

MODELI FINANSIRANJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Pregledni rad

UDK: 330.322: 364.32-624

364.69

Radovan Damnjanović¹, Vladan Vladisavljević², Tanja Arapović³

Abstrakt

Vođenje finansija javnih susreće se sa znatnim problemima, naročito tamo gde su doprinosi za zdravstveno osiguranje dominantni mehanizmi finansiranja. Veliki broj zemalja širom sveta susreo se sa određenim problemima u funkcionisanju i finansiranju vojnih sistema zdravstvenog osiguranja. Vrlo često postoji mnogo više zahteva nego materijalnih mogućnosti. Mnoge od njih traže najbolja rešenja, jer je reforma zdravstvenog osiguranja jedan od prioriteta, kako države, tako i vojske, na putu opšte transformacije.

Ključne reči: finansije, model, zdravstveni sistema, osiguranje.

Uvod

Polazeći od činjenice da se svaki složeni sistem sastoji od više podsistema odnosno da je svaki sistem deo nekog sistema na višem nivou može se reći da je Sistem zdravstvene zaštite deo ili podsistem zdravstvenog sistema koji obuhvata zdravstvenu infrastrukturu koja obezbeđuje spektar programa i usluga i pruža zdravstvenu zaštitu pojedincima, porodicama i zajednici.

Pod sistemom zdravstvene zaštite se podrazumevaju sve organizacije, ljudi i aktivnosti čiji je primarni cilj da se unapredi, obnovi ili održi zdravlje stanovništva. U pitanju je širok pojam, koji se ne može ograničiti samo na ustanove, javne ili privatne, koje neposredno pružaju zdravstvene usluge stanovništvu, već obuhvata i sve drugo što na bilo koji način, posredno ili neposredno, učestvuje u tom procesu. Tako, sistem zdravstvene zaštite, pored tih ustanova, čine i zakoni i drugi propisi u oblasti zdravstva, osiguravajuće organizacije koje se bave zdravstvenim osiguranjem, itd.

Bez obzira na način organizovanja zdravstvenog osiguranja, troškovi zdravstvene zaštite imaju značajan rast u svim državama sveta. Troškovi zdravstvene zaštite beleže izuzeto brz rast kao posledica demografskih promena (starenje stanovništva), razvoja tehnike i tehnologije, sve većeg stepena obrazovanja stanovništva, pojave

¹ Docent, dr Radovan Damnjanović, Univerzitet odbrane, Vojna akademija, Ulica Pavla Jurišića Šturma br. 33, Beograd, Srbija.

² MA Vladan Vladisavljević, Univerzitet odbrane, Vojna akademija, Ulica Pavla Jurišića Šturma br. 33, Beograd, Srbija.

³ Tanja Arapović, Univerzitet za poslovne studije Banja Luka, Ulica Jovana Dučića 23a, Banja Luka BiH

novih bolesti, kao i administrativnih troškova. (Milojević, Mihajlović, Cvijanović, 2012) Rast troškova, pored značaja samog zdravlja i zdravstvene zaštite, ističe zdravstveno osiguranje kao jedno od najvažnijih socijalnih, ekonomskih, a time i političkih pitanja.

Modeli zdravstvene zaštite

Kada je reč o oblicima zdravstvene zaštite može se reći da funkcija finansiranja sistema zdravstvene zaštite opredeljujuće utiče na oblik organizovanja zdravstvenog sistema, odnosno tačnije rečeno način plaćanja zdravstvenog osiguranja kao jednog od delova izvora prihoda zdravstvenog sistema.

U odnosu na način plaćanja zdravstvenog osiguranja danas u svetu postoje nekoliko različitih sistema zdravstvenog osiguranja.

Karakteristike koje se uzimaju pri definisanju opštih modela finansiranja zdravstvenog osiguranja (Jovičić K. i drugi, 2014):

- način mobilisanja finansijskih sredstava koji omogućava funkcionisanje sistema zdravstvenog osiguranja (uplata doprinosa, poreza itd.),
- metod plaćanja zdravstvenih usluga (po osiguranom licu i td.) način finansiranja bolnica i
- sistem kontrole sprovođenja zdravstvene zaštite.

Različite kombinacije prethodno navedenih karakteristika predstavljaju određeni model finansiranja zdravstvenog osiguranja. (Mihajlović, Trandafilović, Miletić, 2017) U praksi je veoma teško pronaći tzv. "čiste" modele finansiranja zdravstvenog osiguranja. Pripadnost dotičnom modelu finansiranja se određuje na osnovu preovlađujućih karakteristika određenog.

Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji postoje sledeći tipovi modela zdravstvenog osiguranja (Kesner-Škreb, 2003):

1. Bizmarkov model (1883.g.) koji se naziva "klasičnim" (obaveznim) zdravstvenim osiguranjem, ili tzv. "socijalnim zdravstvenim osiguranjem";
2. Beveridžov model (1948.g.), u literaturi poznat kao model "budžetskog zdravstvenog osiguranja" ili "nacionalne zdravstvene službe (servisi)";
3. Semaškov model (1920.g.) ili model "državno vođene zdravstvene zaštite".

Bizmarkov model finansiranja zdravstvenog osiguranja

Ovaj model zasniva se na obaveznom univerzalnom zdravstvenom osiguranju koje se vezuje za rad nemačkog kancelara Bizmarka na razvoju sistema celokupnog socijalnog osiguranja.

U Bizmarkovom modelu finansiranja zdravstvene zaštite, preovladava finansiranje sistema zdravstvene zaštite iz fondova obaveznog zdravstvenog osiguranja korišćenjem doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje koje solidarno uplaćuju i

zaposleni i poslodavci. Doprinosi za zdravstveno osiguranje predstavljaju oblik javnih državnih prihoda sa unapred definisanom namenom.

Ovaj model finansiranja zdravstvenog osiguranja bazira se na uplatama sredstava doprinosa po osnovu rada, poslodavaca (1/3 od ukupnih doprinosa) i zaposlenih (2/3 od ukupnih doprinosa), neprofitnim fondovima osiguranja. Bruto zarada zaposlenih predstavlja osnovicu na koju se obračunavaju sredstva doprinosa. Organizacije za osiguranje su nosioci osiguranja kojima upravljaju predstavnici osiguranika srazmerno uplaćenim doprinosima. Ove organizacije sklapaju ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga (zdravstvenim službama) čije usluge koriste osiguranici. Najčešće se zdravstvene usluge plaćaju paušalno ili po usluzi.

Ovaj sistem zdravstvenog osiguranja funkcioniše na određenim principima, kao što su (Mossialos, Thomson, 2004):

- neprofitabilnost;
 - solidarnost između svih osiguranika koji udruženi u određene organizacije (fondovi, bolničke kase, agencije itd.) imaju veliki broj prava među kojima se ističe i pravo na zdravstvenu zaštitu;
 - sigurnost (koja proističe iz univerzalnog obezbeđenja sistema zdravstvene zaštite),
 - odgovornost (celokupna društvena zajednica odgovorna za zdravlje stanovništva).
- Karakteristika ovog sistema zdravstvenog osiguranja je relativno mnogo zaposlenih koji ne pripadaju medicinskom kadru.

Sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja može dobro da funkcioniše samo u situaciji kada torškovi po osiguranom licu ne prelaze nivo prosečnog doprinosa po osiguranom licu.

Sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja prilikom svog konstituisanja odnosio se, pre svega, na određene strukture zaposlenih, npr.: u industriji, železnici, rudarstvu i u okviru drugih veoma rizičnih zanimanja, a zatim je obuhvatio i službenike, zemljoradnike, penzionere i nezaposlene osobe.

Različita su mišljenja tome kojim zemljama odgovara Bizmarkov model finansiranja zdravstvenog osiguranja. Prema jednom mišljenju Bizmarkov model finansiranja zdravstvenog osiguranja pogodniji je za zemlje koje su: razvijenije, imaju visok procenat zaposlenih osoba i zaposlene osobe imaju zarade na visokom nivou. Sa druge strane, postoje stručnjaci koji smatraju da ovaj model finansiranja zdravstvenog osiguranja bliži zemljama u tranziciji zato što se odvojenošću fondova zdravstvenog osiguranja od drugih sektora (vladinih) onemogućava prelivanje sredstava za zdravstveno osiguranje u druge sektor i time onemogućava smanjenje sredstava koja se dodeljuju za funkcionisanje ovog oblika socijalnog osiguranja i sprečava njegovo zaostajanje u razvoju.

Bizmarkov sistem finansiranja zdravstvenog osiguranja usvojile su mnoge zemlje među kojima su: Nemačka, Austrija, Belgija, Francuska, Luksemburg, Holandija,

Švajcarska itd. Određen broj zemalja Istočne Evrope, se u periodu tranzicije, opredelio za ovakav sistem zdravstvenog osiguranja. Slovenija je, na primer početkom devedesetih godina prošlog veka imala probleme u vezi sa finansiranjem zdravstvene zaštite iz državnog budžeta i prešla je 1992. godine na sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Iz navedenog može se zaključiti da se Bizmarkov model finansiranja zdravstvenog osiguranja primenjuje i u razvijenim, manje razvijenim ali i u zemljama u tranziciji.

Beveridžov model finansiranja zdravstvenog sistema

Beveridžov model finansiranja zdravstvenog osiguranja prihvaćen je u Velikoj Britaniji (u kojoj je prvo i primenjen), Irskoj, Islandu, Danskoj, Finskoj, Norveškoj, Švedskoj itd.

U Beveridževom sistemu zdravstvenog osiguranja glavni nosilac je država. Ona treba da obezbeđuje zdravstvene kapaciteta, finansira pružanje zdravstvenih usluga i vrši upravljanje celokupnim sistemom zdravstvenog osiguranja.

Sistem finansiranja bazira se na porezima koji uplaćuju obveznici, tj. finansiranje se vrši iz opšteg državnog budžeta, tako da permanentno dolazi do "borbe" za finansijska sredstva sa ostalim sektorima koji se finansiraju iz budžeta. Porezi se u okviru ovog sistema smatraju "cenom javnog dobra", a javno dobro je recimo "sistem javnog zdravstvenog osiguranja". Zdravstvene ustanove se nalaze u vlasništvu države, lekari primaju klasičnu mesečnu zaradu ili su plaćeni po učinku. Kao i u Bizmarkov sistem i Beveridžov sistem finansiranja zdravstvenog osiguranja se bazira na solidarnosti, ali u procesu upravljanja sistemom zdravstvenog osiguranja nisu uključeni osiguranici i poslodavci.

Pored prethodno navedenih karakteristika ovaj sistem zdravstvenog osiguranja sadrži i sledeće(Pak, 2011):

- upotreba zdravstvene zaštite odobrena je za sve stanovnike uz slobodu izbora lekara,
- poseban značaj pridaje se lekaru opšte prakse,
- zdravstvene službe koje rade za unapred utvrđenu zaradu pružaju zdravstvenu zaštitu,
- zdravstvena zaštita je dostupna celokupnom stanovništvu bez ikakvih obaveza direktnog plaćanja pacijenata za pružene zdravstvene usluge,
- prisutna je efikasna kontrola svih izdataka za zdravstvenu zaštitu na makro nivou.

U Velikoj Britaniji je 1948. godine oformljena Nacionalna zdravstvena služba kao okosnica javno finansiranog sistema zdravstvenog osiguranja. Finansiranje se vrši, kao što je već prethodno navedeno, iz osnovnog poreza a celokupno stanovništvo ima pravo na "besplatno" medicinske usluge (nema dodatnih uplata od strane korisnika usluga). Sve zemlje koje su u sastavu Velike Britanije: Engleska, Vels, Škotska i Irska imaju sopstvene Nacionalne zdravstvene službe. Ove zdravstvene službe na isti način su organizovane i njima se upravlja na nivo pojedinačnog državnog entiteta.

Veliki broj zemalja u osnovi svojih modela zdravstvenog osiguranja imaju najčešće modifikovane oblike Bizmarkovog i Beveridžovog modela finansiranja zdravstvenog osiguranja.

Semaškov model finansiranja zdravstvenog sistema

Ovaj model finansiranja zdravstvenog osiguranja primenjivan je u socijalističkom Sovjetskom Savezu, dvadesetih godina prošlog veka i sličan je Beveridžovom modelu i prema ovom modelu država je odgovorna za zdravstvenu zaštitu celokupnog stanovništva. Prema Semaškovom modelu "državno vođenje zdravstvene zaštite" podrazumeva da je država nosilac fonda za zdravstveno osiguranje, i drugih institucija pravovremene i pune javne zdravstvene zaštite korisnika, dok je isključena mogućnost privatne zdravstvene zaštite.

Pored navedenih modela finansiranja zdravstvenog osiguranja u svetskom zdravstvenom osiguranju postoji i podela na (Rajnih, 2008):

- Potpun (čist) državni/javni model. Ovaj model finansiranja zdravstvenog osiguranja prisutan je kod malog broja zemalja i to npr. (na Kuba, Severna Koreja). Kod ovog modela država finansira i reguliše pružanje zdravstvenih usluga korisnicima zdravstvenog osiguranja.
- Preovladavajuće (dominantno) javni model u kome se oblast zdravstva dominantno finansira iz javnih izvora, a sprovođenje zdravstvene zaštite preovladavajuće je u nadležnosti javnih zdravstvenih službi.
- Mešoviti model finansiranja zdravstvenog osiguranja podrazumeva kombinaciju javnog i privatnog modela finansiranja.
- Preovladavajuće (dominantno) privatni model karakteriše najvećim delom privatno finansiranje zdravstvenog osiguranja i privatno pružanje zdravstvenih usluga. Ovaj model je prisutan u SAD-u, gde je početkom ovog veka oko 44% sredstava u javnom sektoru mobilisano iz javnih izvora.
- Potpun (čist) privatni model finansiranja zdravstvenog osiguranja je model koji se primenjuje npr. u Singapuru, gde se preko 90% zdravstvene zaštite finansira direktno od strane korisnika osiguranja.

Pored navedenih podela postoje i sledeći modeli finansiranja zdravstvenog osiguranja:

1. Model obaveznog zdravstvenog osiguranja (Bizmarkov),
2. Model nacionalne zdravstvene službe (Beveridžov) i
3. Model privatnog zdravstvenog osiguranja.

Modeli na rednom broju 1. i 2. su već obrazloženi.

Privatno zdravstveno osiguranje

Privatno zdravstveno osiguranje podrazumeva zaključivanje ugovora o osiguranju sa osiguravajućom kompanijom. Ovaj model finansiranja zdravstvenog osiguranja može

koristiti stanovništvo koje nije obavezno zdravstveno osigurano, a oni osiguranici koji su obavezno zdravstveno osigurani mogu sebi obezbediti prava u većem obimu od onih prava koje se obezbeđuju obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Pojedinaac može samostalno zaključiti ugovor o privatnom zdravstvenom osiguranju, ali je sve češća pojava da ovu aktivnost obavljaju preduzeća u korist svojih zaposlenih. "Kupujući" privatno zdravstveno osigurnje pojedinac se osigurava za slučaj stvaranja troškova koji mogu biti prouzrokovani procesom lečenja od određenih bolesti. Model privatnog zdravstvenog osiguranja je rasprostranjen u SAD-u dok je u Evropi manje zastupljen.

Jedna od najjednostavnijih i najrasprostranjenijih podela koja se može naći u literaturi je podela na evropski i američki model.

Evropski model je zastupljen u državama EU. Zdravstveno osiguranje se bazira na obaveznom (socijalnom) osiguranju, koje se finansira iz doprinosa na zarade na teret zaposlenih i poslodavaca i iz poreza. Ovaj model funkcioniše na osnovnim principima solidarnosti i jednakosti pristupu zdravstvenim uslugama. Obezbeđuje paket osnovnih zdravstvenih usluga za svo stanovništvo. Postoji i dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao dopuna obaveznom zdravstvenom osiguranju u različitim oblicima i obimu, i razlikuje se od države do države.

Osnovni oblici dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u državama EU (Radičić, Raičević, 2011):

- Substitutive (zamena ili alternativno),
- Complementary (dopunsko),
- Syplementary (dodatno) .

Alternativno zdravstveno osiguranje je limitirano za specifične populacione grupe u malom broju država. Pristup ovom tipu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je određen prihodom ili statusom zaposlenog. Obično je predviđen za deo populacije koja je po osnovu visokih prihoda isključena iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (Holandija), deo populacije koja po osnovu visokih prihoda može da bira da li će ostati u obaveznom ili će se odlučiti za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (Nemačka), i za deo populacije tzv. samozaposlenih (Austrija i Belgija).

Nivo pokrića se kreće od 0,2% u Austriji, do 24,7% u Holandiji. U Nemačkoj deo populacije, čiji prihodi prelaze propisani limit, može da bira ili da ostane u obaveznom zdravstvenom osiguranju, ili da se isključi iz obaveznog i pristupi dobrovoljnom (alternativnom) zdravstvenom osiguranju. U Austriji i Belgiji deo populacije, tzv. samozaposleni, čiji prihodi prelaze određeni limit, mogu da istupe iz obaveznog i prihvate dobrovoljno (alternativno) zdravstveno osiguranje.

Dopunsko i dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje otvoreni su za celu populaciju i postoje u svakoj državi članici EU. Međutim, teško su uporedivi po državama, zbog razlika u tipu i kvalitetu pokrića.

Dopunsko dobrovoljno zdravstveno osiguranje uglavnom pokriva troškove participacije. Zbog toga se može reći da su osiguranici dopunskog dobrovoljnog

zdravstvenog osiguranja vrlo raznovrsne kategorije populacije. Prisutno je u svim državama, a najviše u Belgiji, Danskoj, Francuskoj, Luksemburgu, Švedskoj i Holandiji. Nivo pokriva se kreće od 20% do 70%. (Rakonjac-Antić, 2010)

Dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje je pogodnije za deo populacije sa višim profesionalnim statusom i višim prihodima. Ono povećava mogućnosti izbora i pristupa različitim zdravstvenim uslugama i onim koje nisu pokrivene obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Obezbeđuje širi izbor snabdevanja uslugama, brži pristup (bez liste čekanja na tretman) i bolje usluge (prijatniji boravak u bolnici), ali ne mnogo bolji medicinski kvalitet zaštite. Ovaj oblik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je omogućen u mnogim državama članicama, ali preovlađuje u državama sa Beveridžovim modelom zdravstvenog osiguranja. U državama EU prosečno učešće troškova zdravstvene zaštite u BDP je oko 9%. Učešće troškova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u ukupnim troškovima zdravstvene zaštite na nivou EU je nešto ispod 10%. Nešto viši procenat učešća od prosečnog je u Francuskoj (12,2%), zbog visokih participacija nametnutih obaveznim osiguranjem, a koje su dovele do značajnog povećanja dopunskog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (čak 85% stanovništva ima dopunsko osiguranje) i Holandiji (17,7%), jer je po osnovu prihoda oko 25% stanovništva isključeno iz dela obaveznog zdravstvenog osiguranja i zaključuje supstitutivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Znatno niže učešće, čak ispod 5%, zabeleženo je u Grčkoj, Italiji, Portugaliji, a manje od 2,5% u Austriji, Belgiji, Danskoj, Finskoj, Luksemburgu, Španiji i Velikoj Britaniji. (Janković, 2011)

Američki model je sistem zdravstvenog osiguranja baziran na privatnom zdravstvenom osiguranju. Zdravstveno osiguranje se obezbeđuje preko privatnih kompanija za osiguranje, koje posluju na tržišnim principima. Premija osiguranja je osnov finansiranja zdravstvene zaštite. Zasnovan je na dobrovoljnosti i ne obezbeđuje univerzalno pokriće. Međutim, veoma je rasprostranjena praksa da poslodavci potpuno ili delimično obezbeđuju za svoje zaposlene i članove njihovih porodica zdravstveno osiguranje. Poznati su primarni i sekundarni plan. Socijalno zdravstveno osiguranje je obezbeđeno samo za deo stanovništva koji ispunjava određene uslove (stari i siromašni), kroz programe Medicare i Medicaid. Ne postoji univerzalno pokriće, već je oko 16%, ili oko 50 miliona stanovnika, zdravstveno neosigurano.

Reforma sistema zdravstvenog osiguranja u SAD predmet je svake predsedničke kampanje. Prethodni predsednik Barak Obama je, zbog visokih troškova, ekonomske krize i činjenice da je oko 50 miliona Amerikanaca zdravstveno neosigurano (svake godine oko 14.000 ljudi izgubi zdravstveno osiguranje, a 18.000 umre jer nema zdravstveno osiguranje), izvršio reformu.

Cilj je da se obezbedi osiguranje za sve koji su bili neosigurani, smanji cena osiguranja za siromašni i srednji sloj stanovništva i zabrani diskvalifikacija onih koji su već bolesni na početku osiguranja.

U svakom od navedenih oblika zdravstvenog osiguranja prisutna je veoma komplikovana administracija, kao i moralni hazard, koji utiče na povećanje troškova

zdravstvene zaštite. Kompanije za osiguranje se protiv moralnog hazarda bore uvođenjem participacija i franšiza.

Kao zaključak na kraju Prvog poglavlja, a na osnovu određenih istraživanja po pitanju finansiranja zdravstvenog osiguranja može se konstatovati da ne postoji definitivan i perfektan model finansiranja zdravstvenog osiguranja koji bi se univerzalno primenjivao po zemljama. Već svaka zemlja prema svojim karakteristikama osmišljava model finansiranja koji može biti kombinacija karakteristika više postojećih modela.

Zaključak

Funkcija finansiranja sistema zdravstvene zaštite opredeljujuće utiče na oblik organizovanja zdravstvenog sistema, odnosno tačnije rečeno način plaćanja zdravstvenog osiguranja kao jednog od delova izvora prihoda zdravstvenog sistema.

Danas u svetu postoje različiti oblici organizovanja zdravstvenog (načini plaćanja zdravstvenog osiguranja), ali se na osnovu sprovedenih istraživanja po pitanju finansiranja zdravstvenog osiguranja može konstatovati da ne postoji definitivan i perfektan model finansiranja zdravstvenog osiguranja koji bi se univerzalno primenjivao. Već svaka država prema svojim karakteristikama osmišljava model finansiranja koji može biti kombinacija karakteristika više postojećih modela.

U Srbiji se sistem zdravstvenog osiguranja bazira na obaveznom zdravstvenom osiguranju, kao i u svim evropskim državama, a naročito državama koje su imale socijalističko društveno uređenje i dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Literatura

1. Jovićić K. i drugi, Sistemi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja Uporedno pravna analiza u evropskim zemljama, Institut za upravno pravo Beograd, 2014.
2. Kesner-Škreb mr.sc. Marina; "Doprinosi za socijalno osiguranje", Finansijska teorija i praksa, 27 (2), 2003.g.
3. Milojević I., Mihajlović M., Cvijanović M., (2012) Impact of organizational failure of relevance consolidated budget, Ekonomika poljoprivrede, Vol. 59, N°1 (1-176), , str. 63-71, ISSN: 0352-3462, UDC: 336.143.01.
4. Mihajlović M., Trandafilović A., Miletić A. (2017) The application of stochastic model of inventory management of spare parts in military medical institutions, The 1st International Conference on Management, Engineering and Environment, ICMNEE 2017, Belgrade, September 28-29, str. 323-333. ISBN 978-86-80698-09-0 (M33)
5. Mossialos, E., Thomson. S., (2004) Voluntary health insurance in the European Union, Brussels, World Health Organization.
6. Pak J., Pravo osiguranja, Univerzitet Singidunum Beograd, 2011.
7. Radičić M., Raičević B., Javne finansije teorija i praksa, Ekonomski fakultet Subotica, 2008.,
8. Rajnih, M. EMEU Praktikum, br. 8/10 (2008), Evropska agencija za rekonstrukciju,

9. Rakonjac-Antić T., Penzijsko i zdravstveno osiguranje, Centar za izdavačku delatnost, Ekonomski fakultet Beograd, 2010.
10. Stoiljković M., Vukadiović S., Operaciona istraživanja, VIZ Beograd, 1984.:
11. Janković D., (2011) "Zdravstveno osiguranje kao faktor troškova zdravstvene zaštite", Škola biznisa Broj 4,
12. Santere E., Rehford, Neun P., Stephen; "Health Economics; Theories, Insights, and Industu Studies", Irwin, 1996.

MODELS OF HEALTH INSURANCE FINANCING

Vladan Vladislavljević⁴, Radovan Damnjanović⁵, Dragana Duin⁶

Abstract

Managing public finances is faced with significant problems, especially where health insurance contributions are the dominant financing mechanisms. A large number of countries around the world have encountered certain problems in the functioning and financing of military health insurance systems. Very often there are many more demands than material possibilities. Many of them are looking for the best solutions, because health insurance reform is one of the priorities, both the state and the military, on the path of general transformation.

Key words: finance, model, health system, insurance.

Datum dolaska (Date received): 30.01.2018.

Datum prihvatanja (Date accepted): 12.02.2018.

⁴ MA Vladan Vladislavljević, University of Defense, Military Academy, Pavla Jurišić Street Šturma no. 33, Belgrade, Serbia.

⁵ Assistant Professor Dr. Radovan Damnjanović, University of Defense, Military Academy, Pavla Jurišić Street Šturma no. 33, Belgrade, Serbia.

⁶ Dragana Duin, University of Business Studies, Ulica Jovana Dučića br. 23a, Banja Luka, Republika Srpska.