

ACTA ECONOMICA

Година XV, број 27 / децембар 2017.

ISSN 1512-858X, e-ISSN 2232-738X

ПРЕТХОДНО САОПШТЕЊЕ

УДК: 614.2:613.98(497.6RS)

DOI: 10.7251/ACE1727257K

COBISS.RS-ID 7739416

*Миленко Крајишник¹**Биљана Гојковић²*

Утицај стања националне економије на финансирање здравственог система Републике Српске

Impact of the National Economy on Financing the Health System of the Republic of Srpska

Резиме

Здравље је основни приоритет свакој појединци, ња стоја и сваке друштвене заједнице. Или би бар шредало тако бити. Несметано функционисање здравствене система од круцијалне је важности за свако друштво. Нарушавање његовој функционисања уризило би здравље станаовништва као најважнијеј ресурса за ошшии друштвени и економски развој заједнице. Према декларацији о људским правима Уједињених нација, право на животи, право на здравље и лијечење је једно од основних људских права. Управо је то она улоја коју има заједнички систем за осигурање заштитне здравља једне земље.

У шржишном друштву је уобичајено да све што је вриједно има високу цијену. Нарочито ако је шражња нееластична, а онуда добрим дијелом монополска. Збој тоја је улоја државе незамјенљива код одездејења јавних добара и услуга. У шом контексту, здравствени системи, а посебно системи економски слабијих земаља, налазе се шред великим изазовима. Ушрком многим ошраничењима, неошходно је шронаћи адекватан модел финансира-

¹ Економски факултет Универзитета у Бањој Луци, milenko.krajisnik@ef.unibl.org

² Фонд здравственог осигурања Републике Српске, biljana.gojkovic@zdravstvo-srpske.org

ња здравственој сисџема, а џиме и њејовој нормалној функционисања чиме се ствара добра основа за цјелокујан развој друштва. Рејублика Срјска се џакође налази џред овим изазовом.

Циљ овој рада је испијивање ујицаја кључних макроекономских џарамејара економије Рејублике Срјске на финансирање и одрживосћ здравственој сисџема. То се, џрије свеја, односи на крејтање друјо домаћеј џроизвода, зајосленосћи и висине џлата који, у највећој мјери, дејтерминишу џлавне џприходе из којих се алиментирају расходи здравствене зашћије. Такође се џокушава указати на нужносћ модификације модела финансирања здравствене зашћије како би здравствени сисџем џосћао одржив и омојућио даљи најредак у џружању здравствених услужа.

Кључне ријечи: Рејублика Срјска, здравствени сисџем, финансирање здравствене зашћије.

Summary

Health is the first priority of every individual, and therefore of each community. Or at least it should be. The unobstructed functioning of the healthcare system is crucial for every society. The disturbance of its functioning could endanger the health of the population as the most important resource for the general social and economic development. According to the United Nations Human Rights Declaration, the right to life, the right to health and treatment are one of the fundamental human rights. It is precisely this role that has a common system for ensuring the protection of the health of one country.

In a market-oriented society it is usual that everything that is valuable has a high price. Especially if the demand is inelastic, and the offer largely monopolized. Therefore, the role of the state is irreplaceable in securing public goods and services. In this context, health systems, and in particular systems of economically weaker countries, face great challenges. Despite many limitations, it is necessary to find an adequate model of financing the healthcare system, and therefore its normal functioning, creating a good basis for the overall development of the society. Republic of Srpska is also facing this challenge.

The aim of this paper is to examine the impact of the key macroeconomic parameters of the Republic of Srpska economy on the financing and sustainability of its healthcare system. This primarily relates to the movement - gross domestic product, employment and salary levels, which largely determine the main revenues from which healthcare expenditures are aligned. The paper is also trying to point out the necessity of modifying the health care financing model in order to make the healthcare system sustainable and to make further progress in providing health services.*

Key words: Republic of Srpska, healthcare system, healthcare financing.

Увод

Република Српска је мала, недовољно развијена економија коју карактерише ниска стопа привредног раста, низак доходак, висока незапосленост и релативно ниска конкурентност, уз присуство нелегалне економије. Све ове карактеристике утичу на могућност и капацитете финансирања јавних потреба, а посебно здравствене заштите. Из анализе финансирања здравственог система Републике Српске могу се уочити двије основне карактеристике: висок и континуиран дефицит и доминантна улога прихода од доприноса за здравствено осигурање запослених које прелази 80% укупних прихода Фонда здравственог осигурања Републике Српске.

Тема овог рада јесте анализа утицаја основних макроекономских карактеристика националне економије на финансирање здравственог система. Анализа је фокусирана на испитивање повезаности и утицаја економског раста на приходе у здравству. Дакле, предмет истраживања нису анализе дефинисаних права осигураника, нити рационалност у коришћењу средстава код пружаоца здравствених услуга. Полазна основа је да се дефинисана права осигураника неће смањивати јер би то негативно утицало на квалитет здравствене заштите, а побољшање здравственог система треба да носи са собом повећање квалитета здравствене заштите становништва. Да је анализа квалитета здравствене заштите и његово повећање неопходно говори чињеница да Република Српска, а ни БиХ нису уврштене у праћење квалитета здравствене заштите мјерене европским здравственим потрошачким индексом. Такође, анализа рационалности употребе средстава у здравственом сектору мора бити предмет посебне и веома суптилне анализе. Та анализа је свакако пријекто и хитно потребна. Полазна претпоставка у овом раду да је да се све уштеде које се постигну рационалнијом употребом средстава могу усмјерити у покриће кумулираног дефицита и побољшање квалитета здравствене заштите, јер издвајања за здравствену заштиту у Републици Српској, посматрано потрошњом по становнику нису висока да би се битније могла смањивати. Напротив.

Утицај и односе основних макроекономских параметара, прије свега стопе раста бруто домаћег производа и прихода здравственог система, треба посматрати у околностима промјене кретања општег нивоа цијена који утичу на расходе здравственог система. Расходи у здравству убрзано расту у свим земљама, па тако и у Републици Српској. Расходи расту, дјелимично због повећаног квантитета здравствених услуга, а дјелимично стога што цијене расту брже од нивоа цијена општено (Стиглиц, 2004).

Полазећи од карактеристика националне економије и наведених претпоставки за одрживост и ефикасно функционисање здравственог система, извршена је анализа утицаја економског раста на основне приходе у здравству.

1. Циљеви и значај здравственог система

Према дефиницији Свјетске здравствене организације, здравље је дефинисано као стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само као одсутност болести и изнемоглости.

Здравље представља основно људско право и једну од најзначајнијих претпоставки за економски развој и квалитетан живот становника једне земље (Santerre i Neun, 1996). Из тог разлога потребно је наћи адекватан модел финансирања здравственог система који би покрио потребе становништва за здравственом заштитом.

Према декларацији о људским правима Уједињених нација³, право на живот, право на здравље и лијечење, једно је од основних људских права. На том путу налази се и познати документ Свјетске здравствене организације, „Здравље за све у 21. вијеку” који обавезује све државе чланице да обезбиједи солидарност и универзалну доступност здравственог осигурања уз истовремено савлађивање трошкова.

Здравље становништва има велики значај за друштво у цјелини, те се из тог разлога не може препустити тржишним законима понуде и потражње. Дobar здравствени систем је предуслов развоја, унапређења и просперитета једне државе. Зdravo становништво представља предуслов постизања стратешких, социјалних и економских циљева сваког друштва и државе.

Социјално здравствено осигурање подразумијева непрофитни и јавни систем осигурања. У већини земаља овај систем се финансира путем уплате доприноса за здравствено осигурање, што га чини специфичним системом. Здравствени систем је збир свих организација, институција и ресурса чија је примарна сврха да се побољша здравље.⁴

Појам здравствене заштите обухвата организовану и свеобухватну дјелатност друштва у циљу очувања здравља грађана. Здравствена заштита у већини земаља се финансира из фондова обавезног здравственог осигурања који прикупљају средства из доприноса за обавезно здравствено осигурање, а која уплаћују запослени и послодавци.

³ www.un.org/en/universal-declaration-human-rights

⁴ Дефиниција Свјетске здравствене организације http://www.who.int/topics/health_systems/qa/en/

Однос броја запослених из чијих се зарада финансира здравствена заштита и укупног броја оних који на основу тог новца користе здравствене услуге из године у годину све је неповољнији, те доводи у питање саму одрживост здравственог сектора. Због тога је изазов сваке земље у здравственом сектору финансијска одрживост истог.

Генерално, у данашњим условима здравствени сектор је у раскораку између здравствених потреба и државних могућности. Тренд трошкова у здравству је растући и знатно је већи од раста БДП-а. Међутим, он у директној вези доприноси здравом репродуковању становништва, што посредно дјелује и на допринос радно-активног становништва у укупној националној економији. Зато је улагање у здравствену дјелатност услов, не само за производњу већ и за све остале дјелатности у друштву. То значи да здравствена дјелатност посредно дјелује на укупни економски развој друштва, па у оквиру тога и на величину националног дохотка (Јовановић и др. 1974).

Општи стратешки циљ здравствених система је побољшање доступности, квалитета и ефикасности здравствене заштите становништва, а у исто вријеме повећање солидарности и смањење неједнакости. Поред тога, основни и заједнички циљ сваког здравственог система је обезбједити неопходна финансијска средства за здравствену заштиту, ради пружања што квалитетније здравствене услуге.

Због низа специфичности од којих је сачињено тржиште здравствене заштите, држава мора да буде активно укључена у његово функционисање. Поред тога што су ове специфичности одувјек постојале активно учешће државе у функционисању тржишта здравствене заштите ипак је новијег датума. На здравствену дјелатност дјелују основне економске законитости, као што су: закон вриједности, закон понуде и потражње, закон економије обима, закон максимума, оптимума и минимума, закон супституције, закон проширене репродукције и друго (Дервишевић, 1995). Када се о здравственом систему говори у економском смислу, потребно је узети у обзир његове специфичне карактеристике у односу на друге врсте услуга. Те специфичности се манифестују кроз непредвидивост јављања болести и неспособност појединца да предвиди своје здравствено стање, а самим тим и трошкове.

Интензиван раст расхода у здравственим системима приморава и земље са највишим националним дохотком по становнику да посвете посебну пажњу феномену раста трошкова у здравству. Уколико би се оријентисали само на ефекат уштеда, без озбиљног планирања финансирања у здравственом сектору, то би могло довести до контрапродуктивног ефекта.

2. Модели финансирања здравственог осигурања

Здравствено осигурање представља облик заштите становништва од финансијских губитака који су проузроковани трошковима лијечења насталих болести (Ракоњац Антић, 2012). Дакле, здравствено осигурање је систем за покривање трошкова здравствене заштите унапријед, преко доприноса или пореза који се уплаћују у фондове здравствених осигурања. Државно здравствено осигурање уређује и води држава. Приватно осигурање такође је уређено законом и вођено од стране осигуравајућег друштва или неке друге приватне агенције која за то има дозволу.

Здравствено осигурање може бити обавезно и добровољно. Обавезно здравствено осигурање покрива основни пакет здравствених услуга прописаних законом. Добровољно осигурање је оно осигурање које закључују она лица која нису обавезно осигурана по закону.

Постоји неколико карактеристичних модела система здравственог осигурања али се у пракси претежно примјењују као комбинација више модела.

Најзначајнији модели обавезног здравственог осигурања су:

1. Бизмарков модел финансирања здравственог осигурања,
2. Беверицов модел финансирања здравственог осигурања,
3. Семашков модел финансирања здравственог осигурања и
4. Тржишни модел финансирања здравственог осигурања.

2.1. Бизмарков модел финансирања здравственог осигурања

Бизмарков систем здравственог осигурања настао је са успостављањем првог законодавства са подручја здравства и здравственог осигурања у Немачкој 1883. године. Претходно добровољно осигурање овим законом постаје обавезно, што прописима обезбјеђује држава.

Овај модел финансирања здравствене заштите базира се на уплатама средстава доприноса по основу рада, послодаваца и запослених, непрофитним фондовима осигурања.

Бруто зараде запослених, у земљама у којима здравствени систем функционише у оквиру Бизмарковог модела, представљају основицу на коју се обрачунавају средства доприноса.

Организације за осигурање су носиоци осигурања којима управљају представници осигураника сразмјерно висини уплаћених доприноса. У овом систему здравственог осигурања, здравствене услуге се најчешће плаћају паушално или по пруженој услузи.

Таквим начином управљања обезбјеђена је њихова независност од државе и државног буџета. Међутим, независност не значи и незаинтересованост државе за систем здравственог осигурања. Држава има изражену

регулативну и надзорну улогу у том систему. У овом моделу здравственог осигурања права су обезбїејена скоро свим становницима државе.

Бизмарковим моделом предвиђено је да обављање здравствене дјелатности у оквиру обавезног здравственог осигурања буде непрофитно.

Овим моделом приватна осигурања и лична средства у цијелом систему не представљају значајан удио, али су дозвољена и могућа за појединце чији приходи прелазе одређени ниво, као што постоје и тзв. трансфери, односно здравствене субвенције, за групе становника који су економски слабији (незапослени, социјално угрожени и сл). Претходно наведена чињеница ублажава негативне учинке приватног здравственог осигурања.

Бизмарков модел здравственог осигурања функционише на принципима непрофитабилности, солидарности, сигурности и одговорности.

Сматра се да овакав систем здравственог осигурања може да функционише само у ситуацији када трошкови по осигураном лицу не прелазе ниво просјечног мјесечног доприноса по осигураном лицу.

Постоје подијељена мишљења у вези Бизмарковог модела здравственог осигурања. Поједини стручњаци сматрају да је овај модел здравственог осигурања погоднији за земље које имају висок проценат запослених особа, а запослене особе имају зараде на високом нивоу. Друга група стручњака је мишљења да је овај модел финансирања здравственог осигурања адекватнији за земље у транзицији. Ово мишљење се заснива на теорији да се одвојеношћу фондова здравственог осигурања од других владиних сектора онемогућава прелијевање средстава за здравствено осигурање у друге секторе.

Бизмарков модел финансирања здравства усвојиле су сљедеће земље: Њемачка, Аустрија, Француска, Луксембург, Холандија, Белгија, Словенија, Чешка, Јапан, Швицарска, Аустралија, итд.

2.2. Беверицов модел финансирања здравственог осигурања

Почеци овог модела сежу у почетак двадесетог вијека, а формално га је у Енглеској поставио британски економиста Вилијам Хенри Бевериц 1942. године.⁵ Лорд Бевериц је 1942. године важио за једног од најзначајнијих британских економиста. Сматран је за главног реформатора социјалног осигурања. Исте године презентовао је британском парламенту рад под називом „Социјално осигурање и сродне услуге.”⁶

На основу дугогодишњег истраживања структуре становништва, степена сиромаштва, ниске стопе наталитета и других параметара, Бевериц је

⁵ Према Бевану министру здравства у послїератној Британији који је заслужан за увођење НХС и Бевериц који је поставио темеље државе благостања након Другог свјетског рата и на темељу којег се 1948. уводи НХС.

⁶ Енгл. “Social insurance and Allied Services”. Ово је историјски важан документ, тзв. Беверицов извјештај (енгл. Beveridge report).

дефинисао нови систем социјалног осигурања. Носилац овог осигурања је држава. Овим моделом држава треба да обезбјеђује здравствене капацитете и финансира пружање здравствених услуга. Тачније, држава треба да врши адекватно управљање цјелокупним системом здравствене заштите.

Беверицов систем финансирања базирао се на порезима које уплаћују обвезници. Односно, финансирање се вршило из општег државног буџета, те је на тај начин долазило до „борбе” за финансијска средства са осталим државним секторима (Ракоњац Антић, 2012). Држава организује одговарајућу мрежу здравствених капацитета. О висини буџета за здравствену заштиту одлучује држава, а за распоред истог одговорне су институције државне управе.

Цјелокупно дјеловање здравствене дјелатности засновано је на љекару⁷ опште праксе, који има посебно одређену функцију и овлашћења. Љекар је плаћен на основ класичне мјесечне зараде или по учинку. Сматра се да је овај модел погодан за богате земље са високим пореским приходима.

Овај систем карактеришу и одређени проблеми. Здравственим радницима је најчешће фиксан доходак, што у крајњој линији може проузроковати мању савјесност у обављању здравствене дјелатности. Честе појаве код овог модела су дуге листе чекања пацијената на неопходне здравствене услуге.

Државе са Беверицовим моделом финансирања здравствених услуга су Финска, Грчка, Ирска, Италија, Шведска, Шпанија, Велика Британија, Шкотска, Ирска, Данска, Португал и Норвешка. Земље које су у саставу Велике Британије имају сопствене националне здравствене службе.

2.3. Семашков модел финансирања здравственог осигурања

Овај модел здравствене заштите настао је као одговор на Беверицов модел националне здравствене заштите у Совјетском Савезу и земљама источне и средње Европе у вријеме социјалистичког друштвеног уређења.

Семашков модел заснован је на томе да је држава одговорна за здравствену заштиту својих држављана. Карактеристика овог модела је финансирање здравствених услуга из буџета који се пуни из пореза. Овај модел финансирања здравствене заштите не прихвата концепт приватне праксе. Здравствена инфраструктура је била у јавном власништву, а све здравствене услуге су биле јавно доступне. Одговорност за планирање и распоређивање финансијских средстава и управљање инвестицијама је сносила државна администрација, која је била организована по нивоима.⁸ Овај модел је функционисао у свим бившим социјалистичким државама Европе.

⁷ Љекари опште праксе у овом моделу здравственог осигурања су љекари породичне медицине који дају услуге одређеном броју пацијената. У данашње вријеме, тај одређен број пацијената назива се тимовима породичне медицине.

⁸ Државна администрација била је организована на државном, регионалном и локалном нивоу.

Семашков модел осигурања имао је одређене предности, као што су: висока доступност здравственим услугама, добра географска покривеност становништва, као и добро извођење јавних програма здравствене заштите. Поред тога овај модел се суочавао и са низом недостатака, као на пример: неприлагођеност здравствене службе и здравствених услуга потребама пацијената, релативна потцијењеност и недовољно финансирање здравствених радника и услуга по међународним стандардима. То су били разлози због којих су државе Средње и Источне Европе као и државе некадашњег СССР-а прешле на другачији систем осигурања и израженију улогу тржишта.

2.4. Тржишни модел финансирања здравственог осигурања

Тржишно⁹ здравствено осигурање функционише на принципима приватног здравственог осигурања. У оваквом систему осигурања појединци самостално уплаћују премије осигурања по основу чега у потпуности сноси ризик. У таквом систему, због премија осигурања које су подређене ризику, болесни морају плаћати више од здравих, те се на тај начин крши принцип солидарности.

Процес познат као негативна селекција премије осигураницима за резултат има пораст ризика, на основу чега се здрави практично искључују из осигурања. Овакав тип приватног финансирања здравства је типичан за Сједињене америчке државе.

У овом систему велике компаније плаћају запосленима основно здравствено осигурање и већина Американаца добија здравствено осигурање од свог послодавца. У овом систему већина запослених трошкове здравствене заштите покрива „из свог џепа”.

На основу анализа развоја здравствене заштите сматра се да је Беверидов модел у најбољој корелацији са солидарношћу, али уз ризик нижег квалитета здравствене заштите. Насупрот Беверидовом моделу здравствене заштите Бизмарков систем гарантује квалитетнију здравствену заштиту, али истовремено не покрива укупну популацију. Према Европском здравственом потрошачком индексу, међу петнаест земаља са највишим квалитетом здравствене заштите, десет њих има Бизмарков, а пет Беверидов модел.

На основу свега претходно наведеног не може се говорити о идеалном систему здравствене заштите. Савремени системи здравствене заштите претежно се базирају на комбинацији претходно наведених модела финансирања здравствене заштите. Комбинацијом појединих елемената анализи-

⁹ Тржишни систем финансирања у литератури се још назива и приватни систем финансирања здравствене заштите.

раних модела, отвара се могућност обезбјеђивања квалитетне здравствене заштите у оквиру стабилних финансијских извора дате земље.

3. Финансирање здравственог система Републике Српске

Термин здравствени систем означава активности које укључују здравствени, као и низ других сектора (привредних и друштвених), који скупа учествују у обезбјеђивању здравствене заштите становништва (Тасић, 2002).

Здравствена заштита грађана Републике Српске спроводи се на начелима једнакости, доступности, свеобухватности, континуитета и координације. Сваки грађанин има право да здравствену заштиту остварују уз поштовање највишег могућег стандарда људских права и вриједности, односно има права на физички и психички интегритет и безбједност личности, као и на уважавање његових моралних, културних и религијских убјеђења.

Здравствени систем Републике Српске је сложен, централизован и организован је на три нивоа здравствене заштите: примарни, секундарни и терцијарни ниво. Остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбјеђује Фонд здравственог осигурања Републике Српске и послодавци. У Републици Српској сва осигурана лица имају једнака права на здравствену заштиту, а својство осигураника стиче се на начин одређен Законом о здравственом осигурању Републике Српске.

Здравствена установа у Републици Српској може бити финансирана из Фонда, из буџета Републике Српске и локалне самоуправе, од осигуравајућих организација, од корисника здравствене заштите, из наставне и научноистраживачке дјелатности или из других извора. Фонд здравственог осигурања уговара пружање здравствених услуга са здравственим установама у складу са Законом о здравственој заштити Републике Српске. Средства за реализацију ових видова здравствене заштите се обезбјеђују у Фонду здравственог осигурања Републике Српске.

Законом о доприносима Републике Српске дефинисана је основица од 12% за здравствено осигурање. Финансирање здравственог система, подразумијева све механизме прикупљања средстава којима се финансирају активности у здравственом систему. Буџет Фонда здравственог осигурања чине приходи: запослених, пољопривредника, корисника пензија, ИНО осигурања, буџета Републике Српске и осталих органа, ратних војних инвалида и породица погинулих бораца, избјеглих и расељених лица, незапослених, центра за социјални рад и осталих пореских прихода.

У Републици Српској запослени плаћају допринос за здравствено осигурање да би се на тај начин свима осигурала здравствена заштита. Такав систем уплате доприноса заснован је на Бизмарковом моделу. У ситуацији

када вишечлане породице више нису правило, финансирање здравственог система заснованог само на доприносима постаје неодрживо, те из тог разлога многе државе прибјегавају додатним начинима финансирања здравственог система.¹⁰ Поједине земље додатне приходе за здравствени систем обезбјеђују путем такса.

У Републици Српској финансирање здравственог система у највећој мјери почива на уплати доприноса који је допуњен на начин да Република уплаћује здравствено осигурање за одређене категорије становништва. На тај начин и категорије са малим учешћем у укупним приходима могу несметано да користе здравствену заштиту.

Структурни проблем у финансирању здравственог система у Републици Српској, базираног на уплати доприноса, огледа се у неравномјерном односу у структури осигураника и њиховом учешћу у укупним приходима. Наредна табела показује однос структуре осигураника, учешћа у укупном приходу Фонда и просјечни мјесечни приход по осигуранику у 2016. години.

Табела 1.

Структура осигураника и учешће у приходима ФЗО

Основ осигурања	Учешће у укупном броју осигураника	Учешће у пореским приходима Фонда	Просјечан мјесечни приход по осигуранику
Запослени осигураници	34,98%	80,96%	175,94
Пољопривредници	1,12%	0,53%	35,94
Корисници пензија	33,90%	1,63%	3,65
Ино осигурање	3,55%	6,13%	131,37
РВИ, породице погинулих бораца	0,70%	0,33%	36,29
Избјегла и расељена лица	0,06%	0,04%	42,96
Незапослена лица	24,86%	9,62%	29,42
Незапослена лица која остварују новчану накнаду преко Завода за запошљавање	0,22%	0,27%	89,77
Центар за социјални рад	0,61%	0,49%	61,36
Процент	100%	100%	76,02

Извор: Извјештај о реализацији Годишњег плана рада и извршењу Ребаланса Финансијског плана – Буџета Фонда здравственог осигурања Републике Српске за период од 01.01.2016. до 31.12.2016.године.

¹⁰ Бизмарков модел здравственог осигурања заснивао се на концепту четворочланих породица, гдје је у породици троје морало да ради да би један уживао пензионо и здравствено осигурање.

Евидентно је да категорије пензионера и незапослена лица чине чак 59% укупног броја осигураника, а у укупном приходу учествују са свега 11%, што значи да је готово сав ризик здравственог осигурања на запосленим осигураницима, односно на једној трећини осигураника који у укупном приходу учествују са 81%.



Графикон 1. Структура прихода Фонда здравственог осигурања. Извор: Извјештај о реализацији Годишњег плана рада и извршењу Ребаланса Финансијског плана – Буџета Фонда здравственог осигурања Републике Српске за период од 01.01.2016. до 31.12.2016.године

Постоји низ проблема због којих здравствени систем Републике Српске претендује да постане неодржив. Један од њих јесте и однос укупног броја осигураника пријављених на здравствено осигурање (667.633) и укупног броја осигураника за које се уплаћује допринос (626.504). Наиме, из тога произилази да се у 2016. години за 94% пријављених осигураника уплаћивао допринос, односно да се за 6% или око 41.000 пријављених осигураника није уплаћивао допринос ни за један мјесец што систем здравствене заштите у дугом року чини неодрживим. Додатно оптерећење представља и однос броја носилаца осигурања и издржаваних чланова. Наиме, на једног носиоца осигурања у Републици Српској у просјеку долази 0,48 издржаваних чланова породице.

Али ипак, основни проблем при финансирању здравствене заштите јесте просјечан мјесечни приход по осигуранику од 76,02 КМ у односу на просјечни мјесечни трошак од 87,02 КМ. Дакле, просјечан приход покрива 87,35% просјечног мјесечног трошка што је основни проблем при финансирању здравствене заштите у Републици Српској и узрок стварања високог кумулираног дефицита у здравственом систему.

Наиме, развијати здравствени систем по тренутном моделу функционисања могуће је значајнијим смањењем броја незапослених. Односно, потребно је пронаћи додатне изворе прихода како би се компензовала, претходно наведена, недостајућа средства. Укупно посматрано, потребно је радити на превазилажењу неусклађености прихода и трошкова обавезног здравственог осигурања.

4. Зависност финансирања здравственог система Републике Српске од стања националне економије

Република Српска је мала, отворена економија на ниском нивоу развоја, коју карактерише ниска стопа запослености и ниска лична примања. У условима великог броја незапослених лица, релативно великог броја пензионера и укупно великог броја здравствено осигураних лица у односу на број запослених, финансирање здравственог система представља велики изазов. Оно у наведеним околностима у највећој мјери зависи од повећања прихода од доприноса запослених лица. Међутим, поставља се питање, да ли је значајније повећање ове врсте прихода у здравству могуће у кратком или средњем року. За повећање доприноса било би неопходно да се повећа бар један од три главна фактора: стопа доприноса за здравствену заштиту, број запослених или ниво плата. Повећање стопе доприноса би било додатно оптерећење трошкова рада и није прихватљиво због утицаја на ниво запослености и конкурентност домаћих компанија. Повећање броја запослених и нивоа плата зависи од повећања укупне економске активности али и структуре и карактеристика економског раста.

Треба имати у виду да је у свим земљама у региону, па тако и у Републици Српској, економски раст последњих година добрим дијелом условљен спољним факторима (ниске каматне стопе које су на историјском минимуму, ниска свјетска цијена нафте, привредни опоравак земаља која су главна извозна тржишта и сл.), а не искључиво унутрашњим као што је раст инвестиција који би имали за последицу значајнији пораст запослености.

Због претходно наведеног неопходно је извршити анализу колико економски раст националне економије мјерен растом БДП-а утиче на повећање прихода од доприноса.

Табела 2.

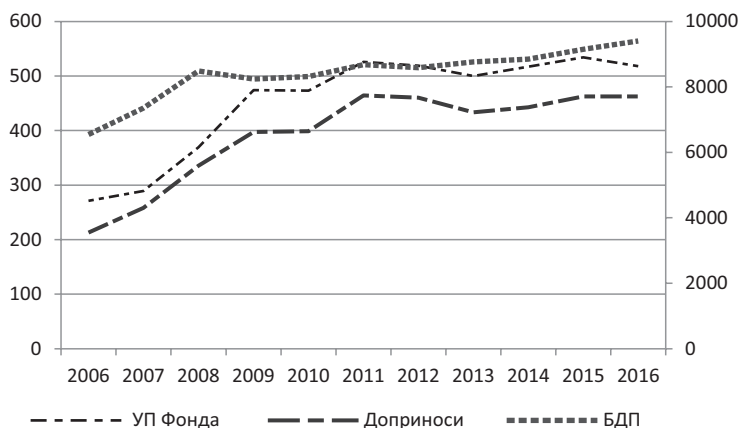
Макроекономски показатељи Републике Српске и приходи ФЗО

Година	БДП (мил. КМ)	Број запослених (хиљада)	Просјечна нето плата	Укупни приходи Фонда (мил. КМ) ^а	Приходи Фонда од доприноса (мил. КМ)
2006.	6546	248.1	521	271	212.8
2007.	7351	258.2	585	289	258.2
2008.	8490	259.2	755	369	335.4
2009.	8236	258.6	788	474	397.4
2010.	8318	244.4	784	473	398.6
2011.	8682	238.9	809	526	464.2
2012.	8584	238.2	818	519	460.4
2013.	8761	238.6	808	500	433.4
2014.	8847	241.5	825	517	442.5
2015.	9150	245.9	831	534	462.3
2016.	9400	257.0	836	518	462.6

Извор: Републички завод за статистику и Пореска управа Републике Српске

Анализа која је урађена за период од претходних десет година показује да су карактеристике економског раста до почетка економске кризе биле такве да је раст БДП-а био праћен растом плата и повећањем броја запослених. У таквим околностима постојала је висока корелација између економског раста и прихода од доприноса за здравствену заштиту, јер је величина доприноса у директној и чврстој вези са бројем запослених и висином плата.

У периоду кризе 2008–2010. година долази до смањења БДП-а, а затим наступа период стагнације до 2012. године. У посматраном периоду ниво плата се није смањивао због ригидности кретања цијена рада на ниже. Такође, због нефлексибилности тржишта рада, дошло је до смањења броја запослених, али не у складу са смањењем економске активности. То је имало за посљедицу да се приходи од доприноса у периоду рецесије нису смањивали. Смањење је наступило након 2012. године, али као посљедица смањења стопе доприноса за здравствену заштиту.



Графикон 2. Кретање БДП-а и прихода ФЗО РС. Извор: Анализа аутора на основу података Републичког завода за статистику и Пореске управе Републике Српске

Из приказаног графикона уочљиво је да су кретања БДП-а и прихода од доприноса различита у периоду просперитета, периоду рецесије и у периоду постепеног опоравка националне економије. Због тога је, поред анализе утицаја економског раста на приходе од доприноса и посљедично на финансирање здравственог сектора, а која се односи на посматрани период претходних десет година, неопходно направити и анализу за посткризни период. Те анализе, посебно ова потоња, могу да нам укажу на могућа кретања и стање финансирања у наредним годинама.

4.1. Утицај кретања БДП-а на приход од доприноса у периоду 2006-2016. године

У наставку је представљена анализа утицаја економског раста мјерена растом БДП-а на кретање прихода од доприноса за здравствену заштиту. За анализу је коришћена једноставна линеарна регресиона анализа, у којој је зависна варијабла стопа раста прихода од доприноса за здравствену заштиту, а независна варијабла је стопа раста бруто домаћег производа у посматраном периоду. За потребе регресионе анализе коришћен је економетријски програм *eviews*, верзија 6, примјеном метода најмањих квадрата, као и додаци у програму *excel* за израчун коефицијента корелације. Као период за истраживање узет је период од 2006. до 2016. године. У табели 3. приказани су подаци који су коришћени у регресионој анализи. Кумулативна стопа раста БДП-а за посматрани период била је 43,6%, а кумулативна стопа раста прихода од доприноса 117,38%. Након настанка свјетске економске кризе кретање БДП-а, као и прихода од доприноса било је волатилно, све до 2013. године.

Табела 3.

Креирање БДП и прихода од доприноса за период 2006-2016.

	БДП (мил. КМ)	% раста БДП	Приходи од доприноса (мил. КМ)	% раста приход од доприноса
2006	6546	н/а	212,8	н/а
2007	7351	12,30	258,2	21,33
2008	8490	15,49	335,4	29,90
2009	8236	-2,99	397,4	18,49
2010	8318	1,00	398,6	0,30
2011	8682	4,38	464,2	16,46
2012	8584	-1,13	460,4	-0,82
2013	8761	2,06	433,4	-5,86
2014	8847	0,98	442,5	2,10
2015	9150	3,42	462,3	4,47
2016	9400	2,73	462,6	0,06

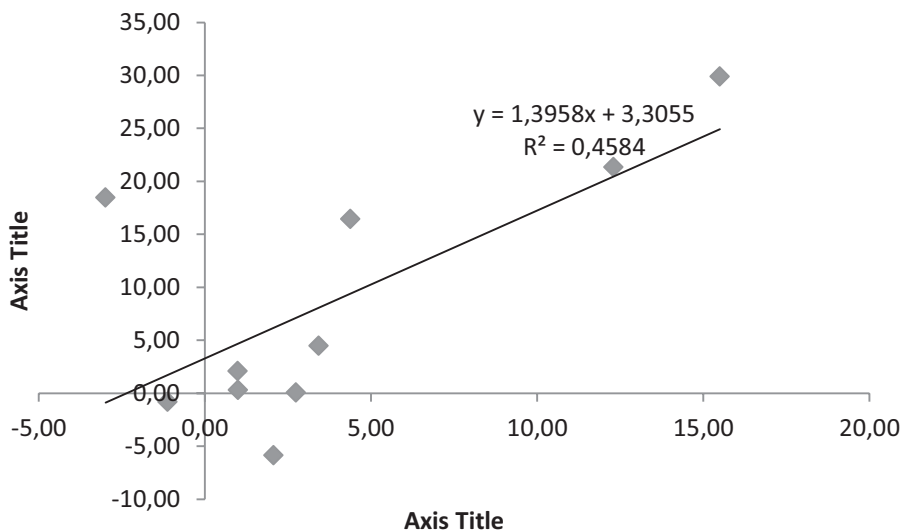
Извор: Републички завод за статистику и Пореска управа Републике Српске и анализа аутора

Резултати регресионе анализе су представљени у наредној табели. У првом дијелу табеле су сумарни подаци о повезаности зависне и независне варијабле и показују изражену директну линеарну повезаност посматраних појава, јер је коефицијент корелације $r = 0,68$. Коефицијент детерминације $r^2 = 0,46$ показује, да је 46% варијација прихода од доприноса за здравствену заштиту одређено промјенама варијабле пораста бруто домаћег производа.

У другом дијелу табеле приказана је вриједност параметра уз независну варијаблу и вриједност константе, тако да једначина регресије гласи:

$$\text{ДОП} = 3,3 + 1,39\text{БДП},$$

што значи да повећање БДП-а за једну јединицу утиче на раст прихода од доприноса за 1,39 јединица.



Графикон 3. Однос БДП и Прихода од доприноса 2006-2016.
 Извор: Анализа аутора

У овом дијелу је приказана и статистичка значајност збирног регресионог резултата помоћу F теста. Резултат теста показује оцијењену значајност 3%, што је у оквиру граничне прихватљивости од 5%, те се може закључити да је пораст бруто домаћег производа значајан за кретање прихода од доприноса за посматрани период.

Табела 4.

Резултати регресионе анализе периода 2006–2016. године

Приходи од доприноса- ДОП (зависна варијабла), БДП (независна варијабла)

Регресиона статистика		Збирни регресиони резултат		
Коефицијент корелација r		0.68		
Коефицијент детерминације r^2		0.46		
Кориговани r^2		0.39		
Стандардна грешка		9.3		
Број опсервација		10		
Статистичка значајност и вриједност параметара у моделу				
	Параметар	Стандардна грешка	T- Stat	Prob. (F statistic)
Константа	3.3	3.58	0.92	0.38
БДП	1.39	0.53	2.60	0.03

Резултати напијед наведене анализе указују да је раст бруто домаћег производа Републике Српске имао позитивно и статистички значајно дејство на кретање прихода од доприноса за период од 2006. до 2016. године. Међутим, анализе су показале да су се карактеристике економског раста послје кризног периода промијениле када су у питању кључни макроекономски параметри националне економије, прије свега раст БДП-а, запослености и висине плата. Због тога је неопходно анализирати утицај раста бруто домаћег производа на приходе од доприноса за здравствену заштиту у овом периоду. Та анализа је важна због процена кретања ових појава у будућности, како би се могле доносити мјере економске политике које ће обезбједити одрживост финансирања здравственог система Републике Српске.

4.2. Утицај кретања БДП-а на приход од доприноса у периоду 2011-2016. године

Карактеристике економског раста у Републици Српској су се битно промијениле у односу на преткризни период. Очекивано је да у условима ниског нивоа коришћења капацитета и високе незапослености стопу раста бруто домаћег производа неће пратити исти интензитет повећања запослености. Низак ниво продуктивности и потреба за јачањем конкурентности у односу на иностране компаније не омогућава знатније повећање плата запослених. Висока незапосленост, ниска продуктивност, недовољно коришћење постојећих капацитета и потреба за јачањем конкурентске способности мале отворене економије су основне карактеристике у којима се развија и у којима ће се наредних неколико година развијати економија Републике Српске. Поставља се питање како ће у таквим условима економски раст утицати на финансирање здравственог система који се у највећем дијелу ослања на приходе од доприноса за здравствену заштиту.

Анализа утицаја раста БДП-а на приходе од доприноса урађена је за период од 2011. до 2016. године, на бази података коришћених и у претходној анализи, а који су приказани у табели 3. Такође, коришћена је иста методологија, гдје је зависна варијабла раст прихода од доприноса за здравствену заштиту, а независна варијабла раст БДП-а. Регресиона анализа је урађена уз примјену економетријског програма *eviews*, верзија 6, примјеном метода најмањих квадрата. Резултати анализе приказани су у наредној табели.

Табела 5.

Резултати регресионе анализе периода 2011–2016. година

Приходи од доприноса- ДОП (зависна варијабла), БДП (независна варијабла)

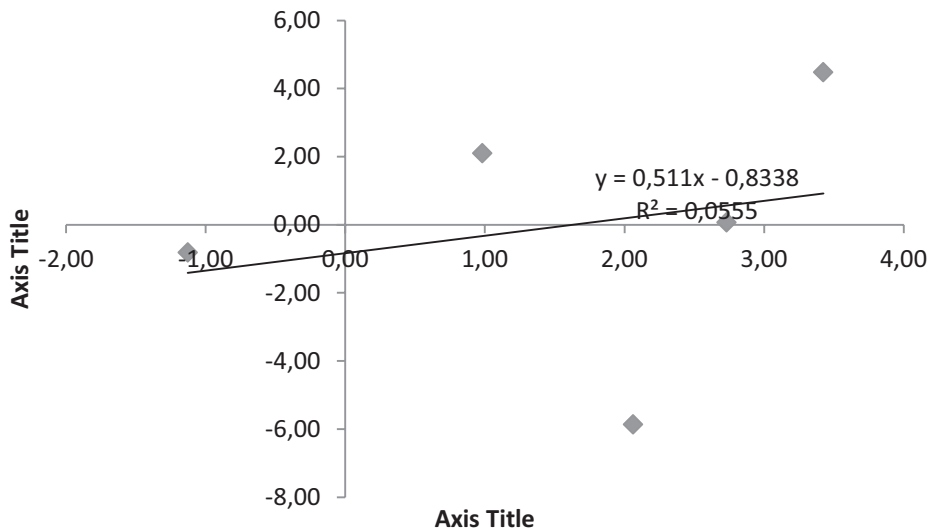
Регресиона статистика		Збирни регресиони резултат		
Коефицијент корелација r				0.23
Коефицијент детерминације r^2				0.05
Кориговани r^2				-0.26
Стандардна грешка				4.33
Број опсервација				5
Статистичка значајност и вриједност параметара у моделу				
	Параметар	Стандардна грешка	T- Stat	Prob. (F statistic)
Константа	-0.83	2.76	-0.30	0.78
БДП	0.51	1.22	0.42	0.70

Анализа показује да је у периоду од 2011. до 2016. године веома ниска повезаност између раста БДП-а и прихода од доприноса, односно да је коефицијент корелације низак и износи $r = 0,23$. Коефицијент детерминације $r^2 = 0,05$ показује, да је само 5% раста прихода од доприноса за здравствену заштиту одређено одређено растом бруто домаћег производа. Поред ниског коефицијента корелације и изразито ниског коефицијента детерминације, упитна је и статистичка значајност збирног регресионог резултата. Резултат F теста показује оцијењену значајност 70%, што је далеко изнад граничне прихватљивости од 5%, те се може закључити да пораст бруто домаћег производа није значајан за кретање прихода од доприноса за посматрани период.

У другом дијелу табеле приказана је вриједност параметра уз независну варијаблу и вриједност константе, тако да једначина регресије гласи:

$$\text{ДОП} = -0,83 + 0,51\text{БДП}$$

што значи да, уколико не би било раста БДП-а приходи од доприноса би имали тенденцију смањења, а да повећање БДП-а за једну јединицу утиче на раст прихода од доприноса за 0,51 јединицу.



Графикон 4. Однос БДП и прихода од доприноса 2011-2016. године.
Извор: Анализа аутора

Из претходне анализе се може закључити да у блиској будућности у датим условима, са постојећом структуром и карактеристикама развоја, ни висока стопа економског раста неће довести до адекватног повећања прихода од доприноса за здравствену заштиту. Ово упућује на закључак да је за финансијску одрживост здравственог система неопходно предузимати хитне мјере. Мјере које ће бити системског карактера, морају бити усмјерене на смањење нелегалне економије која утиче на смањење прихода од доприноса. Ипак, системски најзначајније су оне мјере које ће довести до прерасподјеле националног дохотка у корист здравства као врхунског приоритета укупног друштвено- економског развоја Републике Српске.

5. Закључак

Националну економију Републике Српске карактерише низак ниво развоја, ниска стопа привредног раста, висока незапосленост, као и ниска лична примања запослених. Поред тога, дио економске активности, посебно у области промета и запошљавања, одвија се у зони нелегалне економије. Све ове карактеристике значајно утичу на финансирање здравственог система. Здравствени систем Републике Српске, заснован на Бизмарковом моделу, доминантно се финансира из прихода од доприноса за здравствено осигурање запослених које прелази 80% укупних прихода Фонда здравственог осигурања. Овај систем је оптерећен неравномјерним односом у структури

осигураника и њиховом учешћу у укупним приходима као и високим кумулираним дефицитом.

Економски раст у Републици Српској је, као и у другим земљама у окружењу, у посткризном периоду значајним дијелом условљен спољним факторима. У таквим околностима економски раст није праћен адекватним растом запослености и плата, па тако ни растом прихода од доприноса као главним извором финансирања здравствене заштите. Анализе показују да ни значајнија стопа раста БДП неће у кратком или средњем року обезбидити довољан раст прихода здравственог система. Да би здравствени систем постао финансијски одржив неопходно је предузети мјере у правцу рационалније употребе средстава елиминисањем сувишних трошкова, као и мјере за повећање прихода. Уштеде које се постигну рационалнијом употребом средстава требало би усмјерити у покриће кумулираног дефицита и побољшање квалитета здравствене заштите. Повећање прихода се може једним дијелом постићи смањњем нелегалне економике. Међутим, најзначајније мјере за повећање прихода системског карактера су оне које ће довести до промјене у расподјели националног дохотка у корист здравственог система и које ће ефикасну и квалитетну здравствену заштиту становништва ставити у врх приоритета укупног друштвено- економског развоја Републике Српске.

Литература

- Дервишковић, Ц. (1995). *Здравство и економски просјеритијет*. Сарајево: Завод за здравствену заштиту БиХ
- Фонд здравственог осигурања Републике Српске. *Извјештај о реализацији Годишњеї плана рада и извршењу Ребаланса финансијскої плана – Буџета Фонда здравственої осигурања Републике Српске за период од 01.01.2016. до 31.12.2016. године*.
- Пореска управа Републике Српске. Извјештај о оствареним приходима од доприноса за 2016. годину. Преузето 06.03.2017. године
- Јовановић, М., Томић, В., Урошевић, Д., Шћепановић, Б. (1974). *Програмирање и планирање здравствене заштите*, Београд: Заједница здравства СР Србије.
- Krugman, P., Obstfeld, M. (2008). *International Economics: Theory and Policy*. New Jersey: Prentice Hall.
- Ракоњац Антић, Т. (2012). *Пензијско и здравствено осигурање*. Београд: Центар за издавачку дјелатност Економског факултета.
- Santerre, E. R., Neun, P. S. (2013). *Health Economics: Theories Insights and Industry Studies*. Connecticut, Mason:Sout-Western Cengage Learning.
- Stiglitz, J. (2004). *Економија јавног сектора*. Београд: Економски факултет.
- Тасић, Љ. (2002). *Фармацеушски менаџмент и маркетинг*. Београд: Фармацеутски факултет.

Universal Deklaration Human Rights, The United Nations, преузето 04.03.2017. године са: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights>

Health topics Systems, The World Health Organization, преузето 04.03.2017. године са: http://www.who.int/topics/health_systems/qa/en/