

**MAKROEKONOMSKA OGRANIČENJA U FINANSIRANJU
ZDRAVSTVENE ZAŠTITE****Zdravko Šolak**

Visoka poslovna škola, Novi Sad
21 000 Novi Sad, V. Perića 4
E – mail: zdrsolak@yahoo.com

Sažetak: U mnogim zemljama u svetu odavno se već traga za uspešnim modelom finansiranja zdravstvene zaštite stanovništva, ali su i dalje, razlike u pristupima znatne. Skoro je izvesno da kraj prve decenije dvadesetprvog veka neće dneti rešenje problema. U radu je upoređen skup osnovnih pokazatelja finansiranja zdravstva na makroplanu u skupu razvijenih zapadnih ekonomija i u skupu zemalja bivšeg socijalizma. Poređenje otkriva postojanje razlika u obe grupe. Znatno je učešće direktnog plaćanja zdravstvenih usluga što je iznova pokrenulo debate o aktiviranju dobrovoljnog privatnog zdravstvenog osiguranja. Izveden je zaključak za zemlje bivšeg socijalizma: neophodno je pospešiti sopstvena istraživanja ekonomskih fenomena u zdravstvu.

Ključne reči: finansiranje zdravstva, troškovi, osiguranje, reforma

Summary: The search for successful model of financing of health protection of general population has been in progress in many countries of the world although the differences in approaches are still significant. It is almost certain that the end of the first decade of the twenty first century will not bring the solution to that problem. The paper compares the set of the basic indicators of financing of the health care system at the macro level in a number of the developed western economies and in a number of former socialistic countries. The comparison reveals the existence of differences in both groups. The share of direct payment of health services is significant, which re-initiated the debates on private health insurance activating. The conclusion has been made for the countries of former socialism that it is necessary to improve individual researches of economic phenomena in the health care system.

Key words: health care financing, insurance, health reforms

1. UVOD

Skromni učinci i neuspesi reformi finansiranja zdravstvene zaštite u svetskim razmerama ostavili su mnoga ranije otvorena pitanja finansiranja zdravstvene zaštite stanovništva i dalje otvorenim. Veliki broj različitih pristupa, kao i paketi mera u različitim kombinacijama isprobavan je u pojedinim zemljama. A ključni problem u finansiranju zdravstva sadržan u rastu troškova zdravstvene zaštite na nacionalnom nivou, i teškoćama da se oni obuzdaju i pokriju, počeo je da se ispoljava u još oštrijem vidu. Skoro da je za one koji na sebe preuzimaju ulogu donosioca ekonomskih odluka u zdravstvenom sistemu u novim okolnostima nastupila neugodna situacija obeležena odavno poznatim saznanjem: u rešavanju nekog ekonomskog rešenja skup ideja je ograničen, i one se, dok se traga za rešenjem, polako iscrpljuju preteći da problem ostave bez rešenja.

Reforme finansiranja zdravstvene zaštite nisu dale željene rezultate. Uspešan način kontrole troškova na makroekonomskom planu održiv u dužem periodu – još nije pronađen. Ekonomski problem finansiranja zdravstvene zaštite došao je po mnogim ocenama u red

najkrupnijih unutrašnjopolitičkih problema u mnogim zemljama. Otvorila su se suštinska pitanja društvenih odnosa koja se tiču pravičnosti.⁵¹

Tako se problem finansiranja zdravstvene zaštite našao u mrtvoj tački upravo u vreme kada su se problemi počeli javljati u ekonomskom sistemu u celini. Da li je ta koincidencija pod kraj prve decenije dvadesetprvog veka samo slučajna ili je posledica zajedničkih dubljih uzroka ostaje da se vidi. Ali je činjenica da je u mnogim zemljama na putu do ostvarenja ciljeva akcije *zdravlje za sve* i čovekovog *prava na zdravlje*, proklamovanog još Univerzalnom deklaracijom o ljudskim pravima, do sada bilo dosta barijera.

2. RAZVIJENE ZEMLJE

2.1. Odlika sadašnjeg stanja

Sadašnje stanje u sistemima finansiranja zdravstvene zaštite u razvijenim zemljama odlikuje se sličnom stopom izdvajanja za zdravstvenu zaštitu mereno delom GNP-a koji se troši u zdravstvenoj zaštiti stanovništva. U SAD ona je znatno viša nego u drugim zemljama. Ali i u Evropi pojavljuju se zemlje kod kojih je to izdvajanje već premašilo desetopostotni iznos: Nemačka, Francuska, Švajcarska. Uzroci porasta troškova zdravstvene zaštite odavno su identifikovani: starenje stanovništva, prevalencija masovnih hroničnih oboljenja, visoka tehnologija na koju se savremena medicina oslanja, pojava novih bolesti.

Tabela 1. Izdaci za zdravstvenu zaštitu u 2006. godini

zemlja	ukupni zdravst. izdaci kao % GNP	ukupni zdravst. izdaci, dolara po stan.	državni izdaci u zdravstvu kao % ukupnih zdrav. izdataka	izdaci privatnog sektora kao % ukup. zdrav. izdataka	posredni privatni izdaci unapred, uz nivelaciju rizika kao % ukupnih privatnih zdrav. izdataka	direktna plaćanja domaćinstava, »iz džepa« kao % ukupnih privatnih zdrav. izdataka
Austrija	9,9	3864	77,0	23,0	23,0	72,2
Francuska	11,1	4056	79,7	20,3	63,0	33,2
Holandija	9,3	3784	81,8	18,2	32,3	33,0
Italija	9,0	2854	77,1	22,9	4,0	86,2
Nemačka	10,4	3669	76,6	23,4	39,9	56,7
Španija	8,1	2263	72,5	27,5	23,6	76,4
Švajcarska	11,3	5878	60,3	39,7	21,5	76,2
Švedska	8,9	3870	81,2	18,8	1,6	87,9
UK	8,4	3361	87,4	12,6	7,8	92,2
Australija	8,7	3128	67,2	32,8	22,0	55,7
Kanada	10,0	3912	70,4	29,6	42,7	49,0
SAD	15,3	6714	45,8	54,2	66,4	23,5

Izvor: WHO (World Health Organization) *National Health Account*, 2008. <http://www.who.int/nha>

⁵¹ Sen, A. K. (2001): „Why health equity?” *Health economics*, 11, (8), 659–666; Sen, A. K. (2002): „Health: perception versus observation”, *British Medical journal*, 324, 860–861. Sen, A. (2002) *Razvoj kao sloboda*, „Filip Višnjić”, Beograd; Fuchs, R. V. and Ezekiel J. E. (2005): „Health Care Reform: Why? What? When? ”, *Health Affairs*, 24, no. 6, 1399–1414. Šolak, Z. (2007): „Pravo na zdravlje i ekonomska osnova njegovog ostvarenja”, *Pravni život*, LVI, (9), 277–308.

Nasuprot sličnosti u pogledu uzroka koji uzrokuju rast troškova zdravstvene zaštite i njihovog relativnog značaja, te ekonomskog tereta koji oni prouzrokuju, stoje mnoge druga obeležja finansiranja zdravstvene zaštite i raspodele ukupnog tereta na pojedine kategorije stanovništva. Pokazatelje u tabeli 1 odlikuje veći varijabilitet u kolonama u desnom delu tabele. Evropske zemlje su u prvu deceniju dvadesetprvog veka ušle s opredeljenjem da održe kolektivne izvore u finansiranju zdravstvene zaštite u osnovi kojih počiva princip solidarnosti. Pokušaji da se u SAD uvede sistem koji bi obezbedio širokodostupno obavezno osiguranje nije uspeo 1995. godine.⁵²

Znatne razlike u pogledu učešća privatnih izvora u pokrivanju zdravstvene zaštite, lekova i lečenja, ostavljaju u znatno različitim uslovima same građane i njihove mogućnosti da dođu do potrebne usluge. Pogotovo neugodne posledice mogu da nastupe ukoliko je visoko učešće direktnog plaćanja za zdravstvenu uslugu (plaćanje »iz džepa«). Podaci u poslednjoj koloni tabele 1 ukazuju na znatne razlike po zemljama.

2.2. Obnovljena debata o finansiranju zdravstvene zaštite

Tipična odlika obnovljene debate o finansiranju zdravstvene zaštite jeste ponovno preispitivanje ideje o aktiviranju i poboljšanju mehanizama mobilizacije privatnih resursa putem dobrovoljnog osiguranja.⁵³ Zastupnici takvih pogleda nalaze uporište u nerešenim, kumuliranim problemima i nezadovoljavajućim učincima dosadašnjih reformi. Ne računajući SAD u kojima rasprave o tržištu privatnog dobrovoljnog osiguranja i njegovom odnosu prema obaveznom osiguranju traju više od pola veka, rasprave o dobrovoljnom osiguranju ponovo su aktuelizirane u Kanadi, Australiji, Nemačkoj, Holandiji, Fransuskoj, Švajcarskoj. U Nemačkoj je naročitu aktivnost ispoljilo Udruženje za privatno zdravstveno osiguranje. (*Verband der privaten Krankenversicherung*). Logika takvih ideja je na prvi pogled jednostavna: ako se već ne može putem kolektivnih metoda finansiranja koje počivaju na obaveznosti i solidarnosti obezbediti dovoljno resursa za funkcionisanje zdravstvenog sistema,⁵⁴ i ako pacijentima preostaje da deo troškova lečenja i lekova preuzimaju na sebe onda je bolje da se prethodno ti izdaci objedine putem privatnog osiguranja, i da se tako na sasvim malu meru svedu direktna plaćanja za zdravstvenu zaštitu. Tako bi se privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje pojavilo u ulozi paralelnog mehanizma. Uz postojeće metode finansiranja zdravstvene zaštite zasnovane na modelima Bizmarkovog ili Beveridžovog tipa ono bi trebalo da obezbedi sigurnije izvore finansiranja zdravstvene zaštite, umanjiti neizvesnost i uvećan kvalitet zaštite dostupan najširim slojevima stanovništva.

2.3 Kritična mesta

Učenje nobelovca Džordža Akerlofa⁵⁵ o *nepovoljnoj selekciji* koja razara tržište dobrovoljnog osiguranja ne samo da je teorijski dokazano i prihvaćeno od najšire naučne

⁵² Sažet prikaz problema u američkom zdravstvenom sistemu dao je u knjizi: Stiglic, DŽ. (2005): »Problemi u vezi sa zdravstvenim osiguranjem koje obezbeđuje tržište« u: *Ekonomija javnog sektora*, Ekonomski fakultet, Beograd, 324–333.

⁵³ Carrera, P. M. (2008): „Health care financing reforms in Germany: The Case for Rethinking the Evolutionary approach to reforms”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33, (5), 979–1005.

⁵⁴ Ponegde se to već naziva mitom. Videti: Schulte R. (2007): Die PKV nach der Reform: Die Herausforderungen der Zukunft, u: *Zukunft Gesundheit. Die PKV als Motor für Innovation und Qualität. Vorträge zur Jahrestagung, PKV, Köln*, 5–14.

⁵⁵ Akerlof, G. (1970): „The market for „lemons”: quality uncertainty and the market mechanism”, *Quarterly journal of economics*, 84, 488–500, prevedeno u: [Pelević, redaktor (2004): *Ekonomisti nobelovci, 1990–2003*, Ekonomski fakultet, Beograd. str. 491–502].

javnosti već se ono kao neosporno već duži niz godina potvrđuje na primeru SAD i velikom broju neosiguranih lica u toj zemlji. Na mogućnosti primene tri vida tog osiguranja: supstitutivnog, dodatnog i dopunskog,⁵⁶ gleda se u pojedinim zemljama dosta različito. U Nemačkoj i Holandiji supstitutivno privatno zdravstveno osiguranje već je steklo uporište. U Australiji⁵⁷ supstitutivno osiguranje široko se promovise, u Francuskoj se u njenoj primeni stiču iskustva⁵⁸, dok se u Kanadi s dosta argumenata osporava.⁵⁹ Preispituje se mogućnost da se putem privatnog dobrovoljnog osiguranja obezbedi prioritet, da se ostvari veća dostupnost zdravstvenih usluga pod povoljnijim uslovima (bez čekanja) ili da se omoguće dijagnostika, lečenje i lekovi. To sve može da ostane nedostupno građanima s niskim dohotkom. To ugrožava pravičnost u zdravstvenoj zaštiti u zemljama u kojim je ona definisana kao jednaka dostupnost zdravstvenih usluga izazivajući polemike i konflikte.

3. BIVŠE SOCIJALISTIČKE ZEMLJE

U grupi zemalja koje su ranije pripadale svetu socijalizma razlike u finansiranju zdravstvene zaštite na makroplanu pokazuju znatne varijacije, s visokim udelom privatnih izdataka u ukupnim izdacima, kao i znatnim učešćem direktnog plaćanja (tabela 2). Stvarna slika je nadalje modifikovana neoficijelnim plaćanjima koja su u nekima od ovih zemalja rasprostranjena praksa. U dosadašnjim komparativnim analizama⁶⁰ bilo je dosta deskripcije stanja, ali se nisu izdvojili ni model niti pravac promena koji bi uživali superiornost i opšte preporuke. Aktuelna zbivanja u sistemima finansiranja zdravstva u zemljama razvijenih tržišnih ekonomija budno se prate,⁶¹ ali budući da su i u njima pristupi znatno različiti preostaje da se u traganju za uspešnim načinom finansiranja zdravstvene zaštite, na nacionalnom nivou u pojedinim zemljama moraju ulagati znatni sopstveni naponi. Pri tom bi uža regionalna saradnja mogla da bude od značaja.

Tabela 2. Izdaci za zdravstvenu zaštitu u 2006. godini

zemlja	ukupni zdravst. izdaci kao % GNP	ukupni zdravst. izdaci, dolara po stan.	državni izdaci u zdravstvu kao % ukupnih zdrav. izdataka	izdaci privatnog sektora kao % ukup. zdrav. izdataka	posredni privatni izdaci unapred, uz nivelaciju rizika kao % ukupnih priv. zdrav. izd.	direktna plaćanja domaćinstava, »iz džepa« kao % ukupnih privatnih zdrav izdataka
BiH	8,3	258	57,2	52,8	0	100
Bugarska	7,5	305	55,2	44,8	0,6	97,2
Hrvatska	7,5	722	80,1	19,9	5,9	94,1

⁵⁶ Thomson, S. and Mossialos, E. (2004): „Private health insurance and access to health care in the European Union”, *Euro Observer*, 6, (1), 1.

⁵⁷ Colombo, F. and Tapay, N. (2003) Private Health Insurance in Australia. A Case Study, *OECD Health Working Paper* №. 8, OECD, Paris, str. 8.

⁵⁸ Buchmueller, T. and Couffinhal, A. (2004): Private health insurance in France, *OECD Health Working Papers* No. 12, OECD, Paris. [dostupno na: <http://www.oecd.org/els/health/workingpapers>].

⁵⁹ Hurley, J. and Guindon, E. (2008): *Private Health Insurance in Canada*, CHEPA Working Paper 08-04 [dostupno na: <http://d.repec.org/n?u=RePEc:hpa:wpaper:200804&r=hea>], McMaster University, Hamilton.

⁶⁰ Bredenkamp, C. and Gragnolati, M. (2007): *Sustainability of Healthcare Financing in the Western Balkans: An Overview of Progress and Challenges*, Policy Research Working Paper 4374, The World Bank, Europe and Central Asia Region Human Development Department.

⁶¹ Кучеренко, В. З., Соколов, Г. и Мартинович, С. А. (2008): „Основные направления модернизации рынка медицинского страхования”, *Экономика здравоохранения*, 123 (2), 5-10; Шишкин, С. В. и Попович, Л. Д. (2008) *Анализ перспектив развития частного финансирования здравоохранения*, Институт экономики переходного периода [dostupno na: <http://www.iet.ru/files/text/usaidd/fin-zdrav.pdf>]; Младенович, Б. (2008) „Примарната здравствена заштита во Европа: Не постои единствен модел”, *VoxMedici*, XVII, (61): 24-26.

BJR Makedonija	8,2	245	71,6	28,4	0	100
Mađarska	7,6	853	70,8	29,2	4,1	86,8
Poljska	6,2	556	69,9	30,1	1,9	85,0
Rumunija	5,7	315	71,0	29,0	13,9	85,2
Ruska	5,3	369	63,2	36,8	10,2	81,5
Srbija	8,1	261	70,2	29,8	-	87,2
Slovenija	8,4	1593	72,3	27,7	46,8	45,2
Ukrajina	7,0	159	55,0	45,0	1,2	91,4

Izvor: WHO (World Health Organization) *National Health Account*, 2008.

4. ZAKLJUČAK

Pokazatelji finansiranja zdravstvene zaštite na makroplanu otkrivaju znatne razlike kako u zemljama razvijenih tržišnih ekonomija tako i u zemljama bivšeg socijalizma. Pod kraj prve decenije dvadesetprvog veka problemi finansiranja zdravstvene zaštite koindicalirali su s problemima u ekonomskom sistemu u mnogim zemljama. Karakteristično je da se povodom istih ili sličnih pitanja iz domena finansiranja zdravstva javljaju znatne razlike u gledištima kada je u pitanju primena neposrednih mera, a izabrana rešenja nose dosta specifičnih odlika na nacionalnom nivou. Zbog toga se i u bivšim socijalističkim zemljama moraju ulagati sopstveni naponi u traganju za uspešnim modelom finansiranja zdravstvene zaštite.