

BARIJERE RAVNOMERNOG RAZVOJA DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U REPUBLICI SRBIJI

Apstrakt

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje (DZO) u Republici Srbiji beleži trend kontinuiranog rasta, profilisajući se kao ključni mehanizam za rasterećenje javnog zdravstvenog sistema. Ipak, analiza tržišta ukazuje na izrazitu regionalnu nejednakost u dostupnosti usluga, koja direktno determiniše stepen zastupljenosti DZO polisa. Cilj ovog rada je da istraži uzročno-posledičnu vezu između nedovoljne zastupljenosti ovog vida osiguranja i niske motivisanosti poslodavaca i građana za zaključivanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. U radu je primenjen metodološki okvir koji kombinuje deskriptivnu analizu i studiju slučaja. Istraživanje potvrđuje hipotezu da koncentracija privatnih ustanova u većim gradskim centrima stvara "geografsku isključenost" korisnika u manjim sredinama, čime polisa DZO gubi svoju upotrebnu vrednost. Rezultati ukazuju na to da utrošak vremena i logistička kompleksnost predstavljaju ključne psihološke i ekonomske barijere. Rad zaključuje da bez intervencije u pravcu decentralizacije privatnog zdravstva, podržane boljom korespondencijom pružalaca zdravstvenih usluga i osiguravajućih društava, ovaj vid osiguranja ostaje privilegija velikih urbanih centara. Preporuke se odnose na kreiranje podsticajnih mera za otvaranje specijalističkih ambulanti u manjim gradovima i sistemsku integraciju digitalnih zdravstvenih servisa u postojeće pakete osiguranja

Ključne reči: *Dobrovoljno zdravstveno osiguranje, regionalna nejednakost, privatna zdravstvena zaštita.*

1. Uvod

Savremeni sistemi zdravstvene zaštite širom sveta suočavaju se sa izazovom održivosti, pri čemu javno i privatno zdravstvo sve više postaju komplementarni. U Republici Srbiji, zdravstveni sistem se tradicionalno oslanja na obavezno zdravstveno osiguranje koje pokriva Republički fond za zdravstveno osiguranje (RFZO).

* Dr Duško Ranisavljević, vanredni profesor, Fakultet organizacionih studija EDUKA u Beogradu, menadžer poslovnog razvoja kompanije Publik doo Valjevo duško.ranisavljevic@publik.net

Ipak, poslednjih decenija svedoci smo intenzivnog razvoja privatnog zdravstva a poslednjih godina i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (DZO), koje se nameće kao nužan korektivni mehanizam, sposoban da odgovori na zahteve za bržom, efikasnijom i personalizovanijom uslugom. Tržište DZO beleži kontinuiran rast premije, što ukazuje na sazrevanje svesti kod građana i poslodavaca o važnosti ulaganja u zdravlje kao ključni resurs.

Međutim, dok kvantitativni pokazatelji na makro nivou sugerišu optimističan trend, mikro-analiza otkriva duboke strukturne anomalije. Tržište privatnih zdravstvenih usluga u Srbiji karakteriše visoka stopa centralizacije. Privatne poliklinike, laboratorije i dijagnostički centri primarno su locirani u četiri najveća grada – Beogradu, Novom Sadu, Nišu i Kragujevcu. Ovakva distribucija kapaciteta stvara "geografsku isključenost" stanovništva iz manjih gradova i ruralnih sredina. Za građanina koji živi u manjem gradu, posjedovanje polise DZO često ne znači i praktičnu dostupnost usluga koje su tom polisom obuhvaćene.

Mnogi poslodavci kako bi podstakli lojalnost zaposlenih i smanjili fluktuaciju radne snage, uvode različite benefite za zaposlene od kojih je neizostavno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje, na način da se zaposlenima uplaćuje određeni iznos premije koji sa sobom nosi određeni nivo privatne zdravstvene zaštite.

Ovaj rad istražuje tezu da nedovoljna zastupljenost privatnih zdravstvenih ustanova u manjim gradovima Srbije direktno ograničava potencijal razvoja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Problem nije samo u nedostatku ponude, već u činjenici da se geografski disparitet pretvara u psihološku barijeru. Kada korisnik usluge uvidi da je njegova polisa upotrebljiva tek nakon kompleksnog procesa prijave i neretko dužeg putovanja ili čekanja na uslugu, koncept "dobrovoljnog osiguranja" gubi svoju primarnu vrednost – uštedu vremena i komfor. Cilj ovog istraživanja je da se identifikuju ključni faktori koji sprečavaju razvoj dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja tj. zašto ga kompanije u unutrašnjosti Srbije nedovoljno primenjuju za svoje zaposlene, iako postoje različiti državni podsticaji i motivi za uvođenje.

Primetan je i problem dvostrukih cena kod DZO-a koje formalno povećavaju iskorišćenost polise, jer nisu iste redovne cene privatnih zdravstvenih ustanova i cene koje se fakturišu od strane zdravstvenih ustanova, a to je i problem ugovorene cene osiguranja i čestih promena cena medicinskih usluga, kao i problem garantovane cene medicinske usluge u periodu od bar jedne godine, što bi osiguravajućim društvima pomoglo da premiju učine dostupnijom.

2. Metodologija istraživanja

Za potrebe ovog rada primenjen je metodološki okvir koji kombinuje kvantitativne i kvalitativne pristupe kako bi se osigurala naučna objektivnost i pouzdanost dobijenih nalaza. U radu je korišćena deskriptivna i analitička metoda. Osnova istraživanja zasniva se na analizi podataka. Primarni izvor podataka su izveštaji Narodne banke Srbije (NBS) o sektoru osiguranja u Republici Srbiji (2025) kao i Izveštaj Komisije za zaštitu konkurentnosti (2019-2023). Ovi podaci omogućili su uvid u trendove rasta premije DZO i terito-

rijalnu koncentrisanost. U osnovi, to su podaci Republičkog zavoda za statistiku (RZS) o demografskim karakteristikama, što je poslužilo za definisanje ekonomskog okvira potražnje za ovim vidom osiguranja. Studija slučaja daje uvid u konkretnu analizu jednog velikog preduzeća na teritoriji grada Valjeva, o iskorišćenosti polisa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za zaposlene, kao i mogućnosti za proveru dostupnosti specifičnih specijalističkih usluga (npr. kardiologija, oftalmologija, dijagnostika) u paketu osiguranja.

Sprovedena je komparativna analiza između dva različita tipa sredina: Beograda - kontrolna grupa sa najvećom koncentracijom privatnih zdravstvenih kapaciteta i Valjevo - kao reprezentativni uzorak.

3. Hipoteze istraživanja

Na osnovu postavljenog problema, definisane su dve glavne hipoteze:

H1: Poslodavci u manjim gradovima, destimulirani su da zaposlenima pruže benefite polise DZO, zbog slabe pokrivenosti privatnim zdravstvenim ustanovama, što čini marginalni trošak polise većim od njene marginalne korisnosti.

Inače, teorija marginalne korisnosti u ovoj tematici našla je primenu kod većeg broja naučnih radova, zašto poslodavci DZO vide kao trošak (Zweifel, P., Breyer, F., & Kifmann, M. 2009).

H2: Vreme provedeno u realizaciji medicinske usluge do druge ustanove i dodatni troškovi prevoza značajno redukuju korisničku vrednost polise DZO, što vodi ka niskoj stopi obnove ugovora u manjim gradovima, bilo da je reč o individualnom ugovaranju“ bilo da je reč o benefitu od poslodavca (korisnici su demotivisani da se iznova osiguravaju).

4. Analiza tržišnih trendova i zastupljenosti DZO u periodu 2019–2025. godine

Tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Srbiji doživelo je ekspanziju nakon pandemije COVID-19, kada je svest o važnosti brze dijagnostike postala prioritet. Prema podacima Narodne banke Srbije (NBS), broj osiguranika DZO beleži konstantan rast. U 2025. godini, u strukturi svih premija, neživotna osiguranja su u porastu, sa učešćem od 82,2 %, dok je učešće životnog osiguranja u padu (NBS, Sektor osiguranja u Srbiji, Izveštaj 2025).

U strukturi ukupnog portfelja osiguranja, prema istom izvoru, premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je zabeležila rast od 16,5% što povećava učešće u ukupnoj premiji sa 9,9% na 10,7% posmatrano u periodu 2024-2025.godina. Zanimljiv je podatak da tri društva pokrivaju 64,8% ove vrste osiguranja.

S obzirom na specifičnost teme, ne postoji veliki broj dostupnih izvora, da bi se ova tema detaljnije obradila, osim izveštaja koji je sprovedla Komisija za zaštitu konkurencije 2025. godine za period od 2019-2023. godine i predstavila ga kroz Izveštaj o sprovedenoj sektorskoj analizi stanja i uslova konkurencije na tržištu pružanja privatnih zdravstvenih usluga u određenim vrstama zdravstvenih ustanova u periodu od 2019. do 2023. godine.

Navedeno istraživanje Komisije za konkurentnost daje suštinske podatke bitne za temu ovog rada, sagledavajući konkurentnost i poslovanje pri-

vatnih zdravstvenih ustanova u Republici Srbiji u petogodišnjem periodu 2019-2023. U izveštaju se navodi da je u Srbiji u 2021. godini izdvajanje za zdravstvo 10% BDP-a, od čega je 35% tzv. "out of pocket" dok je u EU to učešće 15%. Privatni zdravstveni sistem je dobio na značaju zbog neefikasnosti javnog zdravstvenog sistema. Ovaj rast pratilo je povećanje učešća DZO-a, u neživotnim osiguranjima sa 6% na 12% u navedenom periodu.

U navedenom periodu u uzorak analize ušlo je 14 osiguravajućih društava, a dobrovoljno zdravstveno osiguranje su odobraval: GENERALI OSIGURANJE SRBIJA A.D.O, GLOBOS OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD, MILENIJUM OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD, TRIGLAV OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD, OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD, UNIQA OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD, DUNAV OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD, SAVA NEŽIVOTNO OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD, WIENNER STADTISCHE OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD, DDOR NOVI SAD A.D.O. NOVI SAD, dakle 9 osiguravajućih društava.

Regulatorni okvir kojim se uređuje kompletan sistem zdravstvene zaštite u Srbiji je Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, "Sl. glasnik RS", br. 25/2019 i 92/2023), koji predviđa da i privatne zdravstvene ustave i privatna praksa postaju deo zdravstvenog sistema. Za obavljanje privatne prakse predviđeno je pored ostalih uslova i posedovanje licence, koju izdaje nadležna komora, ali postoje medicinske usluge koje privatna praksa ne obavlja.

Plan mreže javnih ustanova u nadležnosti je ministarstva zdravlja, dok se privatne ustanove i praksa može (geografski) osnovati bilo gde u zemlji u skladu sa pravilnikom (Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe, "Sl. glasnik RS", br. 43/2006, 112/2009, 50/2010, 79/2011, 10/2012, 119/2012, 22/2013, 16/2018, 18/2022, 20/2023, 87/2024).

Kada je reč o zdravstvenom osiguranju ono je regulisano zakonom (Zakon o zdravstvenom osiguranju „Sl. glasnik RS“, br. 25/2019 i 92/2023.) i to kao obavezno i kao dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Za medicinske usluge koje javno zdravstvo ne može da obezbedi, privatno može i to o trošku RFZO-a (refundacija), ali broj takvih privatnih ustanova nije veliki (lečenje neplodnosti, operacije katarakte, hemodijaliza itd.). Dobrovoljno zdravstveno osiguranje može nadomestiti sve nedostatke ili kao jedino ili kao dopunsko osiguranje.

Osiguravajuće društvo koje želi da uvede dobrovoljno zdravstveno osiguranje mora dobiti dozvolu NBS i nadležnog ministarstva. Zdravstveno osiguranje u ovom slučaju može se ugovarati na minimum 12 meseci trajanja, uz zaključenje ugovora i prezentaciju opštih i posebnih uslova. DZO zahteva kadrovsku i procesnu pripremljenost pre svega kompetentan call centar koji je ključni organizacioni deo osiguravajućeg društva za ovaj vid osiguranja.

Za analizu u ovom radu veoma je bitna rasporostranjenost privatnih zdravstvenih ustanova. U navedenom izveštaju Komisije, dat je podatak da je u 2022. godini u Srbiji postojalo 311 javnih ustanova, dok je ukupan broj privatnih ustanova i jedinica privatne prakse bio čak 6.564 (što je 12% više u odnosu na predpandemijski period). U izveštaju su prikupljeni podaci za 692

privatne zdravstvene ustanove (izvor APR), od kojih se čak 40% nalazi u gradu Beogradu.

Naredna tabela pokazuje zastupljenost privatnih zdravstvenih ustanova u većim gradovima:

Tip zdravstvene ustanove	Srbija ukupno	Beograd	Novi Sad	Niš	Kragujevac
Dom zdravlja	25	8	1	1	2
Poliklinika	1	-	-	-	-
Apotekarska ustanova	490	176	27	27	13
Opšta bolnica	23	17	3	1	-
Specijalna bolnica	102	56	16	9	2
Zavod za laboratorijsku analizu	7	3	4	-	-
Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika	38	16	4	1	-
Zavod za dentalnu medicinu	1	1	-	-	-
Zavod za radiološku dijagnostiku	5	4	1	-	-
Ukupno	692	281	56	39	17

Tabela 1. Privatne zdravstvene ustanove u većim gradovima u Srbiji (APR)

U tabeli se uočava da je najveća koncentracija opštih bolnica (30%) i domova zdravlja (70%) od ukupnog broja, u gradu Beogradu. Ovo je važan podatak za zaključak vezano za razloge zašto je DZO manje zastupljen u manjim gradovima. U istom izveštaju analizirani su prihodi privatnih zdravstvenih ustanova pa se uočava da su tri privatne zdravstvene ustanove (Medigroup, Euromedik i Belmedik) ostvarili blizu 40%, mada ovde treba napomenuti da u Srbiji sve više se razvija i zdravstveni turizam, te je sve veći broj poseta velikih gradova od strane korisnika medicinskih usluga iz inostranstva, naročito iz regiona.

Ako se analizira struktura prihoda privatnih zdravstvenih ustanova, prihodi od fizičkih lica čine 75% ukupnih prihoda, dok 25% čine prihodi od pravnih lica, od kojih 70% čine prihodi po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (zaključno sa 2023.godinom).

U petogodišnjem periodu 2019-2023. godina, prihodi od osiguravajućih društava porasli su 3,5 puta. U navedenom istraživanju u petogodišnjem periodu najveći udeo u prihodima imala su sledeća društva: Generali sa 48%, Wiener sa 16% i Uniq sa 12%, dok su ostali imali pojedinačno manje od 10%.

Zaključak je da je u petogodišnjem periodu tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja visokokoncentrisano jer prva četiri učesnika ostvaruju 84% premije, što potvrđuje i tabela u nastavku:

Osiguravajuće društvo/%premije	2019	2020	2021	2022	2023
Generali	44%	43%	42%	39%	38%
Uniq	16%	15%	12%	11%	10%
Triglav	7%	7%	8%	7%	7%
Dunav	17%	18%	17%	17%	16%
Wiener	16%	15%	15%	16%	15%
Globos	0-5%	0-5%	0-5%	0-5%	0-5%
Milenijum	0%	0%	1%	2%	3%
Sava	0%	0%	0%	1%	3%
DDOR	0%	2%	5%	6%	5%

Tabela 2. Godišnji udeli u premiji DZO (2019-2023)

Kada je reč o premiji, u petogodišnjem periodu, najveće učešće imaju uplate pravnih lica/poslodavaca dobrovoljnih zdravstvenih ustanova kao benefit za zaposlene i to sa 90% (samo u 2023. godini, zaključeno je 72 hiljade polisa DZO). U petogodišnjem periodu 2019-2023. godine 60% od ukupnih troškova koja su osiguravajuća društva ukupno isplatila privatnim zdravstvenim ustanovama, isplaćeno je Medigoupu, Belmediku i Euromediku.

Najvažnija primedba osiguravajućih društava odnosi se na politiku cena privatnih zdravstvenih ustanova koja se brzo menja, te se ističe kao veliki problem kod ugovaranja cene polise. Na primer ukoliko kompanija poslodavac, ugovori polis DZO za svoje zaposlene, ta kompanija želi da predvidi ukupne troškove u vezi sa polisom, nije dozvoljena izmena, a ako se izmeni cena medicinskih usluga to ima direktan negativni finansijski efekat na osiguravajuće društvo. Pregovaračka moć osiguravajućih društava ovim je evidentno umanjena. Ugrožen je proces procene rizika i obračuna premije, a to se dalje „prenosi“ na korisnike osiguranja.

Drugi problem koji osiguravajuća društva ističu je nepostojanje jedinstvenog šifranika zdravstvenih ustanova, koji bi omogućio cenovnu uporedivost medicinskih usluga između zdravstvenih ustanova. Ovo je takođe veliki problem, jer korisnici polise DZO žele da znaju šta polisa zaista pokriva.

Sve veći broj privatnih kompanija zbog navedenog, direktno prelazi na ugovaranje zdravstvenih usluga sa privatnim zdravstvenim ustanovama (kartice, programska rešenja i sl.) čime se na znatno efikasniji način koriste opredeljena novčana sredstva kompanija za benefite zdravstvene zaštite zaposlenih. Ovo svakako nije dobro za sama osiguravajuća društva, jer u pregovorima kompanije (poslodavci) postižu popuste za različite usluge što kompanijama predstavlja isplativije ulaganje.

Očigledno postoji problem u korespondenciji između osiguravajućih društava i privatnih zdravstvenih ustanova. Prema studiji slučaja srednjeg

preduzeća koje ima do 200 zaposlenih, na teritoriji grada Valjeva, uz korišćenje u periodu od dve godine DZO, zaključci su dosta slični ako se uporede sa nalazima Izveštaja Komisije za zaštitu konkurentnosti (podaci o konkretnoj kompaniji zbog diskrecije neće biti navedeni). Suštinske zamerke, ovde se svode na sledeće:

- procedura zakazivanja je dosta spora, kompleksna, nekada traje i po nekoliko dana za jednostavne preglede (nedostatak lekara opšte prakse vikendom i sl.);

- postoje dvojne cene za iste medicinske usluge, jedna kada se fizičko lice pojavi u privatnoj ustanovi i plati račun pregleda, druga, kod DZO-a, uvećana, koja se fakturiše osiguravajućem društvu, viša cena, što u daljim iteracijama više tereti samu polisu (fiktivna iskorišćenost);

- slaba iskorišćenost polise jer (jedne godine 14% od uplaćene premije, naredne 21%), nijedan od velikih privatnih zdravstvenih sistema ne postoji u ovom gradu.

- ako se primeni teorija marginalne korisnosti uočava se da je novčani izdatak/trošak, daleko iznad marginalne korisnosti (na uplaćenih 100 dinara premije iskoristi se oko 20 dinara, što je zaista malo).

- dok osiguravajuće kuće u Beogradu imaju ugovore sa preko 50 privatnih klinika, konkretno u Valjevu taj broj je 5 do 7 ustanova, koje često pružaju samo osnovne laboratorijske ili opšte preglede.

- problem specijalizacije: za specifične grane (npr. magnetna rezonanca, oftalmološke operacije, kardiološka dijagnostika), polisa DZO u manjim mestima postaje "papir bez pokrića", jer osiguranik mora da putuje u regionalni centar.

Ovde možemo uvideti svojevrstan ekonomski paradoks: iako stanovnici manjih gradova plaćaju istu visinu premije DZO-a kao i stanovnici većih gradova, oni dobijaju manji paket usluga u smislu dostupnosti. Ovo direktno vodi ka H2 (hipotezi o demotivisanosti) – korisnici u manjim sredinama ne vide ekonomsku opravdanost u plaćanju polise koju ne mogu da iskoriste u gradu u kome borave.

Tržište je takvo da osiguravajuće kuće diktiraju ponudu kroz ugovore sa privatnim ustanovama. One biraju lokacije na osnovu "gustine osiguranika".

Sve navedeno stvara stvara „začarani krug“:

- Osiguravač ne ulaže u manji grad jer nema dovoljno osiguranika.
- Građani ne kupuju polisu jer nema dovoljno privatnih klinika u manjem gradu.
- Privatne klinike ne otvaraju ordinacije jer nemaju ugovore sa osiguravačima.

Ova tri faktora čine "trougao neuspeha" koji sprečava da se tržište DZO razvije izvan velikih urbanih centara.

Ne treba izostaviti da su zaposleni u javnom sektoru u manjim gradovima uglavnom isključeni iz sistema DZO, jer se premija uglavnom uplaćuje u privatnim kompanijama (bilo od strane poslodavaca ili individualno). Tu je i populacija poljoprivrednika i stanovništva u ruralnim sredinama, kao i penzionera, koji u veoma malom procentu koriste privatno zdravstveno osiguranje.

Zaključak

Rezultati sprovedenog istraživanja ukazuju na to da je regionalna disproporcija u distribuciji privatnih zdravstvenih kapaciteta postala ključna strukturna prepreka razvoju tržišta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (DZO) u Republici Srbiji. Analiza podataka za period 2019–2025., (što ne ograničava koncentrisani rast u velikim gradskim centrima) nedvosmisleno potvrđuje postojanje "geografske isključenosti" stanovništva u manjim gradovima, gde polisa DZO, usled nedostatka ugovorne mreže lokalnih ustanova, gubi svoj osnovni smisao – efikasnost i pravovremenost pružanja zdravstvene zaštite.

Postavljene hipoteze su potvrđene: postoji snažna korelacija između prostorne koncentracije privatnih zdravstvenih ustanova i zastupljenosti DZO polisa, dok visoki implicitni troškovi (vreme, putni troškovi, gubitak radnih sati) predstavljaju realnu barijeru koja destimuliše potražnju u sredinama van velikih urbanih centara. Poseban aspekt ovog problema predstavlja izražena neisplativost za poslodavce u manjim sredinama. Kako su korporativni paketi osiguranja glavni generatori premije, poslodavci u manjim gradovima često odustaju od ugovaranja DZO za svoje zaposlene, prepoznajući da takav benefit nema realnu upotrebnost vrednost za radnika koji mora putovati u drugi grad radi specijalističkog pregleda. Time se poslodavci lišavaju važnog instrumenta za zadržavanje kadrova, dok se zaposleni u manjim sredinama sistemski stave u neravnotežan položaj u odnosu na zaposlene u velikim gradovima kao što su Beograd, Novi Sad, Niš ili Kragujevac.

U svetlu navedenih nalaza, neophodna je redefinicija dosadašnjeg pristupa razvoju DZO. Decentralizacija privatnog zdravstva se ne može prepuštiti isključivo tržišnim mehanizmima, jer bi to dugoročno produbilo jaz u dostupnosti zdravstvene zaštite. Buduća strategija mora počivati na tri stuba: (1) sistemskim podsticajima za otvaranje specijalističkih jedinica u manjim sredinama, (2) integraciji digitalnih servisa kao standardnog dela paketa DZO, koji bi pojednostavio proces, čime bi se i fizička udaljenost činila manje relevantnom, i (3) jačanju javno-privatnog partnerstva, kroz koje bi lokalni domovi zdravlja u manjim gradovima mogli postati deo ugovorne mreže osiguravajućih kuća.

Ukoliko se razvoj tržišta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja nastavi dosadašnjom dinamikom i u postojećem okviru, DZO će ostati luksuz rezervisan za urbanu elitu, dok će značajan deo stanovništva Srbije ostati uskraćen za benefite koje privatni sektor nudi. Promena paradigme – iz modela "fokusiranog na centre" u model "dostupnosti svakom građaninu" – nije samo ekonomski imperativ za osiguravajuću industriju, već i preduslov za stvaranje pravednijeg i održivijeg nacionalnog zdravstvenog sistema.

Literatura

NBS, SEKTOR ZA NADZOR NAD OBAVLJANJEM DELATNOSTI OSIGURANJA SEKTOR OSIGURANJA U REPUBLICI SRBIJI Izveštaj za 2025. godinu

Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe ("Sl. glasnik