



НАЈВАЖНИЈА ОБЕЛЕЖЈА ДОБРОВОЉНОГ И ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СРБИЈИ И СВЕТУ

BASIC CHARACTERISTICS OF VOLUNTARY AND COMPULSORY HEALTH INSURANCE IN SERBIA AND IN THE WORLD

Драженка Трифуновић, Факултет техничких наука, Нови Сад

Област – ИНЖЕЊЕРСКИ МЕНАѢМЕНТ

Кратак садржај – На основу свих расположивих података дефинисано је здравствено осигурање у Србији и свету, начин функционисања обавезног и добровољног здравственог осигурања. Резултати обављених истраживања указују на велики значај даљег развоја добровољног здравственог осигурања у Србији, које је још увек на ниском степену развоја.

Кључне речи: *Обавезно здравствено осигурање, Добровољно здравствено осигурање, Осигурање у Србији, Осигурање у свету*

Abstract – *On the basis of all available data is defined health insurance in Serbia and in the world, the mode of operation of mandatory and voluntary health insurance. The results of the survey indicate the great importance of the further development of voluntary health insurance in Serbia, which is still at a low level of development.*

Keywords: *Compulsory health insurance, Voluntary health insurance, Insurance in Serbia, Insurance in the world*

1. УВОД

Здравствено осигурање и здравствена заштита представљају важна економска и политичка питања у свим земљама света. Кључни разлог изузетне посвећености области здравствене заштите је чињеница да здравствена заштита постаје све скупља услед раста трошкова здравствене заштите, проузрокованим старењем становништва, вишим степеном образовања, развојем технике и технологије, појавом нових болести, као и повећањем административних трошкова. Раст трошкова здравствене заштите захтева сталне реформе, како у развијеним, тако и у земљама у развоју.

Здравствено осигурање представља дугорочан и сложен задатак, односно посао. Пошто је здравље један од кључних сегмената људског живота, здравствено осигурање подразумева одговорност, како појединца, тако и друштва у целини. Примарна улога здравственог осигурања односи се на покривање трошкова здравствене заштите.

У супротном, високи трошкови здравствене заштите, уколико се јави потреба за њима, могу чак угрозити

НАПОМЕНА:

Овај рад проистекао је из мастер рада чији ментор је био др Ђорђе Ћосић, ванр. проф.

имовину појединца. Због тога је здравствено осигурање значајан сегмент у процесу планирања државе, послодавца, као и становништва. Здравствено осигурање у једној земљи може бити организовано као обавезно (државно) и добровољно здравствено осигурање.

2. НАЈВАЖНИЈА ОБЕЛЕЖЈА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Облик уређења, односно плаћања здравственог осигурања, као и морални ризик, доводе до тога да се скоро све земље у свету суочавају са растом трошкова, односно њиховим усклађивањем са изворима покрића.

Циљ промена је, најчешће, општа обухваћеност становништва обавезним здравственим осигурањем, као и правичан приступ здравственој заштити. Такође, истиче се и контрола трошкова, односно новчана стабилност система здравственог осигурања.

У свету постоје различити облици организовања здравственог осигурања. Њихове међусобне разлике се односе на мерила обавезности (обавезно и добровољно), укљученост становништва у здравствени систем, начин финансирања, начин уређења и управљања расположивим средствима, итд. Другим речима, постоји више подела [1].

2.1. Подела Светске здравствене организације

Полазећи од начина финансирања, управљања, одлучивања о правима и обавезама обухваћених страна, обухваћености становништва здравственом заштитом, као и узајамности и планирања, Светска здравствена организација истиче следећу поделу здравственог осигурања: Бизмарков образац; Беверицов образац; Семашков образац; Тржишни образац.

Бизмарков образац представља облик обавезног здравственог осигурања који обезбеђује општу обухваћеност становништва. То је најстарији систем здравственог осигурања. Финансира се из доприноса запослених, као осигураника и послодавца. Доприноси су сразмерни висини примања, односно одређују се у проценту од зараде. Бизмарков образац се заснива на начелима недобитности и узајамности између свих осигураних лица.

Беверицов образац подразумева финансирање здравствене заштите из пореза, односно из државног буџета. Заснива се на узајамности, обезбеђујући

општу обухваћеност становништва здравственом заштитом, у државним или приватним здравственим установама. За разлику од Бизмарковог обрасца, у управљање нису укључени осигураници, већ је у надлежности државе.

Семашков образац је настао у Совјетском Савезу, земљама средње и источне Европе, као и у другим социјалистичким земљама. У источноевропским земљама још увек је присутан став да држава мора да обезбеди квалитетну и бесплатну здравствену заштиту целокупном становништву. Другим речима, држава је одговорна за организовање и финансирање здравствене заштите целокупног становништва, док је искључена могућност приватне здравствене заштите.

Тржишни образац подразумева да здравствено осигурање спроводе и уређују приватне организације (осигуравајућа друштва и агенције), ради остваривања добитка. Финансира се из личних средстава осигураника, најчешће у облику премије осигурања. Не заснива се на узајамности и не обезбеђује општу обухваћеност становништва. Тржишни образац је најзаступљенији облик здравственог осигурања у САД-у.

Важно је истаћи да не постоје потпуно чисти системи здравственог осигурања. Сви системи, мање или више, преузимају одређена решења из других земаља, односно из других система. Поред јавних система, све више на значај добијају и приватни системи, што значи да се у свим земљама, укључујући и земље у развоју, могу наћи добровољна, приватна осигурања. С друге стране, у земљама са превлађујућим приватним осигурањем долази до увођења социјалног осигурања, ради постизања опште обухваћености становништва здравственом заштитом [2].

2.2. Европски и амерички образац

Једна од најзаступљенијих подела обухвата поделу на европски и амерички образац здравственог осигурања.

Европски образац је заступљен у државама ЕУ. Здравствено осигурање се заснива на обавезном (социјалном) осигурању, које се измирује из доприноса на зараде, на терет запослених и послодаваца, као и из пореза. Основна начела су узајамност и једнакост приступа здравственим услугама. Такође, обезбеђује се пакет основних здравствених услуга за целокупно становништво.

Добровољно здравствено осигурање постоји као допуна, у различитим облицима и обиму. Важно је истаћи да су разлике последица различитих државних уређења у државама ЕУ.

Амерички образац је присутан у САД-у, где се организација здравственог осигурања заснива на приватној здравственој заштити. Здравствено осигурање се обезбеђује преко приватних осигуравајућих друштава, која послују на тржишним начелима [3]. Премија осигурања је основ обезбеђивања здравствене заштите, која је заснована на добровољности и не пружа општу обухваћеност становништва.

Међутим, веома је распрострањена пракса да послодавци, потпуно или делимично, обезбеђују

здравствено осигурање, како за запослене, тако и за чланове њихових породица. Такође, постоје примарни и секундарни план. Социјално здравствено осигурање је обезбеђено само за део становништва који испуњава одређене услове (стари и сиромашни), кроз посебне програме. Не постоји општа обухваћеност, већ је око 50 милиона становника (60 одсто) здравствено неосигурано [4].

3. НАЈВАЖНИЈА ОБЕЛЕЖЈА ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Поред обавезног здравственог осигурања које (у зависности од земље у којој се спроводи) у већини случајева није довољно и не нуди очекивани ниво услуга, добровољно здравствено осигурање све више постаје обавезни инструмент очувања животног стандарда. Добровољно здравствено осигурање штити здравље и имовину од обавеза, односно трошкова који би проистекли из потребе плаћања здравствених услуга.

Један од основних принципа у осигурању (нарочито у здравственом осигурању) је принцип узајамности. Осигуравајућа друштва прикупљају средства од уплата за здравствено осигурање, која ће касније служити као основ за плаћање евентуалних потраживања. Такође, део прикупљених средстава се пласира на тржишту и (у зависности од квалитета улагања) доноси приход.

Осигуравајућа друштва функционишу у савршеним тржишним условима на принципу еквиваленције – све уплате су једнаке свим исплатама. Такође, осигуравајућа друштва се у свом пословању ослањају на премије осигурања, да би покриле потраживања осигураника. Одређивање висине премије осигурања врши се у зависности од вероватноће реализације штетних догађаја и висине одређених накнада.

У индустријски развијеним земљама људи теже да буду у потпуности заштићени, због чега се увode додатни облици осигурања. У САД-у је флексибилни потрошачки рачун додатни облик осигурања [5]. Флексибилни потрошачки рачун је рачун који оснива послодавац и користи се да би запослени, из неопорезованог дела зараде, плаћали трошкове који нису обухваћени здравственим осигурањем.

Заступљеност добровољног здравственог осигурања у једној земљи зависи од њене развијености, као и од њених програма здравствене заштите. Неки од програма здравствене заштите могу бити субвенционисани. Међутим, приватни сектор има веће могућности да одговори различитим индивидуалним потребама и креира планове сачињене према индивидуалним склоностима. У Србији, добровољно здравствено осигурање је тек у развојној фази.

4. СТАЊЕ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СВЕТУ

4.1. Сједињене Америчке Државе

У систему америчког здравственог осигурања преовладава приватно здравствено осигурање и приватни здравствени сектор. Већина запослених је здравствено осигурана преко својих послодаваца код

приватних осигуравајућих друштава (групно осигурање). Поред групног осигурања, постоји и појединачно приватно здравствено осигурање, које се може комбиновати са примарним и секундарним осигурањем. Приватним здравственим осигурањем је обухваћено између 60 одсто и 70 одсто становништва. Такође, држава је постепено елиминисала негативне стопе овог облика здравственог осигурања.

4.2. Канада

Канадски национални систем здравственог осигурања обезбеђује универзално покриће уз релативно ниске трошкове, односно покривено је више од две трећине укупних трошкова. У Канади се управљање универзалним и комбинованим здравственим осигурањем врши по провинцијама и административним областима. Осигурање је делимично субвенционисано од стране владе. Недостаци канадског националног система здравственог осигурања су мањак лекара, дуге листе чекања, прескуп боравак у болницама. Међутим, сви имају право на бесплатно здравствено осигурање, постоји довољан број дијагностичких апарата и довољно новца у буџету за здравствено осигурање, што значи да су канадски држављани изузетно добро обезбеђени.

4.3. Велика Британија

У Великој Британији, систем здравственог осигурања је заснован на начелу националног здравственог сервиса. Националним здравственим сервисом је покривено целокупно становништво. Финансирање се врши из јавних прихода, у висини од просечно 83 одсто. Формирани буџет се распоређује од националног нивоа (где се обједињује) до регионалног и локалног. Поред државног здравственог осигурања, које функционише у оквиру система јавне здравствене заштите, око 13 одсто становништва је покривено приватним здравственим осигурањем, које пацијентима обезбеђује бољу здравствену заштиту и лакши приступ лекарима специјалистима.

4.4. Немачка

У немачком систему здравственог осигурања постоје социјално здравствено осигурање (обавезно осигурање) и приватно здравствено осигурање (допунско осигурање). Системом здравственог осигурања у потпуности управља Министарство здравља и социјалне сигурности. Социјалним здравственим осигурањем је покривена већина становништва са ниским примањима, а обавезе уплаћују послодавци и запослени. Важи начело узајамности у приступу здравственој заштити, која функционише по прилично уређеном систему.

4.5. Чешка

Чешки здравствени систем је заснован на обавезном здравственом осигурању, након спроведене реформе између 1991. и 1993. године. Тренутно у Чешкој постоји девет осигуравајућих друштава и грађани могу да изаберу једно од њих. Такође, сваке године грађани имају право да промене осигуравајуће друштво, уколико нису задовољни одређеном здравственом услугом. Најважније здравствене

услуге, као што су посете лекару, боравак у болници и већина специјализованих услуга, у потпуности су покривене обавезним здравственим осигурањем.

4.6. Аустралија

Аустралијски здравствени систем је спој државног и приватног здравственог система. Око 43 одсто становништва Аустралије плаћа приватно здравствено осигурање. Становништво финансира здравствени систем у зависности од расположивог дохотка. Такође, доступне су им бројне здравствене услуге (које су у потпуности покривене здравственим осигурањем) или им се накнадно врши повраћај здравствених услуга. Светска здравствена организација оцењује здравствени систем Аустралије као изузетан, у смислу продуктивности и ефикасности. Већ неколико година, Аустралија се налази у групи земаља са најбољим здравственим системом, што подразумева најдужи животни век пацијената и највећа издвојена средства за ту намену.

5. СТАЊЕ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СРБИЈИ

Ограничености система обавезног здравственог осигурања (дуге листе чекања, недовољна дијагностичка процедура, итд.) намећу идеју да се у Србији, као и у највећем броју других земаља, уведе могућност додатних облика здравственог осигурања, а нарочито је изражена потреба за увођењем добровољног здравственог осигурања.

Функционисање тржишта у области здравствене заштите прате бројни проблеми, као што су: неизвесност здравствених потреба, недовољна обавештеност пацијената, недовољна понуда здравствених услуга. Поред тога, у Србији су присутна и нека друга ограничења, као што су: територијална неравноправност расподеле здравствених ресурса, усредсређеност приватне праксе у великим градовима, као и потреба очувања међугенерациске праведности, у смислу коришћења здравствене заштите.

Уважавајући претходно наведене проблеме, намеће се идеја о спојеној здравственој заштити, која подразумева одговарајуће облике обавезног и добровољног здравственог осигурања и представља пут којим би се систем здравствене заштите у Србији прикључио актуелним реформама у привреди и друштву.

6. ТРЖИШНИ ПОКАЗАТЕЉИ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СРБИЈИ 2013-2017.

Статистички билтени Народне банке Србије пружају јасан и прецизан увид у остварене резултате добровољног здравственог осигурања. Анализирани су остварени резултати на тржишту добровољног здравственог осигурања у периоду 2013-2017. године.

У табели 1 изложени су подаци из прве године анализираних раздобља. Свакако да је најзначајнији показатељ обим укупне премије добровољног здравственог осигурања. Запажамо да више од половине износа премије, преко 58 одсто, отпада на додатно здравствено осигурање. На другом месту су

сва друга добровољна здравствена осигурања, то јест спојеви више врста ових видова заштите, на које отпада 33 одсто премије. Број осигураника је такође највећи код додатног здравственог осигурања, с тим што је овде показатељ још већи. Број осигурања је највећи код ставке сва друга добровољна здравствена осигурања, из чега закључујемо да је овде премија по полиси осигурања сразмерно мала.

Табела 1. *Годишњи извештај добровољног здравственог осигурања за Србију у 2013. години (износи у хиљ. дин.) [6]*

Добровољно здравствено осигурање	бр		укупна премија осигурања	износ				
	осигурања	осигураника		укупна преносна премија 31.12.		техничка преносна премија 31.12.		
				претходне године	текуће године	претходне године	текуће године	
Паралелно здравствено осигурање	1.773	3.736	15.346	5.306	7.701	10.792	3.542	5.242
Додатно здравствено осигурање	4.597	699.094	673.453	165.008	186.464	466.083	113.742	127.199
Приватно здравствено осигурање	1.298	3.562	87.162	39.613	54.189	56.574	23.808	34.768
Сва друга добровољна осигурања (комбинација више врста)	12.456	27.109	382.158	108.046	122.941	244.009	67.249	76.497
Укупно	20.124	733.501	1.158.119	317.973	371.295	777.458	208.341	243.706

Током 2014. године уочава се велики број склопљених уговора у комбинацији више врста добровољног здравственог осигурања, док је код приватног здравственог осигурања дошло до значајног смањења броја склопљених уговора у односу на претходну годину. Такође, износ укупне премије осигурања је већи у односу на претходну годину, што можемо оценити повољним кретањем. Раст износи преко 14 одсто.

Народна банка Србије као надзорни орган над осигурањем делом је изменила образац табеле који представља годишњи извештај о добровољном здравственом осигурању. Наиме, уведена је посебна ставка „путно здравствено осигурање за време боравка у иностранству”. Имајући наведено у виду, закључујемо да је током 2015. године дошло да пораста и броја осигурања и броја осигураника, као да је, такође, повећан и укупни обим премије добровољног здравственог осигурања.

Подаци из четврте године анализираних раздобља упућују на закључак да се добровољно здравствено осигурање успешно развијало у Србији и током 2016. године. У поређењу с претходном годином забележено је увећање свих најважнијих показатеља – броја осигурања за 24 одсто, броја осигураника за 29 одсто, а износа укупне премије за читавих 41 одсто.

У последњој анализираној години настављена су изузетно добра кретања у области добровољног здравственог осигурања у нашој земљи. У поређењу с претходном годином побољшани су сви најважнији показатељи – број осигурања за 26 одсто, број осигураника за 8 одсто, а обим укупне премије за 28 одсто. Стопе су још веће ако се пореди учинак у 2017. са подацима из 2013. године – број осигурања увећан је за 144 одсто, број осигураника за 101 одсто, а обим укупне премије за 147 одсто.

7. ЗАКЉУЧАК

Поред обавезног здравственог осигурања, на тржиште се у све већој мери уводи добровољно здравствено осигурање, које штити здравље и имовину осигураника од трошкова који би проистекли из потребе плаћања здравствених услуга. Важно је истаћи да је велики број људи заинтересован за добровољно здравствено осигурање, не само због изражених слабости система обавезног здравственог осигурања, већ и због бројних погодности које нуди овај облик осигурања. Спроведена истраживања су показала, кроз искуства других земаља у добровољном здравственом осигурању, да људи теже побољшању сопственог здравља, што се нарочито примећује у високо развијеним земљама.

Расположиви подаци о стању на тржишту добровољног здравственог осигурања у Србији за раздобље 2013-2017. године и њихово тумачење указују на чињеницу да се тржиште добровољног здравственог осигурања у Србији шири у све већој мери и да је последње истражене године у нашој земљи било готово милион и по осигураника покривених овом врстом заштите, уз премију од близу 2,9 милијарди динара. Потребу за даљим развојем добровољног здравственог осигурања подстиче чињеница да се њиме обезбеђује виши квалитет здравствених услуга, у поређењу са обавезним здравственим осигурањем.

8. ЛИТЕРАТУРА

- [1] J. Beik, *Health Insurance Today*, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 2010, стр. 125.
- [2] A. Blomqvist, J. Qian, *Health System Reform in China: An Assessment of Recent Trends*, The Singapore Economic Review, 53 (1), 2008, стр. 5.
- [3] S. Folland, A. Goodman, M. Stano, *The Economics of Health and Health Care*, Prentice Hall, Upper Saddle River, USA, 2007, стр. 15.
- [4] G. Rejda, *Principles of Risk Management and Insurance (Eleventh Edition)*, Upper Saddle River, USA, 2011, стр. 90.
- [5] Д., Јанковић, *Приватно здравствено осигурање са аспекта међународних искустава и могућности примене у Србији*, Економски факултет, Београд, 2006, стр. 19.
- [6] Народна банка Србије, www.nbs.rs. (приступљено у јулу 2018.)

Кратка биографија:

Драженка Трифуновић рођена је у Стоцу, БиХ 1972. год. Мастер рад на Факултету техничких наука из области Инжењерског менаџмента – Управљање ризицима и менаџмент осигурања одбранила је 2018. год.