacija bira prag iznad kojeg se troškovi neće uzimati u obzir. Na primer, osiguravač može smatrati da osamdeseti procenat troškova u zajednici predstavlja granicu „opravdanih“ troškova.

Kretanje troškova pružalaca u zajednici takođe može uticati na ograničenja dopuštenih troškova, što rezultira „običnim, uobičajenim i razumnim“ (*usual, customary and reasonable* – UCR) troškovima. Tim metodom postavljanja ograničenja može se stvoriti podsticaj za pružaoce zdravstvenih usluga da redovno povećavaju nominalne troškove svojih usluga, iako pružaoци, kao članovi mreže, mogu biti spremni da prihvate manji iznos od svojih punih troškova. Ta razlika između nominalnih troškova i iznosa koje su pružaoци spremni da prihvate kao nadoknadu mogla bi nestati pod šemom *jednog platioca*, terminom koji se odnosi na sistem u kojem se sva finansiranja naknada za zdravstvene usluge kanališu kroz istu organizaciju, poput državne agencije. Sistem jednog platioca može koristiti više izvora sredstava, poput toga da pojedinci budu odgovorni za prvih 250 dolara troškova tokom kalendarske godine. Kada se koristi više izvora sredstava, pretpostavlja se da će ista cena važiti za sve kategorije potrošača i platilaca, bez obzira na krajnji izvor sredstava. Budući da bi ista cena važila za sve korisnike, pristupom jednog platioca mogli bi se eliminisati problemi povezani sa *fakturisanjem razlike*.

Preduslov za korišćenje pristupa jednog platioca u univerzalnom osiguranju postoji u delu saveznog Medicare programa koji se odnosi na usluge lekara.

Pokriće po osnovu ovog dela Medicare-a zabranjuje fakturisanje razlike za pružaoce koji pristaju da prihvate dodelu Medicare naknada. U mnogim slučajevima, Medicare potpuno odbacuje naplate za usluge koje smatra nepotrebnim, ostavljajući pružaoца koji prihvata takvu dodelu bez regresa. Budući da metode koje se biraju da regulišu naknade i troškove direktno utiču na prilhode pružalaca zdravstvene nege, taj aspekt bilo kog predloženog sistema univeralnog pokrivača verovatno će izazvati kontroverze.

---

<sup>24</sup> A. Gepp, J.H., Wilson, K., Kumar, & Bhattacharya, S., „A comparative analysis of decision trees vis-à-vis other computational data mining techniques in automotive insurance fraud detection“, *Journal of data science*, 10(3), 2012, str. 537–561.

Navedena ograničenja imaju zajedničko oslanjanje na metodu naknade po usluzi za određivanje nadoknade. Sistem grupa povezanih dijagnoza (DRG) za naknadu usvojen je sredinom 1980-ih umesto metode naknade po usluzi u delu Medicare-a koji se odnosi na naknadu bolnica. DRG sistem takođe je privukao pažnju privatnih osiguravajućih zdravstvenih kuća. DRG sistem, koji plaćanje bolnici zasniva na kompleksnom sistemu klasifikacije medicinskih dijagnoza, usvojen je u uverenju da je sistem naknade po usluzi delimično odgovoran za rastuće troškove bolnica. Pod sistemom naknade po usluzi, bolnici se naknađivala svaka medicinska usluga, tako da sistem ne nudi finansijski podsticaj za kontrolu korišćenja medicinskih usluga. Međutim, pod sistemom DRG-a, bolnica ne dobija dodatnu naknadu kada se pružaju dodatne usluge, već se plaćanje zasniva na dijagnozi.<sup>25</sup>

Na primer, bolnica bi dobila istu naknadu za dva pacijenta sa identičnim dijagnozama, iako je jedan pacijent bio hospitalizovan 10 dana, dok je drugi bio hospitalizovan samo pet dana. U tom konceptu, pružalac medicinskih usluga pod sistemom DRG nema motiv da podstiče korišćenje medicinskih usluga čija je ekonomska vrednost upitna. Postavljanjem finansijskog tereta dodatnih usluga na pružaoca, sistem DRG je osmišljen da podstakne pružaoce da naruče samo one medicinske usluge koje su neophodne za lečenje medicinskog stanja.<sup>26</sup>

Godine 1992, Medicare je počeo da nadoknađuje lekare koristeći sistem relativne vrednosti resursa (RBRVS), koji dodeljuje numeričku vrednost nastojanjima lekara u pružanju medicinske usluge i troškovima održavanja medicinske prakse. Naknada se određuje primenom numeričke tehnike umesto postavljanja od strane lekara i osiguravajućih kompanija na tržištu. U poređenju s postojećim nivoima naknada i troškova, RBRVS je osmišljen da poveća naknadu za lekare primarne zdravstvene zaštite u odnosu na specijaliste.

## Zaključci

Osim finansijskih podsticaja osmišljenih da oblikuju ponašanje pružalaca i korisnika medicinskih usluga, pokriće može nametnuti direktnu kontrolu nad korišćenjem zdravstvenih usluga<sup>27</sup>. Na primer, *zahtev za prethodnu prijavu* može nalagati hirurgu koji planira da izvrši elektivnu hiruršku proceduru da prvo podnese plan osiguravaču i sačeka odobrenje pre operacije. U okviru programa zdravstvene zaštite takođe se koriste i *upravljanja slučajevima* kako bi se kontrolisali troškovi skupih medicinskih procedura, a uključuje se i medicinski direktor određenog programa (koji može biti lekar) u svakodnevne odluke koje se odnose na sprovođenje medicinskih procedura

---

<sup>25</sup> Havenlife, *You Have Life Insurance Questions. We Have Life Insurance Answers*, 2017.

<sup>26</sup> E. Kay, IFRS 17 (IFRS 4 Phase II) Insurance Contracts, Dublin: Milliman, 2016.

<sup>27</sup> P. Kaye, Risk measurement in Insurance: *A Guide to Risk Measurement, Capital Allocation and Related Decision Support Issues*, CAS Discussion Paper Program, Arlington: Casualty Actuarial Society (CAS), 2005.

prema osiguranom licu čiji troškovi zdravstvene zaštite premašuju prag. Zahtev za drugo mišljenje se koristi u programima zdravstvene zaštite, gde se od drugog hirurga traži da se složi da je operacija neophodna za stanje koje ne zahteva hitnu negu.

U odsustvu pokrića za zdravstvene usluge, tržišne sile i ograničenja resursa pojedinaца regulišu cene i korišćenje zdravstvenih usluga. Pokrivenost za te usluge, bilo da je kupljena od strane poslodavaca ili pružena od strane države, ima tendenciju da ublaži prirodna ograničenja. Kao posledica toga mogu biti nametnute druge metode raspodele, poput finansijskih podsticaja ili direktnih kontrola. Tipično osiguranje zdravstvenih usluga je složeno. Ta složenost će verovatno opstati nakon uvođenja univerzalnog pokrića, iako bi odredbe o pokrivenosti mogle postati uniformnije preko različitih planova. Odredbe koje se nalaze u programima zdravstvene zaštite uključuju se kao odgovor na probleme koje nosi pokriće zdravstvenih usluga. Osim ako univerzalna pokrivenost ne eliminiše te probleme, mehanizmi za njihovu kontrolu opstaće u nekom obliku.

### **Literatura**

- Aase, K., *Life insurance and pension contracts II: The life cycle model with recursive utility*, ASTIN Bulletin, 46, 2016, str. 71–102
- Banyar, J., *Life insurance*. Budapest: Corvinus University of Budapest + Central Administration of National Pension Insurance, 2003.
- Batty, M., & Kroll, A., *Automated Life Underwriting*, 2009, <https://www.soa.org/Files/Research/Projects/research-life-auto-underwriting.pdf>.
- Chen, R., & Wong, K.A., „The Determinants of Financial Health of Asian Insurance Companies“, 2004, *The Journal of Risk and Insurance*, 71(3), 2004, str. 469-499.
- Christmann, A., *An approach to model complex high-dimensional insurance data*, Allgemeines Statistisches Archiv, 88(4), 2004, str. 375-396.
- Coe, N., & Belbase, A., *How do people decide on life insurance and long-term disability insurance coverage?* Working Paper, No. 2015-4, Boston: Center for Retirement Research at Boston College, 2015.
- Odluka o sadržaju i izgledu obrazaca finansijskih izveštaja za društva za osiguranje, *Sl. glasnik RS*, br. 135/2014, 141/2014 i 102/2015.
- Dickinson, G., *Encouraging a dynamic life insurance industry: economic benefits and policy issues*, 2012, <http://www.oecd.org/finance/insurance/1857811.pdf>.
- Directive 2009/138/EC of the European Parliament and of the Council of 25 November 2009 on the taking-up and pursuit of the business of Insurance and Reinsurance (Solvency II), *Official Journal of the European Communities*, 2009/138/EC.
- Doff, R., „The Final Solvency II Framework: Will It Be Effective?“, *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 41(4), 2016, str. 587–607.



- Eccles, R.G., & Vollbracht, M., „Media Reputation of the Insurance Industry: An Urgent Call for Strategic Communications Management“, *The Geneva Papers*, 31, 2006, str. 395-408
- EIOPA Financial Stability Report. December 2016. Frankfurt: *European Insurance and Occupational Pensions Authority* (EIOPA).
- FERMA. European Risk and Insurance Report 2016. Paris: *Federation of Risk Management Insurance Associations* (FERMA).
- Gepp, A., Wilson, J. H., Kumar, K., & Bhattacharya, S., „A comparative analysis of decision trees vis-à-vis other computational data mining techniques in automotive insurance fraud detection“, *Journal of data science*, 10(3), 2012, str. 537–561.
- Gründl, H., Dong, M.I., Gal, J., „The evolution of insurer portfolio investment strategies for long-term investing“, *OECD Journal: Financial Market Trends*, 2016(1), str. 1-57.
- Gursez, O., *Marine insurance law*, London: Routledge, 2015.
- Havenlife, *You Have Life Insurance Questions. We Have Life Insurance Answers*, 2017, <https://havenlife.com>, pregledano 21.12.2023.
- Insurance Europe, Why Insurers Differ from Banks, Brussels: *Insurance Europe*, 2014.
- Insurance Europe, European Insurance in Figures 2015 Data, Brussels: *Insurance Europe*, 2016.
- Insurance Europe, A Blueprint for Pensions: Saving enough, saving well, saving wisely, Brussels: *Insurance Europe*, 2017.
- Kay, E., IFRS 17 (IFRS 4 Phase II) Insurance Contracts, Dublin: Milliman, 2016.
- Kaye, P., Risk measurement in Insurance: *A Guide to Risk Measurement, Capital Allocation and Related Decision Support Issues*. CAS Discussion Paper Program, Arlington: Casualty Actuarial Society (CAS), 2005.
- Monks, K., & Risk, C. (2016), „Automating Life Insurance Underwriting – A Closer Look“, <https://captricity.com/blog/automating-life-insurance-underwriting-a-closer-look>, 2016.
- Yoder, J., Rao, A., Bajowala, M., & Sunder, A. (2012), *Life insurance 2020: Competing for a future*. PricewaterhouseCoopers (PWC), 2020.
- Vojinović, Ž., Žarković, N., *Osiguranje*, Ekonomski fakultet u Subotici, 2016, str. 98–100.
- Žarković, N., „Mere sprečavanja u životnim osiguranjima – Živeti zdravijeg“, *Svet osiguranja*, 2017.
- <http://www.euro.who.int>; pregledano 18.12.2023.
- <http://www.focus-fen.net/>; pregledano 14.12.2023.
- [http://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_insurance](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_insurance); pregledano 06.01.2024.