ОСНОВНИ ПРАВЦИ РАЗВОЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ (1922–2014)

Рајко Косановић¹, Христо Анђелски²

BASIC DIRECTIONS OF DEVELOPMENT HEALTH INSURANCE IN THE REPUBLIC OF SERBIA (1922–2014)

Rajko Kosanović, Hristo Andelski

Сажетак

Здравствено осигурање, као вид социјалног осигурања, осигураним лицима обезбеђује право на здравствену заштиту и остала права из области здравственог осигурања. Дуга је историја развоја здравственог осигурања у Србији. Развој здравственог осигурања у Србији посматран је кроз три периода: до Првог светског рата; између два светска рата и после Другог светског рата. У свету су присутни различити облици финансирања здравствене заштите, различити облици власништва над зградама и опремом у здравству, различит обухват становништва здравственим осигурањем, као и различит садржај и обим права из здравственог осигурања. Међутим, у зависности од доминантног извора финансирања, преовлађујућег власништва и величине обухвата становништва здравственом заштитом, систем здравствене заштите сваке државе може се сврстати у један од три основна модела. Избор модела система здравствене заштите условљен је историјским, економским, социјалним, културним и другим чиниоцима. Променама ових околности, национални системи здравствене заштите прелазе из једног модела у други. Садашњи систем здравственог осигурања у Србији, формално посматрано, припада Бизмарковом моделу обавезног здравственог осигурања, док је суштински на прелазу између обавезног здравственог осигурања и националне здравствене службе (Бевеџијев модел), без довољно аутономије у одлучивању Републичког фонда и уз

Summary

Health insurance, as a form of social insurance, to insured people provides the right to health care and other rights in the area of health insurance. There is a long history of the development of health insurance in Serbia. The development of health insurance in Serbia is seen through three periods: to the First World War; between the two world wars and after World War II. In the world there are different forms of health care financing, different forms of ownership of the buildings and equipment in health care, different coverage of population with health insurance, as well as different content and scope of the health insurance rights. However, depending on the dominant source of funding, prevailing ownership and size of population covered by health care, the health care system of each country, can be classified into one of three basic models. The choice of model health care system is conditioned by historical, economic, social, cultural and other factors. Changes in these circumstances, the national health care systems move from one model to another. The current health care system in Serbia, formally speaking, belongs to the Bismarck model of the obligatory health insurance, while essential to the transition between the compulsory health insurance and a national health service (Beveridge model), without sufficient autonomy in deciding the Republican Fund and with a significant state intervention. We think that should keep the concept of the compulsory health insurance. If it continues to develop the model of mandatory health insurance, it is necessary to eliminate

¹ Др сц. Рајко Косановић, Београд

² Проф. др Христо Анђелски, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Црнотравска 27, Београд.

значајан интервенционизам државе. Мишљења смо да треба задржати концепт обавезног здравственог осигурања. Уколико се даље развија модел обавезног здравственог осигурања, нужно је да се отклони постојање дуализма између државе и органа здравственог осигурања у спровођењу здравственог осигурања. Свака двојност представља велику сметњу у успешном функционисању здравственог осигурања.

Кључне речи: здравствено осигурање, Србија, историјски развој.

the existence of a dualism between state authorities and health insurance in the implementation of health insurance. Every duality is a major obstacle to the successful functioning of health insurance.

Keywords: Health Insurance, Serbia, historical development.

УВОД

Систем социјалне сигурности у Србији састоји се из: 1) система социјалног осигурања; 2) система друштвене бриге о деци и породици; 3) система друштвене заштите бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата и 4) система социјалне заштите.

Систем социјалног осигурања обухвата: а) пензијско-инвалидско осигурање; б) здравствено осигурање и в) осигурање за случај незапослености.⁽¹⁾

Здравствено осигурање је вид (грана) социјалног осигурања, којим се осигураним лицима (осигураницима и члановима породице осигураника) обезбеђује право на здравствену заштиту и остала права из области здравственог осигурања (накнада зараде за време привремене спречености за рад, накнада путних трошкова у вези са коришћењем здравствене заштите и друга права).

Дуга је историја развоја здравственог осигурања у Србији.^(1, 2)

Садашњи систем здравственог осигурања у Србији, формално посматрано, припада Бизмарковом моделу обавезног здравственог осигурања, док је суштински на прелазу између обавезног здравственог осигурања и националне здравствене службе (Беверицов модел), без довољно ауто-

номије у одлучивању Републичког фонда и уз значајан интервенционизам државе.⁽³⁾

У овом раду указаћемо на основне правце у развоју здравственог осигурања у Србији од 1922. године, односно од доношења Закона о осигурању радника, до 2014. године, односно до последње измене закона о здравственом осигурању из новембра 2014. године. Акценат је стављен на организацију и финансирање здравственог осигурања, док ће о развоју права из здравственог осигурања бити речи у посебном раду.

ПЕРИОДИЗАЦИЈА РАЗВОЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СРБИЈИ

Развој здравственог осигурања у Србији можемо поделити на три периода, и то на периоде: 1) до Првог светског рата; 2) између два светска рата и 3) на период после Другог светског рата.

Сваки од наведених периода састоји се из већег броја потпериода, а што се првенствено односи на период после Другог светског рата.

Здравствено осигурање се у Србији од свог настанка до средине педесетих година прошлог века развијало у оквиру законодавства и институција социјалног осигурања.

Србија је имала веома изражен *уставни развој*, а што је свакако имало утицаја на развој укупног система здравствене заштите и здравственог осигурања.

После Берлинског конгреса 1878. године, када је међународно призната, Србија је донела још три устава, и то: а) Радикалски устав (1888); б) Октроисани или Априлски устав (1901) и в) Устав за Краљевину Србију од 1903. године (овај устав је представљао донекле измењен и допуњен Радикалски устав из 1888. године).

Након уједињења у Краљевину Срба, Хрвата и Словенаца, 1. децембра 1918. године, донети су: а) Устав Краљевине Срба, Хрвата и Словенаца (28. јуна 1921. године – Видовдански устав) и б) Септембарски или Октроисани устав (3. септембра 1931. године).

После Другог светског рата донети су: а) Устав ФНРЈ (1946. године); б) Уставни закон (1953. године; исте године и све републике су донеле своје уставе); в) Устав СФРЈ (1963. године; промене Устава из 1963. године извршене су уставним амандманима 1967, 1968. и 1971. године.); г) Устав СФРЈ (1974. године); д) Устав Републике Србије (1990. године); ђ) Устав Савезне Републике Југославије (од 27. априла 1992. године) и е) Устав Републике Србије (2006. године).

Данас важећи устав, као што смо навели, након осамостаљивања Републике Црне Горе, Република Србија донела је 2006. године.⁽⁴⁾

ПЕРИОД ДО ПРВОГ СВЕТСКОГ РАТА

Развој здравственог осигурања, односно шире посматрано социјалног осигурања у Србији, као и у другим земљама, био је условљен развојем радничког покрета.

Прве радничке организације у Србији се оснивају крајем 19. и почетком 20. века, као на пример: Опанчарско радничко друштво у Београду (јануара 1896. године), Радничко друштво у Неготину (крајем 1896. године),

Радничко друштво у Београду (почетком 1897. године), Београдско радничко друштво (марта 1901. године), Савез грађевинских радника, Удружење књиговезачких радника и Удружење трговачких помоћника (у другој половини 1901. године) и друге. Главни раднички савез, који је објединио већину до тада постојећих радничких организација, основан је маја 1903. године.

Класичан раднички покрет у Србији је настао почетком 20. века, када се и стварају услови за развој социјалног осигурања.

У почетку у Србији се развија добровољно осигурање радника на бази узајамне помоћи. Прве дружине (касније друштва и задруге) за узајамну помоћ у случају болести и смрти основане су 1875. године (Дружина кројачких радника, Дружина типографских радника, Дружина браварско-столарских радника итд.).

Зачеци социјалног осигурања у Србији садржани су у њеном радничком законодавству 19. и почетка 20. века, када су, поред осталих, донети:

- 1) Уредба о еснафима, Б.Но 1269 од 14. августа 1847. године,
- 2) Рударски закон из 1866. године (измењен 1910. године),
- 3) Закон о установљењу народног санитетског фонда из 1879. године и
- 4) Закон о радњама из 1910. године.

Уредбом о еснафима било је предвиђено образовање еснафских фондова у које су мајстори, калфе и ученици били у обавези да уплаћују улоге. Средства из еснафских фондова требало је да се користите за помагање старих и оболелих чланова еснафа, погреб јако сиромашних чланова еснафа, помагање сиромашних удовица еснафских чланова и њихове сирочади, и за друге намене. Међутим, ниједан од еснафа овај фонд није основао.

Рударским законом била је предвиђена обавеза оснивања братинских каса за помагање рудара и њихових породица. Према измењеном рударском закону из 1900.

године, било је предвиђено оснивање рударско-братинске касе за помоћ у случају болести и смрти при сваком руднику и рударско-братинске касе свију рударских братинских касе за инвалидску помоћ и пензије.

Законом о радњама, донетим 1910. године, први пут је било предвиђено обавезно социјално осигурање за случај болести и несреће на послу у Србији, које због ратова до којих је убрзо дошло (балкански ратови и Први светски) није ни заживело (овим законом, поред осталог, први пут је уведен институт локаута, односно привременог искључења запослених са рада од стране послодавца).

Зачетке здравственог осигурања треба тражити у *Закону о установљењу народног санитетског фонда*, усвојеном у Краљевини Србије 1879. године. Овим законом регулисана су питања развоја здравствених установа и покривање трошкова јавне здравствене службе. Народни санитетски фонд финансирао се из интереса на основни капитал, општег болничког пореза и фиксних дотација државног буџета.

У Србији су постојали и добровољни самостални фондови за међусобно помагање радника, на пример фондови графичара, занатлија, радника војно-техничког завода и други.

ПЕРИОД ИЗМЕЂУ ДВА СВЕТСКА РАТА

Закон о осигурању радника

Основе здравственог осигурања, односно, шире посматрано, социјалног осигурања у Краљевству Срба, Хрвата и Словенаца, настало 1918. године (од 1921. до 1929. године – Краљевина Срба, Хрвата и Словенаца, а касније – Краљевина Југославија), дате су у *Видовданском уставу* из 1921. године.

Чланом 130. Видовданског устава предвиђено је да све уредбе и остали при-

времени прописи, који су донети пре изглашавања Устава, буду озакоњени у Народној скупштини, а то се односило и на *Уредбу о уређењу осигурања радника за случајеве болести и несреће на послу* од 27. јуна 1921. године.

Поменути Уредба, након проширења за осигурање за случајеве изнемоглости, старости и смрти, озакоњена је као *Закон о осигурању радника*, који је потписан 14. маја 1922. године, а објављен 30. маја 1922. године.⁽⁵⁾

Закон о осигурању радника прихватио је модерна начела осигурања, као што су: обавезност осигурања, широк круг осигураних ризика, самоуправа радника и послодаваца у осигурању, државна помоћ и надзор и остала начела.

Законом о осигурању радника били су обухваћени сви ризици осигурања (изузев незапослености), а базирао се на принципима:

- обавезности осигурања;
- јединствене примене на територији целе државе;
- финансирања система средствима доприноса која су плаћали запослени и послодавци (изузев у осигурању од несреће на послу, које су путем доприноса финансирани искључиво послодавци);
- најшири обухват свих лица у радном односу, укључујући и ученике, лица на пракси, волонтере, поморце, запослене у иностранству и лица која се баве домаћом (кућном) радиношћу.

Овај закон, заснован на начелима немачког система социјалног поретка, која су уведена у Немачкој крајем 19. века, за време канцелара Бизмарка, сматран је једним од најнапреднијих прописа ове врсте у Европи.

Законом о осигурању радника уведене су четири врсте обавезног осигурања, и то за случајеве: а) болести, б) изнемоглости, старости и смрти, в) несреће на послу и г) незапослености.

Међутим, одредбе закона спроведене су делимично. Осигурање за случај болести (здравствено) на територији целе државе извршено је 1922. године, као и осигурање за случај несреће на послу (инвалидско). Осигурање за случај изнемоглости, старости и смрти (пензијско), иако је било прописано да ће се спроводити од 1. јула 1925. године, његово спровођење почело је тек 1. септембра 1937. године, али и тада у ограниченом обиму. Осигурање за случај незапослености требало је да буде уређено посебним прописима, међутим то није учињено, нити је уведено, осим што је постојало само за рударе и топионичаре код главних братинских благајни.

Обавезним осигурањем била су обухваћена сва лица у радном односу на читавој територији Краљевине. Међутим, број осигураних лица био је ипак мали и износио је 4,2 на 1.000 становника.

Допринос за случај болести, изнемоглости, старости и смрти храниоца плаћали су радници и послодавци, сваки са једном половином, а допринос за случај несреће на послу само послодавци.

Спровођење осигурања било је поверено *Средишњем уреду за осигурање радника*, са седиштем у Загребу, и *окружним уредима* за осигурање радника. Поред ових органа постојали су: пензиони заводи за осигурање намештеника, братинске благајне за осигурање рудара и топионичара, трговачко болесничко осигурање и остала друштва.

Међународни уговори о социјалном осигурању

У периоду између два светска рата Краљевина Југославија је закључила знатан број *билатералних уговора*, нарочито трговачких, којима је посредно уређивана и област социјалног осигурања. У току 1924. и 1925. године закључено је десет уговора са Аустријом, а њима су регулисана поједина питања овог осигурања за неке категорије радника, посебно железничаре.

Такође, закључивани су и билатерални међународни уговори који су се непосредно односили на област социјалног осигурања, и имали за циљ да обезбеде равноправан третман југословенских и домаћих држављана у иностранству. Поред осталих, закључени су:

- Конвенција о здравственој заштити која се даје на реципрочној основи држављанима, закључена са Пољском 9. маја 1923. године;
- Општи споразум о реципроцитету на подручју социјалног осигурања, закључен са Италијом 25. јуна 1925. године;
- Конвенција о реципроцитетном третирању радника обе државе на подручју повреде на послу, закључена са Аргентином 8. октобра 1928. године;
- Уговор о социјалном осигурању, закључен са Немачком 15. децембра 1928. године;
- Уговор о социјалном осигурању са Аустријом, закључен 21. јула 1931. године;
- Уговор о раду и социјалној заштити, који је закључен са Француском 29. јула 1932. године;
- Конвенција о социјалном осигурању са Румунијом од 30. јануара 1933. године и
- Уговор о социјалном осигурању, закључен са Чехословачком 14. децембра 1936. године.

ПЕРИОД ПОСЛЕ ДРУГОГ СВЕТСКОГ РАТА

У периоду после Другог светског рата долази до даљег развоја социјалног осигурања у Србији, који се огледа, пре свега, у све већој обухватности становништва социјалним осигурањем и у проширивању права.

Развој социјалног осигурања, под снажним утицајем економских и политичких чинилаца, прошао је кроз више етапа. Тај развој је, свакако, најлакше пратити на основу законских прописа који су донети у

томе периоду. Навешћемо кључне законске прописе.

Закон о спровођењу социјалног осигурања на подручју Демократске Федеративне Југославије

Након ослобођења земље, Председништво Антифашистичког већа народног ослобођења Југославије донело је 2. маја 1945. године *Закон о спровођењу социјалног осигурања на подручју Демократске Федеративне Југославије*.⁽⁶⁾

Једини носилац за спровођење осигурања на подручју целе државе за случајеве: а) болести, б) изнемоглости, старости, смрти (пензионог осигурања), в) несреће и г) неупослености био је Средишњи завод за социјално осигурање са седиштем у Загребу, који је спроводио осигурање преко земаљских завода за социјално осигурање, осниваних у седиштима федералних јединица.

Средишњи завод за социјално осигурање, као и земаљски заводи за социјално осигурање, био је на начелу самоуправе заснована јавна установа.

Средишњи завод за социјално осигурање спроводио је осигурање за случај изнемоглости, старости и смрти (пензионо осигурање), несреће и неупослености.

Тадашњи пензионери заводи за осигурање приватних намештеника, као и сви пензионери фондови државних службеника, централне установе болесничког и пензионог осигурања за државно саобраћајно особље и главне братинске благајне постали су одељења Средишњег завода, а све остале установе (фондови) обавезног осигурања за случај изнемоглости, старости и смрти и за случај несреће постали су привремени органи Средишњег завода, и то до одређеног рока до када су морали престати са самосталним спровођењем осигурања.

Средишњи завод за социјално осигурање водио је одвојено рачуне, евиденције и статистику за сваку грану осигурања, а у грани

осигурања за случај болести и за подручје сваког Земаљског завода.

До избора самоуправних органа код Средишњег завода, министар социјалне политике Демократске Федеративне Југославије, на предлог организација интересената, поставио је *привремену управу* од 15 чланова и *надзорни одбор* од 5 чланова.

Земаљски заводи за социјално осигурање, преко својих филијала, спроводили су осигурање за случај болести, а све остале врсте осигурања спроводили су као органи Средишњег завода. Дотадашњи окружни уреди за осигурање радника, обласне управе Болесничког фонда државног саобраћајног особља и братинске благајне рударских радника постали су филијале земаљских завода, а све остале установе обавезног социјалног осигурања у болести постале су привремене експозитуре надлежних филијала завода.

Законом о спровођењу социјалног осигурања на подручју Демократске Федеративне Југославије основани су *судови социјалног осигурања* (у седишту сваке филијале Земаљског завода) и *Врховни суд социјалног осигурања* (у седишту Средишњег завода). Ови судови били су искључиво надлежни за решавање спорова „по захтевима осигураника и њихових правно овлашћених сродника против носилаца социјалног осигурања” (члан 2). Судови социјалног осигурања судили су у споровима из социјалног осигурања у првом степену, а Врховни суд социјалног осигурања у споровима у другом степену. Надлежности ових судова биле су регулисане: *Законом о уређењу судова социјалног осигурања и Врховног суда социјалног осигурања*⁽⁷⁾ и Уредбом о судском поступку код судова социјалног осигурања и Врховног суда социјалног осигурања.⁽⁸⁾

Закон о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника

Закон о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника⁽⁹⁾ Народна

скупштина ФНРЈ донела је 26. јула 1946. године, а исти се примењивао од 1. јануара 1947. године.

Овај закон има велики значај за развој социјалног осигурања, јер су њиме регулисане све гране социјалног осигурања, обухваћене све категорије запослених лица и знатно проширен обим права.

Обавезно осигурана била су сва лица „у најамном радном односу, упуслена на подручју Федеративне Народне Републике Југославије, у државним надлештвима, у државним, задружним и приватним предузећима, установама, организацијама и газдинствима, или у служби приватних лица”.

Радници, намештеници и службеници по овом закону имали су *право на државно социјално осигурање, за случај болести, трудноће и порођаја, несреће на послу, изнемоглости, старости и смрти.*

Социјално осигурање спроводила је држава преко *Државног завода за социјално осигурање* и његових органа организованих на територијалној и професионалној основи, по начелу да се социјално осигурање што више приближи самим осигураницима. Ради остварења овог начела, предложено је да се служба социјалног осигурања, где год је то могуће, организује при самим предузећима. Државни завод за социјално осигурање, као државна установа општедржавног значаја, био је под непосредним руководством и надзором Министарства рада ФНРЈ.

Социјално осигурање финансирано је путем доприноса које су плаћали послодавци и осигураници, а чију висину је прописивала Влада ФНРЈ уредбом на предлог Министарства финансија и Министарства рада. Приходи и расходи државног социјалног осигурања утврђивани су годишњим буџетом, који је улазио у састав општедржавног буџета. Држава је, на тај начин, јамчила осигураницима сва давања из социјалног осигурања.

Спорове између осигураника и Државног завода за социјално осигурање реша-

вали су судови социјалног осигурања, организовани при окружним судовима.

Државни завод за социјално осигурање преузео је од 1. јануара 1947. године целокупну имовину и целокупно пословање Средишњег завода за социјално осигурање и његових органа без посебне ликвидације.

Закон о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица

Доношењем *Основног закона о управљању привредним предузећима и вишим привредним удружењима од стране радних колектива* 1950. године, отпочео је процес значајних друштвених и политичких промена у систему управљања, како у области привреде, тако и унутар државног уређења. Овим законом установљено је право самоуправљања произвођача над средствима за производњу, која уместо државне постају *друштвена својина*. Средствима за производњу привредних организација не управљају више државни органи, већ *раднички савети* и управни одбори као органи управљања у тим организацијама.

Процес формирања државног социјалног осигурања, започет доношењем Закона о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника 1946. године, доведен је до краја *Законом о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица*,⁽¹⁰⁾ донетим 21. јануара 1950. године.

Држава социјалним осигурањем обезбеђује радницима и службеницима и њиховим породицама одређена права за случај болести, губитка способности за рад, старости, смрти и друга права утврђена овим законом.

Послове социјалног осигурања вршили су, у оквиру својих надлежности, Комитет за социјално старање Владе ФНРЈ, министарства за социјално старање народних република, повереништва за социјално старање Главног извршног одбора Народне скупштине Аутономне Покрајине Во-

јвине и Извршног одбора Обласног народног одбора Аутономне Косовско-метохијске области, повереништва за социјално старање обласних, среских, градских и рејонских народних одбора.

Држава је обезбеђивала *финансијска средства за социјално осигурање*. Плате радника и службеника нису се могле оптеретити доприносом за социјално осигурање.

Доношењем овог закона *престали су са радом судови социјалног осигурања*, а у надлежности редовних судова били су спорови из социјалног осигурања.

Уредба о оснивању завода за социјално осигурање и о привременом управљању средствима социјалног осигурања

Државно социјално осигурање, установљено Законом о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника, донетим 1946. године, и Законом о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица, донетим 1950. године, трајало је до јуна 1952. године.

Влада ФНРЈ донела је 2. јуна 1952. године *Уредбу о оснивању завода за социјално осигурање и о привременом управљању средствима социјалног осигурања*.⁽¹¹⁾ Овом уредбом оснивају се заводи за социјално осигурање, којима управљају осигураници преко својих представника. Заводи за социјално осигурање оснивају се у срезovima и градовима, као и у седиштима народних република, аутономне покрајине и аутономне области. Према Уредби, заводи су самосталне установе које за спровођење службе социјалног осигурања имају сопствена средства (фонд социјалног осигурања).

Заводима за социјално осигурање управљају скупштине завода изабране од осигураника. Скупштина завода из својих редова бира извршни и надзорни одбор. Редовним пословима завода непосредно руководи директор, који је наредбодавац за извршење предрачуна завода, њега

поставља скупштина завода којој он одговара за свој рад.

Прелазак социјалног осигурања из надлежности државе на заводе за социјално осигурање омогућен је и двома уредбама донетим 1953. године (Уредба о финансирању социјалног осигурања) и 1955. године (Уредба о организацији социјалног осигурања).

Доношењем Уредбе о оснивању завода за социјално осигурање и о привременом управљању средствима социјалног осигурања, започиње период самоуправљања у социјалном осигурању, који се може поделити на два периода, и то: а) на период рационалног самоуправљања, који траје до доношења уставних амандмана 1968. и 1971. године и б) на период који траје од доношења тих амандмана до 1990. године, а који се одликује формалним самоуправљањем, неефикасношћу, нерационалношћу и одступањем од принципа социјалног осигурања.

Организовање социјалног осигурања по гранама

Значајне измене у организацији социјалног осигурања настају од 1954. године. Доношењем *Закона о здравственом осигурању радника и службеника* 1954. године⁽¹²⁾, *Закона о пензијском осигурању* 1957. године⁽¹³⁾ и *Закона о инвалидском осигурању* 1958. године⁽¹⁴⁾, социјално осигурање организује се *по гранама*.

Финансијска средства за здравствено осигурање обезбеђивана су у *фондовима здравственог осигурања*, којима су управљали заводи за социјално осигурање. Фондови здравственог осигурања образовани су из *доприноса* који су плаћале привредне и друге организације, установе и послодавци за сва код њих запослена лица, као и други обвезници доприноса по посебним прописима.

Доношењем *Уредбе о фондовима за узајамно помагање* 1956. године⁽¹⁵⁾, у систем здравственог осигурања уводи се

добровољно осигурање, независно од обавезног осигурања.

Закон о установљењу здравственог осигурања пољопривредних произвођача

Здравственоосигурањепостајепотпуније доношењем *Закона о установљењу здравственог осигурања пољопривредних произвођача* 1959. године.⁽¹⁶⁾

Здравствено осигурање пољопривредних произвођача могло је бити *основно и проширено*. Основним здравственим осигурањем обезбеђивао се законом одређени обим здравствене заштите, а проширеним – здравствена заштита у ширем обиму, као коришћење под повољнијим условима оне здравствене заштите која се обезбеђивала основним здравственим осигурањем.

Основним здравственим осигурањем обезбеђивало се:

- лечење у свим здравственим установама у случају обољења од колере, куге, жуте грознице, великих богиња, пегавца и других болести утврђених законом;
- лечење у одговарајућим здравственим установама у случају обољења од душевних болести, када је оболело лице опасно по живот других лица;
- вакцинисање, кад је оно обавезно по посебним прописима;
- дезинфекција, дезинсекција и дератизација у стану, кад су медицински индицирани због појаве заразне болести.

За спровођење здравственог осигурања пољопривредних произвођача образовани су *фондови здравственог осигурања пољопривредних произвођача* у оквиру *среских завода за социјално осигурање*.

Закон о здравственом осигурању из 1962. године

Савезна народна скупштина на седницама Савезног већа и Већа произвођача, одржаним 23. маја 1962. године, усвојила је *Закон о здравственом осигурању*. Закон

је објављен у „Службеном листу ФНРЈ“ од 30. маја 1962. године⁽¹⁷⁾, а ступио је на снагу осмог дана по објављивању.

Допуне овог закона вршене су у децембру исте године („Службени лист ФНРЈ“, број 53/62).

Доношењем Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању априла 1965. године⁽¹⁸⁾, назив закона мења се и гласи *Основни закон о здравственом осигурању*. Измене и допуне овог закона вршене су наредне 1966. (два пута) и 1967. године.⁽¹⁹⁾

Средства за обезбеђење права из здравственог осигурања остваривана су доприносима од којих су образовани *фондови здравственог осигурања код комуналних завода* за социјално осигурање, сагласно одредбама Закона о организацији и финансирању социјалног осигурања.

При коришћењу одређених видова здравствене заштите, осигурана лица учествовала су сношењем дела трошкова здравствене заштите.

Закон о организацији и финансирању социјалног осигурања из 1962. године

Закон о организацији и финансирању социјалног осигурања Савезна народна скупштина донела је 23. маја 1962. године. Закон је објављен у „Службеном листу СФРЈ“ од 30. маја исте године, а ступио је на снагу осмог дана по објављивању.⁽²⁰⁾ Након измена и допуна извршених у марту 1965. године („Службени лист ФНРЈ“, број 13/65), поред осталог, промењен је и назив овог закона, тако да је он гласио *Основни закон о организацији и финансирању социјалног осигурања*. Пречишћени текст Основног закона о организацији и финансирању социјалног осигурања објављен је у мају 1965. године („Службени лист СФРЈ“, број 24/65). Наредних година, више пута закон је мењан и допуњиван („Службени лист СФРЈ“, бр. 57/65, 29/66, 52/66, 12/67, 54/67 и 15/71).

Социјално осигурање, у складу са Основним законом о организацији и финансирању социјалног осигурања, организовало се и спроводило по начелу *самоуправљања осигураника*.

Самоуправљање социјалним осигурањем остваривали су осигураници у оквиру *заједница социјалног осигурања*, као самоуправних организација осигураника у општинама, републикама и федерацији.

Осигураници у општинама чинили су *комуналне заједнице* социјалног осигурања, комуналне заједнице на територији републике чиниле су *републичку заједницу* социјалног осигурања, а републичке заједнице на територији федерације чиниле су *Југословенску заједницу* социјалног осигурања.

Заједнице социјалног осигурања, које су имале својство *правног лица*, образовале су *скупштине социјалног осигурања* као органе самоуправљања социјалним осигурањем.

Скупштина заједнице, поред осталог, одлучивала је о обезбеђивању средстава за *фондове заједнице* који су образовани за поједину заједницу и о организовању службе спровођења социјалног осигурања на подручју које је заједница обухватала.

Скупштина заједнице бирала је из редова својих чланова *извршни одбор* који се, поред осталог, старао о извршавању одлука и закључака скупштине заједнице.

Ради спровођења социјалног осигурања, заједнице социјалног осигурања образовале су *заводе за социјално осигурање*, који су имали статус *установе*.

Комунални заводи оснивани су за подручје једне или више комуналних заједница социјалног осигурања радника; *Републички завод* био је установљен за територију републике, а *Савезни завод* – за територију федерације.

Заводи су се старали о рационалном и економичном трошењу средстава фондова заједница и о рентабилном улагању ових средстава; били су одговорни за наменско

коришћење фондова заједница, а у циљу обезбеђивања правилног остваривања права осигураних лица.

Заводом су управљали чланови *радне заједнице*, непосредно и преко *органа управљања* које су они бирали. Органи управљања у заводима били су *савет завода, управни одбор и директор*.

Средства за здравствено осигурање обезбеђивана су *доприносима* и другим приходима утврђеним законом.

Доприноси за здравствено осигурање били су *основни и додатни*.

Основни допринос за здравствено осигурање одређивао се на основу одређеног просечног ризика и просечних трошкова у спровођењу здравственог осигурања.

Додатни допринос за здравствено осигурање служио је за покривање трошкова који су у организацијама појединих групација премашивали одређени просек трошкова тог осигурања на подручју комуналне заједнице.

Стопе доприноса за здравствено осигурање одређивала је *скупштина комуналне заједнице* у сагласности са општинском скупштином. Одлуке о стопама доприноса морале су бити донете и сагласности на њих дате пре почетка календарске године у којој је почињала примена стопа одређених односним одлукама. Ако до тог рока одлуке нису донете, односно сагласности нису дате, примењиване су у новој години стопе које су важиле у претходном периоду.

Републичка скупштина, ако је то захтевао општи интерес радних људи у области друштвено-економских односа у републици и остваривање циљева предвиђених друштвеним планом, прописивала је највишу границу до које су скупштине комуналних заједница могле одредити стопу основног доприноса за здравствено осигурање. Тим прописом одређивао се и начин покривања дела обавеза који би остао непокривен због прописивања највише границе за стопу доприноса.

Из доприноса остварених за здравствено осигурање образован је код комуналног завода *фонд здравственог осигурања* за сваку комуналну заједницу.

У фонд здравственог осигурања уносе се:

- основни допринос,
- додатни допринос,
- накнаде из здравственог реосигурања,
- приходи из дела доприноса за инвалидско осигурање који припада фонду,
- средства остварена од вишка прихода над расходима из протекле године према одлуци скупштине,
- уложена средства која се враћају фонду и камате на уложена средства фонда и резерве,
- приход по основу накнаде штете и други приходи фонда здравственог осигурања.

Из фонда здравственог осигурања подмиривани су расходи за: остваривање права осигураних лица из здравственог осигурања и унапређивање здравствене заштите; спровођење професионалне рехабилитације и запошљавање инвалида рада; премије здравственог осигурања и за накнаде заводима за вршење послова спровођења здравственог осигурања.

Устав из 1963. године

До даљих промена у развоју здравственог осигурања долази након доношења Устава из 1963. године.

Доношењем овог устава законодавна функција федерације децентрализована је, те значајна овлашћења за уређивање појединих грана социјалног осигурања добијају републике и покрајине.

Материја социјалног осигурања, према Амандману XVI од 26. децембра 1968. године, који је постао саставни део Устава СФРЈ, уређује се општим законодавством.

Након доношења Устава СФР Југославије из 1963. године, социјално осигурање постаје институција узајамног осигурања свих радних људи.

У току 1964. и 1965. године донети су Основни закон о пензијском осигурању и Измене и допуне Закона о здравственом осигурању и Закона о инвалидском осигурању. После усвајања уставних амандмана из 1968. и 1971. године, материја социјалног осигурања уређује се општим законодавством и први пут се у унутрашњем правном уређењу ове области употребљава термин „социјална сигурност“, који има шире значење од појма „социјално осигурање“. Више није постојала јединствена организација, јединствени носилац социјалног осигурања, нити јединствено одређивање права и обавеза.

Када је реч о здравственом осигурању, оно се спроводило у оквиру заједница које осигураници сами оснивају и њима управљају, посредством органа које сами бирају. Биле су основане заједнице здравственог осигурања радника, заједнице здравственог осигурања земљорадника и заједнице здравственог осигурања лица која обављају самосталне професионалне делатности.

Општи закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва

Општи закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва усвојила је Савезна скупштина на седници Савезног већа од 24. априла 1969. године и на седници Социјално-здравственог већа од 25. априла 1969. године, и исти је објављен 8. маја 1969. године.⁽²¹⁾

Општи закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва је *последњи закон из области здравствене заштите и здравственог осигурања који је донет на савезном нивоу*.

Закон је почео да се спроводи 1971. године, када су републике и покрајине, у складу са овим законом, донеле и почеле да примењују своје законе о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите. Област здравствене за-

штите и здравственог осигурања од тада преноси се у законску надлежност република и покрајина.

Средства за остваривање здравствене заштите и других права из здравственог осигурања обезбеђивана су доприносом осигураника и законом утврђених других обвезника плаћања доприноса, учешћем друштвено-политичких заједница и другим приходима.

Средства за здравствено осигурање радника обезбеђивали су:

- осигураници: доприносом из бруто личних доходака;
- организације: доприносом из свог дохотка, и приватни послодавци из својих средстава за осигурање радника за случај несреће на послу и обољења од професионалних болести, као и за здравствено осигурање ученика у привреди, односно ученика школа за квалификоване раднике за које се поред школске изводи и практична настава у радној организацији, школи или код приватног послодавца;
- заједнице за послове запошљавања доприносом из средстава обезбеђених за права лица привремено ван радног односа;
- републичке заједнице социјалног осигурања доприносом из средстава обезбеђених за права уживаоца пензија и уживаоци пензија или инвалидна од иностраних носилаца осигурања: из својих средстава;
- радници запослени у иностранству доприносом из својих средстава за чланове својих породица који бораве у Југославији, а којима није обезбеђена здравствена заштита од иностраног носиоца осигурања.

Доприносе за здравствено осигурање самостално су утврђивале заједнице здравственог осигурања.

Доприноси за здравствено осигурање утврђивани су по јединственим пропор-

ционалним стопама на личне дохотке за све осигуране ризике у заједници.

Заједнице здравственог осигурања земљорадника могле су одредити део доприноса и по члану домаћинства осигураника, а заједнице здравственог осигурања лица која врше самосталне професионалне делатности – по члану породице осигураника.

Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва

Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва Скупштина Социјалистичке Републике Србије донела је 10. јула 1970. године, исти је објављен 18. јула 1970. године.⁽²²⁾ Закон је ступио на снагу наредног дана од дана објављивања у „Службеном гласику Социјалистичке Републике Србије“, а примењивао се од 1. јануара 1971. године.

Доношење Закона о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва представља велику прекретницу у области здравственог осигурања у Републици Србији.

Овим законом утврђен је обим здравствене заштите једнак за све грађане (обавезни видови здравствене заштите), чије остваривање гарантује држава под једнаким условима. У буџету Републике утврђивана су наменска средства за дотације заједницама осигурања које нису биле у могућности да на нивоу просечних доприноса покрију права из обавезних видова здравствене заштите, као и средства за подстицај развоја здравствене инфраструктуре у неразвијеним подручјима.

Радници, земљорадници и лица која су вршила самосталне професионалне делатности (осигураници) обавезно су осигуравали себе и чланове својих породица на здравствену заштиту и друга права из здравственог осигурања у оквиру *самоуправних заједница здравственог осигурања*.

У оквиру самоуправних заједница здравственог осигурања осигураници по начелима узајамности и солидарности обезбеђивали су здравствено осигурање и удруживали средства за остваривање права из овог осигурања.

Самоуправне заједнице здравственог осигурања образоване су као заједнице здравственог осигурања радника и заједнице здравственог осигурања земљорадника.

Лица која су вршила самосталне професионалне делатности осигуравала су се у оквиру заједнице здравственог осигурања радника под условима које је утврдила та заједница.

Заједнице здравственог осигурања радника вршиле су и послове обезбеђивања здравствене заштите за лица која нису била обухваћена обавезним здравственим осигурањем на основу споразума са општином на чијој је територији било њихово пребивалиште.

Самоуправне заједнице здравственог осигурања истих категорија осигураника удруживале су се у *заједницу здравственог осигурања и реосигурања*.

Заједнице здравственог осигурања и реосигурања образоване су за територију Републике ван територија аутономних покрајина (Републичка заједница здравственог осигурања и реосигурања), и за територију аутономне покрајине (покрајинска заједница здравственог осигурања и реосигурања).

Самоуправне заједнице здравственог осигурања и заједнице здравственог осигурања и реосигурања имале су својство *правног лица*.

Највиши орган управљања самоуправних заједница здравственог осигурања и заједницу здравственог осигурања и реосигурања била је *скупштина*.

Средства за остваривање здравствене заштите и других права из здравственог осигурања обезбеђивала су се доприносом осигураника и законом утврђених других

обвезника плаћања доприноса, учешћем друштвено-политичких заједница и другим приходима.

Средства за здравствено осигурање радника обезбеђивали су:

- осигураници: доприносом из бруто личних доходака;
- организације: доприносом из свог дохотка; грађанско правна лица и приватни послодавци из својих средстава за осигурање радника за случај повреде на раду и обољења, од професионалних болести, као и за здравствено осигурање ученика школа за квалификоване раднике (за које се изводи практична настава у организацији, школи или код приватног послодавца), ученика средњих школа и студената виших и високих школа, факултета и уметничких академија за време трајања практичне наставе;
- Заједнице за послове запошљавања: доприносом из средстава обезбеђених за правна лица привремено ван радног односа;
- Републичка, односно покрајинска заједница социјалног осигурања: доприносом из средстава обезбеђених за права уживалаца пензија; и уживаоци пензија или инвалиднина од иностраних носилаца осигурања: из својих средстава;
- радници запослени у иностранству: доприносом из својих средстава за чланове својих породица који имају пребивалиште, односно боравиште на територији Републике;
- и из других прихода.

Основица за обрачунавање доприноса осигураника-радника у радном односу био је бруто лични доходак.

Средства за здравствено осигурање лица која су вршила самосталне професионалне делатности обезбеђивала су ова лица доприносом од основице коју је утврђивала заједница здравственог осигурања радника.

Средства за здравствено осигурање земљорадника обезбеђивали су:

- осигураници-земљорадници: доприносом из личног дохотка од пољопривредне делатности;
- сопственици пољопривредног земљишта који немају својство земљорадника: доприносом из личног дохотка од пољопривредне делатности, и то само за обавезне видове здравствене заштите;
- пољопривредне задруге и друге радне организације које повремено ангажују земљораднике за вршење појединих послова: посебним доприносом.

Средства за здравствено осигурање земљорадника обезбеђивана су и из других прихода утврђених законом и општим актом заједнице здравственог осигурања земљорадника.

Доприносе за здравствено осигурање и његову висину самостално су утврђивале самоуправне заједнице здравственог осигурања заједнице.

Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите, који је усвојен осам година пре одржавања Међународне конференције о примарној здравственој заштити (Међународна конференција о примарној здравственој заштити одржана је у Алма-Ати, од 6 до 12. септембра 1978. године), имао је у себи већ уграђене најбитније принципе на којима се заснивала Декларација о примарној здравственој заштити, која је усвојена на истој Конференцији.

Овај закон био је на снази до 1979. године. Међутим, у међувремену дошло је до значајних друштвених промена.

Уставним амандманима из 1971. године у самоуправни систем земље уводе се самоуправне интересне заједнице (СИЗ-ови). Уставним амандманом XXI дају се основна обележја СИЗ-ова као места где се обавља „слободна размена рада“ и одлучује на бази самоуправног споразумевања и друштвеног договарања.

Као посебан облик самоуправног организовања радника и других радних људи ради задовољавања личних и заједничких потреба и интереса у области друштвених делатности, СИЗ-ови су институционализовани доношењем Устава СФРЈ 1974. године и устава република и покрајина исте године.

Увођење „слободне размене рада“ унутар заједница здравственог осигурања подразумевало је постојање непосредних односа између корисника услуга (делегата осигураника) и давалаца услуга (здравствених установа) унутар скупштина заједница.

Закон о здравственој заштити из 1979. године

Уставне промене из 1974. године требало је да поставе широку основу за даљи развој и учвршћивање класне и демократске суштине друштвено-економског и политичког система како би се омогућило да радничка класа овлада у целини процесом друштвене репродукције, и да на тој основи самоуправљање обухвати све области друштвеног живота, од основне организације удруженог рада и месне заједнице до федерације. Устав из 1974. године проширује основе самоуправног организовања и одлучивања радних људи у свим облицима удруживања средстава и рада. Међутим, овај устав створио је и основе за будући распад савезне државе.

Скупштина Социјалистичке Републике Србије и Скупштина Републичке заједнице здравственог осигурања и реосигурања, на седницама одржаним 13. јула 1979. године, донеле су *Закон о здравственој заштити*. Закон је објављен у „Службеном гласнику СРС“ од 21. јула 1979. године, а ступио је на снагу осмог дана од дана објављивања.⁽²³⁾ Доношењем овог закона материје из области здравствене заштите и здравственог осигурања обједињене су.

Овим законом уређиван је систем здравствене заштите, начела за организацију

здравствене службе и основна права радника, других радних људи и грађана у области здравствене заштите; утврђена обавеза оснивања самоуправних интересних заједница у области здравствене заштите, начела и општи услови за њихово организовање и рад и међусобне односе у њима, начела и општи услови за организовање и рад организација удруженог рада које врше здравствену делатност, и уређен начин остваривања посебног друштвеног интереса у тим организацијама.

У систему здравственог осигурања централно место имале су *самоуправне интересне заједнице здравствене заштите* и то:

а) за територију више општина, односно за територију града Београда (међуопштинске заједнице) и

б) за територију Републике (Републичка заједница).

Заједнице здравствене заштите имале су *скупштину*, у којој се обезбеђивало усклађивање самоуправно утврђених интереса и равноправно одлучивање радника и радних људи и радника у здравственим организацијама о њиховим међусобним правима, обавезама и одговорностима. Скупштину заједнице здравствене заштите сачињавали су: *веће корисника услуга* и *веће давалаца услуга*.

Скупштина заједнице здравствене заштите имала је секретара, који је извршавао одлуке скупштине и њених органа, заступао заједницу здравствене заштите, старао се о припреми аката за скупштину заједнице здравствене заштите и њене органе и обављао друге послове у складу са законом и самоуправним општим актима заједнице здравствене заштите.

Искључиво општинске заједнице имале су своје изворне приходе, убиране по основу доприноса и из других извора, док су регионална (чије оснивање није било обавезно по закону) и републичка заједница остваривале средства за своје функције на основу самоуправних споразума које су

склапале општинске заједнице. Међутим, и поред обавезаности која је проистицала из закључених споразума, у пракси убирање средстава за функције регионалних и републичке заједнице није било ефикасно, што се сматра једном од највећих слабости у систему самоуправних интересних заједница (Д. Ђокић, Ђ. Јаковљевић, П. Мићовић, В. Грујић: Развој здравствене заштите у Србији. Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд, 1997, стр. 80).

Самоуправне интересне заједнице у правном систему земље постојале су до 1990. године. Круг осигураника и обим права на здравствену заштиту проширен је за време њиховог постојања. Међутим, интересно организовање у области здравства за последицу је имало неефикасност, слабљење функционалне повезаности здравства због све већег затварања заједница, смањење солидарности, све теже остваривање права на здравствену заштиту изван територије својих заједница, блокаду одлучивања због настојања да се о свему постигне консензус и друге слабости. Очекивања да ће радници из непосредне производње овладати целином дохотка путем слободне размене рада и интересног организовања нису се остварила.

Закон о здравственој заштити из 1990. године

Основе новог система социјалног осигурања дате су у Уставу Републике Србије из 1990. године, тако да су и прописи из области здравствене заштите и здравственог осигурања почели са њиме да се уклађују. Међутим, претходно је донет *Закон о здравственој заштити*.

Закон о здравственој заштити, који је слично Закону о здравственој заштити из 1979. године уређивао материју из области здравствене заштите и здравственог осигурања, донет је 25. јануара 1990. године.⁽²⁴⁾

У Србији од 1. априла 1990. године више не постоје СИЗ-ови здравствене заштите, уместо њих формиран су *фондови*.

Фондови су образовани за шире подручје од општинског, са једноставном организацијом и мањом стручном службом, што је омогућило ефикасније одлучивање.

На територији Србије било је *18 општинских фондова* здравствене заштите и здравственог осигурања (сваки је покривао територију више општина) и *један градски фонд* здравствене заштите и здравственог осигурања (за територију града Београда).

У општинском, односно градском фонду, на основама узајамности и солидарности, обезбеђивало се:

- спровођење здравствене заштите и обављање здравствене делатности на подручју општинског, односно градског фонда;
- права из здравственог осигурања утврђена овим законом, осим права која се обезбеђују у Републичком фонду;
- средства и други услови за усклађен развој здравствених установа на подручју општинског фонда;
- средства и други услови за рад и развој завода за заштиту здравља који обавља делатност за подручје општинског фонда;
- средства и други услови за развој грана медицине и области здравствене заштите у здравственим установама од интереса за више општинских фондова, у складу са споразумом тих фондова.

У општинском фонду закључивали су се уговори о пружању здравствених услуга са здравственим и другим установама и организацијама које спроводе одређене програме здравствене заштите, у складу са критеријумима и мерилима утврђеним у Републичком фонду.

У циљу спровођења здравствене заштите и здравственог осигурања на основама шире узајамности и солидарности, основан

је *Републички фонд здравствене заштите и здравственог осигурања*.

У Републичком фонду здравствене заштите и здравственог осигурања, поред осталог, обезбеђивало се:

- уједначавање остваривања обавезних видова здравствене заштите и за спровођење здравствене заштите на недовољно развијеном подручју;
- развој здравствених установа које врше послове од значаја за Републику, и здравствених установа на недовољно развијеном подручју утврђених програмом Републичког фонда;
- солидарно спречавање и отклањање последица проузрокованих већим елементарним несрећама, епидемијама заразних болести и другим масовним обољењима, групним несрећама на послу, обољењима већег социјално-медицинског значаја, као и услови за спречавање, сузбијање, одстрањивање и искорењивање одређених заразних болести, трансплантацију органа и ткива и примену дијализе;
- здравствена заштита осигураника упућених на лечење у иностранство;
- коришћење здравствене заштите у иностранству;
- учешће у изградњи водних и других хигијенских објеката на неразвијеном подручју у складу са епидемиолошким индикацијама;
- рад здравствених установа, хуманитарних организација, савеза и удружења на пословима здравствене заштите од интереса за Републику (стручно-методолошки рад, израда и спровођење стручних доктрина, рад референтних лабораторија, одређени послови заштите човекове околине, планирање информатике, статистике, послови заједничког медицинског снабдевања и др.).

Органи фондова били су: савет фонда и секретар фонда.

Две трећине чланова савета фонда бирала је скупштина друштвено-политичке заједнице која је оснивала фонд, из редова осигураника, а једну трећину чланова савета бирале су здравствене установе и њихова удружења и друге организације из области здравствене заштите.

Секретара фонда именовало је Извршно веће Скупштине СР Србије, односно Извршни савет Скупштине града Београда, на предлог савета фонда.

Стручне и административне послове за фондове, као и послове спровођења здравственог осигурања, обављала је служба у саставу републичког органа управе надлежног за послове здравства. У граду Београду ове послове обављао је градски орган управе надлежан за послове здравства.

Средства за здравствену заштиту и друга права из здравственог осигурања обезбеђивала су се доприносом за здравствено осигурање из личних доходака радника, односно из одговарајућих прихода других радних људи и грађана, и из дохотка предузећа и других организација и заједница које утврђују и распоређују доходак.

Средства за здравствену заштиту уживалаца права из пензијског и инвалидског осигурања обезбеђује одговарајућа заједница, односно фонд пензијског и инвалидског осигурања.

Из буџета друштвено-политичке заједнице, поред осталог, обезбеђивана су средства за:

- здравствену заштиту материјално необезбеђених лица;
- здравствену заштиту лица са непознатим пребивалиштем;
- здравствену заштиту лица на издржавању казне затвора;
- здравствену заштиту лица смештених у установе социјалне заштите;
- лекарске и друге прегледе и психолошка испитивања регрута ради утврђивања способности за војну службу;

- заштиту од јонизујућих зрачења;
- обавезне вакцинације;
- учешће у изградњи водних и других хигијенских објеката на неразвијеном подручју у складу са епидемиолошким индикацијама;
- спречавање, сузбијање и гашење епидемија заразних болести;
- здравствено васпитање;
- спровођење мера здравствене заштите које нареду органи друштвено-политичке заједнице;
- спровођење надзора над стручним радом;
- пружену хитну медицинску помоћ грађанину коме се право на здравствену заштиту не обезбеђује у фонду, као и средства за пружену хитну медицинску помоћ страном држављанину у складу са овим законом;
- преглед умрлих лица и стручно утврђивање времена и узрока смрти за лица умрла ван здравствене установе;
- рад завода за заштиту здравља у области хигијене и епидемиологије и социјалне медицине, за спровођење прописа из здравствене статистике, здравствене информатике и статистичких истраживања и за контролу ваздуха, воде, земљишта, хигијенске исправности намирница и комуналне буке;
- здравствену заштиту лица која обављају верске функције у оквиру верских заједница, као и монаха и монахиња који живе у манастирима, и то у висини једне половине доприноса за здравствено осигурање ових лица.
- и за друге намене утврђене законом.

Закон о здравственом осигурању из 1992. године

У условима потпуног распада СФРЈ, Србија и Црна Гора образовале су тзв. трећу Југославију. Трећа Југославија настала је проглашењем Устава Савезне Републике Југославије 27. априла 1992. године. Устав

СРЈ остављао је могућност и другим републикама чланицама да приступе Савезној Републици Југославији, али само у складу са тим уставом.

Од 1992. године, материја из области здравственог осигурања поново се регулише посебним законом.

Нови *Закон о здравственом осигурању* Народна скупштина Републике Србије донела је 2. априла 1992. године, објављен је 4. априла и ступио је на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије“.⁽²⁵⁾

За разлику од потпуне *децентрализације* која је постојала у области здравственог осигурања у периоду „слободне размене рада“, овим законом уведена је *централизација*.

Здравствено осигурање на територији читаве Републике спроводило се посредством једне организације – Републичког завода за здравствено осигурање и 30 његових филијала (са испоставама), које нису имале својство правног лица ни органе. Изменама Закона о здравственом осигурању из децембра 1998. године („Службени гласник РС“, број 46/98), *укинута је скупштина* Републичког завода за здравствено осигурање, тако да су његови органи били *управни одбор, надзорни одбор и директор*.

Приход Завода чинила су средства:

- доприноса за обавезно здравствено осигурање;
- доприноса за добровољно здравствено осигурање;
- од имовине којом располаже Завод;
- од личног учешћа осигураника у трошковима здравствене заштите;
- од домаћих и иностраних кредита и зајмова;
- и друга средства.

Односи између Завода и носилаца здравствене службе поводом пружања здравствене заштите осигураницима уређивали

су се *уговором*, који се, по правилу, закључује на неодређено време. Завод је утврђивао услове, критеријуме и мерила под којима су се закључивали уговори о пружању здравствене заштите са носиоцима здравствене службе.

Уговором утврђивали су се нарочито: врсте, обим и квалитет здравствених услуга које се пружају осигураницима, цене које Завод плаћа за пружање здравствених услуга, односно за извршење програма здравствене заштите, начин обрачунавања и плаћања цена, начин решавања спорних питања и друга међусобна права и обавезе уговорача.

Закон о здравственом осигурању из 2005. године

Важећи *Закон о здравственој заштити*,⁽²⁶⁾ којим долази до децентрализације у систему здравствене заштите, и *Закон о здравственом осигурању*, који задржава централизацију здравственог осигурања, донети су 2005. године, са каснијим изменама и допунама.

Права из обавезног здравственог осигурања запослених и других грађана обухваћених обавезним здравственим осигурањем и организација, као и финансирање обавезног здравственог осигурања, добровољно здравствено осигурање и друга питања од значаја за систем здравственог осигурања у Републици Србији уређују се *Законом о здравственом осигурању*, који се примењује од 10. децембра 2005. године.⁽²⁷⁾

У Републици Србији, у складу са овим законом, здравствено осигурање је:

1) *обавезно* здравствено осигурање (здравствено осигурање којим се запосленима и другим грађанима обухваћеним обавезним здравственим осигурањем, на начелима солидарности и узајамности, као и другим начелима утврђеним законом, обезбеђују право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде) и

2) *добровољно* здравствено осигурање (осигурање од настанка ризика плаћања

учешћа у трошковима здравствене заштите, осигурање грађана који нису обавезно осигурани, односно који се нису укључили у обавезно здравствено осигурање, као и осигурање на већи обим и стандард и друге врсте права из здравственог осигурања).

Врсте добровољног здравственог осигурања су: 1) паралелно здравствено осигурање, 2) додатно здравствено осигурање и 3) приватно здравствено осигурање.

Обавезно здравствено осигурање обезбеђује се и спроводи у *Републичком фонду за здравствено осигурање*. Законом о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању из августа 2011. године („Службени гласник РС“, број 57/11), *Републички завод за здравствено осигурање* променио је назив у *Републички фонд за здравствено осигурање*.

Одређени послови обавезног здравственог осигурања спровode се и у *филијалама Републичког фонда* и њиховим *испоставама* и у *Покрајинском фонду за здравствено осигурање*, који *немају својство правног лица*.

Добровољно здравствено осигурање могу да спровode правна лица која обављају делатност осигурања у складу са законом, као и Републички фонд за здравствено осигурање.

Средства за остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се уплатом доприноса за обавезно здравствено осигурање, као и из других извора, у складу са законом.

Приход Републичког фонда чине средства:

- 1) доприноса за обавезно здравствено осигурање;
- 2) премије за добровољно здравствено осигурање које организује и спроводи Републички фонд;
- 3) од имовине којом располаже Републички фонд;
- 4) домаћих и иностраних кредита и зајмова;

- 5) друга средства у складу са законом.

Средства Републичког фонда могу се користити само за намене одређене законом, и то:

- 1) за остваривање права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања;
- 2) за унапређивање система здравственог осигурања;
- 3) за остваривање права осигураних лица из добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи Републички фонд;
- 4) за подмирење трошкова спровођења здравственог осигурања;
- 5) за друге расходе, у складу са законом.

Односи између матичне филијале, односно Републичког фонда и давалаца здравствених услуга, поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту, уређују се *уговором*.

Уговором се могу утврдити следећи начини плаћања здравствених услуга:

- 1) плаћање по једном опредељеном осигураном лицу (у даљем тексту: *капитација*);
- 2) плаћање по случају, односно по епизоди болести или повреде;
- 3) плаћање по ценама појединачних здравствених услуга;
- 4) откупом плана рада давалаца здравствених услуга;
- 5) плаћање по дијагностички сродним групама болести и повреда;
- 6) други начин утврђен уговором.

Доношењем *Закона о изменама Закона о здравственом осигурању* („Службени гласник РС“, бр. 123/14), број чланова управног одбора Републичког фонда смањен је са 21 на 7 чланова (од којих се четири именују на предлог министра надлежног за послове здравља), а број чланова надзорног одбора смањен је са 7 на 5 чланова (од којих се три именују на предлог министра надлежног за послове здравља), чиме министарство

надлежно за послове здравља преузима функцију управљања Републичким фондом.

Конвенције о социјалном осигурању

Почев од 1950. године, од када је на снази Општа конвенција о социјалном осигурању са Француском, закључен је читав низ билатералних уговора у овој области (са Луксембургом и Белгијом 1954. године, Холандијом 1956. године, са Чехословачком, Италијом, Мађарском и Бугарском 1957. године, са Шведском, Пољском и Великом Британијом 1958. године, са Швајцарском 1962. године, са Аустријом 1965. године, са СР Немачком 1968. године, са Норвешком, Либијом и ДР Немачком 1974. године, са Панамом 1975. године, са Румунијом 1976. године, са Данском 1977. године, са Египтом 1987. године).

Са државама формираним на простору СФР Југославије су, такође, закључени споразуми о социјалном осигурању и то: са Хрватском 1997. године, са Македонијом 2000. године, са Босном и Херцеговином 2002. године, са Црном Гором 2006. године и са Словенијом 2009. године.

Конвенције које су најраније закључене имале су за циљ да обезбеде заштиту предатној економској емиграцији која је планирала повратак у домовину у старости. Са повећањем миграција радне снаге након Другог светског рата, закључивањем билатералних уговора пружа се знатно већи степен заштите миграната и равноправни третман држављана страна уговорница.

ЗАКЉУЧАК

У свету су присутни различити облици финансирања здравствене заштите, различити облици власништва над зградама и опремом у здравству, различит обухват становништва здравственим осигурањем, као и различит садржај и обим права из здравственог осигурања. Међутим, у зависности од *доминантног* извора финансирања, *преовлађујућег* власништва и величине обухвата становништва здрав-

ственом заштитом, систем здравствене заштите сваке државе може се, као што смо претходно већ навели, сврстати у један од три основна модела – система.⁽²⁹⁾

Да подсетимо, у земљама са *системом националне здравствене службе* (Велика Британија, Ирска, скандинавске земље, Грчка, Италија, Португалија, Шпанија и друге земље), доминантни извор финансирања здравства су *порези*, у земљама са *системом обавезног социјалног осигурања* (Немачка, Француска, Аустрија, Белгија, Швајцарска и друге земље) то су *доприноси*, док у земљама са *системом приватног осигурања* (САД), доминантно је *лично плаћање*.

Као што се у земљама са системом националне здравствене службе, део средстава за здравствену заштиту обезбеђује од доприноса, тако се и у земљама са системом социјалног осигурања део средстава обезбеђује из буџета (здравствена заштита неосигураних лица, капиталне инвестиције у здравству и др.).

Који је модел система здравствене заштите најбољи? Одговор на тако постављено питање није једноставан, пошто је избор модела система здравствене заштите условљен историјским, економским, социјалним, културним и другим чиниоцима. Променама ових околности, национални системи здравствене заштите прелазе из једног модела у други. Тако, на пример, бивше социјалистичке земље Централне и Источне Европе имале су системе здравствене заштите који су у многим аспектима били слични моделу националне здравствене службе („Семашков централизовани модел“). Распадом социјализма и започињањем процеса транзиције, ове земље углавном уводе систем обавезног социјалног, односно здравственог осигурања.⁽³⁰⁾

Устав Србије је прихватио концепт обавезног социјалног, односно здравственог осигурања. Да би се евентуално прешло на модел националне здравствене службе,

односно на финансирање здравствене заштите и осталих права из буџета, неопходне су измене уставних одредби које се односе на питања социјалног осигурања.

Мишљења смо да треба задржати концепт обавезног здравственог осигурања из већег броја разлога:

1) постојање дуге традиције у организацији здравственог осигурања на просторима Србије;

2) прихватање овог концепта од стране бивших социјалистичких земаља Централне и Источне Европе;

3) постојање концепта обавезног здравственог осигурања у већини европских земаља, које су нам биле и узор у стварању нашег здравственог осигурања (Немачка и Аустрија);

4) заснованост конвенција о социјалном осигурању које је Србија закључила са већим бројем земаља на концепту обавезног социјалног, односно здравственог осигурања;

5) боља могућност управљања финансијским средствима и контроле здравствене потрошње;

6) већа заинтересованост осигураних лица за рационално коришћење средстава здравственог осигурања;

7) јачање одговорности и иницијативе осигураних лица за функционисање система здравственог осигурања;

8) ослобађање државе од послова који нису чисто државног карактера, али уз задржавање значајних функција у овој области;

9) јачање поверења грађана у државу која им је дала могућност да учествују у обављању важних друштвених послова, као што су послови у вези са здравственим осигурањем.

Међутим, било за који модел система здравствене заштите да се определи Србија, важно је да се испоштују принципи на којима се ти модели заснивају. Уколико се определи да даље развија модел обавезног

здравственог осигурања, нужно је да се отклони, у доброј мери, постојање *дуализма* између државе и органа здравственог осигурања у спровођењу здравственог осигурања. Свака двојност представља велику сметњу у успешном функционисању здравственог осигурања.

Чињеница да је у правно уређеном систему здравственог осигурања функције тог осигурања у доброј мери преузела држава, те укидање скупштине осигураника, маргинализација улоге органа здравственог осигурања, онемогућавање самоуправе осигураника и остале чињенице које карактеришу функционисање здравственог осигурања од почетка последње деценије двадесетог века – захтевају одређена решења која ће ићи или у правцу успостављања система националне здравствене службе или у правцу афирмисања система обавезног социјалног осигурања.

Уколико се, након детаљно извршених анализа, дође до закључка да у постојећим друштвено-економским околностима више одговара успостављање система националне здравствене службе, који претпоставља буџет као основни извор финансирања, потребно је прво нормативно (изменом устава и закона), а након тога и практично увести тај систем.

Уколико постоји опредељење да се развија систем обавезног здравственог осигурања, за шта се и ми залажемо, онда органима здравственог осигурања с једне стране, и држави с друге стране, доношењем нових законских прописа из области здравствене заштите и здравственог осигурања, треба утврдити овлашћења каква тај систем захтева.

Рационално коришћење средстава здравственог осигурања, могућност остваривања права осигураних лица и успешно спровођење здравственог осигурања – у великој мери су условљени његовом организацијом.

Важећи Закон о здравственом осигурању, донет 2005. године, као и претходни из 1992. године, предвидео је да здравствено

осигурање спроводи један завод, односно фонд са близу 30 филијала које немају својство правног лица. То је први пут у дугој историји развоја здравственог осигурања у Србији да један фонд спроводи осигурање на целој њеној територији. У условима кад постоји један фонд на око седам милиона осигураних лица, не може се постићи рационално пословање, што потврђују како светска, тако и наша искуства. У фонду са

преко 7 милиона осигураних лица не може се остварити самоуправа осигураника, а поготово у условима непостојања скупштине као органа Фонда и преузимања функције управљања Фондом од стране надлежног министарства. Непостојање самоуправе осигураника негативно се одражава на рационално коришћење средстава осигурања, на контролу њиховог трошења и на целокупно спровођење осигурања.

ЛИТЕРАТУРА

1. Косановић Р: Социјално право. Радничка штампа, Friedrich Ebert Stiftung, Београд, 2011; стр. 26–30 и 81–93.
2. Косановић Р: Речник термина из области здравствене заштите и здравственог осигурања. Комора здравствених установа Србије и И. П. Обележја, Београд, 2007; стр. 333–347.
3. Влада Републике Србије: 2. Национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији, за период 2011–2014. године. Београд, 2014, стр. 258.
4. Устав Републике Србије, „Службени гласник РС”, број 98 /06.
5. Закон о осигурању радника, „Службене новине”, број 117/22.
6. Закон о спровођењу социјалног осигурања на подручју Демократске Федеративне Југославије, „Службени лист ДФЈ“, број 29/45.
7. Закон о уређењу судова социјалног осигурања и Врховног суда социјалног осигурања, „Службени лист ДФЈ“, број 85/45.
8. Уредба о судском поступку код судова социјалног осигурања и Врховног суда социјалног осигурања, „Службени лист ДФЈ“, број 89/45.
9. Закон о социјалном осигурању радника, намештеника и службеника, „Службени лист ФНРЈ“, број 65/46.
10. Закон о социјалном осигурању радника и службеника и њихових породица, „Службени лист ФНРЈ“, бр. 10/50, 13/50, 4/51, 11/51 и 46/51.
11. Уредба о оснивању завода за социјално осигурање и о привременом управљању средствима социјалног осигурања, „Службени лист ФНРЈ“, број 30/52.
12. Закон о здравственом осигурању радника и службеника, „Службени лист ФНРЈ“, број 51/54.
13. Закон о пензијском осигурању, „Службени лист ФНРЈ“, број 51/57.
14. Закон о инвалидском осигурању, „Службени лист ФНРЈ“, број 49/58.
15. Уредба о фондовима за узајамно помагање, „Службени лист ФНРЈ“, број 51/56.
16. Закон о установљењу здравственог осигурања пољопривредних произвођача, „Службени лист ФНРЈ“, број 27/59.
17. Закон о здравственом осигурању, „Службени лист ФНРЈ“, бр. 22/62 и 53/62.
18. Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању, „Службени лист СФРЈ“, број 15/65.

19. Основни закон о здравственом осигурању, „Службени лист СФРЈ”, бр. 29/66, 52/66 и 23/67).
20. Закон о организацији и финансирању социјалног осигурања, „Службени лист ФНРЈ“, број 22/62.
21. Општи закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва, „Службени лист СФРЈ”, број 20/69.
22. Закон о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите становништва, „Службени гласник СРС”, број 27/70.
23. Закон о здравственој заштити, „Службени гласник СРС“, бр. 30/79, 59/82, 18/83, 22/84, 50/84, 51/85, 49/86, 22/87, 35/87 – исправка, 42/87 – пречишћен текст, 46/87 – исправка, 8/88 и 20/89).
24. Закон о здравственој заштити, „Службени гласник СРС“, број 4/90).
25. Закон о здравственом осигурању, „Службени гласник РС“, бр. 18/92, 26/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96, 46/98, 54/99, 29/2001 и 18/2002).
26. Закон о здравственој заштити, „Службени гласник РС“, бр. 107/05, 72/09 – др. закон, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 – др. закон и 93/14).
27. Закон о здравственом осигурању, „Службени гласник РС“, бр. 107/05, 109/09-исправка, 57/11, 110/12 – УС, 119/12, 99/14 и 123/14.
28. Закон о изменама Закона о здравственом осигурању, „Службени гласник РС“, бр. 123/14.
29. Organization for Economic Cooperation and Development. Working Party on Social Policy – Nineth Meeting. The Reform of Health Care System in Seven OECD Countries, Paris: OECD, November 1990.
30. European Health Care Reforms, Analysis of Current Strategies, Summary, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996., str. 19.

Контакт: Рајко Косановић, e-mail: drrajko.kosanovic@gmail.com