

Dragica Janković*

ZDRAVSTVENO OSIGURANJE KAO FAKTOR TROŠKOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Sažetak: U svetu postoje različiti načini organizovanja zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja. Prema tome, postoje i različite klasifikacije zdravstvenih sistema. Međutim, bez obzira na način organizovanja, troškovi zdravstvene zaštite su imali značajan rast u svim državama sveta. Zbog toga se stalno traže nova rešenja, odnosno reforme. Cilj reformi je da se prevaziđe disbalans između troškova zdravstvene zaštite i njihovih izvora, koji nastaje kao posledica, pre svega, demografskih promena i moralnog hazarda u ponašanju osiguranika. Prognozira se da će uzroci disbalansa imati negativan trend i u budućnosti. Zbog toga je neophodno naći rešenje koje će, uz kvalitetnu zdravstvenu zaštitu za stanovništvo, obezbediti finansijsku stabilnost zdravstvenog sistema.

Ključne reči: zdravstveno osiguranje, troškovi zdravstvene zaštite, demografske promene, moralni hazard, reforme

HEALTH INSURANCE WITHIN HEALTH CARE EXPENSES

Abstract: Throughout the world, the health care and health insurance are organised in different ways. Therefore, there are also different classifications of the health systems. However, regardless of the way of the organisation, health care costs have risen dramatically worldwide. This is why new solutions i.e. new reforms are constantly being sought. The reforms are aimed at overcoming a disbalance between health care costs and their resources, the disbalance being primarily a consequence of demographic changes and a moral hazard in insured's behaviour. The causes of the disbalance are forecast to continue the negative trend in the future too. That is why it is necessary to find a solution that will, together with the quality health care provided to the population, secure the financial stability of the health care system.

Key words: health insurance, health care costs, demographic changes, moral hazard, reforms

* Dr Dragica Janković, direktor sektora i ovlašćeni aktuar Kompanije „Dunav osiguranje“, profesor strukovnih studija, e-mail: dragica.jankovic@dunav.com

UVOD

Troškovi zdravstvene zaštite beleže izuzetno brz rast poslednjih pedeset godina. Razlozi za to su: demografske promene (starenje stanovništva), razvoj tehnike i tehnologije, sve veći stepen obrazovanja stanovništva, pojava novih bolesti, kao i administrativni troškovi. Uz navedene razloge, oblik organizovanja, odnosno finansiranja, i moralni hazard dovode do toga da gotovo sve zemlje u svetu imaju problem rasta troškova, odnosno usklađivanja troškova i izvora za njihovo pokriće. Rast troškova, pored značaja samog zdravlja i zdravstvene zaštite, ističe zdravstveno osiguranje kao jedno od najvažnijih socijalnih, ekonomskih, a time i političkih pitanja. Reforma sistema zdravstvenog osiguranja je tema gotovo svih političkih kampanja u državama širom sveta. Ciljevi reformi su univerzalno pokriće¹, pravičan pristup zdravstvenoj zaštiti, a u prvi plan se ističe kontrola troškova, odnosno finansijska stabilnost sistema zdravstvenog osiguranja. Stalno se traži oblik organizovanja i finansiranja zdravstvenog osiguranja koji će dati rešenje postavljenog zadatka.

OBLICI ORGANIZOVANJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

U svetu postoje različiti oblici organizovanja zdravstvenog osiguranja. Razlike među njima su u kriterijumu obaveznosti (obavezno i dobrovoljno), uključenosti u zdravstveni sistem, načinu finansiranja, načinu organizovanja i upravljanja raspoloživim resursima, itd. Shodno tome, postoje i mnogobrojne klasifikacije.

PODELA SVETSKE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE

Svetska zdravstvena organizacija ističe podelu, prema načinu finansiranja, upravljanja, odlučivanja o pravima i obavezama, uključenosti stanovništva u zaštitu, solidarnosti i planiranju područja osiguranja, na sledeće modele zdravstvenog osiguranja:

- Bizmarkov,
- Beveridžov,
- Semaškov (socijalistički) i
- tržišni (preduzetnički) model.

¹ Obezbeđuje zdravstveno osiguranje za celu populaciju.

Tabela 1. Razlike u modelima zdravstvenog osiguranja

Karakteristike	Bizmarkov model	Beveridžov model	Semaškov (socijalistički) model	Tržišni (preduzetnički) model
Finansiranje	Doprinosi poslodavca, osiguranika, itd.	Porezi, budžet	Centralni državni budžet	Privatna sredstva osiguranika, privatna osiguranja
Upravljanje	Samoupravno od predstavnika osiguranika i poslodavaca	Država i njeni organi	Centralna vlada i ministarstvo za zdravlje	Privatne organizacije i agencije
Odlučivanje o pravima i obavezama	Nosioci javnog osiguranja u okviru javnih ovlašćenja	Država i njeni organi	Centralna vlada	Sve se temelji na ponudi i tražnji
Uključenost (obaveza) stanovništva u zaštitu	Celokupno stanovništvo sa nekim izuzecima	Celokupno stanovništvo	Celokupno stanovništvo	Nema obaveze osiguranja, odluka je dobrovoljna
Solidarnost	Apsolutna	Apsolutna	Apsolutna	Ne postoji
Planiranje poslova osiguranja	Država i nosioci	Država	Država	Ne postoji

Izvor: www.rzzo.rs.

Bizmarkov² model predstavlja oblik obaveznog zdravstvenog osiguranja, koji obezbeđuje univerzalno pokriće. Finansira se iz doprinosa zaposlenih kao osiguranika i poslodavaca. Doprinosi su srazmerni visini primanja, tj. određeni su u obliku procenta od zarada. Temelji se na principima neprofitnosti i solidarnosti među svim osiguranim licima. Finansiranje sprovodi više nezavisnih, uglavnom neprofitnih fondova, agencija, bolničkih kasa i sl. Njima upravljaju predstavnici osiguranika, koji sklapaju ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga i na taj način obezbeđuju zdravstvenu zaštitu za svoje osiguranike. Razvijen je u Nemačkoj, zatim Austriji, Francuskoj, Belgiji, Luksemburgu, Holandiji, Švajcarskoj, Sloveniji itd.

² Otto Eduard Leopold von Bismarck (1815–1898), nemački kancelar kome se pripisuje implementacija sistema socijalnog osiguranja u Nemačkoj.

Beveridžov³ model obezbeđuje finansiranje zdravstvene zaštite iz poreza, tj. iz državnog budžeta. Bazira se na solidarnosti i obezbeđuje univerzalno pokriće stanovništva zdravstvenom zaštitom u državnim ili privatnim zdravstvenim ustanovama. Za razliku od Bizmarkovog modela, u upravljanje nisu uključeni osiguranici, već je ono u nadležnosti države. Tipičan primer zemlje koja koristi ovaj model je V. Britanija, zatim Irska, Island, Finska, Norveška, Švedska itd.

Semaškov model je bio primenjivan u Sovjetskom Savezu i drugim socijalističkim zemljama. U istočnoevropskim zemljama ima još ostataka u načinu razmišljanja stanovništva da država treba da obezbedi kvalitetnu i besplatnu zdravstvenu zaštitu za sve. U ovom modelu država je odgovorna za organizovanje i finansiranje zdravstvene zaštite celokupnog stanovništva, a isključena je mogućnost privatne zdravstvene zaštite. Sličan je Beveridžovom modelu. Postoje mišljenja da je to samo poseban oblik Beveridžovog modela.

Tržišni (preduzetnički) model znači da zdravstveno osiguranje organizuju i sprovede privatne organizacije (kompanije za osiguranje i agencije) na profitnoj osnovi. Finansira se iz privatnih sredstava osiguranika, najčešće premije osiguranja. Ne bazira se na solidarnosti i ne obezbeđuje univerzalno pokriće. Najpoznatiji oblik postoji u SAD.

Potpuno čistih sistema nema. Svi polako preuzimaju određena rešenja iz drugih zemalja i na taj način dobijaju karakteristike drugih modela. Uz javne, sve više se afirmišu privatni sistemi, tako da se u skoro svim zemljama mogu naći dobrovoljna privatna osiguranja kao dopunska, dodatna i paralelna. Dok u državama sa dominantnim privatnim osiguranjem dolazi do uvođenja socijalnog osiguranja kako bi se postiglo univerzalno pokriće zdravstvenim osiguranjem.

EVROPSKI I AMERIČKI MODEL

Jedna od najjednostavnijih i najrasprostranjenijih podela 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. Osnovni principi su solidarnost i jednakost pristupu zdravstvenim uslugama. Obezbeđuje paket osnovnih zdravstvenih usluga za svo stanovništvo. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje postoji kao dopuna obaveznom zdravstvenom osiguranju u različitim oblicima i obimu, i razlikuje se od države do države. Razlike proizilaze iz različite zakonske regulative. Tri su osnovna oblika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u državama EU:

³ Lord William Henry Beveridge (1879–1963), jedan od najznačajnijih britanskih ekonomista i reformatora socijalnog osiguranja.

- *substitutive* (zamena ili alternativno),
- *complementary* (dopunsko),
- *supplementary* (dodatno)⁴.

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 pokrivača se kreće od 0,2% u Austriji, do 24,7% u Holandiji.

U Holandiji je vladin plan reforme, koji je imao za cilj povećanje kvaliteta usluga i kontrolu troškova zdravstvene zaštite, isključio iz sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja ljude sa prihodom većim od propisanog iznosa⁵ za usluge vanbolničkog lečenja i kratkoročne bolničke zaštite, čime se i objašnjava visok nivo pokrivača (24,7%).

U Nemačkoj deo populacije, čiji prihodi prelaze propisani limit⁶, može da bira ili da ostane u obaveznom zdravstvenom osiguranju, ili da se isključi iz obaveznog i pristupi dobrovoljnom (alternativnom) zdravstvenom osiguranju. Međutim, samo jedna trećina se odlučuje da napusti obavezno zdravstveno osiguranje. To su uglavnom mladi, zdravi i nezavisni članovi društva.

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 pokrivača.

U državama EU, zbog rasta troškova, sve više je prisutna participacija korisnika zdravstvenih usluga. 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 pokrivača se kreće od 20% do 70%.

⁴ Mossialos, Thomson (2004: 16).

⁵ Od 2002. godine je to bio iznos godišnje zarade od 30.700 evra.

⁶ U 2002. godini je limit povećan sa 41.400 na 45.900 evra.

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 pokriven obaveznim zdravstvenim osiguranjem⁷). 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 prevladuje 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 V. Britaniji.

Američki model je prisutan u SAD, gde se sistem zdravstvenog osiguranja bazira 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 plan⁸. 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.

Američki sistem zdravstvenog osiguranja karakteriše najviši rast troškova zdravstvene zaštite (Tabela 2). Stopa učešća troškova zdravstvene zaštite u bruto društvenom proizvodu je oko 16%, a prosečni troškovi po glavi stanovnika iznose 7.290\$⁹. Razlog tako visokih troškova je visok komfor pacijenata, visoki troškovi administracije, a neki analitičari opravdanje nalaze u visokim ulaganjima u naučnoistraživački rad. Kompanije za osiguranje posluju na profitnoj osnovi. Ispitivanja javnog mnjenja pokazuju da su Amerikanci najmanje zadovoljni svojim sistemom zdravstvenog osiguranja. Pokazatelji

⁷ Najčešće su to stomatološke usluge, fizikalna terapija i sl.

⁸ Primarnim planom se obezbeđuje zdravstveno osiguranje za zaposlenog, a sekundarnim i za članove porodice.

⁹ *OECD Health Data* 2009.

zdravstvenog statusa nacije su bolji u državama EU, sa učešćem troškova zdravstvene zaštite u BDP sa oko 9%.

Reforma sistema zdravstvenog osiguranja u SAD predmet je svake predsedničke kampanje. Aktuelni 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), takođe obećao 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. Protivnici reformi su organizovali proteste, zbog straha od daljeg povećanja troškova, a kompanije za osiguranje su negodovala zbog straha od gubitka profita. Ipak, Predstavnički dom Kongresa je tesnom većinom u prvoj polovini septembra 2009. godine usvojio predlog zakona kojim se reformiše zdravstveni sistem u SAD, a Senat je 22. 3. 2010. godine usvojio Zakon o reformi zdravstvenog osiguranja u SAD. Novi zakon od svih Amerikanaca zahteva da se zdravstveno osiguraju, što znači da će prvi put u Americi biti obezbeđeno univerzalno pokriće.

U svakom od navedenih oblika zdravstvenog osiguranja prisutna je veoma komplikovana administracija, kao i moralni hazard¹⁰, koji utiče na povećanje troškova zdravstvene zaštite. Kompanije za osiguranje se protiv moralnog hazarda bore uvođenjem participacija i franšiza¹¹.

MEDICINSKI ŠTEDNI RAČUNI

U poslednje dve decenije, kao rezultat traženja rešenja u borbi protiv visokih troškova zdravstvene zaštite, pojavio se novi koncept – medicinski štedni računi, kao alternativa za finansiranje sistema zdravstvenog osiguranja. U tom konceptu se zahteva da svaki pojedinac uštedi određeni iznos novca na posebnom računu, koji će služiti za pokriće eventualnih troškova zdravstvene zaštite. Njegov najveći značaj je u uspešnom suprotstavljanju povećanim troškovima izazvanim demografskim promenama i moralnim hazardom. Međutim, troškovi zdravstvene zaštite za neke vrste medicinskih

¹⁰ Pored fizičkog, legalnog postoji i moralni hazard, koji se može definisati na dva načina: kao mana pojedinaca da namerno prouzrokuju ili lažno prijave ostvarenje osiguranog rizika da bi naplatili odštetu ili kao nemarno ponašanje u odnosu na moguće troškove zbog postojanja osiguranja. U zdravstvenom osiguranju je prisutan moralni hazard kao oblik nemarnog ponašanja prema mogućim troškovima, jer ih pojedinac ne snosi, već kompanija za osiguranje.

¹¹ Franšiza je je određena ugovorena suma po polisi, koja je plativa, a koja se oduzima od ukupne štete. Jednostavnije, to je deo štete koju snosi sam osiguranik, a što je prihvatio prilikom sklapanja ugovora o osiguranju. Franšiza je prisutna u imovinskim osiguranjima, osiguranju automobila i zdravstvenom osiguranju. Ne koristi se u osiguranju života i osiguranju od odgovornosti za štete pričinjene trećim licima. U zdravstvenom osiguranju franšize mogu biti iskazane novčano i vremenski. Najčešće korišćene franšize u zdravstvenom osiguranju su kalendarske ili godišnje i eliminatorni period (karenca).

tretmana (hronične i teške bolesti) prekoračuju finansijski kapacitet pojedinca. Zbog toga su medicinski štedni računi predstavljeni u kombinaciji sa drugim oblicima osiguranja, koji mogu obezbediti finansiranje zdravstvenih usluga visokog finansijskog rizika.

Koncept je prihvaćen u azijskim državama (Singapur i Kina), zatim Južnoj Africi i SAD. U Singapuru je skoro završen proces implementacije i postignuti su zavidni rezultati. U SAD je koncept uveden kao pilot projekat, dok je u EU razmatran 2003. godine i takođe prihvaćen, kako sa teorijskog, tako i sa praktičnog stanovišta.

TROŠKOVI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Poslednjih četrdeset godina evidentan je veliki pritisak na zdravstvene fondove u svim zemljama. Jedan od najznačajnijih uzroka zabrinutosti je starenje stanovništva. Starenje stanovništva je izraženo u svim, a naročito u najrazvijenijim zemljama. Uprkos tome, zdravstvena zaštita se u najvećem broju zemalja finansira na principu *pay-as-you-go*¹².

Kretanje troškova zdravstvene zaštite kao procentualno učešće u BDP prema izboru OECD je dato u Tabeli 2.

Tabela 2. Troškovi zdravstvene zaštite kao % učešća u BDP prema selekciji OECD

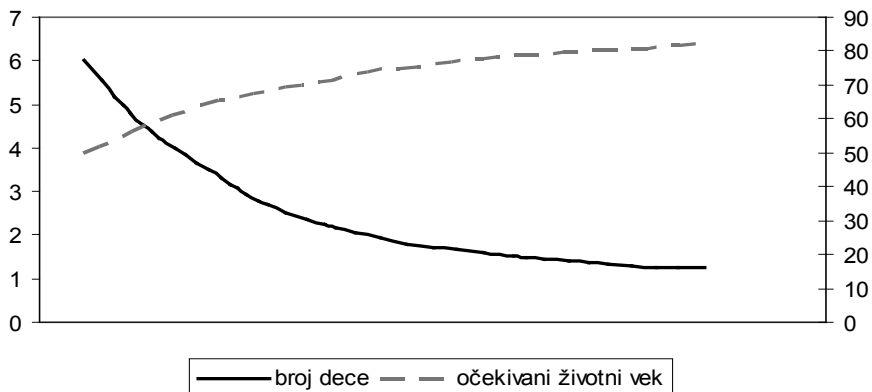
Zemlja/Godina	1960.	1970.	1980.	1990.	2000.	2007.
Australija	4,1	4,6	7,3	7,0	8,3	8,8*
Austrija	4,3	5,1	7,4	7,0	9,9	10,1
Belgija	3,4	4,0	6,4	7,4	8,6	10,2
Kanada	5,4	7,0	7,1	9,0	8,8	10,1
Češka	...	...	3,8	4,7	6,5	6,8
Danska	3,6	8,0	9,1	8,5	8,3	9,8
Finska	3,8	5,6	6,4	7,8	7,0	8,2
Francuska	3,8	5,4	7,1	8,6	9,6	11,0
Nemačka	4,8	6,2	8,7	8,5	10,3	10,4
Grčka	...	6,1	6,6	7,4	7,8	9,6
Mađarska	...	...	...	7,1	6,9	7,4
Irska	3,7	5,1	8,4	6,1	6,3	7,6
Italija	...	...	...	7,9	8,1	8,7

¹² Ne stvaraju se fondovi za budućnost, već se zdravstvena zaštita finansira iz tekućeg priliva sredstava u fondove, tj. koliko se prikupi toliko se i potroši.

Zemlja/Godina	1960.	1970.	1980.	1990.	2000.	2007.
Japan	3,0	4,5	6,5	5,9	7,7	8,1*
Koreja	...	...	4,2	4,5	4,6	6,8
Luxemburg	...	3,6	5,9	6,1	5,8	7,3*
Holandija	...	6,9	7,5	8,0	8,0	9,8
Novi Zeland	4,3	5,1	5,9	6,9	7,7	9,2
Norveška	2,9	4,4	7,0	7,7	8,4	8,9
Poljska	...	...	...	4,9	5,5	6,4
Španija	1,5	3,6	5,4	6,7	7,2	8,5
Švedska	4,7	6,9	9,1	8,4	8,2	9,1
Švajcarska	4,9	5,5	7,4	8,3	10,3	10,8
Turska	...	2,4	3,3	3,6	4,9	5,7*
Velika Britanija	3,9	4,5	5,6	6,0	7,2	8,4
SAD	5,0	6,9	8,7	11,9	13,2	16,0

Izvor: OECD Health Data 2009.

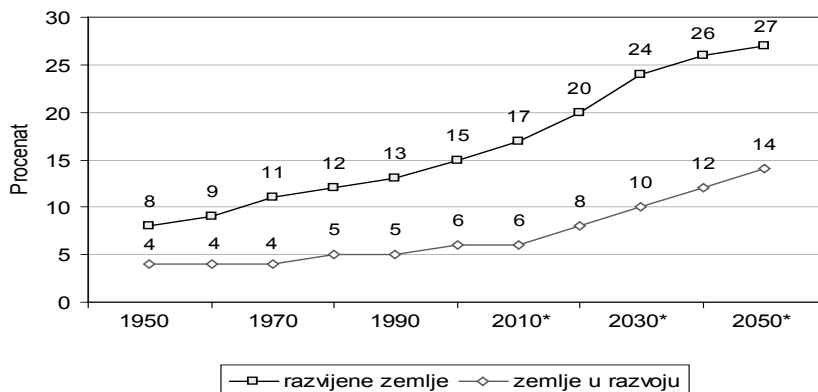
Očekuje se dalje pogoršanje demografske situacije kroz smanjenje broja dece, a produženje životnog veka (Grafikon 1).



Grafikon 1. Očekivane demografske promene

Izvor: Skipper, Kwon (2007: 154).

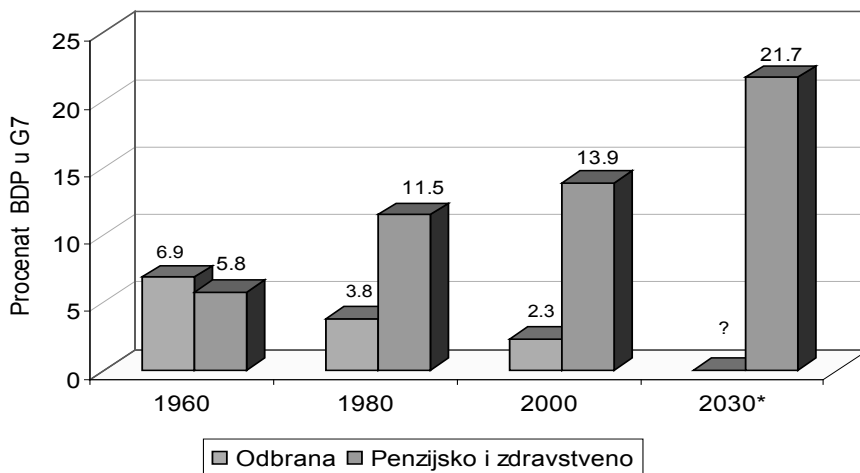
Posledica takvog demografskog trenda je sve veće učešće populacije sa i preko 65 godina u ukupnoj populaciji. Prognoza je da će njihovo učešće u 2050-oj godini biti 27% u razvijenim zemljama, i 14% u nerazvijenim i zemljama u razvoju (Grafikon 2).



Grafikon 2. Procena učešća populacije sa i preko 65 godina u razvijenim i zemljama u razvoju do 2050. godine

Izvor: Skipper, Kwon (2007: 157).

Poznato je da starija populacija nije radno aktivna, ali da ima povećane potrebe za zdravstvenim uslugama, što značajno utiče na troškove zdravstvene zaštite (Grafikon 3).



Grafikon br. 3. Procena učešća troškova odbrane i javnih troškova za penzijsko i zdravstveno osiguranje u 7 najrazvijenijih država do 2030. godine

Izvor: Skipper, Kwon (2007: 157).

Posledica je disbalans troškova zdravstvene zaštite i njihovih izvora, odnosno dovodi se u pitanje finansijska stabilnost i održivost postojećih zdravstvenih sistema.

ZDRAVSTVENO OSIGURANJE U SRBIJI

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. Sve do 2005. godine, kada je donet novi Zakon o zdravstvenom osiguranju, postojalo je samo obavezno socijalno zdravstveno osiguranje. U poslednjoj deceniji prošlog veka sveobuhvatna kriza u društvu, pa i kriza u zdravstvu, dovela je do pojave privatne lekarske prakse. Ekonomska kriza, nedostatak izvora finansiranja zdravstvene zaštite i privatna praksa doveli su do potrebe za uvođenjem privatnog zdravstvenog osiguranja, koje se pojavilo na tržištu osiguranja Srbije krajem 2003. i početkom 2004. godine, odnosno, pre njegovog potpunog zakonskog regulisanja.

Reformski Zakon o zdravstvenom osiguranju iz 2005. godine takođe reguliše obavezno zdravstveno osiguranje, ali dozvoljava mogućnost uvođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koje je posebno regulisano Uredbom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz 2008. godine.

Uredba detaljno reguliše uvođenje, vrste, uslove, način i postupak organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. U Srbiji je moguće organizovati sledeće vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja: paralelno, dodatno i privatno. Mogu ga sprovesti društva za osiguranje i RZZO (samo paralelno i dodatno).

Paralelno zdravstveno osiguranje pokriva troškove zdravstvene zaštite koji nastaju kada osiguranik ostvaruje zdravstvenu zaštitu koja je obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem na način i po postupku koji je drukčiji od načina i postupka ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, koji je propisan zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona¹³.

Dodatno zdravstveno osiguranje pokriva troškove zdravstvenih usluga, lekova, medicinsko-tehničkih pomagala, odnosno novčanih naknada koje nisu obuhvaćene pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguranje na veći sadržaj, obim i standard prava, kao i iznos novčanih naknada obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem¹⁴.

Privatno zdravstveno osiguranje je osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili koja se nisu uključila u obavezno zdravstveno osiguranje,

¹³ Uredba o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

¹⁴ Isto.

za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa davaocem osiguranja¹⁵.

Ipak, dobrovoljno zdravstveno osiguranje u Srbiji je na samom početku svog razvoja. Učešće premije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u ukupnoj premiji u Srbiji u 2010. godini je 1,81%¹⁶. Zajedno sa dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem za vreme puta i boravka u inostranstvu u 2009. godini učešće je bilo 3,89%, a bez njega 1,74%. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vreme puta i boravka u inostranstvu je bilo veoma zastupljeno, jer je bilo neophodan uslov za dobijanje vize. Ljudi su stekli naviku da se osiguraju za vreme putovanja, međutim, u 2010. godini zbog primene Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, došlo je do reklasifikacije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vreme puta i boravka u inostranstvu u vrstu osiguranja pomoći na putu, što je dovelo do smanjenja učešća premije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u ukupnoj premiji.

Uredba je postavila uslove za organizovanje i razvoj dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Srbiji, kao dopunskog oblika obaveznog, socijalnog zdravstvenog osiguranju, po ugledu na države EU. Ono treba da obezbedi bolje uslove za pacijente i dodatni izvor finansiranja zdravstvene zaštite, odnosno da smanji ili potpuno ukine direktno plaćanje za izvršene zdravstvene usluge. U prvih nekoliko godina razvoja, ne treba očekivati spektakularne rezultate zbog nerešenih problema u zdravstvenom sektoru, kao što je: regulisanje rada lekara, rešavanje pitanja privatne prakse i večernjih bolnica u državnom sektoru, poreskog tretmana premije osiguranja, navika stanovništva i njegovih ekonomskih mogućnosti, kao i vremena potrebnog društvima za osiguranje za razvoj novih proizvoda.

ZAKLJUČAK

Zbog demografskih promena i drugih faktora (razvoj tehnike, obrazovanje ljudi, nove bolesti i administrativni troškovi) sa jedne strane, *pay-as-you-go* sistema plaćanja i veoma prisutnog moralnog hazarda sa druge, postoji stalni pritisak na finansijsku održivost zdravstvenih sistema, a u evropskim državama i njegovih osnovnih principa (solidarnost i jednakost). Novi izazov je i finansijska kriza. Stalne reforme imaju za cilj da obezbede što bolje medicinske usluge, ali pre svega finansijsku održivost zdravstvenog sistema.

Demografske promene, tj. sve duži životni vek a sve niži natalitet, dovode u pitanje finansijsku održivost raspodele zasnovane na *pay-as-you-go* principu. To je slučaj kako sa penzijskim tako i sa zdravstvenim osiguranjem. Ni jedna država, bez obzira na stepen razvoja, nije pošteđena demografskih promena i rasta troškova zdravstvene zaštite. Sa druge strane, najčešći način organizovanja zdravstvenog osiguranja se bazira na

¹⁵ Isto.

¹⁶ U Sloveniji je preko 20%.

međugeneracijskoj solidarnosti, koja je upravo ugrožena demografskim promenama, tj. starenjem stanovništva.

Svaki oblik solidarnosti, pa i međugeneracijske, koji u zdravstvenom osiguranju ima značajnu socijalnu dimenziju, sa sobom nosi i negativne pojave, kao što je moralni hazard koji značajno povećava troškove osiguranja i ukupne troškove zdravstvene zaštite. Poznato je da će pojedinac kada nema nikakvih troškova zahtevati ono što mu često i nije neophodno. U slučaju kada sam snosi deo troškova (participacija, franšiza), on će biti obazriviji i zahtevaće samo one procedure koje su mu neophodne. Zbog toga evropske zemlje, pored obaveznog zdravstvenog osiguranja koje obezbeđuje univerzalno pokriće za osnovnu zdravstvenu zaštitu, sve više uvode dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao dopunski oblik obaveznog osiguranja. Na taj način se štite od moralnog hazarda i obezbeđuju dopunski izvor finansiranja.

Američki sistem se bazira na privatnom zdravstvenom osiguranju, koje podrazumeva razvijen sistem franšiza, ali se ipak odlikuje najvišim troškovima zdravstvene zaštite. Razlog za to je, pored velikog komfora pacijenata, visoke tehnologije, komplikovane i skupe administracije i profita osiguravajućih kompanija, veoma razvijen primarni i sekundarni plan zdravstvenog osiguranja finansiran od strane poslodavca, koji se često dupliraju.

Razvijeni sistemi zdravstvenog osiguranja sa mnogo različitih varijanti povećava troškove administracije.

Date klasifikacije sistema zdravstvenog osiguranja po državama, kao i kretanje troškova zdravstvene zaštite kao procentualno učešće u BDP, pokazuju da svaki od sistema ima svoje prednosti i nedostatke. Stalno se traže nova rešenja koja će se uspešno suprotstaviti disbalansu između troškova i njihovih izvora, odnosno koja će obezbediti stabilno finansiranje zdravstvene zaštite stanovništva.

LITERATURA

- [1] Folland, G. S., (2007) *The Economics of Health and Health Care*, Upper Saddle River, New Jersey, Prentice-Hall Inc.
- [2] Janković, D., (2006) *Privatno zdravstveno osiguranje sa aspekta međunarodnih iskustava i mogućnosti primene u Srbiji*, Beograd, Ekonomski fakultet.
- [3] Janković, D., (2009) *Razvoj privatnog zdravstvenog osiguranja kao doprinos reformi sistema zdravstvenog osiguranja u Srbiji*, Beograd, Univerzitet Singidunum.
- [4] Janković, D., (2010) *Dobrovoljno zdravstveno osiguranje u EU*, „Tokovi osiguranja“, br. 2/2010, Beograd.

- [5] Kočović, J., Šulejić, P., Rakonjac-Antić, T., (2010) *Osiguranje*, Beograd, Ekonomski fakultet.
- [6] Mossialos, E., Thomson, S., (2004) *Voluntary health insurance in the European Union*, Brussels, World Health Organization.
- [7] Rakonjac-Antić, T., (2008) *Penzijsko i zdravstveno osiguranje*, Beograd, Ekonomski fakultet.
- [8] Rejda, E. G., (2008) *Principles of Risk Management and Insurance*, Addison Wesley, USA, Pearson Education Inc.
- [9] Schreyogg, J., (2004) *Demographic Development and Moral Hazard: Health Insurance with Medical Savings Accounts*, "The Geneva Papers on Risk and Insurance", No. 4/2004.
- [10] Skipper, D. H., Kwon, W. J., (2007) *Risk Management and Insurance, Perspectives in a global economy*, USA, UK, Australia, Blackwell Publishing.
- [11] <http://www.nbs.rs>, pristup ostvaren: 19. 1. 2011.
- [12] <http://www.rzso.rs>, pristup ostvaren: 19. 1. 2011.
- [13] <http://www.oecd.org/health/healthdata>, pristup ostvaren: 20. 12. 2010.

Primljeno: 24.11.2011.

Odobreno: 03.12.2011.