

Dr Zdravko ŠOLAK\*

## Tržište privatnog zdravstvenog osiguranja u debatama o reformi zdravstvenog sistema u postsocijalističkim zemljama

UDK: 364.32:339.13(497.11)

Primljen: 28. 4. 2020.

Prihvaćen: 30. 7. 2020.

Pregledni naučni rad

### Apstrakt

Debate o reformi finansiranja zdravstvene zaštite u bivšim socijalističkim zemljama u periodu društvenog preobražaja vođene su u sklopu širih rasprava o promenama u ukupnom društvenom sistemu. Preispitivani su postojeći modeli finansiranja i razmatrane inovativne mere. U sklopu takvih rasprava deo pažnje privuklo je i tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. U raspravama koje su tokom devedesetih godina prošlog veka vođene iznošeni su različiti stavovi, kako oni koji su u tom mehanizmu videli pogodan dopunski izvor finansiranja zdravstvene zaštite, tako i oni koji su u prvi plani isticali ograničenja koja se u njegovoj primeni javljaju i skromni rezultati koji se mogu očekivati. Kao jedan od kriterijuma za ocenu pogodnosti tog mehanizma moglo bi da posluži i ono što je do sada postignuto u njegovoj primeni. U radu se čini osvrt na pređeni put i stanje u bivšim socijalističkim zemljama pod kraj druge decenije ovog veka s posebnim osvrtom na Srbiju i zemlje u njenom okruženju.

*Ključne reči:* privatno zdravstveno osiguranje, Srbija, plaćanje „iz džepa”, nezarazne bolesti

### 1. UVOD

Od početka devedesetih godina prošlog veka zdravstveni sistem Srbije bio je izložen neprekidnom i snažnom delovanju brojnih unutrašnjih i spoljnjih faktora koji su se odražavali na njegovo funkcionisanje. Smena društvenog poretka i društveni preobražaj, ekonomska kriza praćena nezaposlenošću, pomeranje stanovništva prema velikim gradovima, rat, sankcije, sve se to javljalo kao niz promena koje su dolazile u kontinuitetu i ispoljavale uticaj na zdravlje stanovništva. Promene koje su zahvatile ukupnu društvenu zajednicu neminovno

su se odražavale i na njen zdravstveni sistem. U pokušajima reformi zdravstvenog sistema posezalo se za raznim merama od kojih su neke predstavljale znatnu inovaciju. Privatni kapital učvrstio se u kanalima distribucije kada su lekovi u pitanju, privatni sektor pojavio se kao „mali ali moćan” ponuđač raznovrsnih zdravstvenih usluga. Kao mere za ograničavanje troškova u zdravstvu činili su se brojni pokušaji koji su se često oslanjali na učešće pacijenata u troškovima lečenja.

U Srbiji je ranijih godina u raspravama o reformi zdravstvenog sistema, među ostalim, bilo i takvih gledišta prema kojima bi ublažavanje posledica insuficijentnog finansiranja trebalo postići razvojem tržišta privatnog osiguranja. Vera koju su neki ekonomisti polagali u delotvornost mehanizma privatnog tržišta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, po nekoj inerciji, počivala je na nesumnjivim prednostima koje se delovanjem slobodnog tržišta postižu kada su u pitanju drugi proizvodi i usluge.

Pokušaji sa tržištem dobrovoljnog privatnog zdravstvenog osiguranja u pojedinim bivšim socijalističkim zemljama činjeni su tokom dugog perioda u kojem se neprekidno tragalo za merama uz pomoć kojih bi se obezbedilo zadovoljavajuće funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite, održao korak sa onim što je donosio napredak u razvoju medicinske tehnologije, omogućila primena inoviranih dijagnostičkih procedura i obezbedila šira upotreba novih i inoviranih lekova. Kraj druge decenije ovog veka prilika je da se oceni u kojoj meri su ispunjena očekivanja iz ranijih godina i nade onih koji su verovali u tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, da se sagledaju njegovi stvarni učinci u Srbiji i razmere njegove ispoljene mobilizatorske moći.

### 2. INFORMACIONA OSNOVA ISTRAŽIVANJA I KOMPARATIVNIH ANALIZA

U izučavanju ekonomskih zbivanja u zdravstvenom sistemu i pitanja koja se odnose na tržište privatnog

\* Naučni savetnik, Visoka poslovna škola u Novom Sadu, e-mail: zdrsolak@yahoo.com.

Tabela, br. 1: Finansiranje zdravstvene zaštite

zemlja / godina	% izdvajanja za zdravstvenu zaštitu u GNP		udeo privatnih izdataka u ukupnim zdravstvenim izdacima (%)		Udeo privatnog osiguranja u ukupnim zdravstvenim izdacima (%)
	2000	2017	2000	2017	2017
Albanija	6,3	5,8 <sup>a</sup>	63,9	nr	0
Austrija	9,2	10,4	25,8	27,6	4,9
Bugarska	5,9	8,1	40,4	48,1	0,6
Francuska	9,5	11,4	21,1	16,6	6,6
Grčka	7,2	8,0	40,0	39,6	4,0
Italija	7,6	8,8	27,4	26,1	1,5
Mađarska	6,3	6,8	31,2	31,3	2,0
Nemačka	9,8	11,2	21,7	15,5	1,4
Rumunija	4,2	5,1	20,7	21,4	0,5
BiH	7,1	8,9	39,6	29,5	0,4
Crna Gora	7,3	6,4 <sup>a</sup>	29,0	nr	0
Hrvatska	7,7	6,9	14,9	17,2	4,0
Srbija	6,5	8,4	34,5	43,1	0,4
Slovenija	7,8	8,2	28,6	28,2	14,2
Severna Makedonija	3,9	6,1	42,9	32,2	0

Izvor: WHO, 2019. nr - ne raspolože se podatkom.

zdravstvenog osiguranja od posebnog je značaja komparativni pristup na međunarodnom planu. Značajnu podršku takvim istraživanjima već duži niz godina daje Svetska zdravstvena organizacija, u okviru koje je usavršena statistička osnova praćenja i obuhvata pojava, i razvijena informaciona osnova neophodna za komparativne analize. Statistički podaci i indikatori kao uporedivi pokazatelji objavljuju se u periodičnim i povremenim publikacijama, i obezbeđuju korisnicima putem javno dostupnih baza podataka (WHO, 2019a; WHO, 2019b). U okviru većeg broja indikatora odabrano je nekoliko ključnih koji su korišćeni u ovom radu: izdaci za zdravstvenu zaštitu kao deo GNP-a, udeo privatnih zdravstvenih izdataka u ukupnim zdravstvenim izdacima, deo ukupnih izdataka za zdravstvo koji je pokriven privatnim zdravstvenim osiguranjem. Važan je i pokazatelj koji se odnosi na direktno plaćanje u zdravstvu izražen kao udeo zdravstvenih izdataka pokriven plaćanjem „iz džepa.”

### 3. STRUKTURA IZDATAKA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

U prve dve decenije dvadeset i prvog veka problemi u finansiranju zdravstvene zaštite bili su odlika zdravstvenih sistema mnogih zemalja u svetu. Rasprave o njima i pokušaji reformi bili su nastavak ranijih dis-

kusija o ustrojstvu zdravstvenog sistema. Druga polovina prošlog veka protekla je u intenzivnim debatama o funkcionisanju zdravstvenih sistema i pokušajima reformi. Preispitivanjima su podvrgavane ne samo razne mere i politike nego i sami osnovni modeli finansiranja. Tim pitanjima je ekonomika zdravstvene zaštite posvećivala znatnu pažnju od prvih godina svog postojanja i konstituisanja kao samostalna naučna disciplina. Izučavanju ekonomskih problema u zdravstvenom sektoru pristupilo se s pojačanim interesovanjem s nastupanjem ekonomske i finansijske krize i ispoljavanjem njenih posledica na prilike u zdravstvenom sistemu.<sup>1</sup>

U odabranoj grupi evropskih zemalja u okviru kojih posmatramo i bivše jugoslovenske republike do izražaja dolaze osetne razlike nivoa indikatora navedenih u tabeli 1. Sadašnje stanje odlikuje se znatno različitim udelom izdataka na finansiranje zdravstva u GNP-u kao i znatno različitim udelom privatnih izdataka u ukupnim izdacima za zdravstvenu zaštitu (tabela 1).

Ukoliko se u zdravstvenim sistemima, koji kao glavni mehanizam finansiranja zdravstvene zaštite koriste kolektivne fondove i obavezne doprinose inovacijama,

<sup>1</sup> Veći broj studija objavljen je na ovu temu, videti, na primer: Thomsonet al. 2015; Wouters et al. 2017. I ruski autori su u širim raspravama o pitanjima finansiranja zdravstvene zaštite posvećivali pažnju pitanjima mobilizacije privatnih resursa za zdravstvenu zaštitu videti, na primer: Ivanova 2011; Turgambaeva 2017; Vladimirova 2018.

uvode mehanizmi čijom primenom se želi postići dopunsko mobilisanje privatnih resursa na dobrovoljnoj bazi, postavlja se pitanje objedinjavanje uloge različitih mehanizama. Jedno od pitanja o kojem se iznova pokreću rasprave odnosi se na ulogu koju u sistemu može da dobije mobilizacija privatnih resursa na dobrovoljnoj bazi. To pitanje iznova se razmatra i u novijim naučnim studijama (Sagan et al, 2016). Ukoliko se ponudi takva vrsta osiguranja posebna pažnja posvećuje se analizi faktora koji utiču na tražnju.<sup>2</sup>

#### 4. NESAVRŠENO TRŽIŠTE PRIVATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Već od prvih radova kojima je uvedena ekonomska teorija asimetrične informisanosti sedamdesetih godina prošlog veka tržište privatnog zdravstvenog osiguranja navođeno je kao primer tržišta na kojem se ispoljavaju neželjene posledice asimetrično raspoređenih informacija među akterima na tom tržištu.<sup>3</sup> Tu je pre svega fenomen *moralnog hazarda* koji na ovom tržištu dovodi do nepoželjnih posledica koje je teško kontrolisati.<sup>4</sup> Pokušaji uvođenja mera kao što su plaćanje i saosiguranje komplikuju sistem finansiranja.<sup>5</sup> Primenom takvih mera postižu samo delimični, obično nedovoljni efekti. Osim toga otvaraju se i drugi problemi čije se ispoljavanje dovodi u vezu s pacijentovim pravima na zdravstvenu zaštitu. Ispoljavanje *nepovoljne selekcije* na tržištu privatnog zdravstvenog osiguranja čini to tržište neefikasnim mehanizmom. Brojne empirijske studije potvrdile su da ispoljavanje tog fenomena na tržištu dovodi do pojave neosiguranih lica kako onih koji se ne osiguravaju, jer im je osiguranje postalo skupo, tako i onih koji se ne osiguravaju jer gube motiv da pribave osiguranje zasnovano na prosečnom populacionom riziku koji se ne podudara s njihovom percepcijom sopstvenog rizika kada su u pitanju budući troškovi usled pojave bolesti.

O postojanju krupnih nedostataka u samom modelu privatnog zdravstvenog osiguranja bilo je i drugih stavova. Pažnja je često usmeravana na razmatranje pitanja: Da li privatno osiguranje u vidu dobrovoljnog

<sup>2</sup> Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem obuhvaćene su „usluge koje su isključene ili su samo delimično obuhvaćene paketom naknada koje se javno finansiraju” (Sagan et al, 2016, 30).

<sup>3</sup> Pionirski rad u ovoj oblasti objavio je Džordž Akerlof (Akerlof 1970).

<sup>4</sup> Rad kojim je skrenuta pažnja na fenomen moralnog hazarda objavljen je 1968. godine (Pauly 1968).

<sup>5</sup> Dugi niz godina moralni hazard tema je čestih istraživačkih studija (Aistov i Aleksandrova, 2018).

zdravstvenog osiguranja može da posluži kao uspešan dopunski izvor finansiranja zdravstvene zaštite? Podaci navedeni u Tabeli, br. 1 pokazuju da je tokom perioda 2000–2015. godine u posmatranoj grupi zemalja doprinos privatnog zdravstvenog osiguranja pokrivanju zdravstvenih izdataka pokazivao znatan varijabilitet. Očigledno je da su na njegovu mobilizatorsku moć pored nedostataka koji su proisticali iz samog osnovnog modela delovali i lokalni faktori koji su ispoljavali različit uticaj po pojedinim zemljama.

O potencijalnom uticaju faktora od lokalnog značaja, njihova identifikacija kada je Srbija u pitanju, o njihovom ograničavajućem delovanju i o slabim izgledima da se postignu iole značajni mobilizatorski efekti bilo je reči u ranije objavljenom radu u kojem su razmatrane perspektive razvoja tržišta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (Šolak, 2010). Teško je verovati u to da bi se u skorijoj budućnosti, kada je u pitanju delovanje ograničavajućih faktora, okolnosti mogle znatnije promeniti. Mali su izgledi da se primenom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja postignu zadovoljavajući efekti i tako doprinese ublažavanju problema finansiranja zdravstvene zaštite u Srbiji.

#### 5. PLAĆANJE „IZ DŽEPA”

Plaćanje „iz džepa” (*out-of-pocket expenses*)<sup>6</sup> u zdravstvenom sistemu jedne zemlje indikator je koji ima znatnu informativnu vrednost. Pružanje zdravstvenih usluga uslovljeno direktnim plaćanjem odavno je zapaženo kao važan fenomen čijem se izučavanju posvećuje značajna pažnja u ekonomskoj literaturi. Veliki broj studija rađen je na ovu temu. Mnogi autori i timovi istraživača objavili su studije u kojima su analizirali stanje u sopstvenoj zemlji. U novijim komparativnim analizama obuhvaćeno je stanje u devet, odnosno deset razvijenih zemalja (Baird 2016; Rice et al. 2018). Objavljena je i novija komparativna analiza u kojoj su posmatrane zemlje, bivše jugoslovenske republike (Zaimović-Šahman et al, 2018).

Deo ukupnih zdravstvenih izdataka pokriven plaćanjem „iz džepa” s razlogom je, kao indikator, našao mesto među osnovnim pokazateljima stanja u zdravstvenom sistemu jedne zemlje. U pitanju je način plaćanja za zdravstvene usluge koji može da ima posve nepovoljne posledice imajući u vidu ukupnu društvenu zajednicu. Lekar nije uvek u prilici da proceni kojim izdacima izlaže pacijenta ukoliko troškovi lečenja nisu pokriveni nekom vrstom osiguranja (Ubel et al, 2013). Raspro-

<sup>6</sup> U pitanju su plaćanja koja jedno domaćinstvo čini koristeći svoje privatne resurse kako bi za svog člana pribavilo zdravstvene usluge i obezbedilo lečenje (OECD, n/a).

Tabela, br. 2: Plaćanje „iz džepa” kao deo izdatka za zdravstvenu zaštitu (%)

zemlja	godina				
	2000	2005	2010	2015	2017
Albanija	64,6	52,5	47,8	56,9	49,9 <sup>a</sup>
Austrija	17,8	19,2	18,6	19,1	19,2
Bugarska	40,4	38,9	43,1	47,7	48,6
Francuska	7,3	7,4	10,2	9,7	9,4
Grčka	34,4	36,6	28,1	36,4	34,8
Italija	26,5	21,6	20,5	23,1	23,5
Mađarska	27,3	25,8	27,4	27,5	26,9
Nemačka	12,3	14,2	13,9	12,5	12,7
Rumunija	19,4	18,5	19,6	21,3	20,5
BiH	39,6	45,2	30,1	28,8	29,1
Crna Gora	26,9	25,6	33,5	31,8	42,3 <sup>a</sup>
Hrvatska	13,9	13,4	14,0	10,9	11,0
Srbija	29,6	29,8	36,4	40,6	41,8
Slovenija	13,3	13,0	12,7	12,5	12,3
Severna Makedonija	42,1	41,2	37,8	34,3	31,9

Izvor: WHO, 2019a.

stranjenost takvog načina plaćanja za zdravstvene usluge i lekove može da ima za posledicu ograničenu dostupnost kada je u pitanju deo populacije koji nije u stanju da plaća, tako se umanjuje nivo pravičnosti u zdravstvenoj zaštiti. Nepovoljne posledice odražavaju se kako na horizontalnu i vertikalnu, tako i na geografsku i intergeneracijsku pravičnost. Zdravstveni sistem u kojem se ugrožava pacijentovo pravo na dostupnu zdravstvenu zaštitu i na korišćenje zdravstvenih usluga nezavisno od dohotka i ekonomskog stanja domaćinstva biva nisko rangiran u međunarodnim komparacijama.

Visok udeo plaćanja „iz džepa“ u dohotku nekih domaćinstava premešta ih na poziciju koja je ispod linije siromaštva. Postepeno, kako su problemi sa finansiranjem zdravstvene zaštite stanovništva postajali sve izraženiji, od prvobitnog cilja koji se odnosio na smanjenje tražnje medicinskih usluga i potrošnje koja nije neophodna, ova mera je poprimila drugu namenu, s njenom primenom počelo se računati s novim izvorom finansiranja. Pored drugih nepovoljnih posledica koje ima oslonac na privatne resurse pojedinca, kada je u pitanju pružanje zdravstvenih usluga, treba računati i s pojavama kao što je izloženost domaćinstava finansijskom riziku.<sup>7</sup> Posebno mogu biti pogođeni pacijenti

<sup>7</sup> Visina izdataka imajući u vidu pojedine pacijente zavisna je od vrste i količine usluga koje se koriste. Pacijenti se zbog visokih izdataka ove vrste mogu naći u situaciji u kojoj su drugi vidovi njihove lične potrošnje dovedeni u pitanje (Ubel et al, 2013, 1484).

koji boluju od dva ili više nezaraznih oboljenja (Sum et al., 2018, 1).<sup>8</sup>

U studijama Svetske zdravstvene organizacije definiše se kriterijum u vidu praga. „Finansijska katastrofa se definiše kao plaćanje iz džepa koje prelazi 40% porodičnog budžeta domaćinstva [...] Postoji visoka korelacija između tog indikatora i incidence finansijskih katastrofa” (WHO, 2013, 13). Bez posebnih istraživanja nije moguće oceniti da li u sadašnjim uslovima u Srbiji među siromašnim domaćinstvima postoje ona kojima bolest nekog od članova na ovakav način opterećuje porodični budžet.

Istovremeno postojanje visokog udela direktnog plaćanja u vidu „plaćanja iz džepa” i pored ponude dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u jednoj zemlji govori o tome da je sam mehanizam takvog osiguranja neefikasan. Nepovoljna selekcija već od prvog koraka „guši” uspostavljanje veza između ponuđača i onih kojima bi zaštita od finansijskih rizika usled bolesti sigurno bila potrebna.

Tokom ranih godina društvenog preobražaja u Srbiji i u godinama koje su usledile posle bilo je raznih gledišta o tome na koji način treba reformisati zdravstveni sistem i prilagoditi ga novom vremenu. U dužem periodu bilo je promovisanja raznih ideja, između osta-

<sup>8</sup> Multimorbiditet kada su u pitanju nezarazne bolesti može neke pacijenta da izloži znatnom finansijskom teretu ako su prisiljeni da iz džepa plaćaju za zdravstvene usluge i lekove (Sum et al. 2018, 11). O teškoćama definisanja multimorbiditeta videti: Lefèvre 2014.

log i onih koje su se odnosile na pitanja zdravstvenog osiguranja. Bilo je i predloga da se „ukine obavezno zdravstveno osiguranje i uvede privatno.” Poklonici ideje „tržište rešava sve” neretko su se u javnosti javljali s predlozima šire privatizacije zdravstvenih resursa. Odolevajući raznim promenama solidarno finansiranje zdravstvene zaštite nije gubilo na značaju. Pri uvođenju promena često je dolazilo do ispoljavanja *fenomena klatna*. Sadašnje stanje odlikuje se miksom u kojem privatni sektor ima značajno mesto. Visok je udeo izdataka koji se pokrivaju direktnim plaćanjem, odlazak lekara i medicinskih radnika van zemlje ugrožava poželjnu strukturu zaposlenih, zanemarljiva je uloga dobrovoljnog osiguranja u finansiranju zdravstvene zaštite stanovništva. Desilo se kretanje orijentisano u smeru koji se ne podudara s onim koji je pre neku deceniju promovisan u dokumentima Svetske zdravstvene organizacije u okviru akcije „zdravlje za sve.” Znatna rasprostranjenost direktnih plaćanja otvara i niz drugih pitanja. Tu su pre svega ona koja se odnose na ostvarenje prava na dostupnu zdravstvenu zaštitu. Sigurno je da je potrebna znatno šira informaciona osnova za izvođenje zadovoljavajućih ocena sadašnjeg stanja. Poseban značaj pripada pokazateljima na osnovu kojih bi se na vreme mogle identifikovati porodice kojima izdaci na zdravstvenu zaštitu modifikuju strukturu lične potrošnje u

meri koja ugrožava zadovoljenje drugih osnovnih potreba.

## 6. ZDRAVSTVENO STANJE STANOVNIŠTVA

Komparativna analiza modela finansiranja zdravstvene zaštite i metoda plaćanja u zdravstvenom sektoru na međunarodnom planu u brojnim studijama dovodi se u vezu sa pokazateljima zdravstvenog stanja stanovništva. Tri osnovna modela finansiranja zdravstvene zaštite: model nacionalne zdravstvene službe, Bizmarkov model i model tržišta zdravstvenih usluga bili su predmet brojnih monografija, studija i referata na konferencijama. Dugo već traju rasprave o osnovnim modelima finansiranja i različitim metodima plaćanja lekara i finansiranja bolnica, o različitim pitanjima kao što su snabdevanje lekovima, nivo centralizacije, odnosno decentralizacije sistema, pitanja pravičnosti i druga.

Neosporne prednosti jednog osnovnog modela finansiranja zdravstvene zaštite nad ostala dva bio bi razlog za promene i reforme. Takve prednosti morale bi da budu vidljive u pokazateljima zdravstvenog stanja stanovništva. Pokazalo se međutim da pojedini osnovni sistemi finansiranja imaju kako dobre tako i loše strane i da je teško izdvojiti uticaje pojedinih mera na zdravstveno stanje stanovništva. Osim toga, odavno je

Tabela, br. 3: Pokazatelji zdravstvenog stanja stanovništva

zemlja / godina	očekivano trajanje života na rođenju, godina, muškarci		očekivano trajanje života na rođenju, godina, žene		stopa smrtnosti odojčadi na 1000 živorođenih (WHO ocena)	
	2010	2018	2010	2018	2010	2018
Albanija	74,1	76,8	79,3	80,2	7,9 <sup>a</sup>	8,9
Austrija	77,8	79,4	83,5	84,0	3,9	2,7
Bugarska	70,0	71,5	77,2	78,4	9,4	5,8
Francuska	78,2	79,6	85,3	85,6	3,6	3,8
Grčka	77,9	78,8	83,0	83,9	3,8	3,5
Italija	79,5	80,8	84,7	85,2	3,0	2,8
Mađarska	70,5	72,5	78,1	79,3	5,3	3,3
Nemačka	77,5	78,7	82,6	83,4	3,4	3,2
Rumunija	69,8	71,8	77,3	79,2	9,8	6,0
BiH	73,5	74,8	78,5	79,7	6,4	nr
Crna Gora	72,8	74,3	77,5	79,2	6,7	1,7
Hrvatska	73,5	74,9	79,6	81,4	4,4	4,2
Srbija	71,8	73,1	77,0	78,1	6,7	4,9
Slovenija	76,3	78,2	82,7	84,0	2,5	1,7
Severna Makedonija	72,7	73,7	76,7	77,7	7,6	5,7

Izvor: World Bank, 2019b, Eurostat, 2019. nr -ne raspolaže se podatkom.

Tabela, br. 4: Stope mortaliteta

zemlja	pol	Cerebrovaskularne bolesti				Ishemijske bolesti srca				Maligne neoplazme			
		m		ž		m		ž		m		ž	
		2000	2016	2000	2016	2000	2016	2000	2016	2000	2016	2000	2016
Albanija		300	142	257	131	141	139	82	90	180	123	79	63
Austrija		77	28	64	24	189	108	96	57	232	186	142	118
Bugarska		231	205	180	146	247	141	149	72	218	192	116	122
Francuska		46	25	34	19	76	40	30	15	270	205	124	112
Grčka		118	57	118	51	124	89	55	34	223	208	115	107
Italija		74	41	58	35	106	68	52	33	247	188	132	115
Mađarska		186	80	124	51	318	247	182	139	394	306	201	171
Nemačka		67	33	53	27	177	100	92	48	240	198	144	125
Rumunija		230	148	197	109	283	198	187	116	255	223	130	133
BiH		nr	92	nr	76	nr	104	nr	64	nr	229	nr	118
Crna Gora		119	67	111	75	96	83	54	40	193	163	106	103
Hrvatska		202	93	158	71	261	172	158	101	369	288	171	148
Srbija		193	109	175	93	167	105	93	60	239	255	149	153
Slovenija		108	55	69	43	147	84	75	36	294	249	149	141
S. Makedonija		215	184	189	147	152	99	77	49	212	208	127	120

Izvor: WHO, 2019a. nr – ne raspoloživo se podatkom.

poznato u ekonomici zdravstvene zaštite da je zdravstveno stanje stanovništva u jednoj zemlji multifaktorski uslovljeno, da su pored raspoloživosti zdravstvenih usluga od značaja i drugi faktori. Zdravstveno stanje stanovništva i očekivano trajanje života pod uticajem je i drugih faktora, ne samo raspoloživosti i kvaliteta zdravstvene zaštite.

U periodu 2000–2015. godine očekivano trajanje života muškaraca i žena povećavalo se u bivšim jugoslovenskim republikama kao i u drugim evropskim zemljama navedenim u tabeli 2. Napredak je u većini zemalja ostvaren i kada je u pitanju opadanje stope smrtnosti odojčadi.

Očekivano trajanje života muškaraca i žena i stopa smrtnosti odojčadi sintetički su pokazatelji koji odražavaju uslove života stanovništva u jednoj zemlji među kojima su i dostupnost usluga zdravstvene službe. Razlike između očekivanog trajanja života stanovnika visokorazvijenih evropskih zemalja i zemalja bivšeg socijalističkog sveta pod uticajem su smrtnosti od vodećih uzroka smrti koji se vezuju za nezarazne bolesti, pre svega kardiovaskularne.

Standardizovane stope mortaliteta (Tabela, br. 4) kada su u pitanju vodeći uzroci smrti odražavaju i prilike u nivou zaštite od rasprostranjenih hroničnih oboljenja. U dužem periodu posmatrano mogu se sagledati i uspešnost posebnih mera na nacionalnom nivou među kojima posebno mesto pripada preventivnim programima. Rasprostranjenost masovnih hroničnih

oboljenja u Srbiji otvara pitanje raspodele ekonomskog tereta koji ona prouzrokuju.

## 7. KOMPARATIVNA PROUČAVANJA

Sve su prilike da će se ostvariti prognoza, koju je u petnaestom izdanju Ekonomije na kraju veka dao Pol Samjuelson, da će prva četvrtina dvadeset i prvog veka proteći u debatama o ekonomskim problemima u zdravstvu. U središtu tih debata su faktori koji utiču na rast troškova zdravstvene zaštite i teškoće da se obezbedi funkcionisanje zdravstvenog sistema i ostvare ciljevi zdravstvene politike kao što su dostupnost zdravstvene zaštite najširim slojevima stanovništva. Među brojnim faktorima u novijim studijama poseban značaj pridaje se medicinsko-tehničkom napretku<sup>9</sup>, kao i faktorima koji uslovljavaju dostupnost lekova (Gerry, 2017). Kada je reč o privatnom zdravstvenom osiguranju ostaje da se empirijski sagledaju dometi takvog mehanizma. Stanje pod kraj druge decenije ovoga veka, kada je reč o mehanizmima finansiranja zdravstvene zaštite, odlikuje se znatnom raznovrsnošću mera koje se kombinuju u zdravstvenim sistemima u pojedinim zemalja. Primena različito dizajniranih mera i različito komponovane zdravstvene politike nameće potrebu poređenja.

<sup>9</sup> Među faktorima koji unose znatnu neizvesnost u predviđanja poseban značaj imaju promene koje bi mogle da uslede kao posledica medicinsko-tehničkog napretka (Powell, 2019, 37; Darvas, 2018, 2; Arentz et al., 2017, 6–7).

Komparativna istraživanja na međunarodnom planu od posebne su važnosti. U izveštaju Evropskog ureda ukazano je na značaj takvih istraživanja kao i na potrebu povezivanja istraživača. Intenzivna aktivnost Evropskog ureda Svetske zdravstvene organizacije poslednjih godina posebno je došla do izražaja kada je reč o publikacionoj delatnosti. Objavljene su značajne studije u kojima se mogu sagledati pozicije pojedinih zemalja u komparativnom pristupu (Kutzin 2008; Thomson et al. 2009; Cashin 2014; Sagan et al., 2016). Kada je Srbija u pitanju, izučavanje ekonomskih pitanja koja se odnose na zdravlje, zdravstvenu zaštitu i zdravstveni sistem u okviru discipline ekonomika zdravstvene zaštite može se oceniti kao skromno imajući u vidu važnost područja istraživanja. Stanje u Srbiji još je daleko od situacije u kojoj bi naučna istraživanja mogla da budu od suštinskog značaja i važan oslonac u procesu donošenja ključnih strateških odluka o upotrebi resursa u zdravstvenom sistemu.

Zdravko SOLAK, PhD  
High School of Business, Novi Sad, Serbia

## Private health insurance market in debates on the health system reform in postsocialist countries

UDC: 364.32:339.13(497.11)  
Systematic scientific paper

### SUMMARY

Debates on the reform of health care financing in the former socialist countries during the period of social transformation were conducted as part of a wider debate regarding changes in the overall social system. Existing financing models and innovative measures were reviewed. As part of such discussions, the voluntary health insurance market also received a lot of the attention. Different views were expressed in the debates that were conducted during the 1990s, from seeing a suitable supplementary source of health care funding to those who highlighted the constraints in its implementation and modest results that can be expected. As one of the criteria for assessing the suitability of this mechanism, we could review what has been achieved so far in its application. The paper looks at the ground covered and the situation in the former socialist countries at the end of the second decade of this century, with particular reference to Serbia and

### 8. ZAKLJUČAK

Skromni efekti koji se postižu u bivšim socijalističkim zemljama kada je reč o privatnom zdravstvenom osiguranju i njegovoj mobilizatorskoj ulozi nisu neočekivani. U praksi se pokazalo da fenomen nepovoljne selekcije, još davno objašnjen u ekonomskoj teoriji, postaje uzrokom očigledne neefikasnosti. Druge slabosti tržišta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zbog slabog učinka često ne dođu do izražaja. Tokom prve dve decenije ovog veka zbiljanja u zdravstvenim sistemima mnogih zemalja pružila su dovoljno uverenja da se problem finansiranja zdravstvene zaštite ne može rešiti primenom tržišta dobrovoljnog osiguranja. I Srbija je među zemljama u kojima je učinak izostao. Visok nivo „plaćanja iz džepa” koje se javlja kao posledica insuficijentnih fondova iz kojih se finansira zdravstvena zaštita otvara niz pitanja kao što su dostupnost zdravstvene zaštite, pravičnost u sistemu, položaj siromašnih domaćinstava koja su opterećena bolešću.

countries in its surroundings. When it comes to Serbia it can be expected that the limiting factors from the last ten years will be still manifested in the future. It is estimated that there are weak prospects of activating voluntary health insurance as a way to alleviate the problems of insufficient financing of the health care system.

*Keywords:* private health insurance, asymmetric information theory, Serbia, out of pocket payment, health equity

### LITERATURA (REFERENCES)

- Аистов, А., Александрова, Е. (2018). Постконтрактный оппортунизм на рынке добровольного медицинского страхования, *Экономическая политика*, 13(3), 148–181.
- Arentz, C., Ulrich, V. (2017). *Entwicklung des GKV-Beitragsatzes in mittlerer und langer Frist (2030/2060): Mögliche*

*Pfade und Szenarien*, Diskussionspapier 0417, Universität Bayreuth.

Baird, K. (2016). High out-of-pocket medical spending among the poor and elderly in nine developed countries, *Health Services Research*, 51(4), 1467–88.

Cashin, C. at al. (2014). *Paying for Performance in Health Care Implications for health system performance and accountability*, European observatory on health systems and policies, WHO, Open University Press, Berkshire.

Darvas, Z., at al. (2018). *The macroeconomic implications of healthcare* (No. 27000). Bruegel.

Gerry, C., Kaneva, M. and Zsaszimova, L. (2017). Reforming voluntary drug insurance in Russian healthcare: Does social solidarity matter? *Health Policy*, 121(11), 1177–1185.

Иванова, Е. В. (2011). Совершенствование форм инвестиционной деятельности на рынке медицинских товаров и услуг, *Медицинский вестник Северо-Кавказа*, 22 (2), 79–81. Dostupno na: <https://cyberleninka.ru>, 10. 1. 2019.

Kutzin, J. (2008). *Health financing policy: A guide for decision-makers*. WHO, Regional office for Europe, Copenhagen.

Lefèvre, T. (2014). What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization, *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, 62, 305–314.

OECD (n/a). *Glossary of statistical terms. Out-of-Pocket Expenditure by Households on Health*. Dostupno na: <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=1967>, 10. 1. 2019.

Pauly, M. V. (1968). The Economics of Moral Hazard: Comment, *American Economic Review* 58, 531–537.

Powell, M. (2019). Seventy years of the British National Health Service: problem, politics and policy streams, *Health economics, policy and law*, 14, 29–39.

Rice, T., at al. (2018). Revisiting out-of-pocket requirements: trends in spending, financial access barriers, and policy in ten high-income countries, *BMC health services research*, 18(1), 371.

Sagan, A., Thomson, S. (2016). *Voluntary health insurance in Europe: role and regulation*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Sum, G. at al. (2018). „Multimorbidity and out-of-pocket expenditure on medicines: a systematic review”, *BMJ global health*, 3(1).

Šolak, Z. (2010). „Razvojne perspektive tržišta privatnog zdravstvenog osiguranja”, Slavnić, J. Jovanović, S. (urednici) u: *Evropske (EU) reforme u pravu osiguranja Srbije* (284–296). Beograd: Udruženje za pravo osiguranja Srbije.

Thomson, S. et al. (2015). *Economic crisis, health systems and health in Europe*. Copenhagen: Open University Press, WHO/ European observatory on health systems and policies.

Тургамбаева, А. К., Ермуханова Л. С. (2017). Международный опыт применения страховой медицины: особенности ведущих стран мира, *Вестник Казахского Национального медицинского университета*, (4), 355–360.

Ubel, P. A., Abernethy, A. P., Zafar, S. Y. (2013). Full disclosure out-of-pocket costs as side effects, *New England Journal of Medicine*, 369(16), 1484–1486.

Zaimović-Šahman, M., Salihbegović-Šahman, S., Zver, E. (2018). „Analiza izvora finansiranja zdravstvenih sistema zemalja u sastavu bivše Jugoslavije”, *Medicinski časopis*, 52(2), 39–55.

Wouters, J. O., McKee, M. (2017). Private Financing of Health Care in Times of Economic Crisis, *Review of the Evidence, Global Policy*, 8(2), 23–29.

WHO. (2015). *European Health for all database (HFA-DB)* [online database]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <http://data.euro.who.int/hfad/>.

WHO. (2019a). *Global health expenditure database (GHED)* [online database]. Geneva: WHO. (<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>).

WHO. (2019b). European Health Information Gateway Estimated infant mortality per 1000 live births (world health report), <https://gatewayeuro.who.int/en/indicators/hfa>.

World Bank. (2019). World Development, Indicators. <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SP.DYN.LE00.INWHO>.

Eurostat. (2019). <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00027&plugin=1>.