

Ibrahim Totić; Snežana Marić-Krejović¹; Vladislav Tripković²

FINANSIRANJE ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Sažetak: Teško da postoje dve zemlje u svetu koje su na identičan način uspele da reše pitanje finansiranja zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite. Nosioci funkcija finansiranja zdravstvenih potreba i usluga u svakoj zemlji imaju težak i odgovoran zadatak i, u nameri da ga efektivno obave, uvek koriste najbolje modele i mehanizme. Odsustvo uniformnog ili opšteg modela finansiranja je razlog zašto se ne može govoriti o finansiranju u apsolutnom smislu. Svedoci smo da se u SAD vodi grčevita borba između predsednika Obame i njegovih protivnika oko uvođenja obaveznog osiguranja za sve građane. U heterogenom sistemu finansiranja prevagnulo je mišljenje da je obavezno zdravstveno osiguranje dominantan model i da se preko njega finansira najveći deo stanovništva o čemu ima smisla govoriti. Osim ovog modela osiguranja, u svetu egzistiraju modeli privatnog i dobrovoljnog (dopunsko) zdravstvenog osiguranja.

Odsustvo čistih modela ničim ne sprečava finansiranje zdravstvene zaštite sredstvima iz državnog budžeta, doprinosima za obavezno zdravstveno osiguranje, sredstvima po osnovu ugovora putem premija i/ili direktnim plaćanjem primljenih zdravstvenih usluga od strane njihovih korisnika (neposredan dogovor).

Sa aspekta javnih finansija zdravstvena zaštita uprkos velikom tehnološkom razvoju zdravstva, koje pripada grupaciji nečistih društvenih delatnosti (postoje i čiste delatnosti), velikom broju specijalizacija u oblasti medicine, kao i velikom broju vrhunskih dostignuća određenih grana medicine, još nije u stanju da samostalno obavlja i potpuno rešava sve zadatke u vezi sa savremenim oboljenjima, zdravstvenim potrebama stanovništva i diferenciranim zdravstvenim uslugama. Praksa je nebrojeno puta dokazala da savremeni koncept zdravstvenog osiguranja i zdrav-

¹ Državni univerzitet u Novom Pazaru, Dom zdravlja Arilje.

² Opšta bolnica, Užice.

stvene zaštite funkcioniraju samo ako postoje sigurni i stalni finansijski izvori koji su jedina garancija za efektivno sprovođenje mera globalne, a zatim i zdravstvene politike.

Ključne reči: Finansiranje, zdravstvena zaštita, zdravstveno osiguranje, doprinosi, strategija razvoja

UVOD

Reč osiguranje asocira na određeni oblik sigurnosti, iako je prihvatljivije mišljenje da je to način organizovanja pojedinaca ili organizacija koji se nalaze u poziciji da se bore protiv nastajanja rizika od težih materijalnih gubitaka. Međutim, kada je u pitanju finansiranje zdravstvenog osiguranja stvari postaju potpuno jasne. Radi se o izdvajanju finansijskih sredstava za specifičnu vrstu socijalnog osiguranja čijim se tvorcem smatra Oto von Bizmark (*Otto von Bismarc*), nemački državnik, „gvozdeni kancelar” koji je doprineo da se 1871. godine od 25 država stvori Nemačko carstvo (*Deutsches Reich*), i da se 1883. godine donese Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju radnika. Zakon je predviđao obavezno uplaćivanje doprinosa u bolesnički fond. Donošenje ovog zakona predstavlja početak zdravstvenog osiguranja kao obaveznog društvenog mehanizma za ostvarivanje socijalnih ciljeva društva uopšte. Pomenuti zakon je izvršio veliki uticaj na razvoj zdravstvenog osiguranja u većem delu Evrope. Tako je Austrija 1887. godine prvi put donela Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju, Norveška je to učinila 1902, a Velika Britanija 1910. godine.

Engleski lord Viliam Henri Beveridž (*William Henry Beveridge*) je svojim kritičkim stavom prema Bizmarkovom modelu socijalnog osiguranja doprineo da se uspostavi drugi, osnovni model finansiranja sistema socijalnog i u okviru njega zdravstvenog osiguranja. Beveridžov model podrazumeva ideju da se socijalna sigurnost dvojako finansira. Prvo, materinski i dečji dodaci i zdravstvena zaštita finansiraju se iz bužeta, a penzije treba da se finansiraju preko doprinosa na principima socijalnog osiguranja. Malo zatim došlo je do integrisanja ova dva modela, našta su uticali društveno-ekonomski i socijalni razvoj, tako da nastaju njihove svojevrsne kombinacije u kojima čas jedan čas drugi model ima predominaciju. U savremenim modelima finansiranja socijalne sigurnosti, a samim tim i zdravstvene zaštite, *via facti* prisutni su mešoviti sistemi koji se mogu razlučiti u dve grupe. U prvu grupu spadaju zemlje koje socijalnu sigurnost finansiraju pomoću budžetskih transfera gde po pravilu dominira Beveridžov model, dok drugu grupu čine zemlje koje slede Bizmarkov model socijalnog i u okviru njega zdravstvenog osiguranja.

Na kraju, socijalno osiguranje kao tekovina razvoja društveno-ekonomskih odnosa predstavlja oblast koju treba da finansiraju kako država tako i pojedinci. Sam pojam „socijalna sigurnost” podrazumeva najširi pojam koji označava zaštitu koju društvo pruža svojim članovima putem mera javnog karaktera. Po pravilu, socijalna

sigurnost obuhvata zaštitu koja se odnosi na 1) ekonomske i socijalne poremećaje koji nastaju usled prestanka umanjenja nadnica prouzrokovanog bolestima, materinstvom, povredama na poslu, nezaposlenošću i/ili smrću, 2) pružanje zdravstvene zaštite i 3) pružanje pomoći porodicama s decom.

Cilj rada

Doprinosi kao instrumenti za finansiranje zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite i osvrt na uvođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja za građane SAD (velika borba Baraka Obame).

Doprinosi kao instrumenti za finansiranje zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite

Zdravstveno osiguranje je prostrana oblast koja se finansira iz obaveznih doprinosa koje uplaćuju poslodavci i zaposleni (doprinosi na teret fizičkih lica i poslodavaca) uz eventualnu pomoć državnih sredstava iz budžeta, odnosno državnih javnih prihoda. Uplaćeni doprinosi se slivaju u specijalne fondove. Uz poreze i takse doprinosi su vrlo važan oblik javnih prihoda koji se prikupljaju za finansiranje javnih rashoda. Vrlo su izdašni, predvidivi i redovni. Prema većem broju finansijskih teoretičara, doprinosi se uglavnom sreću u sledećim opredeljenjima:

- javni su prihodi koji predstavljaju davanje koje sadrži element protivnagnade,
- plaćaju ga samo ona lica koja će imati određenu korist što nije slučaj sa porezima,
- doprinosi su oblik prinudnog plaćanja od strane grupe ili pojedinaca za učinjene usluge ili radove ili davanja koja se u potpunosti ili delimično finansiraju doprinosima,
- njihova namena je utvrđena *ex ante* s obzirom na to da se radi o destiniranim (namenskim) javnim приходima,
- plaćaju ih određeni korisnici povezani ekonomskim, zdravstvenim i drugim razlozima,
- uplaćuju se na posebnim autonomnim fondovima zdravstvenog osiguranja,
- ne postoji donji a može postojati gornji limit njihove uplate, pri čemu su stope obavezno proporcionalne,
- osnovicu za obračun doprinosa čini bruto zarada ili neka druga naknada, pri čemu nije uobičajeno da postoje granske ili teritorijalne diferencije ili olakšice prema vrstama zaposlenja.

Osigurano lice (osiguranik) stiče pravo na zdravstveno osiguranje od momenta nastupanja osiguranog slučaja, automatski, bez ikakve provere drugih prihoda koje on ostvaruje. Mnoge zemlje nemaju sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja (Novi Zeland, Australija, SAD i dr.), već zdravstvenu sigurnost svojih građana obezbeđuju kroz različite vidove socijalne pomoći koja se finansira sredstvima iz budžeta. Švedska je zemlja u kojoj, i pored toga što njeni stanovnici imaju obavezno zdravstveno osiguranje, postoje posebni vidovi zdravstvenog osiguranja koji se finansiraju sredstvima iz budžeta.

U Republici Srbiji je usvojen Zakon o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje koje postoji u tri vida i to: 1) u vidu penzijskog i invalidskog osiguranja, 2) zdravstvenog osiguranja i 3) osiguranja za slučaj nezaposlenosti. Zapravo, on uvodi doprinose za obavezno zdravstveno osiguranje u vidu a) doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje i b) doprinosa za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti u slučajevima utvrđenim Zakonom. Pored pomenutog obaveznog zdravstvenog osiguranja, u mnogim zemljama postoji sistem dobrovoljnog ili dodatnog zdravstvenog osiguranja. Zasniva se na ugovorima o osiguranju od određenih vrsta rizika koje osiguranik zaključuje sa osiguravačem (odgovarajući nosilac osiguranja). Sa pravnog aspekta, za razliku od obaveznog zdravstvenog osiguranja, sistem dobrovoljnog osiguranja je privatnopravnog karaktera, ostvaruje se bez upotrebe javnih ovlašćenja i reguliše isključivo normama ugovornog prava.

Sprovođenje i obezbeđivanje zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite u Republici Srbiji vrši se preko Zavoda za zdravstveno osiguranje čije prihode čine:

– doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje, doprinosi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, imovina sa kojom on raspolaže, sredstva prikupljena od uplaćene participacije (lično učešće korisnika zdravstvenih usluga), sredstva domaćih i stranih kredita, donacije iz zemlje i inostranstva, transferi iz budžeta republike i druga sredstva čije se poreklo i izvori znaju. Prikupljena sredstva Zavod koristi za finansiranje prava korisnika i za unapređivanje zdravstvene zaštite, za podmirivanje troškova sprovođenja zdravstvenog osiguranja i za pokrivanje drugih rashoda u vezi sa zdravstvenom zaštitom i zdravstvenim osiguranjem u skladu sa Zakonom, odnosno na pokrivanje troškova zdravstvenih ustanova-materijalnih rashoda, zarada zaposlenih i angažovanih radnika, troškova po osnovu nabavke lekova, troškove dijaliza, troškove za stomatološke i zubarske radove, naknade za bolovanja preko 60 dana, putne troškove osiguranika i za nabavku medicinskih pomagala.

Radi preglednijeg uvida u pozicije prihoda i rashoda Zavoda za zdravstveno osiguranje Republike Srbije u tabeli koja sledi prikazana je njihova procentualna struktura onako kako su tokom 2005. i 2007. godine ostvarivani (prihodi) i pokriveni (rashodi). Očigledno je da su najizdašniji prihodi od socijalnih doprinosa, a kod rashoda najveći procenat otpada na prava iz socijalnog osiguranja, koji je u obe godine veći od doprinosa za socijalno osiguranje preko 27%.

	Prihodi / rashodi / godina	2005	2007
1	Socijalni doprinosi	70,2	71,7
2	Dotacije i transferi	1,0	2,3
3	Drugi prihodi	0,7	0,0
4	Ostali prihodi	28,1	26,0
I	<i>Ukupni prihodi</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
1	Rashodi za zaposlene	0,7	0,6
2	Korišćenje roba i usluga	0,3	0,4
3	Otplata kamata	0,4	0,1
4	Otplata glavnica	0,0	0,0
5	Prava iz socijalnog osiguranja	98,6	98,9
II	<i>Ukupni rashodi</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Izvor: *Bilten Javnih finansija*, br.44 za mesec maj 2008. godine, Ministarstvo finansija Republike Srbije

Građani SAD dobijaju obavezno zdravstveno osiguranje?

Posebno je važan napor SAD da uvede obavezno zdravstveno osiguranje za svoje građane. Od 1952. godine do danas ili ukupno 15 puta, svaki predsednik SAD je pokušao da istakne potrebu sprovođenja zdravstvene reforme, što je „centralno pitanje budućnosti i prelomna tačka”. Ne treba podsećati da je u pitanju neostvarena želja svih predsednika u poslednjih 100 godina. A onda na scenu stupa novoizabrani predsednik SAD, Barak Husein Obama, koji je rekao da je vreme prepirki i igara završeno i da je vreme za akciju. „Ja nisam prvi predsednik koji se prihvatio ovog zadatka, ali sam odlučio da budem poslednji“. Zemlja u kojoj svaki šesti stanovnik nema osiguranje (47 miliona neosigurano), a tek svaki treći ima samo povremeno, jedina je napredna demokratija i jedina bogata nacija koja dopušta takve teškoće za milione svojih ljudi. Obama je učinio i ono što je očekivano sa velikom pažnjom: zauzeo se za državnu, odnosno javnu opciju zaštite, koja ima oštre protivnike među republikancima, ali izaziva i oprez oko desetak demokratskih članova Senata.

To će biti opcija samo za one koji nemaju osiguranje. Niko neće biti prisiljen da je izabere i ona neće imati nikakav uticaj na one koji već imaju osiguranje. „Neću potpisati niti jedan zakon koji bi dodao i cent postojećem deficitu”, izjavio je Obama.

Reforma je nužna kako zbog zauzdavanja troškova osiguranja, koji su u posljednjih deset godina rasli tri puta brže od prihoda. SAD na zdravstvo već troše 18% svoga bruto nacionalnog proizvoda. Na kraju je obećao da će postojeći državni plan zdravstvene zaštite za lica starija od 65 godina (Medicare) ostati izmijenjen, ali je podvukao da su i 1965. godine, kada je Medicare izglasan, republikanci doživjeli kao uvođenje socijalizma. Šta Barak Obama namerava, pitanje je koje se postavlja širom sveta. Obama se zauzima da zdravstveno osiguranje dobiju svi oni koji nemaju takvu privilegiju i koji ne mogu sebi da je priušte. Takođe ima nameru da unese više sigurnosti i stabilnosti za one koji već imaju zdravstveno osiguranje, ali nastoji da ograniči samovolju privatnih osiguravajućih društava koja uskraćuju osiguranje pacijentima sa hroničnim oboljenjima i limitiraju usluge. Posebno želi da uspori rast troškova osiguranja i lečenja. Da ne ide sve lako svedoče prigovori velikog broja protivnika koji su ga prozvali da uvodi staljinizam, da će uvesti socijalizam, uvećati državni deficit, uskratiti pravo slobodnog izbora lekara i zdravstvenih usluga i da sa „staljinističkim racionalizovanjem usluga” vodi SAD u bankrot.

Zaključak

Zdravstveno osiguranje i zdravstvena zaštita se u većini zemalja Evrope, a i kod nas, načelno finansira sredstvima iz državnog i drugih budžeta. U poslednjih nekoliko decenija finansijska sredstva (budžet) nisu u stanju da podmiru sve vrste rashoda koji nastanu u okviru zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite, što je oštar signal da se neke relacije moraju pod hitno menjati. Ako je osnovni cilj svakog sistema zdravstvenog osiguranja potpuni obuhvat građana, a u velikom broju jeste, onda se treba usredsrediti na korekciju postojećih finansijskih i zdravstvenih mera. U tim slučajevima se mora voditi računa o principima socijalne pravde. Na primer, neprestano se vodi debata o sužavanju kruga osiguranika. Odmah se nameće pitanje, koji su kriterijumi za takav potez i hoće li to oni koji izgube status osiguranika mirno podneti. Mnogi, a to je iskustvo iz Zapadne Evrope, nisu bilo kojom reformom smanjivali broj osiguranika jer se takav potez smatrao socijalno-politički neprihvatljivim.

Na drugoj strani, mali broj poznavalaca osiguranja uopšte, a najmanje zdravstvenog, smatra da je uplata doprinosa dovoljan finansijski prostor za zadovoljavanje širokog miljea prava na zdravstveno osiguranje i zdravstvenu zaštitu. Praksa kazuje da nije i da se stvari moraju menjati. Podsetimo se, u SAD je još daleke 1935. godine usvojen Zakon o socijalnoj zaštiti i obuhvatao je stare, slabovide, slepe i osobe sa invaliditetima, i kada je predloženo da se u zakon ugradi komponenta njihovog zdravstvenog osiguranja, tada je jaka opozicija predsednika Ruzvelta saterala u ugao i on je odustao od svoje ideje. I šta se pokazalo? Do današnjih dana SAD, zemlja *par excellence* demokratije, bije bitku da svojim građanima obezbedi obavezno zdravstveno

osiguranje koje mnoge Evropske unije polako napuštaju jer ne mogu da finansiraju sve potrebe (prava) sredstvima budžeta.

Zato se sve više pristupa traženju mogućnosti za uvođenje dobrovoljnog osiguranja. Dobrovoljno osiguranje je odavno pokriveno zakonskim odredbama. Dileme koje su postojale odnosile su se na mogućnost osiguranja onih lica koja nisu obuhvaćena obaveznim osiguranjem. To je lako rešeno, ona lica koja već imaju obavezno zdravstveno osiguranje ali žele da prošire svoj paket prava mogu to da učine. Ubrzo su dati odgovori i na pitanja poput onih da li se plaća doprinos ili premija, odgovor je premija. Što se tiče pitanja ko će upravljati sredstvima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, stvari su potpuno jasne, ne postoji razlog formiranja posebnih službi niti organa upravljanja kad one postoje u Zavodu i kada se međusobne obaveze uređuju ugovorima između Zavoda i osiguranika. U dobrovoljno osiguranje ne mora se, a može, uključivati poslodavac, ako je ono povoljnije regulisano kolektivnim ugovorima.

Literatura

- Ajduković G., Poslovna statistika, Fakultet za menadžment BK Univerziteta, Beograd, 2007.
- Alma Ata 1978., Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva, WHO, 1978.
- Andrija Š., Izabrani članci, JAZU, Zagreb, 1966.
- Dokanović V., Tradicionalna medicina sa aspekta WHO, Ka integraciji savremene i tradicionalne medicine, Evropski centar za mir i razvoj (ECPD), Beograd, 1995.
- Dokić D., Jakovljević Đ., Mićović P., Ciljevi i mere zdravstvene politike u Srbiji do 2010. godine – Predlog, Institut za zaštitu zdravlja Srbije, Beograd, 1997.
- Hans M., Strategy, choices in social healthinsurance, WHO Regional office for Europe ICP/PHC 216 c/G-1993.
- Hrustić H., Javne finansije, FABUS, Novi Sad, Sremska Kamenica, 2006.
- Jakovljević Đ., Grujić V., Socijalna medicina, Medicinski fakultet, Novi Sad 2005.
- Jelčić B., Šimunić J., Tendencije u razvoju finansijske aktivnosti države, HAZU, Zagreb, 2000.
- Keler M., Preventivni sistem primarne zdravstvene zaštite, Tehnologija u zdravstvenoj zaštiti, Institut za socijalnu medicinu, statistiku i istraživanja u zdravstvu, Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, Beograd, 1983.
- Melvill A., Taxation, Finance Act 2003., Ninth Edition, Prentice Hall, Harlow, 2004.
- Mićović P., Menadžment zdravstvenog sistema, Evropski centar za mir i razvoj (ECPD), Univerzitet za mir Ujedinjenih nacija, Beograd, 2000.
- Montegaca P., Lekarski savet oca sinu, Medicinska knjiga (revija) Kultura, Beograd, 1973.
- Neil O. P. D., Health Crisis 2000, WHO Copenhagen, 1962.
- Poček B., Integracija klasične i tradicionalne medicine – razlozi i potrebe, ECPD, Beograd, 1995.

- Popov-Ilić G., Poresko pravo Evropske unije, JP „Službeni glasnik”, Beograd, 2004.
- Popović D., Poresko pravo, Pravni fakultet u Beogradu, Centar za publikacije, JP „Službeni glasnik”, Beograd, 2008.
- Popović D., Poreska reforma u Srbiji 2001–2003, Ekonomski institut, Beograd, 2004.
- Raičević B., Javne finansije, Centar za izdavačku delatnost Ekonomskog fakulteta u Beogradu, Beograd, 2008.
- Skupnjak P., Perspektiva razvoja sistema zdravstva i planiranja zdravstva u svijetu i nas, Zdravstvo, 9-10, Zagreb, 2001.
- Stamatović M., Jakovljević Đ., Legetić B., Zdravstveno osiguranje – teorija i praksa, Zavod za izdavanje udžbenika i nastavna sredstva, Beograd, 1995.
- Sudžum R., Prava iz zdravstvenog osiguranja, Savremena administracija, Beograd, 1993.
- Šimunić M., Bartolić A., Primarna zdravstvena zaštita, Zagreb–Pazin, 1999.
- Štiglic J. E., Ekonomija javnog sektora, Ekonomski fakultet, Beograd, 2004.
- Tera B., Wattel P, European Tax Law, Kluwer, The Hague, 2005.
- Totić I., Zdravlje i zdravstveni siIntern, Nacionalni univerzitet u Novom Pazaru, Univerzitetska misao, br. 2. 439-457, Novi Pazar, 2003.
- Totić I., Pravno-ekonomski aspekti razvoja zdravstvenog sistema, Pravni fakultet, Univerzitet u Kragujevcu, 2001.
- Vukmanović Č., Menadžment u zdravstvu, Politika i strategija zdravstvenog razvoja, Savremena administracija, Beograd, 1994.
- Zakon o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik R.S.”), br. 106/06.
- Zakon o osiguranju za slučaj nezaposlenosti („Službeni glasnik R.S.”), br. 84/04.
- Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju („Službeni glasnik R.S.”), br. 96/06.
- Zakon o zaštiti životne sredine („Službeni glasnik R.S.”), br. 135/04.
- Zakon o budžetu Republike Srbije za 2005. godinu („Službeni glasnik R.S.”), br. 127/04.