

УТИЦАЈ ПРИВАТНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА НА СОЦИОЕКОНОМСКИ РАЗВОЈ СРБИЈЕ

Марко Д. Андрејић
Универзитет одбране у Београду, Војна академија
Недељко С. Прдић
ЈКП Тржница, Нови Сад
Дејан М. Обућински
Београдска пословна школа

Основни циљ овог текста је оцена могућности за ефикасно ширење тржишта приватних здравствених осигурања на територији Републике Србије, као и социјални и економски импакт који би имала експанзија овог тржишта. Добро приватно здравствено осигурање, његова сарадња и партнерство са државним здравственим осигурањем, као и уклањање бирократских препрека за ширење тржишта приватног здравственог осигурања допринеће бољем здравственом систему, бољим услугама у здравству, повећању здравља, радних способности, богатства, а самим тим и економије и социјалне структуре целе државе.

Кључне речи: *здравствено осигурање, социоекономски развој, приватно здравствено осигурање, осигуравајуће компаније*

Увод

Право на здравствену заштиту је универзално људско право и може се сматрати тековином савременог друштва и ознаком да је друштво цивилизовано. Стога се у већини земаља сматра обавезним и остварује се путем обавезних видова здравственог осигурања. На њих се обавезује сама држава својим прописима, као дугом који се грађанима враћа због њиховог држављанства, плаћања пореза и осталих обавеза и дужности које грађани имају према држави (служење војске и слично). У највећем броју случајева овде је реч о осигурањима које је основала сама држава, али није реткост срести ни осигурања чији су оснивачи здравствене установе, групе грађана и синдикалне организације. Иако се здравствено осигурање које пружа држава данас сматра као нешто уобичајено и очекивано, није увек било тако. Настанак здравственог осигурања и здравствене заштите везује се за радничке покрете из друге половине деветнаестог века. И данас у већини земаља синдикати, путем својих овлашћених представника, играју значајну улогу у стварању државне политике здравствених осигурања.

Имајући у виду чињеницу да обавезно здравствено осигурање у Републици Србији не може да пружи све услуге свима, што је случај и у већини земаља на свету, јавља

се потреба за увођењем алтернативних облика здравственог осигурања. Приватно здравствено осигурање, као једна алтернатива, полако улази у систем здравствене заштите Републике Србије, али још увек није развијено на очекивани начин. Управо ће у овом раду једним компаративним поступком бити сагледан утицај развоја приватног здравственог осигурања на укупан социо-економски развој Републике Србије.

Историјски контекст обавезног здравственог осигурања

Након завршетка Другог светског рата већина источноевропских земаља потпапа је под утицај СССР-а и увела социјалистички друштвени систем, а целокупни систем здравствене заштите и здравственог осигурања моделован је према совјетском моделу. Овај модел је, са друге стране, био изграђен према идеји по којој је целокупно становништво обухваћено правом на бесплатну здравствену заштиту по моделу обавезног здравственог осигурања. За то време у Енглеској и Италији функционисали су системи „националних здравствених служби”, којима је, такође, било обухваћено целокупно становништво. То је један од система којим се постиже да се формирају стубови одговорне социјалне државе.

Али, осигуравајуће куће су након Другог светског рата училе да је потенцијални профит нарастао управо у сектору здравственог осигурања, па се у високоразвијеним земљама све чешће појављују различити облици добровољног осигурања. У највећем броју случајева реч је о осигурањима која подразумевају већи обим и већи стандард здравствених услуга (тзв. паралелна здравствена осигурања) и осигурањима оних права која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем (тзв. додатна здравствена осигурања). Такође, нису ретки ни такви осигуравајући системи који у потпуности замењују државна осигурања. [1]

Међутим, цео систем здравствене заштите има неколико озбиљних потешкоћа. Један од суштинских проблема с којим се Европа у целини суочава јесте старење становништва. Ова околност је условила да се почне са променом размишљања у правцу модела за основно обезбеђење друштва. Основни проблем је у томе што је сваке године све мање радно способних особа, а са друге стране све мање радника уплаћује у државне здравствене фондове. Тежња за продужењем радног века, као једна од мера којом се покушава избећи велики број пензионера, спречава многе младе људе да ступе у радни однос и постану уплатиоци у социјалне програме као што је здравствено осигурање. Додатни проблем у последњих пет година представљају и буџетски дефицити. Они приморавају владе погођених земаља на буџетска смањења, што опет умањује квалитет и расположивост државне здравствене заштите. Каснија разматрања показују да сви ови изазови доводе до озбиљних последица и иницирају размишљања о ланчаним реакцијама које изазива свака промена у ланцу.

Наиме, у старом систему, током већег дела 20. века, централна Европа је доживела, било под утицајем социјалистичког модела, било под утицајем совјетског модела, да је скоро сваки грађанин био покривен здравственим осигурањем, у којем је постојао поступак прерасподеле. У овом поступку активни запослени су плаћали одређене доприносе држави која је то прерасподељивала на радно неспособна лица (болесне, старе, унесрећене, децу). То се називало „генерацијским уговором” и представљало је базу социјалног осигурања. [2]

Суштина је била у обавезности здравственог осигурања, којим су се спречавале малверзације у систему здравственог осигурања, што је подстицало кориснике да размишљају у правцу обавезности коришћења ове услуге. Дакле, сам принцип био је да добростојећи, тј. они који имају стални извор прихода, уплаћују у фонд здравственог осигурања за оне који су „мање срећни” како се каже у англосаксонској литератури, тј. за оне који немају стално примање или им је стално примање на минимуму.

Може се закључити да је овим системом целокупна привреда остваривала профит, и то у знатној мери. Главна чињеница коју конзервативци и либертаријанци нису никада увидели јесте да чак и најслабије плаћени радник може да добије адекватну лекарску негу и да буде, као порески обвезник, поново на располагању и радно способан. Управо је супротно било некада: многи радници у старој Британији, рецимо, или данас у САД, имали су велике шансе да у случају болести постану неспособни за рад или да умру и да тако оштете цело друштво за радну снагу. У Великој Британији проблем је био што послодавци и држава нису обраћали пажњу на то, јер су имали проблеме са високим наталитетом, због чега су слали становнике у колоније из пренасељених британских градова. Дакле, тада старење становништва није био примаран проблем, већ је ситуација била налик на ону у исламским земљама, Африци или Индији, где је мноштво младих било неквалификовано, па је и интерес послодаваца да уведу здравствено осигурање био мали, пошто је радне снаге било у изобиљу. Као додатна предност може се навести да су људи и њихове породице били сачувани. Очување људских живота допринело је да се повећа потражња за намирницама, одећом, обућом, робом и услугама, а то је опет изазвало повратни ефекат у којем је цела економија добила нови замајац. Имати радну снагу очуваног здравља, која жели да ужива у потрошачким добрима, значи имати потенцијалног потрошача, а то је интерес сваког произвођача и даваоца услуга, што условљава развој потрошачког друштва и раст броја клијената.

Стање обавезног социјалног осигурања на простору источне Европе

Промене које су се догодиле на просторима источне Европе 90-тих година двадесетог века, после почетка транзиције, драстично су пореметиле друштвену кохезију и стабилност већине држава, што је оставило последице до данас. Међу овим државама су и неке чланице ЕУ, попут Румуније, Бугарске, Летоније, Литваније и других. Неке од најзначајнијих промена тог периода су:

- честе селидбе, рад у иностранству, иселјавање због лоших (погоршаних) животних услова у матичној земљи због процеса транзиције или просто мобилност радне снаге у глобализованом свету;
- укидање радника на одређено време и замењивање хонорарним радницима, на које се не плаћају доприноси;
- растуће очекивање животног века, и све већи број пензионера. Они су искључиво примаоци надокнаде, а додатно су склонили болестима. Процент, тј. однос радника и пензионера је све мањи и све више се креће у корист пензионера;
- смањење наталитета, опада број лица која плаћају доприносе;
- смањени приходи од социјалног осигурања.

У скоро свим сферама и у готово свим земљама дошло је до негативних ефеката реформи, а већина грађана, осим крупног бизниса, сматрала је и сматра ове реформе непријатељским по себе.

Иако је државна здравствена заштита суштински добра и неопходна, она има и контраефекат на крхку и глобализовану светску привреду у којој су сви играчи на тржишту међусобно повезани и сваки удар се брзо преноси. У глобализованом свету нема могућности за изолацију, а и незамислива је без прекограничне сарадње. Тамо где је социјално осигурање дефинисано као државни монопол, или по налогу државе, успорава или спречава јефтине приватне иницијативе здравственог сервиса, она на осетљив начин омета механизам привреде, који је данас незамислив без прекограничних активности. [3]

Међутим, данас се отварају нове могућности у целој причи око здравствених осигурања. Појављују се нове структуре становништва, богатих грађана и успешних појдинаца, који представљају стручњаке неког успешног предузећа или менаџере неког успешног предузећа са филијалама у иностранству. Та предузећа, које плаћају огромне суме за порезе (а при том хиљадама становника широм разних региона дају радна места) имају моћне појединце као своје запослене и када се они разболе најчешће не желе да сатима чекају у државним амбулантама (време је новац). Они, такође, нису склони да попуњавају формуларе и да се шетају унаоколо да би добили јефтине препарате. При том, не желе да воде кореспонденцију са националним бирократама у социјалним службама у домовини и земљи запослења, јер то захтева много времена, а време је за њих најважније. Они траже осигуравааче који раде интернационално и трансационално. Овакви људи ће радо платити већу месечну премију осигурања да би уштедели време и добили најбољу услугу за себе. [4]

У напреднијим земљама социјално осигурање сарађује са приватним здравственим осигурањем, и то тако што углавном држава плаћа основно здравствено осигурање, док приватно осигурање сноси остале трошкове. Како се у Аустрији и Немачкој законски сматра да свако мора да буде осигуран, то значи да се држава и приватници „отимају“ око високоплатежних пацијената: адвоката, нотара, итд. У погледу квалитета услуга, они се такмиче, што помаже стварању конкуренције и напретку свеукупне здравствене заштите.

Занимљив је феномен „пацијента екстракласе“ око кога се такмиче и надмећу приватна и социјална осигурања. Током година у Аустрији се све више повећавао намет на ове пацијенте, да би на крају они плаћали несразмерно више од обичних пацијената. Године 1995. Уставни суд Аустрије донео је одлуку да се од пацијената екстракласе наплате само накнаде у сразмери са вишком услуга, да се права екстракласе пренесу на приватне болнице и санаторијуме, и да су јавне болнице прихватиле профил захтева у погледу минимума комфора који је преузет из приватних болница. [2]

Приватно пензијско осигурање у Србији

Долазимо и до главног питања – какве ће бити последице по Србију у целом овом развоју ствари?

Постоје неке процене економских стручњака о економским кретањима и оне кажу да ће Србија у следећих неколико година или деценија доживети приличне структуралне промене, међу којима су:

– повратак имућних из иностранства,

- долазак досељеника из других региона (како Србија постаје богатија, постаје интересантна као имигрантска земља),
- досељавање стручњака и менаџера и чланова њихових породица са растом инвестиција.

У исто време, битно ће се променити и старосна структура, осим на Косову. Број становника преко 60 година ће порасти, а број младих испод 15 година ће се смањити. Многе земље источне Европе имају проблеме сличне природе. Бугарска је за 20 година од почетка транзиције изгубила чак два милиона људи (од 9 милиона број становника је спао на 7 милиона!) уз најмањи наталитет у ЕУ, где је лошије стање само у Естонији, која изумире. Такође, Рига, престоница Летоније, иако један од најлепших градова Европе, стално губи становнике јер је Летонаца све мање, а ове државе су прилично националистичке и релативно сиромашне наспрам других из ЕУ и никако нису пожељне дестинације за усељавање.

Узроци за овакво стање су:

- одлазак бејби-бум генерације у пензију,
- све касније ступање у брак и мајчинство,
- емотивне и сексуалне слободе (одлучивање на истополне везе које у Србији не могу да усвајају децу нити да врше вештачку оплодњу, или одлучивање за самачки живот),
- дужи животни век старијих људи,
- мали наталитет,
- велики проценат и број абортуса.

Који год да су узроци старења становништва, може се приметити један занимљив тренд: у свету се све мање младих образује на начин на који су се образовали њихови родитељи; понашају се равнодушно и неамбициозно. Сасвим је могуће да се слично деси и у Србији и да се повећа број моћних и богатих људи који ће бити старији од 55 година и који ће бити лидери у бизнису, имати добре зараде, али бити склонии болестима. Оно што је карактеристика Европе данас је да старији издржавају младе, којима у целој Европи прети незапосленост. У Аустралији, рецимо, наталитет је веома добар, привреда је експанзивна, у земљу се усељавају људи и нема ових опасности, али Европи прети посебна врста кризе, па приватно здравствено осигурање може бити део решења.

У том смислу за Србију је неопходно да се заснује нова култура здравствене заштите. Потребна је снажнија одговорност у областима медицине, животног стила и области социјалне помоћи државе. Када се десетине хиљада бивших гастарбајтера досели у старости и пензији у Србију, они могу почети да диктирају тржишту услове, тј. да захтевају исте оне услове које су имали у Немачкој, Швајцарској или Аустрији. Захтеваће здравствену и старосну негу на високом нивоу, и радо ће бити спремни да плате за своја здравствена осигурања, уколико осигуравајуће куће које нуде здравствено осигурање покажу да имају немачко-аустријски квалитет осигурања.[5] Осим уношења капитала у Србију, они могу унети и стандарде и редефинисати земљу. То се већ дешава у Турској која се уобличава по стандардима као Немачка, иако све мање показује жељу да формално приступи ЕУ.

Нови изазов је фактор да се у свету учача масовна појава, готово епидемија дијабетеса у свету (око 230 милиона људи, посебно у развијеним земљама, има

шећерну болест, а рачуна се да ће у свету до 2025. године уз пораст од 2,5% годишње, у свету бити чак 380 милиона дијабетичара, а трошкови лечења ће достићи 300 милијарди евра), као и лечење матичним ћелијама. Све ове области мораће бити покривене неким лечењем, а мало је вероватно да ће их социјално осигурање државе финансирати, па и о њима треба мислити као о могућим пољима примене приватног здравственог осигурања.[6]

Данас се срећу бројни изазови за грађане и државне структуре око здравственог осигурања: како учинити да се осигурање учини доступним свима, да сви буду задовољни, да богатији не пате због лоше услуге и чекања, а да сиромашнији не пате због тога што је здравствено осигурање скупо? Решење је најбоља могућа комбинација система која омогућује доступност квалитетне здравствене заштите у оквиру сигурних и стабилних финансијских извора, зависно од локалних услова. Познати документ Светске здравствене организације „Здравље за све у 21. веку” обавезује све државе чланице да обезбеде солидарност и универзалну доступност здравственог осигурања, уз истовремено савлађивање трошкова.

Буџетски дефицити су све приметнији у великом броју земаља, а и Србија се са њим бори већ годинама, с тим што је у последњој години постало прилично „натегнуто”. Већина земаља, па и Србија, показује све мању жељу за улагањима у државне болнице и здравствену заштиту. Истовремени раст броја особа које могу себи да приуште бољу здравствену заштиту него путем приватних осигурања, отвара могућност да се осигуравајуће куће прошире на тржиште здравственог осигурања. Ипак, наслеђе социјализма је снажно: већина људи не жели приватно осигурање због тога што мисли да је држава заиста дужна да се стара о њима и да је улагање додатног новца у нешто што би требало да буде само по себи дато узалудно трошење новца. Стога и раст тржишта осигурања није велики као што се очекивало. Исто тако, треба узети у обзир и социолошке мотиве: Србија спада у земље са веома снажном егалитарном традицијом, што је менталитет који се непогрешиво може пратити од Старих Словена, који су живели у егалитарном друштву, као и Викинзи. Управо су зато нордијске земље и словенске земље прилично склоне егалитаризму, slabим приватним иницијативама и већим очекивањима од државе. Разлика је што се у протестантским државама Скандинавије среће много јача хоризонтална повезаност, солидарност и улагање у државу, док се код нас често очекује да држава помогне, а да се избегавају порези и слично.

Ипак, овде постоје простори за разна побољшања, фузије и комбиновање два система здравственог осигурања. Имајући у виду да је државна заштита слаба или бар све слабија, одређеним променама могло би се допринети да се, партнерством социјалног и приватног здравственог осигурања, достигне боља заштита становништва у здравству. Оваква фузионисана заштита, као комбинација два система, државног и приватног, била би вишеструко корисна како за становништва, тако и за саму државу. [7] Када би се здравствена заштита побољшала, била би боља и нада за остатак у земљи и мање исељавање у иностранство, затим би се повећао и животни век становника. Са бољим здравственим осигурањем аутоматски се повећава здравље становника и њихова радна способност, и са порастом радне способности теоретски ће скочити и њихова примања. Здрави људи имају намеру да путују, да троше на одећу, обућу, изласке, на нова добра, храну и слично. Они су са својим примањима замајац

привреде, а њихов замајац је добро здравље. Када се обезбеди добро здравље нације, моћи ће се рачунати и на привредни опоравак, уз све поштовање макроекономских аспеката. А шта је замајац доброг здравља? Ништа друго до добра здравствена заштита, тј. здравствено осигурање. У овој области, стога, приватно здравствено осигурање засигурно игра велику улогу и може допринети социјалном и економском развоју Републике Србије.[8] Нажалост, у Србији постоји неравноправан положај добровољних пензијских фондова и добровољног здравственог осигурања, који се огледа у следећем: премија за ДЗО у свим земљама у окружењу има пореске олакшице, а једино у Србији не. С друге стране, постоје одлични предуслови за развој тржишта приватног здравственог осигурања, а то су:

- огромно интересовање послодаваца,
- Министарство здравља је законским прописима дефинисало оквире за развој добровољног здравственог осигурања у Србији,
- брига за здравље би се, у случају веће присутности приватног здравственог осигурања на тржишту, са државе и појединца пребацила на послодавца и осигуравајуће компаније,
- смањио би се финансијски притисак на РЗЗО и буџет Републике Србије.

У овом периоду развоја наше земље за развој добровољног здравственог осигурања треба тражити простор у тзв. колективним осигурањима, тј. осигурањима која спонзорише послодавац, као и кроз повећање пореских олакшица за партиципацију у систему добровољног здравственог осигурања, с тим што би, истовремено, и пакет здравствених услуга требало повећати. Немају ништа против тога ни осигуравачи, али под условом да се приватни и државни сектор изједначе, чиме ће и они понудити већи избор. Тако би грађанин, поред осталог, могао свог лекара да изабере и у државном и у приватном дому здравља.[9]

Уколико би се обезбедили услови за масовније одређивање становништва за лечење у приватном сектору дошло би до значајног растеређења државног фонда, а уједно би било омогућено отварање нових радних места за младе лекаре и за „вишак“ лекара из државних институција. Приступање сеоских здравствених станица у систем добровољног здравственог осигурања мотивисало би медицинско особље да се запосли у њима, па би се на овај начин могла обезбедити квалитетна здравствена заштита у оним срединама у којима то до сада није био случај. То је од општедруштвеног интереса, што значи да би морало да изазове позитивну реакцију и Министарства здравља и Републичког завода за здравствено осигурање, пре свега у виду подршке осигуравајућем друштву.

Закључак

У последњих неколико година у Србији су се развиле приватне здравствене установе, од домова здравља до болница, а многе од њих могу да одговоре на захтеве које подразумева концепт изабраног лекара. Постојећи систем приморава грађане који се лече у приватном сектору да услуге државног сектора користе само ради отварања боловања, добијања лекова на рецепт и потврда о здравственом стању.

У овом периоду развоја наше земље за развој добровољног здравственог осигурања треба тражити простор у тзв. колективним осигурањима, тј. осигурањима која спонзорише послодавац, као и кроз повећање пореских олакшица за партиципацију у систему добровољног здравственог осигурања, с тим што би, истовремено, требало повећати и пакет здравствених услуга.

Немају ништа против тога ни осигуравачи, али под условом да се приватни и државни сектор изједначе, чиме ће и они понудити већи избор. Тако би грађанин, поред осталог, могао свог лекара да изабере и у државном и у приватном дому здравља.

Литература

[1] Folland, G. S., (2007) *The Economics of Health and Health Care*, Upper Saddle River, New Jersey, Prentice-Hall Inc.

[2] Rohrbach, W., „Социјално осигурање и приватно здравствено осигурање“, Ревиија за право осигурања, 1-2/2007, Београд, 2007.

[3] Drechler D., Jutting J., „Different Countries, Different Needs: The Role of Private Health Insurance in Developing Countries“, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Volume 32, No. 3, 2007, pp. 497-534.

[4] Skipper, D. H., Kwon, W. J., (2007) *Risk Management and Insurance, Perspectives in a global economy*, USA, UK, Australia, Blackwell Publishing.

[5] Rohrbach, W., „Реструктурисање и перспективе српског тржишта осигурања“, Ревиија за право осигурања, 3/2007, Београд, 2007.

[6] Rohrbach, W., „Евалуација у осигурању“, 12. Саветовање Палић, април 2011, Удружење за право осигурања Србије, Зборник радова, 2011.

[7] Чекиревац А., *Здравствена заштита у Србији – услов социјалне сигурности*, Социјална мисао, Вол. 14, бр. 4, 2007, стр. 29-48.

[8] Јанковић Д., *Развој приватног здравственог осигурања као допринос реформи система здравственог осигурања у Србији*, Универзитет Сингидунум, Београд, 2009.

[9] Ракоњац-Антић Т., *Пензијско и здравствено осигурање*, Центар за издавачку делатност, Економски факултет, Београд, 2008.