

ПРОАКТИВАН ОДНОС ОБАВЕЗНОГ И ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ – ФАКТОР ВЕЋЕ ЕФИКАСНОСТИ ЦЕЛОКУПНОГ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Дамир И. Марковић*

Републички фонд за здравствено осигурање Србије,
Филијала за западно-бачки округ, Сомбор

Циљ овог рада је да се укаже на веома тешку одрживост постојећег начина финансирања система здравствене заштите као и на изналажење начина за покриће све већих трошкова у овој области. Аналитичким методом су разматрани сви битни аспекти који утичу на ефикасност и доступност здравствене заштите што већем броју становника, а у складу са принципима универзалности, доступности и солидарности. Анализирани су системи финансирања у државама Европске уније као и развој и систем финансирања здравственог осигурања у Републици Србији. Утврђено је да је систем обавезног здравственог осигурања у Републици Србији у великој мери неефикасан и да постоје велика издвајања „из џепа“ појединаца како би се остварило право на здравствену заштиту у пуном обиму. Добровољно здравствено осигурање није развијено, његово учешће је симболично те нема значајнијег утицаја на цео систем. Потребно је изнаћи правце за повећање ефикасности, а пре свега кроз проактиван однос обавезног и добровољног здравственог осигурања, а и кроз даље реформе у здравственом систему, а што би га учинило доступнијим што већем броју становника и смањило издвајања „из џепа“.

Кључне речи: *здравствена заштита, ефикасност, доступност, финансирање, обавезно здравствено осигурање, добровољно здравствено осигурање*

Увод

Здравствена заштита и њена доступност, а из тога следствено и њено финансирање, постаје све више област од примарног значаја за свако друштво, државе и њихове националне буџете, али и питање светске економије и финансијских

* damir.markovic@rfzo.rs

кретања. У свим тим преплитањима друштвених, политичких, економских и других интереса веома је комплексно постићи равнотежни систем који на најефикаснији начин омогућује што већу доступност здравствене заштите за што већи обухват људи.

Опште познати трендови задњих деценија су да становништво све више стари, да је продужен век живљења што утиче директно на пораст броја људи који користе здравствену заштиту. Са друге стране здравствене процедуре и лекови су све скупли и поред сталног увођења нових технологија. Такав однос импликује све већу финансијску оптерећеност здравственог система и угрожавање основног принципа универзалности и доступности здравствене заштите што ширем слоју становништва чему тежи већина држава. У таквим условима и више је него неопходно истрајати на процесу изналажења најефикаснијег система здравственог осигурања који ће морати да одговори на савремене изазове финансирања. Тај процес је константно у току у великом броју држава које покушавају да избалансирају притисак које трпе национални буџети и да остваре циљеве који дефинишу здравствене системе.

У Републици Србији је здравствени систем, као и уосталом највећи део осталих система, пролазио кроз процес транзиције и делимичне трансформације, оптерећен пре свега слабијом националном економијом из које није било могуће финансирати здравствени систем у пуном обиму и на најквалитетнији начин. Не треба занемарити пре свега чињеницу да су приходи обавезног здравственог осигурања у 2016. години по становнику били на нивоу од око 250 евра и да из тога следи основна парадигма – како обезбедити доступност што шире и квалитетније здравствене заштите што већем броју људи. То је веома сложен процес, узимајући у обзир да се у државама Европске уније издвајају хиљаде евра по становнику за ову намену, као и друге изазове које стоје наспрам ефикасног здравственог система. Један од правца којем треба тежити, како би остварили задате циљеве, свакако ће бити однос обавезног и добровољног осигурања.

Здравствено осигурање у Европи

Систем здравственог осигурања у Европи је еволуирао током времена водећи се настојањима да се обезбеди минимално задовољење потреба из здравствене заштите што ширем слоју становништва, а посебно се то односило на маргиналне и социјално угрожене групе становништва. Требало је успоставити систем који је морао бити одржив, посебно са финансијске стране, а који би пружио заштиту што већем броју становништва. Први закон о здравственом осигурању усвојен је у Немачкој крајем XIX века настојањем немачког канцелара Ото фон Бизмарка да обезбеди заштиту одређених слојева становништва социјалним осигурањем увођењем организација „болничка каса“. Социјална заштита становништва се током времена ширила се на све делове Европе попримајући одређене специфичности регија и држава старог континента.

Основни принцип којим се тренутно води развој система здравственог осигурања у Европској унији јесте принцип универзалности за све грађане. Постизање овог циља је пре свега једна дугорочна мисија која ће се спроводити сталним унапређењем постојећих система и њиховом хармонизацијом.

Иако државе чланице међусобно граде заједничку политику у овој веома значајној области постоје велике разлике на националним нивоима. Разлике се огледају у разним аспектима: од финансијских могућности држава чланица и њиховог економског развоја до начина на који су организовале систем финансирања здравствене заштите или систем прикупљања средства од осигураника.

Што се тиче универзалне или близу универзалне покривености становништва здравственим осигурањем, она у већини земаља – чланица Европске уније достиже фантастичних 98–99% укупне популације. Немачка по том питању представља изузетак, јер је у њој законска покривеност становништва око 88%. Најчешћи основ за стицање права на здравствено осигурање и здравствену заштиту је боравак у поменутиим земљама [1].

Државе чланице Европске уније и њихови системи здравственог осигурања изложени су изазовима са три нивоа деловања који могу да имају утицаја на развој и функционисање овог система. Сваки од тих нивоа представља посебну област за коју се требају уложити додатни напори и хармонизација како би негативни утицаји смањили.

Изазови за економску одрживост система долазе од [2]:

1. Национални ниво

- довољни финансијски ресурси
- довољна оперативна ефикасност
- утицај конкуренције

2. Наднационални (ЕУ) ниво

- конкуренција између различитих погодности које пружају системи здравственог осигурања унутар ЕУ
- притисак јединственог ЕУ тржишта (подривање мешовитог јавно-приватног карактера система, утицај на регулацију фармацеутског система, агресиван наступ ка комерцијалном осигурању)

3. Глобални ниво

- притисак глобализованих компанија и тржишта на ниво плата и бенефиција

Јасно се из наведеног може приметити да и у систему здравствене заштите и здравственог осигурања постоји паралелизам националног и наднационалног интереса и да треба тежити да тај однос не прераста у конкурентски већ пре свега у један комплементаран однос.

Доминантан начин финансирања здравствене заштите у ЕУ јесу доприноси за здравствено осигурање, добровољно (приватно) здравствено осигурање и плаћање из сопственог џепа (*out of pocket*). Тренд који је доминантан јесте да расту издвајања појединаца („из сопственог џепа“) за финансирање здравствене заштите што свеукупно повећава издвајања за здравствени систем. Међутим и даље је систем централизованог јавног финансирања здравственог система у значајној мери испред приватног финансирања. Такође од овог односа се тек очекује да буде у што већој мери повезан и допуњујући. Обавезно и приватно осигурање требају да заједнички обезбеде појединцу потпуну здравствену заштиту или у највећој мери здравствену заштиту која је могућа. Наравно у таквом односу се мора бити јако опрезан и ограничити ризик од тога да се нагло и значајно повећавају обавезе појединаца како би се обезбедила пуна здравствена заштита.¹

¹ Посебно сталним повећањем издвајања за приватно здравствено осигурање (ако је оно у комплементарности са обавезним/државним) као и „издвајања из џепа“ осигураника.

Тежња је да се постигне најбољи могућ однос система здравственог осигурања и система финансирања здравствене заштите на нивоу држава чланица ЕУ као и самих држава чланица. У данашњим условима у којима се налази целокупни систем здравства то није ни мало лак циљ. То је пре свега процес који траје и у којем се фактори који на тај процес утичу стално мењају.

Старење становништва, тј. све дужи животни век утиче да се повећава број људи који користе здравствену негу, а са друге стране здравствене процедуре су све комплексније и самим тим и скупље. Све то заједно утиче да су трошкови одржавања здравственог система који се спроводи на нивоу држава чланица Европске уније све виши. То повратно утиче на проблеме у одрживости система и проналажењу начина да се се трошкови што рационалније распореде и да се ресурси користе што оптималније.

Управо то је област у којој у највећој мери долази до комплементарности између обавезног (државног) и добровољног (приватног) осигурања²те из овог односа треба да дође до потпуног финансирања здравственог система. Наравно треба тежити да се терет што мање пребацује на становнике који додатним осигурањем покривају целокупни „пакет здравствених услуга“ поред обавезног осигурања којим су сви обухваћени, али за дати одређени ниво услуга.

Различити су начини како се овај дисбаланс решава у државама чланицама, као и на нивоу саме Европске уније која улаже знатна средства како би унапредила целокупни систем. Модел здравственог осигурања и финансирања здравствене заштите у Француској се узима као један од најбољих примера не само у унији већ и на свету мада и он показује знакове све веће оптерећености укупних трошкова здравственог система према друштвеном бруто прозиводу. Суштина јесте да не постоји најефикаснији систем, већ се свака држава чланица али и све државе чланице заједно треба да прилагођавају све елементе који су битни за постизање што веће универзалности и покривености у односу на трошкове. То је процес прилагођавања и унапређења.

У државама Европске уније просечно учешће трошкова здравствене заштите у БДП је око 9%. Учешће трошкова добровољног здравственог осигурања у укупним трошковима здравствене заштите на нивоу ЕУ је нешто испод 10%. Нешто виши проценат учешћа од просечног је у Француској (12,2%), због високих партиципација наметнутих обавезним осигурањем, а које су довеле до значајног повећања допунског добровољног здравственог осигурања (чак 85% становништва има допунско осигурање) и Холандији (17,7%), јер је по основу прихода око 25% становништва искључено из дела обавезног здравственог осигурања и закључује супститутивно добровољно здравствено осигурање. Знатно ниже учешће, чак испод 5%, забележено је у Грчкој, Италији, Португалији, а мање од 2,5% у Аустрији, Белгији, Данској, Финској, Луксембургу, Шпанији и В. Британији [3].

² Ова подела на државно и приватно се не мора посматрати строго у оваком односу, јер се и обавезно осигурање може спроводити кроз комбинацију државног и приватног осигурања или чак и само кроз приватно осигурање (нпр. у Немачкој где осигураници који имају веће годишње приходе закључују приватно здравствено осигурање).

Систем здравственог осигурања у Републици Србији

Осврт на развој здравственог осигурања у Србији

Здравствена заштита је основ сваког друштва и полазна тачка универзалности и узајамне солидарности свих становника. Принципи на којима се данас заснива здравствени систем и систем здравственог осигурања грађен је дуг низ година пролазећи кроз разне фазе свог развоја.

Финансирање социјалног осигурања у тесној је зависности од развоја друштва и од могућности заједнице за обезбеђење средстава за социјално осигурање. Кроз разне форме државне интервенције вођена је одређена политика усклађивања односа између економских могућности привреде, с једне стране, и потреба осигураника и социјалног осигурања као целине, с друге стране [4].

Како се наводи у Монографији социјалног осигурања развој овог система вођен је углавном великом интервенцијом државе и њеним пресудим утицајем који се задржао до данас.

Будући развој треба да се базира на већем упливу других субјеката и утицаја као и већој децентрализацији целокупног система.

Здравственом осигурању и здравственој заштити се давала велика пажња кроз прописе који су усвајани од почетка XX века, тачније 1922. године (Закон о осигурању радника), а онда после Другог светског рата и Законом о социјалном осигурању из 1946. године којим је настављено дефинисање права радника и њихових породица на коришћење здравствене заштите тог доба. То су били јасни правци даљег развоја који је био усмерен пре свега на радно становништво и чланове њихових породица.

Новим прописима здравствено осигурање добија нову садржину; здравље није само квалитет у животу човека и услов за развитак производних снага, већ и субјективно право сваког грађанина и основни елемент хуманизма [4].

Усвајањем уставних промена, али и Устава из 1974. године долази до промена у целокупном друштвеном систему које је захватило и област здравственог осигурања. Успостављају се самосталне самоуправне интересне заједнице ткз. СИЗ-ови и то на нивоу локала, регија и република. Сва средства која се остварују по основу обавеза за здравствено осигурање се обухватају у СИЗ здравства који онда та средства алоцира на своје локалне самоуправне заједнице.

Како се наводи у Монографији социјалног осигурања [4] овај период, за разлику од ранијих периода у којима су деловали фискални инструменти финансирања, карактерише се по томе што се императивно намеће потреба да се изнађу нови начини обезбеђивања финансијских средстава према стварним потребама и могућностима, уз највећу рационалност у потрошњи – за све заједничке друштвене потребе, па и за здравствено осигурање. Системом друштвеног планирања и договарања о висини средстава у овим областима, отклоњена је могућност да се неконтролисано извлаче средства из личних доходака и дохотка радника.

У пројекту „Изградња капацитета Републичког завода за здравствено осигурање у Србији“, финансираном од стране ВГГ/ЕПОС-а наведено је да је развој здравственог осигурања пролазио кроз следеће фазе[5]:

– Фаза трипартитног финансирања од 1945. до 1948. године (држава је финансирала одређене здравствене установе, део установа је финансиран из фондова социјалног осигурања и приватна здравствена пракса)

– Фаза буџетског финансирања од 1948. до 1960. године (служба социјалног осигурања је припојена државним здравственим установама, а приватна пракса је престала да постоји. Дошло је до значајнијег повећања права на здравствену заштиту)

– Фаза фондовског финансирања од 1961. до 1971. године (циљ је био да се повећа економска ефикасност здравствене делатности. Здравствене установе су средстава добијале од фондова осигурања и имале су слободу у трошењу тих средстава).

– Фаза финансирања на принципу слободне размене рада започела усвајањем Устава из 1974. године (негирање тржишног система пословања установа и увођење „договорене економије“. Формирање самоуправних интересних заједница или СИЗ-ова које су у пракси ипак деловале као продужена „рука“ државе.

– Фаза социјалног здравственог осигурања од 1990. године усвајањем Закона о друштвеним делатностима и Закона о здравственој заштити.

Фазе које су наведене указују да се пре свега развијала свест и потреба да је се задовољене потреба које пружа здравствена заштита друштвени приоритет и једна од највећих вредности сваког друштва. Обезбеђење тих принципа захтева велика финансијска издвајања како државе тако и њених грађана те је свака нова фаза у развоју требала да обезбеди што већу интеракцију и већу ефикасност самог система.

Систем здравственог осигурања данас

У Србији као и у већини држава које су имале социјалистичко уређење и које су свој систем здравственог осигурања базирале пре свега на потпуном или пресудном улогом државе дошло је до промена у транзиционом периоду. Није добар начин системе тог типа одмах и директно мењати на тржишне јер једноставно нису постојали услови за тако нешто. Практика је показала да такви нагли транзициони процеси за резултат имају мању ефикасност него функционисање система на претходним принципима. Пре свега мора се пажљиво и са пуним уважавањем односити према специфичностима сваке државе, па тако и Србије како би се развио најрационалнији систем појединачно, јер идеални модел не постоји.

Финансирање здравственог система може се спроводити на више начина и то кроз:

1. Опште приходе државе – одлуком законодавних и извршних органа једне државе доноси се одлука колико се средстава издваја за ове намене. Тешко је за очекивати да ће то бити значајнији део општих прихода имајући у виду све потребе једне државе од војске, полиције, образовања, издвајања за пензијска и социјална давања

2. Социјално обавезно финансирање – издвајање дела прихода насталих по основу остваривања права на зараду и здравственог осигурања радника и послодавца као и остваривање других видова прихода на које се може применити обавезно социјално осигурање

3. Прихода локалне заједнице – без обзира на спремност локалног окружења да унапређује овај систем његов захват не може бити толико велик и значајан као претходна два начина финансирања. Односи се пре свега на унапређење финансирања примарне здравствене заштите

4. Добровољно финансирање – начин финансирања на добровољној одлуци појединаца да се одлуче за одређени део осигурања који желе да плате. Као додатно осигурање или као преовлађујући начин финансирања свог здравственог осигурања

5. Директно финансирање – подразумева плаћање услуге директно даваоцу за обављену медицинску негу или надзор без даљег рефундирања из обавезног или добровољног осигурања.

Здравствено осигурање у Србији се данас заснива највећим делом на Бизмарковом моделу социјалног осигурања, док се још увек може навести и даље велик утицај државе као одлика ранијих модела заснованих на другачијем (социјалистичком) друштвеном уређењу.

У складу са чланом 2 Закона о здравственом осигурању [6] у Републици Србији се здравствено осигурање спроводи на два начина и то као:

- обавезно здравствено осигурање
- добровољно здравствено осигурање

Као што је дефинисано у закону систем осигурања у Србији се заснива на наведена два стуба: обавезном и добровољном који нико не би смели бити у конфронтацији, чак шта више њихов међусобни однос треба да за резултат има ефикаснији систем здравствене заштите. Ова подела која је велики искорак у даљем развоју здравственог осигурања не сме бити само правна дефиниција и могућност сама по себи, онда треба да буде подстицај и тачка целокупног даљег дефинисања и функционисања система који треба да пружи што квалитетнију и доступнију здравствену заштиту највећем могућем броју становника.

Начела на која се ослања данашњи, доминантни, систем обавезног здравственог осигурања су [6]:

– начело обавезности: остварује се организацијом наплате доприноса од различитих категорија становништва чиме се обезбеђује могућност финансирања и коришћења здравствене заштите становништва обухваћеног осигурањем

– начело солидарности и узајамности: заснива се на принципу да терет здравствене заштите односно плаћања доприноса осигураници плаћају у складу са својим могућностима у односу на приходе које остварују, а коришћење здравствене заштите за све осигуранике код којих је настала болест или други случај предвиђен законом

– начело јавности: право на доступност свих информација које су битне за остваривање здравствене заштите

– начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса

– начело сталног унапређивања квалитета обавезног здравственог осигурања

– начело економичности и ефикасности здравственог осигурања: спроводи се на начин да се остваривање права осигураника реализује са што мање трошкова и што ефикасније

Реализација свих ових начела као и остварење здравствене заштите на највећем могућем нивоу ипак зависи пре свега од могућности финансирања. Почетни и општи услов јесу финансијске могућности друштва и саме државе да обезбеди здравствену заштиту на дефинисаном нивоу. Ако узмемо податак да су приходи које је остварио систем обавезног здравственог осигурања у 2016. години по становнику на нивоу од око 250 евра³ можемо одмах да поставимо најважније могуће питање: на који начин обезбедити пун обим здравствене заштите. Када анализирамо проблеме ефикасности у развијенијим државама које имају десет или двадесет пута веће приходе по становнику за здравствену заштиту, а које такође имају проблем раста трошкова и финансирања истих, онда је ово питање још значајније, а одговор стратешки важан.

Као што у табели можемо видети највећи део остварених прихода здравственог осигурања потиче од доприноса запосленог становништва као и трансфера од Фонда пензијског и инвалидског осигурања. Ова два извора чине чак 88% свих остварених прихода здравственог осигурања. Следе затим приходи од трансфера из националног буџета као и остали приходи и примања.

Табела 1 – структура остварених прихода и примања РФЗО у 2015. и 2016. години

Приходи и примања	2015.	Структура (%)	2016.	Структура (%)	Индекс
	1	2	3	4	3/1 x 100
Приходи од доприноса	132.676.568	63,58	137.282.901	63,89	103,47
Трансфери од ООСО	51.000.184	24,44	50.890.058	23,68	99,78
Трансфери од буџета	20.833.028	9,98	20.340.744	9,47	97,64
Остали приходи и примања	4.169.385	2,00	6.357.328	2,96	152,48
Укупно	208.679.165	100	214.871.031	100	102,97

(Извор: Извештај о финансијском пословању Републичког фонда за здравствено осигурање за 2016. годину, Републички фонд за здравствено осигурање, Београд, 2017, стр. 12)

Како је раст прихода здравственог осигурања следствен даљем развоју националне економије и расту општег стандарда, а то је дуг и неизванстан процес истовремено се морају уложити напори за изналагање нових начина за испуњење задатих циљева. То је пре свега већа рационалност и ефикасност, а која ће бити последица односа између обавезног и добровољног осигурања.

Тај се однос мора мењати тј. не сме да буде само правна одредница у закону. Раст добровољног осигурања који неће много више оптерећивати становнике него што сада

³ Остварени приходи и примања просечно по становнику у 2016. години износе 29.898 динара и већи су за 862 динара у односу на 2015. годину. (Извештај о финансијском пословању Републичког фонда за здравствено осигурање за 2016. годину, Републички фонд за здравствено осигурање, Београд, 2017).

издвајају „из џепа“ (требало би шта више да смањи директна издвајања) за здравствене услуге јесте смер за остварење квалитетније и доступније здравствене заштите.

У табели која следи можемо да видимо који је то ниво потрошње за здравство у земљама чланицама Европске уније, али и државама које нису чланице међу њима и у Србији. Можемо да закључимо да је потрошња за здравство у Србији у 2015. години per capita била на нивоу од 1.049 евра што је на нивоу од 38% од просека потрошње на нивоу потрошње 28 чланица уније или три до четири пута мање од појединих држава чланица. Једино су Румунија и Латвија имале мању потрошњу за здравство од Србије.

Табела 2 – потрошња за здравство у Европи

	Потрошња за здравство per capita (у еврима)	Годишња стопа раста потрошње per capita								
		2015	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15 ²
Austrija	3.789	2,9	1,0	1,4	0,4	2,6	-0,2	0,9	1,4	
Belgija	3.481	4,1	4,7	0,0	2,2	0,5	1,4	0,9	0,5	
Bugarska	1.108	9,0	2,0	9,5	2,3	6,9	4,9	10,5	1,1	
Hrvatska	1.109	5,7	-1,6	-0,6	..	..	-1,8	-4,8	-8,0
Kipar	1.576	14,6	2,5	..	0,8	-3,5	-2,3	-2,5	1,7	
Češka	1.850	7,7	8,5	-3,1	2,5	-0,1	..	0,5	2,5	
Danska	3.773	0,9	6,2	-1,4	-1,4	0,0	-0,3	..	1,1	
Estonija	1.348	7,6	..	-0,6	-0,8	5,3	5,0	5,8	4,1	
Finska	2.988	3,5	0,2	2,4	3,0	1,8	1,0	-1,0	1,7	
Francuska	3.342	0,9	3,3	0,6	1,5	0,6	1,2	1,2	-0,2	
Nemačka	4.003	3,3	3,8	3,0	0,9	2,7	1,6	2,1	1,9	
Grčka	1.663	..	..	-4,7	-12,6	-11,9	-4,7	-4,0	-0,9
Mađarska	1.371	-0,6	-4,4	4,8	2,3	-2,3	-0,6	2,0	1,2	
Irska	3.922	11,9	7,9	0,6	-4,7	2,2	..	1,4	-0,3	
Italija	2.476	3,1	-1,4	1,1	-0,9	-3,0	-3,4	..	0,7	
Latvija	1.030	-5,0	-4,8	-1,8	-1,8	2,5	3,5	5,1	4,8	
Litvanija	1.364	13,2	0,8	-3,8	3,4	1,9	2,1	5,2	6,5	
Luksemburg	6.023	0,6	4,5	-1,6	..	3,3	..	..	..
Malta	2.449	0,2	-1,1	2,6	..	5,9	2,4	1,5	3,8	
Holandija	3.983	3,7	3,0	2,7	1,7	2,1	0,0	0,5	0,2	
Poljska	1.259	13,5	6,1	..	1,9	1,0	..	3,0	1,9	
Portugal	1.967	3,2	2,4	1,2	-4,6	-5,5	-3,3	0,3	0,3	
Rumunija	816	11,5	-0,5	3,8	-3,3	0,1	-0,5	3,2	1,3	
Slovačka	1.539	..	7,9	2,9	-2,4	4,4	0,0	..	4,0	
Slovenija	1.983	8,0	-0,3	0,8	0,2	-0,8	-0,9	0,5	0,5	
Španija	2.366	5,3	3,5	-0,1	-0,5	-2,7	-2,4	2,7	2,4	
Svedska	3.937	1,6	1,2	-0,3	..	1,4	1,9	2,0	2,5	
Velika Britanija	3.084	1,8	4,7	-1,6	0,9	1,2	..	1,6	0,7	
EU28	2.781	4,3	2,9	0,9	0,1	0,1	-0,4	1,8	1,2	
Albanija	492	..	..	..	..	..	..	5,9	..
Makedonija	654	4,6	-2,2	4,6	-1,2	1,7	-8,1	10,8	..	
Island	3.126	0,2	-1,6	-6,2	-0,3	1,3	3,5	1,9	2,3	
Crna Gora	698	..	..	..	3,2	1,6	-8,3	-0,4	..
Norveška	4.681	3,7	2,0	-0,3	2,8	2,1	1,1	3,1	3,4	
Srbija	1.049	6,2	-4,1	2,9	-1,5	1,2	5,4	0,3	..	
Švajcarska	5.354	2,5	2,7	..	2,1	3,7	2,3	2,6	1,5	
Turska	791	-0,8	-1,0	-1,2	1,2	-0,7	5,4	1,6	6,2	

(Извор: Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, (2016), <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>)

Републички фонд за здравствено осигурање као носиоц здравственог осигурања у Републици Србији

Систем обавезног здравственог осигурања у Републици Србији спроводи се преко јединствене државне организације – Републичког фонда за здравствено осигурање (даље: Фонд).

Чланом 3. Закона о здравственом осигурању [6] дефинисано је да је обавезно здравствено осигурање оно којим се запосленима и другим грађанима обухваћеним обавезним здравственим осигурањем обезбеђује право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде за случајеве утврђене овим законом. Обавезно здравствено осигурање обухвата:

- Осигурање за случај болести и повреде ван рада
- Осигурање за случај повреде на раду или професионалне болести

Чланом 208 Закона о здравственом осигурању дефинисано је да обезбеђивање и спровођење здравственог осигурања спроводи Републички фонд за здравствено осигурање.

Послови које обавља Републички фонд за здравствено осигурање су дефинисани у члану 212 Закона о здравственом осигурању[6]:

- доноси опште акте, на основу овлашћења из овог закона, којима се ближе уређује спровођење обавезног здравственог осигурања;
- планира и обезбеђује финансијска средства за спровођење обавезног здравственог осигурања;
- у оквиру расположивих финансијских средстава планира и обезбеђује услове за равномерно спровођење обавезног здравственог осигурања на територији Републике и обезбеђује средства солидарности за уједначавање услова за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања на подручју филијала;
- обезбеђује финансијске и друге услове за остваривање права на коришћење здравствене заштите у иностранству, односно за упућивање осигураних лица на лечење у иностранство;
- доноси план рада за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања у складу са плановима рада филијала;
- доноси финансијски план, у складу са законом;
- закључује уговоре са даваоцима здравствених услуга у складу са овим законом, обезбеђује средства за спровођење здравствене заштите на основу тих уговора;
- преноси средства за спровођење обавезног здравственог осигурања филијалама
- обезбеђује законито, наменско и економично коришћење средстава и стара се о увећању средстава на економским основама;
- обезбеђује непосредно, ефикасно, рационално и законито остваривање права из здравственог осигурања и организује обављање послова за спровођење осигурања;
- организује обављање послова за спровођење здравственог осигурања које се непосредно спроводи у Републичком фонду
- врши контролу спровођења закључених уговора између филијала и давалаца здравствених услуга, односно врши контролу остваривања права из обавезног здравственог осигурања;

– обезбеђује спровођење међународних уговора о обавезном здравственом осигурању;

– води евиденцију и прати наплату доприноса, са надлежним органима, размењује податке са надлежним органима о обвезницима доприноса за здравствено осигурање, као и друге податке везане за доприносе

– обавља послове централизованих јавних набавки у складу са законом

Законом из 2005. године омогућено је да Фонд спроводи и добровољно осигурање што је корак ка ефикаснијем систему осигурања. Фонд у реализацији циљева дефинисаних законом и својим актима треба да испуњава мисију развоја здравственог осигурања као централна институција на нивоу државе. Фонд треба да буде активан субјект који ће иницирати проактиван однос са другим субјектима који ће се укључивати у остварење циљева здравственог осигурања. Такође проактивна улога посебно треба да се примени кроз добровољно здравствено осигурање које спроводи Фонд.

Добровољно здравствено осигурање у Републици Србији

Добровољно здравствено осигурање у Републици Србији није имало динамичан развој као што је имало обавезно. Пре свега то проистиче из друштвеног система који је преовлађивао на овим просторима и који је у први план стављао централну улогу државе као носиоца свих активности које су везане за ову област.

Закон о социјалном осигурању из 1946. године предвиђао је могућност добровољног осигурања. Крајем четрдесетих година XX века ова могућност је била поверена само надлежном државном органу социјалног осигурања и била је ограничена на одређени временски период након губитка посла, а после истека заштитног рока. Заинтересовани су ову могућност, уз плаћање пуних доприноса за здравство остварили су потпуно иста права као и запослени осигураници.

Члан 4 Закона о здравственом осигурању^[6] из 2005. године дефинише да се добровољним здравственим осигурањем осигурава од настанка ризика плаћања учешћа у трошковима здравствене заштите, осигурања грађана који нису обавезно осигурани по овом закону односно који се нису укључили у обавезно здравствено осигурање, као и осигурање на већи обим и стандард и друге врсте права из здравственог осигурања.

Добровољно здравствено осигурање могу спроводити Републички фонд за здравствено осигурање као и правна лица која обављају делатност осигурања. Законским регулативама су дефинисани услови, начин и спровођење добровољног здравственог осигурања. Важно је истаћи чињеницу да је државном Фонду такође поверена ова улога те је његов утицај на развој добровољног осигурања веома велик. Утицај се пре свега мора репрезентовати у намери Фонда да се више и активније укључи у промоцију и реализацију добровољног осигурања. Други носиоци који могу да обављају послове осигурања ће тај посао обављати ради стицања добити, док је циљ Фонда далекосежнији и огледа се у изналажењу односа између обавезног и добровољног осигурања који ће пружити најефикаснији здравствени систем са трошковима који се реално могу исплатити.

У Србији, Фонд је једина јавна и једина непрофитна организација која се бави добровољним здравственим осигурањем. Могућност за ову своју другу, споредну делатност, Фонд је добио одредбама Уредбе о добровољном здравственом осигу-

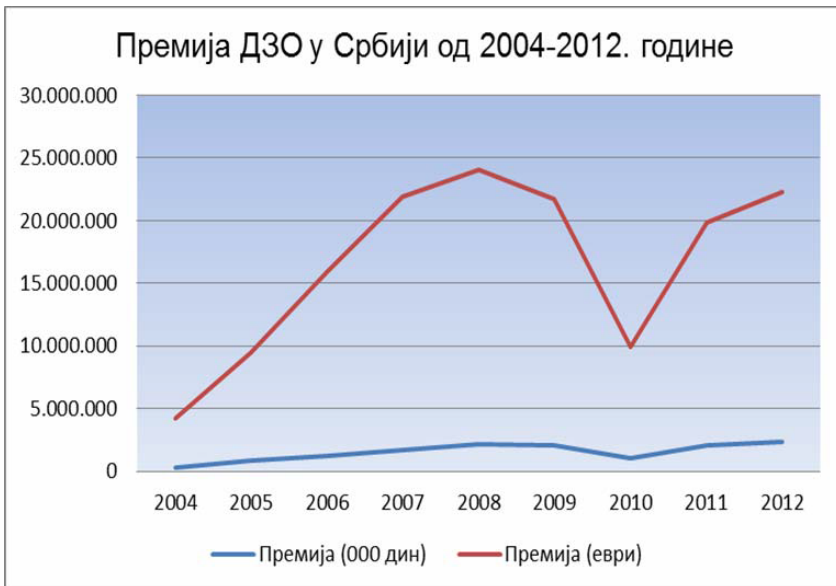
рању. Од 2010. године добровољно осигурање у Фонду је у сталном али и даље недовољном расту. Што се тиче конкурентског односа осигуравајућих друштава и Фонда, очекује се да циљне групе како осигураника, као и понуде осигурања, буду прилагођене избору осигуравача. Тако, нпр, Фонд нема право да понуди осигурање грађанима који нису обавезно осигурани. Приватни осигуравачи природно за циљну групу имају запослене у приватним предузећима страних оснивача, који су спремнији да у додатна осигурања запослених улажу веће месечне износе [9].

Према улози коју остварује добровољно здравствено осигурање у односу на обавезно здравствено осигурање, а у контексту финансирања здравствене заштите, могу се издвојити три његове функције [10]:

а) *Алтернативна функција добровољног здравственог осигурања*: О овој улози добровољног здравственог осигурања говоримо када оно у потпуности мења обавезно здравствено осигурање.

б) *Суплементарна функција добровољног здравственог осигурања*: Када добровољно здравствено осигурање служи као допуна обавезном здравственом осигурању, тада оно има суплементарну функцију.

ц) *Комплементарна функција добровољног здравственог осигурања*: Ова улога добровољног здравственог осигурања је веома слична његовој суплементарној, с тим што комплементарно добровољно осигурање купују лица која су и иначе осигурана у оквиру система обавезног здравственог осигурања, али желе да се заштите од финансијских ризика везаних за обавезу да доплате део цене за примљене здравствене услуге које би било обавезни да плате из свог џепа.



Графикон 1 – Премија добровољног здравственог осигурања у Србији од 2004. до 2012. (Извор: Стратегија развоја здравственог осигурања у Србији, Републички фонд за здравствено осигурање, Београд, 2013, с. 48)

У графику 1 може се уочити да премија осигурања има сталан раст (са тренутним падом у 2010. години које је био проузрокован усвајањем одређених законских аката везаних за премије осигурања). Иако можемо да говоримо о сталном расту премија добровољног осигурања оне су и даље на ниском укупном нивоу. Садашњи ниво не обезбеђује већи утицај на целокупни систем који би требало да има, а који би се огледао пре свега у употпуњењу целокупног здравственог осигурања и здравствене заштите, како са становишта услуга тако и са становишта веће финансијске ефикасности.

У члану 7 Уредбе о добровољном здравственом осигурању [11] дефинисано је ограничење да давалац осигурања не може организовати и спроводити за идентичну врсту, садржај, обим, стандард, начин и поступак остваривања права који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем које је прописано законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона. Добровољно здравствено осигурање не може се организовати и спроводити за превентивне програме вакцинација, имунопрофилактике и хемопрофилактике који су обавезни према републичком програму имунизација становништва против одређених врста заразних болести. Отуд можемо говорити пре свега о допунском карактеру добровољног осигурања за пакет и врсту услуга које нису обухваћене обавезним осигурањем, а које би се у случају настанка потребе за истим плаћале из „сопственог џепа“.

Врсте добровољног здравственог осигурања су [4]:

1) паралелно здравствено осигурање је осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите који настају када осигураник остварује здравствену заштиту која је обухваћена обавезним здравственим осигурањем на начин и по поступку који су друкчији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања који је прописан законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона;

2) додатно здравствено осигурање је осигурање којим се покривају трошкови здравствених услуга, лекова, медицинско-техничких помагала и имплантата, односно новчаних накнада који нису обухваћени правима из обавезног здравственог осигурања, односно осигурање на већи садржај, обим и стандард права, као и износ новчаних накнада обухваћених обавезним здравственим осигурањем;

3) приватно здравствено осигурање је осигурање лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем или која се нису укључила у обавезно здравствено осигурање, за покривање трошкова за врсту, садржај, обим и стандард права која се уговарају са даваоцем осигурања.

Како наводи Јанковић Д. [3], препреке у даљем развоју добровољног осигурања у Србији поред осталог су:

- регулисање рада лекара,
- решавање питања приватне праксе и вечерњих болница у државном сектору,
- порески третман премија осигурања,
- навике становништва,
- економски стандард,
- време потребно друштвима за осигурање за развој нових производа.

Свакако да је као и код обавезног осигурања и проблема финансирања и развој добровољног у примарној вези са даљим развојем економског стандарда. Просто је веома тешко развијати и свест о додатном осигурању и додатном плаћању кад су лични приходи појединаца недовољни за реализацију основних животних потреба. То није амбијент који је повољан за развој овог облика осигурања. Са тим у директној вези јесте и непостојање навика и културе опредељивања за неку од форми добровољног здравственог осигурања, док се у развијеним државама та традиција градила десетинама година. Важан аспект јесте и порески третман премија осигурања који није у потпуној мери стимулативан за појединце што би даље водило ка већој приступачности ширем слоју становништва. Сасвим друга димензија проблема јесте она која је везана за тренутни систем функционисања здравствене заштите и свих њених елемената које у реалне препреке даљем развоју добровољног здравственог осигурања.

Према подацима Народне банке Србије, у трећем кварталу 2014. године удео премија ДЗО у укупним премијама осигурања је био свега 2%. (8,64 милиона ЕУР, тј. свега 0,63% прихода РФЗО-а од доприноса за здравствено осигурање у 2013. години), док је у трећем кварталу 2013. године тај удео износио 1,8%. Премије здравственог осигурања достигле су номинални раст од 16,4%, али две трећине ових премија у трећем кварталу 2014. године представљају премије две највеће осигуравајуће куће) [11].

Потреба проактивног односа обавезног и добровољног осигурања као услов веће ефикасности

Анализа односа трошкова обавезног и добровољног осигурања

Анализом функционисања система здравственог осигурања и здравствене заштите у Републици Србији, али и у далеко развијенијим државама (Француска) може се закључити да не постоји најбоље решење које је одговор за све изазове који се налазе у овом тренутку пред здравственим системом. Већина држава има све више проблема са растом укупних трошкова за здравствену заштиту који притискају националне буџете. Трошкови за здравствену заштиту у појединим државама су већ сад изнад 10% БДП што је представља велика издвајања и проблем од велике важности за целокупно друштво. Раст трошкова проузрокован старењем становништва, све већим бројем корисника здравствене заштите и поскупљењем медицинских процедура јесте стални тренд који ће се морати континуелно превазилазити прилагођавањем система здравственог осигурања.

Аспект финансирања и плаћања трошкова здравствене заштите добија посебну димензију ако га посматрамо на примеру Републике Србије где универзалност и доступност треба обезбедити са свега 250 евра прихода за здравствено осигурање по становнику који се прикупе по основу обавезног здравственог осигурања. Расположиве финансије су чињеница, која се у релативним односима у неком будућем периоду, неће битније мењати. Поред такве констатације важних елемената за функционисање система здравствене заштите јасно је да се већа ефикасност и доступност здравствене заштите треба тражити у додатном осигурању, али и много већој ефикасности постојећег обавезног здравственог осигурања. Такође велики потенцијал лежи не само у финансирању

већ и у бројним другим елементима који су битни за здравствену заштиту. Према прим. др Љиљани Томашић[11] предуслов за спровођење мера и активности за унапређење система здравствене заштите јесте укидање монопола државног здравства, тј. изједначавање положаја државног и приватног здравства, те њихово равноправно укључивање у здравствени систем. На тај начин би се несумњиво допринело конкурентности у овој области, бољем коришћењу здравствених капацитета, већој и бољој доступности здравствених услуга, као и запошљавању већег броја стручних кадрова. У основи предложених мера и активности за унапређење и развој здравственог система у Републици Србији јесте промена свести о здравству као социјалној категорији и признавање економске димензије у здравственом сектору као доминантне, што се намеће у условима тржишне привреде као императив за одрживост здравственог система.

Обавезно здравствено осигурање, које спроводи Републички фонд за здравствено осигурање, треба да да одговори на промене које се дешавају на тржишту. Своје активности треба да извршава на један проактиван начин који је у супротности са класичним шаблонским задовољењем своје функције која му је законски поверена. Треба да подстиче промене у здравственом систему, да буде један од кључних носиоца истих. Наравно да то подразумева да ова институција својом стручношћу и капацитетима за обављање послова здравственог осигурања треба приоритетно да мења своју улогу.

Расходи здравствене заштите у Србији у 2014. години били су 401,44 милијарде динара (4.54 млрд УСД). Израчунали смо да су државни издаци за здравство у 2014. години порасли за 5,60% посматрано у локалној валути на 244,99 млрд РСД (2,77 млрд УСД). Ово одговара проценту БДП-а од 5,74 одсто. Приватни расходи за здравствену заштиту у 2014. годину порасли су за 3,3 одсто посматрано у локалној валути на 156,45 млрд РСД (1,77 млрд УСД). Државни издаци за здравствену заштиту чине већину здравствених трошкова у земљи и представљају 61,03% укупних расхода здравствене заштите.

Већину приватних издатака за здравство представљају трошкови „из џепа“ грађана, за разлику од приватних исплата за здравствено осигурање, што указује на учесталост неформалних плаћања у систему здравствене заштите у Србији и хронично недовољно финансирање трошкова здравствене заштите од стране државе [11].

Табела – Издаци за здравство у периоду од 2010. до 2013.

Индикатор	2010.	2011.	2012.	2013.
Укупни издаци за здравство (у милионима УСД)	4.091	4.832	4.271	4.825
Укупни издаци за здравство по глави становника (у УСД)	546	622	561	632
Укупни издаци за здравство као % БДП	10,4	10,4	10,5	10,6
Јавни издаци за здравство као % БДП	6,4	6,5	6,4	6,4
Издаци РФЗО за здравство као % БДП	6,0	6,0	6,0	6,0
Приватни издаци за здравство као % БДП	4,0	3,9	4,1	4,2

(Извор: Студија „Могући правци повећања ефикасности здравственог система у Републици Србији“, Ernest & Young, доо Београд, 2016, стр.27)

Подаци приказани у табели указују да велики део средстава који се троши за здравствену заштиту становници плаћају „из џепа“, скоро 40% свих трошкова чине издаци који су нису плаћени из обавезног здравственог осигурања. То је показатељ да је систем обавезног осигурања неефикасан у довољној мери чим је потреба за тим нивоом учешћа становништва.

Процењује се да више од 90% приватне потрошње представљају трошкови „из џепа“ грађана. У 2013. години 95,6% приватних трошкова за здравство су били трошкови „из џепа“ грађана, док су преосталих 4,4% били трошкови приватног осигурања и трошкови малог броја предузећа која имају своју здравствену заштиту (нпр. Хемофарм - Стада), што значи да је учешће трошкова „из џепа“ грађана у БДП-у Србије око 3,8%. Приватне здравствене установе апсорбују око 34% укупних трошења на здравство у 2013. години, док јавне институције доприносе у укупним трошковима са око 66% [11]. Када подацима из табеле придодемо структуру приватне потрошње онда је слика о неефикасности у још неповољнијој конотацији за цео здравствени систем у Републици Србији. Скоро сва потрошња се везује за плаћања „из џепа“ док се свега 4% трошкова односи на добровољно или додатно здравствено осигурање. Промена овог односа у корист добровољног осигурања треба да омогући позитиван баланс трошкова и мање појединачне трошкове за кориснике здравственог осигурања.

Правци развоја односа обавезног и добровољног здравственог осигурања и утицај на ефикасност здравственог система

Из досадашње анализе може се закључити да су трошкови који се издвајају за здравство веома значајни и да имају тренд сталног раста. Зато је питање финансирања и одрживости здравственог система веома важно друштвено – политичко питање за сваку државу, па тако и за Републику Србију. У наредној табели можемо да видимо да се на нивоу, Европске уније од 28 европских држава, за трошкове здравства издваја око 10 % бруто домаћег производа. Занимљив податак је свакако да се сличан проценат потрошње исказује и за потрошњу у Србији (у 2014. години износио је 10,3%). Иако је потрошња у Србији у односу на БДП доста велика, она је у реалним оквирима мала и недовољна. Оваква ситуација је настала пре свега због ниског нивоа БДП и његовог малог раста.

У ситуацији када су очигледно средства за здравствену потрошњу недовољна и присутна је све већа потрошња из „џепа грађана“ потребно је тражити нове правце да се превазиђе тренутна ситуација.

Проблем финансирања здравственог осигурања је веома комплексан и не може се посматрати само са становишта пораста трошкова и настојања да се исти смање. Потребно је анализирати бројне параметре, факторе и субјекте који су битни за функционисање овог система како би се могли дефинисати правци развоја који ће имати позитиван ефекат на цео систем.

Табела – Потрошња за здравство приказана кроз % од БДП

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austrija	9,2	9,8	10,1	9,9	10,1	10,1	10,3	10,4
Belgija	7,9	9,0	9,9	10,1	10,2	10,4	10,4	10,4
Bugarska	..	6,9	7,2	7,2	7,6	7,9	8,5	8,3
Hrvatska	..	6,9	8,2	7,6	7,6	7,3	6,7	6,6
Kipar	..	5,4	6,4	6,6	6,6	6,9	6,8	6,8
Češka	5,7	6,4	6,9	7,0	7,1	7,8	7,7	7,5
Danska	8,1	9,1	10,4	10,2	10,3	10,3	10,6	10,6
Estonija	5,2	5,0	6,3	5,8	5,8	6,0	6,1	6,3
Finska	6,9	8,0	8,9	9,0	9,3	9,5	9,5	9,6
Francuska	9,5	10,2	10,7	10,7	10,8	10,9	11,1	11,0
Nemačka	9,8	10,2	11,0	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1
Grčka	7,2	9,0	9,9	9,5	8,9	8,7	8,3	8,2
Mađarska	6,8	8,0	7,6	7,6	7,5	7,3	7,2	7,0
Irska	5,9	7,7	10,6	9,9	10,1	10,5	10,1	9,4
Italija	7,6	8,4	9,0	8,8	8,8	8,8	9,1	9,1
Latvija	5,9	5,9	6,2	5,6	5,4	5,4	5,5	5,6
Litvanija	6,4	5,6	6,8	6,5	6,3	6,1	6,2	6,5
Luksemburg	5,9	7,3	7,1	6,2	6,7	6,5	6,3	7,2
Malta	..	8,8	8,3	9,6	10,0	9,9	9,8	9,6
Holandija	7,1	9,4	10,4	10,5	10,9	10,9	10,9	10,8
Poljska	5,3	5,8	6,4	6,2	6,2	6,5	6,4	6,3
Portugal	8,4	9,4	9,8	9,5	9,3	9,1	9,0	8,9
Rumunija	..	5,5	5,7	5,4	5,4	5,2	5,1	5,0
Slovačka	5,3	6,6	7,8	7,4	7,7	7,6	7,0	7,0
Slovenija	8,1	8,0	8,6	8,5	8,7	8,8	8,5	8,4
Španija	6,8	7,7	9,0	9,1	9,1	9,0	9,1	9,0
Švedska	7,4	8,3	8,5	10,7	10,9	11,1	11,2	11,1
Velika Britanija	6,3	7,4	8,5	8,4	8,5	9,9	9,9	9,8
EU-28	..	8,7	9,6	9,5	9,6	9,9	10,0	9,9
Albanija	..	6,3	5,3	5,7	5,6	5,7	5,9	..
Makedonija	..	8,0	6,8	6,6	6,8	6,0	6,5	..
Island	9,0	9,2	8,8	8,6	8,7	8,8	8,9	8,8
Crna Gora	..	8,5	6,9	6,9	7,2	6,4	6,2	..
Norveška	7,7	8,3	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	9,9
Srbija	..	8,7	10,1	9,7	9,9	10,1	10,3	..
Švajcarska	9,3	10,3	10,5	10,6	11,0	11,2	11,4	11,5
Turska	4,7	5,1	5,3	5,0	5,0	5,1	5,1	5,2

(Извор: Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, (2016), [http://dx. doi. org/10.1787/9789264265592-en](http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en))

Правци развоја и тежња ка већој ефикасности целокупног здравственог система требало би да се базирају на две основе и њиховом међусобном односу:

Прва, која је односи на развој добровољног (приватног) осигурања

– даља реформа здравственог система и законске регулативе како би се омогућио већи обухват добровољног осигурања. Ту се пре свега треба обратити пажњу на чињеницу да су мали изгледи за веће учешће добровољног осигурања, када је законским одредбама регулисано да скоро целокупно становништво мора бити обухваћено обавезним здравственим осигурањем. У таквој ситуацији тешко је очекивати да ће појединци или компаније који већ морају да издвајају средства за обавезно здравствено осигурање бити мотивисани да плаћају и додатно осигурање. Треба мењати законску регулативу у правцу да се омогући одређеном делу становништва који искаже жељу и потребу за другом врстом осигурања, а не за обавезно здравствено осигурање.

– фискална подршка развоју добровољног осигурања кроз даље пореске олакшице за премије добровољног осигурања

– иновације и далеко веће учешће Фонда на тржишту који такође спроводи добровољно здравствено осигурање и има велику одговорност за развој добровољног осигурања

Друга, која се односи на развој обавезног осигурања:

– системске промене које се односе на здравствене установе које су у плану мреже које обухвата обавезно здравствено осигурање. Већа рационалност и трошење ресурса, учинковитије плаћање медицинског кадра које треба да се више базира на стварном раду, а не унапред дефинисаним плановима и буџетима (чија је тачност упитна). Цео систем требао би да се дефинише по стварним потребама, а не по плановима који нису у потпуности усаглашени са стањем код пружаоца здравствених услуга. Акцент на већој контроли и праћењу опште потрошње како би се створио амбијент у којем нема простора за несавесно трошење ресурса

– менаџмент који ће водити здравствене установе на принципима рационалности и ефикасности (тешко је очекивати од лекара који су топ менаџмент у већини установа да поред своје специфичне професије имају потребна менаџерска и управљачка знања)

– веће укључивање приватног сектора у план мреже обавезног осигурања, како би се повећала општа ефикасност кроз здраву конкуренцију између државних и приватних установа

– нова проактивна улога Фонда као носиоца обавезног здравственог осигурања у Републици Србији. Фонд треба да мења начин пословања са позиције пасивног бирократског апарата усмереног на извршење унапред дефинисаних планова ка активном носиоцу промена у здравственом осигурању који ће бити ослонац комплексног процеса изналагања решења за одрживост здравственог система

– обавезна наплата доприноса у целини без могућности да поједине велике компаније или системи не извршавају доприносе што урушава читав целокупну здравствену заштиту

Ове две основе (добровољно и обавезно здравствено осигурање) на којима би требало да се развијају потенцијали за одрживост и већу ефикасност здравственог система су у суштини међусобно повезане и зависне. Управо у тој међусобној зависности треба тражити простор за даља унапређења.

Не може бити већег развоја и доступности здравственог система без већег учешћа добровољног осигурања као и веће укључености приватног сектора у систем обавезног осигурања.

Проактиван однос наспрот искључивости јесте правац који треба да се прати уколико се жели пронаћи најбоље могуће и пре свега одрживо решење за све веће трошкове здравственог система и бројне проблеме неефикасности. Такође јачање улоге обавезног осигурања и државе као активног носиоца промена јесте нужан услов веће и боље здравствене заштите.

Закључак

Цивилизацијска вредност сваког друштва јесте брига о здравственом стању нације као нужан услов опстанка и развоја. Одлика данашњице јесте велики технолошки напредак, али и све већи трошкови за здравствену заштиту. Такви услови намећу потребу за додатним решењима која ће омогућити одрживост система здравствене заштите. Настојање да се одржи што већи степен универзалности, солидарности и доступности здравствене заштите узрокује да ова област буде једна од важнијих у сваком в које тежи таквим принципима.

Сматра се да на око 5–10% укупне популације одлази више од 70% укупних трошкова у здравственој заштити[5]. Управо овај податак указује потребу о солидарности, али и очекивањима да свако кад се нађе у ситуацији за здравственом заштитом исту и оствари у пуном обиму. Целокупно друштво треба да стави своје ресурсе на располагање како би се ови циљеви реализовали.

Специфичности реализације ових циљева разликују се између држава које на различите начине спроводе финансирање здравственог система. Република Србија суочена је са финансијско тешко одрживим системом здравствене заштите и недовољним средствима која се троше на здравство. Узимајући такве околности у обзир треба уложити још веће напоре како би испунила своје стратегијске циљеве у овој области. Доминантни систем обавезног здравственог осигурања вођен од стране државног Фонда мора да мења своју улогу и позицију. Пре свега својом активнијом улогом, спремношћу на промене и другачију улогу на тржишту. Из бирократске сфере мора се прећи на ефикаснији систем рада и реализације своје мисије, а која је битна и пресудна за цео систем у целини.

Обавезно и добровољно осигурање системи преко којих се финансира здравствена заштита у Србији треба да мењају своју улогу и граде међусобно одржив однос који ће бити основ за одрживост целокупног здравственог система.

Литература

[1] Totić, I., *Neka pitanja u vezi sa finansiranjem zdravstvene zaštite u zemljama – članicama Evropske unije, Medicinski glasnik, vol. 17, broj 43, s. 54–68, 2012.*

[2] Saltman, R., Busse, R., Figueras, J., *Social health insurance systems in western Europe, Open University press, 2004.*

[3] Janković, D., *Zdravstveno osiguranje kao faktor troškova zdravstvene zaštite, Škola biznisa, broj 4/2011, str. 69–82*

[4] *Monografija socijalnog osiguranja SFRJ (knjiga prva), Savez zajednica zdravstvenog osiguranja i zdravstva Jugoslavije, urednik dr Bojan Špicar*

[5] Projekat „Izgradnja kapaciteta Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje u Srbiji“, GVG/EPOS, www.cbhif.net, datum pristupa 05.07.2017.

[6] Zakon o zdravstvenom osiguranju, „Službeni glasnik RS“, br. 107/2005, 109/2005 - ispravka, 30/2010 - dr. zakon, 57/2011, 110/2012 - US, 119/2012,99/2014, 123/2014, 126/2014 - US, 106/2015., 10/2016. – dr. zakon

[7] Izveštaj o finansijskom poslovanju Republikog fonda za zdravstveno osiguranje za 2016. godinu, Republički fond za zdravstveno osiguranje, Beograd, 2017.

[8] Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, (2016), <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>, datum pristupa 10.07.2017.

[9] Strategija razvoja zdravstvenog osiguranja u Srbiji, Republički fond za zdravstveno osiguranje, Beograd, 2013.

[10] Jovičić, K., *Sistemi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja – uporedna analiza u evropskim zemljama*, Institut za uporedno pravo, Beograd, 2014.

[11] Uredba o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, „Službeni glasnik RS“, 108/08, 49/09

[12] Studija „Mogući pravci povećanja efikasnosti zdravstvenog sistema u Republici Srbiji“, Ernest & Young doo Beograd, 2016.

[13] Andrejić, M., Prdić, N., Obućinski, D., *Uticaj privatnog zdravstvenog osiguranja na socioekonomski razvoj Srbije*, Vojno delo 4/2015, s. 293–300, Beograd, 2015.