

TATJANA RAKONJAC-ANTIĆ
MARIJA KOPRIVICA

SPECIFIČNOSTI PRIVATNIH IZVORA FINANSIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje (eng. "voluntary health insurance") i direktno plaćanje troškova zdravstvene zaštite (eng. "out of pocket payment", tzv. "plaćanje iz džepa") od strane korisnika predstavljaju dva osnovna privatna izvora finansiranja zdravstvene zaštite. Usled permanentnog rasta troškova zdravstvene zaštite, ova dva izvora se koriste ili kao dopuna javnim oblicima finansiranja, ili kao prevladavajući izvori finansiranja zdravstvene zaštite. Sagledavanje osnovnih karakteristika privatnih izvora finansiranja zdravstvene zaštite je od značaja, između ostalog, i zbog odabira adekvatne kombinacije izvora finansiranja ovog važnog sistema koji utiče na zdravstveno stanje stanovništva. Na osnovu analize specifičnosti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i direktnog plaćanja troškova zdravstvene zaštite, u radu su identifikovani faktori koji opredeljuju njihovu zastupljenost i date su preporuke za povećanje obuhvata stanovništva zdravstvenom zaštitom.

Ključne reči: zdravlje, zdravstvena zaštita, privatni izvori finansiranja, dobrovoljno zdravstveno osiguranje, direktno plaćanje troškova zdravstvene zaštite

U V O D

Zdravstvena zaštita predstavlja značajan faktor očuvanja i unapređenja zdravlja stanovništva. Maksimalna obuhvaćenost stanovništva zdravstvenom za-

Prof. dr Tatjana Rakonjac-Antić, redovni profesor Ekonomskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, e-mail: tatjana.rakonjac@ekof.bg.ac.rs

Dr Marija Koprivica, docent Ekonomskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, e-mail: marija.koprivica@ekof.bg.ac.rs

štitom je cilj kojem teže mnoge države sveta. Najčešći izvori finansiranja zdravstvene zaštite su: doprinosi u okviru sistema socijalnog obaveznog zdravstvenog osiguranja, budžet, premije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, direktno plaćanje zdravstvenih usluga od strane korisnika zdravstvene zaštite, sredstva koje akumulira zajednica, donacije, sredstva inostrane pomoći itd. Osnovni privatni izvori finansiranja zdravstvene zaštite su dobrovoljno zdravstveno osiguranje i direktno plaćanje zdravstvenih usluga od strane korisnika. Ovi izvori, u državama koje primenjuju budžetski način finansiranja ili se oslanjaju na socijalno obavezno zdravstveno osiguranje, uglavnom predstavljaju dopunske izvore finansiranja zdravstvene zaštite, a u pojedinim državama sveta su dominantni izvori finansiranja. Predmet rada je analiza specifičnosti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i direktnog plaćanja zdravstvenih usluga, kao često korišćenih privatnih izvora finansiranja zdravstvene zaštite. Cilj rada je da se, na osnovu analize, izdvoje faktori koji utiču na (ne)zastupljenost navedenih izvora i ukaže na njihov doprinos većem obuhvatu stanovništva zdravstvenom zaštitom.

OSNOVNA OBELEŽJA I NIVOI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Zdravlje predstavlja “fizičko, mentalno (psihičko) i socijalno blagostanje, a ne samo odsustvo bolesti ili nemoći”¹ i ono je jedna od najznačajnijih pretpostavki uspostavljanja procesa kvalitetnog življenja stanovništva i ekonomskog razvoja država. Stepen razvijenosti država se, između ostalog, izražava kroz nivo zdravlja stanovništva. Visok je stepen odgovornosti i stanovništva i društvene zajednice, kao i zdravstvenih službi (zdravstvene ustanove i zdravstveni radnici i saradnici), u pripremi i sprovođenju akcija sa ciljem očuvanja i unapređenja zdravlja stanovništva u okviru zdravstvene zaštite.²

Zdravstvena zaštita obuhvata širok spektar mera koje se sprovode u segmentima promocije zdravlja, preventive, dijagnostikovanja, lečenja i rehabilitacije stanovništva. Za funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite neophodna je mobilizacija i adekvatna raspodela finansijskih sredstava, obezbeđenje zdravstvenih resursa (bolnice, domovi zdravlja, laboratorije, instrumenti, oprema, lekovi itd.), zdravstvenih radnika svih specijalizacija, širok spektar pružanja zdravstvenih usluga, ulaganje u zdravstvena istraživanja i razvoj, administrativno osoblje itd. Pružanje zdravstvene zaštite se može realizovati u okviru primarnog (domo-

¹ Videti www.who.int/disabilities/world_report/2011/chapter3.pdf, Chapter 3, “General health care”, 57, 20.03.2020.

² Tatjana Rakonjac-Antić, *Penzijsko i zdravstveno osiguranje*, Centar za izdavačku delatnost, Ekonomski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, 2018, 168.

vi zdravlja, apoteke itd.), sekundarnog (opšte bolnice, specijalne bolnice itd.) i tercijarnog nivoa (kliničko-bolnički centri itd.). Primarna zdravstvena zaštita je osnovni nivo koji funkcioniše sa ciljem obezbeđenja fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja pojedinaca, porodica i generalno članova jedne društvene zajednice u toku njihovog života.³ Ovaj nivo zdravstvene zaštite bi trebalo da omogući visok stepen dostupnosti članovima društvene zajednice i usmeri posebnu pažnju na prevenciju.

Na osnovu prethodno navedenog može se reći da su učesnici u sistemu zdravstvene zaštite: pružaoci usluga zdravstvene zaštite, korisnici usluga zdravstvene zaštite, subjekat ili subjekti koji upravljaju sistemom zdravstvene zaštite. Od učesnika u sistemu zdravstvene zaštite, načina finansiranja i upravljanja sredstvima zavisi funkcionisanje i rezultati ovog sistema zaštite stanovništva. Sistem finansiranja uključuje mobilizaciju i objedinjavanje ("udruživanje") sredstava, kao i alokaciju sredstava pružaocima različitih oblika zdravstvene zaštite sa ciljem njenog efikasnog funkcionisanja.⁴ Izvor, ili kombinacija različitih izvora finansiranja zdravstvene zaštite, imaju veliki uticaj na dostupnost i pravednost sistema zdravstvene zaštite.⁵

IZVORI FINANSIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Finansiranje zdravstvene zaštite se može obavljati: 1. korišćenjem akumuliranih doprinosa od strane zaposlenih i poslodavaca kroz sisteme socijalnog zdravstvenog osiguranja, 2. upotrebom sredstava iz budžeta, 3. uplatama premija osiguranja u okviru dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, 4. direktnim plaćanjem troškova zdravstvene zaštite od strane korisnika (eng. "out of pocket payment"), 5. sredstvima koje obezbeđuje zajednica, 6. korišćenjem donacija, 7. sredstvima inostrane pomoći itd. Prethodno navedeni izvori finansiranja se mogu podeliti u tri grupe, i to u: javne izvore finansiranja (sredstva doprinosa, budžetska sredstva, sredstva zajednice), privatne izvore finansiranja (dobrovoljno zdravstveno osiguranje i direktno plaćanje troškova zdravstvene zaštite od strane korisnika) i eksterne izvore finansiranja (donacije, sredstva inostrane pomoći).⁶ Dva najčešće korišćena javna izvora finansiranja zdravstvene zaštite su doprinosi u

³ Videti [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)), 20.03.2020.

⁴ Videti www.who.int, 20.03.2020.

⁵ Andrzej Wojtczak, *Global Perspectives in health – Encyclopedia of Life Support Systems*, EOLSS, 2001, 2.

⁶ Michael Cichon, William Newbrander, Hiroshi Yamabana, Axel Weber, Charles Normand, David Dror, Alexander Preker, *Modelling in health care financing (A compendium of quantitative techniques for health care financing)*, ILO, Geneva, 1999, 38, 39.

okviru modela socijalnog zdravstvenog osiguranja i budžetska sredstva u okviru modela finansiranja nacionalne zdravstvene službe. Osnova oba prethodno navedena modela je poštovanje principa solidarnosti. Kao što je već u Uvodu navedeno, ukoliko se akumulirana sredstva doprinosa i budžetska sredstva koriste kao osnovni izvori finansiranja zdravstvene zaštite, privatni izvori finansiranja mogu biti upotrebljeni kao dopunski izvori. S druge strane, postoji mogućnost da se kao primarni izvori finansiranja zdravstvene zaštite koriste upravo privatni izvori finansiranja.

PRIVATNI IZVORI FINANSIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Poslednjih decenija došlo je do značajnog porasta troškova zdravstvene zaštite kod velikog broja država u svetu.⁷ Česti uzroci porasta ovih troškova su: pojava novih bolesti, povećana ulaganja u istraživanja i pronalaženja adekvatnih sistema lečenja, veći stepen korišćenja zdravstvenih usluga usled starenja stanovništva i generalno kao posledica jačanja procesa edukacije stanovništva itd.⁸ Usled rasta troškova zdravstvene zaštite, pored često preovladavajućih izvora finansiranja putem akumulacije doprinosa ili poreza, sve je izraženija uloga privatnih izvora finansiranja zdravstvene zaštite u vidu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i direktnog plaćanja zdravstvenih usluga od strane korisnika (tzv. "plaćanje iz džepa").⁹ Korisnici zdravstvenih usluga mogu da se opredele ili za plaćanje premije u sistemu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, čime ulaze u zajednicu rizika što im omogućava korišćenje zdravstvenih usluga koje im ovaj sistem omogućava, ili mogu da izvrše plaćanje dela ili celokupne zdravstvene usluge putem direktnog plaćanja troškova.

SPECIFIČNOSTI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I DIREKTOG PLAĆANJA TROŠKOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje podrazumeva mogućnost izbora, kao zdravstveno osiguranje koje potencijalni osiguranici mogu da zaključe na dobrovoljnoj osnovi, ili to u njihovu korist mogu uraditi njihovi poslodavci.¹⁰ Finan-

⁷ T. Rakonjac-Antić, op. cit., 173.

⁸ Anne Mills, Lucy Gilson, "Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit", *HEFP working paper*, No. 01/88, LSHTM, 1988, 83, 84.

⁹ Videti www.who.int/health_financing/topics/voluntary-health-insurance/what-it-is/en/, 20.03.2020.

¹⁰ Marta Borda, "Voluntary health insurance as a method of health care financing in European countries", *International Journal of Economics and Finance Studies*, Vol. 3, No. 1, 2011, 120, prema Sarah Thomson, Elias Mossialos, "Private Health Insurance in the European Union", *Final report prepa-*

siranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja vrši se na osnovu sredstava uplaćenih premija. Visina premije određuje se u najvećoj meri prema visini rizika osiguranika (pola, godina starosti, zanimanja, zdravstvenog stanja osiguranika itd.). Ovom vrstom zdravstvenog osiguranja se utiče na jačanje sistema zdravstvene zaštite i povećanje obuhvata stanovnika zdravstvenom zaštitom.

Karakteristike dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su: sloboda izbora participiranja i sloboda izbora zdravstvenih usluga, obezbeđenje raznolikosti sistema zdravstvene zaštite, stvaranje potencijala za efikasno pružanje zdravstvenih usluga, smanjenje "moralnog hazarda", tj. sprečavanje prekomernog korišćenja zdravstvenih usluga, jačanje konkurencije koja bi trebalo da utiče na jačanje kvaliteta zdravstvenih usluga, smanjenje mogućnosti stvaranja uslova za korupciju u zdravstvenom sektoru, povećanje nivoa investicija u sektoru zdravstvene zaštite itd.¹¹

S druge strane, direktno plaćanje troškova zdravstvene zaštite (tzv. "plaćanje iz džepa") podrazumeva da korisnik zdravstvenih usluga u sistemu zdravstvene zaštite direktno plaća ukupne troškove ili deo troškova pružaocima zdravstvenih usluga. Plaćanje se ne vrši unapred, već kada se realizuje pružanje zdravstvenih usluga i ono ne podleže refundaciji. Za ovaj način finansiranja zdravstvene zaštite korisnici zdravstvenih usluga se odlučuju sa ciljem dobijanja kvalitetne i efikasne zdravstvene usluge. Ovaj način pokrića troškova zdravstvene zaštite pretpostavlja veće finansijsko opterećenje za stanovništvo koje ima izraženije zdravstvene rizike, a raspoložive niže sume finansijskih sredstava.

VRSTE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I DIREKTOG PLAĆANJA TROŠKOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje se uglavnom ispoljava kao paralelno (eng. "duplicate"), dodatno (eng. "supplementary"), dopunsko (eng. "complementary") i osnovno ili primarno (eng. "primary").¹² Paralelno dobrovoljno zdravstveno osiguranje odnosi se na zdravstvene usluge koje se pružaju i u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja ili nacionalne zdravstvene zaštite, ali osi-

red for the European Commission, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, 2009, 13.

¹¹ T. Rakonjac-Antić, op. cit., 199.

¹² U državama Evrope je najčešća ova klasifikacija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Videti šire u: Jelena Kočović, Tatjana Rakonjac-Antić, Vesna Rajić, "Dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao dopuna obaveznom zdravstvenom osiguranju u Srbiji", *Ekonomске teme*, Ekonomski fakultet u Nišu, Niš, br. 3, 2013, 556, prema OECD Health Data 2012, Definitions, Sources and Methods-Private health insurance, www.oecd.org/health/healthdata, 20.03.2020.

guranik zaključenjem ovog ugovora o osiguranju ostvaruje širu mogućnost izbora između većeg broja pružalaca zdravstvenih usluga, brže pružanje zdravstvenih usluga, širok dijapazon pružanja zdravstvenih usluga itd.¹³ Zdravstvene usluge koje nisu pokrivena ili su pokrivena u ograničenom obimu u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja ili državnog obezbeđenja zdravstvene zaštite, dostupne su osiguranicima u okviru dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.¹⁴ Dopunskim dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem se omogućava osiguranicima osiguravajuće pokriće razlike do pune vrednosti zdravstvene usluge.¹⁵ Osobama koje nisu osiguranici u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja ili nacionalne zdravstvene zaštite obezbeđuje se pravo na korišćenje zdravstvenih usluga iz osnovnog paketa zaključenjem ugovora o osnovnom (primarnom) dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.¹⁶

Prisutne su i različite vrste ili oblici direktnog plaćanja troškova zdravstvene zaštite od strane korisnika. Postoji direktno plaćanje ukupnih troškova zdravstvenih usluga od strane korisnika koji ne participira u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja, a moguće je da on participira u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja, ali ipak plaća ukupne troškove zdravstvene zaštite kod pružaoca zdravstvenih usluga koji ne uvažava njegovo osiguranje. Takođe, u mnogim sistemima zdravstvene zaštite osiguranici učestvuju u pokriću troškova zdravstvene zaštite u vidu tzv. participacije. Participacija se koristi i kao izvor pokrića deficita u fondovima zdravstvenog osiguranja, i kao instrument kojim se može uticati na suzbijanje i ograničavanje prekomernog korišćenja usluga zdravstvene zaštite.¹⁷ Ona može biti definisana kao "fiksna participacija" (eng. "copayment") (npr. za svaku posetu lekaru opšte prakse se plaća određeni novčani iznos), ili "procentualna participacija" (eng. "coinsurance"), koja je izražena u procentu od troškova zdravstvene zaštite. U SAD-u se koriste i tzv. "odbici" (eng. "deductibles"), kao iznosi koji učesnici prvo moraju da utroše na zdravstvenu zaštitu, da bi nakon tih određenih utrošenih iznosa osiguravajuća kompanija počela sa nadoknadom troškova po osnovu zdravstvenog osiguranja.

¹³ Mario Puljiz, "Dobrovoljno zdravstveno osiguranje", *O zdravstvu iz ekonomske perspektive* (ur. Maja Vehovec), Ekonomski institut, Zagreb, 2014, 113, 114.

¹⁴ Alexander Preker, Onno Schellekens, Marianne Lindner, "Introduction: Strength in numbers", *Global marketplace for private health insurance: strength in numbers* (eds. Alexander Preker, Peter Zweifel, Onno Schellekens), The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, 2010, 5, 6.

¹⁵ T. Rakonjac-Antić, op. cit., 200.

¹⁶ J. Kočović, T. Rakonjac-Antić, V. Rajić, op. cit., 556.

¹⁷ T. Rakonjac-Antić, op. cit., 179.

ZASTUPLJENOST DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I DIREKTOG PLAĆANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA U SVETU I U SRBIJI

Generalno posmatrano u evropskim državama preovladava obavezno zdravstveno (javno) osiguranje i nacionalna (državna) zdravstvena zaštita, dok “*out of pocket*” plaćanje i dobrovoljno zdravstveno osiguranje uglavnom predstavljaju njihovu dopunu. Kao rezultat, s jedne strane, zdravstvenih politika, i problema, s druge strane, u obezbeđenju brzog pružanja adekvatnih zdravstvenih usluga finansiranih javnim sredstvima, javlja se tendencija da se jednim delom teret finansiranja zdravstvene zaštite prebaci na stanovništvo kroz njihova privatna plaćanja.¹⁸ Pri tome su, u većini država Evrope veća izdvajanja stanovništva za “*out of pocket*” plaćanje u odnosu na dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Na primer, u 2017. godini u Španiji su “*out of pocket*” troškovi iznosili 24%, a izdaci za dobrovoljno zdravstveno osiguranje 5% od ukupnih zdravstvenih troškova. U Poljskoj prva kategorija izdataka je iznosila 26%, a druga 6%, u Portugalu 28% i 5%, u Grčkoj 35% i 4%, Švajcarskoj 29% i 7% itd. Izuzetak su predstavljale dve države, Slovenija i Republika Irska. U Sloveniji je iste godine učešće troškova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u ukupnim troškovima iznosilo 14%, a “*out of pocket*” 12%, a u Republici Irskoj 13% i 12% respektivno.¹⁹ Dobrovoljno zdravstveno osiguranje ima prostora za razvoj upravo kroz usmeravanja “*out of pocket*” plaćanja u sopstvene tokove.²⁰

Globalno posmatrano, “*out of pocket*” izdvajanja za zdravstvenu zaštitu u ukupnim troškovima zdravstvene zaštite učestvuju sa 18,6%. U državama sa visokim dohotkom ovo učešće iznosi 13,8%, sa gornjim srednjim dohotkom 35,9%, donjim srednjim dohotkom 56,1% i sa nižim dohotkom 42,4%.²¹ Na primer, u Indiji, na “plaćanje iz džepa” odnosilo se u 2017. godini 65% od ukupnih troškova zdravstvene zaštite, a na dobrovoljno zdravstveno osiguranje svega 2%, a u Meksiku, prva navedena kategorija je iznosila 41%, a druga 6%, u Brazilu 27% i 28%, u Australiji 18% i 10%, Kanadi 15% i 13%, Južnoafričkoj Republici 8% i 49%, Čileu 34% i 6%, Novom Zelandu 14% i 5% itd.²²

¹⁸ M. Borda, op. cit., 122.

¹⁹ OECD Health Statistics 2019.

²⁰ Omar Paccagnella, Vincenzo Rebba, Guglielmo Weber, “Voluntary private health insurance among the over fifties in Europe”, *Health economics*, 2013, 3–6.

²¹ Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, “Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050”, *The Lancet*, Vol. 393, 2019.

²² OECD Health Statistics 2019.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje u odabranim državama Evrope

Slovenačko tržište je, prema podacima OECD-a, u 2017. godini bilo jedno od četiri najveća tržišta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Evropi (pored Republike Irske, Francuske i Švajcarske). Od ukupnih troškova zdravstvene zaštite, kao što je već prethodno navedeno, 14% se odnosilo na dobrovoljno zdravstveno osiguranje (72% se odnosilo na javno zdravstveno osiguranje, 12% na “*out of pocket*” plaćanje i 2% na ostale izvore finansiranja).²³ Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je u Sloveniji implementirano 1993. godine sa ciljem diverzifikacije izvora finansiranja zdravstvene zaštite (na osnovu Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju – 1992,²⁴ Zakona o zdravstvenim uslugama – 1992, Zakona o farmaciji – 1992. itd.).²⁵ Krajem 1999. godine Zavod za zdravstveno osiguranje Slovenije je prebacio usluge dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (slo. “prostovoljno zavarovanje”) na osiguravača Vzajemnu.²⁶ U 2019. godini, premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u ukupnoj premiji osiguranja je iznosila 22,3%, a u premiji neživotnog osiguranja 31,2%.²⁷ Najzastupljenije je dopunsko (komplementarno) dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Prisutna su dodatna plaćanja za zdravstvene usluge koje nisu u potpunosti obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Dopunsko osiguranje je namenjeno svima koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje za pokriće do pune cene zdravstvenih usluga, osim deci, omladini do 26 godina na školovanju, osetljivim kategorijama stanovništva, za posebne bolesti itd. Ukoliko ima zaključen ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju, osiguranik neće direktno plaćati recimo za osnovne zdravstvene usluge 20% od ukupne cene, za bolničko lečenje 20–30% od ukupnih troškova itd. jer je to obuhvaćeno dobrovoljnim dopunskim zdravstvenim osiguranjem. Dopunskim osiguranjem se finansiraju: kupovina lekova (38%), specijalističke usluge u bolnicama (21%), specijalističke usluge vanbolničke nege (12%), stomatološke usluge (12%), zdravstvene usluge u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (11%) i troškovi banja (6%).²⁸

²³ *Ibidem.*

²⁴ Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, *Uradni list RS*, št. 9/92 z dne 21.2.1992.

²⁵ Videti www.zzs.si/ZZZS, 20.03.2020.

²⁶ Videti www.vzajemna.si/sl/o-vzajemni, 20.03.2020.

²⁷ Videti <https://xprimm.com/STATISTICS-SLOVENIA-1H2019-Health-insurance-total-market-share-reached-22-3-articol-2,10,28-14175.htm>, 20.03.2020.

²⁸ Videti www.zzs.si/ZZZS, 20.03.2020.

U Republici Irskoj, u 2017. godini, kao što je prethodno navedeno, oko 13% ukupnih troškova zdravstvene zaštite bilo je obezbeđeno preko dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (oko 73% obezbeđivalo se kroz javno zdravstveno osiguranje, 12% korišćenjem “*out of pocket*” plaćanja i 2% upotrebom ostalih izvora finansiranja).²⁹ Najzastupljenija vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je paralelno dobrovoljno zdravstveno osiguranje, koje uključuje bolničku negu, vanbolničku negu, ambulantne usluge itd. U pružanju usluga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja izdvajaju se tri privatne osiguravajuće kompanije: Voluntary Health Insurance Board (VHI) (osnovana 1957. godine, sa tržišnim učešćem u 2015. godini oko 53%), Quinn Direct i Aviva Health.³⁰

Oko 7% od ukupnih troškova zdravstvene zaštite se u Francuskoj, u 2017. godini, odnosilo na dobrovoljno zdravstveno osiguranje (oko 83% se odnosilo na javno zdravstveno osiguranje, 9% na “*out of pocket*” plaćanje³¹ i 1% na ostale izvore finansiranja).³² Komplementarno zdravstveno osiguranje je najzastupljenija vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koja se obezbeđuje osiguranicima uglavnom kroz uzajamne fondove (MGEN, La Mutuelle Générale, Harmonie Mutualite, MNH) i privatne osiguravajuće kompanije (Covéa, Axa, Groupama, Swiss Life, Macif, Allianz).³³ Uzajamni fondovi obuhvataju oko 56% tržišta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, a privatni osiguravači oko 27%. U proseku, oko 70% troškova osnovnog lečenja i oko 80% troškova bolničkog lečenja se nadoknađuje u okviru sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja, a preostali iznos troškova kroz komplementarno zdravstveno osiguranje. Oko 96% osiguranika u obaveznom zdravstvenom osiguranju je u 2015. godini imalo zaključene ugovore o dobrovoljnom komplementarnom zdravstvenom osiguranju.³⁴

U Švajcarskoj se finansiranje zdravstvene zaštite, u 2017. godini, obezbeđivalo oko 7% korišćenjem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (oko 62% kroz javno zdravstveno osiguranje, 29% sa “*out of pocket*” plaćanjem i 2% upotrebom ostalih izvora finansiranja). Najzastupljenije je bilo suplementarno (dodatno) do-

²⁹ OECD Health Statistics 2019.

³⁰ Videti www.hia.ie/ci/health-insurance-comparison, 20.03.2020.

³¹ Thomas Rice, Wilm Quentin, Anders Anell, Andrew J Barnes, Pauline Rosenau, Lynn Y Unruh, Ewout van Ginneken, “Revisiting out-of-pocket requirements: trends in spending, financial access barriers, and policy in ten high-income countries”, *BMC Health Services Research*, 2018.

³² OECD Health Statistics 2019.

³³ Videti www.statista.com/statistics/442396/leading-private-health-insurance-companies-in-france-by-insurance-plan-owners, 20.03.2020.

³⁴ *Ibidem*.

brovoljno zdravstveno osiguranje.³⁵ U 2010. godini je oko 60% osiguranika obaveznog zdravstvenog osiguranja imalo zaključene ugovore o suplementarnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za potencijalno bolničko lečenje i oko 29% osiguranika obaveznog zdravstvenog osiguranja imalo je zaključene ugovore za potencijalno ambulantno lečenje. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje sprovodi veliki broj osiguravajućih kompanija: Helsana, CSS, Swica, Assura, Condordia, Visana, KPT, Mutuel Assurance itd.³⁶

Poslednjih godina prisutan je rast premije ove vrste zdravstvenog osiguranja u nordijskim državama. Komplementarno dobrovoljno zdravstveno osiguranje je zastupljeno u Danskoj i Finskoj, suplementarno u Norveškoj, paralelno u Švedskoj. Visoki iznosi plaćanja *“out of pocket”* su, u osnovi, uticali na korisnike zdravstvenih usluga da se preusmere na dobrovoljno zdravstveno osiguranje, što je dovelo do porasta učešća dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u ukupnom zdravstvenom osiguranju. U 2014. godini oko 20% stanovnika Finske, 50% stanovnika Danske, 9% stanovnika Norveške, 7% stanovnika Švedske imalo je zaključene ugovore o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.³⁷ Pružaoci usluga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Finskoj su: OP-Pohjola group, LähiTapiola-group, Fennia, u Danskoj: Møhlholm Insurance, Tryg, Danica, Skandia, u Norveškoj: Codan Forsikring, Helseassistanse, Storebrand, Helseforsikring, u Švedskoj: Trygg-Hansa, Länsförsäkringar itd.³⁸

U 2017. godini, u Hrvatskoj, od ukupnih troškova zdravstvene zaštite, oko 6,5% se odnosilo na dobrovoljno zdravstveno osiguranje, oko 83% na javno zdravstveno osiguranje, 10,5% na *“out of pocket”* plaćanje.³⁹ Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju je regulisan ovaj sistem osiguranja kojim su odobrena pružanja usluga dopunskog, dodatnog i privatnog (za one osobe koje nisu učesnici u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja) dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.⁴⁰ Preko 60% stanovništva ima zaključene ugovore o dopunskom zdravstvenom osiguranju (uglavnom je namenjeno plaćanju participacije za pružene zdravstvene usluge) kod Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

³⁵ OECD Health Statistics 2019.

³⁶ Videti <https://krankenkasse-online-vergleich.ch/allgemein/die-groessten-krankenkassen-der-schweiz>, 20.03.2020.

³⁷ Nina Alexandersen, Anders Annel, Oddvar Kaarboer, Juhani Lehto, Liina-Kaisa Tynkkynen, Karsten Vrangbek, “The development of voluntary private health insurance in the Nordic countries”, *Nordic Journal of Health Economics*, Vol. 4, No. 1, 2016, 68-83.

³⁸ *Ibidem*.

³⁹ OECD Health Statistics 2019.

⁴⁰ Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, *Narodne novine*, br. 85/06, 150/08, 71/10.

(HZZO) ili osiguravajućih kompanija. Prisutan je i povoljan poreski tretman premija dodatnog i dopunskog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.⁴¹

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje u Srbiji sprovode društva za osiguranje i Republički fond za zdravstveno osiguranje. Zakonom o zdravstvenom osiguranju (Sl. glasnik 25/2019) i Zakonom o osiguranju (Sl. glasnik 139/2014) definisana su prava i obaveze koja proizlaze iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Dopunsko, dodatno i privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje su prisutne vrste na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ukupna premija osiguranja na tržištu osiguranja u Srbiji u 2018. godini je iznosila 99,9 mlrd dinara (za neživotno osiguranje 76,1 mlrd dinara).⁴² Učešće premije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u ukupnoj premiji osiguranja iznosilo je 3,46%, a u premiji neživotnog osiguranja 4,55%.⁴³ Ukupne poreske olakšice za dobrovoljno zdravstveno i dobrovoljno penzijsko osiguranje od 1.02.2020. godine iznose 5.984 dinara.⁴⁴ Poslodavci su oslobođeni od plaćanja poreza na dohodak građana i doprinosa za obavezno socijalno osiguranje, do sume doprinosa od 5.984 dinara. Uplate koje poslodavac vrši putem administrativne zabrane, obustavom i plaćanjem iz zarade zaposlenog, takođe su oslobođene plaćanja poreza na dohodak građana.⁴⁵ Osiguravači u svojoj ponudi imaju i sledeće usluge dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja: za slučaj težih bolesti i posledica bolesti, za slučaj hirurške intervencije (operacije), komplet zdravstvenih usluga koji može uključivati, npr. jedan sistematski pregled, četiri pregleda kod lekara opšte prakse, po potrebi pregledi kod lekara opšte prakse uz popust od, npr. 25% i sl. Tokom 2017. godine izdato je 11246, a tokom 2018. godine 13743 polisa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja preko Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (RFZO). Prihodi po osnovu uplaćenih premija iznosili su u 2017. godini 14,44 miliona dinara, a u 2018. godini 16,67 miliona dinara.⁴⁶ Usluge dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja preko Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje mogu koristiti samo osiguranici koji su učesnici u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja. Vrste usluga dobrovolj-

⁴¹ Videti www.hzzo.hr, 20.03.2020.

⁴² "Sektor osiguranja u Republici Srbiji – Izveštaj za 2018. godinu", Narodna banka Srbije, Sektor za nadzor nad obavljanjem delatnosti osiguranja, 2019, 14.

⁴³ Videti www.nbs.rs, 20.03.2020.

⁴⁴ Zakon o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje, *Sl. glasnik RS*, br. 84/2004, 86/2019 i 5/2020.

⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁶ Videti www.rfzo.rs, 20.03.2020.

nog zdravstvenog osiguranja su: putno zdravstveno osiguranje, osiguranje stomatoloških usluga, kao i težih bolesti uz dopunske rizike.

FAKTORI KOJI UTIČU NA (NE)ZASTUPLJENOST DOBROVOLJNOG
ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I DIREKTNOG PLAĆANJA TROŠKOVA
ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Veliki je broj faktora koji utiču na (ne)zastupljenost dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i direktnog plaćanja troškova zdravstvene zaštite: mogućnost korišćenja javnih izvora finansiranja zdravstvene zaštite (doprinosi, budžetska sredstva itd.) i mogućnost obezbeđenja zdravstvenih usluga korišćenjem ovih izvora finansiranja, poštovanje principa solidarnosti ili neuvažavanje ovog principa, nivo razvijenosti ekonomije i zdravstvenog sistema države, demografska struktura stanovništva, odnos ponude i potražnje za zdravstvenim uslugama itd. U nekim državama, usled nedovoljnosti javnih izvora finansiranja zdravstvene zaštite ili neefikasnosti sistema, uključuju se dobrovoljno zdravstveno osiguranje i "out of pocket" plaćanje od strane korisnika. Pretpostavka je da učesnici koji koriste ove izvore finansiranja zdravstvene zaštite imaju dovoljno finansijskih sredstava koje će upotrebiti za ove oblike obezbeđenja zdravstvene zaštite.

Određeni broj država bazira svoje sisteme zdravstvene zaštite upravo na korišćenju privatnih izvora finansiranja, i to dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i direktnog plaćanja usluga zdravstvene zaštite. Često se diskutuje o pravednosti i o efikasnosti korišćenja ovih izvora finansiranja zdravstvene zaštite. Odluka o zaključenju ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju je najčešće uslovljena statusom zaposlenosti potencijalnog osiguranika, nivoom zarada, ukupnim prihodom kojim raspolaže, nivoom obrazovanja, stepenom edukacije o značaju zdravstvene zaštite, razlikom između kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga u sistemu obaveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, generacijskom stvaranju sklonosti pojedinca da zaključuje ugovore o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, postojećem zdravstvenom stanju pojedinca, sklonosti ka riziku itd.⁴⁷ Direktno plaćanje troškova zdravstvene zaštite bi trebalo da korisniku obezbedi kvalitetnu i brzu zdravstvenu uslugu, kao i slobodu izbora pružaoca zdravstvene usluge. Dostupno je stanovništvu koje ima dovoljan nivo raspoloživih finansijskih sredstava, a za osobe koje bi trebalo da češće koriste zdravstvene usluge

⁴⁷ Videti www.nbs.rs, 20.03.2020.

predstavlja veliko finansijsko opterećenje. Upravo zbog toga postoji intencija kod određenih država da direktno plaćanje troškova zdravstvene zaštite preusmere u dobrovoljno zdravstveno osiguranje u okviru kojeg značajnu ulogu ima zajednica rizika. Što je zajednica rizika veća, veća je i mogućnost snižavanja premije, a u određenim državama, ukoliko osiguranik u tekućoj godini ne koristi zdravstvene usluge, može se izvršiti povraćaj dela premije, ili se ona može preusmeriti u finansiranje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u narednoj godini.

ZAKLJUČAK

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje i direktno plaćanje troškova zdravstvene zaštite (tzv. "plaćanje iz džepa") od strane korisnika predstavljaju bazične privatne izvore finansiranja zdravstvene zaštite. Ovi izvori finansiranja su u nekim državama sveta dominantni (Južnoafrička Republika, Brazil itd.), a u drugim državama predstavljaju dopunu javnim izvorima finansiranja zdravstvene zaštite (u Evropi). Cilj korisnika usluga zdravstvene zaštite upotrebom ovih izvora finansiranja je dobijanje kvalitetnih, brzo dostupnih i raznovrsnih zdravstvenih usluga (ambulantnih, bolničkih itd.). Dobrovoljno zdravstveno osiguranje predstavlja udruživanje osiguranika u zajednice rizika u okviru kojih se, na bazi uplaćenih sredstava premija, obezbeđuje zaštita usled nastupanja određenog broja zdravstvenih rizika na dobrovoljnoj osnovi. Sa većom zajednicom rizika i premije za osiguranike su niže, tj. predstavljaju manje opterećenje u odnosu na to da se zdravstvene usluge plaćaju direktno (tzv. "iz džepa"). U velikoj meri odluka pojedinaca o izboru između ove dve alternative privatnih izvora finansiranja zdravstvene zaštite zavisi od njihove spremnosti da unapred percipiraju rizike, kao i od njihovih finansijskih mogućnosti. Nekada potencijalni korisnici, ne očekujući da će imati potrebu za zdravstvenim uslugama i smatrajući uplatu premije osiguranja u toj situaciji kao nepotrebnii trošak, radije se odlučuju da sačekaju i, ukoliko se pojavi potreba za zdravstvenom uslugom, direktno izvrše plaćanje. Budući da je to, sa finansijskog aspekta, nepovoljnija varijanta za korisnike zdravstvenih usluga, često se analiziraju mogućnosti preusmeravanja direktnog plaćanja troškova zdravstvenih usluga u sistem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja baziranog na uplatama premija osiguranja.

Prof. Dr. TATJANA RAKONJAC-ANTIĆ
Full Professor, Faculty of Economics
University of Belgrade
Dr. MARIJA KOPRIVICA
Assistant Professor, Faculty of Economics
University of Belgrade

SPECIFICS OF PRIVATE HEALTH CARE FINANCING SOURCES

Summary

The two most important private sources of health care financing are voluntary health insurance and out-of-pocket payments made by users. Due to the constant increase in health care costs, these two sources are used either as a supplement to public forms of financing or as a predominant source of healthcare financing. Considering the basic characteristics of private sources of health care financing is important, among other things, for making the choice of the most appropriate combination of funding sources for this important system that affects the health of the population. Based on the analysis of the specifics of voluntary health insurance and out-of-pocket payments, in this paper we identify the factors that determine their presence and make recommendations for increasing the health care coverage.

Key words: health, health care, private sources of financing, voluntary health insurance, direct payment of health care costs

Literatura

- Alexandersen N., Annel A., Kaarboer O., Lehto J., Tynkkynen L-K., Vrangbek K., “The development of voluntary private health insurance in the Nordic countries”, *Nordic Journal of Health Economics*, Vol. 4, No. 1, 2016.
- Borda M., “Voluntary health insurance as a method of health care financing in European countries”, *International Journal of Economics and Finance Studies*, Vol. 3, No. 1, 2011.
- Cichon M., Newbrander W., Yamabana H., Weber A., Normand Ch., Dror D., Preker A., *Modelling in health care financing (A compendium of quantitative techniques for health care financing)*, ILO, Geneva, 1999.
- Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, “Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050”, *The Lancet*, Vol. 393, 2019.
- Kočović J., Rakonjac-Antić T., Rajić V., “Dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao dopuna obaveznom zdravstvenom osiguranju u Srbiji”, *Ekonomске teme*, Ekonomski fakultet u Nišu, Niš, br. 3, 2013.
- Mills A., Gilson L., “Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit”, *HEFP working paper*, No. 01/88, LSHTM, 1988.

- Paccagnella O., Rebba V., Weber G., "Voluntary private health insurance among the over fifties in Europe", *Health economics*, 2013.
- Preker A., Schellekens O., Lindner M., "Introduction: Strength in numbers", *Global marketplace for private health insurance: strength in numbers* (eds. Alexander Preker, Peter Zweifel, Onno Schellekens), The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, 2010.
- Puljiz M., "Dobrovoljno zdravstveno osiguranje", *O zdravstvu iz ekonomske perspektive* (ur. Maja Vehovec), Ekonomski institut, Zagreb, 2014.
- Rakonjac-Antić T., *Penzijsko i zdravstveno osiguranje*, Centar za izdavačku delatnost, Ekonomski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, 2018.
- Rice T., Quentin W., Anell A., Barnes A., Rosenau P., Unruh L., Ginneken E. von, "Revisiting out-of-pocket requirements: trends in spending, financial access barriers, and policy in ten high-income countries", *BMC Health Services Research*, 2018.
- Thomson S., Mossialos E., "Private Health Insurance in the European Union", *Final report prepared for the European Commission*, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, 2009.
- Wojtczak A., *Global Perspectives in health – Encyclopedia of Life Support Systems*, EOLSS, 2001.

Datumi prijema i prihvatanja rada

Primljen: 22.03.2020.

Prihvaćen: 31.03.2020.

PREGLEDNI RAD